

INTERVENCIÓN E INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN ERGE

INTRODUCCIÓN

El reflujo gastroesofágico, también llamado acidez estomacal, reflujo ácido e indigestión ácida se manifiesta con pirosis o regurgitación. Esto ocurre cuando las fibras musculares que constituyen el esfínter esofágico inferior se relajan en exceso permitiendo que se produzcan escapes gástricos. La pirosis es la sensación de ardor o quemazón en el área retroesternal y la regurgitación la sensación de retorno del contenido gástrico a la boca y a la hipofaringe. La aparición de ambos síntomas se considera diagnóstico de ERGE en su presentación típica. Los síntomas pueden empeorar con el ejercicio físico intenso o con la toma de fármacos como antagonistas de canales de calcio, anticolinérgicos, aminofilinas, nitratos, opioides u esteroides.

Además la ERGE puede cursar con otros síntomas y entidades clínicas, algunas de origen esofágico (dolor torácico por reflujo) y otras extraesofágicas (tos crónica, asma, laringitis, erosiones dentales, faringitis, sinusitis, fibrosis pulmonar idiopática y otitis media). El dolor torácico, la tos crónica y el asma son los procesos que presentan datos más concluyentes sobre su asociación con la ERGE.

La ERGE puede manifestarse con o sin lesiones endoscópicas, aunque la presencia de éstas no condiciona la severidad de los síntomas.

La esofagitis por reflujo es la complicación más frecuente de la ERGE. La estenosis, el esófago de Barret, el adenocarcinoma y la hemorragia son complicaciones muy poco frecuentes.

Se consideran como factores de riesgo para padecer la ERGE la obesidad, una ganancia reciente de peso (independiente del IMC), el hábito tabáquico, la presencia de una hernia de hiato, dormir en posición de decúbito lateral derecho y factores genéticos.

La hernia de hiato se produce cuando la porción superior del estómago asciende hacia el tórax a través del hiato diafragmático. Su relación con la ERGE es un tema controvertido, aunque inicialmente se pensó que la hernia estaba presente en los pacientes con ERGE, posteriormente se consideró un hallazgo casual. Por ello, en la actualidad se considera que la hernia de hiato por deslizamiento es uno de los factores de riesgo para el desarrollo de la ERGE, que modifica tanto la anatomía como la fisiología del mecanismo antirreflujo, lo cual contribuye a lesionar la mucosa del esófago, en particular en los pacientes con ERGE grave.

TRATAMIENTO DE LA ERGE

El tratamiento de la ERGE tiene como objetivo evitar o reducir la exposición ácida del esófago y la sintomatología asociada a la misma. Los tratamientos incluyen consejos sobre estilos de vida, medidas higiénico-dietéticas, fármacos y, ocasionalmente, cirugía.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

En el tratamiento de la ERGE se siguen utilizando los antiácidos y procinéticos aunque, en la actualidad, han sido superados por los fármacos antisecretores (antiH2 e IBPs) que hoy en día constituyen los fármacos de elección en el tratamiento de la ERGE.

Los **antiácidos** han demostrado ser superiores a placebo en el control de los síntomas de ERGE, y la combinación antiácidos-alginatos es más eficaz que los antiácidos solos. Su utilización ha quedado relegada al tratamiento de algunos episodios leves de pirosis o para el tratamiento de síntomas de reflujo en pacientes en tratamiento con IBP.

Procinéticos. Como cinitaprida y levosulpirida, tienen un papel muy limitado en el tratamiento de la ERGE, podrían ser beneficiosos en pacientes con predominancia de síntomas tipo regurgitación.

Fármacos antisecretores:

Existe consenso en las principales Guías de práctica clínica de nuestro entorno sobre que en los pacientes con sospecha diagnóstica de ERGE y sin signos y/o síntomas de alarma se debería iniciar un tratamiento empírico con un fármaco antisecretor.

Se recomienda el uso de estos fármacos en el tratamiento a corto plazo del síndrome típico de la ERGE (de dos a 4 semanas), aunque también se recomiendan en el tratamiento crónico para prevenir recidivas de la esofagitis o para el control sintomático de los síntomas, especialmente en caso de esofagitis graves o los pacientes con sospecha de síndrome de dolor torácico no cardíaco por reflujo.

