



Diagnóstico y manejo de la ERGE en APS

Autor: Dr. Sebastián Salinas P. Residente Medicina Familiar Mención Adulto UCM.

Revisor: Dr. Ricardo Morales N. Docente Subdepartamento Medicina Familiar UCM

Resumen:

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) representa una de las patologías digestivas más frecuentes en la práctica médica, especialmente en atención primaria. Su presentación clínica incluye síntomas típicos como pirosis y regurgitación, así como manifestaciones atípicas o extraesofágicas, lo que complica su diagnóstico sindrómico. A pesar de la ausencia de un estándar de oro diagnóstico, existen estrategias ampliamente validadas como la prueba terapéutica con inhibidores de bomba de protones (IBP) y el uso dirigido de endoscopia y pHmetría en casos seleccionados (1). El tratamiento se basa en modificaciones del estilo de vida y terapia farmacológica, reservándose las intervenciones quirúrgicas o endoscópicas para situaciones específicas. Esta revisión sintetiza la evidencia clínica y las recomendaciones actuales sobre el diagnóstico y manejo de la ERGE en atención primaria, con énfasis en el rol del médico general y de familia en su abordaje integral.

Introducción:

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como la presencia de síntomas típicos como pirosis, regurgitación y dolor torácico no coronario y/o complicaciones específicas (Esofagitis erosiva, estenosis péptica o esófago de Barrett) secundarias a una exposición excesiva del esófago al contenido gástrico. Se distingue del reflujo gastroesofágico (RGE) fisiológico, el cual ocurre de manera transitoria y asintomática.

La ERGE constituye una de las enfermedades digestivas más prevalentes a nivel global, con una tasa estimada del 13,3% en población adulta (4), aunque con importante variabilidad regional, desde 2,5% en China hasta 51,2% en Grecia. En América del Sur, incluyendo Chile, se estima que hasta un 30% de los adultos podrían presentar síntomas compatibles con esta condición. (4)

Diversos factores de riesgo han sido asociados al desarrollo de ERGE, incluyendo el aumento del índice de masa corporal, el tabaquismo, la predisposición genética y, en menor medida, el uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos. A su vez, existe evidencia que sugiere un posible efecto protector de la infección por *Helicobacter pylori* debido a la atrofia gástrica asociada (3). La relevancia clínica de la ERGE radica en su impacto sobre la calidad de vida, el riesgo de complicaciones esofágicas y el uso extensivo —a menudo inapropiado— de inhibidores de bomba de protones (IBP) (5). Por tanto, un diagnóstico adecuado y un tratamiento racional se vuelven fundamentales, especialmente en el contexto de la atención primaria, donde se da la primera aproximación clínica, se inicia el tratamiento empírico y se decide la eventual derivación especializada.

Diagnóstico de la ERGE en APS:

La ERGE se diagnostica principalmente de forma clínica, especialmente en el contexto de la atención primaria. En pacientes con síntomas cardinales como pirosis y regurgitación sin signos de alarma (disfagia, anemia, baja de peso, hematemesis), la estrategia recomendada es una prueba terapéutica con inhibidores de bomba de protones (IBP) durante ocho semanas, administrados 30 a

60 minutos antes del desayuno. Esta estrategia, denominada "prueba de supresión con IBP", es respaldada por guías como la del American College of Gastroenterology (2022), con una recomendación fuerte y nivel de evidencia moderado. (1)

El rendimiento de esta prueba ha sido evaluado en revisiones sistemáticas, mostrando una sensibilidad del 78% y especificidad del 54% (1) respecto al diagnóstico confirmado por endoscopia o pHmetría. Pese a sus limitaciones, se considera un abordaje práctico y costo-efectivo en APS.

En casos sin respuesta a la prueba de supresión, con síntomas atípicos o signos de alarma, se indica la realización de una endoscopia digestiva alta (EDA). La EDA permite visualizar esofagitis erosiva, clasificable según la clasificación de Los Ángeles (grados A a D), esófago de Barrett o estenosis. La presencia de lesiones grado C o D es diagnóstica de ERGE. Sin embargo, hasta un 70% de los pacientes sintomáticos podrían tener una EDA normal.

