



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: Handy Rodríguez Moreno.

TEMA: Aspectos generales del crecimiento y desarrollo, evaluación del crecimiento.

PARCIAL: I.

MATERIA: Enfermería en el cuidado del niño y del adolescente.

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García.

LICENCIATURA: En enfermería.

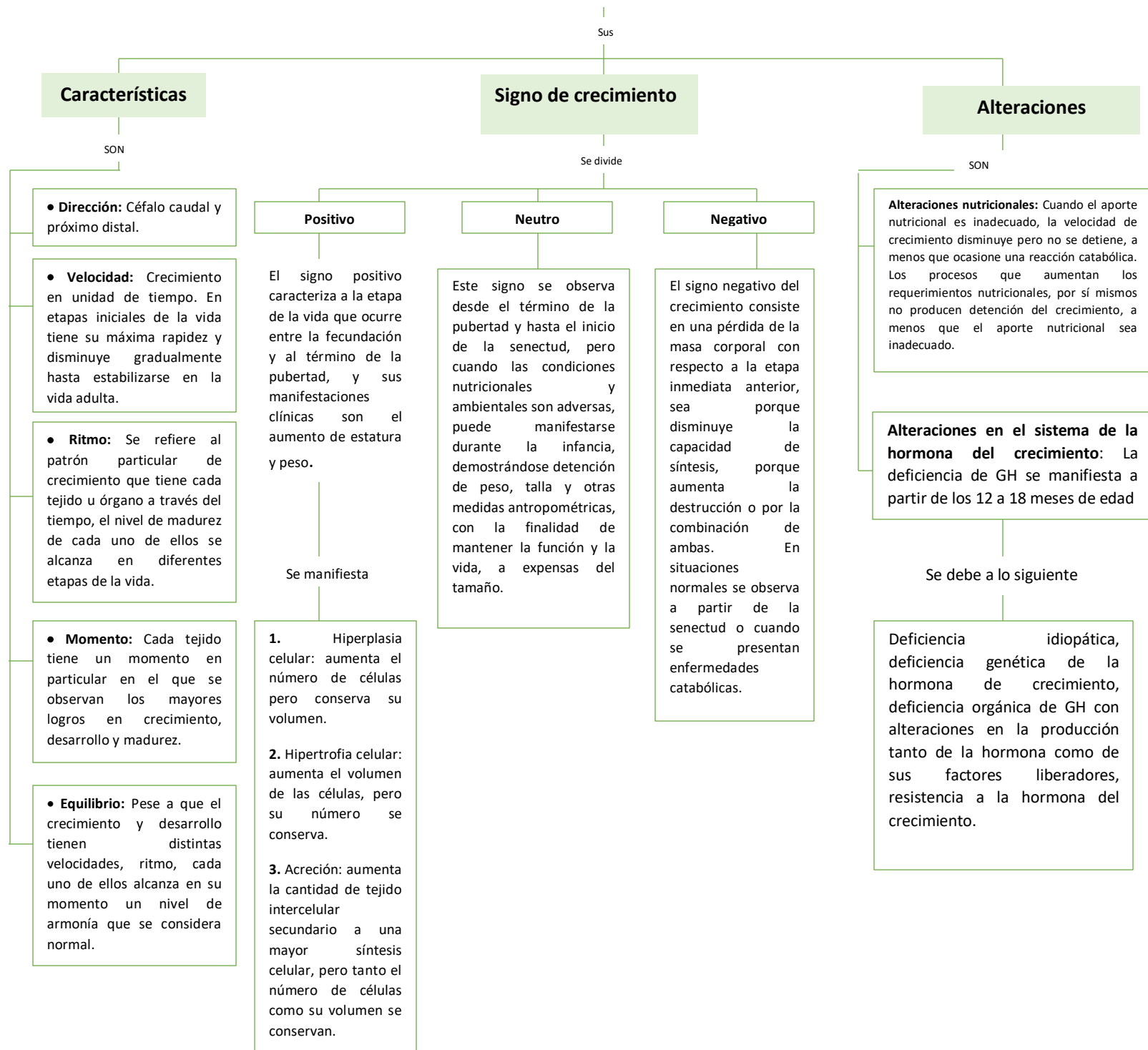
CUATRIMESTRE: 5to cuatrimestre.

UNIDAD I

ASPECTOS GENERALES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Factores que regulan el crecimiento y desarrollo fetal

El desarrollo es la adquisición de funciones con aumento de la complejidad bioquímica y fisiológica a través del tiempo. El crecimiento es sólo la manifestación de la capacidad de síntesis de un organismo y de cada una de sus células.



Factores que regulan el crecimiento y desarrollo

EN

NIÑOS

El crecimiento es resultado de la división celular y de la síntesis de proteínas que se refleja en el aumento del tamaño y peso del niño.