En ocasiones se pueden utilizar también a demanda o pautados de forma intermitente para el control de los síntomas del reflujo típico.

En caso de síndrome extraesofágico establecido será necesario el tratamiento crónico con dosis plenas de antisecretores.

El uso de antisecretores debe ceñirse a las indicaciones establecidas, y la terapia a largo plazo se debe ajustar hasta la dosis mínima eficaz, basada en el control de síntomas.

Los antiH2 han demostrado su eficacia en el control de los síntomas de la ERGE y en el tratamiento de la esofagitis por reflujo. Se pueden utilizar en el tratamiento agudo a dosis plenas o de mantenimiento reduciendo la dosis a la mitad.

Se ha comprobado que su eficacia disminuye en tratamientos prolongados por lo que serían menos eficaces cuando son necesarios tratamientos a largo plazo. A su favor juega que presentan una farmacocinética apropiada para conseguir un alivio rápido de los síntomas, por lo que serían de elección en síntomas molestos intermitentes.

Aunque en la actualidad se suelen considerar superados por los IBPs, todavía hay recomendaciones para utilizar los antiH2 en primer lugar en el tratamiento de la ERGE sin erosión esofágica con síntomas leves por constituir una opción más coste-efectiva.

Los IBPs se consideran el tratamiento de elección en la actualidad ya que han demostrado su utilidad en el tra-

tamiento de la ERGE tanto en la terapia continua como a demanda, en el control de los síntomas, la curación de la esofagitis y en la prevención de las recurrencias, siendo más eficaces en todo ello que los antiH2.

No parecen existir diferencias clínicas significativas entre los distintos IBP a dosis equivalentes, siendo el omeprazol el más coste-efectivo. Aunque algunos estudios han mostrado mayor eficacia en la curación de la esofagitis con esomeprazol a dosis de 40mg este beneficio es modesto desde un punto de vista clínico.

Dosis diarias iniciales de IBPs para el tratamiento de la ERGE:

- Omeprazol 20mg.
- Lansoprazol 30mg.
- Pantoprazol 40 mg.
- Rabeprazol 20 mg.
- Esomeprazol 40 mg.

El IBP debe tomarse 30 minutos antes del desayuno para maximizar su eficacia, por lo que hay que asegurarse que el paciente que lo toma conoce esta recomendación.

En los pacientes que presentan síntomas persistentes a pesar de tomar un IBP una vez al día se considera que presentan ERGE refractario y en éstos se recomienda:

- Asegurar la toma del IBP por la mañana y la correcta adherencia al tratamiento.
- Recomendar cambios en el estilo de vida (cese del hábito tabáquico, disminución de peso...) especialmente si el paciente refiere relación de estos hábitos con la sintomatología.
- Descartar el consumo de AINE, u otros problemas como trastornos de la motilidad esofágica, gastroparesis, esofagitis eosinofílica, o esofagitis por Candida spp. En caso de que apareciesen síntomas de alarma como disfagia, odinofagia, anorexia, pérdida de peso y/o sangrado gastrointestinal estaría indicada la endoscopia. Si la endoscopia no demuestra lesiones de esofagitis, podrían someterse a otras pruebas diagnósticas (pH-metría y/o manometría esofágica) para investigar la presencia de reflujo.

Si los síntomas persisten y se ha descartado otra patología orgánica se recomienda doblar la dosis de IBP. Se ha de-

mostrado que para doblar la dosis es más efectivo, para aumentar el pH intragástrico, administrar las dosis en dosis separadas que administrar una dosis doble una vez al día, por ello se administrará una dosis 30 minutos antes del desayuno y se repetirá 30 minutos antes de la cena. Otra alternativa podría constituir la cambiar el IBP por otro a dosis equivalentes.

Si pese a doblar la dosis de IBP se siguen manteniendo los síntomas existen varias recomendaciones, aunque sostenidas con niveles menores de evidencia.

