ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ACIDEZ Y/O REFLUJO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA COMUNITARIA

Con el aval de:

SEFAC Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria

SEMERGEN AP Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

Realizado por

MEDEA Medical Education Agency, S.L.
C/Eloy Gonzalo, 10 - 2ª planta
28010 Madrid
email: medea@medea.es

Título original: Actualización en el manejo de los pacientes con acidez y/o reflujo en atención primaria y farmacia comunitaria

®2019
Medea, Medical Education Agency S.L.
ISBN: 978-84-09-13267-6
Depósito legal: M-26261-2019

Los contenidos expresados en cada uno de los capítulos reflejan la opinión de los autores y/o de la bibliografía original. En ningún caso, los miembros del comité de redacción, la editorial o los patrocinadores de la obra han de compartir necesariamente el contenido de cada capítulo, ni se responsabilizan por actos en el ejercicio profesional que pudieran relacionarse con los contenidos de esta obra. El titular del *copyright* se opone expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, reservándose todos los derechos de explotación, por lo que ninguna parte de esta edición puede ser reproducida, ni transmitida, ni transformada en ninguna forma o medio alguno sin el permiso escrito de los titulares del *copyright*. La infracción de los derechos mencionados anteriormente puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículos 270 y siguientes del Código Penal).

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ACIDEZ Y/O REFLUJO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA COMUNITARIA

Coordinador

- Dr. Jordi Serra

Comité científico

- Dr. Jesús Gómez
- Dra. Elsa López
- Dr. Juan Manuel Mendive
- Dra. Ángeles Pérez
- Dra. Mercedes Ricote

+ ÍNDICE

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ACIDEZ Y/O REFLUJO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y FARMACIA COMUNITARIA

01 OBJETIVOS 6

02 DEFINICIONES 6

2.1 ACIDEZ 6

2.2 REFLUJO 7

2.3 ERGE 7

03 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DEL REFLUJO 8

3.1 PRINCIPALES CAUSAS DEL REFLUJO 8

• *Acid pocket* 9

3.2 FACTORES DE RIESGO 9

04 CRITERIOS DE DERIVACIÓN 10

05 MANEJO DE LA ACIDEZ Y/O REFLUJO 10

5.1 ALGORITMO INTEGRAL DE MANEJO DE LA ACIDEZ Y/O REFLUJO 10

5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNTOMAS DE ACIDEZ Y/O REFLUJO 14

06 EDUCACIÓN SANITARIA 20

6.1 HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES 20

6.2 CONSEJOS PARA EL USO DE LOS TRATAMIENTOS 22

07 BIBLIOGRAFÍA 26

01 OBJETIVOS

+ Facilitar a los profesionales de atención primaria, médicos y farmacéuticos comunitarios **recomendaciones en la práctica profesional y clínica para el manejo de los pacientes con acidez y/o reflujo** con el fin de **mejorar su calidad de vida.**

+ Disminuir el impacto en la gestión sanitaria, mediante el **adecuado control del tratamiento, gracias a la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.**

02 DEFINICIONES

La mayoría de las **personas con síntomas de acidez y/o reflujo primero acude a la farmacia**, y posiblemente este será su único punto de consulta. Por otra parte, muchas veces el paciente se refiere a acidez cuando en realidad sufre de reflujo.

Por ello, la **necesidad de diferenciar entre acidez y reflujo en la práctica profesional puede llegar a estar principalmente fuera del ámbito de la atención primaria**, y es crucial saber distinguir los síntomas para una correcta valoración e intervención farmacéutica. Además, el **73 % de los pacientes sufre acidez y reflujo indistintamente**[1], por lo que es imprescindible que **el profesional farmacéutico**, **como primera barrera**, conozca bien la diferencia entre ambas afecciones.

2.1	ACIDEZ	Acidez o quemazón o ardor epigástrico, con o sin distensión abdominal, plenitud postprandial, dolor epigástrico o saciedad precoz

+ **Síntoma frecuente**, que se presenta de forma intermitente, **por lo menos en un 40 % de la población**[2].

2.2	REFLUJO	Acidez o quemazón o ardor retroesternal, con o sin regurgitación o sensación de subida retroesternal provocada por el paso del contenido gástrico al esófago de forma espontánea, en ausencia de algo que lo provoque (náuseas, vómitos, etc.)

La mayoría de las personas han sufrido este malestar alguna vez a lo largo de su vida. En España se ha descrito que más de 1 de cada 10 personas padecen regurgitación ácida de forma habitual[3].
No obstante, cuando esta condición se vuelve demasiado frecuente, el malestar se convierte en una afección conocida como **enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)**[4].

2.3	ERGE	Afección que aparece cuando el reflujo del contenido del estómago produce síntomas molestos frecuentes o complicaciones[4]

+ El concepto de **ERGE** ha sufrido sucesivas modificaciones. Actualmente se establece la principal **clasificación de esta patología en función del patrón sintomático y de los efectos nocivos del reflujo** del contenido gástrico sobre diferentes tejidos, esofágicos o extraesofágicos, según la definición del consenso de Montreal[3,4].
+ Para considerar la presencia de **ERGE**, los **síntomas deben ser lo suficientemente importantes** en cuanto a su frecuencia o intensidad como para afectar la calidad de vida[2].
+ Se observa una **peor calidad de vida** y, por tanto, podemos hablar de **ERGE** cuando **los síntomas de reflujo son moderados y/o se presentan dos o más veces por semana**[2].
+ Es un **proceso patológico**, **por lo general crónico y de buen pronóstico,** con síntomas episódicos de intensidad variable y periodos intermitentes de remisión[2].
+ Se trata de una **enfermedad frecuente**, **con una prevalencia mundial estimada entre el 7,4 y el 22,1 %**[3].

