



---

## ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE) ¿CÓMO SE PUEDE TRATAR?

### 1. Cambios del estilo de vida:

- Perder peso en caso de sobrepeso. En la obesidad aumenta la presión en el abdomen y esto favorece la ERGE.
- Limitar la ingesta de alimentos que favorecen el reflujo como las grasas, el chocolate, el café, te, alcohol, tabaco y bebidas gaseosas. También intentar evitar comidas copiosas o muy tardías por la noche.
- Elevar el cabecero de la cama colocando tacos de madera debajo de la misma.
- Evitar vestir con ropa prieta.
- Estimular el consumo de chicles. Los chicles favorecen la secreción de saliva que facilita el lavado del ácido en el esófago.

### 2. Antiácidos

Los antiácidos son el primer escalón en el tratamiento del reflujo gastroesofágico y en la dispepsia ulcerosa. Todos ellos son fármacos de acción rápida y efecto corto, que solo consiguen acabar con los síntomas del reflujo en un 25% de los pacientes. Son fundamentalmente las sales de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio, almagato y alginato. Su acción se centra únicamente en hacer menos ácido (alcalinizar) el pH gástrico de tal manera que producen un alivio sintomático de corta duración, generalmente de menos de una hora. Aquellos compuestos que incorporen alginato incorporan la capacidad de crear una película protectora que protegerá la mucosa del daño del ácido. Es importante destacar que estos tratamientos no van a conseguir colaborar a una curación de la mucosa del esófago en caso de presentar esofagitis. Por lo que aquellos pacientes que presenten estas lesiones se deberían plantear otros tratamientos.

### 3. Antagonistas H2:

Estos compuestos inhiben la secreción acida gástrica al unirse al receptor de la histamina H2. Los medicamentos disponibles son la cimetidina, ranitidina, famotidina y nizatidina. A diferencia del grupo de antiácidos, los antiH2 han demostrado no solo mejorar los síntomas sino también contribuir a la curación

de la mucosa esofágica. Actualmente el uso de los antiH2 ha quedado ampliamente desplazado por la mayor efectividad de los inhibidores de la bomba de protones, aunque en casos leves o en ocasiones en presencia de reflujo de predominio nocturno se puede plantear su uso.

#### **4. Inhibidores de la bomba de protones (IBP):**

Son los mas efectivos para la supresión de la secreción ácida gástrica. Son el pilar fundamental del tratamiento del reflujo no solo por su efectividad sino también por su seguridad. Actúan sobre la enzima H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPasa comúnmente conocida como bomba de protones, inhibiéndola de forma irreversible, extendiéndose su efecto durante muchas mas horas que el resto de tratamientos. Existen múltiples opciones dentro de este subgrupo, aunque el más clásico es el Omeprazol, hay otros como el Rabeprazol, Pantoprazol, Esomeprazol o Lansoprazol. Hay que tener en cuenta que su efecto va a ser mas potente si se ingieren de 30 a 60 minutos antes del desayuno.

#### **5. ¿Existe algún riesgo asociado al uso prolongado de fármacos inhibidores de la secreción ácida gástrica (antiH2 e IBP)?**

Si bien es cierto que son fármacos muy seguros, no están exentos de ciertos riesgos asociados a su uso crónico y continuado durante años. Se ha vinculado a los IBP con diarreas por el germen Clostridium Difficile, con la osteoporosis y con un leve aumento de riesgo de padecer neumonía. Recientemente se ha asociado su uso crónico con niveles bajos de vitamina B12, hecho que podría predisponer a padecer mayor riesgo de enfermedades neurológicas o anemia. Este último punto ha causado mucho “estruendo” entre nuestros pacientes y muchos de ellos han dejado de tomarlos por cuenta propia. Hay que reseñar que si bien es cierto que tienen reacciones adversas, tampoco lo es menos que si la indicación del tratamiento es correcta, probablemente el daño al abandonar el tratamiento sea mayor que el hipotético riesgo asociado a su uso prolongado. Además en ese tipo de pacientes se pueden consensuar con el médico pausas temporales del tratamiento. De todas formas estamos hablando en la mayoría de reacciones adversas, de un riesgo levemente mayor al de la población normal.

*Dr. Pedro de María*

*Especialista de la Fundación Española de Aparato Digestivo.*

*Hospital Universitario La Paz (Madrid).*