

# Farmacia Comunitaria

## Curso básico sobre Patologías digestivas

### Tema 2

### Pirosis

Los desequilibrios de la dieta, las comidas apresuradas, los hábitos poco saludables y ciertos medicamentos pueden desencadenar trastornos digestivos de distinta intensidad que tienen como síntoma común la acidez.

**LAURA PÉREZ RONCERO**  
Farmacéutica comunitaria en Bilbao

El ardor o acidez de estómago, también denominado pirosis, se describe como una sensación de quemazón dolorosa detrás del esternón que surge del estómago y puede irradiarse desde la zona del epigastrio (“boca del estómago”) hasta la garganta. Esta sensación desagradable se origina cuando los jugos gástricos ácidos refluyen hacia el esófago, en ocasiones acompañados de eructos que pueden transportar líquido con sabor agrio y ardiente hasta la faringe o la boca.

El esófago es un tubo muscular que une hipofaringe con estómago y cuyas funciones básicas consisten en transportar el bolo alimenticio desde su parte proximal al estómago y evitar el paso inverso del contenido gástrico. Para ello dispone de 2 esfínteres: el superior, que impide el paso del material regurgitado a vías aéreas y el inferior o cardias, que, contrayéndose, impide el paso del contenido alimenticio procedente del estómago. Este último está revestido de una mucosa que lo protege frente a los ácidos gástricos segregados para favorecer la digestión de los alimentos y lo hace insensible frente a estos. Por el contrario, el esófago no dispone de esa mucosa pro-



tectora, por lo que si los jugos gástricos, ácidos, refluyen hacia él, provocan esa sensación de quemazón que caracteriza a la pirosis. A este proceso se le denomina reflujo gastroesofágico y en condiciones normales no debería producirse, debido a que el esfínter esofágico inferior impi-

de que los jugos gástricos refluyan hacia el esófago.

La pirosis no constituye en sí misma una enfermedad, pero si se repite muy a menudo puede ocasionar importantes trastornos. Aparece esporádicamente en personas sanas, por ejemplo, tras una

comida muy grasa o después de tomar demasiado café, pero cuando su frecuencia o intensidad aumentan suele indicar una disfunción esofágica. Es el síntoma más común de la ERGE (enfermedad por reflujo gastroesofágico), aunque puede relacionarse también con enfermedades de otros órganos, afecciones sistémicas y consumo de fármacos y/o alcohol.

Es susceptible de aparecer a cualquier hora, aunque normalmente lo hace 30-60 min después de la ingesta de alimentos. Los síntomas se agravan al inclinarse hacia delante, al estirarse o al acostarse y pueden durar desde unos minutos a varias horas.

## Epidemiología

La acidez es un motivo de consulta frecuente, tanto al médico (de familia o especialista) como al farmacéutico. Su elevada frecuencia tiene un impacto importante sobre la calidad de vida y la productividad laboral, ya que se presenta a menudo en individuos sanos, y conlleva un consumo considerable de recursos sanitarios. El estudio sociológico *Comportamiento de la sociedad hacia la acidez de estómago*, realizado en 2014 en más de 11.000 pacientes, ha analizado por primera vez la prevalencia de la acidez en España y el comportamiento de los españoles respecto a este trastorno digestivo. Este estudio concluye que un 20% de los españoles han sufrido acidez gástrica alguna vez en los últimos 6 meses. Además, el estudio demuestra

que la acidez gástrica es un trastorno recurrente, ya que un 80% de los encuestados asegura que la padece al menos 1 vez al mes y un 27%, incluso todas las semanas.

Otros estudios concluyen que no hay diferencias sustanciales en la prevalencia de pirosis en función del sexo, aunque parece que en los varones es más intensa. No es un síntoma que se dé frecuentemente en la infancia, aunque sí puede aparecer en jóvenes. Afecta en mayor proporción a las personas mayores de 55 años y su aparición es especialmente frecuente en mujeres en período de gestación (la refiere un 25-70% de ellas).

Los expertos en trastornos digestivos estiman que la acidez gástrica seguirá creciendo en los próximos años en España, debido a una dieta y unos hábitos de vida inadecuados. En este sentido, un elevado porcentaje de los participantes en los estudios muestran preocupación por las consecuencias de este trastorno.

