

A 3D anatomical model of the human stomach, rendered in a realistic reddish-pink color. The model shows the fundus (upper rounded part), the body (middle part), and the antrum (lower part) leading to the pylorus. The esophagus is visible at the top, and the duodenum is at the bottom. The model is positioned centrally on a white background.

REFLUXE I PATOLOGIA ULCEROSA

Thaïs Serrà Rigol

DEFINICIONS

PIROSI

acidesa, ardència, coragre, coragró

Sensació de cremor que parteix de l'epigastri i remunta l'esòfag fins a la gola; va acompanyada d'eructes i de regurgitació d'un líquid àcid i coent.

DISPÈPSIA

mal d'estòmac, gastritis, indigestió

Qualsevol dolor o malestar localitzat a la zona alta de l'abdomen. Implica dolor, pirosi, distensió abdominal, plenitud postprandial, basques, vòmits, sacietat precoç, regurgitació.

DISPÈPSIA

És un símptoma molt freqüent.

En general són símptomes ocasionals i tenen una causa clara (ex. sopar abundant el dia previ).

Rarament és signe de malaltia greu.

La valoració del malalt amb dispèpsia ha d'anar encaminada a descartar patologia orgànica.

Classificació de la dispèpsia

- **Dispèpsia no investigada:** compleix criteris diagnòstics però no s'ha realitzat endoscòpia.
- **Dispèpsia orgànica:** es coneix la causa que origina els símptomes.
- **Dispèpsia funcional:** no s'ha trobat la causa després de la realització de proves que inclouen l'endoscòpia digestiva (diagnòstic d'exclusió). *“12 setmanes consecutives o no a l'últim any de dispèpsia persistent amb endoscòpia negativa per a malaltia orgànica i sense millora amb la defecació (dd amb sd budell irritable)”*. Consens Roma

Causes de dispèpsia

CAUSES DIGESTIVES

- úlcersa pèptica
- MRGE
- esofagitis
- càncer gàstric
- pancreatitis
- càncer pancreàtic
- patologia hepàtica
- celiaquia
- MII

CAUSES NO DIGESTIVES

- metabòliques (DM, IRC, tiroides)
- cardíques
- ginecològiques
- urològiques (còlic, PNA)
- infecciosa
- farmacològica (AINEs, atb, digital, estrògens, etc)

Signes d'alarma

DISPÈPSIA +

- indigestió de nova aparició en >55 anys
- vòmits persistents inexplicables
- vòmit sanguinolent o melena
- pèrdua de pes
- disfàgia

Cal realitzar **ENDOSCÒPIA DIAGNÒSTICA**

Tractament

- Mesures generals i dietètiques: evitar sobrepes, evitar menjar molt abundants, evitar menjar tard i anar a dormir immediatament després de menjar, vigilar amb els AINEs, deixar de fumar i disminuir consum OH.
- Estratègies farmacològiques:
 - 1- L'estratègia més cost-efectiva a l'Atenció Primària davant de la dispèpsia d'inici sense signes d'alarma és el tractament empíric amb **IBP durant 4 setmanes** i reavaluació posterior.
 - 2- *Test and treat* (investigar infecció per H.Pylori i tractar). Donada l'alta prevalència d'infecció per HP en el nostre medi, és molt útil en menors de 50 anys amb dispèpsia no investigada i sense símptomes d'alarma.

