

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Síntomas ácido-pépticos gastroesofágicos como causa de consumo de antiácidos y ácido-supresores y su asociación con el índice de masa corporal en población adulta urbana*

Use of antacids and acid-suppressors for gastro-esophageal peptic symptoms and body mass index in adult urban population

Drs. PATRICIO BURDILES P.¹, RODRIGO JULIO A.², MAHER MUSLEH K.¹, HÉCTOR CHIONG T.², ATTILA CSENDES J.¹, OWEN KORN B.¹

¹Departamento de Cirugía. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ²Interno Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Santiago. Chile

RESUMEN

Introducción: El exceso de peso y la obesidad son considerados factores precipitantes en la aparición de síntomas de reflujo gastro-esofágico (RGE). Además, los antiácidos y ácido-supresores son altamente eficaces en la paliación de tales síntomas. **Objetivo:** conocer la prevalencia de pirosis y ardor epigástrico, sus factores precipitantes, consumo de antiácidos y de ácido-supresores, auto-medicación y su relación con la obesidad en adultos. **Material y Método:** encuesta personal y examen físico a 433 adultos sin RGE diagnosticado, historia de cirugía gastrointestinal y uso de estos medicamentos indicado por médicos. **Resultados:** los síntomas en estudio estaban presentes en el 60.1% del grupo (62,9% en mujeres y 57,3% en hombres) siendo más frecuente el ardor epigástrico (35,6%) que la pirosis (24,5%). Entre los sujetos sintomáticos el 95% utilizó medicación en forma regular. El 65%-83% de los sujetos con síntomas esporádicos recurrieron a antiácidos. Por el contrario, el 23,5% refirió síntomas diarios y entre ellos el 64% usaba ácido-supresores. La auto-medicación fue reconocida por el 78%-92% de personas con síntomas esporádicos y significativamente menos (48%) por sujetos con síntomas diarios. La tensión emocional (35,1%-58,6%), ingesta de alcohol (9%) y alimentos muy condimentados (5%) fueron mencionados como factores precipitantes de los síntomas. Menos del 4% de los encuestados consideraron el aumento de peso corporal como factor precipitante. El índice de masa corporal en el grupo asintomático fue: mujeres 23,2 ±3,4 kg/m² y hombres 24,3 ±3,3 kg/m². Para el grupo sintomático las cifras fueron 22,5 ±3,1 kg/m² y 25 ±3,5 kg/m² respectivamente. En el grupo asintomático, el sobrepeso fue de 25,4% y la obesidad 5,7% no significativamente diferente del 28,5% y 10,4% respectivamente en el grupo sintomático. **Conclusiones:** La mayoría de las personas sintomáticas utiliza con éxito la medicación para su paliación. Los sujetos con síntomas esporádicos utilizan principalmente antiácidos mientras que aquellos con síntomas diarios utiliza principalmente ácido-supresores. No hay asociación entre la frecuencia de síntomas pépticos gastro-esofágicos e índice de masa corporal.

PALABRAS CLAVE: *Síntomas pépticos, uso de antiácidos y ácidosupresores, índice de masa corporal*

*Recibido el 15 de Mayo de 2006 y aceptado el 19 de Junio de 2006.

Correspondencia: Dr. Patricio Burdiles P.

Santos Dumont 999, Independencia. Santiago, Chile.

Fax: (562) 732 7245

e-mail: pburdiles@redclinicauchile.cl

SUMMARY

Background: Overweight and obesity are considered precipitating factors in the apparition of symptoms of gastroesophageal reflux disease. Besides antacids and acid-suppressors are highly effective in the palliation of such symptoms. **Aim:** to assess the prevalence of heartburn and epigastric burning pain, triggering factors, consumption of antacids or acid-suppressors, auto-medication and Body Mass Index (BMI) in adult population. **Patients and Method:** using a personal interview and physical examination, 433 adult subjects were assessed, excluding those with previously diagnosed gastro-esophageal reflux disease, history of upper gastro-intestinal surgery, and use of these medications due to other conditions. **Results:** symptoms in study were present in 60.1% (62.9% in women and 57.3% in men) being epigastric burning pain more frequent (35.6%) than heartburn (24.5%). Among symptomatic subjects 95% used medication on regular basis. Daily symptoms were referred by 23.5% of subjects and among them 64% use acid-suppressors. On the contrary subjects with sporadic symptoms recur mainly to antacids (65%-83%). Auto-medication was recognized by 78%-92% of people with sporadic symptoms and significantly less (48%) by people with daily symptoms. Emotional stress (35.1%-58.6%), alcohol intake (9%) and spicy food (5%) were mentioned as important triggering factors. Less than 4% of subjects considered increase in body weight as an important precipitating factor. BMI in asymptomatic group was: women 23.2 ± 3.4 kg/m²; men 24.3 ± 3.3 kg/m². Figures in symptomatic group were 22.5 ± 3.1 kg/m² and 25 ± 3.5 kg/m² respectively. In the former, overweight was 25.4% and obesity 5.7% not significantly different than 28.5% y 10.4% respectively in symptomatic group. **Conclusions:** The vast majority of symptomatic subjects successfully use medication for palliation. Subjects with sporadic symptoms use mainly antacids while subjects with daily symptoms use mainly acid-suppressors. There is no association between frequency of peptic gastro-esophageal symptoms and BMI.

