



El recién nacido exclusivamente amamantado. Control, supervisión y resolución de problemas

Guillermo R Franco del Río*

Resumen

Este artículo es una revisión práctica para el médico en el proceso de control, supervisión y promoción de la lactancia materna en el recién nacido exclusivamente amamantado. Se revisan las estrategias para la anticipación de problemas en la alimentación de recién nacidos prematuros, hipoglucemia neonatal en hijos de madre diabética o nacimientos múltiples. Se discuten los patrones de excretas en la primera semana de vida, los factores de riesgo y el diagnóstico oportuno de la deshidratación hipernatrémica neonatal. Se revisa la importancia de la pérdida excesiva de peso, el bajo aporte de leche y la disminución del volumen de excretas como indicadores de alarma. Se describen otras condiciones clínicas comunes en los primeros días, como la irritabilidad debida a gases, el diagnóstico y manejo del cólico, así como las diferencias con otras patologías como alergia alimentaria, reflujo gastroesofágico, intolerancia a la lactosa o el cuadro habitual de regurgitaciones fisiológicas. Se hacen recomendaciones enfocadas a evitar el destete o la sustitución de la lactancia por fórmula centrando los problemas desde un enfoque clínico de prevención y control.

Palabras clave: Lactancia materna, lactancia exclusiva, deshidratación, hipoglucemia, hipernatremia, enfermedad por reflujo, regurgitación.

Summary

This article is a review for the medical practice in the process of control, supervision and promotion of breastfeeding in exclusively breastfed newborns. Strategies for anticipating feeding problems in preterm infants, neonatal hypoglycemia in diabetic mothers' babies and multiple births are reviewed. Patterns of excreta in the first week of life, risk factors and early diagnosis of neonatal hypernatremic dehydration are discussed. The importance of excessive weight loss, low milk supply and a decreasing volume of excreta as alarm indicators is reviewed. Other common clinical conditions in the early days, as irritability due to gases, the diagnosis and management of colic and differences with other diseases such as food allergy, gastroesophageal reflux, lactose intolerance or the usual pattern of physiological regurgitation are described. Recommendations aimed at preventing premature weaning or replacement of breastfeeding with formula are given, focusing in a clinical and preventive approach.

Key words: Breastfeeding, exclusive breastfeeding, dehydration, hypoglycemia, hypernatremia, reflux disease, regurgitation.

* Médico Especialista en Pediatría del Hospital Ángeles Querétaro.

Correspondencia:

Dr. Guillermo R Franco del Río
Antonio Pérez Alcocer Núm. 71,
Ensueño, Querétaro, 76178, México.
Correo electrónico: gfr@neonatologia.com.mx

Aceptado: 25-08-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

INTRODUCCIÓN

Nadie duda de los beneficios de la lactancia materna para el binomio madre-hijo. La Secretaría de Salud en México (NOM-007-SSA2-1993), la Academia Norteamericana de Pediatría (AAP) y la Organización Mundial de la Salud recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, así como el contacto y apego tempranos en los primeros minutos después del nacimiento y el alojamiento conjunto madre-hijo.^{1,2}

La leche humana es tipo específica y está perfectamente diseñada para el bebé humano. Todos sus nutrientes están en una proporción cabalmente equilibrada y suficiente, así

como los factores bioactivos no nutritivos, entre los que se incluyen células, agentes antiinfecciosos y antiinflamatorios, factores de crecimiento y prebióticos. Todos estos elementos, sin duda, promueven la supervivencia y el desarrollo saludable del niño.

