

La efectividad de las intervenciones en el cólico del lactante

Recomendaciones

- Debe realizarse un examen del bebé para eliminar otros posibles problemas psicológicos (**Grado A**)
- Deben excluirse las causas normales del llanto, como el hambre y el frío. Este examen debe incluir preguntas sobre la dieta del lactante, indicios de reflujo, hábitos de sueño, defecación y orina, bienestar general de los padres y situación social del niño (**Grado A**)
- Reafirmar los esfuerzos de los padres o cuidadores por cuidar del bebé angustiado y reconocer el sentimiento de impotencia que pueden sentir al ver a su bebé tan angustiado (**Grado A**)
- Animar a los padres a buscar apoyo de otros miembros de la familia para que les ayuden con el cuidado del bebé y puedan tener algo de descanso. Llamadas telefónicas de seguimiento por parte del profesional de la salud para proporcionar apoyo y reafirmación. La reafirmación de los padres y sus esfuerzos por cuidar a su bebé es primordial (**Grado A**)
- Las intervenciones dietéticas deben estar enfocadas para reducir o eliminar los alérgenos que pueden estar presentes en la leche de vaca de la dieta del niño, y eliminar los huevos, trigo y frutos secos de la dieta de la madre (**Grado B**)
- Deben considerarse intervenciones comportamentales en cada etapa, como estimular la receptividad de los padres durante la aplicación de estrategias de confort, por ejemplo palabras tranquilizadoras, acunar al niño, cogerlo en brazos, masajearle el abdomen y flexionarle las piernas suavemente (**Grado B**)
- Animar a los padres a buscar apoyo en otros miembros de la familia para que les ayuden con el cuidado del bebé y que ellos puedan descansar. (**Grado B**)

Fuente de información

El volumen de evidencia relativa a las intervenciones para el cólico del lactante no ha cambiado significativamente desde que se publicó el primer BPIS sobre este tema en el año 2004.¹ Este BPIS incluye datos adicionales de un ensayo clínico aleatorio,² una revisión sistemática³ y una recomendación clínica sobre el cuidado post-natal rutinario.⁴

Antecedentes

Muchos padres, cuidadores y profesionales de la salud se enfrentan al hecho de cuidar a niños que manifiestan síntomas asociados al cólico. Se han sugerido como posibles causas las alergias alimentarias, y factores gastrointestinales y comportamentales. El cólico del lactante normalmente afecta a los bebés en las primeras semanas de vida y se suele resolver por sí mismo antes de los seis meses de edad.³ La prevalencia de estos cólicos se ha estimado en un 40% de los lactantes. En el Reino Unido, una de cada seis familias consulta a su médico de familia o enfermera de atención primaria acerca de síntomas de cólico que aparecen en su hijo.⁴ Aunque es transitorio, el cólico crea una considerable angustia en niños y cuidadores. El llanto incesante, inconsolable y sin explicación, en un niño aparentemente sano, provoca un aumento del cansancio, la frustración y la preocupación de los padres que buscan la forma de consolar a su hijo. En muchos casos las intervenciones realizadas surten poco efecto y es el simple hecho de esperar un tiempo a que desaparezcan los síntomas lo que acaba solucionando el problema.²⁻⁴ La idea de que el cólico del lactante no existe sugiere que es normal en los niños la presencia de ataques de llanto, desde el nacimiento hasta las 6 semanas de vida, después de lo cual disminuyen.² Otros autores

han sugerido que muchos de los niños que padecen un cólico están, de hecho, simplemente hambrientos.

Evaluación del llanto excesivo e inconsolable

Un bebé que presenta un llanto excesivo, las piernas encogidas sobre el estómago o la espalda arqueada debe ser examinado para ver si presenta cólico del lactante, evaluando y registrando las siguientes condiciones:⁴

- salud general del bebé
- historial antenatal y perinatal
- aparición y duración del llanto
- naturaleza de las deposiciones
- evaluación alimenticia
- dieta de la madre durante la lactancia
- historial familiar de alergias
- respuesta de los padres al llanto del bebé

Nota: El bebé debe ser evaluado por un médico cualificado para descartar otros diagnósticos. El llanto excesivo e inconsolable también puede significar que el bebé presenta dolor, lo que debe investigarse urgentemente.

