Anexo 1

Prequintas	demográficas

1. Edad:	2. Género:	Masculino	Femenino
3. ¿Cuál es su especialidad?	Pediatra	Otorrinolaringólogo	0 🗌
4. ¿En qué año se recibió como mé	edico especialista?		
5. ¿Cuenta usted con subespecialio	dad o posgrado?	Sí 🗌	No
6. De ser sí su respuesta anterior,	¿cuál es?		
7. ¿Está usted certificado por el Co	nsejo Mexicano de Pediat	ría? Sí 🗌	No
Las siguientes son las preguntas q	ue evaluaron conocimient	o. Los reactivos en	negrita son aquellos considerados como correctos.
Epidemiología			
8 ¿Qué porcentaje de los niños m a) 5-15% b) 15-30% [_	
Diagnóstico			
9En caso de sospechar de enferm	edad por reflujo gastroeso	fágico. ¿Cuál de los	siguientes estudios consideraría para confirmar su diagnóstico?
a) Historia clínica y exploración física	a exhaustiva.		
b) Serie gastrointestinal superior/tra	go de bario.		
c) pHmetría con impedanciometría	de 24 horas.		
d) Estudio de vaciamiento gástrico c	on radionúclidos.		

Tratamiento

- 10. Ante la sospecha de enfermedad por reflujogastroesofágico, antes de ordenar pruebas diagnósticas, ¿inicia usted una prueba terapéutica con un bloqueador de ácido gástrico?
- a) Sí, con bloqueadores H2.

e) Endoscopia superior con biopsias.

- b) Sí, con magaldrato.
- c) Sí, con inhibidores de la bomba de protones.

f) Terapia empírica para supresión de ácido gástrico.

- d) No
- 11. Caso A. Lactante de 2 meses de edad ubicado en el percentil 90 para peso y talla es llevado a consulta por presentar emesis sin esfuerzo de 2 a 4 veces por día desde hace una semana y sin presentar signos y síntomas extraintestinales. Alimentado con leche de fórmula de primera etapa. ¿Cuál de las siguientes sería su recomendación inmediata para el manejo del paciente?
- a) Serie gastrointestinal superior/trago de bario.
- b) pHmetría con impedanciometría de 24 horas.
- c) Dieta, posición, cambios en el estilo de vida.
- d) Terapia empírica para supresión de ácido gástrico.
- e) Cambio de fórmula a parcialmente hidrolizada de proteínas.
- f) Cambio de fórmula a hidrolizadas de proteínas.
- g) Cambiar a una fórmula de leche antirreflejo y seguimiento del control del niño sano.
- h) Continuar con la misma dieta y seguimiento en el control del niño sano.

e) No se asocian a efectos adversos.

12. Caso B. Lactante de 3 meses de edad ubicado en el percentil 50 con pobre ingesta alimentaria y arqueamiento de la espalda, así como irritabilidad, desde hace 5 días. Alimentado con leche de fórmula de primera etapa. ¿Cuál de las siguientes sería su recomendación inmediata para el manejo del paciente?
a) Serie gastrointestinal superior/trago de bario.
b) pHmetría con impedanciometría de 24 horas.
c) Dieta, posición, cambios en el estilo de vida.
d) Terapia empírica para supresión de ácido gástrico.
e) Cambio de fórmula a parcialmente hidrolizada de proteínas.
f) Cambio de fórmula a hidrolizadas de proteínas.
g) Cambiar a una fórmula de leche antireflujo y seguimiento del control del niño sano.
h) Continuar con la misma dieta y seguimiento en el control del niño sano.
13. Caso C. Lactante de 2 meses ubicado en el percentil 75 de peso y talla para la edad, que presenta llanto inexplicable y vómitos posprandiales e intermitentes y datos de eczema, así como antecedentes heredofamiliares de alergia. Alimentado con fórmula de primera etapa. ¿Cúal de las siguientes sería su recomendación inmediata para el manejo del paciente?
a) Serie gastrointestinal superior/trago de bario.
b) pHmetría con impedanciometría de 24 horas.
c) Dieta, posición, cambios en el estilo de vida.
d) Terapia empírica para supresión de ácido gástrico.
e) Cambio de fórmula a parcialmente hidrolizada de proteínas.
f) Cambio de fórmula a hidrolizadas de proteínas.
g) Cambiar a una fórmula de leche antireflujo y seguimiento del control del niño sano.
h) Continuar con la misma dieta y seguimiento en el control del niño sano.
14. Caso D. Lactante menor de 2 meses de edad con llanto inexplicable de predominio nocturno, episodios de irritabilidad con regurgitaciones aisladas, distensión abdominal y con buen apetito. Con base en su sospecha diagnóstica, ¿prescribiría los inhibidores de protones?
1) Si los síntomas son frecuentes o muy molestos para el lactante o la madre.
2) Solicito prueba confirmatoria de enfermedad por reflujo gastroesofágico y de ser positiva, inicio inhibidores de la bomba de protones.
3) No, consideraría otras opciones diagnósticas antes de iniciar un tratamiento farmacológico empírico.
15. Los siguientes agentes procinéticos (promotilidad) son utilizados en el tratamiento del reflujo gastroesofágico, si fuera este el caso, ¿cuál agente es el que prescribe con mayor frecuencia?
a) Metoclopramida
b) Eritromicina
c) Betanecol
d) Cisaprida
e) Domperidona
f) Ninguno
16. En caso de enfermedad por reflujo gastroesofágico, ¿consideraría usted acertado el uso de agentes espesantes en la leche o fórmula? a) Sí
a) Sí b) No
17. ¿Cuál de los siguientes efectos adversos es el más frecuente en el tratamiento con los inhibidores de la bomba de protones en niños?
a) Nefritis intersticial.
b) Hematemesis.
c) Fracturas de cadera.
d) Infecciones de vías respiratorias bajas.

