



Mi Universidad

Flash Card

Ashlee Salas Fierro

RCIU, Pasos iniciales para la atención del RN, Esquema Nacional de vacunación de México, Exploración física del RN, Preescolar, Escolar, adolescente y adulto, Escalas (APGAR, Silverman y Capurro).

Segundo Parcial

Crecimiento y Desarrollo

Dra. Adriana Lizzeth Sánchez Morales

Medicina Humana

Tercer Semestre

Introducción

La restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) es una condición patológica en la que el feto no alcanza su potencial de crecimiento en la etapa pre-natal. Esta patología es de origen perinatal, esta puede ocasionar daños a la salud en lo largo de la vida del RN. Esta definición se relaciona con los pasos iniciales para la atención del RN, ya que el RCIU es un factor de riesgo perinatal si llegara a tener este u otros factores de riesgo se realizaran acciones en específico para tener un control de la salud del RN, estos labores se realizan en todos los recién nacidos estos son los pasos iniciales se encargan de evaluar al neonato para garantizar una buena adaptación de la vida intrauterina a extrauterina del bebé y así, iniciar medidas de soporte si se requiere para asegurar su adaptación. Estos pasos iniciales incluyen una recepción en un ambiente cálido, seco, evaluar el tono muscular y la respiración, esto con ayuda de las escalas de APGAR que se realizan el primer y quinto minuto de vida, esta escala evalúa que tan bien tolero el bebé el proceso de nacimiento, otra escala que se utiliza es la de Silverman este evalúa la adaptación pulmonar del RN y la escala de Capurro evalúa la edad gestacional del bebé. Todas estas acciones y las de reanimación neonatal se realizan con el objetivo de reducir factores de riesgos y favorecer el bienestar del RN desde el primer momento de nacimiento.

Es importante recalcar que los niños desde el nacimiento en especial los RN hasta los 2 años deben tener el esquema completo de vacunación todo con el fin de proteger a los niños especialmente contra enfermedades que se pueden prevenir. Una de las más importantes por ejemplo es la primera vacuna que se aplica en RN es la BCG que se aplica para prevenir la tuberculosis meníngea.

RCIU (Restricción de crecimiento intrauterino)

20

marzo

2025

Scribe

Definición

- Crecimiento fetal: Proceso en el que intervienen una serie de interacciones que se llevan a cabo entre la madre (placenta), el feto y el medio ambiente que lo rodea, mediante el cual un feto cambia gradualmente desde un nivel simple a uno complejo.
- Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU): Incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.
- Feto pequeño para la edad gestacional (PEG): Feto que presenta un peso insuficiente para la edad gestacional (por debajo del percentil 10) que le corresponde de acuerdo a normas estadísticas definidas para cada población.

Epidemiología

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) pertenece como uno de los mayores problemas en la obstetricia, pues incrementa la morbilidad y la mortalidad en los recién nacidos independientemente de la edad gestacional al nacimiento y afectando hasta el 15% de los embarazos.

Se estima que anualmente nacen en el mundo cerca de 30 millones con RCIU. La prevalencia en países desarrollados es el 6.9% y en países en desarrollo hasta el 23.8%, en países de América latina es el 10%.

Los recién nacidos con RCIU tienen más probabilidades de tener alguna complicación como asfixia perinatal, síndrome de aspiración meconial, hipodisemia, enterocolitis necrosante, politemia.

Estos individuos tienen riesgo de padecer lesión neurológica, retraso en desarrollo psicomotor, y puede presentar sewelas en la vida adulta.

Se ha reportado una asociación del peso al nacer por debajo del percentil 10 y el desarrollo de vida futura hipertensión arterial, hipercolesterolemia, enfermedad coronaria, deterioro de tolerancia de glucosa, y diabetes mellitus.

El peso fetal estimado (PFE) por debajo del percentil 10 es el principal factor de riesgo para la muerte fetal. El 52% de los niños nacidos muertos se asocian con RCIU y el 10% de la mortalidad perinatal se considera consecuencia del RCIU, hasta el 72% de muertes fetales inexplicables se asocian con PFE por debajo del percentil 10.

