



Diagramas

Nombre del Alumno: Dana Paola Vazquez Samayoa.

Nombre del tema: Exploración neonatal

Parcial: 3ero.

Nombre de la Materia: Pediatría

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del Solar Villarreal.

Nombre de la Licenciatura: Medicina humana.

Semestre: 6to.



Examen Físico Pediátrico y del Recién Nacido

EXPLORACIÓN



Inicial: realiza tras el parto lo antes posible

Temperatura, pulso, frecuencia respiratoria, color, signos de dificultad respiratoria, tono, actividad y nivel de conciencia

Segunda exploración: a las 24 horas siguientes, más detallada

3-5%
Malformaciones
congénitas

La madre debe estar presente en la exploración si el niño está sano



EXAMEN FÍSICO



Requiere paciencia, suavidad y flexibilidad.

Lavarse bien las manos antes de examinar al niño.

Mantener una temperatura ambiente agradable, manos e instrumental tibio.

El orden del examen generalmente lo dicta las reacciones del niño.

Se debe empezar por la palpación del abdomen o por la auscultación cardíaca, para pasar después a otras manipulaciones más molestas.



UN BUEN EXAMEN FÍSICO LOGRA COOPERACIÓN Y CONFIANZA DEL NIÑO

EXPLORACIÓN FÍSICA

ASPECTOS GENERALES

Sin tocar al recién
nacido

Inspección general

UNA ADECUADA INSPECCIÓN, ANTES DE TOCAR AL NIÑO, NOS ENTREGARÁ VALIOSA INFORMACIÓN ACERCA DE SU ESTADO NUTRICIONAL, SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD, COMPORTAMIENTO Y RESPUESTA SOCIAL, NIVEL DE HIGIENE Y CUIDADO.



ASPECTO GENERAL



Observar el tono muscular activo y pasivo, y posturas inusuales. Frecuentes movimientos temblorosos y toscos con mioclonía de los tobillos o de la mandíbula. Aparecen en los períodos de actividad del niño.

Edema puede confundirse con una buena nutrición.

GENERALIZADO: Prematuridad, hipoproteinemia secundaria a eritroblastosis fetal grave, anasarca no inmunitario, nefrosis congénita o síndrome de Hurler, o desconocida.

LOCALIZADO: malformación congénita del sistema linfático, si está limitado a una o varias extremidades de una niña recién nacida – Síndrome de Turner



EXPLORACIÓN FÍSICA

PIEL

Inspección y palpación

Turgor y elasticidad

Color de piel

Aspecto de la piel

EXAMINAR AL BEBÉ CON LUZ NATURAL. TANTO LA LUZ ARTIFICIAL COMO LOS REFLEJOS AMBIENTALES DAN COLORES FALSEADOS.



PIEL



CAMBIOS DE COLOR ESPERADOS EN EL RECIÉN NACIDO

Acrocianosis:



Eritema tóxico:



Piel marmórea:



Manchas mongólicas:



Manchas salmón (manchas de la cigüeña):



Ictericia fisiológica leve:



PIEL



Inestabilidad vasomotora y circulación periférica lenta: color rojo oscuro o lividez violácea del niño que llora, acrocianosis sobre todo cuando las extremidades están frías. También puede aparecer moteado.



Cianosis localizada: se distingue de la equimosis por la palidez momentánea (con cianosis) que aparece tras la presión.



Palidez: puede ser debida a asfixia, anemia, shock o edema.

Cambio de color arlequín: división extraordinaria por el color del cuerpo desde la frente hasta el pubis en una mitad roja y otra pálida,



Los lactantes pos maduros y no anémicos suelen mostrar una piel más pálida y gruesa

PIEL ●

Aspecto rojo rubicundo de la plétora se asocia a policitemia.



La piel de los recién nacidos prematuros es fina y delicada y suele ser de un color rojo oscuro; los muy prematuros tienen una piel casi gelatinosa y translúcida.

Lanugo: cráneo y cejas están cubiertos de un pelo fino blando e inmaduro, también puede cubrir la cara de prematuros.

Mechón de pelo: sobre la columna lumbosacra, debe pensarse en anomalía subyacente.



Uñas: rudimentarias, pueden sobresalir de los dedos.



PIEL

Eritema tóxico: pápulas pequeñas y blancas sobre una base eritematosa en los 3 primeros días de vida. Persiste 1 semana y contiene eosinófilos y suele distribuirse por la cara tronco y extremidades.