ADOLESCENTES

El crecimiento se refiere al crecimiento total de las dimensiones externas del cuerpo, incluyendo el esqueleto, con excepción de la cabeza y el cuello.

factores

Endógenos

Entre los factores hormonales y de crecimiento se encuentra la hormona de crecimiento. Esta es esencial a partir de los 6 meses, ya que es la responsable del crecimiento en altura y opera junto con otros factores de crecimiento.

Exógenos

Dentro de los factores ambientales se encuentra la nutrición, la situación socioeconómica de la familia y el nivel educacional; todos ellos pueden influir en el crecimiento y afectar negativamente si se ven deteriorados.

Nutrición

La nutrición es el más destacado, ya que una alimentación adecuada es fundamental para favorecer la actividad de los factores hormonales y de crecimiento.

Etapas

Clasificación por edad

Crecimiento del lactante. En los primeros seis meses el lactante crece rápidamente, luego la velocidad de crecimiento disminuye hasta los dos años y después mantienen el ritmo de crecimiento. Para entonces habrá doblado su talla y multiplicado por cuatro su peso.

La edad preescolar entre 3 y 5 años. La velocidad de crecimiento se ralentiza, pero se mantiene constante hasta la pubertad. El niño se hace más esbelto. Se trata de una fase de importante desarrollo físico en el ámbito motor.

El crecimiento en la edad escolar (6 años hasta pubertad). En la etapa escolar se producen adelantos en el desarrollo físico, mental y social. Continúa el ritmo uniforme de crecimiento lento hasta más o menos los 10 años en niñas y los 12 en niños.

El crecimiento de la pubertad Esta fase tumultuosa se caracteriza por una aceleración marcada en la velocidad de crecimiento, así como aparición y maduración de las características sexuales.

Factores

La genética influye directamente en la estatura del niño, es uno de los factores más determinantes, la altura final depende un 60% de los genes que recibe de mamá y papá.

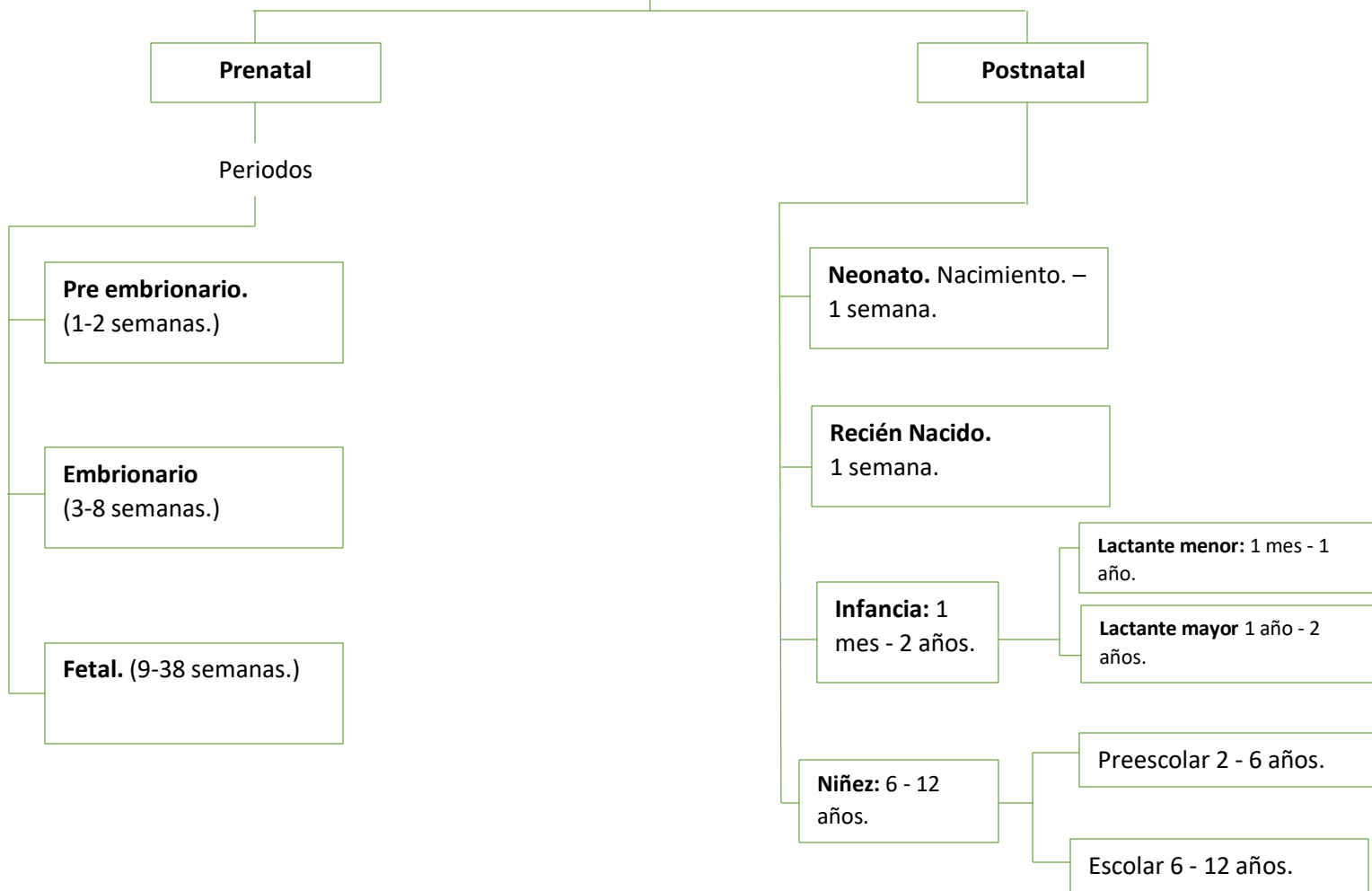
El aspecto nutricional es importante para las funciones fisiológicas, así como para el propio proceso de crecimiento físico; por lo que la subalimentación provocaría alteraciones irreversibles sobre el crecimiento físico y una hiperalimentación ocasionaría condiciones de sobrepeso y obesidad.