Factores de riesgo

- Antecedentes de alteraciones del crecimiento fetal.
- Antecedentes de muerte perinatal.
- Factores ambientales como tóxicos, tabaco, drogas y radiación ionizante.
- Infecciones.
- Enfermedades maternas como trombofilias, enfermedades renales, vasculares, obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

Fisiopatología

El crecimiento fetal depende de interacciones que se llevan a cabo entre la madre (placenta), el feto y el medio ambiente. Estos factores pueden generar un feto con crecimiento óptimo para las condiciones de su entorno, o un feto con crecimiento subóptimo por causas diversas.

Una de estas causas es la alteración en el proceso de implantación placentaria con cambios significativos en el área de intercambio en la placenta para oxígeno y nutrientes entre la madre y el feto, cuyo resultado es la hipoxia intrauterina a su vez puede producir consecuencias serias para la madre (preeclampsia) y/o para el feto (RCIU).

El parámetro usualmente utilizado para valorar el crecimiento fetal es el peso; el aparato óptimo para determinar el crecimiento de un feto de acuerdo a las condiciones o factores que afectan su desarrollo (maternal, paterno y medio ambiental).

Se define el RCIU como la incapacidad del feto para alcanzar su potencial genético de crecimiento. estadísticamente se estima cuando el peso y/o circunferencia abdominal es inferior al percentil 10 de los rangos de referencia en percentiles correspondiente para su edad gestacional, o aquellos quienes crecieron en un percentil normal. En cambio, el feto pequeño para su edad gestacional es aquel que presenta un peso insuficiente para la edad gestacional.

La identificación de fetos con crecimiento subóptimo es esencial para establecer una estrategia prenatal y acorde para cada caso, es bien conocida la relación que existe de este trastorno con otras patologías placentarias y pueden provocar un crecimiento pretérmino, desprendimiento placentario prematuro complicaciones durante el trabajo de parto y hasta la muerte fetal.

Después del nacimiento, la RCIU se asocia con un incremento de morbi-mortalidad neonatal. Así pues, es responsable de secuelas a corto y mediano plazo como: la parálisis infantil, neuro-desarrollo subóptimo, y largo plazo.

Diagnóstico

Dx clínico

[R] Ante la sospecha del padecimiento, será necesario completar el estudio del caso mediante el ultrasonido obstétrico con énfasis de la biometría fetal.

[R] Se recomienda utilizar curvas "personalizadas" o "individualizadas" del fondo uterino para mejorar la precisión en la identificación de fetos con déficit en el crecimiento fetal.

[✓/R] Será imposible detectar trastornos en el crecimiento fetal si no se establece con precisión la edad gestacional. En México la mayoría de los casos la edad gestacional suele establecerse en la fecha de la

Última menstruación; con este método el margen de error entre la edad fetal y la calculada con este método puede ser imprecisa hasta entre 14 a 17 días. Se recomienda realizar un ultrasonido en todo el embarazo que incluya la medición de la longitud cráneo-caudal fetal, a través de esta acción, el margen de error en la estimación de la edad del feto no podrá ser mayor a 7 días.

Dx ultrasonido

[R] Se recomienda utilizar como punto de corte al percentil 10 o menor para determinar un crecimiento fetal subóptimo tanto para la circunferencia abdominal como para el peso fetal estimado.

[R] La utilización del ultrasonido es una herramienta indispensable para la evaluación del crecimiento fetal. Cuando se realiza en el primer trimestre permite establecer con gran precisión la edad gestacional, por lo que se recomienda realizarlo en este periodo independientemente del riesgo reproductivo.

Tras la evaluación de parámetros biométricos fetales, se recomienda establecer el cálculo del peso fetal estimado de acuerdo con las fórmulas mencionadas y de ser posible incluir en el cálculo características maternas para evaluar el potencial de crecimiento de cada individuo.

[V/R] Ante el hallazgo de un PFE o CA igual o menor al percentil 10 para la edad gestacional de acuerdo a rangos de referencia, se deberá considerar que existe un feto pequeño para la edad gestacional y que serán necesarios otros estudios para determinar la causa de tal trastorno de crecimiento.

A menor percentil encontrado se incrementa la posibilidad de una admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatal debido a asfixia.

No se recomienda utilizar como única prueba a la velocimetría Doppler de la Arteria Umbilical para evaluar el crecimiento de un feto dado que presenta una alta tasa de falsos positivos. Su utilidad en el diagnóstico de fetos con restricción del crecimiento se encuentra en combinación con el PFE o la CA; tras la detección de un feto PEG, la valoración anormal de la arteria umbilical permite establecer que existe una insuficiencia placentaria e identificar a un feto que no ha alcanzado su potencial de crecimiento (PCIU).