Grados de Recomendación

Los siguientes grados de recomendación derivan de los Niveles de Efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs en el año 2006³

Grado A Efectividad demostrada para su aplicación

Grado B Grado de efectividad establecida que indica considerar la aplicación de sus resultados

Grado C Efectividad no demostrada

Definiciones y síntomas del cólico del lactante

El cólico se define como un ataque de llanto y un aparente dolor abdominal en la infancia temprana. Es una condición muy común caracterizada por prolongados y repetitivos períodos de llanto o angustia en un niño que, por lo demás, está sano. Un criterio comúnmente utilizado para definir este tipo de cólicos es “la regla de tres” de Wessel, que plantea que el cólico del lactante conlleva un llanto que dura al menos 3 horas al día, durante al menos 3 días en una misma semana, durante al menos 3 semanas en los primeros 3 o 4 meses de vida. Un niño con un cólico puede manifestar diversos síntomas: llanto excesivo, gritos elevados de tono, ataques de irritabilidad y angustia, rostro enrojecido, piernas encogidas, arqueamiento de la espalda, puños apretados, ventoseo, abdomen rígido y dificultad para tranquilizarse. Estos episodios, aunque pueden ocurrir en cualquier momento del día o la noche, normalmente se producen por la tarde-noche. El cólico del lactante puede verse agravado por la sobrealimentación, los zumos no diluidos, las alergias alimentarias y el estrés emocional.⁴

Objetivos

El objetivo es proporcionar una visión general de la efectividad de las intervenciones farmacológicas, dietéticas y comportamentales en el cólico del lactante tal y como lo expresan las revisiones sistemáticas identificadas.^{1,2}

Calidad de los estudios sobre las intervenciones en el cólico del lactante

Gran parte de la investigación realizada sobre la efectividad de las intervenciones en el cólico del lactante ha sido criticada por su falta de rigor metodológico. Los autores de una de las revisiones sistemáticas afirman que un tercio de los estudios identificados en su revisión (27 estudios) no reunían los criterios de calidad establecidos. La otra revisión sistemática identificó 22 de entre los cuales sólo 5 reunían los 3 criterios principales de calidad establecidos: definiciones adecuadas del caso, doble ciego adecuado, y una correcta asignación aleatoria.

Estos comentarios indican la necesidad de más investigación primaria de calidad para identificar las intervenciones efectivas para el cólico del lactante.

Tipos de intervenciones

Intervenciones farmacológicas

Las intervenciones farmacológicas estudiadas incluyen fármacos que actúan como relajantes sobre el músculo del intestino y reducen los espasmos, y otros que ayudan a la expulsión de aire.

Dimeticona (p. ej. Infacol®)

Nota: Dimeticona también se conoce como Simeticona (Simethicone) en los países de habla inglesa, como Reino Unido, Australia, Estados

Unidos, etc...

La dimeticona reduce la superficie de tensión de las burbujas del tracto intestinal, lo que permite que se expulse el gas con más facilidad. De los tres ensayos que compararon la dimeticona con un placebo, sólo uno mostró un efecto positivo en los síntomas del cólico del lactante, pero este ensayo era de baja calidad metodológica, sin proporcionar ningún tipo de información sobre la definición adoptada para “cólico del lactante” en el estudio. No se evidenció ningún beneficio al utilizar dimeticona para tratar el cólico del lactante en los otros dos ensayos. No se comunicaron efectos adversos en ninguno de los ensayos revisados.³

Medicamentos anticolinérgicos - dicicloamina/dicicloverina (p. ej. Merbentyl®)