Se han implementado varias estrategias para promover y establecer la lactancia desde los primeros minutos de vida; entre ellas, el contacto inicial piel a piel entre madre e hijo inmediatamente después del nacimiento, pues se sabe que favorece la transición fisiológica del recién nacido, aumenta la posibilidad del apego temprano y asegura el éxito futuro de la lactancia.³

Los neonatos con apego temprano después del parto o cesárea reciben una mayor cantidad de leche durante los primeros días de vida, expulsan el tapón de meconio más pronto y, por supuesto, reciben oportunamente una fuente invaluable de nutrientes y factores de protección.⁴

Sin embargo, se requiere tener un control y supervisión cuidadosos para evitar riesgos, por lo que en su publicación del 2012, *Breastfeeding and the use of human milk*, la AAP recomienda que todos los recién nacidos amamantados sean valorados entre el tercer y quinto día de vida –lo que generalmente representa de 48 a 72 horas después de su egreso del hospital– con el objeto de determinar el estado de hidratación, los cambios y progresión del peso corporal, así como los patrones de eliminación de excretas. Adicionalmente, la AAP sugiere que el pediatra analice con la madre las dificultades y patrones de alimentación, y preferentemente observe el proceso de la lactancia para detectar y corregir problemas de forma oportuna.¹

Para lograr estos objetivos, el pediatra debe estar entrenado y tener el conocimiento necesario en el proceso fisiológico de la lactancia y la alimentación al seno materno, así como de las dificultades y problemas más comunes. Este artículo pretende ser una revisión práctica que ayude al médico en el proceso de supervisión, vigilancia y promoción de la lactancia materna, para disminuir la ansiedad y el destete prematuro, muchas veces innecesario.

ANTICIPÁNDOSE A LOS PROBLEMAS

No todos los embarazos terminan con partos fisiológicos y recién nacidos sanos a término. No todos los bebés succionan enérgicamente en las primeras horas –es más, a la mayoría le cuesta trabajo iniciar la lactancia, sobre todo si la madre es inexperta y ansiosa, y no recibe la orientación adecuada por parte del personal de salud–. Si la mujer tiene una historia de partos pretérmino, habrá que estar preparados con la estrategia adecuada para amamantar.⁵ Los padres deben estar familiarizados con los métodos de extracción, dispositivos y almacenamiento de leche, así como los procedimientos de las unidades de cuidado in-

tensivo neonatal, y también dispuestos para recibir soporte y entrenamiento por parte del personal especializado.⁶ Las madres con diabetes gestacional deben saber que la prioridad es tratar la hipoglucemia neonatal presente en la mayoría de los neonatos al nacimiento, y que éstos deben recibir glucosa oral o parenteral en los primeros minutos de vida si la alimentación inmediata con leche materna no está disponible o no es suficiente.⁷ Estas condiciones, así como otros factores de riesgo, pueden ser identificadas y anticipadas durante la consulta prenatal con protocolos bien definidos de acción, prevención y promoción.⁸

El médico debe estar preparado para la resolución de problemas clínicos como la presencia de pezones planos o invertidos, grietas o antecedentes de dolor excesivo al amamantar, fibrosis mamaria, quistes o tumoraciones, antecedentes de procedimientos quirúrgicos en las mamas por cáncer o procedimientos de tipo estético.⁹

HIDRATACIÓN, PESO CORPORAL Y EXCRETAS

Cuando los recién nacidos toman fórmula en biberón es sencillo cuantificar la cantidad de leche que ingieren y asegurarse de que sus necesidades nutricionales están cubiertas. Con leche materna, no es posible medir esto objetivamente. Santoro y colaboradores determinaron que la cantidad de calostro que pueden ingerir los neonatos sanos en las primeras 24 horas de vida es de 15 ± 11 g,¹⁰ para después aumentar progresivamente hasta 800-900 g al día al final de la primera semana.¹¹ Esta aparente restricción de líquidos inicial, entre otras situaciones clínicas, puede ser el factor principal para el desarrollo de deshidratación hipertónica o hipernatrémica en algunos si el proceso de lactancia materna no es supervisado adecuadamente.¹² Aunque los niños están adaptados fisiológicamente para mantener reservas hídricas y electrolíticas en los primeros días de vida, es necesario tener un buen control de los ingresos y egresos. En el *cuadro 1* se resumen los resultados de varios estudios en neonatos de término en donde se ha calculado un patrón estándar de ingesta de leche materna, así como de las micciones y evacuaciones. Durante el primer día de vida, la lactancia es un proceso lento y muchas veces difícil; la mayoría de los recién nacidos tienen periodos de sueño largos después del nacimiento y muchos sólo alcanzan a alimentarse de cuatro a seis veces en 24 horas; otros son más activos y logran alimentarse más veces al día. Durante la segunda jornada, la frecuencia de las tetadas aumenta a 8-12 veces en 24 horas con intervalos muy cortos entre ellas, la producción de calostro aumenta progresivamente y comienza poco a poco la transición a leche madura (lactogénesis II) entre las 24 y 120 horas después del parto. Una buena regla para suponer una buena ingesta de leche en la primera semana de vida es tener una evacuación y una micción por cada día de vida, de tal manera que a la

