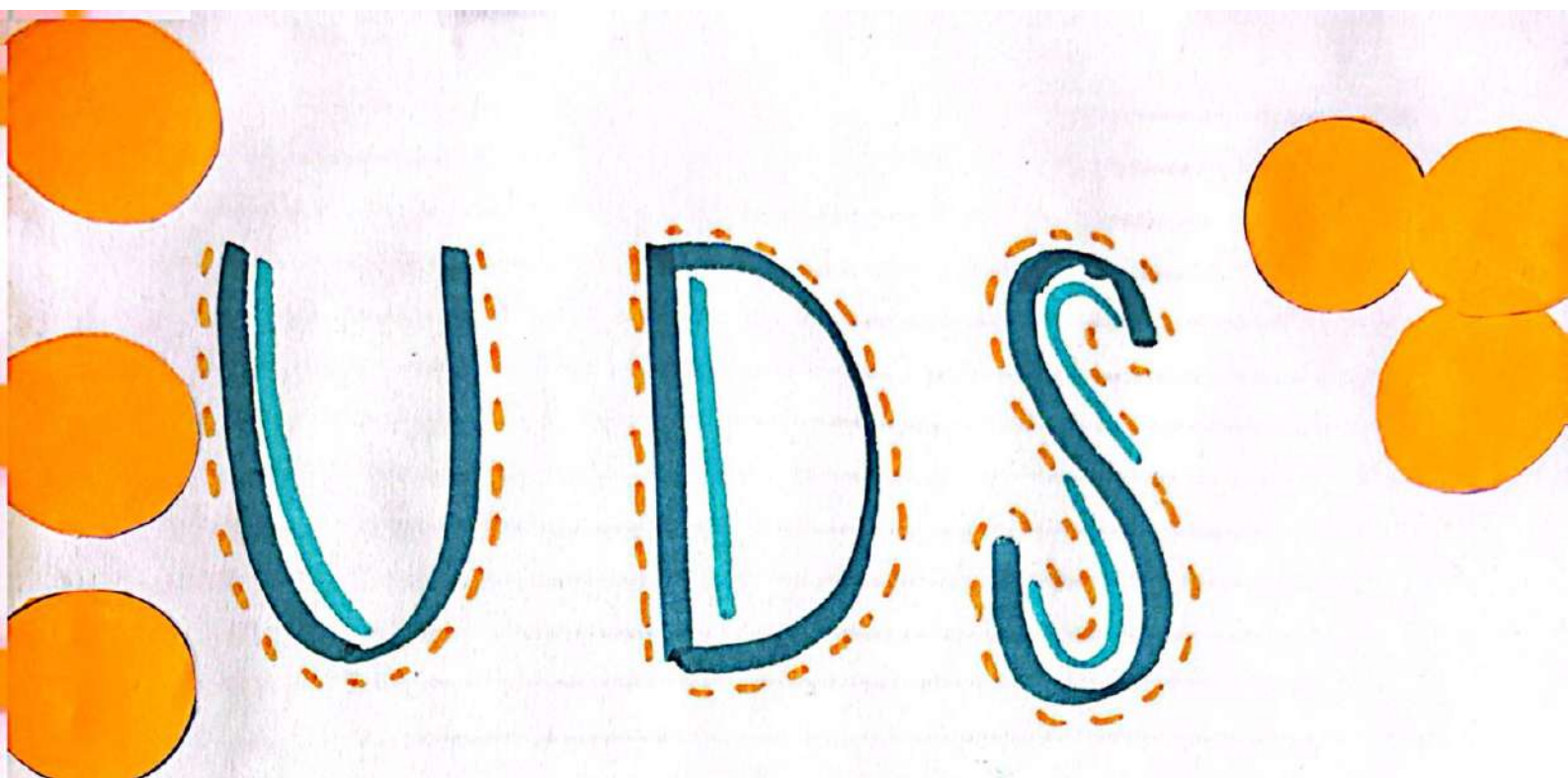




UDS

FISIOPATO

Dr. Guillermo del solar
villareal

Karol Ariadne Macias
Reyes

"2do Sem, B"

Medicina Humana

Hiperplasia Prostática

La hiperplasia prostática benigna es un problema de Salud que se hace más común con la edad. También se denomina agrandamiento de próstata.

