



UDS

Mi Universidad

Nombre de alumno: Victor Manuel Moreno Villatoro

Nombre del tema: Patologías

Parcial: Primer parcial

Nombre de la materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Dr. Guillermo Del solar Villarreal

Nombre de la licenciatura: Medicina Humana

Segundo semestre. Grupo: A

FISIOPATOLOGIA

1- Hiperplasia Prostática

■ Factores de riesgo:

- Edad avanzada
- Antecedentes familiares de HPB.
- Obesidad
- Diabetes y enfermedades cardíacas
- Estilo de vida sedentario

■ Fisiopatología:

- La Hiperplasia prostática implica el agrandamiento no maligno de la próstata, lo que conduce a la compresión de la uretra y obstrucción del flujo urinario. Este crecimiento se asocia con cambios hormonales relacionados con la edad, incluyendo un desequilibrio entre andrógenos y estrógenos.

■ Etiología:

- La Hiperplasia prostática es multifactorial, es decir, no se conoce con exactitud su causa. Sin embargo, se cree que está relacionada con cambios hormonales y factores de estilo de vida, y genéticos que desempeñan un papel crucial en el desarrollo de la HP.
- Factores hormonales:
 - Disminución de los niveles de testosterona con el envejecimiento.
 - Aumento de los niveles de estrógeno con el envejecimiento.
 - Dihidrotestosterona, una hormona relacionada con la testosterona.
- Factores de estilo de vida Obesidad, Falta de ejercicio, Dieta poco saludable
- Factores genéticos. Antecedentes de problemas prostáticos.

■ Estudios de diagnóstico:

- Historia clínica y examen físico, incluyendo tacto rectal.
- Análisis de orina y pruebas de función renal.

- Medición del antígeno prostático específico (PSA)
- Estudios de imagen como ecografía transrectal.
- Estudios Urodinámicos para evaluar la función vesical.

■ Tratamiento:

- Vigilancia activa en casos leves.
- Medicamentos como alfa-bloqueadores e inhibidores de la 5-alfa-reductasa.
- Intervenciones mínimamente invasivas o cirugía en casos severos.

■ Artículos:

1.- Avances en el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia prostática: La hiperplasia prostática es una afección común en hombres mayores, caracterizada por el agrandamiento de la próstata que puede obstruir el flujo urinario y afectar la calidad de vida. Tradicionalmente, los tratamientos quirúrgicos como la resección transuretral de la próstata (RTUP) han sido el estándar. Sin embargo, recientes avances han introducido técnicas menos invasivas que ofrecen resultados prometedores. La enucleación de la próstata con láser deholmio (HoLEP) se ha destacado como una opción eficaz y segura para tratar la HPP, especialmente en próstatas de gran tamaño. Este procedimiento utiliza un láser para extirpar el tejido prostático obstructor, permitiendo una recuperación más rápida y reduciendo el riesgo de complicaciones como el sangrado. Proporciona un alivio duradero de los síntomas urinarios y una mejora significativa en la calidad de vida de pacientes. Otra técnica innovadora es la embolización de las arterias prostáticas, un procedimiento mínimamente invasivo que consiste en la oclusión selectiva de las arterias que irrigan la próstata, lo que conduce a una reducción de su tamaño y alivio de los síntomas. Ofrecen a los pacientes alternativas menos invasivas con resultados efectivos, ampliando el abanico de tratamientos disponibles y adaptándose a las necesidades individuales de cada paciente.

2. Nuevas pautas de actuación en la hiperplasia prostática:

La hiperplasia prostática es una condición prevalente en hombres mayores que puede afectar significativamente la calidad de vida debido a los síntomas del tracto urinario inferior (STUI). Recientes estudios han resaltado la importancia de iniciar terapias combinadas de manera temprana para reducir los riesgos asociados a la progresión de la enfermedad. Análisis recientes destacan que el inicio temprano de la terapia combinada, que incluye inhibidores de la 5-alfa reductasa (5-ARI) y bloqueadores alfa, muestra menores riesgos de retención aguda de orina y de necesidades de cirugía relacionada con la HPB en comparación con el inicio tardío de dicha terapia. Estos hallazgos sugieren que una intervención temprana y adecuada en el manejo de la HPB puede prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes, tratamiento más efectiva.

