



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAUL”**

TÍTULO:

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN
NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS “DR.
ROBERTO GILBERT ELIZALDE” PERÍODO 31 DE DICIEMBRE DEL 2013
A ABRIL DEL 2014**

AUTORA

ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO

TUTORA

LCDA. MARTHA HOLGUÍN. Mgs.

**GUAYAQUIL, ECUADOR
2014**



**UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA**

CERTIFICACION

Certifico que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la Sra. Angélica Johanna Hidalgo Intriago como requerimiento parcial para la obtención del título de Lcda. En Enfermería.

TUTORA

LCDA. MARTHA HOLGUÍN. MGS

DIRECTORA DE LA CARRERA

LCDA. ANGELA MENDOZA VINCES

Guayaquil, a los 8 días del mes de marzo del año 2014¹

¹(UCSG, 2014)



**“UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

**Yo, ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO
DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**, previa a la obtención del Título de Licenciada(o) en Enfermería, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2014²

LA AUTORA

ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO

²(UCSG, 2014)



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA
AUTORIZACIÓN**

Yo, **ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 3 días del mes de mayo del año 2014³

LA AUTORA

ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO

³(UCSG, 2014)

AGRADECIMIENTO

Primero doy gracias a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, por darme salud para lograr mis objetivos durante el tiempo de mis estudios. A todas y cada una de las personas que me apoyaron para que yo pueda cumplir mi meta anhelada.

En especial a mi madre Ángela Intriago por su apoyo en todo momento, por sus consejos y valores.

A mis Hijas por la paciencia que me tuvieron en los momentos que no pude estar con ellas y dedicarles el tiempo necesario.⁴

ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO

⁴(Hidalgo, 2014)

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico con todo mi cariño a mi querido esposo e hijas por tener la paciencia y confianza durante mi ausencia en el hogar por apoyarme siempre y darme las fuerzas necesarias para seguir y cumplir mi meta al terminar mi carrera y convertirme en una profesional.⁵

ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO

⁵(Hidalgo, 2014)



TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

Lic. Martha Holguín

(NOMBRES Y APELLIDOS)
PROFESOR DELEGADO

(NOMBRES Y APELLIDOS)
PROFESOR DELEGADO



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA**

CALIFICACIÓN

Lic. Martha Holguín⁶

⁶(UCSG, 2014)

INDICE GENERAL

CERTIFICACION.....	II
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	III
AUTORIZACIÓN.....	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA.....	VI
CALIFICACIÓN	VIII
INDICE GENERAL	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT	XIV
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO	4
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN	6
RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO.....	7
CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO.....	8
OBJETIVOS	9
Objetivo General.	9
Objetivos específicos.....	9
DISEÑO METODOLÓGICO	10
Tipo de estudio.....	10
RECURSOS	11
VARIABLES	11
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	12
DEPENDIENTE:.....	12

INDEPENDIENTE	13
CAPITULO II.....	14
MARCO TEÓRICO	14
Antecedentes	14
REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO	15
DEFINICIÓN.....	15
ETIOLOGÍA.....	16
FISIOPATOLOGÍA DE LA RGE.....	17
Función del esófago:	19
Fisiopatología	21
TRATAMIENTO.....	23
1. Consejos generales y dietéticos	23
Tratamiento postural.....	25
CUIDADOS DE ENFERMERÍA FRENTE AL RGE	25
Desequilibrio Nutricional: Ingesta Superior a las Necesidades relacionado con los vómitos.....	26
TEORÍA DE ENFERMERÍA FAYE ABDELLAH.....	26
MARCO LEGAL.....	28
CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR	28
CAPÍTULO III.....	34
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	34
Resultado de la Guía de Observación dirigida al personal que labora en área UCIN del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFÍA	46
INTRODUCCIÓN	55
JUSTIFICACIÓN	55
OBJETIVOS	56
NO TODOS LOS REFLUJOS GASTROESOFÁGICOS SON IGUALES...61	
Anatomía:.....	63

Mecanismos de cierre:	65
Mecanismos de apertura:	66
Patogénesis:.....	67
Frecuencia: Es uno de los motivos de consulta y de derivación más frecuentes a los Servicios de gastroenterología.	68
Sintomatología:	68
BIBLIOGRAFIA	72
ANEXOS	73
ANEXOS	73
REGISTRANDO INFORMACIÓN DE PACIENTES	75
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL.....	76
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL.....	78
UNIVERSIDAD CATÓLICA	88
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Encuesta dirigida al personal que labora en área UCIN	
Gráfico No. 1	34
Gráfico No. 2	35
Gráfico No. 3	36
Gráfico No. 4	37
Gráfico No. 5	38
Gráfico No. 6	39
Gráfico No. 7	40
Resultado de la Guía de Observación	
Gráfico No. 1	41
Gráfico No. 2	42

RESUMEN

El presente estudio tiene como tema: Intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido con reflujo gastroesofágico en la unidad de cuidados intensivos neonatal del Hospital de Niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde; y como **objetivo** general determinar las intervenciones de enfermería en la atención RN con reflujo gastroesofágico en el área y hospital antes mencionado. **El tipo de estudio** fue descriptivo, transversal, retrospectivo. La **población** estuvo conformada por 22 enfermeras profesionales. El **instrumento** con el cual se recolecto datos constaba de un cuestionario. Se completó el análisis por medio de porcentaje; los cuales revelaban un déficit del 10% en cuanto a la falta de capacitación, la inasistencia del personal a su área de trabajo situación preocupante porque en las unidades críticas como la de UCIN se debe contar con el 100% de personal profesional capacitado porque permite proporcionar mejores cuidados y prevenir mayores complicaciones con los recién nacidos con reflujo gastroesofágico. Se recomienda enfatizar sobre la alimentación con leche materna exclusiva ya que es menor el riesgo de irritación del esófago. Continuar estudios referentes al mismo tema para mantener actualizados los datos de esta enfermedad que representa para el recién nacido un alto riesgo.

Palabras Claves: Intervención de enfermería, Recién Nacido con reflujo gastroesofágico, UCIN (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales)

ABSTRACT

The present study has as its theme: nursing interventions in the care of the newborn with gastro-esophageal reflux in the neonatal intensive care unit at Children's Hospital "Dr. Roberto Gilbert Elizalde; general objective and identify nursing interventions in the care RN with gastro esophageal reflux and in the area aforementioned hospital. The type of study was descriptive, cross-sectional, and retrospective. The population consisted of 22 professional nurses. The instrument with which I was collected data consisted of a questionnaire. The analysis was completed using percentage; which revealed a deficit of 10% in terms of lack of training, the absence of staff to your workspace worrying situation because critics like NICU units must have 100% of trained professionals in that it enables better care and prevent further complications with infants with gastro esophageal reflux. It is recommended to emphasize on exclusive breast milk feeding because there is less risk of irritation of the esophagus. Continue studies on the same subject to keep the data of the disease accounting for the high risk newborn.

Keywords: Nursing intervention, Newborn (Neonatal Intensive Care Unit) with GERD, NICU

INTRODUCCIÓN

Treinta años atrás, el reflujo gastroesofágico (RGE) se estudiaba sólo con manometría esofágica. En ese momento se pensaba que los pacientes con RGE patológico presentaban hipotensión del esfínter esofágico inferior, concepto que todavía se mantiene en algunos sectores; esta idea suscitó mucho apoyo, porque los estudios realizados en la década de 1960 apoyaban la teoría de la hipotonía del esfínter esofágico inferior en el RGE, pero en años posteriores se demostró con grandes series que sujetos normales también podían presentar hipotonía de este esfínter.⁷

Se sabía que en la primera fase de la deglución se presionaba la faringe; luego venía la contracción faríngea y relajación del esfínter esofágico superior, lo cual permitía el avance del bolo alimentario en forma propulsiva, gracias a la onda peristáltica primaria, intensa, que culminaba en la relajación del esfínter esofágico inferior y la recuperación del tono. Con el paso de los años se evidenció que, para el diagnóstico de RGE, la Phmetría era más importante que la manometría.⁸

En la última década se ha dado importancia a las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior, que se presentan en la fase postprandial y en la fase de ayuno pre-prandial y se caracterizan por la caída del pH a nivel del esófago. Cuando sucede esto, el esófago hace un barrido con ondas esofágicas secundarias, las que impulsan el jugo gástrico hacia el estómago y el pH esofágico se normaliza. Lo anterior ocurre normalmente en todos los mamíferos.⁹ La pHmetría permite evaluar la cantidad de relajaciones transitorias que ocurren en el esfínter esofágico inferior, ya que hay una disminución secundaria del pH por el ascenso del jugo

⁷(<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>, 2006)

⁸(<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>, 2006)

⁹(<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3521>, s.f.)

gástrico.(<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>, 2006)

En un estudio realizado en 5009 lactantes sanos a nivel mundial, de 10 a 11 meses de vida, se vio que se producían 31 ± 21 reflujos ácidos/día, con un límite superior de 73 reflujos ácidos/día; no todos estos reflujos se manifestaron como regurgitación. En otro estudio, realizado en niños menores de nueve años, sanos, el índice de reflujo fue 5,4%, con un máximo de 25 reflujos ácidos/día. Probablemente, ninguno de estos niños presentó regurgitación, a diferencia de los lactantes.¹⁰

Nelson y colaboradores, en Ecuador, estudiaron a 948 familias que tenían hijos recién nacidos y lactantes sanos. En un cuestionario anotaban el número de regurgitaciones por día que presentaban los niños y se comprobó que, entre los cuatro y los seis meses, 67% tenían 1 a 3 regurgitaciones/día y 25% tenían 4 o más, sin constituir patología.¹¹ Para los padres, el RGE constituía un problema cuando provocaba en los niños irritabilidad u otros trastornos que ellos consideraban importantes; esta situación se observó en 12% de los niños de 0 a 3 meses de vida y en alrededor de 4% al año de edad. Se puede definir como RGE fisiológico, es decir, cualquier niño sano podría presentarlo.¹²

El índice de reflujo se define como el porcentaje de pH bajo 4 en el esófago durante 24 horas. En los recién nacidos sanos, 6% estaría dentro de los límites normales y el límite superior de reflujos ácidos corresponde a 45/día. Estos reflujos son secundarios a relajación transitoria, espontánea y normal del esfínter esofágico inferior, sin constituir vómitos. Es una situación normal que se puede observar en cualquier recién nacido.¹³

¹⁰(<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>, 2006)

¹¹(<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3521>, s.f.)

¹²(<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>, 2006)

¹³(<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>, 2006)

Esta problemática, permitió desarrollar el presente trabajo de investigación con el propósito de detectar la situación actual y conocer los cuidados de enfermería en relación a la atención adecuada de los recién nacidos con reflujo gastroesofágico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil.¹⁴ Para el desarrollo del trabajo de investigación está estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo I, contiene razones que motivaron al estudio, justificación, descripción del problema, contextualización del tiempo y espacio, los objetivos de estudio, hipótesis o pregunta de la investigación.¹⁵

En el capítulo II, contiene marco teórico bibliográfico y se presenta las investigaciones relacionadas con el tema se resalta que no fueron identificados estudios de enfermería abordando determinar las intervenciones de enfermería en la atención del recién nacidos con reflujo gastroesofágico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital de Niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil y las bases teóricas que ayudarán a fundamentar, la definición de términos utilizados, Metodología de estudio, presenta el tipo y método de investigación, el área donde se llevó a cabo el estudio, la población y muestra.¹⁶

En el capítulo III, contiene presentación de los datos y sus análisis, conclusiones, recomendaciones, bibliografía.¹⁷

¹⁴(<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>, 2006)

¹⁵(Hidaldo, 2014)

¹⁶(Hidaldo, 2014)

¹⁷(Hidaldo, 2014)

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

El reflujo Gastroesofágico (RGE) ocurre cuando el contenido del estómago se refluye o va dentro del esófago (el tubo que conecta la boca con el estómago), durante o después de la comida. La mayoría de los recién nacidos que tienen este reflujo son felices y saludables a pesar de que ellos vomitan y devuelven los alimentos. Un recién nacido con reflujo gastroesofágico puede presentar lo siguiente: Expectoración, Vómito, Tos, Irritabilidad, Pobre alimentación, Molestia al alimentarse. El reflujo gastroesofágico ocurre frecuentemente en recién nacidos normales.¹⁸

Más de la mitad de todos los recién nacidos que son atendidos en la UCIN del Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde experimentan reflujo en los primeros 3 meses de vida. Solamente un pequeño número de recién nacidos tienen problemas debido a este tipo de reflujo. La mayoría de los recién nacidos paran de vomitar entre los 12 y 18 meses de edad.¹⁹ Hay un anillo de músculo en la base del esófago que se abre y cierra permitiendo que la comida entre en el estómago. Este anillo de músculo se llama esfínter esofágico inferior (EEI). En los recién nacidos, este esfínter no es tan fuerte como en los niños mayores.²⁰

El esfínter se abre fácilmente y el contenido del estómago va frecuentemente hacia el esófago y fuera de la boca (devolver el alimento o vomitar). El reflujo gastroesofágico también puede ocurrir cuando los recién nacidos tosen,

¹⁸(http://www.pedsurg.com.pe/reflujo_gastroesofagico.php, s.f.)

¹⁹(Hidalgo, 2014)

²⁰(http://www.pedsurg.com.pe/reflujo_gastroesofagico.php, s.f.)

lloran o hacen tanto esfuerzo que la presión incrementa en su estómago en ese momento.²¹El proyecto de investigación se desarrolla en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde. Es una unidad adecuada para recibir a neonatos que necesitan asistencia médica especializada debido a la complejidad de sus patologías.²²

El promedio de ingreso mensual a la UCIN es de aproximadamente 105 neonatos, los mismos llegan en condiciones críticas, recibidos y atendidos por el equipo multidisciplinario antes mencionado. Las patologías más frecuentes que se presentan en esta unidad, son Trastornos Cerebrales, Respiratorios, Cardiovasculares y Digestivos, así como también malformaciones Genéticas, entre otras. Esta UCIN recibe recién nacidos en estado crítico que vienen transferidos de diferentes provincias. Y se atienden alrededor de 20 recién nacidos al mes.²³

El personal de enfermería que labora en esta área, rotan en tres turnos. Las actividades de trabajo que desempeñan en la atención al neonato son: higiene y confort del neonato, valoración de funcionalidad de sondas nasogástricas, circuitos de infusión, rotación de sensores, canalización de vías periféricas, curación de heridas quirúrgicas, y entre otras necesidades que el neonato requiera.²⁴

El servicio de Hospitalización del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert cuenta con 385 camas de hospitalización para otorgar una atención integral a los pacientes, desde que nacen hasta los 17 años, para atender enfermedades que requieran tratamiento médico de tercer nivel de complejidad.²⁵

²¹(http://www.pedsurg.com.pe/reflujo_gastroesofagico.php, s.f.)

²²(Hidaldo, 2014)

²³(Hidaldo, 2014)

²⁴(Hidaldo, 2014)

²⁵(Hidaldo, 2014)

La infraestructura del hospital permite atender las necesidades de los más pequeños, los niños y adolescentes, con equipos médicos de última tecnología y personal entrenado y capacitado, para garantizar el cuidado adecuado de nuestros niños.²⁶

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la Intervención de Enfermería en la Atención del Recién Nacido con Reflujo Gastroesofágico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital de Niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” período 31 de Diciembre del 2013 a Abril del 2014?.”²⁷

JUSTIFICACIÓN

Según la investigación realizada en el Hospital Universitario de Canarias en Tenerife, la regurgitación ocurre normalmente en cualquier recién nacido sano de forma esporádica, y especialmente en el 75% de los lactantes a los 4 meses y en un 15% a los 7 meses, respectivamente. El reflujo gastroesofágico (RGE) fisiológico tiene entonces su edad de máxima expresión entre el 1^o- 4^o mes de edad y se resuelve espontáneamente entre los 12-18 meses de edad.²⁸ La RGE es una de las causas más frecuentes de consulta en la práctica clínica. Hasta 20 % de las personas que consultan por este motivo presentan complicaciones.²⁹

En una revisión de estudios publicados en el Ecuador de los síntomas del tracto digestivo superior en población general se encontró que la prevalencia

²⁶(Hidaldo, 2014)

²⁷(Hidaldo, 2014)

²⁸(<http://nuevomedicoecu.blogspot.com/>, s.f.)

