

# Examen y valoración del recién nacido

S.B. Kirchschräger Nieto, E. Guerra Vilches

Pediatras de Atención Primaria. Centro de Salud Universitario Barrio del Pilar. SERMAS. Madrid



## Resumen

La primera visita del recién nacido en Atención Primaria es un hito fundamental en su vida que debe realizarse en las primeras 48-72 horas tras el alta hospitalaria. Permite al pediatra conocer la historia y situación sociosanitaria de la familia, repasar los antecedentes perinatales y otros factores de riesgo que puedan comprometer el desarrollo del recién llegado y, mediante la exploración física sistemática, es clave para la detección de patologías graves que se desarrollan a los pocos días del nacimiento. Para la familia, que desea un hijo sano, es importante conocer los hallazgos de la primera exploración y saber cómo enfrentarse a las primeras dificultades que supone la llegada del bebé a sus vidas. Es una entrevista clave también, para valorar el buen comienzo de la lactancia materna, recondicionar las primeras dificultades y promocionar su uso, donde el pediatra de Atención Primaria ocupa un lugar destacado. La consulta deberá ser aprovechada para poner en conocimiento de los nuevos padres las recomendaciones de cuidado del niño, como la prevención de la muerte súbita o de accidentes, y la promoción de su salud.

## Abstract

*The first visit of the newborn in Primary Care is a fundamental milestone in his life, which must take place in the first 48-72 hours after hospital discharge. It allows the pediatrician to know the medical history and social situation of the family, review the perinatal history and other risk factors that may compromise the development of the newborn. Following systematic physical examination is key in detecting severe pathologies that develop in the first days after birth. For the family, who wants a healthy child, it is important to be aware of the findings of the first examination and know how to face the first difficulties that the baby's arrival into their lives entails. It is also a key interview to assess the adequate initiation of breastfeeding, redirect the first difficulties and promote its use, where the Primary Care pediatrician occupies a prominent place. The consultation should be used as well to inform the new parents of the childcare recommendations, such as the prevention of sudden death or accidents, and the promotion of their child's health.*

**Palabras clave:** Cribado de recién nacido; Defectos congénitos; Lactancia materna; Promoción de la salud.

**Key words:** Newborn screening; Congenital defects; Breastfeeding; Health promotion.

## Introducción

**La primera visita en Atención Primaria (AP) es fundamental. A partir de una historia clínica detallada, de los antecedentes familiares y de una exploración física sistemática, se dirigen las primeras acciones sanitarias del niño, destinadas a detectar problemas graves, promover su salud, aconsejar a los nuevos padres y promocionar la lactancia materna.**

El pediatra de AP tiene un papel esencial en el mantenimiento y promoción de la salud del niño a lo largo de su desarrollo. A través de los controles periódicos de salud se constata la adecuada consecución de hitos

## OBJETIVOS

- Conocer los elementos clave de la primera revisión del recién nacido (RN) en Atención Primaria (AP).
- Entender cómo analizar los antecedentes familiares y perinatales.
- Saber cómo realizar una exploración física sistemática y exhaustiva.
- Saber aconsejar a los padres sobre las recomendaciones de promoción de la salud y la valoración y afianzamiento de la lactancia materna (LM).

y se previene la aparición de enfermedades; ya sea, mediante el diagnóstico precoz, como mediante la instrucción de la familia y del menor sobre las actividades preventivas que promueven el mantenimiento de la salud.

El primer control debe ser realizado en la consulta de AP en las primeras

48-72 horas tras el alta hospitalaria<sup>(1)</sup>, en un ambiente tranquilo que permita una buena comunicación y disponiendo, al menos, de 30 minutos para poder realizar una historia clínica completa, recabando todos los antecedentes, una exploración minuciosa, la supervisión de una toma y la instrucción inicial de las

principales medidas de promoción de la salud que se describen más adelante en el artículo.

El acortamiento progresivo de la estancia hospitalaria tras el nacimiento en nuestro medio en las últimas décadas hace fundamental que este primer control sea planificado antes del alta, que deberá recibirse mediante el consenso entre el equipo médico y la familia<sup>(2)</sup>, una vez haya sido garantizado el cumplimiento de las recomendaciones estandarizadas indicadas desde la Sociedad Española de Neonatología<sup>(3)</sup>.

## Historia clínica

La llegada del recién nacido (RN) a la consulta de AP es, muchas veces, el primer contacto que la familia ha tenido con el pediatra, por lo que es de especial relevancia dedicar unos minutos a desarrollar la historia clínica y repasar de manera protocolizada los antecedentes que rodean al neonato: enfermedades familiares, paridad y antecedentes de los hermanos si los hubiera, datos relativos al control de la gestación y el parto, posibles eventualidades surgidas previas al alta de la maternidad y factores sociales que afecten al conjunto de la familia.

El conjunto de datos que deben figurar para realizar una adecuada anamnesis se recogen en la tabla I.

## Exploración física del recién nacido

**El neonato tiene características anatómicas y fisiológicas peculiares que conviene conocer, pues podrían considerarse anormales cuando realmente son condiciones parafisiológicas propias de la edad.**

La exploración física debe realizarse en un ambiente tranquilo, en presencia de los padres, facilitándoles hacer preguntas y resolver dudas, observando conjuntamente los rasgos normales y anómalos. Se realizará de manera minuciosa para evitar pasar ningún elemento por alto y se seguirá un orden sistemático craneocaudal, si bien es recomendable comenzar por la valoración cardiopulmonar y de los pulsos femorales si el RN se encuentra tranquilo, continuando por las exploraciones que puedan alterar y reservando la valoración oftalmológica para el final.

**Tabla I. Datos clínicos a constar en la anamnesis**

<p><b>Antecedentes familiares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermedades en miembros de 1º y 2º grado</li> <li>– Edad y profesión de los padres</li> <li>– Estructura familiar y unidad de apoyo social</li> <li>– Historia de maltrato o consumo de sustancias tóxicas</li> </ul> <p><b>Antecedentes maternos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Paridad</li> <li>– Enfermedades maternas previas</li> <li>– Enfermedades en gestaciones previas</li> </ul> <p><b>Embarazo actual</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Edad gestacional</li> <li>– Control del embarazo</li> <li>– Ecografías y serologías de la gestación en curso</li> <li>– Enfermedades durante la gestación actual</li> <li>– Uso de medicación</li> <li>– Consumo de tóxicos</li> </ul> <p><b>Parto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tipo de parto</li> <li>– Presentación fetal</li> <li>– Eventos durante el parto</li> <li>– Necesidad de reanimación del recién nacido</li> <li>– Valoración APGAR</li> </ul>	<p><b>Somatometría al nacimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Peso</li> <li>– Longitud</li> <li>– Perímetro craneal</li> <li>– Clasificación del recién nacido</li> </ul> <p><b>Medidas preventivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Profilaxis ocular</li> <li>– Profilaxis de enfermedad hemorrágica del recién nacido</li> <li>– Cribado auditivo</li> <li>– Realización de escrutinio de metabopatías</li> </ul> <p><b>Alimentación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tipo de lactancia y motivos</li> <li>– Dificultades durante la misma</li> <li>– Bienestar de madre y niño con la lactancia</li> <li>– Valoración global de la alimentación</li> </ul> <p><b>Otros datos relevantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diuresis, número y calidad</li> <li>– Ritmo deposicional</li> <li>– Valoración del sueño</li> <li>– Necesidad de ingreso durante la etapa neonatal y otros problemas</li> <li>– Capacidad de adaptación familiar y/o problemas sociales</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Adaptada de: Merón de Cote PM. Consulta prenatal y seguimiento del recién nacido normal. Pediatr Integral. 2014; XVIII: 384-94. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/05/384-394.pdf>.*

## Somatometría

Se registrará peso, longitud y perímetro craneal y serán reflejados en relación con curvas de percentil, siendo recomendable emplear para los RN sanos las curvas de la Organización Mundial de la Salud, que reflejan la amplia diversidad de nuestra sociedad actual.