KEY WORDS: **Peptic symptoms, antacids and acid-suppressors, body mass index**

INTRODUCCIÓN

Existe la percepción que los pacientes con sobrepeso tienen mayor frecuencia e intensidad de síntomas digestivos en general. Se cita el sobrepeso como factor precipitante del reflujo gastroesofágico (RGE) y su normalización como factor fundamental para el éxito de su tratamiento¹. Existe sin embargo, escasa información médica que objetive la relación entre síntomas de RGE y sobrepeso. Un estudio extranjero encontró normalidad manométrica en el esfínter esofágico inferior en obesos, aunque no aclara la condición sintomática de estos sujetos² y otro autor encontró una mayor gradiente de presión a través de este esfínter en obesos, postulando una mayor susceptibilidad al RGE, aunque tampoco demostró que estos sujetos tuviesen más RGE³. En nuestro país, Csendes⁴ y Korn⁵ han estudiado este aspecto al cuantificar la frecuencia de población adulta sintomática sospechosa de RGE y la prevalencia de sobrepeso en estos pacientes según grado de esofagitis. Un estudio reciente de nuestro grupo⁶ midiendo la magnitud del RGE y su relación con la presencia de injuria esofágica a la endoscopía en pacientes con obesidad severa y mórbida, demostró que no hubo asociación entre mayor sobrepeso y mayor injuria esofágica ó mayor severidad del

reflujo ácido. Por otra parte, cuando ocurren síntomas como sensación "quemante" o "urente" en el tracto esófago-gástrico, existe la posibilidad de paliarlos con medicamentos orales que neutralizan el ácido clorhídrico intraluminal (Antiácidos= AA) ó que bloquean la secreción ácida (Ácido-supresores= AS) como son los bloqueadores de los receptores H₂ de la Histamina o los inhibidores de la bomba de protones en la membrana de la célula parietal. En nuestro país, estos medicamentos se pueden adquirir sin ninguna restricción en cualquier farmacia o aún en los mercados populares y su consumo representa un fiel indicador de la ocurrencia de dichos síntomas, puesto que sus acciones sintomáticas los hacen muy específicos y no son consumidos para tratar otros síntomas. No hemos encontrado hasta la fecha otros estudios nacionales publicados sobre la relación entre sintomatología de RGE y masa corporal, como tampoco estudios locales sobre la magnitud de la automedicación por esta sintomatología.

Los objetivos de nuestro estudio fueron evaluar la asociación entre sintomatología sugerente de RGE y sobrepeso; conocer el patrón de consumo de este tipo de medicamentos y tipo específico de terapia sintomática utilizada y por último, cuantificar la frecuencia de automedicación por esta sintomatología.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un estudio de corte transversal mediante una encuesta. Ésta se llevó a cabo entre Enero de 1997 y Diciembre de 2003 e incluyó finalmente a 433 sujetos (213 mujeres y 220 hombres, con rango de edad entre 18 y 81 años) que se distribuyeron en tres grupos según fuesen asintomáticos o si el síntoma predominante, como causa de consumo de AA o AS, fuese pirosis (percibido como ardor retroesternal) o acidez epigástrica (percibido como sensación o dolor urente o ardor epigástrico).

1. PACIENTES ESTUDIADOS

Los sujetos incluidos en el presente estudio fueron mayores de 18 años, y que fueron seleccionados al azar de los siguientes ámbitos:

a) acompañantes de pacientes en consultorio externo de cirugía

b) familiares de pacientes hospitalizados en servicios de cirugía o en servicio de medicina del Hospital Clínico de la Universidad de Chile que concurrían en horario de visita.