Crecimiento

Los niños con carencias afectivas crecen menos que otros niños de su misma edad. El estrés y la ansiedad hacen que su organismo segregue grandes cantidades de somatostatina, una hormona que inhibe la liberación de la hormona del crecimiento por lo que afecta a su altura.

Periodos de crecimiento post- natal

Fases del desarrollo



Conceptos de maduración

Se conoce maduración es el proceso mediante el cual atraviesa cualquier ser vivo que crece y se desarrolla hasta llegar a su punto de máxima plenitud.

Tipos

Maduración dentaria

El desarrollo dentario u odontogénesis es un conjunto de procesos complejos que permiten la erupción de los dientes debido a la modificación histológica y funcional de células totipotentes o totipotenciales.

Tipos

Dientes de leche: los dientes de leche o deciduos, comienzan su desarrollo entre la sexta y octava semanas de desarrollo, en el útero.

Dentición permanente empieza su formación en la vigésima semana. Si este desarrollo no se inicia en el lapso prefijado, la odontogénesis es parcial e imperfecta.

Maduración sexual

La madurez sexual es la edad o el momento en el cual un organismo obtiene la capacidad para llevar a cabo la reproducción. Es a veces considerado sinónimo de la adultez a pesar de ser dos conceptos distintos.

Características sexuales secundarias

Por ejemplo, antes de la pubertad, todos los niños de la especie humana tienen pechos planos, pero luego los individuos femeninos desarrollan senos mientras que los masculinos no; siendo ejemplo efectivo de un dimorfismo sexual, donde el individuo masculino difiere de alguna manera del femenino más allá de la mera producción de células sexuales masculinas o femeninas respectivamente.

Madurez sexual

Es posible que ciertos organismos se vuelvan infértiles o incluso cambien de sexo. Algunos organismos son hermafroditas, cuya denominación para un individuo humano es intersexual, y pueden o no producir descendencia viable. También, mientras que en muchos organismos la madurez sexual está vinculada a la edad, muchos otros factores están involucrados y es posible para algunos desarrollar la mayoría o todas las características de la forma adulta sin ser de hecho sexualmente maduros. En la situación contraria, es posible incluso para los organismos en su forma madurez reproducirse.

Maduración psicomotriz

El desarrollo constituye un proceso continuo desde la concepción hasta la madurez. No debe entenderse simplemente como la presentación sucesiva de acontecimientos importantes.

Etapas

- Etapa verbal-cognitiva o desarrollo de la coordinación gruesa.
- Etapa motora o desarrollo de la coordinación fina.
- Etapa autónoma o desarrollo de la disponibilidad variable.

Bases neurológicas de la maduración psicomotriz el tono muscular:

Es definido por Barraquera Bordas como "un estado de tensión permanente de los músculos" de origen esencialmente reflejo, variable, cuya misión fundamental tiende al ajuste de las posturas locales y de la actividad general, y dentro del cual es posible distinguir de forma semiológica diferentes propiedades".

Maduración ósea

Se determina por el grado de mineralización de los huesos der la mano y muñeca.

Métodos de estudio

El primero es el más ampliamente aceptado por su sencillez y se basa en la comparación del grado de madurez de los centros de osificación con su estándar para la edad.

El segundo, requiere más tiempo para su realización y se basa en la aplicación de puntuaciones o "scores" de madurez en los diferentes huesos de la mano y muñeca.

Existen también métodos automáticos como el CASAS poco implantados en la actualidad en la práctica clínica. Su ventaja fundamental estriba en la eliminación de la variación interindividual, descrita en los métodos manuales habituales.

