

Gastroenterología

Nº 18

María Luisa de Castro
Parga
Vigo, España
Pág. 1

**Valoración de la Adhesión Terapéutica
en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal**

M Goldman, T Beaumont
Londres, Reino Unido
Pág. 3

**Efectos de la simeticona en los cólicos
del lactante**

Katz P, Gerson L, Vela M
Houston, EE.UU.
Pág. 6

**Diagnóstico y tratamiento de la
enfermedad por reflujo gastroesofágico**

K Van Den Houte, F
Carbone, J Tack
Lovaina, Bélgica
Pág. 10

**Dispepsia funcional y subgrupos:
fisiopatología y manejo terapéutico**

Valoración de la Adhesión Terapéutica en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

Assessment of Therapeutic Adhesion in Intestinal Inflammatory Disease

María Luisa de Castro Parga
Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España

La precisión de MMAS-8 para identificar falta de adhesión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal inactiva en nuestro entorno es escasa dada su baja especificidad y valor predictivo negativo. Las opiniones sobre la medicación parecen relacionarse con la adhesión terapéutica en la enfermedad inflamatoria intestinal.

(especial para SIIC © Derechos reservados)

En el abordaje terapéutico de las enfermedades crónicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), un objetivo prioritario es mantener una adecuada adhesión al tratamiento por parte de los pacientes. Sin embargo, y pese a lo que puede parecer *a priori*, no se trata de una tarea fácil. La EII afecta mayoritariamente a pacientes jóvenes que presentan una enfermedad crónica que cursa con brotes de actividad seguidos de períodos de remisión en los que la enfermedad está inactiva. La recomendación médica ante estas enfermedades es mantener un tratamiento de manera indefinida y que habitualmente combina más de un fármaco, aunque no siempre evita la presentación de síntomas o la progresión de la enfermedad. Se trata por lo tanto de una población poco proclive a

realizar un consumo crónico de medicamentos y que además se encontrará en muchas ocasiones libre de los molestos síntomas de la enfermedad, por lo que se cuestionará la necesidad de mantener su tratamiento. Por todo ello la falta de adhesión terapéutica en la EII se sitúa en el 30% - 40% de pacientes, aunque se ofrecen cifras más amplias (10% - 72%), dependiendo de las características de los pacientes evaluados y de las herramientas que hayan sido empleadas en su medición: determinación de metabolitos de fármacos en sangre u orina, índices de recolección de fármacos o escalas de autoevaluación. Sin embargo, se ha demostrado que una mala adhesión terapéutica expone al paciente con EII a un mayor número de brotes de actividad inflamatoria y de complicaciones derivadas de su enfermedad como ingresos hospitalarios, asistencias a consultas, urgencias y cirugías, disminuyendo su calidad de vida e incrementando el costo sanitario de estas enfermedades.

Realizar una evaluación periódica de la adhesión terapéutica en pacientes con EII debe ser una tarea de obligado cumplimiento dentro de nuestra práctica clínica asistencial. No obstante, la mera percepción del médico durante la consulta ha demostrado ser poco útil para valorar la adhesión de sus pacientes porque, en general, tienden a sobreestimarla. Sin embargo, en el programa formativo de la carrera de medicina, este aspecto no ha sido adecuadamente contemplado, por lo que en general carecemos de los conocimientos y habilidades necesarios para abordar de manera eficiente esta tarea. Es también deseable el poder disponer de herramientas sencillas, fiables y validadas que nos puedan facilitar esta tarea, ya que determinar los niveles de metabolitos en sangre y orina es costoso y presenta una alta variabilidad intrapaciente, así como evaluar los índices farmacéuticos de dispensación de medicamentos consume mucho tiempo, mientras que

Enviar correspondencia a:
María Luisa de Castro Parga, Hospital
Álvaro Cunqueiro, Vigo, España

 Especialidades médicas
relacionadas, producción
bibliográfica y referencias
profesionales de la autora

las escalas de autoevaluación son herramientas accesibles, de bajo costo y fácil obtención durante la visita médica, aunque algunos estudios han demostrado que tienden a sobrevalorar la adhesión terapéutica, en comparación con métodos objetivos de evaluación. Se han abordado dos objetivos bien diferenciados, por una parte quiere conocer cuál es la adhesión terapéutica en una determinada población de pacientes con EII y enfermedad inactiva, mientras que por otra pretende valorar la fiabilidad de una escala de

autoevaluación de la adhesión terapéutica: MMAS-8 en este mismo contexto. Tomando como referencia la recolección de medicamentos (80% o superior) efectuada por los pacientes durante un período de tiempo de tres meses, se constata falta de adhesión terapéutica en un 37% de los casos. La escala de autoevaluación MMAS-8 tan sólo detectó falta de adhesión en el 22.4%, probablemente porque el paciente sobrestima su propia adhesión, y presenta por lo tanto escasa precisión para identificar falta de adhesión terapéutica

debido a una baja especificidad y valor predictivo negativo. No existió una asociación respecto del tipo de EII, las características de la enfermedad o del propio paciente (estado de convivencia, actividad laboral, nivel de estudios, sexo o edad) y la falta de adhesión terapéutica. Sin embargo, un aspecto destacable es que las creencias y opiniones de los pacientes sobre su tratamiento, y más concretamente en relación con los posibles efectos adversos de los medicamentos se asociaron significativamente con una menor adhesión a la terapia.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019
www.siicsalud.com

La autora no manifiesta conflictos de interés.

Autoevaluación del artículo

En el abordaje terapéutico de las enfermedades crónicas, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), un objetivo prioritario es mantener una adecuada adhesión al tratamiento por parte de los pacientes.

La siguiente afirmación relacionada con el MMAS-8 es correcta:

- A. Su precisión para identificar falta de adhesión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es pobre por baja especificidad.
- B. Tiene buena precisión para identificar falta de adhesión en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal por su alto valor predictivo positivo.
- C. No es una escala de autoevaluación de la adhesión terapéutica.
- D. Ninguna es correcta.

