

DR. JUAN CASADO

Elegido como mejor pediatra
de España por la consultora KPMG

El **gran** libro de la **pediatría**

La guía básica
con las soluciones
a todos los problemas
de salud infantil

Nueva
edición
ampliada
e ilustrada



DR. JUAN CASADO

EL GRAN LIBRO
DE LA PEDIATRÍA

*La guía básica con las soluciones
a todos los problemas de salud infantil*

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art. 270 y siguientes del Código Penal)

Diríjase a Cedro (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con Cedro a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© Juan Casado Flores, 2010, 2016

© Editorial Planeta, S. A., 2010, 2016
Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona
www.editorial.planeta.es
www.planetadelibros.com

Fotografías del interior: © Archivo del autor

Primera edición: febrero de 2016

Depósito legal: B. 571-2016

ISBN: 978-84-08-15099-2

Preimpresión: Víctor Igual, S. L.

Impresión: Cayfosa

Printed in Spain – Impreso en España

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como **papel ecológico**

Índice

<i>Introducción</i>	13
---------------------	----

NIÑO SANO

1. El parto y las primeras horas de vida	23
2. Pecho o biberón. Lactancia materna o artificial	37
3. Problemas comunes para amamantar	50
4. Cuidados del recién nacido en la primera semana de vida	59
5. Cuidados y consejos durante el primer mes de vida	70
6. Cuidados y desarrollo del lactante en los primeros seis meses de vida	78
7. Cuidados y desarrollo del lactante en el segundo semestre de vida	86
8. Dentición. Mitos y realidades	91
9. El llanto. ¿Cuál es su significado?	97
10. «Mamá, quiero más comida.» La alimentación durante los primeros dos años	106
11. «¿Aprende bien mi bebé?» Desarrollo psicomotor del niño menor de dos años	118

12. Cuidados y desarrollo en el segundo año de vida	129
13. Crecimiento y desarrollo en la etapa preescolar. De los tres a los cinco años	135
14. Vacunas, lo mejor para la salud	141
15. La escuela infantil (guardería). Ventajas e inconvenientes	160
16. El juego. Su importancia en los niños	169
17. El sueño. Trastornos más frecuentes	186
18. La televisión. Ventajas e inconvenientes	199
19. Las vacaciones y los hijos. Vacaciones familiares, vacaciones escolares	207
20. La piscina y el baño. Evita los efectos indeseables	215
21. Ejercicio físico y deporte. ¿Necesidad o entretenimiento?	220
22. Hijos de padres separados. Consejos para los padres	227
23. Niño adoptado. Qué saber antes y después	238
24. Masturbación	244

SÍNTOMAS Y ENFERMEDADES COMUNES

1. Fiebre. Cuándo preocuparse	251
2. Vómitos. Por qué se producen	257
3. Tos. Causas y remedios	266
4. «Mi hijo no come.» Falta de apetito	273
5. Diarrea aguda. Realiza el tratamiento	279
6. Deshidratación y rehidratación	285
7. Infecciones de la garganta. Amigdalitis y faringitis	291
8. Adenoides o vegetaciones. «¿Debe mi hijo operarse?»	296
9. Dolor de oídos. Otitis y mastoiditis	300
10. Sordera. «¿Oye bien mi hijo?»	308

