

Conferencia

*Exploración Pediátrica

** José Antonio Menéndez

Resumen

PALABRAS CLAVE:

Exploración pediátrica,
Homeopatía y pediatría,
Niños y Homeopatía,
Repertorización, Infancia.

Si bien es cierto que la exploración física en cualquier paciente debe seguir un protocolo establecido, hay que poner especial énfasis en los pacientes pediátricos, sobre todo cuando éstos son recién nacidos o infantes que no rebasen los tres años de vida. Debe ser así porque ellos, los bebés, no pueden hablar para explicar alguna dolencia o malestar; de allí que los pediatras y los homeópatas deben estar atentos a observar todas las señales que emitan estos pacientes desde el momento que entran al consultorio.

La conferencia que presentamos puede ser considerada una verdadera guía para cualquiera que quiera conocer el mundo de la medicina pediátrica, no solamente por los datos técnicos que aparecen a lo largo de ella, sino por la larga e invaluable experiencia de uno de los poquísimos médicos pediatras homeópatas mexicanos con los que contamos.

Abstract

Although it is true that the physical examination of any patient must follow an established protocol, special emphasis must be placed on pediatric patients, especially if they are newborns or infants not exceeding three years of age. It must be like this because they, the babies, can not talk to explain any ailment or discomfort; Hence, pediatricians and homeopaths should be vigilant to observe all the signals that these patients issue from the moment they enter the office.

*Conferencia dictada el 7 de septiembre de 2013, en la Ciudad de México, durante la celebración del Primer Congreso Internacional Médico Farmacéutico Homeopático, organizado por la Asociación Nacional de la Industria Farmacéutica Homeopática (Anifhom).

**Médico cirujano, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; especialista en Pediatría, Hospital Infantil de México; especialista en Homeopatía, Escuela de Posgrado "Homeopatía de México". Adscrito al Hospital Ángeles Lomas.

KEYWORDS:

Pediatric exploration,
Homeopathy and pediatrics,
Children and Homeopathy,
Repertorization, Childhood.

The conference we present can be considered a true guide for anyone who wants to know the world of pediatric medicine, not only because of the technical data that appears throughout it, but because of the long and invaluable experience of one of the very few doctors Mexican homeopathic pediatricians with whom we have.

En esta charla trataremos la exploración pediátrica, es decir, cómo se debe explorar a un niño, por qué se debe explorar y cuáles son algunos signos y síntomas importantes desde el punto de vista de la repertorización.

Hablaremos de los que nos interesa saber a nosotros, los médicos, en el momento en que estamos explorando a un niño. El objetivo es establecer un esquema para estructurar una exploración física minuciosa y precisa. Los elementos básicos que debemos tener muy claros son:

Datos a través de la observación. Debemos ser capaces de ver lo que hace el niño desde el momento en que entra en el consultorio; cómo lo hace, cómo camina; ver si es tímido, agresivo, violento, o si se esconde detrás de la mamá.

La **palpación** es muy importante, aunque, por ejemplo, en Estados Unidos tienen miedo de tocar a los niños, no los revisan por miedo a demandas... y la palpación es fundamental. Es importante palpar el abdomen; la cantidad de niños con bazo crecido que yo he tenido en el consultorio es importante, hay mucha *fiebre del Mediterráneo* entre la comunidad judía y árabe que yo manejo, y esto no quiere decir que solamente ocurra en ellos. En realidad, cualquier grupo o comunidad que viva en el Mediterráneo lo puede tener: judíos, palestinos, italianos, españoles o franceses; cualquier comunidad puede tenerla, pero es más común en la judía porque es un núcleo cerrado en el que se casan entre ellos.

Los síntomas y signos objetivos se deben buscar en todas las edades, pero es durante la infancia, sobre todo en la lactancia, cuando adquieren su mayor utilidad porque el niño no nos habla. Hay que ver principalmente los signos, que son objetivos, es decir, lo que sentimos, oímos y palpamos; y los síntomas, que son subjetivos. En la infancia es muy im-

portante buscar los signos objetivos, que son los que utilizaremos para la repertorización y para encontrar el medicamento homeopático.

La exploración sistemática empieza con una definición integral. Es decir, la valuación del desarrollo físico global: cómo es la morfología del niño, su estado de nutrición, su actividad, su estado de alerta, su comportamiento, su hidratación y las molestias que refleja. ¿Qué tal si el niño entra cojeando? Puede ser que se le haya dormido la pierna mientras esperaba entrar a consulta, pero también podría ser que presente algún problema en la cadera —que no es raro. En todo caso, hay que mirar los signos vitales.

La experiencia que yo he tenido como maestro en Homeopatía, y la experiencia al comentar con otros médicos diferentes casos, es que la tradición de **no explorar** a los enfermos proviene de la educación que hemos recibido de los grandes maestros, Paschero y Proceso Sánchez, que nunca revisaban a sus pacientes. Esa escuela es la que tenemos en Argentina y México, la de no explorar, pero este aspecto, al menos en el campo pediátrico, es fundamental.

