



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 07/10/2020

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.

Exámen del recién nacido. El exámen físico general y segmentario que se debe realizar en forma sistemática en todo recién nacido. Este se debe realizar alrededor de las 12 a 24 horas, período en que el niño normalmente ha estabilizado su adaptación cardiorespiratoria y termorregulación. Idealmente se debe realizar junto a la madre de manera que esta aprenda a conocer a su hijo y pueda preguntar aspectos que le merezcan dudas. Es útil preguntarle a la madre, antes de iniciar el examen, sobre aspectos que a ella le llaman la atención. La madre en la mayoría de los casos ha mirado y tocado a su recién nacido con bastante acuciosidad y preguntará sobre manchas, forma de la cabeza, etc.

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.

También es importante considerar que un examen con el niño desnudo de más de 10 minutos puede terminar enfriando a éste. La madre estará muy alerta a la forma como se le examina, a la delicadeza para hacerlo y a las explicaciones que se le dan. Hay que aprovechar antes de desvestir al niño, de evaluar aspectos de la inspección: estado de alerta, postura, examen del cráneo y de la cara, aspecto de las manos y los pies.

Después se puede ir desvistiendo progresivamente al niño evitando el llanto para poder examinar adecuada mente la frecuencia cardíaca y la presencia de soplos. Hay varias partes del examen que será difícil hacer con el niño llorando: palpación del abdomen, en especial de los riñones. La madre puede participar desvistiendo y vistiendo al niño. Si no puede hacerlo, nunca se debe dejar al niño destapado después del examen y debe ser vestido por personal de enfermería o médico que han estado en el examen. Al terminar el examen debe informarse sobre el resultado de éste a la madre.

En el exámen se debe contar con buena iluminación y temperatura. Cuidar que no haya corrientes de aire. Se consideran sistemáticamente los siguientes aspectos:

Piel

Color y textura: usualmente es de un color rosado y suave con frecuencia adopta un aspecto marmóreo. También puede presentarse cianosis localizada de manos y pies, que normalmente desaparece después de varios días. El tejido subcutáneo debe sentirse lleno. Es normal una descamación discreta de la piel, pero en el RN de postérmino es mucho más marcada. Si se aprecia ictericia, significa que la bilirrubina está al menos sobre 5mg. En el prematuro la piel es muy delgada, casi transparente, roja, con muy poco tejido subcutáneo.

Unto sebáceo: es un material graso, blanquecino que puede cubrir el cuerpo, que es producido por las glándulas sebáceas desde las 20-24 semanas de gestación, disminuyendo a partir de las 36 semanas y desapareciendo a las 41 semanas.

Lanugo: pelo fino que puede estar presente sobre los hombros y dorso. En el prematuro puede ser más abundante.

Mancha mongólica: manchas de color azul pizarra, con frecuencia grandes, se ubican en el dorso, nalgas o muslos, no tienen significado patológico.

Hemangiomas planos: Son comunes sobre el occipucio, párpados, frente y cuello. Eritema tóxico: máculo papular con base erimatososa que puede confluir, con algunas vesículas pequeñas en su centro, de color amarillo y que contienen eosinófilos. Su distribución es variable, pero preferentemente se ubica en el tronco y extremidades, aparece en los 3 primeros días y desaparece cerca de la semana. Tampoco tiene significado patológico.

Cardiopulmonar

Pulmones: La respiración del RN es en gran parte abdominal, frecuentemente irregular (periódica). Los pulmones se expanden en forma simétrica y tiene un adecuado murmullo vesicular. Pueden auscultarse ruidos húmedos en las primeras horas por posparto. Un murmullo vesicular asimétrico o disminuido, deben hacer sospechar patología.

Corazón: Frecuencias cardiacas bajo 90 y sobre 195 por minuto deben estudiarse. El apex está lateral a la línea medioclavicular en el tercer o cuarto espacio intercostal izquierdo. Con frecuencia pueden auscultarse soplos sistólicos eyectivos que son transitorios. Todo soplo que persiste a más de 24 horas o que se acompañe de otra sintomatología debe ser estudiado.

Tórax

Observar su forma y simetría. Presenta movimientos respiratorios normales, 30 a 60 por minuto. Clavículas: Se palpan de superficie lisa y uniforme. Descartar fractura, especialmente en los niños GEG. Nódulo mamario: Es palpable en los niños maduros, tanto en hombres como mujeres, su tamaño está determinado por la edad gestacional y por una adecuada nutrición.