²⁹(<http://nuevomedicoecu.blogspot.com/>, s.f.)

varía entre un 10 y un 48 % para la pirosis, entre un 9 y un 45% para la regurgitación ácida y entre un 21% y un 59% para ambos. Durante varios años laborando en la UCIN del hospital antes mencionado, se pudo observar cómo las complicaciones del RGE causan estragos en la salud de los RN, pues hay muchos factores que conllevan a ello.³⁰

La siguiente investigación tuvo como fin determinar las intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido con reflujo gastroesofágico, con los resultados obtenidos aportar con soluciones o alternativas del cambio que pueden manifestar la atención por ende de la salud de los RN hospitalizados en dicho servicio antes descrito.³¹ La investigación realizada tuvo utilidad práctica y teórica, ya que de esta manera se pudo proporcionar la información necesaria, para que las autoridades, y profesionales futuros, apliquen estándares establecidos y mejorar la calidad de atención, protegiendo la vida del recién nacido y prevenir futuras complicaciones.³²

RAZONES QUE MOTIVARON EL ESTUDIO

Durante la realización de las pasantías en el Hospital “Roberto Gilbert Elizalde” como interna en Enfermería, en el Área de cuidados intensivos Neonatal – UCIN, se pudo observar que los recién nacidos con reflujo gastroesofágico presentaba problemas respiratorios (Neumonía) debido a las regurgitación, así mismo, entre el 10% de otras complicaciones, como bronco aspiración causando hasta la muerte.³³

El cuidado del recién nacido está a cargo del personal de enfermería, la misma que al momento cumple con muchas actividades como son cuidado

³⁰(<http://nuevomedicoecu.blogspot.com/>, s.f.)

³¹(Hidaldo, 2014)

³²(Hidaldo, 2014)

³³(Hidaldo, 2014)

directo, administración de medicamentos y registros, por lo que, se percibe la recarga del trabajo al momento de la inasistencia del personal.³⁴

CONTEXTUALIZACIÓN DEL TEMA U OBJETO DE ESTUDIO

El tema objeto de estudio es de mucha importancia ya que enfoca un problema real que se vive en las salas de la UCIN de la casa de salud antes mencionada, las consecuencias de un cuidado inadecuado se verán reflejadas en los cambios de la salud que a futuro presenten los pacientes que estarán a nuestro cuidado.³⁵

La ejecución de intervenciones previamente investigadas tendrá un impacto en la efectividad de los cuidados, la eficiencia del profesional, aumentará el nivel del futuro profesional de enfermería y de los profesionales que trabajan en dicha área.³⁶

Lugar: Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Tiempo: Diciembre del 2013 – Abril del 2014

Área: Pediatría

Delimitación: Recién Nacidos con Reflujo Gastroesofágico³⁷

³⁴(Hidaldo, 2014)

³⁵(Hidaldo, 2014)

³⁶(Hidaldo, 2014)

³⁷(Hidaldo, 2014)

OBJETIVOS

Objetivo General.

Determinar las intervenciones de enfermería en la atención del recién nacido con reflujo gastroesofágico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil.³⁸

Objetivos específicos.

- ✓ Conocer el porcentaje de recién nacidos con reflujo gastroesofágico atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil.³⁹
- ✓ Establecer el conocimiento que tiene el personal de enfermería en la atención del recién nacido con reflujo gastroesofágico en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la ciudad de Guayaquil.⁴⁰
- ✓ Elaborar una guía de información y de atención acerca del cuidado de RN con Enfermedad de Reflujo Gastroesofágico.⁴¹

³⁸(Hidaldo, 2014)

³⁹(Hidaldo, 2014)

⁴⁰(Hidaldo, 2014)

⁴¹(Hidaldo, 2014)

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal con el fin de determinar las intervenciones de enfermería a los recién nacidos con reflujo gastroesofágico.⁴²

Población y muestra

De acuerdo a los objetivos de este estudio, la población objeto de la investigación estuvo conformada por todo el personal de enfermería que labora en la UCIN del Hospital de Niños Roberto Gilbert Elizalde, conformada por: 22 enfermeras profesionales de los diferentes turnos. No se realiza cálculo de muestra con el fin de lograr una mayor cobertura en la recolección de datos.⁴³

Procedimientos

Se informó por medio escrito a la directiva del Hospital de niños Roberto Gilbert Elizalde con el fin de solicitar autorización para aplicar el instrumento al personal de enfermería que labora en la UCIN en sus tres turnos, mañana (7/3), tarde (3/23), noche (23/7).⁴⁴

Técnica: Encuesta: Para el desarrollo de la investigación se utilizará un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, que estará dirigida al personal de enfermería para obtener datos sobre la atención que proporciona a los recién nacidos con reflujo gastroesofágico; Utilizando los mecanismos de regulación externa de la calidad de atención; es decir, de normas y estándares actualizados, basados en la evidencia científica y la

⁴²(Hidaldo, 2014)

⁴³(Hidaldo, 2014)

⁴⁴(Hidaldo, 2014)

ejecución de los procesos de la atención.⁴⁵

RECURSOS

Humanos

Se contó con la colaboración del Personal de Enfermería del Área de UCIN para la recolección de datos es decir el llenado del cuestionario, con los Directivos del Hospital y del área de UCIN que me permitieron obtener los datos.⁴⁶

Materiales

Hojas de papel bond

Lápices

Bolígrafos

Consultas en internet

1 computadora portátil.⁴⁷

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE: Intervención de enfermería en la atención del recién nacido con reflujo gastroesofágico.

VARIABLE INDEPENDIENTE: UCIN del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.⁴⁸

⁴⁵(Hidaldo, 2014)

⁴⁶(Hidaldo, 2014)

⁴⁷(Hidaldo, 2014)

⁴⁸(Hidaldo, 2014)

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

DEPENDIENTE: Intervención de enfermería en la atención del recién nacido con reflujo gastroesofágico. ⁴⁹

Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Fuente
Actividades que se realizan en base al cumplimiento de las tareas específicas para proporcionar seguridad al recién nacido y prevenir futuras complicaciones.	Experiencia laboral.	Años de trabajo en la UCIN.	1-5 años 6-10 años 11-15 años 16-20 años	Encuesta
	Capacitación.	Atención de RN con reflujo gastroesofágico.	Si No Vomito Llanto excesivo	
	Conocimiento de la enfermedad.	Signos y síntomas.	Vomito fuerte Llanto frecuente	
	Valoración de enfermería.	Complicaciones.	Neumonía Irritación de esófago	
		Control y registro.	Vomito Perímetro Abdominal	

⁴⁹(Hidalgo, 2014)

INDEPENDIENTE: UCIN del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.⁵⁰

Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Fuente
El área del Hospital donde se atienden a pacientes pediátricos en condiciones críticas y delicadas abastecidos de recursos humanos y equipos para brindar una atención segura.	Recursos humanos.	Enfermeras Auxiliares.	Si No	Encuesta
	Gestión de servicio.	Capacitación a las madres.	Si No	
		Capacitación del personal de enfermería.		
	Procedimiento médico.	Valoración de reflujo gastroesofágico.	10 cc	
			100cc	
			1000cc	
Recursos materiales.	Insumos Equipos Medicamentos.	0,10cc		
		Abastecido		
		No abastecido		
			Insuficiente	

⁵⁰(Hidaldo, 2014)

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

Antecedentes

Claudia Barillas y Jorge Palacios Rosales realizaron un estudio descriptivo prospectivo con la totalidad de niños menores de 1 año, ambos sexos, con diagnóstico de reflujo gastroesofágico fisiológico, captados en la consulta externa de gastroenterología, departamento de pediatría, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, entre febrero 2001- septiembre 2009.⁵¹ Se evaluaron 756 casos que representan el 73,3% del total de consultas en menores de 1 año (1045 casos).

Otros 4,2% corresponde a reflujo gastroesofágico patológico y 22,5% a otras patologías.⁵² El objetivo del estudio fue determinar la evolución clínica de pacientes con reflujo gastroesofágico fisiológico durante el primer año de vida. Las variables estudiadas fueron: síntomas, estado nutricional, edad con rangos de 1 a 12 meses, tipo de alimentación, tratamiento farmacológico, estudios de diagnóstico y complicaciones secundarias. Los resultados muestran mayor frecuencia de sexo femenino, el rango de edad con más incidencia se encuentra en 3 meses pudiendo observarse disminución de frecuencia conforme avanza la edad.⁵³

“El principal síntoma de la consultan fue el vómito, disminuyendo conforme avanza la edad; la lactancia materna fue más frecuente a los primeros meses de vida observándose una disminución al igual que los síntomas, conforme avanza la edad del recién nacido. La lactancia mixta se inicia, en algunos casos, a partir de los 2 meses de edad, aumentando su incidencia

⁵¹(<http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>, s.f.)

⁵²(<http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>, s.f.)

⁵³(<http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>, s.f.)

en los 7 meses, siendo su tendencia en cuanto a la relación con los síntomas muy similar a la lactancia materna ya que disminuye hacia los 10 y 12 meses. Hubo pacientes que recibieron fórmula anti-reflujo previo al servicio, que no presentaron diferencia con relación a otro tipo de alimentación.⁵⁴ En cuanto al tratamiento con remidita, se recibió más durante los primeros meses, disminuyendo los últimos meses conforme desaparecían los síntomas.⁵⁵ Los estudios diagnósticos efectuados representan el 4,4% con relación al total de pacientes, de los cuales solo el 3,1% fue anormal, no incluyendo en la evolución clínica, además el 1,3% de los pacientes presentó desnutrición proteico a calórica grado III encontrándose otras causas asociadas distintas a reflujo gastroesofágico como prematuros, anemia y trastornos neurológicos.⁵⁶

REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO

DEFINICIÓN

El **reflujo gastroesofágico** (RGE) consiste en el paso del contenido gástrico al esófago. El RGE puede ser un proceso fisiológico que se da en individuos sanos, siendo más específicos en el periodo postprandial.⁵⁷

La regurgitación es el retorno repentino de cierta cantidad del contenido gástrico a la faringe y boca en ausencia de náusea, síntomas autonómicos o de contracción muscular torácica o abdominal. Es una manifestación frecuente de RGE fisiológico no patológico, y no necesariamente de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE).⁵⁸

Se define a la **enfermedad con reflujo gastroesofágico** (ERGE) como el conjunto de síntomas y lesiones producidas por el reflujo patológico de

⁵⁴(<http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>, s.f.)

⁵⁵(<http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>, s.f.)

⁵⁶(<http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>, s.f.)

⁵⁷(<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>,
<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>, s.f.)

⁵⁸(http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_1_vin_2/CAPREFLUJOpdf.pdf,
http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_1_vin_2/CAPREFLUJOpdf.pdf, s.f.)

contenido gástrico hacia el esófago y que puede también afectar la orofaringe, laringe, tracto traqueo-bronquial y cavidad bucal. De acuerdo al nivel de acidez contenido gástrico puede ser ácido o alcalino (reflujo biliar duodeno gástrico), puede ser gas, semisólido líquido.⁵⁹

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) representa un grave problema sanitario debido a su alta prevalencia y a la necesidad de terapia de mantenimiento en la mayoría de los pacientes, incluyendo a los RN.⁶⁰

En la población en general encontramos que el ERGE abarca hasta un 40 %, presentando pirosis diaria el 5 % y por lo menos una vez al mes el 35 -40 %. El 40 – 60 % de los enfermos de ERGE presenta esofagitis.

Según V. Garrigues Gil y V. Pons Beltrán se trata de una enfermedad⁶¹ muy prevalente, entre un 10-20% en los países occidentales y un 5% en Asia; afectando la calidad de vida de los habitantes de manera importante.⁶²

ETIOLOGÍA

De manera general según la literatura consultada existen factores desencadenantes con diferentes mecanismos de acción que pueden producir RGE:

- Aumentando la presión Intraabdominal: ascitis, ejercicio extremo de los músculos abdominales, embarazo avanzado, obesidad, ropa apretada, tumores Intraabdominal gigantes.
- Aclaramiento esofágico ineficaz: esclerodermia, presbiesófago, Síndrome de CREST, trastorno motor inespecífico.
- Hiposecreción salival: efecto de medicamentos, Síndrome de Sjogren.
- Pérdida de los mecanismos antirreflujo: esclerodermia, hernia hiatal.
- Incompetencia del E.E.I.: medicamentos, hormonas, toxinas, comidas

⁵⁹(<http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/>, s.f.)

⁶⁰(<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>,
<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>, s.f.)

⁶¹(<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo2.pdf>, s.f.)

⁶²(<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo2.pdf>, s.f.)

y bebidas.⁶³

En el caso de los neonatos las causas de RGE pueden ser varias , entre ellas tenemos : inmadurez del esfínter esofágico en la porción distal , distensión gástrica , que estimula la relajación transitoria del esfínter esofágico, retardo del vaciamiento gástrico; osmolaridad alta del alimento ingerido, que empeora el reflujo ; uso prolongado de sonda gástrica; prematuridad en caso de los neonatos , trastornos neurológicos.⁶⁴

FISIOPATOLOGÍA DE LA RGE.

Anatomía:

El esófago es un tubo muscular recubierto en su interior por mucosa.

Se divide en tres partes:

- Esfínter esofágico superior
- Cuerpo.
- Esfínter esofágico inferior.

El esfínter esofágico superior evita la distensión del esófago durante la respiración y protege las vías aéreas de la aspiración. El cuerpo funciona como transporte ya que es una zona distensible de baja presión.⁶⁵

El esfínter esofágico inferior, evita el reflujo del contenido gástrico y se relaja para permitir el paso bolo alimenticio, el EEI no tiene definición anatómica, sí la tiene desde el punto de vista manométrico, como una zona de alta presión cuya longitud se incrementa desde 1cm, en promedio en el recién nacido, hasta 3 ó 4 cm en el adulto.⁶⁶ Al EEI lo forman el músculo crural estriado del diafragma, innervado por el nervio frénico, y por el músculo liso circular situado en el espesor de la pared del esófago inferior.⁶⁷ El vago es el que

⁶³(<http://www.slideshare.net/khaloyaro/reflujo-gastroesofagico-cns>, s.f.)

⁶⁴(<http://www.slideshare.net/khaloyaro/reflujo-gastroesofagico-cns>, s.f.)

⁶⁵(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

⁶⁶(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

⁶⁷(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

media la relajación del EEI, que es desencadenada por la deglución y está coordinada con el peristaltismo esofágico.⁶⁸ Los pilares diafragmáticos y el ligamento frenoesofágico, y el cardiofrénico son importantes, ya que actúan como una barrera frenoesofágica, manteniendo el ángulo cardioesofágico de Hiss y el anclaje subdiafragmático de la porción distal del esófago.⁶⁹

El control neurológico del esófago se logra en el centro de la deglución.⁷⁰ A las contracciones esofágicas peristálticas se las denomina primarias: con un patrón típico de coordinación impulsan el bolo alimenticio. Se inician con el proceso de deglución.⁷¹ Está involucrada en ella la capa muscular circular externa. Las ondas secundarias se producen por una distensión segmentaria del cuerpo esofágico. Las ondas terciarias son espontáneas y desorganizadas. Y se relacionarían con la enfermedad por reflujo gastroesofágico.⁷²

El esófago un órgano compartido por el tórax y el abdomen, con lo que se ve sometido a diferentes presiones según donde se halle: se podría simplificar esto diciendo que el esófago está localizado en la cavidad torácica y sometido a presión negativa y el estómago al ser Intraabdominal lo está a presiones positivas por lo que el contenido gástrico debería llegar al esófago de manera continua de no ser por la barrera antirreflujo.⁷³

El concepto de esta barrera antirreflujo es que esta abarca todos los mecanismos anatómicos y funcionales, estáticos y dinámicos, congénitos y adquiridos que aislada o conjuntamente trabajan para prevenir el reflujo o sea son “los mecanismos de cierre” que se oponen a “los mecanismos de apertura”. Un fallo en el cierre o un aumento de las presiones permite la

⁶⁸⁶⁸([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20), s.f.)