## Etiología

La aparición de episodios de pirosis puede ser consecuencia de determinados factores entre los que se encuentran los siguientes:

- Trastornos digestivos
  - Dispepsia: es un trastorno funcional que agrupa síntomas de ardor y dolor de estómago, pesadez posprandial,

distensión abdominal o saciedad precoz. Se relaciona con alteraciones en la digestión sin detección de lesiones gástricas.

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE): es el conjunto de síntomas y lesiones digestivas que se presentan cuando la válvula que separa el esófago y el estómago, el cardias, no funciona correctamente y se debilita o relaja, permitiendo el paso del líquido gástrico al esófago.
- Gastritis y úlcera péptica.
- Infección por *Helicobacter Pylori*.
- Hernia de hiato.
- Divertículos esofágicos.
- Síndrome de Zollinger-Ellison.

- Enfermedades que afectan a la musculatura.
- Embarazo: la pirosis es especialmente frecuente en las mujeres durante la gestación debido a que la progesterona relaja sustancialmente la musculatura, incluyendo el cardias. Además, debido al incremento del tamaño del útero, se produce un aumento de la presión intraabdominal que también afecta al estómago.
- **Obesidad:** aumenta la presión abdominal, lo cual puede hacer que el contenido del estómago pase al esófago.
- **Factores psíquicos:** cerca de 2 tercios de los pacientes asocia el inicio o la exacerbación de sus síntomas con el estrés.
- **Comidas copiosas** y ciertos alimentos que pueden favorecer la pirosis (comidas grasas, condimentadas o fritas, chocolate, café, té, alcohol y bebidas gaseosas). Su influencia varía de un paciente a otro.
- **Tabaco:** disminuye la salivación y dificulta el aclaramiento esofágico. Induce en menor medida el peristaltismo y da lugar a un menor contenido de bicarbonato en el bolo alimenticio, lo que afecta negativamente a su capacidad para neutralizar el ácido.
- **Diversos fármacos:** el tratamiento continuado con determinados fármacos puede favorecer la aparición de pirosis por diversas causas, como se muestra en la tabla 1.

Por otra parte, se presentan casos de episodios de pirosis no relacionadas con el reflujo gastroesofágico. Si éstos aparecen de forma continuada durante al menos 6 meses, hablamos de pirosis funcional. Se define como un trastorno esofágico caracterizado por presencia

**Tabla 1. Fármacos que pueden provocar pirosis debido a su uso continuado.**

CAUSAS	Inhibición de la enzima ciclooxigenasa	Relajación del EEI	Efectos secundarios a nivel digestivo
FÁRMACOS	AINés	Benzodiazepinas Bifosfonatos Anticonceptivos orales	Corticoides Antagonistas del calcio Sales de hierro Teofilina Nitratos Digoxina Tetraciclina Anticolinérgicos ISRS Clopidogrel Agonistas betaadrenérgicos Potasio Opiáceos

de episodios de quemazón retroesofágica en ausencia de reflujo gastroesofágico patológico y sin evidencia de una causa estructural o metabólica, ni de un trastorno de la motilidad esofágica que lo justifique. Se ha observado que los pacientes que presentan este tipo de pirosis, presentan un mayor grado de ansiedad y somatización que los que presentan síntomas asociados al reflujo.

## Tratamiento

El objetivo del tratamiento es conseguir el alivio de la sintomatología y la mejora de la calidad de vida del paciente. Los tratamientos incluyen consejos sobre estilo de vida, medidas higiénico-dietéticas y tratamiento farmacológico.

### Tratamiento no farmacológico

Los consejos sobre estilo de vida y medidas higiénico-dietéticas son fundamentales antes de iniciar, si es necesario, el tratamiento farmacológico. Deben individualizarse e ir orientados a corregir los factores de riesgo y los hábitos erróneos que presente cada paciente. En general, cabe aconsejar lo siguiente:

- Establecer una dieta variada y equilibrada, preferiblemente fraccionada, con 5 o 6 comidas al día.
- Evitar las comidas copiosas, ricas en grasas, masticar bien los alimentos y comer sin prisas.
- Evitar el consumo de sustancias que favorezcan la aparición de reflujo y/o su empeoramiento, los alimentos ácidos o irritantes y los que disminuyen la tonicidad del esfínter esofágico inferior (tabla 2).
- Consumir comidas ricas en proteínas e hidratos de carbono ya que tienden a aumentar el tono muscular.
- Evitar ingerir los alimentos demasiado calientes.
- Evitar agacharse o hacer ejercicio inmediatamente después de comer. El ejercicio físico puede producir un aumento de las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior.
- Evitar acostarse inmediatamente después de comer o de cenar, dejar transcurrir al menos 1 o 2 h. La acción de la gravedad hace que la posición de bipedestación favorezca el aclaramiento gástrico.

