

El Recién Nacido: Transición a la Vida Extrauterina

El periodo neonatal representa una etapa extraordinariamente vulnerable en la vida humana, durante la cual los recién nacidos deben completar numerosos ajustes fisiológicos esenciales para adaptarse a la vida fuera del útero materno. Aunque esta transición puede parecer compleja y delicada, la naturaleza ha diseñado este proceso de manera que, en la mayoría de los lactantes nacidos a término, se desarrolla sin complicaciones significativas.

El enfoque del tratamiento del recién nacido debe centrarse fundamentalmente en dos pilares esenciales: proporcionar una orientación exhaustiva y comprensible a los padres antes del nacimiento, y establecer sistemas eficaces de detección precoz de aquellos cuadros clínicos o complicaciones que puedan suponer un riesgo real de morbilidad o incluso de mortalidad neonatal. Esta aproximación preventiva y educativa resulta crucial para garantizar el bienestar del recién nacido durante sus primeros días de vida.

Historia Clínica Materna: Fundamento de la Evaluación Neonatal



Antecedentes Demográficos y Sociales

Nivel socioeconómico, edad materna, raza, acceso a cuidados prenatales y consumo de sustancias



Enfermedades Médicas Maternas

Trastornos cardiopulmonares, infecciones, diabetes mellitus y medicaciones actuales



Historia Reproductiva

Muerte fetal previa, prematuridad, sensibilización de grupo sanguíneo



Embarazo y Parto Actual

Resultados de pruebas prenatales, trabajo de parto, presentación fetal y necesidad de reanimación

La evaluación integral del recién nacido debe iniciarse con una revisión meticulosa de los antecedentes maternos y familiares, así como del desarrollo del embarazo y las circunstancias del parto. Esta información resulta fundamental para guiar tanto la evaluación inicial como el tratamiento posterior durante el periodo neonatal. Los recién nacidos de madres jóvenes (menores de 18 años) o con problemas de vivienda, inseguridad alimentaria o acceso limitado a la asistencia sanitaria pueden requerir una evaluación específica por parte de un trabajador social.

En casos de exposición intrauterina a sustancias como alcohol, cocaína, nicotina, cafeína y opioides, resulta imprescindible evaluar la presencia de síntomas asociados. Los recién nacidos de madres diabéticas requieren un cribado específico de hipoglucemia durante las primeras 24 horas de vida. La información sobre enfermedades médicas previas en la madre y la familia, incluidos hermanos con antecedentes de ictericia, proporciona datos valiosos para anticipar posibles complicaciones.

Exploración Física Inicial: Primeras Horas Críticas

La exploración inicial del recién nacido debe realizarse lo antes posible tras el parto, constituyendo un momento crucial para detectar cualquier anomalía que requiera intervención inmediata. Durante esta primera evaluación, se deben monitorizar con frecuencia varios parámetros vitales fundamentales: temperatura corporal, pulso, frecuencia respiratoria, coloración de la piel, presencia de signos de dificultad respiratoria, tono muscular, nivel de actividad y estado de conciencia del lactante.

Estos parámetros deben controlarse de manera continua hasta que los valores se estabilicen completamente. En los partos considerados de alto riesgo, esta exploración debe realizarse directamente en el paritorio, centrándose especialmente en la detección de malformaciones congénitas, la evaluación de la maduración y el crecimiento fetal, y la identificación de problemas fisiopatológicos que puedan interferir con la adaptación cardiopulmonar y metabólica normal a la vida extrauterina.

3-5%

Malformaciones Congénitas

Porcentaje de recién nacidos que pueden presentar malformaciones de gravedad variable

24h

Segunda Exploración

Tiempo recomendado para realizar una exploración más detallada tras la estabilización

Signos Vitales y Parámetros Normales del Recién Nacido



Frecuencia Cardíaca

Normal: 120-160 latidos por minuto en reposo

Puede oscilar desde 90 latidos/minuto durante el sueño hasta 180 latidos/minuto en periodos de actividad