Estos medicamentos se utilizan para relajar el músculo de la pared intestinal con el fin de prevenir espasmos. A pesar de los hallazgos obtenidos en la mejora de los síntomas del cólico, se produjeron efectos adversos en un pequeño número de niños tratados con estos medicamentos. La somnolencia, la diarrea, y el estreñimiento fueron los efectos adversos más habituales, pero en algún caso específico se notificaron efectos adversos más graves, como apnea, ataques epilépticos y coma. Los fabricantes de la dicloamina han suprimido esta medicación como indicación de tratamiento del cólico del lactante y, por consiguiente, este tratamiento no es recomendable en la actualidad.³

Metilescopolamina

La metilescopolamina es un relajante muscular que puede utilizarse para tratar la hipersensibilidad y las secreciones gástricas o intestinales. Durante su uso se produjo un empeoramiento de los síntomas en un 20% de los niños que recibieron este medicamento, mientras que ninguno de los niños que recibió placebo empeoró. Estos hechos pusieron de manifiesto que este medicamento no era efectivo en el tratamiento del cólico del lactante y que, de hecho, su uso en el tratamiento de estos cólicos era inseguro.³

Intervenciones dietéticas

Muchas de las intervenciones dietéticas pretenden reducir o eliminar la leche de vaca de la dieta del niño que padece cólicos del lactante, o de la madre que da el pecho a su hijo.^{2,3}

En algunas intervenciones se retiran también de la dieta de la madre todos los principales alérgenos, como el huevo, el trigo y los productos que contienen frutos secos. En el caso de los bebés alimentados con biberón, los estudios han sustituido la leche de vaca por caseína hidrolizada, suero hidrolizado o leche de soja en la fórmula de los preparados para determinar si una dieta hipoalergénica es un tratamiento efectivo.

Otras intervenciones consisten en disminuir la cantidad de lactosa en la leche materna y en el preparado de lactancia artificial añadiendo lactasa o enriqueciéndola con fibra, infusiones de hierbas o soluciones de sacarosa.⁴

Dieta de la madre lactante sin leche de vaca vs dieta con leche de vaca

En un pequeño ensayo clínico se eliminó la leche de vaca de la dieta de las madres lactantes. Aunque al eliminar de la dieta la leche de vaca no se modificaron los síntomas del cólico del lactante, los días en los que las madres comieron fruta o chocolate, los síntomas de los cólicos en los niños fueron más frecuentes. Las madres lactantes con alteraciones atópicas (eccema, asma y rinitis alérgica) afirmaron que sus hijos padecían más cólicos cuando la leche de vaca formaba parte de su dieta. Sin embargo, estos resultados no fueron estadísticamente significativos y, si se tiene en cuenta la definición del caso utilizada en el ensayo clínico, no deben considerarse concluyentes.³

Suplemento de lactasa vs placebo en niños alimentados con leche materna y con preparado artificial

No existe evidencia que apoye que añadir un suplemento de lactasa en la dieta del lactante (para reducir la cantidad de lactosa) sea efectivo en el tratamiento del cólico, ya sea en niños alimentados con leche materna o con preparado artificial. Los tres ensayos encontrados que examinaron los efectos de la lactasa en los síntomas del cólico utilizaron tamaños muestrales pequeños, por lo que los resultados no fueron concluyentes.²

Dieta baja en alérgenos vs dieta normal en madres lactantes

Un ensayo clínico incluido previamente demostró que una dieta baja en alérgenos producía peores resultados en los síntomas del cólico comparado con una dieta control cuando los resultados se estratificaron por edad y método de alimentación. Sin embargo, un ensayo más reciente sugiere que el efecto general de una dieta baja en alérgenos de una semana, sólo en niños de 6 semanas de edad alimentados con lactancia materna y que padecían cólicos, será una reducción del riesgo de síntomas de cólico del lactante del 37%. Esto indica que una dieta baja en alérgenos de la madre desempeña un papel más significativo de lo que habían sugerido ensayos anteriores.^{2,4}

Preparado bajo en alérgenos vs preparado de leche adaptada de vaca o de soja y preparado enriquecido con fibra en niños alimentados con biberón

