



**Dra. Morales Irecta Rosvani Margine.**

**Erika Patricia Altuzar Gordillo**

**Cuadro comparativo.**

**Crecimiento y desarrollo.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**7° semestre**

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de marzo del 2023

### Exploración física del recién nacido sano.

Aspecto general.	Estado de maduración, estado de alerta, nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura, examen antropométrico.
Postura.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Con posición supina, suele adoptar una flexión parcial en brazos y piernas y tener la cabeza ligeramente vuelta hacia un lado; las articulaciones de las caderas están parcialmente en abducción.</li><li>• En decúbito prono, la flexión de las extremidades se hace más marcada, de modo que las nalgas están elevadas y las rodillas sostiene, en gran parte, el peso de la porción inferior del cuerpo. La cabeza está vuelta hacia un lado.</li><li>• El movimiento es más evidente en la cara y extremidades. Los movimientos deben mostrar simetría.</li></ul>
Piel.	<p>Color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de vérmix caseosa y valorar si está teñida de meconio, uñas.</p> <p>→ RN a término sano = La piel es rosada, suave y se enrojece con el llanto. Tiene mucha relación con la edad gestacional.</p> <p>→ RN prematuro = La piel es muy delgada, más rojiza y permite ver con facilidad los vasos sanguíneos.</p> <p>→ RN postérmino = La piel es gruesa, acartonada, se descama muchas veces y suele ser más pálida.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La piel de las extremidades también es rosada, sin embargo, es frecuente la cianosis distal (palmas y plantas azuladas).</li></ul>

Cabeza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Observar tamaño, forma, fontanelas, líneas de suturas e implantación del cabello.</li> <li>● Suturas = Deben estar afrontadas, pudiendo existir cierto grado de cabalgamiento.</li> </ul> <p>→ Debe descartarse craneosinostosis mediante el movimiento de éstas.</p> <p>→ Si la sutura lambdoidea se presenta separada, debe descartarse hidrocefalia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fontanelas:</li> </ul> <p>→ Fontanela anterior = Varía tamaño entre 1 y 4 cm diámetro mayor, es blanda, pulsátil, levemente deprimida cuando el niño está tranquilo. Cierra entre los 8 y 18 meses.</p> <p>→ Fontanela posterior = Forma triangular, puntiforme. Mide aprox. 0.5 x 1 cm. Cierra entre los 1 y 3 meses.</p>
Cara.	<p>Ojos = Con frecuencia están cerrados y los párpados edematosos (primeros 3 días).</p> <p>→ Es frecuente observar hemorragia subconjuntival y esclera, especialmente en hijos de madres primíparas y con trabajo de parto prolongado. Dura 7 días y no requiere tratamiento.</p> <p>→ El estrabismo es frecuente de observar hasta los 6 meses.</p> <p>→ Observar = Presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, nistagmus, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Oídos = Tamaño, forma, simetría e implantación, presencia o ausencia de apéndice preauricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.</li> </ul> <p>→ La posición normal se determina dibujando una línea horizontal imaginaria desde el canto interno de los ojos, perpendicular al eje vertical de la cabeza.</p> <p>→ Si el hélix de la oreja se encuentra por debajo de esta línea, las orejas tienen una implantación baja, lo que sugiere la presencia de anomalías congénitas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nariz = Es pequeña, con un puente nasal muy aplanado. Se obstruye fácilmente por acumulación de secreciones.</li> </ul> <p>→ Verificar permeabilidad de fosas nasales, presencia o ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.</p>

