



# FORO PEDIÁTRICO

Publicación informativa de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

**Noviembre 2001**

**Número 7**

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA, QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE A TODOS SUS ASOCIADOS POR CORTESÍA DE GRUPO VITA

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Colegio Oficial de Médicos  
Avda. Colón 21  
Badajoz

[www.spapex.org](http://www.spapex.org)

Editor:  
Jaime J. Cuervo Valdés

## SUMARIO

### EDITORIAL

El pediatra y el adolescente.....PAG 2

### LA OPINIÓN DE

Josep Cornellà i Canals.....PAG 3

### CARTAS

Elecciones Junta Directiva de la Sección de Badajoz  
Información grupo de trabajo psiquiatría..... PAG 4

### TRASTORNOS DIGESTIVOS MENORES DEL LACTANTE

Jaime J. Cuervo Valdés .....PAG 5

CURSO 2001-02  
SECCIÓN DE BADAJOZ  
(Fechas sin confirmar)

Reanimación  
cardiopulmonar

Signos neurológicos de  
alerta

Salud escolar

CONGRESOS 2001-02  
24 de Noviembre de  
2001.

Reunión de la Sociedad  
de Pediatría de Andalucía  
Occidental y  
Extremadura. Lugar de  
celebración: Hotel  
Zurbarán. Badajoz.

5-6 de Abril de 2002.

XIII Congreso Español de  
Medicina del Adolescente.  
Lugar de celebración:  
Cáceres

# EDITORIAL

## El pediatra y el adolescente

La Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP celebrará su XIII Congreso anual en Extremadura: en Cáceres, los días 5 y 6 de Abril del próximo año 2.002.

Uno de los principales objetivos que tiene marcada su actual Junta directiva es: trasladar a todos los pediatras del país la inquietud y la motivación necesarias para prestar una atención integral a la salud de nuestros adolescentes. Sé también de su esfuerzo para colaborar en la formación y ampliación de conocimientos sobre Medicina del adolescente y de su apoyo a todas las iniciativas que el pediatra genere con el difícil objetivo de acercarse a los adolescentes.

Nuestra Sociedad ha aceptado gustosa y con ilusión el reto de contribuir a que este Congreso pueda celebrarse en nuestra Comunidad, seguros como estamos de la necesidad de formación en éste campo, y por ello estamos trabajando en su organización.

En la encuesta que os pasamos hace 2 años, el 92% de los pediatras de Atención Primaria de Extremadura exigía la obligatoriedad de la edad pediátrica a los 14 años, y un 46% estaba por la ampliación voluntaria hasta los 18 años, siempre que pudiéramos disponer de más tiempo (cupos más pequeños), algunos recursos (sobre todo espacio, horario, personal de apoyo) y, además, formación en éste área; y se trataba de una opción personal, no fundamentada en el deseo de que el colectivo de pediatras tenga más posibilidades de trabajo (como quieren argumentar algunos).

Y es que cada vez se da con más frecuencia que los propios adolescentes quieran seguir con su médico, que los ha atendido desde el nacimiento, y no romper en un momento de muchos cambios con alguien que los conoce y les ofrece confianza.

Este es el sentir cada vez más extendido, incluso entre la propia sociedad y las administraciones: la adolescencia debe tener un hueco propio dentro del Sistema sanitario de Salud, y debe ser el adolescente quien elija al médico con el que quiere seguir. Por primera vez el Insalud contempla la posibilidad de un programa del adolescente para los jóvenes entre 15 y 19 años (otra vez marcando límites), sin especificar el profesional sanitario que debe atenderle; la Consejería de Sanidad de nuestra Comunidad contempla las distintas actividades de salud en un Programa del niño y del adolescente; y en muchos hospitales pediátricos de nuestro país se atienden ya niños y adolescentes hasta los 18 años de edad. Para esta posibilidad, libremente elegida y socialmente consentida, el pediatra debe estar preparado.

