

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Diagnóstico y tratamiento del
REFLUJO GASTROESOFÁGICO
EN PEDIATRÍA**
en el primer nivel de atención

Evidencias y recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-013-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico en pediatría en el primer nivel de atención, México: Secretaría de Salud; 2008.**

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

ISBN en trámite

CIE 10 XI Enfermedades del sistema digestivo K00-K
K21 Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico en pediatría en el primer nivel de atención

Autores:			
Dr. Luis Enrique Aguilar Gómez.	Pediatra neonatólogo.	Hospital de Especialidades pediátricas, de Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas	Jefe del servicio de neonatología
Dra. Verónica Resendiz Núñez	Nefróloga pediatra.		Subdirectora de Servicios clínicos
Dr. Alejandro Robles Nucamendi.	Cirujano Pediatra		Director medico.
Dr. Cesar Rodríguez	Médico Pediatra Gastroenterólogo.		Jefe del servicio de Gastroenterología.
M en A Maria de Lourdes Dávalos Rodríguez	Médica Pediatra, Maestra en Administración de Sistemas de Salud, Pediatra	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Asesor Dr. Domingo Antonio Ocampo	Médico Pediatra Infectólogo		Asesor para la integración Guías de Práctica Clínica
Validación Dr. Carlos Cuello García	Médico Pediatra, Maestro en	Instituto Tecnológico de Estudios Superiores Monterrey, Campus Monterrey División de Excelencia Clínica de la Coordinación UMAE, IMSS Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado	Director, Centro de Medicina Basada en Evidencias del Tecnológico de Monterrey
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Pediatra Neonatóloga		Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Graciela Orozco Vázquez	Administración en Sistemas de Salud		Coordinación de Guías de Práctica Clínica

ÍNDICE

1. Clasificación	5
2. Preguntas a responder por esta guía	6
3. Aspectos generales	7
3.1 Justificación	7
3.2 Objetivo de esta Guía	8
3.3 Definición	8
4. Evidencias y recomendaciones	9
4.1 Prevención primaria.....	10
4.1.1 Promoción a la salud.....	10
4.1.1.1 Estilo de vida.....	10
4.2 Prevención secundaria.....	10
4.2.1 Abordaje diagnóstico	10
4.2.1.1 Historia clínica y exploración física.....	10
4.2.1.2 Serie esofagogastroduodenal (SEGD).....	11
4.2.1.3 PHmetría esofágica de 24 horas	11
4.2.1.4 Endoscopia y biopsia intestinal.....	12
4.2.1.5 Gammagrafía	12
4.2.2 Tratamiento.....	13
4.2.2.1 No farmacológico.....	13
4.2.2.1.1 Posición.....	13
4.2.2.1.2 Espesamiento de la fórmula.....	14
4.2.2.2 Farmacológico.....	14
4.2.2.2.1 Antagonistas H ₂ e Inhibidores de la bomba de protones y antiácidos.....	14
4.2.2.2.3 Quirúrgico	15
4.2.3 Complicaciones.....	16
6. Bibliografía	17
7. Agradecimiento.....	18
8. Comité académico	18
9. Directorio	19
10. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	20

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo maestro de guías de práctica clínica : SSA-013-2008	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Gastroenterólogo pediatra Cirujano pediatra Neonatólogo Pediatría
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	K21. Enfermedad del reflujo gastroesofágico, de acuerdo con la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión, CIE 10.
CATEGORÍA DE GPC	Primer nivel de atención Diagnóstico Tratamiento Referencia a segundo nivel
USUARIOS POTENCIALES	Personal de salud en formación y servicio social Médicos generales Médicos familiares Médicos Pediatras, Gastroenterólogo pediatra Neonatólogo Cirujano pediatra
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital Regional de Alta Especialidad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
POBLACIÓN BLANCO	Recién nacidos a menores de 18 años.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Gobierno Federal Secretaría de Salud Hospital Regional de Alta Especialidad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Historia clínica Exploración física Serie esófago gastro Duodenal (SEGD) Phmetría Endoscopia y biopsia intestinal Gammagrafía CIE9: 42.23, 44.13, 45.13, 45.16
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Contribuir con: Incremento en la tasa de diagnóstico temprano Proporcionar un tratamiento apropiado y oportuno Referencia oportuna Reducción en la complicación
METODOLOGÍA¹	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda realizado por Hospital de Especialidades Pediátricas de Chiapas Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: cuatro Guías seleccionadas: Revisiones sistemáticas Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por Adopción de guías de práctica clínica internacionales: una Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Validación : Centro de Medicina Basada en Evidencia del Tecnológico de Monterrey Instituto Mexicano del Seguro Social Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores Estado
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	Catálogo maestro de guías de práctica clínica: SSA-013-2008 FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 a 3 años</i>

