



# ***Actividades de Promoción y Detección en la Maternidad. Coordinación con Atención Primaria***

**Reunión Departamento de Salud  
Alicante**

22 de abril de 2015  
*Dra. Dulce Montoro.*  
Sección Neonatología



# Actividades asistenciales

- PUERPERIO, 2 horas.
  - Contacto precoz
  - Somatometría y profilaxis demoradas (2h vida)
- PASO A MATERNIDAD
  - Visita del RN en las primeras 24h en la habitación
  - Visita del RN al alta (48-72h)
- EXTRACCIÓN DEL CRIBADO METABÓLICO
- CONSULTA DEL 5º DÍA
  - OOAA
  - Peso, ictericia
  - Alimentación, puericultura

*Primera visita en su Centro de Salud entre los **7-10 días** de vida.*

# Actividades de **PROMOCIÓN** en la atención al RN en Maternidad

## I. **LACTANCIA MATERNA**

- REPOSO materno
- El bebé siempre a su lado, excepto para dormir la madre.
- **Mínimo** 8 veces/día
- VISITAS DE LOS FAMILIARES, AMIGOS Y NIÑOS.

II. **HIGIENE DE MANOS**, se incluye medidas en caso de entorno familiar infeccioso.

III. **MUERTE SÚBITA** del lactante.

IV. Prevención **PLAGIOCEFALIA**.

V. **CUIDADOS BÁSICOS** del recién nacido: curas umbilicales, cuidados del pañal, uñas, temperatura, baño, chupete.

# I. LACTANCIA MATERNA

- Diez pasos para una lactancia feliz
- *Dossier* para las madres
- ¿Qué es lo normal?
- Signos de transferencia de leche
- Uso de chupete



**iHan**

Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia

# **IHAN: LOS DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL (OMS 2002)**

1. Disponer de una **política por escrito** relativa a la lactancia natural que se ponga en conocimiento de todo el personal de atención a la salud. (**Guía de Lactancia Materna** del Departamento, Comité LM)
2. **Capacitar a todo el personal** de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política. (**Curso de Lactancia Materna**)
3. **Informar** a todas las **embarazadas** de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica. (**Talleres preparación parto**)
4. Ayudar a las madres a **iniciar la lactancia durante la media hora siguiente** al parto. (**Contacto precoz piel con piel** en Paritorio-puerperio)
5. **Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño**, y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos. (**Dossier, atención personalizada, talleres** en Maternidad y Neonatos)

# ***IHAN: LOS DIEZ PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL (OMS 2002)***

- 6. No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que esté médicamente indicado. (Criterios para suplementar la alimentación al pecho)**
- 7. Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo durante las 24 h del día.**
- 8. Fomentar la lactancia materna a demanda.**
- 9. No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales. Suplementos con jeringa.**
- 10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital.**

# Dossier sobre LM<sup>o</sup>

*No sobrecarguemos  
a las madres con  
información escrita*

- **Beneficios** de la LM para la madre y el niño.
- **10 claves** para una lactancia materna satisfactoria.
- **Señales** del recién nacido. Cómo despertarles.
- **Técnica** de amamantamiento. **Posiciones**. *Fotos*.
- **Volúmenes** de tolerancia del recién nacido.
- ***¿Qué podemos esperar en los primeros días?*** Signos de amamantamiento eficaz.
- **Extracción manual** de leche. Compresión mamaria.
- **Sacaleches**: Consejos extracción, almacenamiento y conservación de la leche materna. Limpieza y mantenimiento.
- **Grupos de apoyo** a la lactancia materna. **Recursos web**.

# 10 claves para una LM satisfactoria

- 1) **Amamantar pronto**, cuanto antes, mejor.
- 2) Ofrecer el pecho **a menudo**, día y noche.
- 3) Asegurarse de que **el bebé succiona eficazmente y en la postura correcta**.
- 4) Permitir que el bebé mame del **primer pecho** todo lo que desee, **hasta que lo suelte**.
- 5) **Cuanto más mama el bebé, más leche produce la madre**.

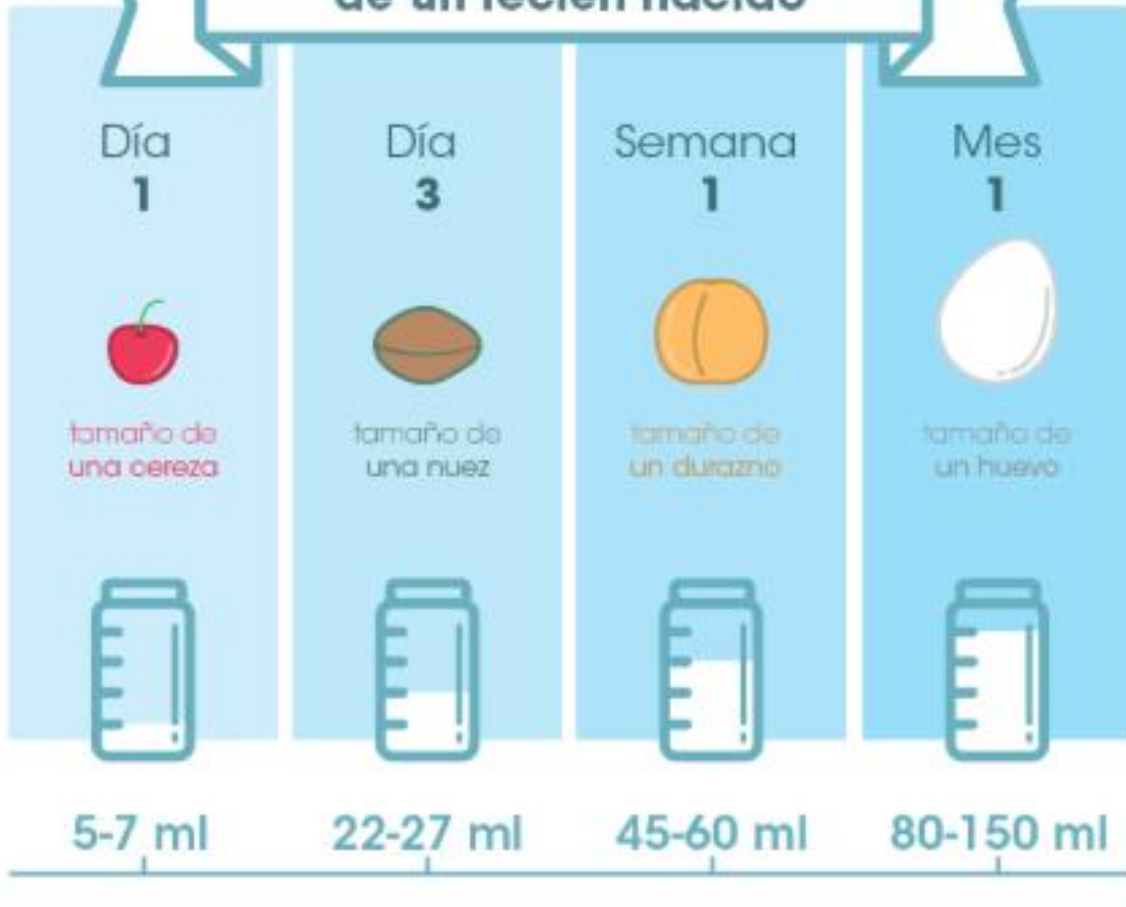


# 10 claves para una LM satisfactoria

- 6) Evitar los biberones "de ayuda" y de suero glucosado.
- 7) Evitar el chupete hasta que la LM está bien establecida (¿2-3-4 semanas?)
- 8) Un bebé también mama por razones diferentes al hambre.
- 9) La madre debe cuidarse: descanso y ayuda.
- 10) Buscar apoyo: Responsable de LM en los centros de salud, asociaciones (*Lactalicante*)

# Lactancia Artificial

## Tamaño del estómago de un recién nacido



## VOLÚMENES ORIENTATIVOS LACTANCIA ARTIFICIAL. (3kg)

•Preparamos 30ml de agua con 1 cacito.