	<p>→ El RN tiene inicialmente respiración nasal, y si presenta atresia de coanas, esto le ocasiona un síndrome de dificultad respiratoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Boca = Examinar presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea, forma y tamaño de la lengua.</li> </ul> <p>→ Tubérculo de succión = Pequeño tubérculo en labio superior por acumulación de grasa por el roce al alimentarse.</p> <p>→ Cojinete de succión = Placas o costras de epitelio cornificado formado por mucosa labial.</p> <p>→ Perlas de Ebstein = Pápulas blanquecinas en la línea media del paladar o en el margen de las encías que corresponden a acumulación de células epiteliales.</p> <p>→ Paladar = Debiera buscarse la presencia de fisura palatina tanto en el paladar duro como en el paladar blando.</p> <p>→ No se recomienda como rutina la introducción de una sonda nasogástrica para evaluar la permeabilidad esofágica.</p> <p>→ La macroglosia y la protrusión de la lengua deben considerarse como alarma.</p>
Cuello.	<p>El cuello del neonato es corto, grueso y con pliegues cutáneos; Debe estar presente el reflejo tónico del cuello.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Revisar movilidad y presencia de masas tumorales (bocio, quistes tiroglosos y hematoma del esternocleidomastoideo), permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.</li> </ul> <p>→ Cuando se observa hematoma o edema en la base del cuello se debe sospechar lesión de clavícula.</p> <p>→ El cuello alado puede sugerir la presencia de síndromes.</p>
Tórax.	<p>Observar forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El tórax normal de un neonato sano debe ser simétrico con el diámetro anteroposterior similar al diámetro lateral.</li> </ul>

	<p>→ Es normal observar una leve retracción esternal durante la inspiración y un ritmo respiratorio irregular al nacimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Clavículas = Se debe descartar su fractura.</li> <li>● Tumefacción mamaria = Aumento de tamaño de la glándula mamaria alrededor del 3er día de vida.</li> </ul> <p>→ Se debe al efecto de las hormonas maternas durante el período fetal.</p> <p>→ No es sensible, puede secretar leche y se presenta en ambos sexos.</p> <p>→ Puede permanecer hasta 30 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Pulmones = La FR normal del RN es de 40 a 60 x'. La respiración es abdominal y puede ser periódica.</li> </ul> <p>→ Debe expandirse y auscultarse el murmullo vesicular en forma simétrica, sino se debe sospechar alguna patología.</p> <p>→ El "pectum excavatum y carinatum" y los pezones supernumerarios pueden ser variaciones comunes carentes de significado clínico.</p> <p>→ Se puede auscultar estertores en ausencia de patología respiratoria que corresponden a la apertura alveolar en la transición líquido-aire.</p>
Abdomen.	<p>Revisar forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● El abdomen del RN es cilíndrico y en ocasiones con un grado leve de distensión.</li> </ul> <p>→ Es normal palpar el borde hepático 1 a 2 cm debajo del reborde costal derecho.</p> <p>→ En ocasiones el polo inferior del bazo es palpable, lo mismo que los riñones 1 a 2 cm por encima del ombligo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Se debe auscultar los ruidos intestinales, los cuales en las primeras horas son lentos.</li> <li>● Anormalidades:</li> </ul> <p>→ Un abdomen persistentemente excavado junto a un SDR grave debe hacer sospechar la presencia de una hernia diagramática congénita.</p>

	<p>→ Un abdomen distendido en forma persistente puede corresponder a una obstrucción intestinal o a una enterocolitis necrotizante en un prematuro grave.</p> <p>Cordón umbilical = Debe tener 1 vena y 2 arterias; La presencia de una arteria umbilical única se puede asociar a algunas malformaciones.</p> <p>→ Ombligo normal = La piel cubre totalmente la pared abdominal, sin sobresalir.</p> <p>→ Ombligo cutáneo = La piel remonta por el cordón umbilical dejando un muñón prominente que se retrae con el tiempo y no requiere tratamiento.</p> <p>→ Granuloma umbilical = Tumoración rosada, húmeda en el fondo de la cicatriz umbilical, secreta líquido seropurulento.</p> <p>→ Hernia umbilical = Tumoración blanda, fácilmente reductible que aparece cuando hay oclusión incompleta o debilidad anillo umbilical.</p>
Genitales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Masculinos = Implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración; El pene mide aproximadamente 2-3.5 cm, con fimosis fisiológica.</li> </ul> <p>→ En neonatos prematuros, los testículos pueden estar por fuera del escroto, en ocasiones palpables en el canal inguinal.</p> <p>→ Puede observarse hidrocele habitualmente unilateral, el que se reabsorbe alrededor de los 2-3 meses.</p> <p>→ La primera micción se debe documentar en las primeras doce horas.</p> <p>→ Las hipospadias, hernias inguinales, el pene curvo, la salida de materia fecal por la uretra peneana, las masas escrotales, los testículos no descendidos y el color violáceo del escroto, son signos de importancia clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Femeninos = Se observan los labios y clítoris usualmente edematosos; En RNT los labios mayores cubren los labios menores y puede observarse vérnix caseoso entre ellos.</li> </ul> <p>→ El meato uretral se localiza detrás del clítoris y la primera micción debe documentarse en las primeras 12-24 horas.</p> <p>→ La presencia de leucorrea blanquecina y mucoide, en ocasiones teñida con sangre, son variaciones frecuentes sin significado clínico importante.</p>

