

ASPECTOS SOCIO SANITARIOS DE LA REPRODUCCIÓN, INFANCIA Y VEJEZ

La **SALUD** es el estado de completo bienestar bio-psico-social: a nivel, físico, mental, psicológico y social.

EL RECIÉN NACIDO:

En el periodo neonatal, primer mes de vida, se completan muchos de los ajustes necesarios para la vida extrauterina.

La transición de la vida intrauterina a la extrauterina precisa muchos cambios (fisiológicos y bioquímicos):

- Función respiratoria
- Función cardíaca
- Función digestiva
- Función renal

CARACTERÍSTICAS

a) Proporciones corporales diferentes entre lactante y adulto:

- Cabeza grande, cara redondeada
- Pecho redondeado
- Abdomen distendido
- Punto medio aproximado ombligo (en el adulto es la pelvis)
- Extremidades cortas

Evolución del primer año:

Peso: 2.5 – 4kg al nacer. Menos: bajo peso. Más: macrosómico.

A los 5 meses doblan el del nacimiento y a los 12 lo triplican.

Talla: +12 meses 25–80cm

PC: +12–14cm 1er año.

b) Fisiología:

– Periodo de adaptación

- Tª corporal, no poseen regulación.
- Respiración, no saben respirar bien por la nariz.
- Sist inmunitario, bajo nivel de protección.
- Sist nervioso, falta de madurez de los reflejos superiores, sólo tienen reflejo arcaicos como el de prensión, succión ...

c) Órganos de los sentidos.

- Tacto: lo tienen desarrollado desde el principio y hay que tocarle para su madurez psicológica.
- Oído: Tb desarrollado desde el principio. Reconoce mejor los tonos agudos y voces femeninas. Su

conducta motora se adapta según quien le habla. Importante desarrollo social.

- Olfato: diferencia olores. Ej/ biberón y leche materna
- Vista: la 1ª semana mantiene la mirada en la cara. Notan cambios de luz. A la 2ª diferencia personas, mueve los ojos hacia el sonido. Para ellos es importantísimo ver la figura humana. Miran mucho a la persona que le cuida, que es fundamental en sus primeros meses para su desarrollo emocional, sino tienen esa persona pueden tener problemas de mayores.

d) Conducta:

- El RN tiene gran facilidad para interrelacionarse con el medio y una organización neurológica compleja.
- Su comportamiento depende del estado de conducta o nivel de vigilia. Durmiendo se ríen..

e) Vínculo afectivo madre-hijo:

Se establece en las primeras horas, es importantísimo para su posterior vínculo, para la estabilidad del RN, que será fundamental en sus posteriores relaciones emocionales y la tranquilidad que el bebé necesita al salir a un lugar desconocido.

f) Desarrollo social del recién nacido:

- Se sitúa en los 1º intercambios de sonrisas entre el bebé, la madre y el entorno.
- Se debe acudir cuando llora, aunque no lo cojas.
- Coger su dedo.

El niño tiene que tener una persona de apego, si acaso dos, pero no muchas.

Cuando llora o grita hay que acudir, tocarle, que te vea la cara, hablarle...para que se cree ese vínculo fuertemente. Es su primer poso de sociabilización.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL LACTANTE:

Hasta el año y medio se denomina periodo de lactancia

El primer año de vida el crecimiento sigue siendo grande.

– primeros dientes:

–Incisivos: 6 primeros meses–1 año

–4 premolares: año–18 meses

–4 caninos: 18 meses–2 años

–4 molares: 2–2 y medio.

–La fontanela se empieza a cerrar a los 18 meses. Es otro signo, como los dientes de buena mineralización.

Desde el punto de vista motor.

El objetivo es que el niño consiga la bipedestación. Gatea sobre los 8 meses y a partir de ahí dará impulsos hasta que sobre el año la consiga. La marcha autónoma, (que ande solo) se da entre los 12 y 18 meses. Entre los 18 meses y 2 años aprende a andar solo, subir y bajar escaleras (a partir de los 2 años).

Las funciones motoras finas se van desarrollando también y empiezan a hacer pinza con el pulgar e índice.

Hacia el 3º mes se lleva la mano a la boca por propia voluntad y hacia el 3º – 5º puede sostener objetos.

Hacia los 6 meses empieza a decir monosílabos. A los 18 meses sabe 3-4 palabras.

Desde el punto de vista social o de relación hacia los 7 meses al niño le gusta jugar con la gente, tirarle las cosas. A los 8 empieza a extrañar y tiene miedo si no esta con la madre/padre, es una fase de separación que no se debe forzar porque sino rompemos su desarrollo social y psicológico normal.

Hacia los 2 años empieza a controlar el esfínter. Tiene que madurar solo, no hablamos de enuresis hasta los 7 años si se mea en la cama

PERIODO PREESCOLAR

De 3 a 6 años. En esta etapa se frena el crecimiento y por lo tanto se come menos.

El niño adquiere su independencia. Tiene una autonomía muy importante física y del lenguaje y hay que ponerle límites (época de las rabietas), normas claras y concisas.

PERIODO ESCOLAR

De los 6 años a la pubertad (niñas 11, niños 12 años)

Se crece de 5-6 cm/año y se engorda unos 3kg.

Empieza la erupción de los dientes definitivos.

A nivel motor la columna vertebral coge mucha fuerza. Aumenta la fuerza, destreza muscular y motora. La cara empieza a cambiar de aspecto, la nariz. Maxilares...

Aumenta mucho el tejido linfático (ganglios)

El niño tiene una vida más independiente, aparecen juegos en relación con otros niños.

En lo social aparecen factores externos a la familia: profesores, entrenadores deportivos...

A nivel del lenguaje, se usan las oraciones y debe manejar bien la lecto-escritura. Esta edad es bastante tranquila.

ADOLESCENCIA

De los 12-19 años.

Es un período de máxima actividad . Él cuerpo y mente cambian de niño a hombre .

Empieza con un crecimiento muy fuerte (el estirón)

Cambios en la distribución del cuerpo, de las grasas sobre todo.

Crece más el segmento inferior que el superior, hasta los 16 años que se iguala.

Los caracteres sexuales empiezan a aparecer. En las chicas, dos años antes de la menarquia (1ª regla): crecimiento de senos (telarquia), vello en el pubis y axilas, ensanchamiento de caderas...

En los chicos aparece el vello del pubis, aumentan los testículos y pene de tamaño, se desarrolla el pelo en axilas y facial, el cambio de la voz ...(hacia 14)

La formación de espermatogénesis no aparece propiamente hasta los 16. hacia los 13-14 años se dan poluciones nocturnas.

En cuanto al campo psicosocial es una etapa muy importante. Hay una lucha dependencia-independencia, se deja de tener a los padres tanto en cuenta y esto crea un vacío emocional que se suple con amistades.

Hay una inseguridad provocada por el cambio corporal porque el individuo no se reconoce., se empieza a fijar en el otro sexo entre 12-14 años.

De 15-17 el problema con los padres es mucho más fuerte, los cambios corporales ya terminan y lo que importa es tener buen cuerpo. Los amigos tienen muchísima importancia, prácticamente lo sustituyen todo. Empieza a desarrollarse la identidad, se da una amplitud de sentimientos. Se empieza a dar la creatividad artística y orientaciones vocacionales realistas . En esta fase se da la omnipotencia +.

En la última fase de la adolescencia los amigos ya no son tan importantes, tampoco el cuerpo, se busca una independencia económica, se llevan mejor con los padres.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Son programas específicos de cada gobierno y país de acuerdo con sus recursos.

PROGRAMAS EN ESPAÑA:

PROGRAMAS DE SALUD EN LA INFANCIA

-Programa materno infantil: control en el embarazo.

Objetivo: detección precoz de las complicaciones. Se hace el screening de las principales enfermedades infecciosas que pueden provocar malformaciones en el feto. Se intenta ver si hay alteraciones cromosómicas.

En estos programas se hacen campañas antitabaco, antidrogas, etc,,, para que el niño nazca bien.