semana puede haber de seis a siete micciones y evacuaciones en 24 horas. Estas reglas de vigilancia y control pueden ayudar al clínico a evaluar si el recién nacido está cubriendo sus necesidades nutricionales, así como a detectar y prevenir situaciones de riesgo cuando se trata de alimentación con leche materna exclusivamente.¹³

DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA NEONATAL

En el neonato, las manifestaciones clínicas de deshidratación no son tan evidentes como en el niño de mayor edad y se requiere de habilidad y entrenamiento para encontrar datos clínicos de deshidratación hipernatrémica. Algunos signos clínicos que pueden encontrarse al inicio son periodos de somnolencia o letargia alternados con irritabilidad, llanto intenso de tono agudo, micciones y evacuaciones escasas, mucosas orales bien hidratadas por el paso de líquido intracelular al extracelular. Conforme la deshidratación y el aumento de sodio en la sangre progresan, se presentan mucosas orales y lengua secas, piel con pérdida de su elasticidad, palidez, ictericia, irritabilidad importante, fiebre, hipertoniá de las extremidades, así como hiperreflexia osteotendinosa. El sodio se encuentra generalmente en niveles de 150 mEq/L o más. Esta condición representa una urgencia médica que pone en peligro la vida del paciente y debe ser manejada cuidadosamente, ya que si el tratamiento es adecuado, la posibilidad de secuelas neurológicas es baja.¹⁴

Un indicador objetivo del estado de hidratación es la progresión del peso al nacimiento, así como el número de micciones y evacuaciones en 24 horas. La calidad de la leche es difícil de valorar, aunque los patrones de vigilia-sueño y la necesidad de alimento cada tres horas pueden ser un indicador útil de saciedad y bienestar del niño.

Iyer y su grupo identificaron exitosamente y de manera temprana (media, tres días) la deshidratación hipernatrémica cuando vigilaron el peso de los neonatos amamantados entre las 72 y 96 horas de vida. Además, evitaron pérdidas

de peso excesivo (media, 11%) e incrementos de sodio en sangre mayores a 147 mmol/L.¹⁵

Definitivamente, es necesaria la suplementación con fórmula cuando no existe buena producción de leche por falla o retraso de la fase II de la lactogénesis o cuando hay una pérdida de peso corporal mayor a 7% en las primeras 48 horas de vida. En algunos casos en los que el neonato no tiene una succión efectiva pero hay una buena producción de leche, puede suplementarse con leche materna extraída y administrada en vaso, alimentador, jeringa o suplementador.¹³ También hay suficiente información acerca de cuándo está contraindicada la lactancia materna.¹⁶

En el *cuadro II* se describen las indicaciones médicas para los casos en que es obligada la suplementación con fórmula y también aquellas situaciones de duda en donde no hay razones para suplementar con fórmula, por ejemplo, la presencia de hiperbilirrubinemia con buen peso, ingesta de leche y excretas suficientes y exploración neurológica normal.

PROBLEMAS DIGESTIVOS COMUNES DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS

Intranquilidad/irritabilidad y gases acompañados con llanto

Las crisis de llanto paroxístico pueden deberse a múltiples factores, desde hambre, necesidad de atención o, incluso, la presencia de una enfermedad grave. La historia clínica y la exploración tienen especial importancia en la identificación de estos casos. Casi todos los bebés lloran entre 20 minutos y 3.5 horas al día,¹⁷ pero a veces las crisis de llanto duran más tiempo y son causa de cansancio físico y emocional para la familia. La mayoría de las veces no se trata de algo grave, pero causa gran preocupación y ansiedad en los padres, que son sometidos a múltiples consejos y recomendaciones no probadas que muchas veces complican las cosas.

