



**NOMBRE DEL ALUMNA:**

**DULCE FLOR HERNANDEZ DIAZ**

**NOMBRE DEL PROFESOR:**

**NANCY DOMÍNGUEZ TORRES**

**NOMBRE DEL TRABAJO: VALORACION FISICA CEFALOCAUDAL**

**MATERIA:**

**ENFERMERIA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE**

**GRADO:**

**5TO. CUATRIMESTRE**

**GRUPO: "A"**

Pichucalco, Chiapas a 11 de marzo de 2021

## INTRODUCCIÓN

Cefalocaudal hace referencia a una orientación anatómica que va desde la cabeza hasta los pies. El Examen Físico es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, y esfigmomanómetro entre los más utilizados.

### **Métodos para el Examen Físico.**

El Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

**Inspección:** Es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y fauces.

**Palpación:** Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión y estereognosico de las manos.

**Percusión:** Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.

**Auscultación:** Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

## INDICE

INTRODUCCIÓN .....	3
RECIEN NACIDO .....	5
<b>OBJETIVO</b> .....	<b>6</b>
<b>MEDIDAS ANTROPOMETRICAS</b> .....	<b>7</b>
<b>TECNICAS</b> .....	<b>15</b>
LACTANTE .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>OBJETIVO</b> .....	<b>20</b>
<b>MEDIDAS ANTROPOMETRIA</b> .....	<b>¡Error! Marcador no definido.21</b>
<b>PASOS</b> .....	<b>2¡Error! Marcador no definido.</b>
PREESCOLAR .....	<b>¡Error! Marcador no definido.25</b>
<b>OBJETIVO</b> .....	<b>22</b>
<b>ASPECTO GENERAL</b> .....	<b>22</b>
<b>ANTROPOMETRIA</b> .....	<b>24</b>
<b>CONTROL DE SIGNOS VITALES</b> .....	<b>25</b>
ESCOLAR .....	<b>38</b>
<b>MATERIAL</b> .....	
ADOLESCENTE.....	<b>42</b>
<b>EXAMEN FISICO</b> .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>PASOS</b> .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
CONCLUSIÓN .....	<b>¡Error! Marcador no definido.49</b>
FUENTE BIBLIOGRAFICA .....	<b>¡Error! Marcador no definido.50</b>

# RECIEN NACIDO



Se examina al recién nacido por primera vez al nacer, para determinar si se ha llevado a cabo con éxito la transición a la vida extrauterina. Después queda en observación un par de horas, durante las cuales idealmente permanece con su madre. Inmediatamente después de nacimiento verificar la presencia de respiración o llanto, el tono muscular (test de Apgar y test de Silverman) y edad gestacional (método de Capurro) para decidir las intervenciones a aplicar.

#### OBJETIVO

En realidad, el objetivo más importante del examen físico del RN es la evaluación de su adaptación cardiorrespiratoria a la vida extrauterina en los cinco primeros minutos de vida.

#### Realizar contacto piel a piel.

Se aplica cuando la madre y el recién nacido se encuentran en buen estado, consiste en colocar al recién nacido sobre el vientre materno. Con esto se promueve el apego, se fortalece el vínculo afectivo madre – niño.



## Cuidado del cordón umbilical

Se coloca el clamp de 2 a 3 cm de la piel. Mantener el cordón umbilical limpio y seco es tan efectiva en la prevención de onfalitis con el uso de antisépticos como el alcohol y la clorhexidina. Aplicar Vitamina K, 1mg en recién nacidos a término y 0.5 mg en recién nacidos pretérmino, por vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterior de muslo.



## Prevenir infección ocular.

Usar gotas oftálmicas con antibiótico (eritromicina, tetraciclina, gentamicina, sulfacetamida sódica, etc.), aplicando una gota en cada saco conjuntival.



## **Medidas antropométricas**

Además de las medidas de peso y talla, las medidas de la circunferencia del brazo, tórax, y cabeza del niño pueden indicar el estado nutricional y proporcionar datos sobre el crecimiento y desarrollo. La medición de la circunferencia de la cabeza del niño permite una estimación del crecimiento del cerebro, las medidas de la circunferencia del brazo indican el desarrollo muscular y la ingesta de proteínas y calorías.

Equipo especial.

Cinta métrica.



# Técnicas de valoración

## Valoración -valoraciones anormales.

### 1. Medir la circunferencia de la cabeza del niño:

poner al niño en supino. Colocar la cinta métrica en la circunferencia mayor sobre la parte inferior de la frente por parte inferior de la frente por encima de los arcos supra orbitales y sobre el hueso occipital.

- ✓ La circunferencia normal de la cabeza al nacer oscila entre 31 y 37 cm.
- ✓ Al nacer, la circunferencia de la cabeza excede la del tórax en 2,5 cm.
- ✚ En niños de 1 a 2 años la circunferencia de la cabeza es igual a la del tórax.
- ✚ En niños de 3 a 4 años la circunferencia de la cabeza es de 5 a 10 cm menor que la del tórax.

### 2. Medir la circunferencia del tórax del niño:

Poner al niño en supino medir diámetro del tórax en la línea de los pezones.



## VALORACION

3. Medir la circunferencia abdominal del niño: poner al niño en supino, medir la circunferencia abdominal a la altura del ombligo.



## Somatometría

### Peso:

Al nacer, la mayoría de los bebés pesan entre 2,7 y 3,8 kg. En los primeros días puede perder entre 5% a 10% de su peso debido a la pérdida de líquidos, esta pérdida es normal; y recuperan después de una semana aproximadamente. Después de unos días tienen ganancias de peso entre 150 y 210 gr a la semana durante seis meses.



