

RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

Nota del editor: Esta es la transcripción de una transmisión web presentada en vivo y en inglés en octubre de 2024. Ha sido editada para brindar mayor claridad.

Descripción general del RGE y la ERGE

Julie Khlevner, MD: Gracias, Jessica. Mi nombre es Julie Khlevner y es un privilegio estar aquí con ustedes. También es un privilegio absoluto copresentar esto con la Dra. Rachel Rosen, que nos acompañará en un momento. Soy gastroenteróloga pediátrica y trabajo en el Centro Médico de la Universidad de Columbia en Nueva York. Mi subespecialidad es dentro de la neurogastroenterología y la motilidad, y el reflujo es algo que veo con bastante frecuencia, pero, en particular, cuando se vuelve refractario.

Es un placer hablar con ustedes sobre el reflujo y cómo podemos guiar a todos los médicos para que se sientan cómodos con el diagnóstico y el tratamiento de esta afección tan importante y prevalente.

Cuando pensamos en medidas preventivas para ayudar al cuerpo a prevenir los episodios de reflujo, existe esta barrera antirreflujo, que es fisiológica, y se compone de tres cosas:

- Uno es el esfínter esofágico inferior, que es un esfínter que se encuentra dentro del esófago. Está formado por músculo liso.
- El otro es el diafragma.
- Y el otro es el ligamento frenoesofágico.

Los tres ayudan, en conjunto, a proporcionar la barrera para evitar que lo ingerido regrese del estómago al esófago.

Si observan, a la izquierda, verán el esquema de lo que llamamos ángulo de His. Ese es un ángulo importante al pensar en el reflujo, porque, en los bebés, este ángulo es bastante obtuso. Si no tiene mucha presión y capacidad para retener la presión del estómago hacia el esófago, ese ángulo es obtuso hasta que el bebé comienza a desarrollarse un poco más. Como imaginarán, las cosas pueden salpicar hacia el esófago con bastante frecuencia.

También existen mecanismos de protección de las vías respiratorias que son bastante intrincados. Pero, lo que es más importante, cuando se inicia la deglución y se abre el esfínter esofágico superior, las cuerdas vocales se cierran para evitar que se derramen hacia el árbol respiratorio. También está la tos, que ayuda a aclarar si hay algo residual en la faringe para evitar que se derrame en el árbol respiratorio.

Desafortunadamente, existen riesgos de reflujo dentro de esta fisiología, incluida la relajación transitoria del esfínter esofágico inferior, que puede ocurrir de forma rutinaria. También puede ser inducida por ciertos alimentos que comemos, aún siendo

adultos o adolescentes, pero en el caso de los bebés está más relacionada con el fenómeno real, no necesariamente es inducido por la comida. Y, por supuesto, la alteración de la limpieza esofágica también favorece los episodios de reflujo y no ayuda a despejar. Ese es otro motivo por el que los pacientes pueden tener reflujo más frecuente.

Cuando pensamos en el reflujo, hay muchos términos frecuentes. Quiero tomarme un momento para definir algunos de ellos. El reflujo gastroesofágico es el paso del contenido gástrico hacia el esófago con o sin regurgitación, lo que significa que el reflujo puede entrar en el esófago, la boca o la faringe, o el vómito, que es la expulsión del reflujo fuera de la boca. Pero cuando se habla de la ERGE, que es la enfermedad por reflujo gastroesofágico, esa E es muy importante porque representa los síntomas molestos que pueden acompañar al reflujo y que pueden afectar el desempeño diario o provocar complicaciones, como inflamación en el esófago, crecimiento deficiente, dificultades para alimentarse, etc. De eso hablaremos un poco más.

Además, está la ERGE refractaria, que mencioné en mi breve introducción. Esta ocurre cuando no se puede lograr que un niño o un bebé responda al tratamiento óptimo pasadas 8 semanas. Se trata de un término muy impreciso; no se ha optimizado. Quizás 8 semanas es demasiado con tan poco tiempo, pero esto es lo mejor que tenemos hasta ahora. Eso es lo que denominamos ERGE refractaria.

El reflujo es bastante frecuente. Si nos fijamos en este diagrama, esto representa cuántos bebés, a lo largo de sus 12 meses de vida, tienen episodios de regurgitación. Si es más de uno, es el color naranja oscuro. Como se puede ver, es bastante frecuente incluso al mes de vida, a los 3 meses y a los 6 meses. Pero el reflujo alcanza su punto máximo alrededor de los 3 meses de edad y luego, por lo general, comienza a mejorar a los 6 meses de edad. Es entonces cuando los bebés adquieren más musculatura central. Son más fuertes, pueden sentarse un poco, y ese ángulo de His mejora un poco. Ya no es tan obtuso, es más agudo. Eso ayuda a prevenir algunos de los episodios de reflujo.

Como se ve, a los 10 y 12 meses, disminuye. De hecho, se siguen viendo episodios de reflujo en algunos pacientes de entre 12 y 15 meses de edad. Ahí podrían preguntarse qué más está pasando, ¿deberían estar pensando en otra cosa? La mayoría de los bebés mejoran a los 6 meses, y la mayoría se resuelven a los 12 meses.



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

Hay ciertos factores de riesgo con los que estamos familiarizados para la enfermedad por reflujo en los bebés. En particular, en el caso de los bebés prematuros, sabemos que corren el riesgo de sufrir reflujo, fibrosis quística y otras afecciones pulmonares crónicas en pacientes y bebés; algunas malformaciones congénitas, como la hernia diafragmática congénita y la atresia esofágica; parálisis cerebral; y algunas afecciones neurológicas también pueden ocurrir. La obesidad también es un factor de riesgo para el reflujo, pero en la infancia no necesariamente tenemos que pensar en eso.

Cuando pensamos en el reflujo en nuestros bebés, buscamos entender qué síntomas y signos presentan. A veces, y a menudo, son bastante inespecíficos y pueden ser variables, según la edad. Estos son algunos de los síntomas y signos más comunes que vemos en los bebés. En general, las familias suelen reportar cierta incomodidad o irritabilidad. Puede estar relacionado con la alimentación. Puede ser después de las tomas. Es posible que no esté relacionado con la alimentación. Puede provocar un crecimiento deficiente, desnutrición o retraso en el crecimiento, como solíamos llamarlo. Puede provocar el rechazo de la alimentación en algunos bebés. Si asocian la ingesta de alimentos, la ingesta de fórmula o la ingesta de leche materna con los síntomas, pueden comenzar a negarse. Y eso es algo de lo que deberíamos hablar con las familias.

