





**7° Congreso Argentino de Pediatría
General Ambulatoria**

*Lactante vomitador
Primeras consultas*

Dr. Ruben Gurevech - SALTA
gurevech@gmail.com

Diagnóstico de los trastornos funcionales digestivos más frecuentes en lactantes presuntamente sanos

Contexto

- Consultorio de pediatría
- Lactantes de 15 días a 6 meses (1 año)
 - En seguimiento
 - 2ª opinión
- Descartados otros diagnósticos de vómitos
- Sin pautas de alarma

Definiciones

Tener claro los conceptos para poder:

- Realizar una buena anamnesis
- Decodificar el relato materno y poder
- Efectuar las eventuales interconsultas

VÓMITOS: expulsión de contenido gástrico hasta afuera de la boca con la contracción de la musculatura de la pared abdominal y diafragma, como resultado de una respuesta autonómica y coordinada que determina un esfuerzo y no una conducta pasiva.

REFLUJO GASTROESOFÁGICO: se define como el paso de contenido gástrico hacia el esófago. Su manifestación clínica es el paso de contenido gástrico a la orofaringe (a veces incluso fuera de la boca: **REGURGITACIÓN**) de manera pasiva o sin esfuerzo. En la practica se suelen usar como sinónimos regurgitacion y reflujo

Pautas de Alarma

Generales

- Compromiso del estado general
- Deshidratación
- Repercusión nutricional / retraso ponderoestatural
- Fiebre y/o letargia
- Historia familiar de atopía
- Eczema; dermatitis perianal
- Anemia ferropénica
- Trastornos de deglución
- Rechazo de la alimentación
- Letargia
- Excesiva irritabilidad o dolor
- Disuria
- Inicio de vómitos o regurgitación luego de los 6 meses

Gastrointestinales

- Vómitos
 - severos persistentes
 - nocturnos
 - biliosos
- Dolor abdominal
- Distensión con palpación abdominal patológica
- Alteración ruidos hidroaéreos
- Diarrea y/o estreñimiento asociados
- Hemorragia digestiva: hematemesis o melena
- Hepatoesplenomegalia
- Regurgitaciones frecuentes
- Vómitos y episodios de tos asociados
- Posición de Sandifer

Neurológicos

- Examen neurológico anormal
- Fontanela abombada
- Macro/microcefalia
- Convulsiones

En los primeros meses de vida la presencia de **síntomas gastrointestinales** por trastornos funcionales es casi la regla:

- Regurgitación
- Vómitos
- Constipación
- Cólicos y llanto

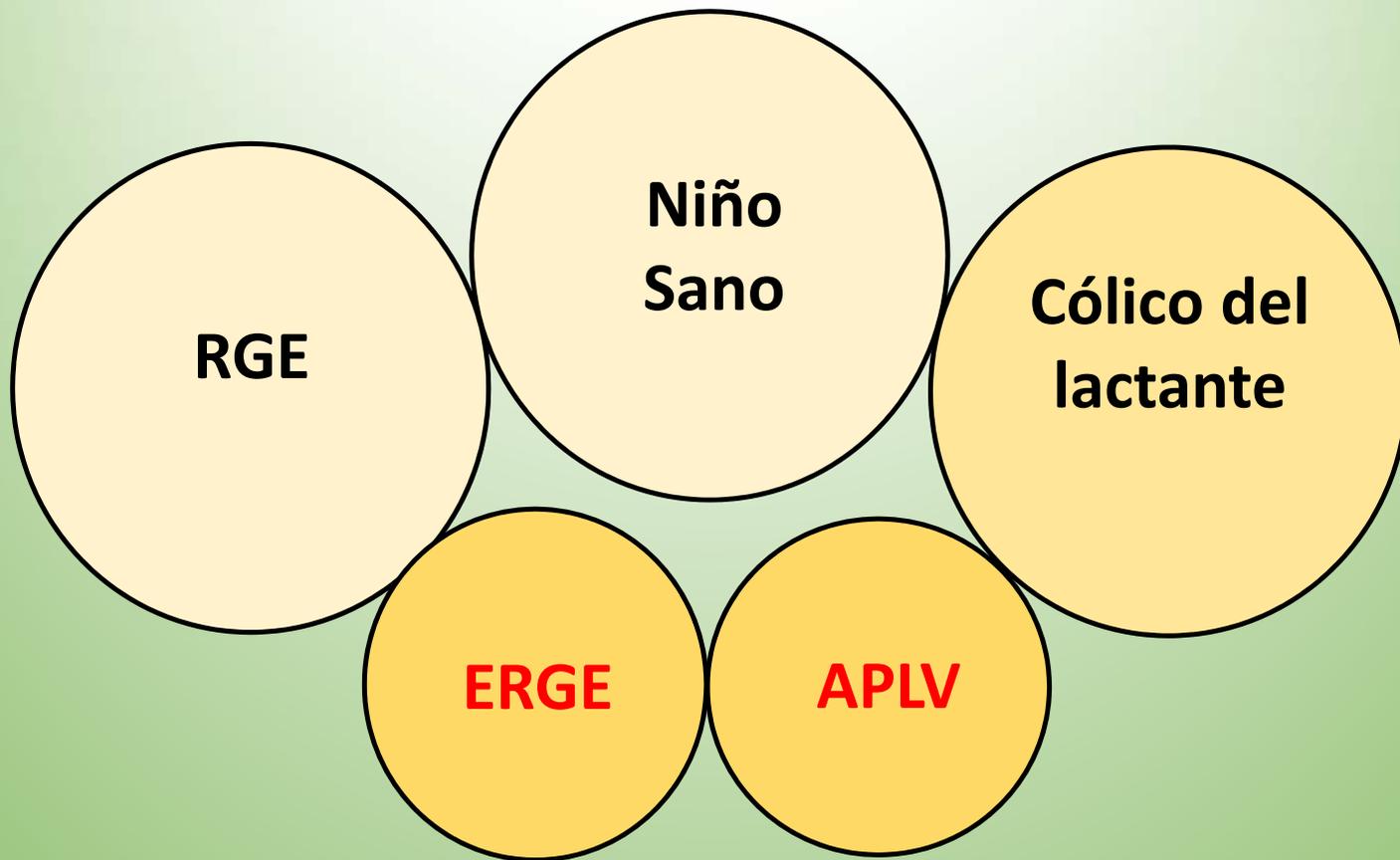
Sin embargo originan:

- Preocupación y angustia en los padres
- No son necesariamente enfermedades
- Frecuentes consultas
- Modificaciones dietarias
- Indicaciones medicamentosas

En general son lactantes en:

- Buen estado general
- Examen físico normal
- Desarrollo neuromadurativo adecuado
- **Adecuado progreso pondoestatural**

- **Rotulación de un niño presuntamente sano como probablemente enfermo**
- **Sobrediagnóstico**
- **Sobret ratamiento**
- **Subdiagnóstico**



