



Universidad del Sureste



Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Crecimiento y desarrollo

Trabajo:

resumen de crecimiento y desarrollo en la etapa
prenatal y del recién nacido, evaluación del
neonato

Docente:

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Alumna:

López Sánchez Jennifer Larissa

Semestre y grupo:

3° "A"

Comitán de Chiapas a 17 de septiembre del 2020

Es importante el crecimiento fetal para la relación materno-fetal-placentarias y los diversos factores que interfieren en esto.

El periodo prenatal en su primera etapa depende del genoma en la gestación tardía de la participación materna, placentaria y ambiental en su crecimiento.

Las hormonas peptídicas y los factores de crecimiento fetales, no cruzan la placenta, pero tiene una excepción limitada por la permeabilidad de la tiroxina. Las hormonas esteroideas se tienen que sintetizar, ser secretadas y metabolizadas por la unidad materno-feto-placentaria.

Los péptidos y los esteroides tiene un papel muy importante en el crecimiento fetal y la maduración de los órganos.

No cruza la barrera placentaria las hormonas de crecimiento materno, la hormona de crecimiento fetal está en la circulación desde la semana 12 de la gestación sin importar su abundancia no es determinante fundamental en el crecimiento prenatal como sucede en el periodo posnatal.

Eje hipofisis-tiroidea fetal opera desde la semana 10 de gestación y esta función tiroidea fetal se caracteriza por presencia de triyodotironina reversa (rT3) que parece no participar en el desarrollo fetal. la hipófisis fetal secreta fragmentos de ACTH de peso molecular más bajo que después del nacimiento, los cuales desempeñan un papel importante en la maduración de la suprarrenal fetal. Los glucocorticoides de la circulación fetal tienen su origen tanto en la placenta como en el feto. Estos tienen un papel permisivo general en el crecimiento fetal y en el desarrollo de ciertos sistemas enzimáticos.

En el hipotiroidismo congénito existe retardo en el desarrollo neuronal y óseo del feto, pero no afecta la talla.

En la agenesia pancreática, el peso al nacimiento bordea los 1 200 a 1 500 g, la masa muscular es deficiente y el tejido adiposo está prácticamente ausente. Por lo contrario, en hijos de madres diabéticas la hiperinsulinemia fetal se relaciona con peso excesivo al nacer, debido a aumento del tejido adiposo. Sin embargo, estas situaciones extremas no explican del todo la participación de la insulina en el crecimiento fetal.

Existe consenso acerca de que los factores de crecimiento insulino-similares fetales (IGFs) intervienen en la regulación del crecimiento fetal. su mayor fuente de síntesis en el feto se encuentra en el mesénquima y tejido conectivo.

Otros factores de crecimiento como el epidérmico, el fibroblástico, el plaquetario y el transformador α y β han sido mencionados como participantes en el crecimiento fetal.

El principal determinante en la perfusión fetoplacentaria es el

flujo cardiaco materno, del cual depende el flujo uteroplacentario y la distribución de la sangre en la circulación fetal. La

placenta fetal posee una baja resistencia vascular y recibe alrededor de la mitad del flujo sanguíneo. La pared de la arteria umbilical es muscular, la cual es muy sensible a los péptidos vasoactivos como la angiotensina, vasopresina, bradisininas, serotonina, angiotensinas, adrenérgicos y prostaglandinas.

El aumento de la secreción renina-angiotensina en la hipertensión materna puede reducir el flujo umbilical y producir retardo en el crecimiento intrauterino.

La placenta también participa en el crecimiento fetal al regular el transporte de metabolitos hacia el feto. En este sentido, la placenta satisface las demandas metabólicas de un feto en crecimiento mediante el aporte de importantes metabolitos, tales como glucosa, aminoácidos y ácidos grasos.

Además de los factores genéticos propiamente dichos, existen otros factores maternos que influyen en el crecimiento fetal. El tamaño corporal de la madre guarda estrecha relación con el del RN. El peso de los RN de embarazos subsecuentes es mayor que el de los RN del primer embarazo. Los RN de madres muy jóvenes o de edad avanzada son más pequeños. A mayor altitud, el peso al nacer es menor.

El tabaco, el alcohol y las drogas también producen disminución en el peso al nacimiento. En cuanto a la desnutrición materna, ésta debe ser grave para que afecte el crecimiento fetal.

para evaluar el crecimiento intrauterino, entre las que se encuentran talla y peso.

La regla de Ahlfeld y Haase para calcular la longitud fetal se basa en los meses lunares (28 días).

Desde el momento del nacimiento hasta la edad adulta, el peso presenta un incremento de 20 veces.

El desarrollo psicológico del individuo

empieza desde el momento en que la mujer sabe que va a ser madre. Se debe tomar en cuenta que el desarrollo psicológico del nuevo ser se altera por factores hereditarios y ambientales. Los genes que la madre hereda de sus padres, el desarrollo que ella tuvo durante su vida intrauterina, su propio nacimiento, y las experiencias biológicas, psicológicas y sociales durante su infancia, niñez y adolescencia. Todo esto son factores muy importantes para la salud física y mental del concebido, de su desarrollo y de toda su vida futura.