### Talla:

La estatura media es de 50 cm, las niñas son más pequeñas que los niños. Las medidas se toman con él bebé recostado.



## Técnicas de valoración

Valoración -valoraciones anormales. Perímetro cefálico y torácico.

### 4. Medir la circunferencia de la cabeza del niño:

poner al niño en supino. Colocar la cinta métrica en la circunferencia mayor sobre la parte inferior de la frente por parte inferior de la frente por encima de los arcos supra orbitales y sobre el hueso occipital.

- ✓ La circunferencia normal de la cabeza al nacer oscila entre 31 y 37 cm.
- ✓ Al nacer, la circunferencia de la cabeza excede la del tórax en 2,5 cm.
- ✚ En niños de 1 a 2 años la circunferencia de la cabeza es igual a la del tórax.
- ✚ En niños de 3 a 4 años la circunferencia de la cabeza es de 5 a 10 cm menor que la del tórax.

### 5. Medir la circunferencia del tórax del niño:

Poner al niño en supino medir diámetro del tórax en la línea de los pezones.



1. Medir la circunferencia abdominal del niño: poner al niño en supino, medir la circunferencia abdominal a la altura del ombligo.



Valoración normal, el abdomen en un niño normal es cilíndrico.

Desviación de la normalidad: una cabeza grande puede indicar anomalías congénitas o hidrocefalia.

Una cabeza pequeña puede indicar subdesarrollo.

Los signos vitales se miden para determinar el estado de salud normal de un cliente o para determinar la respuesta al estrés fisiológico o psicológico. Los signos vitales se miden como parte de una valoración física completa, pero pueden medirse separadamente como una forma rápida de revisar el estado del cliente o identificar un problema.

## Exploración al recién nacido.

A todos los recién nacidos se les debe aplicar dentro de las 72 horas de vida una exploración física completa que permita encontrar la mayoría de las malformaciones y otras anomalías.

La inspección de la piel puede dar una idea de la EG del recién nacido.

- **RN pretérmino:** La piel es delgada y suave, y es posible que este recubierta por un bello escaso y fino denominado lanugo, que le confiere protección térmica y que desaparece en unas semanas.
- **Recién nacido a término:** La piel tiene mayor espesor y está cubierta por el vernix caseoso (especie de crema blanduzca, con misión protectora).
- **RN postérmino:** La piel tiene un aspecto descamado y apergaminado. la descamación de las palmas y plantas es habitual.

## Cráneo

El cráneo puede aparecer moldeado debido al paso a través del canal de parto, pero recupera su forma normal en 1 semana.

Es necesario valorar también la permeabilidad de las fontanelas y su tamaño, ya que una de las fontanelas anormalmente grandes o retrasadas en su cierre pueden deberse a otras causas, como hidrocefalia, hipotiroidismo, acondroplasia o rubeola congénita.



Es frecuente sobre todo en los RN pretérmino palpar a nivel de los parietales unas áreas de reblandecimiento óseo, que corresponden a la denominada craneotabes fisiológica.

En el parto traumático, se puede observar lesiones como el caput succedaneu, cefalohematoma, así como fracturas, que suelen ser lineales.

## Cara.

Debe valorarse la simetría facial para descartar cuadros como parálisis facial o bien la hipoplasia del musculo depresor del ángulo de la boca. La presencia de petequias o pequeñas hemorragias conjuntivales es normal, sobre todo en partos vaginales. A nivel de la boca hay que comprobar la integridad del paladar. es posible encontrar perlas de epstein (quistes blanquecinos y amarillentos que se forman en las encías y paladar); así mismo.

## Cuello.

Es necesario descartar la presencia de masas cervicales (medial y lateral); también verificar la simetría, la piel redundante en el cuello y las alteraciones en la forma (cuello corto y fino) sugieren linfedema intrauterino o síndrome de down.

Además, en el cuello se han de palpar las clavículas, dado que es el hueso que más se fractura en un parto traumático.

## Tórax.

A la inspección puede observarse una discreta congestión mamaria debida al paso transplacentario de estrógenos maternos, incluso puede aparecer una pequeña secreción láctea. La auscultación cardiopulmonar es importante para detectar algunas patologías cardíacas.

A la inspección se observará simetría y la **frecuencia respiratoria entre 30 y 60 respiraciones por minuto**, la respiración suele ser abdominal con movimientos toraco-abdominales simétricos.

La **frecuencia cardíaca debe oscilar entre 100 y 160 latidos por minuto**; debe ser regular y sin soplos.



## Abdomen.

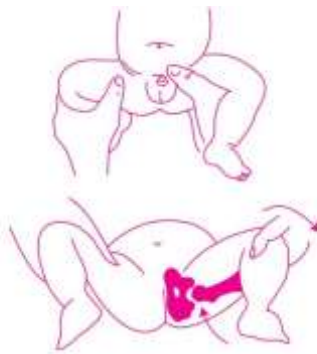
La palpación del abdomen permite descartar la presencia de masas o visceromegalias. Es importante fijarse en el ombligo; el cordón umbilical de un niño sano tiene dos arterias y una vena, dos vestigios y la gelatina de wharton. El cordón umbilical se desprende en los primeros 15 días.



## Extremidades.

En miembros superiores debemos valorar movimientos simétricos.

Es importante descartar la luxación congénita de cadera mediante las maniobras de Barlow que busca comprobar la luxabilidad de una cadera y de ortolani (trata de reducir una cadera luxada)..



## Ano y recto.

Debe ubicarse en la línea media y se debe comprobar su permeabilidad.