Una revisión sistemática incluyó 27 ensayos clínicos aleatorios. Cinco ensayos estudiaron el efecto de la eliminación de la leche de vaca sobre el cólico del lactante. Tres ensayos utilizaron sustitutos de soja y dos utilizaron un preparado hipoalergénico. El preparado hipoalergénico tuvo un efecto beneficioso y significativo, mientras que el efecto de la soja no fue significativo. La reducción de la lactosa de los preparados no tuvo ningún efecto, ni tampoco el enriquecimiento de los preparados con fibra. La comparación de la leche materna con la leche de vaca estándar en niños que habían abandonado la lactancia no mostró ninguna diferencia significativa.³

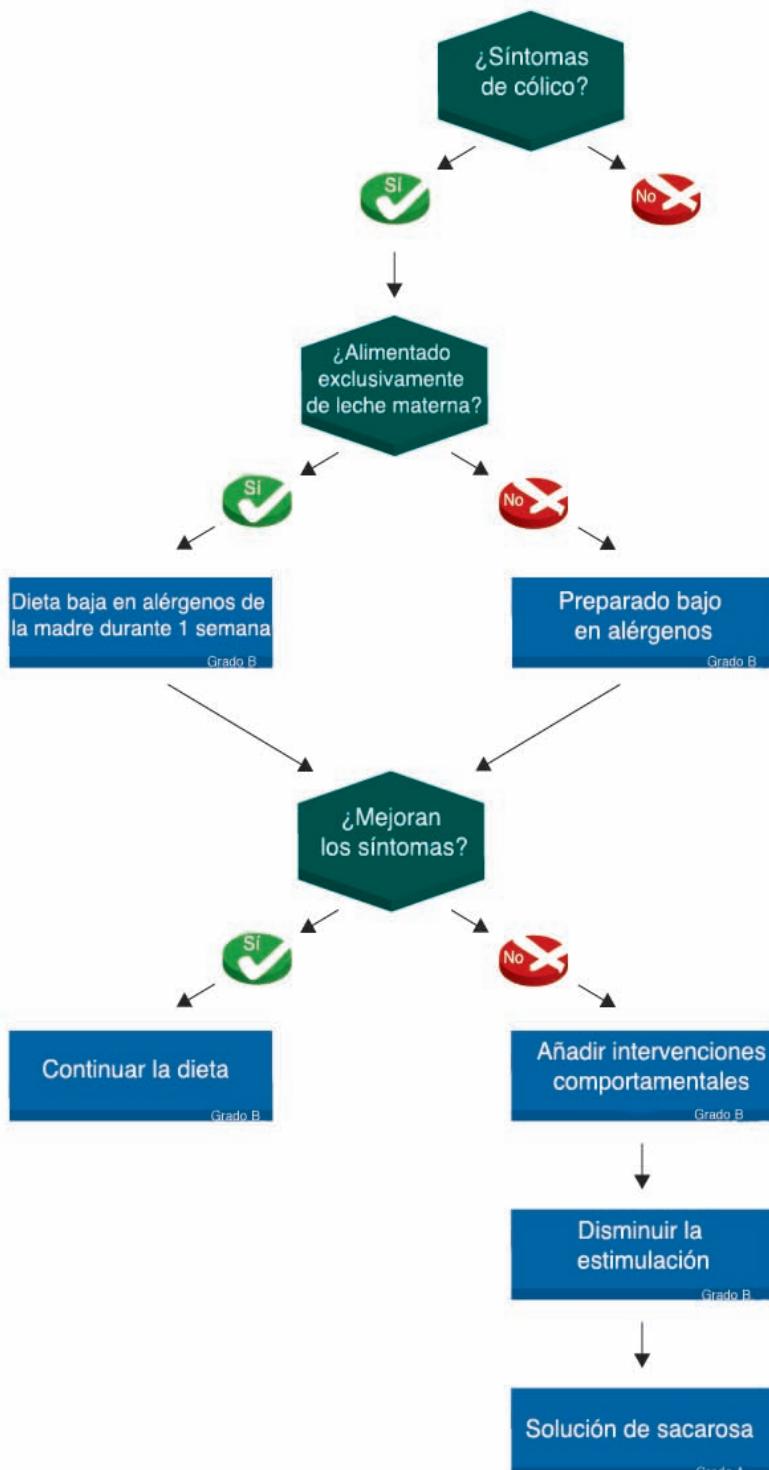
Infusión de hierbas vs placebo

Las infusiones de hierbas con manzanilla, verbena, regaliz, hinojo o menta balsámica han sido comparadas con una infusión placebo como tratamiento para los lactantes con cólico.