- **Peso:** se considerará adecuado cuando, siendo a término, se encuentre entre los 2.500 y 4.000 g, o bien entre el P10-P90, siendo bajo peso cuando se encuentre por debajo de 2 DS para su edad gestacional (EG). Variará en función de condiciones, como: sexo, constitución familiar, condicionantes tóxicos y enfermedades maternas durante la gestación o situación social. Será registrado con una báscula bien calibrada. En los

primeros días después del nacimiento sufre una pérdida de peso fisiológica que no debe sobrepasar el 10 % y que suele recuperarse entre el 10 y 15º día de vida<sup>(4)</sup>, comenzando entonces la recuperación a un ritmo de 20 a 40 g/día en circunstancias normales.

- **Longitud:** un RN sano por término medio medirá 50 cm, considerando talla baja cuando se encuentre <2 DS para su EG. Se realiza la medición sobre un tallímetro rígido, colocado en decúbito supino, traccionando el miembro inferior con delicadeza, solicitando a uno de los dos padres que fije la cabeza durante la maniobra.
- **Perímetro craneal:** medido con cinta métrica inextensible. De media son +/- 35 centímetros. Su disminución orientará a la prematuridad, microcefalia o alteraciones en el cierre de las

suturas. Si ha sufrido mucho moldeamiento durante el parto o presenta un *caput succedaneum* muy prominente, es recomendable repetir la medición varios días después<sup>(5)</sup>.

### Aspecto general

La **morfología** del recién nacido destaca por tres aspectos fundamentales: la macrocefalia, pues la cabeza es proporcionalmente el doble que en el adulto respecto del resto del cuerpo; la macroesplacnia, donde encontramos un abdomen grande y abombado, consecuencia de la visceromegalia relativa; y la braquitiopia, pues en relación con el resto del organismo las extremidades son cortas.

Su **actitud** será de confort, en flexión de extremidades y cierto grado de hipertoniá fisiológica de la musculatura flexora en el RN a término, con mayor grado de extensión e hipotonía cuanto mayor sea el grado de prematuridad. Valoraremos la presencia de movimientos de contorsión, espontáneos, no estereotipados y armónicos, de cabeza, tronco y extremidades, que informan de un adecuado estado neurológico.

Inspeccionando al RN hay que tener también en cuenta su **olor**, orientativo de algunas metabolopatías e infecciones<sup>(6)</sup>.

### Piel

Las lesiones cutáneas son muy frecuentes pero raramente tienen significación patológica y son de carácter transitorio. Uno de los motivos de consulta más frecuente de los padres lo constituyen hallazgos tan benignos como la descamación fisiológica de los primeros días de vida, el acné neonatal o el *millium* facial. Motivo de mayor preocupación paterna son el eritema tóxico neonatal o la melanosis pustulosa, ambos exantemas pápulo-vesiculosos que resuelven en las primeras semanas. En cuanto a lesiones que alteran la coloración de la piel, la melanocitosis dérmica, en forma de placas gris pizarra, predomina en la zona glútea, mientras que los nevos simples o manchas salmón lo hacen en frente, párpados y nuca, desapareciendo en los primeros dos años de vida. Cierta grado de ictericia será fisiológica durante los primeros días, especialmente en los RN amamantados al pecho, pero deberá estudiarse en

casos de mayor intensidad, prolongados más allá de la 3ª semana o de inicio en las primeras 24 horas de vida.

### Cabeza

- **Cráneo:** inspeccionar la forma, simetría y su posible moldeamiento. Hay que examinar los huesos de manera individual y comparativa con el contralateral, palpando las líneas de sutura, la presencia de crestas y su movilidad, empleando los pulgares, para descartar craneosinostosis. Revisaremos las fontanelas, analizando su tamaño, forma y el grado de hundimiento o rigidez. La fontanela anterior, romboidea, debe medir entre 0,6 y 3,6 cm y ser pulsátil. En ocasiones, podremos encontrar craneotabes, pequeñas depresiones en *ping-pong* en el hueso parietal que suelen resolverse en semanas.
- **Cuero cabelludo:** se revisará en busca de heridas, cortes o equimosis. Se repasa la raíz del pelo y la presencia de crecimiento inusual o múltiples remolinos. Se pueden encontrar zonas de aplasia cutis o nevus sebáceo. Por último, hay que valorar la presencia de edema debiendo distinguirse entre: *caput succedaneum*, que mostrará un tacto blando, cruza las líneas de sutura y que resuelve en pocos días; **cefalohematoma**, por hemorragia subperióstica, es más rígido al tacto, de localización parietal y confinado dentro de las líneas de sutura; y la **hemorragia subgaleal**, muy blanda y móvil, de mayor gravedad por su repercusión hemodinámica.
- **Orejas:** se valora su forma, tamaño y posición de implantación (se entiende por implantación baja cuando el hélix queda por debajo de la línea horizontal trazada desde la unión de los cantos del ojo), así como la presencia de fistulas o apéndices auriculares. Por último, mediante un sonajero o similar, se explora su respuesta frente a los sonidos.
- **Nariz:** puede aparecer deformada por la posición intrauterina. Se explorará la permeabilidad de las coanas y la simetría de las narinas para descartar lesiones septales.
- **Boca:** se comienza revisando su aspecto, la simetría de los labios en reposo y su movimiento; podremos

encontrar un callo de succión en el labio superior. Se inspecciona el interior en búsqueda de fisuras palatinas, anomalías de la úvula o mucocelos sublinguales. Pueden encontrarse otros hallazgos de menor importancia, como las perlas de Epstein (pequeños quistes blancos palatinos) o dientes congénitos. Por último, se valora la presencia y posición del frenillo y, ayudados por un dedo, las posibles limitaciones que este ejerza sobre el movimiento lingual.

- **Examen ocular:** pasa por analizar el tamaño de los ojos (para descartar microftalmia) y el rango de separación (hipertelorismo); posibles deformidades palpebrales; el aspecto transparente de la córnea y su tamaño; la presencia de hemorragias y secreciones conjuntivales (considerar la posible obstrucción congénita del conducto nasolacrimal antes del inicio del tratamiento antimicrobiano); la motilidad ocular (siendo normal la presencia de un estrabismo intermitente no paralítico); el tamaño, simetría, posición centrada y reactividad pupilar (explorada mediante el reflejo fotomotor); y, por último, el estudio del reflejo pupilar rojo mediante oftalmoscopia directa, siendo patológica la presencia de leucocoria (no confundir con el aspecto grisáceo del reflejo en individuos racializados).