⁶⁹([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20), s.f.)

⁷⁰(<http://www.slideshare.net/drcuevashector/cphap-033-erge>, s.f.)

⁷¹([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20), s.f.)

⁷²(<http://www.slideshare.net/drcuevashector/cphap-033-erge>, s.f.)

⁷³(<http://www.slideshare.net/drcuevashector/cphap-033-erge>, s.f.)

presencia de reflujo, el cual según su presencia, volumen, y potencia, el tiempo que permanece este en el esófago, y la capacidad del esófago para resistir y reparar la lesión, condicionará la extensión y severidad de la esofagitis.⁷⁴

La principal barrera contra el reflujo es el esfínter esofágico inferior (EEI): que impide que comience el reflujo con el ascenso de las sustancias ácidas o alcalinas al esófago.⁷⁵

“Mecanismos de cierre:

Anillo diafragmático Hiatal: Traccionando al esófago hacia la derecha y hacia abajo, estrechando la luz en la inspiración profunda, lo que incrementa la presión del EEI.⁷⁶

Función del esófago:

Consiste en llevar el bolo alimenticio desde la faringe al estómago. Esto lo logra por un transporte activo que funciona por medio de una onda peristáltica que actúa en ambos sentidos; esta onda moviliza el bolo hacia el estómago, previniendo a su vez el reflujo del contenido ácido del estómago al esófago y de él a la faringe.⁷⁷

Mecanismo de la Deglución: El traslado del bolo alimentario desde la faringe al estómago se produce gracias al acto de la deglución, y para que se realice sin inconvenientes ni molestias, exige una secuencia dinámica sincronizada, caracterizada por los siguientes fenómenos:⁷⁸ al contraerse la faringe, su presión asciende súbitamente a 100 mm de Hg o más, coincidiendo con la relajación del esfínter cricofaríngeo, permitiendo así el paso del bolo; la

⁷⁴([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%2C), [http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

⁷⁵([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%2C), [http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

⁷⁶([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%2C), [http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

⁷⁷(<http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>, s.f.)

⁷⁸(<http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>, s.f.)

presión faríngea baja y el EES vuelve a su estado de reposo, cerrándose.⁷⁹ Junto con lo anterior se produce una onda peristáltica con intensidad de 30 mm de Hg y velocidad de 2 a 4 cm por segundo.⁸⁰ Que traslada el material deglutido al estómago; simultáneamente se relaja el EEI, recuperando luego su presión de reposo. Las ondas secundarias, también propulsivas, pero espontáneas, terminan "el barrido" de los residuos que quedan en el esófago, con la coordinada colaboración del EEI.⁸¹

Mecanismos de contención del reflujo gástrico:

Siendo la presión intragástrica mayor que la intraesofágica por estar el estómago sometido a la presión positiva del abdomen y el esófago a la negativa del tórax, el reflujo gastroesofágico solo puede ser controlado con el normal funcionamiento de los mecanismos de contención:⁸²

- EEI: Este esfínter no es anatómico, es sólo fisiológico. Mide 3-5 cm de largo y su presión de reposo normal es de 10 mm. Hg y está reforzado por la presión Intraabdominal, a condición de que esté ubicado, al menos en un 60 % de su extensión; su condición hipotónica idiopática o congénita y/o su anómala posición cefálica al hiato (Hernia Hiatal axial), así como los aumentos de la presión Intraabdominal, facilitan el reflujo gastroesofágico patológico (RGEP).⁸³
- Pinza diafragmática: Está representada por el hiato diafragmático, el cual actúa especialmente en la inspiración.
- Válvula de mucosa y fibras oblicuas del estómago que abrazan la boca de dicho órgano.
- Angulo de Hiss: El que existe entre el borde izquierdo del esófago abdominal, a nivel del cardias, y el fondo gástrico.

⁷⁹(<http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>, s.f.)

⁸⁰(<http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>, s.f.)

⁸¹(<http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>, s.f.)

⁸²(<http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>, s.f.)

⁸³(<http://www.slideshare.net/JulioVega10/esofago-34361507>, s.f.)

- Membrana freno esofágica: que fija el esófago abdominal al hiato esofágico y sus pilares.

Factores adicionales pueden participar en la generación o agravación del reflujo, como son las alteraciones de la motilidad del cuerpo del esófago⁸⁴, cuyas ondas peristálticas primarias y secundarias son responsables de limpiar el material refluído al tercio distal y evitar un contacto prolongado del jugo gástrico con la mucosa esofágica; y los trastornos del vaciamiento y la hipersecreción gástricos.⁸⁵

Fisiopatología

El RGE ocurre cuando el EEI no se cierra correctamente y el contenido de estómago se escapa o refluye, hacia el esófago.⁸⁶

El contenido gástrico es de pH ácido por lo cual produce la sensación de ardor epigástrico (en la boca del estómago) y si llega a la garganta o boca, tiene un sabor ácido y amargo, síntoma que se denomina pirosis. El ardor y la pirosis son síntomas comunes, pero no necesariamente significan la existencia de una RGE. Sólo cuando estos síntomas son reiterativos puede ser considerado el RGE. Cualquier persona, incluyendo bebés, niños, y mujeres embarazadas, pueden presentarlo.⁸⁷

Después de una comida, el EEI sigue estando generalmente cerrado. Cuando se relaja, permite que partículas de ácido y/o de alimento refluyan hacia el esófago. En pacientes con RGE, la distensión gástrica inducida experimentalmente aumenta el número de relajaciones transitorias de EEI, que son la causa principal de los episodios del reflujo.⁸⁸ A medida que el número de relajaciones transitorias del EEI aumenta, la frecuencia de los

⁸⁴(<http://es.slideshare.net/Usdii/esofago-29122503>, s.f.)

⁸⁵(<http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>, s.f.)

⁸⁶(http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html, s.f.)

⁸⁷(http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html, s.f.)

⁸⁸(http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html, s.f.)

episodios de reflujo incrementa, de tal modo que el tiempo acumulativo de contacto del material ácido con la mucosa esofágica aumenta.⁸⁹

Otro factor que aumenta el tiempo de exposición al ácido del esófago en pacientes con RGE es la peristalsis esofágica ineficaz. La onda generada es ineficaz debido a la amplitud disminuida de las ondas peristálticas secundarias.⁹⁰

Los pacientes con reflujo patológico experimentan a menudo muchos episodios de reflujo de corta duración y/o varios episodios prolongados donde el ácido puede permanecer en el esófago por hasta varias horas.⁹¹

Aunque la duración de la exposición ácida del esófago se correlaciona con la frecuencia de síntomas, y con el grado y la severidad de lesión mucosal del esófago, el grado de daño de la mucosa esofágica puede aumentar marcadamente si el pH luminal es menor a 2, o si la pepsina o las sales de bilis conjugadas están presentes en el reflujo.⁹²

Las lesiones histopatológicas asociadas al RGE incluyen eritema, erosiones aisladas, erosiones confluentes, erosiones circunferenciales, úlceras profundas, el reemplazo del epitelio del esófago normal con el epitelio intestinal (esófago de Barrett).⁹³

Otras lesiones asociadas indirectamente son la aspiración pulmonar, la tos crónica, y la laringitis.⁹⁴

La Hernia Hiatal es una condición que predispone al reflujo.⁹⁵ Ocurre cuando parte del estómago se desplaza a través del hiato diafragmático (agujero en

⁸⁹(http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html, s.f.)

⁹⁰(http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html, s.f.)

⁹¹(http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html, s.f.)

⁹²(http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html, s.f.)

⁹³(<http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html>, s.f.)

⁹⁴(<http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html>, s.f.)

⁹⁵(<http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html>, s.f.)

el diafragma por el que el esófago pasa al abdomen) desde la cavidad abdominal hacia el tórax. La localización anormal del estómago hace que se ejerza presión externa sobre el contenido gástrico lo que promueve el reflujo. Además en ausencia de Hernia Hiatal, el EEI y el Hiato diafragmático están alineados y de alguna forma el segundo refuerza al EEI; esta relación está perdida en la Hernia Hiatal.⁹⁶

TRATAMIENTO

Tratamiento médico

Los objetivos del tratamiento de la ERGE son:

- Mejorar los síntomas, disminuyendo el número de reflujos y el tiempo de contacto del material refluído, evitando el daño de la mucosa esofágica.
- Curación de las lesiones hísticas locales en esófago o vías respiratorias.
- Evitar las complicaciones,
- Reducir el uso de recursos sanitarios

Para conseguirlos se dispone de medidas generales, dietéticas, posturales, medicamentosas (antiácidos, anti secretores y pro cinéticos) y quirúrgicas.⁹⁷

1. Consejos generales y dietéticos

El médico debe informar a los padres de manera comprensible de la naturaleza benigna y transitoria de la mayoría de RGE no complicados, debiendo ser receptivos ante las dudas e interrogantes de los mismos, y haciendo comentarios sobre la incidencia prevalencia, datos a valorar en la mejoría clínica y evolutividad del niño, y sobre el interés en el seguimiento de las órdenes terapéuticas.⁹⁸

En lugar de las clásicas recomendaciones en el lactante de aumentar la frecuencia de sus tomas, disminuir su volumen, modificar el pH, la

⁹⁶(http://rivazamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html, s.f.)

⁹⁷(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

⁹⁸(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

osmolaridad o la densidad del producto incrementando el aporte de cafeína o restringiendo su contenido graso, parece más razonable explicar a los padres las necesidades nutricionales particulares de sus niños, evitando transgresiones dietéticas, volúmenes de ingesta inadecuados e incremento en el número de tomas que acrecentarían mayor número de episodios de reflujo postprandiales.⁹⁹

Los niños diagnosticados de alergia a proteínas de leche de vaca mejoran su RGE al instaurar en su dieta fórmulas con proteínas lácteas hidrolizadas. En niños mayores y adolescentes se recomienda modificar su estilo de vida, evitando fumar y beber en exceso, especialmente, bebidas alcohólicas, carbonatadas o con cafeína, o comidas copiosas o con alto contenido en grasas, chocolate, menta, picantes o especias, ácidos, cítricos o tomate.¹⁰⁰

Las fórmulas lácteas “anti regurgitación”, que deben conservar su composición base según normas de la ESPGHAN y la legislación vigente (en la CE, el contenido espesante inferior a 2 g/100 ml), espesadas clásicamente con distintas sustancias, derivados de la celulosa, o harinas de algarroba o diferentes cereales (arroz y maíz), empleadas profusamente en el pasado, han sido motivo de distintos estudios y pronunciamientos en cuanto a su composición, eficacia y recomendación.¹⁰¹

Su uso en exclusividad como única medida terapéutica, no es recomendable para niños con ERGE severa y/o esofagitis, pues en ellos pueden aumentar la duración y la sintomatología acompañante del reflujo, al enlentecer el aclaramiento esofágico y aumentar el daño de su mucosa.¹⁰²

⁹⁹(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

¹⁰⁰(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

¹⁰¹(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

¹⁰²(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

En el momento actual no hay pruebas a partir de ensayos controlados aleatorios para apoyar o rechazar la eficacia de los espesantes de alimentos en recién nacidos, pero en niños menores de dos años, en la revisión realizada por Craig y cols, se demuestra la utilidad de los mismos para reducir significativamente las regurgitaciones y vómitos pero no el índice de reflujos ácidos.¹⁰³

Tratamiento postural

A partir de la aparición de trabajos que demostraban correlación directa entre muerte súbita del lactante (MSL) y la posición prona con inclinación de 30 grados anti-Trendelenburg, se desaconseja colocar a los lactantes en esta postura, que al igual que en los adultos, había sido preconizada hasta entonces por la evidencia de su máxima acción¹⁰⁴ anti RGE demostrada mediante estudios monitorizados de pHmetría esofágica. Excepcionalmente, en lactantes mayores sin riesgo aparente de MSL y niños con difícil control de su ERGE, podrían beneficiarse de esta posición sobre un colchón plano y duro en los períodos postprandiales diurnos mientras sean vigilados.¹⁰⁵

En caso contrario, es preferible recomendar la postura en decúbito lateral izquierdo sin necesidad de elevar la cabecera de la cuna, tanto en recién nacidos como en lactantes.¹⁰⁶

CUIDADOS DE ENFERMERÍA FRENTE AL RGE

Los cuidados estarán encaminados a evitar las posibles complicaciones, por lo tanto serán tomados en cuenta los tratamientos antes descritos.

¹⁰³(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

¹⁰⁴(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

¹⁰⁵(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

¹⁰⁶(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>,
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>, s.f.)

Se puede tomar en cuenta los Diagnósticos Enfermeros más sobresalientes como son:

- ❖ Deterioro del Intercambio de gases relacionan con el reflujo continuo de contenido gástrico al interior del árbol traqueo bronquial.
- Controlar signos vitales.
- Vigilar signos de dificultad respiratoria.
- Colocar oxígeno según prescripción médica.
- Mantener al paciente en posición semisentado para mejorar la respiración.
- Realizar aspiración de secreciones nasofaríngeas para despejar vías aéreas.

Desequilibrio Nutricional: Ingesta Superior a las Necesidades relacionado con los vómitos.

- Espesar la fórmula en cada comida.
- Conservar al niño en posición erecta: 60 grados supino; 30 grados prono; constantemente.
- Manipular al niño con delicadeza, con el mínimo de movimientos durante la comida y después de ella para evitar los vómitos.

Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico relacionado con los vómitos frecuentes

- Realizar balance hídrico.
- Vigilar signos de deshidratación.
- Administrar líquidos intravenosos según prescripción médica.
- Administrar líquidos orales si están indicados para contrarrestar la deshidratación.
- Registrar con exactitud la actividad del niño: cantidad de alimento ingerido, si fue retenido o vómito.

TEORÍA DE ENFERMERÍA FAYE ABDELLAH.

Faye Abdellah. "Solución de problemas".

Su teoría se basa en los tipos de problemas de enfermería. En su modelo considera que todo individuo tiene capacidad para ayudar, pero esta varía de uno a otro.

Ésta gran investigadora se dio a conocer debido a gran capacidad para resolver problemas sanitarios, fue consejera en materias relacionadas con la enfermería, política de asistencia a crónicos, retraso mental incapacidades relacionadas con el desarrollo, servicio de salud domiciliaria, tercera edad. Hospicios y SIDA. Abdellah comprendió y manifestó que para que la enfermera obtuviera y mantuviera un nivel y estatus profesional que le permitiera ser autónoma, pues debí contar con una gran base de conocimientos y capacidad investigadora.

Esta identificación y clasificación de los problemas que se llamaba la tipología de los 21 problemas de enfermería. Abdellah la tipología se dividió en tres áreas:

Desarrollo físico, sociológicas, y emocionales del paciente, Los tipos de relaciones interpersonales entre la enfermera y el paciente, y los elementos comunes de atención al paciente. Abdellah y sus colegas pensaron que la tipología de proporcionar un método para evaluar a un estudiante de experiencias, y un método para evaluar una enfermera de la competencia basada en las medidas de resultado.

Debido a esta manera de pensar y como estructuró su teoría se la ha escogido como base para resolver tal problema antes mencionado en la investigación realizada.

MARCO LEGAL

CONSTITUCION DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Según las disposiciones legales de nuestra Norma Suprema que es la Constitución de la República del Ecuador, establecen programas y planes en busca de establecer derechos y garantías en lo que concierne a nuestro tema: la salud, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos.

Creemos que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil. Debemos comprender que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano; el derecho a la salud entraña libertades y derechos, tales como el derecho a controlar su salud y su cuerpo.