Recientemente, la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) ha publicado un documento de actualización de la *Guía de práctica clínica sobre la ERGE en el adulto*[3]. En este documento se puede encontrar información detallada sobre el concepto de ERGE y su clasificación, epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, historia natural y complicaciones, diferentes tratamientos y algoritmos de manejo diagnóstico-terapéutico de la ERGE.

03 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO DEL REFLUJO

Un cierto grado de reflujo es fisiológico y ocurre sobre todo en el periodo posprandial, por lo que **la existencia de reflujo gastroesofágico no es siempre patológica ni exclusiva de los pacientes con ERGE**[3]. En estos pacientes se producen síntomas y signos a causa del contacto excesivo del contenido gástrico con la mucosa esofágica. En cambio, en los individuos sanos se trata de situaciones infrecuentes, de duración corta y en presencia de una mucosa esofágica con resistencia normal a los agentes agresivos, por lo que no tiene consecuencias patológicas[3].

El reflujo fisiológico se debe, sobre todo, **a relajaciones transitorias espontáneas del esfínter esofágico inferior** (EEI) por la distensión del estómago[2].

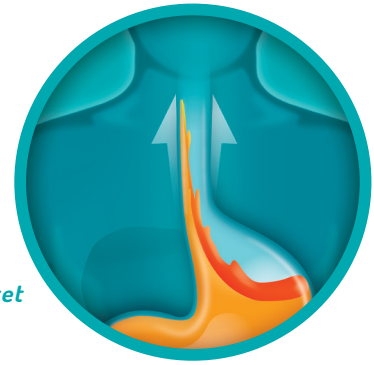
3.1 PRINCIPALES CAUSAS DEL REFLUJO

Una de las posibles causas del reflujo gastroesofágico es la **incompetencia de los mecanismos antirreflujo a nivel del EEI**[3]:

+ Relajación transitoria del EEI.
+ Reflujo espontáneo por EEI hipotenso.

O bien los **factores anatómicos**[3]:

+ Pliegues mucosos.
+ Integridad del ángulo de His.



Además, se ha descrito que el ***acid pocket*** es el principal factor predisponente del reflujo postprandial[5,6].

•	*ACID POCKET*	Reservorio ácido localizado sobre el contenido del estómago y debajo del EEI[5] (Figura 1)

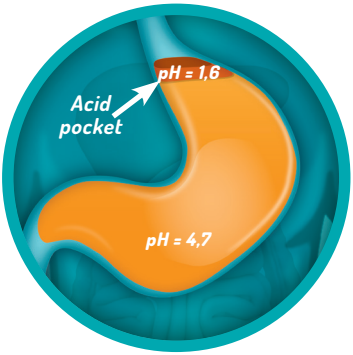


Figura 1.
Localización del *acid pocket*

- Se trata de una condición fisiológica que se presenta habitualmente en todas las personas.
- Se forma cuando el ácido secretado se acumula en la parte superior del estómago, sin mezclarse con la comida ingerida[7].
- Provoca que el contenido gástrico sea más ácido de lo que se podría esperar[8].
- Se forma en 15 minutos después de comer[9].
- Puede durar 120 minutos, si no se trata[7,10].
- Tiene un pH aproximado de 1,6[10].
- El momento de formación del *acid pocket* y su pH están relacionados con episodios de reflujo postprandial[6].

3.2 FACTORES DE RIESGO

El **riesgo de sufrir reflujo gastroesofágico** aumenta en los siguientes casos:

- Padecer **sobrepeso/obesidad**.
- Tener **hernia de hiato**.
- Estar **embarazada**.
- Padecer **retraso del vaciado gástrico**.
- Consumir alimentos **fritos o ricos en grasas y/o bebidas alcohólicas**.
- Ingerir **comidas** demasiado **abundantes**.
- Consumir **alimentos muy picantes**.
- Consumir **determinados fármacos**.
- **Fumar**.

04 CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En el contexto de la aplicación del protocolo de actuación frente al paciente con síntomas de acidez y/o reflujo, desde la farmacia comunitaria es importante detectar la existencia de **señales de alarma** que constituyen criterios de derivación al médico.

Son **criterios de derivación al médico de atención primaria (MAP):**

+ Niños < 6 años.
+ Pluripatología.
+ Síntomas persistentes (más de dos veces por semana).
+ Astenia/cansancio manifiesto.
+ Disfagia/odinofagia.
+ Vómitos recurrentes.
+ Pérdida de peso no justificada.
+ Tos nocturna, disnea.
+ Signos de sangrado digestivo.
+ Sensación de plenitud precoz.
+ Dolor intenso y/o epigástrico.
+ Tratamiento con fármacos potencialmente gastroagresivos.