### Cuello

Es preciso levantar la barbilla para explorarlo correctamente. Se valorará:

- Rango de movimiento, posiblemente limitado por la presencia de tortícolis congénita o hematomas del esternocleidomastoideo.
- La presencia de bocio, pterigion y quistes de la línea media o de los arcos branquiales.

### Tórax

- **Forma y simetría:** se inspecciona en busca de anomalías congénitas, como *pectus excavatum* y *pectus carinatum* o en *quilla*, presencia de fracturas costales, agenesia del pectoral mayor o prominencia del apéndice xifoides, un hallazgo benigno que con frecuencia preocupa a los padres.
- **Clavículas:** se palpan buscando fracturas, que se aprecian en forma

de escalón, se hacen más evidentes a partir del tercer día de vida y se resuelven sin precisar tratamiento.

- **Mamas:** se valora el tamaño, signos de infección y la presencia de pezones supernumerarios. En un número amplio de RN aparecerá, por efecto de los estrógenos maternos, la presencia de intumescencia mamaria, en algunos casos muy intensa y acompañada ocasionalmente de secreción blanca (galactorrea del RN o “*leche neonatal*”). Más rara será la secreción sanguinolenta, que obligará a descartar entidades malignas.

### Sistema cardiorrespiratorio

- **Aparato circulatorio:** el aspecto del RN debe ser sonrosado, salvo en individuos racializados, en cuyo caso las mucosas serán el mejor indicador de la presencia de cianosis. La presencia de una coloración rojiza intensa (plétora) o la palidez obligará al despistaje de alteraciones en el hematocrito. La presencia de acrocianosis es un hallazgo normal que deberá ser explicado a los padres, así como la presencia en algunos niños de *cutis marmorata* simétrica y homogénea, debida a la inestabilidad vasomotora propia del RN.
- **Corazón:** se observa el precordio, la calidad e intensidad de los ruidos, la presencia de arritmias y la frecuencia cardíaca, que oscila entre los 120 y 160 latidos por minuto. En caso de auscultarse un soplo, se valora su intensidad y su distribución a lo largo del ciclo, así como la presencia de signos indirectos de insuficiencia cardíaca. Pueden ser signo de una cardiopatía congénita, por lo que deben ser reexplorados de nuevo en las dos siguientes semanas, cuando hayan caído las resistencias pulmonares. Hay que tener en cuenta que muchas veces son transitorios, pero ante la persistencia, tras los primeros 15 días de vida o ante un soplo diastólico, se remitirá a Cardiología Infantil. Por último, se exploran los pulsos femorales y braquiales evaluando su intensidad y simetría.
- **Pulmón:** la frecuencia oscila entre 40 y 60 respiraciones por minuto, pudiendo ser irregular con pequeñas pausas seguidas de respiraciones periódicas breves sin bradicardia

o cianosis, hecho del que hay que informar a la familia. Se inspecciona para descartar signos de insuficiencia respiratoria y se ausculta buscando asimetría o atenuación en los ruidos respiratorios y cardíacos.

### Abdomen

- **Observación** a fin de descartar hernias u otras protrusiones de la pared abdominal, asimetrías o masas. El abdomen en el neonato ocupa más espacio, en parte debido al mayor tamaño del hígado y del intestino delgado.
- **Palpación** en busca de distensión excesiva o visceromegalias. El hígado se localizará hasta 2 cm por debajo del reborde costal sin otras masas abdominales. La diástasis de rectos abdominales es un hallazgo frecuente y transitorio.
- **Cordón umbilical:** debe encontrarse limpio, seco y sin datos de infección, como olor fétido, secreción purulenta o eritema cutáneo de la base de implantación. Si ya se ha caído, es posible encontrar la presencia de escasos restos serosanguinolentos e incluso un pequeño granuloma umbilical. Es esencial enseñar a la familia los cuidados del cordón y ombligo.

### Extremidades y articulaciones

Se inspeccionan buscando malformaciones o deformidades. Algunas de ellas son transitorias, consecuencia de la posición intrauterina, como el metatarso aducto, la curvatura tibial e incluso cierta torsión tibial, y otras precisarán valoración ortopédica como el pie equinovaro. La presencia de anomalías digitales, como la clinodactilia, polidactilia o sindactilia, muchas veces tienen componente familiar.

Se revisan todas las articulaciones, prestando atención a la estabilidad y rango de movimiento de las mismas y, en especial, se revisa la cadera, a fin de descartar la displasia de la cadera (DC). Los *clics de cadera*, debidos al movimiento del ligamento redondo en el acetábulo, son mucho más frecuentes y no patológicos. La DC se puede detectar con las maniobras de Barlow y Ortolani, que en el RN sano deben ser negativas.

- **Maniobra de Barlow:** causa la luxación de la cadera inestable tras aplicar

un movimiento de aducción y presión hacia abajo sobre la misma, produciendo el desplazamiento exterior de la cabeza femoral y, en una segunda fase, la recolocación de esta con un chasquido fuerte.

- **Maniobra de Ortolani:** la maniobra se considera positiva, si al aplicar abducción y presión hacia arriba sobre el trocánter, la cadera luxada se recoloca con un chasquido.

### Aparato genitourinario

- **Genitales femeninos:** el efecto de las hormonas maternas provoca que los labios mayores puedan encontrarse edematosos, la aparición de flujo blanquecino y, en ocasiones, una pseudomenstruación. Esto, al igual que las mamas, desaparece en las primeras semanas de vida. El introito vaginal debe ser inspeccionado para descartar himen imperforado, en forma de abombamiento quístico, pudiendo encontrarse también sinquias vulvares o de labios menores, de carácter benigno.
- **Genitales masculinos:** el pene debe medir, al menos, 2,5 cm y la fimosis fisiológica es la norma. Hay que inspeccionar la uretra y la localización del meato. A nivel testicular es importante descartar la criptorquidia: ambos testes deben encontrarse en la bolsa o descender con facilidad desde el cordón inguinal, además han de tener el mismo tamaño y no mostrar signos de torsión congénita. El escroto puede presentar hidrocele uni o bilateral que habrá de resolverse en el primer año de vida.
- **Región anorrectal:** se localiza el ano, examinando su posición, permeabilidad y tamaño, evitando confundirlo con fistulas, generalmente ubicadas en una posición anteriorizada.

