



**PROTOCOLO RESOLUTIVO EN RED**  
**ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO**  
**SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**  
**2017 – 2020**

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p>Dr. Jorge Romero Evans Médico Internista Jefe Unidad de Endoscopia Hospital E. Torres G.</p> <p>Dr. Joaquín Farías Valdés Médico EDF CGR Huara</p> <p>Dr. Jorge Vilches Apablaza Médico EDF CESFAM Sur Iquique</p>	<p>Dra. Paloma Ly Sánchez Médico EDF Subdirección Gestión Asistencial Servicio de Salud Iquique</p> <p>Depto. Calidad y Seguridad del Paciente Encargada de Calidad Servicio de Salud Iquique</p> <p>Carolina Pérez Rebolledo Departamento Planificación Servicio de Salud Iquique</p>	<p>Dra. María Vera Zamora Directora T y P Servicio de Salud Iquique</p>
<p>Fecha elaboración: Julio 2017</p>	<p>Fecha revisión: Julio 2017</p>	<p>Fecha próxima revisión: Julio 2020</p>



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-GAS-002**

**Edición: segunda**

**Fecha: Julio 2017**

**Página: 2 de 14**

**Vigencia: 3 años**

**INDICE**

DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERES .....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
MAPA DE RED.....	3
OBJETIVOS .....	4
ALCANCE O ÁMBITO APLICACIÓN .....	5
RESPONSABLES .....	6
POBLACIÓN OBJETIVO .....	7
DEFINICIONES .....	8
PROCEDIMIENTO O DESARROLLO.....	9
FLUJOGRAMA.....	10
INDICADOR .....	11
RESPONSABLES DE EVALUACIÓN .....	12
PLAN DE DIFUSION.....	13
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	14
ANEXOS.....	15



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR- GAS-002**

**Edición: segunda**

**Fecha: Julio 2017**

**Página: 3 de 14**

**Vigencia: 3 años**

### 1. DECLARACIÓN CONFLICTO DE INTERÉS.

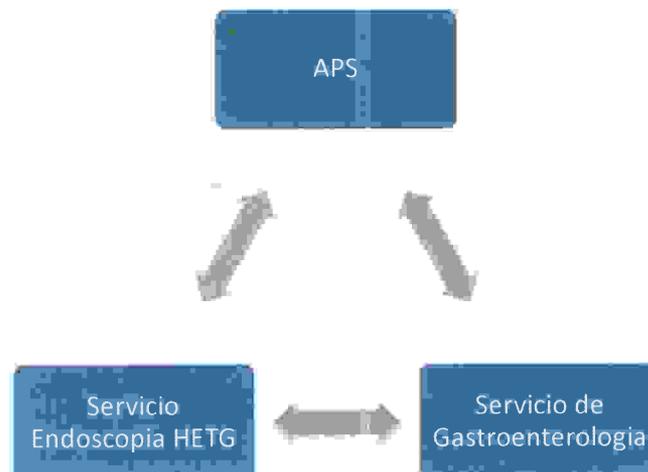
No se declara conflictos de interés de los autores ni los revisores del siguiente protocolo.

### 2. INTRODUCCIÓN.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) se define como el flujo retrógrado del contenido gastroduodenal en el esófago u órganos adyacentes, lo que da como resultado un variado espectro de síntomas, con o sin daño tisular. Esta patología constituye uno de los desórdenes crónicos más frecuentes en la práctica clínica y su fisiopatología claramente es multifactorial. En atención primaria existe un rol protagónico en su diagnóstico y manejo.

La prevalencia en países occidentales es entre 10 y 20%, en cambio en Asia es menor de 5%. La incidencia global de ERGE, ha sido menos estudiada, se ha calculado 4,5-6 casos/100.000 personas/año. En Chile, según la encuesta nacional de salud 2003, el 30% de la población presenta síntomas de ERGE, con predominio en el sexo femenino (27% hombres y 33% mujeres). En el presente protocolo se desarrollará el correcto flujograma de derivación entre el nivel primario y el nivel secundario en la región de Tarapacá.