Pueden tener posturas distónicas en el cuello o síndrome de Sandifer, que sé que es un término con el que mucha gente está familiarizada. Pueden tener anemia, y eso está relacionado principalmente con la esofagitis, lo que lleva a cierta pérdida de sangre en el tracto gastrointestinal (GI). Puede haber regurgitación, de nuevo, con o sin vómitos. Algunos pacientes que han desarrollado esofagitis pueden tener hematemesis. Puede haber dificultades para alimentarse, esofagitis real e histología, que es inflamación en el revestimiento de la mucosa esofágica. Pueden desarrollar estenosis pépticas. Por suerte, no necesariamente vemos eso en bebés, pero podemos verlo en niños mayores. Y, por supuesto, el [esófago] de Barrett es algo que nos interesa mucho. Hay ciertas poblaciones de pacientes que tienen un mayor riesgo de Barrett, en particular, en el grupo de edad más joven, como nuestros pacientes con atresia esofágica. Pero no necesariamente nos preocupamos por eso en los lactantes.

Y hay síntomas en las vías respiratorias que también surgen: sibilancias, tos, ronquera, estridor, episodios de apnea. Puede haber neumonía recurrente, infecciones de oído recurrentes. Quisiera advertir que algunas de estas pueden ser algo complicadas, porque hay razones más frecuentes para algunos de los problemas de las vías respiratorias que solo el reflujo. En particular, si hay un paciente con infecciones de oído

recurrentes, no pensaría en el reflujo como lo primero, pero ciertamente debería ser una posibilidad.

A menudo, recibimos referencias de nuestros colegas otorrinolaringólogos (ORL) de pacientes con presunto reflujo en función de un examen de las vías respiratorias. Quiero advertirles que ha habido múltiples estudios que sostienen que un examen de las vías respiratorias realizado por un especialista en otorrinolaringología no puede predecir la presencia de reflujo. Las vías respiratorias pueden estar rojas como se muestra en la imagen de la izquierda. Y eso no se correlaciona con reflujo, ya sea que esté objetivado en sondas de impedancia/pH o sea clínicamente relacionable. En el mundo de la gastroenterología existe una concordancia bastante baja entre un examen de las vías respiratorias y la presencia de reflujo. Muchas de estas familias acuden a recibir tratamiento para el reflujo a partir de ese examen. Y, a veces, debemos dar un paso atrás y explicar que este puede no ser el caso, y comenzar a dejar algunos de los medicamentos con los que han comenzado.

Han escuchado un poco sobre algunos de los desafíos. Los síntomas y signos son bastante amplios, pero existen desafíos importantes porque no existen criterios diagnósticos universales. En este momento, no tenemos un diagnóstico definitivo de la ERGE en bebés. Sabemos qué buscar, pero no tenemos nada que podamos meter en una caja y decir: Sí, el paciente cumple con estos criterios. A veces es muy difícil correlacionar los síntomas con los eventos de reflujo. Muchos bebés lloran, muchos bebés están irritables y es posible que no se relacione para nada con los eventos de reflujo. Así que, cuidado con eso. A veces, las familias reportan muchos problemas de reflujo, pero pueden ser solo cólicos y otras cuestiones no relacionadas. Los bebés no pueden verbalizar sus síntomas. Las familias son las que van al consultorio y las que están reportando las inquietudes. A menudo, las preocupaciones de los cuidadores conducen a la determinación de las opciones de tratamiento. Tengan en cuenta que muchas familias pueden tener inquietudes, pero se debe comprender si hay preocupaciones desde el punto de vista médico y si estos pacientes necesitan alguna vía de tratamiento que esté fuera de lo que han estado haciendo.

También es importante obtener una historia clínica completa y un examen físico, porque a veces es difícil descifrar a qué se enfrenta en términos de diagnósticos diferenciales. Es muy importante comprender la edad de inicio de los síntomas. Si los síntomas comenzaron alrededor de los 12 meses de edad, eso es algo atípico para el reflujo. Así que eso debería alertar de que, tal vez, algo más está pasando. Comprender la edad típica de inicio es importante: son los primeros meses de vida, la



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

primera infancia, y alcanza su punto máximo a los 3 meses de edad más o menos.

Luego, se debe comprender si la regurgitación ocurre justo después de una comida, durante una comida u horas después. ¿Ocurre alguna vez por la noche, cuando el paciente está durmiendo? Hay que evaluar si algo es digerido o no. Tendremos un pequeño caso al final para hablar un poco de esto, pero, a veces, los pacientes pueden tener un problema esofágico y vomitar exactamente lo que toman sin ningún proceso digestivo porque ni siquiera llega al estómago.

Además, se debe comprender el patrón de alimentación de un bebé. ¿Cuánto tiempo se alimenta el bebé? ¿Es amamantado? ¿Toma fórmula? ¿Qué tipo de biberón? ¿Qué tipo de tetina usa? ¿Cuánto toma? Pueden estar sobrealimentados, y es por eso que escupen o regurgitan. También se debe entender la preparación: si se usa fórmula, ¿siguen las instrucciones de mezcla correctas? A veces es muy confuso leer esas instrucciones, por lo que hay que asegurarse de que no se concentren demasiado ni muy poco. ¿Le agregan algo para aumentar las calorías o espesar? Eso también es importante que lo entendamos, porque puede tener manifestaciones y afectar los síntomas que los pacientes pueden tener. Luego, ¿cuánto tiempo pasa entre las tomas que los padres le dan al bebé? Todas estas cosas son importantes porque aquí entran en juego algunas de esas modificaciones de comportamiento, o del estilo de vida, porque algunas de estas cosas se pueden remediar a través de técnicas de alimentación adecuadas.

También se deben comprender los antecedentes familiares. Los antecedentes familiares de la enfermedad por reflujo son importantes porque estas cuestiones son hereditarias, por lo que se deben tener en cuenta para comprender los riesgos para ese bebé. Se debe entender si hay otros posibles desencadenantes en el hogar, si hay fumadores en el hogar, etc., solo para ver y recopilar más datos para estar más cómodos con el diagnóstico. ¿Y qué ha sucedido con el bebé en el pasado? ¿Hubo alguna intervención? ¿Alguien ha hecho modificaciones, de estilo de vida o de comportamiento? ¿Alguien ha recetado algún medicamento, etc.? Eso también es muy importante porque puede guiar la forma en que se evalúa y trata al bebé.

El crecimiento es extremadamente importante para todos nosotros, en especial, en el mundo GI. Queremos entender si un paciente está ganando la cantidad adecuada de peso y si ha habido alguna pérdida en los percentiles a lo largo de la infancia, y obviamente las señales de alerta, de las que hablaremos.

