

**GOBIERNO  
FEDERAL**



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Diagnóstico y tratamiento  
quirúrgico de la  
ENFERMEDAD POR REFLUJO  
GASTROESOFÁGICO  
EN EL ADULTO**

**Evidencias y recomendaciones**

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-012-08**

**CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL**



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**Vivir Mejor**

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto; México: Secretaría de Salud; 2008.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

[www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)

**ISBN en trámite**

## CIE 10: K210 Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

### Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto

<b>Coordinador:</b> Dr. Mucio Moreno Portillo	Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal	<b>Hospital General</b> <b>Dr. Manuel Gea González</b>	Director General
<b>Revisor:</b> Dr. Carlos Alberto Sanjuán	Cirugía General	<b>Hospital General</b> <b>Dr. Manuel Gea González</b>	Subdirector de Cirugía
<b>Autores:</b> Dr. Luís Eduardo Cárdenas Lailson	Cirugía General	<b>Hospital General</b> <b>Dr. Manuel Gea González</b>	Jefe de División de Cirugía General y Endoscópica
Dr. Sergio López Martínez	Cirugía General y Endoscopia Gastrointestinal	<b>Hospital General</b> <b>Dr. Manuel Gea González</b>	Médico Adscrito a Cirugía General y Endoscópica
<b>Asesor:</b> Dr. Esteban Hernández Sanromán	Cirugía General	<b>Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
<b>Validación Interna:</b> Dr. Erich Basurto Kuba	Cirugía General	<b>Hospital General de México</b>	Jefe de la Unidad de Cirugía
<b>Validación Externa:</b> Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz Eduardo Pérez Torres	Cirugía General Cirugía Gastroenterológica	<b>Academia Mexicana de Cirugía</b>	Académicos
<b>Revisión Interinstitucional</b> Dra. Graciela Orozco Vázquez	Administración Sistemas Salud	<b>Dirección General Médica ISSTE</b>	Subjefe de Departamento
Dra. Ma. Enriqueta Barido Murguía	Cirujano General	<b>Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI, IMSS</b>	Médico adscrito al Servicio de Gastrocirugía.
Dr. Eric Romero Arredondo	Cirujano General	<b>CENETEC, SS</b>	Coordinador GPC

## ÍNDICE

1. Clasificación .....	5
2. Preguntas a responder por esta guía .....	6
3. Aspectos generales .....	7
3.1 Justificación .....	7
3.2 Objetivo de esta guía.....	8
3.3 Definición .....	8
4. Evidencias y recomendaciones .....	9
4.1 Estudios de endoscopia .....	10
4.2 Estudios de imagen.....	11
4.3 Estudios de fisiología intestinal .....	11
4.4 Tratamiento quirúrgico .....	13
5. Bibliografía .....	16
6. Agradecimientos.....	17
7. Comité académico .....	17
8. Directorio .....	18
9. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	19

## 1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-012-08			
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Cirujano general Médico especialista en gastroenterología Médico especialista en endoscopia	Médico especialista en radiología Médico internista	
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	K210 Enfermedad por reflujo gastroesofágico. De acuerdo con la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión, CIE 10.		
<b>CATEGORÍA DE GPC</b>	Segundo y tercer niveles de atención	Diagnóstico Referencia oportuna Tratamiento	
<b>USUARIOS POTENCIALES</b>	Personal de salud en servicio social Estudiantes en área médica Personal de salud en formación Proveedores de servicios de salud	Médicos generales Médicos familiares Planificadores de servicios de salud	Cirujanos generales Gastroenterólogos clínicos y quirúrgicos Médico internista
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital General "Dr. Manuel Gea González"		
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Mujeres y hombres mayores de 18 años		
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR</b>	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital General "Dr. Manuel Gea González"		
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Diagnóstico clínico oportuno Tratamiento quirúrgico oportuno		
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Contribuir con: Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Referencia oportuna Tratamiento quirúrgico oportuno		
<b>METODOLOGÍA<sup>1</sup></b>	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de fuentes documentales revisadas: 13 Guías seleccionadas: 11 del período 2001-2009 Revisiones sistemáticas: dos Ensayos controlados aleatorizados: cero Reporte de casos: cero Validación del protocolo de búsqueda por el Instituto Nacional de Salud Pública de México Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: 10 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *		
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN</b>	Método de validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación interna: Hospital General de México Revisión externa: Academia Mexicana de Cirugía		
<b>CONFLICTO DE INTERÉS</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés. Todas las cartas firmadas en original se tienen que enviar por oficio al CENETEC		
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-012-08		