Resumen de los efectos de los tratamientos⁴

Intervenciones posiblemente útiles	Ningún efecto	Posiblemente dañinas
Intervenciones dietéticas Dieta baja en alérgenos en la madre lactante Preparado artificial de leche baja en alérgenos Solución de sacarosa (corto plazo) Intervenciones comportamentales Disminuir la estimulación Mejorar la receptividad de los padres	Intervenciones farmacológicas Dimeticona Intervenciones dietéticas Preparado artificial de leche de soja Eliminación de la leche de vaca de la dieta de la madre lactante Suplemento de lactasa/leche baja en lactosa Dieta rica en fibra Intervenciones comportamentales Aumentar el tiempo de llevar en brazos al bebé Simular paseos en cochecito Consejos personalizados a los padres	Intervenciones farmacológicas Medicamentos anticolinérgicos Metilescopolamina Intervenciones dietéticas Infusiones de hierbas
<p>Se les dio la infusión a los niños, hasta tres veces al día, tras el comienzo de un episodio de cólico. Los niños a los que se les había dado la infusión de hierbas mostraron una clara mejoría después de 7 días de tratamiento. Despareció el cólico en un 57% de los niños que tomaron la infusión de hierbas comparado con el 26% de los niños en el grupo placebo. Aunque estos resultados sugieren que la infusión de hierbas puede ser un tratamiento efectivo, su uso no se recomienda. Hay expertos que han expresado su preocupación respecto a la administración de infusiones, ya que puede reducir la ingesta de leche y, como consecuencia, afectar negativamente a la nutrición del niño. Aunque la evidencia sobre el efecto perjudicial de las infusiones de hierbas es inadecuada, algunos estudios de casos han demostrado que el elevado consumo de mezclas de infusiones puede causar efectos tóxicos en el lactante. Además, no se recomiendan las infusiones que contienen regaliz (<i>Glycyrrhiza glabra</i>) para las mujeres que dan el pecho.⁴</p> <p>Sacarosa vs placebo</p> <p>Existe evidencia de que una solución de sacarosa puede ser un tratamiento efectivo para el cólico en niños alimentados con leche materna. En dos ensayos, los niños con cólico del lactante respondieron positivamente a la sacarosa. El primer ensayo demostró efectos positivos en el 89% de los niños que recibieron sacarosa comparado con el 32% de los niños que recibieron placebo. En el segundo ensayo, un entorno controlado midió los efectos de la sacarosa en niños con cólico del lactante y sin él. Ambos grupos respondieron de forma positiva a la sacarosa.</p> <p>Sin embargo, la sacarosa es efectiva sólo durante un periodo corto de tiempo, ya que la respuesta de los niños duró solamente entre 3 y 30 minutos de media.³</p> <p>Intervenciones comportamentales</p> <p>Muy pocas intervenciones comportamentales fueron efectivas en la reducción de los síntomas del cólico. Los estudios que han evaluado la intervención con modificaciones del comportamiento como tratamiento del cólico del lactante son de baja calidad metodológica y por lo tanto deben tratarse con precaución. Existe una clara necesidad de realizar más investigación primaria de alta calidad sobre este tema.</p>	<p>Aumentar el tiempo de llevar en brazos al lactante vs consejos generales</p> <p>En un estudio que examinaba la efectividad de una intervención que consistía en aumentar el tiempo de tener al lactante en brazos, se aconsejó a las madres en el grupo de tratamiento que llevaran a sus bebés en brazos durante al menos 3 horas más al día, independientemente de que el niño llorase o no. El tratamiento no mostró efectos sobre la frecuencia o duración del llanto de los bebés cuando se comparó con los bebés llevados en brazos, de media, dos horas y media menos cada día.