

La cirugía antirreflujo, ¿está subutilizada?

Dr. Francisco Torres Violante, FACS

Las consecuencias de la ERGE son dramáticas en razón de salud así como en el rubro de la economía, a saber existen más de 18 millones de afectados en EUA lo que condiciona en 1 año 10 millones de consultas, 800 mil atenciones hospitalarias, 459 mil consultas de urgencia, 175 mil ingresos como primer diagnóstico, lo que en términos de costos equivale a 5.8 billones de dólares en medicamentos, 3.5 billones de dólares por consultas y hospitalización y lo que es más dramático 14.6 billones de dólares por pérdida de productividad.

Entre los grupos estudiados se han detectado, en lo que al control medicamentoso de la enfermedad se refiere dos circunstancias a considerar:

1. Uso durante el año previo y en éste a su vez dos modalidades, siempre y uso crónico y de estos grupos después de estudiarlos se reconoció que 22% y 15% respectivamente utilizan su terapia médica.
2. Uso crónico y en éste a su vez 2 subgrupos, automedicados y por prescripción de los cuales los medicamentos más usados son bloqueadores H2, Inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y procinéticos.

Los resultados revelan que el grupo de los automedicados es el más grande con uso de bloqueadores H2 hasta en el 15.3%, seguido por los antiácidos en hasta 12.6%. En el grupo de por prescripción, que es el menor los resultados son en relación a bloqueadores H2 5.0%, inhibidores de la bomba de protones 1.9% y procinéticos 0.3%.

Estos hallazgos fueron motivo de preocupación dado que el hecho de que la mayoría de los pacientes con ERGE pertenezcan al grupo de automedicación indica que NO se tiene control sobre la enfermedad y considerando las consecuencias en términos de salud y su repercusión económica es que motivó múltiples estudios para ver qué pasa desde el punto de vista endoscópico con este grupo de pacientes y los hallazgos en uno de dichos estudios fueron los siguientes: el 51% sin cambios, es decir sólo síntomas; 42% esofagitis en diferentes grados y lo más preocupante, 7% esófago de Barrett.

El panorama es oscuro, ya que hay un incremento del 103% de ERGE debido al tratamiento desordenado y de

hasta un 216% de las hospitalizaciones por transgresiones dietéticas y ERGE. El problema es tan grave que se observa un incremento real de la enfermedad en todos los grupos de edad y en toda la gama de sus formas de presentación, a saber, ERGE específicamente 5% con un incremento de 91 mil a 95 mil casos. Con síntomas severos que van desde anemia, vómito incohérente, pérdida de peso y desnutrición 39%. Con síntomas leves a moderados como estornudos, tos crónica, eructos y reflujo 43%. Y lo que es más notorio es un incremento en la edad pediátrica, en el grupo de 2 a 17 años 84% y hasta en los menores de 2 años un incremento del 42%.

En un afán de identificar la magnitud de la situación se ha establecido una comparación entre la presentación, incremento y consecuencias de la ERGE y las causas más comunes de muerte en menores de 85 años como son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, observando una declinación franca de las primeras y una meseta con discreta tendencia al descenso en los últimos años en lo que a cáncer se refiere en comparación con el constante crecimiento en la presentación y consecuencias de la enfermedad por reflujo.

De todo lo anterior se concluye que la ERGE es una enfermedad común con un espectro variable tanto en intensidad como en su frecuencia de presentación por lo que en EUA se ha reconocido que el ardor retroesternal es la forma de presentación habitual y la frecuencia observada en adultos americanos es de 7% diario, 14% semanal, 36% mensual.

De todos los casos de ERGE en EUA, el 3% es severo (525 mil casos por año).

La presencia de la ERGE alrededor del mundo es de la siguiente manera: Minnesota, 73% síntomas semanales.

Finlandia, 66% síntomas mensuales.

Suecia, 25% ardor retroesternal frecuente.

Dada la problemática observada se realizaron estudios de satisfacción de respuesta a tratamiento médico obteniéndose los siguientes resultados en uno de los más significativos, se estudiaron 1,561 pacientes, de los cuales 700 se refirieron como muy satisfechos, 650 satisfechos, 150 neutros, 50 insatisfechos y 11 muy insatisfechos.

