



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



# **Trabajo Fin de Grado**

**Proyecto educativo: El reflujo gastroesofágico en  
pacientes pediátricos.**

Alumno: Andrea Galván Serramía  
Director: Ana Sofía Fernandes Ribeiro

**Madrid, mayo de 2022**

## INDICE

Glosario de abreviaturas .....	3
Resumen .....	4
Abstract .....	5
PRESENTACIÓN .....	6
ESTADO DE LA CUESTIÓN .....	7
1. El esófago .....	7
2. Reflujo gastroesofágico .....	8
3. Epidemiología .....	9
4. Complicaciones y síntomas de la ERGE .....	10
5. Factores que favorecen padecer ERGE .....	13
6. Pruebas diagnósticas .....	14
7. Tratamientos .....	16
7.1 Tratamiento postural .....	16
7.2 Recomendaciones dietéticas .....	17
7.3 Tratamiento farmacológico .....	18
7.4 Cirugía antirreflujo .....	19
8. Intervenciones de enfermería .....	20
JUSTIFICACIÓN .....	23
PROYECTO EDUCATIVO .....	24
Población y captación .....	24
Población diana .....	24
Captación .....	24
Objetivos .....	25
Objetivos generales: .....	25
Objetivos específicos: .....	25
Contenidos .....	25
Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales .....	26
Planificación general .....	26
Evaluación .....	34
BIBLIOGRAFÍA .....	35
ANEXOS .....	40
Anexo 1: Solicitud para autorización .....	41
Anexo 2: Cartel divulgativo .....	42
Anexo 3: Tríptico informativo .....	43
Anexo 4: Cuestionario pre-intervención .....	45
Anexo 5: Encuesta de satisfacción .....	48
Anexo 6: Guion del observador .....	50

## **Glosario de abreviaturas**

EES: Esfínter esofágico superior.

EEl: Esfínter esofágico inferior.

RGE: Reflujo gastroesofágico.

UCIN: Unidad de cuidados intensivos neonatales.

ERGE: Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

NASHPGHAN: Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

ESPGHAN: Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

SNC: Sistema nervioso central.

IBP: Inhibidores de la bomba de protones.

Anti-H2: Antagonistas de receptor de histamina.

AGA: Asociación Americana de Gastroenterología.

FN: Funduplicatura de Nissen.

FNC: Funduplicatura de Nissen convencional.

FNL: Funduplicatura de Nissen laparoscópica.

## Resumen

El reflujo gastroesofágico es un fenómeno fisiológico predominante en los lactantes de edades entre los 1-4 meses, que se suele resolver de manera espontánea entre los 12-18 meses. Cuando el reflujo se presenta con mayor frecuencia, provocando síntomas graves y complicaciones se denomina enfermedad por reflujo gastroesofágico cuya principal causa es la incompetencia del esfínter esofágico inferior. Existen gran cantidad de factores predisponentes y los síntomas se dividen en generales, gastrointestinales y respiratorios. Las bases diagnósticas son la historia clínica, el examen físico y las pruebas complementarias, aunque actualmente no hay ninguna prueba que sea considerada “gold standar”. El tratamiento se debe iniciar de manera escalonada empezando por cambios en la dieta y en la postura seguido del tratamiento farmacológico y quirúrgico.

Esta patología causa gran preocupación, ansiedad, angustia y estrés en los padres, es por esta razón, que el objetivo principal de este proyecto es formar de manera completa y práctica a estos padres con el fin de aliviar el impacto de los síntomas y mejorar la calidad de vida del niño y de sus familias.

Por este motivo, se va a desarrollar un proyecto educativo dirigido a los padres con hijos que padecen tanto reflujo gastroesofágico como la enfermedad por reflujo gastroesofágico, donde se tratarán temas como los síntomas más característicos, las complicaciones, pruebas diagnósticas, recomendaciones nutricionales y posturales, los diferentes tratamientos existentes. Constará de sesiones con contenido teórico y práctico, comprobando al finalizar el taller los conocimientos adquiridos.

Palabras clave: pediatría, reflujo gastroesofágico, esofagitis, diagnóstico.

## **Abstract**

The gastroesophageal reflux is a physiological phenomenon predominant in infants between 1 and 4 months-old, which is usually solved in a spontaneous way at around 12 and 18 months-old. When the reflux is presented with greater frequency, provoking severe symptoms and complications is referred as gastroesophageal reflux disease which main cause is the incompetence of the inner esophageal sphincter. There is a great quantity of factors underlying and the symptoms are divided into general, gastrointestinal, and respiratory symptoms. The diagnostic bases are the medical history, physical examination, and complementary diagnostic tests, although currently there is no evidence to be considered "gold standar". The treatment should start in a staggered way starting with changes in the diet and the body posture followed by a pharmacological and surgical treatment.

This disease arouses great concern, anxiety, and stress in parents, and it is for this reason, that the main objective of this project is to train in a comprehensive and practical way to these parents in order to relieve the impact of the symptoms and improve the quality of life of the child and the families.

For this reason, an educational project is going to be developed aimed at parent with children who suffer from gastroesophageal reflux and gastroesophageal reflux disease, where topics about the most common characteristics, complications, diagnostic tests, nutritional and body posture recommendations, and different existing methods will be developed. It will consist on sessions with theoretical and practical content, making sure about the acquired knowledge at the end of the process.

Key words: paediatrics, gastroesogagic reflux, esophagitis, diagnostic.

## **Presentación**

El tema elegido es el reflujo gastroesofágico en pediatría, la elección del tema se me ocurrió durante la rotación de prácticas de tercero de carrera, ya que la realicé en el Hospital Universitario Gregorio Marañón en la unidad de Pediatría.

Allí tuve la oportunidad de aprender, tratar y cuidar de niños de edades comprendidas entre meses y los 2 años, una unidad totalmente nueva para mí ya que nunca había estado con pacientes de tan poca edad siempre había rotado por unidades de adultos, fue mi primer contacto con pacientes pediátricos.

Durante la rotación hubo varios ingresos de niños con problemas de reflujo y pude observar la preocupación y el desconocimiento de los padres y familiares acerca de esta enfermedad, muchos de ellos tenían ciertos conocimientos gracias a la información transmitida por el equipo sanitario de la unidad y lo que habían visto en diferentes páginas web, pero la mayoría no tenían una comprensión general y clara de la enfermedad.

Me parece fundamental que los padres y familiares de los niños con reflujo gastroesofágico conozcan la enfermedad en profundidad, las posibles causas, los diferentes síntomas que pueden encontrar en sus hijos, los diferentes tratamientos que existen hoy en día, las enfermedades que pueden ir asociadas a la enfermedad, así como los cambios en la alimentación que pueden llevar a cabo en el domicilio, creo que teniendo mayores conocimientos su preocupación e inquietudes pueden disminuir.

### **Agradecimientos:**

Me gustaría agradecer el apoyo durante estos cuatro años de carrera a mi familia porque en todo momento me han ayudado, se han preocupado en los momentos difíciles y han confiado en mí. También, a todos mis amigos y compañeros la facultad, ya que hemos vivido muchas experiencias juntos, hemos superado una pandemia mundial y hemos compartido momentos felices llenos de risas y otros más complicados, pero gracias a ellos estos cuatro años ha sido una etapa muy buena de mi vida y para recordar.

Por último, agradecer a mi tutora Ana Sofía Fernandes Ribeiro por ayudarme, apoyarme y guiarme durante todo el proceso.

## Estado de la cuestión

Para realizar el estado de la cuestión sobre el reflujo gastroesofágico y la enfermedad por reflujo gastroesofágico en pediatría, se ha obtenido la información necesaria por medio de la búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, principalmente en Dialnet, PubMed, Medline, Elsevier, páginas webs de sociedades científicas como la Asociación Española de Pediatría, la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

Los términos DeCS que se han utilizado han sido: reflujo gastroesofágico, esofagitis, pediatría, diagnóstico y los términos MeSH: gastroesophageal reflux, pediatrics, esophagitis, diagnosis. También se han utilizado operadores booleanos ((pediatrics) AND (acid reflux disease)) NOT (adults), (reflux acid) OR (GERD), ((pediatrics) OR (infant)) AND (regurgitation).

La búsqueda se ha realizado en español y en inglés principalmente e intentando acotar el año de publicación desde el 2017 en adelante, aunque algunos artículos son anteriores a 2017.

### 1. El esófago

El esófago es un tubo muscular de unos 25 cm de longitud de localización intratorácica excepto los últimos 2-4 cm distales que conecta la faringe con el estómago (1). Se encuentra detrás de la tráquea, se extiende desde el extremo inferior de la laringofaringe y recorre la cara anterior del cuello, pasa por el diafragma a través del hiato esofágico (abertura en el diafragma) y termina en la porción superior del estómago.

Está compuesto por tres partes fundamentalmente (1,2):

1. El esfínter esofágico superior (EES): compuesto por músculo esquelético, se encarga de regular el paso de los alimentos desde la faringe hacia el esófago.
2. El cuerpo esofágico.
3. El esfínter esofágico inferior (EEI): compuesto por músculo liso, se encarga de regular el paso de los alimentos desde el esófago al estómago.

El esófago no tiene funciones de absorción ni de secreción, su función es principalmente motora mediante el transporte del contenido deglutido desde la faringe al estómago. Otra de sus funciones es evitar el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago, al igual que el contenido esofágico hacia la faringe (2).

