

3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN

3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico (RGE) supone el paso de contenido gástrico al esófago en ausencia de náusea, vómitos o eructos. Aproximadamente, la tercera parte de la población refiere síntomas ocasionales de RGE.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones. Para considerar la definición de ERGE, los síntomas deben ser lo suficientemente importantes en frecuencia o en intensidad como para afectar la calidad de vida del paciente.

La ERGE es una patología de importante relevancia en nuestro medio, dada su elevada prevalencia. En España se estima que aproximadamente el 32% de la población sufre síntomas típicos de reflujo gastroesofágico al menos anualmente y casi un 10% los presentan semanalmente.

Es frecuente motivo de consulta, tanto atención primaria como en especializada. A pesar de la gran prevalencia, se estima que solamente un 25% de los pacientes con síntomas de la ERGE son los que consultan.

La ERGE puede estar ocasionada por debilidad del esfínter esofágico inferior (EEI), del diafragma crural o de ambas estructuras. La mayor parte de los casos, sobre todo los más graves, se relacionan con una baja presión (hipotonía) del EEI a través de tres mecanismos patogénicos:

- ▶ Hipotonía del EEI.
- ▶ Relajaciones transitorias e inapropiadas del EEI.
- ▶ Hipotonía relativa del EEI en situaciones de aumento de la presión intraabdominal (mecanismo relacionado con la presencia de anomalías estructurales a menudo asociadas a hernia hiatal).

Es una enfermedad crónica con mala asociación entre la magnitud del RGE, el grado de inflamación de la mucosa esofágica y las manifestaciones clínicas.

La ERGE es considerada una enfermedad de curso benigno y de patogenia multifactorial, siendo el resultado del desequilibrio entre factores defensivos y factores agresivos, a nivel de la mucosa del esófago. Así hablamos de mecanismos defensivos por afectación en la funcionalidad del EEI, mecanismos agresivos por secreción ácida y contenido duodenal. Y como enfermedad crónica, puede presentar periodos de mayor o menor actividad; es en estas variaciones donde actúan los factores predisponentes.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y COMPLICACIONES

Los síntomas típicos de la ERGE son la pirosis y la regurgitación. El término de pirosis describe la sensación de ardor o quemazón en el área retroesternal y el de regurgitación, la sensación de retorno del contenido gástrico a la boca y a la hipofaringe. Este binomio es prácticamente diagnóstico de la ERGE en su presentación típica. No obstante, la ausencia de pirosis y regurgitación no excluye el diagnóstico. Otros síntomas que acompañan el síndrome de reflujo típico son el dolor epigástrico y las alteraciones del sueño.



3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN



Las complicaciones más frecuentes de la ERGE son esofagitis, estenosis péptica del esófago, úlcera esofágica y esófago de Barrett.

Los pacientes con ERGE pueden tener síntomas atípicos como dolor torácico, laringitis, faringitis, tos crónica, asma, caries, manifestaciones pulmonares, dolor cervical, hipo, apnea de sueño, etc. Estos pacientes que presentan síntomas extraesofágicos, como tos persistente nocturna, laringitis o accesos de apnea durante el sueño, no descansan adecuadamente y son conductores somnolientos, con pérdida de atención y concentración, y mayor riesgo de accidente que el resto de la población. A pesar de ello, muchos consideran su sintomatología como algo relativamente normal y se automedican para conseguir una mejor calidad de vida.

TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

El objetivo fundamental del tratamiento de la ERGE es el alivio de los síntomas, para que éstos no afecten a la calidad de vida del paciente.

En aquellos casos en que la ERGE cursa con esofagitis, el tratamiento tiene además como objetivo la cicatrización de las lesiones, junto con la prevención de complicaciones y recidivas.

Como hemos visto anteriormente, uno de los mecanismos implicados en la génesis del daño gástrico se basa en la secreción ácida y un descenso del pH intragástrico por debajo de 4. Por lo tanto, uno de los objetivos fundamentales para el tratamiento y/o prevención de la lesión gástrica se basa en el aumento del pH del estómago por encima de esta cifra, inhibiendo así la potencia ácida gástrica durante el mayor tiempo posible.

De todas formas, todo tratamiento ha de ser individualizado a cada paciente, a su sintomatología y a su respuesta terapéutica.

Las medidas generales se basan en recomendaciones posturales y dietéticas que disminuyan la presencia de ácido en el esófago, repartiendo las comidas a lo largo del día, y que éstas sean equilibradas.

- ▶ Se recomienda evitar el sobrepeso, la presión epigástrica de fajas y prendas ajustadas, agacharse bruscamente, o tumbarse con las piernas en alto.
- ▶ No conviene acostarse inmediatamente después de comer, y se recomienda elevar la cabecera de la cama.
- ▶ Se deben evitar las bebidas carbónicas y los alimentos que favorezcan la secreción ácida y la relajación del EEI como el café, el alcohol, las grasas, el ajo, el chocolate, las bebidas de cola o té, la menta y los picantes, zumos cítricos y en general comidas y bebidas excesivamente frías o calientes.
- ▶ No se debe fumar, el tabaco reduce la competencia del EEI y favorece el carcinoma de esófago, además, interfiere con la conducción restando atención y viciando el aire del interior del vehículo.
- ▶ Se deben evitar algunos fármacos como anticolinérgicos, xantinas, dopamina, ansiolíticos, antidepresivos, nitratos, antagonistas del calcio, agonistas beta-adrenérgicos, antagonistas alfa-adrenérgicos, anticonceptivos hormonales y prostaglandina E.
- ▶ Como la pirosis es un síntoma incómodo y muy frecuente, es fácil que el paciente se automedique, buscando aliviar de forma rápida los síntomas.