Proceso de osificación

Primero

Al nacimiento, todas las diáfisis deben estar osificadas mientras que la mayoría de las epífisis son cartilaginosas.

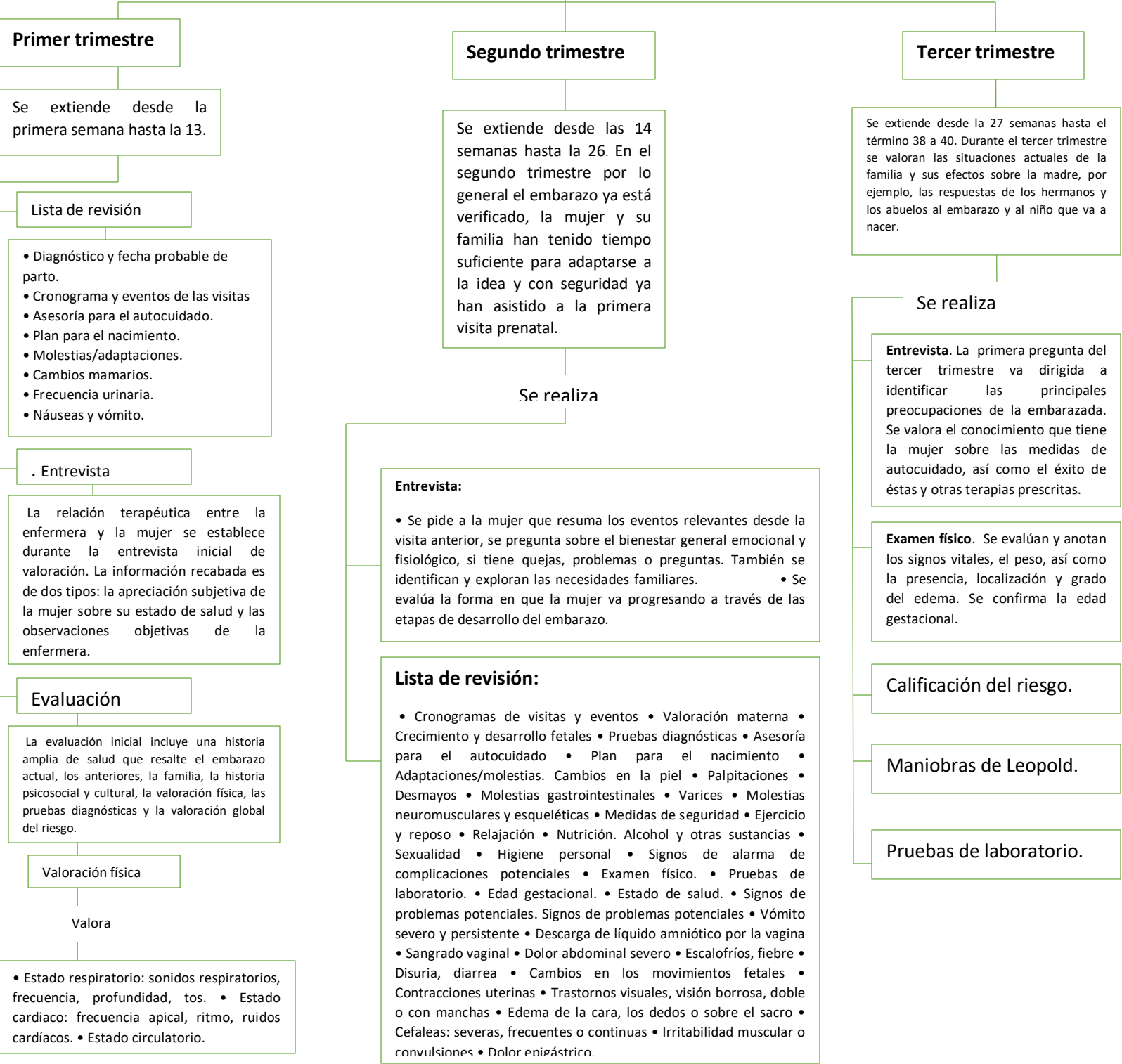
Después

Posteriormente, tras el nacimiento, las epífisis comienzan a osificarse siguiendo un patrón bastante predecible hasta la edad adulta, pero influenciado por diversos factores genéticos, ambientales, socioeconómicos y hormonales, entre otros.

Valoración del embarazo

Comienza con la primera visita en que la mujer busca atención en salud porque sospecha estar embarazada y prosigue a lo largo de todo el periodo prenatal.

Se divide



Valoración de enfermería en el niño

La valoración pediátrica es difícil porque requiere conocimientos acerca del desarrollo normal y anormal de los niños, y habilidades específicas en la valoración de los pacientes.

Tipos

La valoración clásica

Tiene el propósito de establecer el diagnóstico específico, lo que puede llevar mucho tiempo en una situación en la que la falta de optimización puede tener consecuencias de vida o muerte.