Las señales de alerta son muy importantes porque ahí es donde el reflujo (reflujo gastroesofágico) entra en el proceso de la enfermedad, o ERGE. En general, cualquier pérdida de peso o letargo, fiebre, exceso de irritabilidad (que es un término muy mal definido), dificultad para orinar (aunque un recién nacido puede no ser capaz de expresarlo). Una vez más, la regurgitación ocurre un poco más tarde en la vida, más de 6 meses de edad, pero puede comenzar alrededor de los 12 meses de edad, y los síntomas pueden persistir más allá de los 15 meses de edad, pero se debe entender si hay otras cosas a tener en cuenta, fuera del reflujo. El vómito fuerte persistente también debe ser un desencadenante de que algo más está sucediendo. Y uno de los ejemplos es la estenosis pilórica, sobre todo si se encuentra en la población de pacientes adecuada. Los vómitos nocturnos siempre nos preocupan, sobre todo cuando el paciente está durmiendo, y eso puede indicar que hay una patología intracraneal. Los vómitos biliosos también son motivo de preocupación. Pueden indicar que hay algún tipo de proceso obstructivo, incluso cosas como malrotación, etc. La hematemesis siempre es una preocupación por una hemorragia, esofagitis, desgarro de Mallory-Weiss, pueden suceder múltiples cosas, por lo que es importante considerarla. También es importante la diarrea crónica en un entorno de regurgitación, ya que puede cambiar su diagnóstico hacia algún tipo de alergia a la proteína de la leche o síndrome de enterocolitis inducida por proteínas alimentarias (SEIPA). Hay sangrado rectal, distensión abdominal, así que es muy importante entender todas esas cosas porque son señales de alerta de una posible ERGE. Pero, también, podría ser que haya otros diagnósticos a tener en cuenta.

Hay mucha información en esta diapositiva, pero es solo para incluir todo lo que puede presentar el reflujo en los bebés. Hay muchas cosas diferentes de las que queremos hablar. Hemos hablado de algunas de ellos, que son, desde el punto de vista GI, la estenosis pilórica, la malrotación, la enfermedad de Hirschsprung, la acalasia, que es un trastorno motor del esófago. De nuevo, si el paciente vomita todo inmediatamente después de comer, y no está digerido, puede empezar a pensar en un trastorno motor esofágico. Es posible que piensen en la gastroparesia, que es un retraso en el vaciamiento gástrico. Si un paciente vomita, por ejemplo, horas y horas después de comer, hay molestias asociadas y pérdida de peso, podría ser un poco más que solo ERGE y hay que pensar en eso. Puede haber úlceras pépticas, esofagitis eosinofílica o trastornos GI eosinofílicos, como término general, diferentes alergias e intolerancias alimentarias, enfermedad inflamatoria intestinal, aunque no hace falta pensar demasiado en ello en la infancia. Existe una enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano de la que nos ocupamos, y eso puede ocurrir en la



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

infancia. Debemos pensar en eso. También hay pancreatitis, apendicitis, etc.

No voy a repasar todo, pero quiero señalar que los pacientes con enfermedades cardíacas pueden vomitar. Y, a veces, el diagnóstico de la enfermedad cardíaca llega a través de una consulta de gastroenterología. Hay un paciente que está vomitando y algo no parece estar bien. Se pide una radiografía y parece que el corazón se ve bastante grande, o se pide un electrocardiograma (ECG) que se ve mal. A veces se puede detectar algo así, pero, muchas veces, nuestros pacientes con diferentes cardiopatías congénitas vomitan, y definitivamente pueden tener reflujo, pero, a menudo, está relacionado con su problema principal.

También se evalúan otras cosas, incluidas las causas neurológicas. Eso siempre está latente, en especial si hay vómitos nocturnos. Pero eso es algo en lo que hay que pensar, y más en un entorno de fontanela abultada o con un examen ocular preocupante en bebés.

No necesariamente debemos hacer mucho más que diagnosticar el reflujo clínicamente, pero, a veces, en particular en presencia de señales de alerta, o cuando otros sistemas se ven afectados y existe la preocupación de problemas adicionales de alimentación, crecimiento o desarrollo, es posible que se piense en qué más podría ser esto fuera del reflujo. Es posible que obtengamos algo llamado estudio del tracto GI superior, que analiza la anatomía, y que es útil para descartar obstrucciones de salida, obstrucciones de salida pilórica, malrotación u otras malformaciones anatómicas. Se pueden emplear ecografías, sobre todo para descartar la obstrucción de la unión ureteropélvica (UPJ) u otras etiologías por las que el paciente tiene regurgitación o vómitos.

A veces, cuando usted, desde el punto de vista de un pediatra, trata a pacientes por reflujo, hace recomendaciones, pero entiende que el siguiente punto en la fila es derivar a un gastroenterólogo. Y un gastroenterólogo puede considerar hacer una endoscopia. No siempre es necesario, pero puede serlo si se sospecha de una esofagitis real, que es necesario tratar agresivamente. O si preocupa algo más como el trastorno GI eosinofílico, porque es un diagnóstico histológico además de un fenotipo clínico. Debemos asegurarnos de que se hagan biopsias, o no estaremos seguros de lo que está sucediendo. Se debe evaluar el tracto gastrointestinal con un poco más de cuidado, y emplear una endoscopia en ese momento.

También se pueden hacer pruebas para detectar el reflujo. Es un poco más objetivo. Se llama prueba de impedancia de pH. Es un estudio donde se coloca una sonda y que brinda

información de 24 a 48 horas sobre lo que está sucediendo entre el estómago y el esófago. Eso también ayuda a correlacionar los síntomas clínicos. Por ejemplo, si un paciente tiene manifestaciones extraintestinales y ni siquiera sabemos si están relacionadas con el tracto GI, eso a veces nos ayuda a entender si podría haber algunas propiedades correlativas. Si se sospecha de un trastorno de la motilidad, como la acalasia, que he mencionado, que es solo una, se puede emplear la manometría esofágica. De nuevo, todas estas herramientas son utilizadas por los gastroenterólogos.

Lo que es importante tener en cuenta es que, incluso si un gastroenterólogo hace una endoscopia, hace biopsias, y la histología es normal, eso no descarta el reflujo. Puede haber reflujo significativo con una histología normal. Y sabemos que, en particular en bebés y niños pequeños, la mucosa (que es un buen mecanismo de barrera) a veces puede no estar inflamada, incluso ante problemas clínicos significativos.

Manejo de la ERGE: Tratamiento no farmacológico

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Gracias, Dra. Khlevner. Cuando pensamos mucho en el reflujo, como escucharon, la Dra. Khlevner y yo somos médicas de la motilidad. Cuando estoy en X y tuiteo sobre cosas, casi siempre uso el hashtag #itsnotreflux (no es reflujo), porque creo que nuestra comprensión del reflujo realmente ha cambiado bastante en los últimos 10 años. Cosas que antes se atribuían al reflujo, en realidad no son reflujo. Como gastroenterólogos, nuestro objetivo es pensar en otros diagnósticos diferenciales. Y hablaremos un poco sobre nuestras preocupaciones sobre por qué el sobrediagnóstico de la ERGE tiene implicaciones, en el futuro, para la pediatría.

