



Consulta prenatal y seguimiento del recién nacido normal

P.M. Merón de Cote

Centro de salud Cerro del Águila (Sevilla)



Pediatr Integral 2014; XVIII(6): 384-394

SEGUIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO NORMAL

Introducción

El objetivo principal del pediatra de Atención Primaria es mantener y, a ser posible, mejorar la salud del niño, y los controles de salud que se realizan durante la edad pediátrica suelen constituir el principal medio para conseguirlo. El primero de estos controles se realiza en el periodo de recién nacido (RN), habitualmente entre los 7 y 15 días tras el alta hospitalaria. Esta consulta debe tener una duración mínima de 30 minutos y en ella se deben realizar medidas de diagnóstico, tratamiento y, sobre todo, de prevención y promoción de la salud, que se van a describir a continuación.

Historia clínica

En este primer control de salud, se debe realizar una historia clínica completa y minuciosa, que va a servir de punto de partida para el seguimiento de la salud del niño durante toda la edad pediátrica. Las actividades que se van a realizar en ella deben estar perfectamente protocolizadas^(1,2).

En este tipo de consulta, tiene especial interés: la recogida de datos del control de la gestación actual y los datos relativos al parto y a la evolución durante la estancia en la maternidad, siendo las fuentes habituales de información: los informes de alta hospitalaria y los padres. En la tabla I, se describen los principales datos que deben ser recogidos.

Exploración física

El RN se debe encontrar desnudo, sobre una superficie firme y, preferentemente, almohadillada. La exploración

debe ser completa y sistemática, respetando siempre el orden por aparatos y sistemas⁽¹⁻³⁾, y debe incluir los siguientes apartados.

Datos somatométricos

Deben ser anotados y reflejados en curvas de percentiles. Para el seguimiento del RN sano y el lactante, se deben usar las curvas de la Organización Mundial de la Salud para niños amamantados (http://www.who.int/nutrition/media_page/en/index.html).

1. *Peso* registrado con báscula de precisión. Como norma general, durante los primeros días de vida, se produce una pérdida fisiológica que puede alcanzar hasta el 7% del peso al nacimiento, y que suele recuperarse al décimo día de vida. A partir de entonces, se considera normal, un incremento de peso de unos 25-30 gramos al día.
2. *Longitud* tomada con tallímetro rígido para lactantes. Se debe colocar el RN en: decúbito supino, fijar la cabeza en el punto cero y traccionar de los pies con suavidad, procurando vencer la resistencia del muelle poplíteo.
3. *Perímetro craneal* mediante cinta métrica flexible y no elástica. Se debe tomar el perímetro mayor, fijando como puntos de referencia el occipucio y la glabella, y se debe ajustar al cráneo para minimizar los errores.

Exploración neurológica

Interacción madre-hijo. La madre no debe mostrar: fatiga ni angustia y debe ser capaz de calmar al RN sin ansiedad y este debe mostrar una respuesta positiva.

Llanto. Debe ser enérgico, acompañado de un buen cambio de coloración cutánea y calmarse con facilidad. Se debe aprovechar para descartar signos de parálisis facial.

Tabla I. Antecedentes a recoger, en la consulta de seguimiento del recién nacido

Antecedentes familiares*Dinámica familiar:*

- Miembros de la unidad familiar:
- Consanguinidad:
- Otros datos de interés:

Datos sociales:

- Raza de los padres:
- Edad del padre:
- Profesión: padre _____ madre _____
- Características de la vivienda:
- Apoyo familiar:
- Historia de maltrato:
- Adicciones:
- Discapacidades:

Enfermedades:

- Padre:
- Hermanos:
- Abuelos:
- Otros:

Antecedentes maternos

- Edad de la madre:
- Consumo de fármacos:
- Consumo de: drogas _____, alcohol _____, tabaco _____
- Enfermedades:
- Gestaciones anteriores: _____, abortos: _____, pérdidas fetales: _____
- Patología perinatal en hermanos:
- Problemas de infertilidad en la pareja:

Embarazo actual

- Duración: _____ semanas _____ días
- Controlado No controlado
- Asistencia recibida: ambulatoria hospitalaria
- Problemas maternos:
- Problemas fetales:

Parto

- Tipo de parto: eutócico distócico: _____
- Presentación fetal: cefálica transversa pelviana
- Rotura prolongada de las membranas amnióticas:
- Signos de pérdida del bienestar fetal:
- Test de Apgar: _____ (1 min) _____ (5 min) _____ (10 min)

Datos somatométricos del recién nacido al nacimiento

- Peso: _____ g (percentil _____)
- Longitud: _____ cm (percentil _____)
- Perímetro craneal: _____ cm (percentil _____)

Medidas preventivas aplicadas en la maternidad

Profilaxis de oftalmía neonatal:

- realizado
- no realizado: motivo _____

Profilaxis de enfermedad hemorrágica del RN:

- realizado: intramuscular oral
- no realizado: motivo _____

Vacuna de la hepatitis B:

- Administrada: madre portadora madre no portadora
- No administrada: motivo _____

Pruebas de cribado neonatal

Escrutinio de enfermedades congénitas:

- realizado no realizado: motivo _____

Cribado auditivo:

- realizado: pasa no pasa
- no realizado: motivo _____

Alimentación

- Lactancia materna: correcta no correcta: motivo _____
- Lactancia artificial: _____
Motivo: _____
- Lactancia mixta: _____
Motivo: _____

Otros datos del periodo neonatal

- Deposiciones: _____
- Orina: _____
- Vómitos / regurgitaciones: _____
- Sueño: _____
- Patología detectada en el periodo neonatal: _____

Postura. En decúbito supino, debe presentar flexión de las cuatro extremidades, por el predominio de la hipertonía de los músculos flexores.

Movilidad espontánea. Debe presentar movimientos espontáneos de flexo-extensión de las extremidades, incoordinados, pero suaves y simétricos.