**Al alta, 48h vida: 30ml/3h**

•Preparamos 60ml de agua con 2 cacitos y:

**Día 4: 40ml/3h**

**Día 5: 50ml/3h**


**Día 6: 60ml/3h** hasta los 7-10 días (1ª visita en AP) Si la cita es más tarde,

•Preparamos 90ml de agua con 3 cacitos.

# ¿Qué es normal en los primeros días de lactancia materna?



9º Simposio Internacional de Lactancia Materna  
4 - 5 de abril de 2014, Madrid, España  
Resumen de presentación

medela 

## ¿Qué es «normal» en relación con la lactancia materna?

(Presentación en el tema «Últimas recomendaciones sobre la práctica basada en las investigaciones»)

**Dra. Jacqueline Kent**

Facultad de Ciencias, Escuela de Química y Bioquímica, Universidad de Western Australia

En diversas investigaciones se ha demostrado que las madres y lactantes sanos y normales que utilizan exclusivamente lactancia materna tienen una amplia variedad de conductas de lactancia. Una sesión de lactancia puede ser una toma de una o de las dos

# ¿Qué entra dentro de lo «normal» en relación con la lactancia materna?



**¿Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo?**

Los lactantes que se han evaluado en este estudio:

- 1 Tienen entre 1 y 6 meses de edad
- 1 Están recién nacidos o término perfectamente sano
- 1 Están alimentados exclusivamente con leche materna cuando están hambrientos
- 1 Estaban creciendo conforme a los patrones de crecimiento de la OMS



**4-13**  
Número de sesiones de lactancia diarias



**12-67 minutos**  
Duración media de una sesión de lactancia



**¿Cuánto?**  
Los lactantes vaciarán el pecho una vez al día, pero, por lo general, se alimentan hasta sentir su apellío y parar cuando han tenido bastante o quieren cambiar al otro pecho.

- 1 El volumen medio que bebe un lactante de un único pecho es de 75 ml (rango: 30-135 ml)
- 1 Es normal que un pecho produzca más leche que el otro



**67%**  
Una lactancia media extrae el 67% de leche del pecho



**54-234 ml**  
Cantidad media de leche de una sesión de lactancia (1 o 2 pechos)



**¿Un pecho o ambos?**  
Los lactantes tienen diversos patrones de alimentación:  
1 El 30% se alimenta siempre de un solo pecho  
1 El 13% se alimenta siempre de ambos pechos y  
1 El 57% va cambiando



**La alimentación nocturna es normal**  

- 1 El 64% por el día y la noche
- 1 El 36% solo por el día

- 1 La mayoría (64%) de lactantes se alimenta de día y de noche
- 1 Estos lactantes extienden su ingesta de leche uniformemente durante las 24 horas



- 1 Solo el 36% de los lactantes no se alimenta por la noche (10 p. m. a 4 a. m.)
- 1 Estos lactantes toman una gran cantidad de leche por la mañana



**¿Beben lo mismo los niños y las niñas?**

- 1 Los niños beben más que las niñas. Los lactantes varones beben, de media, 76 ml más que las niñas.
- 1 A lo largo del día, el volumen medio de leche consumido es de 790 ml, pero esto varía de un lactante que ha bebido 470 ml a otro que ha bebido 1356 ml al día.



**831 ml**  
Cantidad media diaria tomada por niños

**755 ml**  
Cantidad media diaria tomada por niñas

**El rango normal es:**

**478-1356 ml**

Rango de ingesta de leche diaria de los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna que están creciendo conforme a los patrones de la OMS.

Los lactantes alimentados al pecho están tomando suficiente leche. A medida que los lactantes crecen, tomarán mayores cantidades de leche en menos veces y durante menos tiempo, pero su ingesta diaria (24 horas) seguirá siendo la misma.

Entre los 3 y 6 meses, los lactantes crecen más lentamente y tienen un índice metabólico relativamente más bajo, por lo que no necesitan más leche.

# ¿Qué es “normal” en lactancia materna?

- **FRECUENCIA:** 4-13 veces/día (Inicio: 8-12/día)
- **DURACIÓN:** 12-67 minutos / toma (hasta que el bebé suelta el pecho) Volumen ≠ Duración
- **PATRONES:**
  - 64%: Día y Noche (22h-4h)
  - 36%: sólo por el Día
  - Un pecho o los dos (TOMA / SESIÓN / CLUSTER):
    - 30% siempre toman de un pecho
    - 13% siempre toman de los dos pechos
    - 57% “hacen de todo”

# ¿Qué es “normal” en LM?

- **CANTIDAD:** estable durante los 6 meses.
  - De sólo un pecho: 75ml (30-135ml)
  - De una sesión: 54-234ml
  - Es normal que un pecho produzca más leche que el otro. No vacían siempre el pecho a cada vez (retiran una media del 67% de la leche que hay en el pecho)
  - Los **niños** toman más que las **niñas**: una media de 76ml/día.
  - Volumen al día: 478-1356 ml

## **Por ello...**

*Se debe informar a los padres que estas variaciones en la conducta de lactancia (que quedan fuera de los intervalos de las recomendaciones para la alimentación con fórmula) no son indicativos de “problemas” con la lactancia, y que deben tener confianza, y continuar con la LM exclusiva.*

# ***Signos de sospecha de escaso aporte.***

*Si a partir del 5º día de vida:*

- Pérdida de peso >10%
- Menos de 4 micciones al día
- Deposiciones ausentes o escasas, oscuras
- Ictericia
- Llanto excesivo, adormilamiento excesivo
- Dolor en las mamas.



# Suplementos

- **Primera elección:** leche materna extraída administrada con jeringa, (cuchara o vasito)
- **Segunda elección:** Leche Artificial tipo 1
- **Indicaciones médicas razonables:**
  - Pretérminos Tardíos y “bellos durmientes”, Gemelar (no de entrada).
  - RN con Riesgo de hipoglucemia: no se consigue alimentación precoz (en los primeros 30-60min)
  - Hipoglucemia leve que no precisa tratamiento iv.
  - Enfermedad materna o del RN (escasa succión al pecho)
  - Pérdida de peso de 8-10% con lactogénesis retrasada (más de 5 días) o clínica de deshidratación. “Fiebre de sed”.

# III. MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE

## CONTROVERSIA

- **Colecho** (en <3 meses con LM y padres sin FR)
- **Chupete**
- **Lactancia materna:** cantidad y duración



*¿Hacia qué nos orientan los estudios?...*

EDITORIAL

DOI:10.1111/apa.12989

## Updating SIDS risk reduction advice has the potential to further reduce infant deaths in Sweden

Open Access

Research

BMJ  
**open**  
accessible medical research

## Bed sharing when parents do not smoke: is there a risk of SIDS? An individual level analysis of five major case-control studies

---

Robert Carpenter,<sup>1</sup> Cliona McGarvey,<sup>2</sup> Edwin A Mitchell,<sup>3</sup> David M Tappin,<sup>4</sup> Mechtild M Vennemann,<sup>5</sup> Melanie Smuk,<sup>1</sup> James R Carpenter<sup>1,6</sup>

Sweden, for the past decade, has had an enviably low SIDS rate, presumably attributable to high infant supine sleeping rates and low parental smoking rates [for the latter, 5.1% of mothers and 10.8% of fathers in 2010 (1)]. However,

to promote bonding and facilitate breastfeeding. Sweden has some of the highest rates of bedsharing in Europe; as many as 65% of three-month-old infants bedshare (5).

1. Estudio grande Europeo (BMJ): **OR 5.1** en menores de 3 meses
2. Estudio pequeño en UK: resultados *no significativos* en <98 días
3. *Pediatrics 2014*. USA, >8000 niños fallecidos de forma súbita: en <3 meses, el FR predominante fue el colecho.

No sólo MSL, sino también más riesgo de muertes accidentales.

# Colecho

Se **desaconseja** el colecho:

- **Menores de 3 meses**
- Prematuros y bajo peso
- Cansancio extremo (ej: postparto inmediato)
- Fumadores
- Alcohol, Drogas
- Ingesta de fármacos sedantes
- Superficies blandas, colchones de agua, sofá o sillones
- Con otros familiares, con otros niños o con múltiples personas



# Colecho

- No existe controversia en que el colecho aumenta el riesgo de MSL si se añaden factores de riesgo (tabaco, alcohol, drogas, sedantes, en sofá...)
- ***Recomendación prudencial***: lactante menor de 3 meses en una cuna / cama adyacente a la cama de los padres, a la vista, cercana (sonidos, tacto)
- La cama es un lugar más seguro para amamantar que una silla, el sofá o sillón. Pasaremos al bebé a su cuna tras ser amamantado.