Verifique su respuesta en: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/159665

Cómo citar este artículo:

De Castro Parga ML. Valoración de la adhesión terapéutica en la enfermedad inflamatoria intestinal. Artículos Originales Gastroenterología 18:1-2, mayo 2019

How to cite this article: De Castro Parga ML. Assessment of Therapeutic Adhesion in Intestinal Inflammatory Disease. Artículos Originales Gastroenterología 18:1-2, mayo 2019

Conexiones temáticas

Los informes de Artículos Originales se conectan de manera estricta (i) o amplia (▶) con diversas especialidades.



Bibliografía recomendada

Kane S, Shaya F. Medication non-adherence is associated with increased medical health care costs. *Dig Dis Sci* 53:1020-24, 2008.
Trindade AJ, Ehrlich A, Kornbluth A et al. Are your patients taking their medicine? Validation of a New Adherence Scale in patients with in-

flamatory bowel disease and comparison with physician perception of adherence. *Inflamm Bowel Dis* 17(2):599-604, 2010.
Use of a screening tool to determine nonadherent behavior in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 107:154-160, 2012.
Horne R, Parham R, Res M et al. Patients' attitudes to medicines and

adherence to maintenance treatment in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 15:937-844, 2009.
Shi L, Liu J, Koleva Y et al. Concordance of adherence measurement using self-reported adherence questionnaires and medication monitoring devices. *Pharmacoeconomics* 28:1097-1107, 2010.

Informes destacados

☰ Efectos de la simeticona en los cólicos del lactante

| *The effects of simethicone on infant colic*



British Journal of Nursing 26(5):3-10, Mar 2017

M Goldman, T Beaumont
Londres, Reino Unido

En el presente estudio, la mayoría de los padres indicó que la suspensión oral de simeticona produjo la resolución completa o tuvo algún efecto sobre los signos de los cólicos del lactante, con mejoría en la duración y la intensidad del llanto.

Introducción

Los cólicos del lactante son un motivo frecuente de consulta en la atención primaria; se observan en niños menores de 3 meses, su causa se desconoce y la característica es el llanto excesivo del lactante sano. No hay un tratamiento farmacológico de referencia para este trastorno o para evitar su aparición.

En un metanálisis de 24 estudios que evaluó los registros de los padres sobre los llantos de sus hijos, se halló que la duración promedio del llanto fue, durante los 3 primeros meses, de entre 42 minutos a 2 horas por día. Sin embargo, los artículos científicos al respecto no son congruentes y sus conclusiones se contradicen; lo mismo sucede con la definición de cólico del lactante. Diversos estudios utilizaron los criterios Wessel, de 1954, para el diagnóstico de cólicos del lactante que se denominan "la regla de los 3": llanto de más de 3 horas por día por más de 3 días por semana por lo menos durante 3 semanas.

Los criterios Roma III de 2006 toman esta definición y la reformulan para establecer

como criterios la presencia de los siguientes síntomas en lactantes de ≥ 4 meses: paroxismos de irritabilidad o llanto que aparece y desaparece sin causa aparente; episodios que duran 3 horas o más por día, por lo menos durante 3 días por semana, durante una semana como mínimo, sin alteraciones en el crecimiento. En general, el cólico del lactante es una condición autolimitante que se resuelve entre los 3 y 6 meses. La diarrea, los vómitos y las alteraciones en el crecimiento indican otro diagnóstico.

Si bien la causa es desconocida, en 2004, Roberts y col. postularon 3 explicaciones para el origen de los cólicos del lactante: una causa gastrointestinal debido al atrapamiento aéreo o a una alergia alimentaria; una causa psicosocial producto de una relación disfuncional entre el lactante y sus padres; y una causa vinculada al neurodesarrollo, que refleja la expresión del desarrollo neurológico del recién nacido y que se resuelve aproximadamente a las 12 semanas de vida. Otra hipótesis planteada por una revisión de 2013 del *Drug and Therapeutics Bulletin* señala al

desequilibrio entre los lactobacilos y los coliformes, con cantidades inadecuadas de los primeros y mayores de los segundos, en la microbiota intestinal, con influencia en la función motora intestinal y la producción de gas. Aún se conoce poco acerca de si los factores concomitantes de riesgo, como el tabaquismo materno, la edad avanzada de la madre y ser el primer hijo, se asocian con la aparición de cólicos. Tampoco se encontró una asociación con el modo de alimentación. El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomienda asesorar a los padres y reservar el tratamiento clínico solo cuando no es posible lidiar con el síntoma. Entre las opciones de tratamiento se considera la prueba terapéutica durante una semana con gotas de simeticona o de lactasa. Estos tratamientos continúan solo en caso de respuesta.

En el presente artículo se analizaron las pruebas disponibles sobre las opciones clínicas y no clínicas y se concluyó que la información existente indica que no hay opciones farmacológicas seguras y eficaces y no pueden

formularse normas claras al respecto. Así, los autores consideraron necesaria la información proveniente de un gran número de lactantes, que incluyan la percepción paterna de lo que acontece en el hogar ante una situación incontrolable. El enfoque alternativo propuesto respecto de los ensayos controlados y aleatorizados es obtener información del mundo real, con las experiencias de los involucrados. Las fortalezas de esta metodología se basan en que los participantes son reales y no solo se incluyen a los que buscan una opinión profesional y puede reunirse un mayor número de personas, sin necesidad de los registros médicos. La información es retrospectiva, comprende datos observacionales obtenidos de registros clínicos, los seguros de salud y encuestas e, incluso, un esquema estructurado sobre la experiencia de los participantes. No obstante, los resultados no pueden utilizarse para establecer recomendaciones clínicas, debido a que la metodología carece de la base científica requerida convencionalmente. Se analizó la experiencia real de 4004 padres de lactantes con cólicos que recibieron la suspensión oral de simeticona (SOS), en un diseño retrospectivo. La SOS (40 mg/ml) es un antiflatulento aprobado para el alivio del dolor, los cólicos y el meteorismo debido al aire deglutido, que se relacionó con el aire atrapado en el intestino. Un estudio a doble ciego y cruzado, publicado en 1988, documentó la eficacia de la simeticona en comparación con el placebo en la reducción de la intensidad y la duración del llanto. Pero a pesar de que persiste el escepticismo acerca de la eficacia de la simeticona y que los resultados de ese ensayo no se replicaron en los

posteriores, los padres confían en el producto.