Cuadro I. Patrones normales de lactancia, frecuencia, volumen y excretas durante la primera semana de vida - recién nacido de término (3 kg).

Día de vida	Número de tomas en 24 h	Volumen/día (cc/kg/día)	Volumen/toma (ML)	Número de micciones	Número de heces
1	4-5	3-17	2-10	1	1
2	6-10	10-50	5-15	2	2
3	8-12	40-120	15-30	3	3
4	8-12	80-160	30-60	4-6	4-5
5	8-12	120-160	45-60	4-7	4-6
6	8-12	130-160	50-60	5-8	4-8
7	8-12	140-170	55-65	> 6	> 5

Cuadro II. Indicaciones médicas para la complementación con fórmula de la lactancia materna.

Indicaciones absolutas	Indicaciones relativas	Sin fundamento
Separación madre-hijo	Hipoglucemia asintomática	RN somnoliento en las primeras 24-48 con < 7% de pérdida de peso
Enfermedad materna severa o grave	Deshidratación importante sin mejorar al asistir la lactancia	Bilirrubina < 18 después de 72 h con < 7% de pérdida de peso, con buena ingesta y excretas
Algunos errores del metabolismo	Pérdida de peso de 8-10% con retraso en la lactogénesis II después de 120 h	Excesiva demanda de leche por la noche o tetadas diurnas prolongadas (> 1 h)
Incapacidad para alimentarse de su propia madre por enfermedad o malformación	Excretas pobres a las 120 h de vida o dolor intolerable durante la tetada	Madre cansada o somnolienta
Medicamentos maternos como antineoplásicos o antimetabolitos	Ictericia por falta de leche con bilirrubina > 18 Necesidad de macronutrientes o pobre transferencia de leche Historia materna de cirugía mamaria que impida un buen aporte de leche	

La mejor evidencia disponible indica, aunque no confirma, que estas crisis son comunes y casi específicas de los bebés más pequeños, probablemente se deben a cambios en el desarrollo neurológico y constituyen una etapa normal del desarrollo.¹⁸

En algunos casos, el llanto, los gases y la intranquilidad prolongada son debidos a factores orgánicos o problemas de tolerancia a los alimentos.¹⁹ Un niño intranquilo se altera fácilmente y sufre, incluso, ataques de ira. Es normal que se degluta una cierta cantidad de aire; sin embargo, cuando hay una cantidad excesiva, pueden producirse signos y síntomas como distensión abdominal, flatulencias e, inclusive, dolor. La mala técnica de alimentación es una causa frecuente de aerofagia; la baja tolerancia a la lactosa o el consumo excesivo de ésta en tetadas cortas y frecuentes de leche materna son causas comunes de molestias y gases.

Las señales de alerta que deben hacer pensar al médico de la existencia de una condición grave se describen en el *cuadro III*. La presencia de una o más de estas condiciones hace necesario poner especial atención para determinar la causa del problema, aunque la historia clínica por sí sola con un cuidadoso interrogatorio a los padres identifica en el 66% de los casos la etiología.²⁰ Obviamente, se requiere de estudios adicionales para confirmar o descartar otras patologías.

Estas crisis disminuyen cuando los padres adoptan una actitud de mayor cuidado y atención, mayor tiempo de contacto físico, y cuando su respuesta ante las necesidades del bebé es más rápida.

Cuadro III. Condiciones de alarma en recién nacidos y lactantes con intranquilidad e irritabilidad acompañadas de gases.

