



# GUÍA de Actuación Farmacéutica a pie de mostrador

## Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Avalado por:

### SEFAC

Sociedad Española de Farmacia  
Clínica, Familiar y Comunitaria



# GUÍA de Actuación Farmacéutica a pie de mostrador

## ERGE

**Coordinadora: Elena Pérez Hoyos**

Farmacéutica comunitaria en Gabaldón. Cuenca  
Vocal de la Junta Directiva de SEFAC  
Miembro del Grupo de Nutrición y Digestivo de SEFAC

**Autoras: Elena Pérez Hoyos**

Farmacéutica comunitaria en Gabaldón. Cuenca  
Vocal de la Junta Directiva de SEFAC  
Miembro del Grupo de Nutrición y Digestivo de SEFAC

**Ana Rodríguez Sampedro**

Farmacéutica comunitaria en A Pobra do Caramiñal. A Coruña  
Coordinadora del Grupo de Nutrición y Digestivo de SEFAC

Avalado por:

## SEFAC

Sociedad Española de Farmacia  
Clínica, Familiar y Comunitaria

©



**Sociedad Española de Farmacia  
Clínica, Familiar y Comunitaria**

P.º de las Delicias, 31 - Esc. Izda. 4.º Dcha.  
28045 Madrid

©



Alberto Alcocer 13, 1.º D  
28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73  
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-7867-794-8

Ni los propietarios del copyright, ni el patrocinador pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

# Índice

---

• <b>Introducción</b>	<b>5</b>
• <b>Características de la enfermedad</b>	<b>6</b>
- Definición	6
- Fisiología y etiopatogenia. Mecanismos implicados	6
- Clasificación	10
• <b>Factores de riesgo</b>	<b>13</b>
• <b>Tratamiento</b>	<b>17</b>
- Tratamiento farmacológico	17
- Tratamiento no farmacológico. Medidas higiénico-dietéticas	17
• <b>Protocolo de actuación. Criterios de derivación</b>	<b>20</b>
• <b>Caso práctico</b>	<b>21</b>
• <b>Preguntas frecuentes</b>	<b>24</b>
• <b>Conclusiones</b>	<b>27</b>
• <b>Bibliografía</b>	<b>28</b>

## Introducción

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una enfermedad compleja y multifactorial, mediada por diversos mecanismos digestivos, respiratorios, neuroendocrinos y psicológicos, con o sin manifestaciones esofágicas<sup>1</sup>.

Las consultas debidas a problemas digestivos son de las más frecuentes en la atención sanitaria, con una prevalencia de, aproximadamente, un 15 % en la población mundial. Es más frecuente en mayores de 50 años, no habiendo diferencias significativas en cuanto al sexo. En España, el 9,8 % de la población manifiesta síntomas típicos de ERGE una o más veces por semana<sup>2-4</sup>.

Esta enfermedad, en algunas ocasiones, comparte síntomas con otras patologías digestivas, lo que dificulta su diagnóstico<sup>3</sup>.

El farmacéutico comunitario es el primero y el último profesional sanitario que está en contacto con el paciente en las consultas sobre esta y otras patologías, y es por ello que el papel que desempeña en la detección de pacientes susceptibles de padecer esta enfermedad es imprescindible. Además, hay que tener en cuenta que una de las principales características de esta patología es que puede limitar la calidad de vida y que esto se puede mejorar con consejos de hábitos de vida saludables, razón por la que la farmacia comunitaria (FC) es un lugar idóneo para su prevención y tratamiento, debido en parte a la calidad de educador sanitario del farmacéutico.

# Características de la enfermedad

## Definición

Definida en el documento de consenso de Montreal (2006) como condición que ocurre cuando el reflujo del contenido gástrico conduce a la aparición de síntomas molestos o complicaciones que llegan a alterar la calidad de vida relacionada con la salud, en 2013 se completó esta definición añadiendo el recordatorio de que el material refluido podía no solo alcanzar y afectar al esófago, sino también a la cavidad oral y a las vías respiratorias (Guía del American College of Gastroenterology)<sup>4-6</sup>.

El reflujo es el paso del contenido del estómago al esófago de manera espontánea; en el caso de la acidez se trata de dolor epigástrico y sensación de ardor, puede haber regurgitación o no y son episodios aislados e intermitentes de este suceso, con síntomas y duración que dependen de cada caso. Cuando estos episodios aumentan en frecuencia y duración, el esófago se empieza a resentir, pues no está preparado para las características del contenido gástrico y, como consecuencia de esto, se verá afectada la calidad de vida y la actividad del paciente, y estaríamos hablando de ERGE<sup>3,6</sup>.

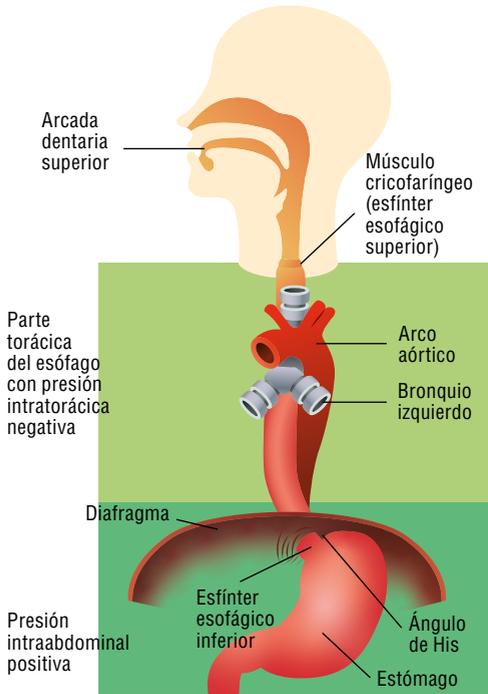
## Fisiopatología y etiopatogenia

El esófago normal tiene un sistema de defensa multifactorial que impide la lesión tisular por la exposición al contenido gástrico. Este sistema comprende: la contracción del esfínter esofágico inferior (EEI), la motilidad gástrica normal, la secreción esofágica de moco, las uniones celulares estrechas y los reguladores de pH celular<sup>3</sup> (figura 1).

Entre las causas podemos destacar<sup>4,5,7</sup>:

- ▶ Mal funcionamiento del EEI:
  - Relajación transitoria del EEI.
  - Reflujo espontáneo por EEI hipotenso.

