

CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente
Facultad de Medicina, Universidad de Chile



Seminario N°93

Reflujo Gastroesofágico en el Embarazo

Dr Carlos Millán Valdés, Dr Daniel Martín Navarrete, Dra Daniela Cisternas Olguín, Dr Juan Guillermo Rodríguez

Definición



- ❖ Reflujo gastroesofágico es el paso de contenido gástrico hacia el esófago y ocurre normalmente de forma fisiológica, pero en episodios cortos y sin molestias
- ❖ Se considera patológico cuando ocasiona síntomas molestos o lesiones erosivas en el esófago
- ❖ 2 tipos
 - ❖ Esofagitis erosiva: lesión erosiva visible en endoscopia
 - ❖ Enfermedad por reflujo no erosiva: sin lesiones a la endoscopia, pero con síntomas atribuibles al reflujo gastroesofágico

Epidemiología



- ❖ Prevalencia entre 10 a 20 %
- ❖ Durante el embarazo es reportado por un 40 a 85% de las pacientes
- ❖ Valores obtenidos generalmente por autoreporte de síntomas de pirosis

Cambios Fisiológicos del Embarazo



- ❖ El ácido gástrico se mantiene estable durante embarazo
- ❖ El vaciamiento gástrico también se mantiene sin cambios, solo se altera durante el trabajo de parto debido a los fármacos analgésicos administrados
- ❖ Tránsito intestinal aumentado en intestino delgado y colon
- ❖ Pacientes con diabetes pueden tener gastroparesia y aumentar el tiempo de vaciamiento gástrico

Cambios Fisiológicos del Embarazo



- ❖ Aumenta el reflujo gastroesofágico, debido a factores mecánicos y hormonales, que disminuyen el tono del esfínter esofágico inferior
- ❖ Progesterona reduciría directamente el tono del esfínter, necesita estrógeno para inducir expresión de receptores
- ❖ El tono está disminuido durante los tres trimestres, y mejora rápidamente post-parto
- ❖ Aumento de la presión intraabdominal debido a aumento de tamaño del útero, sería el segundo factor contribuyente

Clínica



- ❖ Sensación quemante en área retroesternal, pirosis, generalmente en periodo postprandial
 - ❖ Se considere moderado si ocurre 2 o más días a la semana, y se considera severo si ocurre de forma diaria
- ❖ Percepción de reflujo hasta la boca o hipofaringe, generalmente alimentos parcialmente digeridos en contenido ácido
- ❖ Durante el embarazo, los síntomas se presentan desde el primer trimestre, y en general empeoran a medida que aumenta la gestación

Clínica



❖ Otros síntomas

❖ Disfagia (probable lesión esofágica)

❖ Dolor torácico, que simula angina

❖ Hipersalivación

❖ Náuseas

❖ Síntomas poco comunes en el embarazo, en general en pacientes con patología crónica y más severa

Diagnóstico



- ❖ El diagnóstico inicial se hace basado en los síntomas
- ❖ Manometría y pHmetría se pueden realizar durante el embarazo, pero raramente son necesarios

Manejo



- ❖ Condición puede afectar profundamente calidad de vida
- ❖ Mantener presente la seguridad de los fármacos a nivel fetal

- ❖ Manejo inicial es conservador, modificaciones estilo de vida y dieta
- ❖ Útil en la mayor parte de las pacientes con síntomas moderados



Manejo

❖ Manejo Conservador:

- ❖ No comer 3 hrs previas a acostarse
- ❖ Elevar la cabecera de la cama 10-15 cm
- ❖ Dormir en decúbito lateral izquierdo
- ❖ No consumir alcohol, tabaco
- ❖ Evitar grasas, chocolate, café, cítricos, tomate



Manejo

- ❖ Si síntomas no mejoran, se deben utilizar fármacos
- ❖ No existen estudios adecuados para comprobar su seguridad. Basado en reportes de casos, y estudios retrospectivos
- ❖ Fármacos: Antiácidos, antihistamínicos 2, inhibidores bomba de protones, protectores de mucosa gástrica, procinéticos



Manejo

❖ Antiácidos

- ❖ Alrededor 30-50% de las pacientes los usan durante el embarazo
- ❖ Se consideran seguros
- ❖ Deberían evitarse los que contienen bicarbonato, por riesgo de producir alcalosis metabólica
- ❖ Evitar uso mantenido de los que contienen trisilicatos de magnesio, por riesgo fetal
- ❖ Preferir antiácidos en base a aluminio, calcio o magnesio
- ❖ Inicio acción 5 minutos, duración 30-60 minutos. No previenen nuevos episodios



