

EXAMEN FÍSICO DEL RECIÉN NACIDO NORMAL

Dr. Germán Mühlhausen M.

- Se define como recién nacido como aquel individuo que tiene entre 1-28 días de vida y de término como aquel que nace entre las 37 y 41 semanas de gestación.
- El recién nacido de término tiene una actividad variable, pero en general ocupa 2/3 del tiempo (16 hrs) en estado de sueño activo o quieto y 1/3 restante despierto.
- Adopta una posición en flexión de las extremidades, con buen tono muscular (algo hipertónico y con las manos empuñadas) y realiza movimientos simétricos.
- Presenta un llanto vigoroso en forma espontánea, al estímulo y frente a desagrado (frío, calor, hambre, dolor etc).
- Logra distinguir luz y sombra y escucha bien (preferentemente tonos bajos).
- Se alimenta 6 a 8 veces al día (cada niño tiene su propio ritmo).
- Su respiración es periódica especialmente en las primeras 48 horas de vida y suspira frecuentemente con el fin de limpiar sus alveolos del líquido y así aumentar su capacidad funcional residual.

Examen Segmentario:

Cabeza

Las suturas deben estar afrontadas, pudiendo existir cierto grado de cabalgamiento. Debe descartarse craneosinostosis mediante el movimiento de éstas. Si la sutura lambdoidea se presenta separada, debe descartarse hidrocefalia.

Fontanela anterior: Varía tamaño entre 1 y 4 cm diámetro mayor, es blanda, pulsátil, levemente deprimida cuando el niño está tranquilo.

Fontanela posterior: Forma triangular, puntiforme.

Caput succedaneum o bolsa serosanguínea: Es un edema del cuero cabelludo, blando, a veces muy acentuado, que no respeta los límites de un hueso craneano. Desaparece entre las 48 y 72 horas y es secundario al trabajo de parto.

Cefalohematoma:

1. *Hemorragia subperióstica:* Antecedente parto traumático, y se produce por el roce a presión entre la cabeza fetal y la prominencia ósea materna. Se observa un desprendimiento traumático del periostio (más frecuente del hueso parietal) que no sobrepasa los bordes del hueso. Puede acentuar una ictericia fisiológica. Demora 2-4 semanas (hasta meses) en reabsorberse, generalmente desaparece completamente.

2. *Hematoma subaponeurótico infiltrante o hemorragia subgaleal*: Ocurre entre el periostio y la galea (aponeurosis epicraneana) donde se puede acumular gran cantidad de sangre y eventualmente producir anemia, shock, ictericia.

Cara:

Ojos: Con frecuencia están cerrados y los párpados están edematosos (primeros 3 días). Es frecuente observar hemorragia subconjuntival y escleral, especialmente en hijos de madres primíparas y con trabajo de parto prolongado. Dura 7 días y no requiere tratamiento.

El estrabismo es frecuente de observar hasta los 6 meses (debe de estudiarse el ojo con estrabismo mantenido y antecedente de estrabismo en padres operados).

Nariz: Es pequeña, con un puente nasal muy aplanado. Se obstruye fácilmente por acumulación de secreciones (aumentando la resistencia al flujo aéreo), causando dificultad respiratoria y estornudos frecuentes.

Boca:

- **Tubérculo de succión:** pequeño tubérculo en labio superior por acumulación de grasa por el roce al alimentarse.
- **Cojinete de succión:** placas o costras de epitelio cornificado formado por mucosa labial.
- **Dientes:** en parte central de las encías. Si tienen fijación débil, podrían interferir en la lactancia y ser un riesgo de aspiración. Cuando son pedunculados se retiran.
- **Perlas de Ebstein:** pequeñas pápulas blanquecinas en la línea media del paladar o en el margen de las encías que corresponden a acumulación de células epiteliales. No tienen significado patológico, desaparecen espontáneamente en las primeras semanas.
- **Paladar:** debiera buscarse dirigida mente la presencia de fisura palatina tanto en el paladar duro como en el paladar blando. La fisura labiopalatina es una garantía GES y debe notificarse prontamente para iniciar la evaluación por cirujano infantil.

