

## Revisión

### Llanto del recién nacido y del lactante

A. ROLLÁN ROLLÁN

*Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Servicio de Salud Pública. Santander.*

#### RESUMEN

El llanto inmediato de los recién nacidos disminuye de forma muy significativa si éstos permanecen en contacto íntimo con sus madres (piel con piel). Además son varios los estudios que demuestran que este precoz contacto madre-hijo aumenta la prevalencia de la lactancia materna tanto poco después del parto como al cabo de 2 y 3 meses. Así pues el lugar más adecuado tras el parto para los recién nacidos sanos es el del íntimo contacto con sus madres.

Los lactantes sin llanto excesivo parecen llorar menos si son llevados en brazos durante un tiempo suplementario.

Ante el cólico del lactante la actitud que se ha mostrado más conveniente para aliviarlo ha sido la de tratar de responder al llanto. En casos seleccionados los cambios dietéticos pueden resultar útiles (exclusión de la leche de vaca en la dieta de la madre en los niños amamantados o cambio a fórmula de hidrolizado de proteínas en caso de niños alimentados artificialmente). La dicyclomina, aunque eficaz en el alivio del cólico, puede dar lugar a efectos secundarios graves por lo que está contraindicada. En todos los casos es importante la realización de la anamnesis y exploración física cuidadosas y el apoyo y seguimiento frecuentes.

**Palabras clave:** Llanto; Contacto precoz; Cólico del lactante.

mother-baby increases the prevalence of breast-feeding just after the birth as well as 2 and 3 months later. So, the better place for healthy newborns to stay after his birth is in very close contact with their mother.

The suckers who don't cry in excess seem to cry even less if they are carried on arms for a supplementary time.

The most convenient behaviour that has demonstrated to relief the infant colic has been to try to respond to the crying. In selected cases the dietetical changes can become useful (excluding the cow milk on the mother's diet on those children breast-fed or changing to hydrolyzed formula in the case of artificially fed children). The dicyclomine in spite of his effectiveness in the infant colic relief, can provoke serious side effects, so they are not recommended. In any case it is very important to carry out an 'anamnesis' and a very careful physical exploration, as well as frequent support and follow-up.

**Key words:** Crying; Early contact; Infant colic.

*Hasta ahora no logro comprender por qué los niños pequeños no se ríen con la misma asiduidad con la que lloran.*

*Lichtenberg*

#### ABSTRACT

The immediate crying of newborns decreases significantly if they stay in close contact with their mother (skin to skin). Several studies demonstrate that this early contact

#### EL LLANTO DEL RECIÉN NACIDO

El llanto es el medio primario por el que el recién nacido puede comunicarse; las expresiones de disgusto con gritos similares a vocales son más tempranas que las que deno-

*Correspondencia:* Agustín Rollán Rollán. General Dávila, 202 A 10ªA. 39006 Santander.

*Recibido:* Febrero 2001 - *Aceptado:* Febrero 2001

tan el bienestar con sonidos que adoptan la forma de consonantes (gorjeos)<sup>(1)</sup>. Con respecto a estos tempranos llantos, ¿cuánto lloran los recién nacidos? ¿Cuándo o cómo lloran más o, mejor, menos? ¿Se puede modificar o disminuir la duración de su llanto?.

En un estudio realizado en un hospital madrileño con 50 recién nacidos durante sus primeros 90 minutos de vida, 25 permanecieron en contacto íntimo con sus madres (piel con piel) y los otros 25 en sus cunas situadas al lado de la cama de sus madres<sup>(2)</sup>. Los autores, Christensson y cols., encontraron mejor adaptación metabólica (glucemias medias más altas), mejor adaptación térmica (temperaturas medias más altas) y menos llanto en los niños que permanecieron en contacto con sus madres. Hubo menos de éstos que llorasen en todos los períodos de observación en comparación con los que permanecieron en la cuna: 0 frente a 7 a los 15 minutos; 2 frente a 8 a los 30 minutos; 1 frente a 7 a los 45 minutos; 0 frente a 8 a los 60 minutos; 1 frente a 7 a los 75 minutos y 0 frente a 4 a los 90 minutos. Hubo también menos llanto total en 3 períodos de 5 minutos en los niños que permanecieron con su madre: medias del llanto de 4 segundos frente a 73; 0 frente a 65 y 0,6 frente a 50 en los tres períodos referidos en comparación con los niños encunados.