[V/E] Ante la presencia de un feto pequeño para la edad gestacional, especialmente si se encuentran por debajo del percentil 5 de acuerdo con rangos de referencia y además existe anomalía gestacional y/o son normales el líquido amniótico y las formas de onda de las arterias uterina y umbilical se deberá sospechar de alguna anomalía cromosómica.

[V/E] De no haberse realizado una ecografía en el primer trimestre de la gestación se recomienda realizarla ante el primer contacto con la embarazada con el fin de tener un parámetro basal y evaluar longitudinalmente el crecimiento fetal.

Tx farmacológico

- [E]** los esteroides de elección para producir maduración pulmonar fetal son:
- Betametasona; administrando 12 mg intramuscular por dos dosis cada 24 hrs.
 - Dexametasona administrando 6 mg dIT por cuatro dosis cada 12 hrs.

[V/E] las intervenciones medicamentosas en la PCIU son limitadas, aunque será de gran importancia el inicio de un esquema de inducción de madurez pulmonar en el momento oportuno. Por otro lado, la identificación de los grupos de riesgo permite utilizar medicamentos desde el inicio del segundo trimestre con fines preventivos del padecimiento.

Reanimación Neonatal

Anticipación y Preparación

Preguntar antes de cada parto

1- ¿Cuál es la edad gestacional estimada?

2- ¿El líquido amniótico es claro?

3- ¿Factores de riesgo adicionales?

4- ¿Plan para el cordón umbilical?

- Cada parto debe ser atendido por al menos una persona calificada cuya única responsabilidad es el manejo del RN.
- Si se prevé un parto de alto riesgo, un equipo calificado debe estar presente en el parto.

Factores de riesgo perinatal

Antepartum

→ Edad gestacional <36.0/7 SDG

→ Edad gestacional >41.0/7 SDG

→ Preeclampsia / Eclampsia

→ Hipertensión materna → P.C.I

→ Embarazo múltiple → Malformaciones

→ Anemia fetal o anomalías fetales funciones funcional en cada parto.

→ Polihidramnios / Oligohidramnios

→ Hidrops fetal

→ Macrosomía fetal

- Durante la reunión informativa del equipo de reanimación, anticiparse a las posibles complicaciones y discutir como se delegarán las responsabilidades.
- La comprobación del equipo incluye la verificación de que todos los suministros y equipo estén completa, disponibles y funcionen funcional en cada parto.

Intrapartum

→ Cesárea de emergencia

→ Parto con fórceps o asistido por vacío

→ Presentación normal

→ Anestesia materna fetal

→ Terapia materna con magnesio

→ Desprendimiento de placenta

→ Hemorragia intraparto

→ Corioamnionitis

→ Distocia de hombros

→ Líquido amniótico teñido de meconio

→ Prolapso del cordón umbilical

Lista de comprobación rápida del equipo	
Calentar	— Calentador precalentado — Gorro — Toallas o mantas calientes — Bolsa de plástico o envoltura de plástico (<32 sO₂) — Sensor de temperatura y cubierta del sensor para reanimación. — Colchón térmico (<32 sO₂).
Despejar vía aérea	- Jeringa de bulbo - Catéter de succión de 10 o 12F conectado a la succión de pared, a 80-100 mm. - Aspirador traqueal
Auscultar	- Estetoscopio
Ventilar	- Flujómetro a 10 L/min - Mezclador de oxígeno ajustado al 21% (21% - 30% si (<35 sO₂)) - Dispositivo de ventilación de presión positiva (VPP) - Máscarillas de tamaño término y pretérmino. - Sonda orogástrica de 8F y jeringa de 20 ml - Máscara laríngea (tamaño 1) jeringa de 5 ml - Sonda orogástrica de 5 o 6F si el puerto de inserción está presente - Monitor cardíaco
Intubar	- Laringoscopio con achillal rectos de tamaño 0 y 1 - Estilete (opcional) - Tubos endotraqueales (tamaño 1 2.5, 3.0, 3.5) - Detector de dióxido de Carbono - Cinta métrica y/o profundidad de inserción del tubo endotraqueal - Cinta de impermeable o dispositivo de sujeción del tubo - Tijeras