Factor de riesgo

- Envejecimiento
- Antecedentes familiares
- Diabetes enfermedades cardiacas
- Estilo de vida
- Factores ambientales

Etiología

Muchas causas pueden generar síntomas de tracto urinario inferior, no necesariamente se debe a HPB de ahí la importancia de realizar un buen análisis de síntomas y se debe explorar toda el area abdominal.

Pues la próstata es una glándula que, por lo general, sigue creciendo durante el transcurso de la vida, este crecimiento agranda la próstata lo suficiente como para ocasionar síntomas u obstruir el flujo de orina. no está claro que causa el agrandamiento de próstata.

Fisiopatología

Es un diagnóstico histológico, que incluye proliferación de músculo liso y células epiteliales. A partir de los 30-40 años empiezan a aparecer focos de hiperplasia en el tejido glandular y fibromuscular.

La hiperplasia de la próstata se da cuando la proliferación celular excede la muerte celular programada (apoptosis), como el resultado de la estimulación del crecimiento celular, inhibición de la apoptosis o ambas.

Signos Y Síntomas

- Mas comunes -

- Necesidad de orinar frecuentemente (micción) con urgencia
- Suele ocurrir más por la noche
- Dificultad para comenzar a orinar
- Flujo de orina débil o que se detiene y vuelve a comenzar
- Goteo después de la micción
- No poder vaciar completamente la vejiga.

menos comunes

- Infección de vías urinarias
- Incapacidad para orinar
- Sangre en la orina.

Diagnostico

Anamnesis

La HPB se manifiesta mediante síntomas del tracto urinario inferior (STUI), se deben recabar los siguientes datos:

- Antecedentes patológicos médicos y quirúrgicos
- Tratamiento actual o utilizado
- Hábitos higiénicos-dietéticos

Examen físico

Se debe explorar toda el área abdominopélvico-genital, además de puño-percusión en ambas fosas renales.

- Detección Síndrome Giordano
- Presencia de globo vesical o masas pélvicas.
- Patología testicular o del epididimo
- Valoración del meato uretral para descubrir posible obstrucción al flujo (estenosis, hipospadias)
- Tacto renal:
- Determinar tono esfinteriano
- Posible alteración de inervación
- Consistencia y tamaño de la próstata.

Laboratorios

- Examen general de orina
- Antígeno prostático específico (APE): Es una serina proteasa relacionada con la calicreína
- Otros como: Nitrogeno ureico y creatinina, (en pacientes con HPG elevados).

Gabinete:

-
- Ecografía
- Cistoscopia solo utilidad para elegir método Qx.

Tratamiento

Debe ser individualizado, para mejorar los síntomas y la calidad de vida:

Existen 3 tipos para tratamiento de los síntomas de HPT

> Bloqueadores alfa adrenergicos:

Farmaco de primera elección, actúa en la obstrucción al flujo de salida de la orina

> Alfuzolina

> Doxazosina

> Tamzulosina

> Inhibidores de la 5-alfa-reductasa:

Inhibe el paso de testosterona a su metabolito dihidrotestoterona.

> Finasteride

> Dutasterine

> Antimuscarinicos:

reduce la hiperactividad vesical

> Oxibutinina

> Tolterodina

Artículo I:

La hiperplasia benigna de prostata es el tumor benigno más común en hombres, su incidencia esta relacionada con la edad (20% en hombres de 41 a 50 años, 50% en hombres de 51 a 60 años y 90% en hombres mayores de 80 años); lo anterior son incidencias histologicas. Algunos estudios han sugerido la predisposición genetica, factores ambientales y diferencias raciales pues esta enfermedad es una proliferación de musculo liso y células epiteliales. Las personas empiezan con síntomas irritativos miccionales, son a consecuencia de el agrandamiento de prostata en los ultimos años se han desarrollado nuevos procedimientos quirurgicos menos invasivos y con resultados similares a las tecnicas classicas.

