

Cólicos del lactante



Dra. María Cecilia Passaro
Hospital "Noel Sbarra" La Plata.
Sap. Filial La Plata

Cólico

latín : Colicus / Griego : Kolikos o kolon

Origen del problema en tracto digestivo.

- Comportamiento caracterizado por llanto paroxístico y excesivo.
- 2 semanas de vida a 4 meses.
- Ocurre por la tarde / noche.
- Sin causa identificable.
- Independiente del tipo de lactancia administrada.
- Inconsolable .



Motivo de Consulta frecuente entre las 2 semanas de vida 3-4 meses de edad.



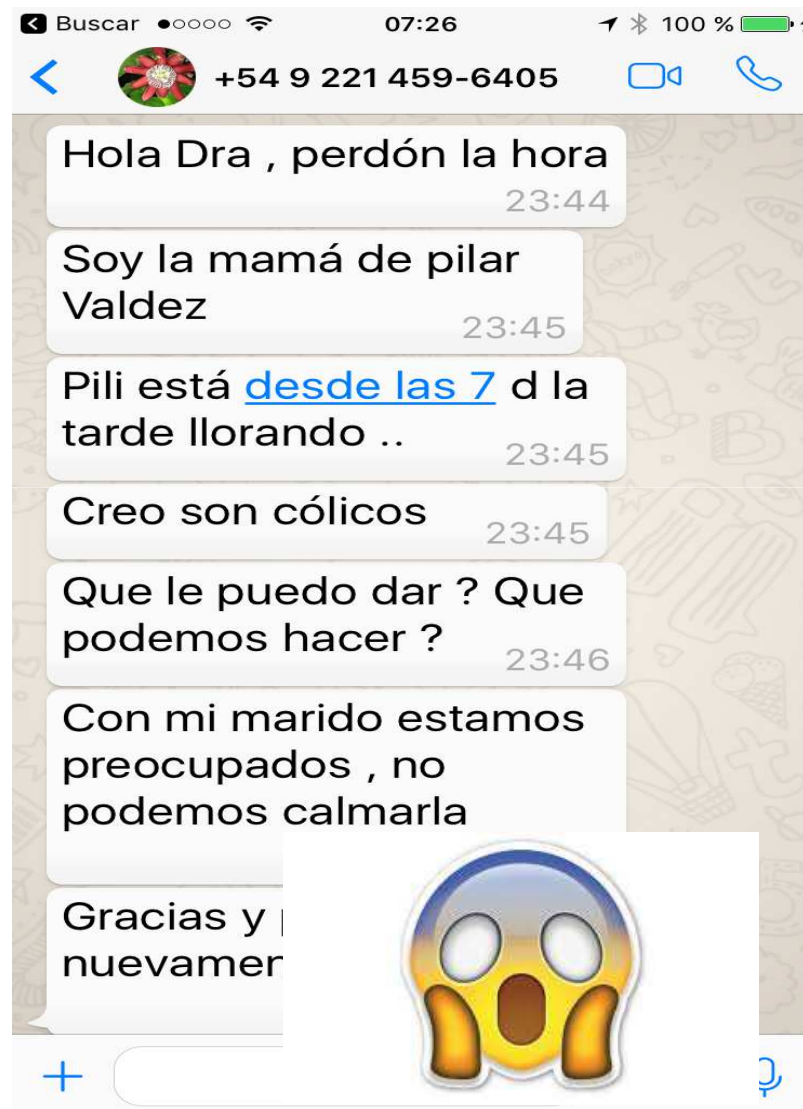
Pero 1 de cada 6 flias.



Vida familiar perturbada



Y entonces....

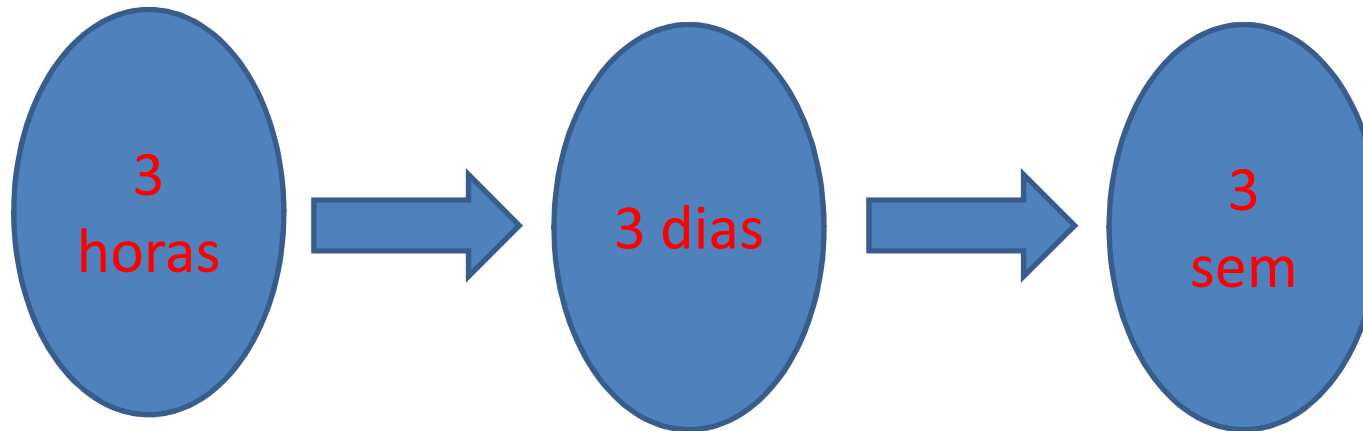


- Desafío.
- Interacción entre factores culturales, psicosociales, ambientales y biológicos.
- Solo 5% de los casos enfermedad orgánica en la consulta pediátrica.
- Prevalencia del 15 -40% según definición que se utilice.