Tono muscular. El tono muscular normal del tronco y cuello se puede valorar con las siguientes maniobras:

- **Reacción de tracción.** Se coloca al RN en decúbito supino con la cabeza en posición media. El explorador debe aprovechar el reflejo de prensión e introducir el dedo pulgar en la mano del RN para sujetarlo y, lentamente, llevar hasta la posición vertical de sedestación, obser-

vando como cuelga la cabeza hacia atrás y las piernas permanecen en flexión y algo abducidas.

- **Reacción de Landau** (suspensión horizontal). Se sujeta al RN de forma rigurosa a nivel del abdomen elevándolo en posición horizontal en decúbito prono. La cabeza permanecerá ligeramente flexionada, el tronco ligeramente flexionado y los brazos y piernas en flexión relajada. Hay que prestar atención a cualquier asimetría del tronco.
- **Reacción de suspensión axilar.** En posición vertical, se sujeta al niño por el tronco, la cabeza arriba y de espaldas al explorador. Los miembros inferiores del RN permanecerán en flexión “inerte” (suave).

Reflejos arcaicos. Deben estar presentes y se considera patológico: su ausencia, la presencia de asimetrías o la reducción en su amplitud.

- **Reflejos cutáneos:**
 - De Galant. Se realiza, sosteniéndolo sobre la palma de una mano en suspensión horizontal, realizando, en ambos lados, una estimulación paravertebral desde el vértice de la escápula hasta la cresta ilíaca. La respuesta es una incurvación del tronco hacia el lado estimulado, con aproximación de las extremidades.
 - Presión palmar. Al introducir un objeto en la palma de la mano, flexiona y agarra.
 - Presión plantar. Al presionar la almohadilla plantar, se flexionan los dedos.
 - Talón plantar. Se percute el pie en posición de máxima flexión y se produce una extensión de la pierna.
- **Reflejos orofaciales:**
 - De succión.
 - De búsqueda de Peiper (o reflejo de los puntos cardinales). Al estimular en la zona perioral o en la boca, se orienta hacia el estímulo, en las cuatro direcciones.
 - De Babkin. Al realizar presión en las palmas del bebé, este abre la boca.
 - De ojos de muñeca. Al girar pasivamente la cabeza, los ojos quedan durante un breve periodo de tiempo fijos, siguiendo luego la dirección del giro.
- **Reflejos extensores:**
 - Del abrazo de Moro. Se coloca en decúbito supino, ligeramente incorporado, y se deja caer la cabeza hacia atrás, sostenida por la mano del explorador. Responde extendiendo simétricamente los brazos, con ambos pulgares flexionados y, a continuación, flexionando y aduciéndolos.
 - De enderezamiento. Al hacer presión sobre los pies del niño, se produce un enderezamiento progresivo, desde la zona caudal a la apical.
 - De extensión cruzada. Si tiene una pierna extendida y otra flexionada, al presionar sobre la planta del pie del lado extendido, la pierna flexionada hace una extensión tónica con: aducción, rotación interna, equino y separación de los dedos.
 - De marcha automática. En posición vertical, al apoyar los pies da unos pasos.
 - Tónico-cervical. Al girar pasivamente la cabeza, se extiende la extremidad superior del mismo lado, y se flexiona la del lado contralateral.
 - Suprapúbico. Al presionar la sínfisis del pubis, se produce: una extensión, aducción y rotación interna de las piernas.

Otros reflejos. En el RN, los reflejos osteotendinosos tienen una respuesta muy variable; por lo que, la hiporreflexia y la hiperreflexia tienen escaso valor clínico. La respuesta extensora en el reflejo cutáneo de Babinski es considerada normal.

Examen ocular

- **Tamaño de los globos oculares:** descartar microftalmia.
- **Párpados.** Buscar deformidades en sus bordes, signos inflamatorios y tumores.
- **Pupila.** Debe ser redonda y de igual tamaño en ambos ojos. Debemos comprobar:
 - Reflejo fotomotor. Se considera normal, una contracción pupilar simétrica en ambos ojos, con un estímulo luminoso (linterna).
 - Reflejo pupilar rojo. Mediante oftalmoscopia directa a 30-40 cm de distancia, se aprecia en condiciones normales, este reflejo rojo-anaranjado, similar en ambos ojos. La presencia de cualquier alteración del mismo y, sobre todo, un reflejo parcialmente blanco (leucocoria), debe hacernos sospechar una patología.
- **Córnea.** Debe ser explorada con la ayuda de una lupa. Su superficie debe estar totalmente transparente y permitir ver, a su través, un iris normal. Un diámetro corneal horizontal, mayor o igual a 12 mm (megacórnea), es indicativo de glaucoma congénito.
- **Conjuntivas.** En general, descartar secreciones y cambios de coloración. Las hemorragias subconjuntivales, producidas durante la salida por el canal del parto, no requieren tratamiento, y se reabsorben en pocas semanas.
- **El aparato lagrimal** está permeable, cuando la conjuntiva y la córnea, se observan húmedas y no hay lagrimeo.
- **Movilidad ocular extrínseca.** El RN normal puede presentar un estrabismo no paralítico e intermitente, por inmadurez de la visión binocular. El nistagmo congénito debe ser considerado patológico.
- **Visión.** Comprobar mediante los reflejos fotomotor y de parpadeo.

Examen auditivo

Se debe observar la respuesta, frente a estímulos auditivos (campanilla o sonajero), y se debe inspeccionar los pabellones auriculares: tamaño, forma, posición-implantación y la presencia de fistulas o apéndices cutáneos preauriculares.

Sistema cardiorrespiratorio

- **La coloración cutánea** del RN normal es sonrosada. Si es de piel oscura, las mucosas son indicadores más fidedignos de la presencia de cianosis.
- **La temperatura corporal** normal debe ser: 36-36,5°C (axilar) y 37-38°C (rectal).
- **El relleno capilar** normal debe ser menor de 2 segundos.
- **Función respiratoria.** No debe presentar quejido espiratorio, tiraje ni aleteo nasal. Aunque, la frecuencia normal oscila entre 40 y 60 respiraciones por minuto, suele presentar: una respiración periódica, alternando fases de frecuencia regular con otras breves de ausencia de movimientos respiratorios; por lo general, de 5-10 segundos que no se acompañan de cianosis ni bradicardia.

