



**Nombre de alumnos: Oded Yazmin  
Sánchez Alcázar**

**Nombre del profesor: Dr. Gerardo  
Cancino**

**Nombre del trabajo: resumen**

**Materia: crecimiento y desarrollo**

PASIÓN POR EDUCAR

**Grado: 3**

**Grupo: A**



# Asistencia del recién nacido normal

(EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO)

La somatometría permitirá descubrir anomalías en el peso, longitud supina, edad gestacional, trastornos nutricionales y algunas malformaciones congénitas.

## Examen después del nacimiento

La evaluación óptima del RN debe incluir un primer examen físico en la sala de parto, centrado en la detección de complicaciones que amenazan la vida y puedan alterar el inicio del periodo de transición a la vida extrauterina como malformaciones congénitas mayores, cardiopatías congénitas, asfisia perinatal, apnea, bradicardia, paro cardíaco, cianosis central, patología pulmonar o traumatismos severos.

## Segundo examen

En las primeras 8h de vida, con el fin de detectar trastornos que pueden complicar el periodo de transición en forma inmediata como alteraciones metabólicas, hidroelectrolíticas, cardiorrespiratorias o procesos infecciosos de adquisición intrauterina; el explorador deberá conocer los hallazgos normales del periodo de transición.

## Tercer examen

Se practicará entre las 12 y 24 h de vida, en este momento el médico concentrará su atención en la identificación de traumatismos ocasionados en el neonato durante el trabajo de parto, el parto y su instrumentación: lesiones generadas por compresión, flexión, estiramiento, torsión, hiperextensión, aplicación de fórceps o cualquier tipo de maniobra brusca capaz de producir lesiones en el RN.

Cuadro 6-6. Valores percentilares de la antropometría del recién nacido de 40 semanas

	Masculino			Femenino		
	10	50	90	10	50	90
Peso al nacer	2 720 g	3 200 g	3 700 g	2 680 g	3 130 g	3 600 g
Talla	49.0 cm	51.0 cm	53.0 cm	49.0 cm	51.0 cm	52.5 cm
Perímetro cefálico	33.6 ± 1.5 cm			33.5 ± 1.8 cm		
Perímetro torácico	31.1 ± 2.5 cm			31.5 ± 2.2 cm		
Perímetro abdominal	28.1 ± 3.0 cm			27.7 ± 2.5 cm		

Cortesía de Jurado-García E y col. El crecimiento intrauterino. Bol Med Hosp Infant Mex. 1974; 27: 163-95.

Este cuadro se exponen las medidas tomadas usualmente y sus cifras promedio recabadas en RN de término, con peso adecuado para la edad gestacional.

### Datos importantes

- La exploración física del RN representa un instrumento fundamental para correlacionar los hallazgos clínicos con entidades patológicas.
- El RN debería ser valorado por lo menos cuatro veces antes del alta hospitalaria.
- observación buscando datos anormales que dará la posibilidad de identificar a los RN que requieran un examen más detallado.
- La exploración neurológica ofrece la oportunidad para: relacionar la respuesta neurológica con la edad gestacional.

### EXAMEN FÍSICO EN LA SALA DE PARTO

se recomienda que ésta valoración se efectúe en el menor tiempo posible y que las maniobras realizadas sean sumamente gentiles.

#### Color de piel

El color de la piel del RN representa un signo clínico de especial interés, el color rosado refleja una adecuada oxigenación de la sangre y una función

cardiorrespiratoria sin compromiso, la cianosis generalizada podría indicar cardiopatía congénita importante o enfermedad pulmonar

El neonato pálido pudo haber presentado asfixia grave que ocasiona la palidez por vasoconstricción periférica intensa, o padecer anemia importante ya sea por pérdida aguda de sangre por una placenta previa, hemorragia fetomaterna o hemólisis secundaria a incompatibilidad al factor Rh.

### **Estado cardiopulmonar**

Se determina la frecuencia respiratoria.

La taquipnea arriba de 60/min podría indicar la presencia de problema pulmonar; la bradipnea, apnea o ambas (menos de 30 respiraciones por minuto) deberán alertar sobre la posibilidad de trastornos del SNC, infección o trastornos metabólicos.

### **auscultación bilateral del tórax**

revela la calidad de los ruidos respiratorios, la presencia o ausencia de estertores, rudeza respiratoria o sibilancias espiratorias.

