

Terapéutica de los trastornos del aparato digestivo superior

Los trastornos del aparato digestivo superior engloban una gran cantidad de entidades tan prevalentes como la dispepsia, la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la úlcera péptica, ligada o no a infección por *Helicobacter pylori*. Dentro del aparato digestivo superior también hay síntomas concretos como el vómito o el hipo, que todos sufrimos ocasionalmente, y que, dependiendo de su magnitud, nos provocan un malestar que requiere tratamiento específico.

Muchas de estas patologías comparten fármacos utilizados en sus respectivos tratamientos, tales como inhibidores de la bomba de protones (IBP), anti-histamínicos H₂ (anti-H₂), antiácidos o procinéticos. Sin embargo, aunque muchos de estos fármacos sean comunes, los planes de tratamiento varían en combinaciones, pauta posológica, duración y medidas adyuvantes en función de la enfermedad o síntomas que se estén tratando. Esta característica es de especial importancia, puesto que muchos de estos principios activos se comercializan en presentaciones de venta libre y son consumidos por los pacientes a demanda. Las consecuencias de ello pueden ir desde ineficacia por un uso incorrecto hasta efectos adversos por un uso abusivo, sin dejar de lado la posibilidad de que enmascaren patologías que requieren estudio médico en profundidad.

PATOLOGÍA GÁSTRICA

Es uno de los principales motivos de consulta en farmacia comunitaria y atención primaria. Los trastornos más prevalentes que aquí se encuadran (**Figura 1**) suelen presentar un solapamiento en su sintomatología que puede difi-

cultar su correcto diagnóstico. Aunque en muchos casos la causa de estos síntomas sea banal, ocasionalmente puede responder a una patología subyacente de pronóstico grave. Es esencial realizar una anamnesis cuidadosa y descartar el origen cardíaco así como la presencia de signos de alarma.

Dispepsia

La dispepsia es una sensación de dolor o malestar ubicada en la región superior del abdomen que a menudo es recurrente y que involucra numerosos síntomas en grado variable como indigestión, gases, saciedad precoz, plenitud postprandial, pirosis, dolor epigástrico, etc. En la mayoría de las ocasiones esta dispepsia es funcional, es decir, que no se debe al consumo de fármacos gastrolesivos ni tampoco es secundaria a patologías orgánicas. Este tipo de dispepsia es por tanto un diagnóstico de exclusión.

Tratamiento

Antes de iniciar cualquier tipo de tratamiento hay que descartar que se deba al consumo de fármacos gastrolesivos (en caso afirmativo, debe añadirse un IBP a dosis estándar y valorar la suspensión del fármaco implicado) o a una infección por *Helicobacter pylori* (debe pautarse tratamiento erradicador ante un resultado positivo –estrategia “test and treat”–). Una vez descartado que la dispepsia pueda deberse a alguna de estas dos causas se iniciará el tratamiento farmacológico.

El tratamiento de primera línea consiste en **omeprazol** 20 mg/24 h durante

4 semanas. Si hay un predominio claro de síntomas de dismotilidad (saciedad precoz, plenitud postprandial, náuseas asociadas a la ingesta) pueden utilizarse procinéticos antes de las tres comidas principales (metoclopramida 10 mg, cinitaprida 1 mg, cleboprida 500 mcg). También es aceptable iniciar el tratamiento con IBP más procinético, una combinación que suele ser eficaz, aunque debe recordarse que el tratamiento es sintomático y que no debe prolongarse indefinidamente por el riesgo de aparición de efectos adversos.

Los gases pueden tratarse con simeticona (máximo 480 mg/día) o carbón activo, agentes inespecíficos que reducen la tensión superficial de las burbujas de gas favoreciendo su coalescencia y eliminación. También son eficaces las plantas medicinales con anetol, como el anís estrellado (*Illicium verum*) o el hinojo (*Foeniculum vulgare*). La manzanilla (*Matricaria recutita*) y la alcaravea (*Carum carvi*) también tienen propiedades carminativas.

Ante la persistencia de síntomas, cambios importantes en su presentación o aparición de signos de alarma, debe realizarse una *endoscopia digestiva alta*.

