

CAPITULO 9

COLICO DEL LACTANTE

Gabriela Jessenia Lucas Flores 0000-0002-7490-549X 

Médico tratante del servicio de emergencias Pediátrica en el Hospital Verdi Cevallos Balda
dragabys198@hotmail.com

Wilmer Bienvenido Cedeño Espinoza 0000-0002-1727-3756 

Médico Tratante, del Hospital General Quito Sur
drwilmer19@gmail.com

Miguel Ángel Azua Cedeño 0000-0002-2878-4519 

Médico general en funciones Hospitalaria en el Área de Terapia intensiva IESS Portoviejo.
miguelangel2829@hotmail.com

I. Introducción

Es un desorden de etiología desconocida, que se centrará en la persistencia del llanto o en el efecto que tiene el cuidador, usualmente en los primeros meses de vida del infante sano, se define como norma de tres o criterios Wessel, llanto mayor de tres horas al día, más de tres días a la semana y más de tres semanas, por lo general tarde-noche. (1)

Se debe tener en cuenta cuatro criterios importantes: (2)

- **El paroxismo**, presenta un comienzo y un desenlace, no relacionado con la acción efectuada por el niño.
- **Llanto distinto al habitual**, fuerte con mayor tonalidad.
- **Aumento del tono**.
- **Desesperado**.

Existen 3 tipos de definiciones: (3)

1. **Clínica**, tiempos frecuentes y extensos de mal humor, gemido informado por las niñeras, los síntomas inician y se resuelven espontáneamente, se evidencia en menores de 5 meses, sanos.
2. **Práctica**, la crisis de llanto que se producen por la tarde, asociado a otras manifestaciones como resistencia abdominal, arqueamiento de las piernas sobre el abdomen y rubor por el llanto, los bebés de 3 meses se presentan saludables y genera preocupación en los padres/cuidadores y pediatras.

3. **De los progenitores** llanto desmesurado percibido en los primeros 3-4 meses, es de mayor tiempo que el habitual.

Epidemiología (4)

La prevalencia es inconstante, se estima entre un 8 a 40%, no está en relación ni con el tiempo de embarazo, género, raza y leche natural de la madre o fabricada, se han reportado entidad entre el cólico del bebé y la inconformidad del relato con los padres, además de la percepción del estrés en los padres, la confianza en la gestación, descontento de los parientes, hay una dificultad interrelación entre la dinámica familiar y el cólico, por lo que las familias presentan inconvenientes en su estado afectivo, estructura y funcionamiento familiar.

II. Etiología

Es desconocida, hay varios factores que favorecen la aparición de cólico del lactante estos se dividen en tres grupos grandes:

Causa gastroenterico (3)

- Leche de vaca, leche sustituta de regimen hipo alergénica a la mama perfecciona los sintomas. (5)
- Intransigencia a la lactosa, hay poca convicción sobre escrito en el cólico del bebé.
- Intransigencia a la sacarosa, hay es escaso aporte clínico de estudios realizado en recién nacidos que se les administro suplementos de fructosa presentando mayor duración de llanto a diferencia a quienes no recibieron.
- Prematurez intestinal, suele ser la causa principal, debido a que la lactosa al ser absorbida por las bacterias producirá gas ocasionando distensión abdominal y dolor.
- Motilidad intestinal, hay estudios de caso control con aumento de motilina que se vincula con los cólicos a diferencia de los péptidos vasoactivos que no presentaron.
- Microflora fecal se ha evidenciado incrementos de bacterias como la Klebsiella y E. coli. (5)

• Factores biológicos

- Técnicas de alimentación, se podría correlacionar la vigorización, desnutrición y el aire al deglutir durante la alimentación con el cólico. (7)
- Desorden del dinamismo motor intestinal.
- Aumento de serotonina.
- Tabaquismo materno.

• **Factores psicosociales.**

Es de tipo no gastrointestinal, debido al estrés, la depresión, ansiedad de la madre en el periodo del embarazo y desorden en el entorno familiar, además de ser una madre joven.
(9)

III. Diagnóstico

Se emplea los criterios de ROMA IV que son la perspectiva de Wessel, por lo que se debe realizar una exploración minuciosa (10).

Anamnesis (11)

- Duración del llanto, de forma súbita, más de tres horas al día, no relacionado con la alimentación.
- Actitud de los padres frente al llanto del lactante, presenta irritabilidad con el bebe o dar alimento cuando llora.
- Saber qué ingiere, movimiento intestinal y pautas del sueño.
- Alimentación del bebe, para descartar sobrealimentación o desnutrición.
- El entorno familiar.

Exploración del lactante

-Inspección general.

-Somatometría, según edad y sexo.

Otros signos asociados.

- Enrojecimiento
- Meteorismo
- Movimientos activos de las piernas
- Distensión abdominal
- Cara con la frente arrugada
- Espalda arqueada y manos en forma de puños.