Manejo

❖ Protectores Mucosa: Sucralfato

- ❖ Se adhiere a la mucosa y protege del efecto del ácido, además promueve recuperación
- ❖ Efecto limitado en tiempo, y menor potencia que inhibidores de bomba protones
- ❖ Estudio randomizado, controlado, 42 pacientes, comparó sucralfato vs cambio estilo de vida, mejoró síntomas en un 90%, comparado al 43% sin el fármaco
- ❖ Considerado segunda línea de fármacos en el embarazo según algunos autores



Manejo

- ❖ Antihistamínicos 2, Ranitidina, Famotidina
 - ❖ Ranitidina uso en embarazo por más de 30 años
 - ❖ Un estudio randomizado, controlado, en pacientes embarazadas refractarias a cambios estilos de vida y antiácidos, se utilizó ranitidina 150 mg cada 12 hrs, demostró mejoría de síntomas en 56% de de las pacientes
 - ❖ Existen estudios retrospectivos de exposición a ranitidina durante embarazo, y no han aumentado malformaciones congénitas, ni abortos, ni complicaciones del embarazo
 - ❖ Clasificados en categoría B por la FDA

- Raja Affende, Laurence Egan. Gastroesophageal reflux disease in pregnancy. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. Vol 21, No 5 pp 793-806, 2007
- Peter J Kahrilas, MD. Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux in adults. UpToDate Mar 2018
- Larson JD, Patatanian E, Miner PB, Double-blind, placebo controlled study of ranitidine for gastroesophageal reflux symptoms during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1997; 90 (1): 83-87

Manejo



❖ Inhibidores Bomba de Protones

- ❖ Fármacos más efectivos en la inhibición del ácido gástrico
- ❖ Inhibe bomba de protones (cambia hidrógeno por potasio, H-K-ATPasa), que es vía final única de los estímulos de la secreción de ácido gástrico (acetilcolina, histamina, gastrina)
- ❖ No han demostrado mayor utilidad que el placebo o que los antihistamínicos-2 durante el embarazo
- ❖ Omeprazol es categoría C por asociarle a riesgo de aborto y óbito fetal en estudios animales. Lansoprazol, esomeprazol son categoría B
- ❖ Existe metaanálisis años 2007, con 593 embarazadas usando inhibidores boma protones, 534 omeprazol, con RR de malformaciones 1,18 (no significativo)
- ❖ Se recomienda evitar en primer trimestre, luego se consideran seguros. Son fármacos de tercera línea

- Raja Affende, Laurence Egan. Gastroesophageal reflux disease in pregnancy. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology. Vol 21, No 5 pp 793-806, 2007
- Peter J Kahrilas, MD. Clinical manifestations and diagnosis of gastroesophageal reflux in adults. UpToDate Mar 2018
- Nifkar S, Abdollahi M, Moretti ME. Use of proton pump inhibitors in pregnancy: a multicenter prospective controlled study. Aliment Pharmacol Ther 2005; 21: 269-275