# Chupete

- Efecto protector no cuestionable (OR 0.1-0.6), pero puede “reñir” con el establecimiento y la duración de la lactancia materna.
- ***Recomendación razonable***: **Sí** al chupete, pero una vez establecida la lactancia materna (¿3-4 semanas?), y para dormir.



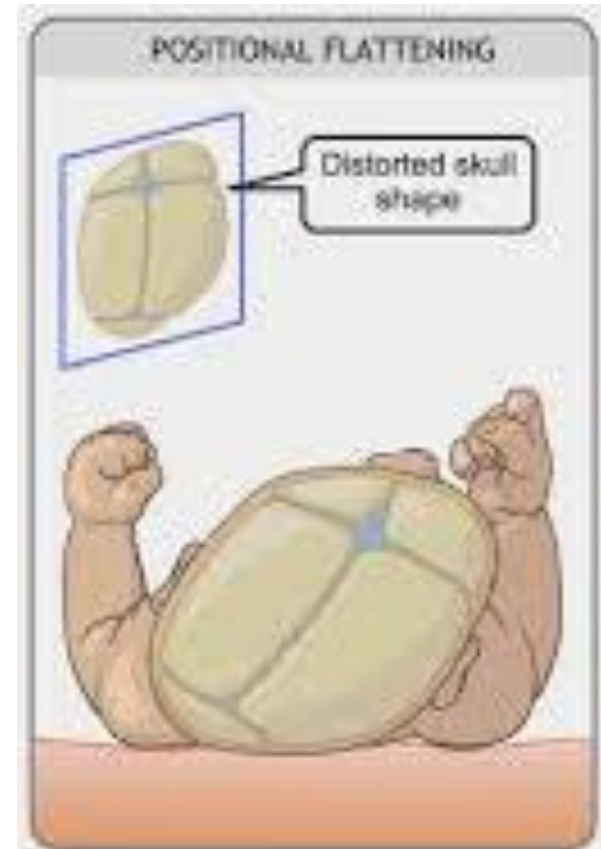
# *Recomendaciones generales*

1. **POSICIÓN PARA DORMIR:** Decúbito supino.
2. **COLECHO:** Compartir habitación, pero no cama. Cuna adyacente a cama padres. Amamantar en la cama, acostada.
3. **TÓXICOS:** Evitar exposición al tabaco (nicotina) y otras drogas, sedantes.
4. **LACTANCIA MATERNA:** efecto dosis dependiente.
5. **CHUPETE:** Una vez instaurada la LM, ofrecer chupete sin forzar, para dormir.
6. **TIPO DE CAMA:** Cuna homologada, superficie dura, sin cojines...
7. **AMBIENTE:** Evitar exceso calor (temperatura y abrigo) y la falta de ventilación. No taparemos por encima hombros.
8. No se recomienda el uso de: Almohadas, Protectores, Cuñas, Rebozos (pañuelos portabebés que “arriñonan” al RN)

# IV. PLAGIOCEFALIA

1. Colocar al niño en posición de prono, mientras permanece despierto y bajo vigilancia, aprovechar para jugar con él (*tummy time*: tiempo de juego o de barriguita), al menos 1 hora al día, media por la mañana y media por la tarde.
2. Durmiendo en supino, cambiar de lado el apoyo de la cabeza, alternativamente.
3. Realizar cambios en la posición de la cuna en la habitación (el niño coloca su cabeza hacia el lado en que oye ruido)
4. Precaución con las sillas con cabezal muy ajustado, evitar todo lo posible las presiones constantes mantenidas sobre el occipucio.
5. Tener con frecuencia al niño en los brazos para reducir el tiempo de apoyo occipital.

MEDIDAS  
<1 mes vida



# V. CUIDADOS BÁSICOS

- **OMBLIGO:** No se realiza profilaxis al nacimiento. Limpio y seco. Agua y jabón / Alcohol de 70º (se acepta *Cristalina*): “3 veces al día”. Colocación de gasa seca. Ombligo por fuera del pañal si se lo moja de orina.
- **BAÑO:** diario, por “rutina” (no por higiene); jabón, aceites...
- **PAÑAL:** Uso de agua, jabón y esponja suave para su limpieza, y secado a toques con toalla seca o papel. Pomadas?.
- **UÑAS:** limado. Si alguna se resiste, manopla (se retirará para amamantar); ¿cortar? mientras duerme profundo, pero mejor >1 mes (heridas).
- **ROPA:** Cantidad y tipo.
- **TEMPERATURA:** del ambiente, del agua para baño, bibe...
- **OFERTA DE AGUA:** con LME toman lo que necesitan. En épocas de calor excesivo (verano, fiebre...) se les puede ofrecer agua.

# Actividades de DETECCIÓN

- Transmisión Vertical
- **Ectasia renal leve**
- **Displasia evolutiva de caderas**
- Tortícolis congénita y Plagiocefalia
- Parálisis Braquial
- Fractura Clavicular
- Fosita sacra y angiomas planos simples.

# Transmisión Vertical



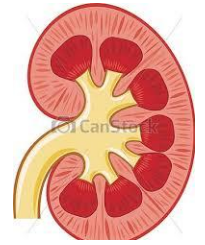
- **VIH:** Buen control materno.
  - Extracción de PCR viral al RN y hemograma.
  - Inicio de ***Zidovudina*** en la primeras 12h de vida.
  - **Contraindicación de lactancia materna.**  
Dispensación de leche artificial en Farmacia.
  - Revisión en Consulta Infecciosas (*Dra.Vicent*) en 15 días.
  - Elaboración de **informe**.

# Transmisión Vertical



- **VHB: (AgsHB+)**
  - Administración de 1ª dosis de **vacuna VHB** y **gammaglobulina** específica en muslo contralateral en las primeras 12h de vida. *Registro.*
  - Remisión a Consulta Digestivo a los 6 meses.
  - **Recordatorio:** la segunda dosis de VHB será al mes de vida (no a los 2 meses)
- **VHC:** Remisión a C.Digestivo a los 1-3 meses.
- **Otras:** Chagas, Toxoplasma, Sífilis, CMV (*protocolo*)

# ECTASIA RENAL LEVE



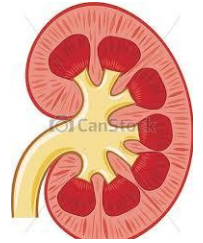
**CLASIFICACIÓN de las DILATACIONES del tracto urinario FETAL, según el diámetro AP de la pelvis renal.**

<i>Semanas Gestación</i>	FISIOLÓGICA	PATOLÓGICA*
<33 sg	<4 mm	Leve: 4-14mm
>33sg	<7mm	Leve: 7-14mm
		<b>Moderada-Grave:</b> <b>≥15mm</b> Visualización del uréter

**Moderadas-Graves: ≥15 mm**, con parénquima renal normal o patológico.

\*La presencia de *caliectasia*, será siempre considerada como patológica, independientemente del grado de dilatación de la pelvis renal. La visualización del **uréter** indica que la dilatación es moderada-severa.