Figura 1. Sistema de defensa



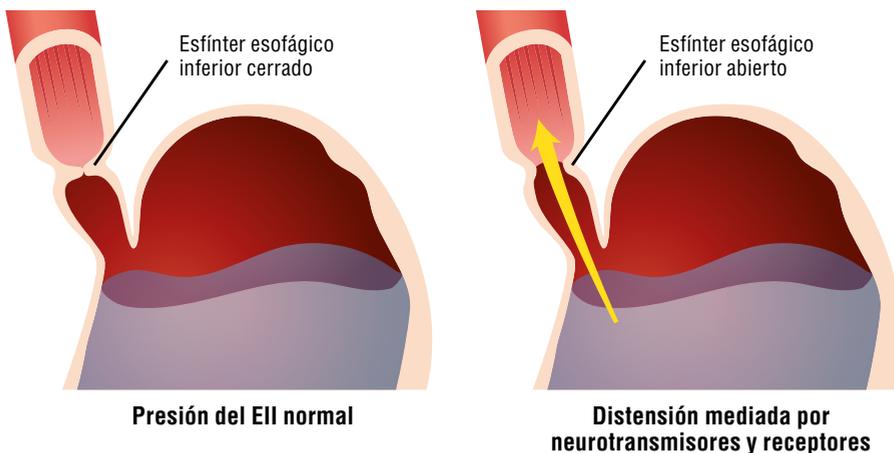
Elaboración propia.

- ▶ Causas anatómicas:
  - Pliegues de la mucosa digestiva.
  - Integridad del ángulo de His.
- ▶ Causa fisiológica:
  - *Acid pocket*.

### Relajación transitoria del EEI

Es el mecanismo de reflujo más frecuente y ocurre cuando la presión del EEI es normal. El estímulo principal de esta relajación es la distensión del estómago mediada por neurotransmisores y receptores, como el  $\gamma$ -amino-butírico. Normalmente esta relajación ocurre cuando tragamos y suele durar entre 4-6 segundos (s), pero en caso de reflujo es independiente de la deglución<sup>4, 8, 9, 10</sup> y debe durar, al menos, 10 s.

Figura 2. Relajación transitoria del EEI



Elaboración propia.

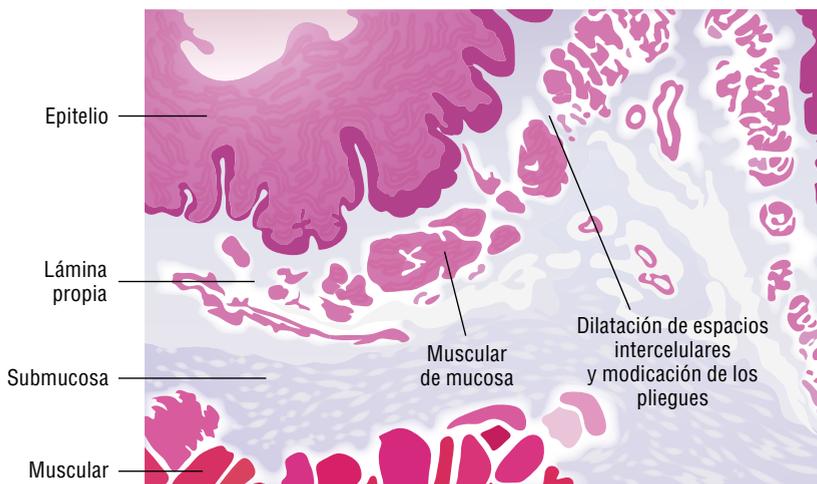
### Reflujo espontáneo por EEI hipotenso

Esta hipotonía puede deberse tanto a un aumento de la presión abdominal, que puede exceder a la unión esofagogástrica (pacientes obesos, movimientos de agacharse a coger pesos, etc.), como a un EEI que tiene un tono basal bajo, lo que favorece el libre paso del contenido entre el estómago y el esófago<sup>5, 9, 10</sup>.

### Pliegues de la mucosa digestiva

La mucosa digestiva tiene una estructura estratificada, con una densa barrera, que es el epitelio escamoso. Como consecuencia del contacto del contenido refluido con la mucosa, se produce un cambio en el epitelio, produciendo una modificación de estos pliegues que se van erosionando y alisando, con lo cual se va perdiendo esta barrera<sup>4, 5, 9, 11</sup>.

Figura 3. Pliegues de la mucosa digestiva



Elaboración propia.

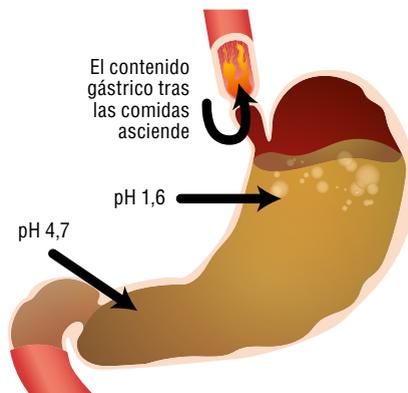
### Integridad del ángulo de His

El segundo mecanismo de defensa es el ángulo de His, que señala la unión gastroesofágica. Normalmente es un ángulo agudo que, al aumentar la presión intragástrica, comprime la pared lateral del esófago y ayuda a mantener o incrementar la acción del esfínter esofágico inferior. Al alterarse la anatomía de la región ocurre lo contrario y entonces el ángulo se hace obtuso, con lo cual aumenta la presión sobre el esfínter, facilitando el reflujo<sup>12</sup>.

### Acid pocket

Es el sobrenadante ácido posprandial, una condición fisiológica que se presenta en todas las personas. El ácido se acumula en la parte superior del estómago sin mezclarse con los alimentos que se están digiriendo, produciendo, en pacientes con disfunción del esfínter esofágico inferior, que el contenido gástrico tras las comidas ascienda. Este proceso suele ocurrir a partir de los 30 minutos y hasta unas 4 horas, que sería la fase más intensa de la digestión<sup>7,13</sup>.

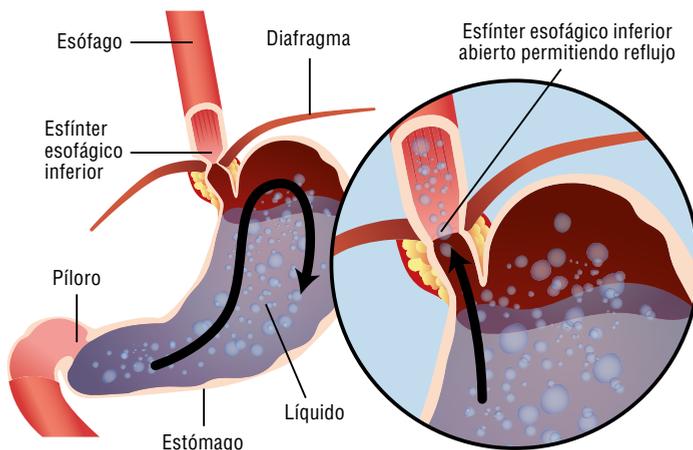
Figura 4. Acid pocket



Elaboración propia.