Métodos

El diseño del estudio fue retrospectivo, de no intervención y dirigido a evaluar las experiencias pragmáticas de los padres con el uso de la SOS para el tratamiento de los cólicos del lactante. Se revisaron los síntomas, los signos y los resultados asociados con los cólicos del lactante de acuerdo con la bibliografía disponible. Se diseñó un protocolo para la recolección de datos. Un panel de expertos diseñó las preguntas incluidas en los cuestionarios. Se incluyeron los casos en que los lactantes recibieron por lo menos una dosis de SOS. No se especificó cómo el lactante había recibido el diagnóstico de cólicos. Los datos se reunieron mediante un cuestionario por internet, en idioma inglés, que incluyó preguntas referidas a los detalles demográficos, el diagnóstico y el tratamiento de los cólicos del lactante y la respuesta a este último.

Resultados

En total, 4004 padres aportaron datos, pero 4003 completaron el cuestionario. Del total, 1995 utilizaban el producto al momento de la evaluación, mientras que 350 lo habían usado más de seis meses antes. El 96.9% (3881) de los participantes fueron mujeres y más de la mitad de los bebés

(52.3%) fueron de sexo masculino. El 61.8% de los niños correspondía al primer hijo y el 26% eran segundos hijos. La mayoría de los casos de cólicos del lactante se produjo durante los 3 primeros meses de vida (93.7%). Los signos utilizados para diagnosticar los cólicos del lactante fueron los tres criterios de Wessel y un cuarto, retorcerse por un dolor o malestar aparente, tensar los puños, llevar las rodillas hacia el abdomen y arquear la espalda durante el llanto, que se basó en *NHS Choices*. El cuarto criterio fue el signo más utilizado por los padres para el diagnóstico de los cólicos del lactante (91.2%), seguido por el llanto prolongado, por más de 3 horas por día (41.7%) (Tabla 1). Casi la totalidad de los participantes (93.2%) consideró que la utilización de la SOS se asoció con la resolución completa de los cólicos del lactante (25.6%) o con algún efecto sobre los síntomas (67.6%). Casi la totalidad de los padres (99%) indicó que utilizaron la suspensión oral de acuerdo con las instrucciones, mientras que solo el 1% informó que empleó dosis inferiores a las recomendadas. El patrón más frecuente de uso fue de 5 a 7 veces por día, congruente con la demanda de la alimentación de los niños menores de 3 meses. El 36% de los padres administró el producto menos frecuentemente. El 69.7% de los padres indicó que los síntomas mejoraron en

Tabla 1. Signos utilizados para diagnosticar cólicos.

Signos	Número	Porcentaje
Llanto por más de 3 horas al día	1669	41.7
Llanto por más de 3 días a la semana	1060	26.5
Llanto por más de 3 semanas seguidas	592	14.8
Retorciéndose en aparente dolor o incomodidad, apretó los puños, acercó las rodillas a la barriga o arqueó la espalda mientras lloraba	3651	91.2
Ninguno de los anteriores	88	2.2
Total*	4004	

* Algunos padres identificaron más de una señal para su bebé.

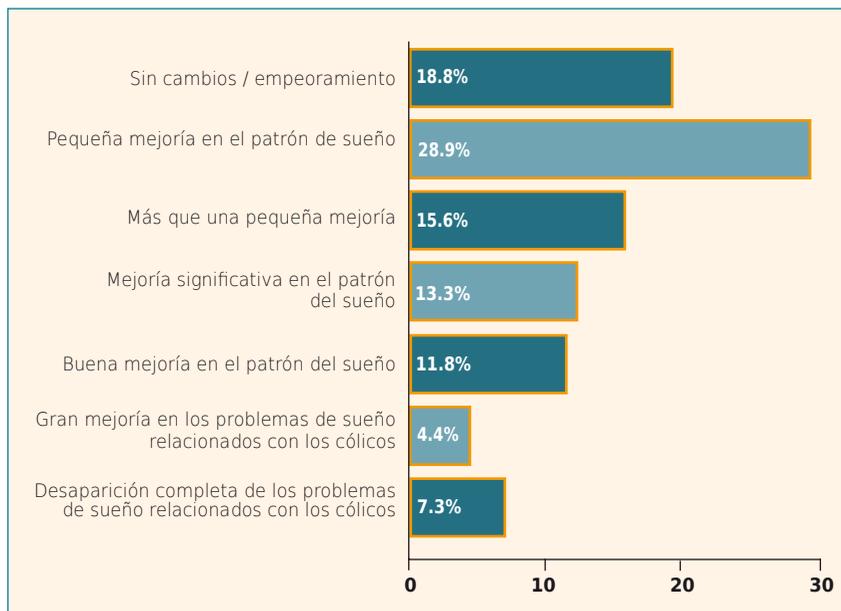


Figura 1. Patrones de sueño de los bebés después de la administración de la suspensión oral.

un día y solamente el 2% señaló la ausencia de mejoría. El 81.2% de los participantes informó una mejoría en los patrones del sueño del bebé (Figura 1), así como de su propio sueño y de los niveles de estrés. El 47% de los padres indicó que utilizó solamente la suspensión oral para el tratamiento de los cólicos de los lactantes, mientras que el resto empleó alguna intervención adicional. Otro 47% señaló que había utilizado alguna otra terapia previamente sin eficacia.