Frecuencia Respiratoria

Normal: 30-60 respiraciones por minuto

Los prematuros presentan frecuencias mayores con fluctuaciones más pronunciadas



Temperatura Corporal

Debe monitorizarse continuamente hasta la estabilización

Fundamental para detectar hipotermia o hipertermia neonatal



Presión Arterial

Varía según edad gestacional

Aumenta progresivamente durante las primeras 72 horas tras el parto

El procedimiento de exploración del recién nacido requiere paciencia, delicadeza y flexibilidad por parte del profesional sanitario. Si el niño está tranquilo y relajado cuando se inicia la exploración, resulta recomendable comenzar por la palpación del abdomen o por la auscultación cardíaca, dejando para después aquellas manipulaciones que puedan resultar más molestas para el lactante. Esta aproximación gradual permite obtener información más precisa y reduce el estrés del recién nacido durante el proceso de evaluación.

Aspecto General y Características de la Piel

La actividad física del recién nacido puede estar disminuida debido a enfermedades o efectos de fármacos administrados durante el parto. El lactante puede permanecer tumbado con las extremidades inmóviles, conservando su energía para el esfuerzo que supone una respiración dificultosa, o por el contrario, puede llorar enérgicamente acompañándose del movimiento activo de brazos y piernas. Es fundamental observar tanto el tono muscular activo como el pasivo, así como cualquier postura inusual que pueda indicar problemas neurológicos o musculoesqueléticos.

Movimientos y Tono Muscular

Los movimientos temblorosos y bruscos con mioclonías en los tobillos o en la mandíbula son más frecuentes en los recién nacidos que a cualquier otra edad. Tales movimientos suelen producirse durante los periodos de actividad del niño, mientras que las sacudidas convulsivas aparecen cuando está tranquilo, lo que permite diferenciar entre movimientos benignos y patológicos.

Edema Neonatal

El edema puede confundirse con un aspecto de buen estado nutricional. Cuando la piel de los dedos de las manos y los pies está distendida por el líquido, pierde los pliegues normales. El edema generalizado puede asociarse a prematuridad, hipoproteinemia secundaria a eritroblastosis fetal grave o nefrosis congénita.

Coloración de la Piel

El color rojo oscuro o violáceo durante el llanto y la acrocianosis de manos y pies son manifestaciones de inestabilidad vasomotora y circulación periférica lenta

Fenómeno Arlequín

División extraordinaria del color corporal en una mitad roja y otra pálida, cuadro transitorio e inocuo

Manchas Mongólicas

Áreas de pigmentación azul pizarra en nalgas y espalda, benignas y que desaparecen durante el primer año

Lesiones Cutáneas Comunes del Recién Nacido

1

Eritema Tóxico

Erupción benigna que aparece en los primeros 3 días de vida con pápulas pequeñas y blancas sobre base eritematosa. Contiene eosinófilos y persiste hasta 1 semana, distribuyéndose por cara, tronco y extremidades.

2

Melanosia Pustulosa

Lesión benigna más frecuente en neonatos de raza negra, contiene neutrófilos y se manifiesta al nacer como erupción vesiculopustulosa alrededor de barbilla, cuello, espalda y extremidades. Persiste 2-3 días.

3

Hemangiomas

Los hemangiomas capilares maculares son transitorios y frecuentes en párpados y cuello. Los hemangiomas cavernosos son masas profundas de color azul que pueden atrapar plaquetas si son grandes.

Es necesario distinguir estas lesiones benignas de otras erupciones vesiculosas más peligrosas como el herpes simple y la enfermedad estafilocócica cutánea, que requieren tratamiento inmediato. La piel de los recién nacidos prematuros es fina y delicada, de color rojo oscuro; en los prematuros extremos la piel es casi gelatinosa y translúcida. El cráneo y las cejas de los prematuros suelen estar cubiertos de lanugo, un pelo fino, blando e inmaduro que también puede cubrir la cara.

- ❏ **Importante:** Un mechón de pelo sobre la columna lumbosacra debe hacer pensar en una anomalía subyacente, como espina bífida oculta, una fístula pilonidal o un tumor, y requiere evaluación adicional mediante estudios de imagen.

