

TOMANDO DECISIONES EN EL CÓLICO DEL LACTANTE

OTTO GERARDO CALDERÓN-GUERRERO, M.D.¹, MARÍA MERCEDES NARANJO-VERGARA, M.D.²,
CARLOS ALBERTO VELASCO-BENÍTEZ, M.D.³, MAIRA PATRICIA SÁNCHEZ-PÉREZ, M.D.⁴

RESUMEN

Wessell definió desde 1954 el “cólico del lactante” como la “regla de los tres”: bebés que lloraban más de 3 horas al día, más de tres veces por semana y al menos durante tres semanas. Hay que diferenciar ciertos signos y síntomas que deben ser considerados como señales de alarma. Se debe obtener una historia clínica completa. El examen físico está dirigido a descartar cualquier condición orgánica que explique los síntomas. El manejo incluye educación a los padres, técnicas de relajación, cambios en la alimentación y el uso de probióticos.

Palabras claves: Cólico infantil, Definición, Manejo, Lactantes

INTRODUCCIÓN

Los bebés suelen expresar sus necesidades con varias señales que se inician con cambios en su patrón respiratorio, cambios en la coloración de la cara, siguiendo con un incremento en las vocalizaciones y movimientos motores cada vez más visibles hasta el desarrollo del llanto. Algunos niños sobrepasan estas crisis de llanto, incrementando la frecuencia de ellas y también su intensidad y duración. Esto depende de su propio temperamento, de la madurez de su neurodesarrollo, de su habilidad para adaptarse al entorno y de otras causas aún no bien definidas¹. Wake et al., demuestran que los lactantes sanos tienen un patrón de llanto diario que se incrementa teniendo un pico máximo de duración entre la semana 6 y 7 de vida, y con descenso posterior hacia las 12 semanas. Sin embargo, entre el 6% y 28% de los padres reportan crisis de llanto

¹Pediatra. Gastroenterólogo. Clínica Materno Infantil Los Farallones. Docente. Pontificia Universidad Javeriana. Profesor asistente. Universidad del Valle. Cali, Colombia

²Pediatra. Gastroenteróloga. Clínica Materno Infantil Los Farallones. Docente. Universidad Libre. Cali, Colombia

³Pediatra. Gastroenterólogo y nutriólogo. Director del Grupo de Investigación Gastrohup. Universidad del Valle. Cali, Colombia

⁴Pediatra. Gastroenteróloga. Magister en epidemiología. Fundación Valle del Lili. Centro Médico Imbanaco. Profesor asistente. Co-investigadora Grupo de Investigación Gastrohup. Universidad del Valle. Cali, Colombia

Educación continua apoyada por Danone Nutricia Colombia

Recibido para publicación: octubre 15, 2013

Aceptado para publicación: abril 30, 2014

SUMMARY

Wessell defined since 1954 the "colic" as the "rule of three": crying babies more than 3 hours a day, more than three times a week for at least three weeks. Certain signs and symptoms that should be considered as warning signs must differentiate. Should obtain a complete medical history. The physical exam is intended to rule out any organic condition to explain the symptoms. Management includes parent education, relaxation techniques, dietary changes and the use of probiotics.

Key words: Infantile colic, Definition, Management, Infants

exagerado, interpretado como “cólico del lactante”, lo que conduce a que estas familias aumenten su nivel de estrés total hasta un 4.6% mayor que los grupos de control².