Las lesiones esofágicas son consecuencia de factores agresivos, como el ácido clorhídrico, que superan los mecanismos defensivos de la mucosa esofágica. El ácido clorhídrico, además, activará a la pepsina responsable de la acción proteolítica, que en la mayoría de los casos es la responsable de la ERGE (reflujo ácido), pero existen casos en los que no es así (reflujo alcalino)<sup>4, 5, 7</sup> (figura 5). Esto es muy importante tenerlo en cuenta, sobre todo cuando vemos que el paciente no mejora con los tratamientos habituales (antiácidos)<sup>4</sup>.

Figura 5

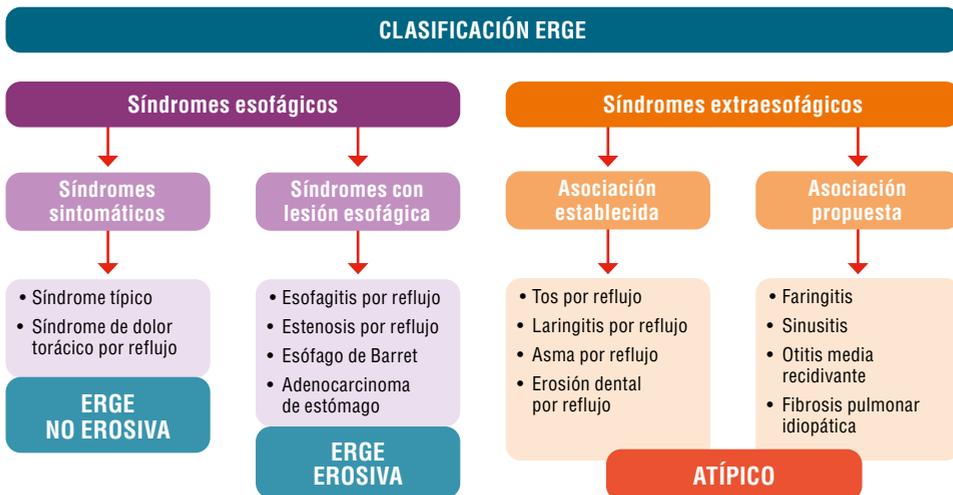


Elaboración propia.

## Clasificación

La ERGE se puede clasificar en función de los síntomas que produce y del daño del contenido gástrico a los tejidos según el Consenso de Montreal del 2006 (figura 6).

Figura 6. Clasificación en función de los síntomas que produce



Modificada de la referencia 4.

También se puede clasificar en función de los síntomas de cada paciente<sup>4</sup> (figura 7):

Figura 7. Clasificación en función de los síntomas del paciente



Elaboración propia.

Tal y como hemos señalado en apartados anteriores, la ERGE es una patología crónica y frecuente, que presenta síntomas de intensidad variable y en periodos intermitentes<sup>4</sup>.

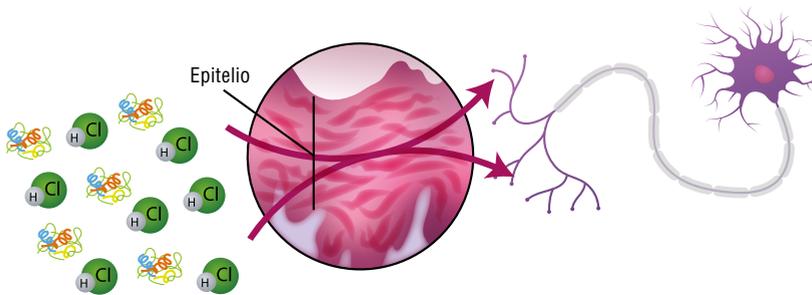
Padecer en algún momento algo de reflujo es normal y suele ocurrir tras la ingesta de alimentos. Se trata de situaciones poco frecuentes, de duración corta y donde el esófago se mantiene intacto<sup>14</sup>.

Hay que tener en cuenta que el reflujo es un síntoma muy común en algunos casos de intolerancias alimentarias (fructosa, lactosa, gluten, etc.), de ahí la importancia de conocer si el paciente además presenta diarreas, estreñimiento, flatulencias... y descartar una intolerancia.

Los síntomas más frecuentes son:

- ▶ **Ardor (pirosis):** sensación de ardor, quemazón o incluso de fuego, que se inicia en el epigastrio o en la “boca del estómago” y asciende por el centro del tórax, pudiendo alcanzar la garganta (faringe) y percibirse como un líquido ácido en la boca. Se produce por el paso del ácido y la pepsina a través del epitelio del esófago al espacio intercelular, lo que genera una respuesta inflamatoria que activa terminaciones nerviosas que dan lugar a la sensación de ardor (figura 8).

Figura 8. Pirosis



Elaboración propia.

- ▶ **Regurgitación con sabor ácido:** sensación de que la comida viene a la boca. Hay que distinguirlo del vómito, ya que en este caso no se precede de náuseas ni arcadas.

Como síntomas atípicos (extraesofágicos) tenemos:

- ▶ Dolor torácico.
- ▶ Tos por irritación de la laringe por el ácido o disfonía (síntomas extraesofágicos).
- ▶ Ronquera matutina.
- ▶ Asma.
- ▶ Odinofagia (dolor torácico al tragar). Su aparición puede ser de forma aguda o brusca. La causa son los espasmos. Aunque no es frecuente en la ERGE, puede ser un indicio de esofagitis<sup>8</sup>.

- ▶ Pérdida de peso no justificada (síntoma de alarma).
- ▶ Anemia (síntoma de alarma).
- ▶ Disfagia (síntoma de alarma).

La existencia de lesiones en el esófago no suele guardar relación con la gravedad y duración de los síntomas y las complicaciones pueden ser la primera manifestación clínica de la enfermedad<sup>1,14</sup> (figura 9).

Figura 9. Manifestaciones clínicas



Elaboración propia.

Estos síntomas de alarma típicos, junto a una falta de respuesta al tratamiento, son criterios de derivación al médico para su valoración<sup>14,15</sup>.

La calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes es peor comparada con la población en general y, lo que es mucho más significativo, respecto a otras enfermedades, como diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y depresión. Los pacientes con ERGE, en ocasiones, padecen estrés psicológico, insomnio, y esto puede dar lugar a una pérdida de productividad<sup>1</sup>.