Wessel (1954)

Cuantificación del llanto. (Vigoroso e intenso)

- Regla de los 3.



3 hs?

Culturalmente dependiente.

Poco practico.

Cuidadores poco reacios a llevar un diario para decidir si tiene criterio cólico.

Wessel MA, et al. Pediatrics 1954

Definición Clínica.

- Periodos recurrentes y prolongados de irritabilidad, incomodidad o llanto reportado por los cuidadores, inician sin un factor disparador evidente y no responden a ninguna de las medidas tomadas por los cuidadores.
- Síntomas inician y resuelven espontáneamente.
- Un niño menor de 5 meses.
- No evidencia de falla en el crecimiento, fiebre o alguna enfermedad. – Apariencia sana.

Gastroenterology 2016;150:1443–1455

Definición Práctica

- Crisis de llanto inconsolable e intenso que a menudo se producen por la tarde y que se asocian a otros síntomas como distensión abdominal, movimientos de flexión de piernas sobre el abdomen y enrojecimiento cutáneo con el llanto, en niños menores de tres meses por lo demás sanos, generando ansiedad en los padres/cuidadores y también en los pediatras.

Definición de los Padres

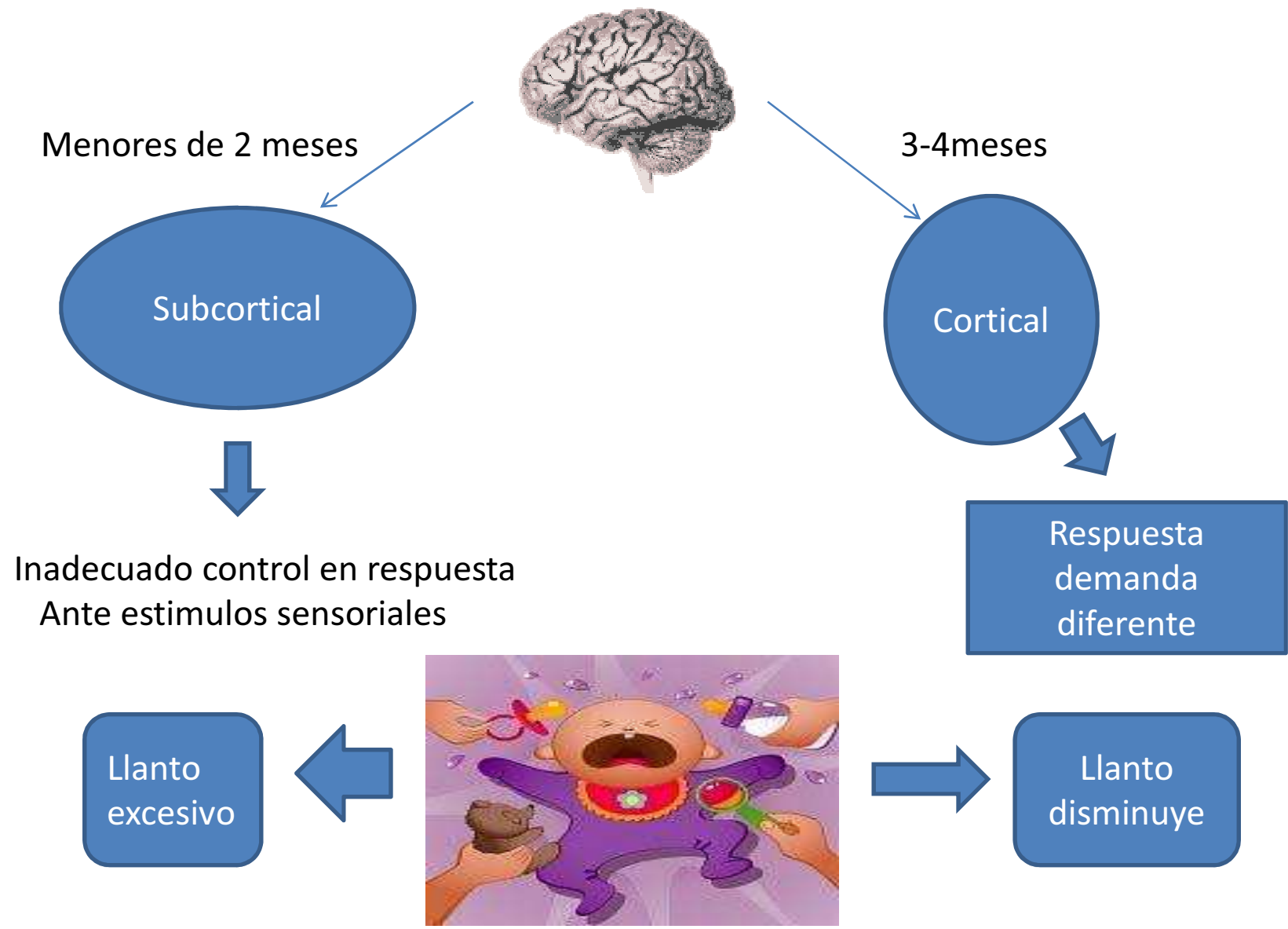
- Llanto informado como problemático en los primeros 3-4 meses.
- Llanto problemático (percibido como “excesivo”)
- Es mas frecuente y de mayor duración que el llanto habitual.