- Acostarse preferiblemente sobre el lado izquierdo del cuerpo ya que se facilita el vaciado gástrico y se evita el reflujo.
- Elevar la cabecera de la cama unos 15-30 cm, ya que cuando se duerme con la cabeza a un nivel más alto que el estómago se reduce la posibilidad de que los alimentos se devuelvan al esófago.
- Perder peso en pacientes obesos o con sobrepeso.
- Practicar ejercicio físico moderado.
- Controlar el estrés, por lo que es recomendable la realización de ejercicios de relajación.
- No llevar ropas demasiado ajustadas y cinturones que aprieten, puesto que aumentan la presión abdominal.
- No consumir tabaco, alcohol ni otros tóxicos que favorezcan el reflujo.
- Evitar, si es posible, el uso de fármacos irritantes o gastrolesivos. En caso de necesitarlos, proteger la mucosa gástrica con el tratamiento adecuado.
- Consultar al médico si se sigue un tratamiento con medicamentos que puedan originar acidez digestiva.

### Tratamiento farmacológico

Los antiácidos son eficaces para combatir la pirosis ocasional y se pueden dispensar sin receta médica. Para situaciones en las que la clínica es más frecuente (más de 2 veces por semana) y/o es consecuencia de un trastorno más grave, se deben reservar los fármacos antisecretores (antagonistas  $H_2$  e inhibidores de la bomba de protones). Estos reducen de forma significativa y prolongada la producción gástrica de ácido y se dispensan siempre bajo prescripción médica.

### ● Antiácidos

Los antiácidos son los fármacos más empleados para tratar la acidez gástrica. Son compuestos inorgánicos que presentan un efecto doble. Por un lado, neutralizan el ácido clorhídrico del estómago tras reaccionar con él en la luz gástrica, con lo que reducen la acidez ( $pH < 5$ ). Por otro, aumentan la presión del esfínter esofágico inferior (cardias) debido a una mayor secreción de gastrina, secundaria a la alcalinización del contenido estomacal. Además, pueden absorber la pepsina y otros enzimas proteolíticos, disminuyendo la agresividad química y enzimática sobre la mucosa digestiva. En función de su capacidad para ser absorbidos, cabe distinguir 2 tipos:

**1. Sistémicos:** reaccionan de forma rápida e irreversible con el ácido clorhídrico, disminuyendo el dolor en un corto espacio de tiempo, pero con el inconveniente de que su acción es poco duradera y existe la posibilidad de que se produzca un efecto rebote. Su principal representante es el bicarbonato sódico, que en ocasiones se usa asociado a un antiácido no sistémico como es el carbonato cálcico. Están indicados en el tratamiento a corto plazo de molestias gastrointestinales asociadas a hiperacidez. Pueden producir hipernatremia y deben administrarse con precaución a pacientes hipertensos, así como a aquellas personas aquejadas de insuficiencia cardíaca o renal. También pueden desencadenar alcalosis si se utilizan en períodos prolongados, debido a que la

**Tabla 2. Alimentos y bebidas que favorecen el reflujo.**

Favorecen el reflujo	Irritan la mucosa esofágica	Disminuyen la tonicidad del esfínter esofágico inferior
Bebidas alcohólicas	Chocolate	Grasa
Café	Tomate	Fritos
Té	Cítricos	Menta
Tabaco	Menta	Bebidas gaseosas
	Hierbabuena	Bebidas alcohólicas
	Cebolla cruda	
	Ajo	
	Vinagre	
	Café	
	Especias	
	Picantes	

parte catiónica de la molécula sufre absorción sistémica.