Si bien puede desarrollar una vida sexual activa, no

puede concebir sino dentro de determinadas normas. Además, si llega a ser madre en estas condiciones sólo ella deberá

Ocuparse de las funciones de la crianza. En este contexto, la mujer enfrenta las situaciones cotidianas en medio de múltiples exigencias, confundida por los valores que sus padres le han inculcado y que no le sirven para su supervivencia, sensibilizada por teorías que se contraponen a sus posibilidades materiales y sin embargo, llega a la maternidad, llena de contradicciones y temores, cayendo en una trampa inexorable.

Factores fundamentales que influyen en la mujer embarazada, como el lugar donde habita, la gente que le rodea, nivel socioeconómico, nutricional, enfermedad, medicamentos, drogadicción, etc. Esto puede afectar de manera grave el desarrollo del feto.

Un niño puede ser utilizado como un medio para salvar el matrimonio, retener a un hombre, lograr una posición económica determinada, probar una fantasía de esterilidad, es decir, probarse a sí misma que puede ser madre. Es frecuente que la concepción sea apresurada, sin preparación, sin visualizar que se están proyectando los propios conflictos en el nuevo ser.

La personalidad antes, durante y después del embarazo. El factor más importante en esta época es la naturaleza de su propia experiencia; los aspectos persistentes en ella con sus propios padres, su sentido de identificación femenina y su relación con el padre del niño, son otras variables que hay que tomar en cuenta.

Pueden ser de diversa índole: se puede desear un hijo con el fin de expresar los propios deseos conscientes o inconscientes, proyectando en él las fantasías no realizadas,

llevando a cabo una difícil tarea de “nacer nuevamente en el hijo”.

El nacimiento es un evento vital universal en el que el feto transita desde la vida intrauterina a una existencia independiente y se debe enfrentar a una serie de acontecimientos fisiológicos que ponen a prueba su capacidad de adaptación saludable.

Se debe iniciar la recolección de información sobre los antecedentes maternos idealmente antes del parto y completar la información pendiente después del nacimiento del recién nacido.

La realización del examen físico inicial (breve) se debe hacer durante los primeros minutos de vida (idealmente en los primeros 50 minutos de vida) y durante el contacto piel a piel con la madre. Este examen busca evaluar la adecuada transición del recién nacido a la vida extrauterina, identificar el género, detectar tempranamente anomalías congénitas y ofrecer información inicial del estado del recién nacido a los padres.

El examen físico detallado se debe realizar después de las primeras 24 horas de vida o antes del egreso (lo que ocurra primero) y considerar el uso de una lista de chequeo en todos los casos para asegurar una evaluación exhaustiva por sistemas.

La idea de realizar el examen detallado después de las 24 horas es para asegurar tiempo suficiente que permita evaluar si el recién nacido ha orinado, pasado meconio y si está tolerando la alimentación y poder realizar la búsqueda sistemática de anomalía congénita.

El lugar en donde se realice el examen físico detallado debe tener una temperatura adecuada y ofrecer privacidad a la madre y al recién nacido. Antes de proceder con el examen se debe verificar que el recién nacido esté adecuadamente identificado. Se recomienda revisar primero los antecedentes maternos y del recién nacido, así como los signos vitales y medidas antropométricas antes de iniciar el examen físico del recién nacido.

Así mismo ofrecer a las padres indicaciones sobre la visita de seguimiento, tamizaciones y en caso que se requiera evaluación por especialista referir oportunamente.

Al nacer el RN debe ser sostenido unos segundos a nivel del pubis materno, mientras se hace una evaluación rápida en los primeros 30 segundos:

¿es de término?, ¿el líquido amniótico es claro?, ¿está respirando o llorando?, ¿tiene buen tono muscular?

Si la respuesta es Sí, a todas las preguntas anteriores, es una evaluación normal, por lo que se continúa el proceso de atención a un RN sin asfixia.

A los RN, con respuesta NO a alguna de las preguntas de la evaluación rápida, se les deben realizar los pasos iniciales de la reanimación neonatal: Mantener calor, posición de olfateo, aspirar secreciones si es necesaria, secar, estimular y reposicionar la cabeza. Inmediatamente después se evalúa la tríada: Respiración, Frecuencia Cardíaca (FC) y Color.

Protocolo de atención del Recién Nacido Si hay respiraciones espontáneas, Evaluar FC, si la FC es > 100 lpm, se pasa a evaluar el Color. Si el color es rosado o con acrocianosis se procede a evaluar el Apgar al 1er minuto y continuar los cuidados de rutina.

BIBLIOGRAFIA

Pediatría Martínez

Salud y enfermedad del niño y del adolescente

Séptima edición

R. Martínez Martínez

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Prof_Sal_RNSano.pdf

https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=347-v-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=235