1. DEFINICIÓN

Fue Wessell et al.³, quienes en 1954 publicaron su estudio de revisión de lactantes que presentaban “cólico del lactante” o “irritabilidad paroxística” y sentaron las bases diagnósticas conocidas como la “regla de los tres”: bebés que lloraban más de 3 horas al día, más de tres veces por semana y al menos durante tres semanas. De los 98 lactantes que estudiaron, 48 fueron clasificados como cólico del lactante, y 50 se consideraron “contentos”. Los niños con “cólico”, empezaron a presentar sus paroxismos de llanto en la segunda semana de vida, con predominio en horas vespertinas, y con otras manifestaciones que incluyen fascias de irritabilidad y enrojecimiento, flexión de sus extremidades inferiores sobre el abdomen y expulsión de gases, signos que los padres asocian a dolor de origen abdominal. En este estudio de Wessel et al.³, se verifica que el cólico suele ceder tan abruptamente como cuando empezó, alrededor de las 12 semanas de vida, con algunos pocos casos que se pueden prolongar hasta las 16 semanas de vida. Los niños prematuros que presentan este comportamiento de cólico, suelen finalizarlo hacia los tres meses de edad.

El Consenso de Roma III en el año 2006⁴, define el “cólico del lactante” en un niño sin falla para crecer, desde el recién nacido hasta los 4 meses de edad según los siguientes criterios diagnósticos: paroxismos de irritabilidad, incomodidad o malestar y llanto que inicia y cede sin ninguna causa obvia, con episodios que duran 3 o más horas por día y que ocurren al menos tres días por semana y mínimo durante una semana.

2. SEÑALES DE ALARMA

Los siguientes signos y síntomas deben ser considerados como señales de alarma y obligan a descartar otro cuadro clínico diferente al “cólico del lactante”, por lo que se hace necesario que este lactante sea referido a un supraespecialista pediatra: vómito, especialmente si se realiza con esfuerzo, si su contenido es bilioso o si se manifiesta antes de la segunda semana de vida; diarrea; falla para progresar; hematoquecia, por lo que se debe descartar una colitis alérgica; fiebre; signos de atopia, ya que puede ser la primera manifestación de una alergia a la proteína de la leche de vaca en un lactante que reciba proteínas alérgicas por leche materna o por fórmula infantil; dermatitis perineal, cuya presencia puede insinuar una mala absorción de carbohidratos; pobre comunicación con su entorno, y edad mayor a los 4 meses.

3. HISTORIA CLÍNICA

Se debe obtener una historia clínica completa, que incluya fecha del origen de los síntomas, tipo de alimentación y los cambios y exclusiones que se hayan realizado, así como eventos perinatales de importancia. Con respecto al patrón de llanto, es necesario investigar las horas en que se presenta, si existen circunstancias que los induzcan, especialmente si se asocian con el inicio de la alimentación, lo cual puede indicar trastornos de succión, de deglución en el lactante o errores de la técnica alimentaria. También si el llanto se ocasiona frente a estímulos táctiles o cambios de posición que tienden a presentarse en niños con trastornos sensoriales¹. Es importante preguntar por el esquema del sueño del bebé y de los padres y por la frecuencia y características de las deposiciones. Es necesario verificar cuáles estrategias han sido útiles para calmar el llanto, en caso que existan, como el paseo en automóvil o en brazos, datos que suelen ser de importancia diagnóstica y terapéutica.

4. EXÁMEN FÍSICO

El examen físico está dirigido a descartar cualquier condición orgánica que explique los síntomas. Deben ser verificados los signos vitales, el estado de hidratación, el estado nutricional por medidas antropométricas como peso, talla y perímetro cefálico con evaluación de las tablas de la OMS para tal fin. En general, no se recomienda ningún paraclínico, a menos que se sospeche alguna entidad orgánica.

5. MANEJO

Intervención de primera línea. Incluye la educación a los padres y las técnicas de relajación.