Preguntas

"Medico - Paciente"

□ ¿ Con que frecuencia siente necesidad de orinar al día?

□ ¿ Nota goteo o perdida de orina después de haber terminado de orinar?

□ ¿ Tiene escozor o ardor al orinar?

□ ¿ Tiempo prolongado que pasa para orinar durante el día?

□ ¿ Estos sintomas le generan molestia en sus actividades diarias?

□ ¿ Tiene Antecedentes familiares de enfermedades de prostata?

□ ¿ A notado cambios en su función sexual (Deseo sexual, erecciones, eyaculación?)

Artículo II

La hiperplasia prostática benigna (HPB) término histológico, se refiere al crecimiento benigno de la próstata que aparece con la edad y por estímulo de la testosterona, después de los 35 a 40 años de edad. El crecimiento benigno (CPB) término clínico haciendo referencia al conjunto de signos y síntomas clínicos asociados al crecimiento prostático, que constituyen el llamado "Prostatismo" hoy se denomina "Síntomas del tracto urinario inferior" (STUI). La disfunción erectil (DE) se define como la incapacidad para mantener una erección suficiente como para permitir relaciones sexuales satisfactoria siendo cuadros clínicos que se presentan con frecuencia y patología mayor detectada.

Artículo III

La HPB caracterizada por el aumento total de células prostáticas pues un buen diagnóstico se basa en la historia clínica considerando un examen rectal, antígeno prostático específico (APE) y estudios de imagen, confirmandose por medio de la biopsia prostática. El tratamiento se divide en médico y quirúrgico tomando como principal determinante el volumen prostático. Una revisión detallada de la HPB como proceso patológico es importante epidemiológicamente determinando actualizaciones de buena prevalencia HPB y aumento de edad, por lo que hace incapié en la detección con métodos de tamizaje convencionales y un tratamiento oportuno con el fin de evitar complicaciones tales como obstrucción del tracto urinario y daño renal.

Bibliografía

- <https://ciencialatina.PDF/Index/article/view/1893>
- <https://www.elsevier.es/revista-medica-clinica-las-Condens-202-articulo-tratamiento-hiperplasia-prostatica-benigna-distuncion-S0716864018300300>
- rms.Article 178HPB.PDF
- Revista portalesmedicos.com

ESOFAGO DE BARRETT

Def. Es una manifestación orgánica de una exposición prolongada del esófago distal al reflujo gastroesofágico

Factores de riesgo

- Paciente con síntomas de reflujo gastroesofágico crónico. (5 años de evolución)
- El sexo masculino ha sido identificado consistentemente.
- Antecedentes familiares con primer grado o Segundo con diagnóstico.
- Más probabilidad en personas de 50 años o más.
- Personas con antecedentes de Tabaco y alcohol
- Obesidad

Etiología

Se desconocen causas pero son personas con enfermedad por reflujo gastroesofágico o llamado "Reflujo silencioso" que dañan el tejido y provocan cambios de revestimiento

Fisiología

El esófago de Barrett es una afección adquirida como resultado de daño grave en la mucosa del esófago. Su presencia implica una lesión causada por reflujo gastroesofágico crónico que supera a los factores de defensa epiteliales y condiciona daños ultramicroscópicos, microscópicos, macroscópicos graves que causan una respuesta de sustitución y reparación epitelial con células estructurales distintas, con mayor capacidad de resistencia a los daños de manera adaptativa.

Signos

Es una exposición prolongada del esófago al ácido del estómago.

- 1.- Esfínter esofágico inferior falla
- 2.- Se produce un reflujo gastroesofágico crónico
- 3.- Las células del epitelio escamoso que recubren internamente al esófago son remplazadas (metaplasia) por un epitelio columnar con células caliciformes, lo que predispone al desarrollo de adenocarcinoma de esófago.

Síntomas

Por sí mismo no produce síntomas, muchos pacientes acuden por síntomas provocados por el reflujo gastroesofágico entre los que se encuentran:

- ✓ Dificultad para deglutir
- ✓ Regurgitación de ácido
- ✓ Dolor de pecho
- ✓ Indigestión
- ✓ Reflujo gastroesofágico

Diagnóstico

Para determinar si tiene esófago de Barrett suele realizarse una endoscopia.