La valoración inicial

Es un proceso diferente al del diagnóstico; el objetivo principal de la primera es identificar anomalías anatómicas y fisiológicas, con el fin de valorar la gravedad del paciente y determinar la prontitud e intensidad del tratamiento inicial.

Triangulo de valoración

Tipos

Apariencia

La evaluación de la apariencia es fundamental, sobre todo el concerniente al estado del sistema nervioso central y la interacción del paciente con su ambiente.

Trabajo respiratorio

La evaluación de la circulación, cuando es anormal, casi siempre puede orientar a un problema hemodinámico. De acuerdo con lo encontrado en los apartados del triángulo de valoración pediátrica los pacientes pueden categorizarse en siete diferentes estados que indican la gravedad de su situación y la prioridad en su atención.

Circulación a la piel

La evaluación primaria es un enfoque sistemático de abordaje que se compone de cinco apartados. En esta esta evaluación se toca al paciente y se recurre a los procedimientos instrumentales auxiliares, como: oximetría de pulso, auscultación y medición de la presión arterial.

Evaluación secundaria

Con los dos primeros pasos de la valoración se identifican las situaciones clínicas que ponen en peligro la vida y se actúa en consecuencia, con acciones o procedimientos dirigidos a corregir estos problemas potencialmente mortales.

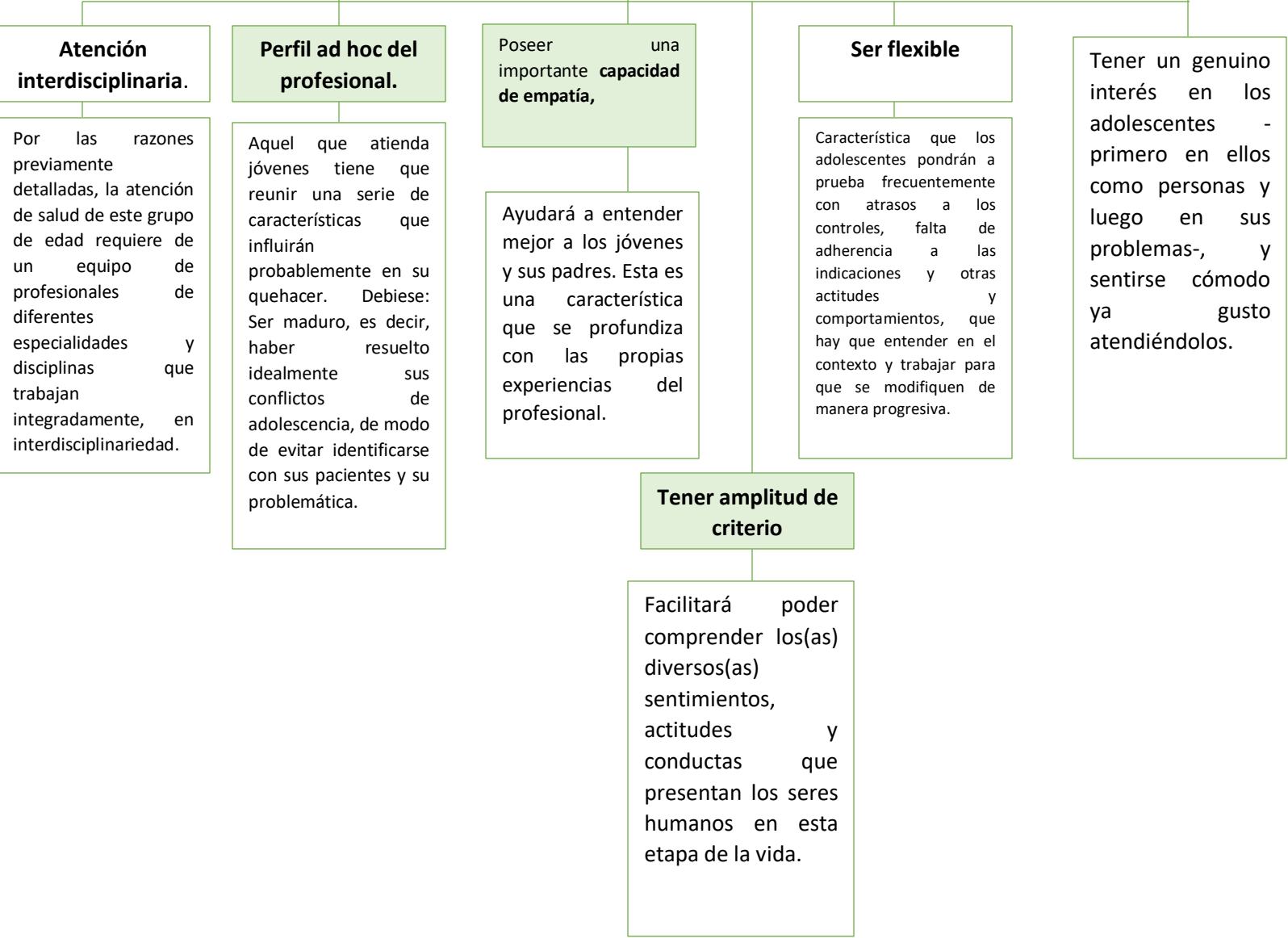
Evaluación terciaria o diagnóstica

Durante toda la valoración y en cada uno de sus pasos es indispensable reevaluar constantemente, debido a que la condición de los pacientes en estado crítico puede cambiar de un momento a otro.