El que esta observación hubiese sido verificada sólo por métodos subjetivos y de forma "no ciega" indujo a los autores a realizar otro estudio con niños nacidos en el mismo hospital<sup>(3)</sup>. En esta ocasión se grabó el llanto en cinta-cassette y se midió su duración metódicamente. Los recién nacidos fueron repartidos en tres grupos: intervención, control y mixto (control/intervención). La intervención consistió en dejar a los niños recién nacidos en íntimo contacto (piel con piel) con sus madres durante los 90 minutos postparto; los recién nacidos del grupo control permanecieron en las cunas junto a la cama de la madre y los del grupo mixto estuvieron durante 45 minutos en sus cunas y luego fueron colocados con sus madres. El padre estuvo presente durante todo el período de observación. Como ya se suponía los niños lloraron menos con sus madres. De hecho la mediana de tiempo del llanto fue de 0 en los 17 períodos de 5 minutos excepto en uno; la mediana del llanto varió de 7 a 42 segundos en los mismos períodos en los niños que permanecieron en sus cunas. Los niños del grupo mixto que lloraban dejaron de hacerlo cuando les colocaron con sus

madres. Christensson y cols. concluyen que el lugar más adecuado para los recién nacidos sanos durante sus primeros 90 minutos de vida es el de íntimo contacto con sus madres.

Los autores hacen después algunas consideraciones acerca del parecido de este llanto con la "llamada de angustia de separación" presente en muchos mamíferos recién nacidos que se inhibe al reunirse con su madre a lo que llaman "respuesta de confort"; en definitiva este llanto provoca una actividad materna de recuperación de la cría y tendría por tanto gran importancia en la supervivencia.

Además son varios los estudios<sup>(4-6)</sup> que demuestran que este contacto precoz aumenta la prevalencia de la lactancia materna tanto poco después del parto como al cabo de 2 y 3 meses y por ello forma parte de las recomendaciones incluidas en "Los diez pasos para una feliz lactancia natural" de la OMS/UNICEF<sup>(7)</sup>.

Así mismo, se ha demostrado que el contacto íntimo (piel con piel) del recién nacido con su madre es eficaz en la disminución del llanto, las muecas y la frecuencia cardiaca originados por maniobras dolorosas<sup>(8)</sup>.

## EL LLANTO DEL LACTANTE

Después de estos primeros momentos los niños siguen llorando con más o menos asiduidad. El patrón "normal" del llanto en los lactantes sanos de las sociedades industrializadas se caracteriza por un incremento de éste hasta las 6 semanas seguido por una disminución hasta los 4 meses, con un predominio a últimas horas de la tarde<sup>(9)</sup>.

En ocasiones se ha considerado que los niños de otras culturas que son llevados en brazos o cargados de otro modo lloran menos. Hunziker y Barr decidieron investigarlo; para ello 95 parejas madre-hijo fueron distribuidas en 2 grupos: uno con aumento del tiempo de estar en brazos (incremento de 2 horas; total 6 horas diarias) y otro grupo control (brazos durante 4 horas). El resultado en el período del supuesto máximo llanto, es decir a las 6 semanas, fue que los lactantes con suplemento de brazos lloraron un 43% menos a lo largo del día y un 50% menos en las horas vespertinas. Así que llegaron a la conclusión de que la falta relativa de estar en brazos en nuestra sociedad puede predisponer al llanto y a los cólicos de los lactantes normales<sup>(9)</sup>.