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: www.cenetec.salud.gob.mx/.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuales son los signos del reflujo gastroesofágico en menores de 18 años?
2. ¿Cuales son los síntomas de reflujo gastroesofágico en menores de 18 años?
3. ¿Cómo se clasifica el reflujo gastroesofágico en menores de 18 años?
4. ¿Cómo se realiza el diagnóstico del reflujo gastroesofágico en menores de 18 años?
5. ¿Cuáles son los criterios clínicos para realizar la serie **esófago gastro Duodenal SEG D** en el diagnóstico del reflujo gastroesofágico y cual es su utilidad?
6. ¿Cuáles son los criterios clínicos para realizar la pHmetría esofágica de 24 horas en el diagnóstico de reflujo gastroesofágico y cual es su utilidad?
7. ¿Cuáles son los criterios clínicos para realizar la endoscopia y biopsia intestinal en el diagnóstico de reflujo gastroesofágico y cual es su utilidad?
8. ¿Cuál es la utilidad de la gammagrafía en el diagnóstico de reflujo gastroesofágico, y cuales son los criterios clínicos para realizarla?
9. ¿Cuál es la mejor posición (prono, supina o decúbito lateral izquierdo) en el manejo del reflujo gastroesofágico?
10. Las modificaciones en el estilo de vida tienen algún beneficio en el tratamiento del reflujo gastroesofágico?
11. ¿El espesamiento de las fórmulas tiene algún beneficio en el tratamiento del reflujo gastroesofágico?
12. ¿Que papel juegan los procinéticos en la terapia del reflujo gastroesofágico?
13. ¿Qué papel juegan los antagonistas H2 y los inhibidores de la bomba de protones en el tratamiento del reflujo gastroesofágico?
14. ¿Cuándo esta indicado el tratamiento quirúrgico?
15. ¿Cuándo esta indicada la referencia a un segundo o tercer nivel de atención, en la enfermedad por reflujo

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 JUSTIFICACIÓN

El reflujo gastroesofágico ocurre en más de dos tercios de los lactantes menores de un año de edad, pero el reflujo patológico solo se presenta en uno de cada 300 lactantes. Es una entidad que se autolimita y que generalmente se resuelve entre los seis y 12 meses de edad, sin embargo 1% de los lactantes mayores de un año continúan con regurgitaciones.

La prevalencia del reflujo gastroesofágico depende de la edad, cerca del 50% de los lactantes menores de tres meses presentan un episodio de regurgitación al día, a los cuatro meses de edad la prevalencia es del 67% y del 5% entre los 10 y 12 meses de edad. Solo una pequeña cantidad de lactantes menores desarrollan enfermedad por reflujo gastroesofágico con síntomas que incluye disfagia, odinofagia, anorexia, irritabilidad, hematemesis, anemia y falta en la ganancia de peso.

El reflujo gastroesofágico ha sido asociado al síndrome de muerte súbita del lactante y al “casi ahogamiento”, así como a enfermedades respiratorias crónicas como hiperactividad bronquial, tos crónica, estridor y neumonía recurrentes. Los niños mayores pueden manifestar el reflujo gastroesofágico como los adultos, con regurgitaciones, pirosis y rumiación.

Se conoce muy poco acerca de la prevalencia e historia natural del reflujo gastroesofágico en escolares y adolescentes.

El diagnóstico, el tratamiento y la referencia oportuna, contribuyen a mejorar la situación clínica en los pacientes pediátricos.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico en pediatría, primer nivel de atención**”, forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer y segundo niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- Realizar un diagnóstico temprano.
- Proporcionar un tratamiento apropiado y oportuno.
- Identificar tempranamente las complicaciones del reflujo gastroesofágico, para su referencia.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud.