- **Exploración cardíaca:**
 - Debe confirmarse la presencia de los tonos cardíacos fuertes en el hemitórax izquierdo y la ausencia de arritmias.
 - La frecuencia cardíaca normal oscila entre 120 y 160 latidos por minuto, y varía con los cambios de la actividad.
 - La presencia de un soplo cardíaco puede ser un signo de una cardiopatía congénita; aunque, durante la primera semana de vida y, especialmente, en los tres primeros días, es frecuente auscultar soplos transitorios sin repercusión patológica, que no se acompañan de cianosis ni signos de fallo cardíaco. Es conveniente, realizar una auscultación cardíaca a partir de las 2 semanas de vida, momento en el que pueden aparecer soplos, coincidiendo con el descenso fisiológico de la presión arterial pulmonar, que nos pueden hacer sospechar cardiopatías con cortocircuito izquierda-derecha.
 - Se deben palpar los pulsos femorales y braquiales que deben ser fuertes y simétricos.

Piel

El estado de hidratación y la presencia de edemas deben ser valorados en piel y mucosas.

Las lesiones cutáneas detectadas (nevus, angiomas...), deben ser medidas y descritas con todas sus características y, si es posible, fotografiadas para su seguimiento. Los hallazgos cutáneos más frecuentes corresponden con cuadros de escasa o nula repercusión patológica: eritema tóxico, mancha mongólica, hemangioma macular, melanosis pustulosa transitoria, presencia de lanugo, millium facial, descamación cutánea e ictericia fisiológica.

Cabeza

- **Cráneo.** La presencia de craneotabes en el hueso occipital suele constituir un hallazgo normal si desaparece al cabo de algunas semanas. Si se observan asimetrías, deben quedar reflejadas en la historia clínica, para su seguimiento.
- **Fontanelas.** Deben ser palpadas, anotando el tamaño y comprobando la presión intracraneal normal, descartando abombamiento o depresión de las mismas. La fontanela anterior tiene forma romboidea y, como media, sus dimensiones son: 2,5 cm x 2,5 cm, normalmente está algo deprimida y es pulsátil. La fontanela posterior suele estar cerrada al nacimiento, aunque puede ser palpable durante las primeras 6-8 semanas de vida.
- **Las suturas:** sagital, coronal, lambdoidea y metópica deben palparse. La presencia de movilidad y la ausencia de aristas-crestas, descartan la posibilidad de craneosinostosis.
- **Cuero cabelludo.** Debe explorarse en busca de: heridas, erosiones cutáneas, edemas (tumor de parto), cefalohematoma o hemorragia subgaleal. Con menor frecuencia, pueden aparecer áreas de aplasia cutis o nevus sebáceo.

Boca

Se debe descartar la presencia de: labio leporino, fisura palatina y quistes en encías o bajo la lengua (ránula, mucocèle...). Como hallazgos de escasa importancia patológica, podemos observar: callos de succión en el labio, frenillo lingual, dientes congénitos y perlas de Epstein.

Nariz

Si existen dudas, se debe confirmar la permeabilidad de las coanas mediante el uso de una sonda nasogástrica de pequeño calibre (6-8F). La comprobación de la simetría de las ventanas nasales nos permite descartar la luxación traumática del tabique nasal, más frecuente, en los partos de cara.

Cuello

- Descartar la existencia de: hematomas del músculo esternocleidomastoideo, bocio, pterigion y fistulas del conducto tirogloso (en la línea media) o de los arcos branquiales (en la cara anterior del esternocleidomastoideo).
- **Movilidad pasiva del cuello.** Comprobar los movimientos normales de: flexo-extensión, rotación y lateralización.

Tórax

- **Forma y simetría.** Descartar deformidades como: tórax en quilla o *pectus excavatum*.
- **Realizar una palpación de las clavículas.** La presencia de una protuberancia dura suele indicar un callo de fractura.
- **Mamas.** Valorar el tamaño, presencia de signos inflamatorios o de mamas supernumerarias. La ingurgitación mamaria bilateral, aparece con frecuencia en los RN normales de ambos sexos a partir del tercer día de vida, a veces, acompañada de secreción de un líquido similar al calostro (leche de bruja) que puede permanecer durante varias semanas.

Abdomen

- **Inspección.** Vigilar la presencia de distensión abdominal; aunque, la protrusión de la cámara gástrica, después de las tomas o del llanto, es normal. Pueden apreciarse asimetrías debidas a anomalías congénitas o masas patológicas.
- **Palpación.** El hígado normal se puede palpar a 2,5 cm por debajo del reborde costal derecho, el bazo no se detecta y no se deben palpar masas abdominales.
- Se debe buscar la existencia de *hernias* en todas sus localizaciones.

Cordón umbilical

Habitualmente, en este control, el cordón está seco, tiene un color oscuro y no debe presentar signos de infección: secreción purulenta, olor fétido y enrojecimiento cutáneo alrededor del mismo. La existencia de un granuloma, suele requerir cauterización.

Ano

Se debe explorar por inspección, separando los pliegues interglúteos, desde la punta del coxis hasta la raíz del pene en el varón, y hasta la horquilla vulvar en la niña, para comprobar la normalidad de su aspecto exterior. Debemos verificar: permeabilidad, posición y tamaño. Ocasionalmente, se confunden grandes fístulas con un ano normal, pero si se explora cuidadosamente, se observará que estas presentan una localización anterior o posterior a la habitual.