La inspección visual general

Se debe entender que el diagnóstico inicia desde el momento que el paciente entra al consultorio, en brazos o por su propio pie. Hay que observar si el niño llega prendido de la mamá, si trae cara de angustia, ansioso, mirándonos con ojos de terror; o bien, si el niño llega despreocupado, observando todo. Puede ser que el niño llegue caminando, pero escondido detrás de la mamá; que se siente en sus piernas o lo más alejado de ella. Hay que observar todas estas situaciones.

Hay que ver, además, si hay algo del niño que me impacte desde que lo veo por primera vez, algo sobresaliente; es decir, cómo lo percibo y qué me está diciendo desde que entra. Yo tengo la costumbre, si se trata de un lactante, de jugar con él desde el otro lado del escritorio; si es un niño más grande, le digo: “¿cómo estás Juanito?”, le hablo de tú y por su nombre. Son pequeños detalles que abren caminos de comunicación con el niño.

En ocasiones, existen malformaciones evidentes en las que hay que fijarse. ¿Está muy cabezón?, ¿le falta un brazo?, ¿veo que un ojo se le va para otro lado?, ¿el aspecto del sujeto es satisfactorio o se siente incómodo?, ¿parece mostrar dolor o insuficiencia respiratoria?, ¿es indiferente o apático?, ¿existe algún dato importante en la conducta del niño?

La observación es fundamental para tratar de saber lo que le pasa a ese paciente. El olfato, por ejemplo, constituye un parte integral de la valoración clínica. Si empiezo a explorar al niño y me huele a acetona puedo creer que tiene un estado de hiperglucemia brutal que, de inmediato, me hará pensar en diabetes. Si le huele mucho la boca, es decir, si tiene halitosis, la mamá va a decir que le huele por un problema en el estómago, y eso no es cierto, a menos que el niño tenga un problema de hipertensión portal, o que tenga varices esofágicas y sangrado en el esófago; si no, no. El 99.99 por ciento de las veces que el niño tiene mal aliento es por una infección de vías respiratorias altas, o por caries.

Yo le digo a mis pacientes que cualquier ser humano que viva en la Ciudad de México debe tener sinusitis alérgica o infecciosa, o parásitos; si no, no es mexicano. En realidad, todos vamos a tener problemas respiratorios.

Los médicos deben oler líquidos corporales; oler la orina, como lo hacían los clásicos... el vómito, la diarrea. Si hacen un poco de semiología de la diarrea recuerden que solamente por el olor característico de la evacuación podemos ya tener una orientación hacia el medicamento homeopático que le pueden dar al paciente; si es un Arsénico, si es un Sulphur, una Pulsatilla o una Nux. Es que este niño deja apestando todo el cuarto, se dice, y tarda en desaparecer el olor, pues entonces sulphur; si, por el contrario, huele a huevos podridos puede ser Arsénico, sobre todo si está postrado y si tiene sed a traguitos; si hay vómito y diarrea y está decaído, Arsénico, ya para qué le busco.

En la Homeopatía pediátrica, el 90 por ciento de la consulta se relaciona con casos agudos. Siempre debemos tener presentes los signos y síntomas objetivos que nos permitan encontrar rápidamente el medicamento homeopático, pero es recomendable tener en mente una lista de cuáles son los medicamentos más adecuados para manejar casos agudos.

Debe palparse la textura de la piel: si es gruesa, áspera, rugosa, lisa y si hay crepitación; son datos muy importantes en un caso agudo. Si hay crepitación, ¡atención!, porque ha de tener un problema serio en la piel y ¡cuidado! se nos puede morir. ¿Está húmeda o seca?, ¿el niño está tibio o frío?, ¿está todo caliente?, ¿o está caliente, pero las manos y los pies los tiene fríos? ¿Tiene el síntoma del arlequín, en el que se tiene la mitad del cuerpo frío y la mitad caliente?, ¿en qué sitio están las pulsaciones y las vibraciones? Palpen las femorales, y con ese simple hecho de tocarle al mismo tiempo las dos femorales casi, casi se descarta un problema aórtico en el niño.

¿Qué pasa con la percusión? ¿Hay dolor cuando palpo al niño? ¿Cómo puedo saber si un niño está distendido, si tiene el bazo o el hígado crecido, o le palpo una masa abdominal? Percutiendo. ¿Cómo puedo saber si está en una hepatoesplenomegalia real, o si es porque está hiperventilando, si tiene unos pulmones muy distendidos? Percutiendo.

La auscultación nos permite captar signos físicos, ¿qué percibo en el niño, soplos? Son muy frecuentes en la edad pediátrica, pero son soplos inocentes que no tienen una repercusión fisiológica. Así como el niño crece por fuera también lo hace por dentro, pero no es lo mismo el corazón de un bebé, que el de un lactante o el de un escolar.