RGE

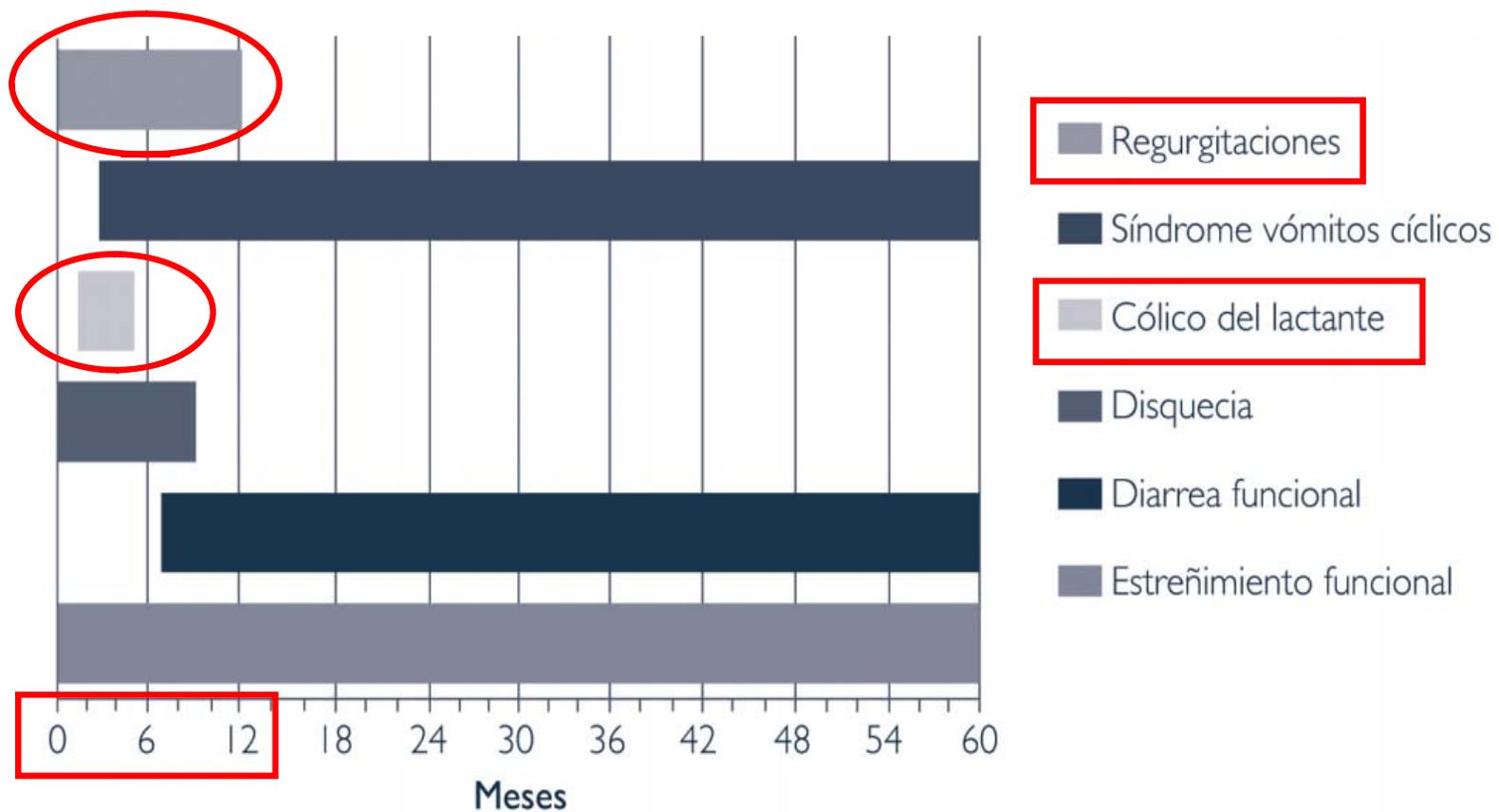
**Niño
Sano**

**Cólico del
lactante**

ERGE

APLV

Figura 1. Edad de presentación de los trastornos digestivos funcionales en el neonato y niño pequeño



Lactante Sano

Lactante Probablemente Sano

PROBABLE = Que hay buenas razones para creer que se verificará o sucederá

Lactante Posiblemente Enfermo

POSIBLE = Que puede suceder

Lactante Enfermo

Luciano es un lactante de 2 meses de edad, nacido de embarazo normal, controlado

Parto eutócico - PN 2950 g

Lactancia exclusiva

A los 15 días de vida inicia episodios de cólicos, breves, con crisis de llanto severo

Presenta episodios de regurgitación

La curva de peso muestra un incremento de 50 g/día entre los 15 y los 45 días; luego 35 g/día

Actualmente la sintomatología disminuyó en forma significativa

Diagnóstico

presuntivo

- **NIÑO SANO**



Josefina es una lactante de 7 meses, nacida de embarazo controlado - G2P1

Parto eutócico – PN 3550 - Lactancia exclusiva

Al mes de vida presenta lesiones compatibles con dermatitis atópica leve, que mejora con emolientes y no vuelve a presentar

A los 2 meses cursa cuadro de bronquiolitis leve

En todas las consultas la madre refiere que “vomita como un exorcista” (episodios frecuentes y voluminosos de regurgitación de leche, que persisten hasta la actualidad)

Examen físico normal - Curva de peso en percentil 95

Diagnósticos presuntivos

- NIÑO SANO
- RGE



Lucía es una lactante de 8 meses de vida, G2/P0, nacida por cesárea
PN 3120 g – Inicia lactancia exclusiva. Al mes de vida consulta por **mal progreso de peso, vómitos frecuentes y episodios de llanto.**
Se agrega suplemento con fórmula AR, sin respuesta clínica, cambiándose a fórmula hidrolizada Nutramigen^{MR} + omeprazol y domperidona
Persiste sintomática y su curva de peso se mantiene en percentil 5, sin recuperación
La rx de abdomen muestra marcada distensión intestinal
Se indica cambiar a una fórmula en base a aminoácidos libres Neocate^{MR}.
Persiste la sintomatología, agregándose lesiones compatibles con **dermatitis atópica.**
Inicia alimentación con Althera^{MR}, mejorando la sintomatología
Hermana con “antecedentes de APLV” en el primer año de vida

Diagnósticos presuntivos

- ERGE
- APLV



Vera es una lactante de 5 meses de edad

Embarazo normal controlado

Parto eutócico - PN 3,050

Lactancia exclusiva

Buen progreso en el primer mes de vida

Consulta al 2º mes por menor aumento de peso, vómitos esporádicos y **proctorragia**

Con diagnóstico de PROCTOCOLITIS HEMORRAGICA le indican suspender lactancia y pasar a fórmula altamente hidrolizada

La madre decide mantener lactancia con dieta de exclusión estricta

Al cabo de 3 semanas mejoran las deposiciones y recupera peso

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

- Proctocolitis inducida por APLV



Cólico del Lactante

Definición clínica

Presencia, en un lactante sano y bien alimentado, de llanto

✓ **Persistente** ✓ **Inconsolable** ✓ **Excesivo** ✓ **Inexplicado**

El diagnóstico se basa en conceptos subjetivos, transmitidos por los padres e interpretados por el pediatra. Es el disparador más importante de estrés en los padres, que sienten frustración, impotencia, culpabilidad por no poder detenerlo.

CRITERIOS ROMA IV - G4 - Cólicos del lactante

Debe cumplir TODOS los siguientes:

1. Inicio y finalización del cuadro **antes de los 5 meses de edad (antes 4 meses)**.
2. Periodos recurrentes y prolongados de llanto, queja o irritabilidad referidos por los cuidadores, sin causa aparente, y que no se pueden ni prevenir ni resolver por dichos cuidadores.
3. No presentar fallo de crecimiento, fiebre u otra enfermedad evidente.

