

Hiperplasia Prostática

Factores de riesgo:

- Hombre > 45 años
- Obesidad
- Sex metabólico
- Raza negra / origen hispano
- Predisposición genética
- Próstata con un tamaño ≥ 30 ml y APE ≥ 1.4 ng/ml.

Fisiopatología

- Su crecimiento este bajo la estimulación de la dihidrotestosterona (DHT).
- En los hombres > 45 años, disminuye la testosterona y aumenta los estrógenos que aumentan el número de receptores de DHT en la próstata.
- Hay proliferación celular por $1\alpha, 25(OH)D_3$, inhibición de la muerte celular prostática, y aumento del tamaño de la glándula.
- Por obstrucción del flujo urinario hay compensación de los músculos detrusores de la vejiga causando disfunción.

Síntomas:

Presentan síntomas del tracto urinario inferior "SLU". Los síntomas se dividen en 3:

- almacenamiento

Sx de hiperactividad vesical:
urgencia miccional, polaciuria

nocturia e Incontinencia urinaria.

- vaciamiento
- Disminución del flujo urinaria, orina, intermitente, flujo de orina dividido
- Zona Central.
- Zona Periférica.
- Zona torax anterior
- Posmicionales
Goteo terminal, goteo Meccional, goteo postmiccional, tesmo Vesical.

• Diagnostico.

- Exploración de abdomen para detectar una vejiga palpable.
- Tacto rectal.
- Uso de IPPS (Leve 0-7; Moderado 8-19; Severo 20-35).
- EGO: Para de infección urinaria y hematuria.
- UGS: Vesical y e-ostatico con medición de orina residual.

Etiología:

HBP se ven implicados los siguientes factores: a) la edad avanzada; b) el aumento de los estrógenos y de algunos metabolitos de la testosterona c) el aumento de la actividad de la 5- α reductasa, que es la encargada del paso de testosterona a dihidrotestosterona (DHT), y d) otros factores de crecimiento.

Tratamiento:

Quirúrgico.

- Resección transuretral de la próstata monopolar

(TURP) "estándar de oro"

Riesgo: Mortalidad $< 25\%$ extenuación de vicia, excreción retrograda sangrada, incontinencia, disfunción erectil.

* Prostatectomía abierta o la enucleación con láser de Holmio =

Indicada en próstata $> 80g$ y con complicaciones asociadas (litiasis, resección diverticular).

Farmacológico.

alfablogocados.

Efectos adversos: hipotensión ortostática, cansancio, mareo, problemas excretorios + congestión nasal.

Alfuzosina 10 mg/día

- silodosina 8 mg/día

* Tamsulosina 0.4 mg/día

* Doxazosina 2-4 mg/día

1-5ARs (inhiben la enzima 5 alfa reductasa).

Efecto adversos = disminución de la libido, ginecomastia, reacciones de hipersensibilidad.

* Finasterida 5 mg/día

> Dutasteride 0.5 mg/día.

INTERROGATORIO

1. Síntomas urinarios:

¿Ha notado dificultad para comenzar a orinar?

- Sí, a veces tengo que esperar unos segundos antes de que salga la orina.

¿El flujo de orina es débil o intermitente? Si, siento que sale con poca fuerza y en ocasiones, se debilita y luego vuelve a salir.

- ¿Con qué frecuencia necesita orinar durante el día?
Aproximadamente cada dos horas incluso cuando no tomo mucha agua

- ¿Se levanta por las noches a orinar? ¿cuántas veces?
Sí, al menos de 3 a 4 veces cada noche, y eso me afecta el sueño.

¿Siente ardor o dolor al orinar?
No, generalmente no tengo dolor.

¿Siente que la vejiga no se vacía por completo después de orinar?
Sí muchas veces tengo la

Sensación de que todavía queda
orina adentro.

Antecedentes Médicos y Factores
de riesgo.

¿Desde cuando ha notado estos
síntomas?

hace unos cinco años, pero en
el último año han empeorado.

¿Tienes Antecedentes familiares
de problema de próstata? Si, mi
padre tuvo problemas de prósta
ta / le hicieron una cirugía.

¿Tiene enfermedades crónicas
como diabetes o hipertensión
Si, tengo hipertensión y tomo
medicamentos.

¿Cuanto de agua consume al día?
Aproximadamente un litro y medio.

¿Fuma o ha fumado?
No, nunca he fumado.

¿Hace ejercicio regularmente?
No mucho, solo camino unos
15 minutos al día.

Síndrome de Cushing.

Factores de riesgo

1. Exógenos (Cushing iatrogénico)

- uso prolongado de corticosteroides (prednisona, dexametasona) por enfermedades autoinmunes inflamatorias o trasplantes.

- Terapia prolongada con ACTH exógena (menos común).