Cómo se considera el médico

- 18. ¿Cuál considera que es su nivel de conocimientos sobre el manejo y tratamiento de enfermedad por reflujo gastroesofágico?
- a) Tengo un amplio conocimiento sobre el tema y sigo las recomendaciones de las guías clínicas.
- b) Conozco parcialmente los aspectos relevantes sobre el tema y eventualmente sigo las recomendaciones basadas en guías clínicas.
- c) Tengo alguna idea sobre el tema y no sigo las recomendaciones de las guías clínicas.
- d) Nunca había escuchado sobre el tema.

A continuación, mostramos la retroalimentación que se proporcionó al final de la encuesta a los participantes.

Retroalimentación

El reflujo gastroesofágico funcional RGE es el paso del contenido gástrico hacia el esófago con o sin regurgitaciones y vómito. Es un proceso fisiológico que se presenta en niños sanos hasta en un 80% de los lactantes. En los primeros meses de vida aproximadamente el 50% de los lactantes entre 1 mes o 3 meses tienen un episodio de regurgitación al día.¹

Así mismo, la enfermedad por reflujo gastroesofágico ERGE está presente cuando el reflujo del contenido gástrico causa síntomas y complicaciones. Con una prevalencia del 5-15% en los niños menores de un año.

Para diferenciar entre RGE y ERGE se realiza el diagnóstico en base a la historia clínica y de acuerdo con las guías clínicas se debe confirmar el diagnóstico mediante pHmetría con impedancia. Ante la sospecha de ERGE la evidencia científica recomienda confirmar el diagnóstico antes de iniciar cualquier tratamiento, ya que una prueba terapéutica con un bloqueador de ácido no mejora los síntomas del paciente.

En el manejo del paciente con RGE, el diagnóstico es en base a la historia clínica y en su manejo está indicado la correcta posición después de comer, así como tranquilizar a los padres y el control de peso y talla; ya que el 90% de los niños mejoran hacia el primer año de vida.²

En un niño con síntomas de reflujo gastroesofágico se debe considerar el diagnóstico de alergia a las proteínas de leche de vaca APLV, ya que hasta un 15-40% de los niños con síntomas de reflujo gastroesofágico son secundarios a intolerancia a la proteína de la leche de vaca. El diagnóstico de esta entidad se basa en la historia clínica y en una prueba de reto con cambio a fórmula hidrolizada por 3 semanas. También, se deben considerar otros problemas gastrointestinales comunes en el lactante, tales como el cólico del lactante y la APLV que también presentan irritabilidad.

En el paciente con diagnóstico de enfermedad por reflujo, el tratamiento de elección son los inhibidores de la bomba de protones, siendo el esomeprazol el único recomendado en lactantes. El uso de la ranitidina se puede utilizar en todas las edad sin embargo no se recomienda por presentar taquifilaxia.

En cuanto a los espesantes y fórmulas antirreflujo no han demostrado reducir el índice de reflujo, pero sí la visibilidad de vómito, por lo que su utilidad en el manejo de la ERGE es limitada.³

Respecto del uso de agentes procinéticos no existe evidencia de su efectividad en el manejo de la enfermedad por reflujo a excepción de la cisaprida, cuyo uso se encuentra limitado por los efectos secundarios a nivel de la conducción cardíaca.

Se recomienda un uso juicioso de los IBP ya que en niños suelen presentar efectos adversos como infecciones gastrointestinales, malabsorción de vitaminas y minerales, y neumonía, que es el más frecuente.⁴

Referencias

- Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, Soundheimer J, Staiano A, Thomson M, Veereman-Wauters G, Wenzl TG. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatric Gastroenterol Nutr 2009; 49: 498-547.
- Hegar B, Vandeplas Y, Gastroesophageal reflux: natural evolution, diagnostic approach and treatment. The Turkish Journal of Pediatrics 2013; 55: 1-7.
- Gastroesophageal reflux disease in neonates and infants: when and how to treat. Paediatr Drugs 2013; 15: 19-27.
- David A. Johnson; Edward C. Oldfield IV reported side effects and complications of long-term proton pump inhibitor use. Clin Gastroenterol Hepatol 2013; 11: 458-464.