



Nombre de alumno: Brallan López Solorzano

Nombre del profesor: Nayeli Morales Gomez

Nombre del trabajo: Investigacion

Materia: Seminario de Tesis

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 8

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 20 de enero del 2024.

ATENCIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

El síndrome de Down es una afección en la que la persona tiene un cromosoma extra. Los cromosomas son pequeños “paquetes” de genes en el organismo.

Troncoso, M. V., & Del Cerro, M. M. (1999). *Síndrome de Down: lectura y escritura*. Barcelona: Masson.

CATEGORÍAS DEL SÍNDROME DE DOWN

Trisomía 21: esta es la forma más común de síndrome de Down. Ocurre en el 95% de los casos. La trisomía 21 ocurre cuando hay tres, en lugar de dos, cromosomas número 21 en cada célula del cuerpo.

Translocación: esta ocurrencia representa alrededor del 3% al 4% de los casos de síndrome de Down. En la translocación, ya sea una parte adicional o todo el cromosoma 21 adicional se une o se “transloca” a un cromosoma diferente.

Mosaico: el mosaicismo representa alrededor del 1% de todos los casos de síndrome de Down. En este caso, la no disyunción del cromosoma 21 ocurre en una, pero no en todas, las divisiones celulares iniciales después de la fertilización.

López, M. A. (2005). Síndrome de Down (trisomía 21). *Junta directiva de la Asociación Española de Pediatría*, 6, 37-43

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

El cromosoma 21 extra causa las características físicas y los desafíos del desarrollo que se pueden presentar en las personas con síndrome de Down. Los investigadores saben que el síndrome de Down es causado por un cromosoma extra, pero nadie sabe con seguridad por qué se produce el síndrome de Down ni cuántos factores diferentes están involucrados.

Uno de los factores que aumentan el riesgo de tener un bebé con síndrome de Down es la edad de la madre. Las mujeres que tienen 35 años o más cuando quedan embarazadas tienen más probabilidades de tener un embarazo afectado por el síndrome de Down que las mujeres que quedan embarazadas a menor edad.

Cammarata-Scalisi, F., Paoli-Valeri, M., Cammarata-Scalisi, G., Díaz, J. J., Nasre, R., & Cammarata-Scalisi, M. E. (2012). Frecuencia del ano imperforado y factores de riesgo asociados en pacientes con síndrome de Down. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 42(1), 40-45.

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento estándar y único para el síndrome de Down. Los tratamientos dependen de las necesidades físicas e intelectuales de cada individuo. Las personas con síndrome de Down corren más riesgo de desarrollar determinadas enfermedades y problemas de salud que las personas sin síndrome de Down. Muchas de estas enfermedades asociadas pueden requerir cuidados inmediatos al nacer, tratamiento ocasional durante la infancia y la adolescencia y tratamientos a largo plazo de por vida.

Kumin, L. (2002). Inteligibilidad del habla en las personas con Síndrome de Down: Un marco para señalar factores específicos útiles en la evaluación y tratamiento. *Rev. Síndr. Down*, 14-23.

HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

El diagnóstico de esta enfermedad y su tratamiento se basa en una correcta medición de la presión arterial.

Tagle, R. (2018). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(1), 12-20.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo modificables figuran las dietas malsanas (consumo excesivo de sal, dietas ricas en grasas saturadas y grasas trans e ingesta insuficiente de frutas y hortalizas), la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol y el sobrepeso o la obesidad

Robles, B. H. (2001). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de cardiología de México*, 71(S1), 208-210.

TRATAMIENTO

Hay cambios de hábitos que ayudan a reducir la tensión arterial alta, entre ellos:

Seguir una dieta saludable y baja en sal, Perder peso, Practicar actividad física, Dejar de fumar.

Pérez Caballero, M. D., León Álvarez, J. L., & Fernández Arias, M. A. (2011). El control de la hipertensión arterial: un problema no resuelto. *Revista cubana de medicina*, 50(3), 311-323.

HIPERTENSION DURANTE EL EMBARAZO

Hipertensión gestacional: Es la presión arterial alta que desarrolla mientras está embarazada. Comienza después de las 20 semanas de embarazo. Por lo general, no tiene otros síntomas. En muchos casos, no le hace daño a usted ni a su bebé, y desaparece durante las 12 semanas después del parto.

Bryce Moncloa, A., Alegría Valdivia, E., Valenzuela Rodríguez, G., Larrauri Vigna, C. A., Urquiaga Calderón, J., & San Martín San Martín, M. G. (2018). Hipertensión en el embaraz. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(2), 191-196.

DIABETES GESTACIONAL

La diabetes gestacional se da cuando el cuerpo no puede producir suficiente insulina durante el embarazo. El páncreas produce una hormona llamada insulina, que actúa como una llave que permite que el azúcar en la sangre entre a las células del cuerpo para que estas la usen como energía.