Educación a los padres. Una vez el clínico verifique la técnica de la alimentación, y establezca los correctivos necesarios sobre las señales que el lactante expresa cuando tiene hambre y cuando está saciado, sobre la frecuencia de la alimentación y la cantidad razonable para ofrecer, debe explicar de manera convincente a los padres el carácter benigno del “cólico del lactante”, y ofrecer explicaciones sobre su carácter evolutivo en el desarrollo de ciertos niños y finalmente afirmar que existen métodos que pueden disminuir el fenómeno mientras este se resuelve espontáneamente. Algunos estudios han demostrado como una intervención a la familia enfocados en disminuir el estrés de los padres, y aclarar que este fenómeno no ocurre por culpa de ellos, tiene un beneficio con disminución del llanto y mayor bienestar en la familia. Keefe et al.⁶, demostraron la visión actual de que el “cólico del lactante”, es un trastorno del neurodesarrollo, comportamiento que puede responder a cambios en el medio ambiente, sobre una base estructurada de intervención según síntomas. Un total de 121 lactantes de 2 a 6 semanas de edad fueron aleatorizados en tres grupos: el grupo 1, recibió atención usual; el grupo 2, recibió un esquema de atención con soporte a la familia en un protocolo denominado REST por sus siglas en inglés (empatía, soporte o apoyo y *time* o tiempo libre) y el grupo 3, que se estudió únicamente luego de realizado el protocolo como grupo post-prueba. El concepto de la rutina REST comprendió, la R (*reassurance* o certeza y tranquilidad) que se ofreció a los padres sobre el carácter benigno del “cólico del lactante” y de la competencia que ellos tenían para lograr manejar el problema con las ayudas necesarias; la E (empatía) que

se proveía cuando se escuchaba atentamente a los padres y a los otros cuidadores familiares del lactante, expresándoles el reconocimiento del gran trabajo que como padres realizan ante un evento que se sale de lo habitual; la S (soporte), que implicaba cómo los padres servían de apoyo a los miembros del equipo de salud con lo que brindaban un medio eficaz de comunicación y resolución de dudas cuando se presentaban, y la T (tiempo libre), que se refería a que los padres requieren de su propio tiempo para auto cuidarse: un mínimo de una hora al día es necesario para que los padres coloquen cierta distancia del bebé y observen el problema sin estar directamente involucrados en la crisis. El resultado de esta intervención REST, se logra que a la octava semana, el grupo experimental tenga una evolución con resolución de los síntomas en un 68.5% versus un 28.8% en el grupo control ($p < 0.001$).

Técnicas de relajación. Se deben intentar con los padres, consejos de expertos no comprobados en estudios aleatorizados, explicándoles que los que den resultado, deben reforzarse y abandonar los que no surtan efectos: uso de chupo o “pacificador”; dar un paseo en automóvil o coche; cargarlo o tenerlo en una silla porta bebé en frente de los padres; mecerlo suavemente mientras los padres caminan despacio; minimizar los estímulos fuertes tanto sonoros (televisión, radio, máquinas, entre otros) como visuales, siendo útil, cambiar de escenario; dar un baño con agua tibia; masajear suavemente el abdomen; actuar rápidamente antes que la crisis de llanto se establezca, y contar con una tercera persona de ayuda en el tiempo en que los padres sientan exhaustos y hacer relevos entre ellos en los periodos de crisis.

Intervención de segunda línea. Incluye los cambios en la alimentación.

Estas medidas dependen del tipo de alimentación que reciba el bebé. Si recibe lactancia materna, ésta debe continuarse y fomentarse sin duda alguna. Se debe formular a la madre una dieta de eliminación de la leche entera de vaca y sus derivados lácteos, así como también fuentes ocultas de proteína láctea, que usualmente se encuentran en todos los productos de panadería y pastelería, galletas, salsas blancas tipo bechamel, entre otras. Es prudente contar con la asesoría de gastroenterología pediátrica o nutrición infantil, para el manejo de estas dietas. No es conveniente y es peligroso para la madre, retirar varios grupos de alimentos que pueden comprometer el estado nutricional de la madre.