### Columna vertebral

Debe comprobarse el alineamiento e integridad de toda la columna, descartando la existencia de escoliosis o espina bífida. Se examina el área lumbosacra en busca de tumoraciones en línea media o en el tracto pilonidal y estigmas sugestivos de disrafismo espinal oculto, como lesiones vasculares congénitas, pigmentación anormal o parches pilosos. Las fosas sacras simples, ciegas y a menos de 2,5 cm del margen anal

**Tabla II. Ventajas de la lactancia materna (LM) y desventajas de la lactancia artificial<sup>(7)</sup>**

#### Ventajas de la LM

- Para el recién nacido (RN)/lactante
  - Disminuye el riesgo de muerte súbita del lactante
  - Disminuye el riesgo de enfermedades infecciosas (diarreas, otitis medias, meningitis e infecciones urinarias), que son menos graves y con menos hospitalizaciones
  - Disminuye la incidencia de asma y dermatitis atópica
  - Disminuye la incidencia de celiaquía, diabetes mellitus tipo 1, enfermedad inflamatoria intestinal, algunos tipos de leucemia y tumores cerebrales
  - Ayuda a desarrollar mejor respuesta inmunitaria frente a las vacunas
  - Mejora el desarrollo psicomotor y social durante el primer año de vida; y mejora el desarrollo intelectual y la agudeza visual en la etapa escolar
  - Mejora el vínculo materno-filial
  - Disminuye el riesgo de sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial e hipercolesterolemia en adolescentes y adultos
- Para la madre
  - Favorece la involución uterina y disminuye el riesgo de hemorragia postparto
  - Favorece el mantenimiento de las reservas férricas, ya que retrasa el retorno del periodo menstrual
  - Ayuda a la recuperación fisiológica del peso previo al embarazo
  - Disminuye el riesgo de depresión postparto
  - Disminuye el riesgo de padecer artritis reumatoide, cáncer de ovario y cáncer de mama
  - Disminuye el riesgo de fracturas osteoporóticas tras la menopausia

#### Ventajas de la LM para la sociedad

- Disminuye el gasto sanitario de las familias
- Disminuye la contaminación ambiental debido al consumo de agua y electricidad y la generación de residuos

*Adaptada de: Merón de Cote PM. Consulta prenatal y seguimiento del recién nacido normal. Pediatr Integral. 2014; XVIII: 384-94. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/05/384-394.pdf>.*

no son patológicas y son relativamente frecuentes.

#### Valoración neurológica

El estado ideal para su valoración, precisa un RN en estado de alerta tranquilo y sin llanto. Se evalúan cuatro sistemas:

1. **Autónomo:** implica estabilidad de los signos vitales, neurocutánea, digestiva y la ausencia de temblor. Los padres deben saber que los estornudos, el hipo y los bostezos son expresiones de estrés autónomo frecuentes en los neonatos sanos.
2. **Conductual:** el RN tiene seis estados (sueño profundo, ligero, somnolencia, vigilia tranquila, activa o inquieta y llanto). Se pueden explorar a través de su capacidad de proteger el sueño de los estímulos, la calidad del llanto y la capacidad de consuelo.
3. **Interacción social:** evalúa su capacidad de interrelacionarse, calmarse ante el contacto con la madre, responder a un sonido o seguir una imagen cercana de alto contraste.

4. **Motor:** lo componen la exploración del tono y los reflejos motores primitivos.

- El *tono* del cuello y el tronco se explora a través de:
  - *Reflejo de tracción:* aprovechando el reflejo de prensión palmar se le lleva hasta la posición vertical de sedestación con la cabeza colgando hacia atrás.
  - *Suspensión horizontal o de Landau.*
  - *Suspensión axilar.*
- **Reflejos arcaicos**, patológicos en caso de asimetrías y disminución o ausencia de los mismos. Se subdividen en: *cutáneos* (respuesta de incurvación del tronco o de Galant, prensión palmar, presión plantar y talón plantar); *orofaciales* (succión, de búsqueda oral o de los puntos cardinales, de Babkin y de ojos de muñeca); y *extensores* (reflejo del abrazo de Moro, de marcha automática, de enderezamiento y de extensión cruzada).

## Promoción de la salud

Una parte esencial durante la primera valoración del RN en AP es establecer una serie de recomendaciones básicas de actividades de promoción de la salud comunes para todos los recién nacidos. En este sentido, son de especial importancia la promoción de la LM, la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL) y recomendaciones generales en relación al sueño y la prevención de accidentes infantiles.

### Promoción de la lactancia materna

Fomentar la LM es uno de los principales objetivos del pediatra, ya que se trata del método óptimo de alimentación del RN y lactante, tanto desde el punto de vista nutricional, como inmunológico y psicológico.

La LM tiene numerosas ventajas ampliamente demostradas a corto y largo plazo, tanto para el RN como para la madre (Tabla II).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Unión Europea (UE) y el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP) recomiendan la LM exclusiva hasta los seis meses y complementaria con otros alimentos apropiados hasta los dos años de edad o más.

Existen pocas contraindicaciones reales de la LM, que se resumen en la tabla III. En referencia al consumo de fármacos durante este periodo, la AEP recomienda consultar la base de datos de Internet, disponible en: [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org), para conocer el riesgo en cada caso.

Inicialmente, la madre produce únicamente calostro (de escaso volumen y composición diferente) y la “subida de leche” (lactogénesis de tipo II) no se produce hasta el 4º-6º día postparto.

Es importante insistir en que la LM debe ser a demanda en el RN sano, sin seguir unos horarios estrictos, con una orientación aproximada sobre la frecuencia habitual de las tomas en función del momento: lo habitual es que realicen una media de 8-12 tomas en 24 horas. Para lograr esto, hay que evitar toda separación madre-hijo que sea innecesaria y enseñar a reconocer adecuadamente las señales de hambre antes

Tabla III. Contraindicaciones en el recién nacido (RN) y en la madre<sup>(7)</sup>

<b>Contraindicaciones en el RN</b>	– Galactosemia y déficit congénito de lactasa
<b>Contraindicaciones en la madre</b>	– Consumo de fármacos contraindicados – Consumo de drogas de abuso – Infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) – Lesión herpética activa mamaria – Tuberculosis activa bacilífera no tratada (puede administrarse lactancia materna extraída) – Varicela activa diagnosticada 5 días antes o 2 días después del parto (puede administrarse lactancia materna extraída, salvo si presenta lesiones de varicela en la areola mamaria) – Madre seropositiva a retrovirus (HTLV-I, HTLV-II) o brucelosis no tratada

del llanto (signo tardío): chupeteo, bostezos, movimientos de búsqueda y movimientos de las manos hacia la boca. Hay que permitir al RN que mame todo el tiempo que quiera del mismo pecho, sin limitar la duración de la toma, para asegurar un adecuado vaciamiento y que ingiera la leche del final, que tiene un mayor contenido graso. Para evitar la ingurgitación mamaria, conviene comenzar por el pecho del que mamó menos en la toma anterior. También, se debe hacer énfasis en evitar el uso de biberones o chupetes durante las primeras semanas de vida, ya que podrían generar confusión en el RN.

En este primer contacto con la familia, sería conveniente la observación de una toma para valorar la postura, el agarre y si hay signos de transferencia eficaz de leche. De esta manera, se evitarán muchos de los problemas que se originan en los primeros días (dolor, grietas, pérdida excesiva de peso, etc.). Es importante que la madre adopte una postura en la que se sienta cómoda y relajada (acostada o sentada) y que el RN esté enfrentado al cuerpo de la madre, manteniendo el suyo bien alineado y sujeto (la oreja, el hombro y la cadera formarán una línea recta). Para iniciar la toma, se coloca la barbilla del RN al pecho, de forma que el pezón roce contra el labio superior; esto provocará que el RN abra la boca y desplace su cabeza hacia atrás consiguiendo un agarre adecuado.

Se consideran indicadores de un buen agarre<sup>(8)</sup>:

- Más areola visible por encima del labio superior.

- Boca bien abierta.
- Labios superior e inferior evertidos.
- Mejillas redondeadas, llenas (no hundidas) durante la succión.
- Mentón del RN toca el pecho.
- Puede verse u oírse deglutir al RN (no se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos).