Pero a que llamamos llanto y cuando el llanto es excesivo?

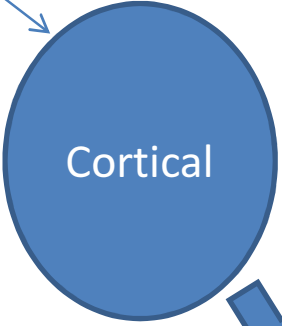
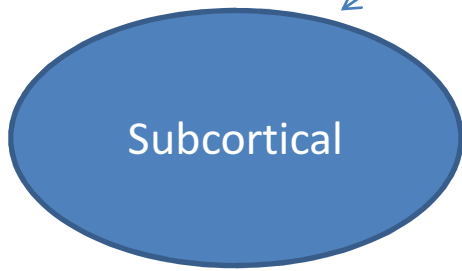


- Precede al habla.
- Recién nacido puede expresar su malestar o su deseo de contacto humano.



Menores de 2 meses

3-4 meses



Inadecuado control en respuesta
Ante estímulos sensoriales

Respuesta
demanda
diferente

Llanto
excesivo



Llanto
disminuye

Cuanto tiempo es normal.

- Desde 1h 6 min de media hasta 2h45 min (cifras x debajo de la media)

Se estudiaron 80 lactantes

2 semanas	6 semanas	12 semanas
1 hora 45 min	2 horas 45 min	Menos de 1 hora

La irritabilidad del lactante era máxima en horas vespertinas

CRYING IN INFANCY. Berry Brazelton M.D.1 PEDIATRICS Vol. 29 No. 4 April 1962, pp. 579-588

Impacto significativo en los niños y sus familias, 1 de cada seis familias tienen niños con síntomas de cólico.

Wessel, MA et al. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. Pediatrics 1954; 14: 421-35

Llanto excesivo

El llanto debe cumplir 4 criterios:

Paroxístico: principio y final claro sin relación con lo q el niño estaba haciendo previamente.

Llanto diferente al normal: suele ser mas intenso y con tono mas alto.

Hipertonía: se produce una contracción tónica generalizada en salvas.

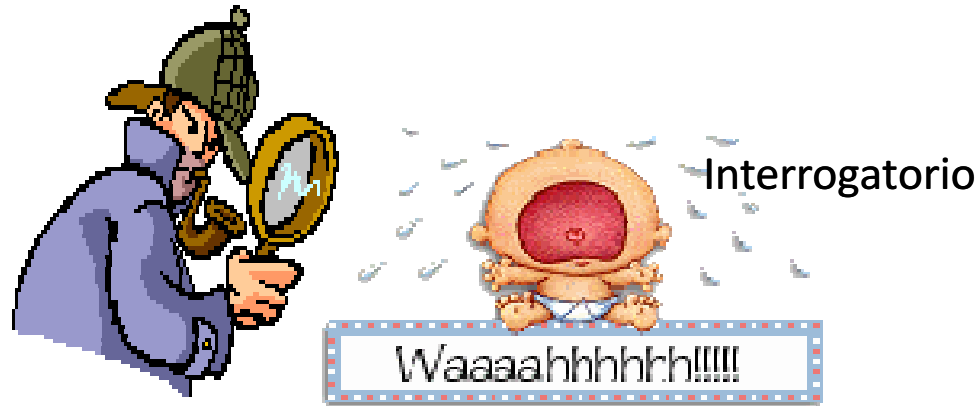
Inconsolable

.

Misión del pediatra



Hay patología?



- Fecha de comienzo.
- Tipo de alimentación (cambios)
- Hora de comienzo.
- Que lo induce.
- Esquema de sueño padres/bebe.
- Frec. y características de deposiciones.
- Estrategias q son útiles para calmar llanto.

Evaluación clínica

Vómitos
Diarrea
Eczema
Falla de crecimiento
Dificultades en alimentación



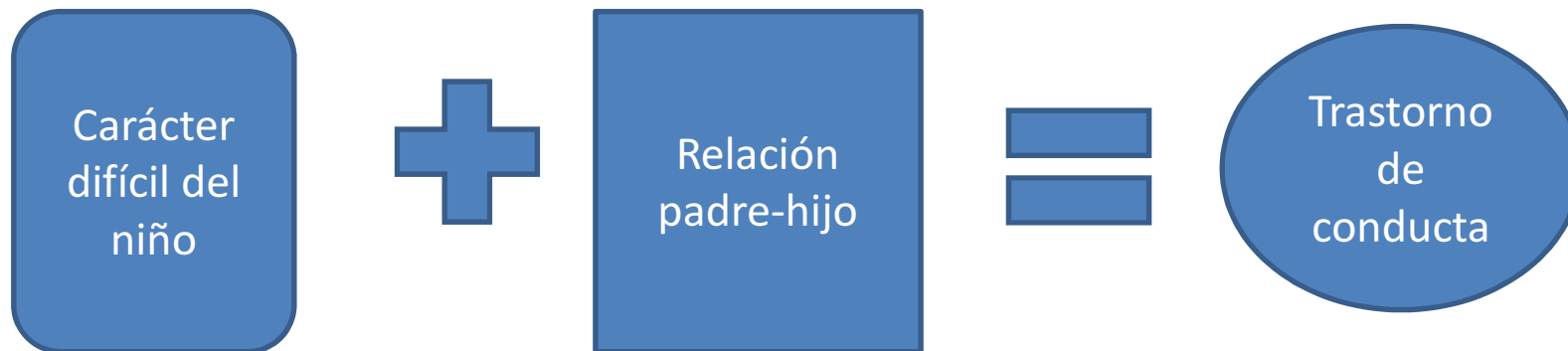
Alergia a la PLV ??
Enfermedad x RGE??

