

ATENCIÓN INTEGRAL

15 ERGE Y PATOLOGÍAS DIGESTIVAS EL ABORDAJE

DEL 9 AL 15 DE JUNIO DE 2014

PÁG. 12



Amelia Rodríguez

“Desde enfermería debemos explicar a los pacientes las medidas higiénicosanitarias e informar sobre la patología”



Enrique Rey

“En especializada vemos pacientes con un ERGE complicado o con otras complicaciones, como dolor torácico o pérdida de peso”



Ana Mateos

“Nos gustaría que los médicos de primaria nos derivaran pacientes a la farmacia para controlar sus tratamientos”



Carlos Miranda

“Los pacientes consultan mucho sobre patología digestiva por la accesibilidad del sistema y porque les afecta a su calidad de vida”

COORDINACIÓN, SÓLO SI ES DENTRO DEL SISTEMA

SEGÚN EXPERTOS, LA FARMACIA COMUNITARIA DEBERÍA ESTAR EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

GEMA SUÁREZ MELLADO
gsuarezm@correoofarmacologico.com

Para que exista una auténtica coordinación entre los profesionales sanitarios que atienden de una u otra forma a los pacientes con patologías digestivas, esos profesionales deben estar integrados en el sistema sanitario y no todos lo están. De hecho, la farmacia comunitaria, aunque tiene una titulación sanitaria, está al margen del sistema público de salud. Mientras eso no cambie no podrá haber una coordinación institucionalizada con ella. Así lo creen los expertos convocados por CF y *Diario Médico* para analizar cómo mejorar la atención integral de las personas con afecciones digestivas.

Enrique Rey, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico de Madrid, señala que la relación con la farmacia comunitaria es muy difícil porque, además de “estar en sitios muy dispersos”, no “está protegida por el resto de profesionales”, algo de lo que sí dis-

pone enfermería, como también señala Amelia Rodríguez, del Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Ana Mateos, coordinadora del Grupo de Nutrición y Digestivo de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac), lamenta que esto ocurra, y señala

+ Farmacéuticos y enfermeros reivindican la importancia del seguimiento de los tratamientos

que, aunque tengan protocolos de derivación, “siguen estando fuera del sistema y está desaprovechada”.

En su opinión, sería conveniente que la relación con los médicos de primaria fuera no sólo más fluida sino bidireccional. “Me gustaría que los médicos de los centros de salud nos derivaran pacientes a la farmacia

UNIDADES ESPECÍFICAS SÓLO PARA PACIENTES COMPLEJOS

A diferencia de otras patologías que sí lo pueden requerir, como en incontinencia urinaria o psoriasis, en el caso de las patologías digestivas no sería necesario crear unidades específicas para atender a los pacientes, diferentes de los servi-

cios de Digestivo de los hospitales, según los representantes médicos y enfermeros participantes en un debate organizado por CF y DM. Quizás, Enrique Rey, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico de Madrid, podría plantear-

se su creación para atender a pacientes complejos: “Existe un *top* de pacientes complejos y graves, que por sus potenciales complicaciones, como puede ser el esófago de Barret, deben ser correctamente tipificados, evaluar cuál es el problema y, una vez se sabe, ponerles tratamiento y hacer seguimiento”. En su opinión, lo más efectivo es simplificar los procesos.

para hacerles un seguimiento de los tratamientos de los pacientes, y también que nosotros, ante la sospecha de determinados signos de alarma, podamos sugerir al médico la realización de determinadas pruebas para descartar o confirmar la existencia de alguna complicación”. Un ejemplo de la utilidad de esta forma de trabajar es una comunicación presentada en el último congreso de Sefac, y que destaca Mateos. “En esa comunicación se explica cómo

unos farmacéuticos detectan en una mujer de 63 años una hipomagnesemia asociada a un tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y diuréticos. Ante esta sospecha, descubierta gracias al seguimiento farmacoterapéutico, los farmacéuticos solicitaron al médico la realización de una analítica para comprobar los niveles de magnesio y confirmarlo. El médico aceptó y se confirmó”.

Mateos también destaca cómo la botica puede ayu-

dar a descargar la presión asistencial de los médicos.

Amelia Rodríguez también pide para su colectivo un mayor margen de actuación con las personas que sufren patologías digestivas. “De hecho -continúa-, la Sociedad Española de Enfermería de Patología Digestiva pide que en las patologías crónicas enfermería haga una visita intermedia entre las visitas médicas. Por ejemplo si una persona tiene que estar tomando los IBP durante e cuatro sema-

nas, que vaya a enfermería de primaria para ver cómo han mejorado los síntomas. Sería algo parecido al control diabético o el seguimiento a embarazadas”.

Rodríguez no se olvida del papel de enfermería “en el control del reflujo de pacientes con sondas de nutrición enteral o sondas tipo PEG (sondas de gastrostomía endoscópica percutánea)”. “En este campo -añade- trabajamos codo con codo con los nutricionistas que nos piden que vigilemos a estos enfermos para que no aparezca el problema del reflujo”.

TODAVÍA POR DEFINIR

A pesar de las funciones descritas por Rodríguez, Carlos Miranda, de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), sostiene que en este campo y con estos pacientes el papel de enfermería en atención primaria “no está muy definido, de hecho, no forma parte del seguimiento de enfermedades crónicas”.

CONCLUSIONES

1. MUCHAS CONSULTAS

Las patologías digestivas constituyen una consulta frecuente en los centros de salud y en farmacia. Uno de los motivos es que los síntomas afectan considerablemente a la calidad de vida de quienes los sufren y por ello buscan el tratamiento para erradicarlos.

2. FORMACIÓN

Mientras que la formación sobre trastornos digestivos es adecuada entre los médicos, en farmacia debería mejorarse. Eso sí, unos y otros reivindican una formación multidisciplinar, sin la cual no es posible una derivación adecuada.