Con el objeto de que la muestra representara a los sujetos con una tendencia sintomática definida en el tiempo, no desencadenada por cirugía abdominal reciente y a aquellos en potencial riesgo de automedicación crónica, los siguientes criterios de exclusión fueron considerados: consulta médica por sintomatología digestiva en los 12 meses previos a la encuesta, indicación médica de AA y/o AS en los últimos 12 meses, cirugía gástrica o esofágica previa, cualquier cirugía abdominal en los 12 meses previos a la encuesta, ingestión de AA ó AS para tratar meteorismo ó malestar epigástrico urente ni doloroso, ingestión de AA como parte del manejo de la insuficiencia renal crónica, ingestión de antiinflamatorios en forma crónica, baja de peso involuntaria en los últimos 12 meses, dolor abdominal persistente, síntomas sugerentes de hemorragia digestiva o anemia en estudio. Los sujetos con sintomatología que no respondía a los fármacos en estudio fueron excluidos, pues en ellos ocurría frecuente consulta a médicos y el origen ácido-péptico de la dolencia quedaba en duda.

2. PROTOCOLO DE ESTUDIO

En un protocolo previamente definido se registró los siguientes parámetros:

a) la ocurrencia de ardor retroesternal (pirosis) y/o ardor epigástrico subxifoideo (acidez)

b) causa desencadenante del síntoma, mediante preguntas abiertas pero con indicador de

una sola opción (comida, estrés, alza de peso, colecistectomía, etc.)

c) tipo de medicación ingerida para combatir estos síntomas mediante preguntas cerradas y especificación del tipo más frecuentemente utilizado (tipo de AA o de AS)

d) periodicidad en la ingesta de AA ó AS para tratar estos síntomas: ingesta ocasional (menos de una vez por semana), ingesta semanal (una o mas veces por semana pero no en forma diaria) o ingesta diaria

e) tipo de indicación (médico, automedicación, indicación de farmacéutico, etc.)

f) tiempo de síntomas.

Todos los sujetos fueron encuestados en forma anónima por los autores y fueron medidos descalzos y pesados con ropa ligera. La talla se expresó en metros y el peso en kilogramos, valores que fueron usados para definir el Índice de Masa Corporal (IMC) según la fórmula: peso (kg)/talla (m)². Este índice se considera un fiel y objetivo parámetro de cuantificación del exceso de peso. Se definió como sobrepeso un IMC entre 25,1 y 30,0 kg/m² y se definió como Obesidad un IMC >30 kg/m² 7-8.

3. METODO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Las variables continuas que mostraron distribución simétrica (Gaussiana), fueron expresadas como promedio y su dispersión como desviación estándar (\pm DE). Para la comparación de estas variables entre grupos no pareados se usó el test t de Student. Las variables que mostraron distribución asimétrica (no Gaussiana) fueron expresadas como medianas y su dispersión como percentil 25 y 75 (rango intercuartil = RI). Para la comparación de estas variables entre grupos no pareados se usó el test U de Mann-Whitney.

Para la comparación de frecuencias de variables nominales dicotómicas entre grupos (Ej.: Obeso/No Obeso; Sintomático/Asintomático), se usó el test de X^2 con corrección de Yates. Se consideró como significativo un valor de $p < 0,05$

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la distribución de los subgrupos de la muestra según la presencia de los síntomas en estudio y sus características de edad, tiempo de síntomas y distribución según género. Del total de encuestados, 260 sujetos (60%) reveló ser sintomático. Los sujetos con acidez son significativamente mayores en edad que los sujetos con pirosis (40 versus 30 años respectivamente) pero ninguno de estos grupos difirió en este aspecto de

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN DE GRUPOS EDAD, TIEMPO DE SÍNTOMAS Y GÉNERO

Grupos	Edad n (%)	Tiempo Mediana (RI)	Síntomas Mediana (RI)	Relación Mujer/Hombre
Asintomáticos	173 (39,9)	34 (22-55)		79 / 94
Acidez	154 (35,6)	40 (23-62)	7 años (3-18)	80 / 74
Pirosis	106 (24,5)	30* (21-47)	6 años (2-10)	54 / 52
Total	433	213 / 220		

*p=0.02, comparado con grupo con acidez.

los sujetos asintomáticos (promedio 34 años). Ambos grupos sintomáticos mostraron similar tiempo de síntomas (7 y 6 años) y solamente 9 (5,8%) y 4 (3,7%) sujetos de cada grupo respectivamente tenían historia sintomática de sólo 1 año de evolución. Hubo predominio de hombres en el grupo asintomático (94 hombres versus 79 mujeres), invirtiéndose esta tendencia en el grupo sintomático en que hubo leve predominio de mujeres. Analizados según género, de 213 mujeres, 134 eran sintomáticas (62,9%) distribuidas en 80 (37,6%) que refirieron acidez y 54 (25,3%) con pirosis. De 220 hombres, 126 eran sintomáticos (57,3%) y de ellos, 74 tenían acidez (33,7%) y 52 tenían pirosis (23,6%).