Úlcera péptica

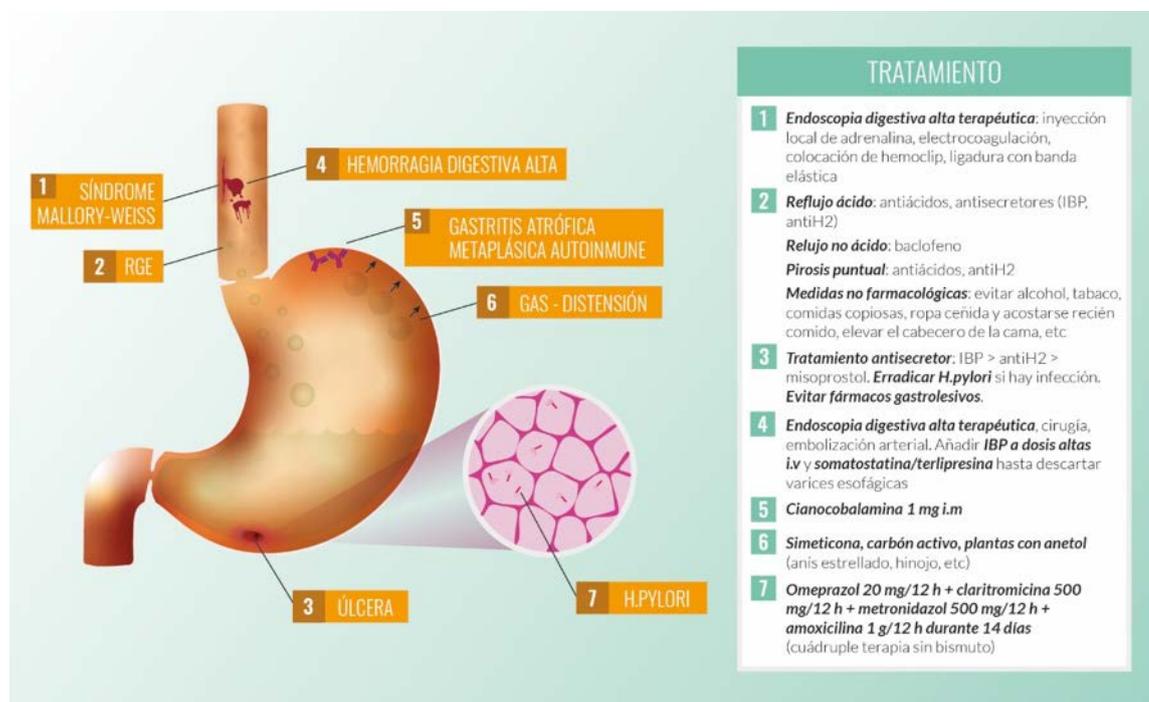
Consiste en una pérdida de sustancia en la capa mucosa que puede extenderse a la submucosa e incluso a la capa muscular pudiendo provocar una hemorragia digestiva alta (HDA) o perforación. Afecta a zonas del aparato digestivo que están en contacto con el ácido clorhídrico.

Las tres principales causas de úlcera péptica ordenadas de mayor a menor son: infección por *H. pylori*, tratamiento crónico con AINE y síndromes

misoprostol es con diferencia menos eficaz y tiene un peor perfil de seguridad, a lo que se suma el hecho de que es un fármaco abortivo y teratogénico

La cuádruple terapia con bismuto (IBP+P+bismuto+doxicilina+metronidazol) o de forma alternativa Pylera® (subcitrato de bismuto, tetraciclina y metronidazol

Figura 1. Patologías gástricas y su tratamiento.



+IBP se considera tratamiento de segunda línea por debajo de la cuádruple terapia sin bismuto, excepto en pacientes alérgicos a los betalactámicos, en los que sí es de primera línea.

La Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (sem-FYC) recomiendan el uso de la cuádruple terapia con bismuto sobre

de hipersecreción. *H. pylori* es con diferencia la causa más importante de úlcera antral y está presente en casi la totalidad de diagnósticos de úlcera péptica, hasta tal punto que erradicar la infección supone cicatrizar la úlcera en la mayoría de casos.

El síntoma predominante en la úlcera péptica es el dolor epigástrico, que clásicamente presenta cambios relacionados con la ingesta: en la úlcera duodenal se alivia con la ingesta o antiácidos y en la úlcera gástrica la respuesta a antiácidos es insuficiente y la ingesta suele exacerbar la sintomatología.