Genitales masculinos

- *Pene*. En condiciones normales, suele presentar una marcada fimosis fisiológica, y extendido su longitud debe ser superior a 2-2,5 cm.
- *Uretra*. Debe anotarse el grado de hipospadias si se detecta, y la presencia de epispadias aislado es raro.
- *Testículos*. Es muy importante descartar el diagnóstico de criptorquidia. Los testículos deben situarse en la bolsa escrotal o en el cordón inguinal, descender con facilidad hasta el escroto y deben ser del mismo tamaño y consistencia. Su tamaño debe oscilar de 1,6 cm x 1,0 cm, hasta 2,9 cm x 1,8 cm. La coloración azulada y consistencia dura, son signos sugestivos de torsión testicular congénita.
- *Bolsas escrotales*. Es muy frecuente la presencia de un hidrocele no comunicante de pequeño tamaño, que suele desaparecer de forma espontánea antes de los 6 meses de edad. La hiperpigmentación del escroto debe hacer sospechar un síndrome adrenogenital.

Genitales femeninos

- *Labios mayores y menores*. Los labios mayores suelen encontrarse enrojecidos y edematosos durante los primeros días por influencia de las hormonas maternas, lo que puede provocar un flujo vaginal de color blanco y consistencia cremosa e, incluso, se puede reemplazar por una pseudomenstruación en los primeros días de vida, que no es considerada patológica y que puede prolongarse durante unas 2 semanas.
- Explorar el *introito vaginal* e identificar el himen. Se deben buscar quistes de la pared vaginal e himen imperforado (pequeño abombamiento quístico de 6-8 mm de diámetro, a nivel del "orificio" vaginal, debido a la retención de secreciones). Ocasionalmente, se observa un repliegue mucoso de la pared posterior de la vagina, como variante de la normalidad (apéndice vaginal o himeneal).
- *Clitoris*. La longitud normal es de $4 \pm 1,24$ mm. Su hipertrofia debe ser considerada patológica.

Extremidades

- Buscar en las cuatro extremidades: estigmas sindrómicos, malformaciones y deformidades (pie zambo congénito, pie metatarso aducto, torsión tibial, *genu recurvatum*...).

- *Diagnóstico de la displasia evolutiva de la cadera (DÉC)*. En todos los RN, es obligatorio realizar de forma correcta, las maniobras de Ortolani y de Barlow, para el diagnóstico precoz de esta patología. El RN normal sin DEC, debe tener estas maniobras negativas. No es recomendable realizarlas tras el periodo neonatal precoz, por su baja sensibilidad diagnóstica; por lo que, a partir de la segunda o tercera semana de vida, el signo más importante para su diagnóstico es la limitación de la abducción de la cadera.
 - Maniobra de Ortolani. Es una técnica que permite comprobar la reducción de una cadera luxada. Se debe colocar al RN en decúbito supino y relajado. Con una mano, el explorador estabiliza la pelvis y una de las caderas, y con la otra mano, pinzando el muslo, sitúa el dedo pulgar en la cara interna del mismo y los dedos índice y medio en la externa, comprimiendo el relieve del trocánter, se flexiona la cadera y la rodilla 90°. La maniobra consiste en realizar una suave abducción de la cadera, mientras se presiona el trocánter hacia adentro y arriba, y si existe luxación, se debe producir una reducción de la misma, apreciando al tacto un "cloc" fuerte (maniobra positiva). La simple percepción de un "clic" pequeño, no se debe considerar patológico.
 - Maniobra de Barlow. Esta técnica busca comprobar la luxabilidad de una cadera displásica. El RN se debe colocar en decúbito supino y relajado, con las caderas en abducción de 45°, y mientras el explorador fija la pelvis sujetando una cadera, la otra se intenta luxar, tratando de deslizar la cabeza del fémur sobre el borde acetabular. Para ello, se debe aplicar un movimiento de aducción de la cadera, a la vez que se empuja, ligeramente, el cuello femoral hacia afuera con el dedo pulgar del explorador y, sobre todo, se empuja hacia abajo mediante una presión ejercida con la mano, en dirección al eje longitudinal de la diáfisis de dicho hueso. Si se trata de una cadera displásica, la cabeza femoral se desliza fuera del acetábulo. La segunda fase de la maniobra consiste en realizar el movimiento inverso (abducción de la cadera) con la que, en caso de displasia, la cabeza femoral vuelve a colocarse en el acetábulo. En ambas situaciones, la sensación de "cloc" fuerte es similar a la observada con la maniobra de Ortolani (resultado positivo).

Columna vertebral

- Descartar la presencia de *escoliosis*, que es siempre patológica.
- Comprobar *la integridad de toda la columna*, sobre todo, en el área lumbar y sacra; y descartar espina bífida.
- *Área lumbosacra*. Buscar el tracto del seno pilonidal y pequeñas tumoraciones en la línea media que pudieran indicar meningocele o teratoma. Las fositas sacras simples y ciegas en la línea media son un hallazgo frecuente.

Si son profundos, miden más de 0,5 cm, se sitúan a más de 2,5 cm del borde anal, o se acompañan de otros marcadores cutáneos, deben hacer sospechar disrafismo vertebral.

Promoción de la salud

A partir de los datos recogidos en la historia clínica, se debe confeccionar un plan de actuación frente a cada uno de los problemas detectados. Aunque, no debemos olvidar nunca establecer una serie de recomendaciones básicas de actividades de promoción de la salud, común para todos los RN normales que, a continuación, vamos a desarrollar.

Promoción de la lactancia materna

La leche materna debe ser recomendada como el mejor alimento para el RN⁽⁴⁾ y tiene evidentes ventajas sobre la leche artificial (Tabla II).

El amamantamiento debe ser “*a demanda*”, siempre que el RN muestre signos de hambre, como: chupeteo, bostezos, movimientos de búsqueda o de las manos a la boca, sin esperar a que lllore; que suele ser un indicador tardío. Debe mantenerse al pecho todo el tiempo que desee, *sin realizar un control estricto “por reloj”*, asegurando

el vaciado eficaz de, al menos, un pecho en cada toma, siendo mejor ofrecer los dos, y comenzando por el último de la toma anterior.

Para facilitar la lactancia materna, es recomendable que *la madre y el RN duerman próximos* el uno al otro.

