

TOMANDO DECISIONES EN LA REGURGITACIÓN DEL LACTANTE

MARÍA MERCEDES NARANJO-VERGARA, M.D.¹, OTTO GERARDO CALDERÓN-GUERRERO, M.D.²,
CARLOS ALBERTO VELASCO-BENÍTEZ, M.D.³, MAIRA PATRICIA SÁNCHEZ-PÉREZ, M.D.⁴

RESUMEN

El regurgitar el contenido del estómago al esófago o hacia la boca es común y normal en lactantes. Si bien las regurgitaciones son la manifestación de una situación fisiológica y transitoria; conviene tener en cuenta aspectos que nos orienten hacia algunas patologías o enfermedades sistémicas que puedan manifestarse con vómitos. Son hallazgos importantes en la anamnesis del paciente la presencia de hematoquecia, fiebre, historia de aspiración en la vía aérea, periodos de apnea, posturas anormales, letargia y dolor abdominal. Los signos al examen físico para tener en cuenta son fontanela abombada, hepatoesplenomegalia, microcefalia, distensión abdominal, hipotonía e hipertonia. El manejo incluye educación a los padres, dieta de eliminación, fórmulas infantiles especiales anti-regurgitación e hiperalérgicas, entre otros.

Palabras claves: Regurgitación, Definición, Manejo, Lactantes

INTRODUCCIÓN

La regurgitación se presenta frecuentemente en el lactante sano. Suzanne et al.¹, en un estudio observacional de 948 niños seguidos hasta los 13 meses de vida, encontró que la frecuencia de las regurgitaciones se relacionan con la edad. Entre los 3 y 4 meses de vida, se observó un pico máximo en la frecuencia del 67%, ésta disminuye dramáticamente al 21% a los 7 meses de edad y a los 12 meses al 5%, desapareciendo estas regurgitaciones entre los 12 y 15 meses de edad.

¹Pediatra. Gastroenteróloga. Clínica Materno Infantil Los Farallones. Docente. Universidad Libre. Cali, Colombia

²Pediatra. Gastroenterólogo. Clínica Materno Infantil Los Farallones. Docente. Pontificia Universidad Javeriana. Profesor asistente. Universidad del Valle. Cali, Colombia

³Pediatra. Gastroenterólogo y nutriólogo. Director del Grupo de Investigación Gastrohnp. Universidad del Valle. Cali, Colombia

⁴Pediatra. Gastroenteróloga. Magister en epidemiología. Fundación Valle del Lili. Centro Médico Imbanaco. Profesor asistente. Co-investigadora Grupo de Investigación Gastrohnp. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Educación continua apoyada por Danone Nutricia Colombia

Recibido para publicación: octubre 15, 2013

Aceptado para publicación: abril 30, 2014

SUMMARY

The regurgitate stomach contents into the esophagus or into the mouth is common and normal in infants. Though the regurgitations are the manifestation of a physiological and temporary situation; should take into account aspects that guide us toward certain diseases or systemic diseases that may present with vomiting. These are important findings in the patient's history the presence of hematochezia, fever, history of aspiration into the airway, periods of apnea, abnormal posture, lethargy, and abdominal pain. The signs on physical examination to consider are bulging fontanelle, hepatosplenomegaly, microcephaly, bloating, hypotonia and hypertonia. Management includes parent education, elimination diet, special anti-regurgitation and hypoallergenic infant formula, among others.

Key words: Spitting, Definition, Management, Infants

1.DEFINICIÓN

El regurgitar el contenido del estómago al esófago o hacia la boca es común y normal en lactantes. La regurgitación no complicada puede ser una característica del desarrollo, evento involuntario sin esfuerzo, sin dolor, de contenido gástrico, comida o secreciones previamente deglutidas. La revisión de Roma III sobre trastornos digestivos funcionales, define la regurgitación del neonato y lactante como quienes presenten dos o más regurgitaciones al día por tres o más semanas y que se inicien desde la tercera semana hasta los doce meses de edad².

Se diferencia del vómito, en que este es consecuencia de un reflejo del sistema nervioso central que incluye varias etapas: participación de la mucosa abdominal, náuseas, arcadas, palidez, cierre del píloro y salida del contenido gástrico con esfuerzo; presentación que por lo general, implica un carácter patológico.