A partir de la Constitución ecuatoriana en el año 2008, establece por ejemplo en el artículo 32, sobre la salud y dice que se trata de un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos.¹⁰⁷ Por su parte el artículo 35 de la Constitución ecuatoriana actual, establece como derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, los derechos de los niños, niñas y adolescentes, así como los derechos de otras personas en estado de vulnerabilidad, y manifiesta que recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.¹⁰⁸

Art. 14.- Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir.¹⁰⁹

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se

¹⁰⁷(http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf, s.f.)

¹⁰⁸(http://www.unicef.org/ecuador/3._vulnerabilidadFINAL.pdf, s.f.)

¹⁰⁹(<http://abogadosecuador.wordpress.com/%E2%80%A6/09/constitucion...>, s.f.)

vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.¹¹⁰

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.¹¹¹

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.¹¹²

Art. 42.- Se prohíbe todo desplazamiento arbitrario. Las personas que hayan sido desplazadas tendrán derecho a recibir protección y asistencia humanitaria emergente de las autoridades, que asegure el acceso a alimentos, alojamiento, vivienda y servicios médicos y sanitarios.¹¹³

Las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, madres con hijas o hijos menores, personas adultas mayores y personas con discapacidad

¹¹⁰(http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf, s.f.)

¹¹¹(http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf, s.f.)

¹¹²(http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Ecuador/Ecuador_Ley_organica_educacion_intercultural.pdf, s.f.)

¹¹³(http://www.unicef.org/ecuador/3._vulnerabilidadFINAL.pdf, s.f.)

recibirán asistencia humanitaria preferente y especializada.

Todas las personas y grupos desplazados tienen derecho a retornar a su lugar de origen de forma voluntaria, segura y digna.¹¹⁴

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.¹¹⁵

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.¹¹⁶

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados

¹¹⁴(http://www.unicef.org/ecuador/3._vulnerabilidadFINAL.pdf, s.f.)

¹¹⁵(http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf, s.f.)

¹¹⁶(http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf, s.f.)

en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar. ¹¹⁷

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos. ¹¹⁸

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente. ¹¹⁹

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. ¹²⁰

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector. ¹²¹

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de

¹¹⁷(http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf, s.f.)

¹¹⁸(http://www.unicef.org/ecuador/3._vulnerabilidadFINAL.pdf, s.f.)

¹¹⁹(http://www.unicef.org/ecuador/3._vulnerabilidadFINAL.pdf, s.f.)

¹²⁰(<http://www.salud.gob.ec/base-legal/>, s.f.)

¹²¹(<http://www.salud.gob.ec/base-legal/>, s.f.)

las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.¹²²

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.¹²³

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.¹²⁴
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.¹²⁵
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud.¹²⁶
4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.¹²⁷
5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria

¹²²(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

¹²³(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

¹²⁴(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

¹²⁵(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

¹²⁶(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

¹²⁷(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

establecidos en la Constitución.¹²⁸

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.¹²⁹

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales.¹³⁰

8. Promover el desarrollo integral del personal de salud.¹³¹

Art. 365.- Por ningún motivo los establecimientos públicos o privados ni los profesionales de la salud negarán la atención de emergencia. Dicha negativa se sancionará de acuerdo con la ley.¹³²

¹²⁸(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

¹²⁹(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

¹³⁰(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

¹³¹(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

¹³²(http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_bu_en_vivir_Salud.pdf, s.f.)

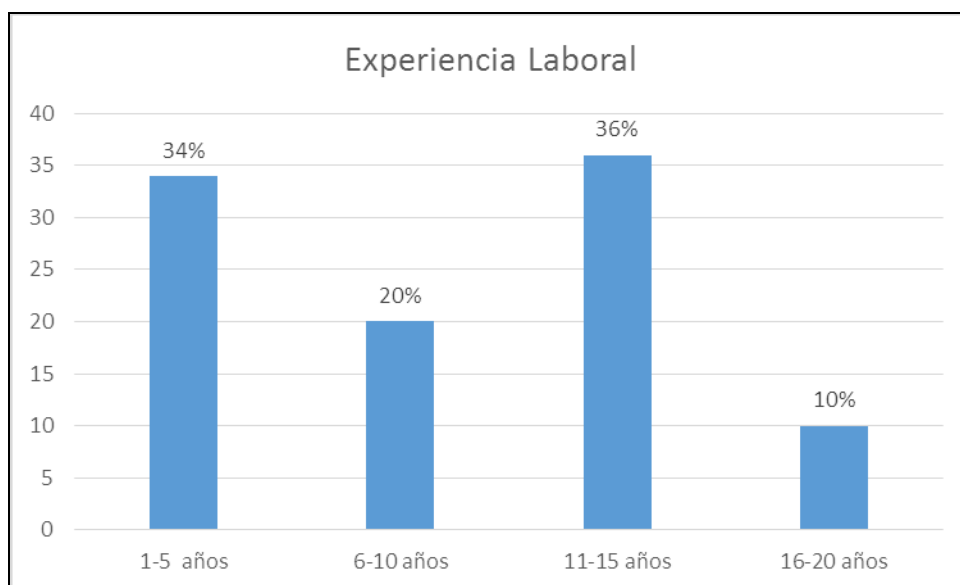
CAPÍTULO III

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Encuesta dirigida al personal que labora en área UCIN del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

1. Experiencia laboral del personal de enfermería en la atención al recién nacido con reflujo gastroesofágico.

Gráfico No. 1



FUENTE: Encuesta

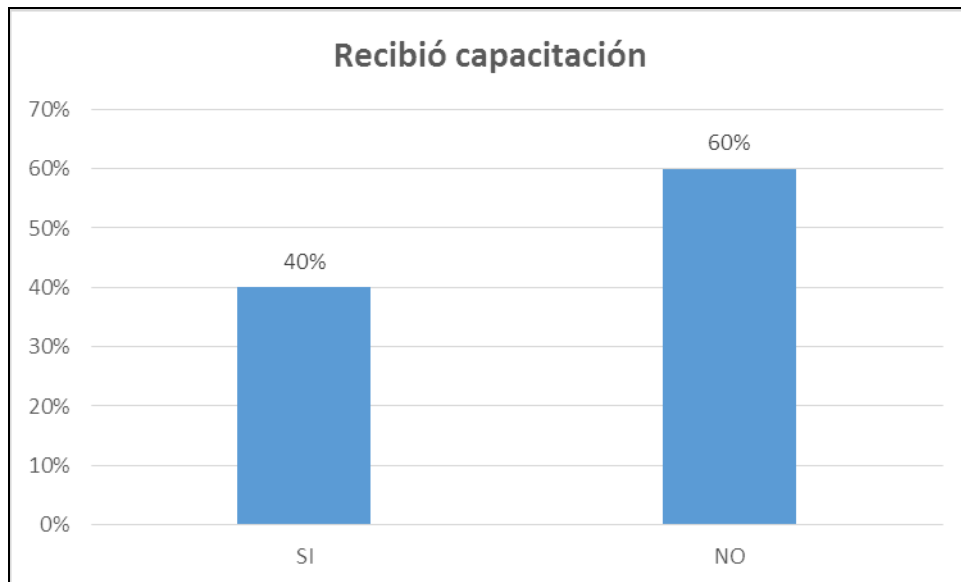
ELABORADO POR: Angélica Hidalgo

Análisis: Se puede observar que los dos porcentajes de mayor valor corresponden a personal que tienen entre 11 a 15 años de servicio en esta institución, y el otro corresponde al personal entre 1 a 5 años de servicio. Evidenciándose que el personal de enfermería cuenta con la experiencia para laborar en la atención al recién nacido con reflujo gastroesofágico.¹³³

¹³³(Hidalgo, 2014)

2. Recibió capacitación sobre la atención al recién nacido con reflujo gastroesofágico.

Gráfico No. 2



FUENTE: Encuesta

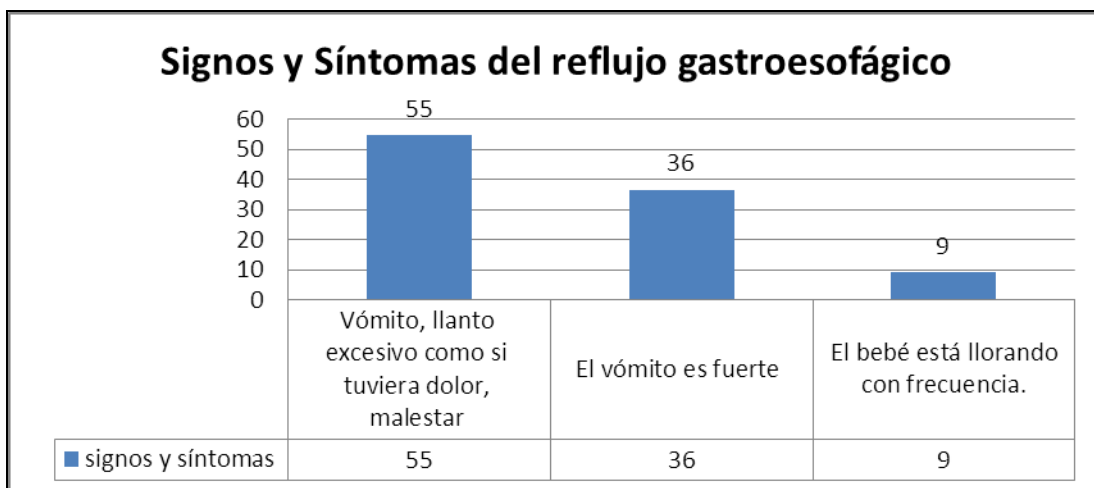
ELABORADO POR: Angélica Hidalgo

Análisis: En este gráfico se puede observar que el personal de enfermería han recibido capacitación con respecto a la atención del recién nacido, por la institución; el otro porcentaje corresponde al personal que no ha sido capacitado en los cuidados a los recién nacidos, que también resulta alarmante debido a que es este personal es el que labora con recién nacidos sin previo conocimiento científico.¹³⁴

¹³⁴(Hidalgo, 2014)

3. Indique los signos y síntomas precoces del reflujo gastroesofágico.

Gráfico No. 3



FUENTE: Encuesta

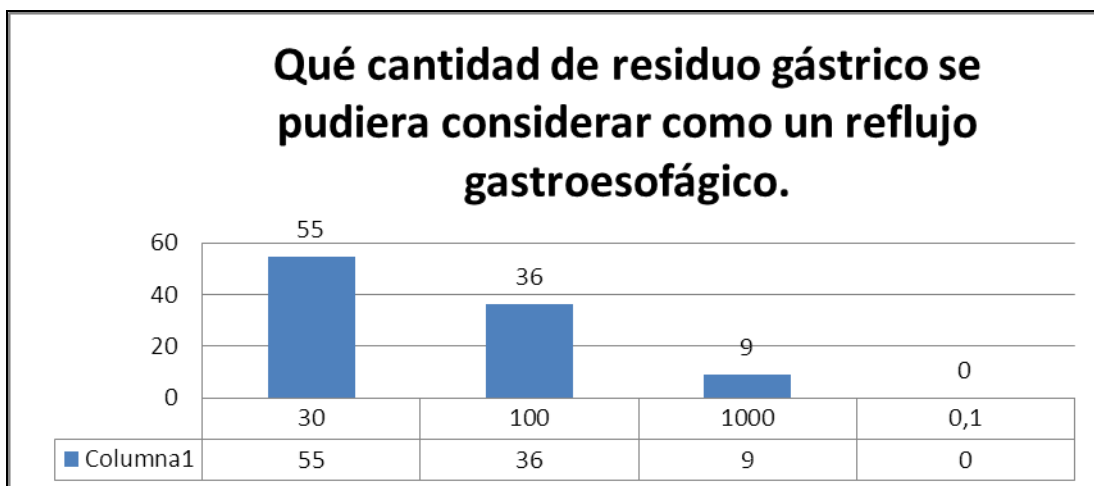
ELABORADO POR: Angélica Hidalgo

Análisis: En este gráfico se puede observar que el personal de enfermería considera que los síntomas de la enfermedad es por vómito, llanto excesivo como si tuviera dolor, demostrando conocimientos científicos, y otra parte del personal considera que el vómito es fuerte y en menos proporción considera que solo el llanto ya es un síntoma alarmante.¹³⁵

¹³⁵(Hidalgo, 2014)

4. Qué cantidad de residuo gástrico se pudiera considerar como un reflujo gastroesofágico.

Gráfico No. 4



FUENTE: Encuesta

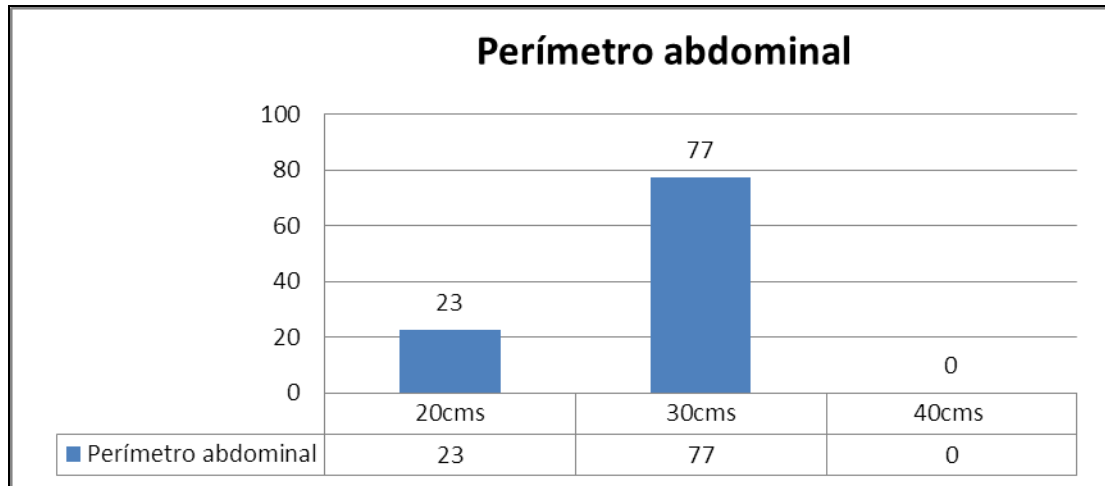
ELABORADO POR: Angélica Hidalgo

Análisis: En este gráfico se puede observar que el personal de enfermería considera que 30cc es la cantidad para determinar una falla del esófago, y otro grupo opinaron que 100cc es la cantidad para determinar un fallo esofágico.¹³⁶

¹³⁶(Hidalgo, 2014)

5. Cuál es el perímetro abdominal de un recién nacido.

Gráfico No. 5



FUENTE: Encuesta

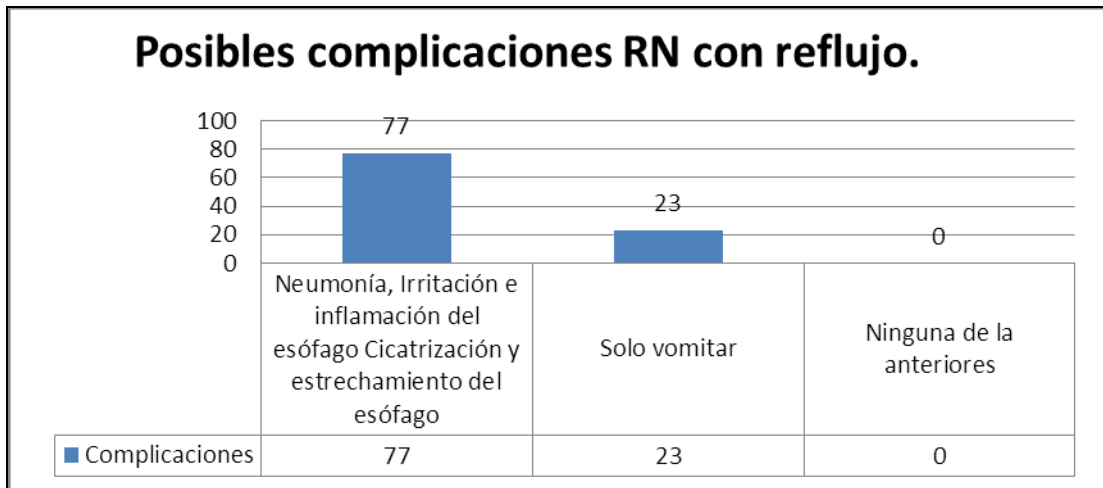
ELABORADO POR: Angélica Hidalgo

Análisis: En este gráfico se puede observar que el personal de enfermería si tiene conocimiento que el perímetro abdominal del recién nacido es de 30cms, y otro grupo consideran que es 20cms contestando erróneamente demostrando el poco conocimiento que tiene en relación al tema.¹³⁷