11. Bronquiolitis. Una epidemia cada año	313
12. Laringitis	320
13. «Ronquidos, ¿debo preocuparme?» Apnea durante el sueño	325
14. «Mi hijo se queda privado.» Espasmos del sollozo	332
15. Neumonía. ¿Es grave?	336
16. Asma. Tos y silbidos en el pecho	343
17. Lesiones en la boca: úlceras, pupas y aftas. Herpes labial y estomatitis. Mucocelo y fibroma	350
18. Varicela y herpes zóster. Dos enfermedades, un solo virus	358
19. Escarlatina. Una enfermedad que persiste	365
20. Exantemas. Sarpullidos en la piel	371
21. Estreñimiento. Realiza el tratamiento	380
22. Incontinencia fecal o encopresis	390
23. «Mi hijo moja la cama.» Enuresis	396
24. Obesidad y sobrepeso	402
25. Talla baja. «Mamá, ¿por qué soy tan bajito?»	409
26. Mal aliento o halitosis. ¿Es un problema?	415
27. Convulsiones febriles. ¿Son tan graves?	420
28. Meningitis. Cómo reconocerla y prevenirla	427
29. Tics nerviosos. ¿Qué hacer?	434
30. Sangrado por la nariz. Epistaxis	438
31. Soplo cardíaco	443
32. Infección de la orina. Infección del tracto urinario	449
33. Dolor de cabeza. ¿Cuándo preocuparse?	458
34. Mononucleosis infecciosa. La enfermedad del beso	465
35. Enfermedades alérgicas. Rinitis, conjuntivitis y anafilaxia	470
36. Dolor abdominal. ¿Cuándo preocuparse?	477
37. El niño con cáncer. ¿Cuándo sospecharlo?	484
38. Parásitos intestinales y lombrices	490
39. Mareo, lipotimia y síncope	498

40. Fimosis. ¿Necesita circuncisión?	501
41. Dolor de testículos	506
42. Otros problemas del pene y los testículos	511
43. Genitales femeninos. Problemas en las niñas	516
44. Hernias	520
45. Los niños pequeños también sienten dolor	523
46. Conjuntivitis y otros problemas de los ojos	527
47. Estrabismo. El niño tuerce un ojo	532

PROBLEMAS EN LA PIEL

1. Dermatitis del pañal	537
2. Dermatitis atópica. ¿Qué es?	541
3. Costra láctea y dermatitis seborreica. ¿Qué es y por qué se produce?	545
4. Molusco contagioso	547
5. Impétigo	550
6. Urticaria. Una reacción inofensiva que asusta	554
7. Piojos	558

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

1. Los celos. El nacimiento de un nuevo hermano	563
2. Rabietas, cómo evitarlas y cómo manejarlas	570
3. Autismo. El niño que no mira a su madre	574
4. La tartamudez	579
5. Niño hiperactivo. Déficit de atención e hiperactividad	582
6. Dislexia. La dificultad para aprender a leer y escribir	590
7. La desobediencia. Causas y soluciones	596

8. Depresión. Los niños también se deprimen	604
9. Miedo, estrés y ansiedad	608
10. Nuevas formas de maltrato infantil: bulling, niños perfectos, solitarios o hiperprotegidos	617

PROBLEMAS EN HUESOS Y COLUMNA

1. Problemas en los pies y en las piernas. «¿Tiene mi hijo algún defecto?»	627
2. Dolor de piernas. Dolores de crecimiento	636
3. Dolor de espalda	638
4. Cojera	642

ACCIDENTES Y PRIMEROS AUXILIOS

1. Picaduras de insectos	651
2. Cómo salvar la vida de un niño. Masaje cardíaco y respiración boca a boca	657
3. Atragantamiento en la vía aérea por cuerpo extraño. Maniobras de desobstrucción	672
4. Accidentes en el hogar. Cómo evitarlos	677
5. Accidentes de circulación. Sistemas de retención y protección	685
6. El botiquín casero	691

<i>Índice de materias</i>	695
---------------------------	-----

1. El parto y las primeras horas de vida

Los momentos más decisivos en toda la vida de los humanos son los comprendidos entre el inicio del parto hasta que sucede el alumbramiento y los siguientes minutos, porque la salud, incluso el estado de normalidad para el resto de la vida, puede depender de este espacio de tiempo tan pequeño. Muchos niños con parálisis cerebral, retraso psicomotor, epilepsia y otras enfermedades crónicas deben su situación a este período, llamado perinatal. Por ello es necesario que estés informada de cómo transcurrirá el parto y de los cuidados que tu hijo recién nacido necesitará en estos primeros y trascendentales minutos de vida.