Valoración de enfermería en el adolescente

Los adolescentes constituyen quizás los pacientes o clientes más difíciles para los profesionales y el sistema de salud.

Características para tratar con un adolescente



UNIDAD II

EVALUACION DEL CRECIMIENTO

Exploración física del niño y el adolescente.

Consta de

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.

Cara

Forma y simetría. Descartar rasgos genéticos menores. (Hipertelorismo, implantación baja de las orejas.

Nariz

Lo más relevante es evaluar la permeabilidad de ambas narinas.

Dentición

La presencia de dientes es anormal y debe interconsultar con odontopediatría.

Cuello

Forma y simetría. Evaluar el tamaño, la consistencia de los ganglios.

Piel

Documentar la descripción de erupciones o hemangiomas en la historia clínica con sus respectivas características.

Cabeza

Tamaño, forma y posición. Evaluar suturas y fontanelas (registrar el tamaño y sus características). Recordar que con sólo auscultar la fontanela se pueden detectar shunts vasculares intracraneanos.

Boca

No olvidar examinar el paladar; este puede verse directamente pero también debe palparse. Observar el tamaño y posición de la lengua.

Aparato respiratorio:

Observar el tórax y sus movimientos. Interrogar sobre apneas respiratorias. Completar el examen con la palpación, percusión y auscultación. Valor normal de frecuencia respiratoria: 30-50 por minuto.

Aparato cardiovascular

Inspección, palpación, percusión y auscultación. Revisar pulsos femorales.

Ojos

Lo más importante a esta edad es la evaluación de los medios transparentes del ojo.

Orejas

Implantación, forma y tamaño. No es necesario realizar otoscopia de rutina.

EVALUACION DEL CRECIMIENTO

Consta

Sonometría del niño y el adolescente.

La sonometría es el conjunto de maniobras para obtener medidas precisas de las ideas corporales de una persona. Así mismo, es la ciencia que se ocupa de la medición y comparación de las formas anatómicas, tanto en vida como muerto.

Somatometría

Se refiere a peso, talla e índice de masa corporal. La medición de los signos vitales y el registro de la somatometría es parte sistemática e ineludible de toda exploración física y forma parte del examen clínico general.

Somatometría y fisiología en etapa maternal y preescolar.

SOMATOMETRÍA Peso 2,500 – 4,000 kg, Talla 48 – 52 cm, Perímetro cefálico 32 – 36 cm, Perímetro torácico 31 - 35 cm.

CABEZA Suturas: zonas de tejido cartilaginoso que unen los huesos craneales del recién nacido, Fontanelas: espacios de tejidos membranosos, no osificados. En el nacimiento son palpables dos fontanelas: la anterior que une los huesos frontal y parietal, que cierra definitivamente entre los 9 y 18 meses.

OREJAS Pabellón auricular en línea recta con el ojo, Respuesta auditiva.

NARIZ Permeabilidad nasal, Estornudos, Mucosidad blanca y acuosa.

BOCA Salivación mínima, Paladar arqueado, úvula en línea media y frenillos,

Curvas de crecimiento del niño y el adolescente.

Las curvas de crecimiento son una valiosa herramienta que se utiliza como referencia para evaluar el crecimiento y el desarrollo que se alcanzan durante la niñez y la adolescencia. Permiten evaluar el ritmo o velocidad de crecimiento y comprobar si éste se realiza de acuerdo con el proceso madurativo.

Las curvas son diferentes para los niños o para las niñas

Un niño cuya talla sea inferior al percentil 10, pero con un peso superior al percentil 90 tendrá sobrepeso. De ahí el interés de la curva de IMC. Las curvas de crecimiento se emplean para comparar la estatura, el peso y el tamaño de la cabeza de su hijo frente a niños de la misma edad. Las curvas de crecimiento pueden ayudarle tanto a usted como al médico a hacerle un seguimiento a su hijo a medida que éste crece.

Crecimiento del niño.

Concepto

Es el proceso mediante el cual los seres humanos aumentan su tamaño y se desarrollan hasta alcanzar la forma y la fisiología propias de su estado de madurez.

Características

El desarrollo procede de lo homogéneo hacia lo heterogéneo. En la mayoría de sus aspectos, el desarrollo ocurre de lo general hacia lo particular o del todo hacia las partes.