2.SEÑALES DE ALARMA

Si bien las regurgitaciones son la manifestación de una situación fisiológica y transitoria; conviene tener en cuenta aspectos que nos orienten hacia algunas

patologías o enfermedades sistémicas que puedan manifestarse con vómitos. Entre las más importantes tenemos: pérdida del peso o estancamiento ponderal; los lactantes regurgitadores normalmente muestran una adecuada ganancia de peso y crecimiento, sin embargo, siempre deben ser pesados y medidos en cada control médico por lo menos cada 4 semanas. La percepción de los padres y de algunos profesionales de la salud sobre la gravedad de las regurgitaciones la hacen con base al volumen refluído¹, esto los lleva a tomar conductas que pueden comprometer la ganancia de peso como disminuir el volumen del alimento o acortar el tiempo de lactancia. Hegar et al.³, describen la importancia del número de regurgitaciones al día; siguieron 130 lactantes en los 2 primeros meses de vida; el 20% regurgitaba más de 4 veces, llevándolos a comprometer su ganancia de peso. Al mismo tiempo el número elevado de regurgitaciones por día en la etapa de lactantes se asoció al desarrollo de enfermedad por reflujo gastroesofágico durante la época escolar con un riesgo relativo de 2.3 e intervalo de confianza de 95%⁴. Se hace entonces necesario preguntar a los padres sobre el número de regurgitaciones por día, dato más relevante que el volumen refluído en cada regurgitación; el contenido del vómito, si es biliar o hemático, que pueda indicar patología obstructiva del tracto gastrointestinal, y la época de inicio del vómito, si fue antes de la tercera semana o después del sexto mes de vida⁵, ya que son indicadores de patologías.

Es importante evaluar al paciente sobre la naturaleza de las regurgitaciones y la evolución natural de ellas con el fin de nuevamente revisar el apareamiento de signos de alarma, buscar el desarrollo de signos físicos de atopia y reevaluar si hay antecedentes en los padres o hermanos de alergias. Los lactantes regurgitadores deben ser acompañados conjuntamente con los gastroenterólogos pediatras en caso de estar asociado con alergia alimentaria y cuando la historia natural de las regurgitaciones no se cumple y persisten más allá de los doce a catorce meses de vida.

3.HISTORIA CLÍNICA

Son hallazgos importantes en la anamnesis del paciente la presencia de hematoquecia, fiebre, historia de aspiración en la vía aérea, periodos de apnea, posturas anormales, letargia y dolor abdominal. Con relación a la irritabilidad, en un estudio de lactantes irritables de menos de 9 meses de edad quienes presentaban más de 5

regurgitaciones por día, a quienes se les realizó pHmetría esofágica, se encontró una sensibilidad del 54% y especificidad del 71% para tener un índice de reflujo gastroesofágico mayor del 10%⁶, y al estudiar el atragantamiento o dificultad para alimentarse, encontraron una sensibilidad del 75% y especificidad del 46% para un índice de reflujo mayor del 10%.

4.EXAMEN FÍSICO

Los signos al examen físico para tener en cuenta son fontanela abombada, hepatoesplenomegalia, microcefalia, distensión abdominal, hipotonía e hipertonia⁷.

5.MANEJO

Educación a los padres. Al explicar a los padres la naturaleza benigna de las regurgitaciones, se disminuye la preocupación en ellos, que es fundamental; hay que utilizar un lenguaje sencillo con información que depende del nivel de educación de los padres, no incluir terminología médica si ellos no están familiarizados con estos términos⁷. Las regurgitaciones no complicadas no requieren intervenciones farmacológicas o evaluaciones por imagenología, pero si un control médico periódico para evaluar el apareamiento de signos de alarma y esto debe ser entendido por los padres. Hay que investigar sobre la técnica de preparación de tetos y el amamantamiento, preguntar el volumen administrado en cada toma para verificar si corresponde a la edad del paciente porque la presencia de reflujo gastroesofágico puede ser promovida por la distensión gástrica que produce la sobrealimentación, esto ocurre con frecuencia en los niños alimentados al seno materno en quienes se “complementa” con fórmulas infantiles, esto debe ser corregido y enseñado a los padres. La exposición de los lactantes al tabaco, si bien no se ha demostrado una relación causal, la nicotina es un potente relajante del esfínter esofágico inferior y esto podría contribuir a aumentar la frecuencia de las regurgitaciones⁴. Hay que insistir en la lactancia materna, pues la leche materna ha demostrado un vaciamiento gástrico más rápido limitando así la duración de los reflujos gastroesofágicos, comparándolo con los niños alimentados con fórmulas infantiles⁷. El cuidado post prandial en posición vertical por 10 a 20 minutos puede reducir las regurgitaciones comparado con otras posiciones como la semisupina o sentado que pueden