Abdomen

Forma: Debe ser ligeramente excavado en las primeras horas para luego distenderse en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen muy deprimido asociado a distress respiratorio sugiere hernia diafragmática. Los órganos abdominales son fácilmente palpables. Si se encuentra un abdomen distendido puede corresponder a una obstrucción intestinal o a un íleo paralítico en un niño con peritonitis o sepsis. Deben buscarse masas y vísceromegalia.

Ombigo y cordón umbilical: Debe tener tres vasos: dos arterias y una vena. El cordón comienza a secarse horas después del parto, se suelta de la piel que lo rodea cerca del cuarto a quinto día y cae entre el séptimo y décimo día. En algunos casos la piel se prolonga por la base del cordón umbilical (ombigo cutáneo). Las hernias umbilicales son comunes y habitualmente no tienen significado patológico, aunque se pueden asociar a síndromes, trisomías, hipotiroidismo, etc.

Ano y recto: Examinar la ubicación y permeabilidad del ano especialmente si no se ha eliminado un meconio en 48 horas.

Genitales

Masculinos: En el RN de término, el escroto es pendular con arrugas que cubren el saco, pigmentado. Los testículos deben estar descendidos. El tamaño del pene es muy variable, el prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. En el prematuro el escroto está menos pigmentado y los testículos no están descendidos.

Femeninos: Hacia el término de los labios mayores estos cubren completamente a los menores y clítoris. El himen debe verse y puede ser protuyente. Durante los primeros días después del nacimiento, puede observarse normalmente una secreción blanquecina mucosa que en ocasiones contienen sangre. Ocasionalmente los labios menores pueden estar fusionados cubriendo a la vagina.

Líquido amniótico

El líquido amniótico alcanza su volumen máximo aproximadamente a las 34 semanas del embarazo, cuando llega a un promedio de 800 ml. La insuficiencia de líquido amniótico (oligohidramnios) o el exceso (polihidramnios) puede ser la causa o el indicador de problemas para la madre y el feto. En ambos casos la mayor parte de los embarazos continúan con normalidad y el recién nacido viene al mundo de forma saludable pero no siempre se da el caso.

Placenta

Las características de una placenta sana son las siguientes: Forma discoidal cuyo diámetro oscila entre 15 y 25 centímetros: el tamaño medio es de 18,5 cm. Tiene un espesor de 3 centímetros. Peso de 500 a 600 gramos.

Silverman-andersen

La prueba de Silverman y Anderson es un examen que valora la dificultad respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios. Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad. Contrario a la puntuación de Apgar, en la prueba de Silverman y Anderson, la puntuación más baja tiene mejor pronóstico que la puntuación más elevada.

Criterios: Movimientos toraco-abdominales, Tiraje intercostal, Retracción xifoidea, Aleteo nasal, Quejido espiratorio

Exploración en alojamiento conjunto madre-hijo

El segundo examen físico generalmente se realiza en el cunero de transición; sin embargo, en los hospitales que no cuentan con dicha área el examen se realiza 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 cardíaca, color, respiración, actividad motora, función gastrointestinal y temperatura.

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.

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 la forma de relacionarse con el niño.

Se recomienda las siguientes consideraciones: **observación, auscultación y palpación.**

Aspectos particulares

Piel

El médico también examina la piel y valora su color. La piel suele ser rojiza, aunque los dedos de las manos y de los pies suelen presentar un matiz azulado debido a la escasa circulación de sangre durante las primeras horas. A veces aparecen pequeñas manchas de color rojizo-púrpura (llamadas petequias) en partes del cuerpo que fueron presionadas con fuerza durante el parto. Sin embargo, la presencia de petequias en todo el cuerpo puede ser signo de un trastorno y requiere valoración médica. A menudo aparecen sequedad y descamación de la piel en cuestión de días, especialmente en los pliegues de la muñeca y el tobillo.

Muchos recién nacidos desarrollan una erupción alrededor de 24 horas después del nacimiento. Esta erupción, llamada eritema tóxico, consiste en manchas rojas planas y por lo general una especie de grano en el centro. Es inofensiva y desaparece al cabo de 7 a 14 días.

Cabeza

Un parto en presentación cefálica deja la cabeza del bebé levemente deformada durante algunos días. Los huesos que forman el cráneo se superponen y esto permite que la cabeza

se comprima para facilitar el parto. Es frecuente algo de inflamación y contusión del cuero cabelludo. A veces la hemorragia de uno de los huesos del cráneo y de su capa más externa produce una pequeña protuberancia en la cabeza que desaparece al cabo de pocos meses (denominada cefalohematoma).

Cuando el bebé nace de una presentación inversa a la cefálica o los genitales o los pies salen primero, la cabeza no suele deformarse; sin embargo, puede haber en este caso inflamación y contusiones en las nalgas, los genitales o los pies. Habitualmente, se evita ahora el alumbramiento con este tipo de presentación. Cuando el bebé está de nalgas, los médicos suelen recomendar una cesárea.