## 2. Reflujo gastroesofágico

El reflujo gastroesofágico (RGE) es el retorno sin esfuerzo del contenido del estómago hacia el esófago y la boca de forma esporádica pudiendo causar regurgitaciones y vómitos (3). Puede ocurrir en individuos sanos de cualquier edad, pero principalmente ocurre en los lactantes (4). Además de ser un fenómeno fisiológico en los niños recién nacidos pretérmino, es un diagnóstico frecuente en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), lo que provoca mayores estancias hospitalarias y elevados costes intrahospitalarios (5).

La mayoría de los episodios de RGE tienen una duración de menos de tres minutos y ocurren en período postprandial. Se presenta con escasos síntomas, siendo el principal y más visible la regurgitación que se suele resolver de manera espontánea (6).

Según sus manifestaciones el RGE se puede dividir en (4):

1. Leve: es el de mayor prevalencia y se puede restaurar entre los cinco meses y el año y medio de edad del niño. La regurgitación es el síntoma más característico, aunque también puede aparecer llanto e irritabilidad.
2. Moderado: se encuentran síntomas como náuseas, vómitos persistentes que provocan esofagitis y pérdida de peso, también pueden aparecer signos de hemorragia digestiva y síntomas extradigestivos como infecciones de oído y/o garganta. El tratamiento farmacológico debe ser más activo y prolongado, puede haber mejoría de los síntomas, pero de manera temporal.
3. Severo: son los casos más minoritarios, se puede observar una disminución del peso corporal, deficiencia de hierro, asma intrínseca, sin embargo, el problema más frecuente es la estenosis esofágica que provoca que se cierre progresivamente la luz esofágica. El tratamiento es principalmente quirúrgico antirreflujo.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección más grave y supone un problema a largo plazo donde el reflujo se presenta con mayor frecuencia, provocando síntomas graves, molestos y complicaciones (2,7). Se produce debido a la incompetencia del esfínter esofágico inferior, porque este no logra cerrarse de manera adecuada, después de la entrada en el estómago de la comida, provocando el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago y causando dolor urente (8). La relajación transitoria inadecuada del EEI supone una



de las principales causas de ERGE en niños (9), además el contenido gástrico posee ácido clorhídrico que puede causar la irritación de la pared del esófago, lo que produce sensación de ardor llamada pirosis (10).

La integridad de la mucosa esofágica depende del equilibrio entre factores agresivos (como el ácido refluido desde el estómago, la pepsina, las sales biliares y el reflujo duodenal) y factores defensivos (la barrera antirreflujo, aclaramiento esofágico que permite la normalización del pH intraesofágico y la resistencia de la mucosa) (11). La patogenia de la ERGE es multifactorial, es principalmente el resultado del desequilibrio entre los factores defensivos y factores agresivos a nivel de la mucosa esofágica (12). La barrera antirreflujo está compuesta por el EEI y factores anatómicos como el esófago intraabdominal, el ángulo de His y estructuras que componen el hiato esofágico, el aclaramiento esofágico depende principalmente del peristaltismo esofágico, el efecto de la gravedad y la secreción salival. Por último, la mucosa esofágica se encuentra protegida por la capa de moco, la barrera epitelial y el flujo sanguíneo local (11).

Diferenciar entre el RGE y ERGE es fundamental para evitar pruebas diagnósticas innecesarias y administración de fármacos (13), sobre todo en la población pediátrica es complicado realizar esta diferencia (14).

### **3. Epidemiología**

El RGE es un fenómeno natural que se da con mayor frecuencia en pediatría debido a la inmadurez cardiohiatal fisiológica y predomina en lactantes con edades comprendidas entre los 1 y 4 meses, además, suele resolverse de manera espontánea entre los 12-18 meses de edad, su prevalencia en la población pediátrica es entre 1,8 a 8,2% (15). También hay que tener en cuenta que en los primeros meses de vida la alimentación es líquida y la postura más habitual es tumbada o semisentada provocando que se produzca el RGE en hasta el 40% de los lactantes (16).

En los recién nacidos prematuros debido a su inmadurez fisiológica del EEI, a las alteraciones del peristaltismo esofágico, la ingesta abundante de leche y el vaciamiento del estómago de manera más lenta tienen mayor riesgo de sufrir reflujo gastroesofágico (15). En lactantes nacidos con menos de 34 semanas de gestación la incidencia de padecer reflujo gastroesofágico es de un 22%. El reflujo gastroesofágico también es frecuente en los lactantes con alergia a la proteína de la leche de la vaca lo que provoca episodios de regurgitaciones y vómitos (15).

Los lactantes amamantados con leche materna tienen menor probabilidad de desarrollar ERGE en comparación con los alimentados con leche de fórmula (15).

Algunos estudios epidemiológicos establecen que el reflujo gastroesofágico ocurre en el 50% de los bebés menores de 2 meses de edad, entre un 60-70% de los bebés de edades comprendidas entre los 3 y 4 meses y por último en el 5% de los niños con 12 meses de edad debido a que el músculo se encuentra desarrollado completamente a la edad de 1 año (17). Además, el ratio entre sexos es 2:1 siendo más prevalente en el sexo masculino. La obesidad es el factor más predisponente debido a que está asociado a una mayor relajación transitoria del EEI y una mayor presión intragástrica (17).

#### **4. Complicaciones y síntomas de la ERGE**

Las complicaciones se deben principalmente a la irritación causada por el ácido del contenido gástrico que asciende por el esófago y al déficit calórico causado por la regurgitación de los alimentos (8).

Existen principalmente tres complicaciones, en primer lugar, la esofagitis por reflujo es la inflamación que daña los tejidos del esófago, algunos de los factores que provocan esofagitis son el material refluido, la incapacidad para eliminar el material de reflujo del esófago, el volumen del contenido gástrico y la mucosa gástrica. Los principales síntomas son dificultad para tragar, dolor torácico, sensación de ardor, llanto e irritabilidad. Además, alguna de sus complicaciones son la cicatrización o el estrechamiento del esófago (8,18). Por otro lado, se encuentra la estenosis esofágica es el estrechamiento del esófago, aparece cuando la ERGE es de larga evolución, se caracteriza por una inflamación crónica de la mucosa esofágica y suele encontrarse en la zona distal. Esta estenosis produce disfagia primero de sólidos, pero puede progresar a disfagia de líquidos. La principal complicación es la neumonía por aspiración, provocado por el paso de los alimentos, líquidos o vómito a los pulmones con la regurgitación (18). Y por último el esófago de Barrett es la afección en la que el revestimiento plano y rosado del esófago se daña y se modifica debido al RGE, lo que provoca un engrosamiento, se relaciona con un mayor riesgo de padecer cáncer de esófago, pero no es común. Es necesario realizar controles y biopsias de esófago para descubrir la presencia de células precancerosas con el fin de tratarlo y prevenir el cáncer. Además, los síntomas de RGE en el esófago de Barret no se manifiestan y la detección y tratamiento temprano de la ERGE puede prevenir el esófago de Barrett (18,19).

Los síntomas del reflujo gastroesofágico pueden ser difíciles de detectar sobre todo en los lactantes ya que son variables e inespecíficos y difícil de determinar aquello que es problemático, patológico o fisiológico, lo que provoca que en algunas ocasiones se produzca un sobretratamiento y falta de identificación de la patología (4,20). El RGE depende de dos factores por un lado el ascenso del contenido gástrico hacia el esófago y el daño que produce el reflujo en la mucosa del esófago (1).

La relación entre los síntomas respiratorios y el RGE es multifactorial está relacionado con la frecuencia y duración de los episodios de reflujo, también con la acidez del reflujo pudiendo ser aspirado. Hay que tener en cuenta que la ERGE y los trastornos respiratorios son comunes durante la infancia y pueden coexistir. El asma puede provocar reflujo y el reflujo puede exacerbar el asma o síntomas similares, además, la prevalencia de reflujo es mayor en aquellos niños que tienen asma pudiendo estar causado por un aumento de la presión intratorácica durante la inspiración por la obstrucción al flujo, presión intraabdominal positiva por la tos o la relajación del EEI provocado por la medicación para el tratamiento del asma (14).

La mayoría de los síntomas se clasifican como leves o moderados, disminuyendo la calidad de vida y el sueño nocturno. Es fundamental distinguir dos grupos de pacientes, por un lado, está el regurgitador feliz ("happy spitter") se caracteriza por tener regurgitaciones frecuentes, pero sin otra sintomatología ni repercusión clínica (ver tabla 1) y por otro lado el paciente con ERGE caracterizado por tener RGE acompañado de signos y síntomas que causan deterioro del estado físico o de su calidad de vida (15).

Signos de alarma en el niño vomitador o regurgitador	
Vómitos biliosos y con esfuerzo	Fiebre
Hematemesis o hematoquecia	Hepatoesplenomegalia
Inicio > 6 meses	Fontanela abombada
Diarrea/ estreñimiento	Macro/microcefalia
Letargia	Convulsiones
Enfermedades genéticas	Abdomen distendido

Tabla 1 Signos de alarma en el niño vomitador o regurgitador  
"Elaboración propia a partir de NASPGHAN (13).

En niños sanos la regurgitación es común que aparezca de forma diaria y fisiológica durante los primeros 3-4 meses de vida, si los síntomas persisten después del año de vida se deben considerar otros diagnósticos distintos de la ERGE, además hay que tener en cuenta el historial dietético ya que la alergia a la proteína de la leche de vaca cursa con síntomas muy parecidos a la ERGE (7).

Los principales síntomas son malestar, dolor, asfixia, náuseas y vómitos, irritabilidad, regurgitación, dificultad en la alimentación, poco aumento de peso, el llanto, aunque este puede estar causado por otras afecciones (9,10). Otro síntoma específico es el Síndrome de Sandifer que es un trastorno neuroconductual que se acompaña de movimientos de hiperextensión de cuello, cabeza y tronco, rotación de cabeza y se presenta durante o después de la ingesta de alimentos y cesa durante el sueño, es secundario a enfermedad por reflujo gastroesofágico (8,17).

