

Profesión

Sandra García Jiménez
Farmacéutica adjunta

Cuidados básicos del recién nacido

La llegada de un bebé supone un cambio importante en la vida de la familia. Cada bebé es único y tiene su personalidad propia y sus peculiaridades, tanto en ritmos de sueño como en alimentación. Como profesional sanitario más cercano a la población, el farmacéutico comunitario ha de estar actualizado en los cuidados básicos del recién nacido para poder resolver las numerosas consultas relacionadas con este tema.

“**El recién nacido presenta una inmadurez en su estructura y en su funcionalidad que irá mejorando con el paso de los meses»**

La piel

El estrato córneo del bebé es más fino y presenta menor queratinización, por lo que es más permeable y no puede realizar su función barrera de manera óptima frente a agentes externos. Sus glándulas sebáceas no han alcanzado el grado de madurez adecuado, de manera que el manto hidrolipídico tiene una menor capacidad protectora, con lo que la piel suele secarse y agrietarse con más facilidad.

El pH de la piel del bebé tiende a la neutralidad (entre 6 y 7) desde que nace y hasta los 15 días de vida. En este periodo, la piel no tiene capacidad tampón,



y además el sistema inmunitario no está desarrollado plenamente, por lo que el tejido cutáneo infantil es más propenso a sufrir infecciones oportunistas.

Por otro lado, la producción de melanina es mucho más lenta, de modo que es necesario proteger su piel de las radiaciones ultravioleta del sol.

Debido a estas peculiaridades, el bebé va a necesitar cuidados específicos y adaptados en la higiene e hidratación de su piel (tabla 1).

Problemas más frecuentes de la piel del bebé

Costra láctea

La costra láctea es una dermatitis seborreica situada en el vértex del cuero cabelludo que se manifiesta como una costra gruesa, amarillenta y de aspecto grasoso. También se localiza en las cejas, la frente, el entrecejo y la zona posterior de las orejas.

Se elimina masajeando suavemente la zona con un activo emoliente (aceite, vaselina...), dejándolo actuar un tiempo para que se ablanden las placas y lavando después con un champú suave infantil o de tratamiento que en su composición contenga queratolíticos (piritiona de zinc, sulfuro de selenio). No tiene trascendencia en la salud del niño, pero es aconsejable eliminarlo.

Dermatitis del pañal

Es una dermatitis irritativa producida en el área que queda cubierta por el pañal. Se produce enrojecimiento, escozor, e incluso en ocasiones se levantan ampollas. Son muchos los factores que predisponen a su aparición; los más comunes son el efecto oclusivo de los pañales, el efecto mecánico del roce, y el efecto irritante de las heces y la orina.

Es muy importante prevenir ese contacto directo tratando de evitar la humedad, para lo que se recomiendan cambios muy frecuentes del pañal y la limpieza y secado en profundidad de la zona, incluso dejándola sin cubrir para acelerar el secado. Para la limpieza es recomendable la utilización de jabones *syndet* o toallitas basadas en agua, sin alcohol, con un pH neutro o ligeramente ácido.

Además, existen cremas que, aplicadas después de la higiene, protegen y aíslan de la humedad. Estas cremas suelen contener agua, talco, glicerina y óxido de cinc. Nunca deben aplicarse pomadas antibióticas, antifúngicas o con corticoesteroides sin indicación médica.

Dermatitis atópica

Inflamación pruriginosa crónica de la piel, generalmente unida a un historial de asma, rinitis alérgica o fiebre del heno. Su manifestación clínica es la piel seca con hiperqueratosis folicular. El tratamiento persigue mantener la capa lipídica y una buena hidratación, de manera que la piel sea más resistente a las agresiones externas. Además, es fundamental que el bebé reciba una alimentación adecuada y