Causas del cólico del lactante. **Tabla 1** (12)

Generales

- Medicamentos: Como pseudoefedrina
- Oftalmológicas: Cuerpo extraño, glaucoma, erosión corneal
- Enfermedades del oído, nariz y garganta: otitis media, congestión nasal
- Enfermedades de la piel

Aparato Digestivo ➤ Replegamiento interno de una membrana intestinal ➤ Constipación ➤ Infección intestinal ➤ Desgarro o ulcera en el revestimiento del ano ➤ Hernia inguinal ➤ Acidez crónica (ERGE) ➤ Rotación intestinal
Genitourinarias ➤ Lesión del meato uretral ➤ Torcedura del teste u ovario
Esqueléticas ➤ Rotura del hueso ➤ Infección del hueso
Neurológicas ➤ Infección de las meninges ➤ Traumatismo craneoencefálico
Cardiológicas ➤ Defecto en el corazón ➤ Episodios de frecuencia cardíaca rápidas por encima de los ventrículos, paroxísticos. ➤ Anomalía de los vasos coronarios

IV. Tratamiento

Se basa de dos formas integral, multifactorial.

Modificación de la dieta

Dieta materna con pocos alérgenos versus a dieta alta en alérgenos, en estudios realizados se encontró mejor respuesta a la dieta baja en alérgenos.

La dieta con disminución de sustancia que pueden inducir una reacción de hipersensibilidad o preparado de lácteo de soya, sin tener en cuenta el modelo del régimen o la fórmula de vaca y clorhidrato de dicalomina, se observó un descenso del llanto en menos de 60 minutos por 24 horas después de 2 días de tratamiento, con una remisión que persiste durante un mes.

La fórmula hidrolizada versus fórmula estándar, estudio informaron gran disminución del periodo de llanto con preparado hidrolizado a diferencia de la fórmula

estándar.

Preparados a base de suero lácteos en ciertas medidas hidrolizado y de poco volumen en lactosa que incluyen oligosacáridos en contra al preparado estándar con simeticona: estudios han determinado que ambos grupos disminuyen los episodios de cólicos después de siete días y no presentaron efectos adversos. (13)

Probiótico, ejercen poca o ninguna diferencia, podrían reducir la duración del llanto, se necesita mayor investigación para ver si reducen la aparición de los cólicos. (14)

Modificación de la conducta, el llanto inconsolable se asocia con el síndrome de bebe sacudido cuando son valorados el riesgo es alto y estos cólicos se consideran como urgencia.

Swaddling, técnica de empaquetamiento ha sido desarrollada para la disminución del llanto excesivo en países como Alemania.

Masaje, mejora la relación de madre/hijo estimulando la parte sensorial.

Tratamiento farmacológico (15)

Agentes anticolinérgicos, clorhidrato de dicitlomina, se ha demostrado ser efectivo en el alivio del cólico, pero tiene efectos adversos

Agentes tensoactivos, la simeticona en un estudio con placebo no reveló diferencias en las horas diarias de llanto, pero se cree que ayuda a expulsar los gases con mucha más facilidad.

Espasmódicos, methyl scopolamine su efecto no es seguro.

Bromuro de cimetropio, estudios mostraron una duración reducida del llanto, no se presentaron eventos adversos.

Los agentes herbarios y la sacarosa reducen la duración del llanto en comparación con el placebo.

Pronostico

Seguimiento a corto plazo: la mayoría resuelven en 3 meses de edad, estos cólicos pueden llevar a discontinuar precozmente la lactancia.

Seguimiento a largo plazo: lo asocian a problemas de comportamiento, dolores abdominales o alteraciones en el funcionamiento familiar.

Cuadro transitorio que desaparece en el cuarto mes aproximadamente.

V. Referencias

1. al. JZe. Infant colic: mechanisms and management. Nature Reviews. 2018 may; 1(1-18).
2. al. INAe. Trastornos Funcionales Digestivos del lactante. iMedPub Journals. 2020 march; 16(1-5).
3. al. DDAPe. COLICO DEL LACTANTE. Revista Pacea de Medicina Familiar. 2018 july; 11(26-30).
4. Nina F Steutel ea. Developing a core outcome set for infant colic for primary, secondary and tertiary care settings: a prospective study. Published by group.bmj.com. 2017 may; 7(1-11).
5. al. INAe. Trastornos Funcionales Digestivos del lactante. MedPub Journals. 2020 march; 16(1-5).
6. Amy A. Gelfand M. Infant Colic. Seminar in pediatric neurology. 2015 october; 1(1-13).
7. J. Marc Rhoads Mea. Infant Colic Represents Gut Inflammation and Dysbiosis. THE JOURNAL OF PEDIATRICS. 2018 august; 1(1-7).
8. al. SMCVe. Lactancia materna: factores que propician su abandono. revistasum.umanizales. 2019 febraury; 19(331-344).
9. Fumiyuki C. Gardner Pea. Preterm Stress Behaviors, Autonomic Indices, and Maternal Perceptions of Infant colic. Advances in Neonatal Care. 2017 marzo; 00(1-9).
10. Mª Laura Casado Sánchez ea. Trastornos gastrointestinales funcionales pediátricos (Roma IV). Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria-Especializada. 2017 Enero; 1(1-11).
11. Teck Meng Lawrence Lam Mea. Approach to infantile colic in primary care. Singapore medical journal. 2019 January; 1(12-16).
12. E. Ortega Páeza ea. Cólico del lactante. Pediatr Aten Primaria Supl.. 2013 febrero; 22(81-87).
13. Gordon M ea. Cambios en la dieta para el cólico infantil. Cochrane. 2018 Octubre; 1(1-8).

14. Ong TG GMea. Probióticos para prevenirlos cólicos del lactante. cochrane. 2019 Marzo; 1(1-5).
15. et.al. EB. Agentes analgésicos para los cólicos infantiles. Cochrane. 2016 Septiembre; 1(1-129).