

**Redactora:**

Neyder Santacruz de Nandi

Médica Cirujana egresada de la Universidad Privada del Este — Sede Presidente Franco, 2023

Médica Revalidada por la Unioeste — Revalida edición 2023.2

Médica de Estrategia Familiar — Concurso 2024, Prefeitura Nova Prata do Iguaçu, Paraná, Brasil

**Bibliografía:**

Nelson Tratado de Pediatría. Kliegman RM, Stanton BF, St Geme JW, Schor NF, et al. Barcelona: Elsevier; 2023.

# Examen Físico del Recién Nacido Sano

Este capítulo aborda uno de los contenidos más importantes de la neonatología desde una perspectiva diferente: no se trata de memorizar enfermedades, sino de **aprender a reconocer la normalidad**, diferenciar hallazgos benignos y detectar aquellos que sugieren patología. Esa es la verdadera clave del examen físico neonatal.

Muchas preguntas de examen se construyen justamente sobre esa diferencia: no buscan que el alumno recuerde una patología rara, sino que sepa identificar cuándo un hallazgo corresponde a una variante normal y cuándo obliga a pensar en enfermedad. Un ejemplo clásico es el eritema tóxico neonatal, que puede generar dudas si no se domina bien la semiología normal del recién nacido.

Para estudiar este capítulo, conviene seguir una secuencia sistemática en sentido **cráneo-caudal**, tal como propone el Nelson, sin saltar pasos. En cada región, la lógica será siempre la misma: qué es normal, qué no es normal y qué hallazgos deben hacer sospechar patología.

**01****Impresión general y signos vitales****02****Piel, cráneo, cara y cuello****03****Tórax, corazón y abdomen****04****Genitales, extremidades y neurológico**

# Impresión General y Signos Vitales

El Nelson destaca que la exploración debe realizarse **lo antes posible tras el parto**, idealmente en presencia de los padres, ya que esto disminuye su ansiedad y permite explicar los hallazgos más importantes. En partos de alto riesgo, la primera evaluación se orienta a detectar malformaciones congénitas, grado de maduración, crecimiento y adaptación cardiopulmonar y metabólica. Aproximadamente el **3 a 5% de los recién nacidos** presentan alguna malformación congénita de distinta gravedad.

Tras la estabilización inicial, se realiza una segunda evaluación más completa dentro de las primeras 24 horas. Si el recién nacido permanece internado más de 48 horas, deben repetirse nuevas evaluaciones. El recién nacido de término presenta **actitud en flexión e hipertonia fisiológica** de los músculos flexores; cuanto más prematuro, mayor tendencia a la extensión e hipotonía. Los movimientos normales deben ser espontáneos, simétricos, armónicos y no estereotipados.

## Valores normales

**FC:** 120–160 lpm

**FR:** 30–60 rpm

**PC:** 33–37 cm (RN a término)

## Temblo fino vs. Convulsiones

El temblor fino y las mioclonías en mandíbula o tobillos son benignos, aparecen con el niño activo y se desencadenan por estímulos. Las **convulsiones neonatales**, en cambio, aparecen en reposo, no dependen de estimulación, son más organizadas y pueden manifestarse con movimientos tónico-clónicos.

⚠ El edema neonatal puede confundirse con un bebé "bien nutrido". Causas: prematuridad, hipoproteinemia, eritroblastosis fetal, anasarca, nefrosis congénita, síndrome de Hurler. Edema de extremidades en recién nacida femenina → sospechar **síndrome de Turner**.

# Piel del Recién Nacido

Las lesiones cutáneas en el recién nacido son muy frecuentes. La mayoría corresponden a hallazgos benignos y transitorios, pero el verdadero desafío clínico es reconocer cuáles pueden indicar patología. La apariencia de la piel varía según la edad gestacional: el **prematuro extremo** presenta piel gelatinosa, translúcida, con vasos visibles; el **prematuro** tiene piel fina y roja oscura; el **RN a término** presenta piel más gruesa y rosada.