También vamos a hablar un poco por adelantado sobre los tratamientos no farmacológicos, creo que estos son importantes, y nuestra comprensión ha evolucionado con el tiempo. En mi práctica, ahora esto es el abc para la intervención. Es una gran parte de lo que hacemos. La mayoría de los pacientes que acuden a un gastroenterólogo no van para escuchar que las cosas están bien, porque, en general, las cosas se han intensificado hasta el punto en que los pacientes tienen otros síntomas que son lo suficientemente graves como para ameritar la derivación a un especialista. Pero creo que, para la mayoría, la regurgitación, o lo que solíamos llamar bebés escupidores felices, para nuestros propósitos, tienen una fisiología normal. Como mencionó la Dra. Khlevner, la regurgitación es muy, muy común. La regurgitación en sí misma no da el diagnóstico de enfermedad, no confirma la ERGE. Sabemos, como escucharon, que las cosas mejoran con el tiempo. Nuestro objetivo es cómo podemos ganar tiempo para llegar a esa marca de 6 meses en la que las cosas comienzan a mejorar. Además de los cambios en la fisiología, hay otro factor importante que ocurre a los 6 meses, y en realidad ahora



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

incluso un poco antes debido a los cambios en la Academia Estadounidense de Pediatría, y es la introducción sólida temprana. Los alimentos sólidos dan como resultado una menor dependencia de los líquidos, que se refluyen fácilmente, y la introducción temprana de alimentos sólidos es algo que recomendamos mucho en bebés con reflujo significativo.

Como escucharon sobre las señales de advertencia, las tomamos muy en serio. Buscamos mucho otros diagnósticos. Una de las cosas que surge, además de la tranquilidad, es el posicionamiento. “Debo sostener a mi bebé en posición vertical durante una hora, 2 horas, 3 horas”. Las familias caminan por la casa con un bebé erguido durante 12 horas seguidas, lo que no es propicio para nada. A pesar de que lo recomendamos, no hay muchos datos que lo respalden. Hablaremos un poco sobre los datos de posicionamiento que existen.

Habrán oído hablar de cómo evaluar, de cuál es el volumen de la alimentación. Tratar de evitar la sobrealimentación es realmente importante. Saber qué tetina usan los pacientes es muy importante. Si un bebé usa una tetina de nivel 3, es posible que esté tragando mucho aire, lo que contribuye a su regurgitación, o puede estar aspirando, porque está usando una tetina con un orificio muy ancho. Una vez más, conocer todos los aspectos de la alimentación, incluido el sistema de biberón usado, el tipo de tetina, si se incorpora algo al biberón, todo eso es importante.

Luego, están las intervenciones nutricionales. Uno de mis temas favoritos de todos los tiempos es el espesamiento, porque lo hacemos mucho, y hoy hablaremos mucho al respecto. El espesamiento se ha convertido en el pilar de nuestro tratamiento, y no solo para los bebés, sino para todos los pacientes, hasta el punto de que ahora también espesamos casi todo lo que pasa por las sondas de gastrostomía. Podemos hablar un poco de eso.

También hablaremos un poco sobre el uso de las dietas hipoalérgicas. Una vez más, muchas de estas recomendaciones provienen de nuestras pautas de la ERGE pediátrica que publicamos, pero creo que las cosas han cambiado mucho. Mientras que en el pasado había una prueba de varias semanas de una fórmula hidrolizada o una fórmula a base de aminoácidos, creo que ahora, el espesamiento se ha apoderado del terreno. Y sospecho que en la próxima iteración de las pautas, esto puede cambiar un poco.

¿Qué pasa con los datos de posicionamiento? Sabemos por estudios muy tempranos que estar boca abajo o en posición prona reduce el reflujo gastroesofágico. Estos son estudios que se hicieron tanto con sondas de pH como con sondas de impedancia de pH. Sabemos que esas posiciones reducen el

reflujo, pero, como también sabemos, el síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) es un problema realmente grande. Los bebés no pueden estar boca abajo y no deben estar boca abajo cuando duermen. Si están jugando en una colchoneta y el bebé está despierto, eso es algo en lo que deben pensar. El tiempo boca abajo siempre es bueno cuando los niños están despiertos, pero no cuando duermen. Sobre la posición inclinada, aunque a menudo escuchamos que mantener al bebé erguido es útil, no hay muchos datos que la respalden. Si bien a menudo lo recomendaremos o las familias lo encontrarán útil, no se han realizado estudios para demostrar que haya un beneficio importante en la reducción de los síntomas. Y, de nuevo, los bebés siempre deben dormir boca arriba, sin la cabecera de la cuna elevada, para reducir el riesgo de SMSL.

¿Qué pasa con el espesamiento de los alimentos y por qué estoy tan emocionada de hablar sobre eso hoy? Es porque los datos sugieren que realmente ayuda. Sabemos que el espesamiento reduce la regurgitación visual en los metanálisis. Se ha demostrado que esto es beneficioso. Sabemos que reducimos el número de días con cualquier regurgitación y aumentamos el aumento de peso cuando los bebés son alimentados con fórmula o leche materna espesadas. No se ha demostrado que los alimentos espesos reduzcan estos síntomas extraesofágicos o estos otros síntomas de los que habló la Dra. Khlevner. Y creo que esto es clave cuando hablamos de reflujos. ¿Están estos síntomas relacionados con el reflujo o es simplemente que las personas saltan automáticamente al vientre como causa de las cosas, pero no tenemos ningún dato que lo respalde? Hay estudios en los que se grabaron bebés con sondas de pH o de impedancia en el esófago y las personas debían calificar si creían que el bebé estaba teniendo reflujo o no. Las personas se equivocaron el 50 % de las veces al observar a los bebés. La conclusión es que apestamos en el diagnóstico del reflujo gastroesofágico. Debemos tener cuidado al confiar solo en los síntomas para hacer suposiciones.

¿Qué pasa con el enfoque de atención escalonada para las intervenciones no farmacológicas? Estas pautas de las que hemos hablado, hablamos de revisar el historial de alimentación. A menudo recomendamos comidas más pequeñas y frecuentes. Sabemos que hay un instinto de concentrar las fórmulas, añadir más calorías para dar menos volumen. Pero lo que sabemos es, más o menos, que cuantas más calorías se pongan en el biberón, más lento será el vaciado gástrico. No queremos empeorar a un paciente al concentrar la fórmula en calorías muy altas por onza, por lo que se debe tener en cuenta. Por último, una prueba de alimentos espesados, y no puedo enfatizar lo suficiente lo importante que es que puedan trabajar con un dietista si es una posibilidad en



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

su práctica para ayudarse con estas cosas, así como con un patólogo del habla y del lenguaje o con un terapeuta ocupacional, dependiendo del sistema hospitalario en el que se encuentren.