³</p> <p>Simular paseos en cochecito vs dar confianza y apoyo</p> <p>Un ensayo evaluó la simulación de paseos en cochecito como tratamiento para el cólico del lactante. A los padres del grupo de tratamiento se les pidió que simularan paseos en cochecito durante los episodios de cólico (más de una hora al día) y a los padres de ambos grupos se les dio apoyo y se reforzó su confianza en su habilidad para cuidar al lactante. La simulación de paseos en cochecito no redujo el tiempo de llanto de los bebés con cólico, ni fue efectivo en la reducción de la ansiedad materna.³</p> <p>Consejos personalizados a los padres vs dar confianza y apoyo</p> <p>Una intervención que consistía en dar consejo personalizado a los padres se comparó con estimular la confianza de los padres de lactantes con cólicos. Los consejos personalizados a los padres incluían aspectos sobre la respuesta rápida al llanto, la respuesta con dulzura, la utilización de movimientos consoladores, evitar la sobreestimulación, el uso del chupete y las formas más eficaces de mantener al niño en brazos. Los resultados de este estudio indicaron que dar consejos personalizados a los padres no es más efectivo que darles información general y estimular su confianza.⁴ Otro ensayo comparó un grupo de padres entrenados en técnicas de comunicación padre-bebé y con apoyo diario con un grupo control, para identificar el efecto de este tipo de intervenciones sobre los síntomas del cólico del lactante en sus bebés. Aunque este ensayo mostró mejoras importantes en la sintomatología del cólico del lactante del grupo de tratamiento (hasta 2,67 horas menos de llanto al día comparado con 0,17 horas menos de llanto), la calidad del ensayo era limitada.³ Otra crítica a esta intervención es el</p>	<p>tiempo y el compromiso que se exigía a los padres.</p> <p>Reducir la estimulación vs intervención empática</p> <p>Un ensayo clínico evaluó como tratamiento para el cólico del lactante la disminución de la cantidad de estímulos a los que se exponía al bebé, frente a aconsejar a las madres la reducción de las caricias, del tiempo que mantenían al bebé en brazos y del que dedicaban a jugar con sus bebés junto con la disminución de estímulos auditivos. Aunque se produjeron mejoras significativas en los bebés (menores de 12 semanas) en el grupo de reducción de estímulos, la calidad de la muestra y sus sesgos potenciales eran tales que los resultados deben tratarse con precaución.³</p> <p>Reducir la estimulación y aumentar el tiempo que se mantiene al bebé en brazos vs consejos generales</p> <p>Un ensayo evaluó si reducir la estimulación y aumentar el tiempo que se mantiene al bebé con cólicos en brazos sería un tratamiento efectivo comparado con dar consejos generales a los padres. No se produjeron efectos significativos en los síntomas del cólico en los niños a los que se mantuvo más tiempo en brazos y fueron menos estimulados.³</p> <p>Dieta vs tratamiento comportamental</p> <p>Preparado de leche hipoalergénica vs consejos personalizados para mejorar la capacidad de respuesta de los padres</p> <p>En un ensayo clínico que comparó dos intervenciones activas, se dio preparado de leche hipoalergénica (caseína hidrolizada) o preparado a base de soja a un grupo de niños con cólico como sustituto de la leche de vaca y consejos personalizados a los padres del otro grupo. Estos consejos incluían aspectos sobre cómo responder al llanto del bebé con alimentos, abrazos, ofrecimiento del chupete, estimulación o metiéndolo en la cuna. Los resultados de este ensayo indicaron que mejorar la capacidad de respuesta de los padres era más efectivo para reducir los síntomas del cólico que el preparado de leche hipoalergénica. De media, los niños cuyos padres recibieron consejos personalizados lloraron 2,1 horas menos al día comparado con 1,2 horas menos al día en los niños que recibieron el tratamiento dietético.</p>

La efectividad de las intervenciones en el cólico del lactante



Agradecimientos

Este Best Practice information sheet ha sido elaborado por el Instituto Joanna Briggs Institute con los autores de la revisión y las recomendaciones.