## Lanugo

Vello fino, suave, no pigmentado. Predomina en hombros, espalda y cara. Más evidente en prematuros. Hallazgo normal.

## Eritema tóxico neonatal

Máculas eritematosas con pápulas/pústulas centrales. Aparece entre el 2.º y 3.er día. **Respetar palmas y plantas.** Benigno, sin tratamiento.

## Melanosis pustulosa transitoria

Vesículas/pústulas desde el nacimiento. Más frecuente en piel oscura. **Puede afectar palmas y plantas.** Benigna.

## Manchas mongólicas

Máculas azul-grisáceas en región lumbosacra. Pueden confundirse con hematomas. Lesiones benignas.

## Acrocianosis

Coloración azulada de manos y pies en las primeras horas. Resto del cuerpo rosado. Hallazgo fisiológico transitorio.

## Fenómeno del arlequín

Una mitad del cuerpo roja y la otra pálida, con línea media bien delimitada. Transitorio y benigno.

⊗ **Hallazgos que requieren atención:** Cianosis central (labios/lengua) → siempre patológica; Ictericia en primeras 24 h → siempre patológica; Mechón de pelo lumbosacro → sospechar defecto del tubo neural; Bandas amnióticas → pueden producir amputaciones; Lesiones vesiculosas → descartar herpes neonatal e infección estafilocócica.

# Cráneo: Suturas, Fontanelas y Perímetro Cefálico

La exploración del cráneo debe realizarse de manera sistemática, valorando tamaño, forma, suturas, fontanelas, lesiones y perímetro cefálico. En el RN sano las suturas son palpables y puede existir **cabalgamiento de los parietales** tras el parto vaginal, con moldeamiento craneal transitorio. La **craneosinostosis** se sospecha ante reborde óseo duro e inmóvil sobre una sutura con forma craneal anormal. La **plagiocefalia** se presenta como cráneo asimétrico con implantación anormal de orejas, asociada a presión intrauterina o tortícolis congénita.

## Fontanelas normales

**Anterior:** 1–3 cm, blanda, plana, ligeramente pulsátil. Cierre: 12–18 meses (hasta 24 m).

**Posterior:** menor de 1 cm. Cierre: 6–8 semanas.

Ambas deben estar **normotensas** (ni abombadas ni hundidas). Tercera fontanela → sospechar **trisomía 21**.

## Perímetro cefálico

Normal en RN a término: **33–37 cm**. Se mide con cinta no extensible desde la glabella hasta el punto más prominente del occipucio.

**Microcefalia:**  $PC < -2 DE$  o  $<$  percentil 3 → trastornos genéticos, infecciones congénitas, exposición a fármacos.

**Macrocefalia:**  $PC > +2 DE$  o  $>$  percentil 97 → hidrocefalia, síndromes neurocutáneos, enfermedades de depósito, acondroplasia.

La **craneotabes** es un reblandecimiento localizado del hueso craneal con sensación de "ping-pong" a la palpación, más frecuente en prematuros. En la mayoría de los casos es benigna y transitoria. Las áreas blandas occipitales pueden asociarse a huesos wormianos y se han relacionado con osteogénesis imperfecta, disostosis cleidocraneal y síndrome de Down.

# Lesiones del Cuero Cabelludo, Cara, Ojos y Boca

Las lesiones del cuero cabelludo son un tema frecuente de examen porque exigen diferenciar lesiones benignas de una urgencia potencialmente mortal. La cara debe valorarse globalmente en cuanto a simetría, proporciones y rasgos dismórficos como pliegues epicánticos, hipertelorismo, microftalmía u orejas de implantación baja. La **parálisis facial bilateral y simétrica** orienta al síndrome de Moebius.