¿Qué pasa con la leche materna y el espesamiento? Este es un tema controvertido. Priorizamos la lactancia materna. Es algo increíble. Pero, en el caso de los bebés que tienen una enfermedad significativa por reflujo gastroesofágico, a veces debemos cambiar la forma en que damos la leche materna y tenemos que darla por biberón con un espesante para leche materna. Solo como recordatorio para todos, no se puede poner cereal en la leche materna. No se espesará adecuadamente porque las amilasas de la leche materna masticarán el cereal. Se usan espesantes comerciales para la leche materna. Para los bebés, el único que está aprobado es el espesante de goma de algarroba. Y estos son para bebés que han pasado el término. La otra opción son los espesantes a base de alimentos, de los que estoy segura que hablaremos en las preguntas. Los espesantes de goma xantana se han asociado con enterocolitis necrotizante en bebés, por lo que no se pueden usar para bebés menores de 1 año. Pero los espesantes a base de alimentos siempre son una posibilidad. Una vez más, tengan en cuenta que si necesitan espesar la leche materna, deben optar por un espesante comercial.

¿Existen contraindicaciones para el espesamiento? Esto es muy, muy importante cuando pensamos en qué bebés deben recibirlo. Aquí, la pregunta debe ser, ¿puede el bebé recibir espesante? ¿Y en qué espesante están pensando? Lo que se ve en la diapositiva son las contraindicaciones de los espesantes comerciales. Estas son las contraindicaciones de la goma de algarroba, y este es el sesgo de Rachel Rosen. Esto no se basa en datos *per se*, pero a este paciente, en el Hospital de Niños de Boston, no le daremos espesantes comerciales. Si el paciente tiene un trastorno importante de la motilidad, por ejemplo, la enfermedad de Hirschsprung, o una pseudoobstrucción, no usaremos espesantes comerciales. Si el bebé tiene heces hemo positivas, no usaremos espesantes comerciales porque, en nuestra cabeza, estamos preocupados: "¿Hay una descomposición de la mucosa que pueda desencadenar enterocolitis necrotizante (ECN) en este paciente?" No usamos espesantes comerciales en bebés con mala perfusión intestinal. Estos son los pacientes con cardiopatías congénitas que se encuentran en mal estado de perfusión. Por último, a un bebé que tenga antecedentes de ECN o que haya sido supervisado por ECN mientras estaba en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN), no le daremos espesantes comerciales.

La otra cosa al pensar cuando se recomiendan espesantes es todas las demás cuestiones que acompañan a los productos

espesantes. No puedo enfatizar lo suficiente que, como dietista, patólogo del habla y del lenguaje, gastroenterólogo o pediatra, deben conocer los productos que recomiendan a sus pacientes. En primer lugar, la cuestión de la aglomeración o del espesamiento inconsistente. A menudo, vemos grumos cuando usamos cereales de avena, lo que puede ser problemático. A veces, antes de poner avena en un biberón o cereal de arroz, la ponemos en una licuadora y la pulverizamos para tratar de que los grumos sean lo más pequeños posible. Pensamos en la viscosidad que cambia con el tiempo. Si una familia tiene que hacer biberones espesados antes de enviar a su hijo a la guardería y esos biberones van a permanecer en un refrigerador todo el día, es posible que saquen ese biberón a las 3 P. M. y puede parecer hormigón líquido. Deben saber si ese espesante cambiará con el tiempo. Porque, si es así, y el niño está en la guardería, deben coordinar con la guardería para que preparen los biberones en el momento o bien cambiar de espesante.

¿Qué pasa con la obstrucción de las tetinas? Lo peor que podría pasar es que recomendamos un espesante y el bebé no pueda sacar la fórmula o la leche materna del biberón. No queremos que las familias corten la tetina ni que pasen a una de mayor tamaño sin consultar, porque un bebé con reflujo puede convertirse en un bebé aspirante porque está siendo sumergido por una tetina con un agujero demasiado grande. Tenemos que pensar en la disminución de la ingesta de líquidos. Aunque, para ser honesta, ese casi nunca es el caso en nuestra práctica. Si hemos disminuido la ingesta de líquidos, hay que parar y decir: "¿Es un problema de extracción?" Eso es una bandera roja, ¿se trata de una afección neurológica si no pueden eliminar el espesamiento? Las heces cambian. Algunos niños tienen heces más blandas; otros más firmes. La clave aquí es rotar los espesantes siempre que sea posible.

Manejo de la ERGE: Tratamiento farmacológico

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Hablemos de medicamentos. Es por eso que el hashtag #itsnotreflux es importante. Existen muchos medicamentos para el reflujo. Tenemos antiácidos y alginatos, que se administran según sea necesario. Maalox o Mylanta son medicamentos que se neutralizan al contacto, pero no duran mucho en el estómago. Y casi nunca los usaremos en bebés. Quiero destacar, como mencionó la Dra. Khlevner, que gran parte del reflujo en los bebés se debe a la fórmula o la leche que vuelve a subir. Es posible que no haya daño en la mucosa. Puede ser molesto porque el esófago se estira, pero la mayoría de los bebés tienen contenido gástrico no ácido. Muchas de estas cosas de las que vamos a hablar no funcionan porque el ácido no es un problema para la gran mayoría de los bebés.



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

Los otros agentes supresores de ácido que tenemos son los inhibidores de la bomba de protones, como el omeprazol, el lansoprazol, el esomeprazol, que generalmente se administran una vez al día y afectan las bombas de protones en las células parietales. Hay antagonistas de los receptores H2 y, en este momento, el único en el mercado para bebés es la famotidina. Estos son más leves que los inhibidores de la bomba de protones. Por último, recién aprobados el mes pasado, están los bloqueadores ácidos competitivos de potasio (P-CAB), que no son sensibles a las comidas en la misma medida que los inhibidores de la bomba de protones. Los inhibidores de la bomba de protones deben administrarse, preferiblemente, con el estómago vacío. Los P-CAB se pueden administrar en cualquier momento del día.

La conclusión es que no quiero que los recomienden. La razón es que nuestra comprensión sobre cómo funcionan estos medicamentos ha cambiado. En primer lugar, hay dos ensayos controlados aleatorios en bebés que no muestran ningún beneficio para los bebés. Pero, lo más importante, es que estamos empezando a comprender muchos riesgos, uno de los cuales es la disbiosis. Sabemos, por estudios realizados por nosotros y por otros, que el líquido gástrico de los pacientes que toman estos medicamentos desarrolla estafilococos y estreptococos, lo que nos preocupa. No queremos un crecimiento excesivo de estas bacterias. Sabemos que los niños tienen un mayor riesgo de contraer infecciones como *Clostridioides difficile*, relacionadas con la supresión de ácido. Sabemos que puede haber un mayor riesgo de fractura y, tal vez, de obesidad. Pero lo que quiero destacar es este posible aumento del riesgo de enfermedades alérgicas. No queremos que los niños desarrollen alergias como resultado de estos medicamentos y, al parecer, la exposición temprana de los bebés a estos medicamentos aumenta el riesgo de asma, alergias alimentarias y, lo que es más preocupante desde la perspectiva de gastroenterología, es la esofagitis eosinofílica, que es una afección alérgica del esófago de por vida. No queremos exponer a los bebés a estos medicamentos si no es necesario.