Melanosis pustulosa: lesión benigna, contiene neutrófilos, erupción vesiculopustulosa alrededor de la barbilla, cuello, espalda, extremidades y palmas o plantas, persiste 2-3 días.



Bandas amnióticas: afectan la piel, extremidades, cara o tronco. Por la rotura de membranas amnióticas o compromiso vascular con formación de bandas fibrosas.



EXPLORACIÓN FÍSICA CRÁNEO Y CUELLO

Inspección, palpación
y *transiluminación*

Circunferencia
cranéana

Evaluar de forma
minuciosa fontanelas

Adenopatías y
descartar rigidez de
nuca

EXPLORAR LA CABEZA DESDE ARRIBA ES ÚTIL PARA
EVALUAR SU FORMA



CRÁNEO

Registrar perímetro cefálico

Cráneo moldeado, los huesos parietales se superponen sobre el occipital y frontal.

Cráneo de lactantes nacidos por cesárea se caracteriza por ser **redonda**.

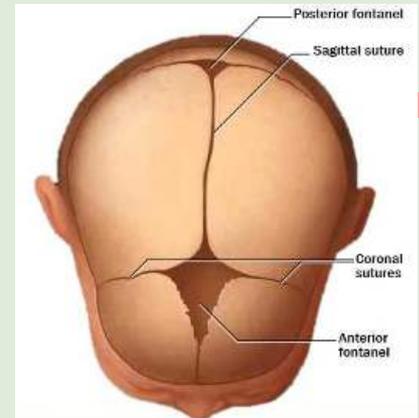
Palpar líneas de sutura y fontanelas anterior y posterior.



Sinostosis craneal: fusión prematura de suturas



El tamaño de las fontanelas es variable al nacer.



CRÁNEO

Al nacer, fontanelas pequeñas, la anterior suele aumentar de tamaño durante los primeros meses.

20 +/- 10 mm

La persistencia de una fontanela anterior y posterior excesivamente grandes.

Fontanelas persistentes pequeñas.

Tercera fontanela-Niños pretérmino.



CRÁNEO

Craneotabes: áreas blandas que se encuentran en el área adyacente al vértice de la sutura sagital de los huesos parietales.



Transiluminación del cráneo anormal en habitación oscuro+ECOGRAFÍA/RM descarta hidrancia y hidrocefalia.



Depresión del cráneo: presión focal prolongada de los huesos de la pelvis materna en período prenatal.



Megalencefalia: cabeza excesivamente grande.



Plagiocefalia: secundaria a la presión intrauterina ejercida sobre el cráneo.



CUELLO

Relativamente corto, grueso, rodeado por pliegues cutáneos.

Anomalías infrecuentes, pueden encontrarse bocios, teratomas, hemangiomas y lesiones en el esternocleidomastoideo.

Torticolis congénito: la cabeza gira hacia el lado afecto mientras la cara lo hace hacia lado opuesto.

Palpar ambas clavículas para descartar fracturas.



EXPLORACIÓN FÍSICA

CARA

Exploración
orofaríngea

Exploración
otoscópica

Exploración ocular

Exploración de la nariz

AUNQUE ESTÉ LLORANDO, SIEMPRE HABRÁ UN MOMENTO EN EL QUE ABRA LOS OJOS.



CARA



Observar aspecto general

Características dismórficas, epicantus, ojos separados excesivamente o juntos, microftalmia, surco labial grande, orejas de implantación baja

Asimetría de cara: puede deberse a parálisis del VII par craneal, hipoplasia músculo depresor del ángulo de la boca o postura fetal anómala, mandíbula se ha mantenido apoyada contra el hombro o extremidad en el período intrauterino.



OJOS

Si se levanta al niño y se le inclina suavemente hacia delante y atrás los párpados suelen abrirse de forma espontánea.

Permite mejor exploración que la separación forzada de los párpados

Hemorragias conjuntivales y retinianas son benignas.

Las retinianas son más frecuentes en partos con fórceps que por cesárea.

Desaparecen en la 2 semana de vida.



Reflejos pupilares: aparecen en la semana 28-30 de gestación.

Inspeccionar iris: descartar colobomas y heterocromía.

Córnea con diámetro superior a 1 cm en recién nacido a término + fotofobia y lagrimeo pensar en glaucoma congénito.



