

11237
77
2ej-

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL
"GRAL IGNACIO ZARAGAZA"
I. S. S. S. T. E

" Evaluación Clínica y Endoscópica del Reflujo
Gastroesofágico en niños Estudio Comparativo
doble ciego entre Metoclopramida y
Cisaprida

TESIS CON
FOLIA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

P R E S E N T A
DR. JOSE ANTONIO GONZALEZ GALICIA

Asesor de Tesis, Dr. Saúl Juárez Galindo
Titular del Curso, Dra. Ma. del Carmen Neri Moreno



ISSSTE

México, D. F.

Febrero de 1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

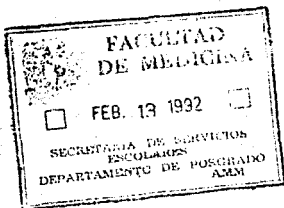
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	5
JUSTIFICACION	6
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADOS	9
ANALISIS	12
CONCLUSIONES	15
ANEXO	.



INTRODUCCION

DEFINICION: ES LA RELAJACION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR (EEI) OCASIONADA POR UNA ALTERACION AUTONOMA DEL CARDIAS.

CONCEPTO: LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO ES UN PADECIMIENTO MAS FRECUENTE EN LA INFANCIA DE LO QUE SE PIENSA, AUNQUE ES UN EVENTO FISIOLÓGICO EN LA MAYORIA DE LOS NIÑOS, EN ALGUNOS OTROS REPRESENTA UN EVENTO PATOLÓGICO, CUYO RIESGO PRINCIPAL ES PODER PRESENTAR DURANTE EL CURSO DE SU EVOLUCION ESOFAGITIS, ESTENOSIS PEPTICA, SANGRADO, ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA O RECURRENTE, EPISODIOS DE APNEA PROLONGADA, EN OCASIONES MUERTE SUBITA Y DETENCION DEL CRECIMIENTO (6.8.9.).

SE HA DESCRITO LA RELACION ENTRE EL REFLUJO GASTROESOFAGICO (R.G.E.) Y LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS E INTESTINALES, EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS SE HAN REVISADO LOS SINTOMAS CARDIORESPIRATORIOS INDUCIDOS POR EL REFLUJO GASTROESOFAGICO, TALES COMO EL BRONCOESPASMO Y LARINGOESPASMO REFLEJOS, APNEA CENTRAL Y BRADICARDIA REFLEJA (1).

ETIOLOGIA: ALTERACION EN LA INERVACION AUTONOMA DEL CARDIAS, CON DISMINUCION DE LA PRESION DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, DEBIDO A INMADUREZ DEL MISMO.

FISIOPATOLOGIA: SE PRESENTA UN AUMENTO DE LA EXPOSICION ESOFAGICA AL JUGO GASTRICO, DERIVANDO EN UNA MAYOR SENSIBILIDAD DEL

ESOFAGO. SE HA DEMOSTRADO QUE EL REFLUJO TIENE LUGAR CUANDO LAS PRESIONES DE APERTURA SOBRE PASAN A LAS PRESIONES DE CIERRE DEL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, LO QUE SIGNIFICA QUE EL REFLUJO NO SIEMPRE ES OCASIONADO POR LA INOPERANCIA DE LAS PRESIONES DE CIERRE. LAS PRECIONES DE CIERRE ACTUAN SOBRE EL E.E.I.. HAY CUATRO CAUSAS CONOCIDAS QUE ACTUAN SOBRE ESTA ZONA: LAS ZONA DE ALTA PRESION ES UNA BARRERA PRODUCIDA POR EL ESFINTER ESOFAGICO INFERIOR, CON APARICION EN LA QUINTA O SEXTA SEMANA DE VIDA, LO QUE DEMUESTRA EL PROCESO DE MADURCIÓN Y LA IMPORTANCIA DE LA ZONA DE ALTA PRESION.

