DIFERENTES TIPOS DE PARTO

PARTO PREPARADO

El término **parto preparado** se refiere aquí a la preparación física, social, intelectual y emocional para el nacimiento del bebé. El buen cuidado físico del cuerpo proporciona un ambiente favorable para el feto en crecimiento, y el condicionamiento físico prepara al cuerpo para el parto y el nacimiento. La preparación social del hogar y la familia brinda un ambiente seguro en el que pueda crecer el niño. La preparación intelectual asegura la instrucción adecuada y la comprensión del proceso de nacimiento, la hospitalización prenatal y postnatal y el cuidado del niño. La preparación emocional minimiza el miedo y la tensión, de modo que el nacimiento pueda ser tan placentero e indoloro como sea posible.

Como se emplea en este contexto, parto preparado no necesariamente significa que el trabajo de parto se realice sin medicamentos, aunque si la madre lo desea puede excluir su uso.

No sólo se hace énfasis en el nacimiento natural (pues es cierto sentido todos los nacimientos son naturales), sino en la preparación global de la mujer y su compañero para la experiencia de convertirse en padres.

MÉTODOS DE PARTO NATURAL

El método Dick-Read

El doctor Geantley Dick-Read (1953), un obstetra inglés inició el concepto de parto preparado en un artículo publicado en 1933 y luego en su libro *Childbirth Without Fear*. Él creía que el temor ocasiona tensión que inhibe el proceso del nacimiento, por lo que consideraba que si las mujeres fueran educadas para comprender lo que sucedía en su cuerpo podrían eliminar tensión y temor. Si además eran condicionados para la experiencia, sería factible eliminar el dolor durante el parto sin necesidad de medicamentos en casi todos los casos, salvo algunas excepciones. Las mujeres a las que no se administraban fármacos durante el alumbramiento tenían bebés perfectamente sanos, y podían reanudar sus tareas más pronto que las que habían sido anestesiadas.
Tres elementos importantes del método Dick-Read son:
1. La educación acerca del nacimiento, que incluye la extinción de antiguos temores, mitos y concepciones erróneas.
2. Condicionamiento y ejercicios físicos, relajación muscular y voluntaria y respiración apropiada.
3. Apoyo emocional del compañero, la familia, enfermeras y médico durante el embarazo y el parto.
La aproximación del Dick-Read es un método bastante pasivo, que enfatiza la relajación y la respiración adecuada en cada contracción.

El método Lamaze

El método Lamaze, originado en Rusia, fue introducido en Occidente en 1951 por el doctor Fernand Lamaze (19701), un obstetra francés.
Los siguientes elementos son importantes del método de Lamaze:
1. Educación acerca del nacimiento, incluyendo la habilidad para relajar músculos que no participan en el proceso del parto.
2. Condicionamiento físico por medio de ejercicios 3. Respiración controlada y la técnica psicológica para la prevención del dolor y la capacidad de liberar la tensión muscular "dejándose ir".
4. Apoyo emocional durante el trabajo de parto, principalmente mediante la instrucción del compañero para que aprenda técnicas de apoyo y soporte.
El método Lamaze hace hincapié en la relación y comunicación de la pareja. En este método como en el de Dick-Read, es esencial la atención de la partera o de otra persona entrenada para atender el proceso del nacimiento (Bean, 1974). El rasgo que distingue el método Lamaze es su insistencia en enseñar a la mujer que puede tener el control durante la experiencia.

Crítica

El parto preparado, por el método que sea, no está exento de críticas, especialmente si el defensor remarca el trabajo de parto sin medicamento.

La opinión médica está cambiando gradualmente en relación con el papel del padre. Como los padres son animados a asistir a clases con sus compañeras y a actuar como "directores técnicos" o *couches* durante el parto, muchas parejas insisten en su presencia durante todo el proceso hasta el alumbramiento. Ciertamente, la disposición del compañero a participar en el nacimiento puede ser un factor importante para el bienestar físico y la satisfacción en la experiencia de su compañera. Un estudio reveló que los padres que estaban presentes en el parto mostraban más interés en mirar hablar a sus bebés que los padres que no asistían. Para evitar malos entendidos, el tema de la presencia del padre durante el parto debe ser discutido de antemano entre la pareja y el médico. En algunas culturas no se permite que el padre asista al nacimiento de sus hijos, y hay quienes no desean estar presentes.