Característica	Caput succedaneum	Cefalohematoma	Hemorragia subgaleal
Aparición	Al nacer	Horas después	Horas después
Plano anatómico	Subcutáneo	Subperióstico	Subaponeurótico
Suturas	No respeta	Respeta	No respeta
Complicaciones	Ninguna	Ictericia, fractura	Shock, muerte
Manejo	Observación	Observación	<b>Urgente</b>

## Hallazgos oculares

El **reflejo pupilar** está presente desde las 28–30 semanas. El **reflejo rojo** debe ser bilateral y simétrico. La **leucocoria** (reflejo blanco) es siempre anormal → derivación oftalmológica urgente (catarata congénita, retinoblastoma). El **glaucoma congénito** se sospecha ante córnea  $\geq 1$  cm, fotofobia y lagrimeo.

## Hallazgos en boca y paladar

Las **perlas de Epstein** (rafe del paladar duro) y los **quistes de retención gingival** son benignos y desaparecen espontáneamente. La **úvula bífida** o arco palatino alterado sugieren hendidura submucosa. La **anquiloglosia** solo requiere frenulotomía si interfiere con la lactancia.

# Tórax, Aparato Respiratorio y Sistema Cardiovascular

En el tórax, la **hipertrofia mamaria** con secreción láctea transitoria ("leche de brujas") es fisiológica, se debe al efecto de hormonas maternas, puede presentarse en ambos sexos y no debe manipularse. El **tórax en escudo** con pezones ampliamente separados debe hacer sospechar síndrome de Turner. La presencia de eritema, dolor e induración mamaria orienta a mastitis o absceso.

La frecuencia respiratoria normal es de **30 a 60 rpm**. La taquipnea persistente mayor de 60 rpm durante más de una hora obliga a descartar causas pulmonares, cardíacas o metabólicas. La dificultad respiratoria se manifiesta por retracciones, aleteo nasal y cianosis. El **quejido espiratorio** y el llanto débil persistente sugieren compromiso severo. El jadeo irregular con movimientos espasmódicos es un signo grave que indica falla de los centros respiratorios.

## FC normal en reposo

110–140 lpm. Durante el sueño puede bajar a 90 lpm; con actividad hasta 180 lpm.

## Taquicardia supraventricular

Sospechar si FC > 220 lpm. En prematuros la FC puede llegar a 160 lpm con bradicardia secundaria a apnea.

## Pulsos en 4 extremidades

La disminución o ausencia de pulsos en miembros inferiores orienta a **coartación de aorta**.

## Soplos neonatales

Frecuentes y muchas veces transitorios, relacionados con el cierre del conducto arterioso.

# Abdomen: Palpación, Defectos de Pared y Cordón Umbilical

La palpación abdominal debe incluir hígado (puede palparse hasta **2 cm bajo el reborde costal**), bazo (rara vez palpable) y riñones (con maniobras profundas). El recién nacido nace sin aire en el tracto gastrointestinal; a las 24 horas ya debe haber aire en el recto. Su ausencia hace sospechar **obstrucción intestinal**. La distensión abdominal desde el nacimiento orienta a obstrucción alta, perforación o íleo meconial; si aparece tardíamente, sugiere obstrucción distal, sepsis o peritonitis. Un **abdomen excavado** debe hacer sospechar hernia diafragmática.

Característica	Onfalocele	Gastrosquisis
Ubicación	Línea media (en el ombligo)	Lateral derecha al ombligo
Cobertura	Con membrana (saco)	Sin membrana
Malformaciones asociadas	Frecuente (cardíacas, trisomías 13, 18, 21)	Menos frecuente; sí con atresia intestinal
Manejo inicial	Protección del saco + evaluación integral	Protección intestinal urgente

**⚠ Cordón umbilical:** Lo normal es 2 arterias + 1 vena. La presencia de **arteria umbilical única** se asocia a malformaciones renales, cardíacas y cromosómicas. La **onfalitis** puede progresar a sepsis y compromiso hepático → atención inmediata.

# Genitales, Ano y Extremidades

Los genitales y las mamas del recién nacido responden a hormonas maternas, lo que explica hallazgos fisiológicos como hipertrofia mamaria, genitales femeninos prominentes y flujo vaginal no purulento. En el genital masculino puede haber **hidrocele transitorio** y equimosis (especialmente en partos de nalgas). El prepucio es normalmente no retráctil al nacer. Malformaciones como hipospadias o epispadias obligan a pensar en alteraciones cromosómicas o endocrinas como **hiperplasia suprarrenal congénita**.

