

# VALORACIÓN CÓLICO LACTANTE

HISTORIA CLÍNICA DE  
FISIOTERAPIA  
PEDIÁTRICA



RAQUEL  
**CHILLÓN**  
FISIOTERAPIA EN CÓLICO DEL LACTANTE

# Método de Intervención en Fisioterapia Asistencial

- Datos básicos/administrativos/filiación
- Diagnóstico Médico
- Antecedentes
- Examen general
- Valoración FUNCIONAL y analítica
- Diagnóstico de Fisioterapia
- Diseño del Programa de Fisioterapia: Educación para la Salud + tratamiento
- Evolución / seguimiento clínico
- Control de las sesiones



# DATOS BÁSICOS/ADMINISTRATIVOS/FILIACIÓN

**NOMBRE:** es muy importante no olvidar el nombre del/a bebé para empatizar con los padres.



- Debemos saber si es bebé primero o si tiene hermanos/as
- Biológico natural / técnicas de fecundación artificial /adopción
- El tiempo que tiene actualmente el bebé
- Secuencia de cambio de peso desde el nacimiento



# DIAGNÓSTICO MÉDICO: CÓLICO DEL LACTANTE

## PRESENTE EN LAS GUÍAS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Asociado a un “llanto inconsolable” de causa no orgánica, al igual que el hambre, necesidades fisiológicas no resueltas (atención a las macro/microcefalias, trastornos del tono, falta de succión en los tres primeros días de vida, nivel de vigilia disminuido, escasa conexión con el medio, estrabismo, motricidad espontánea asimétrica / disminuida, **LLANTO DÉBIL**, presencia de movimientos anormales, *posibles vólvulos pilóricos o cecales*). El diagnóstico médico diferencial descarta otitis media o infección de orina ante un llanto tipo “cólico”, una vez descartados, el diagnóstico de cólico puede o no ser realizado, pero este “triaje” médico debe ser tenido en consideración.

**DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y A FISIOTERAPIA SI, ADEMÁS, EL BEBÉ PRESENTA:**

1. **Plagiocefalias, braquicefalias o escafocefalias**
2. **Tortícolis muscular congénita**
3. **Parálisis Braquial Obstétrica**
4. **Displasia de cadera**
5. **Prematuridad (Informe PERI)**
6. **Otras malformaciones congénitas**



- Infecciones graves: bacteriemia y sepsis, meningitis/encefalitis, neumonía, infección del tracto urinario.
- Cabeza y cuello: traumatismos craneofaciales, erosión corneal, glaucoma, cuerpo extraño (ocular, nasal, ótico), otitis media aguda, aftas orales, muguet, faringoamigdalitis.
- Cardiovasculares: insuficiencia cardíaca, taquicardia supraventricular, endocarditis y miocarditis.
- Pulmonares: infección de vía respiratoria, cuerpo extraño, broncoespasmo, neumotórax.
- **Gastrointestinales:** reflujo gastroesofágico y esofagitis, apendicitis, invaginación, obstrucción intestinal, malrotación, vólvulo, hernia incarcerada, coledocolitiasis, pancreatitis, peritonitis, estreñimiento, enfermedad de Hirschprung, hemorroides y fisuras anales, intolerancia a la proteína de leche de vaca.
- Genitourinarias: litiasis, balanitis, vulvovaginitis, torsión testicular/ovárica, torniquete genital (pelo, hilo, etc.).
- Neurológicas: hemorragia intracraneal, hidrocefalia, edema cerebral.
- Musculoesqueléticas: artritis séptica, osteomielitis, traumatismos, fractura, luxación, torniquete en los dedos.
- Dermatológicas: abrasiones, dermatitis del pañal, candidiasis, celulitis, picaduras de insectos, urticaria.
- Tóxico-metabólicas: drogas prenatales, ingestión de tóxicos, alteraciones iónicas, hipertiroidismo, errores congénitos del metabolismo.
- Otros: abuso y maltrato, anemia falciforme, anemia, trombopenia, hipovolemia.