¹³⁷(Hidalgo, 2014)

6. Cuál son las posibles complicaciones del recién nacido con reflujo.

Gráfico No. 6



FUENTE: Encuesta

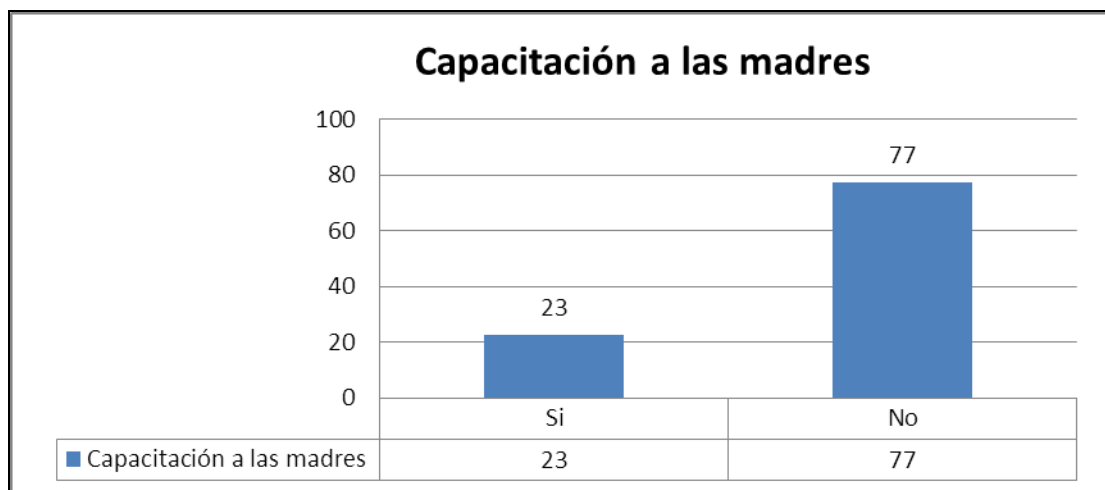
ELABORADO POR: Angélica Hidalgo

Análisis: En este gráfico se puede observar que el personal de enfermería si tiene conocimiento considerando que las complicaciones son: la Neumonía, Irritación e Inflamación del Esófago, Cicatrización y Estrechamiento del esófago, mientras otro grupo consideran que es solo vomitar contestando erróneamente demostrando el poco conocimiento que tiene en relación al tema.¹³⁸

¹³⁸(Hidalgo, 2014)

7. Existe capacitación para las madres que tienen recién nacidos con reflujo

Gráfico No. 7



FUENTE: Encuesta
ELABORADO POR: Angélica Hidalgo

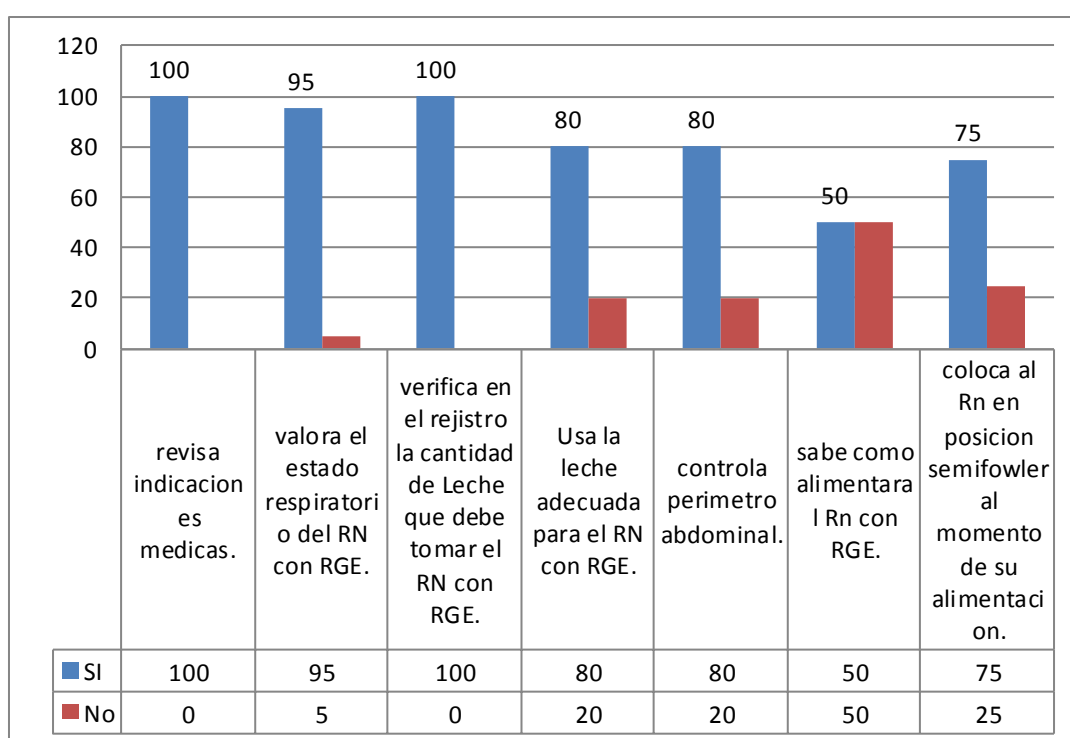
Análisis: En este gráfico se puede observar que el personal de enfermería no brinda ningún tipo de capacitación a las madres que tienen recién nacidos con reflujo, y en menos proporción respondieron que si hay capacitación por parte de ellas a las madres.¹³⁹

¹³⁹(Hidalgo, 2014)

Resultado de la Guía de Observación dirigida al personal que labora en área UCIN del Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde

1. Actividades del personal de enfermería antes de la alimentación de un RN con RGE.

Grafico No. 1



FUENTE: Guía de Observación al Personal de Enfermería que labora en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

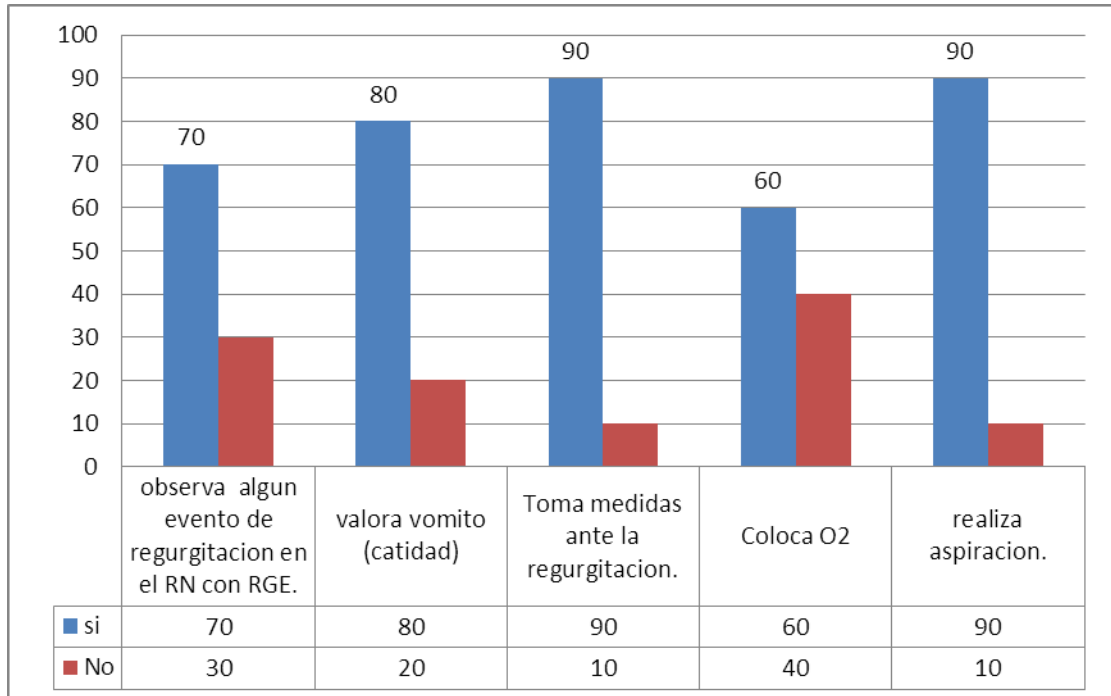
ELABORADO POR: Angélica Hidalgo

Análisis: En este gráfico se puede observar que el personal de enfermería si revisa las indicaciones médicas, pero hay un déficit al momento de valorar su estado respiratorio, pudiendo ser por falta de tiempo o por la sobrecarga de trabajo que existe en el área también podemos evidenciar que carecen de conocimientos científicos al momento de alimentar al Rn con RGE.¹⁴⁰

¹⁴⁰(Hidalgo, 2014)

2. Actividades del personal de enfermería después de alimentar al RN con RGE.

Grafico No. 2



FUENTE: Guía de Observación al Personal de Enfermería que labora en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde.

ELABORADO POR: Angélica Hidalgo

Análisis: En este gráfico se puede observar que existe una despreocupación o tal vez sea la falta tiempo por parte del personal de enfermería al momento de su alimentación ya que es de suma importancia observar, valorar, y sobre todo Saber que hacer al momento que se presenta una emergencia con Rn con RGE, ya que esto le podría costar la vida. ¹⁴¹

¹⁴¹(Hidalgo, 2014)

CONCLUSIONES

Culminada la investigación se puede concluir:

Que se encuestaron a 22 licenciadas sobre la atención del recién nacido con reflujo gastroesofágico que al momento de la recolección laboran actualmente.¹⁴²

Existe un déficit del 10% en cuanto a la capacitación se refiere, situación preocupante porque en la unidades críticas como la de UCIN se debe contar con el 100% de personal profesional capacitado porque permite proporcionar mejores cuidados y prevenir mayores complicaciones con los recién nacidos con reflujo gastroesofágico.¹⁴³

Se encontraron que en el personal de enfermería posee el 50% de experiencia laboral en el área UCIN tratando a recién nacidos con reflujo. Que el 55% del personal de enfermería ha recibido capacitación referente al tema pero preocupa el 45% que no tiene el conocimiento¹⁴⁴

Con relación al nivel de conocimiento que posee la madre sobre el reflujo gastroesofágico, el 77% no tiene conocimiento y un 23% si tiene conocimiento.¹⁴⁵

Se encuentra que la educación y orientación a las madres existe un pequeño déficit del 20% en relación a los recién nacidos que se tomaron en cuenta al momento del estudio.¹⁴⁶

¹⁴²(Hidaldo, 2014)

¹⁴³(Hidaldo, 2014)

¹⁴⁴(Hidaldo, 2014)

¹⁴⁵(Hidaldo, 2014)

De alguna manera ayudara a las futuras profesionales de enfermería a elaborar estrategias de aprendizaje sobre el RGE que ayuden a la madre a conocer y desarrollar habilidades para brindar una mejor calidad de vida a sus recién nacidos.¹⁴⁷

¹⁴⁶(Hidaldo, 2014)

¹⁴⁷(Hidaldo, 2014)

RECOMENDACIONES

Se recomienda continuar otras investigadoras interesadas en el tema a realizar el estudio teniendo en cuenta un lenguaje sencillo y claro.¹⁴⁸

Se recomienda enfatizar sobre la alimentación con leche materna exclusiva ya que es menor el riesgo de irritación del esófago.¹⁴⁹

Continuar estudios referentes al mismo tema para mantener actualizados los datos de esta enfermedad que representa para el recién nacido un alto riesgo.¹⁵⁰

Establecer, mantener, controlar y dirigir continuos programas de enseñanza para el profesional de enfermería haciendo extensivo a las madres como cuidadora primaria.¹⁵¹

Sería muy recomendable que a nivel de enfermería se estandaricen los cuidados del recién nacido con reflujo gastroesofágico para mejorar la atención integral tanto del niño como de la madre.¹⁵²

¹⁴⁸(Hidaldo, 2014)

¹⁴⁹(Hidaldo, 2014)

¹⁵⁰(Hidaldo, 2014)

¹⁵¹(Hidaldo, 2014)

¹⁵²(Hidaldo, 2014)

BIBLIOGRAFÍA

Barrillas , , C. P. (3 de octubre de 2009). El reflujo en los RN. www.pediatria.cl/reflujo_RN.htm. Lima, Arequipa, Perú: Publicaciones Adventure Works.

Beltral, V. G. (24 de enero de 2009). The safety of proton pump inhibitors (PPIs) in pregnancy: a. Lima, Arequipa, Perú.

Carlos A. (2010) Evidencias e Incertidumbres del Uso Clínico de los Inhibidores de la Bomba de Protones. *GastroenterolHepatol.* 2010;33(1):5-10

Enrique R. (2008) y cols Enfermedades Relacionadas con el Acido. ¿ Cual es la Utilidad de la Impendiancometria en el Diagnostico de Reflujo. *GastroenterolHepatol.*; 31(10):709-710

Hidalgo, A. (3 de mayo de 2014). Tesis. Intervencion de Enfermeria frente a la enfermedad de Reflujo Estroesofagico. Gauayquil, Guayas, Ecuador: Universidad Catolica .

Peyre C G y Cols. (2008) The number of lymph nodes removed predicts survival in esophageal cancer an international study on the impact of extent of surgical resection. *Ann Surg.*; 248 (4): 549-556

Raghu G. et al. (2006) high prevalence of abnormal acid gastroesophageal reflux in idiopathic pulmonary fibrosis. *EurRespir J.*;27:136-142

Remes T J, Rodríguez G B, Valdovinos D M. (2006) La Enfermedad por reflujo gastroesofagico en México. *RevgastroenterolMex*; 71(2): 151-159

Rosztó A, Mészáros L, Izbéki F, Somfay A, Wimmer T .Asthma (2008) and Gastroesophageal Reflux: Clinical Evaluation of Esophago-Bronchial Reflex and Proximal Reflux. *Dig*;77: 218-224

Shadi S Y, Siavosh n M, Pardis M, Reza M. (2010) Overlapping Gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome: Increased Dysfunctional symptoms. *WorldGastroenterol*; 16 (10): 1232-1238

Velasco M Ortiz V, Ponce J. (2005) Enfermedad del Reflujo Gástrico al .*Gastroenterol Hepatol*;28(2):65-67

Vicente G. y cols. *GastroenterolHepatol.* (2008);31(8):522-9

Xavier C. (2011) Enfermedad por Reflujo Gastroesofagico y Esófago de Barrett: Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento. *Gastroenterol Hepatol*;34(1):28-34

(ERGE).doc, o. h. (s.f.). original hallazgos endoscopicos (ERGE).doc.
Obtenido de original hallazgos endoscopicos (ERGE).doc: original hallazgos endoscopicos (ERGE).doc

Hidalgo, A. (2014). INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” PERÍODO 31 DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014. Guayaquil: UCSG.

<http://abogadosecuador.wordpress.com/%E2%80%A6/09/constitucion...>

(s.f.).

<http://abogadosecuador.wordpress.com/%E2%80%A6/09/constitucion...> Obtenido de

<http://abogadosecuador.wordpress.com/%E2%80%A6/09/constitucion...>:

<http://abogadosecuador.wordpress.com/%E2%80%A6/09/constitucion...>

[http://ehlersdanlos-info-mas-mi-](http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html)

[experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html](http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html). (s.f.).