Formula hipoalergénica
O
Dieta materna sin lácteos
Antiácidos

Etiología del Cólico

Es multifactorial (diferentes teorías)

Factores Psicológicos



Mala interpretación
de la conducta de los niños

Mas cantidad de horas
Mas stress y ansiedad niños.

Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. Pediatrics 1984; 74: 998-1.003.

Carey WB. «Colic»-Primary excessive crying as an infant-environment interaction. Pediatr Clin North Am 1984; 31: 993-1.005.

Factores Gastrointestinales

Muchos autores han comunicado hallazgos relacionados con la posible inmadurez y/o alteración de la motilidad intestinal

- Jorup (1952), sugirió que en los niños con CL existía **hiperperistaltismo** intestinal.

Jorup S. Colonic hyperperistalsis in neurolabile infants.

Acta Paediatr Scand 1952; 41: S85.

- Lothe y cols., encontraron niveles de **motilina** basal altos y bajos niveles de **colecistoquinina** tanto en niños alimentados con fórmula como con lactancia materna, incluso antes de que desarrollen el cólico.

Lothe L, Ivarsson SA, Lindberg T. Motilin, vasoactive intestinal peptide and

gastrin in Infant colic. Acta Paediatr Scand 1987; 76:316-20.

Causas Gastrointestinales

- Lethonen y col observaron la **microflora** intestinal del niño con CL severos, tiene algunos aspectos distintos de la de los niños sin cólicos.
(-lactobacilos)

Lethonen L, Korvenranta H, Eerola E. Intestinal microflora in colicky and noncolicky infants: bacterial cultures and gas-liquid chromatography. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1994; 19:310-4.

- Savino aumento de **meteorismo**, aire intraintestinal excesivo producto de aerofagia y fermentación de hidratos de carbono.

Savino F. Focus on infantile colic. Acta Paediatr. 2007; 96: 1259-64.

- Berkowitz **Reflujo gastrointestinal silente** .

Berkowitz D, Naveh Y, Berant M. «Infantile colic» as the sole manifestation of gastroesophageal reflux. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1997;24: 231-3.

Causas dietéticas

Alergia o intolerancia a las proteínas de la leche de vaca (PLV): se le ha atribuido un papel etiológico. Múltiples estudios al respecto que atribuyen beneficios con la exclusión de (PLV) en los cólicos moderados o severos por una intolerancia transitoria que mejoraría espontáneamente sobre las 6 semanas

Hill DJ, Hudson IL, Sheffield LJ, Shelton MJ, Menahem S, Hosking CS.

A low allergen diet is a significant intervention in infantile colic: results of a community-based study.

J Allergy Clin Immunol 1995; 96: 886-92.

Causas Dietéticas

Lothe 1950 en el que demuestra que el 71% de los niños con CL mejoraban al suprimir las PLV.

Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Cow's milk formula as a cause of infantile colic: A double-blind study. Pediatrics 1982; 70: 7-10.

Treem realiza dieta de exclusión de PLV a madres que lactaban a bebés afectados de CL sin notar mejoría en ningún caso.

Treem WR. Cólico infantil: Punto de vista de un gastroenterólogo pediatra. Pediatr Clin North Am (ed esp). 1994; 5: 1119-1135.

Otras causas

Últimamente hay trabajos que relacionan mayor incidencia de los CL con prematuridad, tabaquismo materno y depresión materna pre y postparto.

En ninguno de estos casos hay grandes evidencias que puedan relacionar estas circunstancias con la aparición de estos cuadros clínicos, pero cualquiera de ellas puede ser un factor más en la etiología de esta patología.

Por lo tanto...



La naturaleza exacta
de los cólicos
permanece sin aclarar.

Tratamiento

- Hay tantos tratamientos como teorías etiológicas.

Psicológica
Gastrointestinal
Dietética

- Todas las recomendaciones terapéuticas están basadas en un escaso nivel de evidencia

Por: Debilidad metodológica (sesgos)

Escaso Tamaño muestral.

Tratamiento

- **Modificaciones de la conducta de los padres**

Treem *“muchos lactantes se calman cuando sus padres cambian la forma de responder al llanto”.*

Actitud comprensiva y paciente.



Modificación de la conducta de los padres

[Pediatrics](#). 1991 May;87(5):623-30.

Carrying as colic "therapy": a randomized controlled trial.

[Barr RG¹](#), [McMullan SJ](#), [Spiess H](#), [Leduc DG](#), [Yaremko J](#), [Barfield R](#), [Francoeur TE](#), [Hunziker UA](#).