La mayoría de los obstetras aceptan muchos de los conceptos del parto preparado y considera que pueden ser de utilidad. Los beneficios combinados de la sugestión psicológica y de la buena condición física pueden aumentar la comodidad y la felicidad de la madre durante el proceso de alumbramiento.

TRABAJO DE PARTO

Los inicios

El verdadero trabajo de parto es de naturaleza rítmica: recurre a intervalos fijos, con contracciones uterinas, que por lo general aparecen con lapsos de aproximadamente 15 a 20 minutos para luego disminuir a intervalos de tres a cuatro minutos cuando el parto está en proceso. Además, la duración total de cada contracción se incrementa de menos de medio minuto a más de uno.

La expulsión del tapón mucoso, o descarga del tapón mucoso que sella el cuello del útero puede preceder al inicio del parto hasta por 72 horas.

En otros momentos, es una indicación de que ha empezado el trabajo de parto.

En ocasiones, el primer signo de la inminencia del parto es la ruptura del saco amniótico (la bolsa de aguas), seguida por una filtración o goteo de líquido acuoso de la vagina. En la octava parte de todos los embarazos, especialmente en los primeros, las membranas amnióticas se rompen *antes* de que empiece el parto. Cuando esto sucede, el parto tendrá lugar de seis a 24 horas más tarde si la mujer se encuentra a unos cuantos días del término. Si no está cerca el término, los doctores intentan demorar el parto hasta que los pulmones del feto hayan madurado.

Por lo general se recomienda el reposo absoluto en el hospital y, de ser necesario, se prescriben medicamentos. Si se sospecha que existe infección o si se ha alcanzado la madurez fetal, se permite que tenga lugar el parto.

Sin embargo, aproximadamente la mitad de las veces la bolsa de agua no se rompe sino hasta las últimas horas del parto.

Duración

Bean (1974) estudió a 10 000 pacientes que dieron a luz en el Hospital Johns Hopkins. El estudio abarcó la duración del parto de cada paciente desde el inicio de la primera contracción hasta la expulsión de la placenta. La duración promedio del parto para las mujeres *primíparas* (para las que era su primer parto) era de 10.6 horas, para las mujeres *multíparas* (se refiere a todos los partos después del primero), era de 6.2 horas. Una mujer en 100 puede anticipar que su primer hijo nacerá en menos de tres horas. Una mujer en nueve requiere más de 24 horas.

Etapas

El proceso real del trabajo de parto puede dividirse en tres etapas. La primera, y más larga es la *etapa de dilatación*, durante la cual la fuerza de los músculos uterinos que empujan al bebé gradualmente van abriendo la boca del cuello uterino (*Cervix*) que aumenta su diámetro de menos de dos a 10 centímetros. La mujer no puede hacer nada para ayudar, excepto relajarse tan completamente como le sea posible y permitir que los músculos involuntarios hagan su trabajo. La dilatación progresa más rápido si la madre no está tensa. La dilatación se ha completado cuando la cabeza del bebé puede empezar a pasar a través del cuello uterino.

Cuando se logra la dilatación completa del cuello uterino empieza la segunda etapa, durante el cual *el bebé pasa por el canal del nacimiento*. Cuando vienen contracciones fuertes, la mujer empuja y se relaja alternativamente para ayudar al bebé a pasar por la vagina. Cuando el bebé

ha nacido y ha sido atendido, la atención del obstetra vuelve a la madre para auxiliarla en la tercera parte del trabajo de parto, que consiste en la *expulsión de la placenta.*

Uso de anestesia

Para aliviar el dolor del parto puede utilizarse anestesia general, local o regional. La anestesia general afecta al cuerpo actuando sobre todo el sistema nervioso; puede hacer más lento o incluso detener el trabajo de parto y disminuir la presión sanguínea de la madre. Cruza la barrera placentaria y afecta también al feto, reduciendo las respuestas del recién nacido. La anestesia local o regional bloquea el dolor en áreas específicas, y algunos anestésicos tienen un efecto mínimo sobre el bebé. En la tabla 4.1 se describen varios tipos de anestesia de cada categoría.

Supervisión del feto

La *supervisión electrónica del feto,* por medio de dispositivos externos aplicados al abdomen de la mujer, detecta y registra el tono cardiaco del feto y las contracciones uterinas. También pueden utilizarse conductores internos con un electrodo adherido al cráneo del feto e introducir un catéter por el cuello uterino para medir la presión del líquido amniótico. Por lo general se usan dispositivos externos en el caso de embarazos de alto riesgo o problemáticos. Muchos obstetras recurren a la supervisión externa del feto de manera rutinaria; otros en cambio sienten que nos siempre es necesaria y que restringen el movimiento de la madre. Si ocurre un problema o si se le ha identificado previamente, se emplea la supervisión interna para obtener información más confiable acerca de los patrones cardiacos del feto y los patrones de las contracciones uterinas. Hay cierto desacuerdo entre los médicos respecto a cuándo utilizar la supervisión fetal.