## Genitales externos

En el recién nacido de sexo masculino inspeccionaremos el pene (presencia de fimosis). El meato urinario debe ubicarse en el extremo distal del pene, lo cual es revisado con la retracción del prepucio. Así mismo, los testículos deben encontrarse en las bolsas escrotales o palparse en los conductos inguinales; de no ser así estaremos hablando de criptorquidia.



En el sexo femenino, se evaluará la presencia de clítoris, labios mayores y menores. Los labios mayores deben extenderse cubriendo a los labios menores, que a su vez deben estar bien formados.

## Reflejos.

Los reflejos en los recién nacidos son respuestas inconscientes, involuntarios del sistema nervioso ante los estímulos externos e internos. Los reflejos que normalmente tienen los recién nacidos son el reflejo de búsqueda, de succión, el reflejo de moro, de prensión palmar, reflejo plantar, tónico de cuello, del paso y el reflejo de babinski.

# LACTANTE



El Lactante.

LACTANTES 1 MES – 2 AÑOS

Se define la etapa del lactante aquella que se inicia a los 28 días de vida del niño y finaliza a los 2 años de edad. Se caracteriza por un acelerado ritmo del crecimiento y de las habilidades psicomotrices. Y se subdivide en:

- **Lactante Menor:** de los 28 días hasta los 12 meses.
- **Lactante Mayor:** de los 12 meses hasta los 24 meses.

### Lactante menor



#### Posición:

Si aún no se sienta: **supino o prono**

Si se sienta solo: **sentado**

Prefiere la proximidad de la madre

#### Secuencia:

Cefalo – caudal.

Palpar abdomen cuando esté tranquilo.

Operaciones traumáticas al final.

## Lactante Mayor



### Posición:

Sentado o de pie, prono o supino  
Prefiere la proximidad de la madre.

### Secuencia:

Contacto mínimo al principio  
Céfalo caudal  
Operaciones traumáticas al final

### Este período se caracteriza por:

- Un acelerado ritmo del crecimiento y de la maduración de los principales sistemas del organismo.
- Desarrollo de habilidades que le permiten al lactante responder al entorno.
- El perfeccionamiento de las capacidades motoras gruesas y finas.



## Antropometría

Peso - talla - perímetro cefálico.

Aspecto general: coloración de la piel y las mucosas; cantidad y distribución del tejido celular subcutáneo y el pelo; uñas; músculos y articulaciones en general; forma, longitud y tamaño de las extremidades; posición preferencial del niño.

Piel: evaluar y documentar cambios en la piel.

Cabeza y cuello:

Evaluar suturas y fontanela anterior (registrar el tamaño y sus características). Evaluar los medios transparentes del ojo (reflejo rojo). Descartar rasgos genéticos menores (Hipertelorismo, implantación bajo de las orejas, etc.).

Boca: descartar muguet.

Aparato respiratorio:

Inspección, palpación, percusión y auscultación. Valor normal de Frecuencia respiratoria: 20-40 por minuto.

Aparato cardiovascular:

Inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales. Lo más importante es constatar que estén presentes. Valor normal de frecuencia cardiaca: 120-140 por minuto.

#### Abdomen:

Inspección, palpación, percusión y auscultación. El hígado, bazo y riñones (maniobra de peloteo renal) suelen ser palpables en los lactantes, pero con tamaño, forma y consistencia conservada. Buscar masas abdominales y explorar posibles orificios herniarios.

#### Genitourinario:

Observar genitales externos, evaluar tamaño y pigmentación. Constatar y registrar en la historia clínica la presencia de testículos en bolsas

#### Neuromuscular:

Evaluar motilidad activa y pasiva, postura de la cabeza con respecto al cuerpo, tonicidad de los músculos, principalmente de los miembros. Evaluar Babinski.

#### Osteoarticular:

observar alineación del raquis especialmente cuando el niño comienza a sentarse y simetría de los miembros. Observar la posición de los pies en reposo y la correcta alineación de estos en relación con las rodillas.

**Evaluar las caderas:** para la detección de displasia congénita y verificar la correcta abducción de ambas caderas.

**Motor grueso:** Los reflejos arcaicos han desaparecido, acompaña con la cabeza al sentarlo, puede rolar, comienza a mantener el peso de su cuerpo al tenerlo de pie, hace el "saltarín". **Motor fino:** Intenta tomar pequeños objetos con las manos.

La toma entre los dedos y la palma lleva objetos a la boca y los transfiere de una mano a la otra.

Lenguaje: Comienza a usar consonantes (dada, baba), vocaliza recíprocamente, da gritos, gira la cabeza hacia las voces conocidas, comienza a imitar sonidos.  
Socio-adaptativo: Sonríe al contacto social, se ríe con carcajadas, muestra preferencia por sus padres, puede ponerse molesto cuando los padres desaparecen de su vista.

## HEMODINÁMICO

1. Cianosis, perfusión periférica, relleno capilar.
2. Frémito, pulsos periféricos.
3. Tonos cardíacos, soplos.

## CABEZA Y CUELLO

Fontanelas, suturas, cadenas ganglionares, tumoraciones, ingurgitación, perímetro craneal.

## RESPIRATORIO

1. Asimetrías, signos de distrés (Silverman)
2. Entrada de aire, murmullo vesicular, ruidos añadidos (sibilancias, crepitantes, roncus, ruidos de vías aéreas superiores).



