

LOS PRIMEROS MESES

BLACK FRAME EDITORIAL
COLECCIÓN B — GUÍAS ÚTILES

Los primeros meses

*Guía esencial de cuidados básicos del recién nacido, y
las señales que nunca debes dejar pasar*

2026

Este libro fue elaborado con asistencia de inteligencia artificial a partir de fuentes médicas verificables (entre ellas la Academia Americana de Pediatría, la Organización Mundial de la Salud, el Servicio Nacional de Salud británico y la Liga de La Leche), bajo dirección y revisión editorial humana. No sustituye el diagnóstico, el consejo ni el tratamiento de un profesional de la salud. Ante cualquier duda sobre la salud de tu bebé, consulta siempre a su pediatra.

INTRODUCCIÓN

Son las tres de la madrugada y el bebé lleva veinte minutos llorando distinto a como lloraba ayer. Uno de los dos, todavía en pijama, está convencido de que es hambre. El otro no lo tiene tan claro, y entre los dos suman cero horas de sueño y una pregunta que ningún curso de preparación al parto llegó a responder: esto que estoy viendo, ¿es lo normal de cualquier noche con un recién nacido, o es el momento de llamar a alguien?

Ese instante de duda, repetido de mil formas distintas en las primeras semanas, es exactamente el terreno de estas páginas. No enseñan a ser mejores padres ni prometen calma donde no la hay. Enseñan, con la mayor precisión posible, a distinguir lo que un recién nacido hace porque así funciona un recién nacido, de lo que hace porque algo no anda bien y necesita revisión médica ese mismo día.

La distinción importa más de lo que parece. Casi todo lo que asusta a un padre primerizo en el primer mes de vida de su hijo (el hipo constante, la piel que se pela, las deposiciones de un color extraño, un estornudo cada pocos minutos) resulta, revisado con calma, perfectamente esperable. Y sin embargo, entremezclado con esa lista larga de sustos sin fondo, hay un puñado de señales reales que sí exigen atención inmediata. Una fiebre que a esa edad no es un resfriado sino una alarma. Una ictericia que aparece demasiado pronto. Una respiración que cuesta trabajo. Un llanto que de pronto suena distinto porque el cuerpo que lo produce está distinto.

Confundir un grupo con el otro tiene un costo en los dos sentidos. Tratar como emergencia lo que es normal agota a una familia que ya duerme poco. Tratar como normal lo que es emergencia puede costar

horas que no sobran.

De ahí el principio que atraviesa cada capítulo, y que conviene dejar dicho desde ahora, sin rodeos. Cuando algo en el bebé se sale de lo esperado, la actitud correcta nunca es esperar unos días a ver si mejora solo. Es llamar, preguntar, y dejar que sea quien tiene la formación médica, no estas páginas, ni el instinto, ni lo que dijo una vecina, quien decida si hace falta ver al bebé. Un pediatra prefiere mil veces recibir una llamada por algo que termina siendo nada, a que una familia se quede en casa esperando a que un síntoma real se resuelva solo.

Estas páginas no sustituyen esa llamada. La facilitan. Cada capítulo cubre una zona concreta del cuidado diario (alimentación, sueño, higiene, el llanto, cómo vestir al bebé, cómo saber si está ganando peso como debe) y cierra con una guía breve de las señales que, en ese terreno específico, justifican contactar al pediatra sin demora. El capítulo final reúne todas esas señales en un solo lugar, pensado para consultarse rápido, a las tres de la madrugada, sin tener que buscar entre páginas.

Toda la información clínica que aparece aquí viene de fuentes médicas verificables, entre ellas la Academia Americana de Pediatría, la Organización Mundial de la Salud, el Servicio Nacional de Salud británico y la Liga de La Leche. Cuando dos países o dos guías difieren en un número concreto, aquí se dice en vez de elegir uno en silencio. Hay temas, como el calendario exacto de vacunas, que cambian según el país y según el año, y que por eso mismo no se imprimen como una cifra fija. En esos casos, la remisión es siempre a la autoridad sanitaria del lector y a su pediatra, que son quienes tienen la versión vigente.

Nada de esto reemplaza el criterio de un profesional que conoce a ese bebé en particular. Lo que sí pueden hacer estas páginas es lo que hace cualquier buena guía antes de un viaje a un lugar desconocido. Señalar

qué es parte normal del camino y qué es la señal de que hay que desviarse a buscar ayuda. El resto, sostener a un ser humano nuevo mientras aprende a estar en el mundo, la familia ya lo trae puesto.

CAPÍTULO 1

Alimentación

Son las cuatro de la mañana del tercer día en casa, y uno de los dos tiene el teléfono en la mano, no para distraerse sino para anotar la hora exacta en que empezó esta toma, cuánto duró la anterior, de qué lado fue la de antes. La aplicación que se instalaron la primera noche promete orden en medio del caos, y en cierto modo lo cumple, pero también alimenta una pregunta que no suelta. ¿Está comiendo lo que tiene que comer, o se quedó dormido a los tres minutos y ya? El bebé tiene los ojos cerrados, la boca floja alrededor del pezón, y nada en su cara dice si terminó satisfecho o si simplemente se rindió. Esa incertidumbre, multiplicada por ocho o diez tomas al día durante las primeras semanas, es el hilo que recorre las páginas que siguen.

La buena noticia es que casi todo lo que hace un recién nacido al comer tiene un patrón conocido, y ese patrón sirve de vara de medir. Un recién nacido amamantado come entre ocho y doce veces cada veinticuatro horas, y conviene no dejar pasar más de dos o tres horas de día ni cuatro de noche sin ofrecerle el pecho, sobre todo en esas primeras semanas en que todavía está estableciendo la producción de leche. La Organización Mundial de la Salud lo plantea distinto y no fija un número de tomas. Recomendando alimentación a demanda, sin reloj, con lactancia exclusiva los primeros seis meses. Las dos recomendaciones no se contradicen tanto como parece. La cifra de ocho a doce es una referencia para saber si algo se está quedando corto, no un cupo que haya que completar con cronómetro.

Dentro de ese patrón caben además días enteros que rompen la rutina sin que nada esté mal. Sobre todo hacia las tres semanas, las seis semanas y los tres meses, un bebé puede pedir pecho de pronto cada hora durante una tarde entera, prenderse, soltar, llorar, volver a prender. A ese fenómeno se lo suele llamar racha de crecimiento, y lo que hace no es señalar que la leche empezó a faltar, sino pedirle al cuerpo que produzca más para sostener el estirón que viene. Pasa en un día o dos. La tentación, en medio de esa tarde, es completar con fórmula por miedo a que el pecho no alcance; casi nunca hace falta, y si la duda persiste más allá de ese par de días, esa sí es una conversación para el pediatra o un consultor de lactancia, no una decisión para tomar sola a las tres de la mañana.

Con fórmula el patrón es más medible porque hay una cantidad real en el biberón. Los primeros días, entre una y dos onzas por toma cada dos o tres horas. Hacia el final del primer mes, entre tres y cuatro onzas. En el segundo mes, entre cuatro y cinco onzas cada tres o cuatro horas. Como regla de cálculo, se estima alrededor de dos onzas y media por cada libra de peso del bebé al día, sin pasar de las treinta y dos onzas en general. Son cifras de referencia, no un objetivo que perseguir toma a toma. Un bebé que un día come un poco menos y al día siguiente compensa está dentro de lo esperable.

Antes de que el hambre se anuncie con llanto, que es en realidad una señal tardía, el cuerpo del bebé avisa de otras maneras. Se chupa los labios, busca con la boca hacia cualquier lado que le roce la mejilla (el reflejo de búsqueda), se lleva las manos a la boca, se agita un poco más de lo normal. Aprender a leer esas señales tempranas evita llegar al llanto de hambre, que además dificulta el enganche porque un bebé ya alterado cuesta más de calmar antes de que pueda comer bien.

La saciedad tiene sus propias señales, y vale la pena nombrarlas con la misma atención que las de hambre, porque un padre primerizo tiende a mirar solo el reloj y no la cara del bebé. Cuando está satisfecho, la succión se hace más lenta o se detiene del todo, se distrae con lo que pasa alrededor, gira la cabeza hacia otro lado o afloja la boca y suelta el pecho o el biberón por su cuenta. A veces simplemente se queda dormido. Ninguna de esas señales exige que el bebé vacíe el biberón marcado hasta la última onza. Si suelta y se aparta, terminó, y forzar unos mililitros más no le hace ningún bien.

