



CÓLICOS DEL LACTANTE

MITOS Y VERDADES

Los cólicos son una de las principales causas de consulta en pediatría por parte de numerosos padres que ven a su bebé llorar sin parar durante tiempo, sin saber qué hacer para ayudarlo. Esto crea una sensación enorme de impotencia al no comprender por qué su bebé no se relaja con nada y no puede dormir, o si puede tener algo grave que esté en el origen de esas quejas.

Habitualmente se asocia a molestias digestivas por lo que son numerosos los trucos naturales desarrollados para intentar calmarlos, sin mucha eficacia constatada.

Igual hay que mirar en otra dirección. Los cólicos son un claro ejemplo de síntomas que no se suelen atribuir a desórdenes funcionales de la columna de bebé. Pero como veremos la responsabilidad de columna y cabeza es enorme.

Los cólicos no tienen por qué ser un problema digestivo

La definición de cólico se aplica para las quejas que un bebé mantiene durante cierto tiempo al día y ciertos días a la semana. Realmente la incapacidad para descansar o la cantidad de lloro es algo difícilmente medible. Wessel propuso como definición de cólico el lloro de más de 3 horas/día durante más de 5 días (Wessel et al., 1952). Esto es similar a lo descrito por otros autores (Brazelton, 1962).

En un bebé que tiene sus necesidades vitales satisfechas (nutrición, hidratación, control de la temperatura y afecto), estas quejas pueden producirse por muy diferentes problemas: molestias internas, mecánicas de la columna, tensiones sobre el cráneo y por supuesto digestivas. La mayoría de las quejas son por la tarde-noche con independencia de que los niños hayan comido o no, de que sea el primer hijo o no (St. James-Roberts and Halil, 1991).

Esta inespecificidad para el diagnóstico dificulta a los pediatras ofrecer una ayuda eficaz a los padres de niños con cólicos.

Es habitual pensar que las molestias por las que el bebé se queja son digestivas pero no se ha demostrado nunca. A veces se sostiene por verle las piernas encogidas o la tripa dura, pero es difícil hacer un diagnóstico diferencial ya que con las molestias encontramos siempre confort encogidos y las contracciones del diafragma para el grito o el llanto tensan la tripa. Por lo que esa tensión en la tripa podría ser en ese caso causa o consecuencia. En muchos casos los bebés se encuentran en un estado de extensión muy fuerte, con las piernas muy tensas y estiradas.

Es verdad que la posibilidad de un problema digestivo puede ser razonable. Si los cólicos comienzan tras un cambio de leche, por ejemplo, al pasar a leche de continuación, la causa digestiva es verosímil. Algún tipo de intolerancia o un proceso digestivo costoso por una flora intestinal alterada, podrían en el origen. Pero la solución sería más sencilla, con un cambio de leche o la ingesta en el biberón de probióticos de alta calidad. A veces se corresponden con una función intestinal inmadura. Pero a menudo, los cólicos no coinciden con un cambio en los hábitos nutricionales.



Molestias en la columna, una hipótesis más razonable para los cólicos

El bebé también puede tener dolor en el cuello, en la espalda o en la cabeza. El hecho de que no pueda señalarse con la mano dónde le duele, no significa que no esté ahí. Un parto difícil o un traumatismo como una caída pueden tener consecuencias.

El parto es en sí una circunstancia muy traumática para la cabeza y el cuello del bebé, debido al espacio ajustado para el paso de la cabeza por la pelvis de la madre, añadido al hecho de que la cabeza, para poder salir ha de girar para ajustarse a la morfología de la pelvis de la madre (Arsuaga, 2012). Todo ello se complica a menudo por partos, muy prolongados, o excesivamente cortos donde las fuerzas de presión del útero son muy grandes. También en donde ha sido necesario el uso de fórceps.



De hecho es muy frecuente que el parto provoque disfunciones de la columna cervical y el cráneo del bebé, visibles por preferencias posicionales del bebé con la cabeza girada o inclinada a un lado, o con la cabeza en extensión (hacia atrás) para dormir. A veces es visible por una más o menos evidente asimetría del cráneo, en el que puede apreciarse una oreja por delante de la otra. Otras veces este daño no es tan visible y sólo puede apreciarse por la evaluación manual precisa de un fisioterapeuta experto en pediatría.

Son cada vez más presentes las publicaciones donde se muestran la notable e inmediata mejoría de los cólicos tras el tratamiento de la columna cervical y la cabeza del bebé (Miller et al., 2012; Bierdermann, 2000; Klougart et al. 1989; Olafs-

dottir et al, 2001; Wilberg et al, 1999). Incluso los síntomas digestivos son comprensibles en esta hipótesis dada la clara influencia vagal de las alteraciones de cuello y su unión con la cabeza.

En algunos niños los cólicos también pueden ser una enfermedad de un sistema nervioso inmaduro. Una inhabilidad para descartar impulsos aferentes puede llevar a una sobrecarga sensorial, agitación e irritabilidad. El hecho de que muchos niños dejen atrás los cólicos aproximadamente al mismo tiempo que ellos superan peldaños de desarrollo en el cerebro e intestino soporta este argumento (Carreiro, 2009). En este caso el hecho de tener una disfunción dolorosa en la columna contribuiría enormemente esta sobrecarga sensorial.

Los niños con problemas cervicales y craneales, a menudo odian estar acostados y sus madres tienen que llevarlos encima hasta que se duermen, momento en el que tratan de dejarlos en la cama con pánico a que se despierten.

Una vez dormidos, los niños están inquietos, se mueven sin parar en la cama. A menudo se quedan en una postura muy particular, muchos con la cabeza muy forzada hacia atrás o hacia un lado. Se despiertan mucho, llorando y hay que cogerlos para calmarlos.

En cuanto el bebé recibe un correcto tratamiento manual, está mucho más calmado, coge mejor el sueño, se despierta menos y los padres lo encuentran mucho más feliz. El tratamiento puede por fin traer al bebé y a sus padres algo de paz.





Referencias

Juan Luis Arsuaga

El primer viaje de nuestra vida.
Editorial Temas de Hoy, 2012.

Biedermann H.

Manual therapy in children.
Churchill Livingstone, 2004

Bierdermann H

Schreikinder: Welche Rolle spielen vertebrale Faktoren?
Manuelle Therapie 2000; 4-27-31.

Brazelton TB.

Crying in infancy.
Pediatrics. 1962 Apr;29:579-88

Carreiro J. E.

Pediatric Manual Medicine
An osteopathic approach
Churchill Livingstone Elsevier, 2009

Klougart N, Nilsson N, Jacobsen J.

Infantile colic treated by chiropractors: a prospective study of 316 cases. J Manipulative Physiol Ther. 1989 Aug;12(4):281-8.

Miller JE, Newell D, Bolton JE. Efficacy of chiropractic manual therapy on infant colic: a pragmatic single-blind, randomized controlled trial. J Manipulative Physiol Ther. 2012 Oct;35(8):600-7.

Olafsdottir E, Forshei S, Fluge G, Markestad T.

Randomised controlled trial of infantile colic treated with chiropractic spinal manipulation.
Arch Dis Child. 2001 Feb;84(2):138-41.

St. James-Roberts and Halil T.

Infant crying patterns first year: normal community and clinical findings.
Journal of Child Psychology and Psychiatry 1991; 32(6): 951-968.

Wessel M.A., Bobb J.C., Jackson E.B. et al.

Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic".
Pediatrics 1952; 14: 421-434.

Wilberg J., Nordsteen J., Nilsson N.

The short-term effect of spinal manipulation on the treatment of infantile colic.
Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 1999; 22: 517-522.