



MedyczneZarciki.pl

Examinarea nou-născutului



Importanța anamnezei și a factorilor de risc în perioada neonatală

Examinarea nou-născutului trebuie să înceapă cu o revizuire a anamnezei materne și familiale, a anamnezei obstetricale și a travaliului.

Datele anamnezei trebuie să includă următoarea informație cu privire la eventuali factori de risc, care va ghida evaluarea și managementul ulterior al nou-născutului:

- Date demografice și sociale
- Afecțiuni materne curente
- Afecțiuni materne în anamneza mamei și familiei, inclusiv istoricul de icter.
- Anamneza reproductivă a mamei: sarcini stagnante, prematuritate, sensibilizare după grupul sanguin.
- Stări și evenimente pe parcursul sarcinii date
- Descrierea travaliului



Examinarea primară a nou-născutului are ca scop:

- **Determinarea vârstei gestaționale a nou-născutului și corespunderii acestei vârste**
- **Detectarea stărilor patologice ale nou-născutului**
- **Stabilirea prezenței anomaliilor congenitale de dezvoltare.**

Un nou-născut la termen cântărește în mediu 3,4 kg; băieții au masa puțin mai mare decât a fetițelor. Masa corporală medie variază în funcție de etnicitate și statutul socio-economic. În mediu, talia unui nou-născut la termen este de 50 cm și circumferința capului este aproximativ 35 cm.



Particularitățile perioadei neonatale precoce

O caracteristică a primelor 5 zile de viață este pierderea fiziologică în greutate, în mediu cu 5-6% din masa corporală la naștere, dar nu mai mult de 10%. Aceasta depinde de momentul inițierii alăptării, starea generală de sănătate a copilului, precum și de măsurile de îngrijire acordate copilului. Pierderea fiziologică în greutate se datorează:

- Pierderilor de apă prin suprafața corporală;
- Eliminării lichidului amniotic din căile respiratorii;
- Eliminarea meconiului și emisiile de urină;
- Foamea și setea în primele zile de naștere, în special în lactația insuficientă;
- Înlăturarea vernixului de pe suprafața pielii.



Varianțele vârstei gestaționale:

- a) nou-născut matur (născut între 37 și 42 săptămâni)
- b) nou-născut prematur (născut până la 36 săptămâni de sarcină)
- c) nou-născut postmatur (născut după 42 săptămâni după sarcină).

Nou-născut imatur – copil, născut la termen, cu particularități morfologice și funcționale caracteristice prematurului.



Starea nou-născutului în cadrul primului examen clinic în sala de naștere:

- scorul Apgar;
- criteriile antropometrice (greutatea, talia, perimetrul cranian și toracic);
- sexul;
- rezultatele primelor **simptome de depistaj urgent.**



Examenul fizic și obiectiv al copilului nou-născut

Examinarea inițială a nou-născutului se efectuează cât mai curând posibil după nașterea acestuia:

- temperatura,
- frecvența cardiacă și respiratorie,
- culoarea tegumentelor,
- semnele de detresă respiratorie,
- tonusul muscular,
- activitatea musculară și
- nivelul conștiinței
- trebuie să fie monitorizate constant până la stabilizarea acestora.



Semnele vitale la nou-născut

- Temperatura corpului: 36,5 – 37,5°C – este nevoie de specificat dacă este vorba de temperatura axilară, abdominală sau rectală.
- Frecvența respiratorie: 40-60 respirații/minut, eficiente și regulate.
- Frecvența cardiacă: 100-180 bătăi/minut (de obicei 120 – 160 în stare de veghe, dar poate ajunge până la 80 în timpul somnului).
- Tensiunea arterială: valorile normale variază în funcție de vârsta de gestație, greutatea la naștere și vârsta postnatală
- Saturația preductală: peste 90% după 10 minute de viață.

1 minut	60 – 65%
2 minut	65 – 70%
3 minut	70 – 75%
4 minut	75 – 80%
5 minut	80 – 85%
10 minut	85 – 95%



Scorul Apgar (evaluat la minutul 1 și 5 de viață, scor maxim – 10 puncte).