3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN



- ▶ El tratamiento a demanda con antiácidos y medidas generales puede ser suficiente en pacientes con reflujo ocasional, sin afectación de la calidad de vida y sin síntomas de alarma, aunque no existen claras evidencias.
- ▶ Por las alteraciones motoras que se producen podría estar indicado logrando corregir completamente las alteraciones motoras del esófago la utilización de procinéticos. A pesar de no encontrarse entre los objetivos terapéuticos de la ERGE mejorar la dinámica esofágica, se han utilizado a lo largo de las últimas décadas una gran variedad de ellos, mostrando una eficacia limitada no logrando corregir las alteraciones motoras en la ERGE.
- ▶ En líneas generales, se estima que los procinéticos son tan eficaces como los antagonistas de los receptores H2. Su eficacia aumenta cuando se combinan con los inhibidores de la bomba de protones. Los IBP son los fármacos de elección para el tratamiento de la ERGE en todas sus modalidades, independientemente de que exista o no esofagitis. Se ha visto que pacientes con ERGE con clínica frecuente (más de 2 veces por semana), con afectación de la calidad de vida, sin síntomas de alarma, se pueden tratar con IBP de forma empírica, con dosis estándar durante 4 semanas, ante respuesta parcial, se puede aumentar la dosis estándar de IBP a una toma cada 12 horas y alargar el tratamiento a 8 semanas. En los casos con buena respuesta, es aconsejable hacer ensayo de retirada, ya que a menudo no se precisa un tratamiento posterior y es en los casos de recidiva tras retirada en los que hay que plantearse tratamiento a largo plazo, pero siempre buscando la dosis mínima eficaz (step down).

Consejo sobre reflujo gastroesofágico y conducción

- ▶ Es conveniente que el paciente con ERGE no conduzca inmediatamente después de comer.
- ▶ En los viajes hay que realizar paradas con mayor frecuencia que la habitual, y tomar comidas muy ligeras sin irritantes del aparato digestivo, ni bebidas carbónicas.
- ▶ No se recomienda conducir con ropa ajustada.
- ▶ No se debe fumar pues empeora la ERGE, distrae al conductor y disminuye el oxígeno dentro del vehículo.
- ▶ No olvidar la medicación pautada por el médico. Si a pesar de ella surgen síntomas que incomodan la conducción, se debe parar sin entorpecer el tráfico, caminar relajadamente y cuando desaparezcan los síntomas, reiniciar la conducción.
- ▶ Trasladar a la noche la utilización de procinéticos por sus efectos adversos, sin conducir por sus efectos de sueño.
- ▶ Con úlcera péptica esofágica de reciente diagnóstico, se debe guardar reposo y se desaconseja la conducción hasta que el médico informe favorablemente al respecto.
- ▶ Con odinofagia o hemorragia de origen esofágico, aunque sea de poca cuantía, no se puede conducir. La curación del proceso permitirá volver a conducir, y siempre con informe médico favorable en este sentido.

3. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y CONDUCCIÓN

Fundación
MAPFRE

ERGE - Enfermedad por reflujo gastroesofágico y conducción

¿Qué es?

El **reflujo gastroesofágico (ERGE)** supone el paso de contenido gástrico al esófago en ausencia de náusea, vómitos o eructos. Aproximadamente, **la tercera parte de la población refiere síntomas ocasionales de RGE**. Muchas personas se automedican para conseguir una mejor calidad de vida.

Los síntomas de ardor y regurgitación son los más frecuentes, pero otros síntomas atípicos como dolor torácico, laringitis, faringitis, tos crónica, asma, caries, manifestaciones pulmonares, dolor cervical, hipo, apnea de sueño, etc. no descansan adecuadamente, pasan el día somnolientos, con dificultad de atención y concentración, **y mayor riesgo de accidente que el resto de la población.**

Prevención y tratamiento

El **objetivo fundamental del tratamiento de la ERGE** es el alivio de los síntomas, para que éstos no afecten a la calidad de vida del paciente. Fundamentalmente se basa en **recomendaciones posturales y dietéticas** individualizadas en función de la sintomatología y respuesta del paciente.

En aquellos casos en que la **ERGE cursa con esofagitis**, el tratamiento tiene además como objetivo la cicatrización de las lesiones, junto con la prevención de complicaciones y recidivas.

3 medidas preventivas



Evitar el sobrepeso, la presión epigástrica de fajas y prendas ajustadas, agacharse bruscamente, o tumbarse con las piernas en alto.



Evitar las bebidas carbónicas y los alimentos que favorezcan la secreción ácida y la relajación del EEI como el café, las grasas, picante y bebidas muy frías o calientes.



Elevar la cabecera de la cama para dormir y no acostarse inmediatamente después de comer.

6 Consejos de seguridad vial si padece ERGE



Es conveniente llevar ropa cómoda

Preferiblemente no ajustada y no conducir inmediatamente después de comer.



Realizar las paradas necesarias

Para tomar comidas muy ligeras sin irritantes del aparato digestivo, ni bebidas carbónicas.



No fumar

Empeora la ERGE, distrae al conductor y disminuye el oxígeno dentro del vehículo.



Si tiene síntomas que incomodan la conducción:

Pare sin entorpecer el tráfico, tome la medicación pautada que no interfiere en la conducción y cuando desaparezcan los síntomas reinicie.



Si toma procinéticos

Es mejor hacerlo por la noche, con esto se podrá evitar la somnolencia.



No conducir con:

Odinofagia o hemorragia de origen esofágico o úlcera péptica esofágica de reciente diagnóstico. Se desaconseja la conducción hasta que el médico informe favorablemente al respecto.