2. **No sistémicos:** la parte catiónica de la molécula reacciona con el ácido clorhídrico del estómago formando una sal que no se absorbe. Presentan una acción más lenta y sostenida en comparación con los anteriores, por lo que tienen la ventaja de que rara vez producen efecto rebote. Las reacciones adversas que generan suelen ser leves y habitualmente se circunscriben al ámbito digestivo. En este grupo se incluyen los siguientes compuestos:

- Sales de aluminio (algeldrato: hidróxido de aluminio). Su uso continuado puede interferir en el metabolismo del calcio, incrementando el riesgo de osteomalacia y osteoporosis.
- Sales de magnesio (hidróxido de magnesio, carbonato de magnesio). Si se usa de forma continuada puede ocasionar un cuadro de hipermagnesemia.
- Sales de calcio (carbonato cálcico). Su uso prolongado puede dar lugar a cálculos renales o incluso a calcificación tisular.
- Complejos de aluminio-magnesio (almagato; carbonato complejo de aluminio y magnesio y magaldrato; sulfato complejo de aluminio e hidróxido magnésico dihidratado). Excepcionalmente, en pacientes con dietas bajas en fosfatos, pueden inducir hipofosfatemia.

Este tipo de antiácidos presentan una serie de efectos sobre la motilidad intestinal. Así, las sales de aluminio y calcio son astringentes, mientras que las de magnesio son laxantes (tienden a producir diarrea osmótica). Para evitar estas situaciones, la mayoría de los preparados comerciales se presentan como mezclas de sales de aluminio y de magnesio, produciendo un efecto sobre la motilidad intestinal difícil de predecir.

En general, los antiácidos utilizados a las dosis convencionales son fármacos seguros y eficaces. Se recomienda administrar de media a 1 h después de las comidas para que su efecto se prolongue durante unas 3 h, puesto que si se toman en ayunas son efectivos tan solo durante 20 a 60 min. Las formas sólidas debe-

## INDICACIÓN FARMACÉUTICA

### ACIDEZ GÁSTRICA

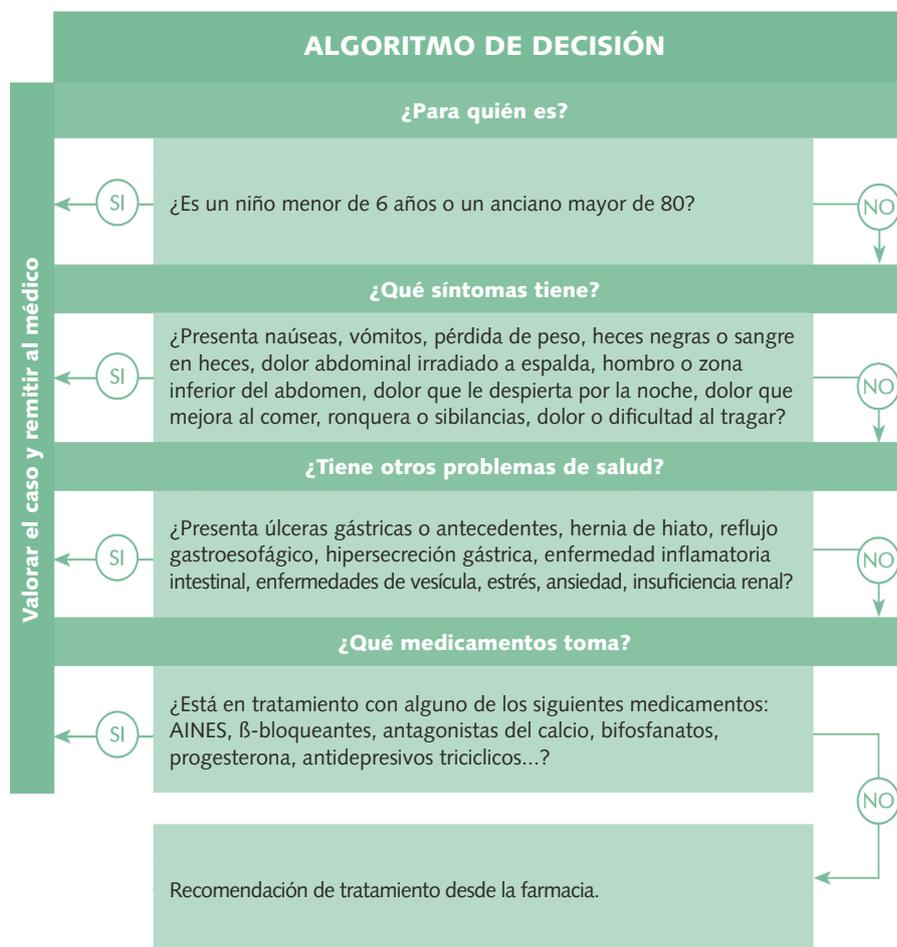


Figura 1. Algoritmo de actuación en la farmacia ante una consulta por acidez gástrica.

rán ser masticadas completamente antes de tragarlas, tomando a continuación un vaso de agua (no tomar leche). Las formas líquidas deben agitarse antes de la toma y presentan la ventaja de que ayudan a “lavar” la pared del esófago de los restos ácidos del contenido gástrico regurgitado.