Una vez nacido, se empiezan a hacer exámenes del niño sano (con el cordón umbilical cortado). Se verá la adaptación del niño al medio:

- Una primera exploración se hace con el niño aún desnudo y con un foco de calor: TEST DE APGAR. Con 5 ítems podemos ver si el niño va a necesitar unos cuidados intensos o no. Se hace uno al primer minuto y luego a los 5min. Ítems:

Frecuencia cardíaca:

No hay pulsaciones =0 -100 latidos/min=1 +100 latidos/min =2

Esfuerzo respiratorio:

Apenas se mueve =0 Respira regular =1 Respira enérgicamente =2

Tono muscular:

Flácido, hipotónico =0 Poco movimiento =1 Mucho movimiento =2

Respuesta a estímulos:

No hay respuesta =0 Hace muecas =1 Se defiende =2

Color:

Azul =0 Rosado pero extremidades azules =1 Rosado =2

- La siguiente exploración será la de ver si tiene malformaciones físicas, tallarlo y pesarlo. Después se le viste y se le hace la profilaxis ocular: se le pone un colirio en los ojos para evitar conjuntivitis por si ha adquirido flora con bacterias de la vagina de la mujer al salir.

Tb en el paritorio se le pone vitamina k, necesaria para la coagulación sanguínea

Se le pone la vacuna de Hepatitis B y la identificación con huella dactilar.

–A las 24 horas se confirma que el niño está bien.

–Antes que salga del hospital se hace la primera prueba o screening metabólico neonatal: se ve si hay hipotiroidismo.

–Con posterioridad, hacia el 7º día se verá si hay enfermedades causadas por aminoácidos: se controla por ej la fenilalanina.

A partir de aquí entramos en el

–CONTROL DEL NIÑO SANO, del lactante, de mes a mes.

Objetivos: prever malformaciones congénitas y conocer el ambiente social del lactante para prevenir patologías de salud mental. Primero hay una entrevista, después un examen físico en que se compara su talla y peso con las tablas.

Después, para el desarrollo psicomotor tenemos el Test de Denver.

En lactantes y preescolares está el

–PROGRAMA DE VACUNACIÓN:

Son de dos tipos: con microorganismos atenuados o con microorganismos inactivados o muertos. Pueden ser:

–Bacterianas: atenuadas (BCG), inactivadas(tosferina, difteria, tétanos)o ingeniería genética (otras)

–Víricas: atenuadas (polio–oral, rubéola, sarampión, paperas, varicela), inactivadas,(gripe, polio–inyectable)o ingeniería genética (hepatitis B)

El modo de inyección es subcutánea.

Calendario vacunal:

Hepatitis B: recién nacido

2 meses: 1ª dosis difteria, tétanos, tosferina, 1ª hemófilus influenzae. (1 inyección)

polio oral

meningococo, 2ª dosis hepatitis B

4 meses: 2ª difteria, tétanos, tos ferina y hemophilus influenzae (1)

2ª polio oral

2ª meningococo

6 meses: 3ª difteria, tétanos, tos ferina y hemophilus influenzae

3ª polio oral

3ª meningococo

3ª hepatitis B

15 meses: empezamos con vacunas víricas atenuadas. Triple vírica (sarampión, paperas, rubéola)

18 meses: 4ª difteria, tétanos, tos ferina y hemophilus influenzae

4ª meningococo

4ª polio- oral

4 años: 5ª difteria (de adultos ya) tétanos, hemophilus influenzae .

5ª polio oral

2ª triple vírica

14 años: DTP + tétanos

Las nuevas son:

neumococo, al 2º, 4º, 6º mes y al 12º mes de la última

varicela

En España no se utilizan ya:

BCG (tuberculosis), no está aconsejada en nuestro país.

PROGRAMA DE SALUD EN LA ETAPA ESCOLAR:

Va desapareciendo el médico escolar según mejora la atención primaria. El niño va a los centros de atención primaria para su control. El médico sólo acude a grupos especiales.

En la escuela se interviene a nivel de prevención: educación sanitaria.

PROGRAMAS DE SALUD DE LA ADOLESCENCIA:

Intentan buscar un espacio de acceso a la adolescencia, consultas especiales para los adolescentes (ni niños ni adultos) con gente que compatibilice con ellos, a otras horas, por ejemplo,

Temas: anticoncepción, hábitos de consumo de sustancias, creación de malos hábitos alimenticios, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual...

Es conveniente que no se les pida documentación.

Sí se ha de ir aún a los institutos ya que no ha sido puesto en marcha.

ENFERMEDADES

CONGÉNITAS:

El niño nace con ellas (da igual el origen). Cada vez hay más supervivencia y por tanto, una repercusión social

*GENÉTICA: (mirar en psicología)

Las leyes de Mendel se descubrieron hace un siglo— siglo y medio.

- Segregación de factores: un nuevo individuo se forma al concluir un gameto femenino y masculino que llevan el material genético de cada progenitor. Cuando se valla a reproducir se mezcla el contenido del padre y la madre.
- Independencia de factores: Los factores necesarios para un carácter no están permanentemente unidos sino que en un gameto pueden ir gametos paternos y maternos. La herencia mendeliana puede transmitirse en cromosomas autosómicos (los que llevan toda la información de la persona) o en los cromosomas sexuales. El carácter se expresa: cuando va en dos copias , la herencia es recesiva, en una sola es dominante.

La especie humana presenta un número de 46 cromosomas, de ellos 44 somáticos (autosomas) y 2 los cromosomas sexuales.

44XX-----22X, 22X

44XY-----22X, 22Y

Todas las células del cuerpo humano contienen 46 c, excepto las reproductoras que tienen 23

El ADN está en el cromosoma, en sus hélices.

En 1956 fue cuando se descubrieron todos los cromosomas.

Se realizó el careotipo: expresión ordenada de los cromosomas de mayor a menor, con los sexuales aparte.

El cromosoma Y es más pequeño, tiene menor carga genética que el x y da más problemas sexuales.

El 28% de las patologías congénitas son de causa genética.

12% causa cromosómica

10% causas diversas

50% causas desconocidas

Causa genética:

Herencia autosómica dominante: supone que el individuo afectado es heterocigoto y el 50 % de los hijos estarán afectados y el otro 50% serán sanos e incapaces de transmitir la enfermedad.

Herencia autosómica recesiva precisa para manifestarse que el individuo sea homocigoto. 25% de los hijos serán sanos, 25% tendrán la enfermedad, 50% tendrá la capacidad de transmitirla. En estas familias la consanguinidad aumenta un 32% el riesgo.

La patología genética se va a transmitir.

PATOLOGÍAS CROMOSÓMICAS:

Anomalías cromosómicas:

- Manifestaciones en el nacimiento del niño
- Causa de aborto natural
- Hay embriones con alternaciones cromosómicas
- Las variaciones numéricas en cromosomas pueden ser por aumento o disminución:

Aumento:

1/ poliploideas– incompatibles con la vida

2/ aneuploideas– un par de cromosomas sufre trisomías 47, tetrasomías, 48

- Individuo mosaico: tiene rasgos patológicos y normales
- 44x: único compatible con la vida
- Variaciones estructurales:
 - ◆ Por delección: contiene el mismo número de cromosomas normales (46) pero ha perdido material cromosómico.
 - ◆ Por traslocación: intercambio de material entre 2 cromosomas distintos.

Síndrome de Down, o trisomía 21

- Cromosoma 21 en exceso
- Denominado mongolismo
- 2% de alteración genética
- depende de la edad materna en que se produce la gestación, +46 1/60

- retraso mental y en el desarrollo psicomotor
- occipital aplanado
- braquicéfalos (cráneo casi redondo)
- ojos oblicuos (parpebrales– párpados hacia arriba) hipertelorismo (ojos muy separados), epicanthus (ojo almendrado), alteraciones en la visión: cataratas, estrabismos, miopías, hipermetropías.
- orejas de implantación baja
- boca pequeña y macrofasia (lengua muy grande)
- tórax cilíndrico, anomalías en esternón
- mamas separadas
- hipotónicos (flácidos)
- abdomen extendido
- pelvis basculante (hacia atrás)
- extremidades cortas, hipoplaxia del 5º dedo
- pliegue simiesco (un solo pliegue en la mano)
- alteraciones viscerales: imperforación anal
- aumento de patologías internas
- alteración en su inmunidad
- se les hace estimulación precoz
- hay mas posibilidad de alzheimer en esta enfermedad

Síndrome de Edward

- trisomía en el 18
- escaso peso al nacer
- hipertónicos (rígidos)
- cuadro malformativo importante: microcefalia, retraso mental, orejas bajas y malformadas, no tienen prácticamente barbilla, manos en garra y dedos montados unos encima de otros, pie mecedora, uñas hipoplásicas
- malformaciones viscerales
- fallecen a los 2 meses

