

Medicina humana

Docente:Dra.Yeni Karen Canales
Hernández

Alumno(a):Dana Paola Vazquez
Samayoa

Materia: Biología del desarrollo

Trabajo: Fecha previsible del parto
Factores que modifican el
crecimiento fetal

Bibliografía: Embriología
clínica.Moore

FECHA PREVISIBLE DEL PARTO



Menstruación



40 semanas
(280 días)



Ovulación



38 semanas
(266 días)

SÍNDROME DE POSMADUREZ

La prolongación del embarazo durante tres o más semanas, más allá de la fecha prevista del parto, se da entre el 5% y el 6% de las mujeres. Algunos de estos bebés desarrollan el síndrome de posmadurez y corren un mayor riesgo de muerte. Por este motivo, con frecuencia se induce el parto. Estos fetos muestran una piel seca y apergaminada, sobrepeso habitual, ausencia de lanugo, disminución o ausencia de la vérnix caseosa, uñas largas y aumento de la vigilia.



Un recién nacido postérmino es el que nace después de 42 semanas de gestación. Un recién nacido posmaduro es el lactante postérmino que muestra manifestaciones de falta de madurez.

La fecha previsible del parto de un feto corresponde a los 266 días o a las 38 semanas después de la fecundación, es decir, 280 días o 40 semanas después de la fecha de la última

MÉTODOS

Otro formato es en forma de tabla, a continuación con el que, se puede conocer tu fecha probable de parto (FPP).

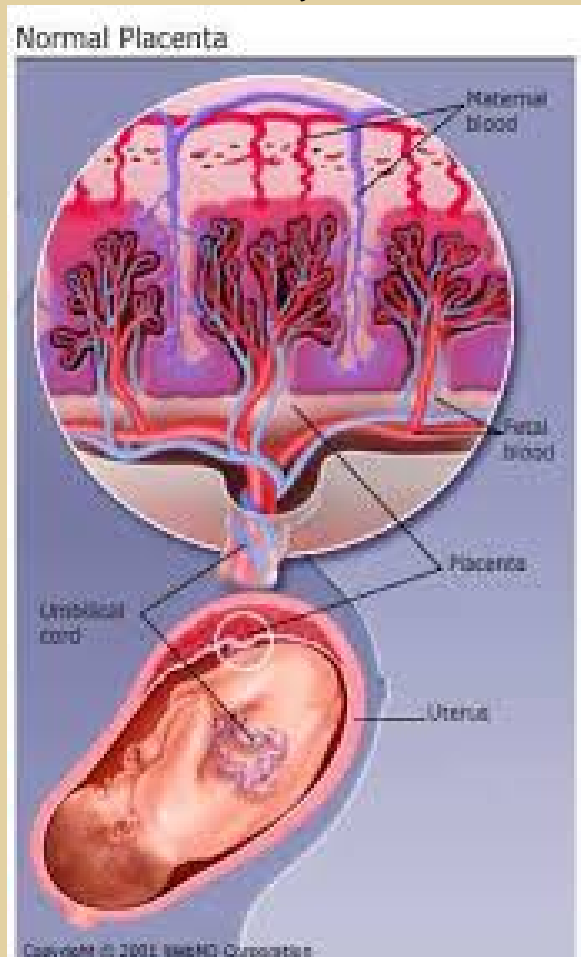
Tienes que identificar en la línea en negrita (la que comienza por enero, febrero, etc.) el primer día de tu última menstruación y el mes. El número que aparece justo en la línea de abajo es la fecha probable de parto del mes que se indica en esa misma línea.

ENE	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
OCT / NOV	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7
FEB	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
NOV / DIC	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5
MAR	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
DIC / ENE	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5
ABR	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
ENE / FEB	6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4
MAYO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
FEB / MAR	5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 1 2 3 4 5 6 7
JUN	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
MAR / ABR	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6
JUL	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
ABR / MAYO	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7
AGO	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
MAYO / JUN	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7
SEP	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
JUN / JUL	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7
OCT	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
JUL / AGO	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6 7
NOV	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
AGO / SEP	8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 1 2 3 4 5 6
DIC	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
SEP / OCT	7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 1 2 3 4 5 6 7