Discusión y conclusión

Los cólicos del lactante fueron más frecuentes en los primeros y segundos hijos. Es probable que las madres primerizas sean las que tienen más probabilidad de buscar asesoramiento y apoyo. El principal problema con los

cólicos del lactante es que se desconoce su causa y hay diversas teorías sobre su posible origen. En cuanto al diagnóstico, los ensayos controlados suelen utilizar los criterios Wessel y Roma III, pero los padres perciben el dolor de modo diferente, ya que la mayoría coincidió en el criterio de *NHS Choices*. Esto destaca que los estudios controlados no expresan las percepciones de los padres. En esta investigación, el 67.6% de los participantes encontró algún efecto positivo sobre los cólicos del lactante con la SOS y el 25.6% consideró que se logró la resolución completa. La mayoría de los padres indicó que su experiencia con el empleo de la SOS fue positiva. Sin embargo, los autores consideran que dada la naturaleza autolimitante de los cólicos del lactante y que el

69.7% de los padres consideró que la mejoría se produjo en un día, se plantea si la intervención por sí sola resultó en la mejoría sintomática. Se estima que la SOS se utiliza para permitir la liberación del aire atrapado en el intestino, pero esta teoría no es universalmente aceptada. Es posible que los cólicos del lactante sean la vía final común de diversas disfunciones subyacentes que provocan el llanto excesivo. Para los padres, la SOS tuvo efectos positivos y constituye una solución práctica frente a un lactante que se retuerce de dolor y llora en forma excesiva. Los padres indicaron que la SOS produjo una mejoría en los patrones del sueño en el 81.2% de sus hijos. Los resultados de la presente investigación contradicen los hallazgos de la mayoría de los ensayos aleatorizados y controlados y las reseñas sistemáticas sobre el uso de simeticona para los cólicos del lactante. Esto demuestra que, en el mundo real, la experiencia de los usuarios con la SOS fue eficaz para el tratamiento de los cólicos del lactante. En conclusión, la mayoría de los padres indicó que la SOS produjo la resolución completa o tuvo algún efecto sobre los signos de los cólicos del lactante, con mejoría en la duración y la intensidad del llanto. Más de dos tercios de los participantes señalaron que la mejoría se produjo dentro del mismo día de iniciada la terapia.

Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico

Diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease



American Journal of Gastroenterology
108(3):308-328,
Mar 2013

Katz P, Gerson L, Vela M
Houston, EE.UU.

El presente trabajo proporciona pautas para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Esta enfermedad afecta la calidad de vida, la productividad laboral y la funcionalidad física de los pacientes.

Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un trastorno gastroenterológico frecuente definido como los síntomas o las complicaciones provocadas por el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago o más allá, la cavidad oral o el pulmón. Además, la ERGE puede ser clasificada por la presencia o la ausencia de erosiones al examen endoscópico. El presente estudio proporciona una serie de pautas para el diagnóstico y el tratamiento de la ERGE.

Síntomas y epidemiología

La prevalencia de ERGE se basa principalmente en los síntomas típicos de pirosis y regurgitación. Se calcula que la prevalencia de ERGE en los países occidentales es del 10% al 20%. El dolor de pecho puede ser un síntoma de ERGE y es importante descartar si este es cardíaco. Además, pueden presentarse síntomas extraesofágicos, así como síntomas atípicos. Esta enfermedad afecta la calidad de vida, la productividad laboral

y la funcionalidad física de los pacientes. La ERGE nocturna tendría mayor impacto en la calidad de vida que los síntomas diurnos. La frecuencia de los síntomas no varía a medida que el paciente envejece, pero su intensidad disminuiría después de los 50 años. El envejecimiento incrementaría la prevalencia de esofagitis erosiva, clasificación de Los Ángeles grados C y D, y esófago de Barrett. La esofagitis erosiva es más frecuente en hombres, mientras que la enfermedad por reflujo no erosiva (ERNE) lo es en las mujeres. El esófago de Barrett es más frecuente en los hombres que en las mujeres. La ERGE estaría relacionada con la obesidad, y algunos estudios han sugerido que el índice de masa corporal (IMC) estaría asociado con el cáncer de esófago y de estómago.

Diagnóstico

Los síntomas típicos de pirosis y regurgitación permiten realizar el diagnóstico presuntivo de ERGE. En pacientes con síntomas típicos de ERGE la respuesta al tratamiento médico empírico

con inhibidores de la bomba de protones (IBP) permitiría confirmar el diagnóstico. La causa cardíaca debe ser excluida en pacientes con dolor de pecho, antes de iniciar la evaluación gastrointestinal. La disfagia históricamente ha sido un síntoma de alarma o signo de advertencia y una indicación para la endoscopia temprana para descartar una complicación de la ERGE. Existen diversos síntomas asociados con la ERGE, pero no son tan confiables como la pirosis y la regurgitación. Las radiografías con bario no deberían ser realizadas para diagnosticar la ERGE ya que la sensibilidad de esta prueba sería extremadamente baja. La endoscopia digestiva alta no sería necesaria en presencia de síntomas típicos de ERGE. Se recomienda la endoscopia cuando existen síntomas de alarma y para la detección de pacientes con mayor riesgo de complicaciones, particularmente hombres blancos con sobrepeso, mayores de 50 años, con síntomas crónicos de ERGE. En individuos sin esófago de Barrett que no presentan síntomas

nuevos, no estaría indicado repetir la endoscopia. Las biopsias de rutina del esófago distal no se recomiendan específicamente para diagnosticar la ERGE; diferenciarla de la esofagitis eosinofílica (EEO) utilizando únicamente la biopsia sería difícil y riesgoso. La manometría esofágica se recomienda para la evaluación preoperatoria, pero no tendría ningún papel en el diagnóstico de ERGE.