Author information

Abstract

In healthy infants, crying behavior is reduced significantly by "supplemental" carrying; that is, increased carrying throughout the day in addition to that which occurs during feeding and in response to crying. To determine whether the recommendation to increase carrying would be effective as a therapy for colic, 66 mothers of infants 4 weeks of age or less who came to their pediatricians with complaints of crying problems ("colic") were randomized to receive normal pediatric advice (standard group) or standard advice plus the recommendation to increase supplemental carrying by 50% (supplemental group). Overall, the supplemental group carried their infants 6.1 hours/d throughout the intervention period, an increase of 2.2 hours/d (36%) more than that provided by the standard group. Despite this significant increase in carrying, there was no difference between groups in the duration or frequency of crying, fussing, or cry/fuss at any time throughout the intervention period. When the greatest treatment effect was expected at 6 weeks, the supplemental group infants cried only 3 minutes less per day (95% confidence interval: 37 minutes less to 32 minutes more per day). We conclude that, compared with standard pediatric advice to be "responsive," supplemental carrying does not reduce crying and fussing behavior further in infants who have colic. In marked contrast to healthy infants, this apparent resistance to increased carrying may indicate an important difference in state regulation and control in infants with colic.

PMID:

[2020506](#)

Llanto problemático en los bebés: efecto del consejo para reducir la estimulación.

[McKenzie S¹](#).

Información del autor

Neonatal, Hospital Rush Green, Harlow, Essex.

El objetivo de este estudio es determinar si el llanto de los bebés con colico mejora rápidamente en el hogar, si es cierto, un factor importante es que sea fácilmente reversible, puede ser influenciado por historias de los padres de estos bebés. Se cree que mucho trabajo va en tratar el llanto de los bebés. Se plantea la hipótesis de que proporcionar a una estimulación adecuada puede mejorar la mejora observada en el hospital a la reducción en la estimulación. Se realizó un estudio. (1) Se pidió a los padres que aceptaran la asignación al azar de sus bebés nacidos al hospital o a la gerencia de salud pública en su casa se les aconsejó sobre la estimulación. Se utilizó un cuestionario de 10 puntos para describir el llanto de los bebés y madres de sujetos y controles de un estudio controlado aleatorio. (2) Se realizó un estudio de asesoramiento para reducir la duración del llanto con una entrevista empática y una escala de +5 a -5 para registrar el llanto. (3) En el primer estudio, muy pocos padres aceptaron la asignación al azar y, por lo tanto, el estudio riguroso para validar la hipótesis no pudo continuar. Sin embargo, se obtuvo una buena evidencia de que el llanto de los bebés mejora. Los resultados del grupo de intervención fueron mejores que el segundo estudio. El puntaje de llanto fue de 7/10 y los controles 3/10 (p menor que 0,001). En el segundo estudio a los siete días, 18/22 bebés recibieron asesoramiento y obtuvieron una calificación de +2 o mejor en el cuestionario de llanto en comparación

[Pediatrics](#). 1986 May; 77 (5): 641-8.

El aumento de la carga reduce el llanto del bebé: un ensayo controlado aleatorio.

[Hunziker UA](#), [Barr RG](#).

Abstracto

El patrón de llanto de los bebés normales en las sociedades industrializadas se caracteriza por un aumento general hasta las 6 semanas de edad seguido de una disminución hasta los 4 meses de edad con una preponderancia del llanto de la tarde. Hemos planteado la hipótesis de que este llanto "normal" podría ser reducido por el transporte suplementario, es decir, el aumento de transporte durante todo el día, además de lo que ocurre durante la alimentación y en respuesta al llanto. En un ensayo controlado aleatorio, 99 parejas madre-lactante fueron asignadas a un aumento de transporte o grupo de control. En el primer estudio del llanto máximo (6 semanas de edad), los neonatos que recibieron un parto suplementario lloraban y comían 43% menos (1,23 v 2,16 h / d) en total y 51% menos (0,63 v 1,28 horas) durante la noche (4 PM a medianoche). Se produjeron disminuciones similares pero menores a las 4, 8 y 12 semanas de edad. Disminución del llanto y el alboroto se asociaron con el aumento de la alegría y la frecuencia de alimentación, pero no hay cambio en la duración de la alimentación o el sueño. Concluimos que el transporte suplementario modifica el llanto "normal" al reducir la duración y alterar el patrón típico de llanto y agitación en los primeros 3 meses de vida. La relativa falta de transporte en nuestra

Modificación de la conducta de los padres

Taubman

Enfatiza la importancia de los consejos a los padres

Demuestra que la mejoría que se observó al aconsejar a los padres sobre el manejo de los niños con cólicos fue similar a la mejoría que se consiguió al aplicar una dieta libre de PLV.

La información es tan efectiva como la instauración de otras medidas terapéuticas.

[Pediatrics](#). 1988 Jun;81(6):756-61.

Parental counseling compared with elimination of cow's milk or soy milk protein for the treatment of infant colic syndrome: a randomized trial.

[Taubman B](#)¹.