Evaluación del Cráneo y Fontanelas

El cráneo del recién nacido puede estar moldeado, especialmente si el lactante es el primogénito y la cabeza ha estado encajada durante bastante tiempo en el canal pélvico. El caput succedaneum, causado por la presión del cuello uterino sobre el cuero cabelludo, se manifiesta por un área de edema circular blando con bordes difusos y a menudo con equimosis suprayacente. Un cefalohematoma se presenta como una masa bien circunscrita rellena de líquido que no traspasa las líneas de sutura, a diferencia del caput succedaneum.



Hemorragia Subgaleal

No queda restringida por los límites de las suturas, es más grande y difusa. Requiere diagnóstico precoz porque puede causar shock hipovolémico con mortalidad hasta del 20%.



Perímetro Cefálico

Debe valorarse en gráfica de crecimiento para identificar microcefalia o macrocefalia. Ambas condiciones requieren evaluación adicional.



Suturas y Fontanelas

Se deben determinar mediante palpación las líneas de las suturas y el tamaño y turgencia de las fontanelas anterior y posterior.

La fontanela anterior normal mide 20 ± 10 mm. La persistencia de fontanelas excesivamente grandes se ha relacionado con distintos trastornos como hipotiroidismo, acondroplasia, síndrome de Apert, disostosis cleidocraneal, síndrome de rubéola congénita, hidrocefalia, hipofosfatasa, crecimiento intrauterino retardado y diversas trisomías. Unas fontanelas persistentemente pequeñas sugieren microcefalia, craneosinostosis o hipertiroidismo congénito.

En el vértex, cerca de la sutura sagital, pueden encontrarse áreas blandas (craneotabes) que son más frecuentes en los prematuros y en los recién nacidos que han estado expuestos a compresión uterina. La fusión prematura de las suturas (sinostosis craneal) provoca un reborde duro inamovible sobre la sutura y un cráneo con forma anómala.

Exploración Facial y Características Dismórficas

01

Aspecto General Facial

Observar características dismórficas: pliegues epicánticos, ojos excesivamente separados o juntos, microftalmía, asimetría, surco nasolabial grande y orejas de implantación baja

02

Evaluación Ocular

Inspeccionar hemorragias conjuntivales y retinianas, reflejos pupilares, iris para colobomas, córnea para glaucoma congénito y reflejos rojos bilaterales

03

Examen Auditivo

Observar deformidades del pabellón auricular, apéndices cutáneos preauriculares y visualizar membrana timpánica a través del conducto auditivo

04

Inspección Nasal

Verificar simetría y permeabilidad de los orificios nasales, descartar atresia de coanas que produce dificultad respiratoria

05

Cavidad Oral

Inspeccionar paladar duro y blando para hendiduras, verificar dentición precoz, perlas de Epstein y tamaño de la lengua

La asimetría facial puede deberse a parálisis del VII par craneal, hipoplasia del músculo depresor en el ángulo de la boca o una postura fetal anómala. La parálisis facial simétrica sugiere ausencia o hipoplasia del núcleo del VII par (síndrome de Moebius). Si se levanta al niño y se le inclina suavemente hacia delante y atrás, los párpados suelen abrirse de forma espontánea, permitiendo una mejor inspección de los ojos que la separación forzada de los párpados.

Sistema Respiratorio: Evaluación y Patrones Normales

La observación de la respiración proporciona información valiosa sobre el estado del recién nacido. Las variaciones normales de la frecuencia y del ritmo respiratorio son características y varían de acuerdo con la actividad física, el estado de vigilia o el llanto. Como estas fluctuaciones son rápidas, la frecuencia respiratoria debe medirse durante un minuto completo con el niño en reposo, preferiblemente dormido.

Frecuencia Respiratoria Normal

En recién nacidos a término: 30-60 respiraciones/minuto en reposo. Los prematuros presentan frecuencias mayores con fluctuaciones más pronunciadas. Una frecuencia superior a 60 respiraciones/minuto durante periodos de respiración regular que persiste más de una hora después del nacimiento obliga a descartar enfermedad cardíaca, pulmonar o metabólica.

Respiración Periódica

El niño prematuro puede respirar con un ritmo de Cheyne-Stokes, conocido como respiración periódica, o con una irregularidad total. El jadeo irregular, acompañado de movimientos espasmódicos de la boca y la barbilla, es un signo importante de deterioro de los centros respiratorios.