No es aconsejable ofrecer suplementos de: suero glucosado, agua o fórmulas de inicio, y en este caso, es preferible administrarlos con: cuchara, jeringuilla o suplementador.

Durante las primeras semanas de vida, se debe *evitar el uso de tetinas y chupetes*, al poder interferir con el establecimiento de la lactancia materna.

Tras el alta de la maternidad, el RN debe ser valorado en los siguientes 4 días. En esta visita, sería conveniente *observar una toma*; ya que, muchos de los fracasos de la lactancia materna son consecuencia de una técnica incorrecta, bien por una posición inadecuada o un agarre incorrecto. En la tabla III, se muestra un método de observación de la toma, que está validado para el RN a término.

Se deben reconocer, las señales de *amamantamiento ineficaz* (Tabla IV), pero la ganancia ponderal, nunca debe ser el único condicionante para indicar la suplementación de la lactancia materna. En este caso, siempre, se debe intentar aumentar el número de tomas al pecho e indicar a la madre que se estimule con un sacaleches para aumentar la producción de leche.

Tabla II.

Ventajas de la lactancia materna

1. Para el niño:

- Disminuye el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante
- Disminuye el número de procesos infecciosos, son menos graves y generan menos hospitalizaciones
- Disminuye el riesgo de dermatitis atópica, problemas respiratorios y asma, si pertenece a familia de riesgo
- Disminuye el riesgo de enterocolitis necrotizante en el prematuro
- Desarrolla mejor respuesta inmunitaria a las vacunas
- Disminuye el riesgo de padecer: enfermedad celíaca, enfermedades autoinmunes, enfermedad inflamatoria intestinal, diabetes mellitus, leucemia y esclerosis múltiple
- Disminuye el riesgo de caries dental
- Mejora el desarrollo psicomotor y social durante el primer año de vida; y mejora el desarrollo intelectual y la agudeza visual en la etapa escolar
- Mejora el desarrollo del vínculo materno-filial
- Disminuye el riesgo cardiovascular y de obesidad en la adolescencia
- Disminuye el riesgo de hipertensión arterial en la edad adulta

2. Para la madre:

- Disminuye el riesgo de hemorragia uterina postparto
- Disminuye el tiempo de hemorragia menstrual a lo largo de la vida, favoreciendo el mantenimiento de las reservas férricas
- Disminuye el riesgo de: infecciones; fractura espinal y de cadera postmenopáusicas; cáncer de ovario y de mama; y artritis reumática

Inconvenientes de la lactancia artificial

Para la sociedad y el medio ambiente, el empleo de leche artificial contribuye a aumentar:

- El gasto sanitario de las familias
- El absentismo laboral
- La contaminación ambiental por el consumo de agua y electricidad, y la generación de residuos

Tabla III. Observación de una toma*

Criterios a valorar	Puntuación			
	3	2	1	0
Grado de alerta, previo a la succión	Espontáneo	Necesita estímulo para iniciar	Necesita mayor estímulo	No se despierta, a pesar del estímulo
Búsqueda del pezón al tocar la mejilla	Gira la cabeza y busca activamente	Necesita cierta ayuda y asistencia	La búsqueda es pobre aun con ayuda	Ausencia
Tiempo para engancharse e iniciar la succión	Inmediatamente	3 - 10 minutos	Más de 10 minutos	No se engancha
Calidad de la succión	Buena succión en uno o ambos pechos	Succiona bien, suelta y debe estimularlo	Succión débil o de corta duración	No succiona

Valoración de la puntuación:

De 12 a 10: eficiente

De 9 a 7: medianamente eficiente

De 6 a 0: deficiente

*Tomada de: Matthews M. K. *Developing an instrument to assess infant breastfeeding behavior in the early neonatal period. Midwifery. 1988; 4(4):154-65.*

Cuando no sea posible la lactancia materna, se recomendará, en primer lugar, leche previamente extraída por la madre o de donante. En su defecto, se usarán *fórmulas adaptadas*, que constituyen en nuestro medio la única alternativa adecuada a la leche humana en la alimentación del RN. La lactancia artificial exclusiva, solo estará indicada cuando no se pueda utilizar la leche materna por: negativa de la madre a amamantar a su hijo o por estar contraindicada (Tabla V). Si bien el RN sano presenta unas necesidades medias energéticas de 100 kcal/kg/día e hídricas de 135-150 ml/kg/día, el volumen de las tomas y su distribución horaria son variables, y se adaptarán de forma individualizada.

Prevención de la salud bucodental

Informar a los padres de la posible aparición de caries grave en el niño pequeño, por el empleo de miel u otros *edulcorantes en el chupete* (caries rampante de los incisivos).

Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL)

La medida demostrada, más eficaz, para la prevención del SMSL consiste en *evitar la posición de decúbito prono durante el sueño desde el primer día de vida*. El decúbito supino para dormir es la postura más segura y es, claramente, preferible al decúbito lateral, que es inestable⁽⁵⁾.

Otras medidas recomendadas para la prevención de este síndrome son:

- Evitar colchones blandos o de lana. El RN debe dormir sobre una superficie firme.
- Evitar accesorios sueltos en la cuna: mantas, almohadones, cojines, objetos blandos, colgantes en el cuello o cualquier otro objeto que pueda provocar asfixia durante el sueño, como cintas o cordones.