Los crecimientos nos dan soplos, que son más frecuentes en las niñas que en los varones porque las niñas se desarrollan más rápido; también son muy habituales en las adolescentes que tienen menstruaciones abundantes y cierto grado de anemia. Debemos aprender a diferenciar si el soplo es benigno o maligno, y para eso un pequeño consejo: oigan el corazoncito del niño cuando se encuentre acostado; incorpórenlo bruscamente y acuéstelo otra vez; vuélvanlo a sentar y verán que, habitualmente, desaparece el soplo. Si el soplo persiste, atención, puede ser patológico.

¿Cuáles son las características de los ruidos respiratorios? Sabemos en la materia médica que hay medicamentos extraordinarios, sí, pero hay que observar si los ruidos están en el lado derecho o en

el izquierdo; si se escuchan en la parte superior o inferior, de uno o de otro hemitórax. ¿Cómo son? Son crepitantes, o son estertores gruesos que se oyen a distancia.

Estén atentos a la duración de la inspiración, y si es proporcional al de la expiración, lo que me puede señalar un cuadro de asma, o de obstrucción respiratoria por un cuerpo extraño; si se perciben sibilancias, estertores o frotos, puede tener una pleuritis, una cisuritis.

¿Cuáles son las características de los ruidos del abdomen? ¿Está aumentado la peristalsis; está disminuida o está totalmente ausente? ¿Se perciben ruidos adventicios en el cráneo? Nadie le pone el estetoscopio en el cráneo a un niño. Háganlo, se van a dar una sorpresota porque pueden oír un soplo en el cráneo, lo que puede ser síntoma de un aneurisma.

Los maestros franceses tenían una manera muy sencilla para saber si un cráneo en un escolar estaba roto o no estaba roto (no tenían rayos X). ¿Cómo le hacían? ¿Ustedes han percutido una olla? Percútanla cuando está rota y verán cómo cambia totalmente el sonido de la percusión; si ponen el estetoscopio en la cabeza y lo percuten, escucharán el clásico sonido de la olla rajada. Ese niño traería una fractura y pueden saberlo sin radiografía.

Exploración sistemática

La exploración debe ser sistemática y organizada. Se debe explorar cada región, pero siempre pensar en la totalidad del paciente. El orden de las regiones exploradas depende de la edad; nunca hay que empezar por la boca en un lactante.

La boca es lo último que le reviso a un lactante porque es lo más agresivo. Los clínicos prefieren empezar por la cabeza y de allí seguir hasta los pies, nos lo enseñaron siempre; pero esto no aplica a los pequeños por lo que ya les mencioné; la exploración orofaríngea les causa notable angustia a los niños, por eso es recomendable dejarla hasta el final.

Es importante concentrarse y pensar con rapidez. Recuerden que en pediatría manejamos básicamente problemas agudos. Yo recomiendo preparar el terreno para que la visita sea tranquila y relajada; por eso, tengan muñequitos de peluche en la mesa

de exploración, gasten un poquito y pónganle a la enfermera una bata con figuras de *Mickey Mouse*, de *Los Pitufos*, pero háganle agradable la visita al niño, que se sienta en un ambiente amistoso.

Hay estudios que han demostrado que los padres perciben la duración de la visita al consultorio con base en el tiempo que el médico esté sentado, en comparación con el tiempo que pasa de pie. Los papás valoran mucho la actitud de un médico que no se levanta, que no interactúa; ese sedentarismo del médico porque no explora, porque sólo pregunta unas cuantas cosas, porque hace rápido una historia que sólo pregunta por el síntoma principal, los papás lo toman en cuenta. Luego no se quejen si no les quieren pagar la consulta.

Si el paciente es pequeño, lo ideal es permitir que la mamá, o la sustituta —la nana o una enfermera muy capacitada—, sea muy amable, muy empática y que lo abrace mientras ustedes escuchan el tórax, el pecho; después acuéstelo, aunque de entrada tampoco es lo adecuado.

Recordemos que el crecimiento y el desarrollo tienen una dirección cefalocaudal, un ritmo y una secuencia, una velocidad de amplitud; hay un momento, una oportunidad y hay un equilibrio. ¿Cómo es esto? En los niños vamos a ver que el desarrollo neural es muy rápido al principio, y lento después. A los seis años, el tejido nervioso ya representa el 90 por ciento de la masa que tendrá como adulto.

Sistema linfático

Es lento primero, rápido en los años postescolares. A los 10 años más o menos, según el sexo, representa apenas el 10 por ciento de la masa que tendrá en el adulto. Cuando hablemos de la exploración en los genitales les daré algunos tips para ver si están bien, o no, sobre todo los genitales masculinos.