# CLASIFICACIÓN de las DILATACIONES del tracto urinario del neonato según la *Sociedad Americana de Urología Fetal*.



## I.- Dilataciones pielocaliciales

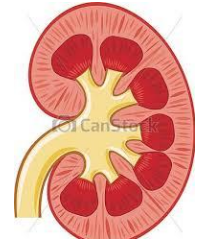
- Grado **0**: No dilatación
- **Grado I**: Visualización de la **pelvis** sin dilatación calicial
- **Grado II**: Visualización **pélvica** con algún **cáliz** dilatado
- Grado **III**: Dilatación pélvica y de **todos los cálices** sin adelgazamiento parenquimatoso
- Grado **IV**: Dilatación pielocalicial con **parénquima adelgazado**

## II.- Dilatación ureteral (Medida a nivel del 1/3 distal)

- Grado I: Diámetro anteroposterior **< 7 mm**
- Grado II: Diámetro anteroposterior entre **7 y 10 mm**
- Grado III: Diámetro anteroposterior **> 10 mm**

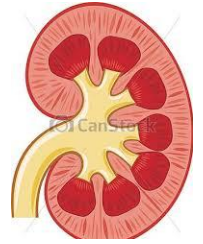


# Actitud Postnatal



- **Dilatación pielocalicial LEVE** (7-14mm) a partir de la semana **33** de gestación:
  - **ECOGRAFÍA RENAL** a los 8-10 días (algunas guías proponen 2-3 semanas)
  - Vemos resultado el mismo día de su realización, en Maternidad. Definimos el **plan**: **Atención Primaria** o **A.Especializada** (Nefrología Infantil).
  - Explicamos **signos de alarma**.

# Actitud Postnatal

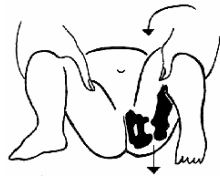


**Ectasia I / II (Unilateral / Bilateral) o Diámetro piélico <1 cm, sin dilatación ureteral:**  
**Seguimiento en Atención Primaria.**

✓ ***Ecografías:***

- 4-6 semanas de vida, a los 6 meses y al año de vida.
- ✓ Remisión a *Nefrología Infantil* si aumenta la dilatación, o en función de la clínica.

# Displasia Evolutiva de Caderas



- **Espectro de anomalías incluidas en DEC:**

Cadera **INESTABLE** o **LUXABLE**: la más frecuente. *Barlow*

Cadera LAXA o SUBLUXABLE (dislocación parcial)

Cadera LUXADA (LCC, dislocación franca) *Ortolani*

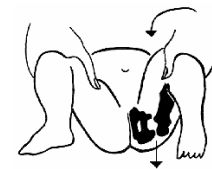
DISPLASIA ACETABULAR (suele ser irreductible)

- ~~CLICKS~~

- **Incidencia:** variable..., 1.4-35/1000 RNV

Blancos – Mujer – Izquierda (50-60%) o bilateral (20-25%)

- **Morbilidad:** Artritis temprana / Reemplazo articular



# Factores de riesgo

## ➤ Sexo femenino

(19/1000)

## ➤ Podálica 🚫

- Varón 26 / 1000
- Mujer 120/1000

## ➤ Antecedentes

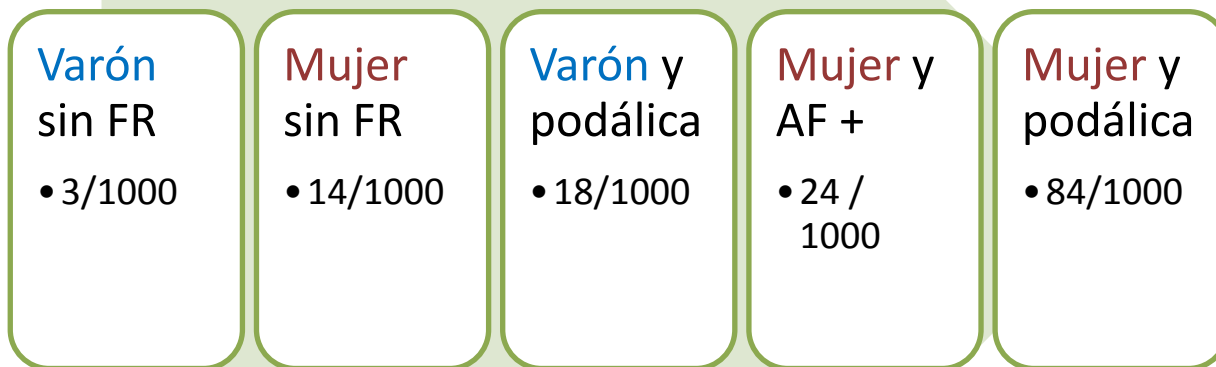
### Familiares 🚫 de DEC

(10-20% casos).

- Varón 9.4/1000
- Mujer 44/1000

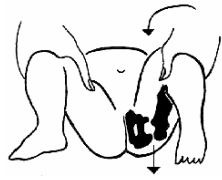
Metaanálisis Lehman et al. *Pediatrics* 2000.

*Pediatrics* Rev.2001;22 (4):132



➤ Sólo 10-27% niñ@s con DEC tienen FR

➤ Sólo el 1-10% de niñ@s con FR tienen DEC (excluyendo el sexo)

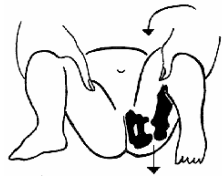


## Otros Factores Relacionados

- ✓ Prematuridad, Primer hijo
- ✓ Macrosomía al nacimiento, Gemelaridad
- ✓ Oligohidramnios, transversa
- ✓ Deformidades posturales: tortícolis, pies zambos, talos y metatarso adducto rígido, deformidades faciales, plagiocefalia, tortícolis, escoliosis postural neonatal...

No justifican la realización de Ecografía, no asociación significativa mayor con la DEC

- 
- ***Teratológicas:*** Ehler-Danlos, Sd.Down, Displasias óseas, artrogriposis...
  - ***Neuromusculares:*** Espina bífida, PCI...



## Exploración Física

- **AEPED**: sólo un 50% de los casos de DEC se diagnostican por las maniobras de Ortolani y Barlow durante el período neonatal.
- Exploración del recién nacido (mayor valor a las **48-72h** de vida que a las 24h de vida)
- **A los 15 días**: hasta un 60% de caderas inestables se estabilizan...
- **En cada revisión de salud hasta los 6-12 meses**, e incluso hasta que el niño camine normalmente (por lo general, hasta los *2 años* de edad)



● **Recién  
Nacido  
48-72h**

● **15 días**

● **1 mes,**

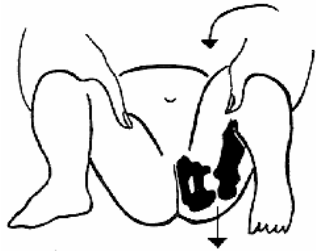
**2 meses,  
6 meses,  
9 meses,  
12 meses**



