

Atención del recién nacido sano (desde la salida de la maternidad hasta 1 mes)

G. Jourdain, C. Boithias-Guérot, J.-L. Chabernaud

La mayoría de las consultas de niños de menos de un mes la realizan los padres, según las recomendaciones del pediatra de la maternidad. El médico debe efectuar una exploración física completa para detectar a los niños que presentan algún trastorno y, sobre todo, controlar el buen crecimiento somático, verificar si se establece normalmente el vínculo entre el lactante y su madre, identificar los signos de depresión materna puerperal y favorecer el amamantamiento. Esta consulta brinda la ocasión de responder a numerosas preguntas de los padres. El clima de confianza que en ella se cree influirá a menudo sobre la calidad del seguimiento médico del niño durante los 2 primeros años.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Recién nacido; Alta precoz; Lactancia materna; Depresión puerperal; Ictericia

Plan

■ Introducción	1
■ Objetivos de la consulta	1
■ Consulta	1
Anamnesis	1
Exploración física	2
■ Conducta que debe seguirse	3
Cuadros graves que necesitan atención urgente	4
Cuadros moderados	4
Ausencia de trastorno	4
■ Conclusión	4

■ Introducción

La atención del recién nacido sano tras su salida de la maternidad es un aspecto importante de la neonatología, que tiene consecuencias no sólo médicas, sino también económicas y sociales.

Por ejemplo, en Francia nacen alrededor de 800.000 niños al año, y en el 75-80% no se detecta ningún trastorno ni se sospecha durante el embarazo o en la maternidad. Por tanto, unos 600.000 niños saldrán bien cada año de maternidad después de una estancia cada vez más breve: un 40% de los niños sale antes del 4.º día y un 70% antes del 5.º (frente al 13% y 45% respectivamente en 1994) [1]. El acortamiento de la permanencia en maternidad ha tenido repercusiones muy diversas [2-5]. Por ejemplo, en Estados Unidos se ha observado un resurgimiento de las ictericias nucleares y un aumento del índice de rehospitalización durante las 2 primeras semanas [6-9].

Otros países parecen haber logrado resultados satisfactorios, con la condición de que se organice un seguimiento posnatal domiciliario por un médico o una partera [10]. Para obtener un equilibrio óptimo entre beneficio médico y coste económico, lo ideal sería efectuar dos visitas durante las 2 primeras semanas. En Francia, algunos organismos sanitarios oficiales recomiendan precaución al indicar «altas precoces» [11, 12].

Es indudable que el acortamiento de la estancia en la maternidad reduce el tiempo de observación de los recién nacidos y de los padres. Por tanto, el examen del 1.º mes resulta capital para identificar problemas que ya no pueden detectarse en la maternidad y buscar trastornos que sólo se revelan secundariamente.

No existe un protocolo bien definido. En Francia, los pediatras de maternidad suelen recomendar un examen durante la 2.ª semana, sobre todo en los casos de primíparas, lactancia materna y/o alta antes del 4.º día.

■ Objetivos de la consulta

La consulta realizada durante el primer mes persigue dos objetivos:

- garantizar la ausencia de anomalías malformativas o neonatales que no se hayan detectado durante la estancia en maternidad;
- detectar afecciones o problemas que pudieran manifestarse de forma secundaria. Deben buscarse sobre todo: trastornos digestivos, dificultades de lactancia o de aumento de peso, ictericia, fiebre, dificultad respiratoria y trastornos de la relación madre-hijo.

La demanda de los padres es muy variable. Puede centrarse en trastornos reales o supuestamente patológicos (sueño, alimentación, etc.), en una dificultad para entender al bebé o, simplemente, en el deseo de saber que todo está en orden.

■ Consulta

Anamnesis

Es una parte fundamental de la consulta y debe ser directiva, pero también debe dejar tiempo para que los padres expresen sus dudas y su angustia. Conviene que ambos estén presentes.