### 3. MAPA DE RED.





**PROTOKOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-GAS-002**

**Edición: segunda**

**Fecha: Julio 2017**

**Página: 4 de 14**

**Vigencia: 3 años**

#### **4. OBJETIVOS.**

##### **OBJETIVO GENERAL**

- Establecer un proceso de referencia y contrarreferencia de usuarios con enfermedad por reflujo gastroesofágico, que facilite la integración y coordinación eficaz entre los niveles primario y secundario de atención en salud de la red asistencial de la Región de Tarapacá, dependiente del Servicio de Salud Iquique.
- Instaurar criterios estandarizados de manejo, derivación y priorización de usuarios, que permitan referir y contrarreferir, de forma precoz y pertinente, entre los dos niveles de atención de la red asistencial regional.
- Optimizar los canales de comunicación existentes entre los equipos de trabajo de la atención primaria, secundaria y terciaria.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entregar criterios de manejo y derivación oportuna frente a usuarios con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Entregar recomendaciones para prevenir complicaciones secundarias a esta patología.

#### **5. ALCANCE O ÁMBITO DE APLICACIÓN.**

El presente documento será de aplicación en el nivel primario, secundario y terciario, lo que incluye: Postas de Salud Rurales (PSR), Servicios de Urgencia Rurales (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), y Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH-HETG), respectivamente.



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO  
  
SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-CAR-002**

**Edición: segunda**

**Fecha: julio 2017**

**Página: 5 de 14**

**Vigencia: 3 años**

## **6. RESPONSABLES.**

### **RESPONSABLES DE SU EJECUCION**

- Médico APS es responsable de pesquisar, tratar las patologías de manejo en APS y derivar de forma oportuna las patologías que requieran de estudio y manejo por especialista.
- Médico especialista es responsable de realizar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento y seguimiento, según corresponda.
- Médico especialista es responsable de realizar la contrarreferencia a APS.

### **RESPONSABLE DE EVALUACION Y MONITOREO**

- Médico de interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y vigilar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores e informar al Director(a) del HETG.
- Director(a) Hospital E. Torres G. es responsable de informar al Gestor de Red para que se realice una evaluación de los indicadores como red asistencial y se definan acciones de mejora.

## **7. POBLACIÓN OBJETIVO.**

- El protocolo va dirigido a pacientes de cualquier sexo, adultos.



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-GAS-002

Edición: segunda

Fecha: Julio 2017

Página: 6 de 14

Vigencia: 3 años

## 8. DEFINICIONES.

- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico:** se define como el flujo retrógrado del contenido gastroduodenal en el esófago u órganos adyacentes, lo que da como resultado un variado espectro de síntomas, con o sin daño tisular.
- **Esófago de Barrett:** El diagnóstico debe ser histológico y endoscópico, se ha definido por la existencia de metaplasia intestinal.

### 1.- Síntomas y signos de ERGE:

ESOFAGICOS	EXTRAESOFAGICOS
Pirosis	Tos crónica
Regurgitación	Obstrucción bronquial
Disfagia	Disfonía
Dolor torácico no cardíaco	Laringitis crónica
	Erosiones dentales
	Odinofagia

#### • Signos de Alarma en ERGE:

Disfagia
Odinofagia
Anemia o signos de sangrado digestivo
Baja de peso
Vómitos recurrentes/ data más 5 años sin estudio
Inicio precoz (menor de 25 años) o inicio tardío (mayor de 45 años).

### 2.- Diagnóstico:

#### 2.1.- Test con inhibidores de bomba de protones

Un tratamiento empírico con supresión de ácido es el método más simple para realizar el diagnóstico de la ERGE y evaluar su relación con los síntomas. Diferentes centros coinciden que este método ha llegado a ser el primer estudio diagnóstico usado en pacientes con síntomas clásicos y sin síntomas de alarma. Los síntomas responden generalmente en 8 semanas. Si ellos desaparecen con terapia y reaparecen al suspenderla, el diagnóstico queda establecido (sensibilidad 78%, especificidad 54%), al usar la medición de pH de 24 h como gold estándar más impedanciometría.