**DEAMBULACIÓN**

0 a 2 meses

S <60%  
E 99%



**Barlow** (-out)  
**Ortolani** (-in)



25%  
Lactantes

Asimetría  
de  
plegues

Tras 3 meses de vida

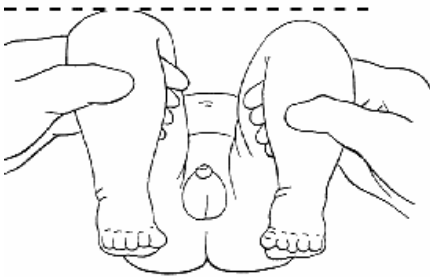
**EF**

**Signo de  
Galeazzi**

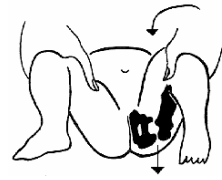
No >60°:  
*Luxación*

**Limitación  
abducción**

S 70%  
E 95%







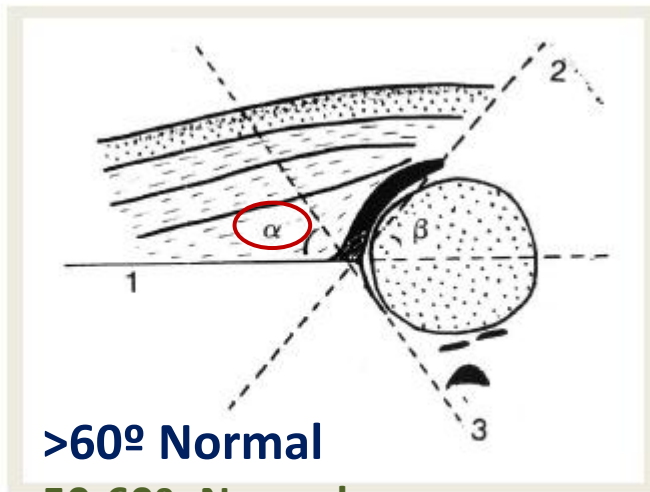
# Pruebas complementarias

**ECOGRAFÍA** (<3meses)

**HGUA:** (hasta los 4-6meses)

Estática: **Graf**

Dinámica: **Harcke**



**>60° Normal**

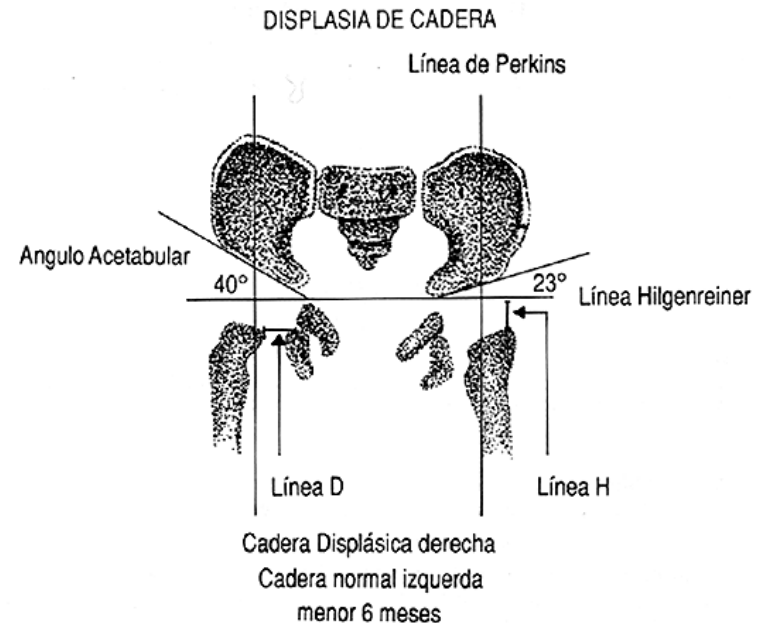
**50-60°: Normal**

hasta los 3 meses

**RADIOGRAFÍA** (>3 meses)

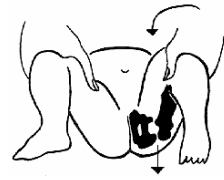
**HGUA:** >4meses

Proyección AP de **Von Rosen**





Protocolo actualizado en 2006



## EVIDENCE-BASED CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

Adopted by the American Academy of Orthopaedic Surgeons  
Board of Directors  
September 5, 2014

*This guideline has been endorsed by the following organizations:*

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

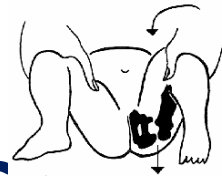


POSNA

The Pediatric Orthopaedic Society  
of North America

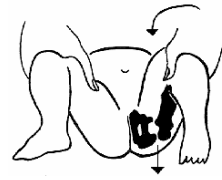


# Recomendaciones AAP previas



FACTORES DE RIESGO	RECOMENDACIÓN
Niña	Control a la 2º semana de vida, si es negativo, continuar con controles habituales
Historia familiar + varón	Controles a la 2º semana de vida, si es negativo, continuar con los controles habituales
Historia familiar + niña	Estudios por imágenes futuros opcionales a las <b>6 semanas ecografía o a los 4 meses radiografía</b>
Podálica + varón	Estudios por imágenes futuros OPCIONALES ( <b>6 semanas ecografía y 4 meses radiografía</b> )
Podálica + niña	Estudios por imágenes futuros RECOMENDADOS ( <b>6 semanas ecografía y 4 meses radiografía</b> )

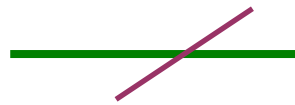
**Podálica:** (*J Child Orthop (2010) 4:3–8*): 29% DEC en Rx 4 meses (tuvieron eco normal)



# POSNA: Controversias

- **DEFINICIÓN DEC:** Falta de claridad acerca del espectro de anomalías anatómicas,

PROGRESIVAS  
(Patológicas)



AUTO-RESOLUCIÓN

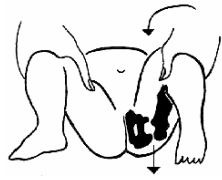
(Rango normal desarrollo)

- **EVOLUCIÓN:**

Muchas “DEC” descubiertas durante el periodo neonatal parecen representar laxitud de caderas e inmadurez.

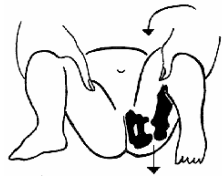
El 60-80% de las anomalías detectadas en la exploración y más del 90% de las anomalías identificadas en la ecografía parecen resolver espontáneamente en la infancia temprana.

**Displasia LEVE:** puede que nunca se manifieste o que aparezca en la edad adulta. ¿Deben ser tratadas estas caderas con la ortesis y qué edad es la óptima para ello?



# POSNA: Controversias

- **CRIBADO UNIVERSAL: NO.** La ecografía efectuada en el período neonatal inmediato detecta, en un número significativo de niños, una inestabilidad fisiológica de caderas, sin significado patológico en la gran mayoría de los casos, que puede llevar a someter a estos recién nacidos a un tratamiento innecesario.
- **CRIBADO SELECTIVO ⚠** : moderado grado de evidencia apoya la realización de un estudio de imagen antes de los **6 meses** de edad en niños con **1 ó más FACTORES DE RIESGO ⚠** :
  - **PODÁLICA,**
  - **HISTORIA FAMILIAR,**
  - **INESTABILIDAD CLÍNICA.**



# POSNA: Controversias

- **PRUEBA DE IMAGEN:**

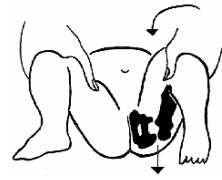
## **En niños con FR**

- **Ecografía 2-6 semanas y/o**
- *Rx AP pelvis: a los 4 meses*

## **En la cadera patológica:**

- **Ecografía** tras detectar la anomalía para guiar la decisión terapéutica (sólo vigilar / tipo de tratamiento) hasta las 8 semanas. Limitada evidencia a favor.

**Si la ecografía está alterada:** *Rx a los 4-6 meses para “ahorrar” sobre-tratamiento. ?? TRI??*



# POSNA: Controversias

- **MOMENTO DE TRATAMIENTO:**

- INMEDIATO?
- DEMORADO?



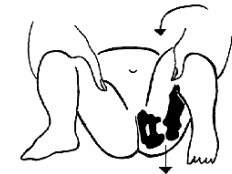
- **TIPO DE ORTESIS:** **Von Rosen** (mejor que Pavlik, Frejka, Craig)



Importancia de establecer el diagnóstico de Displasia de Caderas **antes de los 6 meses.**

De 0 a 2 semanas:

HGUA 2014



**EF normal**

Revisiones  
Pediatria AP.

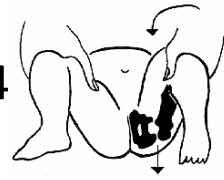
**EF normal +  
FR.**

**Ecografía 2-6 sem** (la pide su Pediatra de AP)  
*Hacemos la recomendación en la Cartilla Salud al alta*

PODÁLICA >34sg

AF 1º Grado





De 0 a 2 semanas:

*Si en Maternidad...*

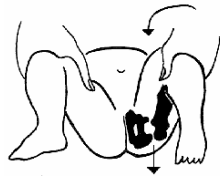
**Barlow + /  
Ortolani + /  
Limitación  
abducción**

- Valoración por **Traumatólogo** en Maternidad

**EF Dudosa:**

Barlow dudoso, caderas  
laxas

- Solicitud **Ecografía a las 2 semanas** desde Maternidad
- Reevaluación en **CEN**: clínica y resultado Ecografía,
- Derivación a TRI / A.Primaria



De 2 a 6 semanas:

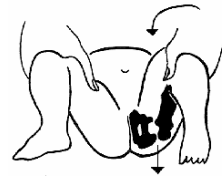
## Inestabilidad Dislocada

- Derivar a **Traumatólogo**

## EF Dudosa:

Laxitud persistente,  
Barlow dudoso.  
Asimetría en muslos

- **Ecografía** 2-6 semanas, y
- Derivar a **Traumatólogo**:
  - Seguimiento evolutivo y evaluación ecográfica 6-8 semanas...



