

Tratamiento postural y dietético del niño con reflujo gastroesofágico

Gonzalo Oliván Gonzalvo (*); Jesús Fleta Zaragoza (**); Aurora Lázaro Almarza (*)

(*) Médico colaborador.

(**) Profesora Titular de Enfermería Infantil. EUE. Universidad de Zaragoza.

Resumen

Los autores comentan la importancia del reflujo gastroesofágico en el niño como causa de vómitos frecuentes. Describen la sintomatología y el tratamiento, refiriéndose sobre todo al papel que debe desempeñar el Diplomado en Enfermería en la recomendación de la postura que debe adoptar el niño enfermo y en la toma de medidas dietéticas adecuadas.

Introducción

El reflujo gastroesofágico (RGE) es una de las causas más frecuentes de vómitos en el niño pequeño. El papel a desarrollar por el Diplomado en Enfermería en la asistencia de estos pacientes es fundamental, debido a las peculiaridades de su terapéutica de fondo, consistente en medidas posturales y dietéticas. Sólo en un pequeño número de casos será necesario recurrir a tratamientos farmacológicos o a la cirugía.

En este trabajo se describen brevemente aspectos clínicos de esta entidad y se comentan con detalle las medidas posturales y dietéticas que deben adoptarse como primer paso en la terapéutica, y que por lo tanto deben ser conocidas por los Diplomados en Enfermería.

Breve descripción clínica del reflujo gastroesofágico en el niño

La frecuencia del RGE se ha estimado entre 1/500 y 1/1000 niños de los 2 a los 15 meses de edad; en edades posteriores la incidencia es menor.

Generalmente no se detecta una causa orgánica que explique su aparición por lo que se le suele denominar "fisiológico", atribuible a inmadurez funcional; si está asociado a otra patología de la unión gastroesofágica se le considera "patológico". Varios son los factores que pueden contribuir a su presentación y entre ellos destacan el fracaso de una barrera antirreflujo competente, la disminución de la resistencia de la mucosa esofágica y la disminución del aclaramiento esofágico. La explicación que suele darse a los padres para la ocurrencia del RGE es que un "pequeño músculo" del extremo inferior del esófago es "débil" o "subdesarrollado" y permite un flujo retrógrado anormal del contenido gástrico hacia el esófago.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son los vómitos y regurgitaciones, que suelen aparecer entre las 6 semanas y 3 meses de edad y que tienden a la mejoría espontánea cuando el niño inicia la posición sentada o de pie. No obstante, en cierto número de pacientes pueden persistir dichos síntomas en edades posteriores, provocando inadecuada ganancia ponderal. El mayor peligro, y que en algunas ocasiones puede ser causa de falleci-

miento, es la posibilidad de producirse aspiraciones pulmonares. Si el RGE es intenso y persistente puede aparecer sintomatología secundaria a esofagitis (llanto, irritabilidad, anemia ferropénica, hematemesis, melenas) y posteriormente de estenosis esofágica (disfagia, signos de obstrucción).

El diagnóstico se basa fundamentalmente en la historia clínica. Otros métodos diagnósticos útiles para detectar la presencia de RGE son el esofagograma, la escintigrafía gastroesofágica con ^{99m}Tc y la pH-metría prolongada (1,2).

Tratamiento del reflujo gastroesofágico en el niño

La actitud frente a un niño con RGE dependerá esencialmente de su edad, de la severidad del reflujo y de la patología asociada (1-4).

En los niños por debajo de las 8 semanas de edad, en los que el RGE es calificado de "fisiológico", la actitud terapéutica consiste en informar detalladamente a los familiares de las características "fisiológicas" y, por tanto, benignas del proceso, fraccionar y/o espesar las tomas u optar por un tratamiento postural (estas modalidades terapéuticas se detallarán posteriormente). Con estas medidas puede esperarse un 100% de resultados positivos en forma "fisiológica" de reflujo. La mala respuesta a las mismas debe hacer sospechar la posibilidad de una patología subyacente (infección del tracto urinario, enfermedad neurológica o

DATA-EC: 90019405

Palabras clave: Reflujo gastroesofágico. Vómitos. Tratamiento postural y dietético. Infancia.