Aunque eres tú, mujer, la que darás a luz, tu pareja debería acompañarte, si ambos lo deseáis, durante todo el proceso del parto. De este modo, el padre se implicará más con su bebé, iniciándose nada más nacer el apego imprescindible que unirá de por vida al recién nacido con su padre y con su madre. El sentimiento de apego inicialmente visual se potencia a través del contacto físico al finalizar el parto.

El parto tiene tres fases, la primera consiste en la dilatación del cuello del útero, la segunda se inicia cuando el cuello está totalmente dilatado (aproximadamente unos diez centímetros

de diámetro) y finaliza cuando nace el niño, y la tercera desde este momento hasta que se expulsa la placenta. La primera fase es la más prolongada, su duración varía de una mujer a otra, como también de un parto a otro de una misma mujer, siendo generalmente más corto conforme mayor ha sido el número de partos anteriores. El período de dilatación dura entre doce y catorce horas en las madres primíparas, las que van a dar a luz por primera vez, y menos horas en las múltiparas, y se inicia por contracciones uterinas. Éstas se caracterizan porque el útero se endurece periódicamente, cada quince o veinte minutos, al principio de una manera débil para hacerse progresivamente más potente; el abdomen se pone duro con cada contracción, como una piedra, éstas son cada vez más y más frecuentes y duraderas, hasta que entre el final de una contracción y el inicio de la siguiente transcurran sólo unos minutos. Al final de este período de dilatación no debes comer ni beber, por si existiera alguna complicación que obligara a aplicarte anestesia. Por supuesto, la matrona y el médico deben estar informados de la periodicidad de las contracciones, en el supuesto de que esta fase se realice en tu domicilio. La fase de dilatación del cuello del útero, imprescindible para que puedas alumbrar al nuevo ser por parto natural, puedes hacerla bien tumbada o paseando. En algunos casos, el comienzo de esta fase va precedido de la rotura de la bolsa amniótica, que se manifiesta por la salida de líquido acuoso por la vagina; esto se conoce como rotura de aguas.

Conforme progresa el parto, las contracciones serán cada vez más frecuentes, el médico o la matrona reconocerán a través de un tacto vaginal, que se realizará durante una contracción, que el cuello de tu útero está cada vez más dilatado y que el parto progresa adecuadamente. Esta fase, que puede realizarse tanto en casa como en el hospital, va precedida de la administración de un enema rectal de limpieza, con objeto tanto de dejar el mayor espacio al feto para que pueda salir hacia el exte-

rior, como de limpiar la vía rectal. También te colocarán un sistema de vigilancia de la frecuencia cardíaca de tu hijo y de tus contracciones uterinas, llamado monitor fetal, que consiste en un cinturón que se pone alrededor de tu abdomen. En esta fase es muy importante la compañía de tu pareja para que te ayude a poner en práctica los conocimientos adquiridos durante el curso de preparación al parto. Si esta compañía no fuera deseable o posible, no te preocupes, porque las mujeres han podido dar a luz solas a lo largo de millones de años. Durante este período del parto es necesario que te examinen varias veces a través de tactos vaginales, única forma de saber cuándo se realizará el traslado a la sala de partos. En esos momentos, el médico o la matrona te deben romper la bolsa amniótica, la que contiene el bebé en su interior nadando en líquido. Esta rotura es indolora, se realiza con una especie de aguja de gancho, va seguida de la expulsión de un volumen considerable de líquido similar al agua. Por fin, cuando la dilatación del cuello del útero está completa, las contracciones son más duraderas —entre sesenta y noventa segundos— y más frecuentes, repitiéndose cada uno o dos minutos, sin tiempo apenas para que descanses entre una contracción y la siguiente. Este momento es el final de la primera fase y se reconoce porque sentirás necesidad de empujar con cada contracción, notando durante la misma un abultamiento en tu bajo vientre que corresponde a la cabeza de tu bebé, que sube y baja con cada contracción. Sin embargo, aunque tengas ganas de empujar no debes hacerlo. Aquí es cuando debes poner en práctica la forma de respirar aprendida durante el curso de preparación al parto, que ayuda a no hacerlo. Debes saber que en estos momentos puedes sentir cansancio, dolor y agotamiento, recuerda que cada contracción aumenta el grado de dilatación necesaria para que la cabeza de tu bebé pueda progresar y nacer; ya queda poco, esta fase está casi finalizada.