2. Endógenos: (producción excesiva de cortisol).

- Adenoma hipofisario productor de ACTH. (Enfermedad de Cushing).

- Tumores suprarrenales: (adenoma o carcinoma secretor de cortisol).

- Síndrome de Cushing ectópico. (tumores productores de ACTH, como carcinoma de pulmón de células pequeñas).

Etiología

1. Cushing exógeno (iatrogénico)

- causa más común del síndrome de Cushing.

- uso prolongado de glucocorticoide exógenos (prednisona, dexametasona, etc.) para tratar enfermedades inflamatorias, autoinmunes.

2. Cushing endógena

Se debe a una producción excesiva de cortisol por la glándula suprarrenal. Se divide en

- A. Dependiente de ACTH (8-85%)
- B. Independiente de ACTH (15-20%)

Síntomas y signos

- obesidad central: acumulación de grasa en el tronco con extremidades delgadas.

- Cara de luna llena: rostro redondeado y eritematoso

• giba dorsal (joroba de búfalo).
deposición de grasa en la región supraclavicular y cervical.

• Hiperglucemia y resistencia a la insulina: predisposición a diabetes mellitus.

- fisiopatología

- Aumento del cortisol y disrupción del eje HHA (hipotálamo - hipófisis - adrenal)

- alteraciones metabólicas

- efectos cardiovasculares

- Alteración ósea

- Diagnóstico:

- Cortisol libre en orina de 24 horas $> 50 \mu\text{g}/24$ en al menos 2 mediciones.
- Pruebas de supresión con dexametasona 1mg se administra a las 11 pm y se mide cortisol sérico a las 8 am; un nivel $> 1.8 \mu\text{g}/\text{dl}$
- Cortisol salival nocturno elevado en pacientes con Cushing
- ACTH elevada o normal Cushing ACTH - Dependiente

- Tratamiento:

- el tratamiento de Cushing está enfocado no solo a suprimir el hipercortisolismo, sino además al tratamiento de sus secuelas más importantes cuanto más tiempo se haya demostrado su diagnóstico.

Tratamiento quirúrgico:

- cirugía hipofisaria transesfenoidal (en enfermedad de Cushing)
- suprarrenales (en patología autónoma suprarrenal).
- extirpación de tumor productor de ACTH ectópico.

Interrogatorio

¿Ha sentido depresión, ansiedad o cambios en su estado de ánimo?

Si últimamente me siento más irritable. Y triste sin razón
¿Has tenido problemas para dormir para dormir? me cuesta conciliar el sueño y me siento varias veces en la noche

¿Desde cuando ha notado estos síntomas? desde hace un año, pero han empeorado en los últimos meses

¿Esta tomando corticosteroides como prednisona por alguna enfermedad?

¿tiene antecedentes familiares de enfermedad endocrina?

No, nadie tiene de mi familia ha tenido problemas similares.

¿Has notado aumento de peso recientemente? Si en el último año he subido casi 12 kilos,

¿Has notado cambios en la forma de su cara?

Si, mi cara se ve más redonda e hinchada.

Esófago de Barrett.

= factores de riesgo.

- Exposición prolongada a ácido y bilis → daño epitelial → metaplasia
- Síntomas de ERGE por más de 5 años aumenta el riesgo
- edad avanzada → pacientes mayores de 50 años.
- Sexo masculino. Mayor incidencia en hombres
- Obesidad y sobrepeso
- Tabaquismo

Etiología:

- RGE Reflujo gastroesofágico crónico (ERGE)
- Esófago de Barrett
- Factores genéticos
 - Historia familiar de esófago de Barrett o adenocarcinoma esofágico
- obesidad y aumento de la presión intraabdominal.
La obesidad central, favorece el reflujo del ácido.
- Factores ambientales y de estilo de vida
- Tabaquismo: aumenta la inflamación y el daño esofágico
- Alcohol: irrita la mucosa

Fisiopatología:

- Daño crónico por refluo ácido y biliar
- Respuesta inflamatoria y estrés oxidativo
- Metaplasia del epitelio escamoso → Epitelio Columnar Intestinal
- Progresión a displasia y adenocarcinoma.

Signos y síntomas

- Pirosis relacionado con ERGE (acidez gástrica).
- Disfagia: sensación de dificultad para tragar alimentos.
- Dolor torácico → puede simular angina, pero no se relaciona con esfuerzo físico.
- Sialorrea: exceso de producción de saliva como reflejo al refluo ácido.
- Tos crónica
- asma o disnea.

Diagnóstico:

- Endoscopia digestiva alta (EDA)

→ prueba de elección

Grado A: 1 o más erosiones menores o igual a 5mm de longitud que no se extiende entre las extremos superiores de los pliegues de la mucosa esofágica.

