



Sánchez Gallego Natalia (Matrona Distrito sanitario Costa del Sol, 2016)

INTRODUCCIÓN: El reflujo oculto es un tipo de reflujo muy pocas veces diagnosticado al ser difícil identificar los síntomas en el lactante. Lo que ocurre es que el bebe no regurgita como sucede en el reflujo gastroesofágico (RGE) clásico por lo que al no ver el vómito el diagnóstico se dificulta. Los síntomas también suelen ser diferentes al RGE. El bebe se suele mostrar irascible, con llanto inconsolable, sueño alterado e incluso con síntomas respiratorios similares al catarro. Esta situación puede hacer pensar a una madre que algo no va bien con la lactancia. Cuando una mujer acude a su centro de salud con problemas de lactancia si no encuentra a un profesional debidamente formado la consecuencia puede ser el cese de la misma de ahí la importancia de conocer la evidencia científica sobre esta patología. El objetivo es dar a conocer la última evidencia científica sobre el reflujo oculto para que las matronas tengan conocimiento suficiente para aconsejar y derivar adecuadamente al pediatra.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre el reflujo oculto donde se consultaron bases de datos de Pubmed, Cuiden, Medline, Cinahl, LaBiblioteca Cochrane y el Instituto Joanna Briggs. Las palabras claves utilizadas han sido: reflujo oculto, reflujo gastroesofágico, laryngopharyngeal reflux y lactancia materna.

RESULTADOS:

1. Causas del reflujo oculto:

Entre el esófago y el estómago se encuentra el esfínter llamado **cardias**. Se trata de un anillo muscular cuya función es mantener el contenido gástrico dentro del estómago. En el reflujo oculto, este esfínter no funciona correctamente por lo que puede haber un reflujo de ácidos gástricos que asciende hacia la faringe, la laringe o incluso la nasofaringe provocando inflamación en sus mucosas.



En lactantes el reflujo oculto ocurre por:

- Esfínter poco desarrollado
- Esófago más corto que en el adulto
- Pasan la mayoría del tiempo tumbados
- Flora intestinal : antibióticos e intolerancias alimentarias
- Frenillo sublingual corto y paladar alto: al no sellar bien el pecho acumula gases
- Suministro de leche en exceso
- Problemas de agarre
- Problemas debido al parto por compresión de nervios relacionados con la digestión
- Prematuridad

2. Síntomas:

- Ronquera
- Tos crónica
- Problemas respiratorios: hiperactividad bronquial, asma, bronquitis, neumonía
- Respiración ruidosa
- Apnea del sueño
- Infecciones recurrentes del oído

- Problemas a la hora de comer, tragar, náuseas
- Rechazo de tomas
- Babeo excesivo
- Mal aliento
- Eructos e hipo frecuente
- Aspiración de alimento
- Pérdida de peso
- Evacuaciones frecuentes y de muy mal olor

- Irritabilidad
- Dolor
- Llanto inconsolable
- Malos hábitos de sueño

3. Complicaciones

Los ácidos gástricos que ascienden hacia la garganta y la laringe pueden provocar irritación y daños a largo plazo que si no son tratados pueden llegar a ser graves.

Las complicaciones pueden ser:

- Estrechamiento del área situada bajo las cuerdas vocales
- Úlceras
- Infecciones recurrentes de oído por problemas en el funcionamiento de las trompas de Eustaquio
- Acumulación de líquido en el oído medio

3. Diagnóstico:

El reflujo oculto es más difícil de diagnosticar que el reflujo gastroesofágico. El diagnóstico se puede hacer basándose en la historia médica, examen físico y algunas pruebas como:

- Endoscopia
- Monitorización de pH

5. Tratamiento:

- Lactancia materna
- Tomas cortas y frecuentes
- Mantener al lactante en posición vertical durante 30 minutos tras la ingesta
- Eliminar de la dieta de la madre alimentos que causan reflujo: lácteos, cafeína, alimentos grasos, picantes frutas cítricas (primero consultar con el pediatra)
- En lactancia artificial: cambio del tipo de leche (hidrolizadas)
- En caso de alergias/intolerancias eliminar gluten
- Favorecer el eructo
- Uso del chupete y biberones anticólicos
- Evitar largos periodos sentados en la silla del coche
- Medicación: inhibidores de la bomba de protones, antagonistas de los receptores H2 de la histamina.
- Cirugía

CONCLUSIÓN: ofrecer información basada en la evidencia sobre el reflujo oculto es fundamental para el mantenimiento de la lactancia materna. La atención que ofrece la matrona a la mujer durante la lactancia debe ser reforzada por el conocimiento de patologías como estas para poder derivar urgentemente al bebe al pediatra y continuar aconsejando la lactancia materna como mejor alimento para el bebe con reflujo. De esta forma podemos promocionar la salud ya que fomentamos la prolongación de la lactancia en el tiempo. La gran mayoría de los casos de reflujo pueden ser tratados en atención primaria por el pediatra sin embargo aquellos niños que no responden al tratamiento deberán ser derivados a atención especializada: gastroenterólogo, otorrinolaringólogo o incluso alergólogo.

BIBLIOGRAFÍA:

- Bernardes Leão Cordeiro JA, Martins Gualberto S, Visconde Brasil V, et al. Difficulties faced by parents of children with gastroesophageal reflux disease. Acta Paulista de Enfermagem 2014; 27: 3
- Brodsky L, Carr MM. Extraesophageal reflux in children. Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery 2006; 4:6
- Karkos PD, Leong SC, Apostolidou MT, et al. Laryngeal manifestations and pediatric laryngopharyngeal reflux. American Journal of Otolaryngology--Head and Neck Medicine and Surgery 2006;27:3
- Venkatesan NN, Pine HS, Underbrink M. Laryngopharyngeal reflux disease in children. Pediatric clinics of North America 2013; 60:4