Parametrii evaluați	0 puncte	1 punct	2 puncte
Frecvența cardiacă	Lipsa pulsului	Mai puțin de 100 bătăi/minut	Mai mult de 100 bătăi/minut
Respirație (ritm și efort)	Ritm și efort normal, plâns puternic	Respirației iregulară sau insuficientă, plâns slab	Respirație absentă
Grimasă (răspunsuri reflexe)	Copilul strănută, se retrage, tușește la stimulare	Grimase (mișcări faciale) doar la stimulare	Răspuns absent la stimulare
Activitate musculară (tonus)	Mișcări spontane, hipertonus	Flexia membrelor superioare și inferioare, cu mișcări slabe	Mișcări absente (tonus flasc)
Culoarea tegumentelor (aspectul exterior)	Culoare roză pe toată suprafața corpului, inclusiv a extremităților	Culoare roză pe toată suprafața corpului, cu excepția extremităților (acrocianoză)	Cianoză generalizată, culoare cenușie a tegumentelor



Examenul obiectiv

- Activitatea musculară poate fi diminuată în cazul efectelor adverse în urma unor suferințe în cadrul unei boli sau a acțiunii medicamentelor cu potențial toxic sau nou – născutul poate să plângă exasperat efectuând mișcări exagerate ale extremităților.
- Ambele, atât tonusul muscular activ, cât și pasiv, împreună cu postura patologică a corpului nu trebuie omise din vedere. Mișcările tremurânde ale gleznei și mioclonusul sunt mai puțin semnificative la nou-născuți decât la celelalte vârste.
- Astfel de mișcări pot apărea când nou-născuții sunt activi sau când tremorul de tip convulsiv pare a fi obișnuit pentru perioada de stare.



Examenul obiectiv

- Edemul poate da aparența superficială a nutriției suficiente a copilului. Depresiunea după aplicare presiunii pe tegumente poate sau nu poate fi observată, însă pliurile pielii degetelor de la mâini și picioare vor dispărea în cazul edemului propriu – zis, fiind semn al infiltrării țesuturilor cu lichid.
- Edemul pleoapelor este cauzat de iritarea oculară la administrarea nitratului de argint. Edemul generalizat poate apărea în cazul prematurității, hipoproteinemiei, secundar unei eritroblastoze fetale, hidropsului non-imun sau nefrozei congenitale, sindromul-ui Hurler și din alte cauze necunoscute. Edemul cu localizare specifică sugerează o malformație congenitală a sistemului limfatic; dacă sunt depistate mai multe astfel de zone la nou-născutul de sex feminin, acesta ar putea fi semnul inițial al sindromului Turner.

Culoarea tegumentelor	Stări și afecțiuni asociate	
Pletoră	Policitemie Supraîncălzire Hiperoxigenare	
Icter	<u>Din primele 24 de ore de viață:</u> Incompatibilitate după Rh Incompatibilitate după ABO Sepsis Infecții TORCH	<u>După 24 de ore de viață:</u> Incompatibilitate după Rh Incompatibilitate după ABO Sepsis Infecții TORCH Icter neonatal fiziologic Icterul asociat prematurității Icter de resorbție
Paloare	Anemie,Postmaturitate,Asfixie la naștere,Șoc de etiologie diversă,Canal arterial patent,Eritroblastoză fetală,Hematom hepatic subcapsular,Hemoragie subdurală,Transfuzie materno-fetală, feto-fetală	
Cianoză	a. Acrocianoza – poate fi normală la un nou-născut sănătos în primele ore de viață - Hipovolemie a. Centrală – cardiopatii congenitale sau afecțiuni respiratorii b. Periferică - methemoglobinemie	
Echimoze	Naștere prelungită și/sau asociată cu traumatisme	
Colorația de tip arlechin	Hipertensiune pulmonară Coarctatie de aortă	
Marmorare	Hipotermie,Hipovolemie,Sepsis,Sindrom Down, ,Sindrom Cornelia deLange, Trisomie 13 și 18	