Reflejos rojos bilaterales: ausencia de cataratas o patología intraocular.

Leucocoria: cataratas, tumor, coriorretinitis, retinopatía de la prematuridad o persistencia de un vítreo primario hiperplásico.



OÍDOS

Deformidades del pabellón auricular.

Plicomas cutáneos preauriculares unilaterales o bilaterales.

Membrana timpánica: se ve con facilidad con otoscopio a través del conducto auditivo externo corto y recto, color gris mate.



NARIZ

Ligeramente obstruida por moco acumulado en estrechas narinas.

Orificios nasales simétricos y permeables.

Obstrucción anatómica de vías nasales por atresia de coanas – dificultad para respirar.



BOCA

Rara vez se observa dentición precoz por **dientes congénitos o neonatales**, se caen antes de la erupción de los dientes de leche.

Inspeccionar paladar duro y blando para descartar hendidura completa o submucosa, comprobar el contorno para ver si el arco es excesivamente alto o úvula bífida.



A cada lado del rafe del paladar duro puede encontrarse **perlas de Epstein**.

No presentan salivación activa.

Lengua es grande, frenillo puede ser corto.

Las almohadillas de succión y callo de succión desaparecen.

Las amígdalas son pequeñas,



EXPLORACIÓN FÍSICA

TÓRAX

Evaluar movimientos respiratorios

Inspección, palpación y auscultación

Signos de dificultad respiratoria

Frecuencia cardíaca y respiratoria

Soplos

Pulsos en extremidades

DESPUÉS DEL SOLLOZO SE PRODUCE RESPIRACIÓN PROFUNDA. EL SOLLOZO PERMITE EVALUAR RESONANCIA VOCAL. EN LAS PAUSAS DURANTE EL LLANTO SE PUEDEN OIR RUIDOS CARDÍACOS.



TÓRAX

Hipertrofia mamaria es frecuente y secreción láctea.

Asimetría, eritema, induración y dolor a palpación- mastitis o absceso mamario.

Pezones supernumerarios, invertidos o excesivamente separados por un tórax en escudo.



PULMONES

Frecuencia respiratoria recién nacido a término **30-60 rpm**. Prematuros es mayor y fluctuaciones más amplias.

Respiración diafragmática.

Ruidos respiratorios suelen ser **broncovesiculares**.

Disminución de ruidos, roncus, retracciones y cianosis – Radiografía tórax.

Llanto débil lastimero persistente o intermitente, silbante o quejido en espiración – enfermedad cardiopulmonar grave o sepsis.

Quejido benigno desaparece 30-60 minutos tras nacimiento.

Aleteo nasal, retracciones músculos intercostales y esternón- **signos de afectación pulmonar**.



CORAZÓN

Localizar corazón para descartar dextrocardia.

Soplos transitorios indican cierre conducto arteriosos.

Una parte de los lactantes con soplos detectados presenta malformación subyacente.

Realizar ecocardiografía sobre todo si saturación O₂ <95%.



Latidos cardíacos y ruidos respiratorios en un recién nacido



Frecuencia cardíaca entre 110-140 lpm, habitual desde 90 lpm durante el sueño relajado hasta 180 lpm en períodos de actividad.

Niños prematuros tienen frecuencia cardíaca mayor en reposo, 160 lpm.

Palpar pulsos en las extremidades superiores e inferiores.