La técnica de agarre, en la lactancia, tiene tres o cuatro señales visibles que permiten saber sin ecografía si el bebé está tomando leche de verdad o solo mordisqueando el pezón. El mentón toca el pecho. La boca queda muy abierta, no apretada. Se ve más areola por arriba del labio superior que por abajo. Y se escucha, si se presta atención, una deglución audible, un pequeño sonido de trago que indica que está pasando leche y no solo succionando aire. Un agarre así, sostenido en el tiempo, suele significar que la transferencia de leche funciona.

Un roce inicial al prender, en los primeros segundos, puede pasar incluso con buena técnica. Lo que no entra dentro de lo esperable es un dolor que se mantiene toda la toma, o que deja la zona lastimada o con grietas después de cada sesión. Eso no es algo que haya que tolerar en silencio ni resolver a fuerza de aguante. Es la señal de que conviene revisar el agarre con quien sepa mirarlo de cerca, sea el pediatra, una consultora de lactancia o el personal de enfermería del centro donde nació el bebé.

Los eructos merecen su propio párrafo porque generan más ansiedad de la que ameritan. Con biberón conviene hacer una pausa cada dos o tres onzas para intentarlo, porque el biberón, a diferencia del pecho, suele meter algo más de aire junto con la leche; una tetina de flujo

demasiado rápido o un ángulo muy horizontal del biberón acentúan ese aire de más. Con pecho, el momento natural es al cambiar de lado. Pero no todos los bebés eructan con la misma facilidad ni con la misma frecuencia, y uno que no eructa después de cada toma no está necesariamente tragando aire de más ni va a sufrir por eso. Probar dos o tres minutos y, si no sale nada, seguir adelante es una respuesta razonable.

El reflujo es probablemente el tema que más confunde a quien tiene un bebé por primera vez, porque la palabra suena a diagnóstico y en la enorme mayoría de los casos no lo es. Un bebé que devuelve leche después de comer, que sigue contento, que gana peso semana tras semana y al que ese pequeño chorro de leche por la comisura de la boca no parece afectarle en nada, tiene reflujo normal. Es una válvula todavía inmadura entre el esófago y el estómago, nada más, y se corrige sola con los meses. Lo que sí pide atención es otra cosa, un vómito en proyectil que sale disparado, un vómito de color verde o amarillo, o con sangre, el rechazo sostenido del alimento, o la dificultad para respirar durante o después de comer. Un vómito con bilis, verde, es motivo de llamada inmediata a cualquier edad. Y un vómito en proyectil que se repite, entre las dos semanas y los cuatro meses de vida, puede apuntar a una obstrucción llamada estenosis pilórica, que necesita evaluación médica, no espera.

La vitamina D es uno de esos puntos donde conviene decir la verdad completa en vez de simplificar. Las guías no coinciden entre países, y aquí se muestran ambas antes que elegir una en silencio. La leche materna, por sí sola, no suele aportar la vitamina D que un bebé necesita para absorber calcio y construir hueso, así que el suplemento no corrige una carencia sino que llena un vacío conocido y esperado del diseño de la leche humana. En Estados Unidos, la Academia Americana de Pediatría

recomienda 400 unidades internacionales al día para todo bebé amamantado, hasta que tome al menos un litro diario de fórmula fortificada. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud recomienda entre 8.5 y 10 microgramos diarios, y fija el umbral de suspensión en 500 mililitros de fórmula al día, la mitad que en la referencia estadounidense. Ninguna de las dos cifras es un error; son dos sistemas de salud que calibraron el mismo cuidado con parámetros distintos. Lo que hay que preguntarle al pediatra propio es cuál rige en su país y su caso, y desde cuándo empezar a darlo si el bebé toma pecho.

Y luego está el indicador más simple de todos, el pañal. A partir del cuarto o quinto día de vida, un bebé que está comiendo lo suficiente moja al menos cinco o seis pañales al día, con orina de color pálido, casi transparente. Ese conteo es, en la práctica, más confiable que cualquier cálculo de onzas o minutos de pecho, porque resume lo que entró y lo que el cuerpo procesó sin necesidad de romper el sueño de nadie para pesar nada. Conviene llevarlo anotado o al menos tenerlo presente los primeros días, hasta que se vuelva un hábito leer el pañal casi sin pensarlo. Alrededor de la sexta semana, un bebé amamantado puede espaciar sus deposiciones a una cada dos o cinco días, a veces menos, y eso no es motivo de alarma si las heces son blandas y el peso sigue subiendo. El cambio de ritmo intestinal, en ese contexto, es maduración del sistema digestivo, no estreñimiento, aunque la primera vez que pasan tres días sin un pañal sucio el impulso sea revisar el calendario dos veces.

De vuelta a la escena del principio, la de las cuatro de la mañana y el teléfono con el cronómetro corriendo: casi todo lo que ese padre o esa madre observó esa noche entra en alguna de las categorías anteriores, y con toda probabilidad entra en la columna de lo esperable. Un bebé que se duerme a medio pecho, que come con horarios irregulares, que un día

parece comer menos y al siguiente compensa, no está fallando en nada. La lista de señales reales es corta a propósito, para que se pueda tener presente sin memorizar un manual entero.

Cuándo llamar al pediatra

- Vómito con sangre o de color verde o amarillo (bilioso), a cualquier edad: llama de inmediato.
 - Vómito en proyectil que se repite, entre las dos semanas y los cuatro meses de vida: consulta el mismo día.
 - Rechazo sostenido del alimento, o dificultad para respirar mientras come: llama de inmediato.
 - Menos de cinco o seis pañales mojados al día después de la primera semana, u orina muy oscura: consulta ese mismo día.
 - El bebé no recupera su peso de nacimiento hacia los diez a catorce días de vida: coméntalo en el próximo control o antes si algo más te preocupa.
 - Dudas sobre si el agarre duele de forma persistente, o sobre la dosis de vitamina D que corresponde en tu país: pregunta en la próxima consulta, no esperes al control de rutina si la molestia es intensa.
-

CAPÍTULO 2

Sueño seguro

Son las dos de la madrugada y la toma terminó hace un rato, aunque nadie podría decir exactamente cuánto. El bebé quedó dormido sobre el pecho, con el peso tibio y parejo que hace que los párpados del adulto también empiecen a ceder. El sofá está blando, hay un cojín de más contra el brazo, y durante un segundo, antes de que el susto despierte del todo a quien lo sostiene, los dos estuvieron durmiendo juntos ahí, sin que nadie lo decidiera. La pregunta que queda flotando, ya con el corazón acelerado y el bebé de vuelta en su cuna, es si eso que acaba de pasar fue peligroso, y qué hacer para que no se repita.

Vale la pena separar, antes que nada, dos cosas que suenan parecidas y no lo son. Compartir habitación, es decir, tener al bebé durmiendo cerca, en su propia superficie, dentro del cuarto de los padres, es una medida protectora. Compartir cama, dormir en la misma superficie que el bebé, es un factor de riesgo documentado, sobre todo si la superficie es blanda, si hay cojines o mantas sueltas, o si quien duerme al lado llegó a ese sueño exhausto, como pasa casi siempre en las primeras semanas. Llamar a las dos cosas "colecho" borra justo la distinción que más importa, y por eso aquí se nombra cada práctica por lo que es, protectora una y arriesgada la otra.

La recomendación central, la que sostiene todo lo demás, es simple de enunciar aunque cueste sostener a las tres de la mañana. El bebé duerme siempre boca arriba, en cada siesta y cada noche, durante todo el primer año, sobre una superficie firme y plana, sin una inclinación mayor a diez

grados. La cuna se mantiene vacía de todo lo que un adulto asociaría con comodidad. Sin almohadas, sin edredones, sin protectores de barrotes, sin peluches, aunque parezcan inofensivos y aunque la fotografía de la cuna decorada sea más bonita. Nada de eso es decoración inocua para un cuerpo que todavía no puede apartar la cara por sí mismo si algo se lo cubre.

La imagen de un bebé durmiendo boca arriba genera, en algún momento, un miedo puntual. ¿Y si se ahoga si devuelve leche en esa posición? La anatomía del recién nacido apunta justo en la dirección contraria. Boca arriba, la tráquea queda por encima del esófago, así que cualquier resto de leche que suba tiene que vencer la gravedad para llegar a la vía respiratoria; boca abajo ocurre lo inverso, y ese resto se acumula justo a la entrada de la tráquea. A eso se suma que un bebé sano ya nace con reflejos que giran la cabeza, tosen o tragan para mantener la vía despejada. Ningún estudio, desde que se recomienda dormir boca arriba, encontró más atragantamientos que antes. El miedo es comprensible, y va exactamente en la dirección contraria a la evidencia.