Examinarea craniului

- Un **cefalohematom** se prezintă ca o masă bine circumscrisă, plină de fluid, care nu traversează liniile de sutură. Cefalohematomul apare la 2-3 zile de viață.
- **Hemoragiile subgaleale** pot fi sîngerări care determină uneori șoc hipovolemic, cu mortalitate în 20% cazuri. Circumferința capului are valoare clinică pentru a depista dimensiuni craniene mici (microcefalie) sau craniul cu dimensiuni mai mari decât norma (macrocefalie).
- Persistența fontanelei anterioare excesiv de mari (în normă: 20 ± 10 mm) și fontanelei posterioare au fost asociate cu mai multe tulburări.
- Fontanelele persistente mici sugerează: microcefalie, craniosinostoză sau hipertiroidism congenital;
- prezența a 3 fontanele sugerează trisomia 21, dar se observă și la prematuri. Zonele moi (**craniotabes**) se găsesc ocazional la nivelul oaselor parietale la vertexul de lângă sutura sagitală; ele sunt mai frecvente la prematuri și la nou-născuții care au fost expuși compresiei uterine. Deși astfel de zone moi sunt de obicei ne semnificative, eventuala lor cauză patologică ar trebui investigată dacă acestea persistă.



Examinarea feței

- Examenul general al feței se face pentru a exclude dismorfii precum:
 - distanța mare sau mică dintre ochi
 - microftalmia
 - asimetria facială
 - filtrum lung și urechile plasate jos, care deseori însoțesc patologii congenitale
- Asimetria feței poate fi cauzată de displazia nervului facial VII, sau de afecțiunile mușchilor faciali, sau dacă maxilarul a fost apăsat de umăr în timpul perioadei intrauterine, cu devierea mandibulei de la axa mediană a feței.



Examinarea ochilor

- Ochii deseori se deschid în mod spontan, dacă nou-născutul este ținut în sus și legănat de dinainte și înapoi. Această manevră rezultă ca reflex al labirintului și vestibular, fiind mai adecvată decât deschiderea forțată a pleoapelor. Hemoragiile conjunctivei și retinei au etiologie benignă.
- Petele în perie – pete la nivelul irisului, frecvent observate în sindromul Down;
- Hemoragiile subconjunctivale - rezultă mai frecvent din aplicarea forcepsului sau după vacuum-extrakție. De obicei sunt bilaterale, intraretinale și localizate spre polul interior al ochiului.
- Conjunctivitele – este necesară stabilirea etiologiei și inițierea tratamentului adecvat;
- Reflexele pupilare se întâlnesc începând cu 28-30 săptămâni de gestație.
- Irisul necesită a fi inspectat pentru a depista coloboma și heterocromia.
- Corneea >1 cm în diametru la un nou-născut la termen (cu fotofobie) sau opacifierea corneei sunt semne ale glaucomului congenital.
- Prezența reflexelor roșii bilaterale sugerează absența patologiei catarale sau a altor patologii oculare.
- Leucoreea (reflexul pupilar alb) indică prezența unei:
 - cataracte,
 - tumori,
 - corioretinite,
 - retinopatia de prematuritate sau
 - hiperplazie primară vitroasă persistentă și necesită o consultație oftalmologică imediată.



Examinarea urechilor

- Foarte rar se determină malformații ale urechilor, unilaterale sau bilaterale. Pliurile pielii preauriculare apar frecvent; dacă sunt pedunculate, pot fi strâns legate la bază, rezultând o gangrenă uscată sau umedă. Membrana timpanică, ușor vizualizată otoscopic prin traiectul scurt și drept al canalul auditiv și în mod normal este de culoare gri-surie.

Examinarea nasului

- Nasul poate fi ușor obstruat de mucusul acumulat în canalul îngust al nărilor.
- Permeabilitatea foselor nazale se va verifica cu o sondă nasogastrică dacă este suspectată o atrezie a choanelor nazale. Anatomic obstrucția pasajelor nazale secundară unei atrezii de coane unilaterale sau bilaterale are drept efect stresul respirator sau dificultăți de respirație.
- Narinele nazale trebuie să fie simetrice. Dislocarea nazală a cartilajului din osul vomerian are ca rezultat narine asimetrice.
- Rinoreea mucoasă sau sanguinolentă poate fi semnul unui sifilis confenital.
- Aplatizarea filtrumului (porțiunii tegumentare dintre nas și buza superioară) sugerează sindromul alcoolismului fetal.