aumentar el reflujo gastroesofágico⁸. La posición prona ha demostrado reducir los episodios de reflujo gastroesofágicos, sin embargo, está asociada a la muerte súbita del lactante, por lo tanto, se recomienda para dormir los lactantes deben ser colocados en posición supina, incluso si tienen sintomatología de reflujo gastroesofágico.

Dieta de eliminación. En el caso de los niños que son alimentados al seno materno, la exclusión de la leche de vaca de la dieta de la madre, al igual que todos los alimentos que contengan esta proteína muestra iguales resultados en la desaparición de las regurgitaciones; en este caso puede verse la recuperación clínica más lenta pues el tiempo en que se pierden todas las partículas proteicas de la leche de vaca en la leche materna aún no se ha definido⁹.

Fórmulas infantiles especiales anti-regurgitación. Éstas son fórmulas de inicio y continuación modificadas mediante las adición de sustancias espesantes con el fin de aumentar la viscosidad en el estómago, favoreciendo la retención, y disminuyendo así las regurgitaciones. Algunas fórmulas AR cambian la relación caseína/suero para 80/20 con un predominio de caseína con el objeto de favorecer la formación de un coágulo proteico mayor que no favorezca las regurgitaciones comparado con el suero, por lo que debe evaluarse su uso en lactantes menores. Las sustancias espesantes utilizadas son la harina de semilla de algarrobo, almidón de arroz, almidón de maíz y almidón de patata entre otros. La FDA de los Estados Unidos, advirtió sobre algunos espesantes derivados de la goma de xantano como causantes de enterocolitis necrosante en prematuros y recién nacidos a término. Estos espesantes se fermentan en el colon produciendo ácidos grasos de cadena corta que aportan un porcentaje calórico adicional en las fórmulas, por lo antes anotado un cambio de formula por las fórmulas AR no se deben realizar de rutina en todos los lactantes regurgitadores, según la ESPGHAN en el 2002 recomiendan su uso en pacientes en quienes no se ha conseguido disminuir la frecuencia de las regurgitaciones y esto ya ha afectado la ganancia de peso¹⁰ y no deben ser administrados en pacientes prematuros ni en niños con sobrepeso. Estas fórmulas, si bien no han demostrado que mejoren los índices de reflujo gastroesofágico en los estudios de pHmetría esofágica como lo demuestran algunos meta-análisis, reducen significativamente la frecuencia de las regurgitaciones y con esto el estrés familiar, es importante tener en cuenta no utilizarse en casos de

enfermedad por reflujo gastroesofágico con esofagitis pues aumenta el tiempo de exposición de la mucosa esofágica al materia refluido (ESPGHAN 2009). Las fórmulas estándar pueden ser espesadas adicionando cereales caseros para obtener así el mismo resultado de las fórmulas AR, sin embargo, esto conlleva a un aumento calórico importante; si se adiciona una cucharada de cereal por cada onza obtendríamos más de 20 calorías por onza contribuyendo al desarrollo del sobrepeso, si no se controla periódicamente la ganancia de peso; los familiares deben estar enterados de esto. Estas fórmulas modificadas deben ser suspendidas si no hay mejoría de las regurgitaciones o si hay tos con la alimentación¹¹.