En la Tabla 2 se observa el IMC según distribución por género y la prevalencia de obesos en los grupos sintomáticos en estudio. No hubo diferencias significativas en el IMC promedio de mujeres y hombres dentro de cada grupo o entre los diferentes grupos. Aunque se observa una tendencia a mayor prevalencia de obesos en el grupo con acidez (11,7%), no hubo diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de obesos entre los grupos.

En los gráficos 1 y 2 se observa la periodicidad de los síntomas acidez y pirosis, respectivamente, según el IMC. Se aprecia que el grupo con acidez tiende a tener síntomas más periódicos a medida

que aumenta el IMC (esta tendencia no alcanzó niveles de significación estadística), en cambio en el grupo con pirosis sólo se observa una tendencia definida hacia mayor frecuencia diaria en el grupo con sobrepeso. Refirieron ser sintomáticos 159 de 277 sujetos con IMC normal (57,4%), 74 de 118 sujetos con sobrepeso (62,7%) y 27 de 37 sujetos obesos (73%). Se observa una tendencia a mayor prevalencia de sujetos sintomáticos a medida que aumenta el IMC, tendencia fue marginalmente significativa ($p=0,07$).

En el gráfico 3 se observa la periodicidad de ocurrencia de los síntomas encuestados. La acidez en la mayoría de los sujetos ocurre en forma ocasional y sólo un 18,3% la refiere en forma diaria. La pirosis en cambio, es referida con un patrón de ocurrencia significativamente más periódico, presentándose en más de la mitad de los sujetos en forma semanal o diaria.

La Tabla 3 muestra el tipo de fármaco utilizado según periodicidad de los síntomas. De 260 sujetos sintomáticos, 247 refirieron ingesta medicamentosa para tratar los síntomas ácido-pépticos gastroesofágicos (95%). Trece personas con síntomas muy esporádicos no utilizaban fármacos antiácidos ni ácido-supresores. Se aprecia que los sujetos con síntomas de presentación ocasional o semanal recurren mayoritariamente a antiácidos, en 2/3 o más

Tabla 2
IMC SEGÚN GÉNERO Y OBESIDAD SEGÚN SÍNTOMAS

Grupos	IMC		Sobrepeso		Obesos		n	(%)
	Género	n	Promedio	(± DS)	n	(%)		
Asintomáticos	F	79	23,2	(± 3,4)				
	M	94	24,3	(± 3,3)	44	(25,4)	10	(5,7)
Acidez	F	80	24,0	(± 4,2)				
	M	74	25,0	(± 3,5)	41	(26,6)	18	(11,7)
Pirosis	F	54	22,5	(± 3,1)	33	(31,1)		
	M	52	25,0	(± 2,9)	9	(8,5)		
Total			433	118 (27,2)	37	(8,5)		

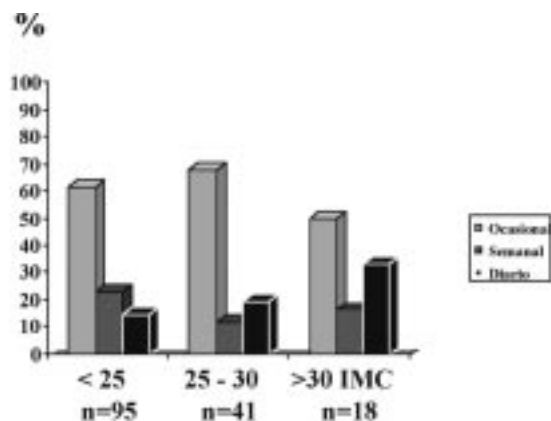


Figura 1. Periodicidad de Acidez según IMC (n = 154).