Examinarea gurii

- Gura în cele mai multe cazuri nu dispune de dentiție precoce, dar rareori pot fi prezente erupții la naștere sau erupții neonatale (după naștere) ale dinților incisivi de jos sau a celor plasați medial, aceștia apar primii și înaintea erupției celor deciduali. Se întâlnește în cazul sindromului Ilis–van Creveld, Hallermann-Streiff ș.a. Extracția lor nu este indicată.
- Imediat după naștere trebuie palpat palatul moale și dur, pentru determinarea prealabilă a unei **fisuri labiale sau palatine**.
- Uneori pot exista acumulări temporare de celule epiteliale pe palatul dur, numite **perle (chisturi) Epstein**. Chisturi de retenție cu aspect similar se pot vedea și pe gingii. Ambele tipuri dispar spontan, de obicei în câteva săptămâni de la naștere. Grupuri de foliculi mici, albi sau galbeni sau ulcere pe baze eritematoase pot fi găsite pe stâlpii amigdalelor anterioare, majoritatea se depistează în a doua sau a treia zi de viață. De etiologie necunoscută, acestea dispar fără tratament în 2-4 zile.
- **Ranula** este o formațiune chistică albăstruie la nivelul planșeului bucal în regiunea anterioară, fără semnificație patologică, care dispare spontan.
- Nodulii Bohn sunt rămășițe ale devoltării embrionare a laminei dentare, apărute la nivelul creștelor gingivale, care se rezolvă spontan.
- Nou-născuții nu au salivă activă.
- **Mucocelul** este o mică leziune a mucoasei bucale, secundară traumatismului ductului căilor salivare, care dispare spontan.



Examinarea gâtului

- poziția capului și palparea mușchilui sterno-cleido-mastoidian (excluderea torticolisului)
- determinarea integrității claviculelor
- prezența chisturilor și fistulelor
- “gât pterigoidian” în sindromul Shershevski-Turner

Examinarea cutiei toracice

Este destul de frecvent întâlnită hipertrofia sânilor, iar uneori pot fi prezente secrețiile de lapte. Asimetria, eritemul, indurația și sensibilitatea sugerează mastită sau prezența unui abces al sânelui. Destul de frecvent pot fi întâlnite și mameloanele supranumerare, mameloanele inversate sau distanțate.



Sistemul respirator

- Frecvența respiratorie și tipul de respirație diferă în funcție de copil. Frecvența respiratorie trebuie calculată timp de un minut cu copilul aflat în stare de repaus, de preferință copilul trebuie să doarmă. În aceste condiții, frecvența obișnuită pentru nou-născuții la termen este de 30-60 respirații/minut; la prematuri frecvența este mai mare și fluctuează mai larg.
- O frecvență respiratorie în mod constant >60 respirații/minut care persistă timp de >1 oră după naștere este o indicație pentru a exclude maladii pulmonare, cardiace sau metabolice (acidoză).
- Prematurii pot respira într-un ritm de tip Cheyne-Stokes, cunoscut sub denumirea de respirație cu neregularitate periodică sau completă.
- Respirația nou-născutului este aproape în totalitate de tip diafragmatic și toracele se retrage în interior sau invers în dimensiuni atunci când în respirație se implică abdomenul. Dacă copilul este liniștit, relaxat și are o culoare a tegumentelor obișnuită, atunci „respirația paradoxală” nu înseamnă neapărat o ventilație insuficientă.
- Pe de altă parte, respirația diminuată cu retracții toracice este o dovadă importantă a sindromului de detresă respiratorie, pneumonie, anomalii sau tulburări mecanice ale plămânilor.
- Un geamăt slab, persistent sau intermitent, plâns cu strigăt în timpul expirației indică prezența unei patologii cardiopulmonare sau a sepsisului. Când este benign, geamătul dispare la 30-60 de minute după naștere. Participarea aripilor nazale și retracția mușchii intercostali sau a sternului sunt semne frecvente ale patologiei pulmonare.
- În mod normal, auscultativ, zgomotele respiratorii sunt bronhoveziculare. Suspiciunea de patologie pulmonară din cauza zgomotelor respiratorii diminuate la auscultație, retracțiilor sau cianozei trebuie verificată întotdeauna cu o radiografie toracică.



