



Universidad del Sureste
Licenciatura en Medicina Humana

Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade Morales

Nombre del profesor: Gerardo Cancino Gordillo

Nombre del trabajo: Exploración física del recién nacido

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Crecimiento y desarrollo

Grado: 3°

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 09 de octubre del 2020.

Al realizarle una correcta exploración física al recién nacido ayuda a encontrar un criterio de salud enfermedad por lo que debe ser sumamente completa y comprender la somatometría como una exploración física y neurológica. La somatometría en sí; es el mejor índice de nutrición y crecimiento ya que suma los elementos que intervienen en el incremento corporal además la cuidadosa valoración de estos parámetros es necesaria para evitar errores.

La exploración física del recién nacido se debe hacer lo más pronto posible después del nacimiento, el médico a cargo deberá lavarse las manos antes y después del examen despojándose de anillos relojes o cualquier tipo de joyería, además el examen se debe realizar bajo una fuente de luz óptima y de preferencia cuando el niño se encuentre calmado y quieto.

Se debe realizar un primer examen físico en la sala del parto enfocándose en la detección de ciertas complicaciones que podrían amenazar la vida del recién nacido, ya sean por malformaciones congénitas cardiopatías congénitas asfixia perinatal bradicardia cianosis entre otras. Después de 8 horas se realizará un segundo examen el cual será mucho más específico enfocándose a los trastornos que pueden complicar el período de transición de forma inmediata ya sean alteraciones metabólicas hidroelectrolíticas cardiorrespiratorias o algún proceso infeccioso.

A las 12 o 24 horas de vida el médico realizará una tercera exploración en la cual intentará identificar ciertos traumatismos ocasionados en el neonato durante el trabajo de parto y el parto ya sean lesiones generadas por compresión alguna flexión estiramiento o torsión.

Algo que se recomienda es que cuando se realiza la segunda tercera evaluación debe ser en presencia de la madre y debe darle a conocer alguna presencia de cualquier tipo de malformación congénita o algún traumatismo que haya sufrido por el trabajo de parto.

EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA SALA DE PARTO

Debido a que el recién nacido se encuentra sensible al realizar la exploración se recomienda que sea de forma sutil con maniobras gentil y que se efectúe en el menor tiempo posible. Un punto importante que se debe considerar es la tonalidad de la piel del recién nacido, por ejemplo; una coloración rosa refleja una adecuada oxigenación de la sangre, la cianosis generalizada podría ser un indicio de alguna cardiopatía congénita o una enfermedad pulmonar, cuando la coloración del neonato es pálida es porque pudo haber presentado asfixia grave ya que hay una vasoconstricción periférica intensa o también se puede considerar una anemia importante.

Ya que se haya verificado el color del recién nacido el médico examinador debe evaluar el estado cardiopulmonar, al inicio se debe determinar la frecuencia respiratoria, la taquipnea arriba de 60/min es un indicio de la presencia de algún problema pulmonar, la bradipnea podría indicar algún trastorno del SNC, una infección o algún trastorno metabólico. También se valora la frecuencia y los ruidos cardíacos; los soplos cardíacos pueden ser transitorios o pueden indicar la presencia de una cardiopatía importante.

En la sala de parto la tonalidad muscular relajada del neonato le ayuda al médico una mejor oportunidad para explorar el abdomen. Al inspeccionarlo se logrará observar como el abdomen se encuentra distendido lo cual puede indicar presencia de masas abdominales y la concavidad del mismo puede ser secundaria a una hernia diafragmática.

Cuándo se realiza la exploración en la sala de parto el término del cordón casi siempre es delgado y de un color amarillento o grisáceo, cuando el cordón se encuentra teñido de meconio puede indicar sufrimiento fetal, como hipoxia-isquémica intrauterina.

La evaluación de los anexos fetales proporcionan al explorador información importante la cual puede ser utilizada para saber si hay algún evento que puede comprometer al recién nacido, por ejemplo el líquido amniótico se evalúa su color

aspecto y volumen, su color es de un tono pajizo leve y puede contener sangre o pigmento de sangre vieja, comúnmente su volumen es de 700 mL, pero si su volumen es de 2000 mL o más se puede relacionar con alguna alteración congénita como es la anencefalia o una obstrucción del aparato digestivo.

EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO MADRE-HIJO

Cuando se realiza esta valoración el médico debe de tomar en cuenta que el recién nacido puede manifestar ciertos datos clínicos propios del periodo de transición provocados por una estimulación sensorial alta en el trabajo de parto y el parto, por lo que se puede encontrar cambios en la frecuencia cardiaca en la respiración en la actividad motora y en la temperatura. Si el médico desconoce de estos fenómenos podría conducir a errores, al considerar al recién nacido como enfermo cuando en realidad se encuentra en la etapa de transición.

En el tercer examen físico no es que él recién nacido ya se acopló a la vida extrauterina el médico deberá aprovechar el momento para realizar una valoración mucho más detallada, en ese momento es considerado ideal para realizar mediciones de longitud perímetro cefálico torácico y abdominal registrar la temperatura y, la frecuencia cardíaca y respiratoria (medidas antropométricas).