## CÓLICO DEL LACTANTE. DEFINICIÓN

¿Qué es el cólico del lactante?. Básicamente llanto y agitación. La definición más aceptada es la que lo describe como paroxismos de irritabilidad, agitación y llanto que duran más de 3 horas diarias durante al menos 3 días a la semana (Wessel)<sup>(10,11)</sup>.

Posteriormente a esta definición Brazelton estudió la duración del llanto en lactantes sanos. En 80 lactantes estudiados la duración media del llanto fue de 1 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> horas en la segunda semana, de 2 <sup>3</sup>/<sub>4</sub> a las 6 semanas y de menos de 1 hora a las 12 semanas. También observó que la agitación del lactante era máxima en horas vespertinas<sup>(12)</sup>. Así que parece razonable que para considerar excesivo el tiempo del llanto, sobrepase estos valores.

Una definición del cólico menos rígida es aquella que lo considera como cualquier llanto recurrente inconsolable en un lactante sano y bien alimentado, que es considerado por los padres o los cuidadores como un problema<sup>(10)</sup>.

### Cólico y dieta

Se conoce poco de la naturaleza y causa del cólico, a pesar de haber sido muy estudiado. Existen numerosas hipótesis ninguna de las cuales ha sido demostrada de forma convincente. Existen ensayos que se contradicen entre sí. ¿Se trata de un problema orgánico o de conducta? ¿Hay o no dolor visceral? ¿Es un problema del niño, de la madre o de la familia? ¿Tiene relación con la alimentación? y si la tiene ¿se trata de una alergia a las proteínas o de una intolerancia a la lactosa?. Finalmente y por no seguir, en caso de que haya un problema intestinal ¿está éste en la digestión o en la motilidad? Tratando de aclarar en lo posible este batiburrillo de preguntas, Treem un gastroenterólogo peditra hace dos consideraciones en una revisión sobre el tema<sup>(13)</sup>:

- El cólico es un síndrome que abarca un grupo heterogéneo de trastornos de los que una minoría corresponden a disfunciones digestivas específicas. Esta minoría puede identificarse a través del cuadro clínico o por respuesta a intervenciones terapéuticas concretas.
- Muchos lactantes con cólico se calman cuando sus padres cambian la forma de responder al llanto.

En lo referente al primer punto, los problemas digestivos, las proteínas de la leche de vaca han sido implicadas

en el origen del cólico, sobre todo por autores suecos, a los largo de la década de los 80. Jakobson y Lindberg encontraron que en 35 de 66 lactantes amamantados, con cólicos, éstos desaparecieron cuando se excluyó la leche de vaca de la dieta de sus madres y volvieron a aparecer en 23 de ellos al reintroducir ésta en la dieta materna<sup>(14)</sup>. Estos hallazgos se contraponen claramente con los de un estudio de exclusión de la leche de vaca en 20 madres que amamantaban a sus hijos colicosos en Nueva Zelanda; ninguno mejoró con esta intervención<sup>(13)</sup>.

Posteriormente Lothe y Lindberg comunicaron alivio del cólico en niños alimentados con lactancia artificial al cambiar a una fórmula exenta de proteínas vacunas y emperamiento tras la administración oral de cápsulas conteniendo proteínas del suero de leche de vaca<sup>(15)</sup>.

Estos estudios han sido muy contestados por varios motivos: el primero y más importante por la selección de la muestra; se trataba de lactantes en los que había fracasado la orientación habitual (incluida medicación) y que presentaban otros síntomas aparte del llanto tales como vómitos y distensión abdominal. Además algunos lactantes habían excedido el período habitual del cólico<sup>(13,16,17)</sup>.

Un dato en contra de que la alergia a las proteínas de la leche de vaca sea un factor importante en la génesis del cólico es que éste tiene una frecuencia similar en lactantes amamantados o alimentados con fórmula<sup>(13)</sup>. En un estudio que incluyó más de 900 lactantes se encontró cólico en el 19% de los alimentados con fórmula de leche de vaca, en el 20% de los amamantados y en el 21% de los alimentados con lactancia mixta<sup>(18)</sup>. Este y otros trabajos sobre dieta y cólico acaban concluyendo que el papel causal de la leche de vaca en el cólico sería pequeño en caso de existir.