Tractament

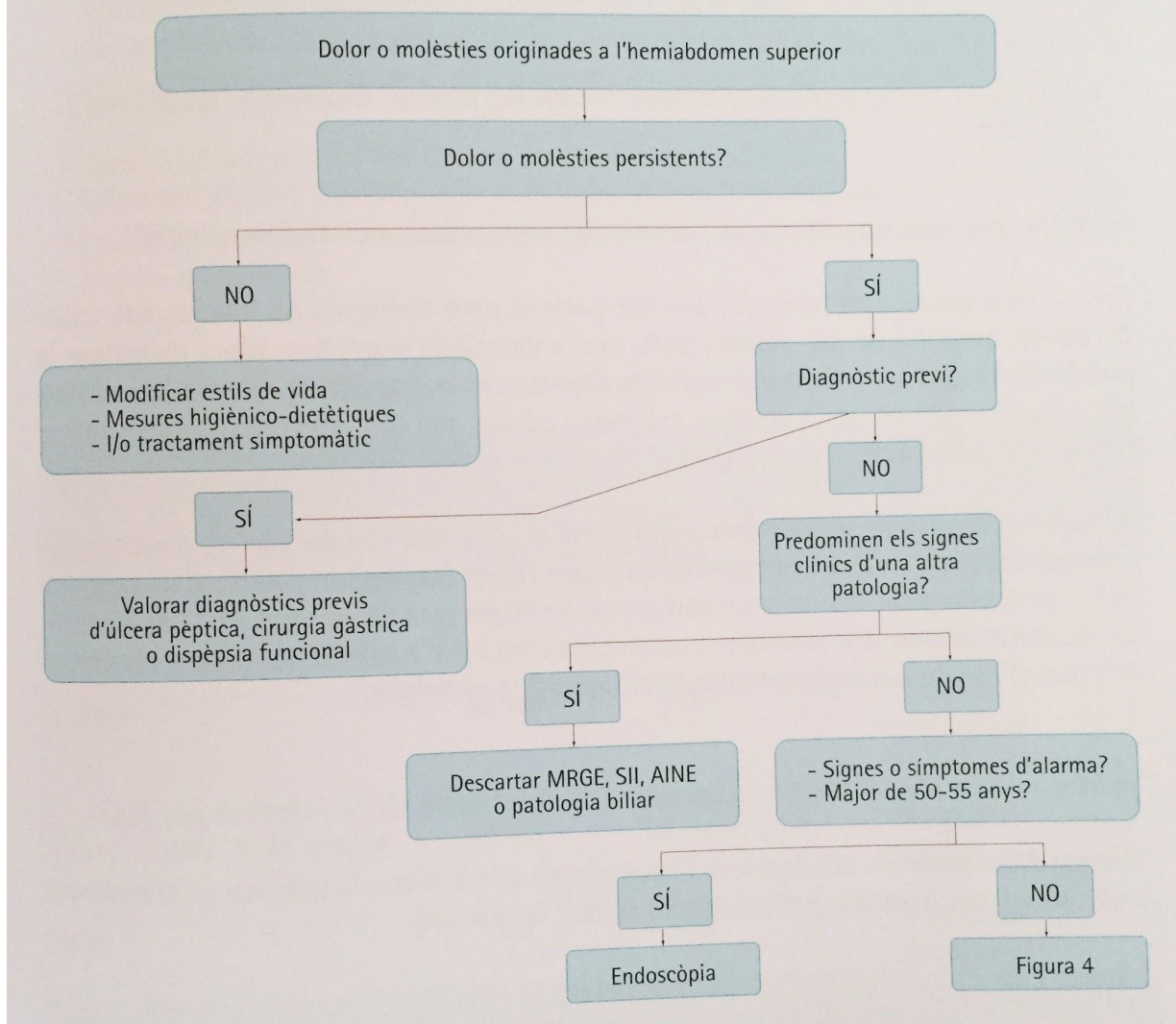
3- Tractament empíric d'eradicació d'HP (medis amb alta prevalència d'úlcers duodenals, tractament sense prèvia confirmació).

4- Endoscòpia digestiva alta: tot i que realitzar endoscòpia en pacients no investigats i menors de 50-55 anys no s'ha demostrat més eficaç que tractament empíric.

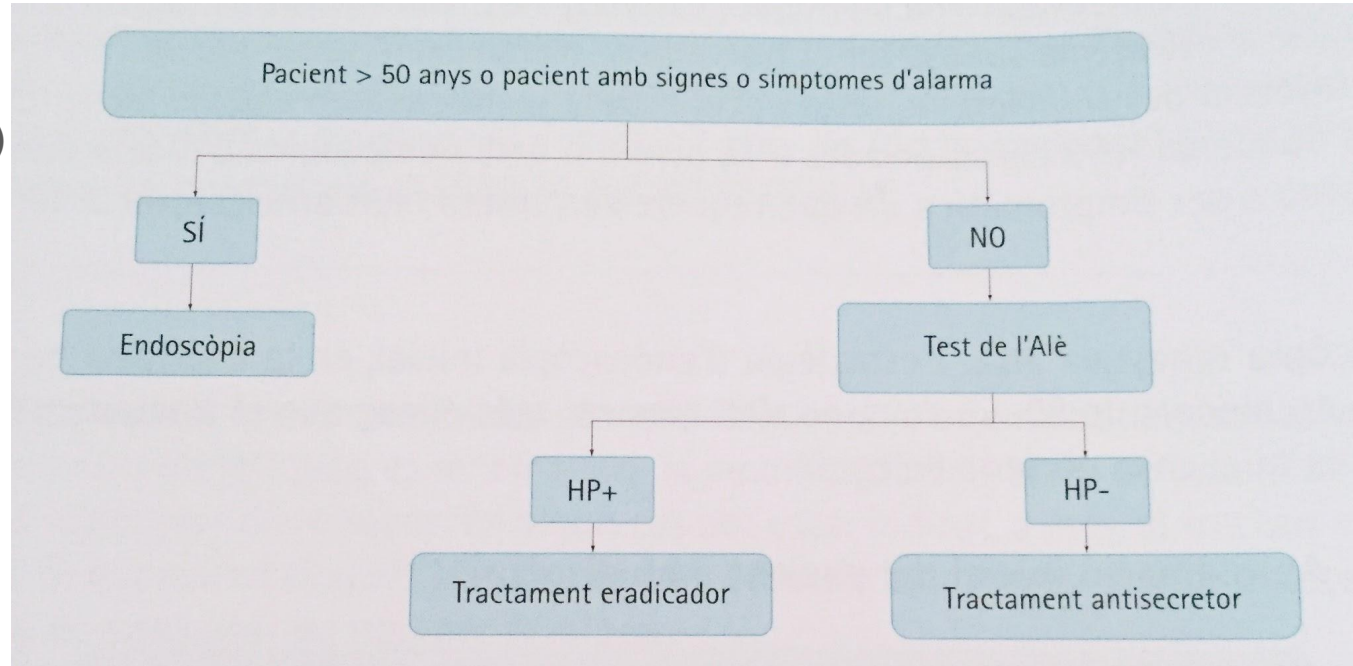
Altres:

- Dispèpsia tipus dismotilitat: **procinètics**.
- D'eficàcia dubtosa: **amitriptilina** (dispèpsia funcional).

Aproximació inicial del pacient amb dispèpsia



Estratègia investigar i tractar (*Test and Treat*)



MALALTIA PER REFLUXE GASTRO-ESOFÀGIC

Segons la Conferència de Concens de Montreal: *la MRGE és una condició que apareix quan el reflux del contingut de l'estòmac produeix símptomes molestos i/o complicacions.*

Causes

Hernia de hiatus (causa més freqüent de MRGE, però més del 50% d'HH no s'acompanyen de RGE ni tampoc cal la presència d'HH per tenir una MRGE).

Situacions en que augmenta la pressió intra-abdominal i s'afavoreix el reflux: embaràs, vestits i cinturons apretats, posició de flexió ventral, obesitat, etc.

El paper de l'*H. Pylori* en la patogènesi de la MRGE és encara una controvèrsia i no es recomana l'eradicació indiscriminada en aquests pacients.

Síntomes

- Típics: sensació de cremor (**pirosi**) des de la part alta de l'abdomen fins a coll i **regurgitació** de líquid cap a la boca.
- Altres: eructes freqüents, singlot, hipersalivació, molèsties a la gola.
- D'alarma: disfàgia a líquids o sòlids persistent o progressiva, hemorràgia digestiva, anèmia ferropènica, sd tòxica, vòmit persistent.
- Atípics: dolor toràcic, tos crònica, faringitis crònica o asma.

Aliments que afavoreixen el reflux

- menjars greixosos o picants
- salses
- tomàquet fregit
- xocolata
- menta
- cítrics
- cafè
- begudes carbonatades i begudes alcohòliques
- all
- ceba

Medicaments que poden propiciar el reflux

- progesterona
- teofilina
- antidepressius tricíclics
- anticolinèrgics
- antagonistes del calci
- nitrats
- diazepam, alprazolam, mòrfics
- alendronat

Diagnòstic

En absència de símptomes preocupants com l'anèmia, la disfàgia o la pèrdua de pes injustificada, **la presència continuada i freqüent de pirosi i/o regurgitació es pot considerar diagnòstic de reflux sense cap necessitat de proves específiques.**

L'assaig terapèutic amb IBP té valor diagnòstic (en malalts amb símptomes típics).

Endoscòpia digestiva: si símptomes d'alarma o si no hi ha bona evolució amb IBP.

pHmetria: indicada si no es respon al tractament empíric i l'endoscòpia és negativa.

Tractament

1- **Mesures higiènic-dietètiques** (elevant capçal del llit, reducció pes, no tabac, evitar aliments i medicaments que propicien el reflux,...).

