

Cólico del lactante: el enigma del llanto



J. M. Pascual Pérez¹, M. C. De Hoyos López²

¹Centro de Salud Los Pintores. Servicio Madrileño de Salud. Parla, Madrid.

²Centro de Salud Pedro Laín Entralgo. Alcorcón, Madrid.

EL PROBLEMA EN NUESTRO MEDIO

A pesar de ser uno de los motivos de consulta pediátrica más usuales y conocidos por los padres, tanto para ellos como para nosotros como pediatras sigue siendo un reto por la incertidumbre que conlleva: la mayoría de las veces fuera el primer contacto con un paciente que no conocemos, que impresiona por su comportamiento de gravedad pero al que hemos de despedir con un diagnóstico aparentemente incierto y sin tratamiento. Debemos ser cuidadosos en no transmitir nuestras incertidumbres a unos padres angustiados, aunque tampoco debemos dar la impresión de que lo consideramos un proceso banal que no merece nuestra atención.

Existen muchas sombras sobre este cuadro, lo cual se refleja en su variada sinonimia: cólico de Moro, cólico de gases, cólico de los tres meses, cólico vespertino o del anochecer, llanto excesivo primario, llanto prolongado, llanto paroxístico, enrojecimiento paroxístico, alboroto paroxístico, dispepsia transitoria del lactante o del nacimiento... Probablemente, el término más empleado en España sea el de cólico del lactante (CL), aunque verdaderamente no esté claro que estos episodios se puedan asimilar a un verdadero cólico (“acceso doloroso, localizado en los intestinos” o al menos abdominal). Por eso, para muchos autores (entre los que nos incluimos) sería más adecuado utilizar términos que hagan referencia al llanto excesivo (en cantidad o sobre todo en intensidad) difícil de calmar (inconsolable) paroxístico e inexplicable (sin causa aparente). Por ello, aunque siendo dogmáticos quizás hubiéramos preferido titular este texto “Llanto excesivo primario”, por razones prácticas emplearemos el que está más extendido entre la población general: a cualquier padre que le digas taxativamente “esto es de los gases, es un cólico del lactante” lo asumirá con resignación... al menos inicialmente. Este texto no pretende ser una revisión

sistemática, sino una exposición de conocimientos prácticos.

El CL se define como episodios repetidos de llanto excesivo e inconsolable de un bebé que, por lo demás, parece estar sano y próspero (sin fallo de medro)¹.

Clásicamente, y sobre todo en estudios de investigación, se utilizan definiciones más específicas, a menudo siguiendo los criterios de Wessel conocidos como la “regla del tres”: paroxismos de irritabilidad o llanto que duran al menos tres horas al día, al menos tres días a la semana y durante más de tres semanas². No obstante, esta definición, además de ser arbitraria, es poco práctica desde el punto de vista clínico para el pediatra de Atención Primaria o de los Servicios de Urgencias que recibe a los apesadumbrados padres la mayoría de las veces durante el primer episodio³.

Para ello, pueden ser más útiles definiciones más descriptivas y clínicas de estas crisis de llanto inconsolable e intenso que se producen normalmente por la tarde y van acompañadas de enrojecimiento facial, puños cerrados, distensión abdominal, flexión de las piernas sobre el abdomen e incluso hiperextensión de la espalda al estar en brazos. Es un llanto que no está causado por un problema médico y es un proceso autolimitado (que desaparecerá entre el tercer y el cuarto mes de vida)^{3,4}.

Su prevalencia se estima del 5% al 20% de los niños (e incluso para algunos autores llega al 40%), según la definición utilizada⁵. En el Reino Unido, una de cada cuatro familias consulta a su médico por este motivo⁶. En nuestro país probablemente tengamos tasas incluso mayores debido a nuestro Programa del Niño Sano y a una mayor accesibilidad y resolución con el pediatra en el primer nivel de Atención Primaria.

A pesar de que su pronóstico es excelente, ya que evoluciona hacia la resolución espontánea sin consecuencias sobre la salud del niño por sí mismo, su importancia radica en

las consecuencias originadas por la gran ansiedad, cansancio y estrés que genera en los padres^{1,7}. Además de una posible retirada prematura de la lactancia materna e incluso una introducción más precoz de lo deseable de la alimentación complementaria, puede afectar a sus relaciones con el niño, cuya forma más grave sería el síndrome del niño sacudido. Se trata de una forma de traumatismo craneoencefálico severo originada por una sacudida violenta de un bebé que llora inconsolablemente, por lo que la persona que está a su cuidado se frustra y pierde el control.