EL SEGMENTO INTRAABDOMINAL ES CLAVE PARA TODO EL SISTEMA ANTIREFLUJO Y ES DE IMPORTANCIA BASICA LA LONGUITUD DEL ESOFAGO EXPUESTA A LA PRESION INTRAABDOMINAL. EL EFECTO DEL REFLUJO DEPENDE DEL EQUILIBRIO ENTRE LA AGRESION DEL REFLUJO Y LA DEFENSA DE LA MUCOSA ESOFAGICA. TAMBIEN SE HA DEMOSTRADO RETRASO EN EL VACIAMIENTO GASTRICO Y DISMINUCION EN LA AMPLITUD DE LAS CONTRACCIONES Y DISMINUCION EN EL NUMERO DE ONDAS PERISTALTICAS EL ESOFAGO DISTAL DE NINOS CON R.G.E. (1,5,8).

SE SUGIEREN VARIOS MECANISMOS EN LA REALCION ENTRE EL REFLUJO GASTROESOFAGICO Y LA ENFERMEDAD BRONCOPULMONAR CRONICA, POR LA MICROASPIRACION DE CONTENIDO GASTRICO HACIA LOS PULMONES Y MANIFESTARSE CON NEUMONIAS DE REPETICION, BRONCOESPASMO RECURRENTE Y/O ASMA DE DIFICIL CONTROL (1).

TAMBIEN SE DESCRIBEN FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL R.G.E., ESPECIFICAMENTE EL USO DE TEOFILINA QUE DISMINUYE LA PRESION DEL E.E.I. Y CONDICIONA O EXACERBA EL REFLUJO, PROVOCANDO ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA Y SECUNDARIAMENTE ALTERACIONES FISIOLÓGICAS DEL PULMON (4.6).

CUADRO CLINICO: LOS SIGNOS Y SINTOMAS ESTAN REALACIONADOS DIRECTAMENTE CON LA EXPOSICION DEL EPITELIO ESOFAGICO AL CONTENIDO GASTRICO QUE REFLUYE. DURANTE LA PRIMERA SEMANA DE VIDA SE PRODUCEN VOMITOS EN EL 85% DE LOS PACIENTES Y UN 10% TIENEN SINTOMAS A LA SEXTA SEMANA DE VIDA. A LOS DOS AÑOS DE EDAD AL ADOPTAR EL NIÑO UNA POSTURA ERECTA Y COMER ALIMENTOS SOLIDOS, LOS SINTOMAS PUEDEN REMITIR SIN TRATAMIENTO HASTA EN UN 60%, PERO EL RESTO CONTINUA CON LOS SINTOMAS POR LO MENOS HASTA LOS CUATRO AÑOS (4.6).

LOS VOMITOS PUEDEN SER VIOLENTOS POR EL PILOROESPASMO SECUNDARIO AL REFLEJO DESENCADENADO POR LA IRRITACION ESOFAGICA. LA NEUMONIA POR ASPIRACION AFECTA ALREDEDOR DE UN TERCIO DE LOS PACIENTES LACTANTES, PERO SON MAS FRECUENTES LA TOS CRONICA, LA DIFICULTAD RESPIRATORIA Y LAS NEUMONIAS RECURRENTES. SE PUEDE PRESENTAR APNEA DURANTE EL SUEÑO DOS O MAS HORAS DESPUES DE TOMAR LOS ALIMENTOS LOS LACTANTES, CARACTERIZADA POR CIANOSIS O PALIDEZ (1.3.9).

EN ALREDEDOR DE LAS DOS TERCERAS PARTES DE LOS PACIENTES SE

AECTA LA GANANCIA ESTATURO PONDERAL, YA QUE LOS VOMITOS REPETIDOS CONDUCE A UNA RETENCION INAPROPIADA DE NUTRIENTES. LA MANIFESTACION MAS IMPORTANTE DE ESOFAGITIS ES LA HEMORRAGIA QUE CAUSA HEMATEMESIS EN ALCUNOS NINCO. LA ANEMIA FERROPENICA SE PRESENTA EN ALREDEDOR DEL 25% DE LOS PACIENTES Y SUELE ASOCIARSE CON PERDIDA SANGUINEA OCULTA EN HECE. EN CASOS AVANZADOS LA DISFAGIA CONTRIBUYE A INGESTA DISMINUIDA DE ALIMENTOS (1.9).