## Factores de riesgo

Existen unos factores de riesgo asociados a la enfermedad, que son los primeros que debemos tener en cuenta y actuar sobre ellos<sup>4</sup>:

▶ **Enfermedades asociadas:**

- Sobrepeso y obesidad: el aumento del perímetro abdominal da lugar a un aumento de la presión intraabdominal. Los síntomas mejoran cuando se disminuye de peso y se ha observado que aumenta la eficacia del tratamiento.
- Hernia de hiato: favorece el reflujo.

▶ **Factores dietéticos:** existe una relación entre el tipo de alimentos ingeridos (té, tomate y bebidas carbonatadas), la cantidad de comida y la frecuencia de los episodios de ERGE, que suelen darse con más frecuencia después de las comidas.

▶ **Ejercicio físico:** por los cambios fisiológicos que se producen durante el ejercicio, es frecuente la manifestación de síntomas de RGE, aunque depende del tipo de ejercicio. Empeora con el ejercicio físico o movimientos que aumenten la presión abdominal.

▶ **Posición al dormir:** el decúbito lateral derecho aumenta el riesgo. Elevar la cabecera de la cama disminuye el riesgo.

▶ **Embarazo.**

▶ **Tabaco y alcohol:** más que factores de riesgo, serían desencadenantes de los episodios de reflujo.

▶ **Medicamentos potencialmente gastroagresivos** (figura 10).

Así, cuando un paciente llega a la FC pidiendo directamente un medicamento o refiriendo síntomas compatibles con ERGE (pirosis y regurgitación ácida), es muy importante estudiar estos factores de riesgo, junto con los síntomas que presenta y su frecuencia, para poder realizar una buena intervención siguiendo los pasos de un protocolo de indicación farmacéutica donde estarán establecidos los criterios de derivación al médico<sup>1</sup>.

Figura 10. Fármacos que favorecen ERGE



AINE: antiinflamatorios no esteroideos; AAS: ácido acetilsalicílico.

Elaboración propia.

Existen cuestionarios sencillos, ampliamente utilizados en todo el mundo, que sirven para cuantificar la frecuencia e intensidad de los síntomas, como el GERDQ (*Gastroesophageal Reflux Disease Questionnaire*), que evalúa cinco síntomas y la toma de medicamentos para el tratamiento de los mismos (figura 11). Presenta una sensibilidad del 65 % y una especificidad del 71 % para el diagnóstico en Atención Primaria en el caso de pacientes sin síntomas de alarma<sup>4</sup>. Puede resultar una buena herramienta para un primer cribado en la farmacia comunitaria. Si la puntuación  $\geq 8$ , debe derivarse al médico.

Figura 11. Cuestionario GERDQ

1. En la última semana, ¿cuántos días ha tenido la sensación de quemazón o ardor en el pecho?
2. En la última semana, ¿cuántos días ha notado que el contenido del estómago le ha subido a la garganta o a la boca?
3. En la última semana, ¿cuántos días ha sentido dolor en la boca del estómago?
4. En la última semana, ¿cuántos días ha tenido náuseas o ganas de vomitar?
5. En la última semana, ¿cuántas noches ha tenido problemas para dormir bien a causa de tener ardores o por notar que el contenido del estómago le subía a la garganta o a la boca?
6. En la última semana, ¿cuántos días ha tomado alguna medicación, aparte de la que le recetó el médico, por tener ardor o por notar que el contenido del estómago le subía a la garganta o a la boca?

Escala del cuestionario 0-3, donde: 0 (nunca); 1 (1 día); 2 (2, 3 días); y 3 (entre 4 y 7 días). Rango de puntuación 0-18. Punto de corte  $\geq 8$ .

Elaboración propia a partir de la referencia 4.

La incidencia de esta enfermedad está creciendo y, por lo tanto, sus complicaciones y, como consecuencia, el gasto sanitario, de ahí que este tipo de cuestionarios podrían ayudar a una detección precoz de la ERGE y su valoración para una adecuada intervención.

Entre las complicaciones que nos podemos encontrar destacan:

- ▶ **Úlcera péptica esofágica:** la ERGE puede ocasionar una esofagitis grave que puede derivar en úlceras. Es la complicación más frecuente y puede dar lugar a hemorragias e incluso perforar la pared del esófago<sup>1, 4</sup> (figura 12).
- ▶ **Hemorragia digestiva:** suele ser breve, aunque sostenida en el tiempo, y se manifiesta con anemia o tras una analítica de sangre oculta en heces<sup>1</sup> (figura 13).
- ▶ **Estenosis péptica esofágica:** ocurre cuando el reflujo alcanza la submucosa. El estrechamiento se produce al principio por la inflamación del esófago por el contacto con el ácido y, conforme esto se prolonga en el tiempo, se producen cambios celulares que dan lugar a la estenosis péptica. Esto se manifiesta con disfagia y mejora de la pirosis. Actualmente esta complicación es poco frecuente<sup>1, 4</sup> (figura 14).
- ▶ **Esófago de Barrett:** se trata de una lesión premaligna que puede dar lugar a la aparición de adenocarcinoma. El epitelio esofágico se va sustituyendo por epitelio de tipo intestinal. Puede ocurrir en casos de reflujo grave y de larga evolución<sup>1, 4, 11, 16</sup> (figura 15).

Figura 12. Úlcera péptica esofágica

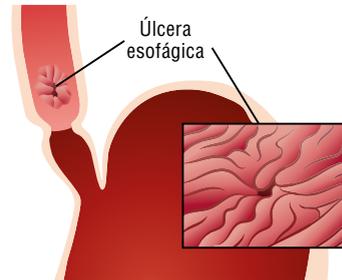


Figura 13. Hemorragia digestiva

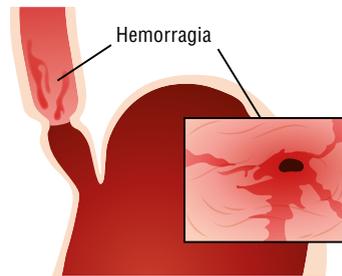


Figura 14. Estenosis péptica esofágica

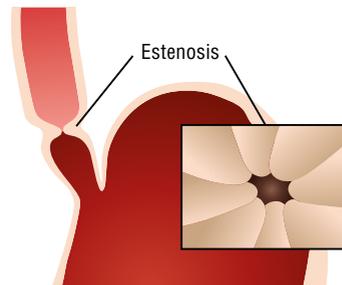
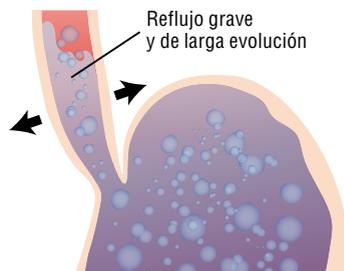


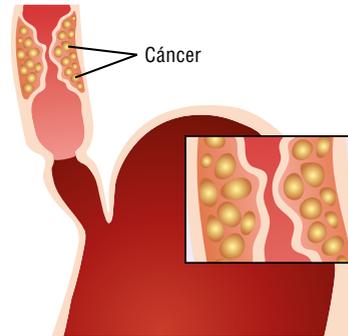
Figura 15. Esófago de Barrett



Elaboración propia.