La presencia de la madre cuando se realiza esta exploración es muy importante ya que nos puede ofrecer ciertas ventajas por ejemplo el desarrollo de la relación madre e hijo, permite reconocer la respuesta de la madre y la forma de cómo se relaciona con el niño, además de discutir el significado de los datos anormales importantes encontrados en la exploración física. Si se realiza la exploración y el médico detecta datos anormales se recomienda que se evalúe al recién nacido a intervalos regulares ya que se pueden dar ciertos cambios en su estado general.

Cuando se explora la *piel* se nota que es fina, suave, delicada y de color eritematoso, presenta descamación fisiológica y tiene desprendimiento de la capa córnea en pequeñas o grandes escamas. Deben buscarse en piel, hemangiomas, nevos y pezones supernumerarios. La cianosis local debe diferenciarse de la

equimosis por la palidez momentánea que sigue a la presión digital, puede ser generalizada o localizada.

La mancha mongólica es una pigmentación azul pizarra, en áreas delimitadas, generalmente se encuentran en glúteos y espalda. Lo anterior se observa en muchos latinoamericanos al nacer, pero después de un año suele desaparecer.

En la cabeza el moldeamiento de los huesos del cráneo durante el descenso por el canal del parto es causa frecuente de asimetría pasajera: los huesos parietales tienden a encimarse sobre el occipital y el frontal, ocasionando cabalgamiento de suturas. El *caput succedaneum*, es una acumulación serohemática entre el periostio y el cuero cabelludo; se observa como un aumento de volumen en las partes blandas, sin límites precisos; y casi nunca se relaciona con alguna lesión ósea.

Algunos padecimientos que producen fontanela pequeña son: microcefalia, síndrome de Apert, enfermedad de Crouzon. Los que producen fontanela grande son: acondroplasia, osteogénesis imperfecta, trisomía 13, trisomía 18, síndrome de Down, hipotiroidismo y otros más.

En la cara se evaluará buscando trastornos que pueden presentarse con facies característica, como trisomías e hipotiroidismo. La cara puede ser asimétrica con frecuencia debido a parálisis facial, comúnmente causada por la utilización de fórceps; también, cuando la cabeza se ha mantenido por un tiempo en latero flexión forzada en la vida intrauterina, el hombro comprime firmemente el cuello debajo de la oreja y se proyecta contra la mandíbula; de esto resulta una marcada asimetría porque se desplaza al maxilar y por la formación de una fosa o excavación pronunciada en el cuello, que señala la posición previa del hombro.

Los ojos al explorarlos es más fácil si el RN se encuentra 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 sea un breve momento. Las escleróticas del RN se tornan de un tono azulado, por ser relativamente delgadas, aunque es un color más

tenue que el que va asociado a osteogénesis imperfecta, también en las escleróticas se advierte mejor la ictericia del RN.

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.

La nariz se le debe examinar la permeabilidad de cada fosa nasal, oprimiendo una de ellas para lograr oír el flujo del aire por la otra, manteniendo la boca cerrada, si hay atresia de coanas el RN tendrá una severa dificultad respiratoria.

La boca se examina utilizando uno de los dedos, así como una fuente de luz adecuada, se deberá valorar el estado del 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 sospechar la presencia de un hemangioma o linfangioma, o incluso ambos. Puede resultar complicado diferenciar las lesiones con placas blanquecinas que ocupan los carrillos y lengua causadas por Candidiasis bucal, de los acúmulos de leche que quedan en la boca después de haber alimentado al RN.

En el cuello cada clavícula deberá ser palpada para identificar si hay alguna fractura y el reflejo de Moro asimétrico confirmará con frecuencia la sospecha del hallazgo clínico notado a la palpación. 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.

Cuando se inspecciona el tórax se puede encontrar si tiene forma de quilla o embudo (pectus excavatum) o si existen pezones supernumerarios; en las mamas puede haber acumulación de leche en ambos sexos, lo cual es normal, y causado por estimulación hormonal in útero y desaparece espontáneamente alrededor de la tercera semana. La auscultación del corazón se procurará efectuar estando el neonato en reposo; con frecuencia hay soplos transitorios, que no tienen importancia clínica; se debe tener en cuenta que ciertas cardiopatías congénitas pueden o no producir soplos al nacimiento.

Al explorar el abdomen debe buscar intencionadamente masas o tumoraciones las cuales en la mayoría de los casos pueden estar asociadas a malformaciones del aparato genitourinario. Cuando se haya presentado un onfalocele se debe descartar el síndrome de Beckwith-Wiedemann; si existe agenesia de los músculos rectos del abdomen, el síndrome de Prune-Belly o “abdomen en ciruela de pasa”.

Bibliografía

Martinez, R. M. (2017). Pediatría Martínez. Salud y enfermedad del niño y del adolescente (8a ed.). Manual Moderno.