Si la postura y el agarre son óptimos, la succión del RN no debería causarle dolor a la madre. Por último, hay que valorar si la transferencia de leche está siendo adecuada (el pecho se va ablandando progresivamente y el RN relaja brazos y piernas y suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma satisfecho).

La evolución del peso no es el único signo que debe ser tenido en cuenta

para ver si la LM está bien establecida; también se valora el estado general, el número de micciones/deposiciones y los cambios en la mama (Tabla IV). Los datos antropométricos recogidos (peso, talla y perímetro cefálico) se trasladarán a las gráficas de crecimiento de la OMS (<https://www.who.int/toolkits/child-growth-standards>).

El RN sano que mama adecuadamente y a demanda, no necesita otros líquidos diferentes a la leche materna hasta que se introduzca la alimentación complementaria. Una curva ponderal ascendente con una ganancia media de 20-35 g/día a partir del 5º día, asegura una ingesta adecuada.

La mayoría de las dificultades en la LM se pueden resolver corrigiendo la postura y el agarre. Cuando hay signos de amamantamiento ineficaz con aparente compromiso de la producción de leche, se debe intentar aumentar el contacto piel con piel y el número de tomas al pecho y recomendar a la madre la extracción.

En el caso de ser necesaria la suplementación, siempre debería intentarse previamente con leche materna extraída o leche de donante (bancos de leche); en su defecto se emplearán las *fórmulas adaptadas*. El uso de suero glucosado como suplemento no es adecuado. Para la correcta conservación de la leche materna extraída es importante mantener una cadena de frío adecuada (tiempos óptimos de conservación: 3-4 horas a temperatura ambiente, 3 días en el refrigerador, 6 meses en el congelador).

Tabla IV. Valoración de una lactancia materna bien establecida en el recién nacido (RN): estado general, número de micciones/deposiciones, peso y cambios en la mama<sup>(9)</sup>

		<i>Signos de una lactancia bien establecida</i>
<b>RN</b>	Estado general	Buen estado general (vital, reactivo, coloración sonrosada, mucosas húmedas)
	Micciones	5 o más micciones claras, a partir del 5º día de vida
	Deposiciones	Ausencia de deposiciones meconiales a partir del 3º día de vida 2-3 deposiciones de transición (generalmente líquidas y amarillentas) a partir del 3º día de vida
	Peso	Inicio de recuperación del peso a partir del 5º día de vida (tras pérdida inicial no superior al 7 %) y recuperación del peso al nacimiento a partir del 10º día de vida
<b>Madre</b>		Subida de la leche no más tarde del 3º-4º día después del parto. Ausencia de dolor y congestión mamaria

Se debe procurar evitar el síndrome de confusión de pezón considerando métodos de alimentación alternativos a la tetina del biberón: relactador, dedo-jeringa, recipiente-cuchara y vaso/taza<sup>(9,10)</sup>.

No se dispone de una evidencia suficiente a la hora de realizar recomendaciones estrictas sobre el volumen de suplemento a ofrecer; se administrará idealmente después de la toma al pecho y en la menor cantidad posible. Se debe realizar un seguimiento activo a los recién nacidos suplementados para valorar la posibilidad de retirar el suplemento si la evolución es buena<sup>(11)</sup>.

### Prevención del SMSL y recomendaciones en relación al sueño y al colecho

**La postura en decúbito prono al dormir, es el principal factor de riesgo modificable conocido para el SMSL.**

Se trata de una patología multifactorial e imprevisible, lo que obliga a que las recomendaciones se basen en actuar sobre los factores de riesgo susceptibles a la acción preventiva<sup>(12-14)</sup>.

La medida más eficaz y demostrada es recomendar la postura en decúbito supino durante el sueño hasta que cumplan un año o que sean capaces de voltearse en ambas direcciones. Tanto el decúbito prono como el decúbito lateral no son recomendables. La postura en decúbito supino no aumenta el riesgo de atragantamiento ni aspiración, ni siquiera en niños con reflujo gastroesofágico.

Otras medidas recomendadas para la prevención de este síndrome son:

- Dormir sobre superficies firmes, planas y no inclinadas, que mantengan su forma, incluso cuando sean colocadas las sábanas (que deben ser ajustables).
- Evitar ropa de cama pesada y accesorios sueltos en la cuna: mantas, almohadas, cojines, objetos blandos, colgantes en el cuello o cualquier objeto que pueda provocar asfixia durante el sueño.
- Evitar el arropamiento excesivo con el consecuente sobrecalentamiento en la cuna. La cabeza del niño no debe quedar cubierta y se recomienda una temperatura ambiental de 20-22°C.

- Promover la LM, que ha demostrado ser un factor protector (más aún cuando es exclusiva).
- Compartir habitación sin compartir cama. El lugar más seguro para la cuna del lactante es la habitación de los padres. Con respecto a los riesgos de la práctica del colecho, se evidencia un aumento considerable del riesgo de muerte súbita en las siguientes situaciones:
  - Si el adulto presenta una capacidad de alerta disminuida por cansancio extremo o consumo de alcohol, drogas o medicación sedante.
  - Si son padres fumadores o la madre fumó durante la gestación (incluso, aunque no fumen en casa/ en la cama).
  - Si se realiza colecho con el RN en una superficie blanda (sofá, sillón, etc.) o con mantas, almohadas o cojines.
  - Si se trata de un niño a término menor de 4 meses o de un niño pretérmino o de bajo peso.
- Desaconsejar el tabaquismo de los padres (especialmente de la madre) durante la gestación y después del nacimiento. No permitir que nadie fume delante del niño.
- Evitar el consumo prenatal y postnatal de alcohol y drogas.
- Ofrecer el chupete durante el sueño idealmente durante el primer año de vida. En el caso de lactantes alimentados al pecho, se debe retrasar la introducción del chupete hasta que la lactancia esté adecuadamente establecida (generalmente alrededor del mes de vida).
- Aconsejar un control adecuado de la gestación y del periodo perinatal.
- Vacunación de acuerdo a las recomendaciones de los calendarios vacunales vigentes.

### Prevención de la plagiocefalia postural

**La plagiocefalia postural está favorecida por las medidas posturales recomendadas para el sueño seguro.**

Para prevenir su aparición, se aconseja:

- Establecer una rutina que evite el posicionamiento cefálico fijo, realizando cambios posturales rotando la

cabeza hacia un lado y el otro en cada sueño a lo largo del día y cambiando la orientación del niño en la cuna cada noche.

- Colocar al lactante en decúbito prono cuando esté despierto y vigilado por un adulto.
- Los cojines de soporte del cráneo diseñados para reducir la presión pueden ser de utilidad, pero no hay evidencia de estudios comparativos con las medidas posicionales que demuestren su mayor o menor efectividad.

### Higiene y cuidados de la piel y del cordón umbilical

En cuanto a la higiene del RN<sup>(15)</sup>, no existe un consenso sobre la frecuencia con la que deberían realizarse los baños. En el caso de que se trate de un momento agradable, podrá recomendarse hacerlo diariamente. Se puede sumergir al niño, incluso, aunque todavía no se le haya caído el cordón umbilical. La temperatura del agua será idealmente de 36-38°C. Se emplearán jabones suaves con pH <7 en poca cantidad, con la mano o con una esponja suave evitando frotar excesivamente. Tras el baño, se pueden aplicar emolientes sin perfumes ni colorantes para hidratar la piel.