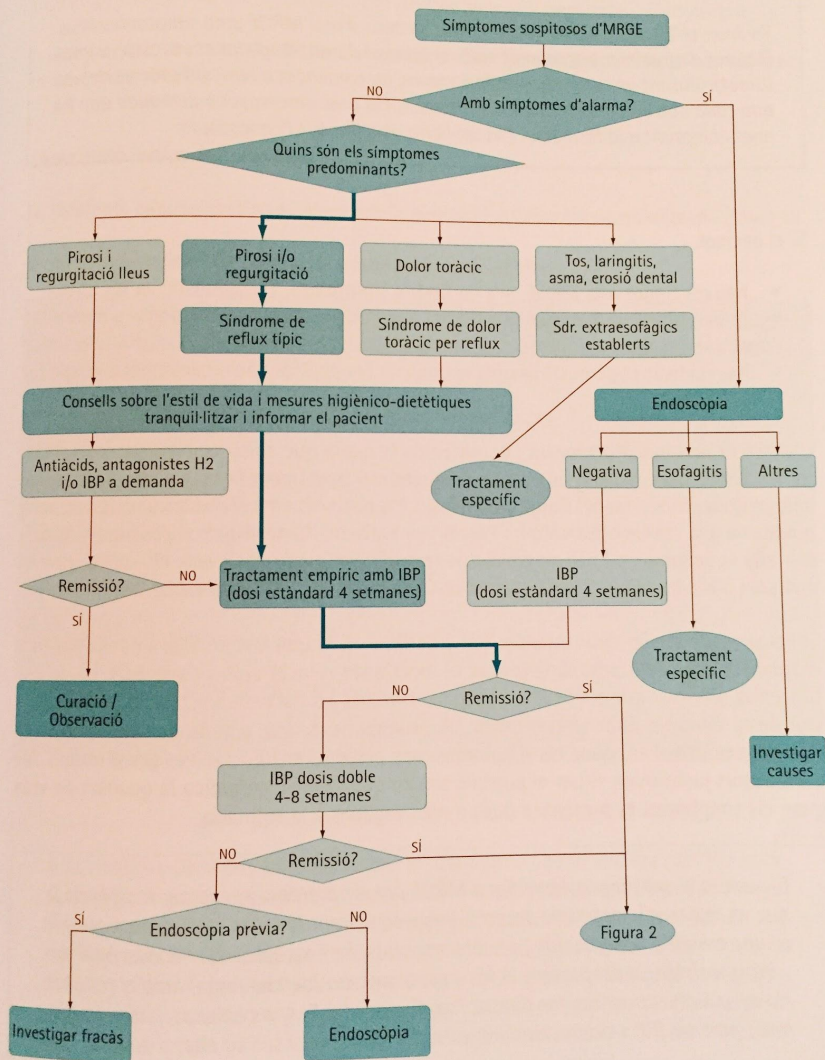
2- Fàrmacs:

- d'elecció: **IBP 4 setmanes** (teràpia contínua i a demanda). *Step down* (el més recomanat) / *Step up*. Si no resposta: prolongació tractament 4-8 setmanes.
- antagonistes H2: útils a demanda com a tractament simptomàtic.
- procinètics: útils quan predomina la regurgitació i quan RGE nocturn malgrat estar prenent IBP.

3- Tractament quirúrgic: **funduplicatura** per via laparoscòpica.

Algoritme de diagnòstic i tractament inicial del pacient amb MRGE

(Manejo del paciente con ERGE, GPC. Actualización 2008)



Complicacions de la MRGE (lesions esofàgiques)

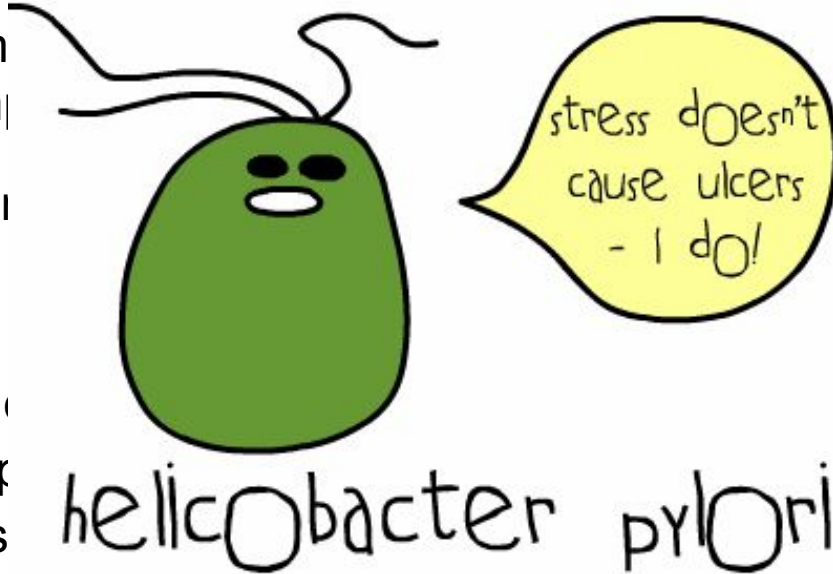
- 1- **Esofagitis**: és la més comuna. No sempre acompanyada de símptomes.
- 2- **Hemorràgia**: complicació molt rara. Associada a úlcera esofàgica.
- 3- **Estenosi esofàgica per reflux**.
- 4- **Esòfag de Barrett** (metaplàsia intestinal).
- 5- **Adenocarcinoma d'esòfag**.

ÚLCERA PÈPTICA

Es pot m
amb sím

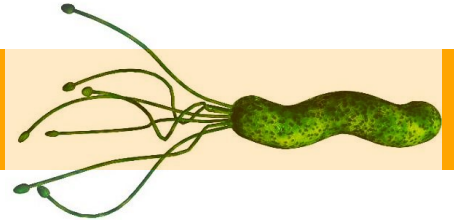
Millora al

Un 80% d
infecció p
recidives
en la red
úlceres.



o cursar

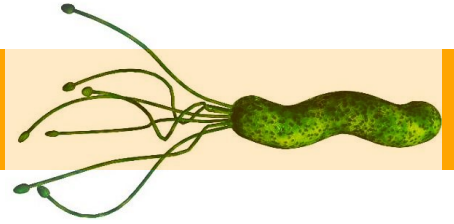
resenten
t molt les
cretor tan
ció de les



L'**Helicobater Pylori** és una bactèria que té relació directa amb el desenvolupament de la malaltia gastroduodenal (inflamació gàstrica, úlcera duodenal, úlcera gàstrica i càncer gàstric).