Ella debe recibir suplemento de calcio también libre de lactosa o proteína láctea. Algunas presentaciones farmacológicas contienen leche de vaca o derivados lácteos en sus excipientes. En niños que reciben fórmulas infantiles, varios estudios aleatorizados utilizando fórmulas parcialmente hidrolizadas de suero⁷, demuestran una reducción significativa en el grupo experimental versus el grupo control, evidenciando una reducción en el número de episodios al día 7 de 2.47 ± 1.94 en el grupo estudiado versus 5.99 ± 1.84 en el grupo control. También a los 14 días, los episodios fueron mucho menores en el grupo con fórmula hidrolizada 1.76 ± 1.60 versus 3.32 ± 2.06 en el grupo control. El estudio randomizado, doble ciego y controlado con placebo de Lucassen et al.⁸, utiliza una fórmula de proteína de suero extensamente hidrolizada en 43 niños sanos, menores de 6 meses que lloraban más de tres horas al día durante más de tres semanas. Para cualificarlo, al grupo se le evalúa durante una semana y en la segunda semana, se le introduce cambio a la fórmula extensamente hidrolizada. Se les mide el tiempo de llanto antes y después de la intervención. Los análisis estadísticos muestran un descenso en la duración del llanto de 63 minutos al día a la semana de tratamiento. La conclusión de éste, y otros estudios, es que existe un subgrupo de lactantes que se comportan como “cólico del lactante”, pero que este es en realidad una manifestación de alergia a la proteína de leche de vaca.

Otras opciones terapéuticas. El uso de simeticona, dextrosa oral, aceite de hinojo, lactasa y fórmulas de soya y otras terapias, han mostrado ciertos beneficios, pero carecen de evidencia fuerte: algunos no han sido validados adecuadamente, y por tanto, no se indican de manera habitual^{9,10}.

Probióticos. Este es un novedoso campo de investigación que aunado al estudio de la microbiota intestinal como factor modulador de la motilidad digestiva y de otras funciones inmunológicas y absortivas, ha sido evaluado en múltiples patologías, incluido el “cólico del lactante”¹¹. Recientemente se ha propuesto que una microbiota aberrante puede ser la causante de la producción excesiva de gas y de una alteración de la motilidad en niños con llanto excesivo. Existe evidencia reciente que los niños con “cólico del lactante”, tienen mayores coliformes, especialmente *E. coli* en sus heces. Rhoads et al.¹²⁻¹⁴, describen heces ricas en *Klebsiella* y aumento de la calprotectina fecal en niños con “cólico del lactante”. Savino et al.¹³, estudian 46 lactantes, 25 en el grupo tratado con *Lactobacillus*

reuteri DSM 17938 (10^8 unidades formadoras de colonias) y 21 niños en el grupo control. Los lactantes del grupo de *L. reuteri*, mostraron una marcada reducción en el tiempo de llanto a los 7, 14 y 21 días. Se consideraron con buena respuesta, aquellos niños que disminuían un 50% el tiempo de llanto. La mejor respuesta se obtuvo durante la primera semana, cuando los lactantes de *L. reuteri* respondieron un 80% versus un 38% en los controles. Al día 21, hubo un 98% de respuesta positiva en el grupo tratado versus 75% en el grupocontrol.

En resumen, se puede afirmar, que el “cólico del lactante”, es un problema común, que es multifactorial en su etiología, pudiéndose considerar un comportamiento exagerado del proceso de neurodesarrollo, benigno, en la mayoría de casos

autolimitado y susceptible de ser manejado con varias opciones terapéuticas con buenos resultados.

REFERENCIAS

1. Douglas P. Managing infants who cry excessively in the first few months of life. *BMJ* 2011; 343: d7772
2. Wake M, Morton-Allen E, Poulakis Z, Hiscock H, Gallagher S, Oberklaid F. Prevalence, satability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life : Prospective Community –Based study. *Pediatrics* 2006; 117: 836
3. Wessel MA, Cobb J, Jackson E. Paroxysmal fussing in infancy sometimes called “colic”. *Pediatrics* 1954; 14: 431-435
4. Hyman P, Milla P, Benninga M, Davidson G, Fleisher D, Taminiou J. Childhood Funtional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2006; 130: 1519-1526
5. Freedman B, Al-Harty N, Thull-Friedman J. The Crying Infant: Diagnostic Testing and Frecuency of Serious Underlying Disease. *Pediatrics* 2009; 123: 841-848