- 1/8000

Síndrome de Patau

- Trisomía 13
- 1/10.000–15.000
- malformaciones físicas grandes: sb todo cráneo y cara
- falta cuero cabelludo
- microftalmia
- labio separado, leporino
- nariz plana y pueden presentar un orificio único
- pueden presentar polidactilias y seis
- malformaciones viscerales
- esperanza de vida no superior al año

Síndrome de Klinefelter (47, XXY)

- alteraciones sexuales
- se empieza a desarrollar en la pubertad
- grandes, obesidad
- aumento de las mamas
- hipogenitalismo (pequeños)
- no son fértiles

Síndrome del supermacho (47, XYY)

- Muy grandes y masculinos
- Desarrollan gran agresividad

Síndrome de Turner (45, X₀)

- Aspecto de niña
- Inteligencia conservada
- Pterigium colli, cuello alado: piel que les sobra en el cuello

- Al llegar a la pubertad no desarrollan , no tienen menarquia
- No tienen gónadas
- No tienen aparato sexual interno
- les pone estrógenos para que desarrollen caracteres sexuales

Síndrome de Maullido de gato

- Ocurre por una delección (pérdida) del brazo corto del cromosoma 5.
- Desde que nacen presentan un llanto como un maullido.
- Nacen con bajo peso, hipotónicos, retraso psicomotor, malformaciones diversas.
- Fue descrito en el 63. 1/50.000.
- Cara redonda, de luna llena microcefalia (cabeza pequeña), hipoplaxia de los huesos nasales (nariz ancha y aplastada) , luxación de cadera. Hipoplaxia en la laringe (no bien desarrollada)

Síndrome del X frágil

- Inestabilidad del cromosoma X, eso hace que el cromosoma se pueda romper por algunas zonas.
- Se transmite por herencia, es de tipo recesivo. Si se rompe produce subnormalidad, es la causa más frecuente después del Down. . En el 30% de los casos hay retraso mental con el CI desde el 30–65.
- Hiperactividad.
- En cuanto a alteraciones físicas: asimetría facial, frente muy grande
- Sólo en varones

PATOLOGÍAS HEREDITARIAS

Enfermedades con herencia autosómica recesiva:

Son la más frecuentes. Para que se de esto, el enfermo tiene que ser homocigoto en el gen que produce esa enfermedad. Los padres del enfermo son heterocigotos para ese gen, no tiene enfermedad pero sí la transmiten. El riesgo de tener hijos enfermos es de un 25%, un 25% de sanos y un 50% de transmisores. El riesgo de que un individuo enfermo transmita la enfermedad a sus hijos es mínimo salvo que se una con una persona con esa enfermedad, entonces todos sus hijos tendrán la enfermedad.

Fibrosis quística de páncreas:

Alcanza una incidencia entre individuos blancos de 1/2000nacidos. La transmisión es autosómica recesiva, es muy frecuente en individuos que no sean de raza blanca. En un principio se daba en el norte de Europa. Se manifiesta con 3 grandes trastornos:

- Anormal concentración de iones orgánicos en glándulas, fundamentalmente de cloruro sódico en el sudor

- Aumento de una viscosidad de las secreciones mucosas
- Susceptibilidad de las infecciones bacterianas en el aparato respiratorio. Se piensa en un defecto en el metabolismo de las glándulas exocrinas.

Da problemas en casi todos los órganos. De recién nacido puede tener problemas en expulsar el deconio (primeras heces). A lo largo del primer año de vida empieza a dar síntomas:

- Alteración del aparato respiratorio: bronquitis, tos, sinusitis...
- A nivel digestivo: el páncreas vierte al aparato digestivo enzimas para hacer la digestión, todas esas secreciones son muy densas en esta enfermedad: no absorben las grasas ni las proteínas. Sus heces son voluminosas y malolientes (eliminan todas las proteínas) con grasas. Alteraciones de diabetes.
- A nivel urogenital: son niños que van a presentar retrasos en la pubertad, esterilidad en mujeres y en varones azoospermia (ausencia de espermatozoides)
- Concentración de sodio en el sudor

El diagnóstico se hace mediante el test del sudor, estimulando con una sustancia para que éste salga.

En cuanto al tratamiento es sintomático, su esperanza de vida ha aumentado (40 aprox). Es muy importante el consejo genético a los familiares.

Problemas con la FENILALANINA

Es un error del metabolismo. Un aminoácido, la fenilalanina, que todos tenemos y lo vamos destruyendo, en estos niños lo que pasa es que no lo destruyen, lo acumulan y se acumula en el cerebro, produciendo una importante degeneración cerebral. En un año puede destruir su CI hasta un 50-90.

La sintomatología se empieza a dar cuando está muy avanzado: vómitos, signos de retraso psicomotor

Se da fundamentalmente en individuos rubios, de ojos azules y piel muy sensible

Se da consejo genético a los padres.

En el primer año se elimina este aminoácido de la alimentación, de adultos pueden llevar una dieta normal

Enfermedades con herencia autosómica dominante

El enfermo es heterocigoto para el gen. Con que sólo lo tenga uno ya se transmite. El riesgo de su descendencia es del 50% enfermos.. La transmisión está presente en todas las generaciones.

COREA HUNTINGTON:

Se da más en mujeres. Aparece a partir de los 40 años. Es una degeneración del sistema nervioso central que les lleva a la demencia en poco tiempo. Mueren aproximadamente a los 15 años de manifestarse la enfermedad. Muchas veces eran casos de familias enteras.

HEMOFILIA:

Ligada al cromosoma X. La transmiten las mujeres y la padecen los varones.

ENFERMEDADES PROPIAS DE LA INFANCIA

- VÍRICAS
- BACTERIANAS
- PARASITARIAS

VÍRICAS:

Con granos.

SARAMPIÓN:

Para el año 2007 estará erradicado. Es infecto-contagiosa producida por un virus RNA de la familia de los p..... Tiene un período de incubación de 10 aproximadamente y a continuación empieza con una fase catarral de 3 a 5 días (período de máximo contagio).

Presenta tos seca, vómitos, conjuntivitis, fotofobia, fiebre alta y en los días finales del período catarral aparecen las manchas de Koplik: manchitas blancas que aparecen en los carrillos por dentro. A los dos o tres días brota el sarampión.

En la fase exantemática (3, 4 días) aparece un exantema máculo (manchas amarillas), populoso (con relieve), confluyente (que se une), de color rojo intenso que se inicia detrás de las orejas y desde ahí se extiende hacia abajo y desaparece de arriba abajo también. Con esta fase hay fiebre muy alta con adenopatías cervicales (ganglios) muy grandes. Se puede complicar en una encefalitis aguda y tiene consecuencias neurológicas importantes.

Los anticuerpos que se crean permanecen toda la vida y aparecen al 2º día del exantema.

El tratamiento es sintomático.

RUBÉOLA:

Se llama también sarampión alemán. Es infecto-contagiosa. Se parece al sarampión pero mucho más leve. Es un virus RNA, familia de los toga.....

Período de incubación de 2 a 3 días, el catarro en 1 o 2 días, fiebre, ganglios. La fase exantemática dura 3 días aprox. Los granos son menos rojos y no confluyen. Va de cabeza a pies con predominio en el tronco. Tiene muchas adenopatías. Si la tiene una embarazada produce malformaciones congénitas.

El tratamiento es sintomático. La vacuna triple vírica cubre esta enfermedad.

PAPERAS O PAROTIDITIS:

Está también cubierta por la triple vírica.

Causada por el virus paramisovirus. Se contagia por la saliva. El período de incubación es de 14-26 días y el contagio es mayor antes y después de la inflamación de la glándula parótida.

Fase prodómica : Los síntomas no son muy específicos: fiebre, malestar general, pérdida de apetito... Pero viene acompañado de un dolor de oídos y sobre todo al morder.

Fase clínica : acompañada de la inflamación de la glándula parótida. En los varones se da junto a las paperas

una orquitis (inflamación de los testículos)

A veces se presenta junto con meningitis, pero pasadas las paperas, pasa también la inflamación de las meninges y de todo.

En cuanto a la medicación, todo lo que se usa para el dolor, la fiebre, tomar líquidos... tratamiento sintomático.

POLIOMIELITIS:

Causada por un enterovirus, virus digestivo. Hay tres tipos de este virus, el tipo 1 es el que se relaciona con la parálisis.

La fuente de infección son las heces y las gotitas al hablar.