PARTO NORMAL

En el parto normal la cabeza del bebé sale primero, mientras que el cuerpo rota para que salga primero un hombro y luego el otro, lo que permite que el resto del cuerpo del bebé salga sin dificultad. La nariz, boca y faringe del bebé son aspiradas con una jeringuilla para eliminar el moco y fluidos y ayudar a establecer la respiración. Al cordón umbilical se le colocan dos grapas, se cortan entre ellas, y se ata. Normalmente, los obstetras recomiendan que se realice una episiotomía en casi todas las pacientes primerizas o en aquéllas a las que se les ha practicado previamente. La episiotomía consiste en una incisión quirúrgica para prevenir dilataciones o desgarres del perineo. Resulta sencillo coserla después del nacimiento y sana más fácilmente que un desgarre.

Estrés sobre el infante

El alumbramiento no sólo produce estrés en la madre, sino también en el bebé: los poderosos músculos del útero presionan su salida, por lo regular la cabeza primero, por el canal del nacimiento.

Las contracciones pueden comprimir periódicamente la *placenta* y el *cordón umbilical*, ocasionando cierta privación del oxígeno durante esos momentos. Además, el niño pasa de su ambiente oscuro, cálido y seguro a un mundo externo con luces brillantes, temperaturas frías y ruidos.

La investigación ha revelado que el estrés del nacimiento produce grandes cantidades de *adrenalina y noradrenalina* en la sangre del bebé.

Éstas son hormonas que preparan al adulto para la lucha o el escape en situaciones de peligro o emergencia. Las hormonas en el infante tienen un efecto estimulante de respiración, la acción del corazón y en todos los órganos y células del cuerpo. Como consecuencia, el bebé normalmente nace alerta. Los bebés que nacen por operación cesárea antes de que haya empezado el parto carecen de esos niveles elevados de hormonas, lo que explica por qué en ocasiones tienen problemas para respirar inmediatamente después del nacimiento.

Complicaciones del parto

Las complicaciones durante el parto pueden incluir sangrado vaginal durante la primera etapa.

Tasa cardiaca anormal del feto, desproporciones entre su tamaño y la abertura pélvica o presentaciones y posiciones anormales.

Las presentaciones anormales del feto incluyen *presentación de cara, presentación de frente, presentación de hombro o presentación de nalgas* (cuando los glúteos preceden a la cabeza). En ocasiones los pies se presentan antes que los glúteos. Todos esos tipos de presentación anormal requieren atención experta, y hay ocasiones en que la operación cesárea es indispensable para proteger al infante.

Anoxia y daño cerebral

Dos de las complicaciones más serias del parto son la anoxia (privación de oxígeno del cerebro) y el *daño cerebral*. La anoxia puede ser resultado de una prolapso del cordón umbilical (el cordón queda comprimido entre el cuerpo del bebé y el canal del nacimiento). También puede resultar de una insuficiencia placentaria, parto prematuro, hemorragia grave de la madre, hipotensión materna, toxemia, disfunción pulmonar neonatal, paso intraplacentario de analgésicos o anestésicos administrados a la madre o malformaciones. El resultado de la anoxia puede ser un daño permanente al cerebro del niño o incluso la muerte. El cerebro también puede ser dañado cuando el parto es difícil, especialmente cuando se hace un

uso inadecuado de los fórceps.

POSPARTO

MÉTODO LEBOYER

En su libro *Birth Without Violence*, el obstetra francés, Frederick Leboyer (1975), subrayaba la importancia del tratamiento gentil y cariñoso al recién nacido. Sus ideas, que forman el método Leboyer, incluyen el uso de luces tenues, voces suaves y demorar el corte del cordón hasta que el recién nacido desnudo es tranquilizado, masajeado y acariciado mientras descansa sobre el abdomen de la madre.