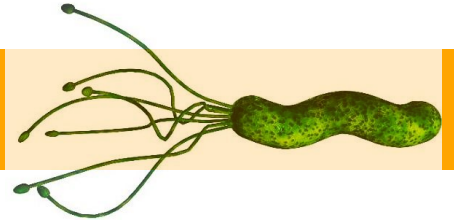
L'H.Pylori és un carcinogen de tipus I, pel que s'ha d'investigar i tractar en tots els casos d'adenocarcinoma gàstric i limfomes gàstric tipus MALT.

Clínica de la infecció per H.Pylori



- 1- **Assimptomàtics.**
- 2- **Gastritis aguda** (dolor abdominal, nàusees i vòmits) 15 dies després de la infecció.
- 3- **Gastritis crònica activa** (epigastràlgia, cremor, dispèpsia).
- 4- **Úlcera duodenal:** dolor epigàstic precedit de cremor o acidesa, té periodicitat i ritme (apareix a la matinada i calma amb la ingestió d'aliments o sol.lucions alcalines; reapareix al migdia abans del dinar), vòmits i nàusees.
- 5- **Úlcera gàstrica:** dolor epigàstic que apareix després de menjar, pirosis, vòmits.
- 6- **HDA:** hematemesis, hematoquècia, melena, hipotensió arterial, SOF.
- 7- **Càncer gàstric (adenocarcinoma):** inicialment pràcticament asimptomàtic. En el càncer avançat hi ha pèrdua de pes, dolor abdominal, disfàgia, vòmits, anèmia, sacietat precoç, ...

Diagnòstic



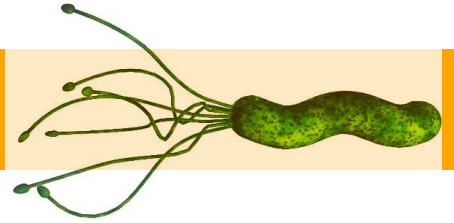
Exàmens no invasius:

- Serologia (IgG).
- **Detecció d'antígens en femta.**
- Test de l'Alè (amb urea marcada amb ^{13}C no radioactiu): es detecta l'activitat de la ureasa.

Exàmens invasius:

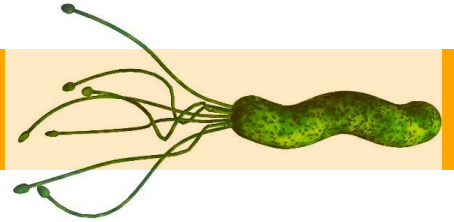
- **Endoscòpia:** prova de referència. Es realitza el Test ràpid de la ureasa.
- Histologia.
- Cultiu.

Test de l'alè



- NO es pot pendre antibiòtic 30 dies abans ni IBP 15 dies abans de la prova.
- el dia de la prova s'ha d'anar en dejú, sense haver begut aigua ni fumar ni haver-se rentat les dents.
- 1r: es beu un suc (àc.cítric).
- 2n: s'espera 10', bufa per 1r cop i després se li dóna un comprimit d'urea (marcada amb ^{13}C).
- 3r: després de 30' bufa per 2n cop.

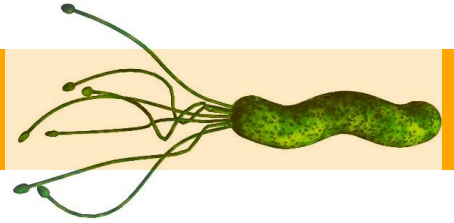
Tractament eradicador



Com a tractament de primera línia de la infecció per HP es suggereix una pauta quàdruple concomitant amb un **IBP**, **claritromicina**, **amoxicil.lina** i **metronidazol** durant 10 dies.

La pauta inicial triple amb **IBP**, **claritromicina** i **amoxicil.lina** es suggereix també com acceptable en àrees on es mantingui una efectivitat per sobre del 80%.

En cas d'escollir una pauta triple amb claritromicina i amoxicil.lina es recomana administrar-la durant 10-14 dies i administrar dosis altes d'IBP (40mg/12h).

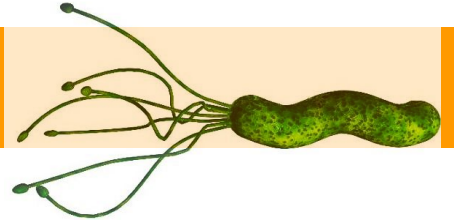


Es recomana comprovar l'eradicació de la infecció 4 setmanes després del tractament eradicador.