Ya hemos hablado de los riesgos. En el caso de los recién nacidos prematuros, algunos incluyen la enterocolitis necrotizante, la sepsis de inicio tardío, incluida la sepsis relacionada con las infecciones urinarias, y el aumento del riesgo de mortalidad. Actualmente, las recomendaciones de la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas (NASPGHAN)/ Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) son no usar la supresión de ácido para bebés sanos que tienen regurgitación ni en pacientes con llanto o angustia que, por lo demás, están sanos, ni por síntomas extraesofágicos. Ya no tratamos la tos, la asfixia, o los ahogos,

con supresión de ácido, porque nos preocupamos mucho por las infecciones respiratorias asociadas con su uso. Se recomiendan de primera línea estos medicamentos si hay esofagitis comprobada, como mencionó la Dra. Khlevner. Y, por último, si no se puede consultar a un gastroenterólogo o si quieren probar la supresión de ácido y sienten que un niño la necesita, las pautas originales recomendaban de 4 a 8 semanas de supresión de ácido. Mi esperanza es que con cualquier pauta futura bajemos a 2 semanas como máximo. Creo que queremos tratar durante el menor tiempo posible, por lo que se lo recomendamos a todos ustedes.

Manejo del RGE sin complicaciones en la práctica clínica: Estudio de caso:

Julie Khlevner, MD: Comenzaremos con el caso y, con suerte, a medida que avancemos, algunos de los puntos tratados surgirán en su mente como algo bastante familiar. Este es el caso de un lactante con regurgitación amamantado. Es un bebé de 5 semanas alimentado exclusivamente con leche materna, nacido a término y llevado por los padres preocupados por la irritabilidad, constante, y la regurgitación.

Al conocer un poco más su historia, sabemos que tiene regurgitación de leche cuajada de 4 a 5 veces al día, generalmente a los 10 a 15 minutos de las tomas. Son bastante frecuentes y, además, parece estar inconsolable, inquieto, o llora. Estos episodios pueden durar entre 30 y 60 minutos, y ocurren durante todo el día.

En el examen, el bebé se ve bien, sin signos vitales notables. Ha habido un gran aumento de peso con respecto a la última visita, que fue hace 3 semanas. Ha subido 900 g y, en el examen, el bebé está inquieto cuando se le coloca en decúbito supino, pero mejora cuando se lo mantiene erguido. Por lo demás, no tiene nada de especial. Voy a incluir a la Dra. Rosen solo por un momento para obtener su opinión sobre si cree que algo de esto es preocupante o un problema, o si hay alguna señal de alerta por la que deberíamos preocuparnos con este bebé.

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Creo que este es un caso bastante típico de ver. La clave, desde mi punto de vista, cuando escucho su historia, es que la regurgitación ocurre justo después de la toma. Así que, de nuevo, esto nos lleva al componente del reflujo no ácido. Lo que viene es leche. No creo que este sea un caso en el que recomendaría medicamentos. Los sacaría de la ecuación porque, en mi opinión, lo que viene no va a ser ácido. Este sería un gran caso en el que hablaríamos más de los problemas relacionados con la alimentación, y pensaría: "Este podría ser un gran caso para pensar en los biberones espesados". En especial en los bebés amamantados, este podría ser un niño en el que dirían: "Está bien, amamanta a lo largo del día, pero ¿por qué no tomamos dos tomas de las,



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

digamos, 8 tomas, y probamos espesarlas en un biberón? Veamos si con las tomas espesadas, frente a las tomas por pecho, el niño mejora de alguna manera". Si hubiera mejoría, entonces podríamos agregar algunos biberones más con leche materna espesados.

No hay nada en la historia que me haga decir que no debería usar un espesante comercial para este bebé. No hubo prematuridad. No hay sangre en las heces. No hay antecedentes que me hagan pensar que eso no sería una posibilidad si tuviéramos que hacerlo. Ahora, el hecho de que el bebé estuviera quisquilloso cuando estaba en decúbito supino, pero mejoró cuando se mantuvo erguido o boca abajo, no me empuja de una forma u otra a decir que esto es ERGE o no. Estoy feliz de que este bebé esté creciendo bien, lo cual es increíble. No veo grandes banderas rojas aquí, así que este sería un niño en el que se podría ofrecer tranquilidad. Yo ofrecería un poco de espesamiento para ver cómo van las cosas, pero probablemente no haría mucho más. Me encantaría ver, Dra. Khlevner, lo que viene después.

Julie Khlevner, MD: De acuerdo. Se proporciona asesoramiento a los padres, como la Dra. Rosen acaba de comentar amablemente, de que es probable que se trate de reflujo gastroesofágico. Es bastante común y se aconseja a la familia sobre algunas de las modificaciones en el estilo de vida y el comportamiento de las que hablamos. Se asegura que el volumen de la toma no sea una locura, que el paciente no se alimente a cada hora del día y que, potencialmente, el espesamiento podría ayudar con los episodios de reflujo. De nuevo, se deben mantener firmes en su postura, de que no hay ninguna indicación para los medicamentos supresores de ácido en este momento, porque no hay evidencia al respecto y, en realidad, hay riesgos significativos a tener en cuenta. También se recuerda a la familia que hagan un seguimiento y, por supuesto, se comuniquen si hay algún reflujo preocupante que se haya desarrollado o cualquier otra cosa que se desarrolle desde el momento en que se atendió a ese paciente.

Y para respaldar algunas de las cosas de las que acabamos de hablar, de nuevo, sacando a relucir la pauta de la Dra. Rosen, que se publicó en 2018, en ausencia de señales de alarma, se abordan modificaciones conductuales y de estilo de vida. Sin sobrealimentar. Pueden considerar espesar las tomas, pero se debe continuar amamantando, como en el caso del bebé que acabo de presentar. Si el paciente mejora, genial, pero, si no mejora, se puede considerar que la madre elimine la leche de la dieta durante un período de prueba, como siguiente paso. O, si el bebé es alimentado con fórmula, se puede considerar la fórmula ampliamente hidrolizada. Una vez más, antes esto se hacía para siempre, y se mantenía a estas familias alejadas de lácteos o con una fórmula ampliamente hidrolizada hasta que

tenían 12 meses de edad. Todo esto ha cambiado, y creemos que debería haber un período de prueba muy pequeño en el que se anime a las familias a parar y evaluar, porque, muchas veces, cuando vuelven a una fórmula anterior o a la lactancia materna sin eliminación de leche, están bien. Pero, si el paciente aún no está bien, entonces se debe involucrar a un subespecialista, como un gastroenterólogo.