Es importante conocer la diferencia entre vómito y regurgitación (10):

- El vómito es la respuesta motora autónoma (contracción de la musculatura abdominal, diafragmática y de la pared torácica) y voluntaria coordinada que provoca la expulsión forzada del contenido gástrico hacia la cavidad oral.
- La regurgitación es la expulsión involuntaria del contenido gástrico y no participa el sistema nervioso central ni la musculatura abdominal.

En los niños mayores y adolescentes los síntomas son similares a los de los adultos y suelen ser estenosis esofágica, dolor abdominal, tos, regurgitaciones y pirosis. Algunos síntomas de alarma son: la disfagia (dificultad para tragar), odinofagia (dolor al tragar), ulceración, malignidad, anemia, hemorragia y pérdida de peso (20,21).

La pirosis o acidez de estómago es el síntoma más común y clásico de la ERGE, caracterizado por la sensación de ardor dolorosa en el pecho que se irradia hacia la garganta y la boca, provocado por el ascenso del ácido del estómago hacia el esófago (21,18).

Los síntomas de ERGE se pueden intentar controlar evitando alimentos que estimulen la secreción ácida del estómago (café, chocolate, tomates, naranja, menta, alimentos grasos y picantes, bebidas carbonatadas) (22).

Existen varias clasificaciones de los síntomas que se presentan en la ERGE pueden ser generales, digestivos y respiratorios. También digestivos/ típicos y extradigestivos/atípicos. (ver tabla 2).

	Síntomas	Signos
Generales	Malestar/ Irritabilidad Rechazo de alimentación Postura distónica del cuello Retraso del crecimiento	Erosión dental Anemia
Gastrointestinales	Regurgitación con/sin vómito Acidez de estómago Dolor epigástrico Hematemesis Disfagia/odinofagia	Esofagitis Estenosis esofágica Esófago de Barrett
Respiratorios	Sibilancias Estridor Tos Ronquera	Episodios de apnea Asma Neumonía asociada a aspiración Otitis media recurrente

Tabla 2 Síntomas y signos de la ERGE. "Elaboración propia a partir de ESPGHAN (23).

## 5. Factores que favorecen padecer ERGE

En una digestión correcta, cuando el niño traga, el EEI se relaja para dejar pasar el alimento desde el esófago hacia el estómago. Posteriormente, el EEI permanece cerrado y el contenido del estómago no vuelve hacia el esófago.

Sin embargo, el músculo en los niños que padecen ERGE se encuentra debilitado o se relaja cuando no debe, provocando que el contenido del estómago vuelva al esófago (24).

Algunos de los factores que pueden causar ERGE en los niños son (24):

- Obesidad o sobrepeso; se produce un aumento de la presión sobre el abdomen y es más frecuente la hernia hiatal.

- Trastornos neuronales como por ejemplo la parálisis cerebral.
- Malformaciones congénitas como la hernia de hiato, donde una parte del estómago se extiende a través de una abertura en el diafragma.
- Algunos medicamentos; como los antihistamínicos, analgésicos, sedantes, medicamentos para el asma.
- Cardiopatías congénitas.
- Anomalías del tracto gastrointestinal.
- Anomalías cromosómicas.
- Estar expuesto al humo del tabaco.
- Cirugías previas de la parte superior del abdomen.
- Tendencia familiar derivada de la genética.

## 6. Pruebas diagnósticas

Las principales bases diagnósticas de la ERGE son la historia clínica, el examen físico y las pruebas complementarias (25). Actualmente no existe ninguna prueba que sea considerada el “gold standar” para el diagnóstico del reflujo gastroesofágico (20).

Se utilizan varias pruebas para combinar los resultados obtenidos en ellas y así poder determinar el diagnóstico.

Por un lado, está la pHmetría esofágica es una técnica diagnóstica en la cual se lleva a cabo la monitorización del pH esofágico por medio de un catéter que se inserta por la nariz y cuyo principal objetivo es analizar el reflujo ácido.

Con la pHmetría se puede medir (1):

- El número total de episodios de reflujo.
- El número de reflujos mayor a 5 minutos de duración.
- La duración del episodio de reflujo más largo.
- El tiempo que tarda el esófago en quedarse sin ácido (aclaramiento esofágico).
- Tiempo que el ácido permanece en el esófago (índice de reflujo).

Se considera un episodio de reflujo ácido cuando el pH es inferior a 4 durante más de 15 minutos.

Algunas de las principales utilidades de la pHmetría serían (12):

- Permite evaluar la cantidad de relajaciones que ocurren en el EEI, debido a que se produce una disminución secundaria del pH por el ascenso del jugo gástrico.
- Permite evaluar la respuesta a la terapia antisecretora.
- Permite establecer la asociación entre el reflujo gástrico y la presencia de síntomas respiratorios como la tos, las sibilancias...
- Confirmar la sospecha de RGE en pacientes que presentan una endoscopia normal.
- Sospecha de recidiva de RGE tras cirugía antirreflujo.
- Pacientes con síntomas atípicos.

La pHmetría de 24h ofrece una mayor sensibilidad y especificidad para llegar al diagnóstico del ERGE, además de ser un método seguro y barato.

Algunas de las limitaciones de la pHmetría son (1):

- Dificultad para determinar los valores de normalidad en niños sanos.
- No detecta la presencia de reflujo no ácido, que aparece en la mayoría de los lactantes con reflujo.
- No detecta la extensión del reflujo en el esófago.
- No mide reflujos con un pH > 4 (más frecuentes en prematuros).
- No detecta complicaciones.

Otras pruebas diagnósticas son: la impedanciometría intraluminal múltiple MII, permite detectar movimientos de fluidos y gases en el interior del esófago, se realiza mediante la colocación de un catéter con varios electrodos, permite detectar reflujo independientemente de su pH, así como la altura del reflujo (9) junto con la pHmetría se utiliza para evaluar episodios de RGE ácidos y no ácidos y detectar la calidad, cantidad de ascenso del reflujo y estudio del aclaramiento esofágico (20). Es una prueba que requiere de más tiempo, conocimientos y coste, además la interpretación de los datos obtenidos es más compleja y requiere de experiencia, por lo que supone un obstáculo para su utilización (7).

La endoscopia digestiva alta, permite la visualización directa de la mucosa esofágica y la toma de biopsias (12). La utilidad de la endoscopia principalmente es descartar otros trastornos que pueden parecer ERGE, además de evaluar el fracaso del tratamiento empírico (1). También, se utiliza para el diagnóstico de esofagitis erosiva o esofagitis microscópica (1).

No hay evidencia suficiente para emplear la endoscopia ya sea con biopsia o sin ella para el diagnóstico de ERGE, si es útil para valorar la mucosa cuando aparecen síntomas o signos de alarma (hematemesis, disfagia, pirosis) y detectar complicaciones (7).

La motilidad esofágica o manometría, esta prueba no se utiliza para el diagnóstico del ERGE ya que no es sensible ni específica, si se utiliza para identificar trastornos motores que se presentan de manera similar a la ERGE y determinar la etiología (7), además de medir el peristaltismo y la presión dentro del esófago. Las principales disfunciones motoras se producen a nivel del EEI y el cuerpo esofágico (9). No informa de la presencia de RGE sino de la probabilidad de padecerlo.

## **7. Tratamientos**

Hay que tener en cuenta que el tratamiento no farmacológico es fundamental para reducir la ansiedad de los padres y de los propios pacientes, se basa principalmente en la educación del paciente (recomendaciones nutricionales, posturas recomendadas) diferentes métodos para reducir o tratar los síntomas (7). El tratamiento siempre tiene que empezar por dar apoyo a los padres.

El tratamiento del RGE suele realizarse de manera escalonada primero se intentan realizar cambios higienicodietéticos y tratamientos para controlar la acidez del estómago por lo tanto la cirugía se reserva para las situaciones refractarias cuando no responde a ningún otro tratamiento previamente (26).

### **7.1 Tratamiento postural**

Existe cierta controversia respecto a cuál es la posición más recomendada, ya que existen pocos estudios y datos sobre el tratamiento postural en niños y se extrapolan datos de adultos (20). Por ejemplo, la posición semisentada no es la más recomendada en comparación con la posición decúbito prono (la posición prono en el caso de los lactantes está contraindicada por las noches porque se asocia al síndrome de muerte súbita) o antitrendelemburg de 30 grados debido a que causa mayor irritabilidad y llanto en los niños, además, provoca menos tiempo de sueño y una mayor exposición a la acidez del estómago. Lo más recomendado es la posición supina con la elevación de la cabeza (12), además de la posición decúbito lateral izquierdo ya que favorece al vaciamiento gástrico y disminuye la relajación del EEI (20).



## 7.2 Recomendaciones dietéticas

El tratamiento inicial de la ERGE está dirigido a modificar el estilo de vida y la alimentación con el objetivo de reducir los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente (21). A los padres les preocupa mucho que sus hijos puedan tener problemas alimentarios en el futuro debido a los síntomas que produce el RGE, también les preocupa la capacidad de sus hijos para aumentar de peso y crecer (27). Los cambios en el estilo de vida son más probables que tengan eficacia en aquellos niños que presentan síntomas leves o síntomas que no ocurren con mucha frecuencia (28).

En el caso de los lactantes: no hay diferencias entre los niños alimentados con leche de fórmula y los que toman leche materna, en ambos el número de RGE son similares, pero los alimentados con leche materna tienen reflujos más cortos de tiempo (15). Si los niños presentan alergia a la proteína de la vaca se recomienda el uso de leches hidrolizadas.