Cuando el médico o la matrona reconozcan que el cuello del útero está completamente dilatado, te indicarán que empujes con cada contracción; en cualquier momento aparecerá el pelo de la cabeza de tu hijo a través de tu vagina, con cada nueva contracción bajará y subirá un poquito, hasta que salga toda la cabeza.

En estos momentos su cabeza será secada con un paño limpio y estéril, y las secreciones de la boca y la nariz serán limpiadas; más tarde salen los hombros y rápidamente el tronco y las piernas. Una vez que es expulsada la cabeza, el resto de su cuerpo saldrá fácilmente. Inmediatamente después, el médico o la matrona cortarán el cordón umbilical del que se ha alimentado y por donde ha respirado hasta ahora. Tu hijo llorará, oirás sin verle, un llanto potente; después le envolverán y secarán con un paño limpio y caliente, le examinarán rápidamente para comprobar que respira y está bien, y te lo entregarán para que lo pongas entre el abdomen y tus pechos.

En estos momentos le debéis tocar, acariciar y hablar, porque esto es necesario para que se establezca el reconocimiento, el cariño y el apego que caracterizan no sólo a las mujeres y a los hombres, sino también a los demás mamíferos. Existen estudios realizados en humanos y en monos que permiten asegurar que el vínculo afectivo se establece y aumenta tanto en los padres como en los recién nacidos cuando se permite el contacto físico, táctil y visual desde el mismo momento del nacimiento.

El llanto es imprescindible al nacer, significa que los pulmones se abren y se llenan de aire por primera vez, comenzando una nueva forma de vida, la que depende de la capacidad de cada ser vivo de respirar autónomamente. Por eso si oyes el llanto vigoroso de tu bebé es que tiene fuerza y salud para hacerlo; si no lo oyes, no significa necesariamente complicación ni enfermedad, puede estar deprimido por el esfuerzo del parto

o dormido por la medicación que te han puesto a ti, en cuyo caso precisa de manos expertas que le ayuden a respirar y a sobrevivir con normalidad.

¿Parto hospitalario o domiciliario?

En el pasado todos los partos era domiciliarios; las mujeres parían ayudadas por una vecina experimentada, a veces por una matrona, raramente por un médico. Mucho más tarde aparecieron los tocólogos, que inicialmente eran médicos generales que después se especializaban en obstetricia y ginecología. En las últimas décadas del pasado siglo la casi totalidad de los niños del mundo desarrollado han nacido en hospitales, clínicas o maternidades preparadas para la atención de las madres durante el parto y de los niños en las primeras horas o días de vida.

Sin embargo, en la actualidad muchas mujeres quieren parir en casa, lógicamente siempre que esto sea seguro para su salud y la de su hijo. En España todavía es infrecuente el parto domiciliario, pero en otros países está ya integrado dentro de los sistemas de salud porque se ha visto que en muchos casos el parto es tanto o más seguro que en el hospital, es más fisiológico, más natural, menos agresivo, instrumentalizado y privado, y lógicamente mucho más económico. En Europa la experiencia es diferente en los distintos países: en Holanda aproximadamente uno de cada cuatro partos se realizan en casa, en el Reino Unido sólo el 2-3 por 100 y en Dinamarca menos, sólo uno de cada cien. En España la cifra aún es pequeña, pero existe curiosidad por conocer las ventajas e inconvenientes de esta modalidad en el lugar del alumbramiento.