Para poner las cosas en perspectiva, sabemos que la supresión de ácido no es buena para los bebés. No hay datos que respalden su uso y, sin embargo, muchos estudios muestran que todavía se prescribe con mucha frecuencia. Este es un estudio, el primero en el que el 7 % de todos los bebés han sido recetados con supresores de ácido, creo que esto fue en Virginia, sacaron recetas para bloqueadores H2 e IBP, y al 7 % de los bebés sanos se les recetaron este tipo de medicamentos. Es un estudio muy rudimentario, por lo que es muy difícil saber exactamente cuáles fueron las indicaciones, pero es bastante frecuente saber que no es útil. También se prescribe en el entorno de los pacientes hospitalizados. Uno de cada 4 es un estudio que analiza una UCIN y a 1 de cada 4 bebés se les recetó un IBP o un bloqueador H2. Pero, lo peor, es que el 56 % de esos bebés fueron enviados a casa con estos medicamentos sin reconsiderar si eran necesarios. Así que sigue siendo un problema. Todavía se receta por demás, y esperamos que cambien de opinión sobre hacerlo en su propia práctica.

Creo que hemos superado este punto, pero me gustaría decir que el momento de inicio del reflujo es muy importante. Hablamos de por qué esto es así y, la mayoría de las veces, no hay indicios de ningún otro chequeo en un bebé sano que está prosperando, y solo está regurgitando.

Enfoque diagnóstico diferencial de las señales de alerta del RGE: Estudio de caso:

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Se trata de un bebé con dificultades para alimentarse, un bebé prematuro de 7 meses de edad, ahora corregido a 6 meses, que llegó con síntomas de dificultades para alimentarse, reflujo, llanto y sibilancias. El bebé nació a las 36 semanas de gestación por cesárea y fue dado de alta de la UCIN a las 40 semanas.

Tenía muchas infecciones respiratorias, otitis poco frecuente del oído medio, arcadas y tos durante las tomas, que comenzó aproximadamente de 2 a 3 semanas antes. Mucha regurgitación, vómitos ocasionales, sibilancias audibles y, gracias a Dios, no hay cianosis ni apnea. ¿Qué pensarían?

Julie Khlevner, MD: Creo que este es un bebé un poco más preocupante. Definitivamente hay señales de alerta involucradas aquí (dificultades de alimentación). Me gustaría entender un poco más. También existe la preocupación de que potencialmente ahora haya manifestaciones extraintestinales,



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

por lo que el tracto respiratorio también está involucrado, y las sibilancias también son una preocupación. Aquí hay algo más que un reflujo típico. En este punto, me gustaría entender si se trata solo de un problema respiratorio o de un reflujo que está causando o provocando dificultades respiratorias, y si hay presencia de disfagia orofaríngea u otras aspiraciones en este bebé que presenta una historia tan importante.

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Sí, gran punto. Les contaré un poco más de historia. El niño ha estado creciendo, inicialmente en el percentil 50 de peso para la edad, y luego bajó al percentil de 10 con el tiempo. En el examen físico se observaron algunos ruidos transmitidos en las vías respiratorias superiores, pero, por lo demás, nada destacable. ¿Alguna señal de alerta aquí?

Julie Khlevner, MD: Creo que el escaso aumento de peso es un problema importante. Hay una tendencia a la baja en los percentiles de peso y eso siempre es una señal de alerta en todas nuestras mentes. Y los sonidos transmitidos de las vías respiratorias superiores son muy inespecíficos. Muchos bebés que tienen potencialmente reflujo con aspiración suenan congestionados en todo momento y, en su mayoría, es solo por su tipo de orofaringe y no necesariamente un problema, como un problema pulmonar en el que se pensarías que hay asma.

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Excelente. Bien. Como se nos está acabando el tiempo, y veo que hay muchas preguntas, me adelantaré. Dra. Khlevner, ¿cuál sería el siguiente paso apropiado? Si pudiera elegir una prueba, ¿cuál sería?

Julie Khlevner, MD: Si tuviera que elegir una prueba, probablemente haría una evaluación de patología del habla y del lenguaje. Enviaría a este niño a alimentarlo.

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Eso es increíble. Como decimos en GI, el reflujo solo es un problema si no puedes proteger las vías respiratorias. Hay que descartar la aspiración, y me encanta esa sugerencia de ver a un patólogo del habla y del lenguaje. Como se puede ver en este caso, el bebé fue diagnosticado con disfagia orofaríngea y se recomendó fórmula y alimentación espesada. A modo de recordatorio, cuando se espesa, no solo se trata el reflujo, sino que también se trata la disfagia orofaríngea y la disfunción de la deglución. Se tratan dos cosas por el precio de una, lo cual es genial.

En los grandes centros médicos pediátricos hay mucha atención multidisciplinaria. La Dra. Khlevner está en un increíble programa de atención multidisciplinaria en Columbia y hay otros en otros lugares donde se puede obtener una

perspectiva de otorrinolaringología pulmonar y gastrointestinal.

Consideraciones clave

Julie Khlevner, MD: Espero que de la presentación de hoy se hayan llevado algunos puntos clave que revisaré rápidamente. Debido a que los bebés no pueden verbalizar cuándo los síntomas son problemáticos, como mencionamos, el alcance de las preocupaciones del cuidador suele ser el motor de algunas de las medidas que tomamos en el día a día. Hay que tener cuidado y tratar de objetivar algo de eso con la historia clínica y el examen físico. Una vez más, eso es lo único que se necesita para el reflujo sin complicaciones. Los bebés deben ser evaluados para detectar posibles señales de alerta en todo momento, incluidos los vómitos fuertes persistentes, si hay algún problema con las molestias urinarias, y también cuando la aparición de los síntomas ocurre después de los 6 meses de edad, porque ahí probablemente esté sucediendo algo más.

También es muy importante que todos hagamos un buen trabajo para tranquilizar a algunas de estas familias, especialmente si no hay señales de alerta y piensan que es un simple reflujo. Brinden el asesoramiento adecuado sobre las prácticas de alimentación adecuadas. Algunas intervenciones nutricionales, como las discutidas por la Dra. Rosen, son las piedras angulares del manejo del reflujo en este momento. Tal vez la elevación de la cabeza en posición lateral izquierda pueda mejorar los síntomas de reflujo, específicamente en las primeras horas. Pero todavía necesitamos mucha más evidencia para recomendar esto de forma rutinaria. Y, como una intervención en su consultorio, los bebés con reflujo persistente y angustia significativa pueden beneficiarse de las tomas espesadas. Las intervenciones farmacológicas, como los supresores de ácido, no se recomiendan de forma rutinaria, de hecho, no se recomiendan en absoluto, salvo en una determinada población de pacientes, especialmente si hay evidencia histológica de esofagitis que se está tratando. Estos agentes no tienen ningún otro papel. Muy bien. Pasemos a algunas preguntas.