Author information

Abstract

Treating the infant colic syndrome by counseling the parents concerning more effective responses to the infant crying is compared to the elimination of soy or cow's milk protein from the infant's diet in a randomized clinical trial. Because symptoms of vomiting and diarrhea are not part of the infant colic syndrome, infants with these gastrointestinal symptoms were excluded from the study. Dietary changes were accomplished by either feeding the infants a hydrolyzed casein formula or by requiring mothers to eliminate milk from their diets. In phase 1 of the study, the group receiving counseling (n = 10) had a decrease in crying from 3.21 +/- 1.10 h/d to 1.08 +/- 0.70 h/d (P = .001). The crying in the group that received dietary changes (n = 10) decreased from 3.19 +/- 0.69 h/d to 2.03 +/- 1.07 h/d (P = .01), a level still greater than twice normal. The decrease in those receiving counseling was faster and greater than that of those given dietary changes (P less than .02). In the second phase of the study, group 2 infants were reexposed to cow's milk or soy protein and the parents received counseling. In this phase, counseling again decreased crying significantly from 2.09 +/- 1.07 h/d to 1.19 +/- 0.60 h/d (P = .05). No infant in the study who improved with changes in his or her diet had a significant increase in crying, with reexposure to soy or cow's milk protein. (ABSTRACT TRUNCATED AT 250 WORDS)

PMID:

[3285312](#)

Modificación de la conducta de los padres

- Taubman

Observó que responder al llanto con masajes suaves, o evitar la sobreestimulación, el uso de chupete y tomar en los brazos, reducía la duración del llanto a las dos semanas de adoptadas dichas medidas. (sesgos en la inclusión de pacientes y registro de datos subjetivos)

- Medicina basada en la evidencia

Estudios de alta calidad metodológica no avalan el cambio o alternancia de estimulación (uso del chupete, paseos en carrito o en coche)

(NE I.)

Técnicas de apaciguamiento

- Masajes (no existe E científica)

No modifica aspecto orgánico

Si mejora la actitud de los padres durante los periodos de CI



Modificación de la dieta



Subgrupo que se comportan
como CLactante

manifestación



- Eliminación de PLV es efectivo (CL mod/sev)
- Hidrolizados de proteínas
- Lactancia materna (dieta exenta de PLV)
- Supresión de lactosa (datos no concluyentes)
- Proteína de soja (no hay evidencia que apoya)

Formulas anticólico

(dirigidas a paliar posibles factores desencadenantes)

Contienen proteínas séricas parcialmente hidrolizadas (facilitan digestión)

Bajo contenido de lactosa(maltodextrina),reduce gas abd.

MCT (como principal grasa)

Algunas añaden fibras y fructooligosacáridos para conseguir efecto prebiótico

- Probioticos (moduladores de microflora)

Lactobacillus Reuteri

Pediatría. 2010 Sep; 126 (3): e526-33. Doi: 10.1542 / peds.2010-0433. Epub 2010 16 de agosto.

Lactobacillus reuteri DSM 17938 en el cólico infantil: un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo.

Savino F¹, Cordisco L, Tarasco V, Palumeri E, R Calabrese, Oggero R, Roos S, Matteuzzi D.

Información del autor

¹

Departamento de Pediatría, Hospital Infantil Regina Margherita, Universidad de Turín, Piazza Polonia, [94 10126](#) Turín, Italia. Francesco.savino@unito.it

Abstracto

OBJETIVO:

Evaluar la eficacia de Lactobacillus reuteri en el cólico infantil y evaluar su relación con la microbiota intestinal.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Cincuenta lactantes con cólicos amamantados exclusivamente, diagnosticados según el criterio de Wessel modificado, fueron asignados aleatoriamente para recibir tanto L reuteri DSM 17 938 (10 (8) unidades formadoras de colonias) como placebo diariamente durante 21 días. Los cuestionarios parentales controlaban el tiempo diario de llorar y los efectos adversos. Se recogieron muestras de heces para análisis microbiológico.

RESULTADOS:

Cuarenta y seis lactantes (grupo L reuteri: 25, grupo placebo: 21) completaron el ensayo. Los tiempos de lloos diarios en minutos / día (mediana [intervalo intercuartil]) fueron 370 (120) frente a 300 (150) (P = .127) en el día 0 y 35.0 (85) frente a 90.0 (148) (P = .022). Día 21, en los grupos L reuteri y placebo, respectivamente. Los respondedores (50% de reducción en el tiempo de lloro desde la línea de base) fueron significativamente más altos en el grupo L reuteri frente al placebo en los días 7 (20 vs 8, P = 0,006), 14 (24 vs 13, P = 0,007) y 21 (24 vs 15, P = 0,036). Durante el estudio, hubo un aumento significativo de los lactobacilos fecales (P = 0,002) y una reducción de Escherichia coli fecal y amebas cisticas en el

J Pediatr. 2013 Feb; 162 (2): 257 - 62. Doi: 10.1016 / j.jpeds.2012.08.004. Epub 2012 Sep 14.

Lactobacillus reuteri DSM 17938 para el manejo de cólicos infantiles en lactantes amamantados: ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo.

Szajewska H¹, Gyrczuk E, Horvath A.

Información del autor

¹

Departamento de Pediatría, Universidad Médica de Varsovia, Varsovia, Polonia.

Abstracto

OBJETIVO:

Determinar si la administración de Lactobacillus reuteri (L reuteri) DSM 17938 es beneficiosa en lactantes amamantados con cólico infantil.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Ochenta bebés menores de 5 meses con cólico infantil (definidos como episodios de llanto que duran 3 o más horas al día y que ocurren al menos 3 días a la semana dentro de los 7 días previos a la inscripción), fueron aleatoriamente o predominantemente (> 50%) amamantados (N = 40) o un placebo (n = 40) de idéntica aparición y degustación, ambos oralmente, en 5 gotas, 1 vez al día, durante 21 días. Las medidas de resultado primarias fueron el éxito del tratamiento, definido como el porcentaje de niños que lograron una reducción en el tiempo promedio diario de llorar ≥ 50% y la duración del llanto (minutos por día) a los 7, 14, 21 y 28 días después de la aleatorización .

