



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 08/10/2020.

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 cardíaco, 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. 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 distancia entre los cantos internos de los ojos del RN es de 3.9 ± 0.6 cm; cuando está aumentada, se denomina telecanto y se puede encontrar en los síndromes de Apert, de Hurler, otopalatodigital, enfermedad de Crouzon y otras enfermedades.

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. Cuando hay atresia de coanas, el RN presenta gran dificultad respiratoria. Es posible que esté obstruido el conducto lagrimonasal (por un abultamiento en la región cantal inferior) y se drena antes de los tres meses

Oídos. Sus malformaciones pueden asociarse a anomalías renales, pero con mayor frecuencia se deben a características familiares y generan problemas solo de tipo estético, en los niños prematuros existe falta de desarrollo del hélix, antihélix, trago y cartílago inferior. La membrana timpánica presenta un aspecto opaco

Boca. Se debe de examinar 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 sospechar la presencia de un hemangioma o linfangioma, o ambos. La macroglosia del hipotiroidismo se acompaña de otros estigmas y generalmente es observada al final del periodo neonatal. En ocasiones puede haber dientes supernumerarios, o más raro aún, dientes de leche, que tienen una sustentación muy débil, por lo que se hace necesario extirparlos, evitándose así que el niño los degluta o los aspire.

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. 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. El quiste tirogloso se puede palpar en la línea media, y se retrae al protruirse la lengua. El higroma quístico es una masa esponjosa que puede

aumentar con la presión intratorácica. Los quistes branquiales pueden tener fístulas, pero se palpan a un lado del esternocleidomastoideo y se mueven con la deglución

Tórax. Se verifica 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 utero y desaparece espontáneamente a las 2 o 3 semanas. La frecuencia respiratoria del RN es variable, se modifica con el llanto, el sueño o el reposo, y puede tener oscilaciones importantes que van desde 20 a 100 respiraciones por minuto. Se debe observar si existen signos de dificultad respiratoria. La percusión de los campos pulmonares es capaz de descubrir zonas de hipoventilación, las que serán comprobadas con el estetoscopio, las cuales pueden ser compatibles con derrames, atelectasia, neumonía, síndrome de aspiración de meconio y enfermedad de membrana hialina. 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 algunas cardiopatías congénitas pueden o no producir soplos al nacimiento. La frecuencia cardíaca puede variar desde 80 a 90/min en sueño profundo, hasta 180/min durante la actividad.

Abdomen. Se debe de buscar masas o tumoraciones que son provocados por 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. Si después de caído el cordón umbilical se presenta secreción amarillenta que persiste varios días se deberá sospechar en un granuloma umbilical. El onfalocele es una hernia de vísceras abdominales en la base del cordón umbilical; la gastrosquisis es una evisceración prenatal del contenido abdominal por un defecto paraumbilical. Cuando se presenta 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.

Genitales. Es importante ya que nos orienta con la estimación de la edad gestacional. El prepucio generalmente se encuentra fimótico; 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 y descartar o afirmar a la brevedad posible el diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita u otros trastornos. Hay que explorar en el sexo femenino, la protrusión de

los labios menores y del clítoris son signos correspondientes a un neonato pretérmino, con frecuencia hay secreción mucoide blanquecina entre los labios menores, y no es raro el sangrado discreto por la vagina, causado por estimulación hormonal, lo que viene a ser similar a la menstruación, sólo que leve y transitoria. De manera rutinaria se explora la región anal, introduciendo un termómetro para verificar la permeabilidad y descartar anomalías congénitas anorrectales.

En la **espalda** se debe valorar la existencia de tumoraciones en la parte media a nivel de la columna donde se presentan los meningoceles, y si existe un mechón de pelo a nivel lumbosacro se debe sospechar espina bífida.

Extremidades. El tono muscular aumentado puede indicar hipocalcemia, inflamación del sistema nervioso, hemorragia intracraneal. Algunas patologías pueden producir hipotonía muscular: síndrome de Down, enfermedad de Werdnig-Hoffmann, síndrome de Prader-Willi, prematuridad, lesión cerebral. Se debe explorar la funcionalidad, el número de dedos, la morfología, la presencia de pie equinovarus y talus valgus, polidactilia, sindáctila, focomelia, etcétera. La presencia de edema en pies o manos e hipoplasia de uñas en un fenotipo femenino orientará a síndrome de Turner.