	<p>→ El agrandamiento del clítoris, los labios fusionados y clítoris aumentado de tamaño, la ausencia de apertura vaginal, la salida de materia fecal por la vagina, se consideran signos de importancia clínica.</p>
Espalda y recto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La columna vertebral debe estar intacta sin aperturas o masas visibles o palpables lo mismo que sin curvaturas.</li> <li>● El ano debe estar permeable y debe documentarse la eliminación de meconio, que debe suceder en las primeras 36 horas en el 95% de los recién nacidos sanos.</li> <li>● Riesgos potenciales = Fisuras anales, quistes o fosas pilonidales, espina bífida, el ano imperforado, un ano mal posicionado y la falta de eliminación de meconio en las primeras 36 horas.</li> </ul>
Extremidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La inspección comprueba la presencia completa de los dedos de manos y pies, el rango de los movimientos.</li> <li>→ Los lechos ungueales deben ser rosados, pero pueden presentar cianosis transitorias.</li> <li>→ Las extremidades deben ser simétricas sin limitaciones en los movimientos pasivos suaves, mostrando una leve resistencia a la extensión de las extremidades.</li> <li>● Superiores = Debe observarse el reflejo de Moro y la simetría de este para descartar fractura de clavícula o lesiones del plexo braquial.</li> <li>● Inferiores = Debe efectuarse el examen de caderas buscando displasia de caderas mediante las maniobras de Ortolani y Barlow.</li> <li>→ Se produce un "clic" de reducción cuando es positivo.</li> </ul>
<b>Estado neuromuscular – Reflejos del recién nacido.</b>	
Búsqueda.	<p>Se obtiene por estimulación de la mejilla adyacente a la boca y la respuesta es un movimiento de los labios hacia el estímulo.</p> <p>→ Tiene una reacción mínima a las 24 semanas de gestación y es constante desde las 28 semanas.</p>
Succión.	<p>Movimiento rítmico y coordinado de la lengua y boca al colocar un objeto dentro de ella.</p> <p>→ Está presente desde el nacimiento en el RN de término y prematuro casi de término.</p>
Moro.	<p>Se desencadena en respuesta a un estímulo brusco o a deflexión brusca de la cabeza:</p>

	→ Primero el recién nacido abduce los brazos para luego aducirlos en actitud de abrazo acompañado de flexión del cuerpo y luego llanto.
Prensión.	Se obtiene al aplicar presión en la palma y la planta del pie, el recién nacido flexiona sus dedos empujando la mano o flejando los dedos del pie.
Encorvamiento o Galant.	Se obtiene por estimulación del flanco y su respuesta consiste en encorvamiento de la columna vertebral hacia el lado estimulado.  → Es normal desde el nacimiento y desaparece alrededor del 3er mes de vida.
Marcha primaria.	Se obtiene por estimulación del flanco y su respuesta consiste en encorvamiento de la columna vertebral hacia el lado estimulado.  → Es normal desde el nacimiento y desaparece alrededor del 3er mes de vida.
<b>Signos vitales del niño.</b>	
Neonato.	FC= 120-150. FRP= 30-45. Tensión arterial (sistólica) = 60-90. Tensión arterial (Diastólica) = 30-65. Temperatura= 36.2-37.7.
Lactante menor.	FC= 100-140. FRP= 25-40. Tensión arterial (sistólica) = 78-110. Tensión arterial (Diastólica) = 50-80. Temperatura= 36-37.
Lactante mayor.	FC= 110-130. FRP= 20-30. Tensión arterial (sistólica) = 85-114. Tensión arterial (Diastólica) = 52-85. Temperatura= 36.5-37.
Prescolar.	FC= 100-120.