- Examen físico anormal
- Regurgitaciones frecuentes, vómito, diarrea, sangre en las evacuaciones, pérdida de peso o retraso en el desarrollo neurológico
- Alteraciones significativas del ritmo circadiano (vigilia-sueño)
- Antecedentes familiares de alergia alimentaria, asma, atopía, migraña, o eccema
- Uso de drogas maternas
- Tabaquismo familiar

Cólico

Los niños que lloran intensamente en las primeras horas de vida generalmente no lo hacen por cólico. Lo más probable es que se trate de hambre y poca ingesta de leche.

El cólico es uno de los problemas más frecuentes de los primeros meses y se estima que de 10 a 26% de los recién nacidos presentarán llanto incontrolable, paroxístico y excesivo, frecuentemente sin una causa identificable.

Típicamente comienza en la primera o segunda semana de vida y desaparece aproximadamente antes de los cuatro o cinco meses de edad.^{21,22} Generalmente, aparece por las tardes y noches. Los niños con cólico son

descritos como niños sanos que están bien alimentados, con peso y talla normales, que presentan crisis paroxísticas de irritabilidad, quejidos y llanto que duran un total de tres horas al día y ocurren tres o más días de la semana por un periodo de tres semanas.²³ En el 2006, los criterios de Roma III lo redefinieron, acortando el periodo de llanto a sólo una semana.²⁴ Otras características asociadas al llanto se encuentran en la expresión facial dolorosa, elevación y flexión de las piernas sobre el abdomen y llanto difícil de controlar;²⁵ también se presenta con frecuencia distensión abdominal, flatulencia y peristaltismo audible a distancia; se despiertan intensamente los reflejos de búsqueda, succión y deglución, y el niño parece hambriento e irritable en el pecho todo el tiempo, sin lograr calmarse. Muchas veces, los padres interpretan esto como hambre y los bebés son sobrealimentados, lo que agrava la sintomatología.

En el *cuadro IV* se describe una clasificación etiológica del cólico. Las causas aún son desconocidas en su totalidad y se han propuesto múltiples hipótesis: ha sido atribuido a factores originados tanto en el neonato como en la madre e, incluso, en el ambiente familiar, entre los que se incluyen alteraciones de la función gastrointestinal, intolerancia variada a los alimentos que consume la madre que amamanta, a veces relacionado con una disminución

transitoria de la actividad de la lactasa, alergia a la proteína de la leche de vaca, reflujo gastroesofágico, trastornos de la microflora intestinal, etcétera.

El diagnóstico clínico debe hacerse por exclusión de otras condiciones médicas o quirúrgicas que requieren de un tratamiento urgente.²⁶

Los datos clínicos importantes que deben tenerse en cuenta para hacer un diagnóstico confiable se describen en el *cuadro V*. Es muy importante considerar si la alimentación se está llevando adecuadamente, el niño come apropiadamente, sus excretas son normales y suficientes, y no hay pérdidas anormales por vómito, así como si existen datos clínicos de alarma, como fiebre, dificultad para respirar, dolor o distensión abdominal, tumoraciones o cambios visibles en la pared abdominal. Es importante revisar cuáles son las circunstancias que aumentan o calman el dolor o si las crisis de llanto y dolor se modifican con el contacto de los padres.²⁷

No existen criterios específicos para el tratamiento de esta condición. El primer paso es buscar indicadores de alarma como los que se describen en el *cuadro V*. Si no están presentes, el médico debe evaluar la técnica de alimentación, al mismo tiempo que tranquiliza y orienta a los padres señalando enfáticamente que éste es un problema frecuente y una situación no grave y que se autolimitará en poco tiempo. El médico debe insistir en que se continúe la lactancia y que la madre elimine algunos alimentos como la leche de vaca o lácteos de su dieta, restricción que deberá mantenerse por un mínimo de dos semanas.¹⁹ Los resultados con este abordaje han sido muy favorables. Si el neonato no toma leche materna, deberá sugerirse el uso de fórmulas con proteína de leche de vaca extensamente hidrolizada,²⁸ aunque las fórmulas parcialmente hidrolizadas pueden ser una opción cuando el fondo del problema no es alergia a la proteína. Los medicamentos como simeticona no han mostrado mucha utilidad y otros

Cuadro IV. Etiología del cólico infantil.