05 MANEJO DE LA ACIDEZ Y/O REFLUJO

5.1 ALGORITMO INTEGRAL DE MANEJO DE LA ACIDEZ Y/O REFLUJO

Ante la petición de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita al farmacéutico la opción más adecuada para sus síntomas de acidez y/o reflujo, se **deben seguir las indicaciones de la *Guía práctica para los servicios de atención farmacéutica en la farmacia comunitaria***[11] (**Figura 2**). Este es un paso a seguir, previo e independiente, antes de continuar con el algoritmo integral de manejo de la acidez y el reflujo presentado en esta actualización.

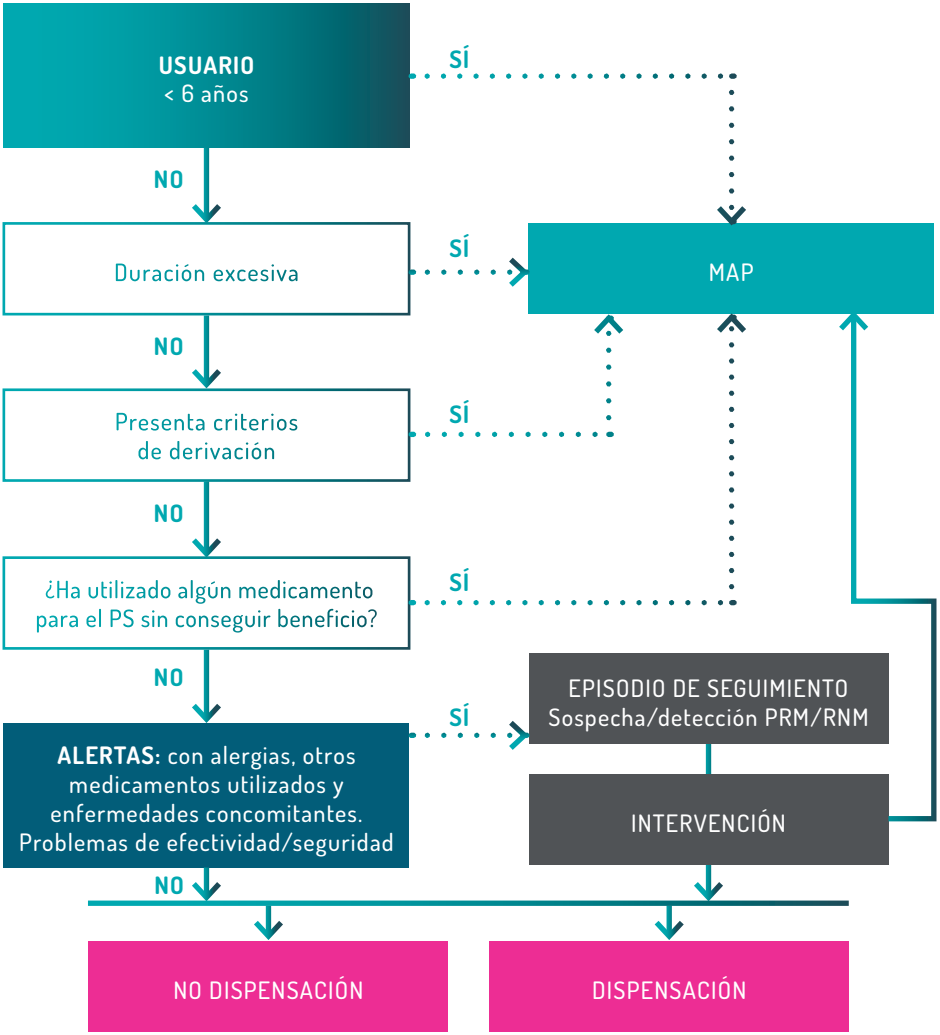


Figura 2. Diagrama que representa el procedimiento para el servicio de indicación farmacéutica. Este diagrama general se adaptará a las circunstancias específicas de cada paciente y problema de salud[11]

MAP: médico de atención primaria; **PRM:** problemas relacionados con medicamentos; **PS:** problema de salud; **RNM:** resultados negativos asociados a la medicación.

A continuación, se presenta el **algoritmo integral de manejo de la acidez y el reflujo consensuado por un comité de expertos con representación de los diferentes niveles asistenciales y avalado por las sociedades implicadas (Figura 3).**