De hecho el Comité de Nutrición de la AAP que en el año 1983 comunicaba que "... ello permite sospechar la posibilidad de que la leche de vaca sea en algunos niños un factor precipitante de los cólicos y sugiere que dichos niños puedan ser más eficazmente tratados con una leche artificial a base de hidrolizado de caseína"<sup>(19)</sup>, en el 89 corrige afirmando que "no existen pruebas evidentes para apoyar la utilización de hidrolizados para el tratamiento del cólico del lactante, el insomnio y la irritabilidad. Estos síntomas aparecen frecuentemente pero raramente como consecuencia de una reacción alérgica a las proteínas de leche de vaca"<sup>(20)</sup>.

Otra hipótesis que considera un posible origen dietético del cólico es aquella que lo relaciona con la incompleta absorción de la lactosa con la consiguiente fermentación por las bacterias intestinales y producción de gases ("los gases"). Esta teoría, al contrario de lo que sucedía con la anterior, sería compatible con la igual prevalencia de cólico observada en niños con lactancia materna o con lactancia artificial y también explicaría que los síntomas se resuelvan a los 4 meses cuando la capacidad de absorber la lactosa ha mejorado. Sin embargo los datos al respecto no han sido en absoluto concluyentes<sup>(13,16,17)</sup>.

### Cólico e interacción padres-hijo

Con respecto a la segunda consideración de Treem "muchos lactantes se calman cuando sus padres cambian la forma de responder al llanto", ya en los años 40 Spock señaló que la transmisión de la tensión de la madre al lactante era un factor causal del cólico. Posteriormente se ha escrito mucho sobre la tensión familiar, la ansiedad materna y los conflictos psicológicos de la madre en la génesis del cólico<sup>(21,22)</sup>. Cabe preguntarse si esta ansiedad y tensión son causa o consecuencia del cólico.

En esta consideración del cólico como consecuencia de la interacción de los padres y el hijo (modelo interactivo) se sitúan los trabajos de Taubman<sup>(23)</sup>. Este pediatra en la atención a los niños de su consulta trató de comparar dos hipótesis:

- El llanto en los lactantes sanos carece de finalidad y es inevitable. En este caso el llanto continuado podría ser el resultado de la sobreestimulación producida por los intentos inútiles de los padres por calmar el llanto. El tratamiento consistiría entonces en dejar que el niño llorase.
- Los lactantes sanos lloran para comunicar su deseo y continúan llorando si éste no es satisfecho. El llanto continuo podría deberse a que los padres, inadvertidamente, no responden a las necesidades del niño. El tratamiento debería por tanto consistir en la ayuda a los padres para que desarrollasen respuestas más apropiadas.

Ninguno de los lactantes con cólico incluidos en este estudio tenía antecedentes de vómitos o diarrea. Para obtener los datos sobre la conducta de los lactantes se utilizaron registros diarios del tiempo del llanto. A los padres de los lactantes del primer grupo se les aconsejó disminuir la esti-

mulación. Era el método que el autor recomendaba antes de iniciar el estudio. A los padres de los del segundo grupo se les aconsejó hacer lo posible para que el niño no llorase mediante las siguientes recomendaciones:

- 1) Haga lo posible para que su niño nunca lllore.
- 2) Considere como posibles causas hambre, deseo de succionar, necesidad de ser cogido, aburrimiento (necesidad de estimulación) y fatiga (necesidad de dormir) y de respuestas adecuadas.
- 3) Si el llanto persiste más de 5 minutos, intente otra respuesta.
- 4) No le preocupe dar demasiado alimento al niño, esto no sucederá.
- 5) No le preocupe que pueda malcriar a su hijo, esto tampoco va a suceder.

