



Universidad del Sureste Escuela de Medicina

Materia:

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Presenta:

Polet Viridiana Cruz Aguilar

3ºB

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 2 de agosto del 2020

ASISTENCIA DEL RECIEN NACIDO NORMAL

EXPLORACIÓN FÍSICA DEL RECIÉN NACIDO

Es indispensable para evaluar el concepto de salud-enfermedad sabiendo y comprendiendo la simetría tanto la exploración física y neurológica.

SOMETRIA:

Nos ayuda a permitir detectar las anomalías; peso, talla, edad gestacional, los trastornos nutricionales y malformaciones congénitas.

FISICA:

Es una de las más principales para exploración en el nacimiento.

Se deberán lavar las manos antes y después del examen quitándose de anillos, relojes y cualquier tipo de alhajas.

Evaluación óptima: es una serie de 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 severo.

El **segundo examen** se realiza en las primeras 8 horas de vida nos ayudara a detectar trastornos: hidroeléctricas, cardiorrespiratorias o procesos infecciosos es lo que se evaluara.

Un **tercer examen** se realiza en las 12-24hrs de nacer evaluando los traumatismos que se generaron en la hora del parto como son: lesiones por compresión, flexiones, extensiones, estiramiento, torsión, hiperextensión, aplicación de fórceps o cualquier tipo de maniobra brusca capaz de producir lesiones en el RN.

Y así tener una evaluación completa para el neonato e identificar todas las anomalías a partir de las exploraciones físicas.

EXPLORACION FISICA EN LA SALA DE PARTO

- Debe ser analizado después del parto y que las maniobras sean con una sutileza ya que el RN es delicado y cualquier movimiento, o presión brusca será repercutido en él.

COLOR: Representa un signo muy característico que es de gran interés clínico ya que nos representa la oxigenación de la sangre y una respiración cardiorrespiratoria adecuada

ya que la cianosis podría dar signos de una cardiopatía congénita o una enfermedad pulmonar.



Neonato pálido:



El RN puede haber representado una asfixia grave que ocasionara una palidez por una vasoconstricción periférica intensa o podría ser signo de una anemia ya sea por una pérdida de sangre por la placenta, hemorragia fetomaterna o una hemólisis secundaria a incompatibilidad al factor de Rh

Después de evaluar el color de la piel se debe que evaluar el estado cardiopulmonar y determinar la FR: la taquipnea arriba de 60xmin podría diagnosticar un problema pulmonar (VN <30xmin).

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.

La atresia de coanas:



Es una oclusión manual entre la boca y cada una de las narinas de la nariz, se observara si el neonato tiene o presenta una dificultad para respirar bien mediante el paso de un catéter de succión a través de cada una de las narinas hasta el estómago. Es recomendable una aspiración del jugo gástrico y si es mayor de 20-

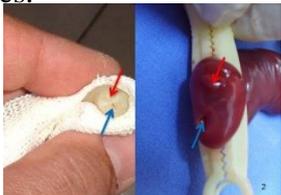
30ml se tomara en cuenta una sospecha de oclusión intestinal alta. Después de descartar la atresia de coanas y la obstrucción del tubo digestivo alto, el mismo catéter puede ser utilizado para valorar la permeabilidad anal.

Tono muscular:

Cuando este se encuentra relajado es mejor para la exploración abdominal al evaluar el abdomen y se encuentra en un estado de distensión, puede indicar la presencia de masas abdominales, la concavidad del mismo puede ser secundaria a hernia diafragmática. La palpación y auscultación deberán completar el examen. Ambos riñones deberán ser palpados para descartar anomalías renales.

Cordón umbilical:

Se evalúa su longitud y transversal se deberá ser asocia con anomalías arterias y una vena.



su relación con los vasos sanguíneos se observaran mejor en un corte cortado para excluir la presencia de la arteria umbilical única que se congénitas del aparato genitourinario normalmente se encontraran dos

El cordón umbilical tiene que ser delgado, color amarillento o blanco grisáceo. Cuando el cordón está manchado de meconio fetal podría ser indicadores de hipoxia-isquémica intrauterina.