El desarrollo del sistema linfático es muy rápido en los primeros años de la vida. A los 6 años tiene una masa superior a la de un adulto, hasta un 120 o 130 por ciento más de lo que va a tener de adulto, y este detallito es lo que ha hecho ricos a los otorrinos. Todos los niños, y evidentemente más en un ambiente contaminado como el que tenemos en las grandes urbes, deben tener un sistema linfático de defensa hiperdesarrollado; entonces, nada más de rápido les

digo que hay cinco indicaciones reconocidas por la Academia Estadounidense de Pediatría para operar de adenoide y amígdala:

1. Absceso periamigdalino (una bolsa de pus alrededor de la angina).
2. Absceso retrofaríngeo (bolsa de pus atrás de la angina).
3. La detención en la talla y el crecimiento. Son como bonsáis, si yo tengo a un niño como un arbolito metido en una macetita no tiene suficiente espacio para crecer, pero potencialmente, genéticamente, tiene esa capacidad, acuérdense de Aristóteles. Si yo tomo ese bonsái, lo saco de la macetita y lo pongo en un terreno fértil va a crecer. Si el niño no oxigena no se va a desarrollar a la misma velocidad que un niño que sí oxigena.
4. La fiebre reumática, que es muy rara, pero es indicación de retirar ese foco infeccioso.
5. Apnea del sueño; quizá sea la más común actualmente. Se trata de niños que tienen un patrón respiratorio anormal a la hora de dormir. Están respirando normal, dejan de respirar fracciones de segundo o segundos, respiran rápido, se vuelve a estabilizar, se vuelve a parar; a la larga, este problema es condicionante de hipertensión pulmonar y crecimiento cardiaco. Es indicación de quitar ese proceso obstructivo. No se lo voy a quitar fácilmente (sí puedo quitárselo con glóbulos), pero como es un problema agudo hay que quitar ese proceso obstructivo.
6. Dije que eran cinco razones, pero hay una sexta: se operan por cuestión comercial. No caigamos en ese jueguito, los niños deben tener hasta los cinco o seis años crecimiento de adenoides y amígdalas en forma normal. A partir del quinto, sexto o séptimo año, si estaban como uvas empiezan a hacerse como pasitas, se atrofian y no necesitan operarse.

Desarrollo y crecimiento

El proceso del desarrollo está diseñado para producir un individuo autosuficiente e independiente en la

madurez. Que lo logre o no lo logre depende de todos los procesos morbosos, de todos los obstáculos, de todas las enfermedades que vaya teniendo en el transcurso de su vida. Obviamente, uno de los más importantes va a ser la nutrición porque si tenemos un niño desnutrido difícilmente se va a recuperar.

Hablando un poco de eso quiero decir que, en el asunto de la leche materna, no podemos “entercarnos” de que le tenemos que dar forzosamente leche materna al niño. Claro, es la mejor; mejor que la leche de otro animal. Por cierto, aunque no lo crean, la leche que más se asemeja en calidad a la leche materna es la leche de burra.

En pediatría, tenemos más de 120 gráficas diferentes para describir todo lo que se les ocurra acerca del crecimiento de un niño; tenemos de todo en pediatría, incluso para medir la velocidad de crecimiento de los dedos meñiques. Si vemos que un niño, de acuerdo a las gráficas, está perdiendo talla y peso, cuidado; el peso se recupera, pero la talla perdida el primer año de vida difícilmente se va a recuperar en la etapa adulta.

Valoración del niño

De acuerdo con las edades, lo primero que vamos a ver como médicos es valorar al recién nacido, valorar el Apgard (proviene de Virginia Apgard, pediatra y anestesióloga estadounidense). Curiosamente, en muchos países del mundo no se valoran a los niños recién nacidos; en Estados Unidos, por ejemplo, difícilmente lo hacen, porque muchos de los niños recién nacidos en ese país no son atendidos por médicos, sino por parteras o matronas.

Es importantísimo que valoren a los niños al nacer. Recuerden que los **primeros cinco minutos de la vida** de un niño lo van a marcar para toda su vida. Como broma: si está bien oxigenado, bien atendido, probablemente será pediatra; si no está bien atendido, político probablemente.

Hay que atender el aspecto general: ¿cómo es el llanto del niño: ¿potente, débil? ¿Se puede calmar el llanto? ¿El color es azulado, rosado? ¿Respira sin problemas? ¿Está tranquilo o es ruidosa su respiración? ¿Hay periodos de apnea? ¿Cuál es su postura, existen malformaciones obvias? Éste último es un aspecto terrorífico para nosotros, como pediatras

neonatólogos, ya que es horrible detectar en un niño rasgos de síndrome de Down o alguna otra trisomía, la 18 o la 13. No sé si lo sepan, pero uno de cada 600 niños tiene síndrome de Down; y si son tantos, ¿por qué no los vemos en la calle? Porque los esconden. Se trata de un tema ético que alguna vez trataremos en otra sesión.