Después de que el cordón es cortado, el bebé es bañado en agua a temperatura similar a la del líquido amniótico donde vivió nueve meses. Los obstetras estadounidenses no aceptan del todo las ideas del doctor Leboyer. La teoría que subyace al método Leboyer es que traer al recién nacido a un mundo de luces enceguecedoras y voces altas donde lo jalan, lo nalguean, lo tratan con rudeza y lo separan inmediatamente de la madre, es una experiencia traumática y aterradora después del mundo cálido y seguro del vientre. Leboyer explicaba que "esto se debe a que en realidad nunca pensamos en el niño como persona. El recién nacido es un ser humano sensible, y en los primeros momentos posteriores al nacimiento debería ser tratado de esa manera. Deberíamos introducirlo al mundo de manera gradual" (Braun, 1975, p. 17). Los defensores del método Leboyer se muestran sumamente entusiastas.

A la fecha, los resultados de la investigación no ofrecen pruebas sustanciales de que los beneficios sean tan grandes como se afirma. Una investigación encontró que los infantes que nacieron con el método Leboyer eran ligeramente más complacientes y fáciles de cuidar que los niños nacidos por otros métodos. Sin embargo, el énfasis en un tratamiento gentil es positivo, y la madre se siente mejor cuando su bebé ha recibido un cuidado especial.

TABLA 4.1

■ TIPOS DE ANESTESIA UTILIZADOS EN EL NACIMIENTO.

Anestesia general	*Efectos*	*Anestesia local o regional*	*Efectos*
Anestesia por inhalación Óxido nitroso Éter Helotano Tiopental	En cantidades suficientes, producen inconciencia en la mujer. Solo se utiliza en etapas avanzadas del parto. Puede ocasionar vómitos y otras complicaciones; es una causa importante de muerte materna. Deprime el sistema nervioso y la respiración del infante. El óxido nitroso puede demorar el desarrollo motor del infante.	**Pudendal:** inyección local de novocaína en el área vulvoperineal	en el 50% de los casos. Tiene efectos mínimos sobre el infante.
		Paracervical: inyecciones locales de novocaína dentro del cuello uterino.	Bloquea el dolor por corta duración en el cuello uterino y el útero; no es efectivo en las últimas fases del parto. Puede disminuir la presión sanguínea de la madre, ocasionar complicaciones, hacer más lento el latido cardiaco del feto y precipitar la muerte fetal.
Barbitúricos Nembutal Seconal Amital Pentotal sódico	Suelen tomarse de manera oral, a excepción del penotal sódico. Reduce la ansiedad y produce somnolencia. El penotal se inyecta por vía intravenosa para inducir sueño. Todos los tipos pueden hacer más lento el trabajo de parto y deprime el sistema nervioso y la respiración del infante.	**Espinal:** inyección regional en el espacio alrededor de la columna espinal.	Se utiliza durante el parto para anestesiar toda el área del nacimiento del abdomen a los pies. Puede interrumpir el trabajo de parto y las funciones motoras. Requiere el uso de fórceps. Generalmente no afecta al infante a menos que se administre mal; puede producir insuficiencias cardiacas y respiratorias e incluso la muerte.
Narcóticos Demerol Dolofina Nisentil	Reducen el dolor, elevan el estado de ánimo; pueden inhibir las contracciones uterinas, ocasionar náuseas y vómito, deprime el sistema nervioso y la respiración del bebé.	**Epidural:** Inyecciones regionales administradas de manera continua por medio de un catéter delgado y una jeringa en la espalda.	Entumece de manera efectiva el área alrededor del perineo, parte baja del útero y del vientre a las rodillas. Puede ocasionar convulsiones y grave caída de la presión sanguínea de la madre. Puede requerir el uso de fórceps. Se utiliza frecuentemente para operaciones cesáreas.
Tranquilizantes Valium Vistaril Esparina Prometazina	Induce relajación física, alivian la ansiedad, pueden reducir el dolor. Tienen un efecto mínimo sobre el in- fante.	**Caudal:** inyección regional administrada de manera continúa por medio de un catéter delgado una aguja en la espalda.	Requiere mayores dosis que la epidural, implica mayores riesgos para la madre y el infante. Puede ocasionar caída repentina de la presión sanguínea de la madre y falta de oxígeno al infante.
Anmésicos Escopolamina Atropina	No reduce el dolor, pero induce un "sueño crepuscular" u olvido. Pueden causar excitación física. Tienen un efecto mínimo sobre el infante.		
	Bloquea el dolor en la vulva y el perineo		

EVALUACIÓN DE LA SALUD Y LA CONDUCTA NEONATAL

La escala Apgar

Después del nacimiento, el médico evaluará el estado de salud del recién nacido. El método más común es el sistema desarrollado por Virginia Apgar en 1952 al que se conoce como escala Apgar. El sistema ha designado valores para diversos signos neonatales y permite un diagnóstico rápido y tentativo de problemas importantes (Apgar, 1953). El neonato es evaluado al minuto y los 5 minutos del nacimiento.