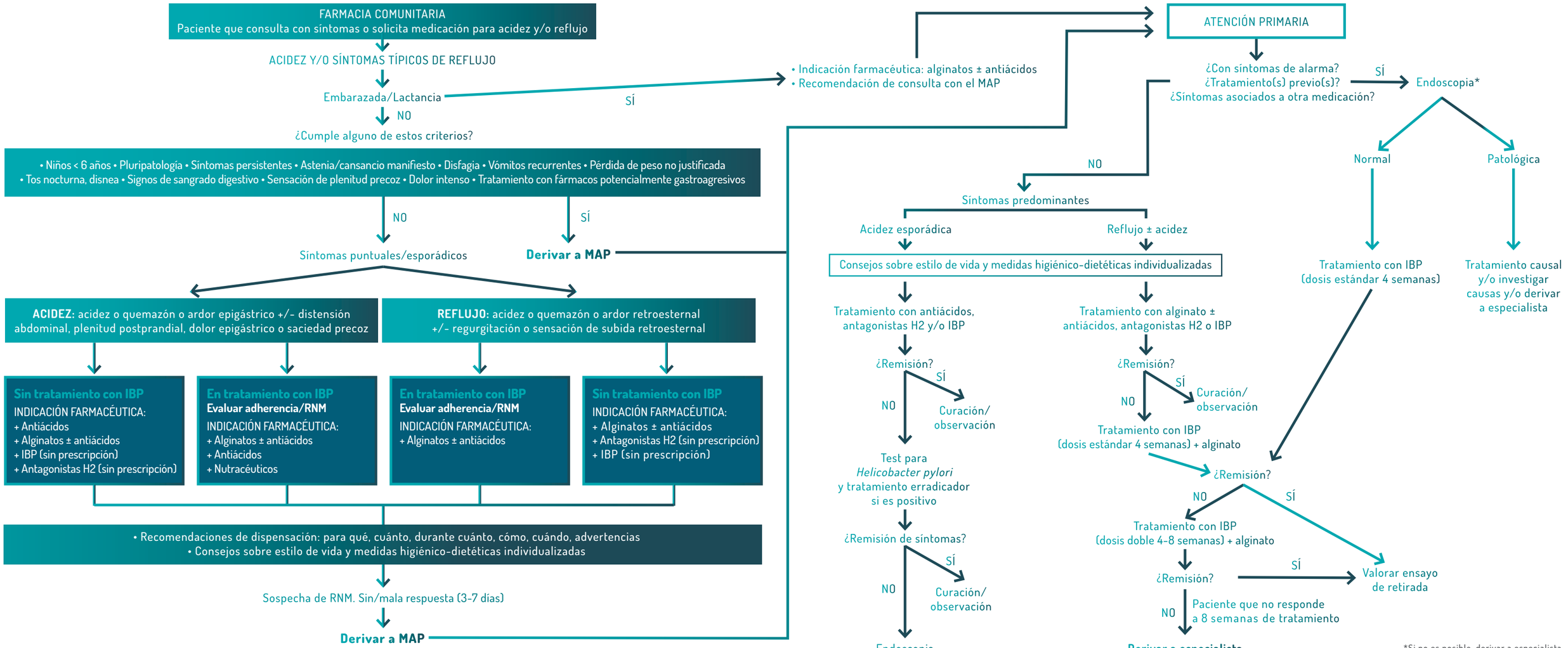


Figura 3. Algoritmo integral de manejo de la acidez y el reflujo

IBP: inhibidores de la bomba de protones; **MAP:** médico de atención primaria; **RNM:** resultados negativos asociados a la medicación.

SON CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE MAP A ESPECIALISTA EN DIGESTIVO:

+ Paciente que no responde a 8 semanas de tratamiento.
+ Imposibilidad de solicitar la realización de una endoscopia desde atención primaria, en el caso de los pacientes que acuden con síntomas de alarma.
+ Existencia de patología endoscópica no tratable desde atención primaria .

5.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNTOMAS DE ACIDEZ Y/O REFLUJO

El **tratamiento farmacológico** de los síntomas de acidez y/o reflujo **se basa esencialmente en cuatro grupos farmacoterapéuticos**:

+ Alginatos.
+ Antagonistas del receptor H2.
+ Antiácidos.
+ Inhibidores de la bomba de protones (IBP).

En este apartado se resumen las características principales de los **tratamientos farmacológicos más frecuentes** para los síntomas de acidez y/o reflujo en la práctica farmacéutica/clínica real, haciendo referencia a un ejemplo de cada grupo (**Tablas I a IV**).

GRUPO FARMACOTERAPÉUTICO: ANTIÁCIDOS, OTRAS COMBINACIONES CON ANTIÁCIDOS Código ATC: A02AX	
PRINCIPIO ACTIVO	**COMBINACIÓN ALGINATO DE SODIO/CARBONATO DE CALCIO/ HIDROGENOCARBONATO DE SODIO**
Indicaciones terapéuticas	Tratamiento sintomático de la hiperacidez de estómago y el ardor causados por el reflujo ácido del estómago en adultos y niños mayores de 12 años.
Mecanismo de acción	• Combinación de dos principios activos: antiácidos, carbonato de calcio e hidrógenocarbonato de sodio, con alginato de sodio, ambos de efecto neutralizante. • Actúa localmente y su acción no depende de la absorción sistémica. • El alginato de sodio reacciona con el ácido gástrico para formar una barrera (complejo de gel de ácido algínico) con un pH casi neutro, y que flota en el contenido del estómago hasta 4 horas, impidiendo de forma efectiva el reflujo gastroesofágico. En casos graves, el complejo de gel puede ser regurgitado al esófago en preferencia a los contenidos del estómago, donde ejerce un efecto demulcente.
Presentación	Comprimidos masticables. Suspensión oral en sobre.
Dosis/pauta recomendada	• 2-4 comprimidos según necesidad, hasta 4 veces al día. • 1-2 sobres, según necesidad (máximo 8 sobres/24 horas).
Normas de administración	**Vía oral** Masticar (en el caso de los comprimidos). Se debe administrar preferiblemente tras las comidas y antes de acostarse. Como con todos los antiácidos, si los síntomas persisten más de 7 días a pesar del tratamiento continuo, se deberá evaluar la situación clínica.
Contraindicaciones*	Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes; insuficiencia renal grave; hipercalcemia, o condiciones que provocan hipercalcemia; antecedentes de hipofosfatemia; hipercalciuria; nefrolitiasis debida a cálculos renales de calcio.
* Para más detalles sobre advertencias y precauciones especiales de empleo se recomienda consultar la ficha técnica.	