En el primer grupo no se observaron cambios significativos en la duración del llanto mientras que en el grupo segundo éste disminuyó en un 70%. Explica el autor como, aunque hubiese sido preferible disponer de mayor número de lactantes en el primer grupo, los paupérrimos resultados obtenidos en los primeros 6 niños le convencieron de que no podía persistir en este enfoque. Por otra parte observó en el segundo grupo que cuanto más acusado fue el llanto más impresionante resultó la mejoría.

Concluye que la interacción padres-hijo es un factor en el cólico y que modificando ésta el cólico puede ser tratado. Puntualiza que en este estudio no se intentó efectuar valoración psicológica alguna de los padres de los lactantes con cólico.

El mismo autor en el año 1988 publica otro estudio comparando los consejos a los padres con la eliminación de las proteínas de la leche de vaca o de soja, en el tratamiento de los cólicos en el lactante<sup>(24)</sup>. La disminución del tiempo del llanto fue más rápida y mayor en los niños cuyos padres recibieron asesoramiento que en los sometidos a cambios dietéticos. En una segunda fase estos últimos fueron expuestos nuevamente a la leche de vaca o de soja y sus padres recibieron asesoramiento. Nuevamente el llanto disminuyó de forma significativa y ninguno de los niños que previamente había mejorado con el cambio dietético empeoró.

A propósito de la disminución del llanto al llevar a los niños en brazos durante más tiempo, los autores canadienses ya citados Barr y cols. encontraron que esta misma estrategia añadida al "dar respuesta", en los lactantes con cólico, no redujo más el llanto y la agitación en éstos, en con-

traste con los lactantes sin llanto excesivo anteriormente estudiados<sup>(25)</sup>.

### Cólico y fármacos

La dicitomina, un anticolinérgico, es el único fármaco que ha demostrado ser más eficaz que el placebo en el alivio del cólico<sup>(21,22)</sup>, pero sus varios efectos secundarios (apneas, somnolencia, convulsiones...) contraindican su uso en lactantes<sup>(11,13,26)</sup>.

### CONCLUSIÓN

Ante el llanto excesivo el médico debe hacer una historia cuidadosa y explorar al lactante para descartar cualquier enfermedad orgánica. Si así se ha llegado al diagnóstico de cólico se considerará la duración, intensidad, y síntomas o signos acompañantes del llanto. Si éste es frecuente pero consolable se recomienda el asesoramiento a los padres ("dar respuesta al llanto"); si el llanto es inconsolable de gran duración, asociado a gases u otros síntomas, hay antecedentes familiares de alergia... se puede optar por un cambio de dieta: si el lactante está amamantado excluir la leche de vaca de la dieta de la madre, si está alimentado con fórmula sustituir ésta por un hidrolizado de proteínas; en ambos casos se aconsejará también dar respuesta al llanto<sup>(16,26)</sup>.

Debe proporcionarse un seguimiento y apoyo continuado a los padres de los niños con cólicos; considerando que muchos se sentirán angustiados y asustados por los sentimientos ambivalentes o francamente negativos que genera un niño llorón, se les asegurará que estos sentimientos son normales y que no les convierten en malos padres. Es muy recomendable que, si es posible, los padres descansen del niño recordándoles que el llanto no afecta emotivamente tanto a una persona que no sean ellos, y que por otra parte podrán ayudar mejor a su hijo una vez que hayan descansado<sup>(10,11)</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

