**CASO CLÍNICO 1 - CASO INTRODUCTORIO**

Antonio Luis es un niño de siete semanas cuya mamá recurre a una fisioterapeuta porque se encuentra agobiada tras el inicio de crianza con su bebé. Se siente insegura, cree que su bebé tiene gases, no sabe si está haciendo las cacas bien, le han comentado algo sobre si el bebé presenta cólico del lactante y no sabe si darle *blevit digest y colimil*, que le ha comentado la farmacéutica que puede irle bien en estos momentos.

**Datos de interés para este caso clínico:**

Es un bebé que nació a término por parto vaginal sin que consten complicaciones en el parto. Pesó más de tres kilos y desde el principio se inició la lactancia materna, el niño se enganchó muy bien desde el comienzo, mamando con energía y estando muy activo. Ahora, a las tres semanas, toma pecho y un biberón diario desde hace una semana, pues, tras quince días de lactancia materna, el niño se mostraba inquieto, irritable, empezó a llorar de forma intensa, insoportable y en muchos casos inconsolable. Ante la creencia de que el niño se quedaba con hambre, se da este biberón de apoyo. Se usa el biberón de Nuk. Sin embargo, el chupete no le calma, no lo coge, lo escupe.

La madre describe que el bebé come a demanda total, y que las tomas son larguísimas, que no sabe cuándo quitarse al bebé del pecho, aunque lo peor es el enganche, pues pasa unos minutos con bastante dolor. Sin embargo, el biberón lo toma en cinco minutos. No han usado aún ningún producto anticólicos de plantas medicinales, fármacos u otra cosa. Tampoco se ha hecho ninguna adaptación en la dieta de la madre ni del niño en cuanto a elegir una leche especial de fórmula. Sin embargo, sí se le da la vitamina D y la madre toma Femibión Lactancia. No se ha tomado hierro, aunque la mamá lo ha tenido al límite. La succión es rápida, la madre la define como muy rápida, el bebé parece cansarse y después de 5 ó 10 succiones se para, parece que se duerme, se relaja, y luego sigue. Así, durante horas.

“Es un niño muy bueno, no suele llorar, pero es verdad que a veces le dan unas crisis y es porque algo le duele, claramente está molesto, hagamos lo que hagamos no se calma y este llanto ya apareció en la primera semana, menos mal que dura poco. Tampoco hay un patrón de tarde o de noche, le puede dar a cualquier hora. Me da mucho susto cuando está así, el niño se pone casi *morao,* se extiende hacia atrás, cierra los puños, está rígido,…”.

Respecto a las cacas y gases, el niño se tira pedetes con muchísima frecuencia y normalmente fuertes, la madre refiere que son “como de persona mayor” y, respecto las cacas, son verdosas, más bien oscuras, con grumos, pero blanda, una pasta blanda que no huele especialmente fuerte, haciendo una caca o dos al día, todos los días, y el pañal se llena bastante de caca, pesa. Además, no eructa fácilmente tras la toma y cuando lo hace se escucha especialmente fuerte. Muchas veces el niño echa leche entre tomas en cantidad, como agria, que huele a vómito, con grumos y, alguna vez, incluso con un poco de sangre roja y esto, está aumentando en los últimos días.

Pero sin duda, lo que más preocupa a los padres es el sueño del bebé, pues parece no dormir nada de noche, se despierta muchas veces, más de cinco o seis, no duerme ni cinco horas por la noche, ni en intervalos. Tampoco durante el día duerme más de una hora seguida.

**LLUVIA DE IDEAS:**

1. ¿Por qué crees, hipotéticamente, que este bebé puede presentar un perfil susceptible de ser tratado desde la Fisioterapia?
2. ¿Por qué crees que los padres demandan Fisioterapia en este caso?
3. Siendo fisioterapeuta pediátrico, ¿qué conocimientos crees que necesitas dominar para poder afrontar con solvencia este caso clínico (siempre que creas que este bebé es susceptible de tratamiento de Fisioterapia)?

**CASO CLÍNICO 2**

***PAPÁ, MAMÁ Y ELENA.***

Elena, 30 días, lactancia materna en exclusividad con callo del lactante evidente, tomas de hora y media, no usa chupete, tampoco biberón. Presenta frenillo sublingüal tipo II y asimetría facial, con microretrognatia y tortícolis muscular congénita (aún hay señales del hematoma en el ECM derecho). Va ocurriendo un aumento progresivo del reflujo gastroesofágico (diagnosticado por su pediatra incluso con ecografía) con cuadros de llanto intenso que se están intensificando con el tiempo. Es una niña que se pelea con el pecho antes de iniciar la toma. En la posición de cuna, coge mejor el pecho derecho. Su posición preferente de descanso es decúbito lateral izquierdo y en supino, casi siempre mira hacia la izquierda.

**PREGUNTAS CLAVE A RESOLVER EN GRUPO:**

1. ¿La LME ya está instaurada y, por tanto, no merece la pena intervenir?
2. ¿Qué signos presenta el bebé como señal de que algo no va bien con su alimentación?
3. Respecto al sistema músculo-esquelético, ¿crees que puede existir alguna condición de salud que pueda estar influyendo? ¿Cuál?
4. Si los padres deciden no cortar el frenillo, ¿qué pasará respecto a la LME a corto plazo?
5. Existe evidencia sobre la eficacia de la inhibición de la bomba de protones (lanzoprazol, por ejemplo) para trata el reflujo gastroesofágico en bebés, ¿sería interesante que su médico se lo hubiese prescrito en este caso?

**PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL CASO:**

**CASO CLÍNICO 3:**

***MADRE, ABUELA Y AURORA.***

Aurora tiene dos meses y medio, lactancia mixta caótica, cacas verdosas, distensión abdominal, timpanismo y meteorismo. Presenta una alteración del patrón del sueño, no duerme ni 8 horas en 24 horas y muy escasas franjas de tiempo de noche seguidas. El chupete lo usa desde el hospital. El parto fue instrumentalizado y prolongado. Presentó succión nutritiva precoz antes de las 3 horas. A veces presenta vómitos explosivos tras cuadros de irritabilidad intensa.

1. ¿Ha existido “síndrome de interferencia en la succión”? ¿Se puede solucionar todavía?
2. ¿Cuál es la hipótesis primordial o preferencial sobre la alteración del patrón del sueño? ¿Conoces el “sueño activo” de los lactantes? ¿Crees que por la noche esta niña come satisfactoriamente?
3. ¿Cuál es tu hipótesis sobre las cacas verdosas?
4. ¿Pueden existir zonas de obstrucción por acúmulo de gases?
5. ¿Puede existir algún factor mecánico que provoque los vómitos explosivos?

**PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL CASO:**

**CASO CLÍNICO 5**

**MAMÁ, TATI Y RAIMUNDO.**

Tras parto vaginal sin complicaciones, nació Raimundo, pero desde las primeras 48 horas empezaron “las peleas” con el pecho y las tomas interminables. El niño hace LME, no usa chupete, las cacas son verdosas y el dolor abdominal a la palpación.

Cuando Rai llega a consulta, constatamos que presenta lengua en forma de V con un frenillo visible en la punta, bastante elástico y largo, unido justo por debajo del borde alveolar. La mamá biológica manifiesta molestias al mamar, se escuchan chasquidos y el niño tiene unos hoyuelos en los dos lados de la cara al succionar. El movimiento de onda de la lengua es completo y sólo hace la ventosa con los bordes laterales, cosa que se evidencia fácilmente con nuestro dedo dentro de la boca del bebé. Además, la lateralización de la lengua al estimularla en cada lado es fisiológica y la punta llega hasta la mitad de la boca cuando se levanta de su posición más descendida, sobresaliendo sobre el borde de la encía con una expansión parcial de la parte anterior de la lengua.

Además, Tati, manifiesta que al ponerle el pañal o cambiarle de ropa, percibe malestar al tocarle en el abdomen, y que muchas veces se va hacia atrás, incluso cuando empieza a comer y hasta que no se tira un pedete o echa un eructito no se calma. Le gusta estar boca abajo pero les da miedo ponerlo en esa postura para dormir.

**PREGUNTAS CLAVES PARA SU RESOLUCIÓN:**

1. Apoyarías la decisión de cortar el frenillo? ¿A quién derivarías?
2. ¿Qué podría explicar el “patrón extensor”?
3. ¿Recomendarías el decúbito prono para dormir? ¿se te ocurren otras opciones para usar esta postura?
4. ¿Cómo se puede mejorar el agarre en este caso cuando se inicia la toma?

**PROPUESTA DE RESOLUCIÓN DEL CASO:**

**CASO CLÍNICO 6**

Olivia es una niña con plagiocefalia y con tres meses de edad llega a consulta **de** Fisioterapia. La niña hace lactancia de fórmula desde prácticamente el principio, el parto fue por cesárea de urgencia, perdió mucho peso desde el principio y fue prácticamente imposible iniciar y mantener la lactancia materna. La lactancia de fórmula que toma está suplementada con hierro porque la niña tiene anemia y lleva luchando contra el estreñimiento prácticamente desde que nació. Hace cacas cada 5 ó 7 días, duras, secas, oscuras, a veces con hematoquecia. Los padres dicen que cuando ya la ven muy mal le ponen un supositorio de glicerina o le hacen masajes alrededor del culete con aceite y le meten un bastoncillo con aceite. El meteorismo es espectacular y prácticamente no pueden tocarle nunca la barriga, la tiene siempre rígida, dura y aún presenta una hernia umbilical. Se pasa la vida apretando, tuvo disquecia del lactante. El aerored no le ha hecho ningún efecto positivo, tampoco el probiótico. Han probado con varios biberones y ahora usan el de Nuk anticólicos, que se bebe en una sola vez, tumbado en su hamaca. Le regulan bien las tomas, cada tres horas; y si la pide antes, le suelen dar una manzanilla para ablandar las cacas, aunque parece no servir tampoco de mucho. Han probado con distintos tipos de leches, biberones, tetinas y chupetes pero, el cuadro de llanto prácticamente inconsolable que le da una vez al día es algo que no se ha podido resolver aún. Estas crisis son horribles, se echa hacia atrás y no hay forma de calmarlo, se pone rígido, aprieta las manos y llora tanto que a veces se queda afónico y medio “moraíto”. Cuando se pone así, la verdad, los padres lo pasan fatal.

**PREGUNTAS CLAVE PARA REVOLVER EL CASO:**

1. ¿Podemos hablar de un estreñimiento real en este caso?
2. ¿Por qué el tratamiento hasta ahora recomendado no ha tenido efecto?
3. Si realizásemos una evaluación de la toma con biberón, ¿podríamos mejorar algún aspecto?
4. ¿Merece la pena intervenir desde la Fisioterapia teniendo en cuenta la edad que tiene ya la niña?

**PROPUESTA DE ABORDAJE EN FISIOTERAPIA:**