Si cal repetir el tractament eradicador es farà una 2a línia (pauta triple amb IBP, amoxicil.lina i levofloxacino durant 10 dies). Si també fracassa s'haurà de valorar un estudi de resistències i derivar el pacient a l'especialista.

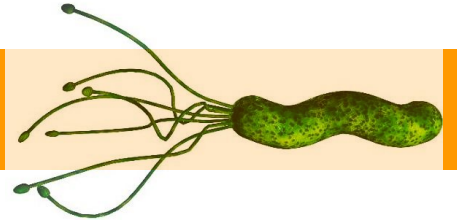
Nou medicament: *Pylera*^R (Bismut, metronidazol i tetraciclina), 3 càpsules/6h durant 10 dies + Omeprazol 20mg 1/12h 10 dies. Indicats en al.lèrgics a la penicil.lina i recidives.

Quan investigar i tractar?




- Úlcera gàstica i duodenal
- Duodenitis erosiva
- Adenocarcinoma gàstic (gastrectomia parcial) i familiars de primer grau de pacients amb càncer gàstic
- Limfoma gàstic tipus MALT de baix grau
- Gastritis limfocítica i/o malaltia de Menetrier
- Atrofia mucosa gàstica o metaplàsia intestinal
- Púrpura trombopènica idiopàtica
- Dispèpsia no investigada, <55 anys, sense signes d'alarma, i en una estratègia de "test and treat"
- Dispèpsia funcional per persistir la clínica després del tractament amb IBP o procinètics
- Antecedent d'úlcera que requereix tractament amb AINE o AAS de forma continuada.


Quan no investigar ni tractar?



- NO esta indicat el cribatge en la població general ni tampoc en familiars asimptomàtics de pacients amb malaltia ulcerosa gastroduodenal.
- Dispèpsia funcional
- Inici de tractament amb AINEs o AAS (excepte si història prèvia d'úlcer)
- MRGE
- Teràpia de manteniment amb IBP



En pacients amb **úlcera duodenal** no complicada, després de finalitzar el tractament erradicador de l'HP NO es recomana mantenir el tractament antisecretor ni tampoc realitzar una endoscòpia rutinària.



En pacients amb **úlcer**a gàstrica, després de finalitzar el tractament erradicador de l'HP, es recomana mantenir el tractament antisecretor durant 4-8 setmanes (sobretot en les >1cm, per ajudar a cicatritzar bé).

La decisió de repetir l'endoscòpia ha de ser individualitzada. Si és una petita úlcer

a gàstrica antral d'aspecte benigne degut a AINEs que no té evidència de displàsia o càncer no cal repetir la endoscòpia.

Si segueix amb símptomes, és una úlcer

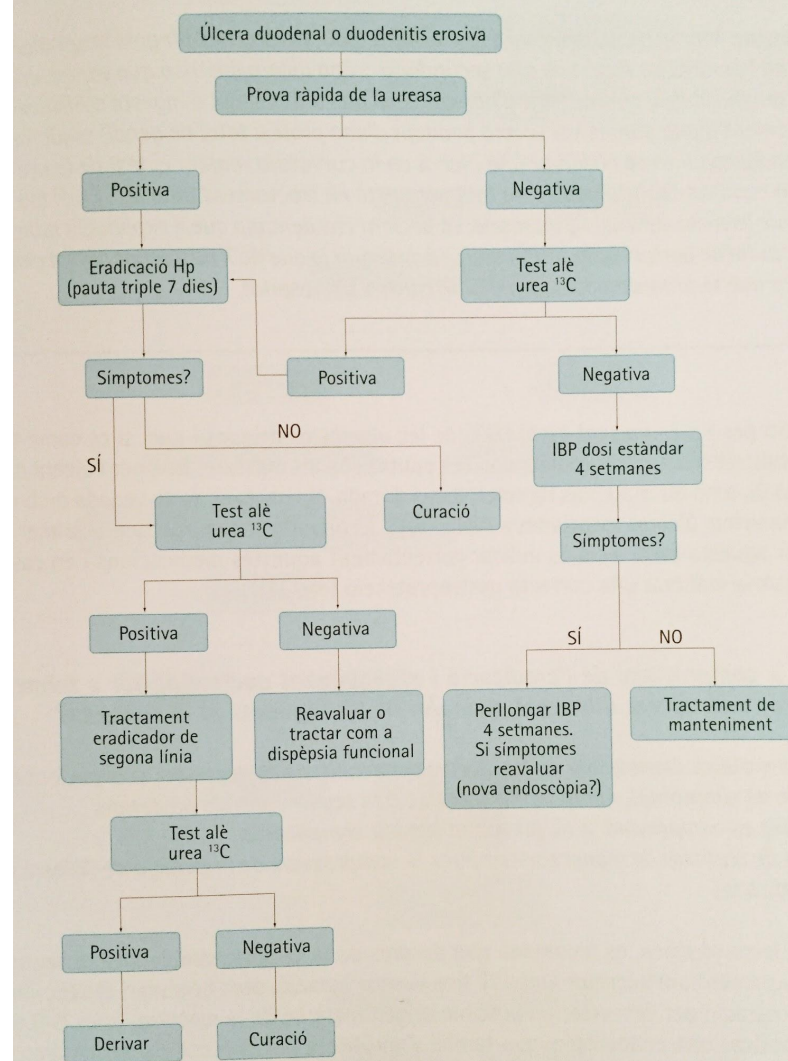
a gran (>2cm), etiologia poc clara, sospita de malignitat i factors de risc de càncer gàstric, cal repetir la endoscòpia després de 12 setmanes de tractament.