Independientemente de la discusión que pueda realizarse acerca de la edad pediátrica, el pediatra es el médico especializado en el proceso de crecimiento y desarrollo del ser humano. Y en atención primaria, el pediatra es el encargado de cuidar de la salud integral del niño durante todo ese proceso, con una atención continuada a lo largo de su desarrollo, desde que nace hasta que alcanza la madurez física y psico-social. Como en épocas anteriores de la vida, la atención al adolescente debe estar enfocada no sólo a la curación y solución de problemas, sino ante todo, a la prevención, la educación en salud y promoción de hábitos saludables, e integrada en el entorno donde vive, aprende y se divierte, buscando también la salud mental y una buena adaptación social. Es necesario desarrollar habilidades y conocer mejor al adolescente, sus problemas, sus preocupaciones y sus pautas de conducta, pero el pediatra motivado puede fácilmente estar capacitado para atender adolescentes.

Estamos seguros que éste Congreso, abierto a todas aquellas personas preocupadas por la salud integral de nuestros adolescentes, marcará un punto de inflexión en la atención que se presta a la adolescencia en nuestra Comunidad desde diferentes ámbitos, y que sus planteamientos y objetivos quedarán reflejados en el nuevo Sistema Extremeño de Salud.

Juan José Morell Bernabé  
Presidente Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

# LA OPINIÓN DE

Josep Cornellà Canals

Presidente Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP.

## LOS LÍMITES DE EDAD PEDIÁTRICA UNA REFLEXIÓN

Una de las cuestiones que está más a menudo en los foros de debate pediátricos es la que se refiere a los límites de edad de la atención pediátrica. El límite inferior queda establecido en el momento del nacimiento o, para algunos, en el momento de la concepción. La variación está en solamente nueve meses. Y existe siempre un inicio, una fecha muy bien definida.

Las dificultades surgen cuando se quiere establecer un límite superior. Hace ya muchos años, cuando la natalidad en este país era elevada y el número de pediatras era escaso, se puso el listón en los 7 años de edad. Como si el hecho del “uso de razón” determinara que el niño ya no era niño. O ya no era inocente, como nos enseñaban en el catecismo.

Los vientos de reforma sanitaria nos hablan de los 14 o 15 años. Todo depende de cómo se apliquen las leyes. En mi opinión, se trata de otra cifra arbitraria. A los 14 o 15 años, niños y niñas se encuentran en plena fase de desarrollo puberal, sin haber terminado ningún proceso de maduración.

Y creo que nos correremos el riesgo de equivocarnos con cifras arbitrarias siempre que queramos emplear los métodos matemáticos a la medicina que, como ya advirtieron los clásicos, tiene más de arte que de ciencia.

A mi juicio la atención pediátrica debería completarse cuando termina el crecimiento. No es en vano que la Convención de los Derechos del Niño (texto vinculante, firmado por España) ya en su artículo primero señala que “niño es toda persona entre los 0 y los 18 años”. Tal vez nos vamos acercando a una concepción más real de lo que nos preguntamos.

Hace ya unos años que la Academia Americana de Pediatría hablaba de que la atención pediátrica no acaba hasta los 21 años. Y en algunos hospitales de nuestro país, en los departamentos de Pediatría, se ha establecido el límite a los 18 años.

Sigue quedando confuso el límite superior. Tal vez nos pueda ayudar la filosofía: “La pubertad es un acto de la naturaleza, la adolescencia es un acto del hombre” (Kant). Y los actos del desarrollo humano no pueden ser marcados con cifras exactas.

Por lo tanto, a mi juicio, la atención pediátrica debería terminar cuando se alcanzara ya la plenitud del desarrollo bio-psico-social (puesto que debemos hacer una interpretación generosa del término de “salud integral”), que no suele ser antes de los 18 años.

Pero aun así, sin ser estrictos. Cuando el pediatra, a partir de la entrada en la adolescencia, le ofrece a su joven cliente la posibilidad de seguir siendo su médico de cabecera, le está preparando para ejercer su autonomía como persona que tiende hacia la madurez. El adolescente, a partir de los 14 o 15 años, debería poder elegir, sin presiones, si sigue siendo atendido por el pediatra o por el médico de familia. El proceso de cambio de médico se hace progresivamente.

Este planteamiento es simple pero implica un compromiso de los pediatras con la edad adolescente. El compromiso exige formación en aquellas áreas en que uno tiene sus lagunas (psicología, ginecología, endocrinología, sociología, ética,...). Áreas que, por otra parte, con constitutivas de una buena base para la atención a la “salud integral” de la persona, sea cual sea su edad.