3. Impacto de la hiperplasia prostática benigna en la calidad de vida y nuevas opciones de tratamiento:

Es una afección que afecta a una proporción significativa de hombres mayores de 60 años, caracterizada por el agrandamiento de la próstata que puede conducir a síntomas urinarios molestos. Estos síntomas incluyen la necesidad urgente y fuerte de orinar, especialmente durante la noche, flujo urinario débil y sensación de de vaciado incompleto de la vejiga, lo que puede afectar significativamente la calidad de vida. Recientemente, se han desarrollado opciones de tratamiento menos invasivas que ofrecen alivio de los síntomas con menores riesgos y tiempos de recuperación más rápidos, cortar o extirpar tejido prostático. La adopción de estas nuevas opciones de tratamiento menos invasivas representa un avance significativo en el manejo de la HPB, ofreciendo a los pacientes alternativas que se adaptan a sus necesidades.

■ Reflexión: Sobre los problemas en el diagnóstico:

El diagnóstico de HPB puede ser complicado debido a la similitud de síntomas con otras afecciones urológicas, como infecciones urinarias o cáncer de próstata. Además, algunos pacientes pueden minimizar sus síntomas, retrasando la búsqueda de atención médica.

■ Preguntas:

1.- ¿Ha experimentado dificultad para iniciar la micción?

2.- ¿Siente que su vejiga no se vacía completamente después de orinar?

3.- ¿Se levanta frecuentemente durante la noche para orinar?

4.- ¿Ha notado un flujo urinario débil o intermitente?

5.- ¿Ha tenido infecciones urinarias recurrentes?

2.- Síndrome de Cushing:

■ Factores de riesgo:

- Uso prolongado de corticosteroides.
- Tumores hipofisarios o suprarrenales.
- Sexo femenino
- Obesidad y diabetes tipo 2
- Hipertensión

■ Fisiopatología:

El síndrome de Cushing se caracteriza por una exposición prolongada a niveles elevados de cortisol, lo que conduce a alteraciones metabólicas y sistémicas. Sucede porque la hipófisis secreta demasiado ACTH, ciertos tumores producen una hormona que altera el cuerpo. Tomar medicamentos con hormonas sintéticas para tratar una enfermedad inflamatoria puede provocarlo.

■ Etiología:

- Administración exógena de glucocorticoides.
- Tumores productores de ACTH (hormona adrenocortico-

Norma

trófica).

- Adenomas o carcinomas suprarrenales.

■ Estudio de diagnóstico:

- Medición de cortisol libre en orina de 24 horas.
- Prueba de supresión con dexametasona.
- Medición de ACTH plasmática.
- Imágenes por resonancia magnética o tomografía computarizada.

■ Tratamiento:

- Cirugía para extirpar tumores productores de ACTH.
- Radioterapia o medicamentos inhibidores de la síntesis de cortisol.
- Ajuste de la dosis de corticosteroides exógenos.

■ Artículos:

1. ¿Qué es el Síndrome de Cushing?

El síndrome de Cushing es un trastorno hormonal causado por niveles elevados de cortisol en el cuerpo. Esta hormona, producida por las glándulas suprarrenales, es esencial para regular el metabolismo, la respuesta al estrés y el sistema inmunológico. Sin embargo, su exceso puede provocar síntomas como aumento de peso, rostro redondeado, piel delgada y moretones frecuentes. Las causas pueden ser diversas, incluyendo el uso prolongado de corticosteroides o tumores en la hipófisis o glándulas suprarrenales que aumentan la producción de cortisol. El diagnóstico se realiza mediante análisis de sangre, pruebas de orina y estudios de imagen. Su tratamiento depende del origen del problema e incluye la suspensión gradual de medicamentos, cirugía para extirpar tumores o terapias para regular la producción hormonal.

2. Síndrome de Cushing y su impacto en la salud:

El síndrome de Cushing no solo afecta la apariencia física, sino que también tiene consecuencias graves en la salud. El exceso de cortisol puede aumentar el riesgo de hipertensión, osteoporosis, diabetes tipo 2 y debilidad muscular. Además, los pacientes pueden experimentar fatiga crónica, cambios de humor, ansiedad y depresión, lo que afecta su calidad de vida. El diagnóstico temprano es clave para evitar complicaciones a largo plazo. Se recomienda a las personas con síntomas persistentes acudir a un especialista en endocrinología. Con el tratamiento adecuado, que puede incluir cirugía, medicamentos o radioterapia, la mayoría de los pacientes logran mejorar y recuperar el equilibrio hormonal.