DIAGNOSTICO: EN LOS CASOS LEVES LA VALORACION CLINICA MINUCIOSA ES SUFICIENTE PARA EL DIAGNOSTICO, EL CUAL DEBE CONFIRMARSE POR DIVERSOS METODOS DIAGNOSTICOS. EL MAS SENSIBLE DE ESTOS ES EL MONITOREO DEL PH (PH METRIA), EL CUAL SE REALIZA COLOCANDO ELECTRODOS DE DIFERENTES CARACTERISTICAS EN EL ESOFAGO Y MIDIENDO EL PH A DIFERENTES HORAS DEL DIA (2.3.10.11).

OTRO METODO DIAGNOSTICO ES LA PANENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL QUE SE RELIZA CON UN ENDOSCOPIO FLEXIBLE Y DA UNA VISION DIRECTA DE LA ANATOMIA DANADA Y TIENE UN ALTO GRADO DE SENSIBILIDAD HASTA DEL 60% SEGUN ALGUNOS REPORTES (10.11).

TAMBIEN SE CUENTA CON ESTUDIOS DINAMICOS COMO LA SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL, REALIZADO BAJO CONTROL FLUOROSCOPICO CON ALTA SENSIBILIDAD (10.11).

POR ULTIMO SE CUENTA CON LA MANOMETRIA QUE MIDE LA FUERZA DE CONTRACCION DE LAS ONDAS PERISTALTICAS ESOFAGICAS (3).

OBJETIVOS

CONOCER LA INCIDENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO EN PACIENTES PEDIATRICOS DEL HOSPITAL ZARAGOZA DEL I.S.S.S.T.E..

SU ASOCIACION A ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA Y PATOLOGIA DIGESTIVA HEMORRAGICA.

RESPUESTA AL TRATAMIENTO MEDICO CON CISAPRIDA O METOCLOPRAMIDA.

DEMOSTRAR LA SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA DE LA ENDOSCOPIA.

JUSTIFICACION

LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO ES UN PADECIMIENTO MAS FRECUENTE DE LO QUE SE PIENSA EN LA INFANCIA CUYO RIESGO PRINCIPAL ES PODER PRESENTAR DURANTE EL CURSO DE SU EVOLUCION ESOFAGITIS, ESTENOSIS PEPTICA, SANGRADO, ENFERMEDAD PULMONAR CRONICA MUERTE SUBITA Y DETENCION DEL CRECIMIENTO. ESTOS PACIENTES TÍPICAMENTE TIENEN UNA INCOPEENCIA DEL E.E.I. LO QUE CONDICIONA UNA MAYOR EXPOSICION DEL ESOFAGO AL JUGO GASTRICO.

LA CISAPRIDA ES UN NUEVO AGENTE GASTROKINETICO QUE AUMENTA EL TONO DEL E.E.I., AUMENTA LA PERISTALSIS ESOFAGICA Y ACELERA EL VACIAMIENTO GASTRICO. EN MEXICO EXISTEN POCOS ESTUDIOS ACERCA DE LA CISAPRIDA EN RELACION A LA DISMINUCION DE LAS COMPLICACIONES PULMONARES Y GASTROINTESTINALES DEL REFLUJO, ASI COMO DE ESTUDIOS DIAGNOSTICADOS Y CONTROLADOS POR MEDIO DE ENDOSCOPIA.

POR LO ANTERIOR PENSAMOS EN LA IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ESTOS PACIENTES, CON EL FIN DE DISMINUIR EL NUMERO DE RECURRENCIA DE CUADROS PULMONÁRES, INTESTINALES Y TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

MATERIAL Y METODOS

EL PRESENTE ESTUDIO SE LLEVO A CABO EN EL PERIODO DE TIEMPO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE DE 1990 Y OCTUBRE DE 1991. SE ESTUDIARON A TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESARON AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA" DEL I.S.S.S.T.E. Y QUE CUMPLIERON CON LOS REQUISITOS DE INCLUSION QUE SON: EDAD COMPRENDIDA ENTRE 0 Y CINCO ANOS, ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD BRONCOPULMONAR CRONICA ASOCIADA O NO A BRONCOESPASMO, HISTORIA DE VOMITADOR O REGURGITACIONES, PERIODOS DE APNEA, SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO Y SINTOMATOLOGIA SUGESTIVA DE R.G.E..

TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS SE SOMETIERON AL PROTOCOLO DE ESTUDIO DE R.G.E., SIENDO REQUISITO INDISPENSABLE LA COMPROBACION DEL DIAGNOSTICO CLINICO POR MEDIO DE PANENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL, LA CUAL SE REALIZO A LAS 0 Y 8 SEMANAS DE TRATAMIENTO. SE FORMARON DOS GRUPOS TRATADOS AL AZAR Y A DOBLE CIEGO CON METOCLOPRAMIDA Y CISAPRIDA A 0.2 MG./K/DOSIS, 3 VECES AL DIA. SE EVALUARON CLINICAMENTE CADA 15 DIAS DURANTE 8 SEMANAS, PARA LO CUAL SE INSTITUYO UN DIA ESPECIAL DE CONSULTA.

PARA CADA PROCEDIMIENTO Y TRATAMIENTO SE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE LOS PADRES DE CADA PACIENTE.

SE EXCLUYERON DEL ESTUDIO A AQUELLOS PACIENTES QUE NO SE LES REALIZO ENDOSCOPIA CONFIRMATORIA DEL DIAGNOSTICO CLINICO, O

QUIENES SE TRATARON CON MEDICAMENTOS FUERA DE LOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO. TAMBIEN AQUELLOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PREVIA COMO TRATAMIENTO PARA REFLUJO FUERON EXCLUIDOS.

TODOS LOS PACIENTES DE AMBOS GRUPOS RECIBIERON TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO CON ESPESAMIENTO DE LA DIETA AL 10%, GEL DE ALUMINO Y MAGNESIO A 5 MG./K/DOSIS, POSICION ANTIREFLUJO Y CIMETIDINA A 20 MG./K/DIA, EN LOS CASOS CON GASTRITIS.

LA EVALUACION CLINICA QUINCENAL UNCLUYO EL TIEMPO EN LE QUE SE OBSERVO DISMINUCION O DESAPARICION DE LA SINTOMATOLOGIA. A TODOS LOS PACIENTES SE LES REALIZO BIOMETRIA HEMATICA COMPLETA CON PLAQUETAS, QUIMICA SANGUINEA Y PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO, PARA DESCARTAR ALTERACIONES CONCOMITANTES CON EL USO DE LOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS

SE ESTUDIARON EN TOTAL 22 PACIENTES.

DEL TOTAL DE PACIENTES 16 FUERON MENORES DE UN AÑO Y 7 MAYORES DE UN AÑO (GRAFICA 1), 11 FUERON FEMENINOS Y 12 MASCULINOS (GRAFICA 2). EN 16 PACIENTES EL DIAGNOSTICO CLINICO DE INGRESO FUE PATOLOGIA RESPIRATORIA, DE LOS CUALES 11 CURSARON CON BRONCONEUMONIA DE REPETICION, 3 CON BRONQUEASPAEMO CRONICO, 1 CON LARINGITIS CRONICA Y 1 CON PERIODOS DE APNEA; EN UNO DE ESTOS PACIENTES SE REPORTO GASTRITIS HEMORRAGICA COMO HALLAZGO ENDOSCOPICO (GRAFICAS 3 Y 4). EN LOS 7 PACIENTES RESTANTES EL DIAGNOSTICO CLINICO DE INGRESO FUE POR PATOLOGIA DIGESTIVA; 5 PACIENTES PRESENTARON VOMITOS POSPRANDIALES INMEDIATOS, 1 PACIENTE PRESENTO REGURGITACIONES Y EN UNO SE ENCONTRO SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO CARACTERIZADO POR MELENA Y HEMATEMESIS, REPORTANDOSE EN ESTE PACIENTE GASTRITIS EROSIVA GENERALIZADA Y DOUDENITIS; EN DOS PACIENTES MAS DE ESTE GRUPO SE ENCONTRO GASTRITIS LEVE (GRAFICAS 3 Y 4).