La celebración en Cáceres del XIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP (abril del 2002) puede ser una buena ocasión para iniciar esta formación en salud integral del adolescente. Quien escribe esto lleva ya más de quince años atendiendo adolescentes hasta más allá de los 18 años, y puedo asegurarles que es una de las mayores satisfacciones que me ha proporcionado el ejercicio de la medicina.

Josep Cornellà Canals

Presidente Sociedad Española de Medicina del Adolescente de la AEP.

# CARTAS

## ELECCIONES

Con el inicio del curso de formación continuada 2001-2002 (en el cual estamos trabajando ahora) en el próximo mes de Diciembre-Enero se convocarán elecciones a la Junta Directiva de la Sección de Pediatría de Atención Primaria de Badajoz.

La nueva junta directiva constará de 45 personas. La convocatoria se os anunciará por correo al menos 15 días antes de la celebración de la Asamblea en la que tendrán lugar las elecciones.

Desde aquí os animamos a que todos aquellos que estéis interesados presentéis vuestra candidatura comunicándolo por carta dirigida a: Jaime J Cuervo. C.S. Urbano I Mérida (mediante correo interno del Insalud); o bien por correo electrónico a la dirección [jjcuervov@spapex.org](mailto:jjcuervov@spapex.org)

Jaime Javier Cuervo Valdés  
Secretario SPAPba

### INFORMACIÓN GRUPO DE TRABAJO DE PSIQUIATRÍA

El Martes día 16 de Octubre nos reunimos el grupo de Psiquiatría, Juana Solano, Manolo Aguilar, Jesús Álvarez, M<sup>a</sup> Jesús Martínez y Mercedes Reymundo (Matilde Santos y José Luis Paz no pudieron asistir) con José Ramón Gutiérrez y Teresa Martínez (también psiquiatra que ahora está en Mérida) Se decidió hacer como "ensayo" un par de capítulos del libro de Psiquiatría, pues excepto los psiquiatras nadie había intervenido en un trabajo de este tipo. Nos reuniremos para valorar lo realizado y se hará una reunión con todos los que hasta ahora quieren participar que somos unos 22 pediatras:

1. Ángeles Osuna Díaz. Centro de Salud Urbano 2, Mérida
2. Antonio Gracia Suárez [ilopez@wanadoo.es](mailto:ilopez@wanadoo.es). Centro de Salud de Fuente de Cantos
3. Antonio Millán Jiménez [antoniomiji@hotmail.com](mailto:antoniomiji@hotmail.com). Hospital de Llerena
4. Cecilia Matilde Gómez Málaga [ceciliamgm@terra.es](mailto:ceciliamgm@terra.es). Centro de Salud de Pueblonuevo del Guadiana
5. Concha Ortiz Barquero [conchaob@terra.es](mailto:conchaob@terra.es). Centro da Salud de Almendralejo
6. Enrique González Iglesias [enriquegi@terra.es](mailto:enriquegi@terra.es). Centro de Salud de Montijo
7. Esperanza Benítez López [jperez@unex.es](mailto:jperez@unex.es). Centro de Salud de Alconchel
8. Isabel Botana del Arco. Centro de Salud de Talavera
9. Jesús Álvarez Gómez. Centro de Salud de San Fernando, Badajoz
10. Jorge Pérez Civantos. Centro de Salud de Alburquerque
11. José Luis Paz Azcárate [pazcarate@arrakis.es](mailto:pazcarate@arrakis.es). Centro de Salud Mérida Norte, Mérida
12. José Manuel Val Sánchez de León [jmval@nacom.es](mailto:jmval@nacom.es). Centro de Salud de Almendralejo
13. Juana Solano Chamorro [juanasch@teleline.es](mailto:juanasch@teleline.es). Centro de Salud Urbano I, Mérida
14. Luis Ortiz González. Hospital de Llerena
15. M<sup>a</sup> Jesús Martínez López-Coterilla. Centro de Salud de San Fernando, Badajoz
16. Manoli Delgado Cardoso. Centro de Salud de Puebla de la Calzada
17. Manuel Aguilar Peral [mapp@medicosmix.com](mailto:mapp@medicosmix.com). Centro de Salud La Paz, Badajoz
18. Manuel Portillo [mportill@teleline.es](mailto:mportill@teleline.es). Centro de Salud Zarza de Alange
19. Marisa Jiménez [mjalamo@yahoo.es](mailto:mjalamo@yahoo.es). Centro de Salud Villanueva de la Serena y guardias Hospital
20. Matilde Santos. Centro de Salud Aldea Moret. Cáceres
21. Mercedes Reymundo García. [Reymundom@mixmail.com](mailto:Reymundom@mixmail.com) Centro de Salud La Paz, Badajoz
22. Miguel Bermejo Pastor [mberpas2001@terra.es](mailto:mberpas2001@terra.es) Centro de Salud La Paz, Badajoz