3. TRATAMIENTO

Las terapias para las patologías digestivas, concretamente el ERGE, parece que no experimentarán grandes cambios a corto plazo. En cambio, la enfermedad de Barret sí se ha beneficiado de los últimos avances, como la terapia que destruye la mucosa por radiofrecuencia.

4. PREVENCIÓN

Los expertos insisten en transmitir a los pacientes la importancia de las medidas higiénicosanitarias para la prevención y control de los síntomas. La más efectiva de todas es la pérdida de peso, que ayuda a mejorar los síntomas y a disminuir la medicación.

5. COORDINACIÓN

La coordinación entre los profesionales sanitarios de primaria y especializada es correcta. Ahora bien, podría mejorarse con el trabajo de otros agentes, como los farmacéuticos, siempre que éstos se incluyan realmente en el sistema sanitario.

ATENCIÓN INTEGRAL

15

ERGE Y PATOLOGÍAS DIGESTIVAS

DEL 9 AL 15 DE JUNIO DE 2014

PÁG.2

EL RETO

EL 16% DE LOS ESPAÑOLES TIENE ERGE Y MÁS DEL 40 HA PADECIDO ALGÚN EPISODIO LOS COSTES MÉDICOS DIRECTOS POR PACIENTE PUEDEN SUPERAN LOS 600 EUROS LA DISPEPSIA Y EL INTESTINO IRRITABLE, LAS PATOLOGÍAS DIGESTIVAS MÁS COMUNES

El sedentarismo, el alcohol y las dietas ricas en grasas son una vez más las responsables de una de las patologías digestivas más prevalentes: el reflujo gastroesofágico (ERGE). Según los expertos, se trata de una patología propia de sociedades avanzadas, caracterizadas por los malos

hábitos alimentarios y el sedentarismo, dos de las principales causas de este trastorno. Sus síntomas principales y los que se tienen en cuenta a la hora del diagnóstico, como son la regurgitación y la pirosis, afectan a un 40 por ciento de la población española y la calidad de vida de quie-

nes los sufren se asemeja a la de un diabético e incluso a un paciente con insuficiencia cardíaca. Pese a que no suele suponer un proceso grave, el coste medio anual de la pérdida de productividad por esta enfermedad asciende a los 5.316 euros, según un estudio.

UN PROBLEMA DE SOCIEDADES AVANZADAS

LA OBESIDAD Y TOMAR CAFÉ, ALCOHOL Y COMIDAS GRASAS, ENTRE LAS CAUSAS DE LA ERGE

MARTA ESCAVIAS
redaccion@correofarmacologico.com

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una patología crónica y recurrente. Para establecer su prevalencia hay que basarse en dos síntomas: regurgitación y pirosis. Así, según la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), su prevalencia puede variar entre un 10 y un 48 por ciento para la aparición de pirosis, y entre un 9 y un 45 por ciento para los síntomas de regurgitación. En España, dependiendo del síntoma que se considere, "se sitúa entre el 32 por ciento (pirosis o regurgitación ácida) y el 15 por ciento si nos basamos en pirosis durante dos o más días a la semana", explica Enrique Peña, coordinador del Grupo de Trabajo de Digestivo de Semergen.

Manuel Rodríguez-Téllez, de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), indica que hay que distinguir entre los pacientes enfermos de ERGE y aquéllos con algún síntoma. "Los últimos estudios nacionales estiman un 16 por ciento de sujetos con ERGE y hasta un 40 por ciento con algún episodio de esta patología".

EL SEDENTARISMO

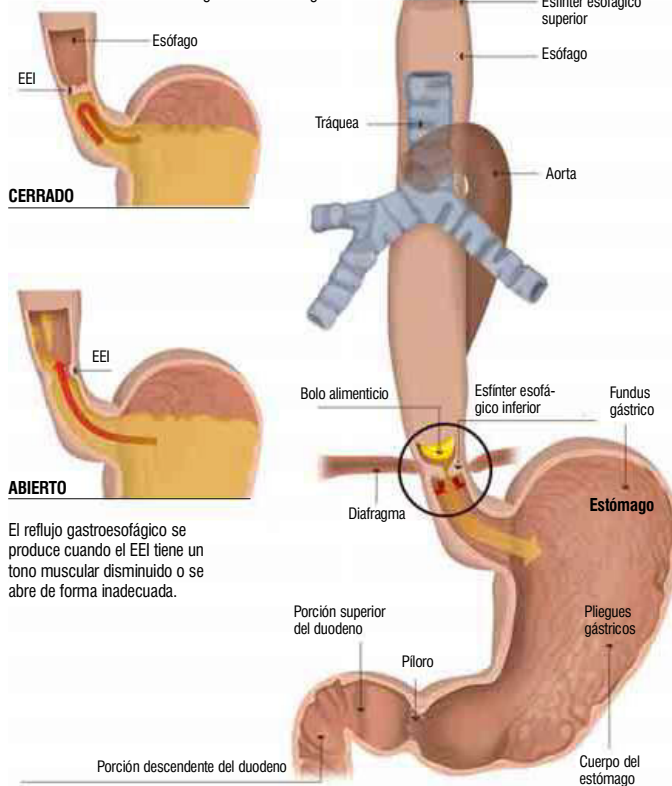
En comparación con el resto del mundo, Pedro Cañones, responsable del Grupo Patología Digestiva de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), añade que la prevalencia es similar porque "es típica de poblaciones avan-

CUANDO EL ESFÍNTER ESOFÁGICO INFERIOR NO FUNCIONA CORRECTAMENTE

Descripción anatómica y fisiológica de la patología por reflujo gastroesofágico.

¿Qué es?