EL SINTOMA MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADO FUE LA TOS, QUE SE PRESENTO EN 18 PACIENTES (76%), SEGUIDO DE LA DIFICULTAD RESPIRATORIA (CARACTERIZADA POR ALETEO NASAL, TIROS INTERCOSTALES Y POLIPNEA), ENCONTRADA EN 16 PACIENTES (69%); LOS VOMITOS SE PRESENTARON EN 7 PACIENTES (30%); LA POSICION DE SANDIFFER EN 4 PACIENTES (17%); LAS CIANOSIS Y LOS PERIODOS DE APNEA SE

OBSERVARON EN 2 PACIENTES (8%); EL ESTRIDOR, LAS REGURGITACIONES, LA MELENA Y LA HEMATEMESIS SE ENCONTRARON EN UN PACIENTE (4%) (GRAFICA 12).

LOS SIGNOS MAS FRECUENTEMENTE ENCONTRADOS INCLUYEN LOS ESTERTORES TRANSMITIDOS, QUE SE PRESENTARON EN 13 PACIENTES (56%); LA RINORREA HIALINA O VERDOSA SE PRESENTO EN 8 PACIENTES (34%); LOS ESTERTORES FINOS SE ENCONTRARON EN 7 PACIENTES (30%); EL BRONCOESPASMO Y LA DISTENSION ABDOMINAL SE ENCONTRO EN 3 PACIENTES (13%). EN 2 PACIENTES SE ENCONTRO TROMBOCITOSIS Y EOSINOFILIA EN LA BIOMETRIA HEMATICA (8%).

UN TOTAL DE 11 PACIENTES SE TRATARON INICIALMENTE CON METOCLOPRAMIDA (47%), DE LOS CUALES 9 FUERON DE PATOLOGIA RESPIRATORIA (39%) Y 2 DE PATOLOGIA DIGESTIVA (8%); EN 4 PACIENTES DE PATOLOGIA RESPIRATORIA (17%), NO HUBO MEJORIA; POR LO QUE SE CAMBIO DE MEDICAMENTO BASE A CISAPRIDA, REPORTANDOSE MEJORIA DESPUES DEL CAMBIO EN 2 DE ELLOS (8%); DE LOS 2 RESTANTES UNO SE SOMETIO A CIRUGIA (FUNDUPLICATURA DE NISSEN) SIN PRESENTAR MEJORIA; EL OTRO PACIENTE CONTINUO CON LA SINTOMATOLOGIA (GRAFICAS 7, 8, 9 Y 10).

2 DE LOS PACIENTES TRATADOS CON METOCLOPRAMIDA FUERON DE PATOLOGIA DIGESTIVA Y UNO DE ELLOS FRACASO EL MANEJO INICIAL, CAMBIANDOSE A CISAPRIDA Y REPORTANDOSE MEJORIA. EL RESTO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON METOCLOPRAMIDA EN TOTAL 6 (26%) PRESENTO

MEJORIA (GRAFICAS 7, 8, 9 Y 10).

SE TRATARON 12 PACIENTES (52%) INICIALMENTE CON CISAPRIDA; 8 DE ESTOS PACIENTES (34%) PRESENTARON PATOLOGIA RESPIRATORIA, DE LOS CUALES 6 (26%) PRESENTARON MEJORIA; DE LOS 2 RESTANTES UNO MURIO POR SEPSIS Y EL OTRO ABANDONO EL TRATAMIENTO POR CAMBIO DE DOMICILIO. LOS 4 PACIENTES RESTANTES (17%) PRESENTARON PATOLOGIA DIGESTIVA Y EN 3 SE OBSERVO MEJORIA (13%). EN EL PACIENTE RESTANTE NO SE OBSERVO MEJORIA CLINICA COMPLETA AL TERMINO DEL TRATAMIENTO, REPORTANDOSE EN LA ENDOSCOPIA DE CONTROL ESTENOSIS PILORICA, LA CUAL SE COMPROBO POR SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL, SOMETIENDOSE A CIRUGIA Y REPORTANDOSE MEJORIA POSTERIORMENTE. EN NINGUN PACIENTE DE ESTE GRUPO SE CAMBIO DE MEDICAMENTO BASE (GRAFICAS 7, 8, Y 9).