Compartir habitación, sin compartir cama, se recomienda al menos los primeros seis meses, e idealmente hasta el año. La cifra que sostiene esa recomendación es contundente. Dormir en la misma habitación que el bebé, en su propia superficie, puede reducir el riesgo de muerte súbita hasta en un 50 por ciento, y ese beneficio importa especialmente en la ventana de mayor vulnerabilidad, porque alrededor del 90 por ciento de estas muertes ocurre antes de los seis meses de edad. La lógica no es vigilar cada respiración durante la noche, algo que ningún padre puede sostener sin enloquecer. Es que la cercanía física, sin fusionar las dos superficies de sueño, funciona como red de seguridad silenciosa, y las noches en las que más se necesita esa red son, precisamente, las primeras.

Esta misma recomendación no llega sola. La evidencia asocia un puñado de medidas más a un riesgo todavía menor, y vale la pena nombrarlas de paso. Alimentar con leche materna cuando sea posible, mantener al día el calendario de vacunas, ofrecer un chupete a la hora de dormir una vez que la lactancia esté bien establecida. Ninguna de ellas sustituye a las anteriores; se suman, no reemplazan la superficie firme ni la posición boca arriba ni la cercanía sin cama compartida.

Cuánto duerme un bebé en total es otra pregunta que angustia más de lo que debería. Un recién nacido duerme entre dieciséis y diecisiete horas cada veinticuatro, repartidas en bloques cortos de una o dos horas, sin distinguir todavía de forma clara el día de la noche. Entre los cuatro y los doce meses ese total baja a un rango de doce a dieciséis horas, a medida que los bloques se alargan y empiezan a concentrarse más por la noche. Estas cifras son un rango, no un objetivo que un bebé en particular deba cumplir hora por hora; hay quienes duermen naturalmente cerca del límite superior y quienes se acomodan cerca del inferior, sin que ninguno de los dos esté haciendo algo mal.

Lo que sí cambia de forma predecible, semana tras semana, no es tanto el total de horas sino su reparto. Al principio no hay noche ni día para el reloj interno de un recién nacido, y los bloques de sueño se distribuyen parejo a lo largo de las veinticuatro horas, con despertares por hambre cada dos o tres horas también de madrugada. Ese reparto empieza a inclinarse hacia la noche recién con las semanas, a medida que el cuerpo del bebé aprende a asociar la oscuridad con dormir más seguido, y ese aprendizaje no se acelera forzando una rutina rígida antes de que el propio desarrollo esté listo para sostenerla.

El tummy time, o tiempo boca abajo, parece contradecir todo lo anterior, y por eso conviene explicarlo con cuidado. Se hace siempre despierto, siempre supervisado, nunca como postura para dormir. La

razón de que exista es que la misma posición boca arriba que protege durante el sueño, sostenida también durante todas las horas despierto, puede aplanar la parte trasera de la cabeza del bebé y retrasa el fortalecimiento del cuello y el tronco que más adelante hace falta para girarse, sentarse y gatear. La solución no es dormir boca abajo, que es justamente lo que hay que evitar. Es sumar, mientras el bebé está despierto y bajo mirada de un adulto, sesiones cortas de juego boca abajo, dos o tres veces al día, de apenas tres a cinco minutos cada una al principio. Esa duración se estira con las semanas, a medida que el bebé tolera más tiempo en esa postura sin frustrarse, hasta llegar, hacia la séptima semana, a una meta acumulada de quince a treinta minutos repartidos a lo largo del día.

Las primeras sesiones suelen ser más protesta que juego, y ahí está el punto donde más padres abandonan antes de tiempo. Un recién nacido que llora a los pocos segundos de quedar boca abajo no está señalando que algo esté mal; está usando un músculo del cuello que todavía casi no ha ejercitado. Acostarse junto a él a la altura de sus ojos, poner un objeto de contraste alto al alcance de la vista, o simplemente apoyarlo boca abajo sobre el pecho de un adulto reclinado, cuentan igual como tummy time y suelen tolerarse mejor que la manta en el piso. Lo que importa no es la superficie exacta sino que el bebé esté despierto, supervisado, y boca abajo el tiempo suficiente para que ese trabajo de cuello y tronco se acumule.

De vuelta al sofá de la escena inicial, lo que conviene llevarse no es la culpa sino un plan. Si el sueño llega mientras se amamanta o se da el biberón sentado, cambiar pronto al bebé a su propia cuna, retirar cualquier cojín suelto del entorno inmediato, y si el cansancio es tan

fuerte que dormirse parece inevitable, elegir de antemano la superficie menos riesgosa disponible en ese momento, en vez de que la decisión la tome el sueño por su cuenta a las dos de la madrugada.

Cuándo llamar al pediatra

- Cuesta mucho despertarlo para comer, o duerme muchísimo más de lo habitual y se lo ve poco reactivo: llama el mismo día.
 - Pausas en la respiración mientras duerme, respiración muy rápida, o color azulado en labios o cara: emergencias de inmediato.
 - Lo encuentras boca abajo durante el sueño, antes de que pueda girarse solo: ponlo boca arriba de nuevo, y si se repite con frecuencia, coméntalo en la próxima consulta.
 - Te quedaste dormido compartiendo cama con el bebé, sobre todo en un sofá o sillón: no es una urgencia en sí misma, pero conviene revisar con el pediatra cómo organizar las tomas nocturnas para que no vuelva a pasar.
-

CAPÍTULO 3

El cuerpo del bebé

La bañera de plástico está llena hasta la marca que trae dibujada, el agua probada con el codo y no con la mano, y aun así nadie se anima a meterlo del todo. Queda un trocito de cordón umbilical pegado al ombligo, todavía oscuro, y la instrucción que alguien recordó a medias en la clínica (algo sobre no sumergirlo, sobre pasar una esponja en vez de meterlo entero en el agua) convierte esa primera noche de baño en una operación de diez minutos hecha casi en susurros, con la toalla lista antes de empezar y los ojos puestos en ese resto de cordón como si un poco de agua bastara para hacerle daño.

No hace falta tanta cautela, aunque tampoco sobra del todo. Mientras el cordón sigue ahí, alcanza con un baño de esponja, sin sumergir la zona, y una vez que se cae, entre la primera y la tercera semana de vida, ya puede ir directo a la bañera. Sobre cuántas veces por semana coincide bastante entre guías. Dos o tres baños semanales son suficientes en las primeras semanas, y no por ahorrar tiempo. La piel de un recién nacido todavía fabrica su propia capa protectora de grasas naturales, y bañarla todos los días la reseca más de lo que la limpia, sin que haya nada que lavar en el cuerpo de un bebé que en su mayoría se queda quieto en brazos. Fuera de esos días, pasar una esponja húmeda por cara, cuello, manos y zona del pañal (lo que en inglés se conoce como top and tail) cumple la misma función sin necesidad de desvestir al bebé entero cada vez. El agua conviene entre 37 y 38 grados, y el codo sigue siendo mejor termómetro que la mano, porque la piel de la mano está acostumbrada a temperaturas que a un recién nacido ya le resultan intensas. Probar el

agua antes de sostener al bebé, y no mientras ya está en brazos sobre la bañera, evita el sobresalto de corregir la temperatura con él encima del agua.

El propio cordón pide poco durante esas semanas. Mantenerlo limpio y seco, expuesto al aire en vez de tapado bajo varias capas de ropa, y dejar que el tiempo haga el resto. El aire es justamente lo que acelera el proceso, porque un cordón húmedo tarda más en secarse y desprenderse que uno que queda al descubierto la mayor parte del día, por eso conviene doblar el pañal hacia abajo, por debajo del ombligo, en vez de dejar la banda elástica presionando justo sobre la zona. Suele desprenderse solo entre la primera y la tercera semana, a veces con un punto de sangre mínimo el día que se cae, algo que no debería alarmar. Tirar de él antes de tiempo, aunque cuelgue de un hilo y parezca a punto de soltarse, no acelera nada y sí puede lastimar la piel de alrededor. Lo que sí pide atención es otra cosa. Pus, hinchazón o enrojecimiento alrededor del ombligo, o sangrado que no se detiene, son motivo de llamada inmediata al pediatra, no de esperar al control siguiente.

Cuando el bebé fue circuncidado, la zona pide una lógica parecida. La cicatrización toma entre siete y diez días, y durante ese tiempo es normal ver un enrojecimiento leve, una capa blanquecina que forma parte del proceso de curación (no una infección, aunque a simple vista se le parezca) y alguna mancha pequeña de sangre en el pañal. Lo que se sale de ese cuadro es distinto. Hinchazón marcada, una línea roja que recorre el eje del pene, una secreción amarilla espesa o fiebre justifican consultar sin demora.