Mercedes Reymundo García  
Coordinadora del Grupo

### CARTAS

Podéis enviarnos vuestras opiniones y sugerencias :  
Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura  
Foro Pediátrico  
Colegio Oficial de Médicos  
Avda. Colón 21 Badajoz  
Por e-mail: [jjcuervov@spapex.org](mailto:jjcuervov@spapex.org)

## FECHAS A RECORDAR

**24 de Noviembre 2001** REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA **Lugar de celebración:** Hotel Zurbarán. Badajoz **Secretaría científica:** Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura. e-mail: [spaoyex@teleline.es](mailto:spaoyex@teleline.es)

**5-6 de Abril 2002** XIII CONGRESO ESPAÑOL DE MEDICINA DEL ADOLESCENTE **Organiza:** Sociedad Medicina del Adolescente **Lugar de celebración:** Complejo Cultural San Francisco. Cáceres **Web:** [www.spapex.org/spapex/adolescencia02/index.htm](http://www.spapex.org/spapex/adolescencia02/index.htm)

**9-11 de Mayo 2002** IX CONGRESO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA **Organiza:** Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica **Lugar de celebración:** Palacio de la Música y Congresos - "Palacio de Euskalduna". Bilbao **Web:** <http://www.gastroinf.com> **Secretaría organización:** Ergon Time, S.A. e-mail: [ergon@ergon.es](mailto:ergon@ergon.es) Tel.: 91-636.29.30 Fax: 91-636.29.31

**16-19 de Julio 2002** 51 CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA **Lugar de celebración:** Palacio de Congresos. Bilbao **Web:** [www.aeped.es](http://www.aeped.es) **Secretaría científica:** Departamento de Congresos de la A.E.P. e-mail: [info@departamentocongresos.org](mailto:info@departamentocongresos.org) Tel.: 902-159.042 Fax: 902-159.053 **Secretaría organización:** Departamento de Congresos de la A.E.P. e-mail: [info@departamentocongresos.org](mailto:info@departamentocongresos.org) Tel.: 902-159.042 Fax: 902-159.053

## Trastornos digestivos menores del lactante

Jaime J. Cuervo Valdés. Pediatra de Atención Primaria. C.S. Urbano I Mérida

- Estreñimiento
- Regurgitaciones
- Cólico del lactante

### Estreñimiento

El estreñimiento es un problema muy frecuente sobre todo en los lactantes alimentados con fórmulas adaptadas. Representa un grave problema para la mayoría de los padres.

Debemos tener en cuenta dos aspectos fundamentales que nos ayudará a centrar el problema:

- Preguntar a los padres qué entienden por estreñimiento, aprovechando para señalar que el ritmo de las deposiciones varía de un individuo a otro.
- El ritmo de las deposiciones del niño.

Para hablar de estreñimiento debemos tener presente:

- Lactante con lactancia materna que realiza menos de dos deposiciones al día
- Lactante con fórmula adaptada que realiza menos de tres deposiciones a la semana.

Siempre debe ser valorado unido a las molestias del niño y consistencia de las heces.

Etiología

En Atención Primaria la causa más frecuente de estreñimiento en un lactante es la alimentación con fórmula adaptada, en segundo lugar la fisura anal que puede ser causa o consecuencia y en tercer lugar la estenosis anal.

No olvidar que puede ser secundario a sustancias absorbidas por la madre (narcóticos, antiespasmódicos).

Otras causas: Hirschsprung, neuropatías intestinales.

Exploración

Ante todo lactante estreñado, además de la exploración general, es fundamental realizar:

- Una buena inspección anal, que debería siempre llevarse a cabo con una buena iluminación y tranquilidad para descartar fisuras o grietas.
- Tacto rectal, para comprobar:
  - La existencia o no de estenosis anal congénita y la presencia o no de dolor en el caso de fisuras.
  - La ampolla rectal: si está vacía y se acompaña de un retraso en la eliminación de meconio: descartar aganglionosis.