<sup>1</sup> Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: [www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Qué papel juega la endoscopia en la enfermedad por reflujo gastroesofágico?
2. ¿A quién se le debe de realizar la serie esófago-gastro-duodenal de forma preoperatoria?
3. ¿A quién se le debe de realizar manometría esofágica de forma preoperatoria?
4. ¿A quién se le debe de realizar pH-metría ambulatoria de 24 hrs de forma preoperatoria?
5. ¿A quién se le debe de realizar impedancia esofágica de 24 hrs de forma preoperatoria?
6. ¿Cuál es la indicación para cirugía antirreflujo?
7. ¿Cuál es la eficacia del tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo?
8. ¿Cuál es la técnica aceptada para el tratamiento quirúrgico?
9. ¿Cuál es la mejor vía de abordaje quirúrgico?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La guía sobre el “Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto” se realizó por su gran prevalencia en la población general y por las repercusiones que conlleva en los pacientes afectados. Además, el consumo de recursos que ocasionan las consultas, la prescripción de fármacos, las endoscopias, la realización de otras exploraciones complementarias y los días de trabajo perdidos; la convierten en una enfermedad de gran interés para el sistema de salud. Las personas con enfermedad por reflujo tienen una mala calidad de vida y este deterioro repercute en el ámbito social, laboral y psicológico de los pacientes afectados, sobre todo cuando los síntomas son graves u ocurren por la noche e interfieren el sueño. Para mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedad por reflujo bien documentada, el enfermo debe recibir tratamiento médico y/o quirúrgico específico y especializado.

Los síntomas típicos son pirosis y regurgitación, mientras que los atípicos son tos crónica, disfonía y dolor torácico. Otros síntomas posibles son náuseas, hipersalivación, disfagia, eructos e hipo.

Los resultados de la endoscopia clasifican a la ERGE en enfermedad erosiva y no erosiva (Clasificación de los Angeles y Savary Miller). Se estima que del 30% al 70% de los enfermos con síntomas típicos de ERGE no presentan ninguna lesión en el momento en el que se realiza la endoscopia.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico puede presentar complicaciones como son la esofagitis erosiva o ulcerada que ocasiona sangrado de tubo digestivo y anemia, o bien estenosis péptica y disfagia. El reflujo crónico también puede producir el cambio metaplásico del epitelio escamoso del esófago distal a un epitelio columnar glandular, referido como esófago de Barrett. Este cambio es de particular preocupación porque conlleva un incremento en el riesgo de producir un adenocarcinoma del esófago.

El Dr. Rudolph Nissen, fue el primero en realizar una funduplicatura en 1955. En 1956 publicó el resultado de sus dos primeros casos en el *Swiss Medical Weekly* y en 1961 una revisión más detallada del procedimiento, llamando originalmente a su cirugía "gastroplicación". El procedimiento lleva su nombre y desde su aceptación como la mejor técnica quirúrgica para control de la ERGE ha sufrido pequeñas modificaciones, la última, en la forma de abordar la cavidad abdominal. La funduplicatura por vía laparoscópica es el estándar de oro actual cuando está indicado el tratamiento quirúrgico de la ERGE.