Sistemul cardiovascular

- Variația normală a dimensiunilor și formei toracelui face dificilă estimarea dimensiunilor inimii. Locația inimii trebuie să fie determinată pentru a depista o eventuală dextrocardie.
- Frecvența cardiacă este de obicei 110-140 bătăi/minut în repaus, dar poate varia în mod normal de la 90 bătăi/minut în timpul somnului relaxat la 180 de bătăi/min în timpul activității.
- Frecvența cardiacă mai mare, de tahicardie supraventriculară (> 220 bătăi/min) poate fi determinată mai bine cu un monitor cardiac sau la electrocardiogramă (ECG) decât la auscultatie.
- Screening-ul de rutină pentru MCC critice folosind pulsoximetria se realizează între 24 și 48 de ore de viață. Pulsoximetria cu SO_2 de $\geq 95\%$ la mâna dreaptă sau la fiecare picior și $< 3\%$ diferență dintre mâna dreaptă și picior este considerată un test de screening normal. Cei cu $SO_2 < 95\%$ ar trebui să fie referiți pentru evaluare și posibil pentru ecocardiogramă.



	Non-ductal dependente	Ductal dependente
MCC cu cianoză	- Tetrada Fallot - Trunchi arterial comun - Drenaj anormal total al venelor pulmonare - Boala Ebștein	- Transpoziția vaselor magistrale - Atrezia valvei tricuspidale - Atrezia valvei pulmonare - Tetrada Fallot cu atrezia arterei pulmonare - Boala Ebștein severă
MCC fără cianoză	- Defectul septului ventricular - Defectul septului atrial - Persistența canalului Botallo - Comunicarea atrio-ventriculară - Comunicarea aorto-pulmonară	- Coarctația aortei - Stenoza aortei - Întreruperea arcului aortic - Hipoplazia inimii stîngi



Examinarea abdomenului

- Ficatul este de obicei palpabil, uneori până la 2 cm sub marginea rebordului costal. Mai rar poate fi palpat vârful splinei.
- Mărimea și locația aproximativă a fiecărui rinichi poate fi de obicei determinată la palparea profundă.
- Tractul intestinal este lipsit de gaze la naștere. Aerul este înghițit curând după naștere, iar aerul ar trebui să fie în mod normal prezent în rect pe radiografie la vârsta de 24 de ore.
- Peretele abdominal este în mod normal slab (mai ales la prematuri), herniile ombilicale sunt frecvente, în special în rândul sugarilor de rasă neagră.
- Malformațiile vizibile trebuie investigate imediat prin ultrasonografie transabdominală.



Sistemul uro-genital

- Rinichii – normal se palpează numai rinichiul drept.
- Examinarea organelor genitale externe.
- La fete – cercetarea fantei vaginale
- La este necesar de examinat: hipo-, epispadie, deformarea penisului, hernie inghinală, criptorhism, hidrocele.



Examinarea regiunii lombare și feselor:

- hipertrioză în reglarea formării coloanei vertebrale
- asimetrie on cazul hemoragiei suprarenalelor
- simptomul “mingii perforate” la afectarea regiunii lombare a măduvei spinării.
- vicii de dezvoltare grave (lipsa membrelor, degetelor, etc.)
- articulațiile coxo-femorale – normal abducția nu e limitată și marginea laterală a genunchilor nu atinge măsura de examinare
 - Limitarea abducției
 - Motilitatea patologică



Aprecierea simptomaticii neurologice

- Dereglări vegetative
- Aprecierea simptomatiei patologice oculare
- Aprecierea simptomatiei plcii nazo-labiale
- Lipsa reacției la sunet
- Lipsa suptului
- Diagnosticul parezelor



- **Postura nou-născutului** se evaluează prin inspecția în decubit dorsal:
- la termenul de 28 săptămâni de gestație copilul este complet hipoton,
- la 32 – toate cele 4 membre sunt în extensie,
- la 34 de săptămâni este prezentă poziția de broscuță, tonusul muscular se dezvoltă în membrele inferioare, bine flectate, înaintea membrelor superioare, care pot fi mai puțin active,
- la 40 de săptămâni de gestație cele 4 membre sunt în flexie datorită hipertonusului mușchilor flexori.