Figura 1. Modelo de silla de chaliasa con grado de incorporación de 60°.

metabolopatía), especialmente en aquellos niños que muestran inapetencia o una inadecuada ganancia ponderal, o la existencia de hernia hiatal.

En aquellos niños que superan los dos meses de edad, pero no existe una anomalía gastroesofágica demostrable (RGE "patológico" primitivo o funcional) o presentan RGE "patológico" secundario a hernia hiatal no complicada por esofagitis y/o sintomatología sistémica, las posibilidades terapéuticas se basan en un tratamiento médico conservador que intente aprovechar y acelerar la natural tendencia a la recuperación espontánea. Recordar que a los dos años de edad el 65% de los niños que padecen esta patología quedan asintomáticos de forma espontánea, por lo que los resultados de cualquier modalidad de tratamiento que se ensaye deben ser valorados con reserva.

Se deben tomar las siguientes actitudes terapéuticas:

Tratamiento postural.

Es la primera medida a utilizar y puede considerarse que es la piedra angular en el manejo del niño con RGE, puesto que por efecto gravitacional y posicional ayuda a reducirlo, a la vez que facilita el aclaramiento esofágico del material ácido regurgitado. Es esencialmente un tratamiento extrahos-

pitalario, y para valorar su eficacia debe mantenerse un mínimo de doce semanas (2-6). Algunos autores prefieren postponerlo dos o tres semanas hasta ver la respuesta a las medidas dietéticas.

Se distinguen dos variedades:

Sedestación continua (Figura 1). Se trata de la modalidad clásica y, a pesar de las críticas recibidas sigue siendo propuesta en fecha reciente. Se debe realizar con un grado de incorporación de 60° respecto a la horizontal (grados menores de inclinación no tienen un valor significativo) mediante arneses o la denominada "silla de chaliasa" (los arreglos caseros son poco eficaces, pues difícilmente evitan el deslizamiento del lactante), manteniéndolo incorporado las veinticuatro horas del día, de modo que incluso el cambio de pañales, el lavado y el juego deben realizarse sin que el paciente deje de estar incorporado. Esto es especialmente necesario durante la noche, puesto que entonces concurren dos circunstancias desfavorables respecto al RGE, como son el que al interrumpirse la alimentación, las secreciones gástricas no son diluidas ni tamponadas por los alimentos lácteos y, al reducirse la secreción salival, que también diluye y tampona, se interrumpen los movimientos deglutorios que inician el tren de ondas peristálticas encargadas de la limpieza del esófago,

quedando limitado el aclaramiento de la secreción ácida regurgitada a la zona esofágica distal.

Decúbito prono horizontal o con elevación cráneo-caudal de 30° (Figura 2). Recientes trabajos vienen a indicar que, tanto el decúbito prono horizontal como el asociado con incorporación cráneo-caudal son de superior eficacia que la sedestación continua, sobre todo en el lactante menor de seis meses. Estas argumentaciones se basan en que la sedestación con ángulo de 60°, la entrada del esófago en el estómago se hace en un plano posterior, quedando la unión gastroesofágica sumergida en el contenido gástrico, mientras que en decúbito prono, la unión gastroesofágica se encuentra en la parte superior del estómago, por encima del contenido gástrico, con lo que dificulta la regurgitación hacia el esófago, ayuda al aclaramiento esofágico y previene la aspiración a las vías aéreas. En sedestación es mayor la irritabilidad y el tiempo que permanecen en vigilia, acortándose el período de sueño durante el cual, según opinión de algunos autores, se reducen espontáneamente los episodios de reflujo. Además, el escaso tono muscular del lactante pequeño hace inevitable su deslizamiento en la silla, con lo cual la unión gastroesofágica queda aún más sumergida a la vez que se incrementa la presión intrabdominal, factor éste decisivo en el desarrollo del reflujo.