Los espesantes tienen escasa utilización en ERGE, se ha demostrado eficacia para mejorar las regurgitaciones, pero en el resto de los síntomas no presenta mejoría, además, no disminuye el número de reflujos (20). Una de las principales ventajas de las fórmulas especiales antirregurgitación que contienen espesantes es tener una densidad energética mejor que los espesantes (15).

Intentar fraccionar las tomas y la disminución del volumen (por lo tanto, aumentando el número de tomas al día) teniendo en cuenta que no se produzca un descenso de la ingesta calórica. Además, si la fórmula es espesa es necesario utilizar una tetina con un agujero de mayor tamaño. Es recomendable evitar juegos fuertes y enérgicos después de las comidas, igualmente no realizar las tomas justo antes de irse a dormir (29).

En el caso de los niños mayores y adolescentes: se deben evitar algunos alimentos que producen una contracción del EEI disminuida o que provocan un enlentecimiento del vaciado gástrico. Para acelerar el vaciado gástrico se recomienda hacer comidas frecuentes y de escasa cantidad, además de una dieta baja en grasas evitando picantes y condimentos fuertes (30). También, para reducir la presión ejercida sobre el cardias y la irritación de la mucosa esofágica se recomienda evitar o disminuir el consumo de determinados alimentos como: chocolate, menta, café, alcohol, zumo de tomate o naranja y bebidas azucaradas. Se recomienda evitar alimentos flatulentos, así como evitar el estreñimiento y la obesidad para reducir la presión sobre el abdomen, también se recomienda no tumbarse ni realizar ejercicio físico después de haber comido (30).

### 7.3 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se aplica en aquellos casos en los que el tratamiento postural y las recomendaciones nutricionales no mejoran el estado de salud del paciente. Entre los diferentes fármacos se encuentran:

Los procinéticos, tienen la función de estimular selectivamente la función motora del intestino y por lo tanto tienen un gran utilidad ya que mejoran el aclaramiento y peristaltismo esofágico, también mejoran el tránsito intestinal y el vaciamiento gástrico, además, algunos mejoran la presión de los esfínteres aumentando el tono del EEI. Alguna de las desventajas de los procinéticos al asociarlos con otros medicamentos es que potencian los efectos adversos del otro fármaco ya que pueden provocar un incremento de la concentración plasmática máxima o disminuir su tiempo de vida y su absorción (1).

Dentro de este grupo de fármacos el más efectivo es la Cisaprida. La Cisaprida tiene efectos adversos de escasa importancia y la mayoría de ellos son transitorios, algunos son: diarrea, dolor de cabeza, somnolencia (1). El Baclofeno no se utiliza como fármaco de primera elección debido a los efectos secundarios que produce, entre los que se encuentran: somnolencia, mareos, fatiga, síntomas dispépticos entre otros. No ha sido evaluado en el tratamiento del reflujo en niños (1,20). En el caso de la Domperidona y la Metoclopramida se utilizan en pacientes que no responden a la Cisaprida, hay que tener en cuenta que su eficacia es cuestionable y presentan efectos adversos sobre el sistema nervioso central (SNC), también efectos extrapiramidales, diarrea y sedación (1,8). El Betanecol aumenta las secreciones salivales y bronquiales pudiendo provocar broncoespasmo. No está recomendado en recién nacidos o en lactantes por el riesgo de desarrollar complicaciones respiratorias (1).

La terapia supresora del ácido, dentro del grupo de agentes reductores de la secreción ácida gástrica los más importantes son:

- Antagonistas de los receptores H<sub>2</sub> como la cimetidina, ranitidina o famotidina.
- Inhibidores de la bomba de protones como el omeprazol, pantoprazol.

Inhibidores de la bomba de protones (IBP) actúan disminuyendo la secreción de ácido por medio de la inhibición de la bomba Na<sup>+</sup> K<sup>+</sup> ATPasa. Se utilizan como primera elección en pacientes con esofagitis erosiva y en los niños con síntomas típicos de RGE. Han sido considerados durante mucho tiempo como el tratamiento ideal para la ERGE (31).

El omeprazol es el mejor fármaco para el tratamiento de la esofagitis por RGE gracias a su eficacia y seguridad siendo superior a la de la ranitidina (25). Se deben administrar una vez al día y preferiblemente 30 minutos antes de las comidas, aunque algunos niños necesitan dos dosis al día (17). Se debe utilizar la dosis efectiva más pequeña y solo durante el tiempo necesario debido a los efectos secundarios y al aumento de riesgo de infección.

Los bloqueadores de receptores de H<sub>2</sub> de la histamina actúan reduciendo la secreción ácida al inhibir los receptores de la histamina de las células parietales del estómago, neutralizan la acidez, pero no tienen efecto sobre el número de episodios de RGE o su duración (6,17). Los antagonistas de receptor de histamina (Anti-H<sub>2</sub>) se utilizan como alternativa cuando no se dispone de IBP ya que son menos efectivos, además la dosis varía según la edad, pero los niños requieren de dosis más altas que los adultos (7). Su uso a largo plazo está reducido por el riesgo a desarrollar taquifilaxia (disminución rápida de la respuesta a un fármaco por su administración repetida) e hipoclorhidria (disminución de la producción de ácido clorhídrico en el estómago) (17). No existen efectos secundarios a corto plazo, pero no se ha demostrado la existencia de efectos adversos a largo plazo. Hay que mantener una reevaluación continua y mantener el tratamiento el menor tiempo posible ya que se puede favorecer la aparición de infecciones respiratorias y urinarias por *Clostridium difficile* y enterocolitis necrotizante (20).

Los antiácidos y alginatos, los primeros son fármacos de rápida acción, pero de corta duración, actúan neutralizando el ácido y reduciendo la actividad de la pepsina. Su principal ventaja es proporcionar un alivio rápido a corto plazo (31). Los alginatos reducen los síntomas de reflujo y también el número de regurgitaciones y vómitos, además se recomiendan como tratamiento alternativo para la alimentación con espesantes en los pacientes lactantes (7).

Los antiácidos combinado con el alginato permite la creación de una capa espesa que recubre la superficie del contenido gástrico protegiendo al esófago del ácido refluído. Permite reducir rápidamente los síntomas y el daño provocado por el reflujo ácido y no ácido. Se utiliza como fármaco complementario cuando no hay respuesta a los IBP (31).

#### **7.4 Cirugía antirreflujo**

Las indicaciones de la cirugía antirreflujo han variado gracias a los avances que se han producido respecto al tratamiento farmacológico y quirúrgico. Cuando los niños están en terapia farmacológica durante un largo período de tiempo o sufren ERGE grave que no mejora y puede poner en peligro su vida, se opta por realizar una cirugía antirreflujo (32).

Según la Asociación Americana de Gastroenterología (AGA), la cirugía antirreflujo está recomendada en (33):

- Pacientes con intolerancia al tratamiento farmacológico.
- Pacientes con tratamiento médico con mal control, principalmente presentando regurgitaciones y esofagitis persistente.
- Pacientes con manifestaciones extraesofágicas.
- Pacientes con ERGE complicada (esófago de Barret, ulcera esofágica, estenosis).

El tratamiento quirúrgico se utiliza con el fin de reconstruir la barrera antirreflujo que se encuentra alterada en los pacientes. Los pacientes con hernia de hiato y los lactantes con episodios frecuentes de apneas suelen solicitar el tratamiento quirúrgico (12).

La Funduplicatura de Nissen (FN) es un procedimiento quirúrgico utilizado comúnmente para el tratamiento de la ERGE en la población pediátrica incluidos niños menores de 2 años (26). Es segura para el control de síntomas, también mejora la calidad de vida del paciente, además, una de sus ventajas es que presenta una tasa de recidiva baja y baja morbilidad. Los pacientes con síntomas respiratorios (asma, aspiración) en general responden mejor al control sintomatológico después de la funduplicatura (26). Existen diferentes tipos de FN por un lado está la funduplicatura de Nissen convencional (FNC) que es el abordaje elegido cuando los pacientes se han sometido a cirugías previas de abdomen, malformaciones del tubo digestivo como la atresia de esófago o la atresia duodenal. Y por otro lado se encuentra la funduplicatura de Nissen laparoscópica (FNL) considerado el abordaje de elección en los pacientes pediátricos (26).

Algunas de sus ventajas son (26):

- Reducir la estancia hospitalaria.
- Reducir el tiempo para iniciar la tolerancia.
- Reducir las complicaciones.
- Menor riesgo de complicaciones postoperatorias.

## **8. Intervenciones de enfermería**

La ERGE en la población pediátrica es una enfermedad crónica y afecta potencialmente a los niños tanto físicamente, como en la calidad de vida teniendo un gran impacto negativo en diversos dominios, no solo afectando a los niños sino también a sus familias (27).

Una de las áreas más afectadas es la alimentación, respecto al sueño disminuye la calidad y se despiertan con mayor frecuencia por la noches provocando que estén más dormidos y apáticos durante el día. Debido a los vómitos y las regurgitaciones mantener la higiene resulta complicado y tienen que llevar ropa de cambio, además se pueden producir irritaciones cutáneas y malos olores debido al contenido refluido (27).

La educación, orientación, apoyo y la tranquilización de los padres respecto a los síntomas y a los cambios en el estilo de vida por lo general suelen ser suficientes para controlar el RGE (34). Es fundamental informar a los padres de manera inteligible de las características del RGE siendo en la mayoría de los casos transitorios y no complicados (25).