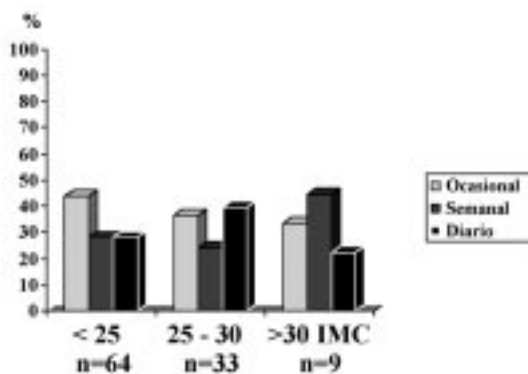


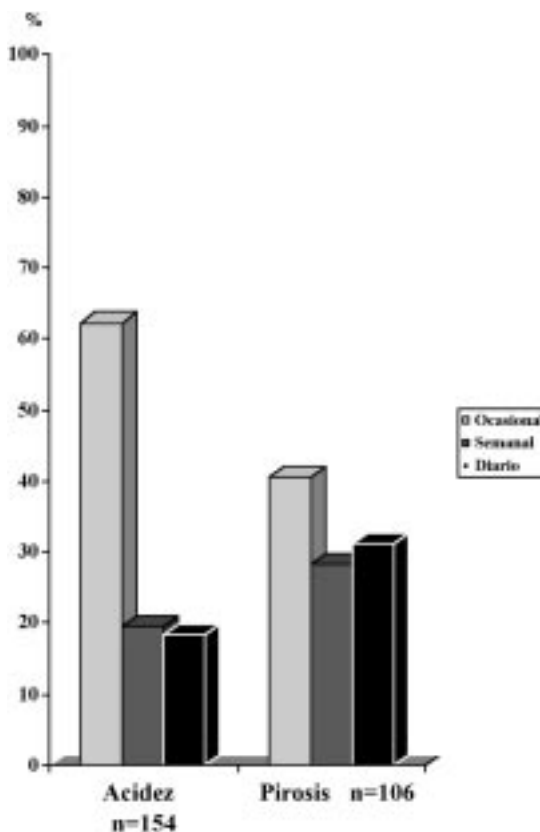
Figura 2. Periodicidad de Pirosis según IMC (n=106).

de los casos, sin diferencia estadística entre ellos ($p=0,08$). En cambio, el grupo con síntomas de presentación diaria recurre mayoritariamente a ácido supresores (64%) para paliar sus síntomas y de estos 39 sujetos, siete recurren a Omeprazole en forma diaria, sin ningún control médico. Esta tendencia fue altamente significativa ($p<0.01$) comparada con los dos grupos anteriores.

En el gráfico 4 se muestra la frecuencia de automedicación en sujetos sintomáticos según el patrón de periodicidad de los síntomas. La automedicación fue explicitada en 114 de 126 sujetos con síntomas e ingesta ocasional (90,4%), y en 47 de 60 sujetos con síntomas e ingesta semanal (78,3%): $p=0.04$ entre ambos grupos. Esta tendencia se invierte en el grupo con síntomas e ingesta diaria, en los cuales predomina levemente la indicación médica en 32 sujetos (52,4%) por sobre 29 casos de automedicación (47,6%). Esta diferencia con los otros dos grupos fue estadísticamente significativa ($p<0,001$). En todos los grupos se registró una adecuada satisfacción en la paliación de los síntomas. La automedicación fue predominantemente derivada de la recomendación médica a un familiar o conocido por síntomas juzgados como similares por el sujeto encuestado. Solamente un sujeto refirió prescripción solicitada a un farmacéutico.

La Tabla 4 muestra las causas desencadenantes de los síntomas. En ambos grupos de sujetos sintomáticos (acidez y pirosis), el estrés fue una importante causa asociada (35,1 y 58,6% respectivamente). El alza de peso fue reconocida como desencadenante en menos de 4% en ambos grupos. Las otras causas aparecen con relativa baja frecuencia. Los sujetos no identificaron una causa específica de sus síntomas en 37,7 y 22,6% de los casos respectivamente. Respecto a la colecistecto-

mía previa, cincuenta sujetos habían sido sometidos a este procedimiento con más de un año de anterioridad a la encuesta. De ellos, 38 (76%) refirieron los síntomas estudiados (31 acidez; 7 pirosis), proporción que fue estadísticamente superior



$p<0,001$ test χ^2

Figura 3. Periodicidad de síntomas. n=260.

Tabla 3
TIPO DE FÁRMACO INGERIDO SEGÚN PERIODICIDAD DE LOS SÍNTOMAS

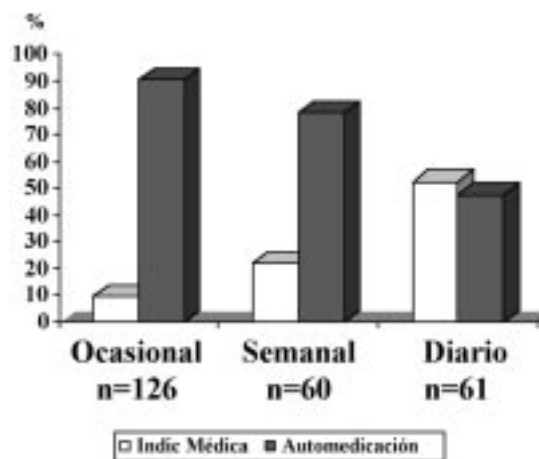
Fármaco	Ocasional		Semanal		Diario	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Antiácidos	105	(83,3)	39	(65,0)	22	(36,0)
Ranitidina	7	(5,6)	11	(18,3)	18	(29,5)
Famotidina	11	(8,7)	6	(10,0)	14	(23,0)
Omeprazole	3	(2,4)	4	(6,7)	7	(11,5)
Total	126	60	61			

al 57,9% de sujetos sintomáticos en el grupo de no colecistectomizados (222 de 383; $p=0,02$). De los 38 sujetos colecistectomizados sintomáticos, nueve (23,7%) atribuyeron la aparición de síntomas a la cirugía vesicular.