RESULTADOS:

La tasa de respuesta al tratamiento fue significativamente mayor en el grupo probiótico en comparación con el grupo placebo al día 7 (p = 0,026), al día 14 (riesgo relativo (RR) 4,3, IC del 95% 2,3-8,7), al día 21 (RR 2,7, IC del 95%: 1,85 - 4,1) y al día 28 (RR 2,5, IC del 95%: 1,8-3,75). Además, a lo largo del período de estudio, el tiempo medio de llorar se redujo significativamente en el grupo de probióticos en

Medicina basada en la evidencia.

EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Toma de decisiones clínicas basadas en pruebas:
 del artículo al paciente

En niños con cólico del lactante, los probióticos no parecen disminuir la duración del llanto

Buñuel Álvarez JC, Guarch Ibáñez B, Llerena Santa Cruz E.
 Área Básica de Salud Girona-4, Institut Català de la Salut, Girona (España).
 Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona (España).

Correspondencia: José Cristóbal Buñuel Álvarez, jcbuñuel@gmail.com

Palabras clave en inglés: probiotics; Lactobacillus; colic.
 Palabras clave en español: probióticos; Lactobacillus; cólico.

Fecha de recepción: 3 de febrero de 2011 • Fecha de aceptación: 17 de febrero de 2011
 Fecha de publicación en internet: 23 de febrero de 2011

Evid Pediatr. 2011;7:3.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Buñuel Álvarez JC, Guarch Ibáñez B, Llerena Santa Cruz E. En niños con cólico del lactante, los probióticos no parecen disminuir la duración del llanto. Evid Pediatr. 2011;7:3.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

Este artículo está disponible en <http://www.evidenciasenpediatria.es/Articulos/Articulo?ref=2011.7.3>
 ©2005-11 • ISSN: 1885-7388

En niños con cólico del lactante, los probióticos no parecen disminuir la duración del llanto

Buñuel Álvarez JC, et al.

TRATAMIENTO

En niños con cólico del lactante, los probióticos no parecen disminuir la duración del llanto

Buñuel Álvarez JC, Guarch Ibáñez B, Llerena Santa Cruz E.
 Área Básica de Salud Girona-4, Institut Català de la Salut, Girona (España).
 Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona (España).

Correspondencia: José Cristóbal Buñuel Álvarez, jcbuñuel@gmail.com

Resumen

Conclusiones de los autores del estudio: *Lactobacillus reuteri* (*L. reuteri*), comparado con simeticona o placebo, parece eficaz para disminuir las horas de llanto de los niños con cólico del lactante (CL).

Comentario de los revisores: las limitaciones metodológicas de los estudios revisados no permiten establecer actualmente una recomendación firme para administrar preparado de *L. reuteri* como tratamiento del CL. Se recomienda proporcionar información a los padres sobre el CL con el objeto de proporcionarles acerca de su evolución. El consejo adecuado proporcionado por un profesional sanitario es eficaz para disminuir el llanto en la práctica clínica del niño.

Palabras clave: probióticos; *Lactobacillus*; cólico.

In children with infantile colic, probiotics do not seem to reduce the duration of crying

Abstract

Authors' conclusion: *Lactobacillus reuteri* (*L. reuteri*), compared to simethicone or placebo, seems effective in reducing the hours of crying in children with infantile colic (IC).

Reviewers' commentary: methodological limitations of the reviewed studies do not allow currently a strong recommendation on giving preparations of *L. reuteri* as a treatment for IC. It is recommended to provide information to parents on the IC in order to reassess their evolution. Appropriate advice provided by a health professional is effective in reducing infant clinical symptoms.

Keywords: probiotics; *Lactobacillus*; colic.

ESCENARIO CLÍNICO

Acuden a la consulta de un pediatra de Atención Primaria los padres de un lactante de cuatro semanas de edad. Refieren que desde hace unos diez días el niño presenta por las tardes episodios diarios de llanto inconsolable, de unas cuatro horas de duración. Salvo este hecho, no refieren otros síntomas. El niño es alimentado con lactancia materna exclusiva.

El pediatra explora al niño, sin encontrar ningún hallazgo patológico valorable. Tras la exploración, explica a los padres que puede tratarse de episodios de cólico del lactante (CL). Al escucharlo, la madre refiere que una amiga suya tuvo un hijo con el mismo problema y que su pediatra le prescribió un preparado de *Lactobacillus*. Los padres le preguntan a nuestro colega si este preparado podría ayudar a su hijo. El pediatra les responde que lo consultará y que cuando tenga una respuesta se pondrá en contacto con ellos.

PREGUNTA CLÍNICA

Fecha de formulación: 10 de enero de 2011.

En niños con CL, ¿los probióticos son eficaces para disminuir la intensidad y la duración del llanto?

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Fecha de búsqueda: 15 de enero de 2011.

Se efectuó una búsqueda en TRIP Database (términos de búsqueda: "infant colic", "infantile colic", "probiotics", "lactobacillus" y en PubMed (utilizando los descriptores "probiotics", "lactobacillus" y "colic"), limitando la búsqueda a metaanálisis y ensayos clínicos aleatorios (ECA). Se recuperaron dos estudios:

Evid Pediatr. 2011;7:3

Página 2 de 5

En niños con cólico del lactante, los probióticos no parecen disminuir la duración del llanto

Buñuel Álvarez JC, et al.