Tabla 1. Cuidados generales de la piel del bebé

- Baño diario (o a días alternos si hay afección cutánea) con agua templada (aproximadamente 36-37 °C) y jabones suaves (*syndet*) y con débil poder desengrasante
- Utilizar esponjas naturales
- Secado de la piel después de cada baño sin friccionar con la toalla, incidiendo en la zona de los pliegues cutáneos
- No someter la piel a altas temperaturas, ya que los bebés no tienen normalizado el proceso de sudoración
- No someter a los niños menores de 3 años a radiación solar directa, y aplicar fotoprotectores adecuados con altos índices de protección
- Hidratación diaria de la piel con cremas emolientes de pH neutro, sin perfumes, colorantes o sustancias irritantes y con activos que protejan el manto hidrolipídico
- Las cremas deben aplicarse realizando un suave masaje
- Limpieza del área del pañal con un jabón adecuado suave o uso de toallitas que incorporen detergentes suaves
- Limpieza del cordón umbilical con agua tibia y jabón neutro, secar y aplicar alcohol de 70°
- Uso de pañales desechables de celulosa para minimizar problemas en la zona del pañal (dermatitis del pañal)
- Uso de ropa de algodón para reducir la aparición de dermatitis
- Las uñas deben cortarse con cuidado, siempre rectas y con tijeras de puntas redondeadas

evitar exponerlo a factores que puedan desencadenar esta afección (cambios bruscos de temperatura, presencia de ácaros del polvo cerca de la cuna, humo de tabaco, etc.). Deben emplearse jabones no irritantes sin perfumes a base de avena y aceites vegetales, y cremas protectoras ricas en ácido láctico, vaselina, glicerina y parafina líquida. Además, se aconseja aplicar fotoprotectores con filtros físicos, ya que estos principios activos son menos sensibilizadores que los filtros químicos. En cuanto a la vestimenta, deben emplearse prendas como el algodón o el lino, que facilitan la transpiración.

Patologías digestivas más frecuentes

Erupción de los dientes

Suele iniciarse alrededor de los 6-10 meses y supone el principio de un proceso que puede prolongarse hasta los 3 años. Las encías se muestran enrojecidas e inflamadas, se produce un aumento de la salivación y con frecuencia el niño se muestra incómodo e irritado, con episodios de llanto y patrones de sueño y alimentación irregulares. El tratamiento consiste en efectuar un masaje local con la yema de los dedos o con una gasa sobre la que se ha aplicado una pequeña cantidad de preparados especialmente diseñados para calmar, refrescar, descongestionar y proteger las encías. Estos geles contienen principios activos como alantoína, manzanilla, salvia, mentol, *lactoserum* o provitamina B₅.

Reflujo gastroesofágico leve

Afecta al 50% de los lactantes, siendo la regurgitación su manifestación clínica más característica. La primera medida que debe recomendarse en estos casos es un tratamiento postural. En algunos bebés, el pediatra puede aconsejar la administración de leches con espesantes. A partir de los 6 meses de edad es recomendable que la alimentación complementaria tenga menor contenido en grasas, ya que favorecen el vaciado gástrico.

Cólico del lactante

Es un síndrome caracterizado por llanto excesivo y repentino, entre las 2 semanas y los 4 meses de edad, que ocurre en un lactante sano, independientemente del tipo de lactancia (materna o fórmula). Entre las posibles causas se encuentran la inmadurez del tracto digestivo, una alteración de la microbiota intestinal, alérgenos transferidos (proteínas de la leche de vaca) en la lactancia e intolerancia a la lactosa. El tratamiento consiste en cambios conductuales, fórmulas anticólicos y uso de probióticos.

Estreñimiento

Se asocia en general a una inmadurez neurológica del colon que ocasiona lentitud en las evacuaciones. Generalmente es de causa funcional y se soluciona con medidas dietéticas (uso de fórmulas especiales, como, por ejemplo, papillas de cereales con prebióticos) e higiénicas: horario regular de comidas, ambiente agradable y correcta higiene del área del pañal. En caso de enfermedad orgánica, debe derivarse al pediatra.

Diarrea

Se asocia a infecciones (tanto en el aparato digestivo como a nivel extradigestivo) producidas por virus, bacterias o parásitos. También se debe a alergia o intolerancia a algún alimento o componente. Los objetivos básicos son prevenir la deshidratación y la realimentación precoz. Tanto para los niños alimentados con fórmula como para los que reciben lactancia materna se debe administrar solución de rehidratación oral entre tomas. No debe suspenderse la lactancia materna. Sólo se instaurará tratamiento antibiótico si se identifican gérmenes en el coprocultivo. Si a pesar de estas medidas empeora el estado general del lactante, aumenta la frecuencia de las deposiciones, o aparece sangre o pus en las heces, o fiebre o signos de deshidratación, el paciente debe derivarse al pediatra.