- ▶ **Adenocarcinoma de esófago (ACE):** el factor de riesgo principal es el reflujo gastroesofágico. Un reflujo frecuente, grave y de larga evolución es un factor de riesgo importante para el desarrollo del adenocarcinoma. La exposición crónica al contenido del reflujo (ácidos y sales biliares), junto con cambios en la microbiota, dan lugar a la inflamación y al cambio en las células epiteliales que puede derivar en ACE. Otros factores de riesgo, además de la predisposición genética, son la obesidad y el tabaquismo<sup>1, 4, 11, 16</sup> (figura 16).

Figura 16. Carcinoma



Elaboración propia.



## Tratamiento

Los objetivos a conseguir en el tratamiento de la ERGE son<sup>1,14</sup>: controlar los síntomas, curar las lesiones, evitar recidivas y complicaciones y vitar el progreso de la enfermedad a displasia y adenocarcinoma.

### Tratamiento farmacológico **MÁS INFORMACIÓN EN EL VÍDEO**

El tratamiento farmacológico es sintomático y también se utiliza para prevenir y tratar las complicaciones y evitar las recidivas.

### Fármacos implicados en el tratamiento de los síntomas<sup>4, 15, 17</sup> (figura 17)

Figura 17. Tratamiento farmacológico

<b>ANTIÁCIDOS</b> Rápidos, pero de corta duración	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antiácidos sistémicos</b>: uso solamente de forma puntual. Totalmente contraindicados en ERGE. Uso con precaución en HTA e insuficiencia renal y hepática</li> <li>• <b>Antiácidos no sistémicos</b>: separar su administración de otros tratamientos por interferencia en su absorción</li> </ul>
<b>ALGINATOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neutralizan la secreción ácida y el <i>acid pocket</i></li> <li>• Más eficaz combinados con antiácidos</li> <li>• Terapia de apoyo a IBP</li> <li>• Para casos leves y esporádicos</li> </ul>
<b>ANTISECRETORES ÁCIDOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antagonistas de los receptores H<sub>2</sub></b>: tratamiento puntual de los síntomas en caso de acidez nocturna y en la retirada paulatina de los IBP</li> <li>• <b>IBP</b>: mejor opción terapéutica. Utilizados para diagnóstico de ERGE. Eficaces en remisión de síntomas y curación de esofagitis. Precaución por riesgo de osteoporosis e infecciones entéricas</li> </ul>
<b>PROCINÉTICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ERGE acompañado con retraso de vaciamiento gástrico</li> <li>• ERGE leve y predominio de regurgitación y dolores abdominales</li> </ul>
<b>INHIBIDORES DEL REFLUJO ESOFÁGICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agonistas de receptores GABA</li> <li>• Última opción por sus efectos sobre el SNC</li> <li>• Para casos de reflujo no ácido</li> </ul>
<b>PROTECTORES DE LA MUCOSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Sucralfato*</b>: citoprotector y cicatrizante de lesiones. Forma una capa protectora con la mucosa. Para esofagitis y reflujo alcalino</li> <li>• <b>Combinados del ácido hialurónico y sulfato de condroitina</b>: forma capa protectora con la mucosa y la protege del contenido del reflujo. Acción cicatrizante en caso de esofagitis. Acción regenerante y reparadora de heridas. Coadyuvante de otros tratamientos. Producto sanitario no RAM</li> </ul>

HTA: hipertensión arterial; IBP: inhibidores de la bomba de protones; SNC: sistema nervioso central; RAM: reacción adversa a medicamento.

\* Medicamento no comercializado en España

Elaboración propia.

Hay que tener en cuenta que los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son el tratamiento de elección en todos los escenarios clínicos.

Los antiácidos, el alginato y el combinado de ácido hialurónico, sulfato de condroitina y poloxámero son eficaces para el control de síntomas que persisten a pesar del tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP)<sup>4,15,17</sup>.

### Tratamiento no farmacológico. Medidas higiénico-dietéticas

El tratamiento no farmacológico consiste, sobre todo, en las recomendaciones de medidas higiénico-dietéticas como prevención y/o en paralelo al tratamiento farmacológico.

En esta fase es muy importante la educación sanitaria por parte del farmacéutico comunitario, explicando de forma clara al paciente estas medidas, apoyándose de información escrita en forma de folletos, dípticos, fichas, etc.

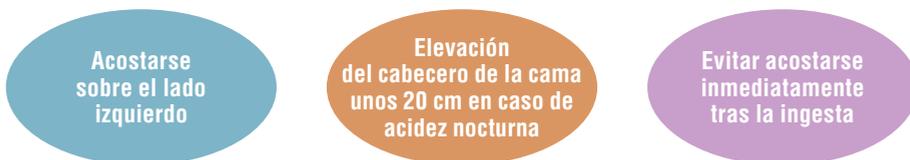
- ▶ **Dieta:** para aquellos pacientes cuyo consumo se haya podido demostrar que está relacionado con la aparición de los síntomas. No todos los pacientes responden de la misma forma<sup>1,4,7,15</sup> (figura 18).
- ▶ **Medidas posturales**<sup>1,4,7,15</sup>: se trata de medidas muy particulares, porque no a todos los pacientes les funcionan (figura 19).

Figura 18. Dieta



Elaboración propia.

Figura 19. Medidas posturales



Elaboración propia.

► **Otras medidas** (figura 20).

Figura 20. Otras medidas



Elaboración propia.