El Diagnóstico Médico de “cólico del lactante”, descarta los motivos orgánicos de “llanto inconsolable”



## IDENTIFICAR SEÑALES DE ALARMA

2 meses

Irritabilidad  
Sobresalto exagerado ante el ruido  
*Llanto monótono y alto*  
Adducción de primeros dedos  
Ausencia de contacto visual

3 meses

No control cefálico  
Asimetría de la actividad de las manos  
No responde a los sonidos  
Ausencia de seguimiento visual  
Falta de sonrisa social

4 meses

Pasividad excesiva  
No se orienta hacia la voz  
No realiza sonidos guturales ni emite  
sonidos de llamada de atención

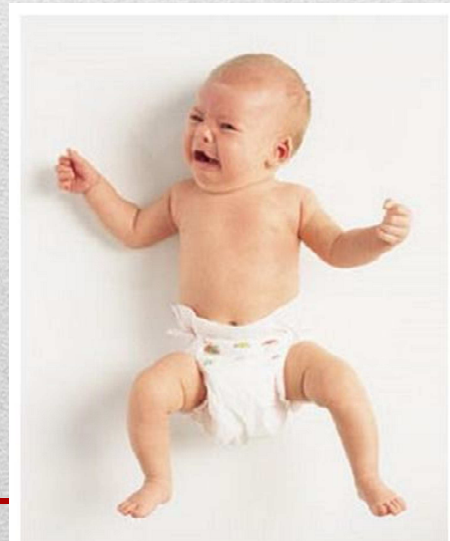
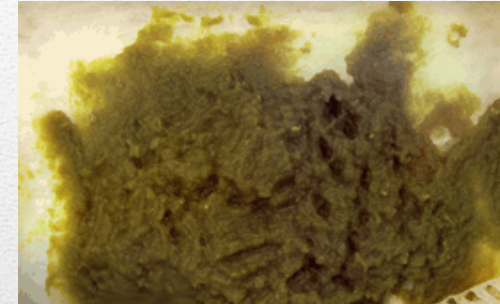


# ANTECEDENTES

1. Posibles cuadros de intolerancia / alergia de hermanos y padres (especialmente de la madre si se lleva a cabo lactancia materna).
2. Posibles cuadros de cólicos de causas desconocidas en hermanos y padres u otras patologías de carácter neurológicos, reumatológico, inflamatorio y, de forma especial, patología intestinal
3. Consideración de algunos aspectos de interés sociosanitario para la mejora del cuadro cólico del bebé, por ejemplo, incorporación de la mamá al ámbito laboral, posibles cuidadores, necesidad de apoyo emocional.
4. Atención a las **SEÑALES DE ALARMA.**



# EXAMEN GENERAL: Obtener la mayor información **REAL** bebé






# VALORACIÓN FUNCIONAL

- **Conocer las distintas herramientas de valoración para el cólico del lactante** (García S, Chillón-Matínez, R, González S, Rebollo M, Jiménez J. Tools assessment and diagnosis to infant colic: a systematic review. Child: care, health and development. 2016. doi:10.1111/cch.12454)
- Cirgin Ellet ML, Murphy D, Stroud L, Shelton RA, Sullivan A, Ellet SG, Ellet LD. Development and psychometric testing of the **INFANT COLIC SCALE**. Gastroenterol Nurs. 2003 May-Jun;26(3):96-103.
- Çetinkaya B, Basbakkal Z. A validity and reliability study investigating the *Turkish Version* of the Infant Colic Scale. Gastroenterol Nurs. 2007; 30(2): 84-90.
- Valoración con el *Infant Colic Severity Questionnaire* (CTS 305 – University of Seville). VER CUESTIONARIO. CASO CLÍNICO.
- Valoración ergonómica, agarre y anquiloglosia (*si es necesario, derivar tras valoración*).



## Tools assessment and diagnosis to infant colic: a systematic review

S. García Marqués,\*  R. Chillón Martínez,\* S. González Zapata,\*† M. Rebollo Salas\* and J. J. Jiménez Rejano\*

\*Physical Therapy Department, University of Seville, Seville, Spain, and

†Physical Therapy Department, CAI ASTEDIS Carmona, Seville, Spain

Accepted for publication 9 February 2017

### Abstract

**Background** Infant colic occurs between 10% and 40% of healthy born children in their first year of life. Its assessment is complex, and there are only a few instruments of appraisal and diagnosis.