Un tubo equipado con una luz y una cámara en el extremo (endoscopio) pasa por la garganta para detectar signo de cambio en el tejido.

Tratamiento

EB con displasia

- ⊙ Radiofrecuencia
- ⊙ Crioterapia
- ⊙ Argón plasma
- ⊙ Resección Endoscópica

EB sin displasia

- ⊙ Estilo de vida y dieta
- ⊙ Farmacológico
- ⊙ Seguimiento

Artículo 1

Cirugía digestiva 2018; Tomo 1-172, El esófago de Barret ha sido una enfermedad con incidencia de 2 a 7% en la población general. Esto es de suma importancia por ser considerada la única lesión premaligna por el desarrollo de Adenocarcinoma de esófago. La metaplasia intestinal no representa Sensibilidad ni especificidad alguna como Predictor para la progresión a cáncer. Norman rupert Barret Cirujano en el hospital St. Tomas quien realizo en 1947 la primera reparación exitosa de una ruptura espontanea del esófago llamado (Síndrome de Boerhaave).

En el que introdujo el término de esofagitis por reflujo y describió el desarrollo de estenosis esofágicas benignas secundarias a esta condición, reconociendo además a la hernia hiatal como causa importante de reflujo gastroesofágico pues Barret interpreto que el órgano recubierto por epitelio columnar era un segmento tubular de estomago generada por tracción inducida por un esófago.

Artículo 2.

Habla de la investigación el desarrollar de adenocarcinoma de esófago (ACaE); es el 8vo Cáncer más común en el mundo y la 6ta Causa de muerte asociada con el cáncer.

Existe diversas guías internacionales que sugieren métodos de tamizaje, diagnóstico, tratamiento y Seguimiento; sin embargo no pueden aplicarse.

En Marzo del 2016 la asociación Mexicana de endoscopia Gastrointestinal (AMEG) convocó a un grupo de gastroenterólogos, Cirujanos y endoscopistas para revisar los avances en diferentes aspectos del manejo de EB, junto con la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos, basados en la evidencia Científica disponible en la actualidad.

Artículo 3.

REV. MED. CLIN - 2015

La incidencia del adeno adenocarcinoma esofágico se encuentra en aumento y su diagnóstico se realiza generalmente en etapas avanzadas, teniendo un pronóstico sombrío. Actualmente el objetivo es detectar el cáncer en etapa inicial y eventualmente tratables, para lo cual se ha planteado distintos protocolos de vigilancia y numerosas alternativas de tratamiento del epitelio metaplasico del EB.

Se han descrito agregaciones familiares en algunos casos, sin embargo, no está claro que se debe a una Predisposición genética o a factores ambientales.

Preguntas Interrogativas

'Medico-Paciente'

- 1.- ¿Consecutivamente tienes síntomas de reflujo ácido?
- 2.- ¿Toma medicamentos para tratar el reflujo o Indigestión?
- 3.- ¿Cuando ingiere alimentos presenta vómito sin ninguna causa provocada?
- 4.- ¿Ha cheado que alimentos le provocan acidez estomacal o regurgitación? Mencione cuáles?
- 5.- ¿Tiene antecedentes de familiares con Esófago de Barrett?

Bibliografía

- www.medicosypacientes.com/articulo-primer-guia.
- <http://www.ameg-guias-2-16EB.pdf>
- www.revistagastroenterologiamexico.org
- Esófago-de-Barrett PDFcirugia-digestiva
- www.sacd.org.ar

Síndrome de Cushing

Def. También llamado Síndrome de hipercortisolismo es una entidad clínica caracterizada por la alteración física, metabólica y psicológica que resulta de la exposición de los tejidos a altas concentraciones de hormonas glucocorticoides, lo cual se asocia a una alta morbilidad y mortalidad.

Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Obesidad
- Antecedentes familiares
- Uso crónico de corticosteroides exógenos

Etiología

Pueden variar según sus causas subyacentes del hipercortisolismo, SC se clasifica en dos tipos: >Endógeno y exógeno<, Tipo endógeno: se encuentra la variante ACTH-dependiente, debido a un adenoma hipofisiario (enfermedad de Cushing) y la variante ACTH-independiente causada por tumores o hiperplasia de glándulas suprarrenales. Es fácilmente confundido con la obesidad simple y el síndrome metabólico (conjunto de sobrepeso/obesidad/, Diabetes, hipertensión y alteración de las grasas).

Fisiopatología

El SC es un aumento crónico en los niveles de cortisol en el cuerpo. Este aumento puede ser el resultado de diferente mecanismo, dependiendo de si la fuente del cortisol es endógena o exógena. En el caso del hipercortisolismo endógeno, las causas más comunes son el adenoma hipofisiario productor de ACTH (Enfermedad de Cushing) o tumores adrenales productores de Cortisol.

En el hipercortisolismo exógeno, el uso prolongado de corticosteroides para tratar afecciones como el asma, artritis, enfermedades autoinmunes puede llevar al desarrollo del SC.

Signos y Síntomas

- Aumento de peso (Brazos, piernas delgadas)
- ↑ peso en cara (cara luna)
- Joroba de búfalo
- Estrías rosadas o purpúreas en el vientre, caderas, muslos, senos, axilas
- Acne
- Períodos menstruales irregulares o ausentes
- Crecimiento de vello en cara y cuerpo (hirsutismo) denso y oscuro
- Disminución de fertilidad
- Depresión, Ansiedad e irritabilidad
- Cansancio extremo
- Problema de concentración o memoria

Diagnostico

Hay casos atípicos de SC como son las formas leves, donde los pacientes muestran muy pocas manifestaciones clínicas. El hipercortisolismo cíclico es otra forma poco común de SC en donde el $\uparrow$ de cortisol se presenta de manera intermitente, alternado con períodos de normocortisolismo que dura días o semanas y Finalmente es un caso SC subclínico ocurre en px portadores de incidentaloma adrenal y/o hipofisiario.

Se recomienda hacer una historia clínica detallada.

Estudios diagnosticos

Actualmente no existe un estudio o prueba eficaz al 100%. por ello se realizan combinación de pruebas para confirmar el diagnostico SC:

- ✓ Medición de cortisol libre urinario 24 hrs. (CLU)
- ✓ Medición cortisol Salival (CES)
- ✓ Prueba de supresión a dosis bajas con dexametasona (PSODB) $\downarrow$
- ✓ (PSDDA) $\uparrow$
- ✓ Prueba de supresión con DEXA + CRH (PSDCRH).

Tratamiento

El tx dependera sin duda de la causa, pero la mayor parte del tx es quirurgico.

El tratamiento recomendado es la adrenalectomía unilateral la cual tiene eficacia al 100%, si se tratara de una Hiperplasia macronodular pigmentada ya que se hayan involucradas ambas glándulas y posterior a ello radioterapia hipofisiaria. Como:

- > Profilaxis en Adultos
- > Radiocirugía estereotáctica
- > Uso de Pasireotida (análogo de Somatostatina)
- > Otros como; ketoconazol a dosis de 400 a 1,200 m

Artículo I

El SC es una enfermedad endocrina compleja que puede tener graves implicaciones para la salud sino se diagnostica y trata adecuadamente. La comprensión de los mecanismos fisiopatológicos subyacentes a esta enfermedad es fundamental para el desarrollo de enfoques terapéuticos efectivos.

Con un diagnóstico precoz y un tratamiento Adecuado, muchos pacientes con Síndrome de Cushing pueden experimentar una mejor Significativa en su calidad de vida y evitar complicaciones graves asociadas con la exposición crónica a niveles elevados de Cortisol; Sin embargo, se necesitan más Investigaciones para desarrollar terapias más específicas y dirigidas para esta enfermedad compleja y multifacética.