Tabla I. Mecanismo de acción, dosis/pauta recomendada, presentación, normas de administración y contraindicaciones de la combinación alginato-antiácidos[12]

GRUPO FARMACOTERAPÉUTICO: ANTIÁCIDOS, ASOCIACIONES Y COMPLEJOS DE COMPUESTOS DE ALUMINIO, CALCIO Y MAGNESIO Código ATC: A02AD03	
PRINCIPIO ACTIVO	**ALMAGATO**
Indicaciones terapéuticas	Alivio y tratamiento sintomático de la acidez y el ardor de estómago en adultos y mayores de 12 años.
Mecanismo de acción	Principio activo con capacidad neutralizadora del ácido clorhídrico e inhibidora de la pepsina activa. Además, posee capacidad adsorbente y neutralizante de los ácidos biliares.
Presentación	Comprimidos masticables 500 mg. Suspensión oral 1 g/7,5 ml. Suspensión oral sobre 1,5 g.
Dosis/pauta recomendada	La dosis recomendada es de 1 g (2 comprimidos o 1 dosis de 7,5 ml), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas. Suspensión oral en sobre: la dosis recomendada es de 1,5 g (1 sobre), tres veces al día, preferentemente 1/2-1 hora después de las principales comidas.
Normas de administración	En caso de que persistan los síntomas de acidez, se puede tomar otra dosis antes de acostarse. No se deben exceder los 8 g al día y no debe utilizarse durante más de 14 días salvo criterio o supervisión médica. Si los síntomas persisten se deberá evaluar la situación clínica. Los comprimidos pueden masticarse o disolverse en la boca. La suspensión oral se puede tomar directamente con el vaso dosificador o verter en medio vaso de agua, remover y tomar. El sobre se debe presionar varias veces antes de abrirlo.
Contraindicaciones*	Hipersensibilidad al almagato o a alguno de los excipientes; pacientes con enfermedad de Alzheimer, presencia de hemorragia gastrointestinal o rectal sin diagnosticar, hemorroides, edema, toxemia gravídica, diarrea.
* Para más detalles sobre advertencias y precauciones especiales de empleo se recomienda consultar la ficha técnica.	

Tabla II. Mecanismo de acción, dosis/pauta recomendada, presentación, normas de administración y contraindicaciones del almagato[13]

GRUPO FARMACOTERAPÉUTICO: ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR H2 Código ATC: A02BA02	
PRINCIPIO ACTIVO	**RANITIDINA**
Indicaciones terapéuticas	Esofagitis por reflujo y tratamiento de los síntomas asociados.
Mecanismo de acción	• Es un antagonista de los receptores H2 de la histamina de acción específica y rápida. • Inhibe la secreción, tanto la estimulada como la basal, de ácido gástrico, reduciendo el volumen y el contenido en ácido y pepsina de la secreción. • Su efecto tiene una duración relativamente prolongada, de manera que una dosis única de 150 mg suprime eficazmente la secreción de ácido gástrico durante 12 horas.
Presentación	Comprimidos; 150 y 300 mg.
Dosis/pauta recomendada	En la esofagitis por reflujo, se recomienda administrar 150 mg, dos veces al día o 300 mg por la noche. La duración del tratamiento es de hasta 6-8 semanas, o si fuera necesario 12 semanas. Para el tratamiento de los síntomas asociados, se recomienda administrar 150 mg dos veces al día por vía oral durante dos semanas; este régimen puede continuar durante otras dos semanas en aquellos pacientes en los que la respuesta inicial no fue adecuada.
Normas de administración	En pacientes con esofagitis por reflujo moderada a grave, la dosis de ranitidina puede aumentarse a 150 mg cuatro veces al día hasta 12 semanas. Para el tratamiento a largo plazo, se recomienda administrar 150 mg por vía oral dos veces al día.
Contraindicaciones*	Pacientes con hipersensibilidad a ranitidina o a alguno de los excipientes, y pacientes con porfiria aguda.
* Para más detalles sobre advertencias y precauciones especiales de empleo se recomienda consultar la ficha técnica.	