El médico averigua la composición de la familia, las enfermedades que puedan haber afectado a sus miembros, el desarrollo

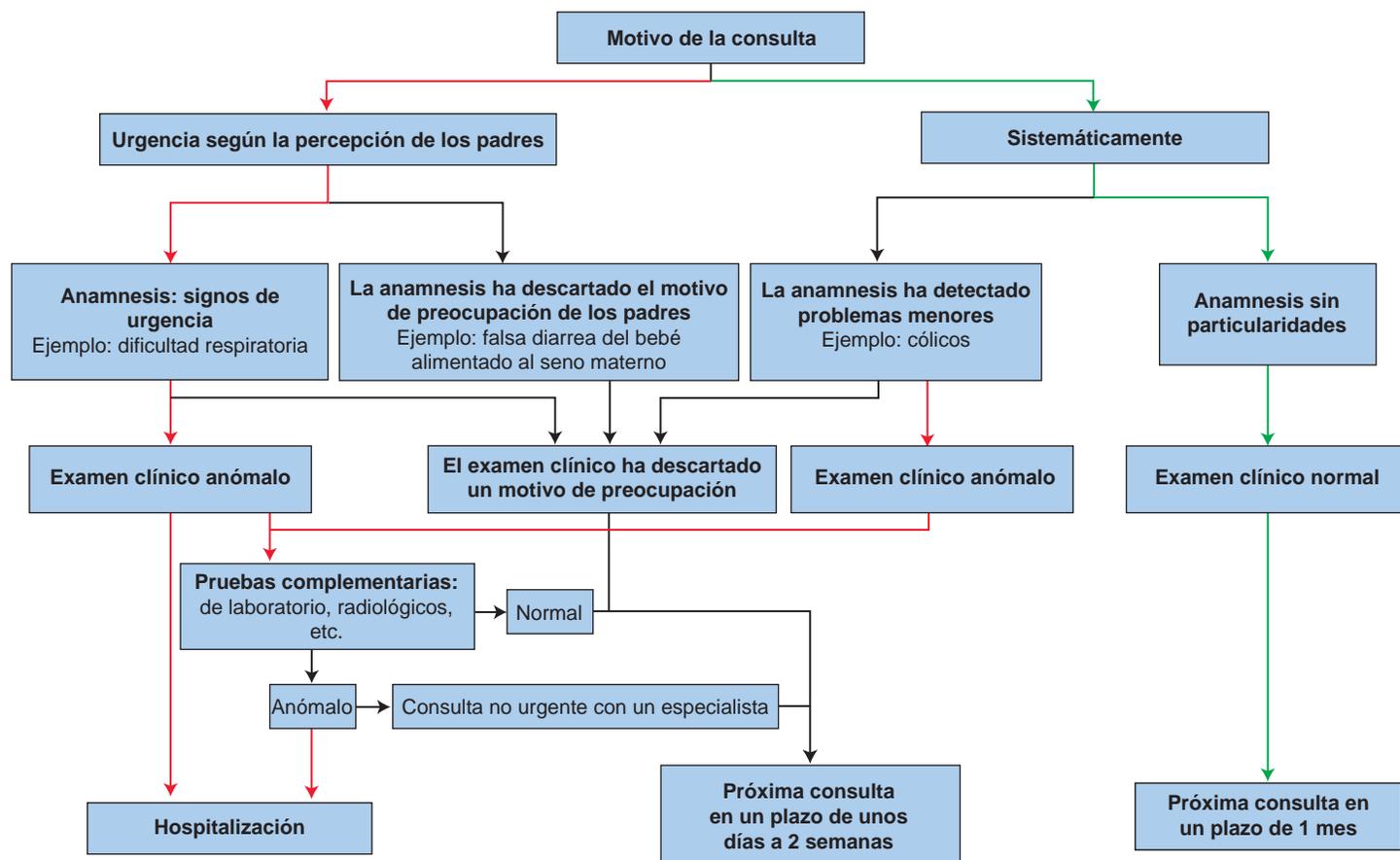


Figura 1. Consulta del 1.º mes. Flechas rojas: situación de riesgo que impone una acción particular; flechas verdes: situación «normal» que supone un seguimiento estándar; flechas negras: situación inestable que necesita una atención particular.

del embarazo y el parto, y pregunta a los padres cómo han vivido estos acontecimientos.