La causa del CL es desconocida, aunque se han postulado múltiples hipótesis etiopatogénicas: gastrointestinales (excesiva producción de gas, hipermotilidad intestinal, cambios en la flora intestinal), hormonales (con implicación de motilina, serotonina y melatonina), inmunológicas (hipersensibilidad o alergia a las proteínas o lactosa de la leche de vaca), psicosociales (interacción del bebé con los padres que originan sobreestimulación, técnicas de alimentación incorrectas) e incluso conductuales (temperamento con hipersensibilidad al entorno)¹⁻⁸. Se ha dudado incluso de su existencia considerándolo una variante de la normalidad (“niños llorones”)^{3,6}.

SECUENCIA DIAGNÓSTICA Y MANEJO INICIAL

El diagnóstico del CL es clínico y para ello se debe realizar una exhaustiva y cuidadosa anamnesis con exploración física sistemática y completa para realizar el diagnóstico de exclusión de otras patologías menos comunes pero orgánicas^{1-3,6}. En la **tabla 1** se recoge el diagnóstico diferencial del llanto en el lactante, un reto sobre todo para el que lo recibe en plena crisis (muchas veces incluso en la primera).

En esta primera valoración el primer objetivo es **descartar la necesidad de derivación por patología orgánica no demorable** que no se puede resolver en nuestro nivel asistencial. Sobre todo si la sintomatología comenzó recientemente y de manera brusca, se debe descartar lesiones no accidentales (sospecha de maltrato como el síndrome del niño sacudido), causas de abdomen agudo (invaginación intestinal, vólvulo, hernia estrangulada, estenosis hipertrófica de píloro), torsión testicular o úlcera corneal (por ejemplo, arañazo del propio bebé). Son signos de alarma todo aquello que haga pensar que no es un niño saludable: mal estado general, fallo de medro grave, fiebre, apnea, cianosis, mala perfusión tisular y síntomas neurológicos (somnia, hipotonía, convulsiones)^{1,4}. En estos supuestos se debe remitir a los

Servicios de Urgencias hospitalarios inmediatamente aunque no se haya precisado el diagnóstico.

En segundo lugar se deben **descartar patologías orgánicas resolubles en Atención Primaria** y que por ello no precisen una derivación inmediata, entre las que destacan la enfermedad por reflujo gastroesofágico, el estreñimiento y la intolerancia o alergia alimentaria. Se sospecharán ante el fallo de medro, rechazo de alimentación, incluso con posturas anómalas (Sandifer), pausas de apnea (aspiraciones), regurgitaciones y diarrea. En concreto, el reflujo gastroesofágico siempre debe considerarse en un niño con cólicos, sobre todo si se asocian pausas de apnea (*odds ratio* [OR] 21) y rechazo de tomas (OR 8)^{1,4}.

Ante la sospecha diagnóstica de CL, se intentará reducir la ansiedad de los padres mediante **información y apoyo**^{1,3,6}. El tono debe ser cercano y comprensivo. Los objetivos principales serán:

- Argumentar y expresar la sospecha diagnóstica de CL (**llanto excesivo primario**): enfatizar su pronóstico benigno y autolimitado, resaltando que:
 - No depende de que los padres lo hacen mal^{1,6,8}.
 - Establecimiento de rutinas: no realizar cambios de alimentación (sobre todo si está con lactancia materna, reafirmar la conveniencia de mantenerla) ni de hábitos a ciegas. Evitar la sobreestimulación^{1,6,8}.
 - No hay medicación eficaz^{1,6,8}.
- **Prevenir el síndrome del niño sacudido**: aunque coger al bebé durante el episodio de llanto puede ser útil, se debe evitar hacerlo durante discusiones, y si hay momentos en que el llanto se siente intolerable, lo mejor es soltarlo, poner al bebé en un lugar seguro (por ejemplo, su cuna), tomarse unos minutos “de tiempo fuera” y pedir ayuda a algún familiar o amigo^{1,3,6}.
- Descartar causas de llanto resolubles fisiológicas y proporcionar **estrategias para calmar a un bebé que llora**: entrenamiento de padres en las cinco necesidades fundamentales (hambre, succión, protección/frío-calor, atención y sueño)^{1,3,6,8-10}. En este primer momento es importante al menos aclarar dudas en cuanto a la técnica de alimentación (probablemente, la principal preocupación para los padres) flexibilizando tomas y evitando la sobrealimentación. Se debe prevenir el abandono de la lactancia materna por inseguridades (derribar falsos mitos como “mi leche es agua o no alimenta”) y evitar la introducción precoz de alimentación complementaria e incluso sólidos^{1,6,8}.