Fórmulas infantiles especiales hipoalergénicas. Retirar la proteína de leche de vaca en la dieta del lactante con síntomas de reflujo gastroesofágico y especialmente en los niños que tienen pérdida de sangre en la materia fecal⁷ o signos de eczema en piel, ha demostrado ser un manejo eficaz ya que a alergia a la proteína de leche de vaca semeja una enfermedad por reflujo gastroesofágico y está asociada en un 40%; hacer entonces una prueba de dos semanas de exclusión de esta proteína, reemplazando las fórmulas infantiles por una formula con la proteína extensamente hidrolizada muestra mejoría de los síntomas^{12,13}.

REFERENCIAS

1. Nelson SP. Prevalence of pediatric Practice-Based-Survey. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151: 569-572
2. Hyman P, Milla P, Benninga MA. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddlers. Gastroenterology 2006; 130: 1519-1526
3. Hegar B., Nita R de wanti, Muzal Kadim et al. Natural evolution of regurgitation in healthy Infants Acta Paediatrica 2009 valu 98; (7): 1189.
4. Martin P. Natural history and Familial. Relationships of infant Spilling to 9 years of age. Pediatrics 2002; 109: 1061-1067
5. Vandenas Y, Rudolph Y, Colin D. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical practice Guidelines and Recommendations. NASPGHAN and ESPGHAN. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 49: 498-547
6. Heine R, Jordan B, Lubitz L. Clinical predictors of pathological gastroesophageal reflux in infants with persistent distress. J Paediatr Child Health 2006; 42: 134-139
7. Winter HS, Jklish W, Steven AA. Gastroesophageal Reflux in infants. Up to date 2014
8. Orenstein SR, Whittington PF, Oreinsten DM. The infant seat as treatment for gastroesophagead reflux. NEJM 1983; 309: 760-703
9. Hill DS, Roy N, Heine RG. Efecto of a low allergen maternal diet among feed infants; a randomized entrolled trial. Pediatrics 2005; 116: 709

10. Harvath A, Dziechciarz D, Szajewska H. The effect of thickened-Feed Interventions on Gastroesophageal Reflux in infants: Systematic Review and meta analysis of randomized, controlled trials. Pediatrics 122; 6: 268–272
11. Bosscher D, Caillie BVM. Thickening in infant formula with Digestible and indigestible carbohydrate. Availability of calcium, iron, zinc in vitro. J Pediatr Gastroenterol Nutrit 2000; 30: 373–378
12. Orenstein SR. Efficacy of conservative therapy as taught in the primary care Setting for symptoms Suggesting Infant Gastroesophageal Reflux. J Pediatr 2008; 152: 310–314
13. Vandenplas Y. Gastroesophageal Reflux and APLV: Is there a link? Pediatrics 2002; 110: 972