Si veo a un niño con cataratas congénitas, ¿en qué piensa uno?: rubeola. Hay que atender la cabeza, es necesario revisar forma y tamaño, si se observan malformaciones; si el cráneo tiene forma irregular; ¿hay prominencias, manchas, vesículas, úlceras o traumatismos? ¿Hay moldeamiento? ¿Hay cefalohematoma o caput succedaneum? Debemos tener la capacidad de distinguir si lo que le sucede al niño es porque dejaron a la mamá muchas horas en labor de parto, y si la señora es una madre primeriza, por ejemplo.

Recién nacido de término

Los niños en esta condición presentan una descamación (se les pela la piel) y eso es normal; también hay una cicatrización umbilical, que ha despertado mucha controversia porque las abuelas apenas y se les cae el ombligo les ponen frijolitos, pasitas, canica o algodón. El que tiene hernia umbilical la va a tener, le hagan lo que le hagan. Esta **hernia umbilical fisiológica** se tiene que cerrar durante los dos primeros años de vida del niño, y no tiene caso que hagan algo porque lo único que están favoreciendo es una infección peligrosa.

Hay que mencionar la **caída transitoria del peso**. No se asusten si el niño baja de peso la primera semana de vida; en realidad tiene que bajar entre un 5 y un 8 por ciento de su peso. Tiene que deshidratarse porque estuvo en una bolsa de agua durante nueve meses (metan la mano en un recipiente con agua durante todo un día y verán que, cuando la saquen, estará arrugada e hinchada): el niño pierde líquido y es normal que baje de peso, pero a partir de la segunda semana de vida debe empezar a recuperarlo.

Para nosotros, como pediatras, es mucho más importante valorar al niño a los 15 días de vida, que a los cuatro o cinco. A los 15 días el niño debe pesar más de lo que pesó al nacer, y si no lo hace es por una de las dos siguientes razones: o la leche materna es insuficiente, o el niño se infectó; en este

último caso, puede que el pequeño no tenga diarrea, y que sólo haya una sobrepoblación bacteriana intestinal. Es decir, que habrá muchas bacterias que no son patógenas, pero que sí comen.

Por otra parte, existe una ictericia fisiológica del recién nacido, pero ¿por qué se genera? El niño en el vientre de la madre tiene un tipo de sangre especial, la sangre fetal, que es una hemoglobina muy especializada y capacitada para tomar el oxígeno a través de la madre. En cuanto un niño nace tiene que hacer un intercambio, tiene que destruir todos esos glóbulos rojos fetales y producir glóbulos rojos maduros que le permitan tomar, por sí mismo, el oxígeno a través de sus pulmones. Esa destrucción masiva se produce en estos primeros días de vida.

El hígado es como una gran fábrica. Si el hígado solamente tiene que metabolizar los glóbulos rojos no se pone tan amarillo, pero resulta que el niño también tiene que procesar la leche materna, que es totalmente diferente al líquido amniótico. La leche materna tiene una hormona que también va al hígado y este órgano se ve comprometido y dice: “bueno, ¿me dedico a la leche o me dedico a los glóbulos? Si me reparto los dos procesos, seguro se me acumula la carga de bilirrubina”. La recomendación es decirle a la madre que deje de darle su leche por tres días, y poner al bebé al sol; con eso se le quita. El hígado procesa y se pone en orden; obviamente madura en esos tres, cuatro días. De esa forma, le vuelven a dar la leche al niño y ya no se pone amarillo.

En Argentina hay estudios que reportan que la mamá extrae la leche, le da una hervidita y con eso modifica por completo su naturaleza. La mamá lo puede hacer, pero es muy molesto; mejor se la deja de dar por tres días y no le va a pasar nada. El problema es la angustia materna, porque también podrías explicarle a la mamá que exponga al niño al sol durante todo el día, junto a la ventana sin que le dé el rayo solar directo; necesitamos la luminosidad. El niño debe quedar a medio metro del rayo solar, con unos calentadores alrededor. Si lo dejan allí todo el día y le siguen dando pecho, no se preocupen por lo amarillo.

El problema con la coloración amarilla se relaciona con la barrera hematoencefálica; después de los primeros siete, ocho días de vida, no hay ningún problema con el niño, no importa si se pone amarillo, naranja, no le va a pasar nada, ya no se pigmenta el cerebro. Antes de ese periodo, la barrera hematoencefálica es muy permeable y ese pigmento puede atravesarla y producir una enfermedad llamada kernícterus, que provoca un retraso mental irreversible.

