

INTERVENCIÓN E INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN ACIDEZ Y DISPEPSIA

ACIDEZ GÁSTRICA

La acidez gástrica se define como la sensación de ardor y quemazón en el estómago. Se trata de una inflamación de la mucosa gástrica causada por irritantes como el alcohol, productos ácidos o irritantes. También puede ser causada por estrés, comidas copiosas y la ingesta rápida de alimentos.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL MÉDICO DE FAMILIA O ESPECIALISTA

Deberá derivarse el paciente al médico o al especialista en los siguientes casos:

- Niños menores de 3 años.
- Personas mayores de 80 años.
- Paciente que presente alguno de los siguientes síntomas:
 - Náuseas.
 - Vómitos.
 - Pérdida de peso.
 - Heces negras (melenas).
 - Dolor abdominal irradiado a espalda, hombro o zona inferior de abdomen.
 - Dolor que le despierta por la noche.
 - Dolor que mejora al comer.
 - Ronquera o sibilancias
 - Dolor o dificultad al tragar.
- Paciente con:
 - Úlcera gástrica o antecedentes.
 - Hernia de hiato.
 - Reflujo gastroesofágico.
 - Hipersecreción gástrica.
 - Enfermedad inflamatoria intestinal
 - Enfermedades de la vesícula.
 - Estrés, ansiedad.
 - Insuficiencia renal.

- Paciente en tratamiento con alguno de los siguientes medicamentos:
 - AINE.
 - Beta bloqueantes.
 - Antagonistas del calcio.
 - Bifosfonatos.
 - Progesterona.
 - Antidepresivos tricíclicos.
- Paciente que ha tomado algún medicamento para tratar los síntomas y no ha mejorado en una semana.

TRATAMIENTO

Existen varios tipos de fármacos, como los antiácidos, los protectores de la mucosa gástrica y los inhibidores de la secreción ácida.

Alguno de los fármacos que se indican en este capítulo, necesitan receta médica para su dispensación.

Antiácidos:

Neutralizan la secreción ácida. No existe el antiácido ideal, ya que el bicarbonato no es recomendable por su efecto rebote. Las sales de aluminio solas no tienen gran efecto neutralizante, y pueden producir efectos adversos. De entre todos ellos, los fármacos destacables son:

- Asociaciones de hidróxido de aluminio y magnesio.
- Almagato.

Antagonistas de los receptores H2:

Inhiben la unión de la histamina a los receptores H2, disminuyen la concentración de AMPc y la secreción de ácido. De entre todos ellos, los fármacos destacables son:

- Ranitidina.
- Famotidina.
- Cimetidina.

Protectores de la mucosa gástrica:

Forman un gel viscoso que protege la mucosa gástrica.

- Sucralfato.

INTERVENCIÓN FARMACEUTICA

Las posibilidades de intervención van desde aconsejar unas medidas generales y dietéticas para evitar la acidez gástrica, hasta facilitar las recomendaciones oportunas para la toma del antiácido.

Medidas generales

- Evitar el sobrepeso.
- Evitar tumbarse inmediatamente después de comer o cenar.
- Evitar prendas ajustadas.
- Evitar factores de estrés.
- Hacer ejercicio físico (disminuye la secreción ácida).

Medidas dietéticas

- Evitar alimentos muy fríos o muy calientes, las comidas muy abundantes o condimentadas, y en general, todos los alimentos que el paciente reconozca por experiencia personal como irritantes (chocolate, tomate, cítricos, menta, hierbabuena, cebolla cruda, ajo, vinagre).
- Evitar o reducir los alimentos ricos en grasas, los fritos y los guisados.
- Reducir o evitar las comidas que favorezcan la acidez y los alimentos flatulentos.
- Ingerir los alimentos de forma relajada, lentamente siguiendo un horario regular, y preferiblemente en porciones pequeñas varias veces al día en lugar de tres comidas abundantes.
- Evitar el tabaco, alcohol, café, té y bebidas carbonatadas.

Toma de antiácidos

- No tomar durante más de una semana seguida.
- Para evitar interacciones con otros fármacos, espaciar dos o tres horas la toma del antiácido y del otro medicamento.

Los comprimidos masticables deben disolverse bien en la boca antes de tragarlos, tomando a continuación un vaso de agua.

DISPEPSIA

La dispepsia funcional, según los criterios de Roma IV, se caracteriza por uno o más de los siguientes síntomas: plenitud posprandial, saciedad temprana y dolor o quemazón epigástricos, sin evidencia de ninguna enfermedad estructural que pudiera justificar los síntomas, tras una evaluación clínica rutinaria.