Hay cinco signos de la condición física del bebé en la escala Apgar: *tasa cardiaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, respuesta refleja* (la respuesta a la prueba de respiración a la estimulación de la piel del pie) y color.

TABLA 4.2

■ ESCALA APGAR.

La escala Apgar, desarrollada en 1952 por la doctora Virgina Apgar, es un índice del estado de salud del niño recién nacido. El sistema de calificación fue desarrollado para predecir la supervivencia, comprar diversos métodos de resucitación, evaluar ciertas prácticas obstétricas (como inducir el parto, la anestesia de la madre y las intervenciones cesáreas) y asegurar una observación más cercana del niño durante los primeros minutos de vida.

Se eligieron cinco signos de la condición física del bebé para la medición: la tasa cardiaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la respuesta refleja (la respuesta a la prueba de respiración y la estimulación de la piel de los pies) y el color. Cada signo recibe un puntaje de 0, 1, ó 2 como se muestra en la tabla.

Signo	*0*	*1*	2
Tasa cardiaca	Ausente	Baja (por debajo de 100)	Más de 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil, hipoventilación	Buen llanto, fuerte
Tono muscular	Laxo	Cierta flexión de las extremidades	Buena reflexión
Respuesta refleja	Sin respuesta	Hace muecas	Tose o estornuda
Respuesta al carácter en la fosa de la nariz (la prueba se realiza después de que la faringe ha sido limpiada)		Hace muecas	
Palmada tangencial en el pie	No hay respuesta	El cuerpo rosa, las extremidades azules	Llanto o retira el pie
Color	Azul, pálido		Piel saludable sin decoloración

El puntaje obtenido en la escala Apgar es la suma de los cinco calificaciones y va de 0 a 10, donde es el puntaje óptimo. Un puntaje de 0 puede indicar muerte neonatal; un puntaje de 1 a 3 indica que el infante está débil; el 4 a 6 moderadamente débil, y de 7 a 10, en condición buena a excelente. La evaluación se hace al minuto y a los cinco minutos. La primera indica la condición al nacimiento; la segunda combina la condición al nacimiento con los resultados de los cuidados proporcionados durante esos primeros minutos.

From "A Proposal for a New Method of Evaluation of a Newborn Infant" by Virginia A. Apgar, 1953, Anesthesia and Analgesia, 32 Copyright c 1975 International Anesthesia Research Society. Reprimented by permission.

Como se muestra en la tabla 4-2, cada signo recibe una calificación de 0, 1 ó 2 (Greenberg, Bruess y Sands, 1986). El puntaje máximo es suma de las cinco escalas es 10, y es raro encontrarlo.

Un puntaje de 0 puede indicar muerte neonatal; de 1 a 3 indica que el infante está muy débil; de 4 a 6, moderadamente débil; y 7 a 10, en buena condición.

La evaluación de Brazelton

El doctor T. Berry Brazelton (1984) desarrolló la escala Brazelton de Evaluación de la Conducta Neonatal, que se utiliza para evaluar tanto la condición neurológica como la conducta del neonato (Brazelton, 1990). La escala es un indicador útil de la madurez del sistema nervioso central así como de la conducta social, y resulta de utilidad para predecir problemas subsecuentes del desarrollo (Behrman y Vaughan, 1983).

La escala evalúa cuatro áreas de la conducta del infante:

· Conductas motoras (reflejos, coordinación mano-boca, y tono muscular)
· Conducta adaptativa de interacción (estado de alerta, mimos)
· Respuestas al estrés (reacción de sobresalto)
· Control fisiológico (capacidad para tranquilizarse después de ser molestado)

En conjunto, la escala observa 26 conductas específicas como la fuerza de varios reflejos (Brazelton, 1984).