Tratamiento

El tratamiento **antisecretor** es esencial para cicatrizar las úlceras. Los **IBP** son con claridad los fármacos más eficaces con mayor tasa de cicatrización en menor tiempo. Los **anti-H2** también son una buena alternativa, aunque su tasa de curación es menor y requieren una administración más prolongada. El

(clasificado clásicamente como categoría X de la FDA) por el aumento del tono uterino que produce.

El tratamiento antisecretor se utiliza a dosis estándar, aunque su duración varía enormemente dependiendo de la localización de la lesión, causa, si se considera de riesgo, etc.

El **tratamiento erradicador de *H. pylori*** fue revisado en la *IV Conferencia Española de Consenso sobre el Tratamiento Erradicador de 2016*, en la que se estableció un nuevo criterio para considerar un tratamiento eficaz (umbral de erradicación superior al 90%). Esto supuso un cambio drástico, ya que la triple terapia clásica (IBP+amoxicilina+claritromicina), con una tasa de erradicación de aproximadamente el 75%, fue reemplazada por la **cuádruple terapia sin bismuto** (omeprazol 20 mg/12 h + metronidazol 500 mg/12 h + claritromicina 500 mg/12 h + amoxicilina 1 g/12 h) como tratamiento de elección.

Pylera®, ya que este último para un plan de tratamiento de 10 días no alcanza la tasa de erradicación del 90%.

Enfermedad por reflujo gastroesofágico

Se denomina enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) al conjunto de manifestaciones clínicas diversas (sensación de ardor, dolor, regurgitación) producidas por el reflujo del contenido gástrico y/o duodenal hacia el esófago.

Las principales causas que conducen a la ERGE son el descenso del tono del esfínter esofágico inferior e hipersecreción ácida. Los principales factores de riesgo son: consumo de alcohol, práctica de ejercicio físico, factores genéticos, *H. pylori*, hernia de hiato, posición de decúbito, obesidad y tabaco. Muchos fármacos también están relacionados con esta patología (antagonistas del calcio, nitratos, xantinas, diazepam, anticolinérgicos, estrógenos, etc.).

Tratamiento

El tratamiento se realiza con **antiácidos** y **antisecretores**, teniendo en consideración algunas particularidades:

- Si los síntomas son esporádicos: antiácidos (especialmente combinaciones con alginato) después de cada comida, ranitidina 150 mg/12 h o IBP a dosis estándar cada 24 h.
- Si los síntomas son frecuentes: combinar antiácidos y antisecretores, uso de IBP a dosis doble (esomeprazol es ligeramente más eficaz que el resto de IBP).
- Control insuficiente o reflujo no ácido: baclofeno (máximo 80 mg/día).
- Síntomas de claro predominio nocturno: uso de ranitidina 300 mg/noche como fármaco antisecretor.
- Casos refractarios: tratamiento quirúrgico.
- Medidas no farmacológicas: evitar comidas copiosas, alcohol, tabaco, cafeína, acostarse antes de 2 h tras las ingesta y el uso de ropa ceñida, dormir acostado en decúbito lateral izquierdo y con el cabecero de la cama elevado.

Hipo

Se debe a la contracción espasmódica, involuntaria y repetitiva del diafragma que produce una inspiración de aire que se acompaña de un ruido característico y molesto producido por el cierre brusco de la glotis y la vibración de las cuerdas vocales. Es un reflejo que carece de función protectora.

Tratamiento

La mayoría de las veces cede de forma espontánea en cuestión de minutos. Pueden realizarse maniobras vagales para favorecer su interrupción. En los casos en los que la duración sea más prolonga-

da puede utilizarse metoclopramida 10 mg/8 h. Cuando el hipo sea persistente (duración superior a 7 días) puede utilizarse baclofeno (máximo 80 mg/día) o clorpromazina (25-50 mg/6-8 h).

Cuando el hipo es frecuente, es posible que haya una causa responsable (la ERGE es la principal). También es habitual que se deba a hábitos alimentarios (consumo de bebidas carbonatadas, alimentos irritantes como especias, picante, etc.). Si el hipo persiste durante el sueño nocturno debe sospecharse de posible causa orgánica grave.