Evaluación rápida

- Para los RN a término y prematuros más vigorosos, el pinzamiento del cordón umbilical debe retirarse al menos de 30 a 60 segundos.
- Todos los RN requieren evaluación rápida. Pregunte si el bebé...
 - Parece de término? Algunos bebés de término parecen más pequeños, es posible que necesiten reanimación, si es prematuro (<37 SDG) lleve el bebé al calentador.
 - ¿Tiene un buen tono muscular? los bebés a término deben estar activos con las extremidades flexionadas.
 - ¿Respira o llora? • Si el bebé no llora, observe el pecho del bebé para esfuerzo respiratorio.
- Cuidado cuando el bebé jadea, requiere intervención y debe llevarse al calentador.
- Si la respuesta es NO a una de las preguntas, el RN debe ser llevado a la zona de calor radiante para los primeros pasos de los cuidados del RN.
 - los 5 pasos iniciales incluyen:
 - Calentar - Estimular - Limpiar secreciones de las vías respiratorias si es necesario.
 - Secar - Posicionar la cabeza y cuello para abrir las vías respiratorias.
 - Utilizar la pulsioximetría y la tabla de saturación de oxígeno objetivo para guiar la terapia de oxígeno.
- a) Cuando se anticipe la reanimación
- b) Para confirmar su percepción de una cyanosis central persistente (la evaluación visual de la cyanosis no es un indicador fiable de saturación de oxígeno).
- c) Si, oxígeno suplementario
- d) Si se requiere VPP
- Si hay líquido contenido de meconio y el bebé no es vigoroso lleve al bebé al calentador radiante para realizar pasos iniciales.
- No se sugiere la laringoscopia rutinaria con o sin intubación para la succión traqueal.

4. Posicionar cabeza y cuello

Colocar al bebé sobre la espalda (en posición supina) con la cabeza y el cuello neutros o ligeramente extendidos y con los ojos dirigidos hacia el techo en posición de "oler el aire de la mañana".

5. Limpiar secreciones

La succión rutinaria para un bebé que llora y es vigoroso no está indicada. Limpiar secreciones de las vías respiratorias si el bebé no respira, si jadea, si tono débil, si las secreciones obstruyen la vía aérea, si el bebé no puede removerlas solo o si antiupa uso de VPP.

Si el RN tiene abundantes secreciones que salen de la boca, gire la cabeza hacia un lado. Esto permitirá que las secreciones se acumulen en la mejilla, donde pueden ser eliminadas.

- Una succión breve y suave suele ser suficiente para eliminar las secreciones.
- Sucuone la boca antes que la nariz para asegurarse de que el bebé no aspire si el bebé jadea cuando se succiona la nariz, "la boca antes que la nariz" pensando que la "M" antes de la "N" en el alfabeto.
- Cuidado de no succionar con mucha fuerza o profundidad.

Evaluación de la respuesta

Evaluar las respiraciones del RN para determinar si el bebé está respondiendo a los paños iniciales. Esto no debería llevar más de 30 segundos.

¿El bebé está apnéico o jadeante?

- Tras los paños iniciales, determina si el bebé llora o respira.
- Si el bebé está apnéico o tiene respiraciones jadeantes después de los paños iniciales proceda directamente a la VPP.
- Si el bebé no ha respondido a los paños iniciales en el primer minuto de vida, no es conveniente seguir proporcionando sólo estimulación táctil.
- Si el bebé respira después de los paños iniciales, evalúa el ritmo cardíaco.
- Si el bebé respira bien, la frecuencia cardíaca debe ser al menos 100 lpm. Si la

- Si la respuesta a todas las preguntas fue "SI" el bebé puede permanecer con la madre y realizar los primeros paños en el pecho o abdomen de la madre.
- El calor se mantiene mediante el contacto directo piel con piel y cubriendo al bebé con una toalla o manta caliente.
- Secar al bebé con la toalla o la manta y se estimula suavemente.
- Si es necesario, las secreciones de las vías respiratorias superiores pueden eliminarse limpiando la boca y la nariz del bebé con un pañuelo. La succión suave con una jeringa de agua debe reservarse para los bebés que tienen dificultades para limpiar las secreciones.
- Una vez completados los paños iniciales, hay que seguir vigilando la respiración, el tono, la actividad, el color y la temperatura del RN para determinar si son necesarias otras intervenciones.

Paños iniciales

Para recién nacidos no vigorosos y prematuros

1- Calentar

Colocar al bebé bajo un calentador radiante para que el equipo de reanimación tenga fácil acceso al bebé sin causar una pérdida excesiva de calor. Deje al bebé al descubierto para permitir una visualización completa y para que el bebé tenga calor.