En condiciones normales el esfínter esofágico inferior (EEI), barrera anatómica que separa el esófago del estómago, se abre para permitir el paso del alimento hacia el estómago, cerrándose luego para evitar el paso de las secreciones ácidas del estómago hacia el esófago.



El reflujo gastroesofágico se produce cuando el EEI tiene un tono muscular disminuido o se abre de forma inadecuada.

Fuente: Clínica Universidad de Navarra (CUN).

zadas con un nivel de vida sedentario". De hecho, está muy ligado a la obesidad, ingesta de café, uso de ropa ajustada y otros malos hábitos, como la ingesta de alcohol, aunque también existe cierto componente genético. Por lo tanto, la principal forma de prevenirlo sería combatir estos hábitos inadecuados, según los expertos. "Está documentado que la existencia de una hernia de hiato asociada al alcohol o el tabaco y que la toma de alimentos grasos, como el chocolate o el café, predisponen a la enfermedad", apostilla Peña.

La obesidad y el embarazo igualmente influyen "por el aumento de la presión intraabdominal y en la gestación porque la acción hormonal contribuye a relajar el esfínter esofágico inferior permitiendo la regurgitación", indica Peña. Asimismo, la toma de algunos fármacos, como los calcioantagonistas, benzodiacepinas, anticonceptivos orales, nitratos o alendronatos, podría estar relacionada.

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

En la sintomatología de la ERGE se incluye sensación de quemazón, dolor al tragar e incluso síntomas respiratorios, como tos seca o crisis similares al asma. También son frecuentes las alteraciones de la voz, añade Cañones, "porque afecta a las cuerdas vocales e inflama la laringe". De hecho, "si se prolonga en el tiempo puede dañar la parte trasera de los dientes".

Pese a que por lo general la ERGE no es un proceso grave, tiene un importante impacto sobre la calidad de vida del paciente, llegando a dificultar las relaciones interpersonales y la productividad laboral, por ser origen frecuente de bajas médicas. Dado que los síntomas son recurrentes, incluso con tratamiento, "generan multitud de visitas al médico de primaria, que se ve obligado a veces a derivar al especialista para profundizar en el origen, lo que repercute en un coste sanitario importante", afirma Peña. De hecho, la literatura científica asemeja su calidad de vida con la de un diabético e incluso una insuficiencia cardíaca.

A pesar de su importancia, hay pocos trabajos que evalúen la repercusión de la ERGE sobre el consumo de recursos sanitarios. En España sólo hay un estudio realizado en primaria en 2011. En él los autores analizaron a 477 pacientes que habían consultado por algún motivo relacionado con ERGE y vieron que los costes médicos directos en pacientes con y sin sintomatología de ERGE clínicamente relevante fueron de 666 y 370 euros, respectivamente. El coste medio anual de la pérdida de productividad fue de 5.316 euros. En pacientes con síntomas clínicamente relevantes de ERGE, este coste fue cuatro veces superior al de sujetos sin sintomatología relevante; es decir, 15.188 euros frente a 3.926 euros.



LA TERAPIA

PIROSIS Y REGURGITACIÓN, SÍNTOMAS CLAVE PARA EL DIAGNÓSTICO DE ERGE EL RIESGO DE QUE UN PACIENTE LLEGUE A PADECER CÁNCER DE ESÓFAGO ES BAJO OMEPRAZOL, UN MEDICAMENTO INSUSTITUIBLE A CORTO PLAZO

Los pacientes que acuden a consulta por síntomas de reflujo gastroesofágico son la punta del iceberg, porque muchos otros que los sufren no les conceden mucha importancia. En todo caso, su diagnóstico es sencillo, clínico, cuando presentan los síntomas típicos de la ERGE, pero

puede complicarse con la concurrencia de síntomas atípicos, extradi digestivos. La endoscopia es clave en este sentido, especialmente en la detección de lesiones esofágicas erosivas, mientras que los inhibidores de la bomba de protones (IBP), con omeprazol al frente, lo son en el

tratamiento. El reto son los casos con una respuesta insuficiente a los IBP, con una alternativa farmacológica escasa y una cirugía cada vez menos invasiva, a la espera del triunfo de los abordajes endoscópicos, que por el momento no llega.

UNA DETECCIÓN FUNDAMENTALMENTE CLÍNICA

PH-METRÍA E IMPEDANCIOMETRÍA AFINAN EL DIAGNÓSTICO EN CASO DE ENDOSCOPIA NORMAL

ANTONI MIXOY
 dmredaccion@diariomedico.com

La pirosis y regurgitación son los síntomas primordiales -el primero, más prevalente; el segundo, más específico- de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), cuyo diagnóstico es básicamente clínico.

No obstante, el reflujo gastroesofágico es un fenómeno fisiológico que presenta de manera ocasional buena parte de la población, "pero la clave para etiquetarlo como ERGE estriba en su frecuencia, que debe ser superior a dos días por semana, y su intensidad, que debe afectar a la calidad de vida del paciente", subraya Manuel Rodríguez-Téllez, especialista de Aparato Digestivo y experto de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).

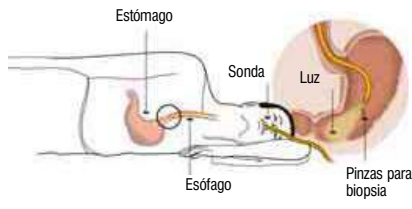
Pero, además, la ERGE se manifiesta con una clínica heterogénea que va más allá de estos dos síntomas típicos, lo que puede dificultar su diagnóstico. Pueden ser

TÉCNICAS PARA EL DIAGNÓSTICO

La detección se basa en los síntomas, pero si son diarios o es necesario mantener tratamiento más de 2-3 semanas, éstas son algunas posibles exploraciones.