En la actualidad parir en casa es una alternativa tan segura como la hospitalaria; además es más íntima, menos agresiva y más cálida. Sin embargo, no todos los partos pueden hacerse en

el hogar; sólo puede plantearse esta alternativa en aquellos en los que la seguridad de la madre y del hijo estén garantizadas. Para esto se tienen que dar las siguientes circunstancias:

1. Parto programado, no urgente.
2. Asistido por una matrona experta en partos domiciliarios.
3. Madre sana, mejor multípara, con experiencia por partos previos.
4. Embarazo a término, entre 37 y 42 semanas de gestación, por tanto no prematuros.
5. Feto único, normal y sano, con presentación cefálica, de cabeza. Quedan por tanto excluidos los niños prematuros, los gemelares y aquellos que están preparados para nacer de cara, culo (llamado técnicamente presentación podálica) o pies.
6. Ningún factor de riesgo en la madre ni en el niño, por ejemplo, madre diabética, hipertensa, nacimientos previos por cesáreas o partos anteriores con problemas.
7. Inicio del trabajo del parto espontáneo, no provocado.
8. Lugar del alumbramiento acondicionado en cuanto a suficiente calor, limpieza, agua corriente y electricidad.
9. Cercanía de un hospital apropiado, a donde puedan desplazarse ambos, madre y bebé, si apareciesen complicaciones no previstas, en menos de 45 minutos.

Cuando se cumplen todos estos requisitos el parto domiciliario es tanto o más seguro que el hospitalario. Algunos estudios han demostrado que las madres tienen menos complicaciones, como hemorragia posparto, retirada manual de la placenta, menos episiotomías (incisiones vaginales para la ampliación del canal del parto), alumbramientos más naturales y menos instrumentalizados, lo que significa menos usos de fórceps o ventosas y sobre todo menos cesáreas. Estos partos en casa también son seguros para los recién nacidos. Sin embargo, cuando no se dan

todas estas condiciones el riesgo de complicaciones para los bebés aumenta.

En resumen, las mujeres multíparas sin riesgo podrían alumbrar con seguridad en su domicilio siempre que se den las nueve condiciones antes descritas.

El test de Apgar

El test de Apgar es una escala que mide la vitalidad del recién nacido. Se aplica a todos los recién nacidos al menos dos veces, al minuto y a los cinco minutos de vida. Este test, creado por la doctora norteamericana Virginia Apgar hace más de cincuenta años, ha sido validado y confirmado en múltiples estudios y por ello continúa aplicándose todavía a los niños que nacen en cualquier parte del mundo. Valora cinco parámetros, a los que se puntúa entre cero y dos, de forma que la mejor y máxima puntuación es diez y la mínima cero. Un recién nacido vital, sano, tiene una puntuación total de ocho, nueve o diez, mientras que otro con sufrimiento o con necesidad de ayuda inmediata puntúa entre cero y tres. La valoración del test de Apgar se realiza de una forma muy rápida, siempre en el primer minuto de vida, al objeto de iniciar las medidas de reanimación a los que lo necesitan. Una puntuación en el test de Apgar baja indica la necesidad de ayuda inmediata, para evitar mal pronóstico. Existe riesgo de secuelas neurológicas cuando, a pesar de las maniobras de reanimación, persiste esta baja puntuación durante más de cinco minutos. Un recién nacido con Apgar bajo no siempre indica un mal pronóstico, puede ser que permanezca dormido debido a la anestesia materna o por otras razones, pero siempre implica la necesidad de ayuda.