- Recomendar el uso de un **Diario de Comportamiento**: registro de tomas, tiempo de sueño y vigilia, y episodios de llanto (duración, intensidad) en una tabla o gráfica horaria^{1,7,10}.

Se finalizará esta primera consulta concertando controles clínicos posteriores y explicando la organización y la accesibilidad a los recursos sanitarios (en especial de nuestro centro y de la consulta de Enfermería Pediátrica, pilar fundamental del Programa del Niño Sano), además de confirmar un teléfono para poder contactar con los padres.

SEGUIMIENTO: VALORACIÓN FUERA DEL LLANTO (VISITAS CONCERTADAS O PROGRAMADAS)

Todas las familias necesitan **apoyo y visitas concertadas regulares** hasta que el llanto se calme. Aunque en cada paciente se individualizará, en nuestra experiencia son recomendables^{1,6,8-9}:

- Un **control a las 24 o 48 horas de la primera consulta** para reforzar nuestro diagnóstico y sobre todo descartar causas orgánicas no demorables que se hubieran

Tabla 1. **Diagnóstico diferencial del llanto en el lactante**

<ul style="list-style-type: none"> • Cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta <ul style="list-style-type: none"> – Traumatismo – <i>Erosión corneal</i> – Cuerpo extraño ORL – Fractura de cráneo – Otitis aguda – Aftas orales, estomatitis, faringitis – Quemadura mucosa oral – Paniculitis • Cardiovascular <ul style="list-style-type: none"> – <i>Insuficiencia cardiaca congestiva</i> – Taquicardia supraventricular – Endocarditis – Miocarditis • Pulmonar <ul style="list-style-type: none"> – Infección respiratoria alta – Aspiración de cuerpo extraño – Neumotórax – Neumonía 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> – Estreñimiento – Fisura anal/hemorroides – <i>Obstrucción intestinal</i> – <i>Invaginación intestinal</i> – <i>Vólvulo intestinal</i> – Enfermedad de Hirschprung – Alergia o intolerancia a proteínas de leche de vaca – Reflujo gastroesofágico, esofagitis • Genitourinario <ul style="list-style-type: none"> – <i>Torsión testicular</i> – <i>Hernia inguinal incarcerada</i> – Balanitis – Hidrocele – Retención urinaria – Infección de orina – Torniquete peneano • Musculoesquelético <ul style="list-style-type: none"> – <i>Torniquete en dedo por pelo o fibra sintética</i> – Fractura – Osteomielitis – Artritis – Crisis vasoclusiva (drepanocitosis) – Dactilitis
<ul style="list-style-type: none"> • Neurológico <ul style="list-style-type: none"> – Síndrome de abstinencia neonatal – <i>Presión intracraneal aumentada</i> – <i>Hidrocefalia</i> – <i>Masas</i> – <i>Hemorragia intracraneal</i> – <i>Edema cerebral</i> – <i>Meningitis/encefalitis</i> – Hiperestimulación – Temperamento • Dermatológico <ul style="list-style-type: none"> – Quemaduras – Celulitis – Picaduras de insectos, urticaria – Dermatitis atópica – Mastocitosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Tóxico-metabólico <ul style="list-style-type: none"> – Errores innatos del metabolismo – <i>Hipoglucemia</i> – <i>Alteraciones hidroelectrolíticas</i> – Hiperparatiroidismo – Feocromocitoma – Ingestión de tóxicos – Intoxicación por monóxido de carbono • Otros <ul style="list-style-type: none"> – Hambre – Cólico del lactante – Reacción a vacunas – <i>Abuso</i>

ORL: otorrinolaringológico.