3. Tratamientos y pronóstico del Síndrome de Cushing:

El tratamiento del síndrome de Cushing varía según su causa. Si es provocado por el uso de corticosteroides, se debe reducir la dosis de manera controlada bajo supervisión médica. En casos de tumores hipofisarios o suprarrenales, la cirugía es la opción principal o efectiva. Se pueden usar medicamentos que inhiban la producción de cortisol. En algunos casos, la radioterapia también es una alternativa. El pronóstico depende de las causas y del tratamiento recibido. Con una intervención oportuna, muchos pacientes logran una recuperación total. Sin embargo, si el síndrome no se trata adecuadamente, puede derivar en problemas cardiovasculares y metabólicos graves. El seguimiento médico es esencial para evitar recaídas y mejorar la calidad de vida.

■ Reflexión: Sobre problemas en el diagnóstico:

El síndrome de Cushing puede ser subdiagnosticado debido a la inespecificidad de sus síntomas iniciales, como aumento de peso y fatiga, que pueden atribuirse a otras condiciones más comunes.

■ Preguntas:

- 1.- ¿Ha notado un aumento de peso significativo, especialmente en la zona abdominal?
- 2.- ¿Tiene moretones con facilidad sin causa aparente?
- 3.- ¿Ha experimentado debilidad muscular o fatiga excesiva?
- 4.- ¿Ha observado cambios en la piel, como adelgazamiento o estrías de color púrpura?
- 5.- ¿Ha tenido que descansar varias veces al hacer actividades de vida cotidiana?

3.- ESÓFAGO DE BARRETT:

■ Factores de riesgo:

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) crónica.
- Edad avanzada
- Sexo masculino
- Raza blanca
- Obesidad, especialmente con acumulación de grasa abdominal
- Tabaquismo

■ Fisiopatología:

El esófago de Barrett es una condición en la cual el epitelio escamoso estratificado normal del esófago distal es reemplazado por epitelio columnar metaplásico, debido a la exposición crónica al ácido gástrico y la bilis, como resultado de la

ERGE. Este cambio metaplásico aumenta el riesgo de desarrollar adenocarcinoma esofágico.

■ Etiología:

El esófago de Barrett se produce principalmente por la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Esto se debe a que el ácido gástrico daña el revestimiento del esófago, lo que provoca cambios en las células:

• Factores que contribuyen:

- el esfínter esofágico no funciona correctamente, lo que permite que el ácido regrese al esófago.
- El reflujo es persistente, ocurriendo al menos dos veces por semana.

Síntomas de la ERGE: Acidez estomacal frecuente, Regurgitación del contenido del estómago, Dificultad para tragar alimentos, Dolores en pecho, metaplasia del epitelio esofágico.

■ Estudios de diagnóstico:

- Endoscopia digestiva alta para observar cambios en el epitelio esofágico.
- Biopsia esofágica para confirmar la presencia de metaplasia intestinal.
- Monitoreo del pH esofágico para evaluar la presencia y severidad del reflujo ácido.

■ Tratamiento:

- Control de la ERGE mediante inhibidores de la bomba de protones (IBP).
- Modificaciones en el estilo de vida, como pérdida de peso y cambios dietéticos.
- Vigilancia endoscópica periódica para detectar displasia o cáncer temprano.
- Terapias endoscópicas o cirugía en casos de displasia de alto grado o adenocarcinoma.

■ Artículos:

1.- "Un estudio de la UMH investiga el papel que puede desempeñar la dieta en el desarrollo de los cánceres digestivos: Investigadores de la Universidad Miguel Hernández (UMH) han analizado la relación entre el consumo de productos lácteos y el riesgo de desarrollar cánceres digestivos, incluyendo el esófago de Barrett. El estudio, liderado por el dietista-nutricionista Alejandro Orrina Cárnavas y publicado en la revista *cancers*, forma parte del proyecto PANESOGES. Los resultados indican que un consumo moderado de lácteos (206-445 gramos/día) se asocia con un 41% menos riesgo de cáncer de esófago. Además, un mayor consumo de lácteos fermentados se relaciona con una reducción del 45% en el riesgo de cáncer de esófago... del 32% en el estómago. Por otro lado, en alto con la información los investigadores sugieren la necesidad de más estudios para confirmar estos hallazgos y comprender el efecto y tipo de cáncer.