	<p>FRP= 20-30.  Tensión arterial (sistólica) = 85-114.  Tensión arterial (Diastólica) = 52-85.  Temperatura= 37.5-37.</p>		
Escolar.	<p>FC= 90-110.  FRP= 20-25.  Tensión arterial (sistólica) = 90-120.  Tensión arterial (Diastólica) = 58-88.  Temperatura= 37-37.5.</p>		
Adolescente.	<p>FC= 80-90.  FRP= 18-20.  Tensión arterial (sistólica) = 95-125.  Tensión arterial (Diastólica) = 60-88.  Temperatura= 36.5-37.5.</p>		
Adulto	<p>FC= 60-80.  FRP= 16-20.  Tensión arterial (sistólica) = 110-120.  Tensión arterial (Diastólica) = 70-80.  Temperatura= 36.5-37.5.</p>		
<b>Parámetros antropométricos normales.</b>			
RN.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Niño.  Peso medio: 3-4kg.  Talla: 50,3cm.  P. Craneal: 34.8cm. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Niña.  Peso medio: 3-4kg.  Talla: 50,3cm  P. Craneal: 34.1 cm. </td> </tr> </table>	Niño. Peso medio: 3-4kg. Talla: 50,3cm. P. Craneal: 34.8cm.	Niña. Peso medio: 3-4kg. Talla: 50,3cm P. Craneal: 34.1 cm.
Niño. Peso medio: 3-4kg. Talla: 50,3cm. P. Craneal: 34.8cm.	Niña. Peso medio: 3-4kg. Talla: 50,3cm P. Craneal: 34.1 cm.		
3 meses.	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Niño.  Peso medio: 6,2kg.  Talla: 60cm.  P. Craneal: 41,2cm. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Niña.  Peso medio: 5,6kg.  Talla: 59cm  P. Craneal: 40cm. </td> </tr> </table>	Niño. Peso medio: 6,2kg. Talla: 60cm. P. Craneal: 41,2cm.	Niña. Peso medio: 5,6kg. Talla: 59cm P. Craneal: 40cm.
Niño. Peso medio: 6,2kg. Talla: 60cm. P. Craneal: 41,2cm.	Niña. Peso medio: 5,6kg. Talla: 59cm P. Craneal: 40cm.		
6 meses	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Niño.  Peso medio: 8kg. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Niña.  Peso medio: 7,3kg. </td> </tr> </table>	Niño. Peso medio: 8kg.	Niña. Peso medio: 7,3kg.
Niño. Peso medio: 8kg.	Niña. Peso medio: 7,3kg.		

	Talla: 67cm. P. Craneal: 44cm.	Talla: 65cm P. Craneal: 42,8cm.
9 meses.	Niño. Peso medio: 9,2kg. Talla: 72cm. P. Craneal: 46cm.	Niña. Peso medio: 8,6kg. Talla: 70cm P. Craneal: 44,7cm.
12 meses.	Niño. Peso medio: 10,2kg. Talla: 76cm. P. Craneal: 47,3cm.	Niña. Peso medio: 9,5kg. Talla: 74cm P. Craneal: 46cm.
15 meses.	Niño. Peso medio: 11,1kg. Talla: 79cm. P. Craneal: 48cm.	Niña. Peso medio: 10,2kg. Talla: 77cm P. Craneal: 46,7cm.
18 meses.	Niño. Peso medio: 11,8kg. Talla: 82,5cm. P. Craneal: 48,7cm.	Niña. Peso medio: 11kg. Talla: 80,5cm P. Craneal: 47,3cm.
2 años.	Niño. Peso medio: 12,9kg. Talla: 88cm. P. Craneal: 49,6cm.	Niña. Peso medio: 12,4kg. Talla: 86cm P. Craneal: 48,2cm.
3 años.	Niño. Peso medio: 15,1kg. Talla: 96,5cm. P. Craneal: ---	Niña. Peso medio: 14,4kg. Talla: 95cm P. Craneal: ---
<b>Esquema de vacunación.</b>		
	Se aplica dosis de 0.1ml. Vía intradérmica en la región deltoides del brazo derecho, a los recién nacidos con peso igual o mayor a 2000 gramos previo a su egreso del hospital.	