En cuanto al cuidado del cordón umbilical, este deberá mantenerse siempre limpio y seco: no se recomienda la colocación de gasas alrededor del cordón (que puedan entorpecer el secado) y se debe evitar cubrir esta zona con el pañal. Se realizará la limpieza con agua y jabón. En los países con buenas condiciones higiénicas, no es necesario el empleo de alcohol u otras soluciones antisépticas, ya que podrían retrasar su caída. En ambientes de riesgo para el desarrollo de infecciones umbilicales, se podrían usar antisépticos, siendo la clorhexidina al 4 % la más eficaz.

Para evitar la dermatitis del pañal, se deben realizar cambios de pañal frecuentes, limpiando la zona con agua y una esponja (impregnada con jabón suave si es necesario) y dejando ventilar posteriormente. Si ya hay dermatitis, se recomienda la aplicación de pomadas con óxido de zinc (pasta Lassar, pasta al agua, etc.). Las toallitas humedecidas sin alcohol ni perfumes no suelen generar dermatitis.

Se puede realizar la limpieza del pabellón auricular por fuera con un paño humedecido o toallita, pero nunca se emplearán los hisopos de algodón para retirar la cera del conducto auditivo externo.

Las uñas pueden cortarse cuando se tenga claro el límite uña-dedo para evitar accidentes. Se usarán idealmente tijeras de punta roma.

En cuanto a la ropa del RN, esta será preferiblemente de algodón, holgada, sin etiquetas ni adornos que puedan irritar la piel. Se recomienda usar detergentes suaves e hipoalergénicos y evitar los suavizantes.

### Medidas de fotoprotección

**Se debe evitar la exposición solar directa en el RN.**

La piel del RN presenta una serie de características que la hacen más vulnerable a la radiación ultravioleta: menor síntesis de melanina y menor capacidad de regulación térmica a través de la sudoración. Se debe, por tanto, contraindicar que se expongan al sol de manera directa, sin que esto implique una disminución del tiempo de estancia en espacios al aire libre. No se recomienda la aplicación de fotoprotectores en los menores de seis meses para evitar problemas de toxicidad secundarios a su mayor capacidad de absorción (mayor superficie cutánea relativa y elevada perfusión sanguínea). En esta franja de edad, la mejor fotoprotección solar es una ropa adecuada que cubra gran parte del cuerpo (incluido sombrero, sombrilla, etc.) y evitar las horas centrales del día.

### Prevención de la deficiencia de vitamina D

**Se deberá recomendar la suplementación con vitamina D a una dosis de 400 unidades internacionales/día a todos los recién nacidos alimentados con LM exclusiva.**

Se comenzará en los primeros días de vida y se mantendrá durante los primeros 12 meses. En los lactantes que estén alimentados con lactancia mixta también se iniciará la suplementación, a menos que reciban más de 1 litro de fórmula artificial enriquecida en vitamina D al día. En la actualidad, existen varias presentaciones comerciales

de vitamina D, lo que puede llevar a errores de dosificación, si no se tiene en cuenta la concentración exacta por gotas o mililitros en cada una de ellas.

### Prevención de accidentes infantiles

Durante esta primera revisión es conveniente repasar con los padres todas las potenciales situaciones que podrían suponer riesgo de accidente (entregando idealmente material impreso con recomendaciones)<sup>(17)</sup>:

- En cuanto a la seguridad en el automóvil<sup>(16,18)</sup>, el niño debe viajar en su correspondiente sistema de seguridad infantil homologado (SRI) desde el primer viaje que realice y nunca en brazos de los padres. Actualmente, conviven dos normativas de homologación (la ECE R44 y la ECE R129/i-Size), pero a partir de 2024, únicamente se comercializarán SRI que cumplan la normativa i-Size. Para los RN se deben recomendar:
  - Grupo 0 (0-10 kg)/sistema tipo capazo o cuco: se colocarán en el asiento trasero y de forma transversal con la cabeza del niño situada hacia el interior. Es conveniente pasar pronto al sistema 0+.
  - Grupo 0+ (0-13 kg): siempre debe colocarse en el sentido contrario a la marcha para proteger la región cervical. Se llevará idealmente en la parte trasera del vehículo (o delantera, si se desactiva previamente el *airbag*). La silla se fijará con el cinturón de seguridad del coche o bien a través de una plataforma sujeta con el sistema Isofix.
- Se deben usar cunas homologadas, cuyos barrotes tengan menos de 5 cm de separación para que no quepa la cabeza del niño entre ellos.
- La técnica ideal para calentar el biberón es “al baño María”. Si se usa el microondas, se debería tener especial cuidado con los calentamientos irregulares, que podrían provocar quemaduras. Se recomienda comprobar la temperatura de la leche antes de administrarla.

- No se debe dejar nunca al RN/lactante sin supervisión durante el baño o en el cambiador. Por este motivo, se debe ser previsor, dejando preparado todo el material necesario y la ropa que se colocará a continuación. Los electrodomésticos que se encuentran en la misma habitación deben estar desenchufados.
- Se usará ropa sencilla, cómoda y holgada, idealmente de fibras naturales. Se evitará el uso de imperdibles, lazos, botones o cordones, y más si se atan al cuello. También hay que prestar especial atención a los botones pequeños, sobre todo de la parte delantera, por el riesgo de atragantamiento.
- Los padres deberían disponer de teléfonos de urgencia, como el centro sanitario más próximo o el Instituto Nacional de Toxicología (915620420).

### Prevención del maltrato infantil

**La detección del maltrato infantil es muy compleja y la cifra de niños en esta situación está infraestimada.**

Es difícil acotar un perfil de familia de riesgo, ya que realmente no hay ninguna característica social o familiar que excluya la posibilidad de maltrato. El pediatra debe estar familiarizado con los posibles indicadores de riesgo social (Tabla V)<sup>(19)</sup> para poder garantizar un adecuado seguimiento y trabajar en la prevención. Esto generalmente va a requerir un abordaje multidisciplinar que incluye al pediatra, a la enfermera pediátrica y al trabajador social. Durante la primera visita, además de la anamnesis detallada, también será muy importante observar la interacción entre el RN y su cuidador, y prestar atención a las características físicas del niño (su estado nutricional, aspecto, higiene y conducta, etc.).

Si se detecta una situación social de riesgo para el RN, será necesario:

- Establecer un seguimiento socio-familiar estrecho (incluso con visitas a domicilio), controlando activamente la asistencia a las citas concertadas en el centro de salud.
- Remitir a Salud Mental a los padres con problemas psiquiátricos o adicciones al alcohol o a las drogas.