La temperatura corporal del bebé debe mantenerse entre $36.5^{\circ} - 37.5^{\circ}C$.

2- Secar

Colocar al bebé sobre una toalla o manta caliente y secar suavemente para iniciar la respiración. Si el RN no tiene una respiración adecuada, una breve táctil adicional puede estimular la respiración.

- Frotar suavemente la espalda, el tronco o las extremidades del RN.
- La estimulación demasiado vigorosa no es útil y puede causar lesiones.
- Nunca sacar al bebé

frecuencia cardíaca es inferior incluye la VPP aunque el bebé este respirando.

- La evaluación inicial de la frecuencia cardíaca se realizará con estetoscopia.
- Auscultación a lo largo del lado izquierdo del pecho es el método más preciso para determinar la FC de un RN.

• Estimula la FC contando el número de latidos en 6 segundos y multiplicando por 10

¿Qué hacer si el bebé y la frecuencia cardíaca es de al menos 100 lpm, pero el bebé parece persistentemente cianótico?

Los bebés sanos pueden tener cianosis central durante varios minutos después del nacimiento. Si se sospecha una cianosis central persistente, debe utilizarse un pulsímetro colocado en la mano o la muñeca derecha para evaluar la oxigenación del bebé

¿Cuándo y cómo se administra oxígeno suplementario?

Utilice oxígeno suplementario de flujo libre cuando la lectura del pulsioxímetro se mantenga por debajo del rango objetivo para la edad del bebé. El oxígeno de flujo libre puede administrarse a un bebé que respira espontáneamente manteniendo el tubo de oxígeno cerca de la boca y la nariz del bebé. No es eficaz si el bebé no respira.

¿Cómo se administra la concentración de oxígeno suplementario?

Si el oxígeno suplementario es necesario, es razonable comenzar con un 30%. Luego, guiado por la oximetría de pulso, ajustar el FiO_2 para mantener la saturación de oxígeno del bebé dentro del rango objetivo, ajuste el flujo a 10 L/min.

¿Qué hacer si el bebé tiene dificultad para respirar o saturación de oxígeno baja?

Si el bebé tiene dificultad para respirar o la saturación de no puede mantener dentro del rango objetivo a pesar de recibir el 100% de oxígeno, puede considerarse la posibilidad de probar la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP) o la VPP.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN

Esquema Nacional de Vacunación				
Nacimiento	BCG	Hepatitis B		
2 meses	Hexa Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Neumococo conjugada
4 meses	Pentavalente acelular		Rotavirus	Neumococo conjugada
6 meses	Pentavalente acelular	Hepatitis B	Rotavirus	Influenza
7 meses	Influenza segunda dosis			
12 meses	SRP			Neumococo conjugada
18 meses	Pentavalente acelular			
24 meses (2 años)	Influenza refuerzo anual			
36 meses (3 años)	Influenza refuerzo anual			
48 meses (4 años)	DPT (refuerzo)			Influenza refuerzo anual
59 meses (5 años)	Refuerzo anual influenza (octubre-enero) COVID OPV (polio oral) de los 6 a los 59 meses en 1ª y 2ª Semanas Nacionales			
72 meses (6 años)	SRP (refuerzo)			
11 años o quinto grado de primaria	VPH (Virus de Papiloma Humano)			

Actualizar

Vacuna	Sitio de aplicación
BCG	Brazo derecho
Hepatitis B	≤ 18 meses de edad: Muslo izquierdo ≥ 18 meses: Brazo derecho
Pentavalente acelular	≤ 18 meses de edad: Muslo derecho ≥ 18 meses: Brazo izquierdo
Neumococo (conjugada y 3 valent)	≤ 18 meses de edad: Muslo derecho
Rotavirus	Oral
SEP	Brazo izquierdo
SR	Brazo izquierdo
Td	Brazo izquierdo
DPT	Brazo izquierdo
Tdpa	Brazo izquierdo
UPH	Brazo derecho
Influenza inactivada	≤ 18 meses de edad: Muslo izquierdo ≥ 18 meses: Brazo izquierdo
Poliomielitis tipo sabin	Oral
Varicela	Brazo izquierdo
Hepatitis A	≤ 18 meses de edad: Muslo izquierdo ≥ 18 meses: Brazo izquierdo.