Cara

La presión durante el parto vaginal puede causar hematomas en la cara del recién nacido. Además, la compresión sufrida en el canal del parto hace que inicialmente la cara parezca asimétrica. Esta asimetría a veces se produce cuando uno de los nervios que inerva los músculos de la cara se lesiona durante el parto. En las siguientes semanas el recién nacido suele recuperarse de forma gradual.

Ojos

El parto también puede causar hemorragias subconjuntivales en los ojos del recién nacido (vasos sanguíneos de la superficie ocular rotos). Estas hemorragias son frecuentes y no necesitan tratamiento, desapareciendo por lo general en menos de 2 semanas.

Nariz

El RN es preferentemente respirador nasal y puede presentar dificultad respiratoria por atresia de coanas. Debe confirmarse su permeabilidad pasando una sonda nasogástrica si se sospecha. Es frecuente observar "miliun sebáceo" en el dorso de la nariz que corresponden a glándulas sebáceas obstruidas, lo que es un fenómeno normal.

Oídos

El médico examina las orejas y evalúa si están bien formadas y situadas donde corresponde. Por ejemplo, unas orejas de implantación baja o mal formadas pueden indicar que el recién nacido sufre un trastorno genético y/o pérdida de audición.

Boca

También se examina la boca para detectar posibles problemas. En raras ocasiones, los recién nacidos nacen con dientes, que pueden necesitar ser eliminados, o un labio leporino o un paladar hendido. Los médicos comprueban si el recién nacido tiene un épulis (un tumor no canceroso en las encías), ya que estos crecimientos pueden causar problemas de alimentación y pueden obstruir las vías respiratorias.

Cuello

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.

Tórax

El médico ausculta con un fonendoscopio el corazón y los pulmones para detectar posibles anomalías. El médico debe ser capaz de escuchar sonidos anómalos, como un soplo cardíaco o una congestión pulmonar. El médico evalúa el color de la piel del recién nacido. Una tonalidad azul de la cara y el torso puede ser un signo de cardiopatía congénita o enfermedad pulmonar. Se controlan la frecuencia y la intensidad del pulso. El médicos observan la respiración del recién nacido y cuentan el número de respiraciones por minuto. Los ruidos y/o aleteos de las fosas nasales al respirar o el hecho de respirar demasiado rápido o demasiado lentamente pueden ser signos de problemas.

Abdomen

El médico examina la conformación general del abdomen, analizando además el tamaño, la forma y la posición de los órganos internos como los riñones, el hígado y el bazo. Un aumento en el tamaño de los riñones puede indicar un bloqueo del flujo urinario.

Genitales

El médico examina los genitales del bebé para comprobar que la uretra está abierta y que su emplazamiento es correcto. El médico también comprueba que los genitales son claramente masculinos o femeninos. En el varón, los testículos deben estar situados en el escroto. En la niña, los labios son prominentes debido a la exposición a las hormonas de la madre y se mantienen inflamados durante las primeras semanas. Las secreciones vaginales del bebé que contienen sangre y moco son normales. El médico examina el ano para asegurarse de que el orificio está situado correctamente y no está cerrado.

Extremidades

El médico examina la flexibilidad y movilidad de brazos, piernas y caderas y comprueba que el recién nacido no se haya roto ningún hueso durante el parto (en especial la clavícula), que no tenga ninguna extremidad no formada o ausente o luxación de cadera. Se examina la columna vertebral para detectar malformaciones o deformidades (tales como la espina bífida).

Exploración neurológica

El médico examina el nivel de alerta, el tono muscular y la capacidad de mover los brazos y las piernas por igual del recién nacido. Un movimiento desigual podría ser un signo de una

anomalía nerviosa (como una parálisis del nervio). Los médicos comprueban los reflejos del recién nacido mediante diversas maniobras.

El examen neurológico estudia: el tono muscular **pasivo, activo y los reflejos**.

Tono muscular pasivo

Es la resistencia que ofrece el músculo a la presión, estiramiento y movilización pasiva, que se traduce en la exploración por la consistencia, la extensibilidad y la pasividad.

Consistencia. Es la resistencia que ofrece a la palpación las masas musculares que habitualmente tienen una consistencia moderada y elástica. Si la consistencia está aumentada se habla de hipertonía y si está disminuida de hipotonía. En el recién nacido se observa una hipertonía en los músculos flexores. Esta hipertonía tiende a disminuir rápidamente al mismo tiempo que aumenta la extensibilidad.