Con fines de investigación clínica, se deben añadir también:

1. La presencia de llanto o queja referidos por su cuidador durante 3 o más horas al día, 3 o más días a la semana.
2. Medición prospectiva de 24 horas en las que se objetivan 3 horas de llanto

Incidencia

3-28 %

Aplicando Criterios de Wessels

Global	5-19 %
8-9 semanas	11 %
10-12 semanas	0,6 %

Muy variable

- ✓ **Por el uso de criterios subjetivos**
- ✓ **Por la variación decreciente con la edad**

'THREE MONTHS' COLIC'

BY

R. S. ILLINGWORTH

From the Department of Child Health, The University of Sheffield and the Children's Hospital, Sheffield

(RECEIVED FOR PUBLICATION JANUARY 15, 1954)

In the first three months of life, rhythmic attacks of screaming, which are almost entirely confined to the first three months of life, continues unabated when he is fed on cow's milk. They are apt to feed the baby almost constantly.

Arch Dis Child, June 1954

grows up to be a nice normal child in no way different from other children.

The most likely explanation of the attacks lies in a localized obstruction to the passage of gas in the colon by spasm or kinking of uncertain cause. This

"cólico" del griego Kolikos = colon – intestino
 Término utilizado desde 1954 y que Illinworth atribuyó a una alteración intestinal
 Esa concepción persiste y explica la derivación frecuente a gastroenterología

COMPARATIVE DATA ON MOTHER AND CHILD

	Colic Group*	Control Group*
<i>Mother</i>		
Age of mother (in years)		
Mean	27·2 σ5·2	27·1 σ5·7
Unknown	1	1
Multiparae	13	15
Pre-natal pre-eclampsia or toxæmia ..	4	4
Hypertension	4	2
Haemorrhage	1	0
Other illnesses, excluding vomiting ..	3	2
Pre-natal foetal 'hiccoughs'	5	6
Family history of allergy		
Mother or father	7	7
Uncles or aunts	2	3
Grandparents	1	2
<i>Baby</i>		
Male	25	27
Female	25	23
Birth weight (lb. oz.)		
Mean	7·3 σ1·0	7·6 σ1·3
Method of feeding (at first follow-up visit)		
By breast fed	44	35
Complementary feeds	2	5
Specially fed	4	10
Number of feeds per day (at first follow-up visit)		
Mean	5·6 σ0·7	6 σ0·7
Possetting or vomiting	22	18
Number of stools per day (at first follow-up		

Pediatrics

VOLUME 14

NOVEMBER 1954

NUMBER 5

ORIGINAL ARTICLES

PAROXYSMAL FUSSING IN INFANCY, SOMETIMES CALLED "COLIC"

By MORRIS A. WESSEL, M.D., JOHN C. COBB, M.D., EDITH B. JACKSON, M.D.,
GEORGE S. HARRIS, JR., M.D., AND ANN C. DETWILER, B.A.
New Haven, Connecticut

INTRODUCTION

"PAROXYSMAL fussing," "irritable crying,"
"compulsive crying" and "infantile

if there were abdominal pain. Excessive
flatus is common. The infant may appear
hungry, but feeding does not always re-

Paroxysmal Fussing In Infancy, Sometimes Called "Colic"

Morris A. **Wessel**, John C. Cobb, Edith B. Jackson, George S. Harris, Jr., Ann C. Detwiler
[Pediatrics](#). [November 1954, Volume 14 / Issue 5](#)

Se realiza un estudio longitudinal de 98 lactantes (48 clasificados como llorones y 50 como apacibles)

Clásicamente comienzan en la segunda semana de vida y tienden a desaparecer para la octava
No había diferencias entre ambos grupos en la alimentación, peso de nacimiento, incremento ponderal, género, nivel educativo de la madre o antecedentes familiares de alergia.

En el grupo de lactantes con cólicos se consideró como un factor causal importante:

Tensión familiar	22 casos
Alergia	6 casos
Alergia y tensión familiar	9 casos
Sin causa aparente	11 casos

El "cólico infantil" es probablemente una de las primeras respuestas somáticas del lactante a factores de estrés ambiental. El grado particular al cual reacciona cada niño está probablemente determinado por factores constitucionales

Fisiopatología

- **Factores del neurodesarrollo**

Regulación de los estados de llanto, con reemplazo de respuestas reflejas por comportamientos regulados por la corteza cerebral

- **Microbiota**

Disbiosis intestinal: modifica el eje cerebro-intestino (vías de señalización endocrinológicas, inmunológicas, humorales y neurológicas)

Factores que modifican la microbiota

Microbiota materna

Factores ambientales del hospital y del hogar

Uso de antibióticos y de inhibidores de la secreción ácida

Tipo de parto

Tipo de alimentación

- **Producción y regulación de ácidos biliares**

- **Inmadurez del sistema nervioso entérico**

- **Factores psicosociales:** depresión materna y paterna

- **Tabaquismo**

PubMed

Create RSS Create alert Advanced

Format: Summary ▾ Sort by: Most Recent ▾ Per page: 20 ▾

Search results

Items: 1 to 20 of 361 << First < Prev Page 1 of 19 Next >

Filters activated: published in the last 10 years, Infant: birth-23 months. [Clear all](#) to show 10633 items.

- [\[Complicated Meckel diverticula: about 15 cases\].](#)
- 1. Diop A, Thiam O, Guèye ML, Seck M, Touré AO, Cissé M, Dieng M. Pan Afr Med J. 2018 Jan 29;29:81. doi: 10.11604/pamj.2018.29.81.12675. eCollection 2018. PMID: 29875962 [Free PMC Article](#) [Similar articles](#)
- [Effect of Reflexology on Infantile Colic.](#)
- 2. Icke S, Genc R. J Altern Complement Med. 2018 Jun;24(6):584-588. doi: 10.1089/acm.2017.0201. PMID: 29676928 [Similar articles](#)

PubMed
361 resultados

Google
6,020,000 resultados

google

Todo Imágenes Vídeos Noticias Maps Más Preferencias

Cerca de 6.020.000 resultados (0,26 segundos)

Baby colic - Wikipedia
https://en.wikipedia.org/wiki/Baby_colic Traducir esta página

Baby colic, also known as **infantile colic**, is defined as episodes of crying for more than three days a week, for three weeks in an ...

Duration: Typically goes away by six months of age

Treatment: Conservative treatment, extra supp...

Symptoms: Crying

Usual

[Abusive head trauma - Divorcio](#)

Pautas de manejo

El manejo clínico del cólico infantil es a menudo guiado por la experiencia más que por la evidencia.

Reconocer signos de alarma

Tener en cuenta diagnósticos diferenciales

Contención de los padres

Reconocer signos de estrés y fatiga

Valorar riesgo de maltrato (6%)

Acordar con los padres

Manejo del llanto

Swaddling o fajado

Masajes

Tratamientos farmacológicos

Intervenciones dietéticas

Probióticos – lactobacillus reuteri

Estrategias controvertidas

- Eliminación de la leche de vaca de la dieta de la madre
- A pesar del uso generalizado de tratamientos para el reflujo gastroesofágico para reducir el llanto de los bebés, no hay evidencia de que el reflujo gastroesofágico cause llanto a los lactantes.