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-CAR-002**

**Edición: segunda**

**Fecha: julio 2017**

**Página: 7 de 14**

**Vigencia: 3 años**

## 2.2.- Endoscopia

En la práctica clínica, la endoscopia se reserva para evaluar los pacientes que tienen síntomas de alarma, sospecha de complicaciones de ERGE y para seguimiento del esófago de Barrett. Se han usado múltiples clasificaciones para la esofagitis erosiva siendo la de Los Ángeles la más ampliamente aceptada. Esta focaliza su descripción en la "rotura de la mucosa (mucosal break)" como la mínima lesión.

## 2.3.- Monitorización del pH esofágico (pHmetría en 24 horas).

Considerado el gold estándar en el diagnóstico, tiene una sensibilidad de 77-100% y especificidad de 85-100% para el diagnóstico de ERGE con esofagitis, y una sensibilidad de 61-71% y especificidad de 85-100% para ERGE sin esofagitis.

## 2.4.- Otros exámenes:

- **Biopsia esofágica:** excluir neoplasia, infección, injuria por fármaco o esofagitis eosinofílica. No se utiliza como método diagnóstico.
- **Manometría Esofágica:** Se recomienda realizar el examen antes de la cirugía antirreflujo para excluir principalmente la acalasia, disfunción del EGE, patrones de motilidad que no se observan en pacientes normales y anomalías peristálticas con valores fuera del rango normal. Hoy no se utiliza como método diagnóstico.
- **Impedanciometría**
- **Detección de bilirrubina por espectrofotometría (Bilitec)**

## 3.- Etiología:

Es una enfermedad multifactorial, dentro de las cuales se encuentra:

- Alteraciones de los mecanismos anti- RGE
  - Esfínter esofágico inferior hipotensivo, Hernia Hiatal, Relaxaciones Transitorias.
- Factores gástricos (volumen gástrico, calidad del material refluído)
- Alteraciones del clearance esofágico
- Resistencia tisular de la mucosa esofágica
- Regeneración Epitelial

## 4.- Factores de riesgo:

- **Ambientales:** Tabaco, Café, Alcohol, Fármacos (anticolinérgicos, nitratos, corticoides, entre otros)
- **Demográficos:** Edad (a mayor edad síntomas más leves, pero se ha asociado a esofagitis más severas), sexo (más frecuente en mujeres, hombre es factor de riesgo para esofagitis), obesidad, genética, Helicobacter



**PROTOKOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-GAS-002

Edición: segunda

Fecha: Julio 2017

Página: 8 de 14

Vigencia: 3 años

**5.- Diagnósticos diferenciales:**

- Esofagitis infecciosa
- Esofagitis eosinofílica
- Esofagitis inducida por medicamento
- Úlcera péptica
- Enfermedad coronaria
- Trastornos motores esofágicos
- Enfermedad del tracto biliar

**5.- Clasificación:**

- Clasificación endoscópica de Los Ángeles

<b>A</b>	Una o más lesiones longitudinales que no confluyen y no superan los 5 mm
<b>B</b>	Por lo menos una lesión longitudinal mayor de 5 mm, no confluye
<b>C</b>	Lesiones longitudinales que no confluyen, pero comprometen menos del 75% de la circunferencia
<b>D</b>	Lesiones que confluyen y comprometen por lo menos el 75% de la circunferencia

**6.- Tratamiento:**

**Modificación Estilo de Vida:**

- Mantener o alcanzar un peso corporal normal.
- Pacientes con síntomas nocturnos o síntomas laringológicos (carraspera, disfonía, tos) deben alimentarse 3 horas antes de dormir y levantar cabecera 15-20cm al dormir.