Gastroscopia

Permite ver directamente la mucosa de esófago y estómago. También permite tomar muestras para biopsiar, si fuera necesario.



Fuente: Clínica Universidad de Navarra.

síntomas esofágicos, como disfagia, odinofagia o dolor torácico; pero también extraesofágicos, que afectan a las vías respiratorias altas y bajas, como goteo nasal, asma, tos crónica, laringitis crónica u otitis media recurrente.

OTROS CASOS

Con todo, aunque la presencia de pirosis y regurgitación asegura prácticamen-

te el diagnóstico, el empleo de pruebas complementarias es necesario en bastantes casos. Javier Molina, coordinador del Grupo de Enfermedades del Tracto Digestivo Superior de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), señala que la prueba más frecuente, la gastroscopia, está indicada en tres grupos de pacientes. "El primero, el compuesto por pacientes

PH-metría de 24 horas

Una sonda detecta el pH esofágico y determina la presencia de reflujo ácido y su duración.



con síntomas de alarma que pueden hacernos sospechar en lesiones esofágicas más graves. Son síntomas como disfagia, anemia en la analítica, sangrado digestivo o pérdida de peso. Un segundo grupo es el de los pacientes que no responden al tratamiento

convencional de la ERGE con inhibidores de la bomba de protones (IBP)".

"En estos casos -tercia Enrique Peña, coordinador del grupo de trabajo de Digestivo de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen) las pruebas complementa-

rias pueden constatar el diagnóstico de ERGE y descartar lesiones más importantes, como esofagitis, esófago de Barrett o adenocarcinoma esofágico". En un tercer grupo la endoscopia sirve para valorar la cirugía antirreflujo, "tanto en pacientes respondedores a IBP pero que no quieren tomarlos a largo plazo como en los que no toleran estos fármacos", comenta Molina.

En pacientes jóvenes, sin signos de alarma y respondedores al tratamiento no es necesaria la endoscopia, aunque en muchos casos se hace alguna a lo largo de su curso clínico. "El problema es que en el 50-70 por ciento de los casos la endoscopia es normal, sin lesiones esofágicas, y no sabemos qué tienen los pacientes", advierte Molina. Ahí entra en juego la pH-metría, que mide el pH esofágico y refleja la existencia de reflujo ácido, el número de episodios diarios, el momento de aparición y duración.

Una prueba más avanzada -y menos disponible- es la combinación de pH-metría e impedanciometría, que, aparte del reflujo ácido, puede medir el reflujo débilmente ácido o no ácido, que también provoca síntomas. Esta batería de herramientas diagnósticas ha permitido afinar la precisión diagnóstica en los casos de dudas -no respondedores a IBP, con endoscopia normal-, subclasificarlos correctamente y administrar el tratamiento más adecuado en cada caso.

OTRAS PATOLOGÍAS DE LA SECRECIÓN ÁCIDA

A. M.
 dmredaccion@diariomedico.com

El diagnóstico y tratamiento de la ERGE presenta diferencias y similitudes con el de otras patologías causadas por la secreción ácida: las úlceras. De entrada, "aunque en la úlcera también puede coexistir el reflujo ácido, el síntoma fundamental es el dolor epigástrico intenso, que

suele aliviarse con la ingesta de alimentos y tiene un predominio nocturno", aclara Enrique Peña. Además, "mientras el diagnóstico de la ERGE es clínico, el de la úlcera es fundamentalmente endoscópico", comenta Manuel Rodríguez-Téllez. Conviene diferenciar, asimismo, entre la úlcera gastroduodenal asociada a la infección

por *Helicobacter pylori* y la causada por el consumo de AINE. En el primer caso, la detección de *H. pylori* se lleva a cabo en primaria con el test del aliento, que identifica la bacteria en el aire espirado, o a través de la prueba de antígenos de la bacteria en heces, mientras que en hospital se detecta mediante biopsias, mucho más precisas, rea-

lizadas durante endoscopias programadas.

El tratamiento de la úlcera está basado, al igual que en el caso de la ERGE, en los IBP, y dependiendo de la clínica puede ser necesario doblar la dosis estándar. Cuando se demuestra la infección por *H. pylori* es preciso erradicar la bacteria con tratamiento antibiótico. Así, la terapia de prime-

ra línea es triple, e incluye un IBP y dos antibióticos, habitualmente amoxicilina y claritromicina. "Sin embargo -advierte Enrique Peña-, este tratamiento triple suele ser insuficiente, ya que en España su tasa de erradicación es inferior al 80 por ciento". Por ello se recomienda pasar a una terapia cuádruple, con tres antibióticos y un IBP.

DISPEPSIA: AÚN SIN DEFINIR QUÉ LA INDUCE

AUNQUE NO SE CONOCEN LOS FACTORES DE RIESGO, LA CLÍNICA SE REPITE EN LOS PACIENTES

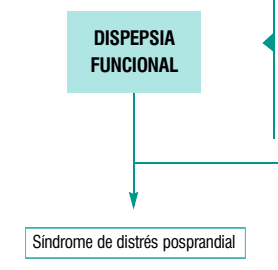
MARTA ESCAVIAS
redaccion@correofarmacologico.com

Los trastornos digestivos se encuentran entre los que más afectan a la calidad de vida de las personas. Entre los más prevalentes se sitúan la dispepsia funcional y el síndrome de intestino irritable (SII), responsables de entre el 25 y el 30 por ciento de las consultas de atención primaria. Después se encontraría el reflujo gastroesofágico (ERGE) (ver página 2), patologías benignas, como las hemorroides o fisuras, enfermedad inflamatoria intestinal y hepatitis crónica.