El periodo de incubación es de 7–14 días. El período de máximo contagio no se sabe exactamente pero sí se sabe que el virus está en las heces y la garganta y que dura como una semana.

Formas clínicas de la enfermedad:

- Abortiva o aparente: produce fiebre, malestar general, dolor de garganta y cabeza, vómitos, dolor abdominal, anoexia y dura de unas horas a unos días.
- No paralítica: mismos síntomas que la anterior pero más fuerte. Dolor en el cuello y rigidez del mismo y extremidades.
- Paralítica: tiene una clínica similar a las anteriores. Parece que hay una leve recuperación pero en vez de terminar con la curación, acaba con darse una parálisis en el SNC. Normalmente suele ser parálisis de piernas, pero a veces sube para arriba, llegando a ocasionar parálisis respiratoria con su consiguiente peligro de muerte. El tratamiento consiste en una rehabilitación– fisioterapia. Si hay parálisis respiratoria, respiración asistida.

El peor de los casos sería la muerte por parálisis respiratoria o una parálisis de piernas permanente.

VARICELA:

Es una enfermedad muy contagiosa. La produce el virus herpes zoster. La fuente de contagio son normalmente las secreciones del individuo enfermo. El período de incubación es de 2 a 3 semanas, el de contagio va de unos días antes de que aparezcan las lesiones a que todas ellas estén en fase de costra.

El período prodómico (antes de la enfermedad en sí) consta de fiebre, anorexia, malestar general... y esto va seguido de una erupción pruriginosa (que produce picor), un exantema papilar (granitos). Puede aparecer por todas partes. Estos exantemas papilares rápidamente cambian a exantemas vesiculares (con líquido que se contagia). Al romperse la vesícula, se seca el exantema y sale la costra. Durante 7 días se da esta proliferación de exantemas papilares y vesiculares. Después se hacen todas costra y pasa el peligro de contagio.

No suele tener fiebres altas. En cualquier caso NUNCA se debe dar Aspirina porque produce reacciones extrañas.

EXANTEMA SÚBITO O ROSEOLA INFANTIL:

Producido por un tipo de la familia de los herpes, de tipo 6. Período de incubación de 10 días. Se da fundamentalmente en lactantes.

La fase prodómica es de 3 días con fiebre alta y hacia el 4º empieza a aparecer un exantema macular (sin relieve) de color rosado, en el tronco y se extiende hacia las extremidades y coincide con la desaparición de la fiebre.

Normalmente no tiene ninguna complicación, rara vez hay afectación en las meninges o encéfalo. El tratamiento no es específico.

ERITEMA INFECCIOSO O 5ª ENFERMEDAD;

Lo produce el parvovirus humano. La fuente de transmisión es la gente infectada. El período de incubación es de 4–14 días. El período de contagio es un tanto incierto.

La fase prodómica consta de algo de fiebre, pero poca cosa. La exantemática dura 11 días. Salen los exantemas en las mejillas (parece que han pegado al niño), después los exantemas papilares por el tronco y extremidades.

El tratamiento es sintomático: ayudas para la fiebre y poco más.

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA O ENFERMEDAD DEL BESO:

Producida por el virus Epstein Barr. Se contagia por la saliva, de ahí que se llame la enfermedad del beso. Tiene una incubación de 2 semanas. Dolor abdominal y muscular, cefalea (dolor de cabeza), malestar general.

La fase clínica de 2 a 4 semanas con mucha fiebre, malestar, anginas blanquecinas, aumento del hígado y bazo (hepatoesplenomegalía), aparecen muchos ganglios, edema de párpados y puede aparecer un exantema máculo–papilar, sobre todo si se han tomado antibióticos.

Una vez pasada deja inmunidad para toda la vida.

BACTERIANAS:

DIFTERIA:

Se pensaba que estaba erradicada pero en la URSS se dieron casos. El agente causante es una *Corynebacterium diphtheriae*. La fuente de contagio son las secreciones de la persona infectada.

El periodo de incubación, 2–5 días. Periodo de contagio variable.

En cuanto a la clínica, depende de dónde se encuentre la difteria:

- Nasal: es como un resfriado común pero con síntomas generales más importantes, es la forma menos grave.
- Laringo–nasal o amigdalar : en las amígdalas y garganta. Hay dolor en estas zonas. Una membrana grisácea en esta zona que obstruye las vías respiratorias (en todos los lugares). El bacilo produce una toxina que puede causar la muerte por intoxicación.
- Laringea: si no se hace una traqueotomía se puede morir.

El tratamiento es antibiótico (penicilina, eritromicina) y suero con antitoxinas.

TOSFERINA:

La produce la bacteria *Bordetella Pertussis*. La fuente de contagio es la tos. Período de incubación de 5 a 21

días. El período de contagio va desde antes de la aparición de síntomas hasta 1 semana de su aparición.

Los síntomas son como los del catarro normal pero luego la tos se hace más seca y se entra en la fase parosística en la que no se para de toser para quitarse los accesos de tos (como tapones).

El tratamiento es antibiótico (penicilina, eritromicina), hospitalización para dar oxígeno y codeína para los accesos de tos.

ESCARLATINA:

El agente contagioso es el estreptococo (el que produce las anginas) B hemolítico. Se contagia por las secreciones nasofaríngeas de los infectados.

Periodo de incubación de 2–4 días.

Fase prodómica de 12–48 horas de fiebre alta, dolor de garganta, malestar general, cefalea, vómitos y anginas. Fase exantemática en la que aparece un exantema máculo–papiloso y además muy rojo. Propicio a salir en codos y cara pero en el triángulo naso–labial no aparece. Produce escamación de la piel. La lengua se pone completamente roja.

El tratamiento es antibiótico (penicilina), además de líquidos, antitérmicos para la fiebre...

EL MALTRATO INFANTIL.

Ha tenido lugar en todas las épocas. Los niños eran considerados parte de la propiedad.

A finales del XIX se crean en EEUU asociaciones para recoger niños maltratados, especialmente de las clases más pobres.

En 1800 un médico realizó el primer libro estudiando las autopsias de varios niños en las que encontraba síntomas.

En 1962 Kemper describe el síndrome del niño golpeado, cuando se vean ese tipo de datos se ha de pensar que el niño ha sido maltratado.

En 1970 se crea una sociedad internacional para la prevención del abuso y la negligencia en los niños.

En cuanto a las leyes, el niño comienza a ser objeto de derecho en 1924, con la declaración de los derechos del niño.

En 1959 se aprueba en naciones unidas la declaración universal de los derechos del niño

En 1990 se da un ordenamiento jurídico sobre las bases de la declaración de los derechos. El niño pasa a ser un sujeto de derecho.

El concepto de maltrato es muy amplio. Hay formas activas y pasivas. Se da también el maltrato psicológico, muy difícil de detectar. Es cualquier acción u omisión no accidental que repercuta en la satisfacción de las necesidades básicas del niño

	ACTIVOS	PASIVOS
MALTRATO FISICO	Maltrato	Negligencia

	Abusos sexuales	
MALTRATO PSICOLOGICO	Maltrato	Negligencia o abandono emocional

El **maltrato físico** es la acción no accidental que provoca daño físico o enfermedad en el niño. Están también incluidas las formas disciplinarias. Todo castigo en un niño menor a un año que utilice la violencia y si es mayor cuando se utilice una fuerza desproporcionada.

Indicadores en el niño:

- Magulladuras o contusiones en distinto estado de evolución en la cara, tórax, muslos (sitios no frecuentes de las caídas normales).
- Quemaduras o cigarrillos: hay que reseñarlas
- Escaldaduras por agua caliente, lesiones con la plancha.
- Fracturas en varios huesos y algunas no bien curadas. En las costillas, cráneo, mandíbula...
- En menores de 2 años es muy difícil que se fracturen por lo que es muy sospechoso.
- Fracturas de vísceras en niños mayores.
- Señales de mordedura.

Comportamiento: suelen ser temerosos y cautelosos en el trato con adultos, aprensivos cuando lloran otros niños. No se dejan tocar o al revés, apáticos. Están más a gusto fuera de casa, no quieren ir. También pueden inventarlo.

Maltratadores: casi siempre han sido maltratados. Disciplinas desproporcionadas. No dan explicaciones, darlas incoherentes o poco convincentes. Nada preocupados o mucho (el niño entonces les rechaza) Hablan muy negativamente del niño. Problemas mentales o con drogas.