Ahora nos quieren vender la idea de que todos los niños son intolerantes a la lactosa. En realidad, el niño nace con una capacidad digestiva reducida en volumen. Los libros de pediatría nos engañan; los libros clásicos nos dicen que un niño recién nacido tiene una capacidad gástrica de una centésima parte de su peso; es decir, si un niño pesó tres kilos, sólo le cabe una onza: falso. Tenemos niños que desde chiquitos toman dos, tres onzas; depende del niño.

El niño tiene una capacidad reducida porque tiene un estomaguito, pero suficiente en el aspecto digestivo. El niño, desde que nace, tiene lactosa, pero no es lo mismo que yo me fume un cigarro a que me fume una cajetilla. El niño tolera cierta cantidad de lactosa, pero más de esa carga no la puede digerir y entonces fermenta, se distiende, tiene gases, cólicos; y entonces, todos tienen reflujo. No, no tienen reflujo, ese es otro gran mito.

Ojos, oídos, nariz y algo más

¿Qué debemos ver en los ojos de los recién nacidos? Revisar tamaño, forma, posición; si hay anomalías congénitas como las cataratas que ya mencioné, si hay estrechez del conducto lagrimal, que es frecuente, muy frecuente, y que se relaciona con el hecho de que los niños tengan muy separados los ojitos y el puente no se ha formado. En cuanto al niño le crece el puente de la nariz, amplían este ángulo y se les destapan los conductos lagrimales; eso les lleva el primer año de vida y por eso todos los niños recién nacidos son chatitos.

¿Las escleróticas son amarillas o azules? En el primer caso, se debe a la ictericia; en el segundo, si tienen Enfermedad de Wilson, un problema metabólico. Hay hemorragias esclerales, opacidades en cornea, queratocono, cornea plana. ¿Cuál es la reacción pupilar a la luz? Recuerden, desde que son recién nacidos se puede definir si un niño tiene problemas severos de visión.

El color de los ojos, algo que tanto les preocupa a las mamás, se define hasta después de los cuatro meses de vida, no antes. La razón: todavía no se han formado los bastones fotorreceptores.

¿Cuál es la morfología y posición de los oídos? Si hay anomalías cerca del oído, esto es importantísimo, porque desde esta edad yo puedo detectar

si un niño tiene un apéndice preauricular. Cuidado, casi, casi revisen los riñones, porque es muy frecuente la asociación de estos apéndices con problemas de malformaciones renales.

¿Hay respuesta al sonido súbito? Desde recién nacido, podemos saber si un niño tiene problemas auditivos; si es sordo, por supuesto que lo podemos detectar desde recién nacido. Hay problemas de sordera que podemos resolver, ya sea con medicamento homeopático —que funciona—, o con estimulaciones neuroauditivas especiales; y si no, con un implante coclear, pero es importante saber si oye o no oye.

¿Cómo es la nariz? Los bebés respiran a través de la nariz y a veces tienen dificultad para adaptarse a la respiración por la boca. En una ciudad como la de México todo el mundo tiene moco, y moco es moco: es la misma sustancia en recién nacidos y en adultos, un polisacárido, pero hay que ver el tamaño de las narinas de un adulto y las narinitas que tiene un bebido. Entonces, a mí el moco no me obstruye; a él sí. Hay que lavarle la nariz con las soluciones salinas (suero) que hay en el mercado y aspirar el moco, antes de comer por supuesto, porque es horrible comer con la nariz tapada; ¿cómo puedo mamar del pecho o de la mamila si estoy obstruido?, no puedo. Traga leche y aire, y si traga mucho aire le va a dar reflujo e hipo, o bien cólico si hay una distensión abdominal.

Hay que buscar malformaciones obvias en paladar, encías y labios. ¿Existe simetría? ¿Se detectan hendiduras, labio o paladar hendido? Puede no tener el labio hendido, pero sí el paladar; puede tener un paladar ojival. ¿Hay parálisis de los pares craneales?

En el caso del cuello, es muy frecuente que haya tortícolis en el músculo esternocleidomastoideo de los recién nacidos por un parto distócico, lo que se debe a que hay algunos ginecólogos un poco bruscos. ¿Hay masas en la línea media? ¿La movilidad del cuello es normal? ¿Hay dolor al moverlo? Hay que buscar malformaciones obvias: observar si el tórax es simétrico y si, por una maniobra brusca del pediatra, se le produjo un neumotórax; lo podemos ver y detectar, recuerden que el bebé es muy elástico y podemos detectar si el bebido tiene un tórax asimétrico. Escuchen, auscúltelo, coloquen el estetoscopio allí.

¿Respira en forma cómoda el niño, hay aleteo en fosas nasales, hay tiraje, movimientos circulares de la cabeza, gruñidos, se detectan anomalías externas? Los pezones supernumerarios son más

comunes de lo que se imaginan, y como somos mamíferos, es frecuente encontrar una hilera con uno o dos, o varios pezones supernumerarios. No les van a crecer pechitos, no; si son muy notorios se los quitamos con una operación, pero habitualmente ni se notan, se atrofian y desaparecen.