Según la Fundación Internacional de Enfermedades Digestivas Funcionales, los síntomas de dispepsia pueden desarrollarse debido a enfermedades como la úlcera péptica o la gastritis, pero la gran mayoría de los pacientes tienen diagnóstico de dispepsia funcional, que se caracteriza por dolor abdominal y digestiones pesadas. "El principal problema es que sus factores de riesgo no están definidos", explica Federico Argüelles, experto de la Sociedad Es-

CADA COSA POR SU NOMBRE

Clasificación de la dispepsia funcional, según los síntomas del paciente.



Uno o más de los siguientes criterios:

- Plenitud posprandial
- 1. Aparición que sigue a una comida convencional.
- 2. Al menos varias veces por semana o:
 - Saciedad precoz
 - 1. Que evita terminar una comida regular.
 - 2. Y ocurre al menos varias veces por semana.

Síntomas de >3 meses de duración, con inicio >6 meses antes, uno o más de los siguientes criterios:

- Plenitud posprandial
- Saciedad precoz
- Dolor epigástrico
- Ardor epigástrico
- Y ninguna evidencia de enfermedad estructural (incluida la endoscopia digestiva alta) que pueda explicar los síntomas.

Síndrome de dolor epigástrico

Con todos los siguientes criterios:

- Dolor y/o ardor que es:
 1. Intermitente.
 2. Localizado en el epigastro.
 3. De intensidad al menos de moderada a grave.
 4. Mínimo una vez por semana y si:
 1. No es generalizado o localizado en otras regiones abdominales o torácicas.
 - 2.- No está relacionado con la defecación o la flatulencia.
 - 3.- No cumple con criterios para desórdenes de vesícula biliar o esfínter de Oddi.

Fuente: Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con dispepsia. Semfy.

pañola de Patología Digestiva. La buena noticia es que el cuadro suele repetirse entre los afectados. "Presentan estrés, depresión, ansiedad, comidas ricas en grasas, horarios irregulares y en general un ritmo de vida poco adecuado", explica Argüelles.

La dispepsia no se puede prevenir, por lo que se pide al paciente que lleve una vida lo más adecuada posible.

INTESTINO IRRITABLE

Con respecto al SII, la prevalencia oscila entre el 9 y el 21 por ciento y supone el 25 por ciento de las consultas de aparato digestivo, según datos de la SEPD. Se sabe que es más frecuente en mujeres y su pico de prevalencia está entre los 20 y los 50 años. Además, el absentismo laboral que genera es tres veces mayor que en otras patologías digestivas.

Hasta la fecha, "no existe un marcador biológico que indique que el paciente tiene este trastorno, por lo tanto, sigue siendo un enfermo que sufre y al que no se le está ofreciendo un futuro

satisfactorio", explica Manuel Díaz-Rubio, del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid, y codirector de las VII Jornadas *Aquarius* de Formación en Gastroenterología, celebradas en Lérida el 28 y 29 de mayo. Diversos estudios indican que el SII también puede ser el resultado de un proceso infeccioso. Según un metaanálisis publicado en el año 2007 en *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, se observó que las probabilidades de desarrollar el SII se multiplicaban por seis después de sufrir una infección gastrointestinal aguda.

Entre los últimos trabajos publicados, Díaz-Rubio destaca los que están demostrando el buen rendimiento en el tratamiento con antibióticos y los beneficios conseguidos con la ingesta de prebióticos, que intervienen modificando la flora intestinal. Además, "el trasplante fecal, todavía por desarrollar, podría ofrecer buenos resultados para estos pacientes", informa el experto.

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN EII, RETO

A PESAR DE LA TERAPIA, EL PACIENTE NO RECUPERA SU VIDA ANTERIOR AL DIAGNÓSTICO

M. E.
redaccion@correofarmacologico.com

Dentro de las patologías digestivas, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es la que cada vez afecta a más gente joven y la que más se asocia a absentismo escolar, bajas laborales e inadaptación social. Mejorar la

calidad de vida es el objetivo de los especialistas. Tanto es así que uno de los objetivos de los fármacos más novedosos es evaluar si mejora o no este aspecto. "Hemos hecho un estudio en pacientes con enfermedad de Crohn en revisión clínica con los medicamentos más

potentes que existen en el mercado y, a pesar de ello, no todos son capaces de recuperar su vida anterior al diagnóstico", explica Manuel Barreiro, del Servicio de Digestivo del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. En otro trabajo multicén-

trico realizado entre los hospitales Valle de Hebrón, de Barcelona, y el Clínico de Santiago, se observó una mejoría en la vida de los pacientes que eran sometidos a una colonoscopia.

Poco se sabe de la etiología de la enfermedad. "Se han observado vínculos con

factores genéticos, inmunológicos, microbianos e incluso ambientales, pero no hay una causa concreta", lamenta Barreiro. Por este motivo, no hay tratamientos que curen la afección, sino que sólo pueden hacer que el paciente mejore. El estudio multicéntrico

Epicom, realizado por el Grupo Europeo de Crohn y Colitis, cifra la incidencia de la enfermedad en 20 nuevos casos por cada cien mil habitantes, "lo que demuestra que nos situamos ya al nivel de países más desarrollados, como los nórdicos", indica Barreiro.

PANCREATITIS, LA QUE MÁS INGRESOS CAUSA

ESTA ENFERMEDAD AFECTA SOBRE TODO A LOS HOMBRES DE ENTRE 40 Y 60 AÑOS

M. E.
redaccion@correofarmacologico.com

La pancreatitis y los cólicos biliares son la causa más frecuente de ingreso hospitalario dentro de las patologías digestivas. "Presenta una incidencia estimada entre 13 y 45 casos/100.000 habitantes/año y una mor-

talidad del 5-10 por ciento de los casos", indica Eva C. Vaquero, del Servicio de Gastroenterología del Hospital Clínico de Barcelona y participante en las VII Jornadas *Aquarius* de Formación en Gastroenterología, celebradas en mayo en Lérida.