Luego indaga el modo y la calidad de la alimentación (cantidad y duración de la toma del seno, número y dosis de los biberones), la calidad del sueño (horario, duración), la existencia de trastornos digestivos patológicos (regurgitaciones tardías, ácidas, acompañadas de llanto, estreñimiento con heces duras), heces poco frecuentes pero de aspecto normal o heces duras, con expulsión dolorosa, verdaderos trastornos del sueño con llanto patológico o, por el contrario, ritmo normal de un recién nacido con despertares nocturnos, etc.) (Fig. 1).

Esta anamnesis también ofrece una ocasión privilegiada para identificar precozmente las manifestaciones de la ansiedad materna. Es importante detectar las dificultades psicológicas puerperales, que son frecuentes y pueden tener consecuencias decisivas en la creación del vínculo madre-hijo [13].

Al final, puede abordarse el tema del cuidado del niño en la vida cotidiana, que suele generar dudas e inquietud.

Exploración física

Es la segunda etapa de la consulta. Conviene que el niño se encuentre en condiciones de calma y receptividad, es decir, lejos de la última comida pero antes de volver a sentir hambre o fatiga.

Para obtener una impresión de conjunto, la exploración debe practicarse con el niño completamente desvestido. La inspección aporta numerosas informaciones: aspecto y color de la piel, contacto y gesticulación espontánea, signos de dificultad respiratoria.

Conviene realizar la exploración aparato por aparato, procediendo de manera sistemática.

Exploración cutánea

Se examinan el aspecto y el color de la piel en busca de signos de deshidratación o ictericia, ambos elementos de gran importancia.

La ictericia representa el principal riesgo de las altas precoces (<48 h). En el período neonatal, la mayoría de las veces la ictericia se debe a un aumento de la bilirrubina libre y, excepcionalmente, al de la bilirrubina conjugada. La primera expone al riesgo de ictericia nuclear por fijación de la bilirrubina libre no unida en los núcleos grises centrales. El umbral de bilirrubinemia total a partir del cual existe riesgo de ictericia nuclear es muy variable de una persona a otra, pero parece situarse alrededor de los 350 $\mu\text{mol/l}$ [14]. Deben buscarse las siguientes causas: anemia hemolítica (incompatibilidad Rhesus y más aún incompatibilidad ABO detectada mediante la prueba de Coombs) o anomalía eritrocítica (principalmente un déficit de glucosa 6-fosfato-deshidrogenasa [G6PD]). En las ictericias intensas hay que controlar el color de las heces y la orina.

La excepcional ictericia por aumento de la bilirrubina conjugada lleva a sospechar una atresia de las vías biliares e impone la consulta urgente a un especialista, ya que el pronóstico de esta afección depende de la precocidad del diagnóstico.

Debe observarse el color de las heces y la orina, que sirve como elemento de orientación. En la ictericia por aumento de la bilirrubina libre, la orina oscura es un parámetro favorable. Ocurre lo contrario con la orina clara, que indica la ausencia de conjugación hepática. De igual modo, en un paciente icterico, las heces pálidas inducen la sospecha de una colestasis, que en la mayoría de los casos se origina por una atresia de las vías biliares.

Ante una ictericia intensa siempre debe buscarse una hepatomegalia y solicitar un análisis de sangre que incluya, al menos, los siguientes parámetros: bilirrubinemia total y conjugada, hematócrito con reticulocitos y prueba de Coombs directa. Si el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465676>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465676>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)