El **abuso sexual** es cualquier contacto o interacción niño- adulto cuando se utiliza para la estimulación sexual del adulto o terceros. El agresor también puede ser menor de edad pero es mayor que la víctima o está en situación de poder.

Fundamentalmente es intrafamiliar: mucho más perjudiciales para el niño.

En el extrafamiliar el niño conoce generalmente al adulto y éste tiene poder sobre él. Suelen estar amenazados y no pueden negarse.

Indicadores en el niño: físicos no se pueden prácticamente identificar.

- Dificultades al andar y sentarse
- dolor o pico r den la zona genital
- inflamación o contusión del ano o vulva.
- Aparición de una enfermedad sexual
- ropa interior rasgada o manchada.

Comportamiento; rechazantes, conductas muy infantiles o al revés. Escasa relación con los compañeros. Acciones delictivas o de fuga. No querer desnudarse delante de los compañeros. Comportamientos sexuales extraños. Acusa de haber sido atacado pero no sexualmente.

Abusador: protector excesivo o celoso del niño, ha sufrido abusos sexuales, dificultades en las relaciones normales. Alienta al niño a implicarse o presenciar actos sexuales. Si es de la familia suele tener ausencias, abandonos del hogar

La **negligencia** es no cubrir o dar la atención debida a las necesidades físicas del niño: comida, vestido , vigilancia, atención sanitaria, aseo, educación.

El **maltrato psicológico** ocasiona problemas del crecimiento y desarrollo, actitud de tristeza, apatía.

- Rechazar, excluir al niño de las actuaciones de la familia, sus muestras de cariño.
- Aislarle de las oportunidades de establecer relaciones sociales, negar la interacción con los adultos.
- Aterrorizar, amenazarles con castigos que se creen.
- Ignorar, frialdad, falta de atención y afecto.
- Corromper, conductas que impiden la normal integración del niño en la sociedad. Alentarles a cometer actos delictivos, exponerle a la pornografía, incitarle al consumo de drogas, premiar conductas agresivas..

(Garbant?)

SÍNDROME DE MUNCHHAUSEN POR PODERES

Se simulan enfermedades, pero las generan las madres, es una forma de maltrato muy difícil de ver.

Provocan en el niño síntomas físicos o patologías que requieren hospitalización y tratamiento médico. Los padres presentan un historial, niños generalmente menores de seis años.

La sintomatología: simulación de una enfermedad pero no muy creíble, hemorragias, fiebre, síntomas neurológicos, digestivos.. son mujeres muy inteligentes, conocimientos de medicinas, ayudar a los médicos. Los niños pueden presentar lesiones en la piel raras que no encajan con ningún diagnóstico.

Sospecharemos si:

- Ha sido ingresado en muchos hospitales, con las mismas o distintas patologías, amplio historial, cambian mucho de hospitales para no ser descubiertas.
- Tienen recurrencia en los síntomas (vómitos) se les suele ingresar y separar de la madre.
- Son síntomas de difícil encasillamiento en una patología determinada.
- Los signos y síntomas no se presentan cuando la madre está ausente, no quieren dejarlo solo.
- Madre relacionada con la profesión sanitaria.
- Preocupación exagerada por su hijo, y se queja porque nadie lo diagnostica.
- Intento de establecer relaciones con el personal sanitario.
- Las madres también han padecido el síndrome de Munchausen en ellas mismas, han simulado enfermedades.
- No aceptan el engaño, lo van a negar si son descubiertas.
- No se saben los motivos que llevan a las madres a esto. Es una patología psiquiátrica, de difícil tratamiento si se niegan. Ahora se sabe mucho de esto, es una forma de aumentar su autoestima.

Factores favorecedores del riesgo del maltrato

Del niño:

- Embarazos no deseados
- Niños prematuros y de bajo peso, no establecen tanto el vínculo
- Niños enfermizos, hiperactivos o apáticos
- Disminuidos físicos o psíquicos

Del cuidador:

- Madres solas o padres jóvenes
- Maltratados en su infancia
- Inmaduros, dependientes, con baja autoestima, controlan mal su agresividad
- Padres con muchos hijos con poca diferencia de edad
- Padres con pocos conocimientos de lo que es un niño (toxicómanos)
- Padres con enfermedades agudas o crónicas

Sociales y culturales:

- Aceptación de patrones de violencia en la educación de los niños.
- Precariedad económica
- Problemas laborales
- Alta movilidad social, emigración
- Hacinamiento
- Prostitución

DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO:

Es muy difícil , salvo que haya marcas físicas. Tenemos solamente signos de sospechas, habrá que analizar todos los datos.

¿Cómo actuar?

Si hay sospecha, puede venir de salud, de una escuela, de la policía, desde la fiscalía. Se notifican, mandando copias a todos (colegio, policía..) se adjuntan al expediente del niño, el original se manda a los servicios sociales de la zona. Aquí verán si hay que intervenir rápido es una sospecha. Si es un maltrato grave se manda una solicitud a la comisión de tutela del menor, avisa al juez y se tutela al niño. Después se le da una protección inmediata y si se confirma se da la tutela a otros, sino el niño vuelve con su familia.

Si hay una sospecha leve notificas a los servicios sociales, se abre un expediente informando y se hace una intervención más en profundidad. Se le hace entonces un seguimiento.

¿quién interviene?

- Conserjería de servicios sociales de la comunidad, a través del instituto del menor y familia: comisión de tutela, centros residenciales, acogimientos y adopciones, resolución de conflictos familiares.
- Ayuntamiento, a través de los servicios municipales
- Justicia, policía y servicios comunitarios (a través de asociaciones , sanidad...) y también los servicios sociales municipales especializados.

¿cómo prevenir?

- ◆ Prevención primaria: quiere evitar que se produzcan nuevos casos y para ello hay que eliminar los factores de riesgo.
- ◆ Prevención secundaria: trata signos importantes de maltrato, población de riesgo, es el diagnóstico precoz del maltrato, identificación de familias de riesgo. Hay que hacer intervenciones coordinadas e intentar reestructurar el ambiente familiar.
- ◆ Prevención terciaria: cuando ya se ha producido el maltrato, el objetivo es reducir la gravedad y secuelas del maltrato y evitar su repetición. Intervienen los servicios sociales y la psiquiatría. Tratamiento de las víctimas y de su entorno.

FACTORES DE PROTECCIÓN (*resiliencia)

Es la habilidad de algunos individuos para hacer frente a adversidades y riesgos. Se intenta determinar los factores de protección:

- Niños con buenas relaciones con los padres
- Niños con habilidades especiales , que caen bien...
- Intentar desarrollar hábitos saludables
- A nivel social es un factor de protección importante el reconocimiento de los derechos del niño y favorecer una cultura opuesta a la violencia.

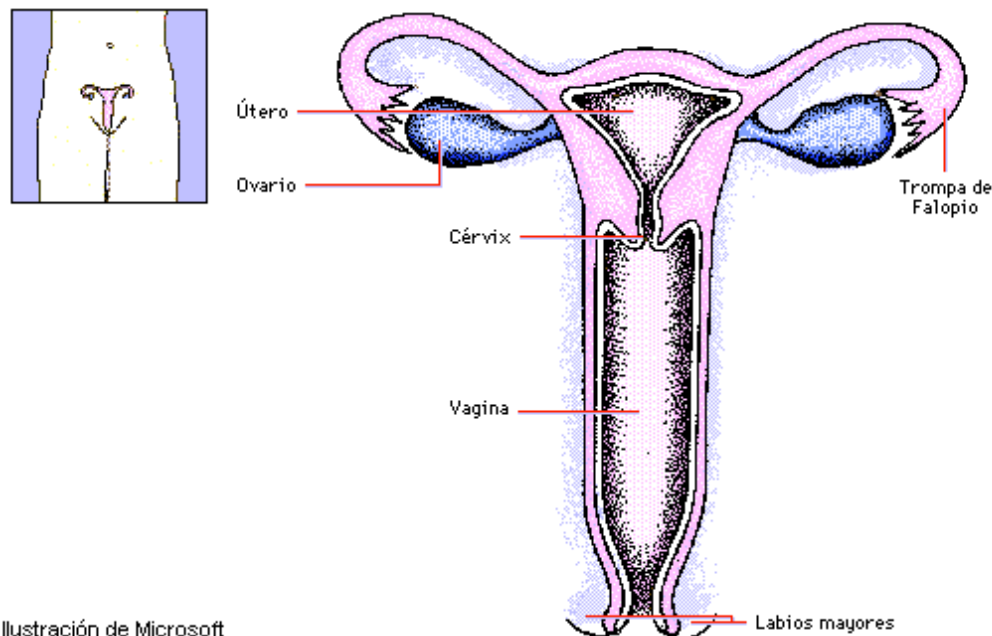
ASPECTOS SOCIO SANITARIOS DE LA REPRODUCCIÓN, INFANCIA Y VEJEZ

REPRODUCCIÓN

La reproducción humana es el mecanismo que ofrece la naturaleza para garantizar la conservación de la especie y la forma propia.