2.- "Endoscopia y esófago de Barrett: ¿en qué fallamos?"

Este estudio internacional multicéntrico, publicado en la *Revista Colombiana de Cirugía*, evaluó la eficacia de la inspección endoscópica en comparación con los resultados histopatológicos en el diagnóstico del esófago de Barrett. Se analizaron los hallazgos endoscópicos de 347 pacientes con sospecha de esófago de Barrett y se compararon con los informes histopatológicos. La presencia de esófago de Barrett se confirmó en el 39% de los casos. Además, se observó que la descripción de la morfología del esófago de Barrett se realizó en el 76% de los pacientes y la longitud en el 59%. La media de biopsias fue de $3,6 \pm 2,2$. Los autores concluyen que la inspección visual para el diagnóstico del esófago de Barrett es un poco erraz y que es necesario seguir los guías de la American Gastroenterological Association para optimizar el diagnóstico.

3. "Esófago de Barrett: mirada actual sobre nuevas terapias": Este artículo, publicado en Gastroenterología, revisa las alternativas terapéuticas endoscópicas para el esófago de Barrett y cómo han evolucionado en los últimos años. El esófago de Barrett se considera una condición pre-maligna para el adenocarcinoma esofágico, y su manejo ha pasado de la esofagectomía a terapias endoscópicas menos invasivas. Las opciones terapéuticas más utilizadas incluyen la crioterapia, la ablación por radiofrecuencia y la resección endoscópica, ya sea mediante mucossectomía o disección submucosa endoscópica, o una combinación de estas técnicas. Para pacientes con displasia de bajo grado, la recomendación ha cambiado de la vigilancia endoscópica a la ablación endoscópica debido a los buenos resultados obtenidos. En ausencia de displasia, se recomienda la vigilancia endoscópica en lugar de la terapia endoscópica.

Reflexión: Sobre problemas en el diagnóstico:
El esófago de Barrett puede ser asintomático o presentar síntomas similares a la ERGE, lo que lleva a subdiagnóstico. La falta de síntomas específicos dificulta la identificación temprana, aumentando el riesgo de progresión a adenocarcinoma esofágico.

Preguntas:

1. ¿Experimenta acidez estomacal frecuente o regurgitación ácida?
2. ¿Tiene dificultad para tragar alimentos sólidos o líquidos?
3. ¿Ha notado dolor en el pecho que no está relacionado con problemas cardíacos?
4. ¿Ha perdido peso involuntariamente recientemente?
5. ¿Tiene antecedentes de ERGE (reflujo gastroesofágico) o ha tomado medicamentos para la acidez durante períodos prolongados?

4- Esteatosis Hepática:

(Enfermedad del Hígado Graso No Alcohólico - EHGNA)

Factores del riesgo:

- Obesidad.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Dislipidemia (niveles elevados de triglicéridos y colesterol).
- Síndrome metabólico.
- Hipertensión arterial.

Fisiopatología:

La Esteatosis Hepática se caracteriza por la acumulación excesiva de triglicéridos en los hepatocitos, lo que puede provocar inflamación y daño hepático progresivo. La resistencia a la insulina juega un papel central en su desarrollo, favoreciendo la lipogénesis hepática y la acumulación de grasa en el hígado.

Etiología:

La EHGNA está asociada principalmente con factores metabólicos como obesidad, diabetes tipo 2 y dislipidemia.

A diferencia de la enfermedad hepática alcohólica, no está relacionada con el consumo significativo de alcohol. También conocida como enfermedad del hígado graso.

Síntomas como: • Fatiga, Dolor de abdomen, Náuseas, Vómitos, Diarrea, Somnolencia, pérdida de peso. En casos más avanzados, los síntomas son color amarillo en la piel y los ojos (ictericia), picazón, Acumulación de líquido e hinchazón en las piernas y el abdomen, confusión mental, sangrado gastrointestinal.

