



# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **ESCUELA DE MEDICINA**

**MATERIA:**

**CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

**PROYECTO:**

**RESUMEN**

**Alumno:**

**RUSSELL MANUEL ALEJANDRO VILLARREAL (3B)**

**Docente:**

**GERARDO CANCINO GORDILLO**

**LUGAR Y FECHA**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a 02/10/2020**

## ASISTENCIA DEL RECIÉN NACIDO

### (exploración física)

La valoración física es el instrumento por excelencia para obtener información sobre el bienestar del paciente, y el recién nacido no es una excepción. Es un estándar de atención que cada recién nacido tenga una evaluación física completa realizada por un profesional capacitado, dentro de las primeras dos horas de nacido.

Este examen provee la base de futuras evaluaciones, distingue al niño que necesita un tratamiento de emergencia o derivación, e identifica las variaciones de lo normal que pueden sugerir la necesidad de una evaluación posterior.

Habitualmente el examen inicial tiene lugar en el momento del parto para identificar anomalías, lesiones o dificultades con la transición, que requieren intervención inmediata. Un examen más detallado se realiza dentro de las dos horas y frecuentemente se realiza un tercer examen completo antes del egreso del hospital. En casos de egreso precoz, el tercer examen completo tiene lugar en la visita de seguimiento en los primeros días de vida.

### **Sala de parto**

Su objetivo es evaluar la transición; aquí es donde entra en juego el APGAR. Actualmente, a los treinta segundos del nacimiento, el pediatra ya está tomando decisiones con respecto a ventilar o no, por lo que el APGAR, al minuto, no es útil para decidir sobre la reanimación.

Por otra parte, se dice que el APGAR, a los cinco minutos, cumple un supuesto papel pronóstico. Está claro que un niño con APGAR menor de 3, a los cinco minutos, tiene mal pronóstico, pero un valor de 6 o más no discrimina mucho y su función predictiva no es muy relevante.

La utilidad real del APGAR, que es un test muy fácil de aprender, es que permite evaluar rápidamente la adaptación a la vida extrauterina, mediante la evaluación de la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la calidad del llanto, la irritabilidad refleja y el color del RN.

Tiene importancia manejar con cierta sensibilidad a la madre. Si se le dice que el niño tiene un eritema tóxico, una mancha mongólica o que bajó de peso, puede quedar muy angustiada. Es necesario manejar el lenguaje con mucho cuidado y explicarle bien todos los detalles para evitar malentendidos que actúen como fuentes de estrés.

Debe realizarse un examen físico completo dentro de las 24 horas. Realizar el examen en presencia de la madre y otros miembros de la familia le permite formular preguntas y que el médico señale hallazgos físicos y les dé una orientación anticipatoria.

Las mediciones básicas incluyen la talla, el peso y el perímetro cefálico. La altura o talla se mide del vértex a los talones; los valores normales dependen de la edad gestacional y deben registrarse en un gráfico de crecimiento estándar. Cuando la edad gestacional es incierta o cuando el lactante parece grande para la edad gestacional o pequeño para la edad gestacional, la edad gestacional correcta puede determinarse usando hallazgos físicos y neuromusculares.

Muchos médicos comienzan por examinar el corazón y los pulmones, seguido de un examen sistemático de la cabeza a los pies en el que se buscan particularmente signos de traumatismo obstétrico y anomalías congénitas.

#### Aparato cardiorrespiratorio

El médico debe identificar la zona de máxima auscultación de los ruidos cardíacos para descartar dextrocardia. Se controlan la frecuencia (normal: 100-160 latidos/min) y el ritmo cardíacos. El ritmo debe ser regular, aunque no es infrecuente un ritmo irregular por extrasístoles auriculares o ventriculares. Un soplo que se ausculta en las primeras 24 horas se debe, la mayoría de las veces, a un conducto arterioso permeable. El examen cardíaco diario confirma la desaparición de este soplo, en general dentro de los 3 días.