El dolor o ardor como síntoma dispéptico debe ser diferenciado de la pirosis, considerado como síntoma de la ERGE, así como también el dolor del síndrome de intestino irritable; sobre todo en pacientes en los que pueden coincidir con uno o ambos trastornos.

La dispepsia es un síntoma común relacionado con una extensa fisiopatología, ocurre aproximadamente al 25% de la población cada año, pero se calcula que sólo uno de cada cuatro afectados busca consejo médico.

El consenso Roma IV clasifica las dispepsias funcionales en dos conjuntos en función de los síntomas predominantes:

- a) Síndrome del distrés postprandial, en el que predominan las molestias más que el dolor como síntoma, asociados a trastornos de motilidad gastroduodenal.
- b) Síndrome del dolor epigástrico, en el que predominan el síntoma dolor y/o ardor.

Una vez realizada una endoscopia digestiva alta que descarte la presencia de una causa orgánica subyacente (dispepsia orgánica) que es el diagnóstico más prevalente entre los pacientes dispépticos que acuden a las consultas de Atención primaria, el diagnóstico se realiza por exclusión. Sus causas y mecanismos fisiopatológicos probablemente sean múltiples, y son todavía poco conocidos, incluyendo alteraciones de la motilidad digestiva, de la regulación autonómica, de la sensibilidad visceral y de la respuesta general al estrés.

Entre las causas más frecuentes de las dispepsias orgánicas hay que considerar, además de la úlcera péptica que supone el 25% de las dispepsias, la neoplasia gastroesofágica, cálculos biliares, síndrome del intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones víricas, bacterianas, parasitarias y el consumo de fármacos (AINES pero también, bloqueantes de canales de calcio, metilxantinas, bisfosfonatos, orlistat, suplementos de potasio, acarbose y

algunos antibióticos entre los que destacan la eritromicina y el metronidazol o determinadas patologías no digestivas como la diabetes, alteraciones hidroelectrolíticas, trastornos tiroideos...

En la evaluación clínica inicial se debe valorar la posibilidad de que condicionantes puedan producir una dispepsia orgánica y descartar síntomas de alarma que requerirían un estudio exhaustivo del usuario para detectar una neoplasia gastrointestinal.

La detección de alguno de estos síntomas de alarma debe ser motivo de derivación al médico para realización de una endoscopia.

- Pérdida de peso no intencionada.
- Vómitos persistentes.
- Disfagia progresiva.
- Odinofagia.
- Anemia o deficiencia de hierro no explicada por otras causas.
- Hematemesis.
- Masa abdominal palpable o linfadenopatía.
- Historia familiar de cáncer GI superior.
- Cirugía gástrica previa.
- Ictericia.

MANEJO DE LA DISPEPSIA

En la mayoría de los casos la causa de la dispepsia no será obvia. La aproximación óptima en estos pacientes en ausencia de síntomas de alarma para el cáncer gástrico no está bien definida, pero se pueden plantear varias alternativas:

1. Modificaciones de estilo de vida.
2. Tratamiento empírico con terapia antisecretora.
3. Test no invasivo para detectar el *H. pylori* seguido de tratamiento y/o endoscopia si es positivo.
4. Endoscopia en todos los pacientes.

Inicialmente, los pacientes jóvenes que no presentan signos de alarma pueden ser tratados empíricamente sin necesidad de llevar a cabo estudios más profundos, por la escasa probabilidad de que presenten algún tipo de enfermedad grave de base. La edad para considerar a un paciente en este grupo varía de unos expertos a otros pero, normalmente, se sitúa entre los 45 y 55 años. En estos pacientes, en primer lugar se debe instaurar una serie de modificaciones en el estilo de vida que, en mu-

chos casos, suele ser suficiente para el control de los síntomas. Éste sería el primer paso en el tratamiento de los pacientes que, tras un estudio más exhaustivo, se llega al diagnóstico de dispepsia funcional.

Entre las modificaciones del estilo de vida, en primer lugar se deben evitar las comidas ricas en grasas, y aquellas que particularmente sean percibidas por el paciente como potencialmente problemáticas. Las comidas deben ser pequeñas y repetidas en lugar de grandes cantidades, y siempre se deben separar en, al menos, 3 horas de la hora de dormir o de hacer ejercicio físico. En caso de que el paciente sea obeso, se debe iniciar una estrategia de reducción de peso. Se deben evitar el tabaco, alcohol, café, chocolate, tomates y, siempre que se pueda, aquellos fármacos que anteriormente se enumeraron como relacionados con síntomas de dispepsia. En muchos casos puede ser positiva la elevación del cabezal de la cama.