Estudios de diagnóstico:

- Pruebas de función hepática (elevación de ALT y AST).
- Ecografía abdominal que muestra un hígado hiperecogénico.
- Elastografía o resonancia magnética para evaluar la fibrosis hepática.
- Biopsia hepática en casos seleccionados para confirmar el diagnóstico y evaluar la gravedad.

■ Tratamiento:

- Pérdida de peso mediante dieta y ejercicio físico
- Control de comorbilidades como diabetes, hipertensión y dislipidemia.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Uso de medicamentos específicos en casos seleccionados bajo supervisión médica.

■ Artículo:

1. Un artículo publicado en el país el 4 de marzo de 2025 destaca la creciente incidencia de la enfermedad del hígado graso metabólico en España, afectando la disponibilidad de hígados aptos para trasplante. Según el artículo, casi un tercio de las donaciones hepáticas se ven frustradas debido a esta condición, estrechamente relacionada con la obesidad y la diabetes tipo 2. En 2023, de los 1.800 donantes registrados, 545 presentaban hígados no aptos para trasplante debido a la acumulación excesiva de grasa. La enfermedad suele ser asintomática hasta etapas avanzadas, lo que dificulta su detección temprana. Actualmente, no existen tratamientos farmacológicos aprobados en Europa para esta afección, aunque medicamentos como el resmetirum y la semaglutida muestran potencial en estudios recientes. La investigación también sugiere que el nivel socioeconómico influye en la prevalencia y gravedad de la enfermedad, subrayando la necesidad de medidas de salud pública enfocadas en la prevención y promoción de hábitos de vida saludables.

■ Reflexión: La EHGNA es frecuentemente asintomática en sus etapas iniciales, lo que dificulta su detección temprana. La ausencia de síntomas claros lleva a que muchos casos pasen desapercibidos hasta que la enfermedad progresa a estadios más graves, como la esteatohepatitis.

no alcohólica (EMNA) o la cirrosis. Además, la falta de biomarcadores específicos y la necesidad de una biopsia hepática para un diagnóstico definitivo representan desafíos significativos en la práctica clínica. La dependencia de pruebas invasivas y la infravaloración de factores de riesgo, como la obesidad y la diabetes tipo 2, contribuyen a la subestimación de la prevalencia real de la enfermedad.

■ Preguntas:

1. ¿Ha experimentado fatiga o malestar general recientemente?
2. ¿Tiene antecedentes de obesidad, diabetes tipo 2 o síndrome metabólico?
3. ¿Consuma alcohol? En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia y en qué cantidad?
4. ¿Ha notado dolor o molestia en la parte superior derecha del abdomen?
5. ¿Ha observado cambios en sus niveles de colesterol o triglicéridos en análisis recientes?

5. Esteatosis Hepática:

(Enfermedad del Hígado Alcohólica (EHGA))

■ Factores de riesgo:

- Consumo excesivo de alcohol: Ingesta prolongada y excesiva de bebidas alcohólicas.
- Género: Las mujeres son más frecuentes, susceptibles al daño hepático inducido por el alcohol en comparación con los hombres.
- Genética: Variaciones genéticas pueden influir en la susceptibilidad al daño hepático por alcohol.
- Dieta y estado nutricional: La desnutrición y una dieta deficiente puede aumentar el riesgo de desarrollar EHGA.

■ Fisiopatología:

El consumo excesivo de alcohol provoca la acumulación de grasa en los hepatocitos, lo que conduce a la esteatosis hepática. Esta acumulación puede desencadenar una respuesta inflamatoria, conocida como hepatitis hepática alcohólica, que, si no se trata, puede progresar a fibrosis y eventualmente a cirrosis hepática.

■ Etiología:

La EHA es causada por el consumo crónico y excesivo de alcohol, que altera el metabolismo lipídico en el hígado, llevando a la acumulación de triglicéridos en los hepatocitos. Hay pérdida de peso, poca apetito, náuseas, dolor estomacal, cansancio, molestias en el lado superior derecho del abdomen y vasos sanguíneos pequeños.