Se palpan los pulsos femorales y se los compara con los braquiales. Un pulso femoral débil o retrasado sugiere una coartación aórtica u otra obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo. La cianosis central sugiere una cardiopatía congénita, una enfermedad pulmonar o una sepsis. El aparato respiratorio se evalúa contando las respiraciones en un minuto, teniendo en cuenta que la respiración de los recién nacidos es irregular; la frecuencia normal es de 40 a 60 respiraciones/min. Debe investigarse la simetría de la pared torácica, y el murmullo vesicular debe ser igual en todos los campos. Los gruñidos, el aleteo nasal y la retracción costal son signos de dificultad respiratoria.

#### Cabeza y cuello

En un parto en cefálica, la cabeza suele modelarse con cabalgamiento de los huesos del cráneo en las suturas y cierta hinchazón y equimosis del cuero cabelludo (caput succedaneum). En un parto en pelviana, la cabeza presenta menor modelado, y se observan hinchazón y equimosis de la parte de presentación (es decir, nalgas, genitales o pies). Las fontanelas varían de diámetro, de un través de dedo a varios centímetros. Una fontanela anterior aumentada de tamaño y una fontanela posterior que mide más que el ancho de la punta de un dedo puede indicar un hipotiroidismo.

Un cefalohematoma es un hallazgo frecuente: la sangre se acumula entre el periostio y el hueso, y causa una hinchazón que no cruza las líneas de sutura. Puede aparecer en uno o ambos huesos parietales y, en ocasiones, en el occipital. Por lo general, los cefalohematomas no se detectan hasta que se reabsorbe el edema de partes blandas y desaparecen gradualmente en varios meses. Se inspecciona el tamaño y la forma de la cabeza para detectar hidrocefalia congénita.

Los ojos pueden examinarse más fácilmente al día siguiente del nacimiento, porque el parto causa hinchazón peripalpebral. Debe investigarse el reflejo rojo, cuya ausencia puede indicar un glaucoma, cataratas o un retinoblastoma. Las hemorragias subconjuntivales son frecuentes y se deben a las fuerzas ejercidas durante el parto.

Las orejas de implantación baja pueden indicar anomalías genéticas, incluida la trisomía 21 (síndrome de Down). Muchos síndromes genéticos causan malformaciones de las orejas o los conductos auditivos externos. Los médicos deben buscar fositas o apéndices en el oído externo, que se asocian, a veces, con hipoacusia y alteraciones renales.

Al examinar el cuello, el médico debe elevar el mentón para investigar anomalías como higromas quísticos, bocios y remanentes de los arcos branquiales. Un hematoma del esternocleidomastoideo secundario a traumatismo obstétrico puede provocar tortícolis.

#### Abdomen y pelvis

El abdomen debe ser redondo y simétrico. Un abdomen navicular puede indicar una hernia diafragmática, que permite la migración intrauterina del intestino a la cavidad torácica; esto puede provocar hipoplasia pulmonar y dificultad respiratoria posnatal. Un abdomen asimétrico sugiere una masa abdominal. La esplenomegalia sugiere una infección o una anemia hemolítica congénita.

#### Sistema musculoesquelético

Se examinan los miembros para detectar malformaciones, amputaciones (miembros incompletos o faltantes), retracciones y desarrollo defectuoso. La parálisis del nervio braquial por un traumatismo obstétrico puede manifestarse por un movimiento limitado o no espontáneo del lado afectado, a veces con aducción y rotación interna del hombro, y pronación del antebrazo.

La columna se inspecciona para detectar signos de espina bífida, en particular exposición de meninges o médula espinal (mielomeningocele). El examen ortopédico consiste en palpación de los huesos largos para detectar traumatismo obstétrico (en particular, fractura de clavícula), pero se centra en la detección de displasia de cadera. Los factores de riesgo de displasia son sexo femenino, posición pelviana intrauterina, embarazo gemelar y antecedentes familiares. Se realizan las maniobras de Barlow y Ortolani en busca de displasia.