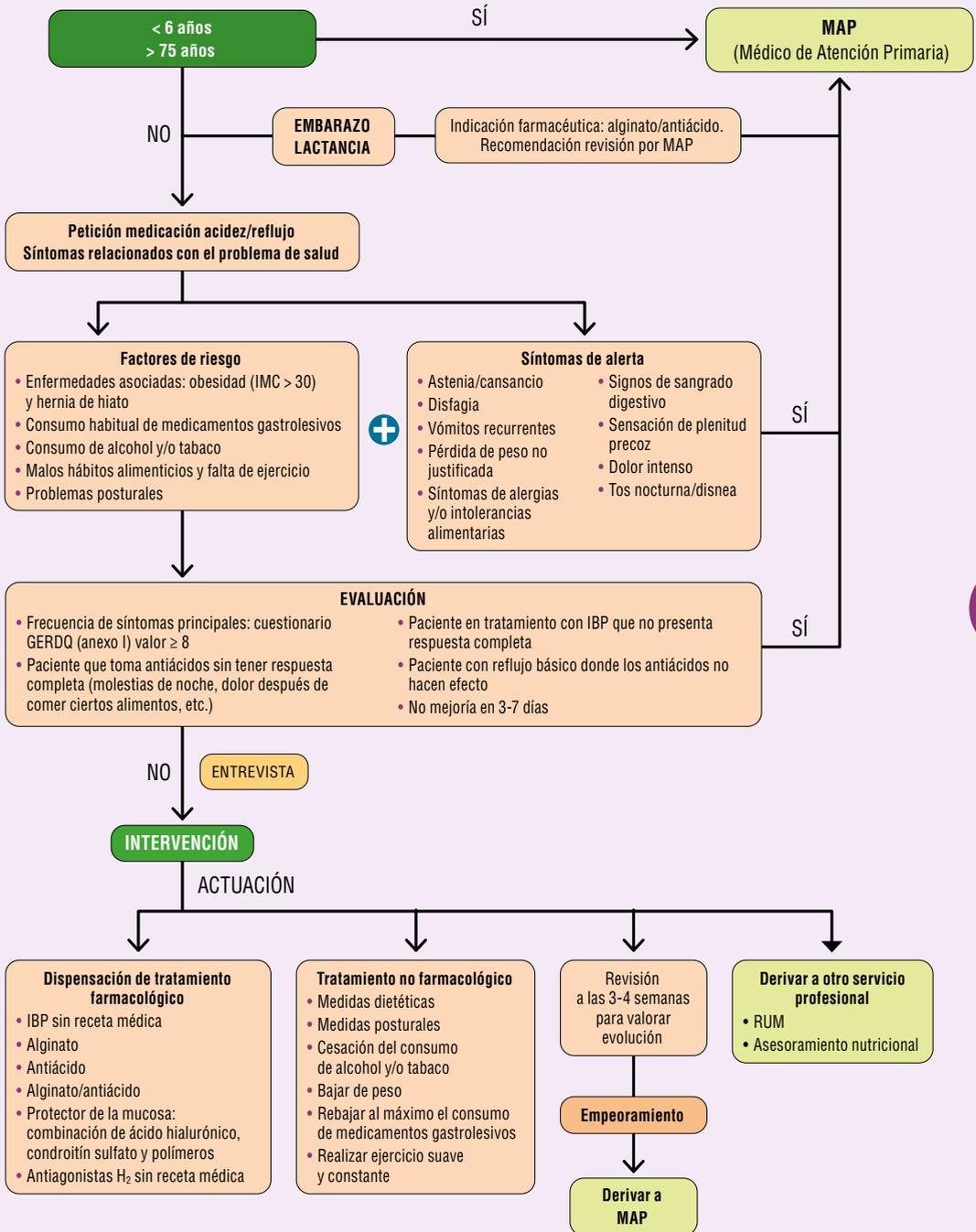
Dar consejos específicos a cada paciente en función de sus necesidades es lo más recomendable, ya que las listas de recomendaciones son demasiado generales<sup>4, 7</sup> (figura 21):

Figura 21. Medidas higiénico-dietéticas<sup>1, 5</sup>



Elaboración propia.

# Protocolo de actuación. Criterios de derivación



IMC: índice de masa corporal; IBP: inhibidores de la bomba de protones; RUM: revisión del uso de los medicamentos.

Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada 4, 5-7, 15.

## Caso práctico

Hombre de 53 años, que acude a la farmacia comunitaria solicitando la dispensación de un antiácido para la acidez de estómago.

### 1. ¿Qué hacemos?:

- a) Se lo dispensamos verificando que sabe cómo ha de tomarlo.
- b) Lo derivamos al médico, podría tratarse de un síntoma de una enfermedad más grave.
- c) Le preguntamos si es para él y si es la primera vez que lo toma.

---

Nos comenta que es para él y que lo suele tomar a veces, cuando siente este tipo de molestias. Que viene de un evento y que se ha pasado un poco, y que suele pasarle cuando come demasiado, aunque últimamente le ocurre con más frecuencia.

### 2. ¿Qué hacemos?:

- a) Se lo dispensamos verificando que sabe cómo tomarlo.
- b) Seguimos indagando sobre la frecuencia de uso y, además, si está tomando algún otro medicamento para otra patología.
- c) Le dispensamos otro medicamento diferente al solicitado mucho más adecuado ante el comentario del aumento de frecuencia de los síntomas.

---

El paciente no toma ninguna otra medicación y nos comenta que últimamente ha tenido más eventos de este tipo y de ahí el aumento de frecuencia, pero que se siente bien.

Tres días más tarde vuelve para solicitar algún remedio natural para el insomnio, pues el ardor le está despertando, y observamos además que tiene cierta afonía.

### 3. ¿Qué hacemos?:

- a) Le dispensamos un medicamento de fitoterapia informándole con todo detalle de cómo y cuándo tomarlo y, además, le dispensamos un antiséptico bucofaríngeo para la afonía.

- b)** Le dispensamos otro medicamento para la acidez, ante la no remisión de los síntomas.
- c)** Seguimos indagando sobre las molestias y el uso del antiácido.

---

Nos comenta que el antiácido se lo está tomando tres veces al día y que las dos últimas noches una vez más, por el tema del insomnio antes de acostarse, que le hace efecto, aunque no le dura hasta la siguiente toma y nos confiesa que en realidad no se cuida mucho en las comidas. Cuando le preguntamos si está acatarrado por el tema de la afonía, nos comenta que no, que se despertó así el día anterior, pero que no siente ninguna molestia a ese nivel.

#### 4. ¿Qué hacemos?:

- a)** Le derivamos al médico.
- b)** Le indicamos el relajante fitoterápico, que siga con el antiácido, le recomendamos medidas higiénico-terapéuticas adaptadas a su situación, registramos el caso y le citamos a los 4 días para hacerle seguimiento.
- c)** Le indicamos otro medicamento para la acidez ante la no remisión de los síntomas y le recomendamos medidas higiénico-sanitarias adaptadas a su situación.

---

Cuando vuelve a la farmacia para nuestra cita de seguimiento, nos comenta que ha mejorado levemente, ya no tiene afonía, pero se sigue despertando por las noches y se siente agotado.

#### 5. ¿Qué hacemos?:

- a)** Le derivamos al médico, ya que lleva más de 7 días con los síntomas y no hay respuesta.
- b)** Lo volvemos a citar para dentro de 1 semana, para seguir haciéndole seguimiento.
- c)** Le recomendamos que siga el tratamiento, le añadimos un IBP de indicación farmacéutica y le citamos en 1 semana.