**Tratamiento Médico.**

- En pacientes sintomáticos sin factores de riesgo ni complicaciones se utiliza un esquema de aumento progresivo de dosis (minimiza el uso de medicamentos permitiendo menores costos y efectos adversos) o disminución progresiva de dosis (permite alivio de los síntomas de manera más rápida hasta llegar a la dosis adecuada de mantención) por al menos 8 semanas.
- En pacientes con complicaciones o factores de riesgo, se sugiere inicio inmediato de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en doble dosis:
  - Omeprazol 20 mg c/12 horas vía oral (debe ser indicado en ayuna y/o pre-cena).
  - Opción para complementar, en pacientes muy sintomáticos; Hidróxido de aluminio suspensión oral al 6%; 5 ml SOS (máximo cada 8 horas) *Evitar sobredosificación.*



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-CAR-002**

**Edición: segunda**

**Fecha: julio 2017**

**Página: 9 de 14**

**Vigencia: 3 años**

Síntomas leves o intermitentes: (menos de 2 veces por semana sin signos de esofagitis a la EDA).

- Se recomienda uso de IBP en dosis baja (1 vez al día, de predominio matinal) por al menos 8 semanas, con reevaluación sintomática a las 4 semanas.
- Si persiste sintomatología a las 4 semanas, aumentar IBP 2 veces por día (cada 12hrs) por otras 8 semanas y reevaluación sintomática.
- Si persiste sintomático se considera como refractario a tratamiento, con necesidad de evaluación por especialista gastroenterólogo.

Síntomas severos o frecuentes: (mas de 2 veces por semana con signos de esofagitis a la EDA).

- Inicio con IBP en dosis alta, 2 veces por día (cada 12hrs) por 8 semanas y reevaluación clínica a las 4 semanas de tratamiento.
- Si paciente asintomático a las 8 semanas, disminuir dosis de omeprazol a 20 mg/día vo en ayuna.
- Mantener tratamiento si paciente presenta signos de Esofagitis grado C, D o Esofago de Barret y derivar a gastroenterología.

En pacientes con factores de riesgo o complicaciones se debe mantener tratamiento con IBP 2 veces al día pese a estar asintomáticos.

Inhibidores de Bomba de Protones (IBP):

- Mayor eficacia que bloqueadores H<sub>2</sub> de histamina.



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-GAS-002

Edición: segunda

Fecha: Julio 2017

Página: 10 de 14

Vigencia: 3 años

## 9. DESARROLLO.

### 9.1. Conducta a seguir por parte del médico APS:

- El médico de APS debe realizar una evaluación clínica completa, solicitar los exámenes requeridos para dicha patología, iniciar tratamiento a dosis adecuadas e identificar las condiciones que requieren derivación para evaluación por médico especialista, según normativa vigente.

### 9.2. Derivación de pacientes desde APS al servicio de urgencias del hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Presencia de complicaciones agudas graves como perforación esofágica, hemorragia esofágica, estenosis esofágica, dolor torácico no coronario que no cede al manejo habitual, entre otros.

### 9.2. Derivación de pacientes desde APS al servicio de endoscopia del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

Indicaciones de Endoscopia Digestiva Alta en pacientes con ERGE
Duda diagnóstica
Signos de Alarma
Hombres mayores de 50 años con síntomas de ERGE por más de 5 años asociado a factores de riesgo para esófago de Barrett
Pacientes con síntomas típicos que persisten a pesar de tratamiento por 4-8 semanas de inhibidores de la bomba de protones (IBP) 2 veces/día
Control de EDA por hallazgo de esofagitis grado C y D (Los Ángeles) luego de 2 meses de tratamiento con IBP

### 9.2. Derivación y solicitud de EDA de pacientes desde APS al Policlínico de Gastroenterología del consultorio de Especialidades, del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames:

- Disfagia.
- Odinofagia.
- Anemia o signos de sangrado digestivo.
- Baja de peso.
- Vómitos recurrentes.
- Inicio precoz (< 20-25 años) o tardío (>40-25 años).
- Refractariedad a tratamiento (8 semanas sin respuesta a tratamiento de IBP)



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-GAS-002**

**Edición: segunda**

**Fecha: Julio 2017**

**Página: 11 de 14**

**Vigencia: 3 años**

**9.4. Exámenes que debe solicitar el médico APS previo a la derivación al servicio de Gastroenterología.**

- Hemograma, VHS, creatininemia, nitrógeno ureico, glicemia, orina completa
- ECG en mayores de 40 años.
- EDA (según indicaciones previas).