Tratamiento

Ante la mayor capacidad que tienen los niños estreñidos de reabsorber agua, en primer lugar se puede recomendar a los padres que le ofrezcan agua entre las tomas. Si a los 7 días no da resultado, a partir del 2º - 3º mes añadir sustancias osmóticamente activas como los zumos de naranja o ciruela que se administrarán entre las tomas.

Si esto fracasa: pepsina amilácea: una cucharadita 23 veces al día aumentando progresivamente cada 2-3 días si el resultado no es satisfactorio.

Cambio a otra fórmula.

### Regurgitaciones

Los vómitos son una característica tan familiar en los lactantes que Shakespeare describe al lactante lloriqueando y vomitando en los brazos de la niñera como la primera de las siete edades del hombre.

Es difícil definir el límite entre regurgitación aceptable y vómito patológico. La presencia de falta de medro en asociación con regurgitación es útil pero no un indicador fidedigno de la necesidad de realización de exámenes adicionales.

El vómito es un proceso complejo, coordinado por el SNC. La presencia de síntomas autonómicos de pródromos (náusea) y el esfuerzo muscular en el vómito ayudan a distinguir.

Casi todos los bebés regurgitan de vez en cuando. Tal regurgitación benigna tiene lugar sin náusea aparente y sin arcadas, sin ningún esfuerzo y probablemente representa nada más que el último grado de reflujo gastroesofágico (RGE). Sabemos que un variable grado de reflujo es universal en los lactantes. El RGE a menudo sucede sin regurgitación, pero es evidente que la regurgitación no puede tener lugar sin el reflujo.

Entre los factores favorecedores para la regurgitación tenemos:

- Anatómicos: el esfínter esofágico inferior está por encima del diafragma hasta los seis meses aproximadamente, por lo que está sometido a presiones negativas con los ciclos respiratorios y si una

fuerte presión positiva intraabdominal coincide con la negativa torácica la contracción del esfínter puede ser inadecuada para prevenir el reflujo.

- Funcionales: la presión del esfínter es relativamente baja al nacimiento, pero puede alcanzar niveles normales dentro del primer mes. Estudios de 4000 manometrías de 680 lactantes aparentemente normales (Boix-Ochoa y Canals) demostraron que la gradual maduración de la presión tiene lugar a las 6-7 semanas de vida sin reparar en la edad gestacional o peso. La presión del esfínter esofágico inferior puede sobrepasar los valores adultos durante el primer año de vida. Por otro lado, en un estudio con pHmetría de 285 lactantes asintomáticos documentaron frecuentes episodios de reflujo en lactantes mayores de 4 meses. Los autores sugieren que el tamponamiento del pH gástrico por la leche podría enmascarar estos episodios, con esta técnica, en lactantes más jóvenes.

Con todo ello tenemos que las regurgitaciones son muy frecuentes y nuestro objetivo es informar a la familia adecuadamente, refiriendo que es algo "normal" y que el desarrollo del niño es completamente normal y no precisa ningún tratamiento y que con el tiempo y la maduración las regurgitaciones irán disminuyendo.

## El cólico del lactante

Es un síndrome caracterizado por un autolimitado grupo de conductas en los tres primeros meses de vida en supuesta relación a una alteración gastrointestinal de base. Nuestro entendimiento de su etiología, fisiopatología y tratamiento está lejos de ser completo.

En el 30-40% de los casos los síntomas persisten hasta el 4<sup>o</sup> -5<sup>o</sup> mes.

Frecuentemente se ha asociado la aerocolia con el cólico, después del llanto el gas es el segundo síntoma más comúnmente descrito. Observaciones de distensión abdominal y alivio cuando el gas es liberado por el recto mantienen la creencia de su papel, pero no es claro donde está el papel de este aire ubicuo en el síndrome, si es primario o secundario.

No está claro si los lactantes con cólicos se pueden considerar "normales". En la práctica clínica el cólico implica normalidad (no enfermedad), una conclusión mantenida por la mayoría de los estudios realizados. Para la mayoría de los lactantes los característicos comportamientos del síndrome se representan como normal aunque disfuncional.