- Añadir de forma continua o intermitente un antagonista H₂ al acostarse. Si los síntomas persisten, se puede añadir un antidepresivo tricíclico, trazodona o un Inhibidor selectivo de recaptación de serotonina a dosis bajas pues se considera que realizan una acción analgésica a nivel visceral.
- Si los síntomas predominantes son de tipo regurgitación el baclofeno ha demostrado ser eficaz, pero presenta efectos adversos a nivel del SNC (mareo, debilidad...) que deben ser monitorizados. Se recomienda empezar con una dosis de 10mg dos veces al día e ir aumentando lentamente hasta llegar a los 20mg tres veces al día si el paciente los tolera.
- **Tratamiento quirúrgico.** Las indicaciones actuales para la cirugía antirreflujo incluyen la intolerancia a los fármacos, la falta de eficacia de los mismos para el control de la enfermedad, así como los síndromes atípicos de ERGE en los que se ha demostrado que el reflujo es la causa de los síntomas. No obstante, la indicación de cirugía debe individualizarse, informando al paciente sobre los posibles efectos secundarios y las dudas sobre su eficacia a largo plazo.

TRATAMIENTO DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN MUJERES EMBARAZADAS.

Se estima que entre el 30 y el 50% de las mujeres embarazadas sufren durante este periodo la enfermedad de reflujo gastroesofágico. Los síntomas, tales como sensación de ardor detrás del esternón y regurgitación, tienen inicio durante el primer trimestre y se intensifican hasta el final del embarazo. Por lo general, las complicaciones son raras y la incómoda situación de reflujo suele desaparecer después del parto.

Si no se obtienen buenos resultados después de recurrir inicialmente a medidas dietéticas (evitar las comidas co-

piosas y abundantes en materias grasas, ácidos o picantes, y el consumo de café, alcohol, tabaco) y comportamentales (evitar el esfuerzo físico o el acostarse justo después de las comidas, o tratar de elevar la cabecera de la cama entre 10 y 15cm), la primera opción farmacológica para tratar los casos más dolorosos debe centrarse en el uso de un antiácido, que aunque no reduce la frecuencia ni la sintomatología del reflujo, si permite rebajar de forma rápida aunque sólo temporal, el carácter ácido del reflujo.

No existe un riesgo particular para el uso de un antiácidos durante el embarazo siempre que se utilice por un período corto y en dosis moderadas. Algunos antiácidos contienen sodio, cosa que debe ser tenida en cuenta si se da el caso de hipertensión inducida por el embarazo. En función de las características de cada paciente se podrá elegir entre las diferentes opciones de antiácido disponibles.

Cuando la sintomatología es especialmente intensa o cuando existe riesgo o presencia de esofagitis puede recurrirse a los inhibidores de la bomba de protones. Omeprazol es la primera opción, tanto en el embarazo como fuera de él, pero en el caso de la mujer embarazada se trata del IBP mejor estudiado. Los datos relacionados con el uso de IBP durante el embarazo no han mostrado ningún riesgo particular.

Los bloqueadores selectivos H₂ de histamina también se utilizan cuando los síntomas de la enfermedad por reflujo esofágico se muestran especialmente problemáticos o si existe ya caso de esofagitis, pero son menos eficaces que los IBP en la esofagitis severa. Los resultados sobre el uso de bloqueadores H₂ en las mujeres embarazadas no presentan particularidades a destacar, pero el número de datos de que se dispone sobre esta exposición es limitado. La ranitidina es el bloqueador H₂ más estudiado durante el embarazo y el medicamento de referencia. También se sabe que, por contra, Cimetidina debe ser evitado debido al riesgo de interacción con otros medicamentos con los que pueda compartir su conocido efecto anti-androgénico. Cuando por ignorancia de la existencia de embarazo se ha dado exposición a este fármaco, se ha descrito cierto riesgo, aunque bajo, de feminización de un feto masculino.

TRATAMIENTO FITOTERAPÉUTICO DE LA ERGE SIN LESIONES

Las plantas medicinales que se utilizan para estas molestias afecciones no son específicas para la ERGE, son plan-

tas protectoras de mucosas, demulcentes, antiinflamatorias, digestivas y cicatrizantes. Destacaremos: Regaliz, Manzanilla, Rabo de gato y Malva, aunque también se usa con frecuencia Altea, Llantén, Caléndula y asociaciones diversas.

Cuando un paciente acude a la farmacia en busca de un producto que le alivie los síntomas de ERGE, como regurgitación, hiperacidez o pirosis, lo primero que hay que constatar es si se trata de un episodio puntual y esporádico. Una frecuencia superior a dos veces por semana, la duración y la gravedad de los síntomas de pirosis marcan, como hemos comentado anteriormente, el diagnóstico sintomatológico de ERGE.