REFLEXE ȘI REACȚII	Reflexele necondiționate	VÎRSTA ÎN LUNI											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Reflexul de cercetare	■	■	■	■								
	Reflexul de sugere	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Reflexul de trompă	■	■	■	■								
	Reflexul Babkin (palmo-oro-cefalic)	■	■	■	■								
	Reflexul de apucare	■	■	■	■								
	Reflexul Moro	■	■	■	■	■							
	R. de sprijin și mers automat	■	■	■									
	Reflexul de apărare	■	■	■									
	Reflexul Galant	■	■	■	■								
	Reflexul Bauer	■	■	■	■								
	Reacțiile de echilibru și extenție		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■



Îngrijirea nou-născutului în maternitate.

- Etapele inițiale de îngrijire a nou-născuților după naștere trebuie să asigure căldură, uscare și stimulare tactilă, evaluând simultan efortul respirator, ritmul cardiac și culoarea tegumentelor.
- Imediat după naștere, nou-născuții trebuie să fie așezați pe burta mamei, iar clamparea cordonului ombilical se recomandă după 30-60 de secunde.
- Aspirarea din cavitatea bucală a secrețiilor cu o pară de aspirație este indicată doar dacă există o cantitate excesivă de secreții în gură.



Îngrijirea bontului uscat este recomandată fără aplicarea substanțelor topice precum alcoolul sau clorhexidina. Îngrijirea bontului ombilical presupune expunerea acestuia la aer sau acoperirea ușoară, curățându-l cu apă și săpun dacă devine murdar.



Vernix cazeosa se curăță în mod spontan în 2-3 zile, o mare parte aderând la îmbrăcămintă, care ar trebui complet schimbată zilnic. Zona perineală poate fi curățată cu șervețele pentru copii sau cu săpun și apă caldă. Meconiul sau materiile fecale trebuie curățate de pe fese cu bumbac steril umezit cu apă sterilă. Prepuțul unui băiețel nu trebuie niciodată retras.



Necesitățile nutritive și energetice ale nou-născutului.

Necesitățile nutritive (g/kg/zi)	Alimentație naturală	Alimentație artificială	Alimentație mixtă
Proteine	2 – 2,5	3,5 – 4	3 – 3,5
Lipide	6 – 6,5	6 – 6,5	6 – 6,5
Carbohidrați	12 - 14	12 - 14	12 - 14
Necesarul energetic (kcal/kg/zi)	I-III zi: 30-60 kcal/kg/zi IV-VI zi: 60-70 kcal/kg/zi VII – X zi: 70 – 80 kcal/kg/zi XI – XIV zi: 100 – 120 kcal/kg/zi		



Măsurile de profilaxie și screening neonatal

- Temperatura nou-născutului trebuie să fie măsurată axilar ($36,5-37,4^{\circ}\text{C.}$)
- Copilul se cântărește imediat după naștere și zilnic.
- Ochii tuturor nou-născuților trebuie protejați împotriva unei oftalmii neonatale gonococice prin aplicarea de unguent cu eritromicină (0,5%) sau tetraciclină (1,0%) oftalmic steril în fiecare sac conjunctival inferior
- Deși hemoragia la nou-născuți poate fi un rezultat al altor factori decât deficiență de vitamina K, tuturor nou-născuților li se recomandă o injecție intramusculară de 0,5-1 mg de vitamina K₁ (fitomenadionă), pentru a preveni boala hemoragică a nou-născutului.
- Este recomandată imunizarea împotriva hepatitei B înainte de externarea din maternitate pentru toți nou-născuții, indiferent de prezența hepatitei la mamă.
- În diferite regiuni ale lumii, inclusiv în Republica Moldova, în primele zile de viață – din a 2-a până în a 5-a – se administrează și vaccinul BCG, pentru a preveni infecțiile cu meningită tuberculoasă și tuberculoza diseminată.



Criterii pentru externarea la domiciliu a unui nou-născut sănătos la termen (copii născuți la termenul de 37 – 42 săptămâni de gestație, din sarcină, travaliu și naștere fără complicații).