Interfieren con la absorción digestiva de un buen número de medicamentos, especialmente los antiácidos de carácter no absorbible. En general se trata de interacciones poco significativas desde el punto de vista clínico, ya que raramente se traducen en una reducción superior al 20% en la cantidad de fármaco absorbida. Las más comunes se producen con tetraciclinas, digoxina, hierro, ácido acetilsalicílico, quinidina e isoniazida,

por lo que se recomienda separar al menos 2 h de la administración con estos fármacos.

Las principales contraindicaciones de los antiácidos son:

- Enfermos de Alzheimer, ya que se ha asociado esta enfermedad a un consumo excesivo de aluminio.
- Insuficiencia renal grave, ya que pueden ocasionar un desequilibrio electrolítico. Por esta razón, tampoco están indicados en ancianos, en los que además pueden resultar tóxicos.
- Hemorragia gastrointestinal.

Durante el embarazo es preferible recomendar el uso de almagato y magaldrato, que se consideran categoría B de

la Food and Drug Administration. En mujeres lactantes no se aconseja emplear antiácidos de forma prolongada.

Los alginatos (alginato sódico) son sustancias que se obtienen de algas marinas y reaccionan con el ácido del estómago formando una capa gelatinosa y espesa que no se absorbe y protege el esófago del reflujo. En España está comercializado en combinación con bicarbonato sódico y carbonato cálcico en presentaciones utilizadas para el tratamiento de la pirosis, que se pueden administrar después de las comidas y antes de acostarse.

#### ● **Antisecretores**

Se trata de fármacos que inhiben la secreción ácida en el estómago. Aunque muchos pacientes obtienen un alivio duradero de la sintomatología, incluso después de haber acabado el tratamiento, una proporción importante de ellos volverá a presentar algún episodio de pirosis que hará aconsejable un tratamiento intermitente, ajustando la dosis y su duración a las necesidades individuales.

#### **1. Antihistamínicos H<sub>2</sub>:** cimetidina, famotidina y ranitidina.

Son fármacos que compiten con la histamina y bloquean de forma reversible sus receptores H<sub>2</sub> situados en la membrana de las células parietales gástricas, provocando una inhibición y disminución del volumen de secreción ácida. Son antagonistas muy específicos y no afectan a los receptores H<sub>2</sub> ni presentan efectos anticolinérgicos. Asimismo, inhiben tanto la secreción gástrica basal (especialmente eficaz en el control de la acidez nocturna) como la estimulada por cafeína, histamina, gastrina, agonistas colinérgicos, alimentos e insulina. No afectan al vaciado gástrico ni a la presión del esfínter esofágico inferior. Además, ayudan a cicatrizar la mucosa gastroduodenal y la protegen de la acción irritante de ciertos fármacos como los antiinflamatorios no esteroideos.

Se pueden dispensar sin receta (famotidina) o bajo prescripción médica y generan efectos adversos leves y transitorios como son: cefaleas, mareos, diarrea y estreñimiento. Su mayor inconveniente es el desarrollo de taquifilaxia con el uso prolongado.

Las presentaciones son en formas orales sólidas que se pueden tomar con

o sin alimentos. Se administran generalmente en varias tomas, aunque si es suficiente una sola toma, es preferible tomarla antes de acostarse.

Los antagonistas H<sub>2</sub> pueden disminuir la absorción de fármacos como el ketoconazol e itraconazol (necesitan pH ácido para su absorción). La cimetidina mediante la inhibición del CYP puede disminuir el metabolismo de fármacos que se eliminen por esta vía (anticoagulantes orales, antidepressivos tricíclicos, teofilina, fenitoina, diazepam entre otros), por lo que puede incrementar los efectos y/o toxicidad de estos medicamentos; también puede aumentar los efectos mielosupresores de la carmustina, de manera que debe evitarse su asociación.