¿Se palpan crepitaciones en el tórax o hay fracturas de clavícula por un parto distócico? ¿Se auscultan soplos? ¿Hay disneas, apnea o taquipnea? Hay que aprender todas estas cosas.

En el caso del perineo, ¿cómo son los genitales de la recién nacida? Pueden presentar edema de los labios mayores, de hecho casi siempre los presenta; la expulsión de una sustancia cremosa por la vagina, a veces con estrías de sangre, se debe a hormonas de la madre. Es normal, no la lastimaron, es normal que la niña tenga una gotita de sangre por vía vaginal, pero hay que examinar la posibilidad de virilización.

En el niño: el pene normal de un recién nacido debe ser mayor a 2.5 centímetros. Si no es así, cuidado, algo está pasando allí, a nivel hormonal o a nivel físico. Hay que revisar si se trata de una hipospadía, que se nos van muchas. Se debe examinar la posibilidad de una posición anormal del meato; examinar escroto, hernias, hidrocele, tamaño testicular, posición de testículos en bolsa escrotal (es muy frecuente que los testículos no desciendan).

Recuerden que los testículos se forman arriba, a nivel de las suprarrenales, allí se forman en el transcurso de la gestación, van bajando por un canal inguinal hasta que caen en el escroto, pero pueden atorarse. Todavía hace unos cuatro años se decía que había que esperar hasta los dos o tres años para operarlo; hoy por hoy se ha visto que no y lo que se recomienda es que se efectúe una operación antes del año de vida.

Se les puede dar Homeopatía, sí, pero resulta que no todos los pacientes se encuentran en el mundo homeopático. Lo que procede es hacer que bajen los testículos porque, de lo contrario, se reduce su tamaño y se canceriza.

¿Hay ano o no hay ano? Curiosamente, un médico mexicano reconocido mundialmente creó una técnica revolucionaria para formar el ano para niños que nacieron sin él. Es el doctor Alberto Peña, que hoy se encuentra en Boston pero que es egresado del Hospital Infantil "Federico Gómez".

Otros aspectos

Se deben revisar extremidades superiores, brazos, manos y dedos, así como identificar fracturas o malformaciones. Hay que ver si el recién nacido está alerta, somnoliento, activo, letárgico, tenso o relajado, quieto o inquieto. ¿Se puede consolar al recién nacido?

Los niños ven perfectamente bien a una distancia de entre 40 y 50 centímetros, en tercera dimensión y distinguir todos los colores, aunque prefieren los primarios. Sucede que a los niños, por la inmadurez del nervio óptico, les interesa el continente de la cara, no el contenido, por eso es que cuando ven un rostro, recorren el perímetro hasta que un punto del contorno captura su atención; es por eso que hacen "bizquitos". Eso es normal si lo hacen durante el primer año de vida, y ocasionalmente.

La mamá debe esperar a que llore, que pida de comer. La naturaleza no se equivoca, un niño normal debe chuparse el dedo, si quiere o si no quiere; por eso, el chupón siempre es un acto impositivo que quiere decir: "¡cállate, me haces sentir mala madre!, no te entiendo, estás llorando y no sé qué te pasa, ¡cállate! Uno de cada 100 niños requiere chupón, por ejemplo, en quienes tienen el riesgo de muerte súbita o de cuna, el chupón es un recordatorio; el niño succiona y eso estimula. Sin embargo, estos casos son raros.

A las mamás les preocupa que su hijo se chupe el dedo hasta los cuatro años; es normal que lo haga un año y medio, máximo dos años, pero en un niño mayor de dos años, hay que averiguar si hay algo en su entorno, algo que le parezca aversivo y que ocasione, que el niño se aisle y se gratifique solito. Si hay maltrato en el hogar o la escuela, o por parte de la nana, los primos o los hermanos mayores; si nació un hermanito y hay un mal manejo de los padres que provoca celos; si los papás están ausentes, viajan mucho o se pelean todo el día, o si hay sensación de abandono, resuelvan el problema y el niño dejará de chuparse el dedo.

Revisen las caderas, tomando en cuenta que hay una proporción de cuatro mujeres por cada niño. Hay que ver si se zafa la cadera, si se sale de la cadera el fémur; pongan al niño acostado en una superficie plana y doblen las piernitas; si una de ellas está más alta que la otra, este niño tiene un problema de cadera.

Signos de alerta

Como médicos debemos reconocer cuando hay ausencia de respuesta refleja ante un sonido, es decir, si no hay parpadeo, agitación o inquietud y no despierta ante un ruido, una palmada fuerte, un silbato, una campana. También en el caso de los trastornos del estado de vigilia: si pierde la consciencia de manera brusca, si está comiendo y de repente se desmaya, o está jugando y se desvanece, ¡cuidado!, puede tener un grado de epilepsia; si presenta irritabilidad persistente o si su actividad general del cuerpo está disminuida, no le hagan al héroe, mándenlo con el pediatra ya que muchas de estas cosas les pueden traer muchos dolores de cabeza si no saben cómo manejarlos. Mucho cuidado si hay un niño con movimientos de cabeza repetitivos, es decir, un niño que se esta balanceando, ¡atención!, piensen en autismo.