El objetivo general de la fitoterapia en ERGE es aliviar los síntomas y prevenir complicaciones. Si no se obtiene mejoría en una semana o aparecen signos de alarma, lo que procede es derivar al médico. El tratamiento clásico médico a base de antiácidos, antiH2 o IBP no tienen equivalente en las plantas medicinales.

Existen tres situaciones en las que el Reflujo supone una molestia digna de tratar con fitoterapia, porque son grupos de riesgo y la medicina alopática suele ser conflictiva para ellos.

1. Embarazadas.
2. Niños.
3. Personas mayores o ancianos.

TABLA PARA EL USO DE LAS PLANTAS MEDICINALES EN ERGE

PLANTA MEDICINAL	COMPOSICIÓN	ACCIÓN	INDICACIONES	COMERCIALIZADOS
REGALIZ <i>Glycyrrhiza glabra</i> (Raíz y rizoma)	Saponinas Flavonoides Cumestanos Cumarinas Aceite esencial	Protector de la mucosa gástrica. Favorece la curación de úlceras	Hiperacidez Gastritis	REGALIZ MALVALIZ TISAPLANT YALUFOR
MANZANILLA <i>Matricaria camomila</i> (inflorescencias)	Aceite esencial Flavonoides Lactonas Cumarinas Taninos Ácidos fenólicos	Favorece la curación de úlceras. Antiinflamatoria Digestiva	Dispepsias Plenitud gástrica	MANZANILLA BLEVIT/ ALIVIT AQUILEA DIGEST TISAPLANT YALUFOR BIOANACID
RABO DE GATO <i>Sideritis angustifolia</i> (sumidad florida)	Aceite esencial Flavonoides Saponinas Taninos	Protector de la mucosa gástrica.	Hiperacidez Gastritis Dispepsias Plenitud gástrica	RABO DE GATO
MALVA <i>Malva sylvestris</i> (Flores y hojas)	Mucílagos Flavonoides Taninos	Demulcente y protectora de la mucosa gástrica. Antiulcerosa	Gastritis Dispepsias	ABAD HAMON AQUILEA MALVA YALUFOR

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Si es para una persona mayor polimedicada las plantas medicinales evitan la adición de otros fármacos más potentes que pueden interferir o desplazar a los medicamentos de fondo del paciente. El uso de regaliz no se recomienda por su comportamiento mineralcorticoide que interfiere en múltiples procesos. Pongamos como ejemplo un paciente mayor que toma antihipertensivos, antidiabéticos orales y antidepresivos; lógicamente en el caso de ERGE será más seguro para el paciente tomar Manzanilla o Rabo de gato en vez de Omeprazol (IBP), Cleborida (procinético) o ranitidina (anti H2). En el caso de ineffectividad de las plantas medicinales se pasaría al escalón siguiente de farmacoterapia sintética.

En embarazadas se debe evitar Regaliz que es, probablemente, abortivo y puede alterar el equilibrio electrolítico. Si se usa Malva o Altea recordar que no conviene tomarlo con otros fármacos ya que los mucílagos afectan la absorción.

Para niños lactantes la elección será un preparado de disolución instantánea a base de Manzanilla y otras plantas asociadas, que permiten su adición al biberón.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PLANTAS MEDICINALES PARA ERGE SIN LESIONES

Grupo de pacientes	Adultos sanos	Embarazadas	Lactantes	Polimedicados
Planta seleccionada	REGALIZ MANZANILLA	MANZANILLA RABO DE GATO MALVA	MANZANILLA Preparados instantáneos	MANZANILLA RABO DE GATO
Evitar		REGALIZ		REGALIZ MALVA

INFORMACIÓN AL PACIENTE

La información al paciente con ERGE debe contener los siguientes apartados:

1. Información sobre la ERGE, sus síntomas y sus complicaciones.
2. Información sobre su tratamiento con fitofármacos o fármacos aloppáticos.
3. Instrucciones sobre el uso racional de las plantas medicinales y los fármacos para dicha indicación (forma de administración, posología, duración del tratamiento, conservación, etc).
4. Educación sanitaria con descripción de los hábitos higiénico-sanitarios adecuados y medidas dietéticas.
5. Advertencias sobre los signos de alarma que pudieran aparecer para que el paciente comprenda cuales son los casos en los que tiene que acudir a urgencias o visitar a su médico.
6. Si es un paciente habitual de la farmacia y tiene medicación crónica proponerle el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) para llevar su caso más de cerca.