¿Por qué muchos órganos están duplicados? Porque así, si perdemos uno no pasa nada. Es una medida natural para perpetuar la especie.

APARATO REPRODUCTOR FEMENINO:



Los órganos genitales femeninos se dividen en internos y externos.

–Los **internos** están dentro de la cavidad abdominal. La bipedestación del hombre hace que sólo la pared abdominal proteja esta zona. Además, los órganos femeninos están defendidos por la pelvis, un escudo óseo.

–Los **externos** están más relacionados con la sexualidad que con la reproducción.

Así, nos interesan más los internos.

El **OVARIO** es el órgano motor del proceso reproductivo. Contiene unas células que van madurando a lo largo de la vida fértil: los **óvulos**, encargados de la posterior función reproductiva.

También proporciona las **hormonas** necesarias para esta función (estrógenos).

Dentro del ovario hay un órgano llamado **cuerpo luteo**, y el óvulo junto con el cuerpo lúteo = **folículo de Graff**, éste folículo crea la progesterona.

El óvulo sale del ovario y va a parar a otro órgano par: las trompas de Falopio. Ahí es donde únicamente puede ser fecundado y ahí espera la llegada del espermatozoide. A las 24–48 horas morirá. Si hay fecundación los niveles de progesterona suben, sino bajan.

El **ÚTERO** es un órgano único que mide 15 cm, si hay fecundación se agrandará para acoger todo. Es un músculo muy elástico, funciona permanentemente en ciclos (no continuo como el corazón).

Tiene forma de pera y está situado medialmente y se agrandará hacia todas partes en el periodo de gestación.

Tiene un cuello estrecho (como 1 cm de diámetro) por el que saldrá la cabeza fetal (12–14 cm).

Tanto el ovario como el útero tienen una función determinadas en ciclos simultáneos pero diferentes. Cuando no hay fecundación el óvulo muere y el útero produce la menstruación.

La **MAMA** es otro órgano de importancia. La madre transmite con la leche los anticuerpos necesarios además de otras muchas cosas.

El ciclo ovárico dura 28 días aproximadamente. Las dosis hormonales en sangre son en meseta y a mitad de él bajan los niveles. En ese momento se da la ovulación porque el óvulo necesita para salir bajos niveles hormonales.

Cuando se unen el óvulo y el espermatozoide se le llama huevo, éste baja hasta la parte interior del útero, donde hay una mucosa que se llama endometrio que va creciendo desde el útero hasta el centro.

Si no hay fecundación el útero degenera y la pared es expulsada, se descama y cae con la consiguiente hemorragia (metrorragia).

En la pubertad empiezan a funcionar los órganos reproductores. Los hombres sus primeras eyaculaciones y las mujeres sus primeros ciclos.

APARATO REPRODUCTOR MASCULINO:

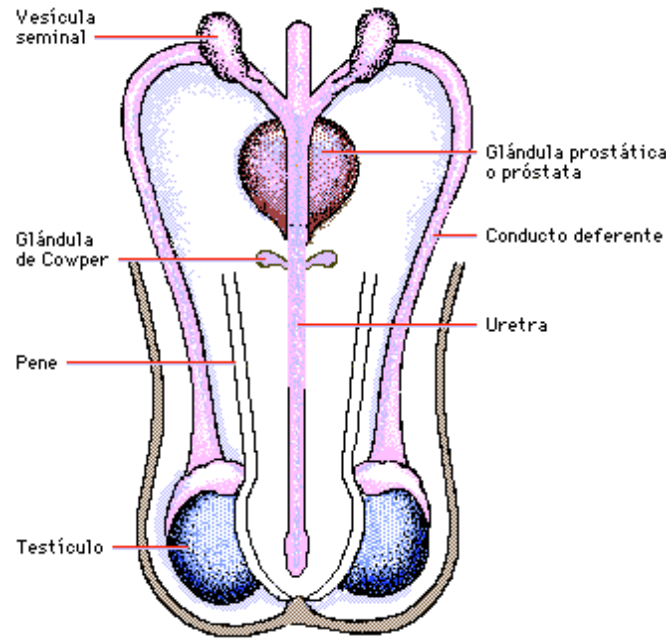
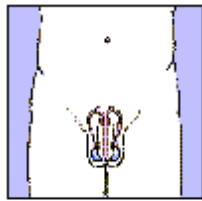


Ilustración de Microsoft

Básicamente se compone de dos partes:

Una parte glandular que son los TESTÍCULOS, encargados de producir las células reproductoras (espermatozoides) y también de crear varios tipos de hormonas.

Están fuera porque necesitan estar a menos temperatura.

Los espermatozoides van madurando del centro a la periferia.

Espermatozoides y hormonas son conducidos al EPIDÍDIMO (primera parte de un tubo que se va diferenciando de acuerdo a la función que tiene encomendada).

Después vienen unos reservorios, las vesículas VESÍCULAS SEMINALES, para acumular los espermatozoides. A éstas les sigue el CONDUCTO EYAUDADOR que forma el conducto deferente para desembocar en la uretra. La URETRA es compartida por el aparato reproductor y el urinario (excretor), va unida al pene.

Caracteres sexuales que diferencian a hombres y mujeres:

En la mujer los primarios son la existencia de ovarios y el útero, en el hombre los testículos y el pene.

Los secundarios son la voz, distribución del vello

El SNC (sistema nervioso central) contribuye en el proceso reproductivo controlando. La hipófisis crea hormonas, unas 200, algunas de las cuales están en relación con el proceso reproductivo. Las hormonas hipofisarias no hay que confundirlas con las estrogénicas o con otras. Las hormonas se crean en un sitio y actúan en otro.

Hormonas hipofisarias:

- **FSH**, folículo estimulante– actúa sobre el folículo de Graff
- **LH**, luteinizante
- **LTH**, luteotrófica actúan sobre el cuerpo lúteo.

- **Oxitocina**, hormona del parto, la que contrae el útero.

LA GESTACIÓN

La **PLACENTA** es única para cada embarazo, produce una hormona: la **gonadotropina coriónica**, que se elimina por la orina y nos permite saber si hay embarazo, aunque a veces las placentas no producen la hormona, al menos las primeras semanas y se puede pensar que no lo hay.

Cuando se unen el óvulo y el espermatozoide, se llama huevo o cigoto, el cual pasa a un **período embrionario** que dura unas 40 semanas (9 meses)

- En este tiempo configura todos sus órganos
- En la 2ª semana el embrión mide 2.8 cm
- En la 6ª,
- El embrión es el producto de la gestación hasta la 9ª semana de la última regla con un peso aproximado de 5gr y longitud de 4cm (parámetros antropométricos)
- Este período es fundamental para detectar malformaciones.

Período fetal

Un feto entre 500–1000gr es inmaduro (lo cual no quiere decir que sea inviable)

Cuando pesa entre 1 kg–2.5 kg es un niño prematuro (son también viables)

A partir de 2.5 Kg es un niño maduro

Durante todo el proceso de gestación, todos los órganos de la madre van cambiando:

- El útero se ensancha (cabe el líquido amniótico, la placenta, el feto crece...)
- Las mamas se preparan para la lactancia, tiene el nombre de **mastodinia** y suele doler:
 - durante la gestación la aureola mamaria se oscurece para que el feto la encuentre ya que no ve muy bien
 - aumenta el tamaño
 - se crea el calostro, leche especial para después del parto. Es la primera leche (muy dulce)
- El feto en el parto tiene que pasar por el orificio cervical. Durante la gestación ese orificio está cerrado con el tapón mucoso cervical (evita que pasen los gérmenes que suele haber en la vagina al feto)
- Los músculos: todos cambian
 - ♦ Los de la pared abdominal se distienden
 - ♦ El cerebelo y el oído (órganos fundamentales del equilibrio) nos permiten permanecer en bipedestación.
 - ♦ La curvatura de la columna vertebral se modifica para lograr el equilibrio ya que al aumentar el peso en su tripa la mujer se caería si no.
 - ♦ Se separan las piernas al andar para mejorar el equilibrio.
 - ♦ El corazón hace doble trabajo: bombea su sangre, la del feto y el movimiento del líquido amniótico.