Todos estos inconvenientes son obviados con la permanencia del lactante en decúbito prono. Las críticas a la "silla de chaliasa" han llegado al extremo de considerar que en cualquier postura que el niño adopte libremente será menor el reflujo que en la sedestación con 60° de incorporación. Sin embargo recientes estudios mediante pHmetría prolongada han demostrado que el reflujo puede aparecer en cualquiera de estas dos posiciones y ha permitido valorar de forma individualizada qué posición favorece el reflujo y en cual disminuye. En todo caso debe admitirse que la posición en decúbito prono es eficaz, más cómoda, facilita el sueño y los arneses utilizados para su mantenimiento son económicos, ligeros, lavables y fácilmente transportables (2-8).

Medidas dietéticas complementarias

Fraccionamiento de las tomas. Consiste en dividir el volumen total del alimento que el lactante ha de ingerir en 24 horas en pequeñas y frecuentes tomas, lo que puede reducir el número o la intensidad de los episodios de reflujo al aliviar la distensión gástrica. La máxima expresión de esta modalidad de tratamiento sería la nutrición nasogástrica o transpilórica con bomba de infusión a débito continuo propuesta por algunos autores para circunstancias especiales de malnutrición, aunque la probable facilitación del reflujo y/o la esofagitis, debido a la permanencia de la sonda, es una limitación importante.

Espesamiento de los alimentos. El espesamiento de los biberones puede obtenerse con preparados a base de semilla de algarroba o cereales sin gluten. La dosis de ambos preparados es aproximadamente al 1 por 100 (1 gr. de preparado por 100 ml. de biberón), y los inconvenientes de su uso son la posibilidad de deposiciones frecuentes, fluidas y gelatinosas con la semilla de algarroba y el exceso de suplemento calórico con los cereales. La introducción de alimentos sólidos "para cuchara" puede acelerar posteriormente la evolución clínica hacia la normalidad. Un dato práctico a tener en cuenta es que los zumos ácidos y las frutas disminuyen la presión del esfínter esofágico inferior, por lo que deben de evitarse. Su eficacia es cuestionada, aunque indudablemente, muchas madres refieren una razonable reducción del número de vómitos o de regurgitaciones a partir del momento en que proceden a la introducción de los alimentos sólidos, fenómeno que puede coincidir con los efectos de la maduración funcional.

Comentarios

La eficacia del tratamiento postural y dietético es muy elevada en términos generales, aunque claramente dependiente de lo precoz de la instauración del mismo. Un 90% de los niños se encuentran libres de síntomas al año de edad si el tratamiento conservador se inició dentro de los tres primeros meses de vida. En pacientes mayores la eficacia se reduce, debido a que es mayor el daño esofágico y más difícil