Artículo II

SC es la exposición crónica a un exceso de glucocorticoides responsable de las diversas manifestaciones del síndrome de Cushing, de un deterioro de la calidad de vida,

Y un aumento de morbilidad, en particular Cardiovascular. Es necesario establecer un diagnóstico precoz para limitar los efectos deletéreos del hipercortisolismo crónico, pero el diagnóstico de SC consiste en confirmar el diagnóstico de hipercortisolismo y descartar los diagnósticos diferentes.

El diagnóstico y tratamiento del SC evolucionan pero siguen constituyendo un reto considerable que requiere estudios complejos y un seguimiento a largo plazo por un equipo multidisciplinario experimentado para identificar la causa, administrar un tratamiento adaptado, detectar precozmente la aparición de una recidiva, garantizar una sustitución hormonal adecuada.

Artículo III

Entre el 10% y el 20% de pacientes con hipercortisolismos tiene una producción ectópica de la hormona ACTH, lo que significa que la hormona no está siendo liberada desde su lugar de producción normal, la glándula pituitaria.

La incapacidad de detectar la fuente de producción ectópica de ACTH suele tener como resultado una cirugía o radiación pituitaria innecesaria. La tomografía por emisión de positrones (PET) tiene la capacidad de detectar y detectar tejido patológico a partir de procesos fisiológicos y bioquímicos dentro del tejido anormal.

Preguntas

"Medico-Paciente"

- ¿Has tomado corticoides (prednisona, dexametasona, etc) en pastilla, inyección, inhaladores o cremas por determinado tiempo?
- ¿Tiene antecedentes de diabetes o ha notado aumento de sed y la frecuencia urinaria?
- ¿Ha tenido irregularidades menstruales o ausencia de administración?
- ¿Ha tenido disminución del deseo sexual o problemas de erección?
- ¿Alguien de su familia ha tenido problemas hormonales, tumores suprarrenales o enfermedades endocrinas?

Bibliografía

- > <https://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/arca-medical/endocrino/15-Sindrome-HIPERTICOSOLIMO.PDF>
- > <https://revistasanitariadeinvestigacion.com-Articulomonograf>
- > <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S6153>
- > <https://endocrinologia.org.mx/pacientes-sindrome-cushing?>

STEATOSIS HEPATICA

Def.

Enfermedad por hígado graso no alcohólico (NAFLD) es un término que comprende un amplio espectro de lesiones asociadas al depósito de grasa en el hígado de causa metabólica, que va desde la esteosis hepática benigna o esteosis simple.

Factores de riesgo

- Diabetes Mellitus Tipo II
- Obesidad
- Pérdida de peso
- Síndrome Metabólico y resistencia a la Insulina
- Hipertrigliceridemia
- ↑ Niveles de lípidos (grasas) en la sangre.

Etiología

No hay estudios exactos del porqué el hígado graso esto ocurre cuando el cuerpo produce demasiada grasa o cuando no puede progresar la grasa adecuadamente. La obesidad es un claro factor de riesgo, las personas con Síndrome metabólico implica un agrupamiento de los factores de riesgos.

Fisiopatología

La vena porta transporta Sangre venosa del intestino delgado directamente hacia el hígado, acarreando nutrientes, tóxicos, y medicamentos en ella también desemboca el drenaje pancreático rico en hormonas (Insulina, glucagón, Somatostatina y Polipéptido pancreático) Lo anterior es lo que produce en el hígado Ocasiona esteatohepatitis no alcohólica y el por qué el desarrollo diferentes fármacos y vías de señalización celular.

Signos Y Síntomas

- ✓ Dolor en la parte superior derecha del abdomen
- ✓ Malestar general
- ✓ Cansancio
- ✓ Fatiga crónica
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Sensación de pesades
- ✓ Ictericia en algunas ocasiones
- ✓ Colesterol y triglicéridos ↑

Diagnóstico

La mayoría de las personas no presentan síntomas Su diagnóstico se hace muy complicado es muy habitual que se encuentre de forma sorpresiva ante la realización de una ecografía abdominal.

Estudios diagnosticos

'Laboratorio'

- Pruebas hepaticas ALT y AST (pueden ser ↑)
- Perfil lipidico : Colesterol y trigliceridos
- Glucosa y hemoglobina glucosilada (HbA1c)
Para evaluar resistencia a la insulina.
- Ferritina y transferrina.