Criterii generale:

Semne vitale normale, incluzând frecvența respiratorie < 60 respirații/min; Temperatura axilară între 36,5°C-37,4°C pe masa radiantă

Examenul fizic nu relevă anomalii care necesită spitalizare continuă

Micțiuni regulate, cel puțin 1 scaun prezent de la naștere

Cel puțin 2 alimentări cu succes

Fără sângerare excesivă la 2 ore după proceduri invazive (după caz)



Criterii de laborator și alte teste:

Testarea mamei pentru sifilis, antigenul de suprafață al hepatitei B și statutul HIV,
Vaccinul împotriva hepatitei B și tuberculozei a fost administrat nou-născutului
Vaccinarea mamei contra tetanosului și difteriei
Efectuarea profilaxiei bolii hemoragice neonatale cu vitamina K₁
Profilaxia gonoblenoreei a fost efectuată
Vaccinarea mamei împotriva în timpul sezonului gripal
Evaluarea și monitorizarea sepsisului în baza factorilor de risc matern, inclusiv a colonizării cu SGB
Testul Coombs și grupa de sânge, dacă sunt indicate clinic
Screening metabolic al nou-născutului
Screening audiologic
Screening pentru hipoglicemie în baza factorilor de risc pentru nou-născuți
Screening prin pulsoximetrie
Screening pentru hiperbilirubinemie, cu tratament și supraveghere, după cum este recomandat în baza severității icterului



Criterii sociale:

Dovada cunoștințelor, abilităților și încrederii părinților în îngrijirea copilului la domiciliu, privitor la: alimentație, materii fecale și urină cu aspect normal, îngrijirea pielii și a organelor genitale, determinarea stărilor patologice (icter, deficit alimentar, letargie, febră etc.)

Siguranța nou-născutului (scaunul în mașinii, poziția de somn supină etc.)

Disponibilitatea asistentei medicale și a medicului de familie (supravegherea medicului)

Evaluarea factorilor de risc familial, de mediu și social:

Abuz de substanțe

Istoric de abuzuri asupra copiilor

Afecțiuni neurologice și psihiatrice

Mama adolescentă

Lipsa de adăpost

Bariere pentru monitorizarea și asistența medicală ulterioară



Monitorizarea nou născutului în prima luna de viață la domiciliu

- De regulă, medicul de familie sau asistenta medicului de familie trebuie să viziteze nou-născutul la domiciliu după externare, conform schemei:
 - în primele trei zile după externarea din maternitate,
 - în ziua a 14-a de viață,
 - la 1 lună de viață.
- De asemenea, asistenta medicală a medicului de familie trebuie să viziteze copilul în fiecare săptămână pe parcursul primei luni de viață.

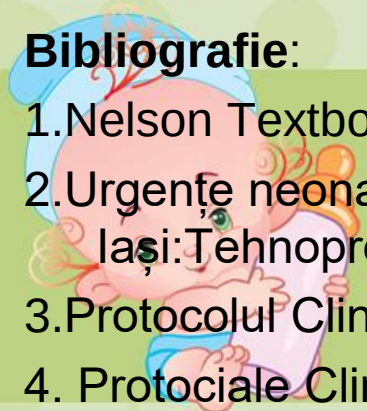


Ulterior, mama împreună cu nou-născutul vor vizita medicul de familie la instituția medicală pentru a monitoriza dezvoltarea lui fizică (prin antropometrie), dezvoltarea psiho-motorie, se va efectua depistarea precoce a unor devieri morfofuncționale, maladii și sindroame și vor fi administrate vaccinurile conform Calendarului Național de Vaccinare.



Mulțumesc pentru atenție !!!





Bibliografie:

1. Nelson Textbook Of Pediatrics, Twenty-First Edition, Elsevier Inc., 2020.
2. Urgențe neonatale, ed.: Maria Stamatina, Andreea-Luciana Avasiloeaiei. Iași: Tehnopress, 2018.
3. Protocolul Clinic Național *Îngrijirea Nou-Născutului Sănătos*, Chișinău, 2019.
4. Protocole Clinice Naționale-Neonatale 2020. Chisinau, 2020
5. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MCA/17.07). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. World Health Organization 2014.
7. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Delayed umbilical cord clamping after birth, committee opinion 684. Obstet Gynecol . 2017;129(1):e5–e10.
8. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborn infants. Pediatrics. 2015;135:948–953.
9. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn. Umbilical cord care in the newborn infant. Pediatrics. 2016;138(3).
10. Gras-Le-Guen C, Caille A, Launay E, et al. Dry care versus antiseptics for umbilical cord care: a cluster randomized trial. Pediatrics. 2016;139(1).
11. Stewart D, Benitz W, et al. Umbilical cord care in the newborn infant. Pediatrics. 2016;138(3).