Una revisión de la colaboración Cochrane sobre las estrategias de manejo inicial de la dispepsia concluyó que el tratamiento empírico con IBPs es efectivo y que la endoscopia o el diagnóstico de *H. pylori* puede beneficiar a algunos pacientes pero que no es coste-efectiva en la población general. Un metanálisis posterior de la estrategia "test and treat" para el *H. pylori* frente a la terapia empírica con supresores de la secreción ácida encontró poca diferencia en la resolución de los síntomas entre ambas estrategias.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico de la dispepsia funcional incluye el uso de procinéticos, antagonistas H₂ e IBPs pero, en general, se considera que los síntomas podrían ser útiles para la elección del tratamiento empírico, de forma que se utilicen en primer lugar antisecretores para la dispepsia tipo ulcerosa y procinéticos para la dispepsia tipo dismotilidad.

TERAPIA CON FÁRMACOS ANTISECRETORES

Una revisión Cochrane de 2017 otorga cierta superioridad de los IBPs sobre los anti H₂, pero en el tratamiento de la dispepsia se considera más coste-efectivo utilizar una escalada terapéutica (primero antiácidos anti H₂, después IBP) que la utilización de IBP desde el principio, ya que éstos pueden tener un cierto efecto de rebote y no están exentos de riesgo con su uso continuado.

TERAPIA CON PROCINÉTICOS

Este grupo inicialmente incluía, para la indicación del tratamiento de la dispepsia cisaprida, domperidona, metoclopramida, cinitaprida y levosulpirida. También podría incluirse en esta lista la mosaprida, pero no se encuentra comercializada en nuestro país. La cisaprida, pese a haber sido el fármaco más estudiado y utilizado del grupo, se retiró del mercado en 2004 debido a sus efectos adversos cardiovasculares. En cuanto al resto de estos fármacos, metoclopramida se vió afectada por una alerta sanitaria de la AEMPS y se realizó un cambio en su indicación, excluyendo su uso en el tratamiento de la Dispepsia Funcional y limitando su uso en el tratamiento de náuseas y vómitos.

También domperidona se ha visto afectada por una alerta emitida por la AEMPS sobre su relación con la aparición de arritmias cardíacas ventriculares y muerte súbita de origen cardíaco. Este riesgo parece ser superior en pacientes ancianos o aquellos que la utilizan a dosis superiores a 30mg/día. Por ello se recomienda su utilización a la menor dosis eficaz posible tanto en adultos como en niños.

Levosulpirida es un isómero de la sulpirida que ejerce su acción procinéctica mediante un mecanismo dual: 1) antagonista de los receptores dopaminérgicos D2, y 2) agonista de los receptores serotoninérgicos 5HT4, lo que le confiere una acción facilitadora colinérgica. A una dosis de 25mg tres veces al día, levosulpirida acelera el vaciamiento gástrico y de la vesícula biliar. Ensayos clínicos han demostrado que levosulpirida es más eficaz que placebo en la reducción de los síntomas dispépticos, y estudios comparativos han mostrado que levosulpirida posee un efecto similar o superior al de otros fármacos antagonistas dopaminérgicos.

El perfil de seguridad de levosulpirida es bueno, y la frecuencia de acontecimientos adversos similar a la de otros fármacos antagonistas D2. Por ello, este fármaco constituye una opción terapéutica útil en el manejo de los pacientes con dispepsia funcional, así como en pacientes con retraso del vaciamiento gástrico como la gastroparesia.

Dosificación Levosulpirida: 25mg tres veces al día.

Interacciones: Al acelerar el tránsito intestinal los procinécticos pueden modificar la absorción de algunos fármacos como la digoxina.

ERRADICACIÓN DE H. PYLORI.

En aquellos pacientes en que hayan fracasado las medidas dietéticas y el tratamiento empírico, está indicada la realización de estudios para detectar una posible infección por H. Pylori. Los pacientes con resultados positivos en este estudio y que permanezcan sintomáticos, deben ser sometidos a un tratamiento para la erradicación del H. Pylori. No se debe realizar la pauta de erradicación en aquellos pacientes que no presentan sintomatología aunque sean positivos, ni en aquellos que presentan sintomatología y que no hayan realizado el estudio de infección por H. Pylori.