Preguntas

¿Cuál es la edad más temprana a la que recomienda espesar la fórmula o la leche materna? ¿Hay alguna preocupación con respecto a cambiar el perfil de macronutrientes, ya que los espesantes aumentan los carbohidratos y, por lo tanto, disminuyen la concentración de proteínas y grasas?

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Sí, esa es una gran pregunta. La respuesta para nosotros suele ser que no hay edad en la que no espesemos. Creo que aquí es donde esa atención multidisciplinaria es importante. Nos sentimos muy afortunados de tener patología del habla y del lenguaje y



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

nutrición en nuestras clínicas. Podemos hablar de estos temas. Una de las cosas clave con los bebés es la rotación de los espesantes. Es muy raro que tomemos a un bebé y le demos solo un espesante de goma de algarroba. A menudo hacíamos dos biberones con espesante de algarrobas, uno con plátano y otro con cereal, solo para rotar.

Evitamos que el microbioma cambie significativamente. También somos muy conscientes de los macronutrientes y eso es algo en lo que pensamos mucho. Nuestro objetivo para el espesamiento por reflujo es espesar de manera ligera a mediana en las pruebas de la Iniciativa Internacional de Estandarización de la Dieta para la Disfagia (IDDSI). Ese es nuestro objetivo. A veces debemos esperar medianamente, pero, de nuevo, depende del niño. Yo diría que no hay edad en la que no espesemos. Preferiríamos espesar antes que, por ejemplo, poner una sonda de alimentación. Si se tiene en cuenta el riesgo-beneficio, elegiremos el espesamiento sobre otras intervenciones. Mi recomendación, repito, es que roten los espesantes lo mejor que puedan.

¿Qué sugeriría usar para espesar las fórmulas infantiles regulares si no se dispone de fórmulas espesadas especializadas?

Julie Khlevner, MD: Como ha mencionado la Dra. Rosen, se pueden usar alimentos para bebés y los cereales para espesar la fórmula. Solo advertiría que existen riesgos de toxicidad, así que cuidado con la cantidad. Existe un riesgo de toxicidad por el arsénico y otras cosas, incluso si se trata de alimentos para bebés en frascos o preparados en casa. Tengan cuidado. Hay pautas que existen en términos de cuánto sería una preocupación por día, en alimentos como el cereal de arroz, por ejemplo. De nuevo, es que el arroz o cualquier tipo de cereales no son factibles para la leche materna porque la masticarán. Pero si se trata de leche materna, probablemente solo usaría comida para bebés.

¿La fórmula espesada ayudará a una sonda de gastrostomía con fugas en un niño mayor?

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Esa es una gran pregunta. Cuando pensamos en las sondas de gastrostomía, lo primero es: ¿el tamaño es el correcto? Lo segundo es, ¿tiene fugas porque las presiones en el estómago son demasiado altas, lo que a menudo es una señal para nosotros de que hay un problema de motilidad? Pero la tercera opción es, ¿lo que damos es demasiado fino? Así que, absolutamente, lo primero que hacemos con una sonda de gastrostomía con fugas, si hemos mirado todo el aparato y todo se ve bien, es espesar la alimentación de la sonda de gastrostomía. Cien por cien, creo que es una gran pregunta, un sí absoluto.

Cuando los bebés en la UCIN tienen algunos eventos de desaturación y bradicardia mientras se les infunde una sonda nasogástrica, lo que sugiere que los episodios se atribuyen al reflujo, ¿hay datos que demuestren que la posición con la cabecera de la cama hacia arriba durante la alimentación ayude a disminuir estos ataques?

Julie Khlevner, MD:

Puedo abordarlo. Creo que Rachel también ha mencionado esto antes. No tenemos datos sobre esto, y creo que es importante que practiquemos lo que es factible y mejor para ese bebé y cuántos de nuestros bebés pueden mantener la cabeza erguida y en una inclinación sin caerse o resbalar, por lo que no siempre es una táctica que tenga evidencia. Pero si encuentran que eso es útil en su propia población de pacientes, háganlo. De nuevo, no hay evidencia que diga que sea absolutamente eficaz en la atmósfera de la UCIN.

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Simplemente trazaría una línea allí para los bebés con una sonda nasogástrica, ahí es donde los productos que tienen las fórmulas antirreflujo que contienen el almidón de arroz serían muy buenos. Las fórmulas antirreflujo de 24 calorías suelen ser un poco espesas, pero se vuelven mucho más espesas en el estómago. En el bebé con reflujo significativo en la UCIN, a menudo íbamos directamente a una fórmula antirreflujo.

¿La presencia de bradicardias y desaturaciones al alimentar se asocia siempre al reflujo?

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: En absoluto. Esta es también otra pregunta destacada. Lo que sabemos ahora es que estos episodios de apnea y bradicardia a menudo son, en realidad, un signo de disfagia orofaríngea. Y creo que aquí es donde el punto de la Dra. Khlevner sobre obtener una consulta de patología del habla y del lenguaje es fundamental porque ahora sabemos que esto es mucho más un mecanismo de protección de las vías respiratorias deteriorado que cualquier otra cosa. Aquí es donde un patólogo del habla y del lenguaje o un estudio videofluoroscópico de deglución serían muy útiles. Yo diría que definitivamente no. Y de nuevo, con la apnea y la bradicardia, también hay que pensar siempre en el corazón, como ha mencionado la Dra. Khlevner.



RGE y ERGE en lactantes: ¿Cuáles son sus estrategias de tratamiento?

¿Qué espesantes recomendaría para un bebé prematuro?

Julie Khlevner, MD: Creo que tocamos eso para los bebés prematuros. Hay que asegurarse antes de espesar de que no hay preocupación por la ECN, de que no hay preocupación por sangre en las heces. Se debe evaluar bien al bebé. Y, si no preocupa ninguna de estas cosas, entonces los espesantes a base de alimentos ciertamente pueden ser una opción en esa población de pacientes.

¿Podemos esperar nuevas pautas sobre el manejo de la ERGE por parte de NASPGHAN?

Rachel Lee Rosen, MD, MPH: Sí, estamos trabajando en esto. La Dra. Khlevner y yo estamos muy metidas para poner esto en marcha, porque creo que lo necesitamos. Muchas cosas han cambiado en este campo y debemos actualizarlos para limitar el papel de la medicina. Estén atentos.

🕒 *Para completar este curso y reclamar su crédito, haga clic [aquí](#).*



**ANNENBERG CENTER
FOR HEALTH SCIENCES
AT EISENHOWER**

Imparting knowledge. Improving patient care.

Esta actividad está respaldada por una subvención educativa de **Mead Johnson Nutrition**.