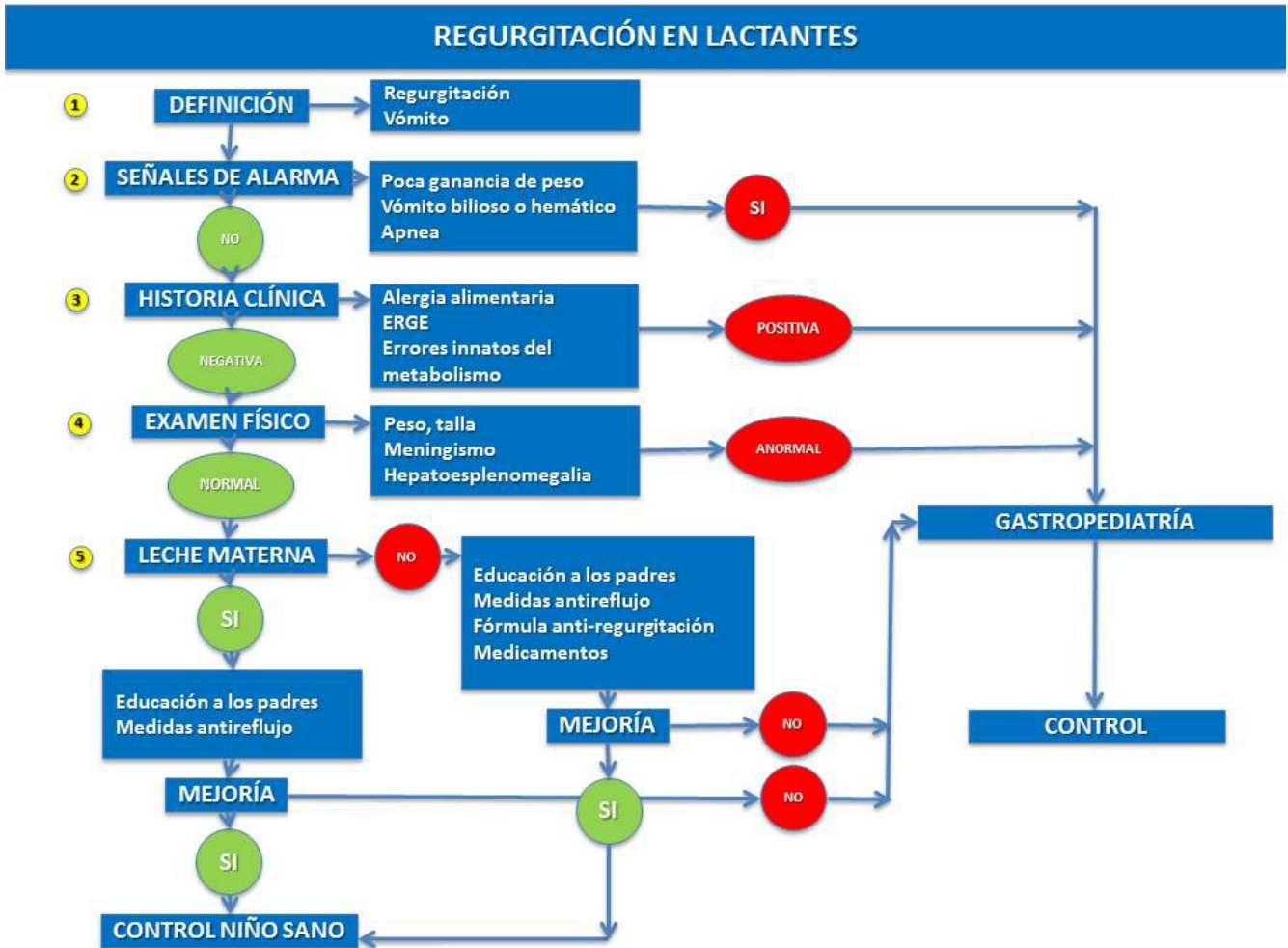


Figura 1. Tomando decisiones en la regurgitación del lactante

**COMENTARIOS DURANTE EL I ENCUENTRO DE COLEGIADOS 2014
 COLEGIO COLOMBIANO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN
 PEDIÁTRICA
 COLGAHNP
 DANONE NUTRICIA COLOMBIA
 BOGOTÁ, ABRIL 26 DE 2014**

Alfredo Santamaría: en la historia clínica es importante resaltar los antecedentes personales que puedan orientar hacia un error innato del metabolismo

Wilson Daza: la dieta de eliminación debe ser indicada solo en los casos en que el lactante no mejore con la educación y las medidas antirreflejo. En los niños que no mejoren a

pesar de todas las medidas, se debe sospechar la alergia a la proteína a la leche de vaca y su manejo sería con fórmulas infantiles especiales extensamente hidrolizadas y no parcialmente hidrolizadas

Fernando Sarmiento: en los casos en que el lactante no mejore con las medidas iniciales, debe ser remitido al gastropediatra, para que sea este, quien realice el manejo de las fórmulas infantiles especiales

Wilson Daza: los lactantes alimentados con leche materna que no mejoren a las medidas iniciales, deben ser remitido al gastropediatra para que

este realice la exploración de los diagnósticos diferenciales e inicie los formulas infantiles especiales en los casos en lo que corresponda. Y de mejorar con el manejo instaurado por el gastropediatra, debe continuar su control con este

Silvana Dadán: es necesario describir la nueva generación de las formulas anti-regurgitación, cuyas recomendaciones han cambiado en las proporciones suero:caseina

Ana Cristina Gómez: es importante conocer la posición del COLGAHNP con relación a las fórmulas infantiles anti-regurgitación