**Caso práctico** · RESPUESTAS CORRECTAS

**Pregunta 1.** La respuesta correcta es:

- c) Le preguntamos si es para él y si es la primera vez que lo toma.**

**Pregunta 2.** La respuesta correcta es:

- b) Seguimos indagando sobre la frecuencia de uso y, además, si está tomando algún otro medicamento para otra patología.**

**Pregunta 3.** La respuesta correcta es:

- c) Seguimos indagando sobre las molestias y el uso del antiácido.**

**Pregunta 4.** La respuesta correcta es:

- b) Le indicamos el relajante fitoterápico, que siga con el antiácido, le recomendamos medidas higiénico-terapéuticas adaptadas a su situación, registramos el caso y le citamos a los 4 días para hacerle seguimiento.**

**Pregunta 5.** La respuesta correcta es:

- a) Le derivamos al médico, ya que lleva más de 7 días con los síntomas y no hay respuesta.**

## Preguntas frecuentes

**1. ¿La acidez siempre se acompaña de regurgitación?** (VER PÁG. 6)

No, se trata de dolor epigástrico y sensación de ardor, puede haber regurgitación o no y son episodios aislados e intermitentes de este suceso, con síntomas y duración variables.

**2. ¿EL RGE siempre es ácido?** (VER PÁG. 9)

No, existen casos en que no lo es (reflujo alcalino). Esto hay que tenerlo en cuenta, sobre todo cuando vemos que el paciente no mejora con los tratamientos habituales (antiácidos).

**3. ¿Siempre que hay reflujo estamos hablando de ERGE?** (VER PÁG. 10)

No, padecer en algún momento algo de reflujo es normal y suele ocurrir tras la ingesta de alimentos, pero son situaciones poco frecuentes, de duración corta y el esófago se mantiene intacto.

**4. ¿Qué hacemos si un paciente además de pirosis, dolor y/o regurgitación ha perdido peso sin justificación y se encuentra muy cansado?** (VER PÁGS. 12 Y 20)

Derivamos al médico, pues se trata de síntomas de alerta y criterios de derivación.

**5. ¿Siempre que hay lesiones en el esófago quiere decir que se ha agravado la enfermedad?** (VER PÁG. 12)

No, la existencia de lesiones en el esófago no suele guardar relación con la gravedad y duración de los síntomas y las complicaciones pueden ser la primera manifestación clínica de la enfermedad.

**6. ¿A qué puede deberse la hipotonía del EEI en caso de reflujo espontáneo?** (VER PÁG. 8)

Esta hipotonía puede deberse tanto a un aumento de la presión abdominal, que puede exceder a la unión esofagogástrica (pacientes obesos, movimientos de agacharse a coger pesos, etc.), como a un EEI que tiene un tono basal bajo, lo que favorece el libre paso del contenido entre el estómago y el esófago.

**7. ¿Puede verse afectada la calidad de vida de un paciente con ERGE?** VER PÁG. 12

Sí, la calidad de vida relacionada con la salud en estos pacientes es peor comparada con la población en general e incluso respecto a otras enfermedades, como diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca y depresión. Los pacientes con ERGE, en ocasiones, padecen estrés psicológico, insomnio, y esto puede dar lugar a una pérdida de productividad.

**8. ¿Qué es el *acid pocket*?** VER PÁG. 9

Es el sobrenadante ácido posprandial, una condición fisiológica que se presenta en todas las personas.

**9. ¿Es recomendable el uso de antiácidos sistémicos en caso de ERGE?** VER PÁG. 17

No, está totalmente contraindicado una vez que está diagnosticada la ERGE por la frecuencia de los síntomas.

**10. ¿De qué forma podrían ayudar los cuestionarios tipo GERDQ?** VER PÁG. 14

Este tipo de cuestionarios podrían ayudar a una detección precoz de la ERGE y su valoración para una adecuada intervención, ya que la incidencia de la enfermedad está creciendo y, por tanto, sus complicaciones y, como consecuencia, el gasto sanitario.

**11. ¿Cuál es el tratamiento más recomendado en casos leves y esporádicos?**VER PÁG. 17

Los alginatos.

**12. ¿En qué casos se suelen utilizar los antagonistas de los receptores H<sub>2</sub>?**VER PÁG. 17

Se suelen utilizar para el tratamiento puntual de los síntomas, en la retirada paulatina de los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y en casos de acidez nocturna con síntomas.

**13. ¿Cuál es la complicación más frecuente que se puede dar en la ERGE?**VER PÁG. 15

Úlcera péptica esofágica, que puede dar lugar a hemorragias e, incluso, perforar la pared del esófago.

**14. ¿Qué tratamiento es eficaz para la remisión de los síntomas y la curación de la esofagitis y que, además, es el tratamiento de elección en todos los escenarios clínicos?** (VER PÁGS. 17 Y 18)

Los IBP.

**15. ¿En qué casos se utilizan sobre todo los procinéticos?** (VER PÁG. 17)

Cuando hay retraso en el vaciamiento gástrico, en caso de ERGE leve y cuando predomina la regurgitación y los dolores abdominales.

**16. ¿Qué es el esófago de Barret?** (VER PÁG. 15)

Es una lesión premaligna que puede dar lugar a la aparición de adenocarcinoma. El epitelio esofágico se va sustituyendo por epitelio de tipo intestinal. Puede ocurrir en casos de reflujo grave y de larga evolución.

**17. ¿Por qué los agonistas de los receptores GABA son la última opción?**

(VER PÁG. 17)

Debido a sus efectos secundarios en el sistema nervioso central (SNC).

**18. ¿Cuál es la importancia de los compuestos de ácido hialurónico en la ERGE?**

(VER PÁGS. 17 Y 18)

Su efecto citoprotector de la mucosa esofágica, regenerante, cicatrizante y reparadora de la herida, tanto en caso de lesiones como preventivo de estas y coadyuvante de otros tratamientos.

**19. ¿Por qué es más recomendable personalizar las medidas higiénico-sanitarias?**

(VER PÁG. 19)

Porque no todos los pacientes responden de la misma forma con respecto a la mejora de los síntomas al aplicar estas medidas.