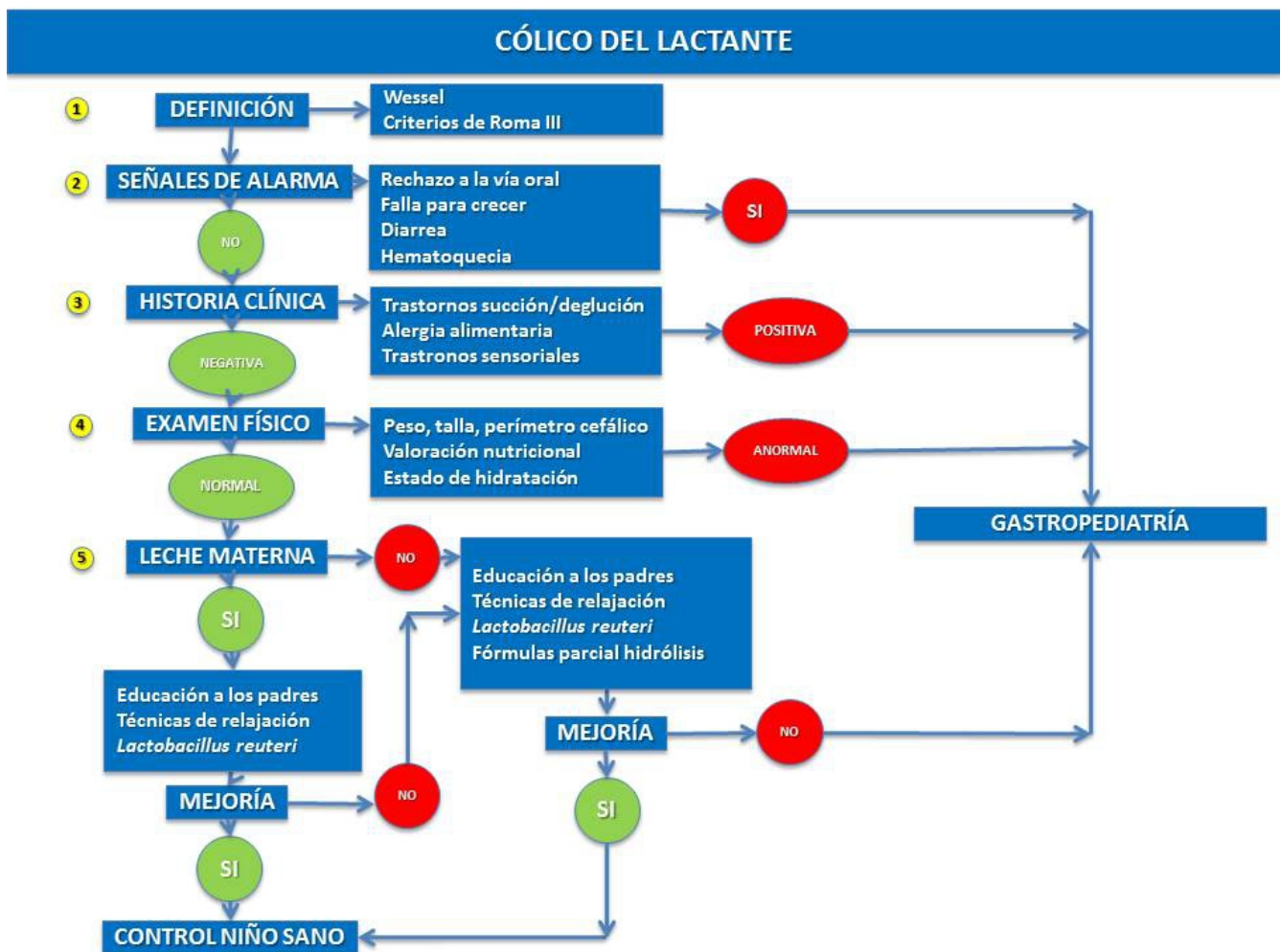


Figura 1. Tomando decisiones en el cólico del lactante

6. Keefe M, Lobo M, Froese-Fretz A, Kotzer AM, Barbosa G, Dudley W. Effectiveness of an intervention for colic. *Clin Pediatr (Phila)* 2006; 45: 123
7. Savino F, Palumari E, Castagno E, Cresi F, Dalmaso P, Cavallo F, et al. Reduction of crying episodes owing to infantile colic: a randomized controlled study on study on the efficacy of a new infant formula. *Eur J Clin Nutr* 2006; 60: 1304-1310
8. Lucassen P, Assendelf W, Gubbels J, Jacks ThM, Doves A. Infantile colic : Crying Time Reduction With a Whey Hydrolyzate: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Trial. *Pediatrics* 2000; 106: 1349-1354
9. Garrison M, Christakis D. A Systematic Review of Treatments for Infant Colic. *Pediatrics* 2000; 106: 184-190
10. Cohen-Siver J, Ratnapalan S. Managment Of Infantile Colic: A Review. *Clin Pediatr (Phila)* 2009; 48: 14
11. Party A, Luota R, Kalliomaki M, Salminen S, Isolauri E. Effects of Early Prebiotic and Probiotic Supplementation on Development of Gut Microbiota and Fussing and Crying In Preterm Infants: A Randomized; Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *J Pediatr* 2013; 163: 1272-1277
12. Party A, Kalliomaki M, Endo A, Salminen S, Isolauri E. Compositional Development of Bifidobacterium and Lactobacillus Microbiota Is Linked with Crying and Fussing in Early Infancy. *Plos One* 7 (3): e32495
13. Savino F, Cordisco L, Tarasco V, Palumeri E. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 In Infantile Colic: A Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Trial. *Pediatr* 2010; 126: e526
14. Rhoads JM, Fatheree NY, Norori J. Altered Fecal Microflora and Increase Fecal Calprotectin in Infants With Colic. *J Pediatr* 2009; 155: 823.e1-828.e1