Almirón, M. E., Gamarra, S. C., González, M. S., & Issler, J. R. (2005). Diabetes gestacional. *Rev Postgr Vta Cátedr Med*, 152, 23-7.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Durante el embarazo se producen cambios importantes en el metabolismo materno para crear un ambiente que permita la embriogénesis, el crecimiento del feto, la maduración y la supervivencia del mismo; de manera que se favorece una reserva nutricional al inicio de la gestación para satisfacer el incremento de las demandas materno-fetales en las etapas más avanzadas del embarazo y la lactancia. El criterio para el **diagnóstico** de **diabetes** mellitus pregestacional que se realiza en la primera valoración es glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dL (7 mmol/L);

Medina-Pérez, E. A., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A. R., Martínez-López, M. A., Jiménez-Flores, C. N., Serrano-Ortiz, I., ... & Cruz-González, M. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina interna de México*, 33(1), 91-98.

DIABETES GESTACIONAL Y COMPLICACIONES NEONATALES

Dentro del abordaje de una gestante con diagnóstico de diabetes mellitus debemos clasificar si es tipo 1 o tipo 2, establecer un objetivo claro en el valor de la glucometría y lo más importante un plan nutricional; cuando lo anterior no es posible las complicaciones neonatales se hacen inminentes y el riesgo de muerte in útero es mayor. Durante la gestación la evaluación gineco-obstétrica nos ayuda a descartar malformaciones congénitas en el feto, y al nacer se evaluará la adaptación neonatal, para iniciar tratamiento temprano y disminuir la mortalidad en el recién nacido hijo de madre diabética.

Arizmendi, J., Carmona Pertuz, V., Colmenares, A., Gómez Hoyos, D., & Palomo, T. (2012). Diabetes gestacional y complicaciones neonatales. *Revista Med*, 20(2), 50-60.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. El principal trabajo de estos órganos es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo.

Torres Zamudio, C. (2003). Insuficiencia renal crónica. *Revista médica herediana*, 14(1), 1-4.

EPIDEMIOLOGIA

Se estima una incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) de 377 casos por millón de habitantes y la prevalencia de 1,142; cuenta con alrededor de 52.000 pacientes en terapias sustitutivas, de los cuales el 80% de los pacientes son atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J. F., Tapia-Yáñez, T., Montes, A. M., & Aguilar-Sánchez, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y trasplante*, 31(1), 7-11.

FISIOPATOLOGIA

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como una reducción progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtrado glomerular. La IRC puede ser el resultado de una enfermedad congénita, adquirida o hereditaria, y la causa de dicha insuficiencia está relacionada con la edad del paciente.

Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J. F., Tapia-Yáñez, T., Montes, A. M., & Aguilar-Sánchez, L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y trasplante*, 31(1), 7-11.

TRATAMIENTO EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

El tratamiento consiste en restringir los líquidos, el sodio y el potasio en la dieta, usar medicamentos para corregir otros trastornos (como diabetes, hipertensión arterial, anemia y desequilibrios electrolíticos) y, cuando es necesario, diálisis o un trasplante renal.

Martínez, J. P., García, A. L., & Fuentes, F. L. (2005). Insuficiencia renal crónica: revisión y tratamiento conservador. *Archivos de medicina*, 1(3), 4.

RIESGO DE CAIDAS EN PACIENTES GERIATRICOS

Una caída se define cuando una persona aparece en el suelo o en un nivel inferior; en ocasiones, una parte del cuerpo golpea contra un objeto que interrumpe la caída. Todos los años, entre el 30 y el 40% de las personas ancianas que viven en la comunidad y el 50% de los que viven en hogares experimentan caídas.

Espinoza Vento, A. L., & Tinoco Segura, G. (2017). Relación entre riesgo de caídas y principales factores sociodemográficos en pacientes de Geriatria" Hospital Félix Mayorca Soto" Tarma-Junio 2016.

EVALUACION DEL RIESGO DE CAIDA

La evaluación detallada del riesgo de caídas incluye 5 componentes esenciales: historial de caídas previas, revisión de la medicación, examen físico focalizado, y evaluación funcional y ambiental.

del Nogal, M. L., González-Ramírez, A., & Palomo-Illoro, A. (2005). Evaluación del riesgo de caídas. Protocolos de valoración clínica. *Revista española de geriatría y gerontología*, 40, 54-63.

FACTORES DE RIESGO EN UN ADULTO HOSPITALIZADO

Además, el 100% de los pacientes adultos mayores hospitalizados tienen alto riesgo de caídas. El factor de riesgo de caídas que predominó en un 100% fue que las personas hospitalizadas se encontraron con catéteres intravenosos, falta de actividad física y que tuvieron antecedentes de caídas.

Alvarez, I. D. L. C. T., Ruiz, L. C., Moro, J. C. B., & Rodríguez, R. M. E. (2015). Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. *Correo científico médico de Holguín*, 9(2).

PREVENCION DE CAIDAS EN PACIENTE GERIATRICOS

Evitar la presencia de objetos en el suelo que puedan ocasionar atorarse o tropezar, además de utilizar zapatos con suelas antiderrapantes, mejorar la iluminación y utilizar de manera adecuada el bastón o la andadera.

Egea, P. T., & Castillo, P. D. S. (2007). Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos de prevención de institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis. *Nursing (Ed. española)*, 25(2), 56-64.