DISCUSIÓN

Es sabido que los síntomas no son indicadores muy sensibles ni muy específicos de enfermedad, y el RGE no escapa a esta tendencia, por lo que el objetivo de este trabajo fue estudiar a un grupo definido sintomáticamente y no por la presencia de la enfermedad. El presente estudio confirma los hallazgos previos de una alta prevalencia de sintomatología ácido-péptica gastro-esofágica en adultos del área norte de Santiago⁴. En ese estudio de 1989, Csendes y cols. encontraron un 60% de sujetos con diversa prevalencia de pirosis, cifra idéntica de sujetos sintomáticos de nuestro estudio, aunque en éste, se hizo una discriminación en el origen predominante de la sensación urente, ya fuese predominantemente epigástrica o esofágica en su génesis.

La prevalencia de obesidad en la muestra (entre 6 y 10%) es menor que la reportada para la población general de Santiago (entre 15 y 30%), pero existe un sesgo en nuestro estudio, al encuestar a aquellos sujetos que se desplazaban al hospital siendo posible que los pacientes muy obesos tengan limitaciones tales que les dificulte concurrir a este tipo de actividades. Sin embargo, aún observando esta menor proporción de obesos en nuestro estudio, no se objetivó una diferencia en la tasa de obesos en los grupos sintomáticos comparada con el grupo asintomático, como tampoco se encontró en los obesos una diferencia en los patrones sintomáticos respecto de los sujetos no obesos. Esta observación es coherente con el hecho que en este estudio, sólo el 3% de los sujetos atribuyó al alza de peso un rol desencadenante en sus síntomas. Además, en otros estudios de nuestro grupo, tampoco se encontró diferencias en la proporción



$p < 0,001$ grupo con ingesta diaria versus los otros grupos (test χ^2)

Figura 4. Patrón de ingesta y automedicación en sujetos sintomáticos (n=247).

de obesos entre pacientes con RGE y distintos grados de esofagitis excepto para el grupo de pacientes con esófago de Barrett^{5,6}. En un reciente estudio sueco, se encuestó a 820 sujetos en los cuales no se encontró correlación entre la prevalencia, duración ni severidad de los síntomas de RGE

Tabla 4
CAUSAS DESENCADENANTES DE LOS SÍNTOMAS

	Acidez		Pirosis	
	n	(%)	n	(%)
No Identificada	58	(37,7)	24	(22,6)
Estrés	54	(35,1)	62	(58,6)
Alcohol	14	(9,1)	1	(0,9)
Postcolecistectomía	7	(4,6)	2	(1,9)
Alza de Peso	5	(3,2)	3	(2,8)
Tabaco	3	(1,9)	1	(0,9)
Alimentos	5	(3,2)	5	(4,8)
Embarazo	2	(1,3)	1	(0,9)
Otras	6	(3,9)	7	(6,6)
Total	154	106		

en relación al índice de masa corporal⁹. Un segundo sesgo de nuestro estudio excluyó a los sujetos cuyos síntomas no eran debidamente aliviados por los fármacos en estudio. Sin embargo pensamos que esto identifica con más precisión a la población estudiada y que es definida por ser crónicamente sintomática y aliviar adecuadamente sus molestias con los fármacos en estudio.

Un interesante estudio de Graham y cols.¹⁰ realizado en Houston, EEUU, reclutó sujetos que consumían crónicamente antiácidos (en promedio por 20 años) sin control médico. Veintiuno de 23 sujetos estudiados tuvieron test de Bernstein (+), en 60% se encontró esofagitis en la endoscopia y sólo en un sujeto se encontró evidencias de úlcera duodenal. Llamativamente todos los sujetos referían estar adecuadamente controlados en sus síntomas mientras tomaban los medicamentos. Los autores sugieren que la mayoría de los sujetos con molestias crónicas urentes tipo pirosis y con buena respuesta a este tipo de medicación, tienen RGE crónico. Esta parece ser una tendencia consistente pues en otro estudio realizado por Halter¹¹, de 875 sujetos con síntomas crónicos sugerentes de RGE por más de un año, el 61% ingería antiácidos en forma regular sin ningún control médico.