Gastritis

La gastritis es una *lesión inflamatoria de la mucosa gástrica en respuesta a una agresión aguda o crónica* que puede deberse tanto a agentes exógenos como endógenos. Las principales causas son intoxicaciones medicamentosas o alimentarias, consumo abusivo de alcohol, reacciones alérgicas (por ejemplo, anisakiasis gastroalérgica), ingesta de álcalis, cáusticos o compuestos orgánicos, exposición a radiaciones, etc.

La gastritis crónica se clasifica en tres tipos atendiendo a su etiología:

- *Autoinmune*: gastritis atrófica metaplástica autoinmune (GAMA) por presencia de autoanticuerpos dirigidos contra las células parietales.
- *Por infección crónica por H.pylori*.
- *Por consumo de AINE*.

Tratamiento

Todas las gastritis tienen un tratamiento similar que consiste en **retirar o tratar la causa** desencadenante (si fuese posible) e incorporar **tratamiento antiémético** para el control de las náuseas y vómitos en los casos en los que esté indicado. La GAMA tiene un tratamiento particular, ya que la carencia de factor intrínseco obliga a administrar

cianocobalamina i.m. para evitar el desarrollo de anemia perniciosa.

Vómitos

Es la *expulsión violenta y espasmódica del contenido del estómago a través de la boca con el objetivo de proteger al organismo de la absorción de sustancias tóxicas*. Sin embargo, el vómito puede ocurrir de forma indeseable asociado a otras situaciones (por ejemplo, mareo cinético o migrañas) o como síntoma de muchas enfermedades digestivas, infecciosas o neurológicas, entre otras causas. Debe distinguirse del vómito de regurgitación, ya que en este segundo caso el contenido asciende por el esófago sin los pródromos (náuseas, arcadas) característicos del vómito.

Tratamiento

El vómito tiene una fisiología compleja y, por ende, su clasificación y tratamiento también lo son. La Asociación Americana de Gastroenterología clasifica el vómito en los siguientes tipos:

- **Asociados a quimioterapia**: se subclasifican a su vez en emesis aguda, emesis diferida y vómitos anticipatorios. El tratamiento depende del potencial emetógeno del ciclo de quimioterapia. Los fármacos antieméticos más usados son la dexametasona, antagonistas 5-HT₃ (ondansetrón, granisetron, palonosetrón), antagonistas NK1 (aprepitant, fosaprepitant, rolapitant, netupitant) y antipsicóticos (quetiapina, clorpromazina). En el tratamiento de los vómitos anticipatorios se utilizan ansiolíticos (alprazolam).
- **Postoperatorios**: los fármacos más empleados en su control son el droperidol, la dexametasona y los antagonistas 5-HT₃ (ondansetrón, palonosetrón). La metoclopramida a dosis estándar no es eficaz y a dosis más elevadas no tiene un balance beneficio/riesgo favorable. Es importante controlar otras variables que influyen

en este tipo de vómitos, como el uso de analgesia opioide en el postoperatorio y el uso de anestésicos generales con alto potencial emetógeno (óxido nitroso, halogenados, etomidato).

- **De causa farmacológica y/o tóxica:** pueden utilizarse antagonistas D2 como metoclopramida o domperidona. Si la causa es farmacológica, la solución definitiva puede ser ajustar la dosis o incluso retirar el fármaco responsable. Los fármacos más relacionados con este tipo de vómitos son los agonistas dopaminérgicos, levodopa, apomorfina, digitálicos, opioides y antineoplásicos.
- **De causa infecciosa:** la mayoría de las veces son autolimitados y no requieren tratamiento farmacológico. En los casos en los que se requiera tratamiento antiemético, los antagonistas D2 son los fármacos más utilizados.
- **Asociados a alteraciones del SNC:** son complejos porque pueden deberse a numerosas causas. Algunas de las más habituales son:
 - **Asociados a cefaleas:** metoclopramida es de elección en la migraña; además, mejora la absorción de fármacos antimigrañosos.
 - **Vómitos en escopeta:** son sugestivos de elevación de la presión intracraneal (por ejemplo, en casos de meningitis).
 - **Cinetosis:** el tratamiento de elección son los antagonistas H1 (dimenhidrinato, meclizina) 0,5-1,5 h antes del viaje.
 - **Vértigos:** en el vértigo agudo la sulpirida (50 mg/8 h) es el fármaco más utilizado; en el síndrome de Menière el tratamiento de elección es la betahistina; y en el vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB), se suele emplear la maniobra de Epley.
- **Vómitos asociados a enfermedades metabólicas, gastrointestinales o psiquiátricas:** el tratamiento debe ir dirigido a la causa desencadenante. En los vómitos psicógenos, como los cuadros de emesis asociada a episodios puntuales de ansiedad aguda,