Manejo



❖ Procinéticos

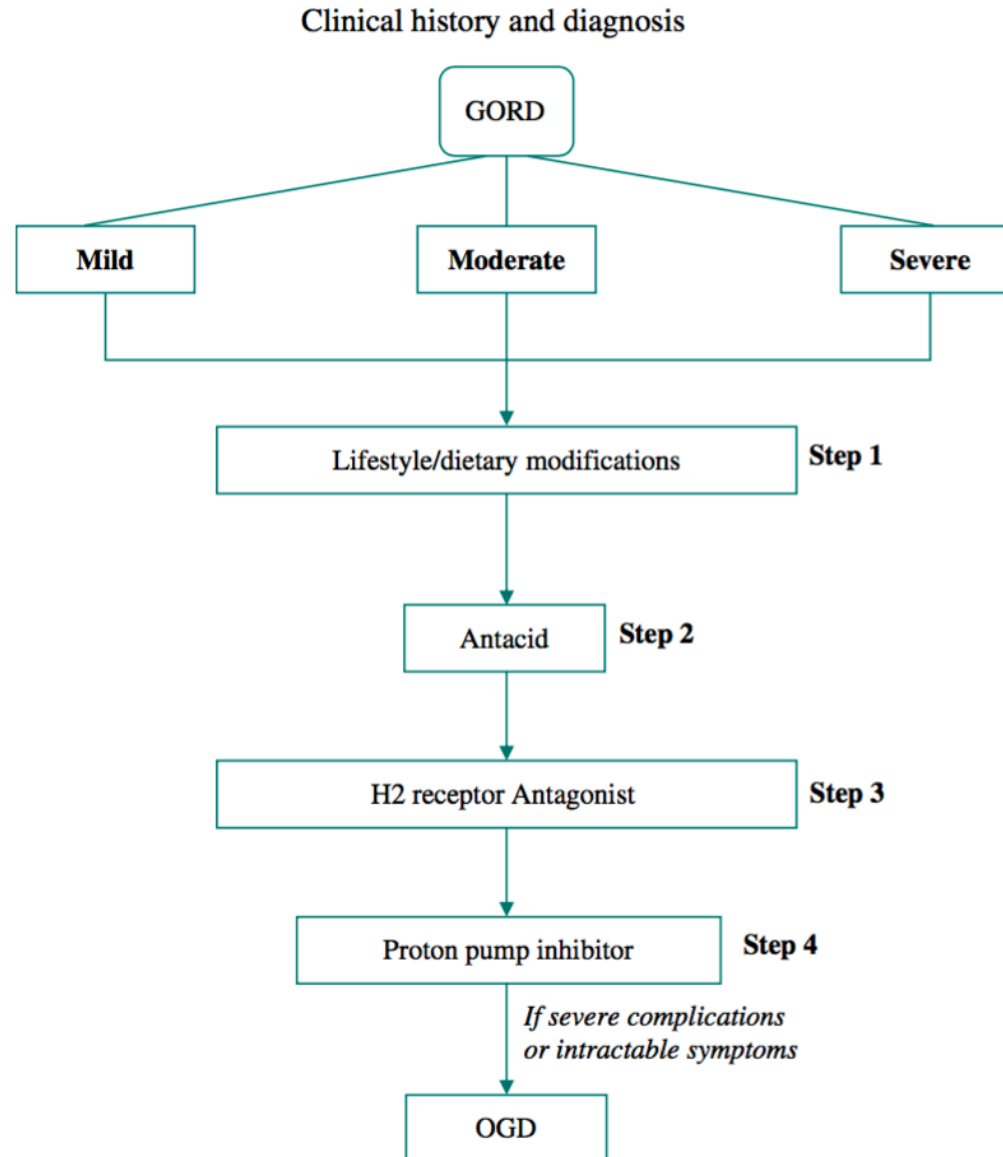
- ❖ Generalmente son fármacos utilizados para náuseas o vómitos
- ❖ Tienen efectos anticolinérgicos, que reducen los síntomas de RGE debido a que aumentan la presión del esfínter esofágico inferior, promoviendo el vaciamiento gástrico
- ❖ Metoclopramida se considera seguro su uso durante el embarazo
- ❖ Se consideran como terapia adyudante, o de última línea en el manejo del RGE durante el embarazo

Manejo



❖ Endoscopía

- ❖ Se utiliza solo cuando los síntomas persisten sin mejoría y severos, aún con el uso de todos los fármacos previos, o cuando se asocian a hemorragia
- ❖ En general en manejo conjunto con gastroenterólogo
- ❖ El procedimiento se considera seguro durante el embarazo
- ❖ Predomina el concepto, primero tratar y endoscopía después





Lactancia

- ❖ En general síntomas mejoran post parto. Pero algunas pacientes persisten sintomáticas

Table 4. Safety of GORD medications during lactation.

Drug	Safety	Comments
Antacids	Yes	Not concentrated in breast milk
Sucralfate	Yes	Minimal, if any, excretion in breast milk
H2RA		
Cimetidine	Yes	American Academy of Paediatrics classified as compatible with breast feeding
Ranitidine	Yes	Excreted in breast milk in concentration similar to cimetidine
Famotidine	Yes	Lowest concentrations in breast milk of all H2RAs
Nizatidine	No	Growth depression in pups of lactating rats
Proton-pump inhibitors	No	Little known of excretion in breast milk. Growth depression in pups of lactating rats receiving omeprazole and rabeprazole.

GORD, gastro-oesophageal reflux disease; H2RA, histamine-2 receptor antagonist.

Conclusiones



- ❖ Reflujo gastroesofágico durante el embarazo es una patología muy común
- ❖ En general síntomas se producen por cambios asociados a la fisiología del embarazo (progesterona)
- ❖ Manejo con modificaciones estilos de vida y fármacos de primera línea alivian a la gran mayoría de las pacientes
- ❖ Casos refractarios podrían necesitar manejo conjunto con gastroenterología o estudio con endoscopía digestiva alta

CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente
Facultad de Medicina, Universidad de Chile



Seminario N°93

Reflujo Gastroesofágico en el Embarazo

Dr Carlos Millán Valdés, Dr Daniel Martin Navarrete, Dra Daniela Cisternas Olguín, Dr Juan Guillermo Rodriguez