# Tortícolis congénita

Sesiones de 30 min, 2 veces al día

Se recomienda en cada cambio de pañal, repitiéndose cada ejercicio 3 veces, alternativamente a cada lado; los ejercicios suponen en total 2 min aproximadamente

Colocando una mano sobre la zona superior del tórax, con la otra hacer suavemente los movimientos de rotación de la cabeza del niño que se indican a continuación:

1. Estiramientos del músculo esternocleidomastoideo: rotar la cabeza hasta que el mentón toca el hombro (10 seg) 3 veces hacia un lado y a continuación hacia el otro. En total 1 min.
2. Estiramientos del músculo trapecio: inclinación de la cabeza hasta que la oreja toca el hombro (10 seg) 3 veces hacia un lado y a continuación hacia el otro. En total 1 min.

## Ejercicio activo:

- Uso de estímulos visuales y sonoros para evocar el giro de la cabeza.
- Juego en prono, 10min (2v/día)
- *Pull-to sit* o sujetarle sentado.

## Estiramientos ECOM / Trapecio:

- Llevarle la cabeza hacia el otro lado, bloqueando los hombros en borde (ej, en borde de la cama): 20 veces/lado.
- Hacerle la “pedorreta” en el lado afecto. Mantenerle abrazado al pecho con la cabeza hacia el lado afecto.

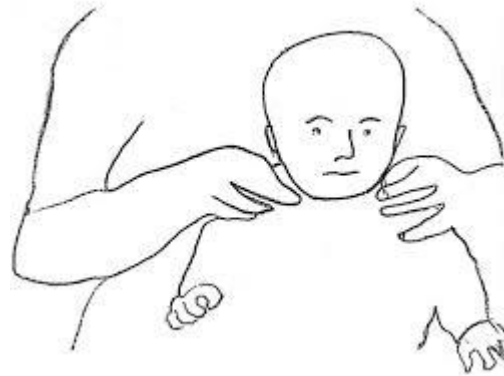
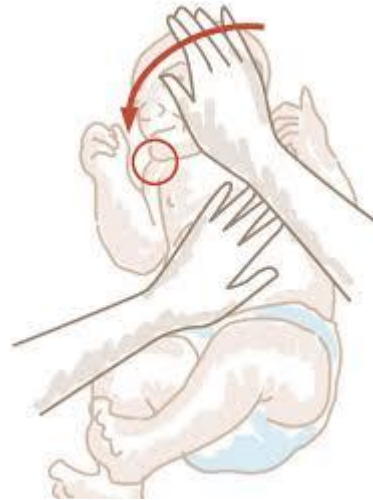
**Masaje:** en los trapecios y directamente sobre el ECOM, mientras se le distrae con sonajero. 1-3 min.



Ejercicio oreja-hombro




Ejercicio barbilla-hombro



# Plagiocefalia

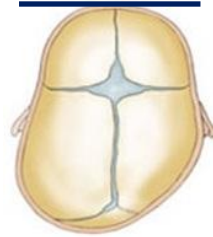
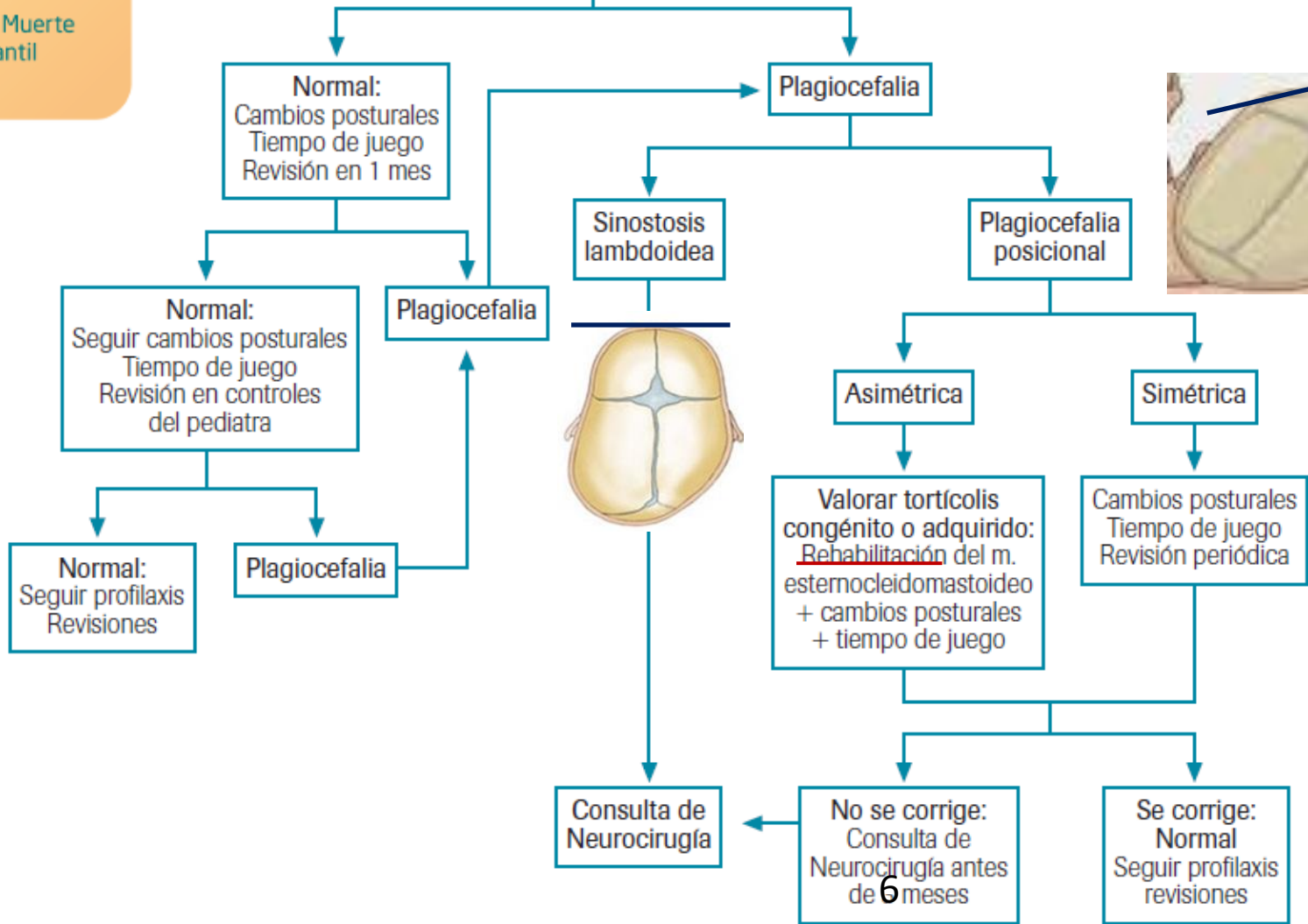


## FACTORES DE RIESGO

- Dormir boca arriba 
- Conflicto de espacio: macrocefalia, macrosomas, gemelares, podálica, pelvis pequeña, úteros pequeños o deformados, oligoamnios...
- Tortícolis congénita
- Prematuridad

Recomendaciones para evitar la plagiocefalia

Diagnóstico: 1ª sem. de vida  
Exploración de la cabeza  
Fotografía, 3 proyecciones  
Hacerlo constar en Cartilla sanitaria, al igual que el tortícolis si existe