Según diferentes estudios, para los padres vivir y cuidar a un niño con una enfermedad crónica o una discapacidad en muchas ocasiones se asocia con estrés, tensiones en las relaciones dentro del ámbito familiar, sentimientos de frustración respecto al diagnóstico y tratamiento e incluso llegan a culparse a sí mismos, por ello evaluar la calidad de vida de los padres también es crucial (32). Además de mostrar niveles más altos de ansiedad y depresión respecto a padres de niños sanos, afecta a la vida social y al bienestar de la familia, así como a la capacidad de tener un trabajo a tiempo completo (35).

En una ocasión se preguntó a los padres qué es el reflujo, muchos de ellos lo definieron como el impacto que tiene en sus vidas, describiéndolo como un gran problema, centrar sus vidas alrededor de la enfermedad y preocupación frecuente por hacer algo mal. También les preocupa los problemas médicos que pueden tener sus hijos en el futuro, así como el posible daño esofágico, el efecto del tratamiento farmacológico a largo plazo y no recuperar el deseo de comer (27, 34). Además, según un estudio, las madres de los niños que necesitan cirugía antirreflujo tienen altos niveles de angustia y ansiedad, sin embargo, estos sentimientos disminuyen significativamente después de la cirugía por lo tanto es beneficiosa no sólo para el niño sino también para los padres (35).

En pediatría verbalizar el dolor, la intensidad, la localización y la gravedad de los síntomas es complicado hasta por lo menos los ocho años. En especial en los pacientes más pequeños, por ello para poder llegar al diagnóstico es necesaria la colaboración de los padres (13).

Existen gran cantidad de medidas y tratamientos para tratar la ERGE, el farmacológico, quirúrgico...

Pero también existen medidas higiénico dietéticas que ayudan a aliviar los síntomas de la enfermedad, por lo tanto, los principales cuidados de enfermería estarían destinados a promover una dieta adecuada, así como explicar a los padres las recomendaciones nutricionales específicas para su hijo, para evitar alteraciones nutricionales o volúmenes inadecuados en la ingesta, el número de tomas y los alimentos recomendados. Intentar evitar el sobrepeso, así como el estrés y los esfuerzos tras las tomas. Además de recalcar la importancia de mantener una postura adecuada tras las ingestas, dejando el cabecero un poco elevado y no acostar al niño nada más terminar la ingesta (36).

Los enfermeros deben conocer las manifestaciones clínicas y realizar una correcta valoración del estado nutricional del paciente siguiendo un sistema de valoración con el fin de identificar alteraciones en el patrón nutricional metabólico. También es importante explicar a los padres que, aunque el niño tenga vómitos, pero no está irritable, come y gana peso correctamente siguiendo las curvas de crecimiento en ese caso su hijo no tendría ERGE. Realizar una adecuada anamnesis y examen físico para detectar posibles complicaciones y patologías que se presenten con regurgitaciones y vómitos. Además de administrar el tratamiento prescrito y estar familiarizado con los efectos secundarios y las posibles interacciones de los fármacos (37).

## Justificación

El reflujo gastroesofágico es un fenómeno fisiológico y natural predominante en la población pediátrica, especialmente en los lactantes de 1-4 meses de edad que se suele resolver de manera espontánea entre los 12-18 meses, cuando el reflujo se presenta con mayor intensidad y durante más tiempo provocando síntomas graves y complicaciones se denomina enfermedad por reflujo gastroesofágico (15).

Los síntomas en general suelen ser leves y se resuelven fácilmente. Se dividen en generales, gastrointestinales y respiratorios, pero afectan a la calidad de vida del paciente y a su estado nutricional principalmente (23).

Existen gran cantidad de tratamientos, en primer lugar, se intenta aliviar los síntomas por medio de medidas y recomendaciones nutricionales además de posturales, donde la educación de los padres es fundamental y para ello es necesario el papel de la enfermería (7,26).

Debido a la ansiedad e inseguridad que los lactantes provocan en los padres promovido por la falta de información y poca experiencia en el cuidado, es necesario e importante aumentar el conocimiento acerca de esta enfermedad bastante común en esa franja de edad (4,32).

Para ello el objetivo es realizar un proyecto educativo dirigido a los padres que tienen hijos con RGE y ERGE para que conozcan los síntomas y complicaciones de la enfermedad, además de las distintas recomendaciones nutricionales y hábitos de vida saludable y las posiciones correctas para intentar disminuir y aliviar los síntomas que presentan sus hijos y prevenir la muerte súbita del lactante por una postura incorrecta.

Puede ser práctico para disminuir la ansiedad y angustia de los padres y también servir de ayuda a otros profesionales sanitarios que no dispongan de conocimientos relacionados con dicha enfermedad.

# **Proyecto educativo**

## **Población y captación**

### **Población diana**

El proyecto educativo está dirigido a los padres con hijos de edades comprendidas entre los primeros meses de vida, hasta los tres años que padecen reflujo gastroesofágico o en los casos más graves cuando el RGE se convierte en enfermedad por reflujo gastroesofágico. Es una enfermedad que afecta principalmente a los lactantes provocando gran preocupación y ansiedad en los padres, por lo tanto, como los propios niños no pueden mejorar por sí solos su calidad de vida es importante contar con el apoyo de los padres. Además, está dirigido a los padres tanto de los niños recién diagnosticados con RGE o ERGE como a los que llevan un tiempo conviviendo con la enfermedad.

### **Captación**

El lugar de captación será el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, específicamente en el servicio de gastroenterología y nutrición. La infraestructura de este servicio está compuesta por siete consultas físicas y la zona de hospitalización que dispone de catorce camas en la planta de San Vicente, para aquellos pacientes que tengan que ingresar debido a un debut o al empeoramiento de una enfermedad gastrointestinal.

Para ello se solicitará al hospital una autorización para poder realizar el taller (Anexo 1). Una vez obtenida la confirmación por parte del hospital para poder realizar el taller, se ofrecerán carteles divulgativos (Anexo 2) y folletos (Anexo 3) para atraer la atención de las personas interesadas en el tema, además, de pedir colaboración por parte del hospital para divulgar el taller por medio de su página web.

La duración del taller será de quince días, dos veces por semana preferiblemente los lunes y los viernes por la tarde para intentar conseguir la mayor participación posible, siendo el horario de las fechas flexibles para adaptarse mejor a los participantes. La primera sesión será tipo teórica y las demás serán una mezcla entre contenido teórico y actividades prácticas.



## Objetivos

### Objetivos generales:

Formar de manera completa y práctica a los padres que tienen hijos con esta patología, con el objetivo de adquirir conocimientos sobre la patología en general, pero más específicamente sobre la alimentación y recomendaciones posturales con el fin de aliviar el impacto de los síntomas y mejorar la calidad de vida del niño y de sus padres.

### Objetivos específicos:

#### Área cognitiva (conocimientos)

- Explicarán las diferencias entre RGE y ERGE.
- Identificarán los síntomas asociados a la patología.
- Describirán las principales complicaciones que pueden aparecer.
- Analizar los factores que favorecen padecer ERGE.
- Diferenciarán los signos de alarma en el regurgitador.
- Enumerarán los tipos de tratamientos existentes.

#### Área afectiva (emociones, intereses)

- Expresarán sus dudas y preocupaciones.
- Compartirán sus miedos e inquietudes.
- Verbalizarán sus experiencias personales.

#### Área psicomotriz (habilidades)

- Practicarán los cambios posturales recomendados.
- Realizarán una adecuada elección de los alimentos beneficiosos para sus hijos.

## Contenidos

La finalidad de este proyecto educativo es conseguir que los padres estén familiarizados y aprendan más sobre la patología y mejorar así la calidad de vida del niño.

Por lo tanto, los principales contenidos que se impartirán son:

- ¿Qué es el reflujo gastroesofágico?
- ¿Qué es la enfermedad por reflujo gastroesofágico?
- Síntomas principales que aparecen.
- Principales complicaciones de la ERGE.
- Factores que favorecen a padecer la enfermedad.
- Cuáles son los signos de alarma en el paciente regurgitador.
- Pruebas de detección.
- Recomendaciones posturales.
- Diferentes tratamientos existentes.
- Recomendaciones nutricionales.

## **Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales**

### **Planificación general**

El proyecto educativo constará de 4 sesiones que se realizarán a lo largo de 15 días, habiendo por semana 2 sesiones los lunes y los viernes. La duración de cada una de las sesiones será de 60 minutos por la tarde de 18:00 a 19:00 horas. La primera sesión será tipo teórica trabajando el área de conocimientos y el área afectiva y las otras tres restantes serán teóricas y prácticas para trabajar también el área de habilidades.

El número de participantes será de 20 personas como máximo, tanto padres de niños recién diagnosticados como aquellos que ya llevan un tiempo conviviendo con la enfermedad con la finalidad de compartir experiencias y ayudarse entre ellos.

Los docentes que impartirán el taller serán dos enfermeras especializadas en pediatría, una de ellas se encargará de impartir las sesiones, mientras que la función de la otra es de observadora y para evaluar la planificación, el ambiente, si se consiguen los resultados, además de servir de apoyo.

El lugar de celebración de las sesiones será en al aula docente del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

## **Sesión 1**

Lo primero de todo se pedirá a los participantes que se coloquen en círculo de manera que haya contacto visual entre todos los participantes de la sesión.

A continuación, el docente se presentará dando información sobre su nombre, así como su experiencia laboral y docente. También realizará un breve resumen de los contenidos que se van a impartir a lo largo de las 4 sesiones y en general como va a estar organizado el taller con el horario, las diferentes actividades que se van a realizar entre otras cosas.