En nuestro país, dos estudios de Medina y cols.^{12,13} revelan algunas características de este tipo de pacientes. Los síntomas crónicos gastro-intestinales en la población adulta, como causa de consulta médica en los servicios de salud, está muy por debajo de las causas cardio-circulatorias, del aparato locomotor y neuro-psiquiátricas. Paralelamente, características propias de estas dolencias, entre las que destacan su fácil control con medicamentos (que no presentan restricciones en su adquisición) y el escaso impacto de estos síntomas en la capacidad laboral o de desempeño general, hacen que no aparezcan como una prioridad en las consultas médicas. En uno de estos estudios, Medina y cols.¹³ encontró que un 60% de la ausencia de demanda por atención médica de enfermedades crónicas se deriva de características propias de la patología y menos de un tercio de las veces se deriva de déficit en los sistemas de salud. En este mismo sentido apunta la elevada proporción de automedicación encontrada en nuestro estudio en el cual, más del 80% de los sujetos con sintomatología ocasional se automedica y lo hace fundamentalmente con antiácidos. En cambio, más de la mitad de los sujetos con sintomatología de ocurrencia diaria ha mantenido ingesta de ácido-supresores por más de un año pero bajo indicación inicial de un médico.

Un interesante aspecto de este estudio dice relación con las causas desencadenantes de los

síntomas. La colecistectomía se ha mencionado como un posible desencadenante de síntomas dispépticos gastro-esofágicos y entre las posibles explicaciones para que ello ocurra se ha mencionado el aumento de las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, mediado por colecistocinina¹⁴ y la aparición de excesivo reflujo duodeno-gastro-esofágico de bilis¹⁵. En nuestro estudio, menos de un 25% de los sujetos colecistectomizados consideró la operación como factor desencadenante de los síntomas, aunque es importante destacar que del total de la muestra, el grupo de sujetos colecistectomizados fue significativamente más sintomático que el resto de los encuestados. Otro factor importantemente explicitado como desencadenante de síntomas dispépticos gastro-esofágicos es el estrés emocional, que en nuestro estudio fue referido por el 44,6% de los sujetos sintomáticos, pero que resulta difícil de evaluar en detalle en el contexto de este estudio de encuesta. Un tercer factor desencadenante de este tipo de síntomas es el tipo de alimentación o bebidas alcohólicas ingeridas. En estudios extranjeros se ha estimado que aproximadamente el 40% de los pacientes identifica este factor como el hecho iniciador de los síntomas de RGE¹⁶. En nuestro estudio menos del 10% de los sujetos encuestados atribuyó un rol iniciador de los síntomas al tipo de alimento o la ingesta de bebidas alcohólicas, aunque en este último aspecto, siempre debe considerarse una subestimación de su magnitud ó impacto en este tipo de encuestas.

Un último pero muy importante aspecto de este estudio dice relación con el eventual retraso en el diagnóstico oportuno de cánceres que se puedan manifestar con molestias dispépticas como lo es el cáncer gástrico. En Chile, Llorens y cols.¹⁷ en un masivo estudio poblacional, encontró significativa mayor prevalencia de cáncer gástrico en sujetos con síntomas de la esfera gastro-esofágica (1,27%) comparado con sujetos asintomáticos (0,43%). En estudios extranjeros se ha objetivado la cicatrización de lesiones ulceradas malignas en etapa precoz, con el uso de fármacos ácido-supresores. Corrigan y cols.¹⁸ en un análisis de 100 casos de cáncer gástrico, encontró que el 47% de los pacientes recibió terapia con antiácidos y/o ácido-supresores en promedio por 10 meses, previo al diagnóstico de su neoplasia gástrica. Igualmente preocupante fue el hecho que en dos pacientes, la lesión precoz cicatrizó con la terapia llevando a la falsa conclusión de mejoría de la enfermedad ulcerosa. Bramble y cols.¹⁹ estudiaron 133 registros de pacientes que fallecieron de cánceres gastro-intestinales (85 cánceres gástricos y 31 adenocarcinomas esofágicos) entre 1995 y 1997. Sólo uno de 54

casos sin terapia previa, la endoscopia inicial falló en demostrar el cáncer. En cambio 22 de 62 casos con terapia ácido-supresora, los hallazgos de la endoscopia inicial llevaron a informar lesiones benignas, diagnosticándose el cáncer varios meses después. Este error fue significativamente más frecuente con el uso de inhibidores de bomba de protones (error en 20 de 45 casos) comparado con los casos que ingerían bloqueadores de los receptores H2 de la Histamina (error en 2 de 17 casos). En seis pacientes que ingerían inhibidores de bomba de protones, se observó cicatrización de la lesión ulcerada previo al diagnóstico de cáncer. En nuestro estudio, por definición se incluyó sólo casos con más de un año de tratamiento y se excluyó aquellos casos con síntomas de alarma como baja de peso, hemorragia digestiva, anemia o dolor abdominal persistente, por lo que pensamos que razonablemente se minimizó el riesgo de incluir pacientes con neoplasias digestivas.