Grado B: 1 o más erosiones más de 5mm de longitud pero no se continúan entre los extremos superiores.

Grado C: 1 o más erosiones de la mucosa que se continúan entre los extremos de los pliegues de la mucosa esofágica que comprometen menos de 75% de circunferencia.

Grado D: erosiones que comprometen más de 75% de la circunferencia.

Grado E: úlceras, estenosis, esófago de bariet.

Tratamiento

- tratamiento de primera línea para reducir la producción ácida.

- dosis doble en pacientes con esófago de bariet.

- controlar los síntomas del reflujo gastroesofágico ya que su uso limita la progresión a displasia - Adenocarcinoma de esófago.

- cirugía antireflujo es sumamente efectiva para controlar la pirosis y regurgitación.

¿con qué frecuencia siente acidez o reflujo gástrico? casi todos los días especialmente después de comer.

¿ha tenido dolores o ardores en el pecho?

Si a veces me da un ardor en el centro del pecho.

¿ha tenido dificultad o dolor al tragar.

Si últimamente siento que algunos alimentos, como carne o pan, se queda atorado.

¿Desde cuándo ha tenido síntomas de reflujo? hace más de 10 años

¿toma algún medicamento para el reflujo, como omeprazol o antiácidos

Si a veces tomo omeprazol, pero solo cuando los síntomas son muy fuertes

¿tiene antecedentes familiares de cáncer de esófago?

No, que yo sepa, nadie en mi familia ha tenido eso.

¿fuma o ha fumado en el pasado?

Si, fume durante 15 años pero dejó hace 5 años.

¿Bebe alcohol con frecuencia? Solo los fines de semana.

¿hace ejercicio regularmente? No mucho, solo camino cuando tengo tiempo.

¿ha vomitado sangre o ha notado sangre en sus heces? No nunca he tenido eso.

¿le han realizado una endoscopia recientemente? ¿cuál le dieron?

Si, hace unos años me hicieron para que el doctor dijo que tenía esófago de Barrett.

Esteatosis hepática

Factores de riesgo.

Esteatosis Hepática No Alcohólica (EHNA/NAFLD).

Se asocia con síndrome metabólico y enfermedades crónicas.

* Obesidad y sobrepeso → factor más importante, especialmente obesidad visceral.

* Resistencia a la insulina y diabetes tipo 2: La hiperinsulinemia favorece la síntesis de triglicéridos hepáticos.

* Dislipidemia:

• hipertrigliceridemia y bajo HDL favorecen la acumulación de grasa en el hígado.

* hipertensión arterial.

• relacionado con inflamación crónica y daño hepático.

Etiología.

La EHNA se ha asociado con numerosos factores etiológicos, y puede clasificarse como primaria, relacionada con los factores que provocan el aumento de la resistencia a la insulina (obesidad, diabetes) o dislipidemia.

Secundaria a alteraciones metabólicas congénitas o adquiridas, nutricionales, procedimientos quirúrgicos, fármacos, u otros tóxicos

Fisiopatología.

La esteatosis hepática (hígado graso) ocurre cuando hay una acumulación excesiva de triglicéridos en los hepatocitos, resultado de una homeostasis entre la síntesis, el almacenamiento y la eliminación de lípidos en el hígado. Puede ser no alcohólica (EHNA/NAFLD).

Signos y síntomas.

- fatiga
es uno de los síntomas más comunes, debido al estrés metabólico y la inflamación hepática.
- Molestia o dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen
- puede ser una sensación de plenitud o leve dolor en el área del hígado. sin
- Pérdida de apetito: etapas más avanzadas, cuando la función

hepática comienza alterarse.

- Náuseas.

• Relacionada con la difusión hepática

• Hígado palpable (hepatomegalia)

- Ictericia

- ascitis

- Edema en las extremidades inferiores.

- venas dilatadas

- Diagnóstico

- La mayoría de los pacientes con CHGNA, se encuentran entre la cuarta a quinta década de la vida. Habitualmente están asintomáticos, solo algunos con estatohepatitis no alcohólica pueden presentar fatiga, malestar general y dolor abdominal "vago" en cuadrante derecho.

Los hallazgos de laboratorio en CHGNA son: Elevaciones leve a moderada de aminotransferencia.

rido

uc
n

Tratamiento

Tratamiento No farmacológico

Consiste en tratar tanto la enfermedad hepática como las condiciones metabólicas asociadas tales como obesidad, hiperlipidemia, resistencia a la insulina y diabetes mellitus tipo 2.

Tratamiento farmacológico

Está enfocado a mejorar la enfermedad hepática y deben limitarse a pacientes con esteatohepatitis. En este sentido, se recomienda el uso pioglitazina ya que ha sido estudiada en pacientes con diabetes mellitus o glucosa alterada.