**9.5. Documentos emitidos por el médico tratante de APS:**

- El médico de APS deberá derivar con formulario oficial de Solicitud de Interconsulta (SIC), que contenga:
  - Datos del paciente (nombre, Rut, edad).
  - Anamnesis pertinente.
  - Hallazgos del examen físico pertinentes.
  - Hipótesis diagnóstica.
  - Exámenes y sus resultados.
  - Tratamientos administrados o previos (indicar tipo, fecha, duración).
  - Nombre y Rut del profesional.

**9.5.- Alta nivel secundario: (especialista)**

Los pacientes serán dados de alta y contrarreferidos al nivel primario, según presenten los siguientes criterios:

- Diagnostico confirmado y plan terapéutico definido.
- Ajuste de tratamiento efectuado.
- Estabilización sintomática.
- Descartándose patología aguda.

**9.6. Contrarreferencia:**

- El médico especialista contrarreferirá a aquellos pacientes sin criterio de manejo en nivel secundario, habiéndose descartado patología de carácter maligno.
- Todo paciente evaluado en la atención secundaria, debe ser referido por el médico especialista, mediante el Formulario de Contrarreferencia, el cual debe contener: diagnóstico definitivo, exámenes realizados y resultados, indicaciones de tratamiento, próximos controles en APS y/o nivel secundario, según corresponda. Siempre señalando nombre, Rut, timbre y firma.

**9.7.- Tiempos de resolución: (especialista) Favor definir tiempos**

- **Derivación a servicio de urgencia HETG:** según protocolos propios de servicio de urgencias.
- **Primera evaluación médica especialista: 90 días.**
- **Tiempo de alta: 6 meses.**