## Conclusiones

- ▶ Padecer en algún momento algo de reflujo es normal y suele ocurrir tras la ingesta de alimentos. Se trata de situaciones poco frecuentes, de duración corta y el esófago se mantiene intacto.
- ▶ Cuando aumenta la frecuencia de síntomas típicos de reflujo, como ardores, sensación quemante en el esófago o inflamación con erosión de la capa interna del esófago, porque se ha superado la barrera de defensa y ya estos mecanismos no funcionan correctamente, estamos hablando de ERGE.
- ▶ La ERGE se puede clasificar en función de los síntomas que produce, del daño del contenido gástrico a los tejidos y en función de los síntomas de cada paciente.
- ▶ Factores de riesgo: sobrepeso y obesidad, factores dietéticos, ejercicio físico, tabaco y alcohol, hernia de hiato y medicamentos potencialmente gastrolesivos.
- ▶ Ante síntomas de alarma del tipo anemia, disfagia, odinofagia, hemorragia o pérdida de peso no justificada, o bien si el paciente no responde al tratamiento, se debería derivar al médico para su valoración.
- ▶ El tratamiento farmacológico es sintomático y también se utiliza para prevenir y tratar las complicaciones y evitar las recidivas. Fármacos implicados en el tratamiento de los síntomas: antiácidos, alginatos, antisecretores ácidos, procinéticos, inhibidores de la bomba de protones y protectores de la mucosa.
- ▶ Medidas higiénico-sanitarias: dieta, comer poca cantidad y con mayor frecuencia, masticar bien y despacio, evitar tabaco y alcohol, pérdida de peso y normopeso, medidas posturales, controlar el estrés, ejercicio físico moderado y nunca después de las comidas, y evitar la ropa ajustada. Cada paciente debe recibir de forma individual y adaptadas a su situación las medidas higiénico-sanitarias, pues no todos los pacientes responden de la misma forma a ellas.

## Bibliografía

1. Alcedo J, Mearin F. La enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. En: Montoro MA, García Pagán JC. Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2.ª ed. Sección 2. Esófago. Madrid: Jarpyo Editores SA; 2012;197-211.
2. Yamasaki T, Hemond C, Eisa M, Ganocy S, Fass R. The Changing Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease: Are Patients Getting Younger? J Neurogastroenterol Motil. 2018;24(4):559-69.
3. Krenitsky JS, Decher N. Tratamiento nutricional médico en los trastornos del esófago, estómago y duodeno. En: Kathleen Mahan L, Escott-Stump S, Raymond JL. Krause Dietoterapia. 13.ª ed. Parte 5. Tratamiento nutricional médico. Capítulo 28. Gea Consultoría Editorial, SL. Elsevier España SL; 2013;592-609.
4. Acedo J, Balboa A, Ciriza C, Estremera F, Guarner-Argente C, Mas P, et al. Documento de actualización de la Guía Práctica Clínica sobre la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico en el adulto. Asociación Española de Gastroenterología. Madrid: International Marketing & Communication, SA. 2019.
5. Olmos JA, Piskorz MM, Vela MF. Revisión sobre enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Acta Gastroenterik Latinoam. 2016;46:160-72. [Publicado 4 julio 2016, citado noviembre 2020]. Disponible en: <https://actagastro.org/revision-sobre-enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico-erge/>.
6. De Ardila AH. Fisiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Rev Colomb Gastroenterol. 2009;24(1):87-94.
7. Serra J, Gómez J, López E, Mendive JM, Pérez A, Ricote M. Actualización en el manejo de los pacientes con acidez y/o reflujo en Atención Primaria y Farmacia Comunitaria. Madrid: MEDEA Medical Education Agency, SL; 2019.
8. Mengual Moreno E, Alcedo González J. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Infogastrum. Páginas informativas para pacientes de la comunidad hispanoparlante con síntomas gastrointestinales. Asociación Española de Gastroenterología (AEG). [Internet, s/f]. [Citado 3 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.aegastro.es/pacientes/infogastrum/enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico>.
9. Serra Pueyo J. Puesta al día en el reflujo gastroesofágico. Gastroenterología y Hepatología. 2013. [Citado 30 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-puesta-al-dia-el-reflujo-S0210570513002781>.
10. Gadea Fuente O. Alteraciones motoras en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Intramed.net. Intramed. 2007. [Citado 2 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=43102>.

11. Sánchez-Fayos Calabuig P, Martín Relloso MJ, Pobres Cubero JC. La mucosa gástrica como estructura diana de agresiones proinflamatorias persistentes: modelos patogénicos de gastritis crónica. 2008. [Citado 4 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-la-mucosa-gastrica-como-estructura-S0210570509003069>.
12. Caro Mendoza A. Reflujo Gastroesofágico: Ayer, Hoy y Mañana. Rev Colomb Cir. 2004;19(1). [Citado 4 diciembre 2020]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822004000100002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822004000100002).
13. Suárez Crespo J. Exploraciones Digestivas Funcionales. EDF. 2015. [Citado 4 diciembre 2020]. Disponible en: <https://funcionales.es/el-bolsillo-acido-gastrico-en-el-reflujo-post/>.
14. Peña Forcada E, Gómez Martínez JC, Gómez Gras A, Ricote Belinchon M, Salas Campos R, Cobián Rodríguez B, et al. Documento de Consenso. Abordaje de Síntomas y Patologías Digestivas más frecuentes en Farmacia y Atención Primaria. 2.ª ed. Barcelona: Laboratorios Almirall; 2014.
15. Amador Fernández N, Amariles Muñoz P, Baixauli Fernández VJ, Benrimoj SI, Climent Catalá MT, Colomer Molina V, et al. Acidez o Pirosis. En: Faus Dáder MJ, Gómez Martínez JC, Martínez Martínez F. Protocolo de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Protocolos de síntomas menores digestivos. Capítulo 9. Granada: Editorial Técnica Avicam; 2018;69-75.
16. Ramírez R, Fluxá FG. Esófago de Barrett: Revisión de la literatura. 2015. [Citado 1 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-esfago-de-barrett-revisin-de-S0716864015001200>.
17. Benslaiman B, Aguilar A, Marín I, Serra J. Efecto de un compuesto de sulfato de condroitina, ácido hialurónico y polozámero 407 (Ziverel®) sobre la pirosis y regurgitación en pacientes refractarios a los IBPS. Experiencia retrospectiva de un centro. Elsevier [internet]. Gastroenterol Hepatol. 2019;42(Espec Congr 2):165. [Citado 16 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-congresos-xxii-reunion-nacional-asociacion-espanola-79-sesion-esofago-estomago-duodeno-4948-comunicacion-efecto-de-un-compuesto-de-57878-pdf>.

Material adicional  
disponible en:



Patrocinado por:



**NORGINE**

*NORGINE y su logo son marcas registradas del grupo de empresas Norgine*

*Todas las demás marcas comerciales mencionadas en este documento son propiedad de sus respectivos dueños.*

ES-GE-ZIV-2000121