Los clínicos difieren en lo que ellos consideran como comportamientos constituyentes del síndrome. Casi todos aceptan algún nivel de llanto o comportamiento ruidoso, y la mayoría califican el llanto como más típico de la última hora de la tarde, alcanzando un pico en el 2<sup>o</sup> mes y resolviéndose sin tratamiento a los 3-4 meses de edad. Los criterios diagnósticos más aplicados son los clásicos de Wessel que siguen la regla de los tres:

- Llanto más de 3 horas al día
- Más de tres días a la semana
- Durante más de tres semanas.

Los criterios diagnósticos los podemos dividir en principales y secundarios:

- Principales:
  - Llanto paroxístico (>3h/día, >3días/semana)
  - Comportamientos motores característicos: Piernas flexionadas sobre el abdomen; Puños cerrados.
  - Agitación: Niño molesto, inquieto, irritable.
  - Llanto vespertino
- Secundarios:
  - Lactante saludable (llanto inexplicable).
  - Síntomas gastrointestinales: distensión y timpanismo abdominal, meteorismo, estreñimiento, regurgitaciones.
  - Facies dolorosa.
  - Falta de respuesta a los estímulos tranquilizantes.
  - Otras características: estrés padres, patrón sueño / comida alterado.

Para el diagnóstico se deben de cumplir al menos tres criterios principales y uno secundario.

Si estos criterios constituyen el extremo del espectro del llanto de un lactante normal permanece sin resolver.

## Patogenia

Crecimiento y maduración del SNC.

Alimentación

Gas intestinal

Motilidad intestinal

Prostaglandinas y hormonas intestinales

Estilo de cuidados del lactante

### Crecimiento y maduración del SNC

Probablemente el rápido crecimiento y diferenciación del SNC durante la temprana vida postnatal es un importante determinante del estado de comportamiento manifestado como síndrome cólico.

El lactante sufre un cambio significativo entre el 2º-4º mes de vida incluyendo la organización periódica del sueño y vigilia y el surgimiento de la actividad durante la vigilia. En conjunto la cantidad de pleno despertar se incrementa continuamente desde el nacimiento, pero su calidad cambia rápidamente desde las 6-8 semanas.

La actividad durante los periodos de vigilia está dirigida hacia una meta (búsqueda visual, sonrisa, vocalización con patrón social).

La organización reflejada en su emergente maduración del SNC es probablemente el prerrequisito para mantener un estado de vigilia menos afectado por factores intrínsecos o extrínsecos (ej. : el lactante se hace más respondedor a estímulos psicológicamente significativos durante los tres primeros meses, incluyendo la voz y figura humanas). El establecimiento de la sonrisa social entorno a la 6ª semana sirve para prolongar la interacción con los cuidadores y estabilizar el estado de vigilia.

La mayoría de las hipótesis etiológicas fallan al explicar la remisión espontánea de los síntomas a pesar de la persistencia de factores etiológicos. La maduración del lactante para regular su estado de vigilia puede, en parte, explicar esta remisión.

Este aumento en la competencia podría modificar la respuesta del llanto ante persistentes estímulos que, de otro modo, predispondrían a mantener el estado de llanto.

### Alimentación y cólico.

Las causas alimentarias más comúnmente implicadas es el contenido proteico. Las proteínas de la leche de vaca de la dieta actuarían como estímulo antigénico a nivel gastrointestinal. En estudios controlados la prevalencia, patrón y cantidad de llanto han sido similares en niños alimentados con lactancia materna y fórmula adaptada, esto sería debido a que la proteína antigénica de la leche de vaca sería la  $\beta$ -lactoglobulina que está presente, también en la lactancia materna.

La intolerancia a proteínas de leche de vaca podría estar implicada por mecanismos inmunológicos y tóxicos locales, ambos mecanismos implican daño tisular, pero la evidencia de éste es escasa en el cólico.

Se han realizado ensayos dietéticos para probar de forma indirecta la implicación de la intolerancia proteica en la patogenia del cólico del lactante. Evans y col. no encontraron mejoría, Jakobsen y col. encontraron mejoría en subgrupos seleccionados eliminando las proteínas de la leche de vaca en los lactantes o en la madre si el niño estaba tomando el pecho.

Esto implica que la posibilidad de intolerancia a proteínas en un pequeño grupo de lactantes con cólicos.