DEPRESIÓN POSPARTO

En el periodo que sigue al nacimiento pueden surgir sentimientos conflictivos (Leifer, 1980). El largo embarazo ha terminado, lo que conlleva un sentimiento de alivio. Si el bebé es deseado y saludable, la familia experimenta una considerable felicidad. Sin embargo, algunos días después del parto la mujer puede sufrir grados variables de depresión posparto, que se caracteriza por sentimientos de tristeza, periodos de llanto, estado de ánimo depresivo, insomnio, irritabilidad y fatiga (Hopkins, Marcues y Campbell, 1984).
Son muchas las causas que pueden precipitar la depresión posparto. La madre pudo haber estado sometida a tensión emocional mientras esperaba ansiosamente a su bebé. Una vez que el bebé ha llegado, los sentimientos de agotamiento y depresión pueden surgir de la disminución de la tensión. El parto puede imponer considerable tensión física sobre el cuerpo de la mujer, que requiere un periodo de descanso y recuperación.

Los niveles de estrógenos y progesterona disminuyen rápidamente después del parto, lo que puede tener un efecto depresivo y perturbador sobre la mujer (Waletsky, 1981).

Otros reportes han sugerido que la depresión posparto está asociada con la disminución en la actividad de la tiroides después del parto (Albright, 1993).

Al volver a casa, la madre puede sentir la presión de "tratar de hacer todo bien" al cuidar al bebé. Una joven madre explicó: "Jamás imaginé que un pequeño bebé requiera tanto trabajo adicional; estoy exhausta" (de las notas de consejería del autor). Si el bebé sufre cólicos y es irritable, incluso la madre más paciente y experimentada puede quedar tensa y agotada.

Si la mujer no recibe suficiente ayuda de su compañero, o si el bebé u otros niños en la casa siguen haciendo demandas personales, puede quedar agotada por la falta de sueño y la tensión física y emocional. Algunas mujeres regresan incluso a trabajar muy poco tiempo después de haber tenido al bebé. Es claro que la madre necesita ayuda y comprensión. Un compañero consciente hará todo lo que esté a su alcance para acompañarla en el proceso y para asumir la máxima responsabilidad para cuidar de ella.

Compartirá la responsabilidad de cuidar al bebé y tomará o aumentará la responsabilidad del cuidado de otros niños y el manejo del hogar, al menos durante los primeros meses del nuevo bebé.

Es más probable que el padre lo haga si ha participado en la planeación del nacimiento y si ha compartido la experiencia procreativa desde el inicio el inicio del embarazo. Marsiglio (1991) sugiere que es necesario fomentar la conciencia y responsabilidad procreativa del hombre.

Factores culturales en el cuidado posparto

Los factores culturales influyen en el cuidado que recibe la madre después del parto. Ese cuidado suele ser muy diferente en Estados Unidos del proporcionado en otros países. En esa nación, las mujeres que no han sufrido complicaciones físicas pueden ser enviadas a casa de 24 a 72 horas después de dar a luz. Una vez fuera del hospital, la atención cambia de la madre al bebé.

La madre a menudo se siente inadecuada, con una autoestima disminuida. Esto supone un agudo contraste con las expectativas de la madre en China o Japón. Las restricciones conductuales sobre la madre china promueven el descanso y le dedican atención especial durante el primer mes postnatal. Se espera que la madre japonesa tradicional vaya durante un mes a casa de sus padres, donde con seguridad serán atendidos ella y el bebé y donde generalmente tiene el apoyo de un estilo de vida multigeneracional (Albright, 1993).

EL NEONATO APARIENCIA Y CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

En Estados Unidos, el bebé a término al nacer mide aproximadamente 50.8 centímetros de largo y pesa alrededor de 3.2 kilos. Los varones suelen ser más grandes y pesar más que las niñas, y el tamaño neonatal está relacionado con el tamaño que se observa en la niñez. La mayoría de los recién nacidos baja entre el 5 y el 10% de su peso neonatal en los primeros días de vida por la pérdida de líquidos, y sólo empieza a ganar peso cuando toma y digiere comida suficiente.

Algunos recién nacidos no son muy atractivos (Ritter, Casey y Longlois, 1991). La *cabeza* puede ser puntiaguda o deformada por haber sido oprimida al pasar por el canal del nacimiento; por la misma razón, los oídos y la nariz pueden estar aplanados. La cabeza es desproporcionadamente grande en relación con el resto del cuerpo y demasiado pesada para que los músculos del cuello lo soporten. Las *piernas* y los *glúteos* son pequeños en comparación con el resto del cuerpo. La cara, especialmente la carne alrededor de los ojos por lo regular está hinchada, el ceño es fruncido. La piel del bebé está cubierta con una sustancia sebácea protectora, la vernix caseosa. Algunos bebés tienen lanugo, una cubierta de vellos que se cae al poco tiempo. Los niños prematuros semejan ancianos arrugados.