- Psicología:
- Embarazo deseado: hay dudas sobre si es niño/a, si irá bien o mal..., todo esto hace que la mujer no pueda dormir bien, es muy importante el apoyo psicológico
- Embarazo no deseado: la mujer puede sufrir mucha angustia, en muchas ocasiones lleva directamente a la depresión.

El diagnóstico en la gestación

El diagnóstico en la gestación es importante y debe ser precoz para saber si todo está bien.

Para diagnosticar un embarazo precozmente, se necesitan síntomas tales como:

- ♦ Falta de la menstruación
- ♦ Náuseas
- ♦ Ganas de llorar, trastornos emocionales
- ♦ Crece la tripa

Un embarazo se puede diagnosticar tardío:

- ♦ Patadas en el vientre
- ♦ Las ecografías

EL PARTO

Si el diámetro pélvico es menor que el de la cabeza fetal, es mejor que no sea natural.

- ♦ Parto natural: parto eutócico
- ♦ Parto complicado: distócico.

El parto es la terminación fisiológica del embarazo mediante la expulsión de un feto maduro por vía natural.

Los embarazos múltiples no son normales porque exigen partos bastante complicados.

Los fetos, según nacen se pueden clasificar por su antropología.

- ♦ 38–42 semanas: a término **maduro**
- ♦ Superiores a 42: **postmaduro**
- ♦ 29–37: **prematuro**
- ♦ 21–29: **inmaduro**
- ♦ antes de 21: **aborto**

El **ABORTO** natural es bastante común. Es un proceso de selección biológica.

Los factores que contribuyen al parto son:

- ♦ causa muscular: sobredistensión uterina:
- ♦ causa hormonal: subida de los niveles de oxitocina en sangre y así el útero empieza a contraerse
- ♦ causa fetal: estrés fetal, el feto empieza a estar incómodo.

A efectos didácticos, el parto eutócico se puede dividir en **tres partes**:

- ♦ **Período de dilatación:**

La mujer empieza a tener sofocos, producto de una alteración hormonal.

Cambia la psicología de la mujer porque ve que se le viene encima: llantos, tristezas...

Empieza a haber contracciones.

Procesos que intervienen en la dilatación del canal de parto:

- Presión hidrostática de la bolsa
- Peso del feto
- Presión de las contracciones uterinas

Esto hace que el canal de expulsión del parto se vaya dilatando poco a poco.

Las primeras contracciones no son dolorosas, son de encajación del feto.

Hay un límite que nos establece el paso del período de dilatación al de expulsión: romper aguas, y el consiguiente tapón mucoso cervical (1er punto de no retorno)

♦ **Período expulsivo:**

Las contracciones son más numerosas y dolorosas. Ayudan a la expulsión del feto. La presión del feto entre la vejiga y el recto, le dan ganas a la mujer de evacuar. Cuando el feto llega a la zona del pubis inferior, la cabeza deflexiona (sube para arriba, nos enseña la cara). Esto es el segundo punto de no retorno, ya no es posible la cesárea (el feto está encasquillado). Aquí es cuando el obstetra tiene que intervenir haciendo una rotación externa, girando la cabeza del niño 90° (hacia el muslo de la madre) para que los hombros queden verticales, ya que horizontalmente no caben por la pelvis. Con la cabeza hacia abajo sale el hombro de

arriba (el niño debe respirar en dos minutos, sino se podría producir parálisis cerebral) y con la cabeza hacia arriba el hombro de abajo, esta segunda maniobra da margen para que el niño se pueda oxigenar mejor durante el parto.

Ahora sólo hay que esperar a que salga el niño poco a poco, no tirar.

♦ **Período de alumbramiento:**

Se empieza cortando el cordón umbilical. El útero se para para recuperarse: 15-20 min, pero no pararán las contracciones hasta que se expulse la placenta y todo. No hay que tirar del cordón por que se desprendería la placenta produciéndose una hemorragia. Después de esta pausa empiezan otra vez las contracciones y la placenta empieza a desprenderse progresivamente del útero por sí sola.

Una vez que se expulsa la placenta debemos comprobar que está todo.

En este momento la mujer empieza a sangrar. El útero se contrae **ligaduras vivientes de Pinard** apretando los vasos y cohibiendo la hemorragia.

Si se extenúa y deja de contraerse la hemorragia no se corta y hay que:

- Cuantificarla tomando el pulso, si está bien no hay que preocuparse, si empeora la situación el pulso irá hacia abajo, se desamallará...
- Hay que taponar, con lo que se pueda.
- Si no funciona habrá que acudir urgentemente (si no se está ahí) al hospital para que le realicen una transfusión y le inyecten oxitocina.
- Si con la oxitocina no se contrae hay que ir al quirófano a realizar una histerectomía, operación en la que se quita el útero y la persona queda estéril, con el fin de salvarle la vida.

Una vez asegurados de que sale todo: placenta, parte distal del cordón umbilical, membranas... se da

comienzo a al control continuo de la **cuarentena**, tiempo que pasa hasta la normalización del cuerpo. Se inicia un retroceso parcial de todo el proceso de gestación. Hay secuelas físicas como varices y estrías o la tripa fofa... se da la recuperación de los órganos que han intervenido en la gestación.

Hay que comprobar que se cierra el orificio cervical y que el útero vuelve a su posición normal.

La vagina y la vulva irán reduciéndose de 15cm a 2 aprox.

La pared abdominal también vuelve a su posición.

/Las fontanelas permiten la adaptación del cráneo fetal al canal del parto. Si un niño nace con el cráneo soldado hay que abrirse para que el cerebro y el sistema nervioso central se desarrollen/

LA LACTANCIA

En este momento, las mamas empiezan a segregar leche. Ésta leche es lo mejor porque tiene el alimento necesario completo para el recién nacido y los anticuerpos necesarios hasta que desarrolle su propio sistema inmunológico, esto no lo tienen las leches de la farmacia.

La **hipófisis** es la que inicia la lactancia. Las hormonas hipofisarias preparan las mamas, inician la creación de la leche, la mantiene y facilita la descarga de la leche al niño. El mecanismo de esta alimentación es la succión. Para succionar es necesario contraer más de treinta músculos laríngeos. Si un niño llora bien, es señal de que puede succionar perfectamente y si llora y no succiona es problema de la madre que no le da bien de mamar, que el niño tenga otitis, o que tape la nariz al mamar y se ahogue.

Es muy importante favorecer la lactancia materna.

COMPLICACIONES DE LA GESTACIÓN

EL ABORTO NATURAL:

Es la interrupción del embarazo desde el inicio hasta la 19ª semana aprox. Si se produce hasta la 12 es un aborto precoz, y de la 12-19 es un aborto tardío.

Las causas o etiología de un aborto natural están al 50% maternas y 50% fetales.

Maternas:

- ◆ Malformaciones congénitas del útero, como la matriz infantil que no se dilata en el embarazo o el útero septo: un tabique que parte el útero en dos, o el útero bicornue.
- ◆ La insuficiencia del cuello uterino
- ◆ Alteraciones en la placenta

Fetales:

- ◆ Huevos abortivos, malformados.
- ◆ Falta de desarrollo de algunos órganos en el feto.

También son muy importantes las causas **psicológicas**

El aborto se caracteriza generalmente por una metrorragia. Junto con esa metrorragia, la mujer nota que su útero se contrae. Contracciones uterinas que se dan para que se produzca el aborto.

Si se dan estos síntomas, primero se hace un test de embarazo.

Ante un hemorragia (cualquiera) hay que

- ♦ Cuantificarla, mediante el pulso y la tensión. Pulso débil + tensión baja = mucha pérdida de sangre.

Después lo que hay que saber es si nos enfrentamos ante un aborto con feto vivo o muerto. Si hay feto vivo, nuestro objetivo es mantener la vida del feto y madre. Si está muerto sólo hay que preocuparse por la madre.

Ante un aborto con feto vivo, aplicar oxitocina para controlar las contracciones. Si pierde mucha sangre, se realiza una transfusión. Se pide una analítica para ver las hormonas, si hay irregularidades hormonales y así poder controlarlas.