Existen múltiples regímenes para tratar la infección por H. Pylori, sin embargo, ninguno ha sido definido como tratamiento óptimo. La terapia triple (lansoprazol 30mg, 1g de amoxicilina y claritromicina 500mg, todo pautado en un régimen de dos veces al día) de 7 días ha sido considerada como el tratamiento estándar de primera línea durante tiempo, pero actualmente su frecuencia de erradicación de H. pylori ha caído hasta niveles inferiores al 80% en muchos países debido a la creciente prevalencia de la resistencia a los antibióticos. La ampliación de la duración de este tratamiento a 14 días o el uso de regímenes de cuatro medicamentos como la terapia cuádruple con bismuto (bismuto tripotásico dicitrato de 300mg cuatro veces al día unido al lansoprazol 30mg dos veces al día, tetraciclina 500mg cuatro veces al día, y metronidazol 500mg tres veces al día durante 10 días), terapia concomitante (también denominada terapia cuádruple no bismuto, (lansoprazol 30mg, 1g de amoxicilina, claritromicina 500mg, y metronidazol 500mg, todo dado dos veces al día durante 5-10 días)) o la terapia secuencial (5 días de administración de amoxicilina con un IBP y 5 días más en los que la amoxicilina es substituida por claritromicina y nitroimidazol, además de persistir con el IBP), han demostrado capacidad para aumentar la frecuencia de erradicación como tratamiento de primera línea.

Datos recientes apuntan a que la terapia cuádruple con bismuto y la terapia secuencial podrían ser superiores a la terapia triple de 7 días, y de hecho distintas guías de consenso sugieren su uso como alternativa a la primera línea de tratamiento con la terapia triple en regiones con baja resistencia a la claritromicina. La terapia cuádruple, no obstante, es más compleja en su administración (y por ello más difícil su buen cumplimiento) y con propensión a mayores efectos adversos, por lo que la terapia secuencial podría ser la principal candidata a establecerse como el nuevo tratamiento estándar de primera línea.

Un reciente ensayo controlado aleatorizado (n=5.454) fue diseñado para comparar la eficacia de la terapia concomitante de 10 días, la terapia cuádruple de bismuto de 10 días y la triple terapia de 14 días como opción de tratamiento de primera línea.

Los resultados obtenidos mostraron que la terapia cuádruple con bismuto de 10 días fue más eficaz que la terapia triple de 14 días como tratamiento de primera línea para la erradicación de H. pylori con una prevalencia de resistencia a claritromicina y metronidazol del 15% y 25-30%, respectivamente. Sin embargo, la terapia concomitante de 10 días no fue superior a la triple terapia de 14 días. La terapia concomitante dada por 10 días no fue suficiente, lo que plantea la consideración de un eventual aumento de la duración del tratamiento a 14 días como ya ha sido sugerido en algunas conferencias de consenso.

PRINCIPIOS ACTIVOS EN SÍNTOMAS DE DISPEPSIA Y ACIDEZ O PIROSIS

GRUPO TERAPEUTICO	PRINCIPIO ACTIVO		POSOLOGIA	PRECAUCIONES	CONTRAINDICACIONES
ANTIACIDOS: Neutralizan el CLH, > el tono del cardias por el > de gastrina y disminuyen la agresión a la mucosa de la pepsina y otros enzimas proteolíticos. Indicados en: Molestias ocasionales relacionadas con alguno de los desencadenantes descritos. Los A. NO SISTEMICOS también se utilizan asociados a otros ttos. como en Úlcera péptica, gastritis, esofagitis..., siempre distanciando las tomas 2h entre ellos.	SISTEMICOS Tto. Rápido y a corto plazo, rebote de la acidez.	BICARBONATO SODICO	No se recomienda como PA único, todavía pueden solicitarlo los mayores. Se debe explicar porque no es recomendable. Solo en periodos cortos.	Hipernatremia. Hipertensos. Insuficiencia cardíaca o renal.	Insuficiencia renal grave. Hipercalcemia. Antecedentes de hipofosfatemia. Nefrolitiasis debida a cálculos renales de calcio.
		CARBONATO CALCICO (**)		Cálculos renales, Insuficiencia renal.	
	NO SISTEMICOS	ALMAGATO	No en < 12 años. Entre ½-1h. después de las comidas. Si son comprimidos deben masticarse bien. Ayudar a tragar con un vaso de agua. Las formas liquidas ayudan a arrastrar los ácidos en el esófago. NO>7 DIAS SIN MEJORIA. Dosis mínima eficaz.	Insuficiencia renal: Posible acumulación de Al y Mg. Ttos. prolongados: hipofosfatemia. En>65 años con osteoporosis. Embarazo: Almagato y Magaldrato, siempre ocasional. Lactancia: de forma esporádica.	En enfermos de Alzheimer, el aluminio puede contribuir al desarrollo de la enfermedad. Insuficiencia renal grave, desequilibrio electrolítico. Hemorragia gastrointestinal o rectal.
		MAGALDRAT			
			ALGINATOS. Se obtienen de Algas marinas.	No en <12 años, (*) NO>7 DIAS SIN MEJORIA	Las ya indicadas, porque va asociado a carbonato cálcico.