A) Extraintestinales:

- a. Psicológicas. El cólico ha sido descrito como un ejemplo temprano de un problema de conducta¹⁸
- b. Fisiología anormal del intestino o alteraciones funcionales tempranas del intestino. Bajo peso al nacer³⁴
- c. Causas varias en la madre, como menstruación, sobrecrecimiento bacteriano, tabaquismo o alimentos de la dieta materna^{27,35,36}

B) Gastrointestinales:

- a. Técnica inadecuada de alimentación. La alimentación con algunos biberones, la posición horizontal y la falta de expulsión de aire después de la toma se han asociado a cólico
- b. Alergia. Algunos niños presentan cólico como manifestación inicial de alergia alimentaria, atribuida en principio a las proteínas de la leche de vaca, incluyendo caseína, IgG y otras²⁸
- c. Mala absorción de lactosa o sacarosa²²
- d. Otras causas, como enfermedad por reflujo gastroesofágico²⁴
- e. Trastornos de la microflora intestinal³⁵

Cuadro V. Elementos para el diagnóstico diferencial en casos de cólico infantil.

- ¿El niño toma la cantidad de leche que necesita, deglute bien, orina suficiente, vomita o tiene sialorrea?
- ¿Presenta fiebre o distensión abdominal, a la palpación se encuentra dolor, tumoraciones, o existen cambios de coloración visibles en la pared abdominal?
- ¿Cuáles son las situaciones que calman el dolor y/o disminuyen la irritabilidad y el llanto?
- ¿Hay alteraciones en la frecuencia respiratoria?
- ¿Tiene dificultad para respirar, después de sostenerlo en brazos de sus padres se tranquiliza, sonríe, se muestra alerta y/o contento?

relajantes musculares se han asociado a toxicidad. Algunos estudios con probióticos como el *L. reuteri* han dado resultados alentadores en reducir las crisis de llanto en niños amamantados que presentan cólico, aunque aún no hay suficiente evidencia para sostener el uso de este probiótico en el manejo del cólico. No se han encontrado resultados favorables en los alimentados con fórmula y tampoco hay evidencia para su uso como método de prevención en los lactantes con crisis de llanto.²⁹

El cólico es una condición clínica que tiene muchos factores causales y muchos otros que contribuyen a su aparición. Por lo tanto, es muy difícil que una sola estrategia pueda asociarse a una mejora significativa de las crisis de llanto que tanto preocupan a los padres, especialmente aquéllos muy jóvenes y sin experiencia, por lo que el apoyo y consejo experto del médico y la ayuda de la familia hacen el punto central del tratamiento de este problema, permitiendo que desaparezca conforme progresa la edad del lactante.

Regurgitaciones y reflujo

Se estima que el 86.9% de los niños sanos de dos meses regurgitan pequeñas cantidades de leche, disminuyendo a alrededor del 10% al año. La presencia de regurgitación guarda relación con la cantidad de alimento digerido: a mayor volumen, más demora del vaciamiento gástrico, más incremento de la presión intragástrica y mayor frecuencia de relajación espontánea del esfínter esofágico inferior. Todo lo anterior predispone al reflujo fisiológico normal presente en la mayoría de los recién nacidos y lactantes menores.

Es importante diferenciar entre regurgitaciones y vómito. La primera es el paso del contenido gástrico del reflujo hasta la boca o faringe, mientras que el vómito se define como el reflejo del sistema nervioso central que involucra músculos autonómicos y esqueléticos. El reflujo gastroesofágico es un proceso fisiológico que se produce varias veces al día en individuos sanos. Según criterios basados en la medición del pH esofágico, la mayoría de los episodios de reflujo duran menos de tres minutos, se producen en el periodo postprandial y sus síntomas son pocos o están ausentes.³⁰

Según los criterios de Roma III, el diagnóstico de regurgitación en un lactante sano de tres semanas a 12 meses de edad debe incluir regurgitaciones cuando menos dos veces al día durante al menos tres semanas en ausencia de náuseas, hematemesis, aspiración, apnea, retraso en el desarrollo, dificultades para comer o tragar, o posturas anormales.²⁴