Interrogatorio

¿Ha notado fatiga o cansancio excesivo ultimamente?
Si me siento cansado todo el tiempo

¿Ha tenido molestias o dolor en la parte superior derecha del abdomen?
Si, a veces siento una sensación de pesadez o molestia

¿Ha notado náuseas o pérdida del apetito?
No siempre, pero algunas veces siento que no tengo ganas de comer.

¿Le han diagnosticado diabetes o resistencia a la insulina?
Si, hace un año me dijeron que tengo prediabetes

¿Tiene sobrepeso u obesidad?
Si, tengo sobrepeso desde año

¿Tiene colesterol o triglicérido alto?
Si, mi médico me dijo que mis triglicéridos estaban elevados en mi análisis

anticoagulante

¿Toma medicamentos de forma regular?
Si, tomo metformina para la prediabetes / atorvastatina para el colesterol.

Obesidad.

Factores de riesgo.

Enfermedades cardiovasculares.

- Enfermedad coronaria aumenta el riesgo de aterosclerosis que puede derivar en infartos

Hipertensión arterial.

- Exceso de peso genera un aumento de la presión arterial debido a la mayor resistencia vascular.

Diabetes tipo 2

- Resistencia a la insulina
- La acumulación de grasa abdominal.
- Trastorno metabólicos.
- Síndrome metabólico
- Hiperuricemia
- Trastorno respiratorio
- Apnea del sueño.

Fisiopatología:

- Desequilibrio energético
- aumento de la ingesta calórica
- disminución del gasto energético

Acumulación de Grasa visceral.

- Grasa subcutánea: En la capa más superficial de la piel.

Grasa visceral: En la cara el abdomen alrededor de los órganos internos.

Alteraciones Hormonales:

- Hormonas reguladoras del apetito y la saciedad.

- Leptina:

- Grelina

- Insulina

Signos y Síntomas

- aumento de peso: síntoma más evidente en el exceso del peso corporal.

- Distribución de la grasa corporal: personas con obesidad tienen acumulación de grasa visceral, lo que puede llevar a una forma corporal de manzana.

- Síntomas metabólicos / endocrinos:

- fatiga: pueden experimentar fatiga excesiva.

- Resistencia a la insulina.

- Las personas obesas a menudo desarrollan resistencia a la insulina.

↑ aumento de la presión arterial
(hipertensión)

- Síntomas respiratorios
- Apnea del sueño
- Dificultad para respirar (disnea)

* Diagnóstico.

Índice de masa corporal (IMC)
Para la clasificación el peso corporal
en relación con la altura, y por
lo tanto, determinar si una
persona tiene obesidad.

Formula

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{alt.}^2 \text{ (m)}}$$

clasificación:

- Bajo peso: $IMC < 18.5$
- Normal: IMC de 18.5 a 24.9
- Sobrepeso: IMC de 25 a 29.9
- Obesidad: $IMC \geq 30$
- Obesidad grado 1: IMC de 30
a 34.9
- Obesidad grado 2: IMC de 35
a 39.9 .

Tratamientos:

- Dieta y nutrición
- Dieta hipocalórica: se recomienda con la modificación de la dieta y de las calorías
- Dieta equilibrada
- Reducción de grasas saturadas y azúcares simples.
- Aumentar el consumo de frutas, verduras, proteínas, magras
- Ejercicio y Actividad física
- Realizar ejercicio durante 150 minutos de ejercicio moderado
- Ejercicio de resistencia
- Ejercicio de fuerza.

Interrogatorio

¿Desde cuando has tenido problemas con el peso? desde la adolescencia.

¿Has tenido intentado perder peso antes? ¿que método has utilizado? sí, he probado dietas, ejercicio y algunas pastillas.

¿Como es su alimentación diaria? ¿cuántas comidas hace al día?

Como tres veces al día, pero a veces pica entre comidas especialmente dulces o grasas.

¿Consumes muchas frutas? No, ~~pero~~ a veces cuando tengo ganas de comerlas.

¿Consumes muchas frituras, harinas refinadas o bebidas azucaradas?

Sí, tomo ~~refresco~~ refresco casi todos los días y me gustan las comidas rápidas.

¿A qué hora suele ser su última comida del día? tarde, tarde alrededor de las 10 u 11 de la noche.

¿Cuánto de agua consume de día?

No mucho, casi siempre tomo jugos o refrescos en lugar de agua.

¿Hace ejercicio regularmente?
¿Con qué frecuencia?

No mucho, a veces a veces camino, pero no tengo una rutina fija.

¿Pasa mucha horas sentado o con pocas actividades físicas? Si trabaja en oficinas, ¿pasa el mayor día sentado?