En cursiva las que precisan un diagnóstico y un tratamiento menos demorable. Modificado de Tamariz-Martel R, Marcos N. Lactante con llanto. Il Programa de Formación Continuada de Urgencias Pediátricas en Atención Primaria.

pasado por alto. Si previamente a nuestra primera visita de valoración contamos con datos que reafirmen el diagnóstico (por ejemplo, informes de consultas previas a Servicios de Urgencias), quizás se podría demorar algo más esta cita concertada. No obstante, es importante no dejarse influenciar por juicios clínicos de otros profesionales que tienen el *handicap* frente a nosotros de no conocer al paciente y su entorno, y sobre todo no tienen posibilidad de seguimiento. Al menos inicialmente, es preferible valorar al paciente como si fuéramos los primeros a los que cuenta su problema.

- Controles posteriores, preferiblemente **coincidentes con las visitas previstas en el Programa del Niño Sano y uso de la consulta telefónica**, sobre todo por la enfermera pediátrica. De esta forma evitaremos la medicalización del proceso, apego excesivo y dependencia del pediatra y fomentaremos la educación en el autocuidado por los padres.

Los objetivos serán:

- **Reafirmar el diagnóstico**: confirmar que se trata de un niño SALUDABLE sin fallo de medro, buen desarrollo psicomotor y sin patología orgánica. Comprobaremos la NORMALIDAD entre las crisis (realizando exploración física en ese momento)^{1,4}.
- **Revisión de los datos del Diario de Comportamiento**: permiten identificar posibles desencadenantes y actuar frente a ellos, y sobre todo evidenciar la mejoría evolutiva¹.
- **Revisar la eficacia de las estrategias para calmar el llanto**: además de las habituales (alimentación, succión o chupete, emisión de gases, cogerlo en brazos, balanceo y acunamiento, darle un baño caliente, paseo en portabebé o incluso automóvil) se puede instruir en:
 - Administrar una solución de **sacarosa**: puede ser eficaz pero el beneficio es tan fugaz (minutos) que no es una práctica de tratamiento^{1,3,6}.
 - **Ruido blanco**: se define como aquel que contiene todas las frecuencias y todas ellas muestran la misma potencia. El ruido blanco de baja intensidad puede favorecer la relajación y el sueño. Son ejemplos un secador de pelo, una aspiradora o agua corriente (lavadora o lavavajillas). En tiendas especializadas e Internet pueden adquirirse recursos multimedia con largas secuencias de ruido blanco, así como aparatos electromecánicos que

hacen uso del principio del ruido blanco para “enmascarar” los ruidos repentinos y molestos^{1,3,9-10}.

- Envolver al niño (**swaddling** o **baby-wrapping**): consiste en enrollarlo con una sábana dejándolo inmóvil. Puede ayudar a calmarlo en los primeros meses¹⁰.
- **Masaje** estando en decúbito prono mientras está despierto. Es preferible realizarlo cuando está tranquilo, entre crisis. Incluso se puede seguir técnicas y movimientos usados en la osteopatía^{1,16}.
- **Animar a los padres para que cuiden de su propio bienestar** (cuidado del cuidador): deben descansar cuando el bebé esté dormido, turnarse en el cuidado y pedir apoyo a familiares o amigos. Además, puede ser útil conocer a otros padres con bebés de la misma edad^{1,3,6,8-10}.

Solo si durante el seguimiento se objetiva que por la severidad de los episodios los padres se sienten incapaces de afrontar la situación a pesar del consejo y apoyo, se plantearán intervenciones terapéuticas¹. Se pueden hacer **ensayos terapéuticos de una semana** de duración, y solo continuar el tratamiento (hasta los tres meses) si hay respuesta (se acorta la duración del llanto). Las opciones más recomendadas son:

- **Simeticona**: como placebo (sin evidencia de eficacia pero segura), ya que el simple hecho de ser capaz de dar algo a su bebé puede ayudar a los padres a afrontar mejor el llanto^{1,6}. Tiene presentación farmacéutica y autorización en el lactante para el CL. Se administrarán de 2,5 a 5 cc cuatro veces al día (preferiblemente después de las tomas).
- **Dieta sin proteínas vacunas (PV)**: parece que en un tercio de los CL puede ser beneficioso cambiar la Fórmula por un Hidrolizado de PV, o dieta exenta de PV de la madre que amamanta^{1,6,9,11}. Otras restricciones hipoalérgicas (huevo, trigo, frutos secos...) solo se deben hacer de manera escalonada y ante sospecha clínica. En el caso de que la madre que amamanta vaya a permanecer con una dieta sin lácteos a largo plazo debe de tomar un suplemento de calcio.