ANTIPLATULENTOS Alivio de la flatulencia, pueden ir en diferentes combinaciones, Simeticona sola, asociada a Enzimas pancreáticos o asociadas a procinéticos	SIMETICONA o DIMETICONA	GOTAS: 100mg (20 gotas) 3 veces/Día. Dosis Máxima 480mg/día Niños<2 años 20mg (4 gotas) 3 veces/Día Niños 2-12 40mg (8 gotas) 3 veces/Día COMPRIMIDOS: 40MG, 120MG o 240MG. No sobrepasar la Dosis Máxima. Masticar bien antes de tragar y tomar un vaso de agua para mejorar la deglución.	Si los síntomas persisten o si empeoran, o en caso de estreñimiento prolongado, el paciente debe consultar a su médico. No hay suficiente información en embarazo y lactancia.	Hipersensibilidad a la simeticona o a alguno de los excipientes. Perforación y obstrucción intestinal conocida o sospechada.
	ENZIMAS, PANCREATINA DE ORIGEN PORCINO	Adultos y adolescentes mayores de 12 años: 1 ó 2 comprimidos recubiertos, vía oral, en cada comida principal.	Son enzimas activas que en caso de liberarse en la boca pueden causar ulceración de la mucosa bucal. Se deben tragar los comprimidos enteros, con abundante líquido, sin partir y sin masticarlos. Hiperuricemia (1)	Hipersensibilidad a la pancreatina de origen porcino. No hay información suficiente en embarazo o lactancia

Las enzimas pancreáticas de origen porcino pueden contener purinas que eleven el Ac. Úrico. * Alginato va asociado a carbonato cálcico, presentaciones de mayor uso. **carbonato calcico, asociado a carbonato de magnesio o Alginatos.

CONSEJOS FARMACÉUTICOS: Alimentación variada y equilibrada, mejor en 5 o 6 ingestas/Día, evitar comidas ricas en grasa, muy condimentadas, picantes, comer siempre despacio, "la digestión comienza en la boca". Favorecen la acidez y reflujo: Té, café, Alcohol. Irritan la mucosa esofágica: chocolate, los cítricos, menta, hierbabuena, ajo, cebolla cruda, vinagre y disminuyen el tono del Cardias: grasas, fritos, menta, bebidas gaseosas, Alcohol, Alimentos demasiado calientes. No acostarse nada más comer o cenar, elevar la cabecera de la cama, dormir sobre el lado izquierdo. Controlar el estrés, NO hacer ejercicio después de comer. ALERTA en la mejoría de los síntomas para derivar al Médico. La Dispepsia puede aparecer en el embarazo.

OTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS: ANTISECRETORES (ANTIISTAMINICOS H2, IBP) SERAN DESCRITOS EN LA FICHA "PRINCIPIOS ACTIVOS EN ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTRO ESOFAGICO"

DERIVAR AL MEDICO: No hay mejoría con antiácidos y/o antiflatulentos ni con los consejos de hábitos de alimentación, > de 2 episodios en semana. El paciente utiliza antiácidos y antisecretores sin mejoría, en ambos casos han pasado más de 7-10 días del inicio del tratamiento. El paciente tiene reagudizaciones cuando suspende el tratamiento (antisecretores, antieméticos.), además de dolor epigástrico, acidez, distensión abdominal..., aparece tos, disfonía. La acidez despierta al paciente por la noche. EMBARAZADA, LACTANTE < 6 AÑOS Y > 65 AÑOS. SIEMPRE SI HAY HISTORIA CLINICA DIGESTIVA (ulcera, gastritis, ERGE...).

