



ALUMNA: Alina Anahíd Utrilla Moreno

CATEDRÁTICO: Gerardo Cancino Gordillo

TRABAJO: “resumen de asistencia del recién nacido normal (exploración física) en la sala de parto y en el área de alojamiento”

MATERIA: Crecimiento y desarrollo 1

SEMESTRE: 3 GRUPO: A

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de octubre de 2020

ASISTENCIA DEL RECIÉN NACIDO NORMAL (EXPLORACIÓN FÍSICA) EN LA SALA DE PARTO Y EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO

La exploración física del RN representa un instrumento fundamental para correlacionar los hallazgos clínicos con entidades patológicas. Se deberán lavar las manos antes y después del examen despojándose de anillos, relojes y cualquier tipo de alhajas.

EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA SALA DE PARTO

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.

Después, el examinador debe evaluar el estado cardiopulmonar, en la inspección inicial 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.

Se recomienda aspirar el contenido gástrico y si es mayor a 20 o 30 mL deberá hacer sospechar una obstrucción intestinal alta. Después de descartar la obstrucción del tubo digestivo alto, el mismo catéter puede ser utilizado para valorar la permeabilidad anal. La palpación y auscultación deberán completar el examen. Ambos riñones deberán ser palpados para descartar anomalías renales.

El cordón umbilical debe ser evaluado en su aspecto, longitud y la relación de vasos sanguíneos contenidos, los vasos sanguíneos se observan mejor en un corte transversal, deberán ser contados para excluir la presencia de arteria umbilical única la cual se asocia a anomalías congénitas del aparato genitourinario. El cordón teñido de meconio indica sufrimiento fetal. 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.

Del 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.

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

EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO MADRE-HIJO

Se realizará un **segundo** examen en las primeras 8 h de vida. Generalmente se realiza en el cunero de transición; sin embargo, en los hospitales que no cuentan con dicha área el examen se realiza 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.

El tercer examen físico, se debe practicar 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.

Este momento es considerado ideal para realizar mediciones de longitud, perímetros cefálico, torácico y abdominal, registrar la temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria. La presencia de la madre durante este momento ofrece las siguientes ventajas: favorece el desarrollo de la relación normal madre hijo, permite reconocer la respuesta de la madre y la forma de relacionarse con el niño, identificación temprana de problemas que pudieran existir en la atención materna hacia el bebé.

Finalmente se efectuará un **último examen** antes del alta del neonato. Muchos neonatos dados de alta durante las primeras 24 h después del parto parecen ser normales pero podrán desarrollar problemas físicos, infecciosos o metabólicos más tarde

Se recomienda tomar en consideración los siguientes aspectos:

Observación. Es aconsejable observar al neonato en forma general, y luego centrarse en regiones específicas para una observación más detallada; **Auscultación.** Se auscultarán el corazón, pulmones, abdomen y cabeza estando el niño tranquilo; **Palpación y manipulación.** las maniobras deberán ser suaves evitando lastimar o molestar al bebé.

Aspectos particulares Piel: Es fina, suave, delicada y de color eritematoso, presenta descamación fisiológica y tiene desprendimiento de la capa córnea en pequeñas o grandes escamas. **La cianosis:** local debe diferenciarse de la equimosis por la palidez momentánea que sigue a la presión digital, puede ser generalizada o localizada. Cuando se observa solo en manos y pies, el neonato puede tener frío. Cuando se encuentra la mitad del cuerpo sonrosada y la otra mitad pálida, se trata del signo de arlequín, que representa una condición transitoria no peligrosa. **El moldeamiento de los huesos del cráneo:** durante el descenso por el canal del parto es causa frecuente de asimetría pasajera: los parietales tienden a encimarse sobre el occipital y el frontal, ocasionando cabalgamiento de suturas. **Los cefalohematomas:** son causa frecuente de deformación y se producen por lesiones de los huesos al ser comprimidos durante el trabajo de parto, resultando en acúmulos de sangre. Las cifras normales al nacimiento son de 2 ± 1.5 cm. Algunos padecimientos que producen fontanela pequeña son: microcefalia, síndrome de Apert. Los que producen fontanela grande son: acondroplasia, osteogénesis imperfecta, trisomía 13, trisomía 18, síndrome de Down, hipotiroidismo y otros más. **Cara.** Se evaluará en busca de trastornos que pueden presentarse con facies característica, como trisomías e hipotiroidismo. Algunas anomalías del primer arco branquial presentan retraso en el crecimiento mandibular y, por ello, posición anómala del mentón hacia atrás (micrognatia o retrognatia). **Ojos:** se debe observar el tamaño del ojo para descartar microoftalmía. El color del iris es, por lo general, gris azulado o café grisáceo; en el síndrome de Down el iris puede mostrar manchas blancas, llamadas de Brushfield, las cuales también pueden presentarse en niños normales; Los reflejos pupilares están presentes y el cristalino debe examinarse bajo una luz tangencial para advertir si hay catarata (opacidad del cristalino), la que tiene etiología muy diversa. En el fondo del ojo se puede observar congestión de los vasos sanguíneos y pequeñas hemorragias causadas por el traumatismo del parto. La glándula lagrimal es

pequeña y no hay lagrimeo con el llanto sino hasta la edad de 1 a 3 meses. **Nariz:** 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. **Oídos:** sus malformaciones pueden asociarse a anomalías renales pero con mayor frecuencia se deben a características familiares y generan problemas solo de tipo estético. Los pabellones auriculares pueden encontrarse alterados por mal-formaciones congénitas y la implantación baja de los mismos se observa en las trisomías. **Boca.** 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. **Cuello.** Cada clavícula deberá ser palpada para identificar posibles fracturas y el reflejo de Moro asimétrico confirmará con frecuencia la sospecha del hallazgo clínico notado a la palpación. **Tórax.** En la inspección se detecta si tiene forma de quilla o embudo o si existen pezones supernumerarios. **Abdomen.** Su exploración debe buscar intencionadamente masas o tumoraciones las cuales en la mayoría de los casos pueden estar asociadas a malformaciones del aparato genitourinario. **Genitales.** 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 deberá revisar si existe hipospadias o epispadias, lo cual aunado a un “pene pequeño” o “clítoris grande”, más la ausencia de testículos en un paciente con fenotipo masculino, deberá hacer pensar en un trastorno de la diferenciación sexual. se explora la región anal, introduciendo un termómetro para verificar la permeabilidad y descartar anomalías congénitas anorrectales.

REFERENCIAS:

- ♥ R. Martínez y Martínez. (2017). Salud y enfermedad del niño y del adolescente. Mexico.DF: Manual Moderno
- ♥ Robert M.Kliegman, MD. (2016). Nelson Tratado de Pediatría. California: ELSEVIER
- ♥ Organización Mundial de la Salud. (2006) Curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño. Versión 1 . Ginebra



Alina Utrilla
3°A