## ABDOMEN

1. Distensión abdominal.
2. Timpanismo, matidez
3. Masas, megalias, signos de irritación, asociar gestos y constantes a la exploración
4. RHA
5. Tacto rectal

## ORAL

Otoscopia: pabellón auricular, CAE, membrana timpánica Orofaringe: coloración, enantemas, mucosa oral Rinoscopia: mucosidad, edema mucoso, hiperemia mucosa.

## LOCOMOTOR

Postura, extremidades, articulaciones, deambulación.

## GENITAL

- Femenino: labios mayores y menores sinequias
- Masculino: Testículos, escroto, pene (hipospadias, epispadias, fimosis).

## SISTEMA NERVIOSO

Fontanela, actividad y reactividad, llanto, tono muscular, irritabilidad, decaimiento.

# PREESCOLAR



PREESCOLAR

Se define como el conjunto de técnicas de exploración clínica, que, sumado a una observación minuciosa y ordenada, dará cuenta del estado de normalidad de salud que presenta el niño. Es un procedimiento indoloro, que requiere de una preparación psicológica del niño.

#### 1.- Aspecto General - Inspección Visual del niño

Grado de conciencia: Apatía, somnolencia, estupor, inconsciencia.

Nivel de actividad: Cooperador, cansado, pasivo, irritable.

- Posición: Decúbito, prono, marcha.
- Facie: observar expresión y configuración de la cara (dolor, temor).
- Estado Nutritivo: Enflaquecido, obeso.
- Higiene personal: Limpio, desaseado.

#### 2.- Piel y fanéreos; Inspección y palpación de la piel y turgencia cutánea.

- Textura de la piel: áspera, suave, color (pálidez, ictericia), eritema, cianosis, pigmentación, turgor, elasticidad, signo del pliegue, edema, humedad, temperatura.
- Lesiones cutáneas: Petequias, equímosis, picaduras, escaras, cicatrices, descamación, estrías, circulación colateral, angiomas, vitiligo, cicatriz BCG.
- Uñas: color, flexibilidad, forma, textura, higiene.
- Pelo: distribución, color, textura, signos carenciales, condiciones higiénicas, infestación.

### 3.- Sistema Linfático – Inspección y palpación

Palpar ganglios consistencia, sensibilidad, ubicación.

Las adenopatías, se definen como un aumento del tamaño de un ganglio, cuando éste supera los 10 mm de diámetro mayor, a excepción de los ganglios de ubicación epitrocLEAR mayor a 15 mm, esta definición también se estima válida para Recién Nacidos.

Básicamente existen dos formas por las cuales un ganglio aumenta su tamaño:

1. Por aumento de células intrínsecas del ganglio, que generalmente corresponden a respuestas normales frente a estímulos antigénicos o bien aparecen en forma autónoma (linfoma).

2. Por invasión de células extrínsecas al ganglio, tales como:

células metastásicas, histiocitos, neutrófilos.

Se describen ciertas ubicaciones, donde las adenopatías serían signo de peor pronóstico, por ser sitio frecuente de presentación de patología maligna, pero a su vez resumen gran cantidad de enfermedades graves tratables. Estas adenopatías son las siguientes: preauriculares, parotídeas, cervicales del triángulo ínfero-posterior, supraclaviculares y, dentro de las no palpables, las abdominales y mediastínicas.

## Cráneo – Inspección, palpación

- Simetría, tamaño, consistencia.
- Suturas, cabalgadas, separadas
- Fontanelas: dimensión, tensión.
- Cara: Palpación, inspección, comprende la valoración de:
  - o Ojos : tamaño, forma, color, movimiento, simetría. •
  - o Párpados : Posición (ptosis, pseudoptosis), cierre, tamaño.
  - o Aparato lagrimal : Posición, permeabilidad, infección.
  - o Pestañas : Posición y presencia o ausencia de infección.
  - o Globo ocular : Volumen (enofalmo, exofalmo), movilidad, estrabismo
  - o Orbita : Posición (firme, hundido)
  - o Escleras : Color, presencia de ictericia o hemorragia •
  - o Córneas : Transparencia, irritación
  - o Pupilas : Forma, tamaño, movimiento, reflejo foto motor, coloración (ictericia, hemorragia)
  - o Iris : Tamaño, color.
- Nariz : Forma, tabique nasal, secreción, aleteo
- Cavidad Bucal : Forma, permeabilidad, color de labios, indemidad, halitosis
  - o Encías : Coloración, indemidad, erupción
  - o Dientes : N° y disposición, caries, y oclusión, esmalte
  - o Paladar y velo : Ojival y hendiduras palatinas
  - o Lengua : Tamaño, color, hidratación, simetría, movilidad, aspecto
- Oídos : inspección, palpación
- Pabellones : Forma, implantación, simetría.
- Conducto auditivo externo : Inflamación, secreción, aspecto del tímpano.

## Cardiovascular:

Inspección, palpación, percusión, auscultación, perfusión distal, forma de dedos y pulsos radial y femoral (sus características), presión arterial.

## Abdomen:

Inspección, auscultación, percusión y palpación. Forma, movimientos, simetría, tamaño, distribución pilosa, sensibilidad, tonicidad muscular, circulación colateral, hernias, cicatrices.

- Ombligo : Onfalitis, onfalorragia, granuloma, hernias, estado higiénico.
- Hígado y bazo : Límites, consistencia
- Vejiga : palpación

## Genito anal:

Inspección, palpación.

- Masculino : Pene (forma, tamaño, higiene, retracción de prepucio, orificio uretral (secreción, hipospadia, epispadia)
  - o Conducto inguinal : Hernias y quistes
  - o Escroto : Palpación, presencia de testículo, hernias, hidrocele, masas, color
  - o Testículos : Forma, tamaño, consistencia, ubicación.
- Femenino : Vulva, labios, clítoris, higiene
- Ano : Permeabilidad, fisura, prolapso, malformación
- Depositiones y orina : Frecuencia, características.

