PROFESIONALES Nutribén

Nutri podcast

La voz de la **actualidad** en *nutrición pediátrica*

Coordinadora:
Dra. Gema García Ron
Pediatra del Centro de Salud Las Aguilas. Madrid
Vocal nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)

Podcast 1

Dr. Gonzalo Botija Arcos
Unidad de Gastroenterología Pediátrica
Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

REFLUJO GASTROESOFÁGICO

DEFINICIONES

- **Reflujo gastro-esofágico (RGE):** paso del contenido gástrico al esófago con o sin regurgitaciones o vómitos.
- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE):** cuando el reflujo provoca complicaciones o síntomas molestos que afectan al funcionamiento diario del niño.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En lactantes menores de 1 año, el RGE es en la mayoría de los casos fisiológico. Este RGE alcanza su máximo en torno a los 3-4 meses y tiende a resolverse espontáneamente antes de los 12-24 meses.

La diferenciación clínica entre RGE y ERGE no es sencilla.

En lactantes los síntomas de RGE son mucho más inespecíficos, destacando vómitos o regurgitaciones repetidos, post-prandiales, asociados o no a irritabilidad, fallo de medro, rechazo de tomas o síndrome de Sandifer.

DIAGNÓSTICO. SÍGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA

El diagnóstico de reflujo a esta edad debe basarse en una historia clínica y exploración física completas, evitando pruebas complementarias y tratamientos innecesarios.

Signos y síntomas de alarma que nos puedan sugerir otra patología:

- **Generales:** Letargia, fiebre, dolor o irritabilidad excesiva, disuria, comienzo de las regurgitaciones/vómitos después de los seis meses de edad
- **Digestivos:** vómitos proyectivos persistentes, vómitos biliosos, hematemesis, diarrea crónica, rectorragia, distensión abdominal.
- **Neurológicos:** fontanela abombada, incremento rápido del perímetro craneal, crisis convulsivas, macro/microcefalia

TRATAMIENTO

En casos de RGE no complicado explicar a los padres la benignidad del cuadro y su evolución natural. Instruirles para la detección de signos o síntomas de alarma.

- **Medidas posturales:** a pesar de los posibles beneficios de la posición en el reflujo, no se recomienda otra posición para dormir en un lactante que no sea el decúbito supino, debido al riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. La elevación del cabecero de la cuna >10º tampoco está recomendada.
- **Pautas de alimentación:** fomentar la lactancia materna, informar e interrogar sobre la correcta preparación de los biberones y el impacto que la sobrealimentación puede tener en los síntomas
- **Papel de las fórmulas anti-regurgitación (AR):** contienen agentes espesantes. Pueden ser efectivas al reducir el número de regurgitaciones, sin embargo, no tienen efecto sobre el RGE medido por pHmetría. Considerar su uso en:
  - Lactantes a término alimentados con fórmula.
  - Síntomas persistentes y ansiedad familiar.
  - Crecimiento o ganancia ponderal insuficiente debido al exceso de regurgitaciones.
- **Exclusión de PLV:** en lactantes con sospecha de ERGE que no responden a medidas no farmacológicas generales, hacer prueba de exclusión-provocación con proteínas de leche de vaca (PLV) durante 2-4 semanas.

En aquellos casos en los que no exista respuesta a la exclusión de PLV estará indicado derivar a la consulta de gastroenterología pediátrica.

En los últimos años se ha producido una prescripción excesiva y abusiva de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) en lactantes y hay que tener en cuenta que estos no están exentos de efectos adversos.

Otras medidas para el tratamiento del reflujo sobre las que a veces nos consultan los padres como pueden ser: masajes, prebióticos, probióticos, fitoterapia o medicinas alternativas. No existe evidencia suficiente que apoye su uso y las guías clínicas las desaconsejan.