Son fármacos que presentan pocas contraindicaciones. Además de los casos de hipersensibilidad, solo está contraindicado el uso de ranitidina en pacientes con porfiria. Son bastante seguros para su uso en el embarazo (categoría B) y famotidina se considera compatible con la lactancia. Cimetidina y ranitidina están indicados también en niños.

#### **2. Inhibidores de la bomba de protones (IBP):** esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol y rabeprazol.

Son un grupo de medicamentos altamente efectivos en el tratamiento de la ERGE. Actúan inhibiendo de forma irreversible la bomba de protones ATPasa H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> de la célula parietal gástrica, por lo que impiden la producción de ácido gástrico inducido tanto por acetilcolina, como por gastrina o histamina. La célula parietal solo recupera la actividad secretora mediante la síntesis de nuevas moléculas de la bomba, por este motivo la duración de los efectos puede ser de hasta 4 días tras la administración de una dosis única.

Son fármacos bien tolerados y sus reacciones adversas son, en general, leves y transitorias. Es común la aparición de cefalea y trastornos gastrointestinales como diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, náuseas, vómitos y/o flatulencia. En los últimos tiempos, su consumo excesivo se ha relacionado con un aumento de infecciones entéricas, déficit de absorción de calcio, hierro y vitamina B<sub>12</sub> y un aumento en el riesgo de fracturas de cadera y de neumonía adquirida en la comunidad.

Se dispensan con receta médica y se administran 1 vez al día, preferiblemente por la mañana en ayunas (30-60 min antes del desayuno). En caso de necesitar una segunda toma, se recomienda efectuarla por la noche, 30-60 min antes de la cena.

Se metabolizan a través del citocromo P450, así que pueden prolongar la vida media de otros fármacos que se eliminan por oxidación hepática como diazepam, fenitoina y anticoagulantes orales. También pueden disminuir la absorción de inhibidores de proteasas (indinavir, atazanavir, saquinavir), ketoconazol e itraconazol. No se recomienda tomar omeprazol con ginkgo biloba o hipérico, porque se ha visto que estas sustancias pueden disminuir los niveles plasmáticos del antiulceroso. Esomeprazol, lansoprazol y pantoprazol presentan menos interacciones significativas con los fármacos que se metabolizan por esta vía, lo que representa una ventaja respecto a los otros fármacos de este grupo en aquellos casos en los que el paciente esté polimedcado.

A parte de los casos de hipersensibilidad a este grupo de fármacos, la única contraindicación es el uso de lansoprazol en casos de insuficiencia renal severa.

Se clasifican en la categoría B para su uso en embarazo (excepto el omeprazol, que pertenece a la C). Son compatibles con la lactancia y no se recomienda su administración a niños menores de 12 años.

El uso de IBP asociado a antiácidos (terapia combinada) a demanda consigue aumentar la rapidez en el control de la secreción ácida gástrica para una mejora general de la enfermedad, de los síntomas y de los episodios de pirosis nocturna, evitando así un incremento de la dosis estándar de IBP.

#### **Fitoterapia**

Existen preparados a base de plantas medicinales y mucílagos con propiedades espasmolíticas y digestivas que tomados generalmente en infusión ejercen un efecto calmante sobre la mucosa gástrica. También se dispone de combinaciones de polisacáridos de plantas con sales minerales y flavonoides que forman una película que protege la mucosa del estómago y esófago y calma el ardor. Aloe, malva, malvavisco, regaliz, cebada y manzanilla son las plantas más utilizadas.

Las algas marrones (principalmente las del género *Laminaria*) contienen entre el 20-30% de alginato sobre su peso seco, por lo que los preparados en polvo de las algas secas son útiles para aliviar la pirosis.

En aquellos casos en los que la pirosis se relacione con estados de ansiedad o estrés pueden ser interesante los preparados a base de plantas relajantes: melisa, tila, espino albar, lavanda, albahaca entre otras.

## Papel del farmacéutico

La alta prevalencia de la pirosis, unida a la circunstancia de que sólo un 5-10% de las personas que experimentan acidez gástrica acude a la consulta médica, hace que el papel de la farmacia ante la pirosis sea de especial relevancia. Adicionalmente, sabemos que la seguridad de los fármacos para combatir la acidez predispone a la automedicación y que la mayoría de los individuos con pirosis lo hacen. Por ese motivo, resulta importantísimo el papel del farmacéutico ante este tipo de consultas.