ANALISIS

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE ENCONTRO EN COMPARACION CON LO REPORTADO POR LA LITERATURA, QUE LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS SE ENCUENTRA EN LA ETAPA DE LACTANTE ENTRE LAS EDADES DE 0 Y 1 AÑOS (22 PACIENTES); ENCONTRANDO A SOLO UN PACIENTE DE 5 AÑOS, LA EDAD LIMITE DEL GRUPO ESTUDIADO; EL SEXO MASCULINO PREDOMINO LIGERAMENTE SOBRE EL FEMENINO (12 Y 11); LA PATOLOGIA RESPIRATORIA SE PRESENTO EN MAS PACIENTES EN RELACION DE 2 A 1.

LA SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA EN EL GRUPO ESTUDIADO FUE DEL 100% CON LA ENDOSCOPIA, YA QUE DEL TOTAL DE PACIENTES CON EL DIAGNOSTICO CLINICO ESTE SE CONFIRMO CON LA PANENDOSCOPIA.

EN NUESTRO ESTUDIO DOBLE CIEGO PUDIMOS DEMOSTRAR QUE LA CISAPRIDA MEJORA SIGNIFICATIVAMENTE LOS DATOS CLINICOS Y ENDOSCOPICOS TANTO BRONCOPULMONARES COMO DIGESTIVOS CAUSADOS POR EL R.G.E. CON CIERTA VENTAJA SOBRE LA METOCLOPRAMIDA.

LOS RESULTADOS MOSTRARON QUE DE LOS 12 PACIENTES TRATADOS INICIALMENTE CON CISAPRIDA: 9 MEJORARON CLINICA Y ENDOSCOPICAMENTE, UNO ABANDONO EL TRATAMIENTO POR CAMBIO DE DOMICILIO, UNO SOLO PRESENTO MEJORIA ENDOSCOPICA ENCONTRANDOSE POSTERIORMENTE HIPERTROFIA PILORICA MEJORANDO CON LA CIRUGIA; UNO MAS MURIO POR PRESENTARSE SEPSIS. 2 PACIENTES ADICIONALES A QUIENES SE LES CAMBIO EL MEDICAMENTO INICIAL POR CISAPRIDA, POR FRACASO, TAMBIEN PRESENTARON MEJORIA. 2 PACIENTES MAS EN LAS

MISMAS CIRCUNSTANCIAS FRACASARON CON AMBOS TRATAMIENTOS, UNO DE ESTOS FRACASO INCLUSO CON LA FUNDPLICATURA. NINGUN PACIENTE TRATADO INICIALMENTE CON CISAPRIDA CAMBIO DE MEDICAMENTO.

DE LOS 11 PACIENTES TRATADOS CON METOCLOPRAMIDA SOLO 6 MEJORARON Y 5 FRACASARON, CAMBIANDO DE MEDICAMENTO COMO SE EXPLICO ANTERIORMENTE.

SE ENCONTRO DISMINUCION Y DESAPARICION DE LA SINTOMATOLOGIA MAS RAPIDO EN LOS PACIENTES TRATADOS CON CISAPRIDA QUE CON LA METOCLOPRAMIDA.

CONCLUSIONES

- SE ENCONTRO UNA INCIDENCIA DEL 1.1% DE R.G.E.

- NO HUBO DIFERENCIA IMPORTANTE EN CUANTO AL SEXO; ENCONTRANDOSE UNA RELACION DE 1:1.

- LA PATOLOGIA DE BASE QUE LLEVO AL DIAGNOSTICO DE R.G.E. FUE MAYORMENTE LA NEUMOPATIA RECURRENTE ASOCIADA O NO A BRONCOESPASMO (69%).