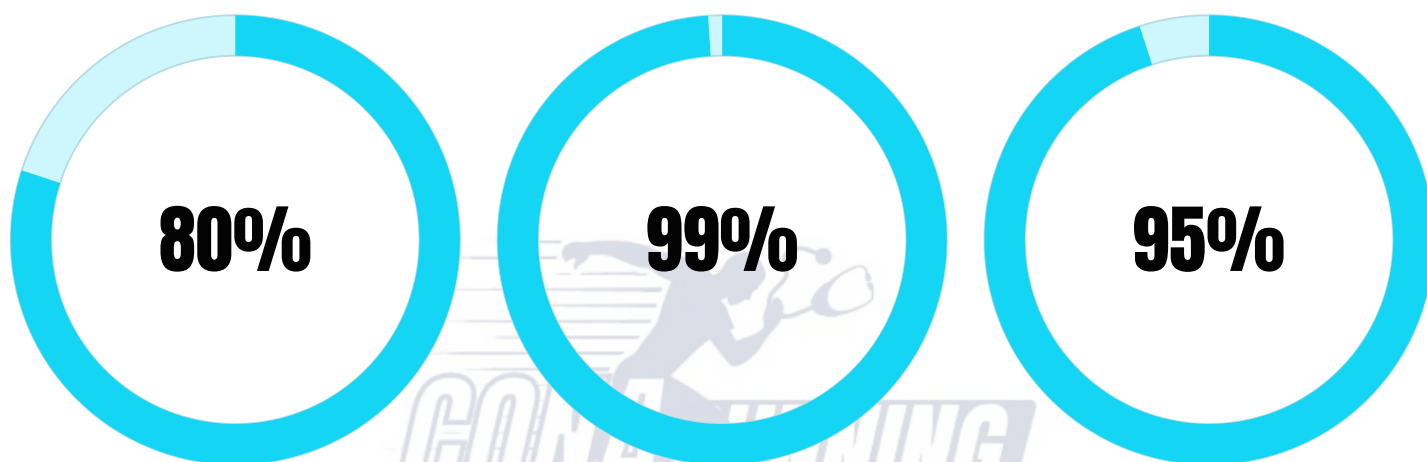
Patrón Respiratorio Diafragmático

La respiración de los recién nacidos es casi por completo diafragmática. Durante la inspiración, la parte anterior blanda del tórax normalmente se deprime mientras el abdomen protruye. Este "movimiento paradójico" no significa necesariamente insuficiencia respiratoria si el niño está tranquilo, relajado y tiene buen color.

❏ **Signos de Alarma:** La respiración dificultosa con retracciones es clara evidencia de síndrome de dificultad respiratoria, neumonía o anomalías pulmonares. Un llanto débil, quejoso persistente o intermitente, con gemidos durante la espiración, sugiere enfermedad cardiopulmonar grave o sepsis y obliga a atención inmediata.

Evaluación Cardiovascular y Cribado de Cardiopatías

Es difícil determinar el tamaño cardíaco debido a las variaciones normales de la forma y el tamaño del tórax neonatal. Resulta fundamental localizar el corazón para descartar una dextrocardia. La frecuencia cardíaca suele ser de 110-140 latidos/minuto en reposo, pero lo habitual es que oscile desde los 90 latidos/minuto durante el sueño relajado hasta los 180 latidos/minuto en los periodos de actividad. Los niños prematuros suelen tener una frecuencia cardíaca en reposo mayor, de hasta 160 latidos/minuto, pero pueden presentar bradicardia sinusal de aparición brusca secundaria a apnea.



Sensibilidad del Cribado

La pulsioximetría detecta cardiopatías congénitas críticas con sensibilidad cercana al 80%

Especificidad

El cribado mediante pulsioximetría tiene una especificidad mayor del 99%

Umbral de Saturación

Una $SpO_2 \geq 95\%$ en mano derecha y pie con diferencia $< 3\%$ se considera normal

Se deben palpar los pulsos en las extremidades superiores e inferiores, tanto al ingreso como antes del alta del nido, para descartar una posible coartación aórtica. Los soplos transitorios suelen indicar un conducto arterioso que se está cerrando. Aunque las cardiopatías congénitas pueden no ir acompañadas inicialmente de un soplo, una parte importante de los lactantes con soplos persistentes detectados durante la exploración neonatal rutinaria presenta una malformación subyacente. El cribado rutinario para las cardiopatías congénitas críticas mediante pulsioximetría se realiza entre las 24 y las 48 horas de vida.