pueden utilizarse ansiolíticos para su control.

- **Vómitos del embarazo:** la doxilamina-piridoxina 10 mg/10 mg es el tratamiento de elección. En casos de hiperémesis gravídica, pueden usarse otros antieméticos como metoclopramida, cuyo uso se considera seguro. Los extractos de jengibre estandarizados en gingeroles al 10% son eficaces y seguros.

PATOLOGÍA DE LA VÍA BILIAR

La **litiasis biliar** es la presencia de cálculos en el interior de la vía biliar. No siempre la presencia de cálculos se traduce en episodios de dolor asociados a otros síntomas como náuseas, vómitos, anorexia, etc. Cuando estos síntomas sí están presentes, se habla de cólico biliar. En función de su localización distinguimos las siguientes patologías:

- **Colelitiasis:** cálculo en la vesícula biliar.
- **Síndrome de Mirizzi:** cálculo entre el conducto cístico y el conducto extrahepático común.
- **Coledocolitiasis:** cálculo en el colédoco.

Dentro del **cólico biliar** existen dos tipos atendiendo a la duración del episodio:

- **Cólico biliar simple:** de menos de 6 horas de duración. Es menos habitual que aparezcan náuseas y vómitos.
- **Cólico biliar complicado:** tiene una duración superior a 6 horas. Es habitual que se acompañe de náuseas y vómitos. Obliga a descartar complicaciones adicionales como la pancreatitis.

Por último existen otras dos entidades importantísimas en la patología biliar:

- **Colecistitis aguda:** inflamación de

la vesícula biliar que normalmente ocurre por impactación de un cálculo en el conducto cístico. Las paredes de la vesícula se expanden y hay dolor e hipersensibilidad a la palpación (signo de Murphy).

- **Colangitis aguda:** infección bacteriana por enterobacterias y anaerobios procedentes del intestino. Tiene un pronóstico grave.

Tratamiento

- **Medidas generales**

Se aplican en todas las patologías, y se componen de **analgesia** con diclofenaco 50 mg/8 h ó metamizol 1-2 g/8 h y antiespasmódicos (butilescopolamina 20-40 mg hasta un máximo de 100 mg al día). Los **AINE** son preferibles sobre el metamizol. En casos que no respondan, podrían usarse opioides (meperidina, morfina) aunque su uso es controvertido porque aumentan la presión de la vía biliar.

- **Tratamiento antibiótico**

Es un tratamiento combinado que debe asegurar la cobertura del espectro frente a anaerobios. Los casos más leves pueden tratarse con amoxicilina-clavulánico. En el resto, se utilizan cefalosporinas de tercera generación, piperacilina-tazobactam, carbapenemas, aztreonam, tigeciclina o amikacina.

- **Tratamiento quirúrgico**

La colecistectomía es el tratamiento de elección. Puede realizarse de forma urgente o precoz (dentro de las 24-72h) según la gravedad del cuadro. Actualmente, no se recomienda diferir la cirugía si no es estrictamente necesario, ya que la tasa de recidivas y probabilidad de acabar requiriendo colecistectomía urgente es alta. En la coledocolitiasis, el tratamiento de elección es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Las litiasis biliares asintomáticas no requieren tratamiento quirúrgico

salvo que existan factores de riesgo adicionales.

- **Tratamiento farmacológico**

Los cálculos de colesterol pueden disolverse con la administración de

ácido ursodesoxicólico durante largos periodos de tiempo, cuya eficacia es reducida y la tasa de recidivas alta; puede acompañarse de litotricia. Este tratamiento se reserva para aquellos casos en los que se rehúsa la cirugía o no es posible realizarla.