BCG.	<p>Se podrá vacunar a niñas y niños menores de 5 años y excepcionalmente a menores de 14 años que no hayan sido vacunados.</p> <p>Contraindicada en embarazos, leucemia, linfomas, neoplasias malignas, tratamiento inmunosupresor e inmunodeficiencia.</p>
Hepatitis B.	<p>Dosis de .5 ml vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo izquierdo, en las primeras 24 horas de vida, en recién nacidos con peso mayor de 2000gm o menor 2000gm clínicamente estables.</p> <p>Los recién nacidos prematuros &lt;29 SDG o con peso &lt; 1,500gm deberán vacunarse entre 6-8 semanas de vida o a lograr un peso &gt;2,500gm con la vacuna hexavalente.</p>
Antineumocócica conjugada.	<p>Se aplican 3 dosis de .5ml vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo derecho (en menores de los 18 meses de edad) a los 12 y 14 meses.</p>
Anti rotavirus.	<p>2 dosis de 1.5ml cada una vía oral a los 2 y 4 meses de edad.</p> <p>Ninguna persona puede recibir esta vacuna después de los 7 meses con 29 días.</p>
Triple viral.	<p>Cuenta con 2 dosis de .5ml vía subcutánea en región deltoides del brazo izquierdo. La primera dosis será al cumplir 12 meses de edad, la segunda dosis será cuando cumpla los 18 meses de edad.</p> <p>Se aplica dos dosis de RSP con un intervalo de 4 semanas a las personas &gt; 10 años que no hayan recibido ninguna dosis.</p>
Anti influenza.	<p>Se aplica mediante una inyección intramuscular en el muslo izquierdo en las y los menores de 18 meses de edad; y de los 18 meses de edad en adelante se aplica en el brazo izquierdo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A niñas o niños de 6 meses a 59 meses de edad: primero 2 dosis con un intervalo mínimo de cuatro semanas entre cada una. Posteriormente se le aplica una vez al año.</li> <li>• A niñas o niños y adolescentes de 5 a 18 años con factores de riesgo. Las niñas o niños de 5 a 8 años que no han recibido dos dosis de la vacuna reciben dosis con intervalo de un mes entre cada una y posteriormente una vez al año. Las niñas o niños mayores de 9 años hasta los 18 años de edad reciben una dosis anualmente, hayan o no recibido antes la vacuna.</li> <li>• A personas de 60 y más años de edad, una dosis cada año.</li> <li>• A personas de 19 a 59 años de edad con factores de riesgo, se les aplica una dosis cada año.</li> </ul>

VPH.	Dosis de 0.5ml, vía intramuscular, para niñas que se encuentran cursando en 5° de primaria y 11 años en la no escolarizadas y la población rezagada.
DPT.	<p>Esquema primario con vacuna hexavalente acelular con una dosis de .5ml.</p> <p>En Px que no la reciben antes de los 4 años de edad no sobrepasar los 11 años con 29 días.</p> <p>Para esquemas rezagados, el intervalo mínimo entre la cuarta dosis de hexavalente y DPT es de 6 semanas.</p>
Hexavalente acelular.	<p>3 dosis de 0.5ml vía intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externa del musculo derecho en &lt;18 meses.</p> <p>Contiene antígenos como: Difteria, tosferina, tétanos, poliomielitis, hepatitis B, y Haemophilus influenzae.</p>
SR.	<p>Personas de 10 años o más con una dosis previa de vacuna SR o SRP, aplicar una dosis de 0.5 ml, vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo.</p> <p>Personas de 10 años o más sin esquema previo o no documentado de SR o SRP, aplicar 2 dosis de 0.5 ml, cada una, con intervalo mínimo de 4 semanas (un mes), vía subcutánea en la región deltoidea del brazo izquierdo.</p> <p>En caso de bloqueo vacunal, se aplicará una dosis de SR o SRP a niñas y niños de 6 a 11 meses de edad (dosis cero). Posteriormente se reprogramará el inicio del esquema a los 12 meses de edad o en caso de que la persona tenga entre 11 y 12 meses, se reprogramará en 4 semanas.</p>
Antineumocócica polisacárida.	<p>Se aplicará una dosis de 0.5 ml, vía intramuscular en la región deltoidea del brazo derecho a la población de 61 años y más con factores de riesgo y que hayan recibido previamente una dosis de la vacuna antineumocócica conjugada a partir del año 2022.</p> <p>El intervalo mínimo de aplicación es de 12 meses posteriores a haber recibido la vacuna antineumocócica conjugada.</p>
<b>Adolescencia.</b>	
Hormonales y físicos.	
	Biológicos.