- Lewis MM. La Naturaleza expresiva de las primeras vocalizaciones. En: Piaget y otros. El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño. Barcelona: Altaya; 1999. p. 7-9.
- Christensson K, Siles O, Moreno L, Belaustegui A, De la Fuente P, Lagercrantz H, Puyol P, Winberg J. y cols. Temperature metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; **81**:448-493.
- Christensson K, Cabrera T, Christensson E, Uvnas-Moberg K, Winberg J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr* 1995; **84**: 468-73.
- DeChateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behavior of extra contact during the first hour post partum. *Acta Paediatr Scand* 1977; **66**:145-151 (Abstract).
- Righard L, Alade M. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990; **336**:1105-11057.
- Gomez Papi A, Baiges MT, Batiste MT, Marca MM, Nieto A, Closa R. Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. *An Esp Pediatr* 1998; **48**:631-633.
- OPS/OMS. Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. División de Salud y Desarrollo del Niño. OMS. Ginebra 1998 (WHO/CHD/98.9).
- Gray L, Watt L, Blass EM. Skin to Skin Contact is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics* 2000; [pediatrics.org/cgi/content/full/105/1/e14](http://pediatrics.org/cgi/content/full/105/1/e14).
- Hunziker UA, Barr RG. Un estudio clínico controlado al azar sobre la disminución del llanto de los lactantes ante el incremento de llevarlos en brazos. *Pediatrics* (ed esp) 1986; **21**:339.
- Parker S. Cólicos del lactante. En: Parker S, Zurkerman B. *Pediatría del crecimiento y del desarrollo*. Barcelona: Masson- Little, Brown; 1996. p. 130-135.
- Lozano MJ, Alonso J. Cólicos del lactante. En: V Curso de Asistencia Primaria en Pediatría. Santander: Universidad de Cantabria-Facultad de Medicina; 1989. p. 93-102.
- Adams LM, Davidson M. Conceptos actuales del cólico del lactante. *MTA Pediatría* 1988; **9**:348-359.
- Treem WR. Cólico infantil: Punto de vista de un gastroenterólogo pediatra. *Pediatr Clin North Am* (ed esp) 1994; **5**:1119-1135.
- Jakobsson I, Lindberg T. Las proteínas de la leche de vaca como causa de cólicos infantiles en los niños alimentados al pecho: un estudio cruzado doble ciego. *Pediatrics* (ed esp) 1983; **15**: 156.
- Lothe L, Lindberg T. Estudio cruzado doble ciego sobre la provocación de síntomas de cólico infantil por proteínas del suero de leche de vaca en lactantes alimentados con fórmula afectos de cólicos. *Pediatrics* (ed esp) 1989; **27**: 94-98.
- Miller AR, Barr RG. Cólico infantil: ¿Es cuestión intestinal? *Pediatr Clin North Am* (ed esp) 1991; **6**:1439-1457.
- Geertsma MA, Hyams JS. Cólico: síndrome doloroso durante la lactancia. *Pediatr Clin North Am* (ed esp) 1989; **4**:983-999.
- Thomas DW, McGilligan K, Eisenberg KD, Lieberman HM, Riss-

- man EM. Infantile colic and type of milk feeding. *Am J Child* 1987; **141**:451-53 (Abstract).
19. AAP. Comité de Nutrición. Leches artificiales a base de proteínas de soja: recomendaciones para su uso en la alimentación infantil. *Pediatrics (ed esp)* 1983; **16**:237-242.
  20. AAP Comité de Nutrición. Fórmulas infantiles hipoalergénicas. *Pediatrics (ed esp)* 1989; **27**:351-352.
  21. Illingworth RS Más sobre el cólico infantil. *MTA Pediatría* 1986; **7**:253-265.
  22. Hewson P, Oberklaid F, Menahem S. Cólico del lactante, angustia y llanto. *MTA Pediatría* 1988; **9**:183-197.
  23. Taubman B. Estudio clínico del tratamiento del cólico mediante modificación de la interacción entre los padres y el hijo. *Pediatrics (ed esp)* 1984; **18**:365-370.
  24. Taubman B. Un estudio clínico al azar comparando los consejos a los padres con la eliminación de la leche de vaca o de las leches con proteína de soja para el tratamiento del síndrome de los cólicos del lactante. *Pediatrics (ed esp)* 1988; **25**:412.
  25. Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, Leduc DG, Yaremko J, Barfield R, Francoeur TE, Hunziker UA. Un estudio clínico controlado al azar sobre coger en brazos como "terapia" de los cólicos infantiles. *Pediatrics (ed esp)* 1991; **31**:305.
  26. Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, van Eijk JT, van Geldrop WJ, Knuistingh A. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ* 1998; **316**:1563-1569.