**Methods** Scientific articles located through a systematic review using the Pubmed, Scopus, Cochrane, PEDro, Dialnet, IME and Dialnet databases. Two researchers obtained data independently from relevant studies previously identified. Risk of bias recommended by the Cochrane Collaboration, with reports for systematic reviews and meta-analyses guidelines on

### Keywords

assessment, diagnostic tool, excessively crying, infantile colic, reliability, validity



# Valoración del agarre: boca y toma.

- Frenillos y anquiloglosias
- Herramienta *Hazerbaker*






PROTOCOLO-MARTINELLI-ESPAÑOL-valiado-2015.pdf  
Última modificación el Junio 19

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA DE BEBÉS**  
Martinelli, 2015  
Traducción y adaptado al español por: Franklin Susanibar (Perú); Jenny Castillo (Perú) y Eliana Rivera (Colombia)



EXAMEN CLÍNICO (se sugiere filmar para realizar un análisis posterior)

PARTE I – EVALUACIÓN ANATOMOFUNCIONAL

**1. Postura habitual de los labios**

		
( ) Labios cerrados (0)	( ) Labios entreabiertos (1)	( ) Labios abiertos (1)

**2. Tendencia de la posición de la lengua durante el llanto**

	
( ) Lengua en la línea media (0)	( ) Lengua elevada (0)



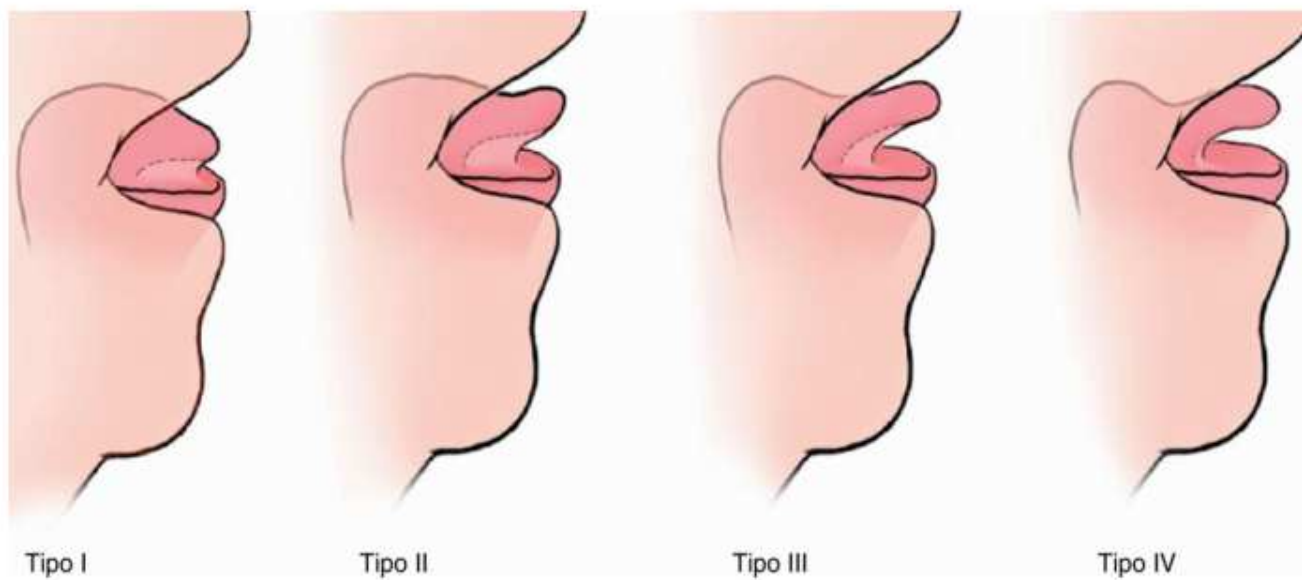
	
---	---



Imagen 1: Tipos de anquiloglosia



Bonilla I., et al (2018)



# VALORACIÓN de la ANQUILOGLOSIA

- Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the *Hazelbaker* assessment tool for lingual frenulum function. *International Breastfeeding Journal* 2006;1(1):3
- Mathews MK. Developing an instrument to assess infant breastfeeding behaviour in the early neonatal period. *Midwifery* 1988;4(4):154-65 (*Infant Breastfeeding Assessment Tool –IBFAT-*)



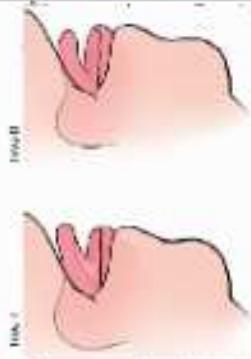
ASPECTO		FUNCIÓN	
<b>1. Apariencia de la lengua cuando se eleva</b>		<b>1. Lateralización</b>	
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	1	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
<b>2. Elasticidad del frenillo</b>		<b>2. Elevación de la lengua</b>	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	1	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
<b>3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua</b>		<b>3. Extensión de la lengua</b>	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	1	La punta sobre el borde de la encía
0	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bultos o "jorobas" en mitad de la lengua
<b>4. Unión de frenillo lingual con la lengua</b>		<b>4. Expansión de la parte anterior de la lengua</b>	
2	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	1	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
<b>5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior</b>		<b>5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)</b>	
2	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde entero, concavidad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	1	Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0	Unido al borde alveolar	0	No hay concavidad o es débil
<p>La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor).</p> <p>Se diagnostica anquiloglosia significativa si:</p> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11</p>		<b>6. Peristalsis</b>	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		0	No hay movimiento o es en sentido inverso
		<b>7. Chasquido</b>	
		2	No hay
		1	Periódico, de vez en cuando
0	Frecuente o con cada succión		