### Gas intestinal.

El aire intestinal puede provenir del aire tragado, por difusión sanguínea en función de las presiones relativas parciales en los dos compartimentos y producción intraluminal por productos de fermentación bacteriana. Es removido del intestino a través del eructo, ventosidad, difusión a sangre y catabolismo bacteriano.

El aire tragado durante la succión puede aumentar por mala técnica de alimentación o por tamaño inadecuado del agujero de la tetina.

El llanto, en sí mismo, conlleva gas adicional que permanece después que el episodio ha cesado.

El gas colónico producido en el intestino puede ser la mayor contribución al gas abdominal.

Igualmente se ha postulado que, a pesar de un nivel máximo de lactasa al nacer, puede el niño no ser capaz de hidrolizar toda la lactosa. Hay variabilidad individual, pero la insuficiencia funcional de la lactasa persiste hasta los tres meses en la mayoría de los lactantes.

Esto explicaría la gran variabilidad en la producción de gas colónico, igualdad en lactancia materna y fórmula y el aumento en la absorción ocurre aproximadamente a la misma edad que se reduce el llanto, y el llanto vespertino podría estar relacionado con la acumulación de hidratos de carbono parcialmente absorbidos.

Desafortunadamente, los intentos de modificar el comportamiento del llanto disminuyendo el gas intestinal con fórmulas con lactosa pretratada o fármacos (si-dimeticona) no han tenido mucho éxito.

### Motilidad intestinal

Teóricamente alteraciones en la actividad motora del intestino podrían predisponer al cólico como fuente directa de malestar o indirectamente alterando la distribución, acumulación, eliminación o tránsito de sustancias incluido el gas.

### Prostaglandinas y hormonas intestinales.

Como las prostaglandinas producen contracción del músculo liso y aumentan la motilidad gastrointestinal y pueden inducir cólicos como efecto secundario a su administración intravenosa en neonatos, son candidatas como mediadores en los síntomas de los cólicos del lactante.



El porqué y si el efecto es local o sistémico se desconoce. En algunos estudios hay evidencia que la ingestión de A.A.S. por parte de la madre reduce los cólicos en aquellos lactantes con lactancia materna. También se piensa en otras hormonas: la motilina está aumentada en niños con cólicos independientemente de la alimentación. La gastrina y el VIP no. El papel específico de la motilina se desconoce.

Cuidados del lactante.

La observación sistemática confirma la sabiduría común que prácticas tales como coger y mecer al niño son efectivos tranquilizantes.

En general, comportamientos y estímulos que suponen cambio postural, repetitividad, constancia y/o ritmicidad y más cercana proximidad entre madre y lactante tienden a mantener el estado de no-llanto.

En estudios realizados se ha comprobado que un aumento de 2 horas de coger al niño reduce el llanto diario a la 6ª semana un 43% y el vespertino un 54% y elimina el pico de la 6ª semana. Si tal cambio tuviera valor terapéutico o preventivo no está demostrado.

Los factores gastrointestinales y conductuales pueden ser sistemas complementarios modulando el comportamiento del llanto.

### **Creencias populares erróneas.**

Suposiciones acerca de los cólicos derivadas de la tradición cultural y médica pueden alcanzar el estatus de hechos en los que se basa el tratamiento. Existe acumulada evidencia suficiente para reclasificar un número de suposiciones más apropiadamente como errores:

- Ni el llanto ni el cólico han sido probados ser más frecuentes en lactantes con fórmula o lactancia materna.
- Con la excepción de la dicitomina no hay evidencia de efectividad de fármacos.
- Wolf demostró que los pañales mojados no son causa suficiente del llanto del lactante.
- El consejo de no responder al llanto del lactante porque sería "malo". Dejarlo es difícil e inefectivo y no hay evidencia que el responder traiga consecuencias negativas.
- No hay evidencia que el cambio de lactancia materna a fórmula adaptada o cambios a fórmulas especiales sean efectivas salvo en un pequeño subgrupo de lactantes.
- No hay evidencia que la ansiedad materna cause cólico, aunque si puede ser un factor contribuyente.