PRINCIPIOS ACTIVOS MAS FRECUENTES EN ENFERMEDAD POR REFLUJO ESOFAGICO (ERGE)

TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO	RECOMENDACIONES SIEMPRE INDIVIDUALIZADAS A CADA PACIENTE SEGÚN SITUACIÓN PERSONAL Y NECESIDAD DE INTERVENCIÓN. Evitar sobrepeso y obesidad, disminuye la acidez y el reflujo por tanto la posibilidad de desarrollar ERGE. Descartar HERNIA DE HIATO. Evitar comidas copiosas, grasas, especiadas o picantes, distribuir la ingesta de alimentos en 5 o 6 al día, Dedicar tiempo a la comida, de forma relajada, entre 20-45 minutos al menos, masticar bien los alimentos; la digestión empieza en la boca. No acostarse inmediatamente después de comer, recostarse sobre el lado izquierdo favorece el vaciado gástrico. Identificar los alimentos que producen acidez (pirosis) y/o Reflujo de forma más frecuente. Alimentos relacionados son: chocolate, cítricos, bebidas carbonatadas y también el té y el café. No fumar ni beber alcohol. No hacer ejercicio después de comer (espaciar 2 horas). Evitar ropa ajustada en la zona abdominal, cinturones..., aumentan la presión intraabdominal. Eleva la cabecera de la cama unos 20cm si no repercute en la calidad del sueño.			
GRUPO TERAPEUTICO	PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGIA	PREACUACIONES	CONTRAINDICACIONES
IBP: INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES Son el tratamiento de elección en ERGE, provocan una inhibición total de la secreción gástrica (alivio de síntomas, cicatrización de la esofagitis y control de la recidiva)	OMEPRAZOL 20MG, 40MG	En > 65 años y Adultos 20MG/Día durante 4 semanas, si la remisión no es total, se amplían otras 4 semanas. En ERGE severas 40mg/ Día en una toma durante 8 semanas. Siempre se debe evaluar al paciente y la eficacia del Tto. En ERGE curadas se puede establecer un Tto. A largo plazo de 10-20mg para evitar recidivas. Niños> 1 año > 10 Kg 10mg/Día, entre 2-8 semanas, en Niños> 2 años y > 20Kg 20mg/ Día. Siempre dependiendo de los síntomas y si hay o no esofagitis.	PARA TODOS LOS IBP: En tratamientos superiores a los 3 meses y con mayor incidencia en los de > 1 año, síntomas graves de hipomagnesemia como fatiga, tetania, delirio, convulsiones, mareos y arritmia ventricular que aparecen de forma insidiosa y pasan desapercibidos. Aumento del riesgo de fractura de muñeca, cadera y columna vertebral, en Ttos. De > 1 año y en pacientes de edad avanzada. < de la absorción de Vit. B12. Mayor riesgo de infecciones gastrointestinales por Salmonela y clostridium. Se asocia a casos muy infrecuentes de Lupus eritematoso cutáneo subagudo. Interferencias en exámenes de tumores neuroendocrinos. Omeprazol es el IBP mejor estudiado en el embarazo.	Hipersensibilidad al Omeprazol o excipientes El omeprazol, al igual que otros inhibidores de la bomba de protones (IBP), no debe administrarse de forma concomitante con atazanavir o nelfinavir (inhibidores de la proteasa en VIH)
	LANSOPRAZOL 15-30mg Se han notificado algunos casos de diarrea grave y persistente	15-30mg/Día, durante 4 semanas, se puede prolongar 4 semanas más y si no hay remisión reevaluar al paciente, considerar beneficio/riesgo en Ttos >1 año. No en niños	B12. Mayor riesgo de infecciones gastrointestinales por Salmonela y clostridium. Se asocia a casos muy infrecuentes de Lupus eritematoso cutáneo subagudo.	Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Igual que Omeprazol
	PANTOPRAZOL 40mg Control de transaminasas	Adultos y niños> 12 años 40mg/ Día, durante 4 semanas y si es necesario 4 semanas más No recomendado en niños, no existen experiencia suficiente	Interferencias en exámenes de tumores neuroendocrinos. Omeprazol es el IBP mejor estudiado en el embarazo.	