Tabla V. Maltrato infantil. Posibles indicadores de riesgo social<sup>(19)</sup>

Factores generales de riesgo social (potenciadores)			
Relacionados con el cuidador	Relacionados con el niño	Relacionados con el ámbito familiar	Culturales/sociales y económicos
– Delincuencia	– Hijo no deseado	– Situación familiar desestructurada	– Desempleo y/o dificultades económicas
– Consumo de tóxicos	– Trastorno congénito	– Violencia de género	– Estrés laboral
– Antecedentes de maltrato, desatención física/emocional en el propio cuidador	– Discapacidad y/o problemas crónicos de salud	– Familias monoparentales o numerosas con hijos en edades muy próximas	– Hacinamiento
– Antecedentes psiquiátricos o deficiencias mentales	– Prematuridad y/o bajo peso	– Dinámicas educativas con un exceso de disciplina	– Hábitos culturales integradores de violencia
– Padres adolescentes		– Dinámicas educativas sin normas ni pautas de conducta	– Violencia ambiental
– Enfermedad o lesión crónica		– Mala comunicación entre los miembros familiares	– Movilidad geográfica excesiva. Desarraigo social
			– Aislamiento social y escasez de coberturas sociales

*Adaptado de: Martínez Bernat L, Villar Villar G. Recién nacido con riesgo social. Pediatr Integral. 2019; XXIII: 154-60. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2019-05/recien-nacido-con-riesgo-social/>.*

- Ofrecer recursos comunitarios de ayuda (programas de ayuda social y programas específicos dirigidos a los padres).

## Función del pediatra de Atención Primaria

La primera revisión de salud del RN en Atención Primaria es de vital importancia para dar una adecuada continuidad asistencial tras el alta de la maternidad. Se realizará idealmente dentro de la primera semana de vida. Se trata de un periodo vital de especial vulnerabilidad, por lo que la transición entre los diferentes niveles asistenciales deberá ser fluida y no excesivamente burocratizada.

El pediatra debe comprobar cómo es la adaptación de los padres a la nueva situación vital y al cuidado del RN. Debe saber identificar problemas de salud, como la deshidratación, la hiperbilirrubinemia y/o malformaciones con debut clínico después de las 48 horas de vida. Otros objetivos cruciales son la promoción de la lactancia materna y resolución de problemática durante el amamantamiento, la prevención de posibles accidentes y la detección de familias en situación social de riesgo.

## Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

## Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de los autores.

- \* Academia Americana de Pediatría. Sección Evaluación y promoción de la salud del recién nacido y del lactante. Disponible en: <https://www.aap.org/en/patient-care/newborn-and-infant-nutrition/newborn-and-infant-health-assessment-and-promotion>.
- \* Benitz WE; Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics*. 2015; 135: 948-53.
- \* Rite Gracia S, Pérez Muñozuri A, Sanz López E, Leante Castellanos JL, Benavente Fernández I, Ruiz Campillo CW, et al. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término tras el parto. *An Pediatr (Barc)*. 2017; 86: 289.e1-e6.
- \*\*\* Botet Mussons F, Cruz Hernández M. Características del recién nacido normal. En: Cruz-Hernández M. *Tratado de Pediatría 10ª ed.*, vol. 1. Madrid. Ergon; 2011. p. 47-55.
- \*\*\* Johnson L. Valoración del recién nacido: historia y exploración física. En: Eichenwald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR. *Manual de neonatología 8ª ed.* (español). Barcelona. Editorial Wolters Kluwer Health España S.A.; 2017. p. 131-42.
- \*\* Exploración física del recién nacido. En: Gomella T, Eyal FG, Bany-Mohammed F. eds. *Gomella Neonatología: Tratamiento, procedimientos, problemas durante la guardia, enfermedades y fármacos*, 8ª ed. McGraw Hill. 2020. Disponible en: [accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1177871797](https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1177871797).
- \*\*\* Merón de Cote PM. Consulta prenatal y seguimiento del recién nacido normal. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII: 384-94. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii06/05/384-394.pdf>.
- \*\* Fernández Pulido E. Lactancia materna: cómo valorar su inicio. *Pediatr Integral*. 2020; XXIV: 71-80. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2020-03/lactancia-materna-como-valorar-su-inicio/>.
- \*\*\* Kellams A. Initiation of breastfeeding. En: Hoppin AG, ed. *UpToDate*. Waltham, Mass: UpToDate. 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/initiation-of-breastfeeding>.
- \*\* Spencer J. Common problems of breastfeeding and weaning. En: Hoppin AG, ed. *UpToDate*. Waltham, Mass: UpToDate. 2023. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning>.
- \* Pallás Alonso CR, Soriano Faura J, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez-Ventura J, et al. Apoyo a la lactancia materna en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019; 21: 191-201.
- \*\*\* Moon RY, Carlin RF, Hand I. The task force on sudden infant death syndrome and the committee on fetus and newborn. Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics*. 2022; 150: e2022057991.
- \*\* Grad E, Ro NE. Actualización de las recomendaciones sobre sueño seguro. *Arch Argent Pediatr*. 2023; 121: e202310113.
- \*\* Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Prevención del síndrome de muerte súbita en el lactante. En: *Recomendaciones PrevInfad/PAPPS*. 2016. Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/recomendacion/muerte-subita-lactante-rec>.
- \* Salcedo Abizanda S, Ribes Bautista C, Moraga Llop FA. Recién nacido: cuidado de la piel. En: *Serie Protocolos de la AEP 2ª ed. Protocolos de Dermatología*; 2007. p. 305-8.

- 16.\*\* Vallès Mas JM, Forrelland Vives J. El SRI, un sistema de seguridad pasiva vital para disminuir las lesiones de los menores en accidentes de tráfico. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 479-87. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/479-488\\_el\\_sri.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/479-488_el_sri.pdf).
- 17.\* Esparza Olcina MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS; 2011. p. 1-30. Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/monografia/accidentes-domesticos>.
- 18.\* Esparza Olcina MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente de tráfico. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS. 2019. Disponible en: <https://previnfad.aepap.org/recomendacion/accidentes-trafico-rec>.
- 19.\*\* Martínez Bernat L, Villar Villar G. Recién nacido con riesgo social. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII: 154-60. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-05/recien-nacido-con-riesgo-social/>.

### Bibliografía recomendada

- Botet Mussons F, Cruz Hernández M. Características del recién nacido normal. En: Cruz-Hernández M. Tratado de Pediatría 10ª ed., vol. 1. Madrid. Ergon; 2011. p. 47-55.
- El manual de Pediatría Cruz dedica un capítulo amplio a la valoración completa y sistemática del recién nacido. Muy recomendable para ampliar conocimientos sobre variantes de la normalidad y otras características del recién nacido.
- Johnson L. Valoración del recién nacido: historia y exploración física. En: Eichenwald EC, Hansen AR, Martin CR, Stark AR. Manual de neonatología 8ª ed. (español). Barcelona. Editorial Wolters Kluwer Health España S.A.; 2017. p. 131-42.
- Capítulo dedicado a la valoración del neonato en la maternidad, constituye un buen resumen ordenado sobre la sistemática exploratoria.
- Kellams A. Initiation of breastfeeding. En: Hoppin AG, ed. UpToDate. Waltham, Mass: UpToDate. 2022. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/initiation-of-breastfeeding>.
- En este artículo de UpToDate se resumen las recomendaciones generales para el inicio y la correcta valoración de la lactancia materna. Constituye una de las principales referencias bibliográficas, dada la importancia de la promoción de la lactancia materna en la primera revisión en AP.
- Moon RY, Carlin RF, Hand I. The task force on sudden infant death syndrome and the committee on fetus and newborn. Sleep-related infant deaths: Updated 2022 recommendations for reducing infant deaths in the sleep environment. *Pediatrics*. 2022; 150: e2022057991.
- La Academia Americana de Pediatría publicó en 2022 una actualización de las recomendaciones para reducir las muertes infantiles relacionadas con el sueño.