Managing infants who cry excessively in the first few months of life

Pamela Douglas P and Hill P - BMJ 2011;343:d7772

5 % de los lactantes pueden seguir llorando después de los 5 meses

6 % de los padres han reconocido haber tenido algún tipo de conducta de **abuso físico** en los episodios de llanto

El llanto inconsolable del lactante es causa de **ansiedad** y **depresión** materna

Acorta el período de **lactancia**

La persistencia de llanto inconsolable a los 5 meses de vida es predictiva de mayor riesgo de **problemas de conducta** en la niñez

Behavioral Outcomes of Infant Colic in Toddlerhood: A Longitudinal Study

J Pediatr 2018;201:154- 9 - Georgie Bell et al

Los bebés con cólicos cuyo llanto se resuelve espontáneamente **no experimentan efectos adversos** relacionados con el comportamiento del niño, sus habilidades reguladoras, el temperamento o el funcionamiento familiar en el mediano plazo.

Los padres y los médicos pueden estar seguros de que el llanto del bebé como resultado del cólico y el estrés relacionado son de corta duración y seguramente se resolverán

APLV - Diagnóstico

En la práctica clínica se considera como estándar de diagnóstico el **test de provocación oral (TPO) abierto**:

1. Ausencia de los síntomas atribuidos a la APLV al cabo de 2 a 4 semanas desde la supresión de la PLV
2. Reparición de la sintomatología al reintroducir la PLV

El test de provocación podría obviarse antes síntomas severos de APLV

El estándar de oro del diagnóstico es el test de provocación oral (TPO) doble ciego placebo controlado, de muy difícil aplicación

Síntomas más frecuentes en la APLV

(los niños con APLV en general muestran MAS de una manifestación)

Tracto Gastrointestinal

Regurgitación frecuente

Vómitos

Diarrea

Constipación (con o sin rash perianal)

Sangre en materia fecal

Anemia ferropénica

Rechazo de la alimentación

Mal incremento de peso

Enteropatía perdedora proteínas

Piel

Dermatitis Atópica

Edema de párpados o labios
(angioedema)

Urticaria no relacionada con infecciones
agudas, ingesta de drogas u otras causas

Respiratorias (no relacionadas con
infecciones)

Rinorrea, obstrucción nasal (otitis media)

Tos crónica

Sibilancias

Generales

Molestias o cólicos persistentes (Criterios
de Wessel)

Anafilaxia

FPIES (Síndrome de Enterocolitis Inducida
por Proteínas Alimentarias): cuadros de
acidosis metabólica severa, vómitos y
diarrea

Características clínicas y manejo de lactantes menores de 1 año con sospecha de alergia a proteína de leche de vaca
 Errázuriz G, et al
 Rev Chil Pediatr. 2016

**Pacientes atendidos en Gastroenterología
 Sólo en el 34 % se hizo TPO**

Tabla 2 Síntomas de presentación en el momento de la sospecha de APLV en 106 lactantes atendidos en gastroenterología de la Clínica Las Condes

	n (%)
Total de lactantes	106
Síntomas de presentación	
Enfermedad por reflujo gastroesofágico (sin apnea)	67 (63)
Cólicos patológicos	52 (49)
Rectorragia	44 (41)
Diarrea/neumatosis	10 (9)
Estreñimiento	8 (7)
Enfermedad por reflujo gastroesofágico con apnea	9 (8)
Síntomas respiratorios	3 (3)
N.º de síntomas al diagnóstico	
1	41 (37)
2	41 (38)
3	21 (19)
4	4 (4)

APLV: alergia a proteína de leche de vaca.

Prevalencia de alergia a la proteína de la leche de vaca en niños en un hospital universitario de comunidad
 Dra. Romina Mehaudy et
 Arch Argent Pediatr
 2018;116(3):216-223

TABLA 1. Características clínicas de los niños con alergia a la proteína de la leche de vaca

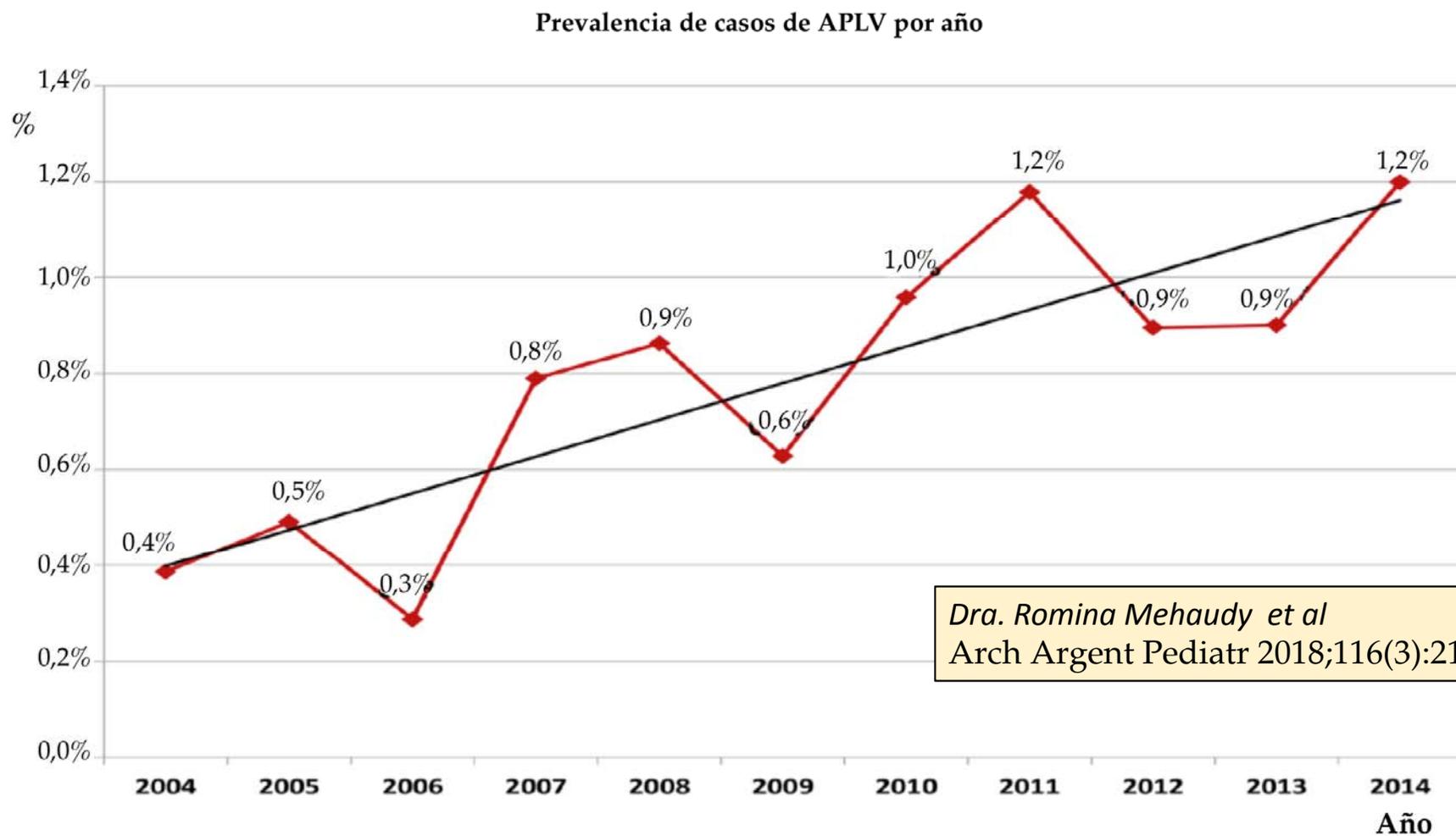
		N = 116
* Sexo	Masculino	52 (44,8)
	Femenino	64 (55,2)
** Edad, meses		3,6 (2,1)
* Síntomas al inicio	Deposiciones con sangre	48 (41,4)
	Síntomas gastrointestinales inespecíficos	20 (17,2)
	Síntomas IgE mediados	32 (27,6)
	Síntomas mixtos	16 (13,8)
* Alimentación al inicio de los síntomas	Lactancia materna exclusiva	18 (15,6)
	Incorporación de leche modificada	79 (68,7)
	Incorporación de alimentos lácteos	18 (15,6)
* Tipo de parto	Parto vaginal	50 (44,2)
	Cesárea	63 (55,8)