Extensibilidad. Es la capacidad de elongación de los músculos de los miembros. Se explora intentando alcanzar el máximo ángulo de una articulación mediante movilización pasiva. La extensibilidad se explora separando los segmentos de una articulación (ángulo); ofrecen poca resistencia y el ángulo es grande en el niño hipotónico y a la inversa en el hipertónico. Las maniobras más realizadas son la bufanda de miembro superior que se realiza desplazando el miembro superior sobre el cuello, que en condiciones normales el codo no sobrepasa la línea media corporal, y la bufanda del miembro inferior, que se realiza cruzando un miembro inferior sobre el otro; y habitualmente el muslo no cubre el sexo.

Pasividad. Es la movilidad pasiva de un segmento de miembro u oposición del músculo a ser estirado mediante balanceo. Se explora sacudiendo el segmento superior y observando la amplitud de los desplazamientos del segmento inferior; es de apreciación más difícil y su valor diagnóstico es relativo.

Tono muscular activo

Es el que está relacionado con la postura y el movimiento activo del niño. Se observa en los movimientos espontáneos que el niño realiza y en el mantenimiento de una postura en los primeros meses de la vida. En reposo, se observa que el niño hipotónico adopta una postura de ángulos abiertos y el niño hipertónico de ángulos cerrados. En el recién nacido la hipertonía flexora va cediendo en los meses siguientes. Este notable predominio de los flexores se manifiesta al explorar activamente los ángulos (los formados por los segmentos corporales que constituyen una articulación). Al practicar las pruebas de retorno tanto en el ángulo poplíteo como en el del codo el segmento separado vuelve rápidamente a la posición inicial. Pasado el periodo neonatal las modificaciones del tono se pueden observar mejor en la exploración del tono pasivo. En el niño mayor y adolescente el tono de sostén o activo se explora mediante el mantenimiento de una postura, o la resistencia activa a los desplazamientos mediante las siguientes pruebas.

Mantenimiento de la postura de firme. En condiciones normales se marcan los tendones de la garganta del pie sin desplazamientos. Si existe hipotonía se observa el fenómeno de la danza de los tendones, es decir los tendones presentan sucesivas oscilaciones.

Prueba de Kabat-Levine. Al sujeto explorado, de pie con los miembros superiores extendidos, el explorador apoya sus manos sobre los antebrazos de aquel y le solicita que intente desplazarlos hacia arriba: bruscamente el explorador retira sus manos y los miembros superiores del explorado se proyectan hacia arriba bloqueándose rápidamente el movimiento. Si existe hipotonía el desplazamiento hacia arriba es mucho mayor.

Prueba de Stewart-Holmes. Se le dice al explorado que intente flexionar fuerte su antebrazo sobre el brazo mientras el explorador con su mano retiene aquel. Al soltar el antebrazo este se desplaza hacia el pecho bloqueándose en su recorrido. Si existe hipotonía la retención automática no es posible y se golpea en el pecho.

Reflejos

Los reflejos son acciones o movimientos involuntarios. Algunos movimientos son espontáneos y forman parte de las actividades habituales del bebé. Otros responden a ciertas acciones. Los reflejos ayudan a identificar la actividad normal del cerebro y de los nervios. Entre los más comunes están:

Reflejo de búsqueda. Este reflejo se produce cuando se toca o acaricia la comisura de los labios del bebé. El bebé gira la cabeza y abre la boca para seguir y "buscar" en la dirección de la caricia.

Reflejo de succión. La búsqueda contribuye a la preparación del bebé para la succión. Cuando el techo de la boca del bebé entra en contacto, el bebé comienza a succionar.

Reflejo de Moro. El reflejo de Moro con frecuencia se denomina reflejo de sobresalto porque generalmente se produce cuando el bebé se sobresalta por un sonido o un movimiento estrepitoso.

Reflejo tónico del cuello. Cuando se gira la cabeza de un bebé hacia un lado, el brazo de ese lado se estira y el brazo opuesto se dobla a la altura del codo.

Reflejo de prensión. Acariciar la palma de la mano del bebé provoca que el bebé cierre los dedos en un apretón.

Reflejo del paso. Este reflejo también se denomina reflejo de caminar o de baile, porque pareciera que el bebé da pasos o baila cuando se lo sostiene erguido con los pies tocando una superficie sólida.

Bibliografía:

Martínez y Martínez, La Salud del Niño y del Adolescente, 8ª edición, Editorial Salvat.

Nelson, W.E., McKay, Tratado de Pediatría, 18ª edición, Editorial Interamericana, México, 2009.

Jasso Gutiérrez, L., Neonatología Práctica, 17ª edición, Editorial El Manual Moderno, 2008.