El desarrollo tiene una dirección cefálico-caudal.

El desarrollo tiene una dirección próxima distante. El desarrollo procede del centro del cuerpo hacia los lados. Los órganos que están más próximos al eje del cuerpo se desarrollan primero que los más distantes.

El desarrollo es continuo y gradual. El desarrollo del ser humano es continuo desde la concepción hasta el logro de la madurez. Las características humanas no aparecen repentinamente.

El desarrollo es regresivo. De acuerdo con la ley de regresión los individuos tienden a aproximarse a su desarrollo al promedio de su población en general.

- El desarrollo tiende a ser constante. Si no interviene factores ambientales, el niño que al principio se desarrolla rápidamente continuara haciéndolo con el mismo ritmo, mientras que aquel cuyo desarrollo es inicialmente lento seguirá desarrollándose de la misma manera.

Las diferentes estructuras u organismos del cuerpo se desarrollan a diferentes velocidades. Las partes del cuerpo no se desarrollan uniformemente, como puede comprobarse en el mismo momento del nacimiento cuando las diferentes partes del cuerpo tienen distintos grados de desarrollo.

El desarrollo tiende hacia la correlación positiva entre los distintos rasgos y no hacia la compensación.

EVALUACION DEL CRECIMIENTO

Crecimiento del adolescente

La adolescencia es el momento del crecimiento acelerado y los cambios de la pubertad.

Cambios

NIÑOS: Comienzo de la pubertad: 9.5 a 14 años. Primer cambio puberal: aumento de tamaño de los testículos. Aumento de tamaño del pene: comienza aproximadamente un año después de que los testículos comienzan a aumentar de tamaño. Aparición del vello púbico: 13.5 años Poluciones nocturnas (o "sueños eróticos"): 14 años Vello en las axilas y en el rostro, cambio de la voz y acné: 15 años

NIÑAS: Comienzo de la pubertad: 8 a 13 años

Primer cambio puberal: desarrollo de los senos

Desarrollo del vello púbico: poco después del desarrollo mamario
Vello en las axilas: 12 años
Períodos menstruales: 10 a 16.5 años.

Crecimiento del niño sordomudo

El niño sin deficiencia auditiva, empieza a escuchar en el vientre de su madre. Tras su nacimiento, su contacto con la realidad lo realiza a través del oído y de la visión; aunque, este campo, sea bastante reducido.

Características

Al niño sordo sólo le llegan restos del lenguaje oral. Con ellos, debe construir un sistema, la Lengua, de la que no posee la forma completa.

El niño sordo tiene problemas emocionales que provienen de situaciones de miedo, angustia e incomodidad; para él, su realidad es sólo la que está en su campo visual. Por eso, el sujeto sordo se vuelve desconfiado, inseguro, egocéntrico, arisco e incluso puede convertirse en un pequeño tirano, porque no entiende el porqué de las sucesiones de las cosas.

El sordo no establece más relaciones (sonido – hecho) de las que ve. Esto impide la formación del desarrollo de la capacidad intelectual del sujeto.

Alfabeto sordomudo

Sordomudo es un término que designa a aquellas personas que son sordas de nacimiento y que por ello padecen grandes dificultades para hablar mediante la voz.

También

La construcción de Manos con voz. Diccionario de lengua de señas mexicana constituye, en realidad, una clave de acceso a otras mentes, a otras concepciones complementarias y quizá compatibles, que por barreras superables antes eran difíciles de conocer. Como todo lenguaje, el de señas es una ampliación y no una restricción, es una libertad y no una prohibición.

EVALUACION DEL CRECIMIENTO

Crecimiento del niño ciego

El desarrollo de un niño ciego es similar al de un vidente. A partir del cuarto mes de vida, las diferencias son más evidentes.

Desarrollo psicomotor El afirmar que la actividad corporal posibilita al niño relacionarse con el entorno es un hecho que no necesita documentarse. En el caso del niño ciego, su psicomotricidad evoluciona conforme a su maduración neurológica, pero la ausencia de visión le confiere ciertas peculiaridades que ponen de manifiesto su propia especificidad.

En el transcurso de la primera infancia, el conocimiento de los objetos y del espacio van a suponer un grave problema. Cuando a los cuatro meses y medio un niño con visión normal es capaz de tender la mano y coger un objeto que ha visto previamente, ha conseguido una coordinación entre el ojo y la mano que viene marcada por una secuencia biológica.

Alfabeto Braille

En 1825, Luis Braille ideó su sistema de puntos en relieve: el sistema braille, también conocido como cecografía, aporta a las personas ciegas una herramienta válida y eficaz para leer, escribir, acceder a la educación, a la cultura y a la información sin necesidad de ver, guiándose solo por el tacto.

La combinación de los seis puntos permite obtener 64 combinaciones diferentes, incluyendo la que no tiene ningún punto, que se utiliza como espacio en blanco para separar palabras, números, etc.

