



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Resumen asistencia del recién nacido normal (exploración física) en la sala de parto y en el área de alojamiento conjunto

Docente:

GERARDO CANCINO GORDILLO

Alumno: Alfredo Morales Julián

3-B

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 02/10/2020.

EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO

Primero que nada, se debe de realizar una evaluación óptima del RN donde se debe de 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, asfixia perinatal, apnea, bradicardia, paro cardiaco, cianosis central, patología pulmonar o traumatismos severos. Después de debe de realizar un segundo examen en las primeras 8 h 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.

EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA SALA DE PARTO

Por lo mismo que el recién nacido acaba de nacer y es frágil se recomienda que se haga en el menor tiempo posible y que las maniobras realizadas sean sumamente gentiles. Se deberá de realizar una observación cuidadosa, buscando datos anormales en este momento, para identificar a los que requieran un examen más detallado. 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 mientras que el RN **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 de eso se debe de 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. Las retracciones intercostales, quejido espiratorio, aleteo nasal, disociación toracoabdominal, representan signos adicionales de dificultad respiratoria y frecuentemente están presentes en los neonatos en la sala de parto. La **auscultación bilateral del tórax** revela la calidad de los ruidos respiratorios, la presencia o ausencia de estertores, rudeza respiratoria o sibilancias espiratorias.

Es importante valorar la frecuencia y los ruidos cardíacos ya que los soplos cardíacos pueden ser transitorios o pueden indicar la presencia de cardiopatías importantes. La ausencia, presencia y calidad de los pulsos periféricos proveen información adicional.

La atresia de coanas se excluirá mediante la oclusión manual de la boca y cada una de las narinas a un tiempo, observando si el neonato presenta dificultad respiratoria o mediante el paso de un catéter de succión hasta el estómago. Se recomienda aspirar el contenido gástrico y si es mayor a 20 o 30 mL deberá hacer sospechar una obstrucción intestinal alta y al terminar se puede usar el catéter para valorar la permeabilidad anal.

Se debe de checar el tono muscular del neonato y con eso la exploración abdominal donde se puede observar el abdomen distendido y puede indicar la presencia de masas abdominales, la concavidad del mismo puede ser secundaria a hernia diafragmática. También deberán ser palpados ambos riñones 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 umbilical debe de ser de color **amarillo o blanco grisáceo**, habitualmente tiene una inserción concéntrica sobre la placenta, pero si son de color **teñido de meconio** indica sufrimiento fetal (hipoxia–isquemia intrauterina). La longitud varia donde si es 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.

También se deben de checar los genitales para excluir la posibilidad de anomalías o ambigüedad.

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

También la placenta se debe de checar donde las placentas pequeñas se acompañan de fetos pequeños, las grandes se presentan en las infecciones congénitas o en el hidropsfetalis. La placenta pequeña con múltiples infartos es característica de mujeres con enfermedad hipertensiva crónica y se relaciona con neonatos pequeños para la edad gestacional.

Es importante que se realice la **evaluación de Silverman-Andersen** a los 10 minutos de vida ya que el resultado de indica la condición respiratoria del RN.

EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO MADRE-HIJO

Ya este se realiza en el cunero de transición y si el hospital no tiene uno se debe de realizar en el área de alojamiento conjunto madre-hijo. Se debe de tomar en cuenta que el RN puede manifestar datos clínicos propios del periodo de transición, pueden ser 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 cardiaca, color, respiración, actividad motora, función gastrointestinal y temperatura. La persistencia de datos anormales como palidez, cianosis, plétora, la existencia de lesiones, ictericia, dificultad respiratoria, distensión abdominal, hiperactividad o discrepancia entre la edad gestacional y la clínica, requieren una evaluación temprana más detallada. Los fármacos administrados a la madre pueden influir en la vida del RN.

La presencia de la madre pueda ayudar en favorecer 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, discutir el significado de los datos anormales importantes encontrados durante la exploración física y planear los procedimientos posteriores.

Si se detectan anormalidades en el RN se debe de consideración los siguientes aspectos:

Observación. Es muy importante ya que la mayor parte de la información reunida se obtendrá de la observación cuidadosa del RN antes de que se le manipule y durante etapas diferentes de actividad. 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. Ambos deben ser sincronizados para obtener información confiable, las maniobras deberán ser suaves evitando lastimar o molestar al bebé al grado de que ya no pudiera obtenerse información confiable.

También se deben de considerar los aspectos particulares como:

Piel. 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 grasa con detritos epiteliales, su función principal es la de proteger al niño del medio ambiente y facilitar su paso a través del canal del parto, desaparece a los pocos días y cuando está amarillento, puede deberse a la presencia de meconio abundante en el líquido amniótico. 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 debida a inestabilidad vasomotora. La mancha mongólica es una pigmentación azul pizarra, en áreas bien delimitadas, generalmente localizada en glúteos y espalda.

Cabeza. 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. Se deben examinar las fontanelas al tacto y medir con una cinta metálica. 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. El perímetro craneano y la transluminación de la cabeza ayudan al diagnóstico de hidrocefalia; la microcefalia nos inducirá a pensar en enfermedad por virus de inclusión citomegálica, toxoplasmosis u otras.

Cara. Se 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 presencia de milium por influencia hormonal materna durante el embarazo. 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. Para explorarlos es más fácil si se mantiene al RN en reposo, despierto, dejando que los abra espontáneamente. La abertura palpebral debe permitir la visualización de todo el iris; cuando no es así, puede haber ptosis del párpado. Existen hemangiomas planos más

frecuentemente en los párpados superiores y en la nuca; son de color rosado o rojo vinoso y por lo general desaparecen por completo antes del primer año de vida. Se debe observar el tamaño del ojo para descartar microoftalmía.

Referencia

PEDIATRIA DE MARTINEZ