El profesional sanitario debe averiguar, en primer lugar, si se trata de un síntoma aislado que puede aliviarse con medicamentos que no precisen prescripción médica, o si se trata de un proceso crónico que podría desencadenar la aparición de condiciones más graves como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), gastritis o úlcera. En ese caso, se debe derivar al paciente al médico para su diagnóstico.

## Criterios de derivación

La acidez gástrica carece de significado patológico la mayoría de las veces; sin embargo, definir cuándo la acidez es banal y cuándo merece evaluación y tratamiento no siempre es fácil. Aun así, si el paciente presenta alguno de los síntomas que se describen a continuación, se derivará al médico para su valoración:

- Dolor o ardor, acompañado o no de otros síntomas, que no mejora con tratamiento antiácido o antisecretor (antagonista H<sub>2</sub>, IBP y análogos de las prostaglandinas).

- Descripción de síntomas de dispepsia funcional que no ceden o que reaparecen al abandonar el tratamiento sintomático; podrían deberse a una infección por *Helicobacter Pylori* u otra patología mayor.

- Dolor o ardor que despierta al paciente y no le permite conciliar el sueño.

- Tos nocturna, disnea o dolor de garganta (posible enfermedad por reflujo gastroesofágico).

- Pérdida de peso asociada a los síntomas digestivos.

- Disfonía matutina.

- Antecedente de patología gástrica.

- Sospecha de que la causa de pirosis sea algún medicamento prescrito por el médico.

La derivación será urgente si el paciente presenta:

- Anemia (el paciente se queja de cansancio y presenta palidez cutánea).

- Vómitos de sangre (hematemesis) o sospecha de sangre en las heces (heces negras, pastosas y de aspecto alquitranado, o heces de color granate).

- Palpación de alguna masa abdominal.

Desde la farmacia es importante educar a los pacientes en la modificación del estilo de vida y de los hábitos que contribuyan al exceso de acidez gástrica y al reflujo. Para ello, es fundamental recomendar las medidas higiénico-dietéticas descritas con anterioridad, antes de iniciar, si es necesario, el tratamiento farmacológico.

En caso de manifestaciones leves y aisladas que puedan tratarse desde el mos-trador, se aconsejará el tratamiento farmacológico adecuado a cada paciente (se debe tener en cuenta ciertos aspectos como su estado de salud y los medicamentos que está tomando), proporcionándole información sobre su patología, forma de administración y duración del tratamiento. Para ello disponemos de antiácidos, antagonistas H<sub>2</sub> y fitoterapia que no requieren prescripción médica y que son eficaces para combatir la acidez gástrica puntual.

En casos más graves en los que sea necesario el uso de IBPs, previa receta médica, se debe realizar una dispensación informada del medicamento prescrito por su médico. Hay que asegurarse de que el pacien-

te conoce la posología y el modo correcto de administración, advirtiéndole de los posibles efectos adversos y recordándole el tiempo de duración del tratamiento.

Por último, cabe efectuar un seguimiento de la sintomatología y del cumplimiento del tratamiento para evitar o detectar posibles complicaciones. Asimismo, se debe aconsejar a los pacientes que utilizan omeprazol u otros antisecretosres gástricos de forma crónica que el tratamiento debe ser revisado periódicamente por el médico. La práctica de utilizar estos fármacos de forma permanente “para prevenir la acidez” sin ningún tipo de control debe ser desechada si no existe una indicación médica específica, revisada con la debida frecuencia. □