Tabla III. Mecanismo de acción, dosis/pauta recomendada, presentación, normas de administración y contraindicaciones de ranitidina[14]

GRUPO FARMACOTERAPÉUTICO: IBP Código ATC: A02BC01	
PRINCIPIO ACTIVO	**OMEPRAZOL**
Indicaciones terapéuticas	Tratamiento de los síntomas de reflujo (por ejemplo, ardor, regurgitación ácida) en adultos.
Mecanismo de acción	• Es una base débil, que se concentra y pasa a la forma activa en el medio extremadamente ácido de los canalículos intracelulares de la célula parietal, donde inhibe a la enzima H^+-K^+-ATPasa (bomba de protones). • Proporciona una inhibición altamente eficaz tanto de la secreción ácida basal como de la secreción ácida estimulada, independientemente del estímulo. • Todos los efectos farmacodinámicos observados pueden explicarse por el efecto de omeprazol sobre la secreción ácida.
Presentación	Cápsulas duras gastrorresistentes; 20 mg.
Dosis/pauta recomendada	La dosis diaria recomendada es de 20 mg durante 14 días. Puede hacer falta tomarse las cápsulas durante 2-3 días consecutivos para lograr una mejoría de los síntomas. La mayoría de los pacientes consiguen un alivio completo del ardor en 7 días. Una vez se haya conseguido un alivio completo de los síntomas, se debe interrumpir el tratamiento. Pacientes con alteración de la función hepática: deben consultar con un médico antes de tomar omeprazol.
Normas de administración	Omeprazol se administrará preferiblemente por las mañanas, tragando las cápsulas enteras, con la ayuda de un poco de líquido. Los pacientes con dificultades para tragar pueden abrir la cápsula e ingerir el contenido o suspenderlo en medio vaso de agua sin gas o zumo de fruta o compota de manzana. La suspensión deberá tomarse antes de 30 minutos, siempre agitando justo antes de beber y enjuagando el vaso con medio vaso más de agua. **No usar** leche ni agua con gas. También se puede succionar las cápsulas y tragar su contenido, pero nunca masticarlo ni triturarlo.
Contraindicaciones*	Hipersensibilidad conocida al omeprazol o a cualquiera de los excipientes. No debe utilizarse a la vez que nelfinavir.
* Para más detalles sobre advertencias y precauciones especiales de empleo se recomienda consultar la ficha técnica.	

Tabla IV. Mecanismo de acción, dosis/pauta recomendada, presentación, normas de administración y contraindicaciones del omeprazol[15]

06 EDUCACIÓN SANITARIA

6.1 HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

Es importante motivar a los pacientes para la modificación del estilo de vida y de los hábitos que favorecen el reflujo y el exceso de acidez gástrica, y ayudarlos a adoptar nuevas costumbres que proporcionen resultados beneficiosos. No obstante, y como se comenta a continuación, en muchas ocasiones se entregan listas genéricas de actividades y alimentos que se deben evitar, en lugar de proporcionar consejos específicos ajustados a cada paciente[3].

PARA CONSEGUIR ÉXITO EN LAS RECOMENDACIONES DEL ABORDAJE NO INVASIVO Y NO FARMACOLÓGICO EN EL MANEJO DE LA ACIDEZ Y/O REFLUJO, ES IMPORTANTE FOMENTAR LAS RECOMENDACIONES INDIVIDUALIZADAS.

Así mismo, es crucial que el paciente adquiera la conciencia de que para ello tiene que estar implicado y motivado para ese proceso.

Como **recomendaciones higiénico-dietéticas** para evitar/reducir la acidez y/o reflujo se suelen destacar las siguientes[2]:

+ **Evitar la obesidad y el sobrepeso.** La pérdida de peso se ha relacionado con la mejoría de los síntomas de la ERGE, así como con una mayor eficacia del tratamiento médico antirreflujo[3].
+ **Evitar las comidas copiosas**, procurando comer de forma menos abundante y más frecuente, entre **5-6 comidas diarias**. También es conveniente no acostarse con el estómago demasiado lleno porque eso favorecerá que los ácidos estomacales suban hacia la boca. Estas medidas sencillas ayudan a mejorar la digestión y a prevenir el reflujo ácido.
+ Dedicar tiempo a la comida (entre 20 y 45 minutos por lo menos). **Masticar suficientemente los alimentos**.
+ **Identificar, y evitar, aquellos alimentos que puedan producir estos síntomas**.

La reducción de la cantidad de comida ingerida por toma, del porcentaje de grasas y de la ingesta de determinados alimentos, como café, chocolate, té, tomate, picantes, cítricos y bebidas carbonatadas, son medidas que podrían limitar, en algunos casos, los episodios de reflujo al disminuir el número de relajaciones transitorias del EEI y evitar descensos en su presión basal[3].

Sin embargo, cabe destacar que no existe demasiada información epidemiológica ni estudios de intervención para fundamentar estas recomendaciones de forma global[3].

DESENCADENANTES DIETÉTICOS COMO[16]:	
• Café	• Comida picante
• Bebidas carbonatadas	• Grasa dietética
• Alcohol	• Carbohidrato dietético
• Alimentos y bebidas acídicas	• Comida abundante
• Chocolate	• Comida de inicio tardío
PARTICIPAN EN PROCESOS IMPLICADOS EN LA ACIDEZ Y/O REFLUJO, COMO[16]:	
• La reducción de la presión del EEI	• Disminución de la motilidad gástrica
• Mayor producción de ácido gástrico	• Aumento del gradiente de presión abdominotorácica

No obstante, la evidencia científica de que evitar estos alimentos y bebidas reduce los síntomas es baja y, por ello, no debe ser aconsejada de forma rutinaria. **La recomendación es, por tanto, sugerir evitar estos alimentos solo a pacientes que los relacionen con la precipitación de los síntomas**[3].