La patología biliopancreática cursa con inflamación del páncreas (relacionada con el alcohol o piedras en la vesícula que puede derivar también en cistitis), y la edad media de quienes la sufren está entre los 40 y los 60 años. "La litiasis biliar es más frecuente

en las mujeres y la pancreatitis en los hombres, sobre todo por la ingesta de alcohol", indica Federico Argüelles, de la Sociedad Española de Patología Digestiva.

Respecto a su etiología, Vaquero indica que entre el 70 y el 80 por ciento de los casos se debe al alcohol, el

tabaco y la patología biliar. De hecho, "fumar es un factor de riesgo independiente de la enfermedad", asegura. El 20 por ciento restante se debe a causas idiopáticas.

Respecto a las soluciones para mejorar el pronóstico en estos enfermos, Vaquero

explica que "el estudio debe incluir la realización de pruebas especializadas para buscar trastornos que no hayan podido ser identificados en una anamnesis detallada, un análisis de sangre y una prueba de imagen, como la tomografía computarizada".

OMEPRAZOL SIGUE SIENDO LA MEJOR OPCIÓN

EN ALGUNOS CASOS, EXISTEN ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS -POCAS- Y QUIRÚRGICAS

ANTONI MIXÓY
dmredaccion@diariomedico.com

Hablar de tratamiento de la ERGE es hacerlo directamente de inhibidores de la bomba de protones (IBP), en particular de omeprazol, la referencia desde su comercialización (1989) de esta familia farmacológica (lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol, esomeprazol) que inhibe de forma muy eficaz la secreción ácida y obtiene respuesta –cuando menos parcial- en el 80-90 por ciento de los pacientes con reflujo gastroesofágico.

A juicio de Manuel Rodríguez-Téllez, experto de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), “es tal el éxito de este fármaco que en la última década prácticamente se ha paralizado la investigación de nuevos fármacos para la ERGE. Por ello, a corto y medio plazo no veremos novedades que sustituyan a omeprazol, en todo caso lo complementarán”.

Complementos son también los cambios en el estilo de vida y las medidas higiénico-dietéticas, como “evitar el tabaco, el alcohol y el sobrepeso, así como el consumo de alimentos que relajan el esfínter esofágico inferior (EEI); la barrera que separa esófago y estómago, como café, chocola-

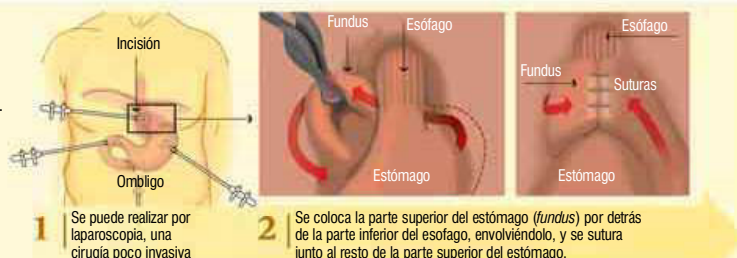
UN ABORDAJE MÚLTIPLE CON FÓRMULAS SENCILLAS

El tratamiento abarca consejos individualizados sobre estilos de vida y medidas higiénico-dietéticas, fármacos y, muy ocasionalmente, cirugía.



Cirugía

Hay indicación clínica de cirugía (funduplicatura) cuando hay complicaciones de ERGE. Es una opción que elige el paciente cuando es necesario un tratamiento farmacológico de forma continua y/o altera su calidad de vida (medidas higiénico-dietéticas).



Fuente: Clínica Universidad de Navarra.

te, grasas, comidas muy condimentadas, bebidas carbonatadas, zumos cítricos y, en general, comidas y bebidas excesivamente frías o calientes”, señala Enrique Peña, coordinador del Grupo de Trabajo de Digestivo de la Sociedad Espa-

ñola de Médicos de Atención Primaria (Semergen). En todo caso, la medida general que se ha demostrado más eficaz es la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad (IMC >25), según recuerda Javier Molina, coordinador del

Grupo de Enfermedades del Tracto Digestivo Superior de la Asociación Española de Gastroenterología (AEG).

El tratamiento con antiácidos es también complementario en todos aquellos pacientes en que los IBP no controlan completamente

los síntomas –que son la mayoría- “para resolver los picos ácidos que mantienen en determinados momentos del día”, puntualiza Peña. En cuanto a los fármacos procinéticos (cisaprida, domperidona, metoclopramida, etc.), los expertos

coinciden en que son eficaces para facilitar el vaciamiento gástrico, lo que alivia el reflujo, pero no para los síntomas de la ERGE.

Las alternativas en los pacientes con una respuesta insatisfactoria a los IBP (uno de cada tres) son escasas. Molina indica que son de elección los medicamentos dirigidos a incrementar la función barrera de la unión entre estómago y esófago, y apunta a dos opciones: baclofeno, un agonista de los receptores GABA que disminuye las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, y alginato de sodio, un nuevo compuesto, eficaz en combinación con un IBP en la prevención del reflujo de predominio posprandial.

CIRUGÍA

Más allá del tratamiento farmacológico, queda la alternativa quirúrgica mediante laparoscopia, puesto que el tratamiento endoscópico de ERGE mediante técnicas diversas, con dispositivos que permitan realizar una pequeña cirugía o modificación de la zona del EEI por vía endoscópica, no ha conseguido hasta el momento los resultados deseados que hagan posible evitar los procedimientos quirúrgicos, aunque sean mínimamente invasivos.