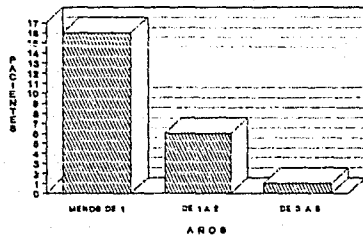
- EL GRUPO DE EDAD MAYORMENTE AFECTADO FUE EL DE MENORES DE 1 AÑO (69%) SE DEMOSTRO LA ALTA SENSIBILIDAD DIAGNOSTICA CON ENDOSCOPIA (100%).

- SE ENCONTRO MAYOR RAPIDEZ EN LA DESAPARICION DE LA SINTOMATOLOGIA CON LA CISAPRIDA.

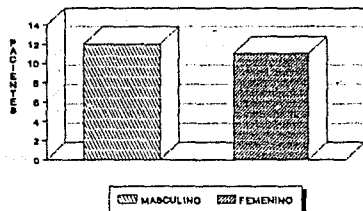
- SE REALIZO X² PARA ESTABLECER LA DIFERENCIA ENTRE CISAPRIDA Y METOCLOPRAMIDA RESULTANDO CON $P=0.05$ A 8 SEMANAS DE 1.79 SIN TENER SIGNIFICANCIA ESTADISTICA.

- SE CONCLUYE QUE SE TRATA DE UN ESTUDIO INICIAL CUYA MAYOR IMPORTANCIA FUE ESTABLECIDA MEDIANTE EL DIAGNOSTICO Y LA SENSIBILIDAD DEL METODO EMPLEADO (PANENDOSCOPIA). SIN EMBARGO, DEBE SEGUIRSE COMO LINEA DE ESTUDIO PARA ESTABLECER O NO, SIGNIFICANCIA ESTADISTICA CON UN MAYOR NUMERO DE PACIENTES.

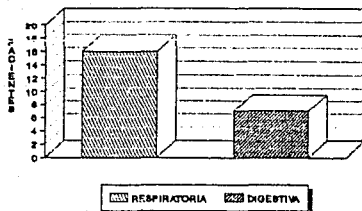
GRAFICA No. 1
POR GRUPOS DE EDAD



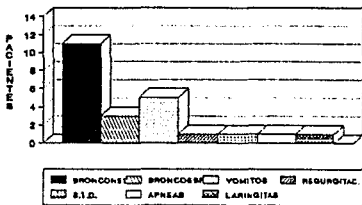
GRAFICA No. 2
POR SEXO



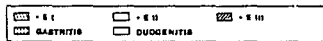
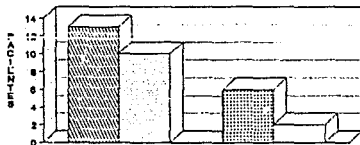
GRAFICA No. 3
POR SINTOMATOLOGIA



GRAFICA No. 4
POR DIAGNOSTICO CLINICO

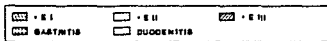
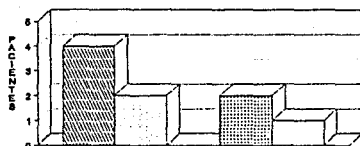


GRAFICA No. 5
DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO



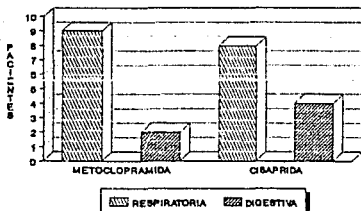
• ENOFAGITIS

GRAFICA No. 6
CONTROL ENDOSCOPICO

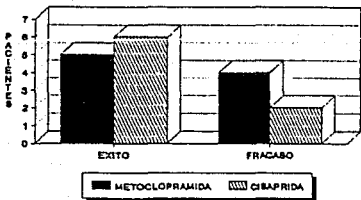


• ENOFAGITIS

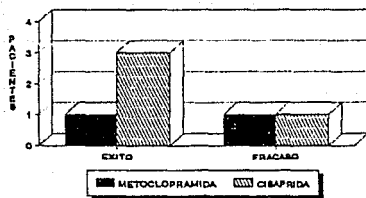
GRAFICA No. 7
MEDICAMENTO SEGUN PATOLOGIA