## 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **“Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto”** forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012. La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta Guía pone a disposición del personal del segundo y tercer niveles de atención, las recomendaciones que están basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- El diagnóstico preoperatorio de los pacientes adultos con enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- El manejo quirúrgico de los pacientes adultos con enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Estos objetivos suponen mantener un equilibrio razonable a la hora de realizar pruebas diagnósticas, seleccionar el tratamiento quirúrgico y/o hacer derivaciones al especialista. Las recomendaciones y estrategias propuestas no son aplicables a mujeres embarazadas ni a la población pediátrica. El tratamiento médico de la ERGE no es materia de esta guía, debido a que este tema se aborda por la guía de práctica clínica **“Diagnóstico y tratamiento médico de la esofagitis por reflujo en el adulto”** también incluida en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

## 3.3 DEFINICIÓN

Recientemente, un grupo de consenso internacional ha propuesto una nueva definición de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), basándose en revisiones sistemáticas de la literatura, la ERGE se considera como la **“condición que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos y/o complicaciones”** (definición de Montreal).

En este consenso se aprobó un cambio conceptual en la clasificación de las manifestaciones y síndromes relacionados con la ERGE. Los síndromes se han dividido en esofágicos y extra esofágicos. En estos últimos se considera que, aunque existe un nivel de evidencia suficiente para una probable relación con la ERGE, aún no se ha demostrado una asociación categórica. Los nuevos criterios Roma III reafirman la diferencia entre ERGE y los trastornos funcionales del esófago.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcada en cursivas. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

#### 4.1 ESTUDIOS DE ENDOSCOPIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>E</b></p>	<p>Todos los hallazgos endoscópicos de esofagitis se deben de catalogar de acuerdo a las clasificaciones aceptadas internacionalmente como la de Los Ángeles o la de Savary Miller.</p> <p style="text-align: right;"><b>3</b></p> <p>Opinión de experto. <i>ASGE GUIDELINE 2007</i></p>
<p><b>E</b></p>	<p>La especificidad de la endoscopia es alta (superior al 90%) y su sensibilidad baja (del 40 y 60%).</p> <p style="text-align: right;"><b>3b</b></p> <p>Estudio con pacientes no consecutivos, sin estándares de referencia aplicados de manera consistente. <i>Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>Se debe realizar una endoscopia ante la sospecha de una estenosis de esófago, un esófago de Barrett y/o un adenocarcinoma de esófago.</p> <p style="text-align: right;"><b>A</b></p> <p>Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios, con homogeneidad, que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección. <i>Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>La endoscopia se recomienda en pacientes con ERGE complicado o síntomas de alarma tales como disfagia, vómito persistente, hemorragia gastrointestinal, anemia ferropénica, pérdida de peso no intencionada y/o tumoración epigástrica.</p> <p style="text-align: right;"><b>2A</b></p> <p>Estudios aleatorizados sin grandes limitantes. <i>ASGE GUIDELINE 2007</i></p>
<p><b>R</b></p>	<p>Si la cirugía no es una opción viable, se puede ofrecer tratamiento endoscópico para la displasia de alto grado en esófago de Barrett. Dentro de estos tratamientos se encuentran la ablación por radiofrecuencia, la terapia fotodinámica o la resección endoscópica de la mucosa. Todos estos procedimientos realizados en un servicio de endoscopia experto.</p> <p style="text-align: right;"><b>B</b></p> <p>Estudios de cohorte y casos control. <i>Wang 2008.</i></p>

**R**

En caso de sospecha de esófago de Barrett, se deben tomar múltiples biopsias en toda área positiva a la cromoendoscopia.

**B**

Niveles de evidencia II y III (estudios de cohorte y casos control).  
*Wang 2008.*

## 4.2 ESTUDIOS DE IMAGEN

**Evidencia / Recomendación**

**Nivel / Grado**

**E**

La sensibilidad (26%) y especificidad (50%) del esofagograma con bario son muy bajas comparadas con la endoscopia. En la actualidad, el esofagograma no se considera una prueba diagnóstica de la ERGE.

**3b**

Estudio con pacientes no consecutivos, sin estándares de referencia aplicados de manera consistente.

*Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007*

**E**

La valoración radiológica preoperatoria del esófago y estómago es importante. Los puntos críticos valorados son:

- La presencia de esófago corto.
- El tamaño y reducibilidad de la hernia hiatal.
- La función propulsiva y de vaciamiento del esófago y estómago

**D**

Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

*Peters JH 2006*

**R**

Se recomienda realizar una serie esófago-gastro-duodenal como parte del estudio preoperatorio de la ERGE para detallar la anatomía y función de la zona.

**D**

Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

*Peters JH 2006*

## 4.3 ESTUDIOS DE FISIOLÓGÍA INTESTINAL

**Evidencia / Recomendación**

**Nivel / Grado**

**E**

La manometría esofágica es el método más exacto para diagnosticar los trastornos primarios de motilidad (acalasia y espasmo difuso del esófago).

**IV**

Evidencia obtenida de comité de expertos.  
*BSG Guidelines in Gastroenterology 2006*

**R**

Cuando existe disfagia y esta no se diagnostica satisfactoriamente con la endoscopia, se recomienda usar manometría esofágica.

**E**

Las indicaciones aceptadas de la pH-metría son:  
1) Pacientes con síntomas indicativos de reflujo gastroesofágico que no responden al tratamiento empírico con IBP y sin esofagitis.  
2) Pacientes con síntomas indicativos de reflujo gastroesofágico sin esofagitis o con una respuesta insatisfactoria a los IBP en dosis elevadas en los que se contempla la cirugía antirreflujo;  
3) Pacientes con síntomas extraesofágicos que no responden a los IPB.  
4) Pacientes en los que a pesar de la cirugía persisten los síntomas de reflujo gastroesofágico.

**R**

Se debe realizar una pH-metría para investigar la presencia de reflujo en pacientes que no responden al tratamiento empírico con inhibidor de bomba de protones (IBP) y no muestran lesiones de esofagitis en la endoscopia.

**E**

El estudio por impedancia del esófago ha demostrado ser más sensible que la manometría esofágica y la pH-metría en la detección de episodios de reflujo. De igual manera ha mostrado su utilidad en la valoración del reflujo no ácido o débilmente ácido.

**E**

Una prueba terapéutica con IBP en lugar de un monitoreo ambulatorio del pH es una opción en los pacientes con sintomatología y sin evidencia de esofagitis por endoscopia.

**E**

Los pacientes que presentan esofagitis diagnosticada por endoscopia y que tienen buena respuesta al tratamiento con IBP, no requieren de pH-metría ambulatoria como parte del protocolo de estudio previo a la cirugía antirreflujo.

**D**

Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

*BSG Guidelines in Gastroenterology 2006*

**3b**

Estudios de caso-control individuales.

*Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007*

**B**

Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.

*Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007*

**3b**

Estudio con pacientes no consecutivos, sin estándares de referencia aplicados de manera consistente.

*Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007*

**II a**

Requiere la disponibilidad de estudios clínicos no aleatorizados en el tema de recomendación.

*BSG Guidelines in Gastroenterology 2006*

**IV**

Evidencia obtenida de estudios descriptivos tales como comparativos, de correlación y caso, bien diseñados no experimentales.

*BSG Guidelines in Gastroenterology 2006*

**E**

Los pacientes que requieren de pH-metría ambulatoria, previa a la cirugía antirreflujo, son los que presentan diagnóstico de enfermedad por reflujo no erosivo con síntomas que responden bien a los IBP o los pacientes con ERGE que no responden a dosis altas de IBP.

**IV**

Evidencia obtenida de estudios descriptivos tales como comparativos, de correlación y caso, bien diseñados no experimentales.  
*BSG Guidelines in Gastroenterology 2006*

**R**

La manometría y la impedancia esofágica son pruebas que sólo se deben utilizar en el contexto de atención especializada.

**D**

Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.  
*Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007*

#### 4.4 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

**Evidencia / Recomendación**

**Nivel / Grado**

**E**

La funduplicatura por laparoscopia es tan efectiva como la funduplicatura a través de cirugía abierta, sin embargo la primera presenta menor morbilidad y requiere menos tiempo de hospitalización.