EXPLORACIÓN FÍSICA ABDOMEN

Inspección,
auscultación,
palpación y
percusión

Examen del cordón
umbilical

EXAMINAR AL BEBÉ EN POSICIÓN SUPINA, CON LAS
RODILLAS FLEXIONADAS Y BRAZOS A LOS LADOS



ABDOMEN



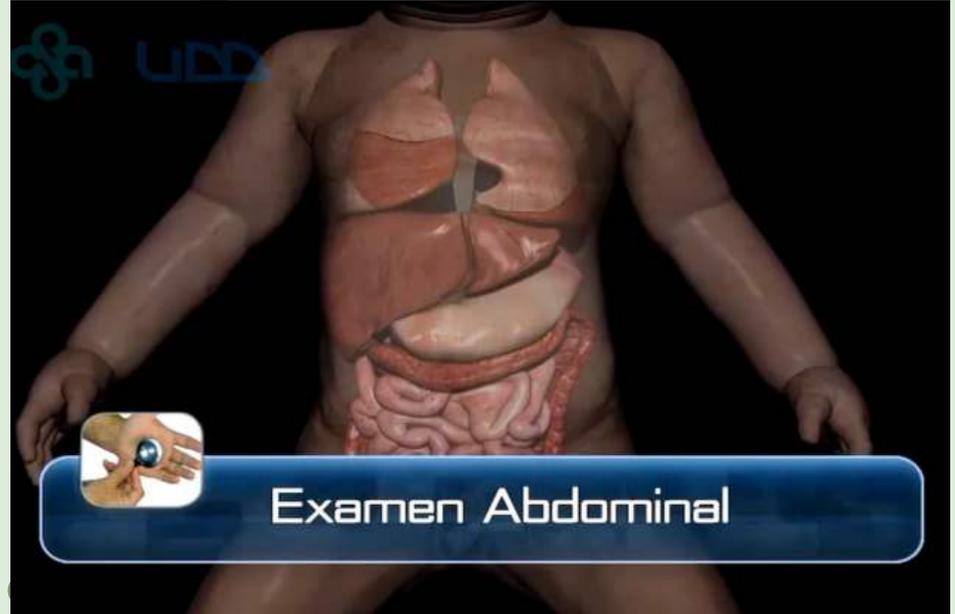
El aparato gastrointestinal carece de aire al momento de nacer.

Primeras horas el abdomen es cilíndrico, plano y poco prominente.

Junto con las primeras respiraciones el aire es deglutido.

Conforme el aire progresa por el intestino-abdomen globuloso y prominente.

Diámetro transversal mayor



ABDOMEN

Hígado se suele palpar, 2 cm por debajo del reborde costal.

Menos frecuente palpar la punta del bazo.

Palpación profunda se puede determinar el tamaño aproximado y localización de cada riñón.

Diástasis de rectos y hernia umbilical por debilidad de pared abdominal.

Alteraciones renales causa más frecuente de masas abdominales neonatales.

Masas quísticas abdominales: hidronefrosis, hidrometrocolpos, duplicación intestinal o quistes de colédoco, ovario, epiplón o páncreas.

Masas sólidas: neuroblastomas, nefronas mesoblásticas congénitas, hepatoblastomas o teratomas.

Trombosis vena renal: masa sólida en el costado + hematuria, hipertensión y trombocitopenia.

Abdomen excavado-
hernia diafragmática.

Onfalocele y
gastrosquisis

Distensión abdominal: obstrucción o perforación del aparato GI, íleo meconial; obstrucción porción inferior intestino, sepsis, peritonitis.

Onfalitis: inflamación aguda de tejido periumbilical.



EXPLORACIÓN FÍSICA **GENITALES Y ANO**

Inspección y
palpación

Permeabilidad y
posición del ano



GENITALES



Genitales y glándulas mamarias responden a hormonas maternas – aumento de tamaño y secreción de mamas en ambos sexos y prominencia de genitales femeninos



Testículos se localizan en escroto o palpase en conductos inguinales.

Escroto puede presentar equimosis o hemorragia retroperitoneal.

• Prepucio tenso y pegajoso

Imperforación del himen u otras causa obstrucción vaginal – hidrometrocolpos y masa en hemiabdomen inferior.

Hipospadias o epispadias grave-anomalía en cromosomas sexuales.

Escroto normal es grande y su tamaño aumenta por traumatismos en parto de nalgas o hidrocele transitorio. Diferenciar con hernia por palpación y transiluminación.



Erección de pene frecuente.



ANO

12 horas después del parto el niño expulsa meconio.

Ano imperforado no siempre es visible, hay que comprobar permeabilidad.

Expulsión de meconio no descarta un ano imperforado. Puede existir una fístula rectovaginal.

Hoyuelo o irregularidad en pliegue cutáneo en línea media sacrococcígea puede confundirse con trayecto fistuloso neurocutáneo real o potencial.



EXPLORACIÓN FÍSICA

EXTREMIDADES

Examen de manos,
pies, caderas y
columna

Simetría y movilidad
de extremidades
superiores e inferiores



EXTREMIDADES

Observar posibles efectos de la postura fetal.

Sospecha de fractura o lesión nerviosa asociada a parto aparece al observar la actividad espontánea o estimulada de extremidades.

Examinar manos y pies para descartar polidactilia, sindactilia o patrones anormales de dermatoglifos.