Exploración Abdominal: Órganos y Masas

El hígado se suele palpar, a veces hasta 2 cm por debajo del reborde costal. Es menos frecuente palpar la punta del bazo. En general, con la palpación profunda se puede determinar el tamaño aproximado y la localización de cada riñón. En ningún otro momento de la vida varía tanto la cantidad de aire del aparato gastrointestinal, ni es tan grande en circunstancias normales. En el momento de nacer el aparato gastrointestinal carece de aire, ya que el gas empieza a tragarse poco después de nacer.

En las radiografías tomadas a las 24 horas de vida debe encontrarse normalmente aire en el recto. La pared abdominal suele ser débil, especialmente en los prematuros, y es frecuente encontrar diástasis de los rectos y hernia umbilical, sobre todo en lactantes de raza negra. Cualquier masa inusual se debe estudiar de inmediato con ecografía.

Masas Quísticas

Hidronefrosis, riñones displásicos poliquísticos, hemorragias suprarrenales, hidrometrocolpos, duplicación intestinal o quistes del colédoco, ovario, epiplón o páncreas

Masas Sólidas

Neuroblastomas, nefromas mesoblásticos congénitos, hepatoblastomas o teratomas

Las alteraciones renales son la causa más frecuente de masas abdominales en los neonatos. Una masa sólida en el flanco puede deberse a una trombosis de la vena renal, que se manifiesta clínicamente por hematuria, hipertensión y trombocitopenia. La distensión abdominal al nacer o inmediatamente después hace pensar en una obstrucción o una perforación del aparato gastrointestinal. Un abdomen excavado en un recién nacido apunta hacia una hernia diafragmática. El cordón umbilical debería tener dos arterias y una vena; la presencia de una arteria umbilical única se asocia con un riesgo aumentado de malformación renal oculta.

Genitales y Evaluación Anorrectal

Genitales Femeninos

Los genitales responden a hormonas maternas que atraviesan la placenta, provocando prominencia genital y flujo no purulento. La imperforación del himen puede dar lugar a hidrometrocolpos y masa en hemiabdomen inferior.

Anomalías Genitales

Un hipospadias o epispadias grave debe sugerir anomalía de cromosomas sexuales o niña masculinizada con clítoris aumentado, primera manifestación de síndrome adrenogenital.

1

2

3

4

Genitales Masculinos

El escroto normal en nacimiento a término es relativamente grande. Los testículos deben localizarse en el escroto o palpase en los conductos inguinales. El prepucio suele estar tenso y adherido al glande al nacer.

Función Anorrectal

Durante las primeras 12 horas, el niño suele expulsar meconio. El 99% de los recién nacidos a término y el 95% de los prematuros lo hace en las primeras 48 horas.

El escroto puede presentar equimosis secundaria a la presentación de nalgas o por hemorragia retroperitoneal. La mayoría de los recién nacidos orina a las 12 horas de vida, y alrededor del 95% de los recién nacidos prematuros y a término lo hace durante las primeras 24 horas. La exploración física suele ser suficiente para el diagnóstico del ano imperforado si la abertura anal está ausente o en una posición ectópica. Sin embargo, si existe una fístula cutánea, uretral o vaginal, el recién nacido puede expulsar meconio, por lo que puede no sospecharse el ano imperforado sin una exploración cuidadosa.

Extremidades: Evaluación Musculoesquelética

Durante la exploración de las extremidades se deben observar los posibles efectos de la postura fetal para poder explicar a la madre su causa y su naturaleza habitualmente transitoria, sobre todo tras un parto de nalgas. La observación de la actividad espontánea o tras estímulo de las extremidades puede hacer sospechar una fractura o una lesión nerviosa asociada al parto. Hay que examinar con detalle las manos y los pies para descartar polidactilias, sindactilias o patrones anormales de dermatoglifos, como el pliegue simiesco.