3.3 DEFINICIÓN

La enfermedad por reflujo Gastroesofágico (**CIE10 K21 Enfermedad por reflujo gastroesofágico**) se define como el proceso manifestado por:

- Síntomas digestivos: regurgitaciones, vómito, disfagia, pirosis, hematemesis, dispepsia
- Síntomas respiratorios: apnea, cianosis, sibilancias, estridor, tos crónica

El **reflujo gastroesofágico RGE** se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago, y la **enfermedad por reflujo gastroesofágico ERGE** se define como los síntomas o complicaciones del reflujo gastroesofágico. (*Colin,2001*)

La regurgitación se define como el paso del contenido gástrico hacia el esófago y/o hacia la boca “sin esfuerzo alguno” es decir, no hay contracción del diafragma; es el regreso involuntario hacia la boca, de comida o secreciones previamente deglutidas. La regurgitación es la manifestación más frecuente y común de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta Guía son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponden a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, marcada en cursivas. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN A LA SALUD

4.1.1.1 ESTILO DE VIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

No hay evidencia que demuestre que los cambios en el estilo de vida confieren beneficios en los pacientes bajo tratamiento farmacológico.

Se recomienda no consumir café, chocolate, bebidas carbonatadas, cítricos y zumos o comidas condimentadas. La obesidad, la exposición al humo de tabaco y el consumo de alcohol favorecen la aparición de reflujo gastroesofágico

II-2

Estudios analíticos de cohorte, casos y controles
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

R

Promover conductas alimentarias favorables a la salud.

A

Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 ABORDAJE DIAGNÓSTICO

4.2.1.1 HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La historia clínica completa y exploración física son suficientes para realizar el diagnóstico, reconocer complicaciones y establecer el tratamiento empírico del reflujo gastroesofágico

Estudios descriptivos, informes de comités de expertos
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001

III

R

Realizar historia clínica extensa y exploración física completa.

La evidencia es insuficiente en cantidad y calidad para hacer la recomendación, otros factores podrían influir en la decisión
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

I

4.2.1.2 Serie esofagogastroduodenal (SEGD)

Evidencia/Recomendación



La serie esofagogastroduodenal no es un estudio sensible o específico para el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico; es útil para evaluar alteraciones anatómicas como la enfermedad hipertrófica pilórica infantil, estenosis esofágica, acalasia, hernia hiatal, mal rotación intestinal, páncreas anular.

Nivel/Grado

III

Estudios descriptivos, informes de comités de expertos
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.



La serie esofagogastroduodenal tiene utilidad ante la sospecha de una alteración anatómica del tubo digestivo alto. No tiene utilidad para demostrar la presencia o ausencia de reflujo gastroesofágico

I

La evidencia es insuficiente en cantidad y calidad para hacer la recomendación, otros factores podrían influir en la decisión.
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

4.2.1.3 PHmetría esofágica de 24 horas

Evidencia/Recomendación



La pHmetría esofágica de 24 horas es una herramienta válida y confiable para la monitorización del reflujo gastroesofágico, tiene alta sensibilidad y especificidad. Es útil para establecer la presencia de reflujo, para determinar la asociación temporal entre los síntomas del reflujo ácido y valorar la respuesta terapéutica en pacientes que no responde al tratamiento convencional.

Nivel/Grado

II-2

Estudios analíticos de cohorte, casos y controles
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.



La pHmetría esofágica de 24 horas esta indicada en casos en donde los pacientes presenten síntomas respiratorios asociados a reflujo, previo a la cirugía de antirreflujo, para valorar respuesta al tratamiento farmacológico o quirúrgico y ante la sospecha de eventos de casi ahogamiento.

A

Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

4.2.1.4 Endoscopia y biopsia intestinal

Evidencia/Recomendación

E

La endoscopia alta valora la presencia de complicaciones como esofagitis y su severidad, estenosis esofágica, esófago de Barrett y sirve para excluir enfermedades como enfermedad de Crohn, esofagitis eosinofílica y esofagitis infecciosa.

La biopsia esofágica, gástrica, duodenal o intestinal está indicada para detectar esofagitis microscópicas o excluir otras causas de esofagitis diferentes al reflujo gastroesofágico, gastritis por *Helicobacter pylori* o enfermedad celiaca, como causas de reflujo gastroesofágico.

R

La endoscopia alta debe realizarse ante la presencia de signos y síntomas de alarma como: disfagia, odinofagia, pérdida de peso, hematemesis, anemia.

Nivel/Grado

II-2

Estudios analíticos de cohorte, casos y controles
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

A

Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

4.2.1.5 Gammagrafía

Evidencia/Recomendación

E

La gammagrafía ofrece información acerca del tiempo de vaciamiento gástrico, que puede estar retrasada en niños con reflujo gastroesofágico. A diferencia de la pHmetría esofágica de 24 horas, la gammagrafía puede demostrar reflujo no ácido del contenido gástrico. Los episodios de aspiración de contenido gástrico pueden ser detectados durante la primera hora del estudio y en imágenes tomadas posterior a 24 horas de realizado el estudio. Un gammagrama negativo no excluye la posibilidad de eventos de aspiración de contenido gástrico.