peristalsis

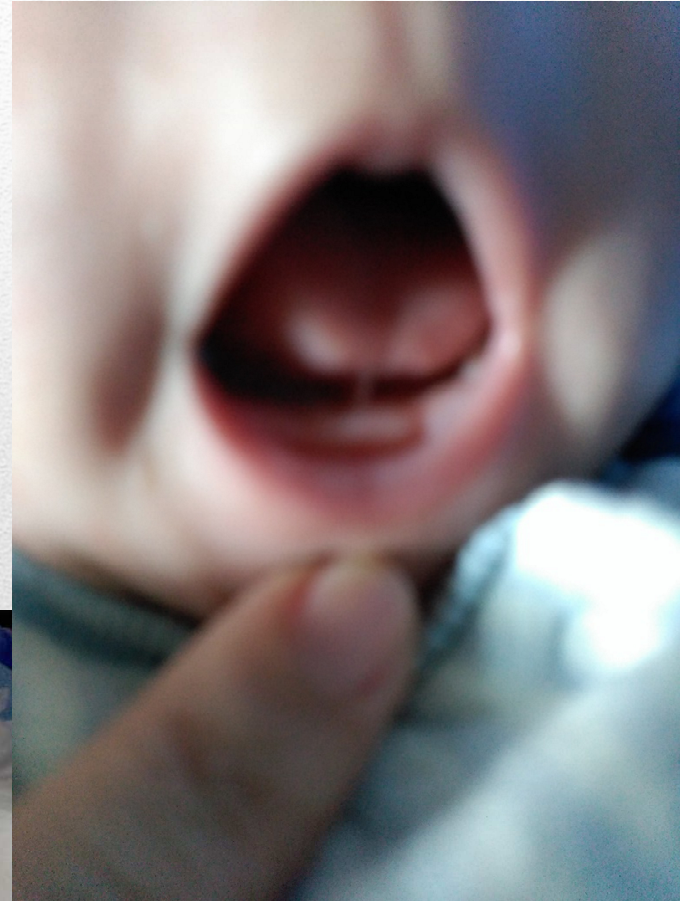
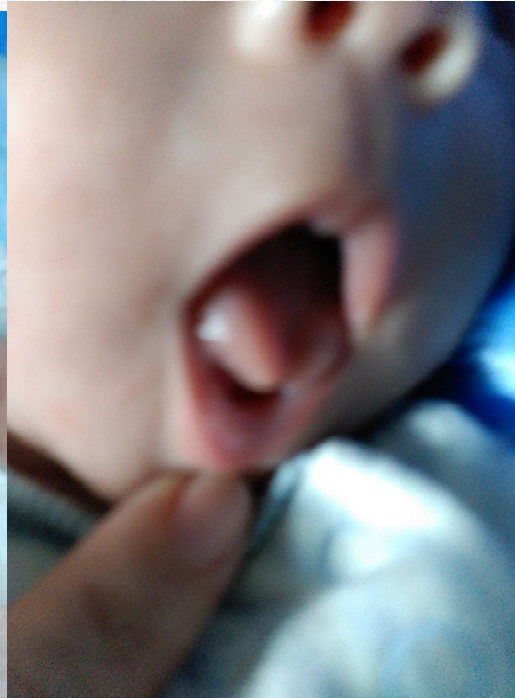
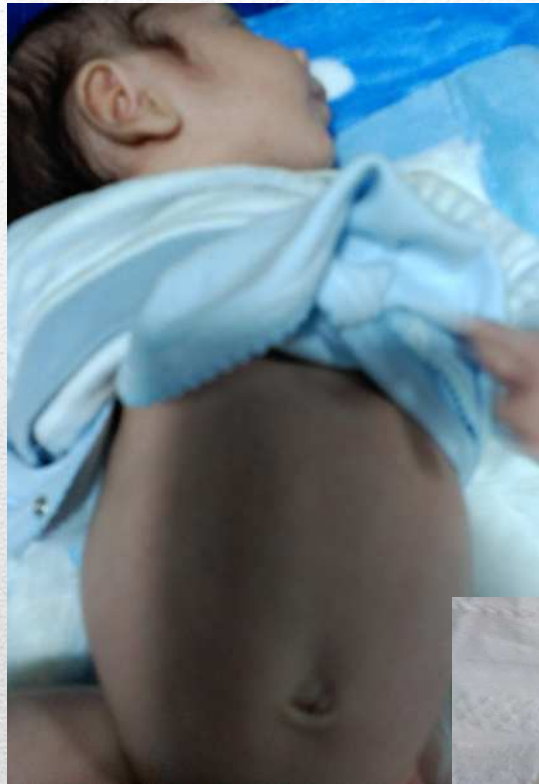


## Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual

ASPECTO	FUNCIÓN
<b>1. Apariencia de la lengua cuando se eleva</b>	
2 Redonda o cuadrada	2 Completa
1 Ligera hendidura en la punta	1 El cuerpo de la lengua pero no la punta
0 Forma de corazón o de V	0 No es posible
<b>2. Elasticidad del frenillo</b>	
2 Muy elástico	2 La punta hasta la mitad de la boca
1 Moderadamente elástico	1 Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0 Muy poco o nada elástico	0 La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
<b>3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua</b>	
2 >1 cm	2 La punta sobre el labio inferior
1 1 cm	1 La punta sobre el borde de la encía
0 <1 cm	0 Ninguno de los anteriores o bultos o "jorobas" en mitad de la lengua
<b>4. Unión de frenillo lingual con la lengua</b>	
2 Posterior a la punta	2 Completa
1 En la punta	1 Moderada o parcial
0 Muestra en la punta	0 Poco o nada
<b>5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior</b>	
2 Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2 Borde entero, concavidad firme
1 Unido justo por debajo del borde alveolar	1 Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0 Unido al borde alveolar	0 No hay concavidad o es débil
<b>6. Peristalsis</b>	
2 La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor). Se diagnostica anquiloglosia significativa si: aspecto ≤ 8 y/o función ≤ 11	2 Completa, de delante atrás
	1 Parcial, originada desde detrás de la punta
	0 No hay movimiento o es en sentido inverso
<b>7. Chasquido</b>	
2 No hay	2 No hay
1 Periódico, de vez en cuando	1 Periódico, de vez en cuando
0 Frecuente o con cada succión	0 Frecuente o con cada succión



- VALORACIÓN FUNCIONAL DE LA ANQUILOGLOSIA





**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA  
CON PUNTUACIÓN PARA BEBÉS**

**Martinelli y col., 2012**

Traducido al español por: Franklin Susanibar y Jenny Castillo (Perú)

**HISTORIA CLÍNICA**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de examen: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Género: M ( ) F ( )

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado: \_\_\_\_\_

Teléfonos: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Casa

**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL FRENILLO DE LA LENGUA  
CON PUNTUACIÓN PARA BEBÉS**

**Martinelli y col., 2012**

Traducido al español por: Franklin Susanibar y Jenny Castillo (Perú)

**EXAMEN CLÍNICO**

(se sugiere filmar para realizar un análisis posterior)

**PARTE I – EVALUACIÓN ANATOMOFUNCIONAL**

**1. Postura habitual de labios**



( ) Labios cerrados (0)



( ) Labios entreabiertos (1)



( ) Labios abiertos (1)

**2. Tendencia de la posición de la lengua durante el llanto**



# Claves de la valoración de la anquiloglosia

- Ver claramente los movimientos de la lengua: extensión, elevación, lateralización y peristalsis.
- Valorar la longitud del frenillo e inserciones
- Palpar para valorar la consistencia del frenillo y visualizar anquiloglosia posterior.
- Valorar succión con nuestro dedo, en el pecho, **en la toma completa al pecho**, en el biberón o con chupete (dependiendo del tipo de lactancia).



