



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Crecimiento y desarrollo

DR. Gerardo Cancino Gordillo

ASISTENCIA DEL RECIEN NACIDO NORMAL (EXPLORACIÓN
FISICA) EN LA SALA DE PARTO Y EN EL AREA DE ALOJAMIENTO
CONJUNTO

Presenta:

Diego Lisandro Gómez Tovar

3° B

Comitán de Dominguez, Chiapas a

23 de agosto de 2020

EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA SALA DE PARTO

La mayoría de los recién nacidos (RN) son capaces de realizar una transición posnatal normal en forma espontánea. Sin embargo, un 25% de los recién nacidos que requieren cuidado intensivo, no presentan factores de riesgo identificados antes de nacer. Es por esto que todos los niveles de atención perinatal, deben estar capacitados para diagnosticar situaciones de riesgo y dar la asistencia necesaria para estabilizarlos. La anticipación ante posibles problemas perinatales debe ser una práctica habitual, por lo que el conocimiento del estado de salud fetal y los signos de alteración intrauterina, deben alertar ante la posibilidad de que el RN requiera algún tipo de maniobra de reanimación en el momento del parto.

CONSTANTES VITALES EN EL RN

1. La FR normal se encuentra entre 30 y 50 r/m.
2. La FC normal es de 120 - 160 l/m.
3. La temperatura debe mantenerse entre 36,5 y 37,5 °C
4. La TA promedio en las primeras 12 horas de vida varía según el peso:

	TAS mmHg	TAD mmHg	TAM mmHg
1 - 2 kg	51	29	38
2 - 3 kg	60	34	43
> 3 kg	67	41.5	51

REANIMACIÓN DEL RN NORMAL

Considere el lugar de reanimación y prepare el material necesario para la reanimación. Reanime en el lugar más cálido posible prepare previamente la calefacción de la ambulancia si prevé el parto. A los RN prematuros, con edad gestacional inferior a 28 semanas se les debe cubrir hasta el cuello con una bolsa o sábana de plástico, sin secarles, inmediatamente después TAS mmHg TAD mmHg TAM mmHg 1 - 2 kg 51 29 38 2 - 3 kg 60 34 43 > 3 kg 67 41.5 51 UDS 3 del nacimiento. La cobertura se ha de mantener hasta la comprobación de la temperatura tras el ingreso.

- Paños preferiblemente calientes (o un empapador y la manta térmica). Puede utilizar sueros calientes para calentar el material.
- Fuente de oxígeno: Los neonatos nacidos sanos parten de una saturación de oxihemoglobina arterial inferior al 60% y pueden tardar más de 10 min en alcanzar saturación mayor al 90%. Recuerde utilizar siempre concentraciones bajas por riesgo de retinopatía (en a término 21%, en prematuros del 21% al 30%, salvo en caso de precisar masaje cardiaco en cuyo caso se usará 100%).
- Pulsioximetría: sondas pediátricas.
- Aspiración con presión negativa de 20 cm de agua, con sondas de aspiración faríngea del nº 8 Fr en prematuros y nº 10 Fr en RN a término.
- Pinzas de cordón.
- Tijeras quirúrgicas estériles.
- Laringoscopio de pala recta.
- Bolsa autoinflable con mascarillas pediátricas.
- Tubos endotraqueales (nº 2,5 al 4) y fiador.
- Catéter umbilical.
- Jeringas y agujas.

Medicación: Adrenalina: diluida al 1:10.000, Bicarbonato 1M diluido al medio, Naloxona, SSF 0,9%, SG 5%

Evaluación del parto

Según la valoración inicial, el recién nacido se incluirá en uno de los siguientes grupos

Respiración vigorosa o llanto, buen tono muscular, frecuencia cardiaca mayor que 100lpm, no es necesario pinzar de inmediato el cordón umbilical. El niño sólo precisa ser secado, envuelto en una toalla templada y si es apropiado, ponerlo en brazos de su madre.

Respiración inadecuada o apnea, tono muscular normal o disminuido, frecuencia cardiaca menor de 100 lpm: secar y envolver al bebe. El recién nacido habitualmente mejorara con insuflación pulmonar con mascarilla, pero si con esta medida no aumenta la frecuencia cardiaca de forma adecuada, puede requerir también ventilaciones.