Alimentación

Una nutrición adecuada durante los primeros meses y años de vida es fundamental para un desarrollo y crecimiento óptimos y un buen estado de salud. Durante los primeros 6 meses, se aconseja lactancia materna o artificial, y sólo será a partir del sexto mes (cuando aparecen los primeros dientes) cuando se incorporarán alimentos sólidos.



“**A partir del quinto y sexto mes las necesidades nutricionales del bebé aumentan, por lo que se requiere la introducción de una alimentación complementaria»**

El recién nacido presenta una inmadurez en su estructura y en su funcionalidad que irá mejorando con el paso de los meses. A nivel del esófago muestra una velocidad y un vaciado gástrico lentos. El tránsito intestinal, sin embargo, es más rápido que en el adulto. La saliva es muy escasa hasta los 6 meses, a partir de los cuales su producción aumenta para ayudar a deglutir los alimentos semisólidos y sólidos que empiezan a introducirse en la alimentación. La secreción de ácido y de enzimas digestivas es inferior a la del adulto, y no se normaliza hasta los 3 años de edad. Todas estas diferencias en el funcionamiento del sistema digestivo de los bebés son las que limitan el tipo de alimentos que pueden formar parte de su dieta diaria. La composición de las leches infantiles y el orden de introducción de los diferentes alimentos en la diversificación alimentaria se planifican en función de esta maduración, para conseguir la máxima digestibilidad y tolerancia para el bebé.

Lactancia materna

Durante los primeros días, la leche materna es más clara y rica en proteínas, y se llama «calostro». Según avanzan los días (y hasta unos 20 días después del parto), la leche se

va haciendo más rica en grasas y enzimas, es la denominada «leche de transición», y a partir de este periodo la leche materna será la definitiva «leche madura». El calostro es rico en anticuerpos, que protegerán al bebé de posibles infecciones. Tiene un efecto laxante suave y estimula la deposición del meconio (primera deposición), evitando así la aparición de ictericia. Durante la lactancia materna es muy importante que la madre tenga una alimentación equilibrada y variada para un correcto desarrollo del bebé.

La duración y periodos de las tomas son variables para cada niño. Generalmente, se establece un equilibrio entre la producción de leche de la madre y las necesidades del bebé.

Lactancia artificial

Se obtiene a partir de modificaciones en la leche de vaca, basándose en el modelo de la leche materna. Existen tres tipos de fórmulas: las de inicio, las de continuación y las de crecimiento. Las de inicio normalmente se emplean en los primeros 6 meses de vida, para después pasar a las de continuación (hasta el año) y por último a las de crecimiento (1-3 años). Existen fórmulas especiales elaboradas especialmente para lactantes que tienen problemas o limitaciones en los procesos de absorción, digestión o incapacidad para metabolizar determinadas sustancias. La cantidad de leche que ha de ponerse en el biberón deberá adaptarse a las necesidades del bebé, procurando dar siempre la mínima cantidad de leche, suficiente para que quede satisfecho. En estas fórmulas para lactantes se han añadido diversos componentes para aumentar el confort digestivo y favorecer el desarrollo psicomotor:

- Espesantes para evitar regurgitaciones.
- Ácidos grasos de cadena corta para un mejor vaciado gástrico.
- Betapalmitato, que favorece la absorción de calcio, evita el estreñimiento y facilita el desarrollo de una flora intestinal rica en bifidobacterias.
- Ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga (AGPI-CL), que favorecen el desarrollo psicomotor, el crecimiento y la función visual.
- Nucleótidos, que ayudan al desarrollo inmunológico y aumentan los AGPI-CL, con lo que contribuyen al crecimiento y desarrollo óptimo del recién nacido.
- Carnitina, que activa a nivel mitocondrial la coenzima A, favoreciendo la eliminación de sustancias tóxicas y de colesterol (también mejora el desarrollo cerebral).