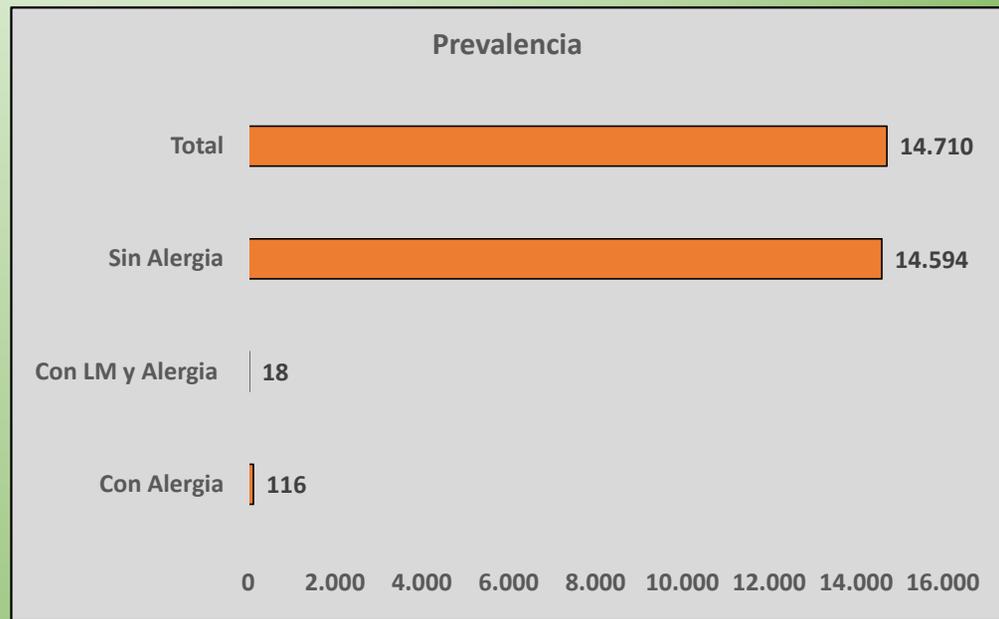
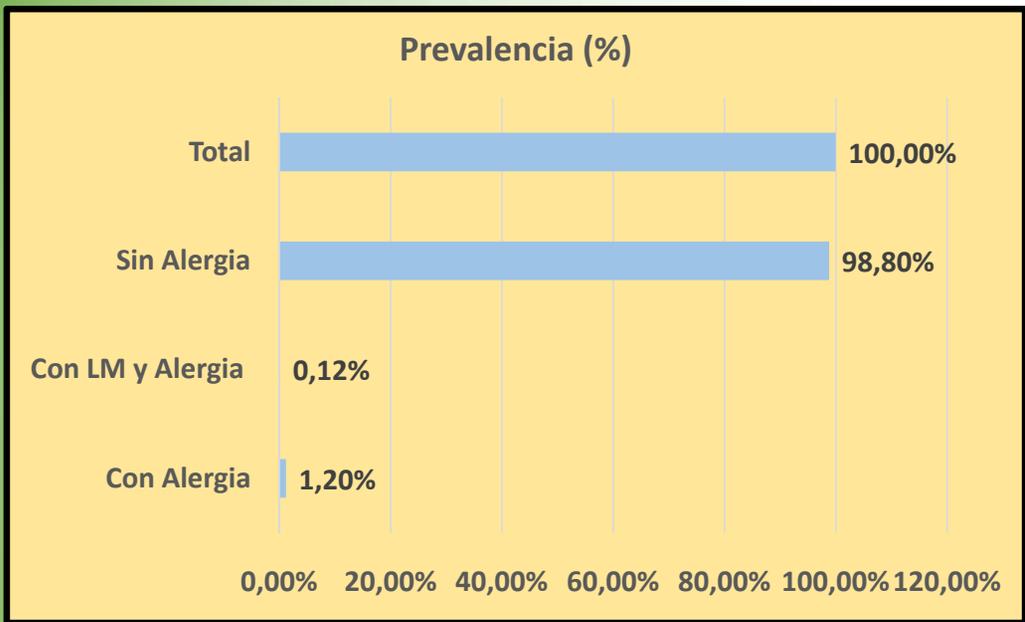
Prevalencia de APLV

AUTOR	PUBLICACION	INCIDENCIA
Errázuriz G, et al.	Rev Chil Pediatr. 2016	2-5% en < 1 año
Se consideró como estándar de diagnóstico la respuesta a la dieta y la contraprueba		
Mora Mabel	Pronap 2016 – Mód 2-Cap2	1,8 - 7,5 %
	Datos estadísticos bibliográficos	0,5 % si es pecho exclusivo
Lifschitz C & Szajewska H.	Eur J Pediatr (2015) 174:141–150	2 a 3 % en países desarrollados
	2010 systematic review	0.5 % con lactancia exclusiva
Resalta falta de uniformidad en los criterios diagnósticos		
Mehaudy R et al	Arch Argent Pediatr 2018;116(3):216-3	0,8% - 116 casos / 14.710 RN
		0,4 % (2004) a 1,2% (2014)
	Estudio de cohorte retrospectivo	0,12% con lactancia exclusiva
Koletzko S et al	JPGN Volume 55, Number 2, August 2012	2-3 %
ESPGHAN GI Committee Practical Guidelines	Meta-análisis – Programa EuroPrevall	

La prevalencia percibida suele ser hasta 10 veces superior a la comprobada

FIGURA 1. Prevalencia de alergia a la proteína de la leche de vaca entre 2007 y 2014





Dra. Romina Mehaudy et al
 Arch Argent Pediatr 2018;116(3):216-223

	2016	2017	ENE-JUN//2018
Rosario	36,42%	32,71%	31,50%
La Rioja	42,43%	29,88%	29,65%
Santa Fe	32,67%	25,83%	28,78%
Del Paraná	29,71%	23,63%	23,58%
Villa María	27,86%	22,41%	21,45%
San Juan	26,52%	21,79%	20,88%
Río Uruguay	29,11%	23,02%	20,87%
Pergamino	26,08%	21,43%	20,87%
Corrientes	24,53%	20,73%	20,78%
Buenos Aires Centro	18,34%	19,76%	19,79%
-----	-----	-----	-----
Córdoba	27,37%	19,57%	18,41%
Catamarca	27,17%	18,69%	16,72%
Chivilcoy	25,56%	18,31%	16,52%
Mar del Plata	21,27%	18,19%	15,84%
Salta	18,67%	13,99%	15,56%
-----	-----	-----	-----
Santa Cruz	8,60%	6,12%	5,62%
Formosa	11,09%	6,81%	4,27%
Comodoro Rivadavia	3,73%	3,71%	3,99%
Tierra del Fuego	3,52%	2,78%	3,64%
Sub Total	20,81%	15,44%	14,82%