Respiración inadecuada o apnea, hipotonía muscular, frecuencia cardiaca baja o indetectable, a menudo palidez sugestiva de mala perfusión periférica: secar y envolver al bebe. Este niño requeriría de inmediato medidas de control de la vía aérea, insuflación pulmonar y ventilación. Una vez que esto se haya realizado, el recién nacido puede también necesitar compresiones torácicas y quizás fármacos.

EXPLORACIÓN FÍSICA 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 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. Es importante mencionar que los fármacos administrados a la madre, el trauma obstétrico y la enfermedad en el RN, pueden alterar su adaptación a la vida extrauterina.

El tercer examen físico, una vez que el RN se ha adaptado a la vida extrauterina, deberá ser aprovechado para realizar una valoración detallada, este momento es considerado ideal para realizar mediciones de longitud, perímetros cefálico, torácico y abdominal, registrar la temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria.

Se recomienda tomar en consideración los siguientes aspectos:

Observación. Representa uno de los recursos más importantes de la exploración. 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. Algunos valores de percentil se observan en el cuadro 6-6.

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.

Deben buscarse en piel, hemangiomas, nevos y pezones supernumerarios. El lanugo es un pelo fino, abundante y suave, cubre la espalda, hombros, frente y mejillas, desaparece en los primeros días de vida, Es también una característica del RN pretérmino y en ellos persiste más tiempo. 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 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. Se observa en muchos latinoamericanos pero no tiene ningún significado y tiende a desaparecer en el primer año de la vida.

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. Esto sucede con mayor frecuencia en los hijos

de primigestas o cuando se presenta un trabajo de parto prolongado; no así en los nacidos por cesárea.

Se deben examinar las fontanelas al tacto y medir con una cinta metálica. La fontanela anterior se ubica entre la parte media del frontal y los parietales, es romboide y con eje mayor anteroposterior; se mide a lo largo de la sutura sagital y coronal, se suman las dos medidas y el resultado se divide entre dos. Las cifras normales al nacimiento son de 2 ± 1.5 cm.

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.

Ojos.

Para explorarlos es más fácil si se mantiene al RN 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 durante un tiempo breve.

La abertura palpebral debe permitir la visualización de todo el iris; cuando no es así, puede haber ptosis del párpado.

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. Es posible que esté obstruido el conducto lagrimeo nasal; entonces se presenta un abultamiento en la región cantal inferior, y en la gran mayoría se drenan espontáneamente antes de los tres meses. Debe buscarse lesiones en mucosas compatibles con sífilis neonatal.

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 malformaciones congénitas y la implantación baja de los mismos se observa en las trisomías; en los niños prematuros existe falta de desarrollo del hélix, antihélix, trago y cartílago inferior.

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, si es inapropiadamente grande en todos sus diámetros (macroglosia) deberá hacer sospechar la presencia de un

hemangioma o linfangioma, o ambos.

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 (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 útero y desaparece espontáneamente a las 2 o 3 semanas. El tamaño del pezón y la aréola nos sirven para conocer el grado de madurez del neonato.

La medición de la tensión arterial se efectúa de varias maneras, y es un recurso muy valioso que no se debe omitir: mediante la técnica de blanqueamiento; con una venda elástica se comprime toda una extremidad por debajo de donde se tenga colocado el brazalete de presión; después se infla éste y cuando está arriba de 130 mm Hg, se retira la venda de manera que la extremidad quede completamente pálida; se desinfla lentamente el brazalete y cuando se presenta el enrojecimiento de la extremidad, se tendrá la cifra de presión que buscamos.

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. El eritema o enrojecimiento periumbilical, más secreción purulenta, y mal olor, sugiere onfalitis infecciosa, la cual puede dar lugar a bacteriemia o sepsis.

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. No se encuentra hipopigmentado y con menos rugosidades. El prepucio generalmente se encuentra fi mótico; 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. Para confirmar, es importante la determinación de la cromatina nuclear, el cariotipo y electrolitos séricos.

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.

La presencia de edema en pies o manos e hipoplasia de uñas en un fenotipo femenino orientará a síndrome de Turner. Los surcos plantares transversales nos indican el grado de madurez del RN; éstos constituyen uno de los signos del método de Usher y el método de Ballard para la evaluación de la edad gestacional.

Bibliografías

Rubio Peralta, F. D. M. (2018). Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en trabajo de parto de primigesta sin control prenatal en Hospital Cayetano Heredia. Ball, J. W., Cpn, R. D., Dains, J. E., Flynn, J. A., Solomon, B. S., & Stewart, R. W. (2019). Manual Seidel de exploración física. Elsevier.