La piel de un recién nacido, en general, hace cosas que ningún padre imaginó antes de tener uno delante. Se pela entera durante la primera semana, en placas visibles sobre todo en manos y pies, y ese despellejamiento no es sequedad ni ningún problema de fondo. Es el

cuerpo desprendiéndose de la capa de vérnix que lo cubría antes de nacer, y se resuelve solo, sin cremas especiales ni intervención de ningún tipo. Alrededor de las dos o tres semanas, muchos bebés desarrollan además un sarpullido de granitos rojos en la cara, sobre todo mejillas y frente, que se parece de forma incómoda al acné adolescente y que, de hecho, responde al mismo tipo de hormonas, heredadas de la madre durante el embarazo. Se llama acné neonatal, no requiere tratamiento y desaparece por su cuenta en pocas semanas.

Otra variante que asusta más de lo que debería es la costra láctea, esas escamas amarillentas o grasosas que se acumulan en el cuero cabelludo, a veces también en cejas y orejas, entre las tres semanas y los dos meses de vida. Le pasa a una proporción enorme de bebés (hasta siete de cada diez, hacia los tres meses), no pica, no molesta, y no exige tratamiento salvo que a la familia le incomode verla. Un cepillo suave después del baño, o un poco de aceite antes de lavar el pelo para aflojar las escamas, suele bastar para quien prefiera acelerar que desaparezca. Ninguna de estas tres cosas (la piel que pela, el acné neonatal, la costra láctea) es señal de que algo ande mal. Son parte del paisaje normal de los primeros meses, y nombrarlas así, sin darles más peso del que tienen, evita noches de búsquedas angustiadas en internet por un sarpullido que se iba a ir solo de todas formas.

La zona del pañal, en cambio, sí puede irritarse de un modo que conviene vigilar de cerca, porque ahí la piel pasa horas en contacto con humedad y con las propias deposiciones del bebé, que traen enzimas digestivas capaces de irritar la piel más sensible incluso cuando el pañal se cambia con cierta regularidad. La prevención es más simple que el tratamiento. Cambiar el pañal con frecuencia, dejar que la piel se airee un momento en cada cambio cuando se pueda, y aplicar una capa de óxido de zinc o vaselina como barrera, sobre todo si ya hay algo de rojez, antes

de que la irritación avance en vez de después. La mayoría de las irritaciones responde a esas medidas en pocos días, y una crema espesa aplicada de manera constante suele bastar sin necesidad de dejar al bebé sin pañal largos ratos, algo que en la práctica ensucia más de lo que cura. Lo que pide consulta es distinto. Fiebre, un aspecto inusualmente grave o extendido, sangrado, dolor al orinar o defecar, o una irritación que después de varios días de cuidado constante no mejora nada.

Las uñas, por último, crecen a una velocidad que sorprende para lo pequeñas que son las manos que las llevan, y un recién nacido con las uñas largas se rasguña la cara con sus propios movimientos reflejos, sin ninguna intención de por medio. Conviene cortarlas o limarlas al menos una vez por semana, con un cortaúñas de punta redondeada pensado para esa edad, nunca mordiéndolas para acortarlas, por mucho que parezca el camino más rápido cuando el bebé no deja de moverse. Hacerlo mientras duerme, o con otro adulto sosteniéndole la mano quieta, suele ser más fácil que intentarlo despierto y en pleno forcejeo, porque el reflejo de cerrar el puño ante cualquier roce es justamente lo que más complica cortar una uña despierto. Unos mitones finos durante los primeros días, mientras nadie se anima todavía al cortaúñas, sirven de solución transitoria, aunque conviene abandonarlos pronto para que las manos del bebé empiecen a explorar texturas y a llevarse los dedos a la boca sin esa capa de por medio.

De vuelta a la bañera de plástico y al trocito de cordón que tanto preocupaba esa primera noche, vale la pena quedarse con la idea central de todo lo anterior. El cuerpo de un recién nacido hace, en sus primeras semanas, una cantidad larga de cosas que parecen alarmantes y no lo son, y una lista corta de cosas que sí lo son. Aprender a distinguir unas de otras evita bañar al bebé con miedo cada noche, y deja la energía real de la alarma disponible para cuando de verdad hace falta.

Cuándo llamar al pediatra

- Pus, hinchazón o enrojecimiento alrededor del ombligo, o sangrado del cordón que no se detiene: llama de inmediato.
 - En bebés circuncidados, hinchazón marcada, una línea roja a lo largo del pene, secreción amarilla espesa o fiebre: consulta sin demora.
 - Dermatitis del pañal con fiebre, aspecto muy grave o extendido, sangrado, o dolor al orinar o defecar: consulta ese mismo día.
 - Una irritación de pañal que no mejora después de varios días de cuidado constante (cambios frecuentes, crema de barrera): coméntalo en la próxima consulta.
 - Cualquier sarpullido o cambio de piel que a la familia le genere duda real, aunque coincida con las variantes normales descritas aquí: preguntar nunca está de más.
-

CAPÍTULO 4

Vestir, temperatura y el mundo fuera de casa

Es el día del alta, y en el estacionamiento del hospital hay dos adultos, una silla de auto recién comprada y un manual de instrucciones que nadie leyó hasta ese momento. El bebé lleva puesto un pijama de algodón, un gorro y, encima, una manta gruesa que alguien trajo de casa pensando en el frío de la calle. La enfermera que acompaña la salida mira la manta, la retira con suavidad de encima del arnés y explica, sin alarmar a nadie, que esa capa de más tiene que ir por fuera de las correas, no por debajo, aunque el bebé se vea más abrigado así. Es la primera de muchas decisiones sobre temperatura y seguridad que esa familia va a tomar en las semanas siguientes, casi siempre sin manual a mano.

La regla que resuelve la mayoría de esas decisiones cabe en una frase. Vestir al bebé con una capa más de la que llevaría un adulto cómodo en ese mismo ambiente, ni una manta ni un abrigo de más. El motivo no es estético. El sobrecalentamiento es un factor de riesgo documentado de muerte súbita del lactante, y a diferencia de un adulto, un recién nacido no puede quitarse una manta ni pedir que le abran la ventana. Para saber si esa capa extra es la correcta, el termómetro más confiable no son las manos ni los pies del bebé, que se sienten fríos de manera normal incluso cuando el resto del cuerpo está bien de temperatura. Conviene tocar la nuca o el pecho. Sudoración, mejillas muy encendidas, la nuca o el pecho calientes al tacto y una respiración más acelerada de lo habitual son señales de que sobra ropa, no de que el bebé esté por resfriarse.

La temperatura ideal del cuarto donde duerme es uno de esos puntos donde vale más decir lo que de verdad se sabe que repetir una cifra que suena precisa y no lo es. La Academia Americana de Pediatría, en su política de sueño seguro, evita a propósito fijar un número exacto, porque los estudios que miden el sobrecalentamiento como factor de riesgo no coinciden entre sí sobre qué cuenta como demasiado calor. En lugar de una cifra, la AAP insiste en la regla de la capa de más y en vigilar directamente el cuerpo del bebé. En el Reino Unido, en cambio, la organización Lullaby Trust y el Servicio Nacional de Salud sí dan un rango concreto, entre 16 y 20 grados, con un termómetro de ambiente como herramienta recomendada para no tener que adivinar. Ninguna de las dos posturas contradice a la otra. Una prefiere no fijar un número que la evidencia no respalda del todo; la otra ofrece una referencia práctica dentro de ese mismo margen de prudencia. Quien busque un número para guiarse puede tomar ese rango británico como referencia razonable, sabiendo que la señal que de verdad importa es la nuca del bebé, no el termómetro de la pared.

El auto trae su propia versión del mismo problema, y ahí es donde la escena del estacionamiento vuelve a ser útil. La silla debe ir orientada hacia atrás desde el primer viaje a casa, y conviene mantenerla así como mínimo hasta el año de edad, e idealmente más tiempo, algunos niños hasta los tres o cuatro años según el modelo y el límite de peso de la silla, que suele rondar entre veintidós y treinta y cinco libras. Las leyes exactas cambian de un país a otro, pero el principio clínico detrás es el mismo en todos, porque mirar hacia atrás protege mucho mejor el cuello y la cabeza en un choque frontal, que es el tipo de impacto más común. Lo que casi nadie explica en la sala de partos es el motivo por el que la manta gruesa tiene que salir de debajo del arnés. Un abrigo voluminoso o una manta apretada bajo las correas se comprime de golpe en un choque, y esa compresión deja espacio suelto justo donde el arnés necesita quedar

ajustado contra el cuerpo. La ropa abrigada va, entonces, sobre el arnés ya ajustado, nunca debajo, y el calor del bebé se cubre después con una manta suelta por encima, fácil de quitar apenas se llega a destino.

La seguridad de la casa, fuera del auto, pide menos vigilancia constante pero un par de decisiones que conviene tomar una sola vez y olvidar. Detectores de humo funcionando fuera de cada dormitorio, incluido el del bebé. La cuna alejada de ventanas, cordones de persiana y cualquier mueble con objetos pequeños al alcance en cuanto el bebé empiece a estirar el brazo por los barrotes, algo que llega antes de lo que la mayoría de los padres espera.