Los cinco parámetros que se valoran son la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, los reflejos del recién nacido, el tono

muscular y el color de la piel. La frecuencia cardíaca puntúa dos si oscila entre cien y ciento cuarenta pulsaciones por minuto, un punto si es menor de cien y cero puntos cuando no se encuentra pulso ni latido cardíaco. El esfuerzo respiratorio se puntúa dos cuando es vigoroso y cero cuando no existe o es débil. El tono muscular, visible por la movilidad de las extremidades, suma dos puntos, mientras que la ausencia de tono, la flacidez, se acota como cero puntos. El color violáceo o morado intenso de manos y pies se puntúa como cero; el color sonrosado, dos puntos. Como ya se comentaba, si en cinco parámetros se alcanza el máximo de dos puntos, ello representa un total de diez puntos. Un recién nacido que tiene un Apgar muy bajo, entre cero y tres, que se recupera en los siguientes minutos, tiene unas posibilidades del 99 por ciento de no padecer posteriormente una parálisis cerebral; sin embargo, el recién nacido que no se recupera, el que continúa puntuando a los cinco minutos de vida un valor persistentemente bajo del test de Apgar, tiene un riesgo importante de padecer lesiones en su cerebro, por eso es necesario valorarlo en los minutos primero y quinto de la vida.

Es trascendental que meditéis el lugar donde nacerá vuestro hijo, al objeto de ofrecer tanto a la madre como al niño las máximas garantías que el actual conocimiento científico, técnico y humano proporcionan. Sólo un lugar preparado para reanimar al bebé inmediatamente, si fuera necesario, y para atender tanto a él como a la madre adecuadamente durante todo el proceso del parto, ofrece las garantías suficientes para que tu hijo y tú podáis disfrutar de un futuro feliz.

Cuidados del recién nacido sano en los primeros minutos de vida

De los cientos de miles de horas que probablemente vivirá tu hijo, la más importante es la primera, y dentro de ésta los primeros minutos son decisivos para su futuro. Nada más nacer, en el primer minuto de vida, el recién nacido tiene que hacer grandes transformaciones que le permitan adaptarse inmediatamente a su nueva vida fuera del útero de su madre. Hasta entonces, la oxigenación de la sangre del feto se realizaba a través de la placenta y de los pulmones de su madre. El control de la temperatura y otras funciones del organismo, imprescindibles para la vida, las realiza el feto hasta su nacimiento a través de su madre.

En estos primeros minutos de vida, el nuevo individuo puede decidir su futuro como persona. Si la oxigenación de sus tejidos, principalmente el cerebro, fracasa, las secuelas neurológicas para este nuevo ser pueden ser graves y definitivas. Cuando el cerebro está sin oxígeno durante más de tres o cuatro minutos se lesiona para siempre, perdiéndose así las facultades neurológicas, motoras, intelectuales y sensoriales que definen a las personas como normales. Por eso es tan importante asegurar que tu hijo nazca con todas las condiciones que le garanticen que lo hará bien, o que el problema que se presente podrá ser solucionado de inmediato, antes de que exista riesgo de lesión cerebral.

Un recién nacido se considera normal, sano, cuando cumple las siguientes condiciones: nace tras un embarazo de duración normal, entre treinta y ocho y cuarenta y dos semanas de gestación, sin enfermedades ni complicaciones de su madre, tras un parto normal, no complicado, la exploración inmediata al parto es normal y su capacidad de adaptación a la vida extrauterina es adecuada.

El período perinatal es el comprendido alrededor del parto, inmediatamente antes, durante y después del parto. Ésta es la

época de la vida más vulnerable, porque algunos problemas que suceden durante este período son los responsables de la mayoría de los retrasos mentales. Tanto el embarazo como el período neonatal inmediato deben ser controlados por el médico obstetra, llegándose al parto con la información necesaria para que el período perinatal transcurra con normalidad. La madre, el médico y la matrona deben conocer si el bebé es maduro, si el tamaño del feto es el adecuado para la edad gestacional, si su presentación para su expulsión en el momento del parto es la cabeza y no otra parte del cuerpo; también deben conocer que no existe desproporción entre el tamaño de la cabeza y la pelvis de la madre, que el latido cardíaco fetal es vigoroso y otras muchas preguntas que el equipo encargado del parto debe realizar antes de iniciar el proceso de un parto. Cuando éste sea anormal, bien por alteraciones en la madre, en el feto o en ambos, es imprescindible establecer todas las medidas para asegurar que el feto y su madre serán atendidos adecuadamente. El objeto es prevenir o resolver, de manera inmediata, no sólo los problemas que puedan poner en peligro el futuro, especialmente el neurológico, de este nuevo individuo, sino también las complicaciones en su madre, si las hubiera.