- Evitar el arropamiento excesivo del niño en la cuna y el sobrecalentamiento de la habitación. La cabeza no debe quedar cubierta y la temperatura ideal de la habitación debe ser de 20 a 22°C.
- Promover la lactancia materna.
- Desaconsejar el tabaquismo de los padres, especialmente, de la madre, y no permitir que nadie fume delante del RN.
- Colocar la cuna en la habitación de los padres.
- El uso del chupete durante el sueño tiene un efecto protector; aunque, en el caso de RN alimentados al pecho,

Tabla IV. Signos de amamantamiento ineficaz

En el RN a término sano:

- Pérdida de peso mayor de 7% respecto al peso al nacimiento
- Pérdida de peso después del tercer día de vida
- No ganancia de peso a partir del 5º día de vida
- No recuperación del peso al nacimiento al 10º día de vida
- Menos de 3 deposiciones/día pasadas las primeras 24 horas de vida
- Heces meconiales después del 4º día de vida
- Menos de 6 micciones después del 4º día de vida
- Deglución no audible durante las tomas
- RN insatisfecho después de las tomas

En la madre:

- Sin cambios en el peso/tamaño de las mamas y sin cambios en la composición de la leche al 5º día de vida
- Dolor persistente o creciente en los pezones
- Congestión mamaria que no mejora amamantando

Tabla V. Contraindicaciones verdaderas de la lactancia materna**En la madre:**

- Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana
- Abuso de drogas⁽¹⁾
- Medicamentos^(2,3)
- Tratamiento con isótopos radiactivos, hasta su eliminación del organismo de la madre
- Tuberculosis activa, hasta que la madre no sea contagiosa. La leche materna extraída puede ser administrada al recién nacido
- Varicela activa, diagnosticada en los 5 días anteriores o 2 posteriores al nacimiento. La leche materna extraída puede ser administrada al recién nacido, salvo que presente lesiones de varicela en la aréola mamaria
- Lesiones herpéticas activas localizadas en la mama

En el lactante: galactosemia

¹Actualmente, las madres adictas a drogas que reciben un programa de desintoxicación y tratamiento con metadona pueden lactar a sus hijos, si lo desean, pero con un adecuado seguimiento.

²Ante la posibilidad de administrar en la madre una medicación que contraindique la lactancia materna, siempre se debe buscar una alternativa compatible. Si la contraindicación es temporal, se debe recomendar la extracción de leche, para mantener la producción de la misma.

³Página web en relación con el uso de medicamentos durante la lactancia materna: <http://www.e-lactancia.org/>.

se debe retrasar su uso hasta que la lactancia materna esté perfectamente establecida, habitualmente, al mes de vida.

Prevención de la plagiocefalia postural

Esta patología suele estar favorecida por las medidas posturales recomendadas para el lactante durante el sueño; por lo que, se aconseja:

- Realizar *cambios posturales*, alternando las posiciones de la cabeza en la cuna (decúbito lateral y supino).
- Colocar en decúbito prono cuando esté despierto y, siempre, supervisado por un adulto.

Recomendaciones en relación al sueño

Los padres deben ser informados de que, durante el sueño del RN, no es preciso un ambiente excesivamente silencioso; incluso, tampoco parece recomendable.

Desde el primer momento, se debe *establecer una rutina* con normas claras para conseguir un hábito saludable del sueño en el niño, y prevenir, así, la aparición de posteriores problemas.

Si los padres lo desean, se puede recomendar el *colecto*, para facilitar la lactancia materna. Solo se debe contraindicar si alguno de los padres:

- Es fumador, aunque no fume en la cama ni en la casa.
- Ha consumido bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos que provoquen somnolencia.
- Al acostarse, está más cansado que de costumbre.
- No se debe dormir nunca con el RN en el sofá.

Medidas de fotoprotección

El RN posee menor protección cutánea a la radiación ultravioleta, al tener menor concentración de melanina en

la piel que el adulto y niño mayor. Para reducir el riesgo de cáncer de piel, *se debe evitar su exposición excesiva al sol*, pero esta medida no debe suponer una disminución del tiempo de estancia en espacios al aire libre.

El empleo de cremas fotoprotectoras no está indicado, y la ropa debe ser el método de protección recomendado. En los paseos, en las horas centrales del día, especialmente, en primavera y verano, deben estar vestidos, cubriendo: brazos, tronco y piernas, y llevar un sombrero que proporcione una sombra adecuada a toda la cabeza.

Prevención de la deficiencia de vitamina D

Desde los primeros días de vida, se recomienda un *suplemento de 400 UI/día de vitamina D* en todos los RN alimentados con leche materna o que reciban menos de 1 l/día de leche artificial suplementada⁽⁶⁾.

Cuidados de la piel⁽⁷⁾

El RN sano debe recibir un baño diario con *jabón ácido* (pH 5-5,5), que se aplicará en pequeña cantidad con la mano o esponja muy suave, evitando frotar excesivamente. La presencia del cordón umbilical no contraindica el baño completo; aunque, debe ser secado minuciosamente tras el mismo.

La piel debe ser hidratada tras el baño, aplicando *emolientes* sin perfumes ni colorantes, con un suave masaje y con la piel húmeda, sobre todo, en las áreas que presenten descamación.

No se recomienda el uso de secador con aire caliente, por el riesgo de quemaduras.

Para el aseo de la zona del pañal, se debe emplear, exclusivamente, agua y jabón después de cada micción o defecación, secando y ventilando muy bien, antes de cubrir con el

Tabla VI. Familias de riesgo social

- Bajo nivel de instrucción. Persona con un nivel de instrucción que influye en la capacidad o habilidad para afrontar problemas
- Bajo nivel económico. Familia que dispone de unos ingresos inferiores al 75% del salario mínimo interprofesional; o bien, superado este nivel de ingresos, manifiesta una mala organización: desproporción ingresos/gastos
- Familia con miembros en situación de: paro prolongado, inestabilidad laboral, demandantes de empleo, sin cualificación profesional, que compromete el soporte económico familiar
- Familia que presenta problemática social asociada a la existencia de, al menos, un miembro con minusvalía física, psíquica o sensorial grave
- Familia que presenta problemática social asociada a la existencia de, al menos, un miembro con: enfermedad física o infectocontagiosa grave, crónica o terminal
- Persona que presenta una incapacidad o falta de habilidad para afrontar determinadas situaciones: enfermedades, situaciones conflictivas...
- Al menos un miembro con hábitos adictivos
- Familia con relaciones interpersonales conflictivas: malos tratos, carencias afectivas, falta de apoyo, problemas de adaptación, desestructuración familiar, sobrecarga, abandono...
- Familia que presenta un problema de aislamiento social
- Problemas de vivienda: hacinamiento, insalubridad, falta de equipamiento básico, barreras arquitectónicas, riesgo de accidentes, ausencia, desahucio...
- Situación de marginación social: mendicidad, delincuencia, prostitución, desintegración social
- Problemas de accesibilidad a los servicios
- Persona perteneciente a minorías étnicas con problemas de integración
- Otros: cualquier situación en la que el problema de salud origine un problema social grave

pañal. Se puede aplicar crema protectora que contenga óxido de cinc o pasta al agua, pero no se debe emplear talco, que puede ser inhalado a través de la vía aérea, pudiendo inducir problemas respiratorios.