El swaddle, la técnica de envolver al bebé bien ajustado con una manta, calma a muchos recién nacidos porque imita la contención del útero, y durante las primeras semanas puede ser parte razonable de la rutina de sueño. Tiene, sin embargo, dos límites que no conviene tratar como opcionales, uno de tiempo y otro de postura. En cuanto el bebé empieza a mostrar señales de poder girarse sobre sí mismo, algo que suele pasar entre los dos y los cuatro meses, hay que dejar de envolverlo, porque un bebé envuelto que logra darse vuelta boca abajo no tiene los brazos libres para despejar la cara ni girar la cabeza, y esa combinación es justamente la que las demás reglas de sueño seguro buscan evitar. El límite de postura, en cambio, afecta a las caderas. Envolver las piernas estiradas y apretadas una contra otra fuerza a la articulación de la cadera a una posición que con el tiempo puede favorecer una displasia, así que la manta debe dejar espacio para que las rodillas se doblen hacia arriba y hacia afuera, en la posición que un bebé adoptaría de manera natural en brazos. Existen swaddles diseñados con esa holgura ya incorporada en la zona de las piernas, pero el principio es el mismo con cualquier tela, envolver el tronco y dejar las caderas libres de moverse.

De vuelta en el estacionamiento, con la manta ya fuera del arnés y colgando suelta sobre el bebé en vez de apretada por debajo, el auto arranca hacia una casa donde todavía falta instalar el segundo detector de humo y decidir, la primera noche, cuánto abrigo es demasiado. Ninguna de esas decisiones exige acertar a la primera. Exige mirar al bebé, no solo el reloj ni el termómetro, y corregir con la misma calma con la que la enfermera retiró la manta esa mañana.

Cuándo llamar al pediatra

- Sudoración, mejillas muy encendidas, nuca o pecho calientes al tacto, junto con fiebre o decaimiento: llama hoy mismo.
 - Piel moteada o de tono azulado, torso frío al tacto, el bebé inusualmente quieto o con rechazo del alimento: llama hoy mismo.
 - Después de cualquier choque de auto, por leve que parezca y aunque el bebé se vea tranquilo: busca evaluación médica ese mismo día.
 - Un chasquido, resistencia o asimetría al mover las piernas o las caderas, sobre todo si se nota después de un tiempo usando swaddle: coméntalo en el próximo control.
 - Dudas sobre el ajuste del arnés, sobre qué ropa puede ir debajo, o sobre cuándo dejar de envolver al bebé: pregunta en la próxima consulta, sin esperar al control de rutina si la duda es sobre seguridad inmediata.
-

CAPÍTULO 5

El llanto

Son las dos de la madrugada y el bebé lleva llorando cuarenta minutos seguidos, con la cara roja y las piernas encogidas contra el vientre, y los dos adultos que se turnan para cargarlo ya probaron el biberón, el pañal limpio, la mecedora, la canción de siempre y hasta sacar el auto del garaje para dar una vuelta a la manzana. Nada funciona más de un par de minutos. Uno de ellos empieza a preguntarse, en voz baja para no admitirlo del todo, si algo anda mal de verdad, mientras el otro repite que a los primos les pasó lo mismo a esa edad y que se les pasó solo. Los dos tienen algo de razón, y saber distinguir cuál es la clave de esta noche y de las que vienen.

El llanto es el único idioma completo que tiene un recién nacido, así que llora por hambre, por sueño, por frío o calor, por un pañal sucio, por aburrimiento, por sobreestimulación al final de un día con demasiada gente en casa, y a veces sin que nadie logre identificar la causa exacta pese a revisar todo lo revisable. Esa última categoría, el llanto sin causa aparente que resiste todos los intentos de calma, tiene incluso un patrón conocido en la práctica pediátrica y un nombre clínico que ayuda a los padres a dejar de sentir que están haciendo algo mal. La descripción más usada es la regla de los tres, formulada hace décadas por el pediatra Morris Wessel y todavía vigente. Se habla de cólico cuando un bebé por lo demás sano llora más de tres horas al día, más de tres días por semana, durante más de tres semanas, casi siempre entre la tercera semana y el tercer mes de vida. En la práctica clínica actual, sin embargo, nadie espera a que se cumplan las tres semanas completas para llevar al bebé a

revisión si el llanto preocupa a la familia. La regla sirve para nombrar el fenómeno y para saber qué tan lejos puede llegar dentro de lo normal, no para posponer una consulta cuando algo genera dudas reales.

Lo que distingue al cólico de un problema médico es precisamente que el bebé, fuera de esos episodios, come bien, gana peso y se ve sano. El llanto de cólico suele concentrarse al final de la tarde o al anochecer, aparece de forma más o menos brusca, y se acompaña de puños cerrados, piernas flexionadas y un abdomen que a veces se siente algo duro o hinchado al tacto, señales que llevan a muchos padres a sospechar de un dolor digestivo aunque la causa exacta del cólico, después de décadas de estudio, sigue sin tener una explicación única y confirmada. Nada de eso lo vuelve menos agotador de vivir noche tras noche, ni resta legitimidad al cansancio y la frustración que generan semanas así, pero sí cambia lo que hay que hacer al respecto. Frente a un bebé que llora de este modo y que en todo lo demás va bien, el objetivo no es encontrar y eliminar una causa oculta, sino sobrevivir el episodio con algo que ayude a calmarlo y con la certeza de que esta etapa tiene fecha de caducidad, casi siempre antes de los tres o cuatro meses.

Ahí es donde entra un método que se volvió popular gracias al pediatra Harvey Karp y que buena parte de las maternidades ya enseña de forma rutinaria, las cinco eses, pensadas para recrear las condiciones del útero, un entorno apretado, ruidoso y en movimiento constante que contrasta con la quietud y el silencio del mundo fuera de él. Envolver al bebé de forma ajustada con una manta, la misma técnica del swaddle usada para dormir, limita el movimiento brusco de brazos y piernas capaz de sobresaltarlo a mitad de la calma. Sostenerlo siempre en brazos, de lado o boca abajo apoyado sobre el antebrazo de un adulto y nunca a solas en la cuna en esa postura, distinta de la posición boca arriba obligatoria para dormir, suma en la misma dirección. Un sonido shhh sostenido y bastante

fuerte, más parecido al ruido de fondo dentro del útero de lo que la mayoría de la gente imagina, funciona mejor cuanto más se acerca en volumen al propio llanto del bebé en vez de intentar apagarlo con un susurro tímido. El movimiento ayuda también, mecer con oscilaciones pequeñas y rápidas en vez de los vaivenes lentos y amplios que suelen usarse para arrullar, y la succión cierra el conjunto, ofrecer el pecho, un dedo limpio o un chupete, porque el reflejo de succionar tiene por sí mismo un efecto calmante independiente del hambre. Un ensayo clínico aleatorizado publicado en 2019 en el *Japan Journal of Nursing Science* encontró que los bebés de madres entrenadas en este método lloraban de forma significativamente menor hacia los seis meses de edad, comparados con los del grupo de control, un respaldo poco común para una técnica que muchas veces circula solo de boca en boca.

Ninguna de las cinco eses funciona siempre ni con el mismo bebé cada vez, y probarlas todas seguidas antes de rendirse suele rendir más que aferrarse a una sola porque funcionó la noche anterior. Vale también decir, para quien esté cargando a un bebé que no para de llorar a las tres de la madrugada, que ceder el turno a otro adulto durante diez minutos, o dejar al bebé un momento seguro en la cuna mientras quien lo cargaba sale de la habitación a respirar, no es abandonarlo. Es una medida de seguridad tan válida como cualquiera de las cinco eses, porque el agotamiento acumulado de semanas de cólico es, en sí mismo, un riesgo real, tanto para quien cuida como para el bebé.

Queda, sin embargo, una distinción que no conviene dejar en manos de la intuición de una noche particularmente mala, porque confundirla tiene consecuencias serias. El llanto de cólico, por intenso que suene, conserva el timbre habitual del bebé y responde, aunque sea a ratos, a algún intento de consuelo. Un tono agudo, penetrante o marcadamente distinto al de siempre, un llanto inconsolable que no cede ante nada

durante horas, o cualquier llanto intenso que aparece junto con decaimiento, fiebre, dificultad para respirar o rechazo persistente del alimento no encajan en ese patrón, por muy tarde que sea o por mucha paciencia que ya se haya agotado esa noche, sino que son una llamada de atención del cuerpo del bebé que pide evaluación, no otra ronda de las cinco eses.