■ Estudios de diagnóstico:

- Historial clínico y examen físico: Evaluación del consumo de alcohol y signos físicos de enfermedad hepática.
- Pruebas de laboratorio: Niveles elevados de enzimas hepáticas como ALT y AST.
- Imágenes: Ultrasonido abdominal para detectar hepatomegalia y cambios grasos.
- Biopsia hepática: Confirmación histológica de esteatosis y grado de daño hepático.

■ Tratamiento:

- Abstinencia alcohólica: La medida más crucial para detener la progresión de la enfermedad.
- Soporte nutricional: Mejorar el estado nutricional.
- Medicamentos: Tratamiento de complicaciones y manejo de síntomas.
- Trasplante hepático: En casos avanzados de cirrosis descompensada.

Artículo:

un artículo publicado en Cadena Ser el 27 de febrero de 2025 destaca el aumento de casos de cirrosis en menores de 30 años debido al consumo excesivo de alcohol. El fenómeno del "binge drinking" o consumo intenso en corto tiempo se ha vuelto común entre jóvenes, incrementando el riesgo de enfermedades hepáticas graves a edades tempranas. España lidera el consumo de alcohol en Europa, con 11 litros per cápita al año. La práctica del "botellón" es particularmente dañina, generando casos de hepatitis por la inflamación hepática que produce. Factores como la genética y el género agravan el problema. Las enfermedades hepáticas son la tercera causa de muerte prematura en España. El artículo subraya que no hay ninguna cantidad de alcohol que sea segura o recomendada, y que cualquier consumo conlleva riesgos sin beneficios para hígado sano.

Reflexión:

La EHA puede ser asintomática en sus etapas iniciales, lo que dificulta su detección temprana. La estigmatización asociada al consumo de alcohol puede llevar a que los pacientes no revelen su ingesta real, complicando el diagnóstico. Además, la falta de biomarcadores específicos y la necesidad de una biopsia hepática para un diagnóstico definitivo representan desafíos en la práctica clínica.

Preguntas:

1. ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad consume bebidas alcohólicas?
2. ¿Ha notado pérdida de apetito, náuseas o dolor en la parte superior derecha del abdomen?
3. ¿Ha experimentado fatiga o debilidad generalizada reciente?
4. ¿Ha observado cambios en el color de su piel o en la esclerótica de sus ojos, como ictericia?
5. ¿Tiene antecedentes familiares de enfermedades hepáticas o relacionadas con el alcohol?

Norma

6: Obesidad:

Factores de riesgo:

- **Genéticos:** La predisposición genética puede influir en la acumulación de grasa corporal y en la regulación del apetito.
- **Ambientales:** La disponibilidad y el bajo costo de alimentos ultraprocesados, junto con estilos de vida sedentarios, contribuyen significativamente al aumento de peso.
- **Socioeconómicos:** Las poblaciones con menor nivel socioeconómico suelen tener menos acceso a alimentos saludables y oportunidades para la actividad física.
- **Psicológico:** El estrés, la ansiedad y otros factores emocionales pueden llevar a hábitos alimenticios poco saludables.

Fisiopatología:

La obesidad se caracteriza por un exceso de tejido adiposo debido a un desequilibrio energético donde la ingesta calórica supera el gasto energético. Este exceso de grasa provoca alteraciones hormonales y metabólicas, incluyendo resistencia a la insulina, inflamación sistémica y disfunción endotelial, aumentando el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y otras comorbilidades.

Etiología:

La obesidad es una enfermedad multifactorial que resulta de la interacción entre factores genéticos, ambientales y conductuales. El consumo excesivo de alimentos ricos en calorías y nutrientes de baja calidad, junto con la falta de actividad física, son las principales causas modificables.

Estudios de diagnóstico:

- **Índice de Masa Corporal (IMC):** se calcula dividiendo el peso en kilogramos por la altura en metros al cuadrado. Un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ indica obesidad.
- **Circunferencia de cintura:** Mide la grasa abdominal; valores elevados se asocian mayor riesgo cardiovascular.

- Evaluación de comorbilidades: Análisis de glucosa en sangre, perfil lipídico y presión arterial para detectar condiciones asociadas.

- Imágenes diagnósticas: Técnicas como la densitometría ósea (DEXA) puede evaluar la composición corporal y distribución de la grasa.