Posteriormente se presentarán los participantes utilizando la técnica de iniciación grupal llamada el ovillo, los participantes se tienen que colocar en círculo y hay una primera persona que coge el extremo del ovillo se presenta y dice porque se encuentra en esa sala y que quiere aprender y sin soltar su extremo lanza el ovillo a otro participante así sucesivamente hasta que todas las personas han hablado y se han presentado. Es una dinámica muy sencilla de realizar y valiosa para romper tensiones y crear una atmósfera grupal y agradable.

También se pedirá a los participantes que expongan sus dudas e inquietudes por medio de la técnica tormenta de ideas y para ello se utilizará una pizarra para que de manera individual lo escriban y poder analizarlo después todos juntos, es una manera de crear confianza además de una buena comunicación y participación.

Tras finalizar las presentaciones tanto de los docentes como de los participantes se realizará una prueba previa al desarrollo del contenido teórico para comprobar y conocer el nivel de conocimiento, además esta misma prueba se repetirá al finalizar el taller para comprobar si ha sido útil y se ha incrementado su conocimiento respecto a la patología (Anexo 4).

Por último, se realizará la exposición teórica de los diferentes contenidos correspondientes para esa sesión, se utilizará la lección participativa y para finalizar un video para recoger de manera visual lo aprendido.

## **Sesión 2**

La segunda sesión comenzará realizando un pequeño repaso de lo visto en la sesión anterior dejando un tiempo para la resolución de dudas y para ello se utilizará la charla participativa también se hará una breve introducción sobre el contenido a tratar en esa sesión y las actividades.

Posteriormente se utilizará la lección participativa y se expondrá de manera teórica los contenidos a tratar en esa sesión por medio de una presentación de PowerPoint proyectada al grupo, tratando principalmente los síntomas de la patología, las pruebas diagnósticas y los diferentes tipos de tratamientos existentes.

Una vez finalizada la exposición teórica y resueltas las posibles dudas, nos centraremos en el desarrollo de las habilidades por medio de un ejercicio, para ello se ofrecerá a cada participante un folio donde aparecerán los diferentes síntomas mezclados tanto los síntomas típicos como los de alarma y el objetivo es conseguir clasificar los síntomas en su correspondiente grupo. Tras la corrección de la actividad, se dará por finalizada la sesión.

### **Sesión 3**

Al igual que en la sesión 2 se realizará un breve resumen de la sesión anterior se aclararán las dudas entre todos y se realizará la introducción del contenido de esa sesión.

La parte teórica en esta sesión se realizará primero por medio de un video con discusión para visualizar las diferentes recomendaciones posturales y se ampliará el contenido del video por medio de la lección con participación donde se explicarán los beneficios de cada postura y las desventajas o riesgos que poseen algunas de ellas.

Tras la visualización del video y la exposición teórica, para fomentar la participación y hacer más amena la sesión se llevará a cabo la demostración práctica con entrenamiento, para ello se necesitarán cunas o camas, colchones, muñecos y almohadas. Primero el docente explicará y realizará las diferentes posturas y después se dividirá a los participantes en grupos de 4 personas para que ellos mismos realicen las técnicas y se familiaricen con ellas.

Una vez terminada la parte práctica para dar por finalizada la sesión se dará feedback para percibir y comentar las sensaciones y corregir los posibles errores que se hayan producido durante la demostración.

### **Sesión 4**

En la última sesión se repasarán y afianzarán los conceptos de las sesiones anteriores y se resolverán todas las dudas surgidas a lo largo del taller, al igual que en las anteriores se realizará un breve resumen de la sesión.

Posteriormente se llevará a cabo la exposición teórica por medio de la lección participativa sobre los hábitos alimentarios y recomendaciones nutricionales. A continuación, con el objetivo de familiarizarse con los diferentes alimentos se realizará un role-playing donde se necesitarán tarjetas con fotos de diferentes alimentos y a cada participante se le dará dos carteles, uno con la palabra sí y en el otro con no. El juego consistirá en que el docente levantará una tarjeta de un alimento y los participantes en función de su criterio y lo aprendido durante la sesión levantará el cartel de sí o de no.

Una vez finalizado el ejercicio práctico y expuesto todos los contenidos teóricos, se entregará a los participantes la misma prueba que se realizó al comienzo del taller con el objetivo de comprobar si han adquirido los conocimientos básicos (Anexo 4). También se ofrecerá una encuesta de satisfacción anónima (Anexo 5) para evaluar entre otras cosas el taller, la intervención del docente y valorar si se han cumplido los objetivos marcados y lo más importante si se han cumplido sus expectativas.

## SESIÓN 1

<u>Objetivos</u>	<u>Contenido</u>	<u>Técnica</u>	<u>Recursos materiales</u>
Presentación del docente del taller y los participantes.	Conocer al docente y a los asistentes rompiendo así la tensión y fomentar un clima de confianza.	Iniciación grupal por medio del ovillo Expositivas	Aula Sillas Ovillo de lana
Exposición de inquietudes y dudas además de conocer las expectativas que tiene sobre el taller.	Conocer que aspectos son los que más les preocupan y saber que contenidos quieren aprender.	Tormenta de ideas Charla participativa	Pizarra Tiza Bolígrafos
Comprobar el nivel de conocimiento sobre la patología previo a la exposición.	Realización de un cuestionario previo al desarrollo teórico.	Cuestionario	Bolígrafos Folios
Exposición de manera teórica de los contenidos.	¿Qué es el RGE? ¿Qué es la ERGE? Principales complicaciones Factores predisponentes	Charla participativa Video con discusión	Ordenador Proyector Pantalla PowerPoint

## SESIÓN 2

<u>Objetivos</u>	<u>Contenido</u>	<u>Técnica</u>	<u>Recursos materiales</u>
Repaso de los conceptos vistos en la sesión anterior.	Breve resumen de la sesión anterior, además de realizar preguntas para comprobar la adquisición de los conceptos.	Charla participativa	Aula Sillas Mesas
Resolución posibles dudas y aclaraciones.	Se aclararán todas las dudas que hayan surgido.	Charla coloquio	
Breve introducción de la sesión	Se realizará de manera general una introducción de los contenidos a tratar y las actividades programadas.	Lección	Ordenador Proyector Pantalla PowerPoint
Exposición de manera teórica de los contenidos.	Identificar síntomas típicos Diferenciar los síntomas de alarma Pruebas diagnosticas Tipos de tratamientos	Lección con discusión Charla participativa	
Diferenciar los síntomas típicos de los síntomas de alarma en el niño regurgitador.	Se ofrecerá una lista con diferentes síntomas mezclados tanto típicos como de alarma y participantes tendrán que clasificarlos según el tipo de síntoma que sea.	Demostración de habilidades ejercicio	Folios Bolígrafos Mesas Sillas

### SESIÓN 3

<u>Objetivos</u>	<u>Contenido</u>	<u>Técnica</u>	<u>Recursos materiales</u>
Repaso de los conceptos vistos en la sesión anterior.	Breve resumen de la sesión anterior, además de realizar preguntas para comprobar la adquisición de los conceptos.	Charla participativa	Aula Sillas Mesas
Resolución posibles dudas y aclaraciones.	Se aclararán todas las dudas que hayan surgido.	Charla participativa	
Exposición teórica de los contenidos a tratar.	Recomendaciones posturales	Video con discusión Lección	Ordenador Proyector Pantalla PowerPoint
Realizar correctamente los cambios posturales de los niños tras las comidas.	Se visualizará un video sobre las recomendaciones posturales y posteriormente se practicarán esas mismas posturas por grupos de cuatro personas.	Video con discusión Demostración práctica con entrenamiento.	Muñecos Cunas Almohadas Colchones Sábanas
Comentar y corregir los errores que se hayan producido durante la demostración práctica.	Tras finalizar la actividad se dará un feedback con el objetivo de transmitir sensaciones.	Charla coloquio	Mesas Sillas



## SESIÓN 4

<u>Objetivos</u>	<u>Contenido</u>	<u>Técnica</u>	<u>Recursos materiales</u>
Repaso de los conceptos vistos en las sesiones anteriores y resolución de dudas	Breve resumen de la sesión anterior y aclaración de manera grupal de las dudas.	Charla participativa	Aula Sillas Mesas
Exposición teórica de los últimos contenidos a tratar.	Recomendaciones nutricionales	Lección participativa	Ordenador Proyector Pantalla PowerPoint
Familiarizarse con los diferentes alimentos que están desaconsejados y como realizar correctamente las tomas.	Se realizará un juego con tarjetas de diferentes alimentos y carteles de sí o no.	Desarrollo de habilidades role-playing	Tarjetas alimentos Folios Bolígrafo
Evaluación de los conocimientos adquiridos.	Tras finalizar todas las sesiones se realizará el misma prueba que se realizó al comienzo del taller para comprobar si su nivel de conocimiento ha aumentado.	Cuestionario	Bolígrafos Folios Test
Evaluación general del taller y despedida.	Se entregará una encuesta de satisfacción anónima para comprobar las sensaciones y sentimientos sobre el taller.	Encuesta de satisfacción	Bolígrafos Encuesta

## Evaluación

La evaluación del proyecto educativo es fundamental para juzgar el valor, ver la utilidad y es un modo de obtener información para poder apreciar posibles errores y asegurarse de que todo se ha hecho correctamente.

A la hora de llevar a cabo la evaluación hay que tener en cuenta por un lado los resultados obtenidos, es decir, si se han cumplido los objetivos propuestos (cambio de actitud, habilidades, conocimientos) y por otro lado la estructura y el proceso, donde se incluye la planificación, los recursos utilizados, las técnicas y materiales, así como el contenido de las sesiones y la participación.