'Imagen'

- > Ultrasonido hepatico, detecta presencia de grasa en el higado.
- > Elastografia
- > Resonancia magnetica con espectroscopia
- > Biopsia hepatica.

Tratamiento

Para la esteatosis hepatica no alcoholica, basada en la combinaci3n de dos farmacos utiles para eliminar las c3lulas senecentes del higado.

- > Modificaci3n estilo de vida
- > Tratamiento de enfermedades asociadas
 - Control de diabetes y resistencia a la insulina
 - Vitamina E
 - Acido obeticoico
- > Evitar alcoholes y grasas saturadas
- > Ejercicio aerobico y de resistencia

Articulo I

La prevalencia de HGNA puede fluctuar desde 1.8 hasta el 46% en poblaci3n general.

Un estudio reciente de la población de símbolos estableció una prevalencia promedio de 16% en tanto que en grupos de alto riesgo llegó a ser hasta un 86% en pacientes diabéticos o con obesidad.

El factor principal que influye al desarrollo es la resistencia a la insulina, mediante diferentes vías en el metabolismo de lípidos y Carbohidratos y de acuerdo al momento metabólico. Además la progresión es fundamental la ocurrencia del estrés oxidativo que ocasionara al final disfunción membranar y muerte celular, con el consiguiente daño hepático manifestado clínicamente.

Artículo II

En estudios epidemiológicos resultaron ser predominantes el sexo masculino en edades de 30 y 49 años de edad, pues habla de la sintomatología referida en los pacientes es un trastorno metabólico que se caracteriza por la acumulación de grasa en los hepatotóxicos, ni otra causa conocida de esteatohepatitis, a la cirrosis y al carcinoma hepatocelular (CHC). La EHGNA se considera el componente hepático del Síndrome Metabólico (SMet) y su prevalencia se ha incrementado a la par de la obesidad, la diabetes Mellitus tipo II (DM2), la dislipidemia y el propio SMet, debido a la creciente epidemia mundial de obesidad y diabetes, se espera que en breve la EHGNA será la principal causa de CHC y la primera indicación de trasplante hepático.

Preguntas Medico-Paciente

- ▣ ¿Con que frecuencia consume bebidas azucaradas o alcoholizadas?
- ▣ ¿Tiene antecedentes de colesterol alto o triglicéridos elevados?
- ▣ ¿Que porciones de fruta y verdura consume al día?
- ▣ ¿Realiza actividad física? ¿Cuanto tiempo?
- ▣ ¿Ha visto cambios en su tono de piel?
- ▣ ¿Ha tenido malestar o inflamación abdominal?

Bibliografía

- > Revista Focumed Mexico
- > <https://Articlenaturaset.esteaosis-hepatica-Sintomas-tratamiento-SD63109111>
- > Medigraphic.com PDF
- > scielosalud.pdf/me/v33n6/spu01611.pdf.



Obesidad



Def. Es la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El aumento del % de grasa corporal se asocia de manera directa con la aparición de múltiples comorbilidades y graves consecuencias.

Factores de riesgo

- ⊙ Falta de actividad física
- ⊙ Hábitos alimentarios poco saludables
- ⊙ No tener suficientes horas de sueño de calidad
- ⊙ Grandes cantidades de estrés
- ⊙ Genética
- ⊙ Entorno

Etiología

Con el tiempo se puede desarrollar sobrepeso y obesidad si se consumen más calorías de las que se usan. Esto se describe también como desequilibrio de energía; Cuando la energía que entra (calorías) no es igual a la energía que sale (calorías que el cuerpo usa acciones como respirar, digerir alimentos, y hacer actividad física).

Un desequilibrio de energía hace que el cuerpo almacene más grasa de la que se puede usar.

