

# PROTOCOLOS DE NORMAS DE ATENCION SEGÚN NIVELES, CON ENFOQUE DE INTEGRACION DE LA ATENCION

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE  
HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RIO  
C.A.E. : UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA  
PROGRAMA DE APOYO A LA ATENCION PRIMARIA

## REFLUJO GASTROESOFAGICO

*Es el paso involuntario, retrogrado, del contenido gástrico hacia el esófago torácico. Es un fenómeno fisiológico que ocurre a lo largo de toda la vida, que no produce daño tisular, siendo más frecuente en el período de lactante. Si este cuadro se produce con suficiente frecuencia e intensidad como para superar la capacidad defensiva de la mucosa esofágica a la agresión, que pueda causarle el ácido, la pepsina o el contenido biliar del material refluido, eventualmente se condicionará síntomas más o menos severos, produciéndose la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (RGE).*

## I.- NIVEL PRIMARIO DE ATENCION

a) *Diagnóstico :*

El síntoma más frecuente es la *regurgitación*, es decir la expulsión sin esfuerzo y sin náusea previa del contenido gástrico. Deberá investigarse: el número de episodios de regurgitación diaria y vómitos; el volumen regurgitado; y la relación con la alimentación.

*Complicaciones del reflujo (RGE patológico) :*

1.- *ESOFAGITIS*, que puede manifestarse como:

- Dolor retroesternal o epigástrico;
- En el lactante puede manifestarse como irritabilidad, rechazo alimentario, el despertar en medio de la noche o el mal dormir.
- Anemia ferropriva secundaria al sangramiento de la esofagitis .

- 2) El reflujo puede estar asociado a cuadros respiratorios como:
- Síndromes bronquiales obstructivos a repetición
  - Neumonías recurrentes por aspiración
  - Cuadros de tos crónica
  - Episodios de apnea
  - Laringitis a repetición.
- 3) El mal incremento ponderal puede asociarse también, a un reflujo patológico; los lactantes que presentan regurgitaciones y vómitos que condicionan una disminución del aumento ponderal o pérdida de peso, de acuerdo a parámetros en uso, son sugerentes de complicaciones de RGE.

*Examen físico* deberá evaluarse el estado nutricional, considerando las relaciones P/T, P/E y T/E. Desarrollo psicomotor. Evaluación de piel y mucosas en búsqueda de anemia. Examen pulmonar en busca de signología respiratoria.

b) *Exámenes complementarios:* En niños que no presenten sugerencia de RGE patológico (inmadurez fisiológica de la región cardio-hiatal, que puede presentarse en 40% de los lactantes), no se efectuarán exámenes complementarios.

c) *Terapéutica:*

Medidas generales: Evitar ropa ajustada a la cintura; Así como maderas y alimentos muy calientes. En escolares y adolescentes debe evitarse la comida abundante, alimentos ricos en grasas, bebidas gaseosas, jugos ácidos, chocolate, plátano, menta y vainilla y no dormir hasta dos horas luego de haber ingerido comidas. Los lactantes deberán mantenerse en posición supina o decúbito derecho lateral, en posición anti - trendelenburg a 30 grados.

*En lactantes menores de 6 meses que por historia y examen físico no sugieran la presencia de un reflujo patológico se indicará tratamiento postural y de dieta por seis semanas y luego se controla.*

*En los mayores de 6 meses que no presenten un reflujo patológico, se indica un tratamiento postural, dietético y Domperidona 0,2 mg/Kg/dosis cada 6 a 8 horas vía oral, por 8 semanas y luego se controla.*

*Cuando se trate de lactantes con clínica de reflujo patológico deberá iniciarse medidas de posición, dieta y derivar a nivel secundario.*

Preescolar, escolar y adolescente con síntomas de reflujo gastroesofágico: deberá iniciarse medidas posturales y dietéticas y derivar a nivel secundario.

c) *Prevención secundaria:*

Evitar el sobrepeso que agrava el reflujo al igual que la exposición al humo del cigarrillo. En lactantes evitar el uso de "silla nido".

e) *Referencia:*

Derivar a nivel secundario en forma mediata sólo:

- 1) lactante menor con reflujo no patológico, que luego de 6 semanas de tratamiento médico, no mejora los síntomas.
- 2) lactante de cualquier edad en que se sospeche reflujo patológico por la existencia de alguna de las complicaciones antes mencionadas
- 3) Preescolar, escolar y adolescente con síntomas de reflujo gastroesofágico.

Derivar a nivel secundario en forma inmediata: no corresponde.

## II.- NIVEL SECUNDARIO DE ATENCION

a) *Diagnóstico* : Anamnesis con antecedentes de embarazo y parto; peso y talla de nacimiento; historia de alimentación actual, detallando: preparación, concentraciones, volúmenes y técnicas de alimentación. Deberá determinarse la frecuencia y volúmenes de alimentos regurgitados y su relación con la alimentación. Presencia de hipo, irritabilidad, mal dormir, y cuadros bronquiales obstructivos a repetición.

Examen físico: evaluar estado nutricional, describiendo relación P/E, T/E y P/T; observación de piel y mucosas, en búsqueda de anemia; valoración del desarrollo psicomotor; evaluación cardiopulmonar para determinar la presencia de síntomas respiratorios.

Imagenología y Laboratorio: Todos los pacientes derivados a nivel secundario por sospecha de enfermedad por reflujo; se les realizará un estudio radiológico digestivo alto ( E.E.D); destinado a evidenciar presencia de una malformación anatómica, como hernia hiatal

grande, estenosis esofágica o pilórica, que explique la presencia del reflujo. Tiene escasa utilidad en la evaluación de la severidad del reflujo.