[http://ehlersdanlos-info-mas-mi-](http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html)

[experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html](http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html). Obtenido de

[http://ehlersdanlos-](http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html)

[experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html](http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html): <http://ehlersdanlos-info-mas-mi-experiencia.blogspot.com/2011/05/reflujo.html>

[http://emecolombia.foroactivo.com/t1481-historia-clinica-sistema-digestivo-](http://emecolombia.foroactivo.com/t1481-historia-clinica-sistema-digestivo-maira-camelo)

[maira-camelo](http://emecolombia.foroactivo.com/t1481-historia-clinica-sistema-digestivo-maira-camelo). (s.f.). <http://emecolombia.foroactivo.com/t1481-historia-clinica-sistema-digestivo-maira-camelo>. Obtenido de

[http://emecolombia.foroactivo.com/t1481-historia-clinica-sistema-](http://emecolombia.foroactivo.com/t1481-historia-clinica-sistema-digestivo-maira-camelo)

[digestivo-maira-camelo](http://emecolombia.foroactivo.com/t1481-historia-clinica-sistema-digestivo-maira-camelo): <http://emecolombia.foroactivo.com/t1481-historia-clinica-sistema-digestivo-maira-camelo>

<http://es.slideshare.net/Usdii/esofago-29122503>. (s.f.).

<http://es.slideshare.net/Usdii/esofago-29122503>. Obtenido de

<http://es.slideshare.net/Usdii/esofago-29122503>:

<http://es.slideshare.net/Usdii/esofago-29122503>

<http://nuevomedicoecu.blogspot.com/>. (s.f.).

<http://nuevomedicoecu.blogspot.com/> . Obtenido de

<http://nuevomedicoecu.blogspot.com/> :

<http://nuevomedicoecu.blogspot.com/>

http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Ecuador/Ecuador_Ley_organica_educacion_intercultural.pdf. (s.f.).

http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Ecuador/Ecuador_Ley_organica_educacion_intercultural.pdf. Obtenido de

http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Ecuador/Ecuador_Ley_organica_educacion_intercultural.pdf:

http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Ecuador/Ecuador_Ley_organica_educacion_intercultural.pdf

http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html.

(s.f.).

http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html. Obtenido de

http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html:

http://rivaszamoraerickmauricio.blogspot.com/2010_11_01_archive.html

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19-RGE.pdf>. (s.f.).

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19-RGE.pdf> .

Obtenido de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19-RGE.pdf> :

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19-RGE.pdf>

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>. (s.f.).
Obtenido de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>:
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>. (s.f.).
Obtenido de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>:
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>. (s.f.).
Obtenido de <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>:
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/rge.pdf>

<http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/>. (s.f.).
Obtenido de <http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/>:
<http://www.cmp.org.pe/documentos/librosLibres/tsmi/>

<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo2.pdf>. (s.f.).
Obtenido de <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo2.pdf>:
<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/booktemplate/9788475927220/files/Capitulo2.pdf>

<http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>. (s.f.).
Obtenido de <http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>:
<http://www.geocities.ws/cirugiasur/CDA/2anateso.htm>

http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf. (s.f.).

http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf . Obtenido de

http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf :

http://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf

<http://www.losmedicamentos.net/articulo/reflujo-gastroesofagico-en-el-nino-diagnostico->. (s.f.). <http://www.losmedicamentos.net/articulo/reflujo-gastroesofagico-en-el-nino-diagnostico->.

Obtenido de <http://www.losmedicamentos.net/articulo/reflujo-gastroesofagico-en-el-nino-diagnostico->:

<http://www.losmedicamentos.net/articulo/reflujo-gastroesofagico-en-el-nino-diagnostico->

<http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>. (s.f.).

<http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>. Obtenido de <http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>:

<http://www.medicina.usac.edu.gt/revista/3-1/reflujo.pdf>

<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>. (seis de Agosto de 2006).

<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>.

Obtenido de <http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>:

<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>

<http://www.mednet.cl/link.cgi/medwave/puestadia/cursos/3521>

<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3521>. (s.f.).

<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3521>.

Obtenido de <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3521>:

<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3521>:

<http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Cursos/3521>

<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>. (s.f.).
<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf> .
Obtenido de
<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf> :
<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>

<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>. (s.f.).
<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>.
Obtenido de
<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>:
<http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/reflujo.pdf>

http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_buen_vivir_Salud.pdf. (s.f.).
http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_buen_vivir_Salud.pdf . Obtenido de
http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_buen_vivir_Salud.pdf :
http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/ecuador/6_Bases_constitucionales_y_del_buen_vivir_Salud.pdf

http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%. (s.f.).
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%. Obtenido de
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%:
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%

http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%. (s.f.).
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%. Obtenido de

[\(s.f.\).](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%)

[Obtenido de](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%)

[\(s.f.\).](http://www.pedsurg.com.pe/reflujo_gastroesofagico.php)

[Obtenido de](http://www.pedsurg.com.pe/reflujo_gastroesofagico.php)

[\(s.f.\). \[Obtenido de\]\(http://www.salud.gob.ec/base-legal/\)](http://www.salud.gob.ec/base-legal/)

[\(s.f.\).](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_1_vin_2/CAPREFLUJOpdf.pdf)

[Obtenido de](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_1_vin_2/CAPREFLUJOpdf.pdf)

[\(s.f.\).](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_1_vin_2/CAPREFLUJOpdf.pdf)

LUJOpdf.pdf. Obtenido de
http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_1_vin_2/CAPREF
LUJOpdf.pdf:
http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_1_vin_2/CAPREF
LUJOpdf.pdf

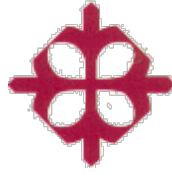
<http://www.slideshare.net/drcuevashector/cphap-033-erge>. (s.f.).
<http://www.slideshare.net/drcuevashector/cphap-033-erge>. Obtenido
de <http://www.slideshare.net/drcuevashector/cphap-033-erge>:
<http://www.slideshare.net/drcuevashector/cphap-033-erge>

<http://www.slideshare.net/JulioVega10/esofago-34361507>. (s.f.).
<http://www.slideshare.net/JulioVega10/esofago-34361507>. Obtenido
de <http://www.slideshare.net/JulioVega10/esofago-34361507>:
<http://www.slideshare.net/JulioVega10/esofago-34361507>

<http://www.slideshare.net/khaloyaro/reflujo-gastroesofagico-cns>. (s.f.).
<http://www.slideshare.net/khaloyaro/reflujo-gastroesofagico-cns>.
Obtenido de <http://www.slideshare.net/khaloyaro/reflujo-gastroesofagico-cns>:
<http://www.slideshare.net/khaloyaro/reflujo-gastroesofagico-cns>

http://www.unicef.org/ecuador/3._vulnerabilidadFINAL.pdf. (s.f.).
http://www.unicef.org/ecuador/3._vulnerabilidadFINAL.pdf . Obtenido
de http://www.unicef.org/ecuador/3._vulnerabilidadFINAL.pdf :
http://www.unicef.org/ecuador/3._vulnerabilidadFINAL.pdf

UCSG. (2014). Repositorio de la Universidad Catolica Santiago de Guayaquil. Guayaquil.



**UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA.**

**GUÍA DE INFORMACIÓN Y DE ATENCIÓN ACERCA DEL CUIDADO
DE RN CON ENFERMEDAD DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO**

**ELABORADO POR:
ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO**

**GUAYAQUIL-ECUADOR
2014.**

INTRODUCCIÓN

Entendemos por reflujo gastroesofágico (RGE) el retorno sin esfuerzo del contenido gástrico a la boca, de forma esporádica y especialmente en el período posprandial, que acontece con una prevalencia de hasta el 18% en lactantes. Cuando este fenómeno incrementa su frecuencia e intensidad, puede llegar a superar la capacidad defensiva de la mucosa esofágica y provocar una enfermedad por RGE, con sintomatología variable, evidente o silente, típica o atípica, con repercusiones clínicas, que no siempre se logran controlar con tratamiento médico.¹⁵³

JUSTIFICACIÓN

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el fenómeno fisiológico más frecuente durante el primer año de vida y que tiende a desaparecer después de los 18 meses de edad. En algunos pacientes el reflujo puede ser más severo, por lo que se deben adoptar medidas para aminorar sus complicaciones.¹⁵⁴

Medidas generales, como cambios en la posición, espesar o fraccionar la alimentación puede ser eficaces, pero en muchas ocasiones debemos agregar terapia supresora de la acidez gástrica o procinéticos, para el control de los síntomas; en algunos otros casos debemos indicar cirugía.¹⁵⁵

Diversos métodos diagnósticos se han utilizado para diagnosticar y caracterizar de mejor forma el RGE en los niños. Hoy el diagnóstico y tratamiento lo realizamos utilizando principalmente una adecuada historia clínica, la radiografía de esófago, estómago y duodeno, la pHmetría

¹⁵³(<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/19-RGE.pdf>, s.f.)

¹⁵⁴(<http://www.losmedicamentos.net/articulo/reflujo-gastroesofagico-en-el-nino-diagnostico->, s.f.)

¹⁵⁵(<http://www.losmedicamentos.net/articulo/reflujo-gastroesofagico-en-el-nino-diagnostico->, s.f.)

esofágica y la endoscopia esofágica con biopsias y más reciente hemos incorporado la impedanciometría.¹⁵⁶

Actualmente se intenta demostrar la base genética del RGE y nuevos medicamentos para su tratamiento se están probando experimentalmente. Hoy la cirugía es una excelente herramienta terapéutica para el tratamiento del RGE y sus complicaciones.¹⁵⁷

OBJETIVOS

Identificar tempranamente los niños con ERGE para evitar complicaciones.

Reconocer el cuadro clínico del RGE y de la ERGE.

Explicar ventajas y debilidades.

Realizar diagnóstico diferencial.

¹⁵⁶(<http://www.losmedicamentos.net/articulo/reflujo-gastroesofagico-en-el-nino-diagnostico->, s.f.)

¹⁵⁷(<http://www.losmedicamentos.net/articulo/reflujo-gastroesofagico-en-el-nino-diagnostico->, s.f.)

TABLA I. Síntomas y cuadros asociados a reflujo gastroesofágico

I.	Náuseas Regurgitación Vómito	IV.	Hematemesis Melena Palidez, anemia Esofagitis
II.	Rechazo del alimento Pesadez posprandial Pérdida de peso Malnutrición Irritabilidad Llanto Opistótonos Rumiación Retención de alimentos Atragantamiento Alergia a la leche de vaca	V.	Apnea Cianosis Tos (nocturna) Estridor Sinusitis Otitis Faringitis Laringitis Bronquitis Asma Neumonía recurrente Fibrosis quística
III.	Odinofagia Disfagia Dolor torácico Dolor retrosternal Dolor abdominal	VI.	Tics Síndrome de Sandifer Retraso psicomotor Parálisis cerebral
		VII.	Poscirugía de: Atresia de esófago Hernia diafragmática Malrotación

**TABLA II. Sígnos de alarma
en el lactante vomitador**

- Vómitos biliosos
- Hematemesis o hematoquecia
- Vómitos con esfuerzo
- Inicio después de los 6 meses de vida
- Desmedro
- Diarrea
- Estreñimiento
- Fiebre
- Letargia
- Hepatosplenomegalia
- Fontanela abombada
- Macro o microcefalia
- Convulsiones
- Abdomen distendido o tenso
- Enfermedades genéticas (trisomía 21)
- Otras enfermedades crónicas (HIV)

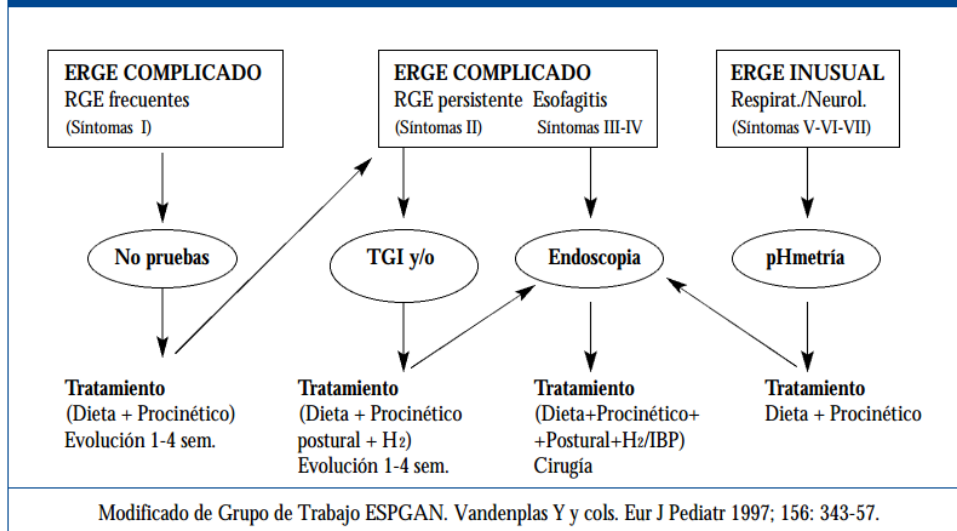
TABLA III. Criterios endoscópicos de esofagitis de Savary-Miller modificada

- **Grado I**
Eritema, edema, erosiones no confluentes por encima de la unión escamocolumnar
- **Grado II**
Erosiones longitudinales confluentes no circunferenciales
- **Grado III**
Erosiones longitudinales confluentes y circunferenciales que sangran con facilidad
- **Grado IV**
Ulceración, estenosis o acortamiento
- **Grado V**
Esófago de Barret

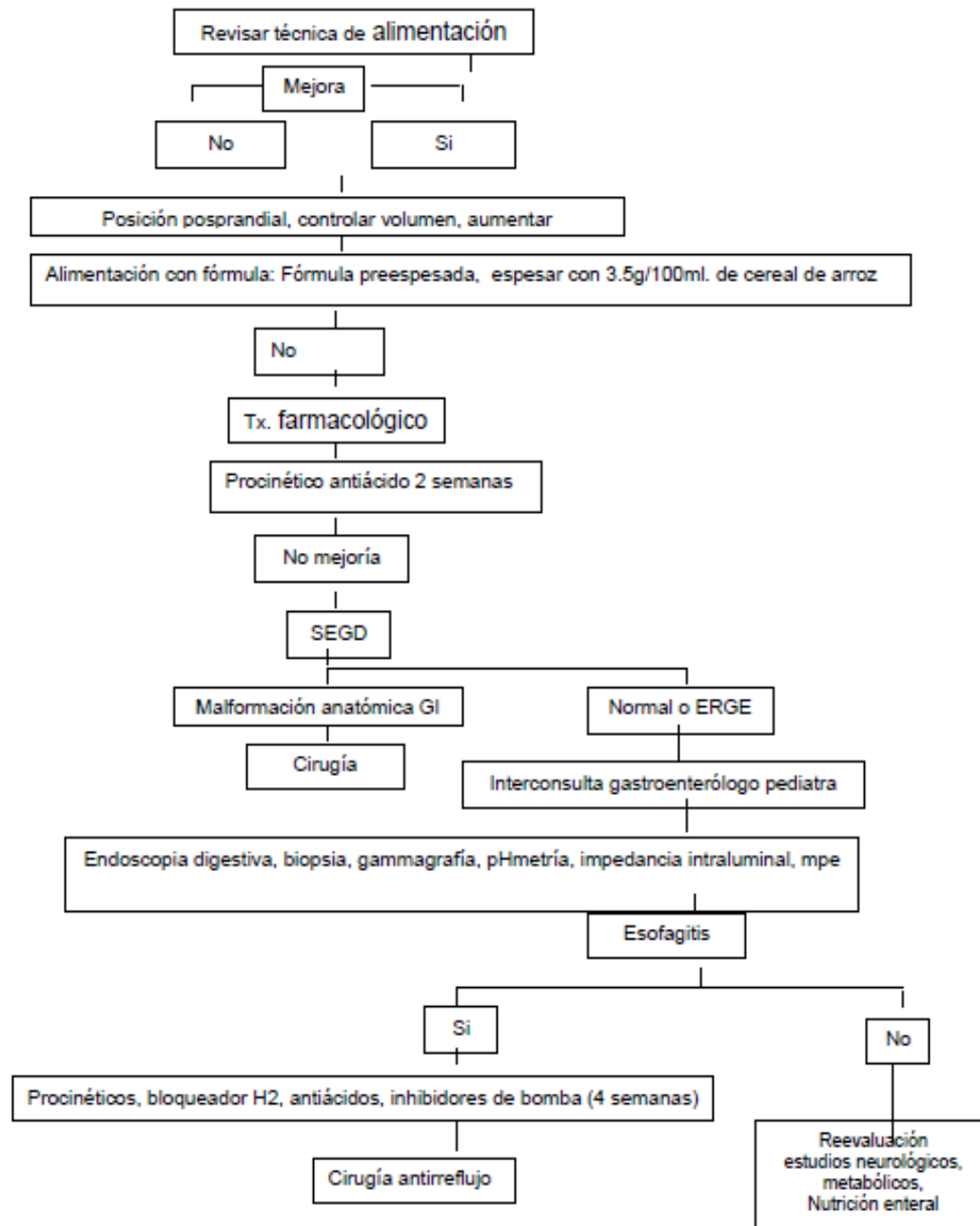
TABLA IV. Clasificación histológica de esofagitis por RGE