De vuelta en esa habitación de las dos de la madrugada, con el bebé todavía llorando y los dos adultos ya sin ideas nuevas que probar, lo que cambia la noche no es encontrar la causa exacta del llanto, casi nunca posible ni necesaria, sino saber qué hacer con la información que sí está disponible. Si el bebé come, duerme y gana peso con normalidad fuera de estos episodios, y el llanto de esta noche suena como el de siempre aunque dure más de lo tolerable, las cinco eses y el relevo entre adultos son la respuesta razonable, sostenida por la certeza de que esta fase termina. Si algo en el tono, en la duración sin ninguna respuesta a nada, o en los síntomas que lo acompañan se aparta de ese patrón, la respuesta razonable es otra, y no hace falta esperar a que amanezca para tomarla.

Cuándo llamar al pediatra

- Llanto de tono agudo, chillón o claramente distinto al habitual del bebé: llama hoy mismo.
 - Llanto inconsolable que no cede durante varias horas pese a probar todos los métodos de calma: llama hoy mismo.
 - Llanto intenso junto con fiebre, decaimiento marcado, dificultad para respirar o rechazo persistente del alimento: llama de inmediato.
 - Un bebé que fuera de los episodios de llanto no gana peso con normalidad, come mal o duerme muy por fuera de lo esperado para su edad: coméntalo en la próxima consulta, sin esperar al control de rutina si la duda es fuerte.
 - Agotamiento propio que ya no permite cuidar con seguridad durante los episodios de llanto: pedir ayuda a otro adulto, o llamar al pediatra para hablarlo, es tan válido como llamar por un síntoma del bebé.
-

CAPÍTULO 6

Cómo saber que va bien

A los cinco días de nacido, el bebé está desnudo sobre la báscula del consultorio, moviendo los brazos como si nadara, y el número que aparece en la pantalla es más bajo que el del alta del hospital. La madre hace la resta mental antes de que la enfermera diga nada y se le tensa la espalda, porque perdió peso y nadie le explicó bien todavía si eso es lo normal o el primer síntoma de que algo no funciona. El padre ya está buscando en el teléfono cuánto debería pesar un bebé de cinco días, y las páginas que encuentra no se ponen de acuerdo entre ellas.

Casi todos los recién nacidos pierden peso en los primeros días de vida, y esa pérdida sola, sin nada más, no dice gran cosa. El cuerpo llega al mundo cargado de líquido de más, y buena parte del descenso en la báscula es ese exceso saliendo, no una señal de que el bebé no está comiendo lo suficiente. Durante mucho tiempo circuló una cifra fija para separar lo normal de lo preocupante, el siete por ciento del peso al nacer, y todavía aparece citada en algunos folletos y algunas aplicaciones de seguimiento. La pediatría actual trabaja con algo más preciso que una sola cifra, curvas por percentil que cruzan el peso perdido con las horas exactas de vida y con la forma en que nació el bebé, porque un parto por cesárea tiende a acompañarse de más pérdida inicial que uno vaginal. Con esas curvas, una pérdida de hasta el ocho o el diez por ciento hacia el quinto día puede seguir dentro de lo esperable si el resto del examen físico es normal y el bebé moja los pañales y hace las tomas que le tocan, mientras que un descenso más rápido de lo que marca la curva para esas horas de vida enciende una revisión más cuidadosa aunque el número

absoluto todavía no llegue a ningún porcentaje redondo. La cifra por sí sola nunca cuenta la historia completa, así que el pediatra la lee junto con la lactancia, la hidratación y el comportamiento del bebé, no aislada, de la misma manera en que las señales de hambre y de saciedad importan más que el reloj a la hora de decidir si una toma fue suficiente. Lo que sí tiene un rango bien establecido es la recuperación. La mayoría de los bebés amamantados vuelve a su peso de nacimiento en un promedio de ocho días, y prácticamente todos lo logran hacia las tres semanas; en la práctica clínica ese margen suele resumirse como un objetivo de diez a catorce días, y ese dato tranquiliza en la consulta de control mucho más que el número exacto de la pérdida inicial.

Ese mismo día, o unos pocos después, aparece otra fuente de alarma casi universal entre padres primerizos, la piel y los ojos del bebé que empiezan a verse amarillos. La ictericia neonatal es tan frecuente que gran parte de los bebés sanos la atraviesa en algún grado, típicamente entre el segundo y el cuarto día de vida, con un pico alrededor del cuarto o quinto día, y se resuelve sola en una o dos semanas sin dejar rastro. El mecanismo detrás es sencillo. El hígado del recién nacido todavía está aprendiendo a procesar la bilirrubina que se genera al reemplazar los glóbulos rojos sobrantes del embarazo, y mientras se pone al día, el exceso se acumula un poco en la piel y le da ese tono. Al igual que con el peso, no existe un único umbral numérico de bilirrubina que separe lo fisiológico de lo peligroso, porque el riesgo depende de la edad exacta del bebé en horas y de su edad gestacional al nacer, no de un número aislado. Por eso tanto la Academia Americana de Pediatría como las guías británicas trabajan con nomogramas, gráficas que cruzan el nivel de bilirrubina con las horas exactas de vida, en vez de fijar una cifra que sirva para todos los bebés por igual, y por eso el pediatra pide a veces un análisis de sangre para ubicar ese nivel en la curva antes de decidir si hace falta tratamiento con luz especial o si basta con seguir observando

en casa. Existe, eso sí, una regla temporal en la que ambas guías coinciden, sin ninguna excepción. Una ictericia que aparece en las primeras veinticuatro horas de vida nunca es la variante normal y siempre exige evaluación médica el mismo día, porque a esa edad tan temprana el amarillamiento casi siempre señala algo distinto a la ictericia fisiológica común. Fuera de esa ventana de las primeras horas, lo que debe hacer sonar la alarma es una ictericia que en vez de mejorar avanza del rostro hacia el tronco, los brazos y las piernas, o que sigue empeorando después de la segunda semana en vez de ir apagándose.

Detrás de estas dos preguntas, cuánto pesa y de qué color está, hay un ritmo de visitas pensado para responderlas antes de que se conviertan en un problema. El calendario habitual de revisiones en el primer año arranca entre los tres y los cinco días de vida, ese control temprano donde justamente se pesa al bebé y se revisa la piel, y continúa al mes, a los dos, a los cuatro, a los seis, a los nueve y al año. Cada una de esas citas mide algo distinto según la edad, el peso y la longitud y el perímetro de la cabeza siguiendo su propia curva de crecimiento, los hitos del desarrollo esperados para esa edad, cómo va la alimentación, pero todas comparten la misma lógica de fondo, detectar temprano lo que se sale del camino esperado, cuando todavía es fácil de corregir, en vez de esperar a que el problema se anuncie solo.

En ese mismo calendario de visitas suele aparecer la pregunta por las vacunas, y aquí conviene ser franco sobre algo que estas páginas no van a hacer. No se imprime un calendario fijo de vacunación, ni para Estados Unidos ni para ningún otro país, y no es un descuido. El esquema de vacunación infantil en Estados Unidos atraviesa, en el momento de escribir esto, una disputa activa y todavía sin resolver entre la Academia Americana de Pediatría y el comité federal que fija las recomendaciones oficiales. A comienzos de 2026 ese comité redujo de dieciocho a once el

número de vacunas recomendadas de forma rutinaria para niños, la Academia rechazó el cambio y publicó su propio calendario, y un tribunal federal terminó suspendiendo tanto esa reducción como los nombramientos de los nuevos integrantes del comité mientras el caso avanza en apelación. Imprimir aquí un número concreto de vacunas o un orden de dosis significaría arriesgarse a que quedara desactualizado antes de que el lector terminara de leerlo. Cada país de habla hispana mantiene además su propio esquema nacional, generalmente más cercano al criterio tradicional de la Academia y de la Organización Mundial de la Salud que a la disputa estadounidense, pero distinto en fechas y en vacunas incluidas de un país a otro. La recomendación aquí es siempre la misma, consultar el calendario vigente con la autoridad sanitaria del país donde vive el bebé, o directamente con su pediatra, que son quienes tienen la versión actualizada y saben además si hay alguna razón médica particular para adelantar, retrasar o ajustar alguna dosis.

Vuelta a la báscula del quinto día, con el número que preocupó al principio. Lo que ese número necesita casi siempre no es una cifra de referencia memorizada de antemano, sino la mirada de alguien entrenado que lo cruce con la edad exacta del bebé, con cómo nació y con cómo está comiendo. Eso es precisamente lo que ocurre en cada una de esas visitas del calendario, y es la razón por la que ninguna de ellas conviene saltársela aunque el bebé se vea perfectamente bien en casa. Ir bien, a esta edad, casi nunca se confirma por un solo número aislado ni por una sola visita, sino por cómo se comporta ese número junto con todo lo demás a lo largo de varias semanas seguidas.