Columna: Posición, movilidad, curvaturas, sensibilidad.

**Extremidades:**

Movilidad, tonicidad, reflejos, sensibilidad

- Articulaciones: Grado de movilidad, luxación (caderas)
- Pies: Forma, pisada, arcos plantares.

**Antropometría:**

- Peso
- Talla
- Perímetro Craneano
- Perímetro Torácico
- Perímetro Abdominal

**VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA**

Técnica semiológica de primer orden que permite medir dimensiones corporales, observar las velocidades de crecimiento de los diferentes parámetros, establecer proporciones corporales, apreciar el grado de desarrollo alcanzado y ubicar al niño dentro de un marco de referencia de normalidad.

## 1.- Peso:

El peso corporal, es el indicador más utilizado para apreciar el estado nutricional y el crecimiento de la masa corporal, porque suma todos los elementos que intervienen en el crecimiento del tamaño. El elemento usado es la balanza, de preferencia la de brazo de palanca. Para el niño menor de 4 años debe preferirse la balanza para lactantes (acostado o sentado), con tope de 16 Kgrs. e intervalo de 5 grs. Sobre este peso deben usarse balanzas para niño mayor (de pie), teniendo en cuenta su menor precisión y sus intervalos de 100 a 250 grs. El niño debe pesarse preferentemente desnudo o con un mínimo de ropa.

## 2.- Talla:

Longitud total del cuerpo, desde el vértice del cráneo hasta la planta de los pies. Se mide de pie cuando el niño puede adoptar esta posición en forma correcta (2 a 3 años). En el niño menor de 2 años la posición decúbito dorsal es la más adecuada. El instrumento es un Antropómetro que, para la longitud o talla acostado, es una tabla horizontal con una cinta en sus bordes. La cabeza se apoya sobre un extremo vertical fijo y la planta de los pies en una tabla movable que marca la medida en la cinta métrica. Debe mantenerse la cabeza firmemente apoyada y evitar la flexión de las rodillas, por lo que se requiere de 2 personas.

- Talla de pie: El Antropómetro debe estar perfectamente vertical y su estructura móvil horizontal. La posición del niño es muy importante: talones juntos, puntas separadas en 45°. Apoyo contra el instrumento de talones, glúteos, hombros y cabeza. Mirada dirigida horizontal al eje del cuerpo, posición erguida al máximo, sin despegar los talones del suelo, procurando deshacer una hiperlordosis. Debe



tenerse presente que la talla acostado es 1 cm. superior a la de pie y que la talla de la mañana es superior en igual medida a la de la tarde.

### 3.- Perímetro Cefálico:

Su importancia reside en que a través de éste es posible estimar el crecimiento del cerebro. El instrumento usado es una cinta métrica metálica, flexible, o bien plástica no deformable. La técnica consiste en aplicar la cinta sobre las protuberancias frontales y occipital. El dedo medio de la mano izquierda del operador debe conservar fija la cinta en la protuberancia occipital y el pulgar, el extremo proximal sobre la región parietal derecha. La mano derecha contornea la cabeza con el resto de la cinta, aplicándola sobre las protuberancias frontales, hasta juntarla con el extremo que sostiene el pulgar izquierdo. En todo caso deben medirse los perímetros máximos del cráneo, eliminando lo más posible el espesor del pelo.

### Espesor del pliegue cutáneo:

Expresa esencialmente la cantidad de tejido adiposo subcutáneo y, por ende, la situación nutricional en términos de grasa acumulada o depósitos grasos. El instrumento es el calibrador de espesor de pliegues cutáneos. Se miden de preferencia los pliegues subescapular (a la altura del vértice de la escápula izquierda ) y el retro tricípital (cara posterior del brazo izquierdo, en el punto medio entre el Acromion y el Olécranon ).

## CONTROL DE SIGNOS VITALES EN EL NIÑO

Es un procedimiento por el cual se conoce: la temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial del niño, que dará cuenta de la situación de salud o morbilidad que tiene el niño en un momento dado.

### 1.- Temperatura

La temperatura corporal se mantiene en circunstancias normales, dentro de unos límites muy estrechos prácticamente constante. En los lactantes y niños pequeños los mecanismos que regulan la temperatura no están bien desarrollados y pueden producirse variaciones importantes de la temperatura en un día. Hay factores ambientales y del propio niño que hacen variar la temperatura, ejemplo la capacidad de escalofríos de los músculos (que aumenta con la madurez del niño); cantidad de tejido adiposo; actividad intensa (ej. llanto).

#### Procedimiento:

Verificar que la columna de mercurio esté bajo 35° Seleccionar el lugar en que se va a medir la temperatura. En lactantes se recomienda la temperatura axilar y rectal, y en los niños mayores, de preferencia la axilar. Limpiar y secar la superficie cutánea que estará en contacto con el termómetro, para lo cual se debe retirar la ropa del brazo seleccionado o la muda. Si el control es axilar, poner en contacto el bulbo del termómetro con la piel del niño. En lactantes el termómetro se colocará en forma paralela al cuerpo del niño, y en niños mayores se hará en forma perpendicular el termómetro, se debe mantener por un tiempo de 5 minutos) Si la temperatura es rectal se coloca al niño en posición supina, con las rodillas flexionadas hacia el abdomen el RN se coloca en decúbito lateral, visualizando el área de la región anal.