- **Esofagitis leve**
Hiperplasia de células basales
Aumento del tamaño de las papilas
- **Esofagitis moderada**
Infiltrado inflamatorio
- **Esofagitis severa**
Úlceras, cambios metaplásicos

TABLA V. Algoritmo para el manejo de la pHmetría esofágica en combinación con otras pruebas diagnósticas en la ERGE



ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO



Reflujo gastroesofágico en pediatría

El reflujo es un cuadro común durante la lactancia, es un fenómeno fisiológico, que hay que reconocerlo como tal, (aunque esto es muchas

veces difícil), para evitar el manejo apresurado del mismo que puede convertir a este, en un hecho patológico.¹⁵⁸

NO TODOS LOS REFLUJOS GASTROESOFÁGICOS SON IGUALES

El pediatra deberá tener siempre esto presente:

- Evaluando correctamente al paciente,
- Recordando los eventos fisiológicos que ocurren en esta etapa de la vida,
- Evitando solicitar estudios inadecuados y realizar tratamientos excesivos y/o incorrectos.¹⁵⁹

Se suele aceptar que todos presentamos episodios de REFLUJO, o sea:

“El ascenso retrógrado e involuntario hacia el esófago, sin esfuerzo, de manera esporádica y sobre todo en el periodo postprandial, del contenido gástrico, de origen variado, que puede incluir saliva, alimentos o bebidas ingeridas, y secreciones gástricas o pancreáticas que primero han retornado al estómago (reflujo duodeno gástrico)”.¹⁶⁰

Generalmente ocurre sin que nos demos cuenta del mismo.

Cuando dichos episodios, se manifiestan muy frecuentemente, y son notados por los padres, concurren a la consulta médica, donde el pediatra, luego de evaluar al paciente, le coloca la denominación de “Reflujo gastroesofágico funcional o fisiológico”¹⁶¹

El rango de reflujo puede extenderse desde el simple ingreso del material refluido a la parte distal del esófago a regurgitaciones o vómitos en proyectil

¹⁵⁸([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,)

¹⁵⁹([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,)

¹⁶⁰([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,)

¹⁶¹([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,)

muy frecuentes. La presencia de estos vómitos solos, no se considera una complicación y sin otro signo se considera también reflujo fisiológico.¹⁶²

El reflujo fisiológico, no causa complicaciones, no trae problemas a largo plazo, no afecta crecimiento ni el desarrollo y más aún se puede decir que no requiere necesariamente intervención médica.¹⁶³

Sin el establecimiento de ninguna terapéutica el 60% de los casos remite entre los 18 y 24 meses de edad. El 30% persiste en estado sintomático.

El material regurgitado o vomitado puede ser considerado como “solo la punta del iceberg” del material que refluye.¹⁶⁴ La línea divisoria, entre lo fisiológico y lo patológico, no pasa entre la presencia o la ausencia de reflujo, sino sobre la frecuencia o intensidad para superar la capacidad defensiva de la mucosa esofágica a la agresión del material que refluye que puede provocar síntomas asociados que indican presencia de complicaciones, dando lugar a la **ENFERMEDAD POR REFLUJO ESOFAGICO (ERGE)**.¹⁶⁵

- Por consiguiente, hablamos de enfermedad por reflujo gastroesofágico cuando se presentan complicaciones. Por ende, es un proceso **PATOLOGICO**.¹⁶⁶

Las complicaciones pueden ser:

- Falla de crecimiento
- Alteraciones en el apetito o la ingesta,
- Esofagitis erosivas
- Sangrados
- Estenosis

¹⁶²(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

¹⁶³(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

¹⁶⁴(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

¹⁶⁵(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

¹⁶⁶(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

- Esófago de Barrett y
- Cambios anaplásicos
- Sibilancias
- Neumonías, etc.

Se estima que 1 en 300 Niños presentaran síntomas de ERGE, y es más común en aquellos que padecen alteraciones neurológicas.¹⁶⁷

Anatomía:

El esófago es un tubo muscular recubierto en su interior por mucosa.

Funcionalmente se divide en tres partes:

- Esfínter esofágico superior
- Cuerpo.
- Esfínter esofágico inferior.

El esfínter esofágico superior sirve para evitar la distensión del esófago durante la respiración y protege las vías aéreas de la aspiración.¹⁶⁸

El cuerpo es una zona distensible de baja presión con función de transporte.

El esfínter esofágico inferior, sirve para evitar el reflujo del contenido gástrico y se relaja para permitir el paso del alimento. Si bien el EEI no tiene definición anatómica, sí la tiene desde el punto de vista manométrico, como una zona de alta presión cuya longitud se incrementa desde 1cm, en promedio en el recién nacido, hasta 3 ó 4 cm en el adulto. Al EEI lo forman el músculo crural estriado del diafragma, innervado por el nervio frénico, y por el músculo liso circular situado en el espesor de la pared del esófago inferior.¹⁶⁹ El vago es el que media la relajación del EEI, que es

¹⁶⁷([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C),
[http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

¹⁶⁸([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C),
[http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

¹⁶⁹([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C),
[http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

desencadenada por la deglución y está coordinada con el peristaltismo esofágico.¹⁷⁰

Son fundamentales también los pilares diafragmáticos y el ligamento freno esofágica, y el cardiofrénico que actúan como una barrera freno esofágica, manteniendo el ángulo cardioesofágico de Hiss (normalmente agudo) y el anclaje subdiafragmático de la porción más distal del esófago.¹⁷¹

El control neurológico del esófago se logra en el centro de la deglución.

A las contracciones esofágicas peristálticas se las denomina primarias: con un patrón típico de coordinación impulsan el bolo alimenticio. Se inician con el proceso de deglución. Está involucrada en ella la capa muscular circular externa.

Las ondas secundarias se producen por una distensión segmentaria del cuerpo esofágico.

Las ondas terciarias son espontáneas y desorganizadas. Y se relacionarían con la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

El esófago un órgano compartido por el tórax y el abdomen, con lo que se ve sometido a diferentes presiones según donde se halle: se podría simplificar esto diciendo que el esófago está localizado en la cavidad torácica y sometido a presión negativa y el estómago al ser Intra-abdominal lo está a presiones positivas por lo que el contenido gástrico debería llegar al esófago de manera continua de no ser por la barrera antirreflujo.¹⁷²

El concepto de esta barrera antirreflujo es que esta abarca todos los mecanismos anatómicos y funcionales, estáticos y dinámicos, congénitos y adquiridos que aislada o conjuntamente trabajan para prevenir el reflujo o sea son “los mecanismos de cierre” que se oponen a “los mecanismos de

¹⁷⁰([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20s.f.)

¹⁷¹([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20s.f.)

¹⁷²([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20s.f.)

apertura". Un fallo en el cierre o un aumento de las presiones permite la presencia de reflujo, el cual según su presencia, volumen, y potencia, el tiempo que permanece este en el esófago, y la capacidad del esófago para resistir y reparar la lesión, condicionará la extensión y severidad de la esofagitis.¹⁷³

La principal barrera contra el reflujo es el esfínter esofágico inferior (EEI): que impide que comience el reflujo con el ascenso de las sustancias ácidas o alcalinas al esófago.¹⁷⁴

Mecanismos de cierre:

- Anillo Diafragmático Hiatal: Traccionando al esófago hacia la derecha y hacia abajo, estrechando la luz en la inspiración profunda, lo que incrementa la presión del EEI.
- Esófago Intraabdominal: Es de importancia y se cree que el incremento de su longitud con la edad, sería uno de los responsables de la disminución del reflujo con el tiempo. Se incrementa de 0,5 a 1 cm. en el recién nacido a 3 cm. hacia los 3 meses.
- Angulo de Hiss: Normalmente agudo, Con efecto antirreflujo doble. Al intentar vomitar el contenido choca contra el fundus, no escapándose por el esófago, estrechando el ángulo y comprimiendo el esófago.
- Zona de alta presión: Se define por la Manometría.
El concepto que una presión anormal baja en reposo del esfínter **esofágico** inferior durante la lactancia, es el responsable del RGE ha sido descartada, ya que se ha visto que la presión del esfínter esofágico inferior en los lactantes es similar a los niños mayores y adultos.¹⁷⁵

¹⁷³([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,)

¹⁷⁴([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,)

¹⁷⁵([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,)

Además en los bebés prematuros, el tono se desarrolla posteriormente. Si habría de esperar esta presión baja en caso de Hernia Hiatal.¹⁷⁶

- Presión abdominal Positiva: Su disminución en ciertas patologías (onfalocele, gastrosquisis, debilidad muscular) puede producir reflujo. Su aumento sin embargo, en condiciones normales no produce reflujo.¹⁷⁷

Mecanismos de apertura:

Debemos recordar que “Una puerta no se abre si nadie la empuja”...y que hay fuerzas que tienden a incrementar las presiones de apertura hasta valores normalmente altos. Así se puede producir reflujo aun con una barrera antirreflujo normal.¹⁷⁸

- Presión abdominal: Tumores, ataques de tos, constipación severa, y compresión del abdomen extrínseca: ropa ajustada, baby SEAT muy apretado, etc.
- Volumen gástrico: La probabilidad de reflujo estaría también relacionada con el volumen gástrico después de la comida y el retraso del vaciamiento gástrico.¹⁷⁹

La dieta líquida del lactante facilita el proceso de regurgitación comparado con las comidas sólidas ingeridas por los niños mayores y adultos.

La proporción de volumen de comida-estómago-esófago difiere si comparamos a los adultos con los niños. Las cantidades necesarias de requisitos calóricos en los niños agotan fácilmente la capacidad gástrica. El

¹⁷⁶([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20s.f.))

¹⁷⁷([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20s.f.))

¹⁷⁸([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20s.f.))

¹⁷⁹([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20s.f.))

reflujo ocurre cuando la capacidad esofágica es excedida por el material refluído¹⁸⁰

Existe una asociación entre RGE y el vaciado gástrico demorado. Esto se ve más normalmente en los prematuros y en aquellos con RGE severo. También se han descrito anormalidades del ritmo eléctrico gástrico.

La disminución de la complacencia gástrica se cree que inicia la relajación del EEI a volúmenes intragástricos menores en los niños. Este aspecto junto con la contracción de los músculos de la pared abdominal propulsa el material refluído en el esófago con la subsiguiente regurgitación.¹⁸¹

Patogénesis:

Es el Disbalance entre las presiones de cierre y de apertura. Ya sea por una disminución de las primeras o por un aumento de las segundas.

Factores implicados:

- Relajaciones transitorias del EEI: Es una relajación completa del EEI, que dura 5 y 30 segundos y a menudo se relaciona con reflujo. No están relacionadas con los movimientos deglutorios. Es el mayor mecanismo implicado en los lactantes y niños.¹⁸²

Sería un mecanismo normal que permitiría la expulsión del aire del estómago en respuesta a la distensión gástrica. La relajación del esfínter ocurre a través de la descarga de un neurotransmisor por el sistema entérico neuronal. Dicho transmisor sería un péptido intestinal vaso activo o el óxido Nítrico. La acción de mecanismos reflejos de origen proximal o distal (distensión gástrica por retardo en el vaciamiento), explicarían la

¹⁸⁰([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), [http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

¹⁸¹([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), [http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

¹⁸²([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), [http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

relajación inapropiada, sumada a otros factores incitantes que promueven el reflujo.¹⁸³

La mayor frecuencia del reflujo en las primeras semanas y meses de la vida sugieren también una inmadurez en el desarrollo de la regulación funcional del EEI, el mismo mecanismo que creemos subyace en la MSL, en relación con el control autonómico de la respiración, y función vasomotora.¹⁸⁴

- Factores anatómicos que acorten el esófago Intraabdominal o alteren la presión: Hernia Hiatal, esófago corto, gastrostomía, atresia esofágica, onfalocele, gastrosquisis, Síndrome de Prune- Belly.
- Fármacos: Xantinas, teofilina, cafeína, chocolate, nitratos y bloqueantes de los canales de calcio.
- Antihistamínicos.
- Alteraciones neurológicas: Déficit cognitivos y motores severos (Parálisis cerebral). Se asociaría entre otros factores por la posición supina e incremento de las presiones Intraabdominal por la espasticidad.¹⁸⁵

Frecuencia: Es uno de los motivos de consulta y de derivación más frecuentes a los Servicios de gastroenterología.

Sintomatología:

Clasificamos al reflujo de la siguiente manera:

_ **RGE Funcional:** Estos pacientes no tienen ningún factor o condición subyacentes de predisposición. El crecimiento y el desarrollo son normales, y el tratamiento no es necesario.¹⁸⁶

¹⁸³(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

¹⁸⁴(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

¹⁸⁵(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

¹⁸⁶(http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.)

_ **RGE patológico o reflujo gastroesofágico enfermedad:** Los pacientes manifiestan síntomas y experimentan con frecuencia complicaciones, incluyendo desnutrición, desórdenes respiratorios, esofagitis, sangrados, y cambios en el epitelio normal del esófago inferior.¹⁸⁷

_ **RGE Secundario:** Esto se refiere al caso en el cual una condición subyacente predispone a RGE. Entre otras causas: obstrucción del tracto de salida, infecciosas, intolerancia alimentarias, etc.¹⁸⁸

Los síntomas de RGE se relacionan directamente con la exposición del epitelio del esófago al contenido gástrico, los más frecuentes son:¹⁸⁹

- **Regurgitación:** Se define por la aparición del alimento por la comisura labial, generalmente leche cortada o en grumos, con olor ácido, que fluye hacia la cara o ropa. Es importante recordar que al ir creciendo el niño, también lo hace la capacidad esofágica, por ende, para ser exteriormente visible es necesario mayor cantidad de material refluido. En general la regurgitación se diferencia del vomito porque la precede un eructo, o se produce al cambiarlo de postura y se sigue de hipo.¹⁹⁰
- **Vómitos:** Frecuentemente oímos “no todo niño que vomita es un niño con reflujo”, pero resulta que en la práctica se lo trata como reflujo a los lactantes que vomitan, incluso con una batería farmacológicas y múltiples cambios de leches.¹⁹¹

Vómitos precoces o lejos de los alimentos (2 o 3 horas). Abundante o “atorrante” (parece un píloro). Reiterado o cada 3 días. Ocurren en el primer año de vida y desaparecen en la mayoría entre los 9 a 12 meses.

¹⁸⁷([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20)

¹⁸⁸([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20)

¹⁸⁹([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20)

¹⁹⁰([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20)

¹⁹¹([http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%,
http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%, s.f.\)](http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C%20)

En mayores de 1 año es raro que se manifieste con vómitos. No siempre el vómito es la manifestación visible del reflujo.¹⁹²

Se denomina **rumiación**, a la regurgitación que solo llega hasta la boca del paciente, acompañado de movimientos mandibulares, a la manera de masticación, en un momento alejado del horario de la alimentación.¹⁹³

Regurgitación y el vómito.