En resumen, podemos concluir de nuestro estudio que los síntomas dispépticos gastro-esofágicos crónicos, son frecuentes en la población urbana encuestada, afectando a más de la mitad de los sujetos. Además estos síntomas no tienen mayor prevalencia en la población obesa comparados con población no obesa, como asimismo el alza de peso no parece ser un factor importante como iniciador de este patrón sintomático. Los sujetos con síntomas ocasionales recurren predominantemente a antiácidos y lo hacen bajo automedicación, en cambio los sujetos con síntomas de ocurrencia diaria ingieren predominantemente ácido-supresores y lo hacen bajo indicación inicial de un médico.

Una especial señal de alerta surge en nuestro país, de alta prevalencia de cáncer gástrico, y la frecuencia de síntomas dispépticos gastro-esofágicos, observada en este estudio. La gran proporción de automedicación representa una potencial amenaza para el diagnóstico oportuno de este cáncer. Pero además debe ser una señal de advertencia de otras enfermedades en aumento como es el esófago de Barrett y su conocido potencial maligno, y que en el contexto de síntomas crónicos, bien tolerados y controlados a través de automedicación, pueden dificultar su oportuno diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Kitchin LI, Castell DO. Conservative Therapy (phase 1) for Gastroesophageal Reflux Disease, en "The Esophagus"; Editor Donald O. Castell. Little, Brown and Co. Boston, 1992; 519-528.
2. O'Brien TF. Lower esophageal sphincter pressure and esophageal function in obese humans. *J Clin Gastroenterol* 1980; 2: 145-149.
3. Mercer CD, Wren SF, DaCosta LR, Beck IT. Gastroesophageal pressure gradients and lower esophageal sphincter pressures in severely obese patients. *Gastroenterology* 1982; 82: A1129.
4. Csendes A, Valenzuela J, Becker P, Arraztoa J, Medina E. Prevalencia de síntomas esofágicos y gastrointestinales en adultos chilenos. *Rev Méd Chile* 1989; 117: 146-149.
5. Korn O, Puente J, Sagastume H, Burdiles P, Csendes A. Reflujo gastroesofágico y obesidad. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 671-675.
6. Csendes A, Burdiles P, Rojas J, Burgos A, Henriquez A. Reflujo gastroesofágico patológico en pacientes con obesidad severa, mórbida e hiperobesidad. *Rev Méd Chile* 2001; 129: 1038-1043.
7. Bray GA. Classification and evaluation of obesities. *Med Clin North Am* 1989; 73: 61-184.
8. Maiz A, Kehr J, Grekin C, Reyes E, Charlin V, Fernandez P y col. Drogas anorexígenas en el tratamiento de la obesidad. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 637-640.
9. Lagergren J, Bergström R, Nyrén O. No relation between body mass and gastro-oesophageal reflux symptoms in a Swedish population based study. *Gut* 2000; 47: 26-29.
10. Graham DY, Smith JL, Patterson DJ. Why do apparently healthy people use antacid tablets? *Am J Gastroenterology* 1983; 78: 257-260.
11. Halter F. Clinical use of antacids. *J. Physiol Pharmacol* 1993; 44: 61-74.
12. Medina E, Kaempffer AM. Características de la atención de salud en el gran Santiago. *Rev Méd Chile* 1980; 108: 937-944.
13. Medina E, Kaempffer AM, Martínez L, Cumsille F. Atención médica en doce ciudades chilenas. *Rev Méd Chile* 1988; 116: 579-586.
14. Rothwell JF, Caldwell MT, Lawlor P, Byrne PJ, Hennessy TPJ. Oesophageal acid exposure alter cholecystectomy is due to cholecystokinin-mediated transient lower oesophageal sphincter relaxation. *Br J Surg* 1997; 84: A709.
15. Walsh TN, Jazrawi S, Byrne PJ, Li H, Hennessy TPJ. Cholecystectomy and gastro-oesophageal reflux. *Br J Surg* 1991; 8: A753.
16. Nebel OT, Fornes MF, Castell DO. Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. *Dig Dis* 1976; 21: 953-956.
17. Llorens P. Gastric cancer mass survey in Chile. *Seminars Surg Oncol* 1991;7: 339-343.
18. Corrigan NT, O'Riordain MG, McEntee G. Modern anti-ulcer regimens and gastric carcinoma - is there a delay in definitive treatment?. *Br J Surg* 1997; 84: 62-63.
19. Bramble MG, Suvakovic Z, Hungin APS. Detection of upper gastrointestinal cancer in patients taking antisecretory therapy prior to gastroscopy. *Gut* 2000; 46: 464-467.