

Edita: Estudio Colaborativo Español de Malformaciones Congénitas

Nº 45

Mayo 2013



PREVENCIÓN DE DEFECTOS CONGÉNITOS

Pirosis y su tratamiento durante el embarazo



M^a Montserrat Real Ferrero¹, Eva Bermejo-Sánchez^{1,2,3}, M^a Luisa Martínez-Frías^{1,3,4}

¹Centro de Investigación sobre Anomalías Congénitas (CIAC) – Instituto de Salud Carlos III

²Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, Instituto de Salud Carlos III

³CIBER de Enfermedades Raras (CIBERER). U724

⁴Departamento de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

* * * * *

Introducción:

Más del 50% de las mujeres embarazadas sufren *pirosis* (que consiste en una molestia derivada del reflujo gastro-esofágico) durante la gestación, aunque durante el tercer trimestre del embarazo puede llegar a afectar al 80% de las mujeres. La pirosis produce una sensación de ardor a la altura del esternón, que puede extenderse hacia arriba en dirección a la garganta. Esta sensación puede ser extremadamente molesta, y se produce al contactar los contenidos gástricos ácidos con el esófago, aunque durante la gestación también puede ocurrir un reflujo de contenido alcalino duodenal e incluso de bilis.

A diferencia del estómago, la mucosa del esófago no tiene un recubrimiento protector para prevenir los efectos corrosivos de los cambios de pH en su contenido. En consecuencia, la exposición prolongada del esófago a los ácidos gástricos puede tener un efecto corrosivo sobre la mucosa esofágica (o esofagitis), que puede llegar a provocar sangrado y/o estenosis. No obstante, en la actualidad, la aparición de estas complicaciones es escasa, gracias a la existencia de eficaces tratamientos.

Como ya se ha comentado, la frecuencia de la pirosis durante el embarazo es muy alta, pero está directamente relacionada con la edad gestacional, con el número de embarazos previos y con antecedentes de reflujo gastro-esofágico. Además, tiene una correlación inversa respecto a la edad materna.¹ En general, los síntomas de la pirosis son leves y suelen responder a cambios en la

dieta y el estilo de vida. El diagnóstico se realiza sólo a través de los síntomas. Si el reflujo no se controla o aparecen complicaciones, la prueba de primera elección sería una endoscopia con sedación y analgesia, lógicamente con la mínima dosis necesaria.^{1,2}

Etiopatogenia:

La causa del aumento de la pirosis durante el embarazo es compleja, y es probable que sea multifactorial. Sin embargo, y aunque los mecanismos causales precisos no se han comprobado, se conocen algunos **mecanismos fisiopatológicos** que se presentan durante el embarazo e influyen de manera concluyente en esta patología:

1. Dado que la progesterona actúa sobre el músculo liso, produce una reducción del tono del cardias, con la consiguiente **disminución de la presión esofágica**, lo que favorece la salida de los jugos ácidos del estómago hacia el esófago.
2. También disminuye la **motilidad intestinal**, lo que puede dar lugar a ondas más lentas y de menor amplitud en el peristaltismo, y retrasar el vaciamiento gástrico.
3. Con el avance del embarazo se produce un incremento progresivo del volumen del útero, y éste va a **aumentar la presión en el estómago**, favoreciendo el reflujo.

Tratamiento:

El único tratamiento posible es sintomático, para lo que se dispone de las siguientes medidas:

1. Medidas higiénico-dietéticas: En primer lugar se deben indicar medidas higiénico-dietéticas, como no hacer comidas copiosas, sino ligeras y más frecuentes, y no tumbarse hasta pasadas dos horas de haber comido. Al acostarse, mantener la cabeza en una posición elevada unos 10 ó 15 cm. respecto al abdomen, y evitar ciertos cambios posturales que puedan exacerbar los síntomas. Con estas normas se intenta reducir la producción ácida y/o evitar el reflujo asociado con el cambio postural.²

2. Medidas farmacológicas: Si las medidas higiénico-dietéticas no son suficientes, se debe añadir un tratamiento farmacológico, pero manteniendo las medidas anteriores. Los tratamientos de elección serán:

• **Los antiácidos derivados de aluminio, magnesio y/o calcio, así como el alginato de sodio,**³ que neutralizan el ácido del contenido gástrico o protegen el recubrimiento del estómago y esófago. Sin embargo, aunque estos fármacos no incrementan el riesgo para el desarrollo embrionario y fetal, es importante tener presente alguno de los efectos adversos que pueden tener, como el estreñimiento y la diarrea, ya que pueden dificultar la absorción de algunos alimentos y suplementos.

• **Los antagonistas de los receptores H2 de la histamina (anti-H2).** Deben utilizarse cuando la pirosis no se controla con las dosis habituales de antiácidos. En esta situación, mejor que incrementar la dosis de antiácidos, es cambiar a estos otros fármacos que son antagonistas específicos, competitivos y reversibles de los citados receptores. Además, hay trabajos en los que se concluye que el uso de los bloqueantes H2 de la histamina durante el embarazo, no aumenta el riesgo de malformaciones congénitas, mortalidad perinatal, parto prematuro, bajo peso al nacer o baja puntuación de Apgar.⁴ El anti-H2 mejor estudiado es la ranitidina.

• **Los inhibidores de la bomba de protones (IBP).** Estos productos se pueden utilizar cuando los anti-H2 no resultan eficaces. Actúan inhibiendo las enzimas del estómago involucradas en la producción ácida. En diversos análisis se ha mostrado que no incrementan los riesgos para el desarrollo del embrión y feto. El hecho de que el omeprazol sea el fármaco más prescrito y estudiado de este grupo, hace que sea considerado como el más “seguro”, y no existen evidencias de que incremente el riesgo para el desarrollo embrionario y fetal.

En consecuencia, tanto la **ranitidina** como el **omeprazol** se pueden utilizar durante el embarazo, siempre que sean necesarios.

TRATAMIENTO DE PIROSIS DURANTE EL EMBARAZO	
Medidas higiénico dietéticas	Normas sobre la alimentación. Cambios posturales
Medidas farmacológicas por orden de utilización	1º Antiácidos
	2º Si los anteriores necesitan altas dosis, sustituir por: Anti-H2
	3º Si los anteriores no son eficaces tratar con Inhibidores de la bomba de protones

Conclusión:

La pirosis es un síntoma que puede ser, no sólo extremadamente molesto, sino tener graves consecuencias si no se trata adecuadamente, siguiendo las pautas indicadas en este Propositus.

Referencias:

1. Majithia R, Johnson DA. Are proton pump inhibitors safe Turing pregnancy and lactation? Evidence to date. *Drugs* 2012;72:171-9.
2. Neilson JP. Interventions for heartburn in pregnancy. *Cochrane Summaries*. Published online: January 31, 2013. <http://summaries.cochrane.org/CD007065/interventions-for-heartburn-in-pregnancy>
3. Strugala V, Bassin J, Swales VS, et al. Assessment of the safety and efficacy of a raft-forming alginate reflux suppresant (liquid Gaviscon) for the treatment of heartburn during pregnancy. *ISRN Obstet Gynecol*. 2012;481870.
4. Matok I, Gorodischer R, Koren G, et al. The safety of H(2)-blockers use Turing pregnancy. *J Clin Pharmacol*, 2010;50:81-7
5. Pasternak B, Hviid A. Use of Proton-Pump inhibitors in early pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2010;363:2114-2123.

Agradecimientos:

Al Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad. A las Consejerías de Sanidad de: Cantabria, Castilla y León, Galicia, Principado de Asturias y Región de Murcia. A la Fundación 1000, sobre defectos congénitos.