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

La exploración neurológica se hace con base la fecha de la última menstruación de la madre, para no exigir a un RN una respuesta mayor que la que corresponde a su edad gestacional. Los se hacen a los 3, 15 y 30 días de vida y se deben tener en cuenta dos puntos importantes: 1) Los reflejos progresan en el niño en sentido caudocefálico; el tono muscular de manera contraria, en sentido cefalocaudal. 2) El tipo de respuesta dependerá de la mielinización de los cilindroejes, a menor mielinización, será más difusa y en masa; a mayor mielinización la respuesta será más específica.

Las condiciones para realizarlo son:

1. No debe efectuarse inmediatamente después del parto porque la respuesta puede estar modificada por el estrés del nacimiento, por analgésicos y/o anestésicos aplicados a la madre. El primer examen se recomienda a las 72 h de edad.

2. El niño debe estar completamente desnudo. No debe practicarse inmediatamente antes o inmediatamente después de los alimentos, porque el niño puede estar muy excitado, somnoliento o presentar vómitos.
3. El RN debe encontrarse normotérmico, ya que la hipotermia produce lasitud y depresión, y la hipertermia irritabilidad.
4. Cuando los niños son muy pequeños, (peso < de 1 500 g) se recomienda que el examen sea fraccionado, para no cansarlos, con intervalos de 1 a 2 horas.
5. Cuando presenten patología o están muy delicados, se pueden explorar solamente los puntos clave y dejar para otra ocasión el resto del examen.

Se explora en el RN el tono muscular pasivo, el tono activo y los reflejos. El tono pasivo evidencia el tono muscular; representado en la sinapsis neuromuscular, se basa en la observación de la extensibilidad de los segmentos, se estudia sin la participación activa del niño; se explora la actitud, los ángulos de pie, mano y poplíteo, así como las maniobras de la bufanda, talón-oreja y mentón-acromión.

La actitud se explora estando el RN desnudo en decúbito dorsal sobre una superficie plana, se observa la posición de las cuatro extremidades. El ángulo de mano se explora midiendo con un goniómetro el ángulo que forma la cara palmar de la mano, al flexionarla sin forzarla, con la cara anterior del brazo. El ángulo del pie lo forman el dorso del pie y la cara anterior de la pierna, se flexiona el pie y se mide el ángulo formado. El poplíteo se explora con el RN en decúbito dorsal, con los muslos formando un ángulo recto con el tronco; se mide el ángulo que forman las caras posteriores de los muslos y las piernas y se ve hasta dónde se puede abrir el ángulo sin forzarlo.

El **tono activo** es todo lo que pone en juego la actividad postural y motora; significa el establecimiento de la sinapsis neuromuscular, la mielinización de las vías y el impulso correcto de los estímulos nerviosos

Movilidad: se observa la intensidad y número de movimientos, explorando si el neonato levanta la cadera, cabeza y se desplaza sobre la superficie

Los **reflejos** que se exploran son: **llanto**; puede ser no audible, débil, con poca intensidad y duración, fuerte y sostenido, además puede ser agudo, monótono, quejumbroso, discontinuo. Se debe valorar en diferentes horas del día. **Grado de alerta** (ojos): se explora la apertura palpebral hasta el grado de alerta y, nos podemos ayudar interrogando a la madre o enfermera que está al cuidado del recién nacido. **Fija vista**: para explorarlo se puede usar un objeto de color brillante y se coloca a una distancia de 10 a 15 cm a nivel de los ojos. **Sigue objetos**: esta prueba se puede realizar con una fuente de luz y el neonato gira la cabeza hacia la luz. **Búsqueda**: se explora estimulando la comisura labial y el labio superior e inferior. **Succión y deglución**: estos reflejos están íntimamente relacionados entre sí y con la respiración, nos podemos ayudar interrogando a la madre o enfermera que cuida al RN, normalmente el niño se alimenta sin atragantarse o ponerse cianótico. **Preensión, contracción de brazo y hombro**: puede estar presente desde la semana 11 de gestación, este reflejo se hace cada vez más firme para ser seguido por la contracción del brazo y posteriormente del hombro desencadenándose el reflejo en cadena permitiendo que el RN se eleve de la superficie. **Marcha automática**: El RN de término siempre marcha de planta, se realiza tomando al RN por las axilas, dejándole recargar su cuerpo sobre los pies ayudándolo con un suave impulso hacia delante.

Referencia

Martínez, M. R. Y. (2017). *Pediatría - Salud y enfermedad del niño y del adolescente*. 2 Volúmenes (8.a ed.). Editorial El Manual Moderno.