En pacientes con historia y examen físico que orienten a la presencia de esofagitis (anemia, irritabilidad, pirosis, ardor retroesternal), deberá realizarse una *endoscopia digestiva alta*, para objetivar la presencia de esofagitis; si no existe evidencia macroscópica de esta, deberá tomarse biopsia esofágica buscando evidencia histológica de esofagitis.

Deberá realizarse pHmetría esofágica de 24 horas, a pacientes de las siguientes condiciones: 1) cuadros de hiperreactividad bronquial, 2) neumonías recurrentes 3) síntomas laringeos recurrentes 4) lactante con extrema irritabilidad y/o rechazo a la alimentación 5) estudio del dolor retroesternal.

*En la pHmetría se coloca transnasalmente un electrodo en el tercio inferior del esófago, que registra los cambios de pH en un "bolter" registrador que almacena la información para su posterior lectura en un programa específico de ordenador. Los parámetros utilizados son: número total de reflujo ácido (normal menos de 4 en 24 horas); reflujo más largos (normal menos de 25 segundos); Porcentaje de pH inferior a 4 (normal menor a 3,4%); duración media de reflujo en posición acostado (normal menos de 3 minutos).*

Esta prueba es la exploración más fiable y específica para la detección de RGE; ayuda a cuantificarlo y establecer su posible relación con síntomas extra intestinales.

*Los pacientes con historia sugerente de apnea obstructiva asociada a reflujo, deberán hospitalizarse en forma inmediata, en la Unidad de Cuidados Intermedios, para monitorización y realización de polisomnograma, en forma conjunta con Ph. metría esofágica.*

b) y d).- *Terapéutica; y Evolución esperada:*

Indicaciones de medidas generales: posición y dieta, según lo descrito anteriormente. *En lactante con reflujo patológico sin esofagitis* se inicia tratamiento con Domperidona 0.2 mg/kg/dosis, cada 6 a 8 horas, vía oral, por 8 semanas, si la evolución es desfavorable se agrega Ranitidina 6 mg/kg día cada 12 horas, vía oral por 8 semanas.

*En lactantes con reflujo asociado a esofagitis se parte con Domperidona y Ranitidina a las dosis antes descrita, por 8 semanas. Si luego de 8 semanas con tratamiento con Ranitidina, no existe una evolución favorable, se sustituye esta por Omeprazol a dosis de 0,7 mg/kg ida, en una dosis administrada en la mañana por un período de 8 semanas. Si la evolución no es favorable, deberá plantearse la resolución quirúrgica del reflujo.*

Los pacientes con un reflujo patológico se controlarán - a nivel secundario - al mes de iniciado el tratamiento, luego seguirán con controles mensuales. (Ver página 5, "Contrarreferencia a nivel primario")

El tratamiento quirúrgico queda reservado exclusivamente para casos con complicaciones persistentes y graves, en que ha fallado el tratamiento médico.

e) *La prevención secundaria:*

es similar a lo descrito en nivel primario.

f) *Derivación inmediata a nivel terciario:*

lactante con reflujo y sospecha de apneas obstructivas y reflujo .

g) *Contrarreferencia a Nivel Primario:*

Si luego de la evaluación a nivel secundario se determina que el paciente presenta un *reflujo fisiológico*, se derivará a su Consultorio, donde deberá mantener controles mensuales destinados a: educar a los padres acerca de la dieta y posición; tranquilizarlos respecto de la buena evolución que tiene en el tiempo; y estar atento a la aparición de signos de un reflujo patológico.

*En caso de Reflujo patológico, en que en sus controles mensuales en la Especialidad, se constate una evolución satisfactoria, volverá a control y tratamiento en su Consultorio de AP.*

El RGE es un proceso cuya evolución natural es hacia la curación espontánea, aproximadamente en los 12 – 18 meses de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1.- Larrain F. , Giraldes E. : Reflujo Gastroesofagico : Un intento por clarificar conceptos . Rev. Chil. Pediatrí . 1999; 70: 270-280.

- 2.- Colleti RB, Christie DL, Orenstein SR. : Statement of The North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition . Indication for Pediatric Esophageal Ph Monitoring. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1995; 21: 253-262.
- 3.-Israel DM., Hassall EJ: Omeprazole and Other Proton Pump Inhibitor : Pharmacology , efficacy, and safety , with special reference to use in children.  
Pediatr Gastroenterology and Nutrition . 1998; 27:568-579.
- 4.- Shulman RJ., Boyle JT., Collet Rb, Etal : The use of Cisapride in Children. The North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition .Pediatr Gastroenterology and Nutrition . 1999; 28: 529-533.
- 5.- Vandeplass Y: Asthma and Gastroesophageal reflux Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 1997; 24: 89-99.
- 6.- Hassall E: Antireflux Surgery in Children :  
Time for Harder Look. Pediatric 1998; 101: 467-468.
- 7.-Mansfield L: : Associations and Interactions Between The Esophages and The Lower Respiratory Tract. Pediatric Pulmonology , supplement 1995; 11: 53-5.
- 8.- Malroot A; DAB I: Pathophysiology and mechanisms of gastroesophageal reflux in Childhood Asthma. Pediatric Pulmonology, Supplement 1995; 11: 55-56.
- 9.- Putnam PE.; Orenstein SR: Hoarseness in a child with Gastroesophageal reflux . Acta Pediatric 1992; 81: 635-636 .