Longitud: es variable cuando este está muy corto puede existir un desprendimiento prematuro de placenta o una ruptura del cordón. Cuando es muy largo (>75cm) se puede enrollar alrededor de una extremidad y ocasionar un sufrimiento al feto.

Genitales:

Evaluados para excluir una posibilidad de anomalías es recomendado evaluar antes de informar a los padres el sexo del RN.

Líquido amniótico:

Se evalúa:

Color: pajizo leve, puede contener sangre fresca o pigmentos de sangre vieja

Volumen: 700ml aproximadamente. Existe **polihidramnios** (exceso de volumen del líquido amniótico) si es mayor a 2000ml es relacionado con alteraciones como anencefalia u alguna obstrucción del aparato digestivo. El **oligohidramnios** (volumen deficiente de líquido amniótico) se relaciona con el síndrome de abdomen en ciruela pasa, agenesia renal u obstrucción urinaria.

Placenta:

El peso aproximado de la placenta y del neonato está directamente relacionado, las placentas pequeñas se acompañan de fetos pequeños, las grandes se presentan en las infecciones congénitas o en el hidrops fetalis. La placenta pequeña con múltiples infartos es característica de mujeres con enfermedad hipertensiva crónica y se relaciona con neonatos pequeños para la edad gestacional

Cuadro 6-7. Evaluación de Silverman-Andersen. (Ideal: 0 puntos)

| Calificación | 0 | 1 | 2 |
|---|--|--|--|
| Retracción xifoidea | Ausente | Apenas visible | Marcada |
| Tiraje intercostal | Ausente | Apenas visible | Marcado |
| Aleteo nasal | Ausente | Mínimo | Marcado |
| Quejido espiratorio | No existe | Sólo audible con el estetoscopio | Audible sin el |
| Asincronismo de los movimientos respiratorios de tórax y abdomen (bamboleo) | El tórax y abdomen se elevan juntos durante la inspiración | El tórax se hunde un poco mientras el abdomen se eleva algo durante la inspiración | El tórax se hunde mucho y el abdomen se eleva durante la inspiración |

Evaluación de Silverman-Andersen:

Debe ser evaluada a los 10min de vida, el resultado es la condición respiratoria del neonato presentando un patrón normal o con dificultad respiratoria

EXPLORACIÓN FÍSICA EN EL ÁREA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO MADRE-HUO

Segundo examen físico:

Principalmente se realiza cuando se va a hacer la transición al cunero y a los hospitales que no tienen esa área la persona que examine 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.

Y la persona que no tenga la experiencia total podría producir errores y tabular al RN como enfermo cuando la realidad puede ser diferente a otra por que el RN puede estar en una transición.

La persistencia de datos anormales como palidez, cianosis, plétora, la existencia de lesiones, ictericia, difi cultad 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 consta:

Ya que el RN está adaptado se realiza una observación bien detallada como las medidas antropométricas, temperatura, FR y FC

La presencia de la madre durante este momento ofrece las siguientes ventajas: favorece 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

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.

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 verdadera.

ASPECTOS PARTICULARES

PIEL:

Fina, suave, delicada, con color eritematoso, con descamación fisiológica y con desprendimiento de la capa cornea en pequeñas o grandes escamas.

VERMIX CASEOSO:

Es mas que grasa con detritos epiteliales cubriendo toda la superficie cutánea con una función de protección del medio ambiente y también facilita el paso por el canal del parto, este desaparece en los primeros días cuando está amarillento, puede deberse a la presencia de meconio abundante en el líquido amniótico.