Un parto normal, llamado técnicamente eutócico, podrá transcurrir físicamente en cualquier lugar. En realidad, muchos se presentan inesperadamente, sin tiempo para el desplazamiento al lugar donde se realizan habitualmente, el hospital o la clínica, ni tiempo para que la matrona o el obstetra puedan asistirlos sanitariamente. El parto y el período prenatal deben estar siempre controlados por el personal sanitario, médico o matrona, única manera de asegurar que el alumbramiento transcurra con normalidad, independientemente de que el parto suceda en el domicilio o en la clínica. En las situaciones de riesgo es obligada además la presencia física de un pediatra o médico capacitado para solucionar los problemas que el recién nacido pueda presentar.

Millones de recién nacidos, que han sido reanimados inmediatamente después de nacer, en el primer minuto de vida, son después personas con una inteligencia y un sistema neurológico normales gracias a unas sencillas maniobras de reanimación. Éstas consisten en aspirar la secreción de las vías respiratorias altas y a veces también de las vías respiratorias bajas, porque algunos pueden aspirar meconio; también en administrar oxígeno con una mascarilla o a través de un tubo que se inserta en la tráquea, que es el conducto que transporta el aire desde la garganta hasta los pulmones. En ocasiones, estos recién nacidos necesitan masaje cardíaco y algún medicamento, un potente tónico cardíaco que se pone a través de la vena del cordón umbilical. La reanimación neonatal inmediata evita así el retraso mental y la parálisis cerebral, al proporcionar en todo momento sangre oxigenada al cerebro. El precio que un nuevo individuo, su familia y la sociedad pueden pagar por no haber nacido en el lugar adecuado puede ser muy alto; por eso debes, con el conocimiento de las ventajas y la seguridad técnica que te aporta cada lugar, elegir bien dónde transcurrirá el parto. Lógicamente, siempre debes dar prioridad a la seguridad de tu hijo frente a tu comodidad.

Cuidados del recién nacido en las primeras horas de vida

Después de que hayas acariciado, hablado y reconocido a tu bebé, es necesario trasladarle a otro lugar, seco y caliente, generalmente se usa un foco de calor eléctrico. Le pondrán una pinza de plástico en el cordón umbilical y si estás en el hospital se le identificará a través de una pulsera o con la huella del pie. Si el parto ha sido vaginal, se aspiran las secreciones de boca y nariz. Si el nacimiento ha sido por cesárea, se precisa la intro-

ducción de una sonda por la nariz para aspirar las secreciones del estómago. Después, tu hijo será pesado, tallado y medido el perímetro de su cabeza. Más tarde le limpiarán la cara para facilitar la observación, pero no será bañado ni limpiado, excepto cuando se sospeche que tu líquido amniótico está infectado; permanecerá por tanto con una capa de grasa blanca que tiene efectos beneficiosos y que por ello no debe retirarse.

En este primer reconocimiento se le administrará por vía oral o a través de una inyección intramuscular una dosis de vitamina K, sustancia deficitaria en los recién nacidos y cuyo déficit predispone a las hemorragias. También se le aplicarán unas gotas de colirio con antibiótico en ambos ojos, con objeto de prevenir la conjuntivitis. Después, tu hijo te será entregado para que lo acerques al pecho, siempre que te encuentres despierta, no anestesiada y en condiciones para que inicie la alimentación natural. Ésta debe comenzarse lo antes posible, siendo aconsejable cuando el bebé está despierto en la primera hora de vida. Más tarde, el bebé y tú debéis descansar uno al lado del otro, en la misma habitación, pero no en la misma cama. En su cuna, el bebé estará abrigado, vestido con la ropa adecuada a la época del año y a la temperatura de la habitación. Para dormir se le colocará boca arriba o de lado, pero no boca abajo.