## Caso clínico

Acude por primera vez a su consulta un recién nacido a término de cuatro días de vida, con los siguientes antecedentes perinatales: madre de 37 años, primípara, primigesta. Sana. Padre de 38 años, sano. Embarazo controlado con ecografías normales. Serologías: rubeola inmune, resto negativo. Parto vaginal, eutócico, a las 38 semanas de edad gestacional. APGAR 9/10. No precisa reanimación. Peso al nacimiento: 3.220 g. Peso al alta (a las 48 h de vida): 3.090 g. Alimentación con lactancia materna exclusiva al alta hospitalaria.

Desde el inicio de la consulta, la madre del paciente comenta que las tomas al pecho están siendo muy dolorosas y que le han aparecido grietas en ambos pezones. Refiere tener la sensación de que su hijo “se queda insatisfecho” después de las tomas y duda de la calidad de su leche. Si refiere haber presentado un incremento claro de la producción de leche hace aproximadamente 24 horas.

Esta situación le está generando gran estrés y se está planteando iniciar la suplementación con fórmula adaptada o incluso dejar la lactancia materna. El padre del paciente pregunta si podrían introducirle ya el chupete para ayudarlo a calmarse en esos momentos de insatisfacción y llanto.

**Exploración física.** Antropometría: peso: 2.990 g (-7 % con respecto al nacimiento); perímetro cefálico: 36 cm; longitud: 51 cm. Buen estado general, bien hidratado (mucosas húmedas) y perfundido. Discreta ictericia mucocutánea hasta mamilas. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni organomegalias. No doloroso a la palpación. Neurológico: vital y reactivo, buen tono muscular, movimientos simétricos y armónicos de las cuatro extremidades, reflejos arcaicos presentes y no exaltados, fontanela anterior normotensa. Resto de la exploración física dentro de la normalidad.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Examen y valoración del recién nacido

- Respecto a la primera visita del recién nacido en Atención Primaria, señala la respuesta CORRECTA:**
  - Las guías actuales indican que es un examen que tiene que completarse en exclusiva la matrona del centro.
  - No es necesaria su realización, si ha recibido el alta de manera precoz y ha sido visto por la matrona hospitalaria a las 48 horas.
  - El consumo de tóxicos durante el embarazo no condiciona al recién nacido, por lo que no es necesario recoger esta información.
  - Se recomienda sea realizado en Atención Primaria en las primeras 48-72 horas tras el alta hospitalaria.
  - La promoción de la salud es una competencia exclusiva de Enfermería, por lo que el pediatra de AP no debe inmiscuirse en dar recomendaciones de salud a los nuevos padres.
- Un recién nacido llega a consulta por primera vez en Atención Primaria. Una vez realizada la historia y repasados los antecedentes familiares, señale la respuesta INCORRECTA respecto a la exploración física:**
  - Será sistemática y minuciosa, repasando cada aparato siguiendo un orden, aunque es recomendable comenzar por la auscultación cardiopulmonar o la exploración de pulsos femorales, si está tranquilo.
  - Se realizará en un ambiente tranquilo, en una superficie dura pero confortable, informando a los padres de los hallazgos que se vayan encontrando.
  - La actitud postural del recién nacido será de confort con cierto grado de flexión de extremidades.
  - La ganancia ponderal es un factor muy variable, por lo que no hay un valor mínimo recomendable de ganancia de peso y día.
  - Los datos somatométricos serán referenciados con curvas de percentil como las de la Organización Mundial de la Salud.
- En cuanto a los hallazgos en la exploración física del recién nacido, señale la respuesta INCORRECTA:**
  - El efecto de los estrógenos mamarios puede producir en el recién nacido aumento del tamaño mamario, y en el sexo femenino la aparición de flujo y, ocasionalmente, una regla escasa.
  - La presencia de olor fétido, secreción purulenta o eritema cutáneo de la base de implantación del cordón umbilical, nos deben hacer sospechar una onfalitis.
  - El cribado de la displasia de caderas se realiza a través de las maniobras de Barlow y Ortolani, produciendo esta última la luxación de una cadera inestable.
  - Ante la presencia de un soplo sin otros datos de alarma asociados, se considera adecuado reexplorarlo a las dos o tres semanas tras la caída de las resistencias pulmonares.
- En cuanto al síndrome de muerte súbita del lactante, ¿cuál de las siguientes situaciones NO supone un factor de riesgo?**
  - Dormir en la misma habitación que los padres.
  - Colecho con los padres en una cama con el colchón blando.
  - Arropamiento excesivo del recién nacido.
  - Padre consumidor habitual de fármacos ansiolíticos.
  - Lactante alimentado con lactancia artificial.
- En cuanto al diagnóstico precoz del maltrato infantil, ¿cuál de las siguientes situaciones NO supone un antecedente de riesgo social?**
  - Recién nacido a término de peso adecuado, hijo de padres adolescentes.
  - Gran prematuro, hijo de padres con antecedente de consumo de tóxicos.
  - Recién nacido a término de peso adecuado para edad gestacional, hijo de madre con diabetes gestacional bien controlada.
  - Recién nacido de bajo peso para edad gestacional, cuyos padres no acuden a las visitas de revisión para control de peso.
  - Recién nacido de peso adecuado para edad gestacional, hijo de madre con depresión postparto.

### Caso clínico

6. Con respecto al caso clínico comentado anteriormente, ¿cuál de las siguientes opciones **NO** le parece una solución apropiada como pediatra que atiende a esta familia?
- Ampliar la información clínica sobre nuestro paciente, recogiendo también otros datos relevantes objetivos, como el número de micciones y deposiciones realizadas durante los días previos.
  - Realizar una observación de una toma al pecho para intentar corregir la postura y el agarre, y comprobar los signos de una transferencia de leche eficaz.
  - Indicar el inicio de suplementación con lactancia artificial con biberón, ya que el recién nacido ya ha perdido un 7 % de peso con respecto al nacimiento.
  - Desaconsejar la introducción del chupete en este momento, ya que podría interferir con la técnica de succión al pecho.
  - Tras haber corregido la postura y agarre, se recomendará el contacto piel con piel y aumentará la frecuencia de tomas al pecho con control de peso en las siguientes 48 horas.
7. De las siguientes opciones, ¿cuál **NO** constituye un indicador de un buen agarre al pecho?
- Labios superior e inferior evertidos.
  - Ruidos de chupeteo o chasquidos.
  - Más areola visible por encima del labio superior.
  - Mejillas redondeadas durante la succión.
  - Ruidos de deglución.
8. El mismo paciente acude a control de peso a su consulta en 48 horas, ¿cuál de las siguientes opciones **NO** constituye un signo de amamantamiento ineficaz?
- Sin ganancia de peso a partir del 5º día de vida.
  - Sin recuperación del peso al nacimiento al 10º día de vida.
  - Entre 5-6 micciones claras a partir del 5º día de vida.
  - Congestión mamaria que no mejora amamantando.
  - Aparición de uratos en el pañal a partir del 6º día de vida.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".



sepeap

Sociedad Española de Pediatría  
Extrahospitalaria y Atención Primaria