Fisiopatología

Es una enfermedad crónica compleja en la que la grasa corporal anormal o excesiva (adiposidad) perjudica la salud y $\uparrow$ el riesgo de complejidad médica a largo plazo y reduce la esperanza de vida. El tejido Adiposo juega un papel central en este proceso. Ya que actúa como un órgano endocrino que secreta diferentes hormonas y citoquinas que afectan el metabolismo y la inflamación

Signos y síntomas

- ✓ Acumulación $\uparrow$ de grasa corporal
- ✓ Dificultad para respirar
- ✓ Transpiración
- ✓ Ronquidos
- ✓ Problemas de la piel
- ✓ Fatiga
- ✓ Sudoración excesiva.

Estudios Diagnóstico

Se basa en un estudio físico y historia médica del paciente. El cálculo del IMC es de particular relevancia para confirmar Parámetros y determinar el grado de obesidad.

Se clasifican:

- > peso bajo (riesgo bajo)
- > Normal
- > Sobrepeso
- > Obesidad I
- > Obesidad II
- > Obesidad III

✓ Hábitos dietéticos / AF:

✓ Exploración física desde el punto de vista de antropométrico.

Tratamiento

La terapia base no farmacológica recomendada para el abordaje del sobrepeso / obesidad es la que incluye actividad física, durante el periodo de lactante y aducan las materias y comimos hot dog. pues ahorita ↑ el de buenos hábitos Los tratamientos farmacológico y/o Quirúrgico de la obesidad Severa están indicadas a tras de el Indicador manejado como obesidad infantil.

Artículo II

La OMS nos marca en 2022 más de 390 millones con sobrepeso los cuales 160 millones eran obesos El sobrepeso es una afección que se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa. Es una compleja enfermedad crónica que puede Provocar un aumento del riesgo de diabetes tipo II y cardiopatías, pueden afectar la salud y la reproducción a que aparezca un cancer.

La obesidad influye en aspectos de la calidad de vida como el sueño o el movimiento, el diagnóstico del Sobrepeso y obesidad se afecta midiendo el peso y estatura de las personas y calculando el índice de masa corporal (IMC): $\text{Peso (kg)} / \text{estatura}^2 (\text{m}^2)$. Este índice es un marcador indirecto de la grasa y existen mediciones adicionales, como el perímetro de la cintura, que pueden ayudar a diagnosticar la Obesidad. La categoría del IMC para definir la obesidad varían, en función de la edad, el género, para lactantes, niños, adolescentes incluso adultos.

Artículo III

Es importante abordar la obesidad con empatía y sin estigmatización. Muchas veces, las personas con obesidad enfrentan Prejuicios y discriminación lo que puede generar ansiedad, depresión y una relación poco saludable con la comida y el ejercicio. El tratamiento no debe centrarse únicamente en la pérdida de peso rápida, sino en promover un cambio de hábitos sostenibles que mejoren la calidad de vida. Esto implica una alimentación equilibrada, actividad física, manejo del estrés y en algunos casos, apoyo médico o psicológico. La obesidad es también un problema social y de salud pública. La accesibilidad a alimentos saludables, la educación nutricional y la promoción de estilos de vida activos son clave para enfrentar esta epidemia. En última instancia, luchar contra la Obesidad no es solo una cuestión de voluntad personal, sino de generar un entorno que favorezca el bienestar y salud para todos.

Preguntas 'Medico-Paciente'

- ¿Tiene antecedentes familiares de diabetes (padre, madre, hermanos)?
- ¿Siente hambre excesiva (polifagia) aunque coma regularmente?
- ¿Con que frecuencia le da sed (polidipsia) ultimamente?
- ¿Tiene aumento con frecuencia el orinar de noche (poliuria)?
- ¿Siente hormigueo, ardor o entumecimiento en manos y pies?
- ¿Ha tenido infecciones frecuentes en piel, encías, urinarias o genitales?

Bibliografía

- ✓ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- ✓ [www.academianutricionydietetica.org.pro/uploads/NOTICIAS/Documentos/grupos-especializados/NUCYO/AE ND hoja Informativa-Obesidad-2024.pdf](http://www.academianutricionydietetica.org.pro/uploads/NOTICIAS/Documentos/grupos-especializados/NUCYO/AE%20ND%20hoja%20Informativa-Obesidad-2024.pdf).
- ✓ <https://www.mediagraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2023/mim203.pdf>.