Existen fórmulas especiales en el mercado, como leches sin lactosa (para bebés con intolerancia a la lactosa o galactosemia), con hidrolizado de proteínas altamente hidrolizado-hipoalérgicas (FH-) o bajo grado de hidrólisis-hipoantigénicas (HA) (para casos de malabsorción de grasas y alergia a proteínas de la leche de vaca), antirreflujo (AR) (para problemas de regurgitación leve), etc.



“ **A partir de los 6 meses de edad es recomendable que la alimentación complementaria tenga menor contenido en grasas, ya que favorecen el vaciado gástrico»**

Lactancia mixta

Este tipo de lactancia se utiliza en aquellos casos en los que la lactancia materna es insuficiente. Debe empezarse con la lactancia materna, y después continuar con una dosis de lactancia artificial inferior a la recomendada para la edad del bebé.

Alimentación complementaria

A partir del quinto y sexto mes las necesidades nutricionales del bebé aumentan, por lo que se requiere la introducción de una alimentación complementaria. Se aconseja la introducción de fórmulas de crecimiento (que pueden ser utilizadas hasta los 3 años), que se completarán con harinas de cereales, otros alimentos, etc., de modo que se irá sustituyendo poco a poco la toma que antes ocupaba la leche materna o el biberón por otro tipo de alimentación.

Inicialmente, las harinas de cereales deberán ser sin gluten y sin azúcar, y han de incorporarse lentamente en la dieta del niño para evitar problemas digestivos debido a la inmadurez de la amilasa pancreática. En el año 2016, el Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gas-

Tabla 2. Probióticos usados en lactantes

Indicación	Probiótico (cepas específicas)	Acción terapéutica	Nivel de evidencia y grado de recomendación*
Cólico del lactante	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus reuteri protectis</i> DSM17938 • <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG 	Mejora los síntomas	1-A
Estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus reuteri protectis</i> DSM17938 	Aumento del tránsito intestinal	1-A
Regurgitación	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus reuteri</i> DSM17938 	Reducción de episodios	1-A
Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Saccharomyces boulardii</i> • <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG • <i>Lactobacillus reuteri protectis</i> DSM17938 	Reducción de la frecuencia y duración de la diarrea	1-A
Dermatitis atópica/ eccema	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus reuteri protectis</i> DSM17938 • <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG 	Mejoría de los síntomas en la atopia moderada-grave	1-A

*El grado de recomendación y el nivel de evidencia cumplen la clasificación SIGN (véase en bibliografía).

troenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN, por sus siglas en inglés) publicó nuevas recomendaciones en las que se indicaba que la introducción de gluten con la lactancia materna no reduce el riesgo de enfermedad celiaca. El gluten puede ser introducido en la dieta del bebé en cualquier momento entre los 4 y 12 meses completos de edad. El consumo de grandes cantidades de gluten debe evitarse durante las primeras semanas después de su introducción y durante la infancia. Tras haber introducido el gluten en la dietad del niño en pequeñas cantidades, su consumo debe aumentarse de forma gradual en función de las necesidades nutricionales. En niños con riesgo genético, la introducción temprana se relaciona con un mayor riesgo de desarrollo de celiaquía durante los primeros meses de vida, pero no posteriormente, durante la infancia.

La fruta debe incorporarse poco a poco y progresivamente. Las frutas más fibrosas no deben introducirse hasta que el bebé cumpla 1 año. Se recomienda la fruta fresca porque aporta vitaminas y celulosa, lo que evitará problemas de estreñimiento.

A partir del sexto mes, se introducirá la verdura hervida y tritura-

da. Ciertas verduras con alto contenido en nitratos no deben introducirse hasta después del noveno mes porque pueden ser causa de metahemoglobinemia. Su contenido en fibra también favorece el tránsito intestinal.

La carne (primero pollo y pavo y después ternera) se introduce a partir del séptimo mes, y el pescado a partir del octavo. El huevo y la leche de vaca deben darse a partir del año para evitar la aparición de alergias.