Puntos clave

En todo paciente que presente síntomas dispépticos recurrentes mantenidos en el tiempo está indicada la estrategia "test and treat" para descartar o confirmar la infección por *H. pylori*.

Todos los fármacos antisecretores (IBP y anti-H2) están comercializados en presentaciones de dos dosis, que se conocen como dosis estándar (la baja) y dosis doble (doble de la estándar). El omeprazol es el único caso especial, ya que además de la dosis estándar (20 mg) y la dosis doble (40 mg), tiene presentaciones de dosis de 10 mg.

Los IBP son los fármacos antisecretores más eficaces; sin embargo, su uso crónico para evitar supuestos efectos adversos gastrointestinales derivados del consumo de medicación no gastrolesiva, no está justificado y no debe realizarse.

La infección por *H. pylori* está presente en casi el 100% de las úlceras duodenales. El tratamiento erradicador es suficiente para cicatrizar la lesión en la mayoría de los casos.

El test del aliento o urea marcada con ¹³C es la mejor prueba diagnóstica para determinar infección por *H. pylori* por su alta sensibilidad y especificidad, bajo coste y por ser una prueba no invasiva.

Pylera® + IBP durante 10 días no es el tratamiento de elección, ya que para esta duración de tratamiento no alcanza el umbral de erradicación del 90% establecido en la *IV Conferencia Española de Consenso sobre el Tratamiento Erradicador de H. pylori* de 2016.

Teléfonos	Horario	
Información e inscripciones (Centro de atención colegial) cac@redfarma.org	902 460 902 / 91 431 26 89	L-J: 9:00-14:00 / 16:00-17:30 h. V: 9:00-14:30 h
Línea Directa del PNFC ⁽¹⁾ pnfc@redfarma.org / tutoriafc@redfarma.org	91 432 81 02	L-V: 9:00-14:30 h.
Secretaría Técnica Administrativa ⁽²⁾ secretariatecnicacgcof@redfarma.org	91 432 41 00 Fax 91 432 81 00	L-V: 9:00-14:30 h

1 Consultas sobre contenidos técnico-científicos.

2 Consultas sobre corrección de exámenes y certificados.

Direcciones de interés

Cuestionarios / Sugerencias	Consejo General de Farmacéuticos C/ Villanueva 11, 7.º - 28001 MADRID
Sección de formación continuada en Portalfarma	http://www.portalfarma.com/inicio/formacioncontinuada
Plataforma de formación online	https://formacion.nodofarma.es

Calendario previsto del plan nacional de formación continuada (Cconsejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos)

Curso	Plazo de inscripción	Inicio	Cierre
<i>Vacunación frente al rotavirus 3ª edición</i>	Cerrado	11/11/19	13/12/19
<i>Conceptos generales de vacunas y vacunación del viajero 3ª edición</i>	Hasta el 7/10/19	14/10/19	15/11/19
<i>Vacunación antimeningocócica 3ª edición</i>	Hasta el 21/10/19	28/10/19	29/11/19
<i>Trastornos del aparato digestivo, metabolismo y sistema endocrino</i>	Hasta el 14/10/19	6/11/19	18/5/20
<i>Gestión de los productos de autocuidado en la farmacia comunitaria 2ª edición</i>	Hasta el 5/1/20	15/1/20	16/4/20
<i>Medicamentos biológicos: innovadores y biosimilares 3ª edición</i>	Hasta el 7/1/20	13/1/20	13/7/20

En todos los cursos del Consejo General se solicita la acreditación oficial a la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Jornada de INNOVACIÓN TERAPÉUTICA

Sede: Organización Central del CSIC
C/ Serrano, 117 - Madrid

*Save
the date*

23 enero 2020

9:00 h. a 17:00 h.



Inscríbete en:

www.portalfarma.com

Plazas limitadas

Vocalía Nacional
de **Docencia e Investigación**

Vocalía Nacional
de **Farmacia Hospitalaria**

Vocalía Nacional
de **Industria**

**Farmacéuticos**
Consejo General de Colegios Farmacéuticos

Cuota de
inscripción:

50€

(IVA incluido)
hasta el 20/12/2019

70€ desde el
21/12/2019 al
20/01/2020

Patrocinado por:

 **NOVARTIS**