**1a**

Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios, con homogeneidad que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.  
*Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007*

**E**

Los mejores predictores de un buen resultado quirúrgico son:

- Edad menor a 50 años.
- Presentar síntomas de ERGE típicos.
- Cuando los síntomas se resuelvan con el tratamiento médico.

**1b**

Ensayo clínico aleatorio individual con intervalos de confianza estrechos.  
*Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007*

**E**

La cirugía antirreflujo deberá plantearse en los siguientes casos:

- Fracaso del tratamiento médico (recidivas frecuentes, intolerancia al tratamiento farmacológico).
- Un paciente joven (25 a 35 años).
- El deseo expreso e informado del enfermo.

**1a**

Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección.  
*Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007*

**E**

La cirugía antirreflujo en enfermos con ERGE es una alternativa terapéutica comparable en eficacia al tratamiento permanente con IBP.

**1a**

Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios, con homogeneidad que incluye estudios con resultados comparables y en la misma dirección.

*Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE 2007*

**E**

El resultado terapéutico de la cirugía realizada por un cirujano con experiencia es superior a cinco años cuando comparado con el omeprazol 20mg/día e igual con el uso de 40-60mg/día.

**II**

Fuerte evidencia de por lo menos un ECA con muestra adecuada.

*De Vault 2005*

**R**

Se recomienda cirugía a los pacientes que respondan pero no toleren el tratamiento con IBP.

**A**

Fuertemente recomendado basado en buena evidencia que mejora el pronóstico en salud.

*AGA INSTITUTE 2008*

**R**

La presencia de esófago de Barrett es, de acuerdo al riesgo quirúrgico del enfermo, indicación de funduplicatura por la alta incidencia de hernia hiatal, disfunción del esfínter esofágico inferior (EEI), reflujo duodeno-pancreático y requerir de altas dosis de IBP. La cirugía produce mejoría importante de la sintomatología.

**B**

Refiere de la presencia de estudios no aleatorizados en el tema.

*British Society of Gastroenterology 2005*

**R**

Durante la cirugía se debe realizar una funduplicatura tipo Nissen cuando existe peristalsis esofágica normal. La disfagia preoperatoria secundaria a dismotilidad mejora más con funduplicaturas completas (Nissen) al ser controlados más eficientemente los periodos de reflujo gastroesofágico.

**D**

Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

*Smith D 2008. Patti 2004*

**R**

Se deben realizar funduplicaturas parciales tipo Toupet durante la cirugía cuando existe dismotilidad esofágica severa; aún cuando se le considere un procedimiento controvertido por el bajo nivel de evidencia. La funduplicatura parcial se debe reservar solo para los casos cercanos a la aperistalsis como ocurre en la esclerodermia.

**D**

Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

*Smith D 2008. Peters 2006*

E

Aunque en cirugía abierta fue recomendado la construcción de la funduplicatura tipo Nissen sobre una sonda intraesofágica 56 Fr, en estudios recientes de cirugía por laparoscopia, su uso no modifica el índice de disfagia postoperatoria.

3b

Estudios de caso-control individuales.  
*Novitsky 2002*

R

El uso de terapias endoluminales disponibles no es recomendable. La prótesis de Angelchik tampoco es recomendable.

**Grado Insuficiente**

No existe recomendación, insuficiente evidencia para recomendar a favor o en contra  
*AGA INSTITUTE 2008. Varshney 2002*

E

Hasta 93% de los pacientes a un año de la cirugía están libres de síntomas y 50% presentan disfagia que se resuelve a las 3 semanas.