Luego se introduce suavemente el bulbo, manteniendo la posición hasta completar un tiempo de 1 a 2 minutos.

#### Rangos de Temperatura Axilar Grados Celsius

Edad 0 - 28 Días 29 Días y más

Normal 36,6 - 36,9 36,0 - 36,9

Hipotermia Menor de 36,6 Menor de 36,0

Sub - Febril 37,0 37,0 - 37.5

Febril 37,5 y más 37,6 y más

Los 38,5 °C de temperatura, es el límite de riesgo en niños menores de 1 año por la posibilidad de convulsionar que tienen, dado por la inmadurez del SNC.

#### 2.- Frecuencia Cardíaca

El pulso o frecuencia cardíaca (FC), es consecuencia de la expansión y aumento de la tensión que experimentan las arterias sincrónicamente con los latidos cardíacos. Mediante el control de la FC se pueden determinar algunos trastornos cardiovasculares. La frecuencia cardíaca varía con la edad del niño; es así como tenemos que el RN tiene un promedio de 140 latidos por minuto, un lactante de 1 año alrededor de 110 latidos por minuto, y un preescolar 90 por minuto aproximadamente.

La frecuencia cardíaca normal varía en las diferentes edades:

Edad Promedio Frecuencia Cardiaca por Minuto

RN 140

Lactante menor 120

2 - 5 años 105

6 - 10 años 95

## Procedimiento

- En la valoración de Enfermería, siempre es importante consignar si hay historia familiar o del niño de cardiopatías, si hay fiebre o si el niño está recibiendo algún medicamento.
- Brindar un ambiente tranquilo.
- En niños menores de 2 años, el lugar más apropiado para medir el pulso es la región apical, que en los menores de 7 años se encontrará en el 4º espacio intercostal y en los mayores de 7 años en el 5º espacio intercostal, y más hacia lateral. El tiempo de auscultación debe ser 1 minuto completo.
- En niños mayores y en los que no haya dificultad para ubicar y palpar la arteria radial, ni tampoco exista alguna cardiopatía, se puede medir el pulso radial utilizando el dedo índice y medio de una misma mano.

## 3.- Frecuencia Respiratoria

La frecuencia respiratoria (FR) es la valoración externa de la ventilación o del intercambio gaseoso pulmonar. La respiración en los lactantes es prácticamente abdominal exclusiva, ya que la fuerza de los músculos intercostales poco desarrollados a esta edad es casi nula. Luego será toracoabdominal en el niño pequeño, para finalmente ser torácica en el niño mayor. El ritmo respiratorio está regulado por la presión parcial de O<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub> en la sangre. La regulación nerviosa está dada por el centro respiratorio, situado en el hipotálamo (sensible a aumento de CO<sub>2</sub>) y una regulación por quimiorreceptores (corpúsculos aórticos carotídeos, sensibles a disminución de O<sub>2</sub>).

La frecuencia respiratoria normal varía en las diferentes edades:

Edad Promedio Frecuencia Respiratoria por Minuto

RN 40 - 60

Lactante menor 30 - 40

2 - 5 años 20 - 30

6 - 10 años 16 - 20

## Procedimiento

- En lactantes y niños pequeños, la evaluación se podrá hacer mediante el uso del estetoscopio o en forma manual, colocando los dedos o una mano debajo del apéndice xifoides del niño, de tal manera que se puedan sentir las elevaciones en cada inspiración.
- Evaluar la frecuencia respiratoria en un minuto, por lo irregular de su ritmo sobre todo en lactantes y niños pequeños.
- Observar además otros aspectos de la respiración como profundidad y ritmo.

**ESCOLAR**

La evaluación física es un proceso continuo que comienza haciendo uso de la inspección u observación, según la edad del niño y las alteraciones para ser tratadas en forma oportuna. Tenemos que tener presente que el escolar es un ser humano que se va convirtiendo en un enérgico y complicado individuo con capacidad para comunicarse, conceptuar de forma limitada y desarrollar conductas psicomotrices y sociales complejas.

### Objetivo

Establecer una relación terapéutica con el escolar. Valorar las características anatómico fisiológica del escolar. detectar precozmente alteraciones en los órganos y sistemas.

### Equipo y material:

- Balanza
- Cinta métrica
- Linterna de bolsillo, martillo
- Material para el examen de agudeza visual, agudeza auditiva, de cavidad oral.
- Termómetro
- Tensiómetro
- Reloj con segundero
- Torundas de algodón y alcohol
- Camilla

## Procedimiento

Realizar el lavado de manos.

preparar un ambiente cerrado con temperatura adecuada, sin corrientes de aire e iluminado.

Preparar el equipo necesario para el examen físico.

Comunicar al escolar el procedimiento.

Pedir al niño que se siente y que se desvista.

Impresión general observar la apariencia física estado nutricional, conducta, personalidad, forma de relaciones con sus padres, nivel de colaboraciones, estado emocional, higiene, postura, lenguaje.

Controlar los signos vitales y antropometría valorar en forma cefalocaudal empezando por piel y anexos: color, textura, turgencia, erupciones, uñas, cabello.

Ganglios linfáticos: tamaño, movilidad, temperatura, sensibilidad.

Cabeza y cuello: cabeza, cara, ojos, orejas, nariz, boca y cuello.