Hay que destacar que la ausencia de tratamiento de la ERGE, o el mal control de sus síntomas, pueden desembocar en lesiones esofágicas como estenosis esofágica, esofagitis, esófago de Barrett o incluso cáncer de esófago. El esófago de Barrett, que padece el 10 por ciento de los casos de ERGE, puede degenerar en un adenocarcinoma esofágico por la agresión ácida continuada de la mucosa esofágica. Sin embargo, este riesgo es muy bajo, en torno al 0,5 por ciento anual en pacientes con esófago de Barrett sin displasia. “Es un riesgo tan bajo de desarrollar cáncer que hoy se debate si dejar de hacer seguimiento endoscópico a estos pacientes durante años para evitar la angustia que provoca una posibilidad tan remota”, concluye Molina.

HACIA UNA CIRUGÍA MINILAPAROSCÓPICA

A. M.
dmredaccion@diariomedico.com

La cirugía antirreflujo está indicada en tres tipos de pacientes: “Los que no responden bien a omeprazol, los que responden bien pero no quieren ser dependientes de este fármaco de manera crónica y los que no dependen de omeprazol pero presentan lesiones esofágicas o extradigestivas, del territorio otorrinolaringológico”, manifiesta Salvador Morales, jefe de la Unidad de Innovación de Cirugía Mínimamente Invasiva del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla.

Morales explica que la técnica quirúrgica empleada en la ERGE es la funduplicatura, que consiste en colocar la parte superior

del estómago (*fundus*) rodeando la parte distal del esófago, logrando así que el propio *fundus* haga una

presión similar a la de la válvula original del EEI y evite la subida del ácido hacia arriba. Se trata de

una cirugía mínimamente invasiva, laparoscópica –“mediante cinco pequeños agujeritos”-, que ha deja-

do a un lado las grandes incisiones que se hacían en el pasado y las complicaciones asociadas a estas intervenciones.

CASI EQUIPARABLE

Hoy los resultados de esta cirugía son “casi equiparables a los que se obtienen con los IBP”, apunta Javier Molina, aunque puede originar secuelas, como dificultad para tragar y para eructar, que desaparecen con el tiempo.

Como novedades en este campo, Morales destaca la tendencia a hacer la cirugía todavía menos agresiva “con minilaparoscopia, es decir, pasando de agujeritos de acceso de medio o un centímetro a sólo dos o tres milímetros”.

ALGINATO DE SODIO, LA ALTERNATIVA NOVEDOSA

En los últimos años se ha introducido el nuevo concepto fisiopatológico del *acid pocket* o bolsillo ácido, que se ha relacionado con el ERGE posprandial. Juan Manuel Mendive, del Grupo de Enfermedades Digestivas de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic), explica que “en condiciones fisiológicas, el contenido

gástrico presenta un pH marcadamente ácido, pero cuando comemos, el alimento ingerido tampona la acidez gástrica prácticamente en todo el contenido, excepto en la parte superior del estómago, junto a la unión con el esófago, que se mantiene ácida”.

Se ha visto que la presencia de este *acid pocket* puede facilitar la sintomatología

de la ERGE, como la pirosis o la regurgitación ácida. En este escenario actúa el alginato de sodio, un polisacárido extraído de las algas marinas marrones que “desplaza hacia abajo el bolsillo ácido en el estómago y produce un efecto protector, como de tapadera, que impide el reflujo del contenido gástrico y dura 4 horas”, señala Mendive. Es un fármaco útil en pacientes con hernia de hiato o ERGE, pero sin respuesta completa a IBP, con los que se puede combinar.

SIN FORMACIÓN LA DERIVACIÓN NO ES POSIBLE

EXISTEN PROTOCOLOS Y CONSENSOS DISPONIBLES 'ON LINE'; SÓLO FALTA APLICARLOS

GEMA SUÁREZ MELLADO
gsuarezm@correofarmacologico.com

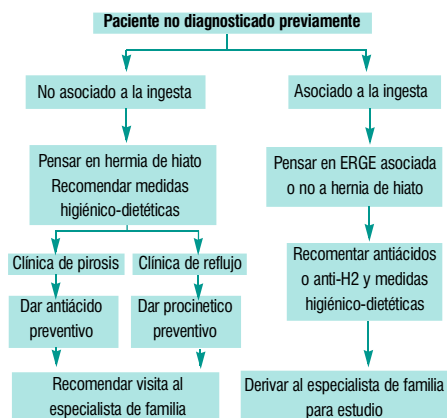
Los profesionales sanitarios cuentan con numerosos protocolos, guías y documentos de consenso para poder atender de forma adecuada a pacientes con trastornos tan comunes como el reflujo gastroesofágico (ERGE), la dispepsia, el estreñimiento o la diarrea, según representantes de médicos, farmacéuticos y enfermeros participantes en un debate sobre patología digestiva organizado por CF y *Diario Médico*.

Uno de los documentos de referencia destacado por los expertos es la guía clínica *ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico*, de la Sociedad Española de Gastroenterología, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y el Centro Cochrane Iberoamericano.

En farmacia comunitaria también existe bibliografía, como el *Documento de Con-*

LA IMPORTANCIA DE SABER ORIENTAR AL PACIENTE DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA

Algoritmo de actuación en la farmacia ante un paciente que presenta por primera vez síntomas de ERGE (regurgitación y pirosis)

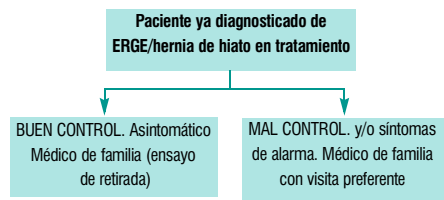


Fuente: Documento de Consenso. Patologías Digestivas. Sefac, Semfyc y Almirall.

sejo en Patología Digestiva, de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac) y la Sociedad Espa-

ñola de Médicos de Atención Primaria (Semergen), "que ayuda al farmacéutico a saber cuándo derivar

Algoritmo de actuación en la farmacia ante un paciente diagnosticado de ERGE y en tratamiento.