### **Cordon umbilical**

tiende a ser delgado y de color amarillo o blanco grisáceo, habitualmente tiene una inserción concéntrica sobre la placenta. El cordón teñido de meconio indica sufrimiento fetal. (hipoxia-isquemia intrauterina) Su longitud es variable, el muy corto puede producir desprendimiento prematuro de placenta o ruptura del mismo, el muy largo (> 75 cm) puede enrollarse alrededor del cuerpo y cuello, y ocasionar sufrimiento fetal.

### **Genitales**

son evaluados para excluir la posibilidad de anomalías o ambigüedad, recomendado antes de informar a los padres el sexo del RN.

### **líquido amniótico**

se evaluará color, aspecto y volumen. Su color normal en un embarazo a término es pajizo leve, puede contener sangre fresca, o pigmentos de sangre vieja; su

volumen es de 700 mL aproximadamente. Existe polihidramnios si es mayor de 2 000 mL y se relaciona con alteraciones congénitas como anencefalia u obstrucción del aparato digestivo. Por el contrario, el oligohidramnios se acompaña de lesiones como el síndrome de “abdomen en ciruela pasa”, agenesia renal u obstrucción urinaria.

### Placenta.

El peso aproximado de la placenta y del neonato está directamente relacionado, las placentas pequeñas se acompañan de fetos pequeños, las grandes se presentan en las infecciones congénitas o en el hidrops fetalis. La placenta pequeña con múltiples infartos es característica de mujeres con enfermedad hipertensiva crónica y se relaciona con neonatos pequeños para la edad gestacional

**Cuadro 6-7. Evaluación de Silverman-Andersen. (Ideal: 0 puntos)**

Calificación	0	1	2
Retracción xifoidea	Ausente	Apenas visible	Marcada
Tiraje intercostal	Ausente	Apenas visible	Marcado
Aleteo nasal	Ausente	Mínimo	Marcado
Quejido espiratorio	No existe	Sólo audible con el estetoscopio	Audible sin el
Asincronismo de los movimientos respiratorios de tórax y abdomen (bamboleo)	El tórax y abdomen se elevan juntos durante la inspiración	El tórax se hunde un poco mientras el abdomen se eleva algo durante la inspiración	El tórax se hunde mucho y el abdomen se eleva durante la inspiración

La evaluación de Silverman-Andersen debe ser practicada a los diez minutos de vida, el resultado de la misma indica la condición respiratoria del RN, el neonato puede presentar un patrón respiratorio normal o datos clínicos de dificultad respiratoria

## EXAMEN FÍSICO EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO MADRE-HIJO

Durante esta valoración, el examinador deberá tener en cuenta que el RN puede manifestar datos clínicos propios del periodo de transición, estas manifestaciones son generadas por una vasta estimulación sensorial ocasionada por el trabajo de parto y el parto y son el resultado de una descarga simpática que ocasiona cambios en la frecuencia cardíaca, color, respiración, actividad motora, función gastrointestinal y temperatura.

recomendaciones

observacion

auscultacion

palpacion

Piel	cabeza	Cara	Ojos	nariz	Oídos
Es fina, suave, delicada y de color eritematoso, presenta descamación fisiológica y tiene desprendimiento de la capa córnea en pequeñas o grandes escamas. El vérmix caseoso es	Se deben examinar las fontanelas al tacto y medir con una cinta metálica. La fontanela anterior y los parietales, es romboide y con eje mayor anteroposterior; se mide a lo largo de la sutura sagital y coronal, se	e evaluará en busca de trastornos que pueden presentarse con facies característica, como trisomías e hipotiroidismo. Las glándulas sebáceas del dorso de la nariz y mejillas se hipertrofian y favorecen la	Para explorarlos es más fácil si se mantiene al RN en reposo, despierto, dejando que los abra espontáneamente. Si no es posible, se coloca al niño en posición semisentado y se le imprime un suave movimiento de vaivén, lo que lo induce a abrir los ojos aunque	Se debe examinar la permeabilidad de cada fosa nasal, oprimiendo una de ellas para oír el flujo del aire por la otra, con la boca cerrada.	Los pabellones auriculares pueden encontrarse alterados por malformaciones congénitas y la implantación baja de los mismos se observa en las trisomías; en los niños prematuros existe falta de desarrollo del

grasa con detritos epiteliales, cubre toda la superficie cutánea.	suman las dos medidas y el resultado se divide entre dos	presencia de mium por influencia hormonal materna durante el embarazo.	sea durante un tiempo breve.		hélix, antihélix, trago y cartílago inferior. La membrana timpánica presenta un aspecto opaco.
---	--	--	------------------------------	--	--