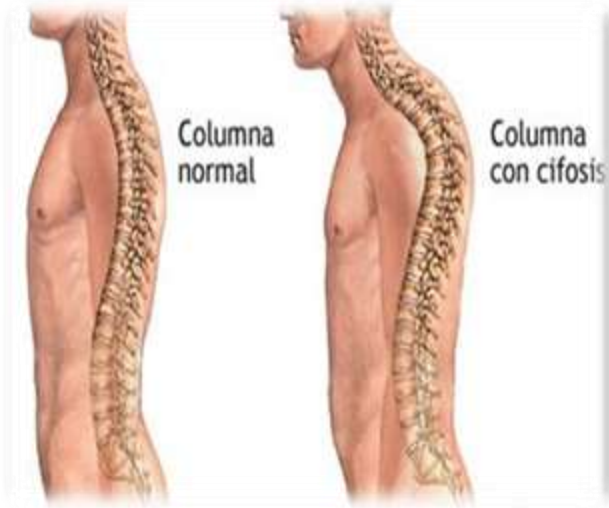
Sistema cardiorrespiratorio: observar simetrías tumoraciones, retracciones y haciendo uso del estetoscopio auscultar auscultar campos pulmonares, murmullos vesiculares, bronco vesiculares y el corazón ruidos cardiacos.

Sistema gastrointestinal: dividir en aéreas topográficas el abdomen y observar formas y consistencias, hígado y bazo, además ruidos hidroaerreo.

Columna vertebral: escoliosis, lordosis, cifosis.



Miembros superiores e inferiores.



Después del procedimiento

Comunicar al escolar y su familiar las alteraciones encontradas de acuerdo a ello se orienta y educa y si es necesario derivar al especialista.

# ADOLESCENTE



## Examen físico

- Respetar el pudor del adolescente.
- Tomar la altura y el peso. El mayor crecimiento ocurre entre los 11 y 13 años en las niñas y entre los 13 y 15 años en los niños.
- Hacer los test visuales y auditivos con los métodos estándares.
- Tomar presión arterial.
- Evaluar el Tanner.
- Examinar si hay ginecomastia en varones; senos asimétricos desarrollados en niñas.
- Investigar la existencia de escoliosis. La prevalencia de la escoliosis está aumentada en las niñas en esta edad cuando el crecimiento ha tenido un pico según la curva de velocidad.
- Valorar la conveniencia de los deportes.
- Examinar tiroides para presencia de bocio.
- Medir el grosor del pliegue cutáneo.
- Examinar los genitales externos. Fracasar, al incluir esto como parte de la rutina del examen físico a través de la niñez y la adolescencia, añaden aprehensión y ansiedad cuando una situación especial requiera de dicho examen.
- Preparar la sensibilidad para un futuro examen pélvico.
- Hacer un examen pélvico en la adolescente que tenga problemas menstruales o haya tenido actividad sexual. Proceda con mucha suavidad si es el primer examen. Pregunte si desea un adulto presente en el momento del examen.
- Investigar sobre el cuidado dental.
- Evaluar la actividad física.
- Enseñarle las técnicas de autoevaluación de senos o testículos.

Tener en cuenta que la evaluación integral del adolescente incluye:

- El estado nutricional
- El examen físico
- El nivel de desarrollo puberal
- El estado de inmunizaciones
- La presencia de factores y conductas de riesgo y factores protectores.
- Debe pesarse al paciente
- Medir la talla
- Realizar la medición de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.

El examen físico debe ser realizado en condiciones de mucho respeto para el adolescente.

Antes del examen físico, es importante disminuir la ansiedad del paciente, explicándole lo que se va a realizar.

Durante el examen debemos informar los hallazgos.

Estado nutricional: Valorar el estado nutricional es muy importante y necesario porque durante la adolescencia se adquiere entre el 40 a 50% del peso final de adulto.

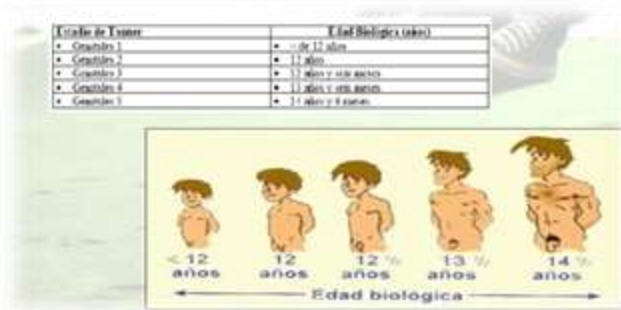
Ocurre el segundo pico de crecimiento acelerado llegando a alcanzarse entre el 15 a 20 % de la talla final de adulto y se alcanza el 50 % de la masa ósea final.

Utilizar medidas antropométricas:

El Índice de Masa Corporal (IMC) para el sexo y edad ( $IMC = P/T^2$ ) Índice talla para edad.

Percentil de IMC de acuerdo a edad y sexo:

- Adelgazado < 85 p
- Sobrepeso  $\geq 85$  p - < 95 p
- Obesidad  $\geq 95$  p



Talla para edad

- 95 P: Talla alta

En un adolescente con  $IMC > 95$  p (obesidad), es importante preguntar sobre factores de riesgo como: sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, actividad física que desarrolla habitualmente.

En antecedentes familiares debemos preguntar sobre enfermedades metabólicas: Diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensión arterial, enfermedad coronaria o accidente cerebro vascular.

- ✓ Debe medirse la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y presión arterial.

El examen debe abarcar la cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros superiores, miembros inferiores y genitales.

- ✓ La piel debe ser evaluada buscando cianosis, ictericia, edemas, presencia de infecciones de piel o lesiones como verrugas vulgares, acné, acantosis nigricans, hirsutismo, huellas cicatrices de cortes (intento de suicidio), tatuajes, etc.