**COMENTARIOS DURANTE EL I ENCUESTRO DE COLEGIADOS 2014
COLEGIO COLOMBIANO DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN
PEDIÁTRICA
COLGAHNP
DANONE NUTRICIA COLOMBIA
BOGOTÁ, ABRIL 26 DE 2014**

Es necesario advertir sobre el uso de agua de anís estrellado, la cual se ha demostrado ser hepatotóxica, además puede provocar convulsiones y acidosis metabólica

Recordar que anecdóticamente la luz amarilla funciona como inductora del sueño, mientras que la luz blanca estimula el estado de alerta. Así mismo, se debe evitar el uso dentro de la habitación del lactante de televisores, pues su luz, evita el adecuado descanso de los niños

Doctor Wilson Daza: sugiere incluir dentro del algoritmo en los signos de alarma, el rechazo a la vía oral y la alteración en el ritmo del crecimiento (falla para progresar)

Doctora Ana Cristina Gómez: hay que reivindicar el papel del pediatra en el manejo del cólico infantil, ya que en la gran mayoría pueden ser manejados por ellos, con las técnicas de relajación y la educación

Doctor Wilson Daza: se debe aclarar qué lactantes serían los candidatos a que la madre y el niño

realicen dieta de eliminación (no leche de vaca ni derivados lácteos), pues no todos los niños con cólico son candidatos a la misma. En estos niños a quienes se les realiza la dieta de eliminación, sino hay mejoría es posible plantear la posibilidad de utilizar una fórmula infantil especial extensamente hidrolizada, siendo esta la última opción a tomar

Doctora Ana Cristina Gómez: el vómito podría ser considerado como signo de alarma, siempre y cuando sea incoercible y conlleve a complicaciones posteriores

Fernando Sarmiento: Con relación al empleo de fórmulas infantiles especiales, recordar que en el cólico del lactante estarían indicadas las fórmulas parcialmente hidrolizadas, y en el lactante con diagnóstico de alergia a la proteína de leche, las fórmulas extensamente hidrolizadas