UÑAS:

Largas en el posmaduro, el cual también presenta piel reseca con tendencia a desepitelizarse y con aspecto apergaminado. Deben buscarse en piel, hemangiomas, nevos y pezones supernumerarios.

LANUGO:

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.

CABEZA:

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. Los cefalohematomas son causa frecuente de deformación y se producen por lesiones de los huesos al ser comprimidos durante el trabajo de parto, resultando en acúmulos de sangre entre la tabla externa y el periostio.

Se debe que hacer una examinación de fontanelas y medir con una cinta metálica; la fontanela anterior: ubicada entre la parte media del frontal y de los parietales, romboide y con un eje anteroposterior, la medición es de la sutura sagital y coronal sumando las dos medidas y dividiendo en dos para dar el resultado VN: 1.5-2cm. El perímetro craneano y la transiluminación 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:

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. La cara puede ser asimétrica con frecuencia debido a parálisis facial, comúnmente causada por aplicación 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. Algunas anomalías del primer arco branquial presentan retraso en el crecimiento mandibular.

OJOS:

Cuando el RN está en reposo es más fácil evaluarlo 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.

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.

La esclerótica tiene un tono azulado ya que son delgados, también en las escleróticas se puede ver ictericas. El color del iris es gris azulado o café grisáceo en el síndrome de Down el iris puede mostrar manchas blancas, llamadas de Brushfield, las cuales también pueden presentarse en niños normales. Los reflejos pupilares están presentes y el cristalino debe examinarse bajo una luz tangencial para advertir si hay catarata (opacidad del cristalino), la que tiene etiología muy diversa. 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.

NARIZ:

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; 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. La membrana timpánica presenta un aspecto opaco.

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. La macroglosia del hipotiroidismo se acompaña de otros estigmas y generalmente es observada al final del periodo neonatal.

CUELLO:

Se deberá que palpar cada clavícula para descartar una ruptura, y el reflejo de Moro va a confirmar con frecuencia la sospecha de un hallazgo clínico que es notado a la palpación, el cuello parece corto 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 y a veces transluminarse. Los quistes branquiales pueden tener fístulas, pero se palpan a un lado del esternocleidomastoideo y se mueven con la deglución.

TORAX:

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 utero 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 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 FC oscila entre 80-90/min en un sueño profundo y 180x/min durante la actividad.

La presión arterial se correlaciona directamente con la edad gestacional y el peso al nacer; por ejemplo, un niño con un peso de 1 kg puede tener una presión arterial de 35 a 23 mm Hg

GENITALES:

El escroto en el RN pretérmino se encuentra hipopigmentado y con menos rugosidades. El prepucio generalmente se encuentra fijo; 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 el diagnóstico anterior es importante la determinación de la cromatina nuclear, el cariotipo y electrolitos séricos. 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.

EXTREMIDADES:

El tono muscular aumentado puede indicar hipocalcemia, inflamación del sistema nervioso, hemorragia intracraneal. 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. 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.

EXPLORACION NEUROLOGICA

Objetivos:

Que exista una relación con la edad gestacional y la respuesta neurológica

Investigar las patologías del SNC y SNP

Valorar la evolución del RN



El examen se debe que practicar entre los 3, 15 y 30 días de nacimiento teniendo en cuenta algunos puntos que son muy 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.

No realizar la exploración neurológica:

- 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.
- El RN debe que estar completamente desnudo
- El RN debe encontrarse normotérmico, ya que la hipotermia produce lasitud y depresión, y la hipertermia irritabilidad.
- 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.
- Cuando presenten patología o están muy delicados, se pueden explorar solamente los puntos clave y dejar para otra ocasión el resto del examen

En el examen neurológico al Rn se va a hacer una exploración: Tono muscular pasivo, activo y sobre todo los reflejos primitivos que nos van a ayudar a diagnosticar alguna deficiencia en la movilidad en la fijación de la vista, succión y deglución, relajación, presión y contracción del musculo.



BIBLIOGRAFIA

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