



NOMBRE: Marilyn Montserrat Castro

DOCENTE: Dr. Guillermo del Solar V

ACTIVIDAD: portafolio de evidencia

FECHA Y GRUPO: 2B 07-03-25.



## Cirugías y otros

- Insición transuretral de Prostata
- Resección transuretral de la prostata

## Artículos (resumen)

- 1 El objetivo es hacer una revisión detallada HPB como proceso patológico, es por un aumento de célula epiteliales y estromales dentro de la zona de transición de la glándula prostática.
- 2 La hiperplasia benigna es el tumor más frecuente en el varón de 50 años aproxim el 60% de tiene BPH en México
- 3 El impacto de los inhibidores de la 5-alfa reductasa en pacientes con HP en el cual se podía observar una mejoría muy significativa

## Problemas comunes en el diagnóstico

Es un problema de salud que se hace más común con la edad, es denominado agrandamiento de la prostata, ya que es una pequeña glándula que ayuda a producir el semen. Existen muchos tratamientos para la hiperplasia prostática benigna estos incluyen medicamentos, cirugías y otros procedimientos.

- 1 ¿Cuáles son los síntomas de la HPB? Por la noche (nicturia), flujo de orina débil, dificultad para empezar, sensación de vaciado incompleto y urgencia urinaria
- 2 ¿La HPB puede provocar cáncer de prostata?   
 Sí, Pero si esta no causa cáncer de prostata, pero ambas afecciones pueden ocurrir simultáneamente.
- 3 ¿Quién está en riesgo de desarrollar la HPB?   
 Los hombres y generalmente mayores de 50 años.
- 4 ¿Pueden los cambios en el estilo de vida ayudar con el HPB?   
 Sí, pueden ayudar a controlar los síntomas.

¿Cómo se diagnostica la HPB? Con un examen físico y la evaluación

## Hiperplasia Prostática

**Etiología** Se ve implicada en los siguientes factores a edad avanzada el aumento de los estrógenos y de algunos metabolitos de la testosterona El aumento de la actividad de la 5-alfa reductasa que es la encargada del Paso de testosterona a dihidrotestosterona, otros factores de crecimiento

## Fisiopatología (Signos y síntomas)

La hiperplasia prostática determina un aumento de la resistencia uretral que conduce a alteraciones compensatorias de la función vesical La disfunción del músculo detrusor provocada por la obstrucción, junto con alteraciones de la función del sistema nervioso y la vejiga relacionados con el envejecimiento, determinan la instauración de Polaquiuria, sensación de micción lamiéntes y nicturia. La HPH comienza en la zona de transición periuretral de la prostata. Esta zona de transición aumenta de tamaño con la edad pero el tamaño de la prostata no se correlaciona necesariamente con el grado de obstrucción.

## Estudios Diagnósticos

- Examen digital del recto
- Análisis de orina
- Análisis de Sangre
- Pontuación de Sintoma
- RNM de la prostata
- Ecografía de la prostata
- Micrometriza

## Tratamiento

Hay muchos tratamientos (medicamentos, cirugías y procedimientos que incluyen o no corte) Cirugías y otros

- Medicamentos:
- Alfa bloqueadores
  - Inhibidores de 5-alfa reductasa
  - Terapia combinada
  - Tadalafil (Cialis)
  - Insición transuretral de la prostata
  - Resección transuretral de la Prostata
  - Terapia con láser
  - Elevación de prostata térmica con vapor



# Síndrome de Cushing

## Etiología:

A gran mayoría se debe a un adenoma hipofisionario. Estos tumores tienen sobrexpresados receptores tanto para CRH tipo 1 como para vasopresina tipo V3. En la enfermedad hay una hipersecreción de ACTH hipofisaria con su ritmo circadiano.

## Fisiopatología:

En condiciones normales, neuronas de la porción paraventricular de los núcleos paraventriculares del hipotálamo producen CRH, que actúa sobre los corticotropos de la hipófisis anterior induciendo la liberación de la ACTH a partir de una molécula precursora llamada proopiomelanocortina de la cual se deriva la hormona estimulante de los melanocitos. La ACTH tiene una acción directa sobre la corteza suprarrenal y estimula la producción de cortisol en la zona fasciculada y testosterona en la zona reticular. Una vez liberada, el cortisol ejerce un efecto de retroalimentación negativa en hipotálamo y en la hipófisis, permitiendo que se regulen las concentraciones hormonales en la sangre.