La monitorización ambulatoria del reflujo es la única prueba para determinar la presencia de exposición esofágica anormal al ácido, la frecuencia del reflujo y la asociación de síntomas con episodios de reflujo. Está indicada antes de considerar la terapia endoscópica o quirúrgica en pacientes con ERNE, para evaluar sujetos refractarios a la terapia con IBP y cuando el diagnóstico de ERGE está en cuestión. Ante

la presencia de segmento corto o largo de esófago de Barrett no se requiere la monitorización ambulatoria del reflujo para establecer el diagnóstico de ERGE.

La relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y la ERGE es discutible. La identificación de esta bacteria no se recomienda en la ERGE y su erradicación no se requiere de forma rutinaria como parte de la terapia antirreflujo.

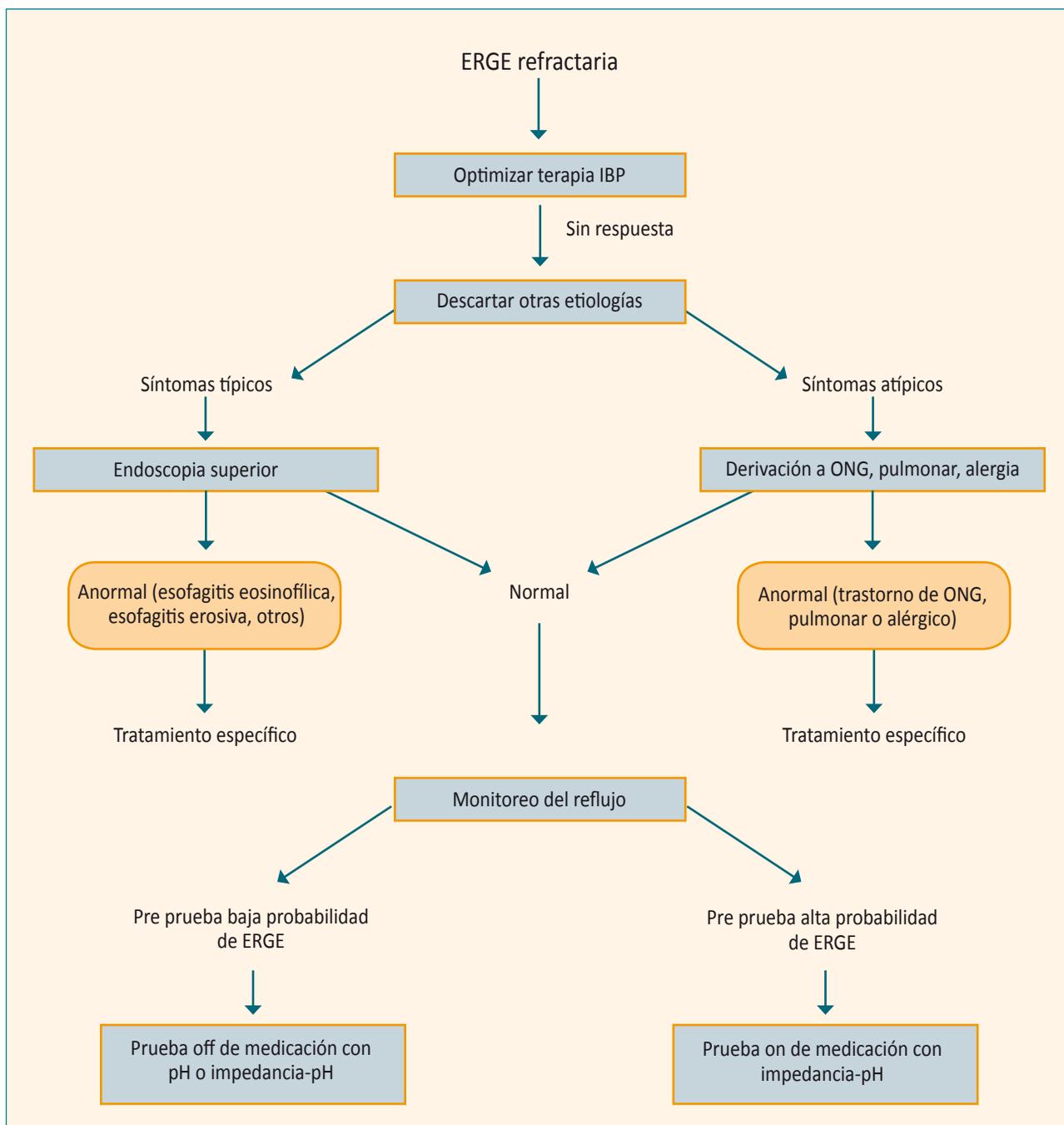


Figura 1. Algoritmo para la evaluación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico refractaria (ERGE). ONG, oído, nariz y garganta; IBP, inhibidor de la bomba de protones.

Durante el embarazo, la ERGE es frecuente; se manifiesta como pirosis y puede comenzar en cualquier trimestre. A menudo, los síntomas desaparecen después del parto. El diagnóstico de ERGE durante el embarazo se debe basar en los síntomas, al igual que su tratamiento. En caso de que la embarazada requiera pruebas, la endoscopia alta es de elección.

Tratamiento

Modificar el estilo de vida del paciente forma parte de la terapia de la ERGE. A los enfermos con ERGE con sobrepeso o que aumentaron de peso recientemente se les debe recomendar bajar de peso. Dormir con la cabecera de la cama elevada y evitar las comidas 2 a 3 horas antes de acostarse se debe indicar en individuos con ERGE nocturna. No se recomienda eliminar totalmente los alimentos que pueden desencadenar el reflujo en el tratamiento de la ERGE.