Cuándo llamar al pediatra

- Pérdida de peso que sigue avanzando después del quinto o sexto día en vez de estabilizarse: coméntalo de inmediato, sin esperar al control de rutina.
 - Bebé que a los catorce días todavía no recuperó su peso de nacimiento: consulta antes del siguiente control programado.
 - Ictericia que aparece en las primeras veinticuatro horas de vida: llama de inmediato.
 - Ictericia que se extiende del rostro hacia el tronco, los brazos o las piernas, o que empeora después de la segunda semana: llama el mismo día.
 - Piel u ojos amarillos junto con decaimiento marcado, dificultad para despertar al bebé para comer, o pocos pañales mojados: llama de inmediato.
 - Dudas sobre el calendario de vacunas vigente en tu país o sobre si conviene ajustarlo para tu bebé: pregunta directamente a tu pediatra en la próxima cita.
-

CAPÍTULO 7

La guía rápida de señales de alarma

Estas páginas no se leen de corrido como las anteriores. Se abren a las tres de la madrugada con el bebé en un brazo y el teléfono en el otro, cuando algo no encaja del todo y hace falta decidir en segundos si toca esperar a la mañana o llamar ya mismo. Reúnen en un solo lugar las nueve señales que de verdad cambian lo que toca hacer, ya presentadas por partes en los capítulos anteriores, para no depender de la memoria sobre en cuál de ellos venía la fiebre o la ictericia, ni de andar buscando en el teléfono a esa hora.

Cada señal trae tres datos y nada más, qué se observa, por qué importa, y qué hacer en ese momento exacto. Ninguna sustituye una revisión con el pediatra ni un diagnóstico propio; lo que ofrecen es la primera decisión, la de llamar ahora o esperar, que es la que de verdad no puede posponerse. Ante cualquier duda que no encaje del todo en la lista, o que combine dos de estas señales a la vez, la respuesta por defecto no cambia de un capítulo a otro. Llamar y preguntar es siempre mejor que esperar unos días a ver si mejora solo, y ningún pediatra reprocha una llamada de más por un bebé de pocas semanas.

Fiebre según la edad exacta

Qué observar. Temperatura rectal de 38.0°C (100.4°F) o más en un bebé menor de tres meses; 38.3°C (101°F) o más entre los tres y los seis meses; 39.4°C (103°F) o más después de los seis meses. Toma la temperatura por vía rectal durante los primeros tres meses, evita el termómetro de oído antes de los seis, y no confíes en la mano sobre la frente ni en las tiras adhesivas, que no dan una cifra fiable a esta edad.

Por qué importa. En un bebé menor de tres meses, la fiebre puede ser la única señal visible de una infección bacteriana grave, incluso con el resto del cuerpo tranquilo, buen apetito y el ánimo intacto. El sistema inmune todavía no tiene la experiencia para dar más pistas.

Qué hacer ahora. Menor de dos meses, acude a urgencias de inmediato. De dos a seis meses, llama al pediatra sin esperar a que baje sola ni a probar antifebriles antes de avisar.

Dificultad para respirar

Qué observar. Aleteo de la nariz al respirar, el pecho que se hunde entre las costillas o bajo el esternón con cada respiración, un quejido al soltar el aire, respiración mucho más rápida de lo habitual, o labios y cara con un tono azulado.

Por qué importa. Cada una de estas señales muestra un cuerpo que está trabajando de más para conseguir el oxígeno que necesita, y en un bebé ese esfuerzo se agota mucho más rápido que en un adulto.

Qué hacer ahora. Llama a emergencias de inmediato, sobre todo si aparece el tono azulado en labios o cara; no esperes a ver si se le pasa solo.

Letargia

Qué observar. Cuesta mucho despertarlo, duerme muchas más horas de las habituales, come mal o se distrae a mitad de toma sin volver a engancharse, responde poco a la voz o al tacto, o se ve flojo al cargarlo, como si le faltara el tono de siempre.

Por qué importa. En un bebé tan pequeño, este decaimiento puede ser la forma en que se manifiesta una infección grave o un nivel de azúcar en sangre demasiado bajo, antes de que aparezca ningún otro síntoma más reconocible.

Qué hacer ahora. Llama al pediatra el mismo día, y antes si el decaimiento llega acompañado de fiebre o de dificultad para comer.

Vómitos o rechazo del alimento

Qué observar. Vómito con sangre o de color verde o amarillo intenso, vómito en proyectil que se repite entre las dos semanas y los cuatro meses de edad, o dos episodios de vómito real, no la regurgitación normal después de comer, en un bebé menor de tres meses.

Por qué importa. El vómito con bilis puede señalar una obstrucción intestinal; el vómito en proyectil repetido en esas edades puede indicar un estrechamiento en la salida del estómago que necesita corregirse antes de que el bebé empiece a perder peso.

Qué hacer ahora. Vómito con sangre o bilis, llama de inmediato a cualquier edad. El resto de las señales, comunícalas el mismo día en vez de esperar al control siguiente.

Deshidratación

Qué observar. Pañales secos durante muchas horas, la fontanela hundida en vez de plana, ausencia de lágrimas al llorar con fuerza, boca seca, un bebé decaído o inusualmente irritable.

Por qué importa. Un bebé pequeño se deshidrata mucho más rápido que un adulto, porque su cuerpo tiene menos reserva de líquido, y una fontanela hundida ya señala una pérdida considerable.

Qué hacer ahora. Fontanela hundida, atención inmediata. El resto de las señales juntas, aunque la fontanela todavía se vea normal, llama el mismo día.

Ictericia que empeora

Qué observar. Piel u ojos amarillos que aparecen en las primeras veinticuatro horas de vida, que se extienden del rostro hacia el tronco, los brazos o las piernas, o que siguen presentes después de la segunda semana.

Por qué importa. En las primeras veinticuatro horas, la ictericia nunca es la variante fisiológica común que atraviesan tantos recién nacidos; la que avanza por el cuerpo o no cede puede señalar un nivel de bilirrubina que ya necesita tratamiento con luz especial.

Qué hacer ahora. Aparece en las primeras veinticuatro horas, llama de inmediato. Avanza por el cuerpo o no mejora hacia la segunda semana, llama el mismo día.

Infección del cordón umbilical

Qué observar. Pus, hinchazón o enrojecimiento alrededor de la base del cordón, mal olor persistente, sangrado activo que no se detiene con presión suave.

Por qué importa. Mientras cicatriza, el cordón es una vía directa hacia el torrente sanguíneo del bebé, así que una infección ahí avanza con más facilidad que en otra zona de la piel.

Qué hacer ahora. Llama de inmediato.

Sarpullido con fiebre

Qué observar. Manchas rojas o moradas que aparecen junto con fiebre, sobre todo si el bebé se ve muy decaído. En piel oscura, revisa palmas, plantas, párpados interiores y paladar, donde el cambio de color se nota mejor que en el resto del cuerpo.

Por qué importa. Puede ser meningitis. Presionar un vaso transparente contra la piel para ver si el color desaparece tiene un límite que conviene conocer, porque en las primeras horas de una meningitis el sarpullido todavía puede palidecer bajo esa presión, así que un resultado tranquilizador no descarta nada por sí solo.

Qué hacer ahora. Con fiebre y un bebé que se ve muy enfermo, urgencias de inmediato, sin esperar el resultado de esa prueba casera ni a que aparezcan más manchas.

Convulsiones

Qué observar. Rigidez del cuerpo o sacudidas rítmicas que no ceden al sujetarlo, la mirada fija o desviada hacia un lado, cambio de color en la piel o en la respiración, ausencia de respuesta a la voz o al tacto.

Por qué importa. Aunque casi siempre se detienen solas en pocos minutos, una convulsión a esta edad siempre necesita evaluación médica para descartar su causa, que puede ir de la fiebre alta a algo que requiera tratamiento propio.

Qué hacer ahora. Coloca al bebé de lado sobre una superficie segura, no le pongas nada en la boca, y llama a emergencias de inmediato si dura más de cinco minutos, viene con fiebre, se repite, o el bebé cambia de color o de respiración.

Nueve señales, y detrás de todas la misma pregunta. Ninguna exige memorizar un número exacto ni convertirse en médico entre una toma y otra; exige solo una cosa, no quedarse esperando a ver si mejora cuando el cuerpo del bebé ya está avisando de otra manera. La mayoría de las noches de este primer tramo no tienen nada que ver con esta lista, y está

bien que así sea. Pero el día que sí toque usarla, mejor tenerla a mano, aunque sea de madrugada y a medio dormir, que es exactamente para cuándo está pensada.