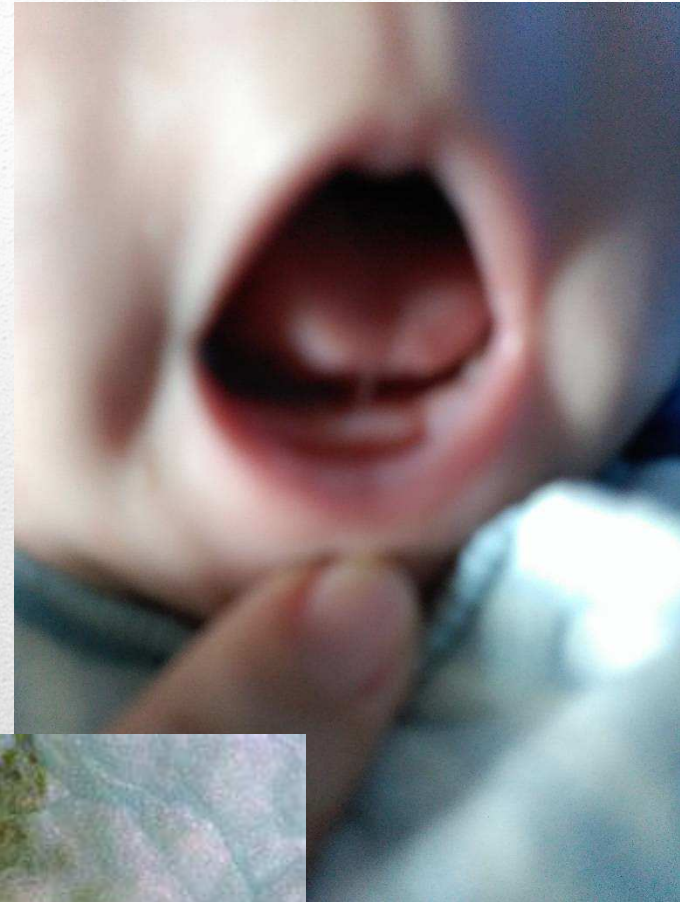
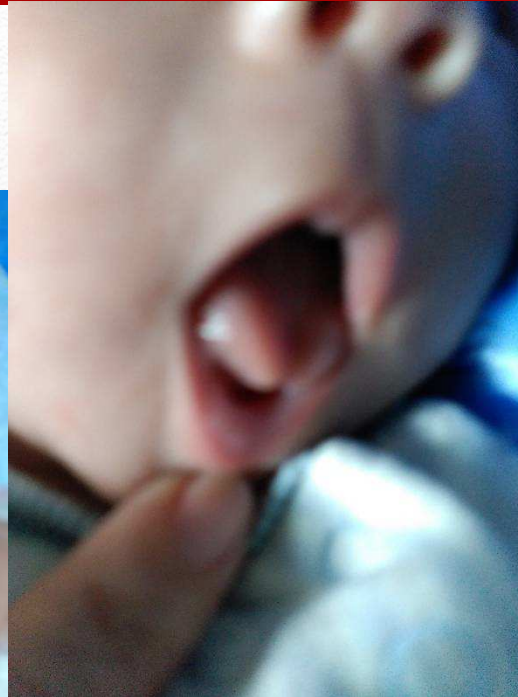
# Otros aspectos para completar la valoración



1. Cacas verdosas
2. Distensión abdominal / obstrucción
3. Meteorismo
4. Tendencia al estreñimiento
5. Dolor abdominal a la palpación
6. Dificultad para expulsar el eructo
7. Reflujo
8. Exceso o déficit de tensión en la musculatura orofacial



# CASO CLÍNICO 3



Dra. Chillón. Universida



1. SEÑALES
2. POSICIÓN
3. ENGANCHE
4. TRANSFERENCIA DE LECHE
5. FINAL DE LA TOMA

EVALUACIÓN DE UNA “TOMA”:  
aspectos de interés para interpretar  
los “cólicos del lactante”



# 3. ENGANCHE

La madre sostiene su pecho, puede sacarse antes alguna gota de leche.

Ayudar al bebé a agarrar el pecho:

1. Esperar el reflejo de búsqueda
2. Tocar los labios del bebé con el pezón. El bebé se engancha al pecho “desde abajo”, con la cabeza y pelvis alineados y estables y ligera deflexión cervical..

3. Esperar a que la boca del bebé se abra bien y tenga la lengua en el suelo de la misma, con el labio inferior evertido.

4. Mover al bebé rápidamente en un solo movimiento hacia el pezón

5. El bebé toma el pezón y una buena parte de la areola, sobre todo, inferior, y comienza a succionar con ritmo adecuado. Las mejillas no se hundan (trabajo del bucinador), se observa movimiento mandibular y se oye la deglución.