Cuando las modificaciones del estilo de vida son insuficientes se puede indicar el tratamiento farmacológico. Un tratamiento de 8 semanas con IBP sería la terapia de elección para el alivio sintomático y la curación de la esofagitis erosiva. No existirían diferencias importantes en la eficacia entre los diferentes IBP. La mayor duración de la enfermedad, hernia hiatal, síntomas extraesofágicos y falta de adhesión terapéutica son factores de riesgo para la falta de control de los síntomas. La terapia con IBP debe ser indicada una vez por día antes de la primera comida del día. Los pacientes que no respondan a los IBP deben ser derivados para evaluación. Si el sujeto responde de manera parcial a la terapia con IBP, aumentar la dosis a 2 veces por día o cambiar a un IBP diferente puede aliviar los síntomas. Los IBP de liberación

retardada tradicionales deben ser administrados 30 a 60 minutos antes de las comidas para lograr el máximo control del pH. En pacientes embarazadas los IBP serían seguros.

La terapia de mantenimiento con IBP debe ser administrada en caso de que el paciente con ERGE continúe con síntomas después de que los IBP fueron interrumpidos y en sujetos con complicaciones como esofagitis erosiva o esófago de Barrett. La terapia con IBP a largo plazo debe administrarse en la menor dosis eficaz.

Los antagonistas del receptor de histamina (ARH2) serían una opción de mantenimiento en pacientes sin enfermedad erosiva, si estos logran aliviar la pirosis. La terapia con ARH2 a la hora de acostarse puede combinarse con la terapia con IBP diurna en pacientes con reflujo nocturno comprobado, pero este abordaje estaría asociado con la aparición de taquifilaxia.

La terapia procinética o con baclofeno no está indicada en pacientes con ERGE sin evaluación diagnóstica, y su uso está limitado por sus efectos adversos (somnolencia, mareos, entre otros).

Opciones quirúrgicas

La ERGE puede ser tratada quirúrgicamente mediante funduplicatura laparoscópica o cirugía bariátrica en los sujetos obesos. Entre las razones para derivar a un paciente con ERGE a cirugía se encuentran el deseo de interrumpir la terapia médica, la falta de adhesión terapéutica, los efectos adversos asociados con el tratamiento, la presencia de una hernia hiatal grande, la esofagitis refractaria a la terapia médica, o los síntomas persistentes causados por la ERGE refractaria. Las mayores respuestas quirúrgicas se observan en pacientes con síntomas típicos

de pirosis y regurgitación que responden bien a la terapia con IBP o tienen estudios de pH ambulatorio anormal, con buena correlación de síntomas. Las tasas de complicaciones posquirúrgicas son bajas, pero la funduplicatura está asociada con un potencial de efectos posoperatorios adversos. La terapia quirúrgica no estaría recomendada en pacientes que no responden a la terapia con IBP. Las terapias endoscópicas para la ERGE no tendrían eficacia a largo plazo. Según un estudio, a los 36 meses de seguimiento la mayoría de los pacientes requieren terapia médica adicional o funduplicatura de revisión.

Riesgos potenciales asociados con los IBP

El dolor de cabeza, la diarrea y la dispepsia son efectos adversos potenciales asociados con los IBP; cambiar a otro IBP podría ser una alternativa en estos pacientes. La preocupación acerca de las fracturas de cadera y la osteoporosis no debería afectar la decisión de utilizar los IBP a largo plazo, excepto que el paciente tenga otros factores de riesgo para fractura de cadera.

La terapia con IBP es un factor de riesgo para infección por *Clostridium difficile*, por lo que debe ser utilizada con precaución en pacientes en riesgo. El uso de IBP a corto plazo parece aumentar el riesgo de neumonía adquirida en la comunidad.

La terapia con IBP no debería modificarse si el paciente utiliza clopidogrel simultáneamente, ya que esto no parece aumentar el riesgo de efectos cardiovasculares adversos.

Presentaciones extraesofágicas de la ERGE

La ERGE podría ser un cofactor potencial en pacientes con asma, tos crónica o laringitis, por lo que

en estos es necesario realizar una evaluación cuidadosa de causas no relacionadas con la ERGE. Se recomienda el tratamiento con IBP para tratar los síntomas extraesofágicos en pacientes que presentan los síntomas típicos de ERGE o datos objetivos de ERGE por medio de endoscopia o monitoreo del reflujo. No se recomienda la endoscopia alta para establecer el diagnóstico de asma, tos crónica o laringitis relacionadas con la ERGE. El monitoreo del reflujo permitiría confirmar la presencia de ERGE y debe ser considerado antes la terapia con IBP en pacientes con síntomas extraesofágicos que no presentan los síntomas típicos de ERGE. El diagnóstico de laringitis inducida por reflujo no debe basarse únicamente en los hallazgos laringoscópicos. Los pacientes que no responden a los IBP deben ser sometidos a pruebas diagnósticas adicionales. El tratamiento quirúrgico no está indicado para tratar los síntomas extraesofágicos de la ERGE si el paciente no responde a la supresión ácida con un IBP.

ERGE refractaria al tratamiento con IBP

La ERGE refractaria hace referencia a un grupo heterogéneo de pacientes que difiere en la frecuencia y la gravedad de los síntomas, el régimen de dosis de IBP y la respuesta a la terapia. En estos individuos, lo más

importante sería diferenciar la etiología de los síntomas. Lo primero que se debe hacer en el tratamiento de la ERGE refractaria es optimizar la terapia con IBP.

En pacientes refractarios con síntomas típicos o dispépticos la endoscopia alta permite excluir las etiologías diferentes a la ERGE. El monitoreo del reflujo está indicado en pacientes con síntomas extraesofágicos persistentes a pesar de la optimización de los IBP, y en aquellos en los que se han descartado etiologías diferentes a la ERGE por otros especialistas. Además, el monitoreo del reflujo permite la caracterización del paciente refractario.

El monitoreo del reflujo sin medicación podría ser realizado por cualquier modalidad disponible, mientras que la prueba con medicación debería ser efectuada con control de impedancia del pH para medir el reflujo no ácido.