Boca	Cuello	Tórax	abdomen	genitales	extremidades
Utilizando uno de los dedos, así como una fuente de luz adecuada, deberán valorarse el paladar blando y el duro para descartar paladar hendido. La lengua debe ser de tamaño adecuado para su cavidad, si es inapropiadamente grande en todos sus diámetros (macroglosia) deberá hacer Neonatología • 149 sospechar la presencia de un hemangioma o linfangioma o ambos.	El cuello del RN siempre parece corto; cuando existe piel redundante en la nuca se debe pensar en síndrome de Down, y cuando es muy corto y con arrugas se asocia con el síndrome de Klippel-Feil o el de Turner	En la inspección se detecta si tiene forma de quilla o embudo (pectus excavatum) o si existen pezones supernumerarios; en las mamas puede haber acumulación de leche (leche de brujas) en ambos sexos, lo cual es normal, y causado por estimulación hormonal in útero y desaparece espontáneamente a las dos o tres semanas.	Su exploración debe buscar intencionadamente masas o tumoraciones las cuales en la mayoría de los casos pueden estar asociadas a malformaciones del aparato genitourinario. El eritema o enrojecimiento periumbilical, más secreción purulenta, y mal olor, sugiere onfalitis infecciosa, la cual puede dar lugar a bacteriemia o sepsis.	El área genital es otra zona que nos orienta en la estimación de la edad gestacional. El escroto en el RN pretérmino se encuentra hipopigmentado y con menos rugosidades.	Se debe explorar la funcionalidad, el número de dedos, la morfología, la presencia de pie equinovarus y talus valgus, polidactilia, sindactilia, focomelia, etcétera. La presencia de edema en pies o manos e hipoplasia de uñas en un fenotipo femenino orientara a síndrome de Turner

Los recién nacidos (RN) se examinan de inmediato al nacer para valorar pronto el esfuerzo respiratorio, circulación y temperatura; identificar cualquier

anormalidad congénita mayor; y para descartar alguna enfermedad infecciosa o metabólica que requiera tratamiento inmediato. Esta exploración es crítica para asegurar que la transición a la vida extrauterina avance sin dificultad. Luego, debe realizarse exploración física completa del lactante en las primeras 24 h de edad y de nuevo cuando sale de la institución.

Es mejor realizar un examen neonatal de rutina bajo un calentador radiante con las luces encendidas. Incluso antes de tocar al RN, observar y valorar el color, actividad, postura, madurez y respiraciones. Realizar primero las exploraciones que lo trastornan menos. Es más fácil escuchar primero el corazón y los pulmones y palpar los pulsos cuando el RN está tranquilo. El calentamiento de las manos y el estetoscopio antes de usarlo reduce la probabilidad de hacerlo llorar.

Además de la exploración del RN, deben revisarse los antecedentes maternos completos, incluidos los prenatales, perinatales, del trabajo de parto y parto, familiares y social.

## I. SIGNOS VITALES

A. **Temperatura.** Indicar si la temperatura se mide por vía rectal (que suele ser 1° más alta que por vía oral), oral o axilar (que suele ser 1° menor que la oral). Por lo general, en el RN se mide la temperatura de forma axilar, la medición rectal se hace sólo si la axilar es anormal. La temperatura axilar normal de un RN varía entre 36.5 a 37.5°C (97.5–99.3°F).

B. **Respiraciones.** La frecuencia respiratoria normal en el RN es de 30 a 60 respiraciones por minuto (rpm). La respiración periódica ( $\geq 3$  episodios apneicos que duran  $>3$  s en un periodo de 20 s de respiraciones por lo demás normales) se considera normal y es frecuente en los RN.

C. **Presión sanguínea.** La presión sanguínea tiene una relación directa con la edad gestacional, la edad posnatal del lactante y su peso al nacer. (Para conocer las curvas normales de presión sanguínea, véase el Apéndice C.)