En cabeza es fundamental la evaluación de cara buscando lesiones de acné, oídos para evaluar presencia de tapones de cerumen que alteran la audición y cavidad oral (buscando caries, mal oclusión, gingivitis, sarro dental, etc.).

- En cuello evaluar la tiroides, buscar adenopatías, presencia de tumoraciones.
- Recordar que en adolescente se puede presentar linfoma.

✓ En cuanto al tórax, la evaluación se recomienda hacerla con el torso descubierto para evaluar presencia de acné, dermatomycosis, etc.

Buscar la presencia de ginecomastia.

Hay que diferenciarla de la adipomastia producida por aumento de tejido graso en los obesos. Si es mayor de 2 cm. de tejido subareolar, mirar testículos para descartar hipogonadismo o un tumor testicular, antes de pensar en la situación fisiológica y transitoria habitual

- La auscultación permite apreciar el adecuado pasaje de aire y descartar neumonía, derrame pleural, asma.
- Evaluar los ruidos cardíacos y la presencia de soplos, arritmias, etc.
- Examinar la columna dorsal desnuda, buscando escoliosis , cifosis o hiperlordosis.

✓ En el abdomen en caso de dolor, evaluar tamaño y consistencia del hígado y bazo.

- Una de las neoplasias más frecuentes es la leucemia linfoblástica (hepatomegalia y aumento del bazo).
- Dolor epigástrico en relación a gastritis.
- Evaluar puntos renoureterales : D/C Infección Urinaria
- Dolor en región de fosas iliacas: d/c apendicitis.
- Marco cólico palpable en estreñimiento.
- ✓ En miembros superiores e inferiores buscar si hay:
  - Signos de inflamación articular o alteraciones de las articulaciones.
  - Fenómeno de Raynaud
  - Presencia de gangliones en dorso de muñecas o pie
  - Onicomycosis
  - onicofagia
  - Hiperhidrosis, etc.

En el caso de los varones se debe buscar presencia de varicocele, criptorquidia, fimosis, etc. Desarrollo puberal La evaluación de desarrollo de caracteres sexuales secundarios se hace a través de la Escala de Tanner que se basa en, desarrollo genital (G) y vello púbico (VP).

En cuanto al desarrollo genital contamos con el Orquidómetro de Prader, que es un rosario de cuentas de madera que permite medir el volumen testicular.

- G1: Pre púber (cuando encontramos el volumen < 4cc en el Orquidómetro)
- G2: Inicia el crecimiento testicular (4 –6 cc). Ocurre frecuentemente a los 12 años.

G3: se evidencia un alargamiento del pene y el volumen testicular aumenta entre 6 – 12 CC.  G4: ocurre el ensanchamiento del pene y diferenciación del glande del resto del cuerpo del pene , el volumen testicular alcanza entre 12- 20 CC.

G5: Tipo adulto. Volumen testicular mayor de 20 ml – 25 CC.

- Inspección Y palpación de genitales externos y zona inguinal (fimosis, prepucio redundante, varicocele, hernias), y valoración de lesiones y exudados anormales.

#### INSPECCIÓN PERIANAL:

Si los datos de anamnesis lo aconsejan o se aprecia algún tipo de lesión, es mejor explorar el ano en posición genupectoral, y pidiéndole al paciente que haga la maniobra de Valsalva para poner de manifiesto hemorroides internas o prolapso rectal.

Evaluar columna vertebral:

- Descartar escoliosis, lordosis, cifoscoliosis .

Evaluar simetría del cuerpo.

- Es trascendental el diagnóstico prepuberal de cifosis escoliosis , ya que en el período de crecimiento rápido pueden producirse graves descompensaciones .
- .Inspección de zona lumbosacra en busca de sinus pilonidal, pelotón adiposo o fístula que oculten una espina bífida.

#### SISTEMA NERVIOSO

- Si tenemos en cuenta, que aparte el daño del SNC producido por accidentes y estados de intoxicación por drogas, la patología neurológica más frecuente son las cefaleas vasculares, migrañas y cefaleas psicósomáticas.
- interesa explorar habitualmente: los reflejos superficiales y profundos o pares craneales y la coordinación.
- Fondo de ojo



## CONCLUSION

En resumen, el periodo de recién nacido. La evaluación o examen neonatal son las pruebas que se realizan a los bebés recién nacidos para detectar una amplia variedad de trastornos. Normalmente, las pruebas se realizan usando una muestra de sangre obtenida de un pinchazo en el talón cuando el bebé tiene dos o tres días de nacido. El período de lactante, es la etapa del ciclo vital en que el ser humano tiene los más grandes logros de crecimiento y desarrollo. Esta situación determina en el niño, mayor vulnerabilidad a los factores ambientales y requiere de la presencia de los padres o cuidadores para que lo ayuden a satisfacer sus necesidades.

Es importante conocer las valoraciones de cada etapa del ser humano como lo son los de un recién nacido, lactante, preescolar, escolar y lo que son de adolescente. como cada uno de ellos tiene un objetivo a seguir y los pasos que se debe valorar.

# Bibliografías

1. Manual AMIR enfermería.

2. Manual CTO de medicina y cirugía. Pediatría.

[https://es.wikipedia.org/wiki.](https://es.wikipedia.org/wiki)

4. Ministerio de Salud

4. Catalán, S., Moore, R., Téllez, A., Cifuentes, L. & Valdés, V. (2000).

VALORACION FISICA PATRICIA A. POTTER.

<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1955>

[https://www.researchgate.net/publication/229077426 Enfermeria del nino y adolescente](https://www.researchgate.net/publication/229077426)