Se observan en el 85% de los niños al nacer y persisten solo en un 10% hacia la sexta semana.¹⁹⁴

Estos otros **síntomas se deben a la esofagitis:**

- **Dolor** (localizable más o menos según la edad del paciente: difuso, preesternal o epigástrico), llanto nocturno, que calma con líquidos (agua leche o antiácidos). En niños mayores pirosis
- **Disfagia:** Síntoma de esofagitis o secundaria a la formación de estenosis .La esofagitis se manifiesta por rechazo del alimento. El niño come y le duele o sucede que como le duele, traga para calmarse. Anorexia progresiva con mal progreso de peso. Síndrome de enteropatía perdedora de proteínas por la inflamación del esófago.

No siempre las manifestaciones clínicas en los niños sugieren patología esofágica, por lo que debemos también pensar en ERGE en:

- **Anemia** micro citica hipo crómica por erosión crónica del epitelio. (descartada patología hematológica no vinculada al RGE).Hematemesis y melena.¹⁹⁵
- **Patología ORL:** otitis a repetición, disfonía, estridor, ronquera, laringitis.

El reflujo gastroesofágico puede causar síntomas respiratorios significativos en los niños. La vía aérea proximal y el esófago están

¹⁹²([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C),
[http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

¹⁹³([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C),
[http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

¹⁹⁴([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C),
[http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

¹⁹⁵([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C),
[http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatria/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

cubiertos con receptores que son activados por el agua, ácido, o la distensión. La activación de estos receptores puede producir laringoespasmos y, como consecuencia, apnea obstructiva con hipoxemia, cianosis, y bradicardia. **Esta apnea obstructiva debe diferenciarse de la apnea central** (la ausencia de esfuerzos respiratorios) y otras causas de apnea obstructiva, como las infecciosas.

En los niños son más comunes los síntomas del reflujo que llevan al broncoespasmo y neumonía.¹⁹⁶

En 1892, Osler fue el primero en postular relación entre el asma y RGE, con causa bidireccional.

El mecanismo sería por aspiración de volúmenes gástricos que llevan a la inflamación y broncoespasmo reflejo. Debemos recordar que el broncoespasmo reflejo sin la aspiración puede ocurrir también.

El reflujo se relacionaría con asma en especial los paroxismos de tos nocturna, el comienzo tardío del asma o la mal respuesta a broncodilatadores. El porcentaje y la relación con el asma es variable y discutido por algunos autores.

Debemos recordar también otras presentaciones:

- **Síndrome de Sandiffer:** extensión y rotación de cabeza. Se produciría por presencia de material refluido en la pared posterior de la faringe.
- **Retraso psicomotor:** en general con una elevada incidencia de reflujo (15%). En general el diagnóstico es tardío. Requerirían mayor frecuencia de cirugías. La parálisis cerebral, el síndrome de Down, entre otras también aumentan el predominio del RGE.

Tener en cuenta siempre la presencia de la **hematemesis y los vómitos biliosos como banderas rojas**, ya que son señal de que el reflujo no es fisiológico.¹⁹⁷

¹⁹⁶([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatica/reflujo_gastroesof%2C), [http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatica/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

¹⁹⁷([http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatica/reflujo_gastroesof%2C), [http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatica/reflujo_gastroesof%](http://www.pediatruiainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatica/reflujo_gastroesof%2C), s.f.)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Oresntein S. Izadnia F. Khan S. GastroesophagealReflux in Children. GastroenterologyClinics. 1999, 28:948-968.
- 2) Madrazo JA. González B. Reflujo Gastroesofágico en Pediatría. Rev. De Gastroenterología de México, 1994, 59:114-119.
- 3) Vandenplas I. Lifshitz J. Orenstein S. Nutritional Management of Regurgitation in Infants. J. American College of Nutrition, 1998, 17:308-316.
- 4) Consenso Latinoamericano sobre el manejo de reflujo. 1997.
- 5) Gómez O, Uscanga L. Gastroenterología. Manual para estudio. Intersistemas Editores. 2007
- 6) Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. OPS-OMS. Volumen 1, 10ª. Revisión. 1995. Pg 537.
11. http://www.pediatriainp.com/enarminp2012/Articulos/Cirugia/Pediatrica/reflujo_gastroesof%C3%9Fgico.PDF
12. <http://www.losmedicamentos.net/articulo/reflujo-gastroesofagico-en-el-nino-diagnostico->, s.f.

ANEXOS

ANEXOS

Atendiendo a los R.N en el portabebés



Llenando la encuesta



Registrando información de pacientes





UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

Test dirigido al personal de enfermería que labora en el área de UCIN con recién nacidos con reflujo gastroesofágico del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde

Instrucciones:

- ✚ Su respuesta tiene carácter confidencial y es solo para fines de la investigación
- ✚ Lea detenidamente cada pregunta para el desarrollo de este formulario.
- ✚ Seleccione con una X la respuesta que usted considere según la atención.

1. Experiencia laboral del personal de enfermería en la atención al recién nacido con reflujo gastroesofágico.

1 a 5 años	
6 a 10 años	
11 a 15 años	
16 a 20 años	

2. Recibió capacitación sobre la atención al recién nacido con reflujo gastroesofágico.

Si	
No	

3. Indique los signos y síntomas precoces del reflujo gastroesofágico

Vómito, llanto excesivo como si tuviera dolor, malestar	
---	--

El vómito es fuerte	
El bebé está llorando con frecuencia.	

4. Qué cantidad de residuo gástrico se pudiera considerar como un reflujo gastroesofágico.

30 cc	
100cc	
1000cc	
0,10cc	

5. Cuál es el perímetro abdominal de un recién nacido.

20cms	
30cms	
40cms	

6. Cuál son las posibles complicaciones del recién nacido con reflujo.

Neumonía, Irritación e inflamación del esófago Cicatrización y estrechamiento del esófago	
Solo vomitar	
Ninguna de la anteriores	

7. Existe capacitación para las madres que tienen recién nacidos con reflujo.

Si	
No	

Gracias por su colaboración



UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERIA "SAN VICENTE DE PAUL"

Guía de Observación dirigida al personal de enfermería que labora en el
 área de UCIN con recién nacidos con reflujo gastroesofágico del Hospital Dr.
 Roberto Gilbert Elizalde.

ITEM	CATEGORIAS	ACTIVIDADES	SI	NO
Atención del Rn con RGE	Antes de la Alimentación.	Revisa indicaciones médicas.		
		Administra medicación para el RGE.		
		Informa novedades al médico.		
		Valora estado respiratorio del RN.		
		Sabe cómo alimentar al RN con RGE.		
		Verifica cantidad de leche que debe tomar el RN.		
		Usa la leche adecuada para el RGE.		
		Coloca al Rn con RGE en posición semifowler.		
	Después de la alimentación.	Controla perímetro abdominal.		
		Observa algún evento de regurgitación en el Rn con RGE.		
		Valora vómitos (cantidad).		
		Toma medidas ante una regurgitación.		
		Coloca O2		
		Realiza aspiración.		
		Comunica novedades.		

ABREVIATURAS

- ✓ **RN:** Recién Nacido
- ✓ **EEl:** Esfínter Esofágico Inferior
- ✓ **RGE:** Reflujo Gastro Esofágico
- ✓ **ERGE:** Enfermedad del Reflujo Gastro Esofágico
- ✓ **Cm:** Centímetro
- ✓ **EES:** Esfínter Esofágico Superior
- ✓ **RGEP:** Reflujo Gastro Esofágico Patológico
- ✓ **MSL:** Muerte Súbita del Lactante



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
CARRERA DE ENFERMERÍA “SAN VICENTE DE PAÚL”
PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO FINAL
IMPRESIONES B/N	500	0.20	100.00
IMPRESIONES COLOR	170	0.30	51.00
COPIAS B/N	140	0.05	7.00
INTERNET 3 H. X DIA	180	0.50	90.00
ENCUDERNADO	2	12.00	24.00
EMPASTADO	2	10.00	20.00
TRIPTICOS	35	0.80	28.00
TRANSPORTE	8	10.00	80.00
VARIOS	5	20.00	100.00
TOTAL			500.00



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CE-232-2014



Marzo 24



LICENCIADA
MONICA JARRIN
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-



Certificado No. CQR-1497

De mis consideraciones:



La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Segunda Lectora del trabajo de titulación de la SRTA. HIDALGO INTRIAGO ANGELICA JOHANNA, con el tema "INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFAGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NAONATALES DEL HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO GILBERT ELIZALDE PERIODO 31 DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL 2014"



Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.



Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lda. Angela Mendoza Vines

Lcda. Angela Mendoza Vines
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

AM/Fátima

*Recibido
31 del 14
17h05
[Signature]*



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



www.ucsg.edu.ec
Aparado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

CE-198-2014

MARZO 24

DOCTOR
ENRIQUE VALENZUELA
DIRECTOR HOSPITAL ROBERTO GILBERT E.
ENRIQUE C. SOTOMAYOR
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La suscrita Directora de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" de la Universidad Católica Santiago de Guayaquil, conocedora de su espíritu de colaboración en lo que a Docencia se refiere, se permite solicitar a Usted, la autorización para que la estudiante HIDALGO INTRIAGO ANGELICA , quien se encuentra realizando el trabajo de titulación con el tema "INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFAGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NAONATALES DEL HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO GILBERT ELIZALDE PERIODO 31 DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL 2014, realice la encuesta en la de la institución que Usted dirige.

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Atentamente

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Angela Mendoza Vences
Directora (e)

Lcda. Angela Mendoza Vences
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

Cc: Archivo

AM/Fátima

Director de Hospital Roberto Gilbert E.
Enrique C. Sotomayor
JEFE DPTO. ENFERMERIA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CE-232-2014



Marzo 24



LICENCIADA
MARTHA HOLGUIN
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-



Certificado No CQR-1497

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como Tutora del trabajo de titulación de la SRTA. HIDALGO INTRIAGO ANGELICA JOHANNA, con el tema "INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFAGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NAONATALES DEL HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO GILBERT ELIZALDE PERIODO 31 DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL 2014"

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.



Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.



Atentamente



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul"

Lcda. Angela Mendoza Vincés
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

AM/Fátima

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA
Lcda. Martha Holguin J. Mgs.
DOCENTE



UNIVERSIDAD CATOLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERÍA SAN VICENTE PAUL

Guayaquil, 5 de Mayo del 2014

Licenciada
Ángela Mendoza Vines
Directora de la Carrera de Enfermería
Presente,


De mis consideraciones:

Tengo a Bien comunicarle que en cuanto a la delegación como Tutora del trabajo de titulación cuyo tema es: **"INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE" PERÍODO 31 DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014"** Realizado por la Sra. **Angélica Johanna Hidalgo Intriago** con **CI: 0920585833**.

Me permito declarar que luego de haber orientado, analizado, revisado y comprobado la aplicación del método científico e investigativo del informe final doy paso a la revisión siguiente del **PRIMER LECTOR** de tesis.

Agradezco de antemano la atención prestada.

Atentamente

UNIVERSIDAD CATOLICA SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Lcda. Martha Holguín.
Tutora



UNIVERSIDAD CATÓLICA
E SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 29 de mayo del 2014

Licenciada.

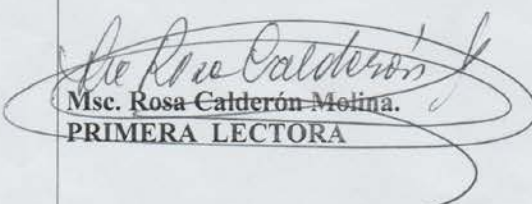
ANGELA MENDOZA VINCES Msc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-

De mis consideraciones:

Tengo a bien comunicarle que en cuanto a la delegación como PRIMERA LECTORA del trabajo de titulación con el tema: INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFAGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE". PERIODO 31 DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL 2014, cuya autora es: SRA. ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO, ha cumplido con las rectificaciones requeridas en la revisión del mencionado trabajo, por lo tanto puede proceder a continuar con la gestión establecida.

Sin más por el momento, me suscribo de usted.

Atentamente.-


Msc. Rosa Calderón Molina.
PRIMERA LECTORA

c. archivo.-



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Certificado No CQR-1497



www.ucsg.edu.ec
Apartado 09-01-4671

Teléfonos:
2206952 – 2200286
Ext. 1818 – 11817

Guayaquil-Ecuador

Junio 14

LICENCIADA
Rosa Calderón
DOCENTE
CARRERA DE ENFERMERIA
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Dirección de la Carrera de Enfermería "San Vicente de Paul" le comunica a Usted que ha sido designada como primera lectora del trabajo de titulación de la SRTA. HIDALGO INTRIAGO ANGELICA, con el tema "INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFAGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NAONATALES DEL HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO GILBERT ELIZALDE PERIODO 31 DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL 2014"

Agradeciendo a la presente, aprovecho la oportunidad para reiterarle mis agradecimientos.

Particular que comunico a Usted para los fines pertinentes.

Atentamente

Lcda. Angela Mendoza Vincés
DIRECTORA (E)
CARRERA DE ENFERMERIA

AM/Fátima

04/06/2014



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Carrera de Enfermería "San Vicente de Paúl"

Guayaquil, Agosto 22 del 2014

Lcda. Mgs.

ÁNGELA MENDOZA VINCES

DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA UCSG

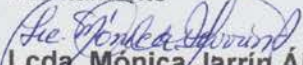
Ciudad

De su despacho:

Comunico que la alumna **ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO** con número de identidad N°0920585833, finalizó el proceso de revisión del Trabajo de Titulación cuyo tema es: **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE"**.

Agradezco de antemano la atención prestada a mi solicitud.

Atentamente


Lcda. Mónica Jarrín Álvarez.
Lic. Mónica Jarrín Álvarez:
Segunda Lectora.
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE ENFERMERIA “SAN VICENTE DE PAÚL”

Guayaquil, 4 de Septiembre del 2014

Licenciada.

Ángela Mendoza Vincés

Directora (E)

Carrera de Enfermería

Presente.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente, informo a usted que he revisado el Trabajo de Titulación de la estudiante **ANGELICA JOHANNA HIDALGO INTRIAGO**, en el sistema URKUND, al inicio presenta una similitud de 91% que está comprendida en la sección Protocolaria, trabajo propio del estudiante y el uso de software informático que es aplicado en toda tabulación de datos y diseño metodológico de la Carrera de Enfermería. Al desactivar las celdas de comparación o similitud queda un 0%, además el trabajo de Titulación es convertido en Pdf, el mismo que es enviado a la estudiante para que lo grave en CD para su presentación final: El tema de Titulación es: **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE” PERÍODO 31 DE DICIEMBRE DEL 2013 A ABRIL DEL 2014**

Atentamente.

Lcda. Cristina González Osorio. Mgs.
Revisora del Sistema Urkund.

The screenshot shows a web browser window with the URL `https://secure.arkund.com`. The page title is "URKUND" and the browser tab is labeled "D11819702 - TESIS ANGEL...". The main content area is divided into two sections:

Document Information:

- Document:** [TESIS ANGELICA HIDALGO.docx](#) (D11819702)
- Submitted:** 2014-10-15 10:34 (-05:00)
- Submitted by:** ANGELICA HIDALGO (angiepreciosa03@hotmail.com)
- Receiver:** cristina.gonzalez01.ucsg@analysis.arkund.com
- Message:** ANGÉLICA HIDALGO-TESIS [Show full message](#)

Below the message, a progress indicator shows "0% of this approx. 35 pages long document consists of text present in 0 sources."

List of sources:

Rank	Path/Filename
1	INTRODUCCIÓN tesis 2.docx
2	http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/3175/1/T...
Alternative sources	
3	INTRODUCCIÓN tesis 2.docx
4	INTRODUCCIÓN tesis 2.docx

The browser's status bar at the bottom indicates "0 Warnings", "Reset", "Export", and "Share" options.