Los pacientes refractarios con pruebas objetivas de que el reflujo es la causa de los síntomas deben ser considerados para terapias antirreflujo adicionales.

Complicaciones asociadas

La esofagitis erosiva, la estenosis y el esófago de Barrett son algunas de las complicaciones asociadas con la ERGE. La esofagitis erosiva se observa en una minoría de pacientes con ERGE sintomática; la mayoría

de los sujetos presentan un grado A o B de la clasificación de Los Ángeles. La esofagitis erosiva grave es más frecuente en adultos mayores y empeora si no se establece la terapia de mantenimiento. Se sugiere repetir la endoscopia en pacientes con esofagitis grave después de una terapia antisecretora para excluir la presencia de esófago de Barrett.

La terapia continua con IBP se recomienda luego de la dilatación de la estenosis péptica para mejorar la disfagia y reducir la necesidad de dilataciones repetitivas. Los corticoides intralesionales pueden ser utilizados en las estenosis pépticas refractarias complejas provocadas por la ERGE.

Los anillos esofágicos inferiores estarían asociados con la ERGE, por lo que en estos pacientes después de la dilatación se indica el tratamiento con IBP.

El esófago de Barrett sería la única complicación de la ERGE con potencial maligno y tiende a aparecer en pacientes con duración prolongada de los síntomas, mayores de 50 años, varones y caucásicos. Los síntomas en los pacientes con esófago de Barrett pueden controlarse de igual manera que en los individuos con ERGE sin esófago de Barrett. Se recomienda que los pacientes con esófago de Barrett confirmado endoscópicamente permanezcan en un programa de vigilancia.

Dispepsia funcional y subgrupos: fisiopatología y manejo terapéutico

Functional dyspepsia and subgroups: pathophysiology and therapeutic management



Expert Review of
Gastroenterology &
Hepatology 13(5):
1-10, Nov 2018

K Van Den Houte, F Carbone, J Tack
Lovaina, Bélgica

Los trastornos gastrointestinales funcionales son trastornos crónicos comunes que se caracterizan por la manifestación de síntomas gastrointestinales, sin evidencia de enfermedad estructural, orgánica o metabólica. El síndrome de malestar posprandial es el subgrupo de dispepsia funcional más grande según los criterios Roma IV.

Introducción

Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGF) son trastornos crónicos comunes que se caracterizan por la manifestación de síntomas gastrointestinales, sin evidencia de enfermedad estructural, orgánica o metabólica. El consenso Roma subdividió a los pacientes con TGF según los patrones sintomáticos y otras características. Entre ellos, la dispepsia funcional (DF) es uno de los más frecuentes, y estaría localizada a nivel gastroduodenal, con manifestaciones de saciedad temprana, plenitud posprandial, dolor epigástrico y pirosis. Los criterios Roma III y IV consideran que esta afección tiene características heterogéneas, por lo que se dividió en síndrome de malestar posprandial (MP) y síndrome de epigastralgia.

Epidemiología

La prevalencia de la DF según el consenso Roma IV se encuentra entre el 8% y el 12%, en donde el 61% de las personas padecen síndrome de MP; el 18%, síndrome de epigastralgia posprandial, y un 21% presenta solapamiento

de ambos síndromes. Según los hallazgos, los trastornos funcionales tienden a solaparse, y tanto el impacto de este solapamiento como su correcto diagnóstico, el mecanismo fisiopatológico y las opciones terapéuticas, entre otros, siguen bajo estudio. Estos trastornos se asocian con efectos sobre la calidad de vida, los costos de salud y las actividades diarias, incluso las laborales.

Solapamiento con otros trastornos

Los pacientes con DF frecuentemente tienen síntomas coexistentes con otros trastornos de tipo gastrointestinales o funcionales. La afección con la que más a menudo hay solapamiento es la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), con una prevalencia mayor del 50% en pacientes con DF, mientras que en el resto de la población la ERGE representa entre un 15% y 25%. Un estudio realizado en Corea, utilizando criterios Roma III, encontró un importante solapamiento entre el síndrome de intestino irritable y la DF;

sin embargo, el estudio no distinguió al MP ni al síndrome de epigastralgia.

Diagnóstico

El enfoque diagnóstico debería comenzar con una historia clínica detallada que identifique la presentación de los síntomas predominantes, como la saciedad temprana y la plenitud posprandial, entre otros. Es importante evaluar la presencia de signos de alarma que puedan motivar a estudios más extensos en búsqueda de alguna enfermedad orgánica, como la pérdida de peso sin causa aparente, la disfagia y las hemorragias gastrointestinales, entre otras.

El diagnóstico de DF se realiza en presencia de una endoscopia gastrointestinal superior negativa. En atención primaria, generalmente no se realiza la endoscopia y se deriva a los pacientes bajo el diagnóstico de dispepsia no investigada. Ante la presencia de síntomas crónicos, el especialista puede realizar una endoscopia y arribar al diagnóstico al ser esta negativa. Las últimas

guías recomiendan obtener biopsias gástricas de rutina, en función de detectar la presencia de *Helicobacter pylori*.

Mecanismos fisiopatológicos

Se ha implicado en la patogenia de la DF a una variedad de mecanismos fisiopatológicos, entre ellos alteraciones en la función gástrica sensorial y motora, cambios en la mucosa y, además, cambios en el procesamiento de distintas señales aferentes a nivel estomacal. Esta cantidad de mecanismos reflejarían la heterogeneidad de este trastorno.

Acomodación gástrica

Se denomina así al proceso de relajación del estómago proximal luego de la ingestión de alimento, lo que permite el almacenamiento de la comida sin un aumento en la presión intragástrica. El mecanismo de referencia para su evaluación es el barostato gástrico, un procedimiento invasivo casi nunca utilizado en la práctica. Se ha propuesto un instrumento intragástrico de medición de la presión mediante sondas manométricas para la evaluación de la acomodación, pero todavía faltan estudios a gran escala. La alteración en la acomodación gástrica se presenta hasta en el 45% de los pacientes con DF y se ha asociado con síntomas de saciedad temprana, un síntoma clave del MP.