Para la evaluación de la estructura y el proceso se entregará a los participantes al finalizar la última sesión una encuesta de satisfacción anónima (Anexo 5) donde se preguntará sobre la dinámica de las sesiones, el tiempo empleado, los contenidos desarrollados, si las explicaciones del docente fueron claras, los recursos utilizados, la organización, si se han cumplido sus expectativas. También se valorará la estructura y el proceso por medio del guion del observador (Anexo 6) que valorará entre otras cosas la actitud de los participantes, el aula, el tiempo, los materiales empleados, la captación de los asistentes.

Para la evaluación de los resultados, respecto al área cognitiva para comprobar si los participantes han adquirido conocimientos se entregará un test previo al desarrollo de la primera sesión para ver los conocimientos previos y ese mismo test se realizará al finalizar el taller para comparar los resultados obtenidos (Anexo 4). Para evaluar el área afectiva y psicomotriz se realizarán durante las sesiones diferentes actividades (como la diferenciación de los alimentos más beneficiosos y los perjudiciales, la clasificación de los síntomas) simulaciones y demostraciones de lo aprendido (como la colocación del niño en la posición más adecuada ), durante la realización de las actividades, simulaciones y demostraciones estarán presente el observador y el docente, encargados de evaluar y observar la actitud, la participación y el desarrollo de habilidades por parte de los participantes.

## BIBLIOGRAFIA

1. Puruncajas Maza JP, Allauca Yumiseba ME, Tapia Monar LF, Bastidas Haro TM. Utilidad de procineticos en el reflujo gastroesofagico. RECIMUNDO. 2020; 4(1):84-98.
2. Tortora GJ, Derrickson B. Principios de Anatomía y Fisiología. 15ª ed. Madrid: Panamericana; 2018.
3. Armas Ramos H, Ferrer González JP. Reflujo gastroesofágico. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría (monografía en Internet). Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2003 [acceso 1 de diciembre de 2021]. Disponible en [www.aeped.es/protocolos/gastroenterol/19.pdf](http://www.aeped.es/protocolos/gastroenterol/19.pdf).
4. Giménez LM, López AV, Zarza MM, Barranco IB. Enfermedad por reflujo gastroesofágico: manifestaciones y medidas de prevención de aspiración. RSI. 2020; 1(8): 6.
5. Velasco Benítez CA, Vallejo Mondragón EL, Arévalo Sanabria MA. Prevalencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico por pH-metría en recién nacidos prematuros con síntomas sugestivos. Rev Colomb Gastroenterol. 2019; 34(3):244–48.
6. Guevara P G, Toledo C M. Reflujo gastroesofágico en pediatría. Rev Chil Pediatr. 2011;82(2):142–49.
7. Gonzalez Ayerbe JI, Hauser B, Salvatore S, Vandenplas Y. Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease in Infants and Children: from Guidelines to Clinical Practice. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. 2019; 22(2):107–21.
8. Lee Lynch K. Reflujo gastroesofágico - Trastornos gastrointestinales [Internet]. Manual MSD versión para profesionales [actualizado septiembre 2020; acceso 2 enero]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-esofagicos-y-de-la-deglucion/reflujo-gastroesofagico>
9. Mousa H, Hassan M. Gastroesophageal Reflux Disease. Pediatr Clin North Am. 2017; 64(3):487–505.

10. Acid Reflux (GER & GERD) in Infants | NIDDK [Internet]. [cited 2022 Jan 2]. (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases). Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/acid-reflux-ger-gerd-infants>
11. Armas Ramos H, Ortigosa Castillo L. Reflujo gastroesofágico y esofagitis en niños. En: Argüelles Martín F, García Novo MD, Pavón Relinchón P, Román Riechmann E, Silva García G, Sojo Aguirre A, editores. Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHN. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2010. P 163-177.
12. Campoverde Chiquito HM, Yagual Lucas GM, Haro Parra AC, Valencia Rodríguez RA. Utilidad de la pH-metría en el reflujo gastroesofágico. RECIMUNDO. 2021; 5(2):194–202.
13. NASPGHAN - Home [Internet]. [cited 2022 Jan 11]. (NASPGHAN). Available from: <https://naspghan.org/>
14. Bongiovanni A, Parisi GF, Scuderi MG, Licari A, Brambilla I, Marseglia GL, et al. Gastroesophageal reflux and respiratory diseases: does a real link exist? Minerva Pediatr. 2019; 71(6): 515–23.
15. Pérez Moreno J, Martínez C, del Mar Tolín Hernani M, Álvarez Calatayud G. Diagnóstico y tratamiento del reflujo gastroesofágico. An Pediatr Contin. 2013; 11(1):1–10.
16. Pérez-Moneo Agapito B, Moriano León S. Reflujo gastroesofágico del lactante [Internet] SEGHN: Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; 25/02/2020 [actualizado 23/11/2021; consultado 13 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.seghn.org/familias/reflujo-gastroesofagico-del-lactante>
17. Leung AK, Hon KL. Gastroesophageal reflux in children: an updated review. Drugs in Context [Internet]. 2019 [cited 4 January 2022]; 8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6586172/>

18. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina [Internet]. Medlineplus.gov. 2022 [cited 4 January 2022]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/>
19. Mayo Clinic - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. 2022 [cited 4 January 2022]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/>
20. Torres Peral R, Expósito de Mena H. Vómitos y reflujo gastroesofágico. Pediatr Integral [Internet] 2019 [cited 2021 Dec 30]; XXIII (7): 330-38 Available from: <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2019-10/vomitos-y-reflujo-gastroesofagico/>
21. Clarrett DM, Hachem C. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). Mo Med. 2018; 115(3): 214–8.
22. El reflujo gastroesofágico y la enfermedad por reflujo gastroesofágico: preguntas frecuentes de los padres [Internet]. [cited 2021 Dec 30]. (HealthyChildren.org). Available from: <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthissues/conditions/abdominal/Paginas/gerd-reflux.aspx>
23. Home | ESPGHAN [Internet]. [cited 2022 Jan 11]. Available from: <http://www.espghan.org>
24. Topics H. Reflux in Children: MedlinePlus [Internet]. Medlineplus.gov. 2021 [cited 31 Dec 2021]. Available from: <https://medlineplus.gov/refluxinchildren.html>
25. Asociación Española de Pediatría | Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. 2021 [cited 31 Dec 2021]. Available from: <https://www.aeped.es/>
26. Alvarenga JEB, Pérez JIG, Fernández ALC, Pascual FJM, Elias MAC, Gil AE, et al. Manejo del reflujo gastroesofágico en niños. Funduplicatura de Nissen convencional y por laparoscopia en los últimos 15 años en un centro especializado. An Pediatr. 2017; 86(4): 220–5.

27. Acierno SP, Chilcote HC, Edwards TC, Goldin AB. Development of a Quality of Life Instrument for Pediatric Gastroesophageal Reflux Disease: Qualitative Interviews. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2010; 50(5): 486–92.
28. Gastroesophageal reflux disease - children [Internet]. 2017 [cited 2021 Dec 31]. (UF Health, University of Florida Health). Available from: <https://ufhealth.org/gastroesophageal-reflux-disease-children>
29. González Fernández CT, Álvarez Miró R, Martínez Barellas MR. Síntomas gastrointestinales: diarrea, estreñimiento y vómitos. En: Rodríguez López MA, González Fernández CT, Megías Plata D, coordinadores. *Enfermería del niño y adolescente II*. 3ª ed. DAE; 2019. p 987-1021.
30. Motilla Valeriano T, Díaz Gómez J, Martínez Montero P. Dieta en las enfermedades gastrointestinales. En: Jurado Chueca F, coordinador. *Nutrición y Dietética*. 1ª ed. DAE; 2019. p 479-509.
31. Juan AR de LS, Bueno JAP de la S, Mantilla CS, López-Jamar JME, Pernaute AS. Indicaciones y limitaciones del tratamiento en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Rev Esp Enferm Dig.* 2021; 113(5): 356–63.
32. Pilli S, Jiwane A, Krishnan U. Quality of life in children who have undergone fundoplication surgery for the treatment of gastroesophageal reflux disease: a review of literature. *Dis Esophagus.* 2017; 30(5): 1–5.
33. American Gastroenterological Association [Internet]. [cited 2022 Jan 2]. (American Gastroenterological Association). Available from: <https://gastro.org/>
34. Czinn S.J, Blanchard, S. Gastroesophageal Reflux Disease in Neonates and Infants. *Pediatr Drugs.* 2013; 15 (1): 19-27.
35. Kvello M, Åvitsland TL, Knatten CK, Fyhn TJ, Malt U, Emblem R, et al. Psychologic Distress and Anxiety in Mothers of Children with Gastroesophageal Reflux Undergoing Antireflux Surgery. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2019; 68(6): 818–23.

36. Cuidados de enfermería en el paciente con reflujo gastroesofágico - Revista Electrónica de Portales Medicos.com [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2022 [cited 12 January 2022]. Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-reflujo-gastroesofagico/>
37. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en salud. Guía de práctica clínica: Intervenciones de enfermería para el cuidado del paciente pediátrico con enfermedad del reflujo gastroesofágico. México. 2014. (acceso 12 de enero de 2022). <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-732-14/RR.pdf>

## **ANEXOS**



## **ANEXO 1**

### **SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN.**

Buenos días, mi nombre es Andrea Galván Serranía enfermera especialista en pediatría, tras haber realizado una búsqueda bibliográfica sobre el reflujo y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, así como el impacto que esta enfermedad causa en la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

Solicito poder impartir un taller educativo sobre esta patología, dirigido principalmente a los padres con hijos que padecen la enfermedad, con el objetivo de disminuir su nivel de estrés y ansiedad, además, de proporcionarles mayores conocimientos, seguridad y confianza en sí mismos para cuidar de sus hijos.