Ofrece ventajas comparadas o superiores a la serie esofagogastroduodenal, por medio de una técnica rápida, no invasiva y menor exposición a radiación, presenta una mayor sensibilidad y especificidad, pero existe un porcentaje significativo de falsos positivos que la hacen inapropiada como único método diagnóstico.

Nivel/Grado

II-2

Estudios de cohortes y casos y controles en mas de un centro o grupo de investigación
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

R

La gammagrafía está indicada ante la sospecha de vaciamiento gástrico retrasado.

A

Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

4.2.2 Tratamiento

4.2.2.1 No farmacológico

4.2.2.1.1 Posición

Evidencia/Recomendación

Nivel/Grado

E

La posición en decúbito lateral izquierda es la posición recomendada y segura en lactantes de menos de 12 meses de edad.
La pHmetría esofágica de 24 horas ha demostrado que los lactantes presentan menos eventos de reflujo en posición prona. Sin embargo la posición prona se asocia con una alta incidencia del síndrome de muerte súbita de la infancia, por lo que esta posición no es recomendada en menores de 12 meses de edad.

I

Estudios clínicos aleatorizados
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

R

La posición en decúbito lateral izquierda y supina es segura y efectiva en lactantes mayores de 12 meses de edad.

A

Existe Buena evidencia para indicar la intervención clínica de prevención
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

4.2.2.1.2 Espesamiento de la fórmula

Evidencia/Recomendación

E

El espesamiento de la fórmula no mejora el índice de reflujo en la pHmetría esofágica de 24 horas; puede fomentar la aparición de reflujo oculto y altera los mecanismos de aclaración esofágico, permite que el material ácido regurgitado en el esófago permanezca más tiempo de lo normal y promueve una lesión en la mucosa esofágica.

El espesamiento de la fórmula puede disminuir el número de episodios de vómito o regurgitaciones.

Nivel/Grado

I

Estudios clínicos aleatorizados
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

R

El espesamiento de la fórmula debe de usarse exclusivamente en lactantes con peso bajo y siempre acompañado de un antagonista de los receptores H₂ (ranitidina) o un inhibidor de la bomba de protones (omeprazol)

A

Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

4.2.2.2 Farmacológico

4.2.2.2.1 Antagonistas H₂ e Inhibidores de la bomba de protones v antiácidos

Evidencia/Recomendación

E

Los antagonistas de los receptores H₂ (ranitidina 8-10mg/kg/día) producen mejoría clínica e histopatológica de la mucosa esofágica, sin embargo los inhibidores de la bomba de protones (omeprazol 1-2mg/kg/día) son más eficaces en la supresión de ácido, y son superiores a los antagonistas de los receptores H₂ en aliviar los síntomas y la curación de la esofagitis.

Nivel/Grado

I

Estudios clínicos aleatorizados
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

Evidencia/Recomendación

E

Los antiácidos como hidróxido de aluminio y magnesio en dosis altas son efectivos en el tratamiento de esofagitis en niños de dos a 42 meses de edad. Sin embargo los antiácidos con contenido de aluminio aumentan los niveles plasmáticos de aluminio.

No hay estudios publicados sobre la seguridad y eficacia de los antiácidos con hidróxido de magnesio y carbonato de calcio.

La terapia con antiácidos es usada por periodos cortos de tiempo.

Nivel/Grado

I

Estudios clínicos aleatorizados
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

R

Los antagonistas de los receptores H₂ o los inhibidores de la bomba de protones son dos alternativas seguras y convenientes en el manejo del reflujo gastroesofágico. La terapia antiácida crónica (hidróxido de aluminio, magnesio, hidróxido de magnesio y carbonato de calcio) generalmente no es recomendada.

A

Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

4.2.2.2.3 Quirúrgico

Evidencia / Recomendación

E

Los reportes de casos han demostrado que el tratamiento quirúrgico generalmente resulta favorable. Los beneficios, riesgos potenciales y los costos de la terapia farmacológica vs la cirugía antirreflujo no se han estudiado en pediatría

Nivel / Grado

II-2

Estudios de cohortes, casos y controles por mas de un centro o grupo de investigación
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

R

El manejo quirúrgico tiene sus indicaciones en las alteraciones anatómicas del tubo digestivo como estenosis esofágica, hernia hiatal, acalasia; eventos de casi ahogamiento sin mejoría con tratamiento farmacológico, pacientes con daño neurológico y pacientes con fracaso al tratamiento farmacológico bien documentado.