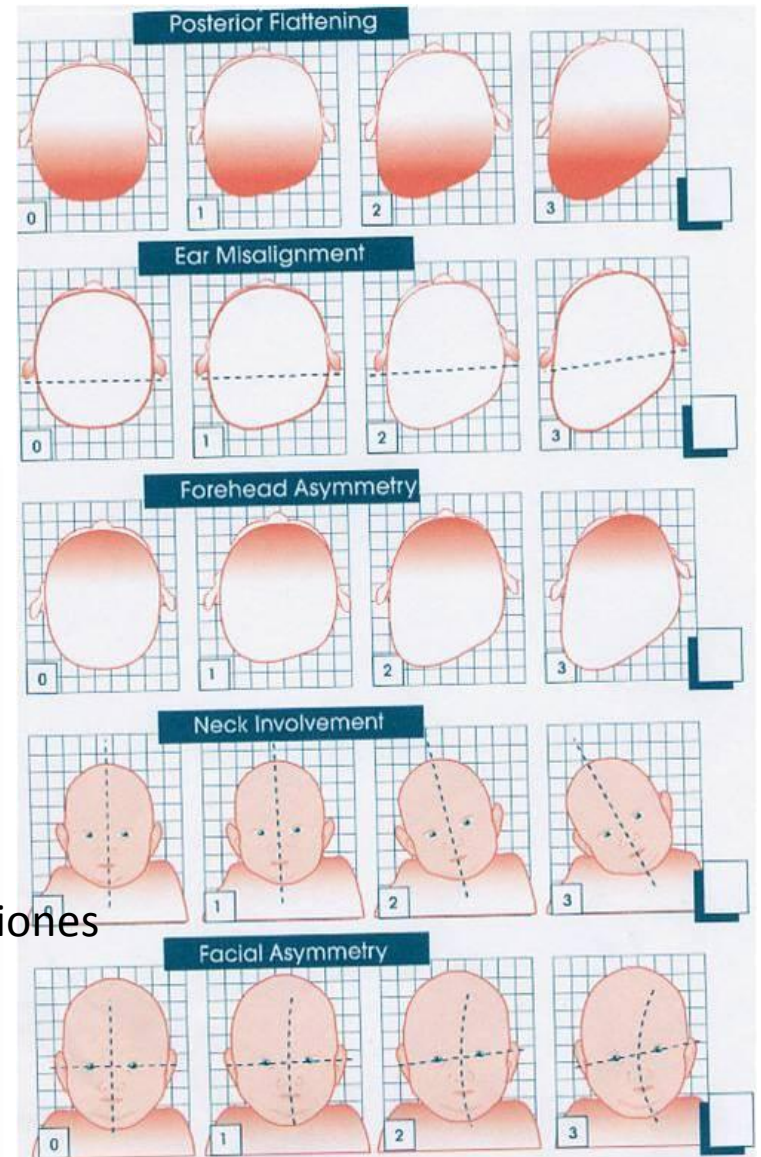




# Plagiocefalia

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

1. Si a pesar de los ejercicios, no ha mejorado a los **6** meses, enviar al neurocirujano infantil. Motivo: valorar el diagnóstico e indicar el tratamiento posterior: casco moldeador, o cirugía (excepcional). **9 meses**
2. Si no mejora la tortícolis con los ejercicios en 2-3 meses se recomienda enviar a especialista rehabilitador. Antes si otras asociaciones
3. Siempre que exista la sospecha de estar ante una plagiocefalia verdadera por craneosinóstosis ósea.

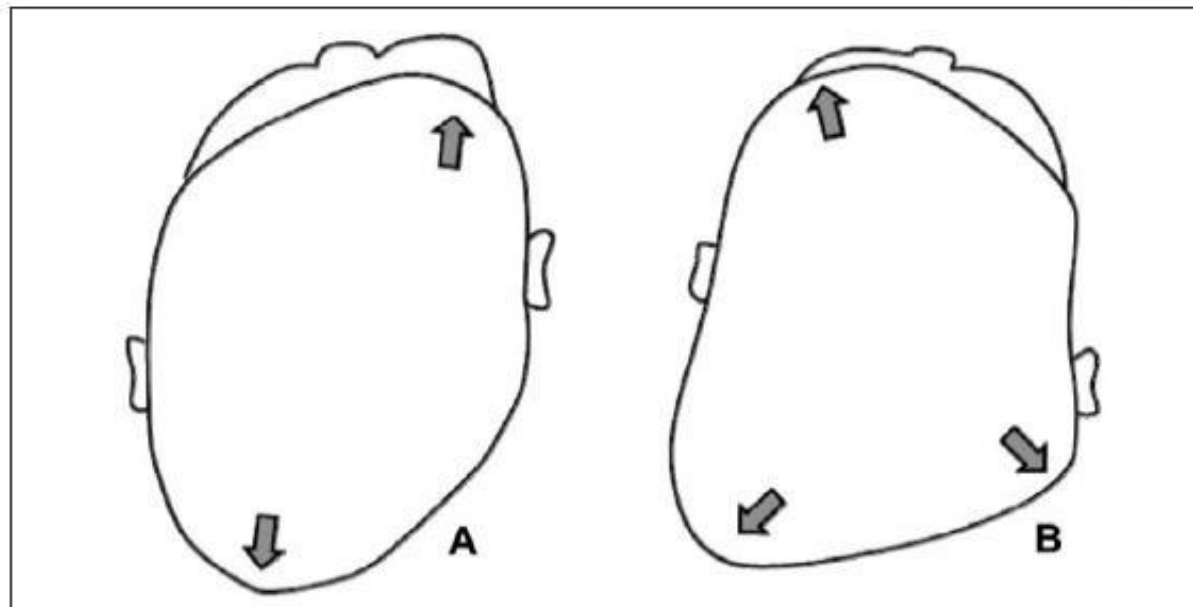




Plagiocefalia occipital (asimétrica)



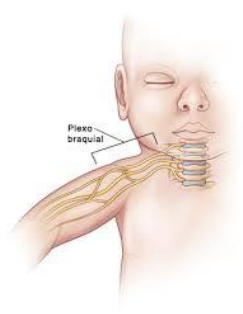
Plagiocefalia posterior (simétrica)



**Figura 2.** Diagnóstico diferencial de plagiocefalia occipital posicional y cráneosinostosis posterior. a) Plagiocefalia posicional; b) Cráneosinostosis posterior



# Parálisis Braquial

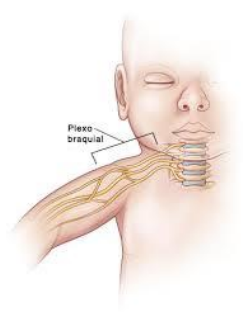


- **Lo más frecuente:**

- Neuroapraxia (recuperación en días o semanas),
- Paresia
- Miembro superior derecho (OIIA)
- *Erb-Duchene* (alta)
- Unilateral (98% casos)
- Aislada: Lesiones concomitantes: Fractura de clavícula y húmero (10-15%), excepcional SNC.

**Incidencia:** 0.42-2 casos por cada 1000 nacidos vivos (Podálica 8.6/1000)

# *Factores de riesgo*



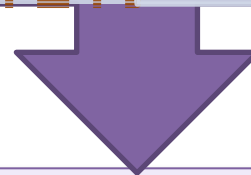
- Distocia de hombros.
- GEG
- Postérmino.
- Parto instrumentado.
- Diabetes mellitus y obesidad materna.
- Presentación de nalgas.
- Antecedente de PBO en hijo anterior.
- **Mecanismos intrauterinos:** Contracciones uterinas, impactación del hombro sobre promontorio del sacro, anomalías uterinas (útero bicorne, septo intrauterino...), oligohidramnios.
- Cesárea: no FR aunque pueden darse (1%).