+ **Elevar la cabecera de la cama** 20 cm y evitar la posición de decúbito postprandial. El recostarse sobre el lado izquierdo facilita el vaciado gástrico.

Esta medida postural produce un beneficio en pacientes que tienen **reflujo nocturno**. Sin embargo, debe discutirse con el paciente puesto que puede interferir con el sueño y conllevar un deterioro de la calidad de vida.

Otras medidas, como espaciar el decúbito de la ingesta o dormir en decúbito lateral izquierdo, aunque tienen soporte fisiopatológico, no han demostrado en estudios de intervención ser claramente beneficiosas para todos los pacientes, por lo que hay que recomendarlas de forma individualizada[3].

+ **No fumar.** El tabaco disminuye la presión del EEI.
+ **Controlar el estrés.**
+ **No realizar ejercicio físico** extremo (aumenta la acidez) o **después de comer.**
+ **Evitar ropas ajustadas y cinturones apretados** para no incrementar la presión intraabdominal y evitar el reflujo por la presión de ropa estrecha, gomas o cinturones.

6.2 CONSEJOS PARA EL USO DE LOS TRATAMIENTOS

Pese a las particularidades de cada grupo farmacoterapéutico/medicamento frecuentemente utilizado en el tratamiento de la acidez y/o reflujo, varias recomendaciones son comunes a todos ellos y deben ser transmitidas a los usuarios/pacientes que consultan en la farmacia:

+ Hay que trasladar al paciente la necesidad de **consultar al médico/farmacéutico si los síntomas persisten o empeoran después de 7 días de tratamiento** pues estos fármacos, al aliviar los síntomas de acidez y/o reflujo, pueden enmascarar síntomas de otras enfermedades más serias.

+ **El paciente tiene que saber que se debe informar al farmacéutico/médico si se está tomando**, se ha tomado recientemente o se podría tener que tomar **cualquier otro medicamento**, incluso los adquiridos sin receta:
  - La alteración del pH estomacal modifica la absorción de numerosos medicamentos.
  - Algunos de estos medicamentos pueden interferir con los resultados de pruebas analíticas.

+ Los fármacos más utilizados para combatir la acidez y/o reflujo **son compatibles con el embarazo/lactancia** siempre y cuando se sigan las recomendaciones de uso y se restrinja la duración del tratamiento. Las usuarias/pacientes en edad fértil deben informar a su médico/farmacéutico si están embarazadas o en periodo de lactancia, creen que podrían estar o tienen intención de quedarse embarazadas, para que les puedan recomendar la mejor opción en cada caso.

En la **Tabla V** se resumen las principales advertencias y precauciones respecto a la administración de los fármacos más usados en el tratamiento de la acidez y/o reflujo. Para información más detallada se debe consultar las respectivas fichas técnicas.

	ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES*												
PRINCIPIO ACTIVO	Enfermedad renal leve o moderada	Insuficiencia renal grave	Dieta baja en fósforo, diarrea, malabsorción o estado débil	Calcio ↑ o fósforo ↓ en sangre	Calcio ↑ en orina	Sarcoidosis, estreñimiento, hemorroides, síntomas de enfermedades de estómago o intestino, apendicitis o edema	Úlcera gástrica	Porfiria aguda	Alteración de la función hepática	Edad avanzada	**Toma de otros medicamentos**	**Toma de alimentos y bebidas**	**Embarazo y lactancia**
COMBINACIÓN ALGINATO DE SODIO/ CARBONATO DE CALCIO/ HIDROGENOCARBONATO DE SODIO	!	X		X	X	!					Debido a la presencia de carbonato de calcio que actúa como antiácido, se debe dejar un intervalo de 2 horas entre la toma de la combinación alginato-antiácidos y otros medicamentos.	No se debe tomar con grandes cantidades de leche o productos lácteos.	Puede ser utilizado durante el embarazo, si se toma de acuerdo con las recomendaciones y limitando la duración del tratamiento. Compatible con la lactancia, si se toma de acuerdo con las recomendaciones y durante un periodo de tiempo corto.
ALMAGATO	!	X	!							!	Disminución de la absorción con el uso simúltaneo de almagato y antiinflamatorios no esteroídicos (ácido flufenámico o mefenámico, indometacina), antiulcerosos (cimetidina, famotidina, ranitidina), digitálicos (digoxina, digitoxina), clorpromazina, lansoprazol, prednisona. Posible disminución en la absorción debida a variaciones en el pH gastrointestinal con gabapentina y ketoconazol. Con penicilamina, quinolonas (ciprofloxacino), tetraciclinas (clortetraciclina, demeclociclina, doxiciclina), sales de hierro (sulfato de hierro) se recomienda espaciar la administración 2-3 horas.		Evitar el uso de forma prolongada o en altas dosis.
RANITIDINA	!						!	X			La absorción de ranitidina puede disminuir con la administración concomitante en ayunas de antiácidos con alta capacidad de neutralización (> 100 mEq; por ejemplo, altas dosis de hidróxido de aluminio o magnesio). La biodisponibilidad de algunos fármacos puede verse afectada produciéndose bien un aumento de la absorción (p. ej. triazolam, midazolam, glipizida) o bien una disminución de la absorción (p. ej. ketoconazol, atazanavir, delaviridina, gefitinib). Ketoconazol: distanciar la administración por lo menos a 2 horas después de la ranitidina. Sucralfato: distanciar la administración a 2 horas después de la de ranitidina.		Solo debe ser usada durante el embarazo y la lactancia, si se considera esencial. Ranitidina atraviesa la barrera placentaria. Las dosis terapéuticas administradas a pacientes obstétricas, durante el parto o cesárea no han mostrado ningún efecto adverso sobre el mismo o sobre el progreso neonatal. Ranitidina se excreta en la leche materna. Se recomienda evitar la administración durante el embarazo (especialmente en los tres primeros meses) y la lactancia, a menos que a juicio del médico se estime imprescindible.
OMEPRAZOL									!		Las concentraciones plasmáticas de nelfinavir y atazanavir disminuyen cuando se administran conjuntamente con omeprazol. La administración concomitante de omeprazol con nelfinavir está contraindicada. No se recomienda la administración concomitante de omeprazol y atazanavir. El tratamiento concomitante de omeprazol (20 mg al día) y digoxina en sujetos sanos aumentó la biodisponibilidad de la digoxina en un 10 %. Se recomienda precaución cuando se administre omeprazol en altas dosis a pacientes de edad avanzada, a los cuales se debe reforzar la monitorización del tratamiento con digoxina. Se desaconseja el uso concomitante de omeprazol y clopidogrel. La absorción de posaconazol, erlotinib, ketoconazol e itraconazol se reduce de forma significativa, por lo que pueden perder eficacia clínica. Se recomienda evitar la administración concomitante con posaconazol y erlotinib. Puede disminuir el metabolismo y, por tanto, aumentar la exposición sistémica a la D-warfarina y otros antagonistas de la vitamina K, el cilostazol, el diazepam y la fenitoína.		Se puede utilizar omeprazol durante el embarazo. Se excreta en la leche materna, pero no es probable que afecte al niño cuando se utilizan dosis terapéuticas.