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-GAS-002**

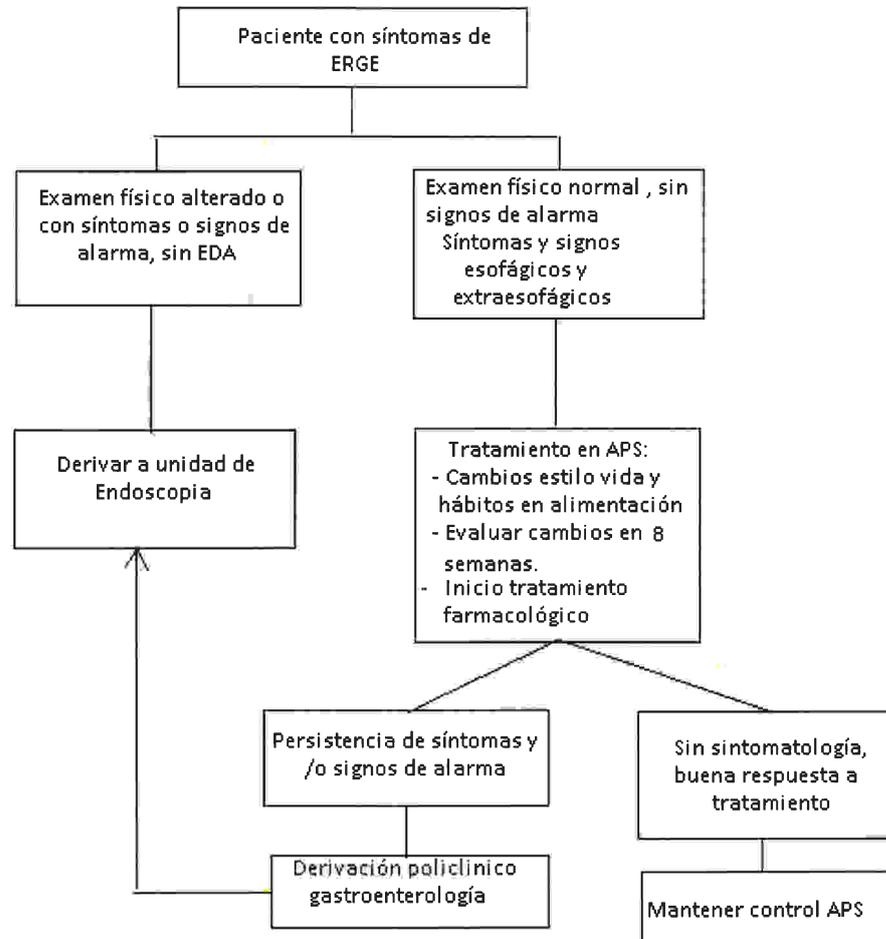
**Edición: segunda**

**Fecha: Julio 2017**

**Página: 12 de 14**

**Vigencia: 3 años**

**10. FLUJOGRAMA**





**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

**Código: RCR-GAS-002**

**Edición: segunda**

**Fecha: Julio 2017**

**Página: 13 de 14**

**Vigencia: 3 años**

### **11. INDICADOR.**

- **Numerador:** N° de pacientes con diagnóstico de ERGE, tratados y contrarreferidos desde el Policlínico de Gastroenterología a médico APS, que cumplen con criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCR.
- **Denominador:** N° de pacientes referidos por médico desde APS a Policlínico de Gastroenterología, con diagnóstico ERGE, que cumplen con los criterios de derivación establecidos en este protocolo de RyCR.

### **12. RESPONSABLES DE EVALUACIÓN.**

- Médico interfase de APS es responsable de evaluar y controlar la correcta aplicación de los protocolos de derivación al nivel secundario y terciario.
- Médico de interfase del nivel secundario es responsable de evaluar la pertinencia de las derivaciones y velar por el cumplimiento correcto de la contrarreferencia a APS, informando oportunamente al jefe del CAE, HETG.
- Jefe CAE es responsable de efectuar el control y seguimiento de los indicadores como red asistencial y se definen acciones de mejora.
- Referente de Referencia y Contrarreferencia del Servicio de Salud de Iquique es responsable de facilitar canales de comunicación entre los dos niveles de atención así como gestionar la actualización de los protocolos existentes.

### **13. PLAN DE DIFUSION**

La difusión, implementación y evaluación del presente protocolo se desarrollara paulatinamente a lo largo del año, con el fin máximo de que todos los integrantes de la red de salud tengan conocimiento de la estructura y plan de acción de la patología aquí expuesta.

Con el fin realizar un plan de difusión e implementación se realizaran las siguientes actividades:

- Protocolo estará disponible en la plataforma virtual del servicio de salud Iquique, con su respectiva resolución, con el fin de que todos tengan libre acceso al protocolo.
- Se realizara una primera reunión con médicos interfaces de APS y nivel secundario para exponer nuevo protocolo.
- Reuniones mensuales para realizar seguimiento de implementación del protocolo.
- Se realizará una nueva revisión y actualización del protocolo en julio 2020.
- Se realizaran actualizaciones previas en caso de ser necesario.



**PROTOCOLO  
ENFERMEDAD REFLUJO  
GASTROESOFAGICO**

**SERVICIO SALUD IQUIQUE**

Código: RCR-GAS-002

Edición: segunda

Fecha: Julio 2017

Página: 14 de 14

Vigencia: 3 años

**14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.**

- Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. American College of Gastroenterology, 2013.
- Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Digestivas. Sociedad Chilena de Gastroenterología, 2013.
- Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico. Departamento de Gastroenterología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**15. ANEXOS.**

**1.- Dosis de fármacos usados habitualmente en ERGE**

Medicamento	Dosis baja (via oral)	Dosis estándar (via oral)
<b>Antagonistas del receptor H2 de Histamina*</b>		
Famotidina	10 mg, 2 veces/día	20 mg, 2 veces/día
Ranitidina	75 mg, 2 veces/día	150 mg, 2 veces/día
Nizatidina	75 mg, 2 veces/día	150 mg, 2 veces/día
Cimetidina	200 mg, 2 veces/día	400 mg, 2 veces/día
<b>Inhibidores de la bomba de protones</b>		
Omeprazol	20 mg, 1 vez/día	40 mg, 1 vez/día
Lansoprazol	15 mg, 1 vez/día	30 mg, 1 vez/día
Esomeprazol	20 mg, 1 vez/día	40 mg, 1 vez/día
Pantoprazol	20 mg, 1 vez/día	40 mg, 1 vez/día