CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Edad

< 12 años.
> 75 años con patologías asociadas.
> 55-60 años con cambio en la sintomatología habitual.

Síntomas de alarma

Afagia (saliva o alimentos).
Vómitos oscuros o con sangre.
Deposiciones sanguinolentas o de color negro.
Sensación de "falta de aire" o sibilancias (evaluar la posible relación entre ronquera, afonía, tos y/o garganta seca con acidez).
Sudoración cuando siente las molestias.
Pérdida de peso o del apetito sin otra causa explicable.
Síntomas que sugieren dolor torácico de tipo cardíaco.

Situaciones especiales fisiológicas

Embarazo y lactancia (si no existe mejoría con dieta y tratamiento disponible o hay pérdida de peso).

Enfermedad y/o medicamentos

Sospecha de reacción adversa del uso de medicamentos
Ictericia y/o ascitis.

Situaciones especiales patológicas

Inmunosupresión.
Antecedentes familiares de cáncer (gástrico).

Fuente: elaboración propia de las autoras

© 2022 Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Pº de las Delicias, 31 • Esc. Izda. 4.º Dcha. • 28045 Madrid e IM&C, S.A.: Alberto Alcocer, 13, 1.º D • 28036 Madrid • Tel.: 91 353 33 70 • www.imc-sa.es

ARC|122280001623

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS SOBRE

Acidez y Reflujo

CASOS PRÁCTICOS



Ana Rodríguez Sampedro
Farmacéutica Comunitaria en A Pobra. A Coruña. Coordinadora del grupo de trabajo de Nutrición y digestivo de SEFAC

Pilar Morago Corella
Farmacéutica Comunitaria en Santander. Miembro del grupo de trabajo de Nutrición y digestivo de SEFAC

Patrocinado por:
FAES FARMA

Avalado por:
SEFAC
Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria

Rodríguez Sampedro A, Morago Corella P. Recomendaciones prácticas sobre Acidez y Reflujo: Casos Prácticos [Infografía]. Madrid: SEFAC; 2022. doi:10.33620/FC.2173-9218.(2022).PUB.1

¿QUÉ ES LA ACIDEZ?*

Sensación de quemazón de localización retroesternal o en la parte superior del epigastrio, acompañada a veces de regurgitación con sabor ácido y ardiente o amargo producido por reflujo gastroesofágico.



CAUSAS

Cierre inadecuado del esfínter esofágico inferior que ocasiona el ascenso del ácido del estómago hacia el esófago con irritación de este último ocasionado por: alimentación inadecuada, diversos trastornos digestivos, obesidad, embarazo, estrés, tabaco, uso prolongado de algunos medicamentos, etc. También podría deberse al **enlentecimiento del vaciamiento gástrico,** lo que aumenta el tiempo de permanencia de los alimentos ingeridos dentro del estómago y en consecuencia, aumenta la probabilidad de reflujo hacia el esófago. También por un **deterioro de la motilidad esofágica,** e incluso por una **disfunción de las glándulas salivales.** La saliva es ligeramente básica y rica en bicarbonatos, lo que permite amortiguar pequeñas cantidades de ácido que accidentalmente refluyen al esófago.



TRATAMIENTO

Medidas higiénico-dietéticas y medidas farmacológicas (en caso necesario) que aborden el problema de forma global.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS*

ANTIÁCIDOS: neutralizan el HCl tras reaccionar con él en la luz gástrica y aumentan la presión del esfínter esofágico inferior debido a una mayor secreción de gastrina reduciendo así la acidez. Además, pueden absorber la pepsina y otros enzimas proteolíticos disminuyendo así la agresividad química y enzimática sobre la mucosa digestiva. Eficaces en acidez ocasional, rápida acción en el alivio de los síntomas, a dosis convencionales son seguros y eficaces, se toman de ½ a 1 h. después de las comidas y hay que separarlos al menos 2 h. de la administración de otros medicamentos.

- **Sistémicos:** absorbibles. Reaccionan de forma rápida e irreversible con el HCl. Acción poco duradera, existe posibilidad de efecto rebote y un uso prolongado puede producir alcalosis metabólica y distensión abdominal. Ej: bicarbonato sódico.
- **No sistémicos:** no absorbibles. Forman una sal con el HCl que no se absorbe. Acción más lenta y sostenida, raro efecto rebote. Reacciones adversas leves. Algunos presentan efectos sobre la motilidad intestinal. Ej: sales de aluminio (hidróxido de aluminio), sales de magnesio (hidróxido de magnesio, óxido de magnesio), sales de calcio (carbonato de calcio), complejos de aluminio-magnesio (almagato, magaldrato).
- **Asociaciones de antiácidos sistémicos y no sistémicos.**

FITOTERAPIA: propiedades demulcentes, antiinflamatorias, digestivas, cicatrizantes, protectoras y calmantes de la mucosa gástrica. Combinaciones de polisacáridos de plantas con sales minerales y flavonoides que forman una película protectora de la mucosa del estómago y esófago calmando el ardor.

Ej.: aloe vera, malva, malvavisco, manzanilla, regaliz, salicaria, carraspique blanco, angélica, etc.

OTROS: forman parte de productos antiácidos. Efecto emoliente y calmante sobre la mucosa gástrica.

Ej: galactomanano, ácido hialurónico, sulfato de condroitina, inulina.

ANTISECRETORES: inhiben la secreción ácida en el estómago. Cuando los síntomas aparecen más de 2 veces por semana y/o son consecuencia de un trastorno más grave. Reducen de forma significativa y prolongada la producción gástrica de ácido. Existen muchas posologías en función de la patología a tratar aunque normalmente se toman 1 o 2 veces al día, preferentemente 30 minutos antes del desayuno/cena.

Ej: inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, rabeprazol, pantoprazol), antihistamínicos H2 (ranitidina y famotidina).

* Fuente: elaboración propia de las autoras

CASOS PRÁCTICOS

MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS

NO ABUSAR DE ALIMENTOS grasos, picantes, chocolate, café, bebidas con gas, alcohol, menta, cítricos, etc.



EVITAR LAS COMIDAS COPIOSAS Y MASTICAR bien los alimentos: preferible comer menos cantidad y más veces al día.



ESPERAR AL MENOS DOS HORAS después de la cena antes de irse a dormir.



LEVANTAR 20-30 CM EL CABECERO DE LA CAMA para evitar episodios de reflujo nocturnos.

DORMIR preferiblemente del lado izquierdo.



NO FUMAR



NO REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA INTENSA TRAS LA COMIDA



EVITAR ROPA EXCESIVAMENTE AJUSTADA y cinturones apretados, para evitar la presión intraabdominal.