Maneig del pacient amb úlcera duodenal

(Grupo de trabajo

de la guía de práctica

clínica sobre dispepsia. 2003).

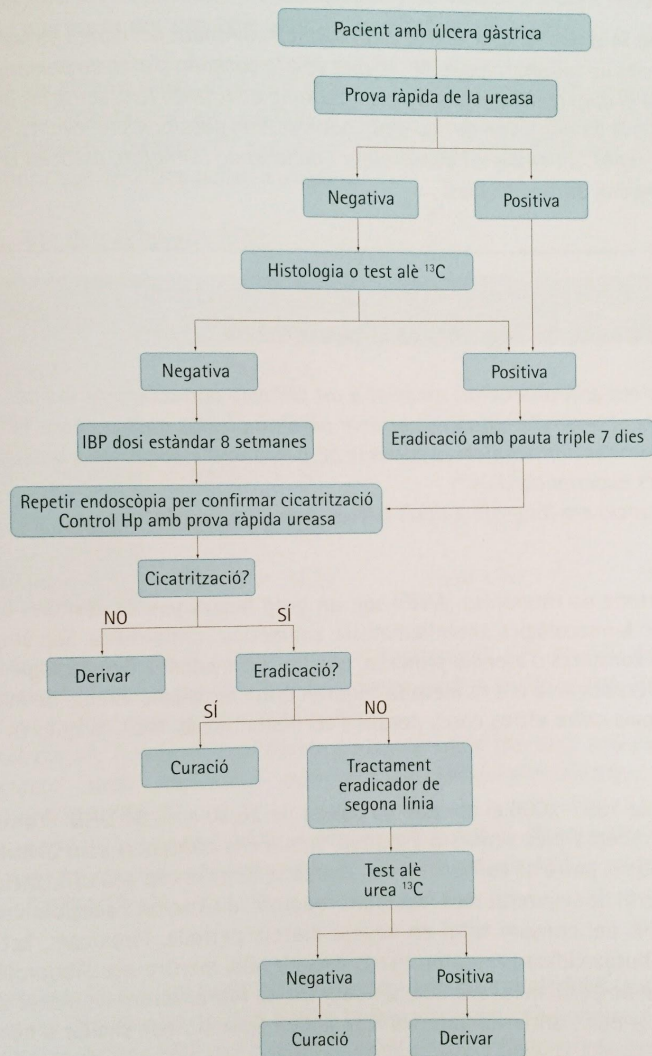


Maneig del pacient amb úlcera gàstrica

(Grupo de trabajo

de la guía de práctica

clínica sobre dispepsia. 2003).



DISPÈPSIA PER AINEs

No tots els pacients que consumeixen AINEs presenten efectes adversos, pel que cal conèixer quins són els factors que poden predisposar l'aparició de complicacions.

Factors de risc:

- >65 anys
- antecedents personals d'ulcus i HDA
- presa concomitant de corticoïdes
- dosis altes d'AINEs
- presa de diferents AINEs alhora (AAS a dosis baixes)
- presa anticoagulants orals, malalties greus associades.



Poden causar:

1. Anèmia o ferropènia.
2. Esofagitis, úlcers esofàgiques, estenosis esofàgica.
3. Úlcera gàstrica, úlcera duodenal.
4. Hemorràgia digestiva alta (hematemesi i/o melenes).
5. Perforació ulcerosa.
6. Reactivació MII.

RECOMANACIÓ GASTROPROTECCIÓ SI AINEs

- Antecedents personals d'úlceres pèptiques o complicacions de la mateixa (hemorràgia, perforació)
- Edat > 65 anys
- Comorbilitat important (HTA, DM, malalties renals, hepàtiques i cardiovasculars)
- Tractament amb AINEs a dosis elevades per períodes perllongats
- Tractament amb AINEs associat a esteroides orals, anticoagulants o AAS a dosis baixes, ISRS.
- Tractament amb AAS a dosis baixes com a prevenció secundària i antecedents d'úlceres pèptiques (abans es recomana realitzar test d'HP).