D. **Frecuencia cardíaca.** La frecuencia cardíaca neonatal normal es de 70 a 190 latidos por minuto (lpm) (casi siempre 120–160 lpm cuando está despierto,  $>170$  lpm con la actividad o el llanto y desciende a 70–90 lpm cuando está

dormido). En el lactante sano, la frecuencia cardiaca aumenta con la estimulación.

## **Abdomen y genitales**

Se debe verificar la integridad de la pared abdominal para descartar el onfalocele y la gastrosquisis y se deben buscar las dos arterias y la vena en el cordón. Si hay una sola arteria, es obligatorio descartar una alteración renal, porque ambos fenómenos se asocian.

Se le debe explicar a la madre que el hidrocele es normal y que, en el caso de las mujeres, a los 6 ó 7 días de vida se puede presentar una secreción vaginal sanguinolenta por acción de las hormonas maternas; así se evitará que la madre acuda al servicio de urgencia creyendo que la RN tiene deposiciones con sangre.

## **Ombbligo**

Se evalúa la induración del cordón, si se está secando bien y si existe una hernia umbilical; ésta suele preocupar mucho a la madre y a la familia, por lo que es habitual ver al niño con hernia, con fajitas, monedas y botones en el ombbligo.

Se le debe explicar a la madre que la hernia umbilical no tiene ningún efecto perjudicial y que en su mayoría se resuelven solas en los 3 ó 4 primeros años.

## **Extremidades**

En las extremidades se debe evaluar fundamentalmente el tono. Los pulsos femorales sirven de mucho a esta altura, porque cualquier defecto cardíaco que impida el flujo por la aorta, como una coartación aórtica importante o un ductus, altera los pulsos o los hace distintos a los que se palpan en las extremidades superiores.

En el examen de las caderas se debe determinar si hay una buena abducción, buscando el clic. Si tiene una buena abducción y hay un clic, pero sin desplazamiento de la cabeza femoral, se debe solicitar una ecografía, aunque, si no hay medios, se puede esperar una o dos semanas y reevaluar después de

Los pies de los RN son como de vaqueros, debido a la postura *in utero*. Se sabe que los niños que nacen en podálica pueden tener las extremidades inferiores extendidas hacia arriba durante todo el primer y segundo día, pero lentamente van tomando una posición normal.

Cuando hay polidactilia, es necesario quitar el pedículo, aunque sea muy pequeño. Esto se debe hacer bajo anestesia y, si es posible, con un cirujano. Si la polidactilia no es sólo un pedículo, sino claramente otro dedo, se difiere la cirugía para que lo haga el cirujano que corresponde.

La sindactilia se deriva al cirujano, pero no corresponde resolverla en el período neonatal, sino cuando el niño ha crecido lo suficiente para tener mejor definida la osificación. En ese momento recién se van a separar los dedos, para lo cual es necesario definir si hay uno o dos huesos.

### Examen

### neuroológico

El examen neurológico es muy fácil: si el niño llora, tiene buena succión, buen tono y buen reflejo de Moro, está bien. No se necesita hacer otras pruebas, como la de la marcha, etc.; no es necesaria tanta complejidad.

Se debe verificar la simetría de las comisuras labiales, los surcos simétricos y los dos ojos cerrados, y evitar la confusión entre la parálisis facial y la ausencia del músculo risorio, que es una variedad normal y no tiene importancia.

Cuando hay parálisis del nervio facial se debe buscar la causa, que puede ser una lesión debida al fórceps, y hay que ver su evolución. El primer día puede ser muy marcada y después se puede resolver espontáneamente, pero, si persiste, se debe evaluar más a fondo, porque puede reflejar alguna lesión neurológica más importante.

La parálisis facial del recién nacido puede ser transitoria, generalmente secundaria al fórceps, o puede deberse a una malformación del tronco encefálico



con ausencia del núcleo del nervio facial. Se debe buscar la marca del fórceps detrás de la oreja, en los ojos, en la frente, etc.

### **Piel**

Es preciso buscar y describir todas las manchas de la piel, los hemangiomas, los nevos, las lesiones secundarias al parto, las lesiones del cuero cabelludo por la rotura artificial de membranas, los cortes por la cesárea, etc.

La acrocianosis, que consiste en tener las extremidades frías y cianóticas, es normal en los RN, porque no tienen una buena coordinación de la inervación del sistema circulatorio entre los sistemas simpático y parasimpático. O sea, que los niños tengan los pies fríos se debe a un fenómeno circulatorio normal.