Complementos

Probióticos

El tracto gastrointestinal del feto es aséptico. La primera colonización ocurre en el momento del nacimiento, a partir de la microbiota intestinal y vaginal materna. Actualmente se sabe que la flora intestinal del bebé también procede directamente de la flora intestinal de la madre a través de la ruta enteromamaria. Unas células del sistema inmunitario, las células dendríticas, pueden penetrar en el epitelio intestinal intacto y captar bacterias directamente de la luz intestinal. Una vez estimuladas por la presencia de las bacterias, estas células podrían migrar desde la mucosa intestinal y colonizar las mucosas distantes, entre ellas la glándula mamaria. La microbiota primero está dominada por bacterias anaerobias (enterococos y estafilococos), y posteriormente por anaerobios estrictos (lactobacilos, *bifidobacterium*), siendo más variada en los bebés que reciben lactancia materna. La introducción de alimentación complementaria lleva a la instauración de la microbiota madura, con disminución de bifidobacterias. A partir del primer año, la microbiota es semejante tanto para aquellos bebés alimentados con fórmulas artificiales como para los que han recibido sólo leche materna. A partir de los 2 años de edad, se asemeja a la adulta.

Los probióticos son microorganismos vivos que, administrados en cantidades adecuadas, confieren beneficios a la salud. Actúan como moduladores inmunitarios. Los formatos disponibles actualmente son en forma de líquido (para administrar en gotas) o en sobres que se pueden mezclar con líquido e introducir en el biberón una vez que está atemperado. La cantidad de gotas (dosis) dependerá de la cepa bacteriana y de la indicación.

Varios ensayos controlados y aleatorizados han demostrado un claro beneficio de los probióticos en la prevención de infecciones gastrointestinales agudas en lactantes, en los episodios de regurgitación, en los cólicos, en la enfermedad atópica, en infecciones respiratorias, etc. Se ha observado que los niños atópicos tienen una microbiota intestinal diferente de la de otros niños, con una concentración mayor de *Clostridium* y una menor cantidad de *Bifidobacterium*. Varios estudios han observado que la administración de probióticos a embarazadas alérgicas y a los lactantes durante los primeros 6 meses previene el eccema atópico (tabla 2).

Prebióticos

Son oligosacáridos no absorbibles que mejoran la estimulación selectiva del crecimiento y la actividad de una o un número limitado de bacterias en el colon. Entre estos compuestos encontramos la fibra dietética (fructooligosacáridos y galactosacáridos que constituyen la parte soluble de la fibra), la inulina, los nucleótidos, etc.



Varios ensayos controlados y aleatorizados han demostrado un claro beneficio de los probióticos en la prevención de infecciones gastrointestinales agudas en lactantes»

Existen distintas fórmulas infantiles enriquecidas con estos componentes, que se diferencian por el contenido en fructooligosacáridos con respecto a los galactosacáridos.

Tienen un efecto bifidogénico similar al de la leche materna, y consiguen deposiciones más blandas y frecuentes. Además, parecen tener un posible efecto beneficioso relacionado con la disminución de episodios infecciosos y la reducción de manifestaciones alérgicas. También promueven la mineralización ósea. ●

Bibliografía

- Agencia Española de Seguridad Alimentaria (AESA). La alimentación de tus niños. Nutrición saludable de la infancia en la adolescencia. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria, 2005.
- Cilla A, Lacomba R, García-Llatas G, Alegría A. Probióticos y nucleótidos en alimentación infantil; revisión de la evidencia. *Nutr Hosp*. 2012; 27(4): 1.037-1.048.
- Esteve E. Cuidados del bebé. *Offarm*. 2005; 24(1): 117-122.
- Garrote A, Bonet R. Higiene y cuidados de la piel del bebé. *Offarm*. 1997; 16(10): 48-52.
- González M, Moreno M, Castillo A. Manual de alimentación infantil para farmacéuticos. Madrid: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, 1999.
- Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 2001; 323(7308): 334-336.
- Havlicekova Z, Jesenak M, Banovcin P, Kuchta M. Beta-palmitate - a natural component of human milk in supplemental milk formulas. *Nutrition J*. 2016; 15: 28.
- Muñoz MJ. Higiene y cuidado de la piel del bebé. *Offarm*. 2003; 22(1): 73-82.
- Ribes Koninckx C, Dalmau Serra J, Moreno Villares JM, Díaz Martín JJ, Castillejo de Villasante G, Polanco Allue I. La introducción del gluten en la dieta del lactante. Recomendaciones de un grupo de expertos. *An Pediatr*. 2015; 83(5): 355.