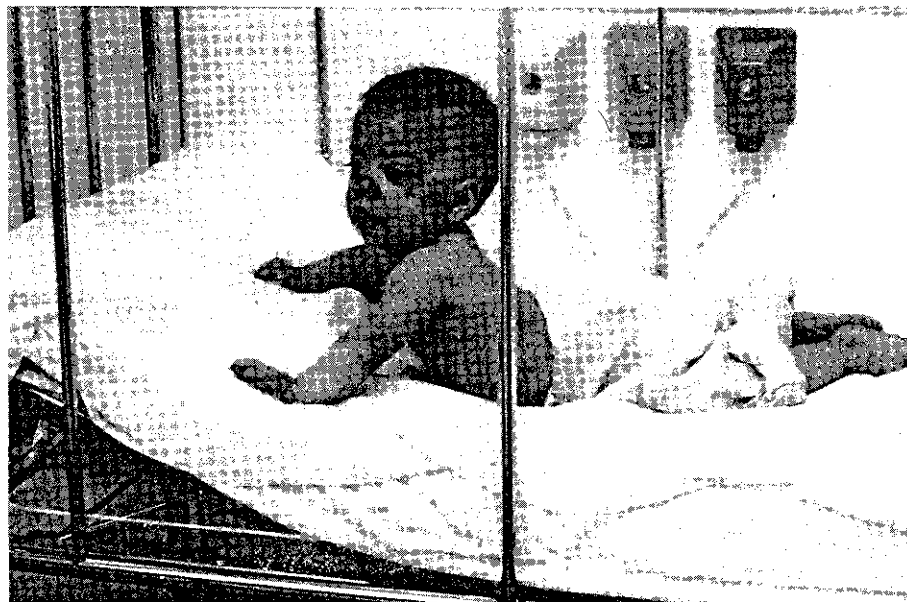


Figura 2. Cuña con incorporación cráneo caudal de 30°.

conseguir mantener unas adecuadas medidas posturales. Aun así, en el lactante y niño pequeño con RGE no complicado, debe ensayarse el tratamiento conservador por espacio de tres meses, puesto que cerca del 80% de los pacientes con edades comprendidas entre los seis y los dieciocho meses en el momento del diagnóstico pueden responder satisfactoriamente al mismo, e incluso en pacientes por encima de los dieciocho meses el porcentaje de éxitos alcanza al 40%. Más allá de los dos años de edad el comportamiento del RGE es similar al de la enfermedad del adulto, por lo que no debe esperarse una resolución espontánea del problema.

Se considera que esta modalidad de tratamiento puede interrumpirse después de seis semanas de encontrarse el niño asintomático. En la mayoría de los casos la mejoría suele ser gradual, de modo que muchos pacientes, aunque sustancialmente mejorados, pueden no estar totalmente asintomáticos después de tres meses. En tales casos el tratamiento postural puede prolongarse incluso más allá de los seis meses.

En resumen, el tratamiento del RGE en la infancia debe ser valorado en cada paciente de forma individual y evolutiva, buscando la mejoría sintomática así como la prevención y tratamiento de las complicaciones. En términos generales, se puede decir, que el tratamiento inicial debe ser postural y dietético. Si

persiste la sintomatología se debe añadir un tratamiento farmacológico (antiácidos, antidopaminérgicos, etc.). Cuando exista una malnutrición severa se deberá valorar el inicio de la alimentación por sonda nasogástrica a débito continuo. Por último, si se presentan complicaciones o fracasa el tratamiento médico se valorará la indicación de la cirugía.

BIBLIOGRAFIA

1. BATTIN, J., GUILLET, J.: Le reflux gastro-oesophagien chez l'enfant: d'après une expérience de 3.000 cas. *Bol. Soc. Cast. Ast. León Pediatr.* 1987. 125: 403-413.
2. LAZARO, A., OLIVAN, G.: Problemática específica del reflujo gastroesofágico en niños. *GASTROUM.* 1989. (En prensa).
3. GUERRERO, J.: El tratamiento de los vómitos en la infancia. *An. Esp. Pediatr.* 1986. 25: 375-386.
4. MUÑOS, C., BAREA, I., ARROBA, M.L., MURGA, M.L., POLANCO, I.: Tratamiento del reflujo gastroesofágico en la infancia. *Parte II. Acta Pediatr. Esp.* 1987. 45: 435-439.
5. BOYD, C.W.: Postural therapy at home for infants with gastroesophageal reflux. *Pediatr. Nurs.* 1982. 8: 395-398.
6. KURFISS-DANIELS, D.: Positioning as treatment for infant gastroesophageal reflux. *Am. J. Nurs.*, 1982. 82: 1535-1537.
7. WHALEY, L.F., WONG, D.L.: El niño con disfunción gastrointestinal. En: *Enfermería Pediátrica* (ed. esp.). 2ª Ed. Interamericana; McGraw-Hill, México, 1988.
8. ORENSTEIN, S.R., WHITTINTON, P.F.: Positioning for prevention of infant gastroesophageal reflux. *J. Pediatr.* 1983. 103: 534-537.