En caso de que la voz de la madre no tranquilice al niño, cuidado, porque la voz debe ser somnifera para el bebé; también si hay mucha rigidez en piernas y brazos, la madre refiere que es muy difícil colocarle la ropa, que tiene las piernitas “en tijera”. Un niño de entre dos y seis meses, ¿cómo es? Ya tiene actitudes sociales: sonríe, sigue los objetos con la mirada, tiene habilidades motoras, ya vocaliza.

También son signos de alerta a estas edades: no alza los brazos para que lo carguen, no reacciona a sonidos fuertes, no hay sobresaltos ante ruidos molestos, no le llama la atención ningún tipo de sonido, es probable que está sordo, ciego o autista. Atención, también, si tiene llanto débil, se le escucha llorar muy esporádicamente, el tono es monótono, poco intenso y sin variaciones, es decir, un niño con hiporrespuestas.

Si el niño tiene respuesta ausente o escasa ante estímulos visuales, no parpadea ante una luz brillante, no hay reflejo pupilar, que yo sepa no hay tratamiento homeopático. Mándenlo con el oftalmólogo pediatra. Si no fija la vista en objetos, ni en el rostro de la madre, y si no la sigue cuando se mueve de un lado a otro, ese niño está ciego.

Otros signos de alarma son los siguientes:

- Alteraciones del reflejo de succión; chupa con muy poca fuerza, se atraganta con frecuencia, tose mientras se alimenta, se alimenta con lentitud, convulsiones de cualquier tipo, movimientos intempestivos de sus extremidades y chupeteo sin razón. Todas estas son manifestaciones de **epilepsia**.

- Asimetría en los movimientos o actitud postural de las extremidades; muy poco control del cuello después del primer mes; la cabeza es bamboleante, no se observa que sea capaz de controlarla ni por un instante; poca movilidad de brazos y piernas, acompañada de escasos movimientos que no se oponen a la gravedad. Tiene una **parálisis**.
- Los brazos y las piernas son flojitos y blanditos; hipotonía del tronco; hay una hiperextensión de la cabeza, persistentemente rotada hacia un lado.

Cualquiera de estos signos de alerta, mejor canalícenlos con un especialista. En mi opinión, estos niños necesitan neuroestimulación, una rehabilitación.

Signos de alerta en etapas posteriores

- Ausencia de apego o acercamiento afectivo con la madre.
- Indiferencia o apatía hacia el entorno.
- Escasa socialización. No se interesa por los juguetes.
- Poca respuesta a estímulos visuales; sólo se percata de cosas grandes, y no de las pequeñas.
- Ausencia de balbuceo.
- Tipo de conducta repetitivo.
- Una mano más torpe que la otra.

Signos de peligro en etapa preescolar

Es important notar cuando el niño no encuentra objetos ocultos, porque eso significa que no desarrolla todavía la permanencia de objeto (que empieza a los ocho meses); eso quiere decir que no puede tener la representación mental de algo que no observa: “si no te veo, no existes; tengo que verte para que existas”.

También debemos poner atención cuando no hay reacciones al estímulo de señalar y pedir; no

se interesa o atiende los eventos que a todo el mundo le suelen llamar la atención; no imita gestos o movimientos con las manos (decir adiós, por ejemplo). ¡Cuidado!, si el niño no lo hace a esta edad hay un problema por allí.

Otros aspectos a considerar:

- Hay regresión o pérdida de habilidades o adquisiciones del lenguaje; ausencia de comunicación no verbal, pérdida de conductas conseguidas en etapas anteriores; reflejo de Babinski a esta edad.
- No disfruta o se inquieta cuando se juega a que las personas se esconden, no imita juegos ni acciones.
- No disfruta cuando le hacen “caballito” sobre el muslo, no es capaz de jalar a la madre para mostrarle un objeto, no presta atención a juegos infantiles.
- No se puede mantener contacto visual con el niño durante su evaluación.
- No encuentro mucha congruencia; sugeriría eliminar esta parte sigue llevándose a la boca todos los objetos que agarra, y que pasa continuamente de una actividad a otra.

Recuerden, nunca debemos dejar de preguntarle al niño, que es el sujeto de nuestro estudio; claro, cuando pueda responder. Un niño siempre se va desarrollando dos pasos para adelante y uno para atrás, pero siempre tiene una dirección o avance. Hay retrocesos, es normal, pero nuestro papel, como médicos, es ayudar para que no se quede en el retroceso permanente.