## Bibliografía

- Aburto A. XII Curso de Atención farmacéutica. Pirosis. El farmacéutico. 2015;529(12):29-34.
- Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Fichas técnicas de los medicamentos antiácidos y antisecretosres utilizados en el tratamiento de la pirosis. [consultado 15/01/16]. Disponibles en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>
- Club de la Farmacia. Detectar el paciente con acidez gástrica en la farmacia. [consultado 15/01/16]. Disponible en: <https://www.clubdelafarmacia.com/articulos/atencion-farmacutica/detectar-el-paciente-con-acidez-gastrica-en-la-farmacia/>
- Club de la Farmacia. Farmafichas: Acidez gástrica y pirosis. [consultado 15/01/16]. Disponible en: [https://www.clubdelafarmacia.com/wp-content/files\\_mf/ff1\\_acidez\\_2015\\_final92.pdf](https://www.clubdelafarmacia.com/wp-content/files_mf/ff1_acidez_2015_final92.pdf)
- Encabo ME, Fernández J, Gaminde M, Gracia L, Gurrutxaga A, Rodríguez E et al. Protocolo de tratamiento de acidez gástrica. En: Farmacia Osasun. Dispensación informada e indicación farmacéutica. 1a ed. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia; 2007
- Estudio Almax. Comportamiento de la sociedad hacia la acidez de estómago. Informe y conclusiones generales. 2014
- MedlinePlus. Acidez estomacal. [consultado 15/01/16]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/heartburn.html>
- Pérez L, Gómez P. Atención Farmacéutica en enfermedades prevalentes (III). Pirosis, gastritis y úlcera péptica. Farmacia Profesional 2011;25(3):1-6.
- Portalfarma. Organización farmacéutica colegial. Reflujo gastroesofágico. [consultado 15/01/16]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Ciudadanos/saludpublica/consejosdesalud/Paginas/15reflujo.aspx>
- Reflujo gastro-esofágico: valoración por el farmacéutico. Panorama actual del Medicamento 2011;35(346):778-82.
- Tarrazo JA. Guía clínica: Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Última revisión: abril 2012. [consultado 15/01/16]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/enfermedad-por-reflujo-gastroesofagico/>

## Cuestionario de evaluación

### Curso básico sobre Patologías digestivas

#### Tema 2. Pirosis

##### 1. La pirosis o ardor de estómago...

- a) Es más frecuente en los varones que en las mujeres
- b) Es más frecuente en el primer trimestre que al final del embarazo
- c) Se estima que es una patología cada vez más frecuente
- d) Es más habitual en los adultos menores de 55 años

##### 2. Es cierto que:

- a) La dispepsia se relaciona con la presencia de lesiones gástricas
- b) La enfermedad por reflujo gastroesofágico se estima que afecta al 20% de los españoles
- c) La pirosis se relaciona con la hernia inguinal
- d) La obesidad favorece la aparición de pirosis

##### 3. La aparición de episodios de pirosis se favorece por el consumo de:

- a) Bebidas carbonatadas
- b) Café y te
- c) Fritos
- d) Todas son ciertas

##### 4. ¿Cuál de los siguientes fármacos no favorece la aparición de pirosis?

- a) Antiinflamatorios no esteroideos
- b) Paracetamol
- c) Clopidogrel
- d) Anticonceptivos orales

##### 5. Es cierto que en caso de pirosis...

- a) Las comidas ricas en hidratos de carbono son aconsejables
- b) Es bueno echar una pequeña siesta después de comer
- c) Es preferible tumbarse sobre el lado derecho
- d) Se recomienda elevar la parte inferior de la cama para favorecer el retorno venoso

##### 6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) Algedrato es una sal mixta de aluminio y magnesio
- b) El efecto de las sales mixtas sobre el tránsito intestinal es impredecible
- c) Los antiácidos deben tomarse antes de las comidas
- d) La interacciones con antiácidos no suelen tener una gran significación clínica

##### 7. ¿Cuál de los siguientes fármacos se puede dispensar sin receta?

- a) Cimetidina
- b) Famotidina
- c) Omeprazol
- d) Rabeprazol

##### 8.Cuál de estos fármacos no pertenece a la categoría B?

- a) Cimetidina
- b) Famotidina
- c) Omeprazol
- d) Rabeprazol

##### 9. Señale la afirmación falsa:

- a) Los antisecretores no deben combinarse con antiácidos
- b) En general los inhibidores de la bomba de protones pueden utilizarse en insuficiencia renal
- c) Los inhibidores de la bomba de protones favorecen la eliminación de los anticoagulantes orales
- d) Famotidina se considera compatible con la lactancia

##### 10. ¿Qué planta medicinal recomendaría a un paciente con pirosis?

- a) Cáscara sagrada
- b) Equiseto
- c) Garcinia
- d) Malvavisco

## Respuestas correctas

1. c) Se estima que es una patología cada vez más frecuente.  
 2. d) La obesidad favorece la aparición de pirosis.  
 3. d) Todas son ciertas.  
 4. b) Paracetamol.  
 5. a) Las comidas ricas en hidratos de carbono son aconsejables.  
 6. a) Algedrato es una sal mixta de aluminio y magnesio.  
 7. b) Famotidina.  
 8. c) Omeprazol.  
 9. a) Los antisecretores no deben combinarse con antiácidos.  
 10. d) Malvavisco.