Tempranos.	<p>Mujeres: telarquia, vello púbico, pico de crecimiento. Hombres: Alargamiento testicular, inicio del crecimiento del pene.</p> <p>Psicológicos.</p> <p>Pensamiento concreto, progresión de la identidad sexual, posible interés en compañeros del mismo sexo, revaloración, de la imagen corporal.</p> <p>Social.</p> <p>Separación emocional de los padres, comienzo de identificación grupal, comportamiento de exploración.</p>
Media.	<p>Mujeres: Fin del pico de crecimiento, menarquia, desarrollo de la distribución femenina de la grasa. Hombre: Espermarquia, emisiones nocturnas, cambios de voz, inicia pico de crecimiento.</p> <p>Psicológicos.</p> <p>Pensamiento abstracto, se consideran a prueba de balas, aumentan las habilidades verbales, identificación de la moral, ideologías políticas y religiosas.</p> <p>Social.</p> <p>Fuerte identificación con sus compañeros, aumento de las conductas de riesgo, alcohol, tabaco, intereses heterosexuales, inicio de los planes vacacionales.</p>
Tardía.	<p>Hombres: continúan el aumento de la masa muscular y la distribución corporal del vello.</p> <p>Psicológicos.</p> <p>Pensamiento abstracto complejo, aumenta el control de los impulsos, mayor desarrollo de la identidad personal.</p> <p>Social.</p> <p>Desarrollo de la autonomía social, las relaciones de pareja, la vocación e independencia financiera.</p>
Aparato reproductor masculino y femenino.	
	Etapa I

<p>Masculinos.</p>	<p>Preadolescente, tamaño similar a la niñas temprana.</p> <p>Etapa II. Alargamiento del escroto y los testículos, enrojecimiento de la piel del escroto, cambio de textura, poco alargamiento del pene.</p> <p>Etapa III. Alargamiento del pene, primero longitud: mayor crecimiento testicular y escrotal.</p> <p>Etapa IV. &gt;Del tamaño del pene en cuanto a su anchura, mayor crecimiento testicular, oscurecimiento de la piel escrotal.</p> <p>Etapa V. Genitales adultos en tamaño y forma.</p>
<p>Femenino.</p>	<p>Etapa I. preadolescencia.</p> <p>Etapa II. Elevación de la mama edad media 11 años.</p> <p>Etapa III. La mama se agranda.</p> <p>Etapa IV. Las areolas y el pezón forman un montículo secundario.</p> <p>Etapa V. Mamas maduras.</p> <p>Genitales.</p> <p>Etapa I. Preadolescencia.</p> <p>Etapa II. Ligeramente pigmentado y escaso.</p> <p>Etapa III. Mas oscuro; empieza a rizarse.</p>

	<p>Etapa IV. Parecido al del adulto, sin extensiones a los muslos.</p> <p>Etapa V. Calidad y distribución del adulto con extensión a los muslos.</p>
--	--

#### Referencias.

(N. & E. , 2019) ( McLaughlin, 2022) (Lattari Balest , 2022)

McLaughlin, J. (2022). Pubertad en las niñas. *MSD*, 5.

Lattari Balest , A. (2022). parametros de crecimiento en los recién nacidos. *MSD*, 5.

N. , B., & E. , R. (2019). cambios femeninos en adolescencia. *Sciencedirec*, 8.

Guías de práctica clínica.

Apuntes tomados en clases.



**Dra. Morales Irecta Rosvani Margine.**

**Erika Patricia Altuzar Gordillo**

**Caso clinico.**

**Crecimiento y desarrollo.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**7° semestre**

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de marzo del 2023

CASO CLÍNICO No.1

NOMBRE ALTUZAR GORDILLO ERIKA PATRICIA.  
FECHA 31/03/23 GRADO Y GRUPO 7º A.

Se trata de paciente masculino 28 días de edad, que es traído a consulta de primera vez del niño sano

AHF: padres refieren que presenta carga genética para hipertensión y diabetes por ambas partes (abuelos maternos y paternos), niega infecciones, neoplásicos, alérgicos.