! – Consultar al médico o farmacéutico antes de empezar a tomar. **X** – No tomar.

* La información recogida en esta tabla no excluye la consulta de las fichas técnicas para información completa y detallada.

Tabla V. Principales advertencias y precauciones relacionadas con los fármacos comúnmente utilizados en el tratamiento de la acidez y/o reflujo. Elaborada a partir de las respectivas fichas técnicas[12-15,17]

07 BIBLIOGRAFÍA

1. Winkle, global segmentation research, 2010.
2. Abordaje de síntomas y patologías digestivas más frecuentes en farmacia y atención primaria. Documento de Consenso, 2ª edición. 2014. ISBN: 978-84-697-0047-1.
3. Asociación Española de Gastroenterología. Documento de actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la ERGE en el adulto. ISBN: 978-84-7867-676-7. Disponible en: https://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/guia-clinica/reflujo_gastroesofagico_final.pdf. Fecha de acceso: abril de 2019.
4. Vakil N, *et al.* The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol. 2006; 101(8):1900-20.
5. Beaumont H, *et al.* The position of the acid pocket as a major risk factor for acidic reflux in healthy subjects and patients with GORD. Gut. 2010; 59(4):441-51.
6. Kahrilas PJ, *et al.* The acid pocket: a target for treatment in reflux disease? Am J Gastroenterol. 2013; 108(7):1058-64.
7. Boeckxstaens G, *et al.* Republished: Symptomatic reflux disease: the present, the past and the future. Postgrad Med J. 2015; 91(1071):46-54.
8. Fletcher J, *et al.* Unbuffered highly acidic gastric juice exists at the gastroesophageal junction after a meal. Gastroenterology. 2001; 121(4):775-83.
9. Serra J. Puesta al día en el reflujo gastroesofágico. Gastroenterol Hepatol. 2014; 37(2):73-82.
10. Basu KK. Concise guide to management of reflux disease in primary care. Prescriber. 2012; 23(15-16):19-28.
11. Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria, Ed. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid 2010. ISBN-13: 978-84-693-1717-42010. Disponible en: https://www.portalfarma.com/inicio/serviciosprofesionales//forofarmaciacomunitaria/Documents/ATFC_Guia%20FORO.pdf.
12. Ficha técnica de Gaviscon Forte®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/79018/FichaTecnica_79018.html. Fecha de acceso: julio de 2019.
13. Ficha técnica de Almax®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/58329/FichaTecnica_58329.html.pdf. Fecha de acceso: julio de 2019.
14. Ficha técnica de Ranitidina Cinfa EFG. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/62191/FT_62191.html. Fecha de acceso: julio de 2019.
15. Ficha técnica de Omeprazol Sandoz. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/76951/FichaTecnica_76951.html. Fecha de acceso: julio de 2019.
16. Newberry C, Lynch K. Can We Use Diet to Effectively Treat Esophageal Disease? A Review of the Current Literature. Curr Gastroenterol Rep. 2017; 19(8):38.
17. Ficha técnica de Gaviscon®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/74718/FT_74718.html.pdf. Fecha de acceso: julio de 2019.

Con la colaboración de:

RECKITT BENCKISER HEALTHCARE

Reckitt Benckiser Healthcare S.A.
Fecha de elaboración: Septiembre 2019.