Tractament

- Retirar AINE
- Igual tractament que les úlceres pèptiques no relacionades amb AINEs.

Si cal reintroduir un AINE, convé fer el menys lesiu un cop comprovada la cicatrització, associar sempre un gastroprotector i investigar la infecció per HP i tractar-la, si cal.

IBP, quan indicar-los?

- Úlcera gàstrica o duodenal (inclosa la induïda per AINEs).
- Eradicació H.Pylori.
- MRGE.
- Sd Zöllinger-Ellison.
- Gastroprotecció dels AINEs en les següents circumstàncies:
 - Atcd d'úlceres, hemorràgia, perforació gastroduodenal.
 - >65 anys
 - Necessitat de tractament prolongat amb AINEs a dosis màximes.
 - Ús concomitant de glucocorticoïdes i/o anticoagulants i/o antiagregants (clopidogrel, AAS (a dosis baixes), prasugrel, ticagrelor) u/i antidepressius ISRS.
 - Comorbiditats greus (cardiovasculars, renals, hepàtiques)

- La gastroprotecció en pacient que prenen antiagregants està indicada quan es presenten alguns dels factors de risc següents:
 - Antecedent d'úlçera, hemorràgia, perforació gastroduodenal.
 - Ús concomitant AINEs i/o anticoagulant i/o doble antiagregació.
 - Dos o més factors de risc següents: >65 anys, dispèpsia/símptomes MRGE, ús concomitant de glucocorticoïdes.

És segur el tractament continuat amb antisecretor?

El tractament continuat amb antisecretors augmenta el risc de:

- **Pneumònia** (per sobrecreixement bacterià de la flora GI per absència de pH àcid i augmenta risc de pneumònia per broncoaspiració).
- **Hipergastrinèmia**
- **Gastritis atròfica**
- **Infeccions intestinals (Clostridium difficile).**
- **Malabsorció de vitamina B12, calci, ferro i magnesi.**
- **Fractura de maluc** (es disminueixi l'absorció de calci i incrementa el risc de fractura osteoporòtica en dones post -menopàusiques).
- **Nefritis intersticial aguda** (per una reacció d'hipersensibilitat humoral i cel.lular).

EQA-0222: Inadequació de la prevenció de la gastropatia amb IBP

Definició: percentatge d'IBP (inhibidors de la bomba de protons) prescrits amb indicació incorrecta.

- Denominador:
 - Persones ateses assignades entre 14 i 90 anys amb alguna prescripció activa d'IBP amb una durada de tractament superior a 3 mesos consecutius (o sigui més de 3 mesos d'estar actius).
- Numerador:
 - Persones incloses en el denominador amb una incorrecta indicació de gastroprotecció.

Indicació de gastroprotecció

- Pacients en tractament amb AINE i almenys una condició de les següents:
 - Antecedents de les següents patologies: Úlcera pèptica.
 - Alguna de les següents malalties actives:
 - Insuficiència renal
 - Hepatopatia
 - Cardiopatia isquèmica
 - Valvulopaties
 - Insuficiència cardíaca
 - Edat superior a 65 anys.
 - Tractament actiu amb els següent fàrmacs: antiagregants o anticoagulants o Heparines o Corticoides sistèmics o Antidepressius ISRS o Antidepressius duals .
- Pacients amb tractament amb antiagregants o anticoagulants i que compleixin com a mínim una d'aquestes condicions:
 - Antecedents de les següents patologies: Úlcera pèptica.
 - Edat superior a 65 anys.
 - Tractament actiu amb algun dels següent fàrmacs: AINE, Heparines o Corticoides sistèmics.
- Pacients amb tractament actiu de Antiagregants i Anticoagulants concomitants.
- Pacients amb tractament conjunt AAS i Clopidogrel.

- Totes aquelles malalties cròniques que requereixen tractament amb IBP:
 - Malaltia per refluxe gastro-esofàgic
 - Úlcera pèptica activa
 - Síndrome de Zollinger-Ellison
 - Tractament erradicador de l'HP
 - Esofagitis
 - Gastritis crònica
 - Malaltia de Barrett
 - Hemorràgia gastrointestinal
 - Gastrinoma
 - Tumor maligne d'estòmac
 - Hèrnia d'hiat congènita
 - Hèrnia d'hiatus
 - Tumor maligne d'esòfag

- Modificacions del 2016
 - S'afegeix en els criteris del denominador que la prescripció de hagi estat activa durant 3 mesos o més, i la dispèpsia ja no és un criteri d'exclusió.
 - S'afegeix com a criteri del denominador el tractament conjunt amb AAS i clopidogrel.

A wide-angle photograph of a vast field of red poppies in full bloom. The flowers are densely packed and stretch across the entire foreground and middle ground. In the background, a line of green trees and bushes is visible against a pale, overcast sky. The overall scene is peaceful and scenic.

MOLTES GRÀCIES