## Detectamos parálisis

IC Rehabilitación



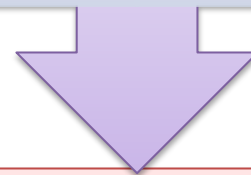
Valoración en planta



## Posteriormente

Valoración por **Fisioterapia**

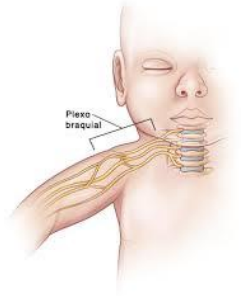
Citan en *CCEE de PBO* en **2-3 semanas**



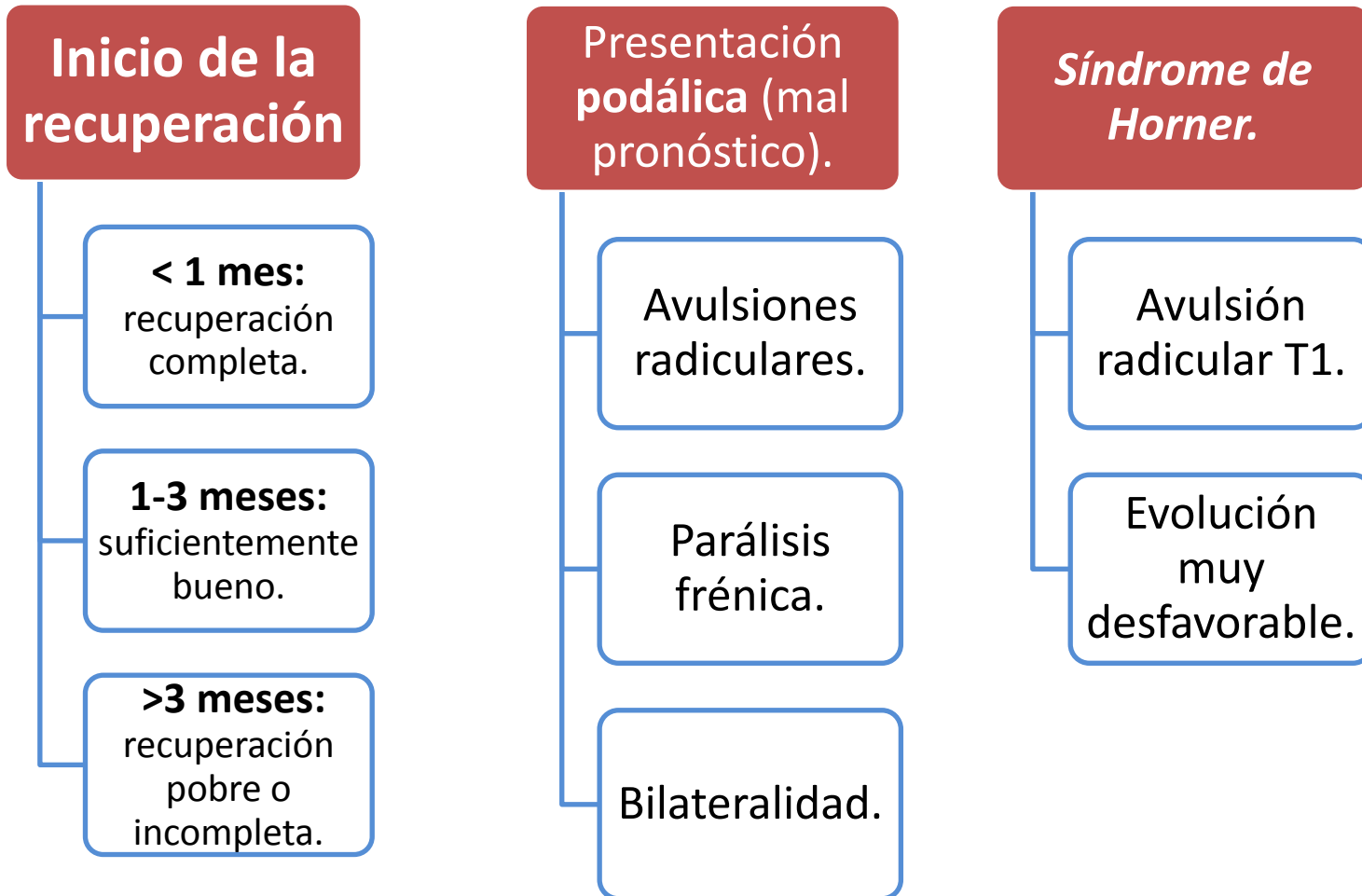
## Actitud expectante

Evitar movilización del brazo hasta reevaluación. (Posición neutra en ADD y rotación interna)

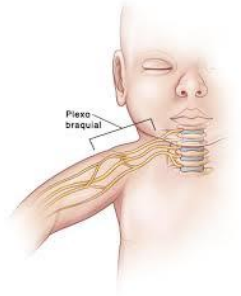
# ¿qué debemos esperar?



Factores determinantes en el pronóstico:



# Pruebas complementarias

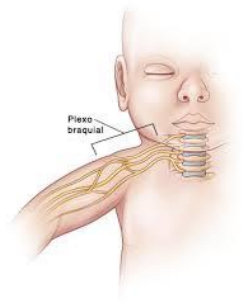


No de rutina

- **Ecografía cerebral:** a valorar con los datos perinatales añadidos.
- **Radiografía clavícula:** si se palpa fractura muy distal (fractura humeral o de articulación acromio-humeral).
- Electromiograma: si evolución no favorable.
- RMN: individualizar.

# Unidad Referencia

## Parálisis Braquial Obstétrica



- **Servicio COT**

- Dr. Antonio García López (Jefe S., Coordinador).
- Dr. Pablo Sebastián.

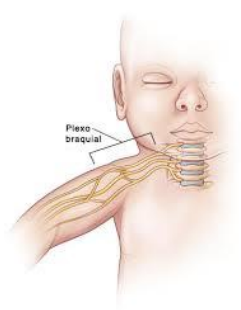
- **Unidad colaborativa RHB**

- Dr. José M Climent
- Dr. Vicente Marimon
- **Fisioterapeuta:** Isabel Ruiz.

*Controles Evolutivos:*

- ✓ 48 horas
- ✓ 2-3 semanas
- ✓ 1<sup>o</sup>-2<sup>o</sup>-3<sup>o</sup> mes

# A saber...



- La **fisioterapia** no supone la curación, sino la preparación muscular en caso de recuperación. Predominio anómalo de los músculos no dañados.
- El momento óptimo de la **Cirugía**: 3 meses.
- No es necesaria la interconsulta rutinaria a Neuropediatría (individualizar)

# Fractura De Clavícula

- Indicación en la Cartilla
- Callo de fractura en 1-2 semanas.
- No exploraciones complementarias de rutina (distal, escasa movilidad MS... ¿húmero?)
- *HC Rehabilitación* sólo en caso de Paresia Braquial.
- **Consejos:** brazo aproximado, no inmovilizado, evitar abducciones, elevaciones y tracciones, ropa de bebé abierta (bodies cruzados) *¿Dolor?* Ligera inmovilización.



# Seno sacrocoxígeo o Fosita u Hoyuelo

- Depresión más o menos profunda en el repliegue interglúteo. Distancia al ano <2.5cm. No sale líquido, ni material de separación ni pelos. Ocasionalmente: pequeña inflamación de tejido subcutáneo o enrojecimiento local.
- **Prevalencia:** 1-4%. Variante de la normalidad.
- **Diagnóstico diferencial:** Senos Dérmicos.

# Seno sacrocoxígeo o Fosita u Hoyuelo

## **SIGNOS DE ALARMA**

- Más de una marca cutánea (angioma, hipertrichosis, lipoma...)
- Lesión cutánea por encima del pliegue glúteo
- Asimetría de glúteos
- Exploración neurológica anormal
- Síntomas de esfínteres
- Tamaño del seno >5mm
- Seno a >2.5cm del ano
- Tracto ascendente del seno a la palpación

# Seno sacrocoxígeo o Fosita u Hoyuelo

- Exploración física.
- Sólo realizamos **ecografía** en caso de dudas, o ante la presencia de signos de alarma.
- Si ecografía anormal: **RMN**.
- En los que se sospecha penetración intrarraquídea: remisión de urgencia a Neurocirugía.
- **Recordemos: Ecografía** para ver fístulas o senos (comunicación a canal medular) a cualquier edad, pero para valorar el canal medular hasta 1-2 meses (más tiempo en el prematuro).

# Pruebas pendientes al alta

- **SEROLOGÍAS**
- **CMV orina**
- **FROTIS CONJUNTIVALES U UMBILICALES**
- **ECOGRAFÍAS:**
  - Renal 10-15 días
  - Cerebral

Elaboración de **INFORME** en los recién nacidos a los que se ha realizado algún estudio especial.

"Siempre estoy haciendo cosas que no puedo hacer, así es como logro hacerlas."

Pablo Picasso



# Agradecimientos

*A mis Residentes de primer año, que me motivan, pero en especial a:*

*Gema Mira-Perceval*

*Sara Montero*

*Por la elaboración de algunas sesiones empleadas en esta presentación...*

*A mis compañeros, que soportan mi "pesadez", en especial a mis enfermeras de la Maternidad.*