No se recomienda el uso de hisopos de algodón para la limpieza del conducto auditivo externo, pero para los pliegues del pabellón auditivo, se puede emplear un paño suave.

Se debe usar: *ropa de algodón holgada, sin etiquetas, ni adornos* que puedan irritar o lacerar la piel, y no colocar zapatos. En condiciones normales, se debe evitar: el uso de gorros, guantes y fajeros. La ropa debe ser lavada evitando: detergentes, suavizantes y cloro que puedan irritar la piel, e insistir en enjuagar varias veces con abundante agua.

Cuidados del cordón umbilical

Se debe extremar la asepsia del cordón umbilical, manteniéndolo siempre *limpio y seco*, dejándolo al aire y sin cubrir, ni siquiera por el pañal.

Aunque el empleo de antisépticos no aporta ningún beneficio y puede retrasar su caída, en ambientes donde el cuidado no higiénico del cordón sea un factor de riesgo en el desarrollo de las infecciones umbilicales, se debe recomendar el uso de soluciones antisépticas, siendo la clorhexidina al 4% la más eficaz. Se contraindica el uso de antisépticos que contengan yodo, por el riesgo de aparición de trastornos tiroideos, debido a su absorción cutánea⁽⁷⁾.

Prevención de accidentes infantiles

Se debe repasar todas las posibles situaciones que supongan riesgo de accidente desde el primer día de vida⁽⁸⁾, sobre todo, quemaduras y accidentes de tráfico:

- La *cuna* debe ser homologada y los barrotes tener menos de 5 cm de separación; de forma que, no quepa la cabeza del niño entre ellos.
- El método ideal para *calentar el biberón* es “al baño María”. No se recomiendan hornos microondas, porque producen un calentamiento irregular, y al comprobar la temperatura puede parecer erróneamente adecuada; por lo que, se corre el riesgo de quemaduras.
- En relación al *baño* del RN, debemos informar que: antes de introducirlo en el agua, se debe comprobar la temperatura de la misma, que debe ser de unos 30°C; durante el mismo, los electrodomésticos que se encuentren en la misma habitación deben estar desenchufados, y a la hora de vestirlo, se debe tener todo lo necesario a mano para evitar dejarlo solo, pues podría caerse.
- En la *ropa*, se debe evitar poner: lazos, imperdibles, botones y cadenas largas para sujetar el chupete.
- En los desplazamientos en *automóvil*, no se recomienda llevar al RN en brazos y, en este caso, nunca, en el asiento delantero. Se deben recomendar sistemas de seguridad infantil homologados:
 - Cuco para RN (grupo 0). Debe instalarse en el asiento posterior del vehículo, en posición transversal y sujeto con los cinturones del propio vehículo u otros suplementarios. Se debe colocar al RN con la cabeza hacia el interior.
 - Silla-cesta de seguridad (grupo 0+). Se puede situar en el asiento trasero y en el delantero también, si no dispone de airbag del copiloto o si este se puede desactivar. Siempre debe ser colocada en sentido contrario a la marcha.

- Los padres deben disponer de *teléfonos de urgencia*, como el centro sanitario más próximo y el Instituto Nacional de Toxicología.

El mejor método para ofrecer este tipo de recomendaciones consiste en el empleo de material impreso, donde aparecen reflejados los tipos de accidentes más frecuentes y las actuaciones que se deben aplicar para su prevención.

Promoción del buen trato y prevención del maltrato infantil

Desde la primera toma de contacto con la familia, el pediatra debe⁽⁹⁾:

- Realizar una búsqueda sistemática de *factores de riesgo* en el entorno familiar (Tabla VI).
- *Reconocer situaciones de maltrato*: abandono y trato negligente al niño, violencia doméstica o abuso hacia la mujer y violencia de género. Se deben reconocer las medidas de disciplina inapropiadas, ofreciendo métodos alternativos; y se debe reforzar la autoestima y la competencia de los padres en el cuidado de los hijos y la crianza.
- Remitir a centros de salud mental a los padres con: adicción al alcohol, drogas o con trastornos psiquiátricos.
- Conocer y ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda.
- *Coordinar con el/la trabajador/a social y la enfermería de la zona* un plan de visitas domiciliarias y estrategias para cada familia de riesgo.

CONSULTA PEDIÁTRICA PRENATAL

El pediatra es una figura especialmente relevante en la educación prenatal, y es deseable que comparta la responsabilidad, junto con el obstetra y la matrona, para ayudar a la embarazada a realizar una elección, informada sobre los cuidados y alimentación de su futuro hijo.

Esta visita ha demostrado su utilidad para mejorar la salud del niño y de la madre. Aumenta el número de mujeres que deciden amamantar a sus hijos, disminuye las consultas a los servicios de urgencias pediátricas, ayuda a establecer una relación padres-pediatra más fluida y mejora el cumplimiento en las primeras citas⁽¹⁰⁾. Es recomendable realizarla en el tercer trimestre del embarazo, y debe incluir:

- Una presentación inicial, con recogida de antecedentes familiares de interés y factores de riesgo social, seguida de la comprobación de que se está realizando un correcto control del embarazo.
- Información de: hábitos de vida saludable, cuidados del cordón umbilical e higiene del RN, prevención de accidentes y del SMSL, desde el primer día de vida.
- Promoción de la lactancia materna. Este es el momento óptimo para hablar de las excelencias de la leche materna; aunque, la madre ya hubiera decidido no lactar, porque está demostrado que la educación de los progenitores antes del parto es esencial para conseguir una adecuada

instauración y mantenimiento de la lactancia. Se asegurará que las familias posean la información necesaria sobre los beneficios de la leche materna en la alimentación del RN (Tabla II) y la técnica correcta de la lactancia materna (Tabla VII).