A partir de ahora, tu hijo, aunque sano, necesita ser ayudado por ti, porque es incapaz de alimentarse y cuidarse por sí solo. También le ayudarán otras personas que en los días siguientes le controlarán, pesarán y realizarán algún análisis con sangre del talón para descartar enfermedades metabólicas. La relación con tu hijo de todo el personal —sea sanitario o no— debe ser siempre respetuosa y cariñosa, porque los recién nacidos, contrariamente a lo que antes se pensaba, son capaces de ver, oír y sentir. Trátale con mucho afecto y no permitas que nadie le hable alto, le trate como a un objeto insensible o le moleste. El análisis del grupo sanguíneo y del Rh se debe reali-

zar con la sangre del cordón umbilical y no con la obtenida por un pinchazo en la piel o en la vena del bebé.

Cuidados especiales

Algunos recién nacidos precisan cuidados especiales, incluso no estando enfermos, bien porque necesitan controles u observación especial para detectar variaciones de la normalidad o bien para realizar algún tratamiento. Ambos pueden realizarse en una sala de neonatología o en una unidad de cuidados intensivos, sin que indique esta última opción gravedad obligada; estos ingresos en la UCI neonatal muchas veces son sólo para vigilar mejor, más estrechamente, algunas de las funciones de los distintos sistemas y órganos del cuerpo, como la respiración, la circulación de la sangre, el nivel de azúcar sanguíneo o la capacidad para controlar la temperatura.

El azúcar sanguíneo es el único alimento de las células del cerebro, las neuronas, y en consecuencia es imprescindible asegurarlo en los recién nacidos con riesgo de tenerlo bajo. Tienen riesgo de tener hipoglucemia tanto los bebés que nacen con mucho peso como los que nacen con poco —menos de 2,5 kilos o más de cuatro kilos—; también los hijos de madre diabética, así como los que tienen retraso del crecimiento intrauterino; éstos se caracterizan porque nacen con menos peso y talla de la que les correspondería para su edad gestacional. Asimismo, deben ser controlados los que nacen prematuros, antes de la semana 37 de gestación.

Necesitan mayor vigilancia y cuidados aquellos recién nacidos a los que se les detecta alguna alteración en la primera exploración, la que el médico realiza nada más nacer.

Los niños prematuros no son capaces de mantener su temperatura, por ello se les pone desnudos o vestidos dentro de una

incubadora o debajo de una lámpara de calor. La incubadora es una caja de metacrilato transparente que mantiene permanentemente una temperatura elevada, generalmente superior a treinta grados centígrados, la necesaria para que el bebé prematuro pueda mantener su temperatura corporal. Aunque tu hijo esté dentro de la incubadora, puedes y debes tocarle, acariciarle y hablarle; antes tienes que lavarte las manos.

Algunos niños, prematuros o no, necesitan alimentarse por una sonda de plástico que entrando por la nariz llega hasta el estómago. A través de ella se gotea el alimento que necesitan. Otros niños precisan sueros o medicación por la vena, para ello pueden tener canalizada una venita de la cabeza, no porque tengan problemas en el cerebro, es sólo porque las venas del cuero cabelludo son abundantes y buenas en este período de la vida. También pueden precisar oxígeno o ayuda a su respiración, esto se realiza a través de un tubo que lleva aire enriquecido en oxígeno a su nariz o a los pulmones; en este caso, una máquina llamada respirador le ayuda a respirar mejor. La mayoría de los recién nacidos que necesitan vigilancia especial tienen unas pegatinas adheridas a su cuerpo y unos cables que las conectan a una caja, llamada monitor. Éste dispone de una pantalla en la que aparecen números y gráficas, en forma de ondas, que corresponden a la respiración, el latido del corazón y otros datos del funcionamiento del organismo del bebé.

El que un niño tenga estos cables y monitores no significa necesariamente que padezca una enfermedad grave, sólo quiere decir que necesita vigilancia más intensa.