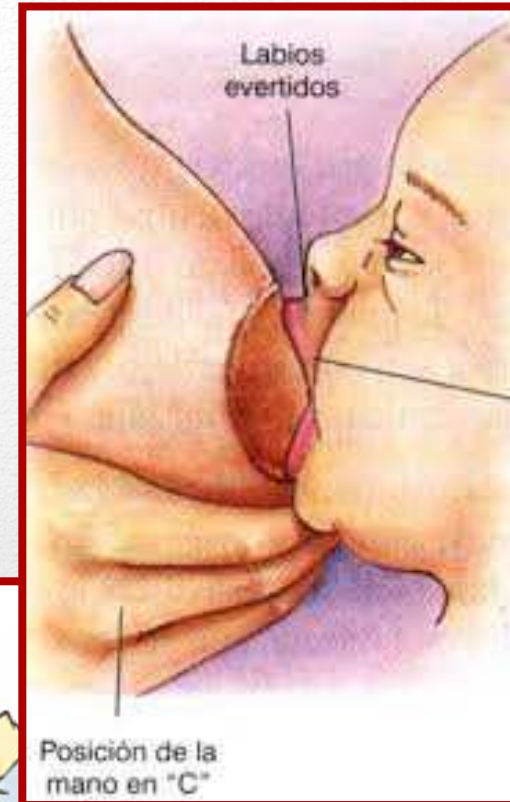


## 2. POSICIÓN

Posición ergonómica, cómoda y relajada de la madre: pelvis estable, columna alineada, confort, equilibrio, uso correcto de elementos de lactancia, evitar la precipitación.

La madre coge al bebé pegado a su propio cuerpo, horizontal, con la nariz a la altura del pezón.

### Buena posición de la madre



# 4. TRANSFERENCIA DE LECHE

La madre puede sentir sed, sueño, relajación, placer, etc. A veces gotea leche del otro pecho y tiene sensación de pecho más vacío.

El bebé traga de forma audible, además de ser visible y palpable por el movimiento del hioides, hay leche en la boca. Mantiene un ritmo de succión nutritiva. En un segundo, succiona, deglute y respira coordinadamente.





# 5. FINAL DE LA TOMA



La madre lo deja succionar hasta que se suelta solo. Sus pechos están blandos, sin bultos, ingurgitaciones ni dolor o molestias en los pezones, que no se encuentran deformados.

El bebé se suelta espontáneamente, con aspecto saciado. No busca más el pecho. Su cara, brazos y manos están relajados, puede estar dormido.



# Evaluación de la toma con el biberón



1. Postura **semejantes a la lactancia materna**, alternando los brazos de soporte para el bebé (derecho e izquierdo), añadiendo la postura del bebé sobre rodillas y cojín frente al adulto (éste con las caderas semiflexionadas sobre taburete) y no utilizar las hamacas.
2. «Una medida rasa de leche de fórmula por cada 30 ml de agua»: Causa de estreñimiento cuando se echa primero la leche y se complementa con agua, resultando una leche más concentrada que obliga al bebé a absorber más agua endureciendo la caca.
3. Biberones anticólicos y tetinas de regulación de flujo, pero sobre todo, favorecer un adecuado posicionamiento de la mandíbula, mantener la tetina llena de leche y un posicionamiento del biberón tendente a horizontal, favoreciendo la extensión cervical.
4. Valorar el ritmo y forma de succión/deglución, cambios de leche, conducta alimentaria, duración de las tomas, número y tipo de pausas



# INSPECCIÓN Y OBSERVACIÓN

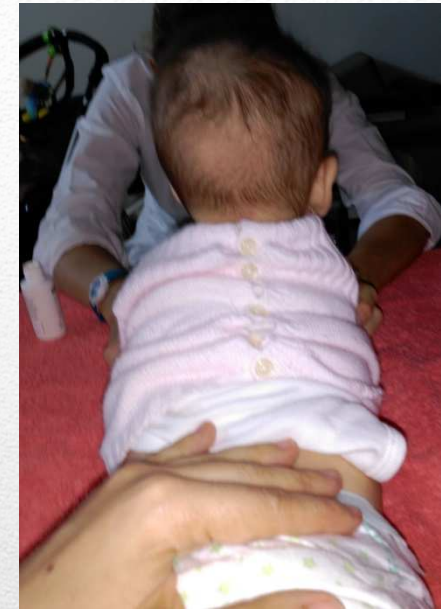
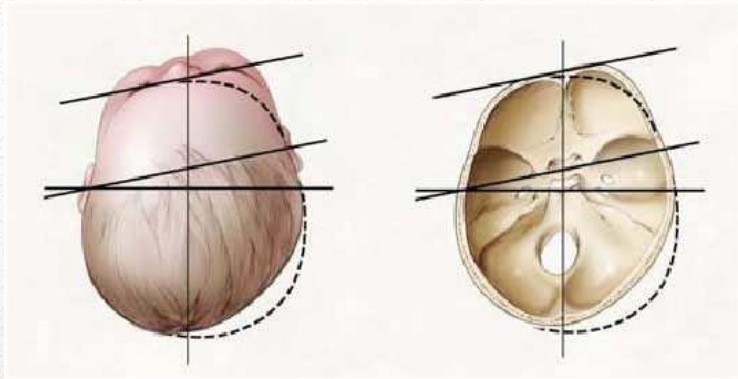
## 1. Observación del movimiento espontáneo