- Revisión del material necesario para el nacimiento del niño: cuna, habitación, bañera, ropa, pañales, cochecito, “canastilla” y documentos.
- Información sobre la atención que recibirá el niño, centrándonos en los motivos de la realización de los futuros controles de seguimiento de salud infantil, incidiendo sobre la importancia de la primera visita en el periodo de RN. También, se debe explicar la atención que recibirá en el paritorio y en la maternidad hospitalaria, informando de los problemas habituales que aparecen en las primeras horas de vida (llanto, deposiciones, micciones, vómitos e ictericia), la presencia de signos de alarma y los criterios de humanización de la atención perinatal. En relación con esta última, debemos recordar que la exigencia del cumplimiento de las garantías de una asistencia de calidad a la madre y al RN en un centro hospitalario no debe impedir un acercamiento, lo menos medicalizado e intervencionista posible, por parte del personal sanitario y, para

Tabla VII. Técnica correcta de la lactancia materna

- La madre debe estar: sentada en la cama, silla cómoda o mecedora, apoyando la espalda y el codo en almohadones, y situando otro en el regazo para sostener al RN. El apoyo de los pies sobre una banquetta, permite elevar las rodillas
- El cuerpo del RN debe estar enfrente al de la madre
- Al comenzar la toma, debe comprimir suavemente la mejilla del RN contra el pezón, permitiéndole buscar y fijarse al pecho
- Introducir en la boca gran parte de la areola, especialmente en la parte inferior (se debe ver más areola por encima de la boca que por debajo). El agarre de la areola puede mejorar comprimiendo la madre el pecho, entre el dedo pulgar y el índice, ofreciendo el pezón, que debe mantenerse centrado en la boca por encima de la lengua
- La punta de la nariz y el mentón deben tocar el pecho de la madre, y el labio inferior debe estar evertido
- Es importante no estimularlo durante los periodos más activos de succión, y al contrario, animarlo durante los periodos de relajación en la toma: hablándole o presionando suavemente las mejillas
- Lo ideal es esperar a que suelte espontáneamente el pecho al finalizar la toma, pero, si por alguna circunstancia se decide interrumpirla, se introducirá primero un dedo en el interior de la boca del RN, para detener la succión y el agarre

RN: recién nacido

Tabla VIII. Buenas prácticas en la atención perinatal del recién nacido (RN) sano*

- Enfocar los cuidados primando el bienestar del RN y velar por sus derechos
- Respetar las preferencias de los padres
- Minimizar la interferencia médica en la adaptación a la vida extrauterina
- Promover la aparición del vínculo madre-hijo, y favorecer el contacto piel con piel desde el paritorio
- No separar al RN de su madre
- Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna
- Aconsejar a los padres sobre:
 - El cuidado del RN y la vigilancia de los signos de alarma
 - La profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN
 - La profilaxis oftálmica neonatal
- Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de la hipoacusia

*Tomada de: *Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, et al y Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Anales de Pediatría. 2009; 71(4): 349-361*

ello, se ha propuesto un decálogo básico para que se aplique en España en todos los hospitales materno-infantiles (Tabla VIII).

- Resolver dudas y transmitir confianza, dando tiempo a que los padres expresen sus inquietudes, o bien preguntándoles directamente. Es conveniente proporcionar información, no solo verbal, sino también escrita, que puede ser apoyada con técnicas audiovisuales y la realización de cursos específicos.

Bibliografía

1. Johnson L, Cochran WD. Valoración del recién nacido: historia y exploración física. En: Cloherty JP, Eichenwald EC, Hansen AR, Stark AR. Manual de Neonatología 7ª edición (español). Barcelona. Editorial Wolters Kluwer Health España, S.A. Lippincott Williams & Williams. 2012: 91-102.
2. Tausch HW, Snidermann S. Historia clínica y exploración física del recién nacido. En: Tausch HW, Ballard RA. Tratado de Neonatología de Avery 7ª edición (español). Madrid. Ediciones Harcourt, S.A. 2000: 334-353.
3. Botet-Mussons F, Cruz-Hernández M. Características del recién nacido normal. En: Cruz-Hernández M. Tratado de Pediatría 10ª edición, volumen 1. Madrid: Ergon. 2011: 47-55.
4. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. Anales de Pediatría 2005; 63(4): 340-356.
5. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics. 2011; 128(5): 1030-1039.
6. The ESPGHAM Committee on Nutrition. Vitamin D in the Healthy European Paediatric Population. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition. 2013; 56(6): 692-701.
7. Salcedo Abizanda S, Ribes Bautista C, Moraga Llop FA. Recién nacido: cuidado de la piel. En: Serie Protocolos de la AEP 2ª edición. Protocolos de Dermatología. 2007: 305-308. <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-dermatologia>.
8. Esparza Olcina MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. En: Recomendaciones PrevInfad / PAPPs. Actualizado junio 2011: 1-30. http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_accidentes_domesticos.pdf.
9. Emalee G, Flaherty EG, Stirling JJr, and The Committee on Child Abuse and Neglect. American Academy of Pediatrics. Clinical Report—The Pediatrician's Role in Child Maltreatment Prevention. Pediatrics. 2010; 126(4): 833-41.
10. Serwint JR, Wilson MEH, Vogelhut JW, Repke JT, Seidel HM. A Randomized Controlled Trial of Prenatal Pediatric Visits of Urban, Low-income Families. Pediatrics 1996; 98(6): 1069-1075.