



AUTOR

David Herrero Pérez^{1,2}

1. Farmacéutico comunitario en Madrid.
2. Diplomado en Nutrición Humana y Dietética.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Sexo: hombre.

IMC: 31,5.

Edad: 47 años.

Profesión: empresario.

Anamnesis:

- HTA en tratamiento con atenolol (1/0/0).
- Dispepsia gástrica con eructos postprandiales.
- Disfagia de naturaleza espasmódica.
- Pirosis mecánico-postural.
- Odinofagia (dolor paroxístico en la deglución).
- Ronqueras con afonías sin síntomas catarrales.
- Ocasionalmente nauseas.
- Tabaquismo.
- Hábito etílico moderado.

RAZÓN DE CONSULTA

El paciente acude a la farmacia quejándose de un “quemazón que siente en la boca del estómago” que viene padeciendo desde hace unos días y que mejora con la toma de antiácidos, pero sólo durante una hora, reproduciéndose los síntomas tras este tiempo.

EVALUACIÓN

El reflujo gastroesofágico se define como el paso del contenido al esófago de forma espontánea, en ausencia de algo que lo provoque (nauseas, vómitos, etc.).

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

En pequeña magnitud es un fenómeno físico, que se manifiesta especialmente tras la ingestión de alimentos y en cortos espacios de tiempo, sin que tenga consecuencias clínicas. El reflujo gastroesofágico fisiológico se debe, sobre todo, a relajaciones transitorias espontáneas del esfínter esofágico interior.

La etiopatología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es multifuncional. Su desencadenante más importante es el mal funcionamiento del esfínter esofágico (EEI). Entre los aspectos favorecedores figuran factores mecánicos, como alteraciones en la motilidad esofágica y en el mecanismo de aclaración esofágica y del contenido del estómago. Las alteraciones en el esfínter esofágico superior y el reflujo gastroduodenal parecen desempeñar un papel menos importante¹.

INTERVENCIÓN

Dadas las características de la sintomatología y los antecedentes personales, cabe pensar en una patología esofágica compatible con ERGE y, puesto que la efectividad de los antiácidos parece escasa en este paciente, se le recomienda acudir a su médico especialista a la mayor brevedad posible con el fin de realizarle el estudio clínico correspondiente que permita un diagnóstico correcto y el ajuste de la medicación.

Mientras tanto, se le dan unas pautas alimentarias y conductuales como disminuir el consumo de aquellos alimentos que pudieran causar o empeorar la sintomatología de la ERGE: tabaco, café y derivados cafeínicos, bebidas carbonatadas, comidas grasas, fritos o picantes, especias fuertes, ajos, cebollas, tomate y derivados. De la misma forma se recomiendan unas medidas higiénico-posturales: evitar acostarse inmediatamente después de las comidas, dormir con el tronco ligeramente elevado (usar 2 almohadas), evitar el uso de prendas que

le opriman la cintura, no flexionar el cuerpo para evitar el reflujo, comer pequeñas cantidades masticando bien cada bocado de alimento, hacer comidas poco copiosas y frecuentes.

RESULTADO

El paciente vuelve a la semana a la farmacia, tras haber acudido a su médico de cabecera y haberle diagnosticado una hernia de hiato que será tratada con omeprazol 20 mg (1-0-1) y reeducación conductual y alimenticia.

El paciente refiere un buen control en general, pero con picos de acidez cuando no sigue las recomendaciones higiénico-dietéticas, por lo que se le recuerda que, además de omeprazol prescrito por su médico para la hernia de hiato, puede usar un antiácido de acción rápida, cuando aparezcan estos episodios puntuales de acidez.

SEGUIMIENTO

Al cabo de tres meses el paciente acude a la farmacia con una clara mejoría, por lo que se le remite al médico para que, si lo ve conveniente, modifique el tratamiento a una sola cápsula diaria antes del desayuno advirtiéndole de que el ERGE es una patología que puede hacerse crónica.

Se le anima a que siga con su tratamiento y con las nuevas conductas alimentarias que se le aconsejaron en la farmacia. FC

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Documento de Consenso de Patología digestiva. Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y hernia de hiato. Madrid: SEFAC-SEMERGEN; 2009.