Inspección de Manos

Evaluar número de dedos, presencia de sindactilia, patrones de pliegues palmares y movilidad articular



Examen de Pies

Verificar posición, deformidades como pie equinovaro, número de dedos y flexibilidad



Evaluación de Caderas

Realizar maniobras específicas en todos los recién nacidos para descartar luxación congénita de cadera



Detección de Fracturas

Observar actividad espontánea y respuesta al estímulo para identificar posibles lesiones del parto



Importante: También hay que evaluar con maniobras específicas las caderas de todos los recién nacidos para descartar una luxación congénita. Esta evaluación sistemática es fundamental para la detección precoz y el tratamiento oportuno de displasia de cadera.

Exploración Neurológica del Recién Nacido

Las enfermedades neuromusculares intraútero se asocian con una limitación de los movimientos fetales que provoca un conjunto de signos y síntomas independientes de la enfermedad específica. Las deformaciones posturales graves y las contracturas dan lugar a artrogriposis. Otras manifestaciones de enfermedad neuromuscular fetal incluyen la presentación de nalgas, el polihidramnios, la incapacidad para respirar al nacer, la hipoplasia pulmonar, la luxación de las caderas, los testículos no descendidos, las costillas finas y el pie equinovaro.

Hipotonía Neonatal	Hipertonía Neonatal	Convulsiones Neonatales
Disminución del tono muscular que puede indicar trastornos neuromusculares, metabólicos o cromosómicos. Requiere evaluación exhaustiva del sistema nervioso central y periférico.	Aumento del tono muscular que puede sugerir encefalopatía hipóxico-isquémica, hemorragia intracraneal o infecciones del sistema nervioso central.	Pueden manifestarse de forma sutil con movimientos oculares anormales, apnea o cambios en el tono. Requieren evaluación urgente y tratamiento inmediato.

Muchos trastornos congénitos se manifiestan en forma de hipotonía, hipertonía o convulsiones. La evaluación neurológica completa incluye la observación del estado de alerta, el llanto, los reflejos primitivos (Moro, succión, prensión, marcha automática), el tono muscular y la respuesta a estímulos. Los movimientos temblorosos y bruscos con mioclonías son más frecuentes y menos significativos en los recién nacidos que a cualquier otra edad, produciéndose durante los periodos de actividad del niño, mientras que las sacudidas convulsivas aparecen cuando está tranquilo.

Seguimiento y Evaluación Continua del Recién Nacido

01

Exploración Inicial

Realizada lo antes posible tras el parto, centrada en adaptación cardiopulmonar y detección de malformaciones congénitas mayores

02

Segunda Exploración Detallada

Durante las primeras 24 horas, evaluación exhaustiva de todos los sistemas orgánicos con la madre presente

03

Evaluaciones Repetidas

Si el recién nacido permanece hospitalizado más de 48 horas, realizar evaluaciones continuas durante toda la hospitalización

04

Exploración Pre-Alta

Evaluación final completa antes del alta hospitalaria para detectar alteraciones que puedan haber aparecido, especialmente soplos cardiacos y cianosis

05

Seguimiento Post-Alta

Exploración en las 24 horas posteriores al alta hospitalaria para asegurar adaptación adecuada al entorno domiciliario

No se debe dar de alta a ningún niño sin una exploración final, ya que algunas alteraciones, sobre todo los soplos cardiacos y la cianosis, suelen aparecer o desaparecer en el periodo neonatal inmediato o pueden apreciarse signos de enfermedades que el niño acaba de contraer. La madre debe estar presente en la exploración si el niño está sano y hay que explicarle cualquier variación anatómica por muy pequeña y aparentemente insignificante que sea, ya que puede llegar a preocupar a la familia. Las explicaciones han de hacerse con tacto y habilidad para no sembrar una alarma injustificada en unos padres que no estaban preocupados.

Deben controlarse el pulso, la frecuencia respiratoria, la temperatura, el peso, la talla, el perímetro cefálico y las dimensiones de cualquier anomalía estructural visible o palpable. Si el neonato parece enfermo o presenta un soplo cardiaco audible, se tomará la presión arterial. Se debería realizar una lectura de pulsioximetría con el fin de realizar un cribado de cardiopatía congénita crítica como parte del cribado sistemático de los recién nacidos.