REFLEJOS PRIMARIOS

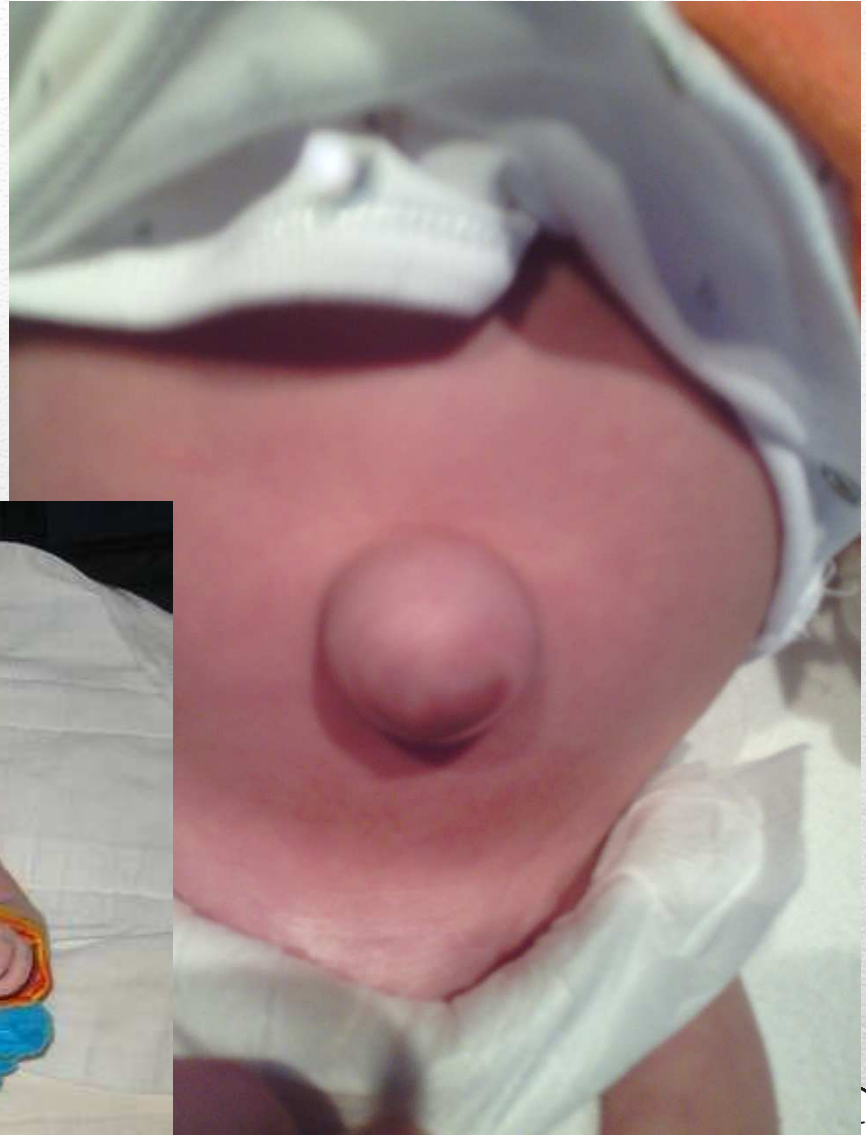
POSTURA PREDOMINANTE

SUPINO / PRONO  
FORMA DE CABEZA Y  
POSICIONAMIENTO  
CADERAS





Dra. Chillón. Universidad de Sevilla



Dra. Chillón. Universidad de Sevilla





## 2. Observación del tono muscular facial



- Las «arrugas» en el tejido indican tensión y aumento del tono muscular
- Prestar especial atención a la musculatura de la mímica y la función succionadora, pues mucha tensión en esta musculatura puede dificultar la **CONDUCTA ALIMENTARIA ADECUADA Y EL «BUEN AGARRE»**.



### 3. PALPACIÓN Y MOVILIZACIÓN

Test y pruebas de valoración que se explicitarán en el apartado de técnicas generales y específicas y que **abordarán estructuras cráneocervicales, orofaciales (periorales e intraorales), viscerales y músculo-esqueléticas.**