Fuente: Documento de Consenso. Patologías Digestivas. Sefac, Semfyc y Almirall.

y qué aconsejar al paciente con diversas enfermedades digestivas", explica Ana Mateos, coordinadora del Grupo de Nutrición y Digestivo de Sefac.

Todos son documentos útiles y de fácil acceso "porque la mayoría están disponibles en internet para todos los profesionales", afirma Carlos Miranda, de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMGE). No obstante, este volumen de informa-

ción "hay que aplicarlo y llevarlo a la práctica clínica, algo que no siempre se hace", critica Enrique Rey, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico de Madrid.

Para los profesionales sanitarios sentados en la mesa, es muy importante la actualización de las guías y la formación continuada, "sin la cual no es posible realizar una derivación adecuada", señala Enrique Rey, apoyado por el resto de

compañeros de mesa.

Sobre esa formación, el especialista y el médico de primaria coinciden en que es adecuada en sus colectivos y valoran, en este sentido, el apoyo de las sociedades, organizaciones colegiales e industria. En cambio, Ana Mateos y Amelia Rodríguez, del Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, echan en falta una formación multidisciplinar.

QUIEN MUCHO ABARCA...

A modo de crítica constructiva, Enrique Rey, que ha impartido varios cursos para farmacéuticos organizados por distintas entidades, afirma que a veces los cursos que se dan a los farmacéuticos son demasiado amplios y pretenden en unas pocas horas dar auténticos compendios de patología digestiva. "Eso no es práctico, porque al final no se asimila nada. Es preferible centrarlo en patologías concretas".

ELIMINAR LOS KILOS DE MÁS, MEDIDA EFICAZ

HASTA EL 70% DE LOS QUE PIERDEN PESO LLEGA A ESTAR SIN SÍNTOMAS Y SIN MEDICACIÓN

G. S. M.
gsuarezm@correofarmacologico.com

"Las medidas higienicosanitarias son muy importantes para el control de los síntomas de las enfermedades digestivas como el reflujo y en ellas debemos insistir desde enfermería", señala Amelia Rodríguez, secretaria del Grupo Enfermero de Trabajo en Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

De todas las medidas, entre las que destacan no co-

mer determinados alimentos, como el café o las comidas grasas y elevar la cama 15 centímetros, colocando tacos en las patas, la más efectiva, según Enrique Rey, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico de Madrid, es la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad. Es más, afirma que ganar cinco kilos "aumenta la posibilidad de que se desarrollen síntomas, sin llegar al

sobrepeso. Quitando esos cinco kilos desaparecen los síntomas".

Asimismo, el experto sostiene que, de aquellas personas que tienen sobrepeso u obesidad, si adelgazan, el 70 por ciento al año está sin fármacos y sin síntomas". También afirma que hay estudios que demuestran que los pacientes que son resistentes al tratamiento y que tienen sobrepeso si pierden kilos dejan

de ser resistentes a la terapia.

Con respecto a otras medidas, Enrique Rey dice que no hay estudios que evidencien científicamente su influencia en ERGE. "Son consejos saludables en general, que se pueden dar, por supuesto", puntualiza.

El control del estrés y del ritmo tan acelerado de vida es también eficaz porque eso influye en la percepción que cada uno tiene de sus

síntomas. Ahora bien, los expertos reconocen que esto es muy difícil de controlar en la sociedad actual.

"La gente sabe lo que le sienta bien, lo que puede comer y lo que no, lo que le genera reflujo...", añade Carlos Miranda, de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMGE), "otra cosa es que los evite". Y es que todos coinciden en que cumplir estas recomendaciones alimentarias no

siempre es fácil y muchos pacientes optan por comer lo que les gusta, sabiendo que les va a sentar mal, y luego tomarse un antiácido, "que es mucho más cómodo para ellos".

FÁRMACOS ACCESIBLES

El hecho de que se trate de medicamentos con precios muy asequibles también favorece que se recurra a ellos y de forma continuada, afirman los médicos.

LAS NUEVAS TERAPIAS, EN 'STAND BY'

LA ENFERMEDAD DE BARRETT ES LA QUE MÁS SE HA BENEFICIADO DE LOS ÚLTIMOS AVANCES

G. S. M.
gsuarezm@correofarmacologico.com

Los fármacos que, a juicio de Ana Mateos, coordinadora del Grupo de Nutrición y Digestivo de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (Sefac), han marcado y un antes un después en el abordaje del reflujo gastroesofágico han sido

los inhibidores de la bomba de protones (IBP). En su opinión, son fármacos con muchos años en el mercado, son seguros y funcionan.

Mirando al futuro, parece ser que a corto plazo no se prevén novedades importantes en el abordaje de las patologías digestivas, según los ponentes participantes

en un debate organizado por CF y *Diario Médico* sobre patología digestiva. Es cierto que existen tres líneas de investigación abiertas en el desarrollo de nuevos fármacos, explica Enrique Rey, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico de Madrid. "La primera está centrada

en fármacos que funcionan modificando la motilidad, concretamente, las relajaciones transitorias del esfínter, que es la principal causa de reflujo. La segunda está volcada en desarrollar medicamentos del tipo de los IBP, que tengan una acción relativamente corta y que sean reversibles, para

que sean antiácidos de gran potencia. Y la tercera es conseguir IBP de larga acción, que duren dos o tres días para que las personas en tratamiento diario tomen el fármaco cada dos días".

El experto afirma que donde se han producido grandes avances, "ya realidades", es en el esfago de

Barrett. "Uno de ellos es el tratamiento que destruye la mucosa del esfago de Barrett con radiofrecuencia para que luego se regenere bien. Es muy efectivo".

Otra novedad viene de la mano de la cirugía endoscópica, "aunque por ahora no sustituye a la cirugía laparoscópica".