Esquema de Vacunación adolescentes y adultos		
Vacuna	Enfermedad que previene	Edad
Td	Tétanos, difteria	A partir de los 15 años de edad y cada 10 años
SRP	Sarampión, rubéola	Adolescentes de ≥ 11 años de edad, que no cuenten con dos dosis de SRP o SR.
Antihepatitis B	Hepatitis B	Adolescentes de 11 años de edad que no cuenten con el antecedente vacinal.
VPH	Infección por virus del Papiloma Humano	Niños en 5º grado de primaria o de 11 años de edad no escolarizados
Tdap	Tétanos, difteria, tos ferina	Embarazadas de la semana 20 a 32 de gestación.
Antiinfluenza	Influenza	Población de 19 a 59 años de edad considerada con factores de riesgo. Toda población a partir de los 60 años.
Antineumocócica polivalente	Infecciones por neumococo	Población de 60 a 64 años con factores de riesgo. Toda población de 65 años de edad.

Esquema de Vacunación

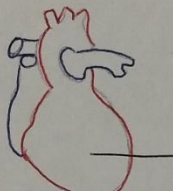
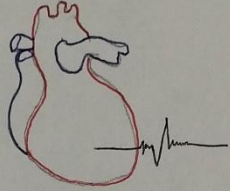
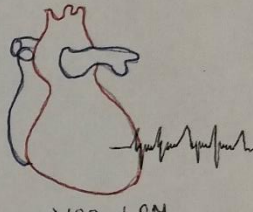
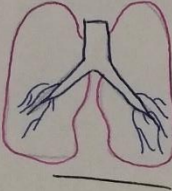
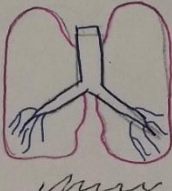
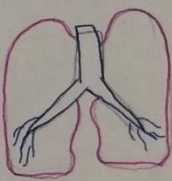
Vacuna	Enfermedad que previene	Dosis	Edad y Frecuencia	Fecha de vacunación
BCG	Tuberculosis	Única	Al nacer	
Hepatitis B	Hepatitis B	Primera	Al nacer	
		Segunda	2 meses	
		Tercera	6 meses	
Pentavalente acelular DPTa + VPI + Hib	Difteria Tosferina Tétanos Poliomielitis Infecciones por H. influenzae tipo B	Primera	2 meses	
		Segunda	4 meses	
		Tercera	6 meses	
		Cuarta	18 meses	
DPT	Difteria Tosferina Tétanos	Refuerzo	4 años	
Rotavirus	Diarrea por rotavirus	Primera	2 meses	
		Segunda	4 meses	

Esquema de Vacunación

Vacuna	Enfermedad que previene	Dosis	Edad y Frecuencia	Fecha de Vacunación
Neumocócica Conjugada	Infecciones por neumococo	Primera	2 meses	
		Segunda	4 meses	
		Otra		
Influenza	Influenza	Primera	6 meses	
		Segunda	7 meses	
		Revacunación	Anual hasta los 35 meses	
SRP	Sarampión, Rubéola y Parotiditis	Primera	1 año	
		Refuerzo	6 años	
Sabin	Poliomielitis	Adicionales		
SE	Sarampión y Rubéola	Adicionales		
Otras Vacunas				

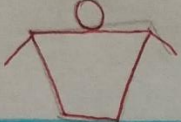
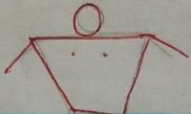
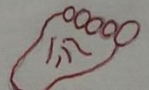
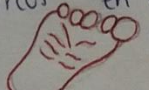
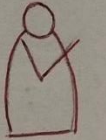
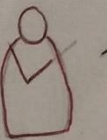
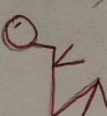
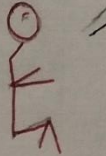
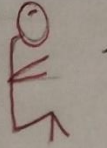
APGAR

Valora al recién nacido tras el nacimiento, se realiza en el 1º y 5º minuto de vida.