En general, no son recomendables otras intervenciones terapéuticas (otros fármacos o fórmulas dietoterapéuticas, hierbas...) debido a su ineficacia e incluso riesgo de seguridad. En la tabla 2 se reseñan con su grado de recomendación.

Se debe derivar si los padres se sienten incapaces a pesar del consuelo, apoyo e intervenciones de Atención Primaria, si existen dudas diagnósticas o si no se puede dejar de depender de un tratamiento a la edad de seis meses.

PEDIATRÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

Aunque hay muchos estudios de intervenciones para el CL, la mayoría son de mala calidad metodológica, lo que hace difícil evaluar la eficacia de cualquier tratamiento¹¹. Ningún tratamiento ha demostrado con claridad que sería de gran beneficio (aparte de los anticolinérgicos).

Las principales evidencias y grados de recomendación (GR) al respecto son los siguientes:

- Se debe realizar una exhaustiva y adecuada anamnesis y una exploración física completa para realizar el diagnóstico de exclusión de otras patologías menos comunes pero orgánicas (GR A).
- La intervención más útil es el apoyo y la seguridad de que el CL se resolverá (GR A).
- Los anticolinérgicos (dicloverina o diclomina) han demostrado ser claramente eficaces (NNT 3), pero están contraindicados por sus posibles efectos adversos graves (apnea, convulsión y coma) (GR D)^{1,3,6,11}.
- La simeticona no ha demostrado beneficios en el cólico infantil, pero se recomienda como ensayo terapéutico por su seguridad (GR C)^{1,12}.
- El cambio a una dieta hipoalergénica (sin leche, huevos, trigo y nueces) puede ayudar a aliviar los síntomas del CL^{1,8,11,15}.
- Una dieta exenta de lácteos se recomienda como una estrategia práctica de ensayo de modificación de la dieta en Atención Primaria^{1,3,5,6,11,15}. En un cólico del lactante grave cabe considerar el ensayo terapéutico con

hidrolizados extensivos de proteínas en lactantes con biberón (NNT 6) y la dieta hipoalergénica extensiva (que incluya la supresión de leche y otros alimentos potencialmente alergénicos) en la madre que amamanta (NNT 3).

- Los ensayos clínicos con hidrolizado sérico son de mejor calidad que aquellos que evalúan hidrolizado de caseína. Sin embargo, ambos tipos de hidrolizados son probablemente eficaces en los casos de verdadera intolerancia a la proteína de leche de vaca o a la lactosa³.
- Probióticos: la administración de *Lactobacillus reuteri* mejora la sintomatología del CL en comparación con simeticona en niños con lactancia materna exclusiva (NNT 1,36). Aunque no deja de sorprender el gran efecto observado con una intervención nutricional en niños que reciben una alimentación considerada patrón de referencia como es la lactancia materna, a juicio de los revisores, aún no se puede llevar estos resultados preliminares a la práctica diaria, sobre todo teniendo en cuenta las limitaciones del trabajo¹³.
- También se pueden ensayar los productos fitoterapéuticos con hinojo solo o en combinación con manzanilla, verbena y regaliz (NNT 3), si bien no se conoce la dosis eficaz (en cualquier caso utilizar con moderación, para evitar el desplazamiento de la ingesta de leche)^{1,3,6}. Algunas variedades de anises estrellados pueden ser tóxicas (originando convulsiones) (GR D).