Cuello:

Es corto y simétrico. Debe explorarse su movilidad y la presencia de aumentos de volumen como bocio, quistes tiroglosos y hematoma del esternocleidomastoideo.

Tórax:

Claviculas: Se debe descartar su fractura especialmente en RN GEG.

Tumefacción mamaria: es un aumento de tamaño de la glándula mamaria alrededor del tercer día de vida. No es sensible, puede secretar leche y se presenta en ambos sexos. Puede permanecer hasta 30 días.

Pulmones: La FR normal del recién nacido es de 40 a 60 x'. La respiración del recién nacido es abdominal y puede ser periódica. Debe expandirse y auscultarse el murmullo vesicular en forma simétrica, sino se debe sospechar alguna patología.

Corazón: La FC normal es de 120 a 160 x'. Con frecuencia en el período neonatal inmediato se pueden auscultar soplos sistólicos transitorios (DAP y/o CIA). Si persiste más de 48 horas debe estudiarse.

Abdomen:

Es habitualmente globuloso en la medida que el intestino se llena de aire. Un abdomen persistentemente excavado junto a un SDR grave debe hacer sospechar la presencia de una hernia diagramática congénita. Un abdomen distendido en forma persistente puede corresponder a una obstrucción intestinal o a una enterocolitis necrotizante en un prematuro grave.

Cordón umbilical: Debe tener 3 vasos, 1 vena y 2 arterias. La presencia de una arteria umbilical única se puede asociar a algunas malformaciones. El cordón se desprende espontáneamente alrededor de los 7-10 días.

Ombigo normal: la piel cubre totalmente la pared abdominal, sin sobresalir.

Ombigo cutáneo: la piel remonta por el cordón umbilical dejando un muñón prominente que se retrae con el tiempo y no requiere tratamiento.

Granuloma umbilical: Es una tumoración rosada, húmeda en el fondo de la cicatriz umbilical, secreta líquido seropurulento. Tratamiento con Nitrato de Plata 1 vez / día por 7 días (si no se seca hay que sospechar persistencia del conducto onfalomesentérico).

Hernia umbilical: Tumoración blanda, fácilmente reducible que aparece cuando hay oclusión incompleta o debilidad anillo umbilical. La mayoría se cierra espontáneamente alrededor de los 2 años.

Año y recto:

Se debe examinar su ubicación y permeabilidad del ano.

Genitales:

Masculinos: En el recién nacido de término el escroto es pendular, con arrugas y pigmentado. El tamaño normal del pene debe ser sobre 2,5 cms. El prepucio está adherido al glande y el meato urinario es pequeño. Hay una fimosis fisiológica. En el prematuro, el escroto esta menos pigmentado y los testículos con frecuencia no están descendidos.

Puede observarse hidrocele habitualmente unilateral, el que se reabsorbe alrededor de los 2-3 meses.

Femeninos: En el recién nacido de término, los labios mayores cubren completamente a los menores y clítoris. El himen debe verse y puede protruir. Durante los primeros días puede observarse un mucus blanquecino y espeso, a veces también pequeños sangramientos por la crisis hormonal.

Orina:

Puede dejar una mancha color naranja en el pañal que solo corresponde a sales ácido úrico y que dura 3-4 días. Se observa tanto en las niñas como en los niños.

Deposiciones:

Al inicio meconio: negro, ligo. Después de transición: 3er-4to día, verdosas líquidas.

LM: cafés- amarillas, de consistencia muy variable.

Extremidades:

Superiores: Debe observarse el reflejo de Moro y la simetría de este para descartar fractura

de clavícula o lesiones del plexo braquial.

Inferiores: Debe efectuarse el examen de caderas buscando displasia de caderas (GES) mediante las maniobras de Ortolani y Barlow.