El taller educativo, estará formado por cuatro sesiones repartidas en 15 días, dos veces por semana (lunes y viernes), además, el horario propuesto es de tarde de 18:00h a 19:00h pudiéndose modificar en función de las necesidades de los participantes. El número máximo de participantes serán 20 personas.

Las sesiones serán de tipo teórico y también práctico para fomentar la participación de los asistentes, para ello serán apoyadas por diferentes instrumentos y materiales (PowerPoint, videos, muñecos, imágenes, tablas...)

También, asistirá otro enfermero que será el observador, se encargará principalmente de evaluar los contenidos impartidos, así como la participación, los recursos y materiales utilizados.

Finalmente se entregará una encuesta de satisfacción para valorar la actividad formativa.

Agradeciendo su atención y pronta respuesta.



## SESIÓN EDUCATIVA



# EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PEDIATRÍA



Aula docente Hospital Niño Jesús



Lunes y viernes de 18:00 a 19:00 horas



Para más información llamar al  
teléfono 684169004

El principal objetivo es adquirir conocimientos sobre la patología, más específicamente sobre alimentación y recomendaciones posturales



Para aliviar el impacto de los síntomas y mejorar la calidad de vida del niño y de sus padres

### **HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO NIÑO JESUS**

Avda. Menéndez Pelayo, Nº 65 2800

ATENCIÓN AL PACIENTE: 91 503 59 20

¿Cómo llegar?

- o Autobús: Circular, 20, 26, 63. 152
- o Metro: línea 6 (Sainz de Baranda) línea 9 (Ibiza)

## **El reflujo gastroesofágico en pediatría**





## ¿DÓNDE Y CUÁNDO SE VA A REALIZAR EL TALLER?

En el aula docente del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

Avda. Menéndez Pelayo, Nº 65  
28009 - Madrid, frente al  
parque de El Retiro

Constará de 4 sesiones que se  
realizarán a lo largo de 15 días,  
dos días por semana.

Serán los lunes y los viernes en  
horario de tarde.

La duración de los talleres será  
de 60 minutos, en horario de  
18:00 a 19:00.

## CRONOGRAMA

### Sesión 1

- Presentación del taller, docente y participantes.
- Exposición de dudas e inquietudes.
- Cuestionario Pre.
- ¿Qué es el RGE y la ERGE?
- Principales complicaciones.
- Factores predisponentes.

### Sesión 2

- Recordatorio de la sesión anterior.
- Resolución dudas y aclaraciones.
- Síntomas típicos y de alarma.
- Pruebas diagnósticas.
- Tipos de tratamientos.
- Actividad práctica.

### Sesión 3

- Recapitular sesiones anteriores y resolver dudas.
- Recomendaciones posturales.
- Video explicativo.
- Ejercicio práctico en grupos.
- Feedback sobre la actividad.

### Sesión 4

- Recordatorio de las anteriores sesiones.
- Aspectos nutricionales.
- Juego con tarjetas.
- Cuestionario post.
- Encuesta de satisfacción.
- Despedida.

## CONTACTO

Ponentes: enfermeras  
especializadas en pediatría.

Para más información contacte  
con el teléfono 684169004

## ANEXO 4

### CUESTIONARIO PRE-INTERVENCIÓN

1. ¿El esófago está compuesto por?
  - a) 2 partes
  - b) 5 partes
  - c) 3 partes
  
2. La función principal del esófago es:
  - a) Secreción
  - b) Motora
  - c) Absorción
  
3. El reflujo gastroesofagico afecta principalmente a:
  - a) Lactantes
  - b) Adolescentes
  - c) Adultos
  
4. La duración de los episodios de reflujo suele ser:
  - a) > 5 minutos
  - b) < 3 minutos
  - c) >10 minutos
  
5. Seleccione la afirmación correcta
  - a) La enfermedad por reflujo gastroesofagico es una afección más grave.
  - b) Supone un problema a corto plazo
  - c) Presenta síntomas leves y sin complicaciones
  
6. ¿Cuál de las complicaciones de la ERGE se relaciona con mayor riesgo padecer cáncer de esófago?
  - a) Estenosis esofágica
  - b) Esófago de Barret
  - c) Esofagitis

7. El reflujo gastroesofágico suele resolverse de manera espontánea entre los meses:
- a) 3-4
  - b) 7-8
  - c) 12-18
8. Señale opción verdadera
- a) Los síntomas se clasifican en profundos, leves y moderados.
  - b) Los síntomas se clasifican en generales, gastrointestinales y respiratorios.
  - c) Los síntomas se clasifican en neuronales, conductuales y generales.
9. Señala la opción falsa respecto a los factores que favorecen la ERGE
- a) La exposición al humo es un factor protector
  - b) La obesidad aumenta la presión sobre el abdomen
  - c) Uno de los factores son las malformaciones congénitas como la hernia de hiato.
10. ¿Existe alguna prueba diagnóstica que sea considerada "gold standar"?
- a) No
  - b) Si
11. Señala la opción correcta respecto a la pHmetría de 24h
- a) Es un prueba muy cara
  - b) Es una prueba poco segura y muy compleja
  - c) Es una prueba que ofrece mayor sensibilidad y especificidad.
12. ¿Cuál de las siguientes no es una prueba diagnóstica de la ERGE?
- a) Manometría
  - b) Impedanciometría intraluminal múltiple
  - c) Radiografía
13. ¿Cuántos tipos de tratamientos existen?
- a) 1
  - b) 4
  - c) 6

14. El primer tratamiento que se intenta llevar a cabo en el RGE es:

- a) Tratamiento Farmacológico
- b) Tratamiento Postural
- c) Cambios Higienicodietéticos

15. La posición más recomendada para aliviar los síntomas es:

- a) Prono
- b) Supino con elevación de la cabeza
- c) Posición decúbito lateral derecho

16. Señale la respuesta correcta

- a) Se recomienda tumbarse recién comido
- b) Se recomienda hacer comidas frecuentes y de escasa cantidad
- c) Se aconseja una dieta rica en grasas y condimentos fuertes.

17. ¿Qué grupo de fármacos es considerado como primera elección?

- a) Inhibidores de la bomba de protones
- b) Procinéticos
- c) Antiácidos y alginatos

18. Señale la frase incorrecta

- a) Mejora la calidad de vida del paciente
- b) Tiene una tasa de recidiva alta y alta morbilidad
- c) Utilizada en pacientes con síntomas respiratorios

## ANEXO 5

### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN ANÓNIMA

¿Crees que el taller ha sido útil y puedes aplicar lo aprendido?

Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-----------------------	----------------	------------	---------------	-------------------

¿Te ha parecido correcta la organización, el tiempo empleado y el número de participantes?

Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-----------------------	----------------	------------	---------------	-------------------

¿Te han parecido adecuadas las actividades que se han realizado?

Muy adecuadas	Adecuadas	Normal	Poco adecuadas	Nada adecuadas
---------------	-----------	--------	----------------	----------------

Del 1 al 10 ¿cómo de claras han sido las explicaciones por parte del docente?

---

---

---

Está satisfecho con el docente que ha impartido las sesiones.

Completamente satisfecho	Muy satisfecho	Satisfecho	Un poco satisfecho	Nada satisfecho
--------------------------	----------------	------------	--------------------	-----------------

¿Se han cumplido tus expectativas?

Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-----------------------	----------------	------------	---------------	-------------------



¿Han disminuido o resuelto las dudas y preocupaciones?

Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-----------------------	----------------	------------	---------------	-------------------

¿Qué es lo que más te ha gustado? ¿y lo que menos? ¿Por qué?

---

---

---

Realiza una valoración del conjunto del taller.

---

---

---

¿Recomendarías este taller?

Totalmente recomendado	Muy recomendado	Recomendado	Poco recomendado	Nada recomendado
------------------------	-----------------	-------------	------------------	------------------

Aspectos que mejorar:

---

---

---

Observaciones

--

## ANEXO 6

### GUIÓN DEL OBSERVADOR

Método de captación ¿se podría mejorar?

Totalmente adecuado	Muy adecuado	Adecuado	Mejorable	Muy mejorable
---------------------	--------------	----------	-----------	---------------

Número de participantes.

Muy correcto	Correcto	Aceptable	Incorrecto	Muy incorrecto
--------------	----------	-----------	------------	----------------

Recursos materiales y humanos utilizados

Totalmente adecuado	Muy adecuado	Adecuado	Mejorable	Muy mejorable
---------------------	--------------	----------	-----------	---------------

Actitud y participación de los asistentes.

Totalmente adecuado	Muy adecuado	Adecuado	Mejorable	Muy mejorable
---------------------	--------------	----------	-----------	---------------

Aula y ambiente.

Muy correcto	Correcto	Aceptable	Mejorable	Muy mejorable
--------------	----------	-----------	-----------	---------------

Número de sesiones y duración de estas. Tiempo dedicado a cada sesión.

Muy correcto	Correcto	Aceptable	Mejorable	Muy mejorable
--------------	----------	-----------	-----------	---------------

Distribución del contenido en las diferentes sesiones.

Muy correcto	Correcto	Aceptable	Incorrecto	Muy incorrecto
--------------	----------	-----------	------------	----------------

Actividades realizadas y técnicas empleadas.

Totalmente adecuado	Muy adecuado	Adecuado	Mejorable	Muy mejorable
---------------------	--------------	----------	-----------	---------------

Calidad del docente (vocabulario, lenguaje).

Muy correcto	Correcto	Aceptable	Mejorable	Muy mejorable
--------------	----------	-----------	-----------	---------------

Logro de los objetivos tanto generales como específicos.

Totalmente de acuerdo	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
-----------------------	----------------	------------	---------------	-------------------

Observaciones y aspectos para mejorar.