IBP	RABEPRAZOL 10MG Y 20MG	En >65 años y Adultos 20mg/Día durante 4 semanas o 8 semanas. Mantenimiento 10mg, con los síntomas controlados se puede pautar una dosis de 10mg "A Demanda". No esta recomendado en niños, no existen experiencia suficiente.	Notificaciones de neutropenia y trombocitopenia, discrasias sanguíneas que se resolvieron con la suspensión del Tto.	Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes. Rabeprazol está contraindicado en el embarazo y durante la lactancia.
ANTIACIDOS	Ya descritos en la ficha "Dispepsia y Pirois", se suelen administrar solos en síntomas de reflujo leves, utilizados "a demanda" por el paciente, solos o combinados. Se utilizan en ERGE combinados con IBP para controlar la acidez y reflujo nocturno y evitar aumentar la dosis de los IBP.			
PROCINETICOS	Ya descritos en la ficha "Dolor de cabeza" son útiles cuando el reflujo se debido a una alteración en el vaciamiento gástrico.			
ANTIISTAMINICOS H2	Superados por los IBP, su inhibición de la secreción acida es parcial, su indicación principal sería en la ERGE en pacientes sin esofagitis en pirois y reflujo intermitente y en tratamientos cortos.			

DETECCIÓN EN LA FARMACIA DE ERGE ANTE UNA CONSULTA DE ACIDEZ O REFLUJO:

- 1. ASOCIADA CON LA INGESTA DE ALIMENTOS:** Puede haber Acidez y/o Reflujo, indicación antiácidos, consejos no farmacológicos descritos e individualizados según perfil de paciente y situación, si no remiten los síntomas derivar al Medico.
- 2. INDEPENDIENTE DE LA INGESTA DE ALIMENTOS:** Pensar en ERGE asociada o no a Hernia de hiato, recomendar antiácidos y consejos no farmacológicos descritos e individualizados según perfil de paciente y situación. Aconsejar visita al Médico para un diagnostico preciso de la situación.
- 3. ASOCIAR ANTIACIDOS A IBP SIN PRESCRIPCIÓN o ANTIISTAMINICOS H2 DE DISPENSACIÓN SIN RECETA MEDICA.** En ambos casos si no remiten los síntomas con antiácidos puede estar retrasándose el diagnostico.
- 4. PACIENTE YA DIAGNOSTICADO Y EN TRATAMIENTO:** Si está ASINTOMATICO, recomendar control por su médico para evaluar la retirada, sobre todo en pacientes con tratamiento de > de 3 meses. SI CONTINUAN LOS SINTOMAS, no existe una mejoría optima para el paciente, remitir al médico para reevaluar el tratamiento.

DERIVAR AL MEDICO:

Niños < 6 años y entre 6-12 años si no mejoran con fitoterapia y medidas no farmacológicas.

Pluripatología y polimedicación: Posible relación con medicamentos que toma el paciente.

A pesar del tratamiento con antiácidos los síntomas persisten > 2 veces por semana.

Síntomas de alarma: disfagia/odinofagia, vómitos frecuentes, pérdida de peso sin causa aparente, tos nocturna, disnea, dolor epigástrico intenso, sensación de plenitud precoz.

Bibliografía:

1. Protocolo de dispensación fitoterapéutica en ERGE. The Pharmaceutical Letter 2011; 11 (17): 161-168.
2. University of Michigan Health System. Gastroesophageal reflux disease (GERD). Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2012 May. 12 p
3. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. JAMA 2014; 311(23): 2452
4. Tratamiento del reflujo gastroesofágico en mujeres embarazadas. Up to Date: Acid reflux (gastroesophageal reflux disease) during pregnancy; Accessed June 2016
5. Reflux gastro-œsophagien et grossesse : choix des traitements. La revue Prescrire 2015; 35 (381): 521-526
6. Kahrilas PJ, Shaheen NJ, Vaezi MF, Hiltz SW, Black E, Modlin IM, Johnson SP, Allen J, Brill JV, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology 2008 Oct;135(4):1383-91, 1391.e1-5.
7. Tarrazo Suarez JA. Guía Clínica de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Fistera. Actualizada por última vez 26/4/2012

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