Tabla 2. **Intervenciones terapéuticas: eficacia, seguridad [grado de recomendación]**

Intervención	Eficacia	Seguridad	[GR]
Apoyo e información	Eficaz	Seguro	[A]
Simeticona	Ineficaz	Seguro	[B]
Exenta de PV	Eficaz	Seguro	[B]
Estilos de crianza	Ineficaz	Seguro	[C]
Entrenamiento de los padres	Ineficaz	Seguro	[C]
Simuladores de coche	Ineficaz	Seguro	[C]
Ruido blanco	Posiblemente Eficaz	Seguro	[I]
Osteopatía craneal	Ineficaz	Seguro	[C]
Manipulación espinal	Ineficaz	Riesgo	[D]
Sacarosa	Eficaz	Seguro	[B]
Probióticos	Eficaz	Seguro	[B]
Hierbas	Posiblemente Eficaz	Riesgo	[D]
Dicloverina	Eficaz	Riesgo	[D]
Metilescopolamina	Eficaz	Riesgo	[D]

GR: grado de recomendación; A: buena evidencia para recomendarlo; B: moderada evidencia para recomendarlo; C: no se puede recomendar por conflictos de evidencia; D: moderada evidencia en contra (desaconsejarla); I: evidencia insuficiente; PV: proteínas vacunas.

- No son recomendables las fórmulas de soja, hipoalérgicas (anticólico o HA) ni sin lactosa (GR D)^{3,7,14}.
- No existen diferencias a la larga entre estilos de crianza con mayor (“estilo danés”) o menor atención (“estilo inglés”): aunque los primeros tienen menos horas de llanto, tienen más despertares nocturnos^{3,6,11,15} (GR C).
- Estrategias calmantes: los simuladores de viaje en coche, la disminución de la estimulación o el entrenamiento intensivo a padres no son efectivos (GR C), y no hay estudios sobre el uso del ruido blanco para el CL (GR I).
- La osteopatía craneal puede ser efectiva (GR C) mientras que la manipulación espinal quiropráctica no es efectiva y además puede producir daños (GR D)¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. CKS Clinical topic—Colic infantil. Version 1.1.[Internet]. 2007. [consultado el 30/09/2010]. Disponible en http://www.cks.nhs.uk/colic_infantil.
2. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS Jr, Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics*. 1954;14(5):421-35.
3. InfoPOEMs Latino. Cólico Consulta clínica en 5 minutos – Pediatría. [Internet]. [consultado el 30/09/2010]. Disponible en: <http://www.info-poemslatino.com/pediatría/consulta/colico.htm>.
4. Illingworth RS. “Three months” colic. *Arch Dis Child*. 1954;29:165-74.
5. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *British Medical Journal*. 1998;316(7144):1563-1569. Disponible en: <http://ukpmc.ac.uk/articles/PMC28556;jsessionid=CD1D70B9A09ADF-CA6E616DAD34D6EAA2.jvm4>

CUADERNO DEL PEDIATRA

La misión del pediatra ante el niño que llora y parece presentar un cólico es identificar aquellos casos en los que detrás de ese llanto hay una patología, y en el resto intentar suministrar información suficiente para el manejo sin ansiedad y evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias o el uso de tratamientos de dudosa eficacia.

Primera valoración durante la crisis de llanto (visita espontánea):

- Descartar la DERIVACIÓN por patología orgánica no demorable que no se puede resolver en nuestro nivel asistencial: remitir a Urgencias hospitalarias ante signos de alarma (patología quirúrgica, mal estado general, fallo de medro grave, fiebre, apnea, neurológicos).
- Descartar patología orgánica resoluble en nuestro nivel asistencial: reflujo gastroesofágico, intolerancia alimentaria, fallo de medro, estreñimiento.
- Reducir la ansiedad de los padres mediante INFORMACIÓN Y APOYO, enfatizando su pronóstico benigno y autolimitado, resaltando que no se origina por ser malos padres, estableciendo rutinas, en especial en la alimentación (sobre todo animando a continuar con la lactancia materna si la tiene), y evitando la sobreestimulación. Hay que aclarar que no hay medicación eficaz y se debe prevenir el síndrome del niño sacudido. Se proporcionarán estrategias para calmar a un bebé que llora (entrenamiento de padres): hambre, succión, protección/frío, atención y sueño. Una herramienta muy útil es un **Diario de Comportamiento** para registro de tomas, tiempo de sueño y vigilia, y episodios de llanto (duración, intensidad).
- Concertar controles clínicos posteriores.

Seguimiento (visitas concertadas o programadas):

Todas las familias necesitan apoyo y visitas concertadas regulares hasta que el llanto se calme. Aunque se individualizará con cada paciente, se recomienda:

- Un control a las 24 o 48 horas de la primera consulta para reforzar nuestro diagnóstico y sobre todo descartar causas orgánicas no demorables que se hubieran pasado por alto.