Además este Best Practice information sheet ha sido revisado por expertos de los Centros Colaboradores Internacionales del Instituto Joanna Briggs:

• Carole Kenner, DHS, RNC, FAAN, Evidence Based Practice Centre of Oklahoma, Dean/Professor, College of Nursing, University of Oklahoma, USA.

• Dr Suzy Robertson-Malt, National & Gulf Centre Centre for Evidence Based Medicine, Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.

• Prof Anne Chang, Queensland Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery, Nursing Research Centre, South Brisbane, Australia.

Este Best Practice Information Sheet presenta la mejor evidencia disponible sobre este tema. Se incluyen implicaciones para la práctica con la confianza de que los profesionales utilizarán esta evidencia teniendo en cuenta el contexto, las preferencias del paciente y su juicio clínico.



• Prof Robin Watts, Western Australian Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery, School of Nursing, Curtin University of Technology, Perth, Western Australia, Australia.

• Dr Pippa Hemingway, Research Fellow, University of Nottingham Centre for Evidence Based Nursing and Midwifery, Nottingham, UK.

• Alison Kelley, School of Nursing, Nottingham University, Nottingham, UK.

Referencias

1. The Joanna Briggs Institute. The Effectiveness of Interventions for Infant Colic. Best Practice: evidence-based practice information sheets for health professionals 2004; 8(2): 1-6.
2. Hill DJ, Roy N, Heine RG, Hosking CS, Francis DE, Brown J, Sperrs B, Sadowsky J and Carlin JB (2005). Effect of a low-allergen maternal diet on colic among breastfed infants: A randomised, controlled trial. *Pediatrics*; 116(5): e709-715.
3. Garrison MM and Christakis DA (2000). Early childhood colic: Colic, child development, and poisoning prevention: A systematic review of interventions for infant colic. *Pediatrics*; 106(1): S184-190.
4. Demott K, Bick D, Norman R, Ritchie G, Turnbull N, Adams C, Barry C, Byrom S, Elliman D, Marchant S, Mccandlish R, Mellows H, Neale C, Parkar M, Tait P, Taylor C (2006). Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies. London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal College of General Practitioners.
5. The Joanna Briggs Institute. Systematic reviews - the review process, Levels of evidence. Accessed on-line 2006 <http://www.joannabriggs.edu.au/pubs/approach.php>
6. Pearson A, Wiechula R, Court A, Lockwood C. The JBI Model of Evidence-Based Healthcare. *Int J of Evidence-Based Healthcare* 2005; 3(8):207-215.

Versión original traducida al castellano por: Lucía García Grande.

Traducción revisada por: Esther González María.

Bajo la coordinación del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia

• The Joanna Briggs Institute
Margaret Graham Building,
Royal Adelaide Hospital,
North Terrace, South Australia, 5000
www.joannabriggs.edu.au

ph: +61 8 8303 4880
fax: +61 8 8303 4881
email: jbi@adelaide.edu.au

• Published by
Blackwell Publishing



Blackwell Publishing

"The procedures described in *Best Practice* must only be used by people who have appropriate expertise in the field to which the procedure relates. The applicability of any information must be established before relying on it. While care has been taken to ensure that this edition of *Best Practice* summarises available research and expert consensus, any loss, damage, cost, expense or liability suffered or incurred as a result of reliance on these procedures (whether arising in contract, negligence or otherwise) is, to the extent permitted by law, excluded".

Traducido y difundido por:



CENTRO COLABORADOR ESPAÑOL
DEL INSTITUTO JOANNA BRIGGS PARA
LOS CUIDADOS DE SALUD BASADOS EN LA EVIDENCIA