Crecimiento del niño con mutaciones

Preguntas frecuentes

¿Qué es una mutación genética? Una mutación genética es cuando ocurre un cambio en uno o más genes. Algunas mutaciones pueden provocar enfermedades o trastornos genéticos.

¿Cuál es la causa de una mutación genética? Un gen puede mutar debido a lo siguiente: un cambio en uno o más nucleótidos del ADN un cambio en muchos genes pérdida de uno o más genes reordenamiento de genes o cromosomas completos.

¿Los padres pasan las mutaciones genéticas a sus hijos? Si uno de los padres porta una mutación genética en su óvulo o su esperma, puede transmitirse a su hijo. Estas mutaciones hereditarias (o heredadas) se encuentran en casi todas las células del cuerpo de la persona a lo largo de su vida.

¿Todas las mutaciones genéticas causan problemas de salud? La mayoría de las mutaciones genéticas no tienen ningún efecto sobre la salud. Además, el cuerpo puede reparar muchas mutaciones.

Crecimiento del adolescente con mutaciones

Las malformaciones congénitas son consecuencia de problemas que ocurren durante el desarrollo fetal previo al nacimiento.

Categoría con malformaciones congénitas.

Anomalía cromosómica

Son

Los cromosomas son estructuras que transportan el material genético que se hereda de una generación a la siguiente. Veintitrés provienen del padre y veintitrés de la madre. Los genes que transportan los cromosomas definen el modo en que el bebé crecerá, cómo se verá y, hasta cierto punto, cómo funcionará

Anomalías de gen único

A veces, la cantidad de cromosomas es normal, pero uno o más de los genes tienen anomalías. La herencia autosómica dominante es una anomalía genética que se puede transmitir al hijo si uno de los padres tiene la misma anomalía.

Afecciones durante el embarazo que afectan al bebé

Hay afecciones maternas crónicas (por ejemplo, diabetes, hipertensión, enfermedades autoinmunes como lupus, miastenia grave o enfermedad de Graves-Basedow) que pueden causar efectos negativos en el feto. La hipertensión materna puede afectar la circulación de la sangre al feto, perjudicando el crecimiento fetal.

Combinación de problemas genéticos y ambientales

Pueden ocurrir algunas malformaciones congénitas si existe una tendencia genética a la afección que se combina con la exposición a determinadas influencias ambientales dentro del útero durante etapas fundamentales del embarazo (por ejemplo, espina bífida, labio leporino y fisura palatina).

Causas desconocidas

La amplia mayoría de las malformaciones congénitas carecen de causa conocida. Esto es en particular complicado para los padres que planean tener más hijos, ya que no hay manera de predecir si el problema pudiera volver a ocurrir.

BIBLIOGRAFIA

1 Asociación Española de Pediatría (AEP). Guía práctica para padres. Desde el nacimiento hasta los 3 años. Diciembre 2013. Disponible

en: https://enfamilia.aeped.es/sites/enfamilia.aeped.es/files/guia_practica_padres_aep_1.pdf

2 Romá Ferri MT. Introducción a los Cuidados de Enfermería Infantil: Necesidades Básicas. Crecimiento y desarrollo del niño. Alicante, 1996. Disponible

en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/51529/1/capitulo_CrecimientoDesarrollo.pdf

3 MedlinePlus. Crecimiento y desarrollo normales. Última revisión: 1 ene 2020.

Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002456.htm>

4 Miranda Pérez, R. Niebla Pérez O., Hernández Pérez MB. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Crecimiento y Desarrollo en Pediatría. Generalidades. La

Habana. 2011. Disponible en: <https://files.sld.cu/enfermeria/pediatria/files/2011/03/crecimiento-y-desarrollo-en-pediatria.pdf>

Jenkins R. La epidemiología de los problemas de salud de los adolescentes

6 Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. (Eds.) , Libro de texto de pediatría de Nelson, 18.ª edición. Filadelfia , Saunders Elsevier , EE . UU. (2007) , págs. 813 – 815

7 Pakpreo P , Klein J , Neinstein L. Estadísticas vitales y lesiones

8 Neinstein L , Gordon C , Katzman D , Rosen D , Woods E (Eds.) , Adolescent Health Care. Una guía práctica. Quinta edición. Filadelfia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins (2008) , págs. 81 – 113

9 Ortiz O, Chávez M. El registro de enfermería como parte del cuidado. 2006 - {fecha de acceso: 21 de agosto de 2013}-. Disponible

en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/REGISTRO%20DE%20ENFERMER%3%8DA>.

10 Notas de enfermería -{fecha de acceso: 21 de agosto de 2013}-. Disponible

en: http://aulaweb.unicesar.edu.co/informacion/Cuidados_Basicos/Contenidos/Unidad_5/Notas_Enfermeria/Notas_enfermeria.pdf.