Cuando el medicamento usado fueron los inhibidores de bomba de protones se observó que el 20% se referían

Coordinador del Servicio de Terapia Nutricional y Profesor Titular del Curso de Especialidad en Cirugía General del HGR No. 6 del IMSS en Cd. Madero, Tamaulipas.
E-mail: drtorresviolante@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicgraphic.com/cirujanogeneral>

como completamente satisfechos, 50% muy satisfechos y 15% algo satisfechos. El 15% restante mostraron algún grado de insatisfacción.

El 83% de los pacientes se refieren como satisfechos o muy satisfechos con tratamiento médico en base a uso de IBP y cambios en el estilo de vida. En lo que a cambios de estilo de vida se refiere lo más significativo fue el cambio en su dieta, seguido de sobremesa, disminuir la ingesta, bajar de peso, elevar la cabecera de la cama. De menor relevancia cambiar horario de comidas, y dormir sentado.

Un problema que hemos observado como subestimado es el ardor retroesternal nocturno, ya que en un estudio realizado en 100 adultos se observó hasta en el 80%, 45% tuvieron dificultades para dormir (29% todas las noches), 34% tienen que dormir sentados, 13-19% desarrollan síndrome de distress respiratorio y el 45% sin mejoría con terapias comunes, causando en la mitad (40%) problemas laborales.

En relación al conocimiento de la enfermedad hasta el 65% de los afectados dominan su historia natural y hasta el 60% conocen los efectos colaterales de los medicamentos entre los que destacan diarrea, fracturas, deficiencia de vitamina B12, reducción de vitamina C y de la absorción del hierro. A todo esto debemos asociar la consideración de Stuart Jon Spechler quien afirma que "Después de su gran éxito en el alivio de la esofagitis, los inhibidores de la bomba de protones fallaron para eliminar por completo los síntomas atribuibles a la ERGE en más del 40% de los pacientes". Desde el punto de vista clínico los síntomas más importantes de controlar son el ardor retroesternal, el reflujo y la disnea.

En relación a la cirugía antirreflujo, Safadi reporta en el 2003 que la evolución muestra un pico máximo en 95-96 con un descenso brusco a partir del año 2000. Lo que se debe a más de un 70% de satisfacción con el uso de los inhibidores de la bomba de protones, desconocimiento de la cirugía, falta de información médica y aparición de alternativas no quirúrgicas para el control del reflujo (cirugía endoscópica).

En EUA durante este año 2010 se han realizado estudios para evaluar la terapia antiERGE con los siguientes resultados, población 20 millones, 70% satisfechos con inhibidores de bomba de protones, menos de 1% deciden tratamiento quirúrgico y 30% NO completamente satisfechos.

Otra razón observada como causa del descenso de la cirugía antirreflujo es el escaso conocimiento que sobre el procedimiento de Nissen (más usado en EUA) tienen los pacientes, en un estudio que involucró 300 pacientes, sólo 30 conocían algo sobre dicho procedimiento y 270 se declararon ignorantes.

Las razones para la subutilización son:

Alternativa médica confiable.

Efectos colaterales de la cirugía.

Riesgo de morbi-mortalidad,

Complejidad en la selección de los pacientes.

Entrenamiento inadecuado.

Falta de información para los pacientes.

Finalmente, de todos los pacientes con uso de inhibidores de la bomba de protones 6 a 8 millones se refieren con algún grado de insatisfacción y de todos ellos sólo menos de 1% se deciden por la cirugía.

Como conclusión, podemos considerar que la información completa basada en evidencias y considerando riesgo-beneficio es primordial para la elección más segura, efectiva y ética para cada caso en particular.

Referencias

1. *Gastroenterology* 1996.
2. *Gastroenterology* 2001.
3. *American Journal Gastroenterological* 2001.
4. *American Gastroenterological Society* 2001.
5. *American journal of Surgery* 2003.
6. *Cancer Journal Clinical* 2007.
7. *ahrq.gov*. 2007.
8. *World Journal of Surgery* 2008.
9. *Clinical Gastroenterology & Hepatology* 2009.