Vaciamiento gástrico

Este puede ser evaluado mediante centellograma, prueba del aliento o, indirectamente, por medio de una cápsula inalámbrica. El retraso en el vaciamiento gástrico se presenta en hasta el 30% de los pacientes con DF y se ha asociado con síntomas de plenitud posprandial, considerado cardinal del MP; también se ha vinculado con náuseas y vómitos,

síntomas más reminiscentes de la gastroparesia.

En un pequeño subgrupo de los pacientes con DF, el vaciamiento gástrico es más rápido que el normal. Todavía falta establecer si esta es una característica del subgrupo de MP según los criterios Roma IV, pero un estudio reciente con tomografía por emisión de positrones (PET) demostró una asociación entre el vaciamiento gástrico acelerado y el trastorno en la acomodación.

Hipersensibilidad visceral

La hipersensibilidad visceral es uno de los mecanismos más importantes en la génesis de los síntomas de la dispepsia funcional. Esta puede originarse a nivel periférico por aumento en la excitabilidad de las terminaciones nerviosas sensitivas a nivel gástrico, como también a nivel del sistema nervioso central.

Procesamiento alterado a nivel cerebral

Uno de los mecanismos en la hipersensibilidad visceral subyacente en la DF se apoyaría en los altos niveles de ansiedad, depresión y somatización y su asociación con la hipersensibilidad visceral.

Alteraciones de la mucosa

Las alteraciones en la integridad de la mucosa duodenal, con un bajo grado de inflamación con aumento de eosinófilos y mastocitos, se asociaron con el síntoma de saciedad temprana. Cambios en la microbiota a nivel gastrointestinal superior, que pueden o no asociarse con las alteraciones de la mucosa, comienzan a surgir como un hallazgo potencialmente relevante. Un informe preliminar de un estudio sugiere que los pacientes con DF podrían tener alteraciones en la composición de la microbiota

duodenal. No está claro si estos cambios en la microbiota son específicos del síndrome de malestar posprandial.

Opciones de tratamientos

Enfoques generales

Los síntomas de DF, y especialmente los de MP, generalmente son desencadenados por la ingestión de una comida, por lo que sería lógico considerar un ajuste dietario para el abordaje de los síntomas. Usualmente se recomienda realizar comidas en porciones más pequeñas y evitar las grasas.

Algunas guías recomiendan la erradicación de *H. pylori* en pacientes con síntomas gastrointestinales y endoscopia negativa.

La supresión ácida con inhibidores de la bomba de protones (IBP) es la terapia de primera elección en pacientes con dispepsia funcional. Los procinéticos serían menos efectivos para la DF que los IBP. Algunos metanálisis confirman la eficacia de los procinéticos como grupo farmacológico, pero son pocos agentes los que se encuentran disponibles, y los estudios tienen una calidad extremadamente heterogénea.

Agentes que favorecen la acomodación

La alteración en la acomodación es el trastorno motor más documentado para la DF. En un estudio con buspirona en 17 pacientes, esta mejoró los síntomas y se asoció con una mejoría en la acomodación gástrica, sin los efectos ansiolíticos que expliquen el beneficio sintomático. La acotiamida es un inhibidor presináptico muscarínico y un inhibidor de la colinesterasa que, según un estudio de fase III realizado en Japón, ha demostrado efectos favorables en pacientes con MP en cuanto a los síntomas

de saciedad temprana, plenitud posprandial y distensión abdominal.

Neuromoduladores para el síndrome de malestar posprandial

Un estudio multicéntrico evaluó la mejoría de los síntomas con placebo, escitalopram y amitriptilina. El escitalopram no presentó efectos benéficos, mientras que la amitriptilina mejoró los síntomas en pacientes con dolor y en aquellos que no presentaban retraso en el vaciamiento gástrico, lo que sugeriría una falta de eficacia en el MP.

Sin embargo, el número de estudios de alta calidad de neuromoduladores sobre la DF o el MP es limitado.

La mirtazapina fue eficaz para mejorar los síntomas generales, la saciedad temprana, las náuseas y la tolerancia al volumen de nutrientes. En otro estudio, la mirtazapina no afectó la función motriz y sensorial gástrica, lo que sugeriría un modo de acción predominante a nivel central.

Medicamentos herbales y naturales

Varias formulaciones herbales y naturales se han evaluado en pacientes con DF. Se han efectuado estudios de un preparado de varias hierbas medicinales, el cual habría demostrado ser beneficioso en pacientes con DF.

El aceite de menta se ha evaluado para el tratamiento de la DF, y se verificó que las cápsulas fueron superiores al placebo en el alivio de los síntomas de epigastalgia y malestar posprandial, con buena tolerancia. El mecanismo de acción todavía no ha sido establecido, pero algunos estudios demostrarían la capacidad del aceite de menta para relajar el estómago proximal.

Probióticos y antibióticos

Los productos que contienen probióticos han aumentado su popularidad. Un estudio realizado en Japón, en pacientes con MP bajo tratamiento con *Lactobacillus gasseri*, habría mejorado los síntomas frente al placebo,

con una frecuencia mayor de eliminación de los síntomas frente al placebo. También se realizó un estudio con rifaximina, con resultados prometedores.

Conclusiones

Los autores consideran que, según los estudios epidemiológicos, el síndrome de MP es el subgrupo de DF más grande según los criterios Roma IV. La fisiopatología del MP probablemente involucre un trastorno sensorial y motriz a nivel gástrico, además de una inflamación leve a nivel duodenal. Además, concluyen que los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina no han demostrado eficacia. Por otro lado, el antidepresivo atípico mirtazapina y los ansiolíticos del grupo 5-HT_{1A} han demostrado eficacia en el síndrome de malestar posprandial.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019
www.siicsalud.com