Deben buscarse en los brazos y piernas asimetrías y deformaciones de pies: posición vs. malformaciones.

Columna:

Debe examinarse en toda su extensión desde la región cervical hasta la caudal. Es importante considerar que la existencia de nevus, angiomas o tumoraciones en la piel de la columna debe estudiarse con una ecotomografía.

Ante presencia de fosita pilonidal superficial:

1. No derivar a neurocirugía, ni enviar a ecotomografía lumbosacra.
2. Escribir en carnet de control sano de recién nacido en sección diagnósticos de alta: Fosita pilonidal superficial que no requiere derivación ni mayor estudio por especialidad.

Ante presencia de fosita pilonidal profunda:

1. Solicitar ecotomografía lumbosacra previo a alta o con hora tomada para su realización ambulatoria.
2. Realizar interconsulta a neurocirugía, especificando que se trata de patología GES (sospecha de disrafia espinal oculta).

Examen Neurológico:

Se debe efectuar con el recién nacido despierto y sin llanto.

Se debe examinar la simetría de movimientos, postura y tono muscular. Una asimetría puede indicar lesiones neurológicas. Los prematuros son hipotónicos.

Deben buscarse los reflejos primitivos:

- Reflejo de Moro.
- Reflejo de prensión palmar y plantar.
- Búsqueda.
- Succión.
- Marcha automática.

Piel:

Eritema Tóxico: Rash máculopapular con base eritematosa que puede confluir, con algunas vesículas pequeñas en su centro, de color amarillo, que contienen eosinófilos. La distribución es variable, preferentemente en tronco y extremidades. Aparece en los primeros 3 días y desaparece a la semana. En la etiología se debe considerar el sobreabrigo, el exceso de temperatura ambiental y la lana.

Milium sebáceo: Pequeñas pápulas blancas perladas en dorso de la nariz. Corresponden a glándulas sebáceas obstruidas. No requieren tratamiento. Desaparecen al mes.

Descamación fisiológica: Cambia la piel 1-2 veces al mes, proteger los pliegues con vaselina. Tratamiento: Aseo con solución fisiológica

Hemangiomas capilares planos: Maculas color rosado ubicadas frecuentemente en párpados, región intercililar, alas de la nariz y occipucio. Desaparecen espontáneamente alrededor del año.

Dermatitis seborreica: Aumento de la capa cornea que se manifiesta como aumento de la grasa en la zona lampiña y de caspa en la zona pilosa del cuero cabelludo. Cede alrededor del mes de vida y solo requiere lubricación con aceite neutro.

Mancha mongólica: Macula morada ubicada en la región lumbar que se aprecia más en la raza morena.

Piel marmórea: Aspecto reticulado de la piel del tronco y extremidades como respuesta vascular a disminución de la temperatura. (Secundario a la inestabilidad vasomotora.)

Acrocianosis: Aspecto azulado de manos y pies que se observa habitualmente en las primeras semanas de vida y que no representa una patología mayor a diferencia de la cianosis central.

Bibliografía:

1. Warren Johanna and Phillipi Carrie. Care of the Well Newborn. Pediatrics in Review 2012; 33; 4.
2. Khan O., Garcia-Sosa R., Hageman J., Msall M. and Kelley K. Neonatal Neurological Examination. Neo Reviews 2014; 15; e316-e324.
3. Joshua J. Chern, M.D., Ph.D., Jennifer L. Kirkman, B.S., Chevis N. Shannon, M.B.A., Dr.P.H., 1 R. Shane Tubbs, Ph.D., 1 Jeffrey D. Stone, M.D., Stuart A. Royal, M.D., 4 W. Jerry Oakes, M.D., 1 Curtis J. Rozzell e, M.D., and John C. Wellons, M.D. Use of lumbar ultrasonography to detect occult spinal dysraphism. J Neurosurg Pediatrics 9:274-279, 2012