En pacientes con EDA normal o con lesiones grado A o B sin complicaciones, se considera el uso de pHmetría de 24 horas (con o sin impedancia). Esta se realiza habitualmente suspendiendo IBP por 7 días y anti-H2 por 48 horas. Un tiempo de exposición esofágico al ácido mayor a 6% es diagnóstico de ERGE, mientras que valores bajo 4% descartan el diagnóstico. El rendimiento combinado de EDA + pHmetría no está mayormente estudiado en la literatura hasta el momento. (6)

Tratamiento de la ERGE

Las medidas no farmacológicas siguen siendo el pilar inicial del manejo, especialmente en APS. Incluyen:

- Reducción de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad.
- Elevar la cabecera de la cama.
- Evitar comidas 2-3 horas antes de acostarse.
- Suspender tabaco y reducir alcohol.
- Evitar alimentos gatillantes como chocolate, cafeína, comidas grasas, picantes o ácidas.

Aunque la evidencia es limitada y de baja calidad, revisiones sistemáticas han demostrado mejoras en síntomas nocturnos y exposición ácida con estas intervenciones, especialmente la elevación de la cabecera y la baja de peso. (2)

Los IBP son el tratamiento de elección, ampliamente superior a los antagonistas H2 tanto en la curación de la esofagitis erosiva como en el alivio de síntomas. Un metaanálisis de Cochrane mostró una tasa de persistencia de esofagitis a las 4 semanas del 31,5% en pacientes con IBP versus 61,5% con anti-H2 (NNT: 3). (7)

Para asegurar su eficacia óptima, los IBP deben administrarse en ayunas, 30 a 60 minutos antes de una comida principal, idealmente antes del desayuno. Esto permite que el fármaco actúe sobre las bombas de protones activas durante la ingesta.

Existen diversas formulaciones de IBP (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, esomeprazol, dexlansoprazol), con estudios que muestran similar eficacia clínica. (2) Algunos datos sugieren que el esomeprazol podría tener una ligera ventaja en la curación endoscópica, pero la diferencia es marginal. En caso de falta de respuesta al tratamiento, puede considerarse el cambio a otro IBP, aunque el beneficio de rotaciones sucesivas no está completamente respaldado por evidencia.

En términos de seguridad, los IBP son considerados seguros a corto y mediano plazo, sin evidencia consistente de efectos adversos significativos en estos periodos (5). No obstante, el uso prolongado se ha asociado en estudios observacionales con posibles complicaciones como infecciones entéricas



(ej. *Clostridium difficile*), deficiencia de vitamina B12, hipomagnesemia, fracturas osteoporóticas y nefritis intersticial (5). Aunque la mayoría de estas asociaciones presentan bajo nivel de evidencia causal, es recomendable utilizar la menor dosis eficaz posible y reevaluar periódicamente la necesidad del tratamiento. (5)

En pacientes con ERGE confirmada y buena respuesta inicial pero recaídas frecuentes, puede evaluarse terapia a demanda o mantenimiento con la menor dosis eficaz. No se recomienda el uso rutinario de sucralfato, procinéticos o baclofeno salvo indicaciones específicas (como dismotilidad o hipersensibilidad al reflujo). (1)

Conclusión:

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es altamente prevalente y de impacto significativo en la atención primaria. Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la clínica, con apoyo de estrategias escalonadas como la prueba de supresión con IBP, la endoscopia y la pHmetría en casos seleccionados. El manejo integral debe incluir modificaciones en el estilo de vida y terapia farmacológica racional, optimizando el uso de IBP. La reevaluación periódica y la derivación en casos complejos permiten un abordaje eficaz centrado en el paciente.

Bibliografía:

1. Katz PO, Dunbar K, Schnoll-Sussman FH, Greer KB, Yadlapati R, Spechler SJ. ACG Clinical Guideline: Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Am J Gastroenterol*. 2022;117(1):27–56. doi:10.14309/ajg.0000000000001538.
2. Dulbecco M, Guzmán M. Abordaje terapéutico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2022;52(2):153–165. doi:10.52787/agl.v52i2.207.
3. Monrroy H. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. En: Sociedad Chilena de Gastroenterología. *Manual de Gastroenterología*. Cap. 12. Santiago: SOCHIGE; 2021. p. 103–111.
4. Eusebi LH, et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. *Gut*. 2018;67(3):430–440. doi:10.1136/gutjnl-2017-314439.
5. Xia Y, Xie W, Xie Q, et al. Proton pump inhibitor use: systematic review of global trends and practices. *PLoS One*. 2022;17(4):e0267350. doi:10.1371/journal.pone.0267350.
6. Gyawali C. P., Yadlapati R., Fass R., Katzka D., Pandolfino J., Savarino E., et al. *Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0*. *Gut*. 2024;73(2):361–371.
7. Moayyedi, P., Santana, J., Khan, M., Preston, C., & Donnellan, C. (2017). *Medical treatments in the short term management of reflux oesophagitis*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), Art. No.: CD003244.