La gran mayoría de los casos de regurgitación son normales; sin embargo, en los casos de regurgitaciones recurrentes es obligatorio realizar una buena historia clínica acompañada de un examen clínico completo para descartar

señales de alarma que pudieran sugerir una condición patológica. Un parámetro útil es el seguimiento de las curvas de crecimiento por la medición antropométrica mensual en todos los casos. Obviamente, no debe considerarse que se trata de una condición normal al encontrar a un lactante con regurgitaciones frecuentes y que, además, presenta bajo peso.³¹

Una parte importante del manejo de esta condición fisiológica es la educación de los padres en cuanto a no sobrealimentar al lactante. Los padres deben saber que la alimentación excesiva favorece las regurgitaciones. Los efectos secundarios como flatulencia, distensión y meteorismo abdominal, regurgitaciones, eructos, cólico, vómito, etcétera que un lactante de cinco kilos sufre cuando toma en 10 minutos aproximadamente 180 mL de leche son similares a las incomodidades que un adulto de 80 kg puede presentar cuando toma tres litros de una gaseosa en el mismo tiempo.³² Cuando los padres hacen conciencia de esta analogía entienden lo que pasa en sus hijos cuando toman leche en exceso.

La mayoría de los episodios de regurgitación en niños sanos causan pocos o ningún síntoma. Por el contrario, la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), el reflujo ácido del estómago hacia el esófago, causa síntomas muy molestos y es causa de complicaciones graves.^{24,30,31,33}

Las fórmulas antirreflujo, los espesantes de la fórmula o de la leche materna, los procinéticos, antiácidos y/o bloqueadores de la secreción ácida gástrica y los antiespasmódicos no están justificados y son poco útiles en esta condición.

La implementación de estrategias de alimentación como la disminución de los reflejos de eyección de la leche, la posibilidad de tetadas cortas y de un solo pecho, con ingesta principal de leche posterior rica en grasas y proteínas, así como la posición semisentada y evitar la sobrealimentación durante la tetada ayudan a corregir el problema y mejorar los síntomas del lactante.

Sin ninguna duda, se requiere un análisis cuidadoso de la técnica y patrón de alimentación, las perspectivas de los padres, la velocidad del crecimiento y desarrollo del niño, teniendo en mente que se trata sólo de una situación fisiológica que mejorará al disminuir la ansiedad de los padres y corregir defectos de la técnica de alimentación.

REFERENCIAS

1. AAP. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012; 129 (3): e827-e841.
2. WHO. 2012. [Internet] [Acceso el 26 de nov de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>.
3. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 5: CD003519.

4. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth*. 2007; 34 (3): 202-211.
5. Menon G, Williams TC. Human milk for preterm infants: why, what, when and how? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2013; 98: 559-562.
6. Morton J, Hall JY, Wong RJ, Thairu L, Benitz WE, Rhine WD. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol*. 2009; 29 (11): 757-764.
7. Sweet CB, Grayson S, Polak M. Management strategies for neonatal hypoglycemia. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2013; 18 (3): 199-208.
8. Chantry CJ, Howard CR. Clinical protocols for management of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*. 2013; 60 (1): 75-113.
9. Franco-del-Río G, Sesin-Martínez M. Lactancia materna y resolución de problemas clínicos. En: Fernandez-del-Castillo SC, ed. *Obstetricia y Medicina Perinatal. Temas Selectos*. México, DF: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, AC; 2006. pp. 863-873.
10. Santoro W Jr., Martinez FE, Ricco RG, Jorge SM. Colostrum ingested during the first day of life by exclusively breastfed healthy newborn infants. *J Pediatr*. 2010; 156 (1): 29-32.
11. Neville MC, Keller R, Seacat J, Lutes V, Neifert M, Casey C et al. Studies in human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation. *Am J Clin Nutr*. 1988; 48 (6): 1375-1386.
12. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48 (2): 273-297.
13. Holmes AV. Establishing successful breastfeeding in the newborn period. *Pediatr Clin North Am*. 2013; 60 (1): 147-168.
14. Escobar GJ, Liljestrand P, Hudes ES, Ferriero DM, Wu YW, Jeremy RJ et al. Five-year neurodevelopmental outcome of neonatal dehydration. *J Pediatr*. 2007; 151 (2): 127-133, 33 e1.
15. Iyer NP, Srinivasan R, Evans K, Ward L, Cheung WY, Matthes JW. Impact of an early weighing policy on neonatal hypernatraemic dehydration and breastfeeding. *Arch Dis Child*. 2008; 93 (4): 297-299.
16. Lawrence RM. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. *Pediatr Clin North Am*. 2013; 60 (1): 295-318.
17. Baildam EM, Hillier VF, Ward BS, Bannister RP, Bamford FN, Moore WM. Duration and pattern of crying in the first year of life. *Dev Med Child Neurol*. 1995; 37 (4): 345-353.
18. St James-Roberts I, Peachey E. Distinguishing infant prolonged crying from sleep-waking problems. *Arch Dis Child*. 2011; 96 (4): 340-344.
19. Franco-del-Río G, Sesin-Martínez M. Cólico en el bebe amamantado. *Gaceta Médica de Querétaro*. 2000; 10 (1): 1-6.
20. Freedman SB, Al-Harthy N, Thull-Freedman J. The crying infant: diagnostic testing and frequency of serious underlying disease. *Pediatrics*. 2009; 123 (3): 841-848.
21. Woodgate P, Cook L, Webster H. *Medical therapy for infantile colic (Protocol)*. Cochrane Database Syst Rev. 2003, (1).
22. Lucassen PLBJ, Assendelft WJJ, Gubbels JW, van Eijk JTM, van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ*. 1998; 316 (7144): 1563-1569.
23. Wade S. Infantile colic. *Clin Evid*. 2006; 15: 439-447.
24. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology*. 2006; 130 (5): 1519-1526.
25. Illingworth RS. Infantile colic revisited. *Arch Dis Child*. 1985; 60 (10): 981-985.
26. Cohen GM, Albertini LW. *Colic Pediatr Rev*. 2012; 33 (7): 332-333.
27. Vega-Franco L. El llanto lacerante de los lactantes con cólico. La infructuosa búsqueda del por qué. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2003; 70 (5): 229-231.
28. Vandenplas Y, Koletzko S, Isolauri E, Hill D, Oranje AP, Brueton M et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. *Arch Dis Child*. 2007; 92 (10): 902-908.
29. Sung V, Collett S, de Gooyer T, Hiscock H, Tang M, Wake M. Probiotics to prevent or treat excessive infant crying: systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2013; 167 (12): 1150-1157.
30. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2009; 49 (4): 498-547.
31. Garza JM, Kaul A. Gastroesophageal reflux, eosinophilic esophagitis, and foreign body. *Pediatr Clin North Am*. 2010; 57 (6): 1331-1345.
32. Hill ID. *Spiter, Spater: GER and GERD for the pediatrician*. New Orleans: American Academy of Pediatrics; 2012.
33. Hassall E. Talk is cheap, often effective: symptoms in infants often respond to non-pharmacologic measures. *J Pediatr*. 2008; 152 (3): 301-303.
34. Heine RG. Allergic gastrointestinal motility disorders in infancy and early childhood. *Pediatr Allergy Immunol*. 2008; 19 (5): 383-391.
35. Rhoads JM, Fatheree NY, Norori J, Liu Y, Lucke JF, Tyson JE et al. Altered fecal microflora and increased fecal calprotectin in infants with colic. *J Pediatr*. 2009; 155 (6): 823-828 e1.
36. Canivet CA, Ostergren PO, Jakobsson IL, Dejin-Karlsson E, Hagander BM. Infantile colic, maternal smoking and infant feeding at 5 weeks of age. *Scand J Public Health*. 2008; 36 (3): 284-291.