	0	1	2
A APARIENCIA (color de piel y mucosas)	 Cianosis central	 Cianosis Distal	 Sonrosado
P PULSO (FC)	 latido Ausente	 <100 LPM	 >100 LPM
G GESTOS (R. a estímulos)	 Sin respuesta	 Escaros	 Pontivos
A ACTIVIDAD (Tono muscular)	 Flacidez	 Hicotónico	 Mov. activo
R RESPIRACIÓN (Respiración)	 Ausente	 Lenta Irregular	 Normal Rápida

E+2

TEST DE CAPURRO

Forma de la Oreja	Aplanada, informe, incurvación escasa o nula del pabellón.	Pabellón parcialmente incurvado en el borde sup.	Pabellón incurvado en el borde superior.	Pabellón totalmente incurvado.
				
	0	8	16	24
Tamaño de las glándulas mamarias	No palpable	Palpable menor de 5mm	Palpable entre 5 y 10 mm.	Palpable mayor de 10 mm
				
	0	5	10	15
Formación del pezón	Apenas visible sin areola	Diámetro menor de 7.5mm areola lisa y chata.	Diámetro mayor de 7.5mm areola punteada, borde no punteado.	Diámetro mayor de 7.5mm areola punteada, borde punteado.
				
	0	5	10	15
Textura de la piel	Muy fina y muy gelatinosa	Fina lisa	Más gruesa, decamación superficial discreta	Gruesa, grietas, superficiales, decamación de manos y pies.
				
	0	5	10	15
Plegues plantares	Sin pliegues	Marcas mal definidas en la mitad anterior.	Marcas bien definidas en la mitad anterior surcos en el tercio ant.	Surcos en la mitad anterior.
				
	0	5	10	15
Signos Neurológicos	Signo de la bufanda			
				
	0	6	12	18
La valoración de Capurro A se usa en RN que presentan signos de daño cerebral o distensión neurológica.	Caída de la cabeza			
				
	0	4	8	12

EXPLORACION FISICA DEL RN

Realizar tras el parto lo antes posible

Aspectos generales Segunda exploración a las 24 horas siguientes. (B con mamá)

Estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura y examen antropométrico.

Sin tocar al RN Una adecuada inspección, antes de tocar al RN
antes de evaluar

Características del recién nacido

- Peso promedio de 3,200 gr a las 40 SGG
- Talla promedio de 50 cm (rango entre 48-53 cm)
- Perímetro cefálico de 35 cm.

Da calor Manchas mongólicas, manchas de cigüeña (emangioma detrás del c.

lanugo (sustancia grasa-vermix caseoso- de coloración blanca, cremosa y blanda), desaparecen en los lactantes a término.

Piel Coloración: Rosado, Cianosis, Eritema, Palidez, Ictericia (color amarillo marmórea, Torch o meconio antiguo. Verde- Impregnación de meconio.

Fenómenos vasomotores (en extremidades frías). color rojo oscuro, lividez violácea, acrocianosis

Lesiones (dermatitis, eritema, melanosii, quistes...)

Petequias y equimosis = Pueden ser por compresiones o lesiones locales de la piel durante el parto; también pueden estar asociadas con enf. hemorrágica

Petequias y equimosis = Pueden ser por compresiones o lesiones locales durante el parto.

Inspección y palpación, color, Turgor y elasticidad, aspecto de la piel.

Examinar con luz natural

Cráneo: (proporcionalmente más grande que el cuerpo)

- Perímetro cefálico (34-35 cm) ³²⁻³⁶, cráneo moldeado, palpar líneas de sutura de fontanela
- Sutures (amplitud, fusión prematura o sinostosis craneal) deben estar afrontadas,

Conclusión

Como conclusión es importante la atención del ser humano desde su nacimiento hasta la adultez y es fundamental para garantizar un desarrollo que sea saludable. El RCIU es un factor de riesgo desde el periodo pre-natal, esto necesita de vigilancia y varios cuidados especiales para su nacimiento. Por ello, los pasos iniciales para la atención del RN, como la evaluación del RN, como la evaluación mediata e inmediana con las escalas de APGAR, Silverman y Capurro, estos son esenciales para identificar posibles riesgos y establecer medidas seguras y eficaces.

La exploración física que sea detallada en cada etapa de la vida RN, Preescolar, Escolar, adolescente y adulto esta exploración permite detectar alteraciones tempranas, orientar a intervenciones médicas y fomentar estilos de vida saludables. Y en cuanto al esquema nacional de vacunación de México constituye una herramienta para la salud desde la infancia y fortalecer la inmunidad.

Estos elementos son importantes para una atención médica continua, preventiva y centrada en el paciente, promoviendo el bienestar individual y colectivo a lo largo de la vida del individuo.