- Controles posteriores preferiblemente coincidentes con las previstas en el Programa del Niño Sano y uso de la consulta telefónica, sobre todo por la enfermera pediátrica.

Los objetivos serán:

- Reafirmar el diagnóstico comprobando la normalidad entre las crisis (confirmando que es un niño saludable sin fallo de medro, con buen desarrollo psicomotor y sin patología orgánica).
- Revisión de los datos del Diario de Comportamiento: permiten evidenciar la mejoría evolutiva.
- Revisar la eficacia de las estrategias para calmar el llanto: además de las habituales (alimentación, succión o chupete, emisión de gases, cogerles en brazos, balanceo y acunamiento, darle un baño caliente, paseo en portabebé o incluso automóvil) se puede instruir en: ruido blanco (secador de pelo, aspiradora o agua corriente), envolver al niño en una sábana dejándolo inmóvil (*baby-wrapping* o *swaddling*), masaje estando en decúbito prono mientras está despierto (es preferible realizarlo mientras está tranquilo, entre crisis, según técnica de osteopatía) y solución de sacarosa (eficaz pero fugaz).

Intervenciones terapéuticas (excepcionales):

La norma debe ser su no uso y solo deben considerarse en cólicos severos (cuando los padres se sienten incapaces de afrontar la situación a pesar del consejo y apoyo). Se pueden hacer ensayos terapéuticos de una semana de duración, con evaluación de eficacia posterior y mantenimiento hasta los tres meses de edad solo en el caso de disminución de las horas de llanto.

- Simeticona: como placebo (sin evidencia de eficacia pero segura).
- Dieta sin proteínas vacunas (PV): sustituir la fórmula por un hidrolizado extenso de PV, o dieta exenta de PV en la madre que amanta. Otras restricciones hipoalérgicas (huevo, trigo, frutos secos...) solo se deben hacer de manera escalonada y ante sospecha clínica.

No son recomendables otras intervenciones terapéuticas (otros fármacos o fórmulas dietoterapéuticas, hierbas...) por ineficacia e incluso riesgo de seguridad.

6. Joanna Briggs Institute. La efectividad de las intervenciones en el cólico del lactante. Best Practice. 2008;12(6). [Internet] Disponible en: http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPSEsp_12_6.pdf
7. Ardura J, De Hoyos MC, Andrés JM, Aldana J, Revilla MA. Actimetría y cronobiología en el cólico infantil. Efecto de dos dietas especiales. Bol Pediatr. 2000;40:8-18.
8. Rollan R. Llanto del recién nacido y del lactante. Bol Pediatr. 2001; 41:3-8.
9. San José MA, Taberner M. Llanto. Cólico del lactante. En: Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría, 3ª ed. Ed. Publires; 1996. p. 30-4.
10. Hischok H. The crying baby. Australian Family Physician. 2006;35(9):680-84. Disponible en: <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/Publications/AustralianFamilyPhys/2006issues/afp200609/20060906hiscock.pdf>
11. Colaboración Cochrane. Efectividad del tratamiento en el cólico del lactante: revisión sistemática. Rev Pediatr Aten Primaria. 2001;3:85-9.
12. Garrison MM, Christakis DA. A systematic review of treatments for infant colic. Pediatrics. 2000;106(1 Pt 2):184-90.
13. Chalco JP, Bada CA, Rojas RA. El *Lactobacillus reuteri* podría disminuir la duración de los síntomas del cólico infantil comparado con simeticona en lactantes con lactancia materna exclusiva. Evid Pediatr. 2007; 3:50.
14. Perdikidis L, González de Dios J. En pacientes afectados de cólico del lactante, algunas terapias dietéticas podrían aliviar sus síntomas. Evid Pediatr. 2008;4:69.
15. St James-Roberts I, Álvarez M, Csipke E, Abramsky T, Goodwin J, Sorgenfrei E. Infant crying and sleeping in London, Copenhagen and when parents adopt a "proximal" form of care. Pediatrics. 2006;117(6):e1146-55. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/117/6/e1146>
16. Bronfort G, Haas M, Evans R, Leininger B, Triano J. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. Chiropr Osteopat. 2010;18:3. Disponible en: <http://www.chiroandosteo.com/content/pdf/1746-1340-18-3.pdf>