### **Manejo**

El acercamiento racional para el manejo incluye lo siguiente:

- Información a los padres dirigida a disminuir la ansiedad atribuible a no conocer los hechos básicos sobre el llanto y el cólico del lactante. Principalmente que el llanto aumenta en el 2º mes de vida (pico en la 6ª semana) y la ausencia de enfermedad subyacente.
- Una historia clínica y exploración física dirigida a detectar otros síntomas y signos de patología subyacente que pueda producir llanto (otitis media, hernia inguinal incarcerada, torsión testicular, pelo alrededor de un pelo...).
- Recomendaciones dirigidas a la ansiedad de los padres proporcionando información clínicamente útil, específicamente escribiendo un diario del llanto, conducta y ganancia ponderal del lactante.
- Cambio en el estilo de cuidados del lactante, estimulando un estado de vigilia activa más que el llanto.
- Cambios en el ambiente para alcanzar un estado de no-llanto en relación con la respuesta de los lactantes a una estimulación constante y rítmica (ej.: música de fondo, paseos en coche o cochecito).
- A causa de estudios que reflejan distress respiratorio y apnea, no se recomienda el uso de la dicitomina.
- Ensayo con hidrolizado de proteínas (a las 72h habrá mejoría si IPLV). Es más probable que sea útil en lactantes con otras manifestaciones además del llanto, tales como: visible peristaltismo intestinal al poco tiempo de la comida, disminución de peso, persistentes regurgitaciones o diarrea. Quitar la leche de vaca a la madre se puede probar en los niños con lactancia materna, pero no hay evidencia que el cambio de fórmula esté indicado, el cambio por su efecto placebo no está indicado y aumenta la percepción materna de la vulnerabilidad del niño.

Es útil completar un diario de conducta durante 72h (tabla 1). Los padres anotan la hora de comienzo y final de cada actividad añadiendo cualquier comentario relevante. El diario permite cuantificar el llanto y monitorizar el tratamiento. Hablando con los padres es difícil obtener una información precisa sobre las circunstancias del llanto y las respuestas de ellos. Se puede determinar si los padres suponen que todo el llanto se relaciona con dolor y si solo responden paseando al niño. Se puede evaluar el tipo de respuesta que los padres intentan, en qué orden lo hacen y la lógica de esas respuestas.

La mayoría de los niños lloran entre 1.2 ½ horas al día. Se verá si lloran más de 3 horas.

Se verá si al responder de otra forma disminuye el llanto.

Se instruye a los padres para que acepten que el llanto es comunicación e intenten una de estas 5 respuestas: dar de comer, da chupete, ponerlo dormir, cogerlo o estimularle.(Tabla2)

Si una no funciona hay que cambiar a la otra.

Nosotros debemos revisar el diario resaltando específicos episodios de llanto y sugerir respuestas alternativas.

Se da una hoja de instrucciones a los padres. Continuarán con los diarios, revisándolos cada tres días hasta que se observe mejoría.

#### DIARIO DE CONDUCTA

Durante 72 h
Durmiendo solo (no en brazos)
Durmiendo en brazos
Comiendo
Despierto, solo y contento
Despierto, solo y llorando
Despierto, en brazos y contento
Despierto en brazos y llorando
En el baño

Tabla1.

#### INSTRUCCIONES A LOS PADRES

El llanto indica alguna de las siguientes necesidades:
El niño tiene hambre
El niño no tiene hambre pero quiere succionar
El niño quiere que se le coja
El niño está aburrido y quiere estimulación
El niño está cansado y quiere dormir

Tabla2.

#### Bibliografía

Dodge JA. Vomiting and regurgitation. En: Walker W, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins W, eds. Pediatric gastrointestinal disease. Philadelphia: BC Decker; 1991.p.32-41.

Marqués E. Estreñimiento. En: Pediatría en Atención Primaria. Ed. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1997. p 189-192.

Boix-Ochoa J., Canals J. Maturation of the lower esophagus. J. Pediatr Surg 1976; 11:749-756.

Vandeplas Y, Sacre-Smits L. Continuous 24-hour esophageal pH monitoring in 285 asymptomatic infants 0-15 months old. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1987; 6:220-224.

Barr R. Colic and gas. En: Walker W, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins W, eds. Pediatric gastrointestinal disease. Philadelphia: BC Decker; 1991.p.55-61.

Martín Castañeda I, Garnelo García E, Guijarro Jiménez A, López Gómez C. El cólico del lactante. Ed. Comares, Granada 1995

Taubman B. Síndrome del cólico del lactante. En: Manual de Atención Primaria en Pediatría. Ed. Mosby, 1994. p 42-45