Porcentaje de niños de 0 a 12 meses que tienen prescripción de algún tipo de leche medicamentosa

Reflujo gastroesofágico - RGE

Enfermedad por reflujo gastroesofágico - ERGE

- RGE: pasaje del contenido gástrico hacia el esófago con o sin regurgitación o vómitos
- ERGE: corresponde a episodios de RGE que se acompañan de síntomas y/o complicaciones

Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines 2018

Rosen et al. JPGN 2018;66: 516–554

ROMA IV - Criterios diagnósticos de RGE

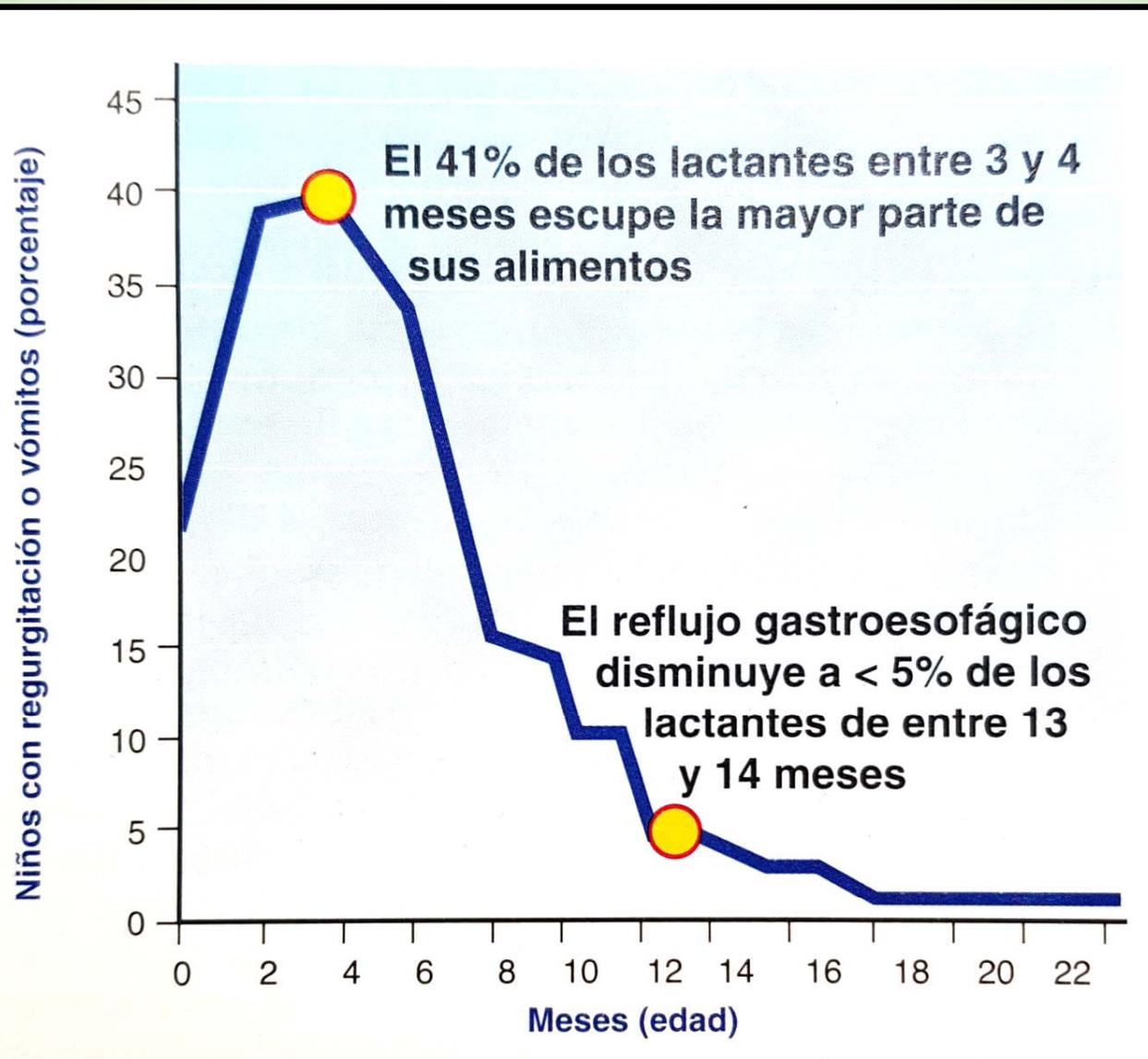
Debe cumplir los dos siguientes, en un niño sano de 3 semanas a 12 meses de edad:

1. Dos o más regurgitaciones por día durante tres o más semanas.
2. Ausencia de náuseas, hematemesis, aspiración, apnea, fallo de medro, dificultades de alimentación o deglución o posturas anormales.

Cambios en los criterios diagnósticos

Los criterios actuales señalan que no existe una buena correlación entre la existencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico y el llanto o el comportamiento irritable del lactante.

Estos síntomas dependen de la percepción subjetiva tanto de los cuidadores como del médico. En estos casos existe falta de evidencia en el uso de inhibidores de la bomba de protones.



Sospecha de enfermedad por RGE

GENERALES

Irritabilidad / molestias
Retraso pondoestatural
Rechazo de la alimentación
Posturas distónicas del cuello (Sandifer)
Anemia
Trastornos del sueño

GASTROINTESTINALES

Regurgitaciones frecuentes
Hematemesis
Sospecha de disfagia

RESPIRATORIAS

Respuestas anómalas de la vía aérea
Apnea y cianosis
Laringitis
Sibilancias recurrentes
Neumonía aspirativa o recurrente
Tos crónica

Menos del 10 % de los lactantes que tienen síntomas generales compatibles con ERGE tienen realmente la enfermedad

Rosen et al. JPGN 2018;66: 516–554

La relación entre ERGE y la APLV es por lo menos controvertida
Se sobreponen los cuadros clínicos
En algunas publicaciones se menciona que un 30% de los casos de ERGE podrían ser debidas a APLV

Intervenciones para el diagnóstico primario de ERGE en el lactante

Las evidencias son **insuficientes** para el uso de:

- Estudios contrastados con barrio
- Ecografía
- Esofagogastroduodenoscopia con o sin biopsia
- Biomarcadores como pepsina en saliva
- Manometría
- Centellografía
- Prueba terapéutica con alimentación transpilórica
- Prueba terapéutica en lactantes con IBP
- Impedanciometría intraesofágica multicanal

No hay un estándar de oro diagnóstico



Anamnesis y examen físico

Lactante con sospecha de ERGE

Presencia de signos de alarma

NO

SI

Evitar sobrealimentación
Espesar la fórmula
Continuar con lactancia
No cambios de posición durante el sueño
No pre o probióticos
Considerar sobrepeso
Apoyar a los padres y/o cuidadores