La mayoría de los RN orina dentro de las primeras 12 horas (95% antes de las 24 h). La eliminación de meconio ocurre habitualmente en las primeras 12 horas; su retraso obliga a descartar obstrucción intestinal. El **ano imperforado** debe sospecharse cuando no se visualiza el orificio anal o está en posición anómala. La mnemotecnica **VACTERL** agrupa anomalías Vertebrales, Anales, Cardíacas, Traqueoesofágicas, Renales y de extremidades (Limb); debe sospecharse cuando coexisten al menos tres de estas anomalías.



## Polidactilia

Uno o más dedos adicionales. Puede ser aislada o asociarse a síndromes genéticos.



## Pliegue simiesco

Pliegue palmar único. Puede verse en niños sanos, pero también se asocia a **síndrome de Down**.



## Sindactilia

Fusión parcial o completa de los dedos. Puede ser aislada o sindrómica.

# Cuello, Clavículas y Hallazgos Sindrómicos

En el cuello del recién nacido debe evaluarse la movilidad cervical, la presencia de masas y la integridad de las clavículas. La **fractura de clavícula** es la fractura más frecuente del RN, con una incidencia del **1 a 2%** de los partos, asociada a distocia de hombros y recién nacidos grandes para la edad gestacional (GEG). Los RN GEG presentan mayor riesgo de lesiones del plexo braquial, lesión del nervio frénico, cefalohematoma, hematoma subdural, hipoglucemia y policitemia.

## Bocio

Aumento difuso del tiroides. Puede asociarse a alteraciones hormonales maternas o neonatales.

## Higroma quístico

Masa blanda, quística, transluminable, de origen linfático. Región lateral del cuello.

## Tortícolis congénita

Afectación del esternocleidomastoideo. Cabeza inclinada hacia el lado afectado, cara desviada al lado contrario. Sin tratamiento: plagiocefalia, asimetría facial, hemihipoplasia.

## Cuello alado / piel redundante

Debe hacer sospechar linfedema intrauterino o **síndrome de Turner**.

- ❗ Los quistes de hendidura branquial son lesiones quísticas laterales bien delimitadas derivadas de restos embrionarios. Los teratomas son masas sólidas o mixtas de crecimiento variable que pueden comprometer la vía aérea y requieren evaluación urgente.

# Exploración Neurológica y Conclusiones

La evaluación neurológica incluye tono muscular, movimientos espontáneos, reflejos primitivos y estado de alerta. Las enfermedades neuromusculares intrauterinas se caracterizan por disminución de los movimientos fetales, lo que condiciona manifestaciones secundarias como deformidades posturales, contracturas, artrogriposis, presentación de nalgas, polihidramnios y dificultad respiratoria al nacimiento. También pueden asociarse hipoplasia pulmonar, luxación de cadera, criptorquidia, pie equinovaro y costillas finas.



## Hipotonía

Signo de alarma neurológica. Puede indicar prematuridad, enfermedad neuromuscular o compromiso del SNC.



## Convulsiones neonatales

Aparecen en reposo, no dependen de estimulación, son organizadas y pueden ser tónico-clónicas. Siempre patológicas.



## Reflejos primitivos

Su presencia, simetría y correcta extinción son indicadores clave de integridad neurológica en el RN.

El examen físico del recién nacido sano debe realizarse de forma sistemática, de la cabeza a los pies, con el objetivo de **reconocer la normalidad, identificar variantes benignas y detectar signos de alarma**. Más que memorizar hallazgos aislados, la clave está en diferenciar lo fisiológico de lo patológico. Esta capacidad es la base para interpretar correctamente los hallazgos del RN y responder con criterio en el examen.

**Reconocer normalidad**

**Identificar variantes**

**Detectar alarmas**