Tratamiento:

- Intervenciones en el estilo de vida: Incluyen una dieta equilibrada y personalizada, aumento de la actividad física y cambios conductuales.

- Farmacoterapia: Medicamentos como la semaglutida (Ozempic) y la tirzepatida han mostrado eficacia en la reducción de peso al imitar hormonas que regulan el apetito.

- Cirugía bariátrica: Procedimientos quirúrgicos, como el bypass gástrico, se consideran en casos de obesidad severa o cuando otros tratamientos no han sido efectivos.

Artículo:

Un artículo publicado en el país el 7 de marzo de 2025 destaca la llegada de nuevos fármacos antiobesidad que superan al ozempic. Durante décadas, el tratamiento de la obesidad se centró en consejos como "moverse más y comer menos", efectivos solo a corto plazo. Recientemente, la aprobación de medicamentos como la semaglutida (ozempic) y la tirzepatida ha revolucionado el campo al ofrecer reducciones de peso significativas. Estos fármacos imitan hormonas intestinales que reducen el apetito y mejoran el metabolismo. Nuevos desarrollos, como la retatrutida y el cagrisema, prometen mayores pérdidas de peso y mejoras en la salud metabólica.

Sin embargo, expertos subrayan que estos tratamientos deben acompañarse de cambios en el estilo de vida, como una mejor alimentación y ejercicio, para lograr un tratamiento integral.

Reflexión:

A pesar de los desafíos de la simplicidad del diagnóstico de la obesidad mediante el IMC, existen desafíos significativos en su manejo. La percepción errónea de la obesidad como una falta de voluntad, en lugar de una enfermedad crónica multifactorial, puede llevar a la estigmatización y a la falta de búsqueda de ayuda médica. Además, algunos profesionales de la salud pueden no abordar el tema debido a suposiciones sobre la falta de interés del paciente o por falta de formación en estrategias efectivas de manejo del peso. Estas barreras dificultan una intervención temprana y efectiva.

Preguntas:

- 1.- ¿Ha notado un aumento de peso significativo en los últimos meses o años?
- 2.- ¿Cuál es su rutina diaria en cuanto a actividad física?
- 3.- ¿Qué tipo de alimentos consume habitualmente y con qué frecuencia?
- 4.- ¿Tiene antecedentes familiares de obesidad, diabetes o enfermedades cardiovasculares?
- 5.- ¿Ha intentado perder peso anteriormente? Si es así, ¿qué métodos utilizó y cuáles fueron los resultados?

Bibliografías:

El País. (2024). Menuda castaña: cuando la próstata avisa. Recuperado de <https://elpais.com/sociedad/2024-09-18/menuda-castana-cuando-la-prostata-avisa.html>

El País. (2025). La 'epidemia' del hígado graso frustra casi una de cada tres donaciones del órgano en España. Recuperado de <https://elpais.com/sociedad/2025-03-04/la-epidemia-del-higado-graso-frustra-casi-una-de-cada-tres-donaciones-del-organo-en-espana.html>

MGyF. (2024). Interacción del alcohol y la obesidad en la aparición y progresión de la enfermedad hepática crónica. Una revisión sistemática. Recuperado de <https://mgyf.org/interaccion-del-alcohol-y-la-obesidad/>

Cadena SER. (2024). Investigadores de la UGR descubren un compuesto para combatir la obesidad. Recuperado de <https://cadenaser.com/andalucia/2024/11/04/investigadores-de-la-ugr-descubren-un-compuesto-para-combatir-la-obesidad-radio-granada/>

Revistas UNAM. (2024). Relación de obesidad con esteatosis hepática no alcohólica en una unidad de medicina familiar. Recuperado de https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/67710

Elsevier. (2010). Obesidad y enfermedad hepática. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-obesidad-enfermedad-hepatica-S0210570510000117>

SciELO México. (2020). Evaluación de factores de riesgo asociados con esófago de Barrett en una población mexicana. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444-64832020000600216&script=sci_arttext

NICHD. (2019). Los investigadores de los NIH descubren una posible nueva causa del síndrome de Cushing. Recuperado de <https://espanol.nichd.nih.gov/noticias/prensa/072919-sindrome-de-cushing>