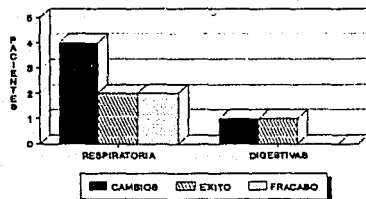
GRAFICA No. 8
RESPIRATORIOS
RESPUESTA AL TRATAMIENTO



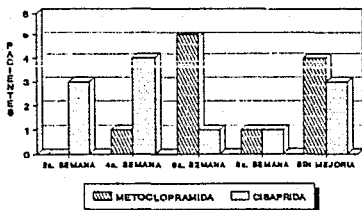
GRAFICA No. 9
DIGESTIVAS
RESPUESTA AL TRATAMIENTO



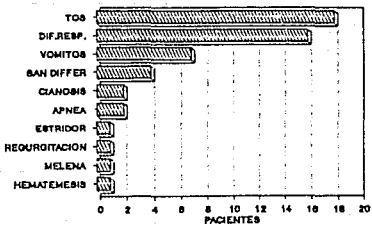
GRAFICA No. 10
CAMBIO DE MEDICAMENTO
DE METOCLOPRAMIDA A CISAPRIDA



GRAFICA No. 11
TIEMPO DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO



GRAFICA No. 12
SINTOMAS MAS FRECUENTES



BIBLIOGRAFIA

1.- ORENSTEIN S.R., ORENSTEIN D.M.. GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND RESPIRATORY DISEASE IN CHILDREN. J. PEDIATR 1988 112,(6):847-54.

2.- VANDENPLAS Y., DENEYER M., VERLINDEN M.. GASTROESOPHAGEAL REFLUX INCIDENCE AND RESPIRATORY DISFUNCTION DURING SLEEP IN INFANTS: TREATMENT WITH CISAPRIDA. J. PEDIATR GASTROENTEROL NUTR 1989 8:31-36.

3.- SAYE Z., FORGET P.P.. EFFECT OF CISAPRIDA ON ESOPHAGEAL PH MONITORING IN CHILDREN WITH REFLUX-ASSOCIATED BRONCHOPULMONARY DISEASE. J. PEDIATR GASTROENTEROL NUTR 1989 8:327-32.

4.- CARRE J.J.. MANAGEMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX. ARCH DIS CHILD, 1985, 60, 71-75.

5.- ORENSTEIN S.R., MAGIL L., BROOKS P.. THCKENING OF INFANT FEEDINGS FOR THERAPY OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX. J. PEDIATR 1987, 110 (2), 181-86.

6.- MENON A.P., SCHEFFT G.L., THACH B.T.. APNEA ASSOCIATED WITH REGURGITATION IN INFANTS. J. PEDIATR 1985,106 (4):625-29.

7.- BAILEY D.J., ANDRES J.M., DANEK G.D., PINEIRO-CARRERO V.M.. LACK OF EFFICACY OF THICKENED FEEDING AS TREATMENT FOR

GASTROESOPHAGEAL REFLUX. J. PEDIATR 1987;110 (2):167-89.

8.- GRILL B.B., HILLEMEIER A.C., SEMERARO L.A., Mc CALLUM R.W.,
GRYBOSKY J.D.. EFFECTS OF DOMPERIDONE THERAPY ON SYMPTOMS AND
UPPER GASTROINTESTINAL MOTILITY IN INFANTS WITH GASTROESOPHAGEAL
REFLUX. J. PEDIATR 1985;106 (2):312-16.

9.- MALDONADO-RAYAS J., RAMIREZ-MAYANS J.A.. MANEJO MEDICO DE LA
ENFERMEDA POR REFLUJO GASTROESOFAGICO. CRITERIOS PEDIATRICOS
1988;4 (3):11-12.

10.- SUTPHEN J.L., DILLARD V.L.. EFFECTS OF MATURATION AND
GASTRIC ACIDITY ON GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN INFANTS. AJDC
1986;140:1062-4.

11.- HERBST J.J.. GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN INFANTS. J PEDIATR
GASTROENTEROL NUTR 1985;4:162-4