Si tenemos un feto muerto hay que hacer un **legrado uterino**: introducir una legra (una vara con bordes cortantes) por vía vaginal para sacar el feto. Hay que hacerlo con cuidado porque si se perfora el útero, la mujer puede morir en cuestión de horas.

Como en un embarazo normal, hay que asegurarse de que salga todo: feto, placenta, membranas....

PARTO PREMATURO:

Las causas o etiología del parto prematuro (antes del término) son también maternas y fetales:

- ♦ Rotura de la bolsa de las aguas. Lo más frecuente es por un fuerte golpe en la tripa
- ♦ Embarazo múltiple, no puede distenderse más el útero.
- ♦ Desprendimiento brusco de la placenta. En este caso hay una cesárea con urgencia, se da una hemorragia vaginal masiva
- ♦ Toxicomanías

EMBARAZO ECTÓPICO O EXTRAUTERINO:

Últimamente es muy fácil de ver dadas las técnicas de fertilización que estimulan la salida de óvulos del ovario. Entonces se puede dar el caso de que se quede el cigoto (uno de ellos) en la trompa. Crece y crece hasta que la trompa no puede dar de sí y revienta., presentándose un cuadro de abdomen agudo: el abdomen lleno de sangre con una hemorragia que no para, con su consiguiente anemia aguda.

La mujer tiene aún otra trompa para tener hijos aunque su fertilidad queda reducida al 50%

INCOMPATIBILIDAD RH

Es mejor saberlo antes de ponerse a tener hijos.

Antígeno: es todo aquello que produce en el organismo un anticuerpo.

En el hombre RH los hematíes están marcados-- pero en el varón con RH negativo no.

*En la primera gestación entre hombre positivo y mujer negativa la sangre de la mujer crea anticuerpos al RH positivo del padre.

Se dice que el grupo sanguíneo y RH se hereda del padre.

En la primera gestación para lo de arriba explicado: se da una inmunización de la madre.

En la segunda gestación y posteriores se da una incompatibilidad RH con la sangre del feto, que es RH como el padre.

Para evitar esto, en el primer embarazo se pone una vacuna específica.

PATOLOGÍA MASCULINA.

Puede darse la situación que tiene inflamaciones testiculares (orquitis, epididimitis). Esta patología inflamatoria es frecuente.

Están también las infecciones como sífilis, SIDA....

Existen tumores testiculares. Para esto hay que extirpar el testículo, ya que además son muy agresivos. Hay que darle radio y quimioterapia, con lo que entre todo quedará estéril.

REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Métodos anticonceptivos

En Egipto ya utilizaban anticonceptivos de oro.

El hombre siempre se ha preocupado por su reproducción y el control de esta.

En España estaban muy mal vistos . El preservativo tiene además la función de evitar las enfermedades de transmisión sexual, con el SIDA* a la cabeza. *no funciona el sistema inmunológico, la muerte se produce por otras enfermedades vanales. En los pacientes es frecuente la aparición de tumores malignos: hace pensar.

Métodos Naturales:

♦ De Ogino–Naus

Consiste en evitar las relaciones entre el día 14 y 17 del ciclo de la mujer.

Fue la primera vez que se planteó el control de la fertilidad en base al conocimiento del ciclo.

♦ Toma de las temperaturas basales vaginales

Cuando se produce la ovulación hay una disminución de la temperatura vaginal.

♦ Observación del moco cervical (de Birling), ya que este se cristaliza cuando se ovula.

De barrera:

♦ Espermicidas: matan a los espermatozoides, fallaban

♦ Diafragma: preservativo femenino. No se podía estandarizar.

♦ Preservativo: fin; evitar que el espermatozoide se una con el óvulo. Surgió para evitar la transmisión de enfermedades.

Abortivos:

♦ Espiral: DIU. No permite la implantación del huevo. Produce metrorragias, inflamaciones de la trompas, alteraciones...

Métodos anovulatorios:

- ◆ Píldora: el óvulo sale del ovario porque los estrógenos bajan . Una dosis hormonal estrogénica para que se mantengan en el mismo nivel constantemente. Efectos secundarios: cansancio de piernas, mastodinia, disminución de la libido.

Se tiende a disminuir la dosis, microdosis , pero se corre el riesgo de que se quede embarazada la mujer.

- ◆ Inyección mensual de estrógenos. Problemas por ser una dosis muy alta aunque se aya distribuyendo a lo largo del mes.

- ◆ Píldora post-violación: una alta dosis de estrógenos que produce una metrorragia.

Métodos esterilizantes quirúrgicos: vasectomía y ligadura de trompas.

Métodos del futuro:

- ◆ Tapones masculinos: en los conductos deferentes, conseguir una membrana que permita seleccionar los espermatozoides.
- ◆ De los imanes, polaridad celular: dirigir la célula que sale del ovario hacia un sitio adecuado para que no se junten.

Por encima de todo está la psicología de la reproducción, de la atracción..

VEJEZ:

Situación sociológica:

La perspectiva o esperanza de vida en nuestro país es de 70–80 años. En el año 2005 el 15% tendrá más de 65 años

Se ha duplicado la tasa de mayores de 80 años.

En Europa pasará de 76 millones en el 2005 a 114 millones en el 2025 de ancianos.

Los costes de la asistencia a ancianos, evidentemente subirán y el Estado necesitará más instalaciones para estas personas.

En España el envejecimiento de la población se ha producido de una manera muy rápida y se han registrado profundos cambios sociales y económicos en los últimos años que han cambiado significativamente el concepto de vejez.

La universalización de la asistencia sanitaria ha creado un problema típico español ya que no sólo ha de darse asistencia sanitaria a los españoles mayores y pequeños, sino también a cualquier extranjero que pise suelo español. El problema, claro está se sitúa en cuanto a los medios que tenemos.

En 1996 se hizo el Plan Gerontológico Nacional, pero no hay suficientes recursos ya sean económicos o a nivel de instalaciones.

El déficit de servicios sociosanitarios hace que las familias asuman la totalidad de la asistencia de las personas mayores.

Las altas cifras de desempleo es también característico de nuestro país. La incorporación de la mujer al trabajo influye en estos temas.

Hay un montón (millón y medio) de mayores dependientes de los servicios sociales para subsistir , de los cuales un millón son de 80 a más años.

La sanidad está muy cara: una cama de hospital cuesta 50.000–60.000 ptas diarias, y así todo.

Lo que hay que hacer es educar a la población y mostrarles cómo está la situación actual.

Hay que reivindicar la necesaria atención sanitaria.

Hay que sensibilizar a la gente y potenciar la geriatría. Hay que transmitir a los ancianos métodos de vida saludables, insistir en la medicina preventiva.

Situación sanitaria.

Las enfermedades son las más típicas de este grupo poblacional.

Incremento de incapacidades funcionales (no se valen por sí mismos)

Requieren cuidados de larga duración. Existe una falta de recursos sanitarios en cuanto al tratamiento de enfermedades crónicas.

El 20% del gasto sanitario de España va destinado al último año de vida de las personas.

La población anciana española tiene una gran cantidad de demencias. Es decir, la mayoría padecen enfermedades con tratamiento psiquiátrico.

Tenemos enfermedades que difieren a otros países. El estado no ha destinado nada de dinero al cuidado odontológico, tienen la boca fatal. No trituran bien los alimentos y esto puede traer problemas en el resto del aparato digestivo.

En cambio, en la oftalmología se ha progresado mucho. Las cataratas son la enfermedad más común en la vista que sufren los ancianos. Hoy día las cataratas se tratan rápido y bien.

Otro aspecto que ha mejorado es la rehabilitación funcional. Hoy en día un anciano se parte la cadera y no se muere a los meses como pasaba antes.

El tratamiento de los ancianos en el futuro ha de ser multidisciplinar, es decir, un tratamiento que conlleve todas las áreas de atención. También han de ser integrales, e integrados en la Sanidad Pública. Los cuidados deben ser continuados.

La elaboración de protocolos de prevención y ayuda (de actuación) por parte de los servicios sociales y supervisados por el plan gerontológico nacional, es muy importante porque los protocolos son normas de actuación básica que garantizan eficacia y calidad.

Y para todo esto requiere una correcta formación.

La detección precoz de las enfermedades es crucial

La atención sociosanitaria de las personas mayores es un derecho objetivo, imperativo, contemplado en el ordenamiento jurídico.

No hay que asociar vejez con enfermedad y es más, los mismos ancianos no deben asociar su vejez con una posible e imperativa enfermedad.