C

La evidencia es conflictiva y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica.
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

4.2.3 Complicaciones

Evidencia / Recomendación

E

Las complicaciones mas frecuentes en lactantes menores es el vómito recurrente que puede estar presente en la mitad de los pacientes con reflujo gastroesofágico, una pequeña minoría puede presentar falla de medro, disfagia, odinofagia, anorexia, irritabilidad, hematemesis, anemia, apnea y eventos de casi ahogamiento, asma y tos crónica, neumonía recurrente. Los niños entre dos y cinco años de edad presentan con mayor frecuencia pirosis y regurgitaciones. La complicación más severa es la inflamación crónica (esofagitis severa) y esófago de Barret.

R

Referir al especialista a los pacientes con sospecha de una complicación.

Nivel / Grado

III

Estudios descriptivos, informes de comités de expertos
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

I

La evidencia es insuficiente en calidad y cantidad para hacer la recomendación, otros factores podrían influir en la decisión.
Pediatric GE Reflux Clinical practice Guidelines, 2001.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Andrew D. Jungh, MD. *Gastroesophageal reflux in infants and childrens*. American Family Physician; 2001;64; 11:1853-1860.
2. Colin, CD, Manssur LJ, Liptak GS, Baker RD, Boyle JT, Colletti RB, et al. *Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and childrens: recommendations of the North American Society fot Pediatric Gastroenterology and Nutrition*. J Pediatric Gastroenterol Nutr 2001;32 (suppl 2): S1-S31.
3. Huang R-C, Forbes DA, Davies MW. *Espesador de alimentos para recién nacidos con reflujo gastroesofágico*. Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford. Disponible en <http://www.update-software.com>.
4. Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, et al. *Prevalence of symptoms of gastreosophageal reflux during childhood: a pediatric practice-based survey*. Pediatric Practice Research Group. Arch Pediatr Adolesc Med 2000; 154:150-4

7. AGRADECIMIENTO

Se agradece a las autoridades de los Servicios Estatales de Salud de Chiapas y del Hospital de Especialidad Pediátricas de Tuxtla Gutiérrez, las gestiones realizadas para que el personal adscrito al Centro que desarrolló la presente guía; asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, y talleres para la integración de guías, coordinados por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

8. COMITÉ ACADÉMICO

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

M en A María Luisa González Rétiz	Directora General
Dr. Esteban Hernández San Román	Director de Evaluación de Tecnologías en Salud
M en A María de Lourdes Dávalos Rodríguez	Coordinadora Sectorial de Guías de Práctica Clínica
Dr. Héctor González Jácome	Subdirector de Guías de Práctica Clínica
Dr. Domingo Antonio Ocampo Dra. Lorraine Cárdenas Hernández Dr. Luis Aguero y Reyes Dr. Eric Romero Arredondo	Asesores de Guías de Práctica Clínica
Lic. José Alejandro Martínez Ochoa	Investigación documental
Lic. Margarita Isela Rivera Ramos	Diseño gráfico
Lic. Alejandra Thomé Martínez	Revisión editorial

9. DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Secretario de Salud del Estado de Chiapas

Dr. Adrian Pérez Vargas.

Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Julio Everardo Sotelo Morelos

Dirección General de La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dr. Manuel de la Lata Romero

Hospital de Especialidades Pediátricas, Tuxtla Gutiérrez

Dr. Jose Luis Peñaloza y Senties.

Director General

Dra. Concepción Domínguez González.

Directora General Adjunta

Dr. Alejandro Robles Nucamendi

Director Médico

10. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Avila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada Médico Cirujano Víctor Manuel Rico Jaime Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
CONTRALMIRANTE SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. de las Mercedes Gómez Mont Urueta Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Octavio Rodrigo Martínez Pérez Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Chihuahua	Titular 2009-2010
Dra. Elvia E. Patricia Herrera Gutiérrez Secretaría de Salud y Directora General de los Servicios de Salud del Estado de Durango	Titular 2009-2010
Dr. Ramón Armando Luna Escalante Secretario de Salud y Director General de los Servicios de Salud en el Estado de Michoacán	Titular 2009-2010
Acad. Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud de CENETEC y Secretario Técnico del Comité Nacional de GPC	Secretario Técnico