II

Fuerte evidencia de por lo menos un ECA con muestra adecuada.  
*Smith D 2008*

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. AGA INSTITUTE, American Gastroenterological Association, Medical Position Statement on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology* 2008; 135 (4):1383–1391.
2. Armstrong D, Marshall J, Chiba N, et al. Canadian consensus on the management of gastroesophageal reflux disease in adults. *Can J Gastroenterol* 2005; 19(1):15-35.
3. ASGE GUIDELINE. Role of endoscopy in the management of GERD. *Gastrointest Endosc* 2007; 66 (2): 219-224.
4. British society of gastroenterology, Guidelines for the diagnosis and management of Barrett's columnar lined oesophagus, August 2005.
5. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre ERGE. Manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Guía de Práctica Clínica. Actualización 2007. Asociación española de gastroenterología, Sociedad española de medicina de familia y comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2007. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en enfermedades digestivas, desde la atención primaria a la especializada.
6. BSG Guidelines in Gastroenterology. Keith Bodger, Nigel Trudgill. Guidelines for oesophageal manometry and pH monitoring. November 2006.
7. Patti MG, Robinson T, Galvani C, Gorodner MV, Fisichella PM, Way LW Total fundoplication is superior to partial fundoplication even when esophageal peristalsis is weak. *J Am Coll Surg* 2004; 198: 863–869.
8. Pérez-Manauta J. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Gastroenterol Mex* 2007; 72 (2):163-165.
9. Peters JH, Watson TJ, Demeester TR. Esophageal anatomy and physiology and gastroesophageal reflux disease. In *Greenfield's Surgery: Scientific Principles and Practice* by Mulholland MW, Lillemoe KD, Doherty GM, Maier RV, Upchurch GR. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2006. 530 Walnut Street, Philadelphia, PA 19106 USA, 0781756243. P 661- 691.
10. New Zealand Guidelines Group. Management of Dyspepsia and Heartburn Evidence-based Best Practice Guideline. 2004.
11. Novitsky YW, Kercher Kent W, Callery MP, Czerniach DR, Kelly JJ, Litwin EM. Is the use of a bougie necessary for laparoscopic Nissen fundoplication? *Arch Surg* 2002; 137: 402-406.
12. Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES). Guidelines for surgical treatment of gastroesophageal reflux disease (GERD). 2001.
13. Smith CD. Antireflux surgery. *Surg Clin N Am* 2008; 88(5):943–958.
14. De Vault K, Castell DO. Updated guidelines for the diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease. *Am J Gastroenterol* 2005; 100 (1):190-200.
15. Wang KK, Sampliner RE. Updated guidelines 2008 for the diagnosis, surveillance and therapy of Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 788–797.
16. Varshney S, Kelly JJ, Branagan G, Somers SS, Kelly JM. Angelchik Prosthesis Revisited. *World J. Surg.* 2002; 26: 129–133.
17. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(8):1900-20.

## 6. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad y de la Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

## 7. COMITÉ ACADÉMICO

### Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M. en A. María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M. en A. María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de guías de práctica clínica
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Ana María Otero Prieto	Comunicación y logística
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Ing. David Felipe Mares Silva	Revisión editorial
Ing. Laura Alejandra Vélez Ruíz Gaitán	Revisión editorial
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

## 8. DIRECTORIO

### **Secretaría de Salud**

Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

### **Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh  
**Director General**

### **Instituto de Seguridad y Servicios**

**Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**  
Lic. Miguel Ángel Yunes Linares  
**Director General**

### **Sistema Nacional para el Desarrollo**

**Integral de la Familia / DIF**  
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín  
**Titular del organismo SNDIF**

### **Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
**Director General**

### **Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
**Secretario de Marina**

### **Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván  
**Secretario de la Defensa Nacional**

### **Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
**Secretario del Consejo de Salubridad General**

### **Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad**

**CCINSHAE**  
Dr. Julio Sotelo Morales  
**Titular**

### **Dirección General de Coordinación de los Hospitales Federales de Referencia**

Dr. Bernardo Bidart Ramos  
**Director General**

### **Hospital General “Dr. Manuel Gea González”**

Dr. Mucio Moreno Portillo  
**Director General**

Dr. Simón Kawa Karasik  
**Director Médico**

Dr. Carlos Alberto Sanjuan Martínez  
**Subdirección de Cirugía**

## 9. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaría de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M en A María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez <b>Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua</b>	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez <b>Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango</b>	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante <b>Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán</b>	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Dra. Mercedes Juan <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud</b>	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC</b>	Secretario Técnico