Maniobras específicas para evaluar caderas y descartar luxación congénita.



EXPLORACIÓN FÍSICA NEUROLÓGICO

Reflejos arcaicos

Simetría de
movimientos

Postura

Tono corporal

Respuesta: llanto o
inactividad



NEUROLÓGICO

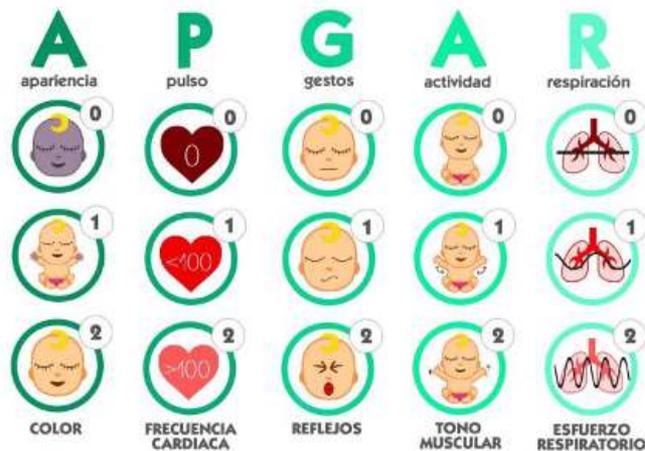
Deformaciones posturales graves y contracturas dan lugar a artrogriposis.

Manifestaciones de enfermedad neuromuscular fetal: presentación de nalgas, polihidramnios, incapacidad para respirar al nacer, hipoplasia pulmonar, luxación de caderas, testículos no descendidos, costillas finas y pie equinovaro.

Muchos trastornos congénitos se manifiestan en forma de **hipotonía, hipertonía o convulsiones.**

ESCALA DE APGAR

valoración del recién nacido tras el parto



La evaluación de Apgar puede realizarse junto a la madre durante el primer minuto de vida del recién nacido. Si la evaluación es mayor a 7, el neonato puede seguir con ella acompañado de un sanitario hasta la valoración de los 5 minutos; si es menor se debe trasladar al bebé a una zona de atención y estabilización.

AEPED, Asociación Española de Pediatría

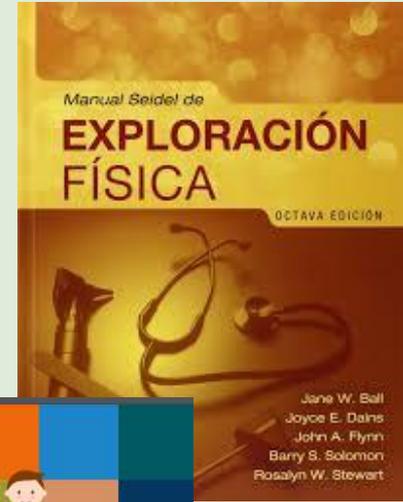
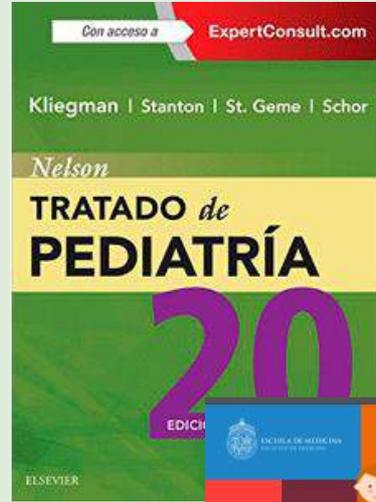
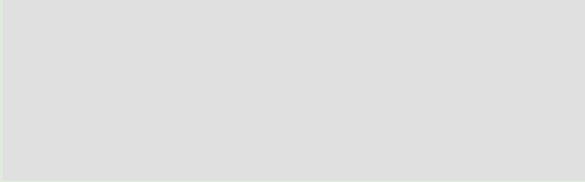
SATISFACTORIO **7-10**
DIFICULTAD MODERADA **4-6**
DIFICULTAD MARCADA **0-3**





“No todos los niños que nacen en América Latina y en el Caribe gozan de igualdad de condiciones para crecer y desarrollarse...”

—Dra. Mirta Roses Periago,
Directora de la Organización
Panamericana de la Salud



CREDITS: This presentation template was created by Slidesgo, including icons by Flaticon, and infographics & images by Freepik.