PROKINETICOS: con 2 o > Síntomas: Dolor epigástrico después de las comidas, > con la leche, mejora con el eructo, flatulencia con expulsión anal 2 o > veces al día. Náuseas y vómitos sin causa aparente. Saciedad postprandial o plenitud temprana	PROKINETICOS CON ACTIVIDAD ANTIDOPAMINERGICA	DOMPERIDONA	10-20mg/día, acción menor sobre la motilidad intestinal	Descrito en CEFALAS	Descrito en CEFALAS
		METOCLOPRAMIDA	30-60MG/día	Descrito en CEFALAS	Descrito en CEFALAS
		CLEBOPRIDE	Adultos 500mcg/3 veces día. No en < de 12 años. Administrar siempre unos minutos antes de las comidas.	No aumentar las dosis establecidas por el riesgo de aumento de reacciones extrapiramidales. En l. renal y/o hepática. Se debe prestar atención a la aparición de un aumento en los niveles de prolactina, especialmente en pacientes con tumores de la mama o adenocarcinoma hipofisiario secretor de prolactina. ¡OJO! Polimedicados	Hipersensibilidad a la cleboprida malato. Pacientes en los que la estimulación de la motilidad gastrointestinal pueda suponer un riesgo (hemorragia, obstrucción o perforación gastrointestinal) Antecedentes de discinesia tardía inducida por neurolepticos Epilepsia Enfermedad de Parkinson u otros trastornos extrapiramidales
	PROKINETICOS SIN ACTIVIDAD ANTIDOPAMINERGICA	CINATIPRIDA	<u>Comprimidos:</u> Adultos (mayores de 20 años): 1 comprimido, 3 veces al día, 15 minutos antes de cada comida. <u>Solución oral:</u> Adultos (mayores de 20 años): 5 ml, 3 veces al día, 15 minutos antes de cada comida. No se aconseja en niños ni adolescentes.	En pacientes de edad avanzada sometidos a tratamientos prolongados, pueden originarse discinesias tardías. No hay datos sobre su uso en embarazo o lactancia. ¡OJO! Polimedicados	Cinitaprida no debe administrarse a pacientes en los que la estimulación de la motilidad gástrica pueda resultar perjudicial, ya sea por la presencia de hemorragias, obstrucciones o perforaciones, ni tampoco a pacientes con probada discinesia tardía a neurolepticos. ¡OJO! Excipientes
FITOTERAPIA	Existen combinaciones de plantas (Aloe, Malva, Malvavisco, regaliz, Manzanilla, algas del genero Laminaria (alginatos) y también combinadas con plantas relajantes (Melisa, Tila, Lavanda, Espino Alba)..., EXTRACTOS LIQUIDOS DE MEZCLAS DE PLANTAS HIDROALCOHOLICOS				

(1) Las enzimas pancreáticas de origen porcino pueden contener purinas que eleven el Ac. Úrico

Bibliografía:

1. Med Clin (Barc). 2017;148(10):464–468 www.elsevier.es/medicinaclinica. Artículo especial. Los nuevos criterios de Roma (IV) de los trastornos funcionales digestivos en la práctica clínica.
2. Inhibidores de la bomba de protones para la dispepsia funcional. Revisión sistemática Cochrane. Marzo 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011194.pub2>
3. Inhibidores de la bomba de protones. Fundació Institut Català de Farmacologia. Butlletí Groc 2016; 29(1)
4. Levosulpirida en el manejo de la dispepsia funcional y la gastroparesia. Gastroenterología y Hepatología 2010 Vol. 33 (8): 586-590. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2010.07.002
5. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. CIMA. Ficha técnica Metoclopramida. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/40257/FT_40257.html
6. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. CIMA. Ficha técnica Levosulpirida. https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/63715/FT_63715.html
7. Acidez gástrica. Atención al paciente. Enfermedades y afecciones. Mayo Clínic 2018. <https://www.mayoclinic.org>.
8. Gallach M, Gascón P. La gastritis, l'acidesa gàstrica. Circular Farmacèutica, 1995 (15).
9. Comparación de tratamientos de primera línea contra Helicobacter pylori. The Lancet 2016; 388(10058): 2355-2365 9. Comparación de tratamientos de primera línea contra Helicobacter pylori. The Lancet 2016; 388(10058): 2355-2365

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD (2ª Edición).

Acreditado con 4,6 créditos - 44 horas.



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>

Información y suscripciones:

DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>



www.dicaf.es