TRATAMIENTO

Otras Opciones Terapeuticas???

- Dicitlomina anticolinérgico (graves efec adversos) (8%)
- Simeticona (disminuye pcción de gas)
- Dextrosa (libera endorfinas)
- Infusiones caseras
- Aceite hinojo
- Manzanilla
- Anís estrellado (Anetol) Ef. Adv. graves

Nunca esta especificada la dosis ni modo de preparación.



La idea de que cualquier forma de medicina complementaria y alternativa es efectiva para el cólico del lactante **no esta avalado** por la evidencia de los ensayos clínicos.



Objetivo



Informar
con seguridad,
tranquilidad, y de
forma correcta.

El niño es sano!!!!

💧 *Cuadro transitorio
(desaparecera
aprox 4to mes)*

No deja secuelas



- En la experiencia diaria de muchos pediatras, el hecho de que no exista una enfermedad orgánica de base (o sea funcional) no resta preocupación a los padres y, con cierta frecuencia, supone un trabajo extra para el pediatra, siendo en ocasiones motivo de desencuentro con los padres.

•

Entonces recordar.

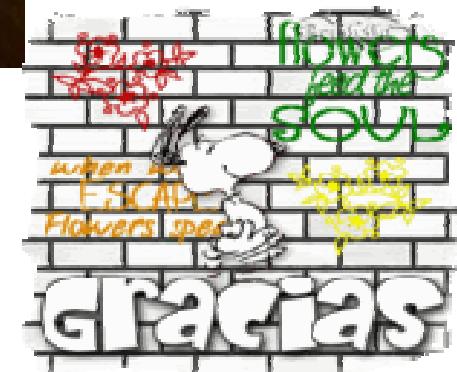
- Es una entidad benigna y autolimitada independientemente del tratamiento utilizado.
- Hay tantos tratamientos como teorías etiológicas.
- No hay evidencia de que alguna intervención terapéutica sea verdaderamente efectiva.

Informar

Apoyar

Acompañar





bibliografía

El cólico del lactante B. Ferrer Lorente, M.B. Ferrer Lorente*, J. Dalmau Serra**Centro de Atención Primaria de Alaquás. *Centro de Atención Primaria de Mislata. **Sección de Nutrición. Hospital Infantil «La Fe». Valencia. (*Acta Pediatr Esp* 2000; 58: 297-302)

Llanto excesivo en los primeros meses de vida. Revisión. Prof. Dr. Patricio Kenny. Arch Argent Pediatr 2016;114(4):368-3

Manejo de los trastornos funcionales digestivos más frecuentes en lactantes sanos. Dra. María del C. Toca, Dra. Patricia Sosa, Dr. Gustavo Aprigliano, Dra. Raquel Furnes, Dra. Silvia Marchisone, Dra. Mabel Mora, Dra. Marina Orsi, Dra. Graciela Saieg, Dr. Omar Tabacco y Dra. Marta Wagener. Arch Argent Pediatr 2015;113(6):568-575

La prevención y el tratamiento del cólico del lactante. C. CALVO ROMERO. *Gastroenterología Infantil. Hospital Clínico Universitario. Valladolid.* BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ASTURIAS, CANTABRIA, CASTILLA Y LEÓN. BOL PEDIATR 2010; 50: 197-202

Ortega Páez, E., & Barroso Espadero, D.. (2013). Cólico del lactante. *Pediatría Atención Primaria*, 15(Supl. 23), 81-87. <https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322013000300009>

Opciones de tratamiento del cólico del lactante *Suanny del Carmen González Coquel, y Carlos Brochet Bayona.* 2015 Revista Pediatría EU. Publicado por Elsevier España, S.L.U.

Trastornos Gastrointestinales Funcionales. Nuevos criterios de Roma IV. Juan Pablo Riveros López. *Pediatra. Universidad El Bosque Bogota. Colombia*

bibliografía

Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS Jr, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*. 1954;14(5):421–35. PubMed PMID: 13214956.2

Brazelton TB. Crying in infancy. *Pediatrics*. 1962Apr;29:579–88. PubMed PMID: 13872677

Treem WR. Cólico infantil: Punto de vista de un gastroenterólogo pediatra. *Pediatr Clin North Am (ed esp)*. 1994; 5: 1119-1135.

Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, Van Eijk JT, Douwes AC. Infantile colic: Crying time reduction with a wheyhydrolysate: A doubleblind, randomized, placebo-controlled trial *Pediatrics*. 2000;106:1349-54

Taubman B. Parental counseling compared with elimination of cow's milk or soy milk protein for the treatment of infant colic syndrome: a randomized trial. *Pediatrics*. 1988;81(6):756–61. PubMed PMID: 3285312.

Hall B, Chesters J, Robinson A. Infantile colic: a systematic review of medical and conventional therapies. *Journal of paediatrics and child health*. 2012;48(2):128–37. PubMed PMID: 21470331.30.

Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ*. 1998;316(7144):1563–9. PubMed PMID: 9596593. Pubmed Central PMCID: 28556. Epub 1998/06/06. eng. 31.

Drug, Therapeutics B. Management of infantile colic. *Bmj*. 2013; 347:f4102. PubMed PMID: 23843563.32

Savino F, Cordisco L, Tarasco V, Palumeri E, Calabrese R, Oggero R, et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infantile colic: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics*. 2010;126(3):e526–33. PubMed PMID: 20713478. Epub 2010/08/18. eng.