Revalorar cuadro clínico y ajustar diagnóstico

MEJORIA

Continuar el manejo

NO MEJORIA

Considerar el uso de fórmulas hidrolizadas o de aminoácidos por 2-4 semanas
En lactantes amamantados suspender PLV en la dieta materna

MEJORIA

Continuar el manejo y discutir la reintroducción de la PLV durante el seguimiento

NO MEJORIA

Derivar a Gastroenterología

Derivación no posible

Considerar el uso de IBP durante 4-8 semanas y luego suspender si hay mejoría

Revisar los diagnósticos diferenciales.
Considerar el uso de estudios complementarios y/o ensayo terapéutico

No mejoría o recurrencia

MEJORIA

Suspender todo tratamiento

Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines 2018

Rosen et al. JPGN 2018;66: 516–554

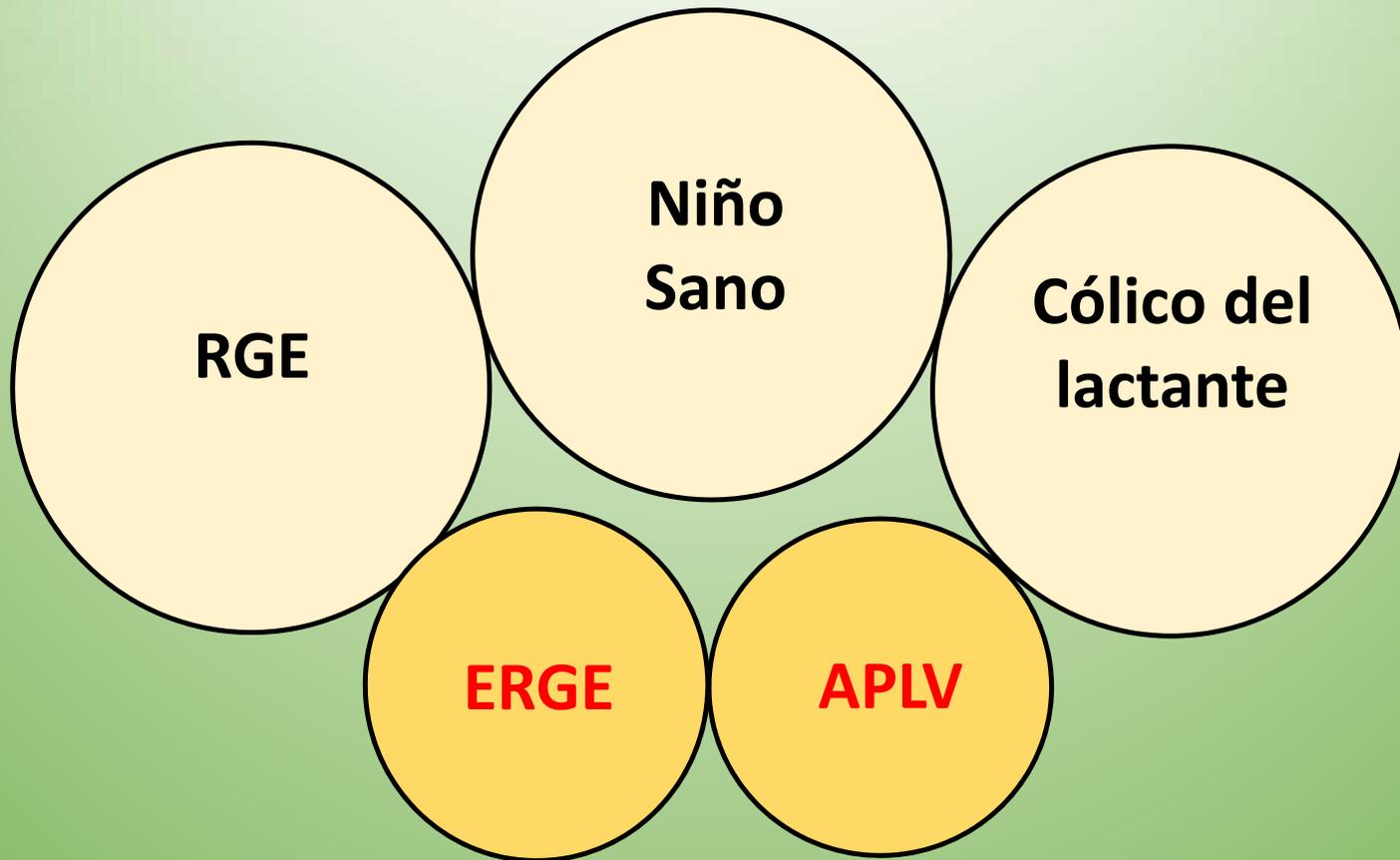
Se recomienda:

- No usar antagonistas H2 ni IBP para el tratamiento de lactantes con llanto o distrés como única sintomatología
- No usar antagonistas H2 ni IBP para el tratamiento de lactantes con RGE como único síntoma
- Evaluar la eficacia y considerar diagnósticos alternativos en lactantes que no respondan a tratamientos óptimos de la ERGE al cabo de 4 a 8 semanas

Se sugiere:

- No usar domperidona en el tratamiento de la ERGE
- No usar metoclopramida en el tratamiento de la ERGE
- No usar otros proquinéticos (eritromicina, betanecol, etc) como primera línea terapéutica en lactantes con ERGE

Conclusiones



En los primeros meses de vida la presencia de **síntomas gastrointestinales** por trastornos funcionales es casi la regla:

- Regurgitación
- Vómitos
- Constipación
- Cólicos y llanto

Sin embargo originan:

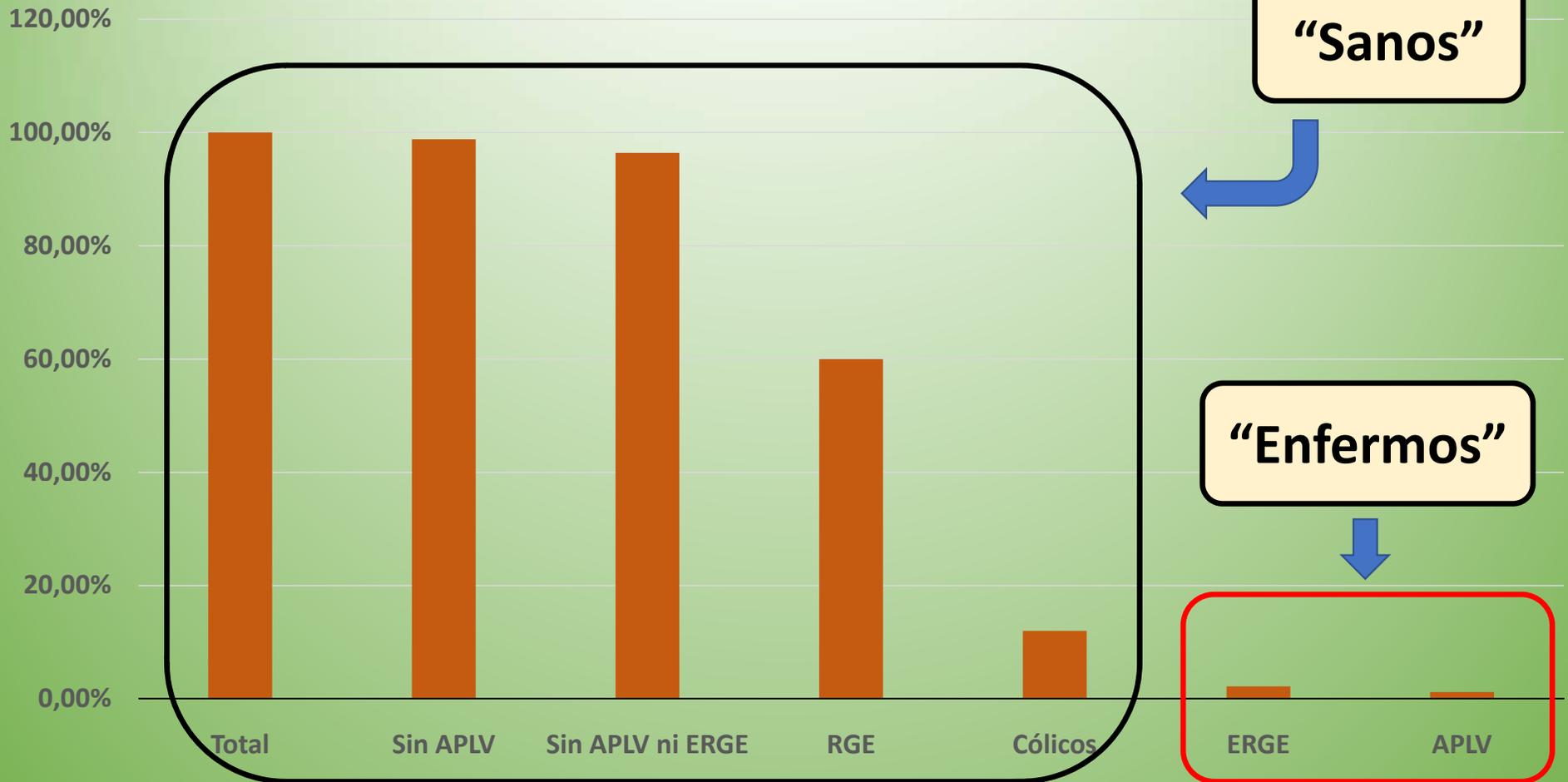
- Preocupación y angustia en los padres
- No son necesariamente enfermedades
- Frecuentes consultas
- Modificaciones dietarias
- Indicaciones medicamentosas

En general son lactantes en:

- Buen estado general
- Examen físico normal
- Desarrollo neuromadurativo adecuado
- Adecuado progreso ponderal

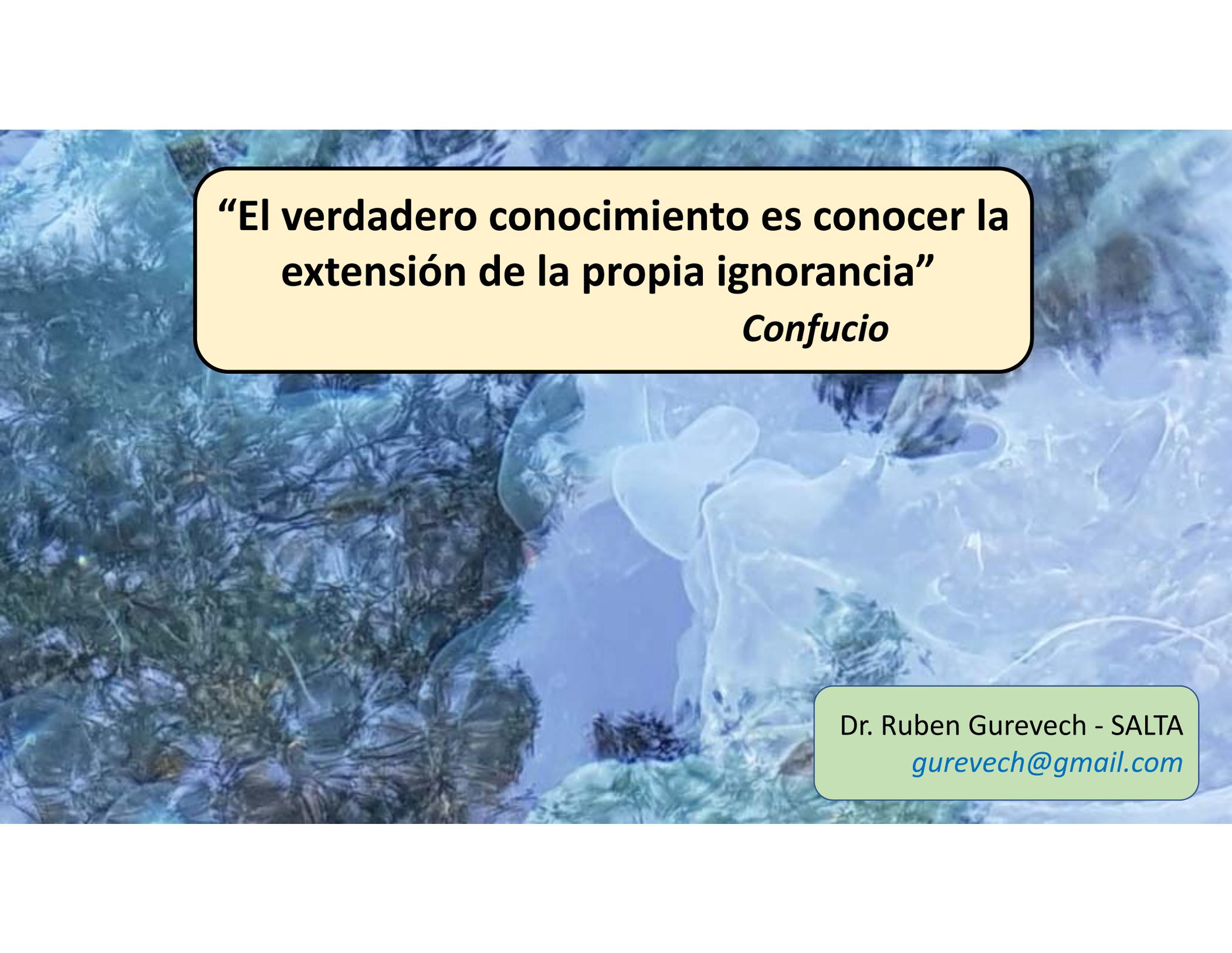
- **Rotulación de un niño presuntamente sano como probablemente enfermo**
- **Sobrediagnóstico**
- **Sobret ratamiento**

Prevalencia



EN RESUMEN:

- **Nos encontramos con una población de lactantes sintomáticos pero en los que, “a priori”, la probabilidad de que sean enfermos es significativamente baja**
- **Una adecuada evaluación y seguimiento permitirá adecuar esta hipótesis inicial**
- **Debemos encontrar el tiempo y la forma de poder contener situaciones en las que nos veremos presionados “para solucionar el problema” y “hacer algo”**
- **Las guías y consensos nos podrán brindar alguna ayuda pero sin duda estamos ante un manejo basado en que cada paciente es único e irrepetible, lo que nos obliga a aprender a través de una experiencia cotidiana, muy difícil de enseñar y de transmitir**



**“El verdadero conocimiento es conocer la
extensión de la propia ignorancia”**

Confucio

Dr. Ruben Gurevech - SALTA
gurevech@gmail.com