A. Perinatales: producto de la gesta I, de madre adolescencia que fue obtenido por parto vagina con CAPURRO de 39 SDG, APGAR 9-9, SILVERMAN 3-0, medidas antropométricas: peso:3,250 gr, talla 50cm, PC 33cm, PT 30cm, PA 32cm, SI 18cm, pie 7.5 cm.

Signos vitales: FC 148 lpm, FR 30 rpm, TA75/40 mmHg, Temperatura 36.7°C, SatO<sub>2</sub>, 98%, peso 3,758 gr, talla 55cm, PC 37 cm, PT 32cm, PA 34cm.

A la exploración física se encuentra a paciente activo-reactivo, sin palidez de piel y mucosas, normohidratado, cráneo con forma y tamaño normal, sin datos endotosis o exotosis, ojo simétricos, con pupilas isocóricas normoreflexicas, orejas simétricas, narinas permeables, cavidad oral con mucosa normohidratada, cuello simétrico, tórax con movimientos de amplexión y amplexación adecuados, ruidos respiratorios presentes, sin estertores o sibilancias, precordio rítmico, con buena frecuencia y tono, sin soplos o agregados, abdomen blando y depresible, con cicatriza umbilical limpia si datos sangrado o infección, no visceromegalias, genitales de acuerdo a edad y sexo, extremidades superiores e inferiores íntegras y funcionales, llenado capilar 2 segundos.

Diagnóstico: **NIÑO SANO**

Análisis: Se trata de paciente masculino de 28 años de vida, que se encuentra con medidas antropométricas dentro de los percentiles cormales, tanto de perímetro cefálico, peso y talla, los reflejos de acuerdo a su edad se encuentran dentro de lo normal, por lo que se cita en 1 mes, para continuar con vigilancia del desarrollo.

Contesta los siguientes de acuerdo con el caso clínico

1. En este paciente ¿Cuál es el/los riesgos/s biológico/s?
2. ¿Cuáles son los datos que evalúa CAPURRO para decir que tiene 39SDG?
3. ¿En qué percentil se encuentra el PC y cuál es su interpretación?
4. ¿En que percentil se encuentra el peso y cuál es su interpretación?
5. ¿En que percentil se encuentra la talla y cuál es su interpretación?
6. ¿Cuáles son los reflejos que buscarías en este paciente y como lo harías?
7. Si la mamá mide 1.58 mts y el papá 1.76 mts, saca la talla blanco familiar o genética que debería tener este paciente: si tu paciente continúa con su desarrollo óptimo, gráfica como sería su PC, Talla y pedo por mes.

## ALTUZAR GORDILLO ERIKA PATRICIA.

1.- DIABETES E HIPERTENSIÓN.

2.- FORMA DE LA OREJA.

TAMAÑO DE LA GLANDULA MAMARIA.

FORMACIÓN DEL PEZÓN.

TEXTURA DE LA PIEL.

PLIEGOS PLANTARES.

MANIOBRA DE LA BUFANDA.

CAÍDA DE LA CABEZA.

3.- CUENTA CON UN PERCENTIL 25, EL CUAL VA A CORDE A LA EDAD.

4.- EL PESO ESTA UBICADO EL PERCENTIL 25 Y LO NORMAL PARA LA EDAD.

5.- TALLA UBICADA EN EL PERCENTIL 50, LO CUAL INDICA UN DESARROLLO ADECUADO A LA EDAD.

6.- REFLEJO DE MORO.

SE COLOCA AL BEBÉ BOCA ARRIBA SOBRE UNA SUPERFICIE SUABE CON SUFICIENTE SOPORTE PARA SIMPLEMENTE COMENZAR A QUITAR EL PESO CORPORAL DEL COJIN. LUEGO SE SUELTA LA CABEZA EN FORMA SUBITA, SE DEJA CAER HACIA ATRAS MOMENTANEAMENTE. LA RESPUESTA NORMAL ES QUE EL BEBÉ TENGO DE SOBRESALTO.

$$7.- \frac{[(158 + 13) + 176]}{2} + 6.5 = \frac{[(171 + 176)]}{2} + 6.5 = \frac{347}{2} + 6.5$$
$$173.5 + 6.5 \rightarrow 180 \text{ CM} \quad \begin{matrix} -187.5 \\ -172.5 \end{matrix}$$