ALTERACIÓN DEL FLUJO SANGUÍNEO UTEROPLACENTARIO Y FETOPLACENTARIO

La circulación placentaria materna se puede reducir en estados que disminuyen el flujo sanguíneo uterino (vasos coriónicos pequeños, hipotensión materna grave, enfermedades renales). La disminución crónica del flujo sanguíneo uterino provoca, a veces una inanición fetal que da lugar a una restricción del crecimiento intrauterino. La disfunción o los efectos placentarios también ocasionan este tipo de restricciones. El efecto neto de estas anomalías placentarias es una reducción del área total de intercambio de nutrientes entre los torrentes sanguíneos fetal y materno. Cuesta mucho separar el efecto de estos cambios placentarios del efecto de la disminución del flujo sanguíneo materno placentario. En algunos casos de enfermedad materna crónica, las alteraciones vasculares del útero son primaria y los defectos placentarios, secundarios.



ALCOHOL Y DROGAS

Los hijos de madres alcohólicas experimentan muchas veces una restricción de crecimiento intrauterino como parte del síndrome alcohólico fetal. También, el uso de marihuana y otras drogas puede causar la misma restricción y complicaciones obstétricas.

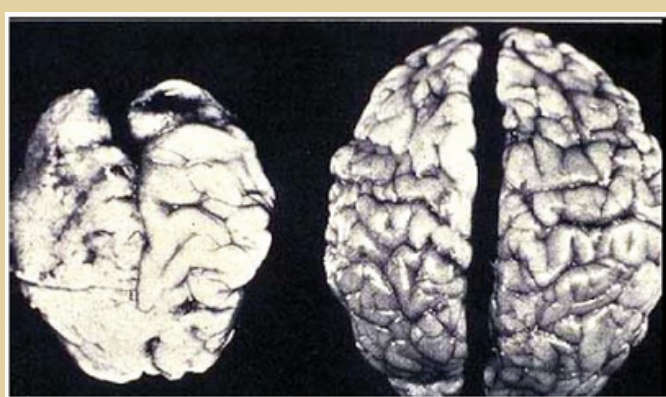


Figura 1: A izquierda se muestra el cerebro de un niño de 5 días de edad portador de FAS; a la derecha, un control.
Fuente: Riley E. Síndrome Alcohólico Fetal, y Efectos del Alcohol*

FACTORES GENÉTICOS Y RETRASO DE CRECIMIENTO

Como se sabe, los factores genéticos son causa de restricción del crecimiento intrauterino. La aparición del trastorno en una misma familia indica que la causa del crecimiento anómalo puede obedecer a genes recesivos. En los últimos años se ha observado también aberraciones cromosómicas estructurales numéricas asociadas a casos de retraso del crecimiento fetal.

La restricción del crecimiento intrauterino es frecuente entre los bebés con síndrome de Down y muy característica de los fetos con síndrome de la trisomía 18.

FACTORES QUE MODIFICAN EL CRECIMIENTO FETAL



CONSUMO DE CIGARRILLOS

El tabaquismo es una causa bien conocida de restricción del crecimiento intrauterino. La velocidad de crecimiento de los fetos cuyas madres fuman cigarrillos es menor de la normal en las seis a ocho últimas semanas del embarazo. El peso medio al nacer de los lactantes cuyas madres fuman de manera intensa durante el embarazo es 200 g menor que el normal, y la morbilidad perinatal aumenta si no se suministran los cuidados médicos adecuados. El efecto del tabaquismo materno se multiplica sobre los fetos cuyas madres reciben asimismo una alimentación inadecuada



El feto requiere sustratos para crecer y producir energía. Los gases y los nutrientes pasan libremente de la madre al feto a través de la membrana placentaria. La glucosa es la principal fuente de energía para el metabolismo y el crecimiento fetales; también se precisan aminoácidos. Estas sustancias pasan de la sangre materna al feto a través de la membrana placentaria. La insulina requerida para el metabolismo de la glucosa la secreta el páncreas fetal; la insulina materna no llega en cantidades importantes al feto porque la membrana placentaria es relativamente impermeable a esta hormona. La insulina, los factores de crecimiento insulinoideos, la hormona de crecimiento humana y algunos polipéptidos pequeños (como la somatomedina C) estimulan, al parecer, el crecimiento fetal.

EMBARAZOS MÚLTIPLES

Los bebés nacidos de partos múltiples pesan, de ordinario, bastante menos que los procedentes de un embarazo único. Está claro que los requerimientos metabólicos totales de los dos o más fetos exceden el aporte nutricional placentario durante el tercer trimestre.