La descamación es un signo de madurez. Los niños posmaduros, por ejemplo, de 41 semanas, nacen con la piel muy arrugada y descamada, especialmente en manos y extremidades. El resto del cuerpo se descama después, con frecuencia después del alta, por lo que se le debe explicar la situación a la madre.

### **Cabeza**

En el caso de partos difíciles, expulsivos prolongados, etc., se pueden observar deformaciones plásticas de la cabeza, como cráneo alargado, que generalmente se corrigen muy rápidamente y al día siguiente ya no están.

Sin embargo, hay algunas deformaciones plásticas que son más persistentes. A veces el hombro deja su marca en la mandíbula y esto puede demorar meses en corregirse y causar asimetrías faciales.

### **Boca**

Siempre se debe revisar el paladar, porque no todos los niños con fisura palatina tienen fisura labial; puede haber una fisura palatina oculta que pase inadvertida en el examen físico. Lo más fácil es palpar el paladar en el momento de probar

la

succión.

### Orejas

Hay que buscar activamente anomalías o lesiones en los pabellones auriculares y en el conducto auditivo. Estas últimas se asocian con alteraciones auditivas; por lo tanto, todo RN que presente estas anomalías se debe evaluar para descartar sordera.

### Ojos

Los párpados suelen estar edematosos y, además, a los RN les cuesta abrirlos por la fotofobia, así que es difícil verles los ojos durante los primeros días, pero puede haber anoftalmia o malformaciones graves que no se van a diagnosticar si no se examinan bien.

### Cuello

Se debe verificar la simetría del cuello, porque se pueden producir in utero pequeños hematomas del esternocleidomastoideo que, al cicatrizar, producen fibrosis y retracción que se manifiestan como una tortícolis congénita.

### Corazón

En el examen cardíaco se buscan principalmente los soplos, que están presentes en más de un tercio de los niños durante el primer día de vida. Si el soplo tiene una intensidad de I-II sobre VI, si no se asocia con cianosis, alteraciones del ritmo ni signos de insuficiencia cardíaca (hepatomegalia, dificultad respiratoria) y si el niño tiene buenos pulsos periféricos, se le puede dejar solamente en observación, por el momento.

### Tórax

Es importante asegurar la simetría visual y auscultatoria de los pulmones. El



RN puede tener normalmente una glándula mamaria hipertrofica e incluso puede tener secreción láctea durante los dos primeros meses. La madre debe saber que no debe manipularla, por el riesgo de mastitis estafilocócica, que es difícil de tratar.

### **Abdomen**

Se debe palpar bien el abdomen, buscando masas renales y quistes ováricos que pueden pasar inadvertidos en un examen, pero que deben detectarse en alguno de los cinco o seis exámenes que se hacen durante el primer mes de vida.

### **Columna**

Hay que recorrer la columna con el dedo para verificar que no haya ninguna discontinuidad. La diastematomyelia se reconoce por lesiones satélites o irregularidades en el recorrido normal de la columna.

### **Otros hallazgos**

El estornudo es un reflejo normal, igual que el hipo, pero todas las mamás lo interpretan como un resfrío. La secreción nasal también es normal, pero muchas veces la madre hace aspiraciones repetidas y lo único que consigue es irritar más la mucosa, que se defiende produciendo secreción y se establece un círculo vicioso.

### **Orina y deposiciones**

La orina de color anaranjado, como cancha de tenis, aparece en los dos primeros días de vida y se debe a la presencia de cristales de ácido úrico.

### **Sueño**

La madre debe saber que el RN duerme 18 a 20 horas por día, que se despierta sólo para alimentarse y que a veces cuesta mucho despertarlo.



### Referencia bibliográfica:

Juan D games. (2010). Introduccion a la pediatria. Mexico: Talleres de mendez editores S.A de C.V

- R. Martinez. (2013). Pediatría Martínez. Mexico: manual moderno.
- Piloto M (2017). Diagnóstico prenatal. Revista Mexicana de Obstetricia y Ginecología, 27(3), 233-240.
- Cabellos, A. (2019).diagnóstico prenatal. Revista Mexicana de obstetricia y ginecología, 77(4), 306-309.
- Quesada, T. (2018).etapa neonatal. Aspectos clínicos y epidemiológicos. Acta Médica del Centro, 8(3), 149-162.
- Vázquez, M (2018). Etapa Neonatal. Editorial Complutense