CAPÍTULO 8

Una nota para quien cuida

Son las tres semanas del bebé y la casa está en silencio, pero quien lo cuida lleva un rato sentada en el borde de la cama sin llorar por nada en concreto, con el bebé por fin dormido en la cuna de al lado y la sensación rara de no sentir alivio. Cambió el pañal, le dio el pecho, lo meció hasta que cerró los ojos, hizo todo lo que hace cada noche, y sin embargo algo en el pecho sigue apretado, algo que no tiene que ver con el cansancio de siempre. Lleva así varios días. Se lo atribuye al parto, a las hormonas, a que nadie duerme lo suficiente en esta casa, y sigue adelante porque hay un bebé que depende de ella y no queda tiempo para pararse a pensar en lo que le pasa a ella misma.

Ese apretón que no cede merece un nombre. Cerca de 13 de cada 100 mujeres reportan síntomas de depresión posparto en los tres meses que siguen al parto, y esos síntomas no siempre se parecen a la tristeza que uno imagina. A veces es llorar más de lo habitual sin causa que lo explique, o una distancia rara con el bebé, como si el vínculo que se suponía instantáneo tardara en aparecer o no terminara de sentirse real. Otras veces es dudar en serio de la propia capacidad de cuidarlo, revisar cada decisión con miedo de estar haciéndolo mal, o perder el interés por cosas que antes importaban, incluido el propio bebé. Ninguna de estas señales, por sí sola, convierte a nadie en mala madre o mal padre; lo que las vuelve relevantes es que persistan.

Ahí está la frontera que conviene conocer. Cuando la tristeza, el agotamiento emocional o esa desconexión duran más de dos semanas seguidas, toca contactar al médico, la enfermera o la partera que lleva el seguimiento, de la misma manera en que se llamaría al pediatra por una fiebre que no baja. No hace falta esperar a tocar fondo ni a que la situación se vuelva insostenible para pedir esa cita. Sin tratamiento, la depresión posparto puede terminar afectando la manera en que se alimenta, se duerme y se comporta el bebé, porque el cuidado de un recién nacido depende en buena parte del estado de quien lo cuida; tratada a tiempo, en cambio, beneficia a los dos por igual.

Vale la pena decir algo más, porque cambia el peso de la culpa. Una de cada cinco mujeres embarazadas no fue preguntada por síntomas de depresión durante su control prenatal, y una de cada ocho tampoco lo fue después del parto. El sistema de salud, con más frecuencia de la que debería, no pregunta. Si nadie preguntó y la respuesta se quedó sin decir, el problema no es haber callado, es que el sistema no siempre abre la puerta para que alguien hable. Pedir ayuda en ese contexto no es un fracaso ni una admisión de que algo salió mal. Es exactamente el mismo gesto que llamar al pediatra a las tres de la madrugada, cuidar de un bebé pasa también por cuidar a quien lo tiene en brazos.

C I E R R E

Vuelven las tres de la madrugada, pero esta vez el bebé ya tiene unos meses y algo cambió en la persona que lo mira dormir. Sigue habiendo noches en las que un llanto raro, una respiración que cuesta o un color de piel que no se había visto antes obligan a pararse y mirar de cerca. Lo que ya no está es la sensación de no saber por dónde empezar. Ese cambio, más que la desaparición de los sustos, es lo que estas páginas se proponían entregar.

A lo largo de los capítulos anteriores la misma pregunta volvió una y otra vez bajo temas distintos, comer, dormir, la piel, el frío y el calor, el llanto, la curva de peso. Cada tema tuvo su propia respuesta, pero el criterio para decidir cuándo actuar se mantuvo idéntico de principio a fin. Ante una señal real, la actitud correcta nunca es esperar unos días a ver si mejora sola. Es llamar al pediatra ese mismo día, sin necesitar estar completamente seguros primero, sin pedirle permiso a nadie para preocuparse.

Nadie memoriza ocho capítulos a las tres de la madrugada, y estas páginas no lo piden. Para eso sirve el capítulo anterior, el que junta todas las señales de alarma en un solo lugar, cada una con lo que hay que observar, por qué importa y qué hacer en el momento. Volver ahí cuando algo inquiete, tenerlo a mano, marcado o doblado en una esquina, cumple mejor su función que releer el libro entero cada vez que surge una duda.

Vale la pena repetir, para terminar, lo que ya se dijo casi al principio. La mayor parte de lo que asusta a quien cuida a un recién nacido por primera vez resulta, mirado de cerca, parte esperable del proceso (el hipo, la piel que pela, un estornudo cada rato, una noche entera sin

ningún patrón reconocible). Reconocer eso como normal no resta vigilancia, la enfoca donde de verdad hace falta, en las señales contadas pero reales que sí piden actuar rápido.

Estas páginas no acortan las noches sin dormir ni alivian el cansancio de los primeros meses. Lo que ofrecen es más modesto, y a la larga más útil. Un criterio claro para distinguir lo uno de lo otro, disponible para consultarse todas las veces que haga falta, sin que preguntar de más sea nunca un error. Cuidar bien a un recién nacido no depende de saberlo todo de memoria. Depende de estar dispuesto a llamar.

FUENTES Y CRÉDITOS

Cada dato clínico citado en estas páginas remite a una fuente verificable, casi siempre una organización médica o de salud pública reconocida, nunca una sola búsqueda suelta en internet. Este es el listado completo, agrupado por capítulo, para quien quiera revisar el original o profundizar más de lo que cabía aquí. Cuando dos guías o dos países divergían en una cifra, el capítulo correspondiente lo señaló en su momento en lugar de elegir una en silencio; el mismo criterio se mantiene en esta lista.

Capítulo 1 — Alimentación

- Academia Americana de Pediatría (AAP) y HealthyChildren.org
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. (CDC)
- La Leche League
- Clínica Mayo

Capítulo 2 — Sueño seguro

- Academia Americana de Pediatría (AAP), política de sueño seguro 2022, y HealthyChildren.org
- CDC / MMWR
- Cleveland Clinic

Capítulo 3 — El cuerpo del bebé

- Academia Americana de Pediatría (AAP) y HealthyChildren.org
- Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS)
- Clínica Mayo
- Dartmouth Health Children's

Capítulo 4 — Vestir, temperatura y el mundo fuera de casa

- Academia Americana de Pediatría (AAP), política de sueño seguro 2022, y [HealthyChildren.org](https://www.healthychildren.org)
- Lullaby Trust y NHS (Reino Unido)
- Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en las Carreteras de EE. UU. (NHTSA)
- Sociedad Pediátrica de Ortopedia de Norteamérica (POSNA)

Capítulo 5 — El llanto

- Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP)
- Happiest Baby, con el respaldo de un ensayo aleatorizado publicado en 2019 en el *Japan Journal of Nursing Science*

Capítulo 6 — Cómo saber que va bien

- Academia de Medicina de la Lactancia Materna (ABM), Protocolo Clínico #3
- Academia Americana de Pediatría (AAP), informe técnico 2022 sobre lactancia y calendario de revisiones pediátricas
- Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención del Reino Unido (NICE)

Capítulo 7 — La guía rápida de señales de alarma

- [HealthyChildren.org](https://www.healthychildren.org) y AAP
- Stanford Children's Health
- Hospital Infantil de Filadelfia (CHOP)
- Clínica Mayo
- NICE
- Meningitis Now

Capítulo 8 — Una nota para quien cuida

- CDC, sistema PRAMS y MMWR
- Oficina de Salud de la Mujer del Departamento de Salud de EE. UU. (Office on Women's Health)

La investigación se completó en julio de 2026. La pediatría cambia de criterio con el tiempo, así que ante cualquier duda sobre una cifra concreta conviene confirmar la versión vigente directamente en la fuente, no solo en estas páginas.

SOBRE BLACK FRAME

Black Frame nació de una apuesta simple, la buena investigación no debería quedarse encerrada en un paper que solo otro especialista sabe leer. El canal Black Frame AcademIA toma papers revisados por pares y los convierte en explicaciones fieles al original, sin recortar la evidencia para sonar más vendible. Black Letter, la newsletter de la editorial, hace el mismo trabajo por escrito, cada artículo remite al paper original y a quienes lo firmaron, porque la fuente importa tanto como la explicación.

Estas páginas pertenecen a la Editorial de Black Frame, que publica en dos colecciones. Frames reúne varios papers de AcademIA alrededor de un mismo tema y los deja convivir en un solo libro. Guías útiles, la colección a la que pertenece esta guía, deja de lado el paper individual y ataca directamente una necesidad concreta de quien la lee, con la misma exigencia de fuente verificable que rige el resto de la editorial.

Todo lo que produce la editorial, del canal a la newsletter y a estas guías, parte de la misma convicción. Ciencia real, sin el hype.