## Estudios diagnósticos:

- Análisis de sangre y orina
- Prueba de cortisol salivari
- Prueba de supresión con dosis baja de dexametasona
- Test combinado dexametasona - CRH
- Test de pomopresina

## Tratamiento:

Por tumor en la hipófisis

- Cirugía
- Radioterapia
- Medicamento

Y por tumor en otra parte del cuerpo

- Tratamiento del tumor
- Medicamento
- Reducción gradual de las dosis de cortisol

## ARTICULOS:

- 1 El síndrome de Cushing endógeno es una entidad muy rara; su incidencia es de 2 a 4 casos por millones de habitantes y años. El síndrome de Cushing no dependiente de corticotropina ocurre en aprox 20% de los casos.
- 2 El exceso crónico de glucocorticoides se acompaña de un alto número de signos y síntomas conocidos como síndrome de Cushing y se presenta de forma más frecuente secundariamente al uso iatrogénico de glucocorticoides.
- 3 Impacto metabólico de síndrome de Cushing. Se encontró que los pacientes con el síndrome de Cushing tienen un riesgo mayor de enfermedades como diabetes y cardiovasculares.

## PREGUNTAS:

- 1 ¿Hay enfermedades o trastornos relacionados con el síndrome de Cushing? Más rara vez por los cánceres no pueden extraer todos los cánceres cancerígenos.
- 2 ¿El síndrome de Cushing puede provocar cáncer? Algunos tumores malignos y cancerígenos benignos causan el síndrome de Cushing.
- 3 ¿Diferencia entre el síndrome de Cushing y la enfermedad de Cushing? Ambos son causados por un tumor en la glándula pituitaria, el la enfermedad causan síndrome de Cushing.
- 4 ¿Qué hormona es encargada del Cushing? ACTH, ella estimula el cortisol y la hormona del cortisol.
- 5 ¿Qué aumenta el síndrome de Cushing? El exceso de cortisol en el cuerpo.



# Esofago de Barrett

Es una complicación de la enfermedad por el flujo gástrico intestinal esofágico y se considera una lesión pre-maligna, los portadores de Esofago de Barrett tienen riesgo elevado de desarrollar adenocarcinoma de esófago.

## Etiología:

Este es reconocido por estar estrechamente ligado a la enfermedad por reflujo gástrico esofágico crónico, pero no todos los que tienen ERGE desarrollan esófago de Barrett. La exposición repetida y prolongada del esófago al ácido estomacal gástrico hacia el esófago causa daño al epitelio que lo recubre.

## Fisiopatología:

Se caracteriza por la sustitución del epitelio escamoso por un epitelio. Este cambio se produce debido a la lesión crónica causada por el reflujo de los ácidos y enzimas del estómago.

## Tratamiento:

Depende del grado del crecimiento celular anormal en el esófago y del estado de salud vital.

- Endoscopia Periódica para controlar los células del esófago
- Tratamiento para la enfermedad por reflujo gástrico esofágico

## Problemas comunes en el diagnóstico:

El esófago de Barrett se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de esófago, para que el riesgo de cáncer sea bajo hay que someterse a controles endoscópicos periódicos y biopsias del esófago para detectar la presencia de células precancerosas.

## Artículos:

- 1 El esófago inferior fue el área en que demostró especial dedicación: realizó el 1947 realizó la primer reparación exitosa de una rotura esofágica.
- 2 Siendo que el esófago es una estructura cubierta por epitelio escamoso, Barrett interpretó que el órgano cubierto por epitelio escamoso, Barrett interpretó era un segmento tubular de estómago generado por tracción inducida por un esófago.
- 3 El esófago de Barrett es un trastorno premaligno del esófago en el cual el epitelio escamoso de la porción distal del esófago es reemplazado por el epitelio columnar.

## Preguntas

- 1 ¿En que que consiste la displasia?  
En el fenómeno de trastorno a nivel celular.
- 2 ¿El esófago de Barrett causa cáncer?  
El riesgo es bastante bajo aprox 0.5% por año.
- 3 ¿Cuáles son las instrucciones si tengo EB?  
Medicamentos y hábitos de vida que se le indiquen en gastroenterología.
- 4 ¿Que papel tiene la biopsia en el seguimiento de EB?  
Su papel es primordial y por un lado confirmar el dg y por otro dice si hay displasia.
- 5 ¿Revisión de Pacientes con EB con displasia de alto grado?  
Revisión mediante gastroscopia en 3 meses.



## Esteatosis

### Esteatosis Hepática :

La esteatosis hepática o hígado graso es la acumulación anormal de grasa en el hígado. Es la causa de enfermedad hepática crónica más frecuente en el mundo desarrollado y es la manifestación de la acumulación de grasa del organismo en los órganos.

### Factores de riesgo

- Diabetes
- Diabetes tipo 2
- Obesidad y sobrepeso

### Estudios diagnósticos

- Prueba de función hepática
- Ecografía hepática
- Biopsia hepática

### Tratamiento

No hay tratamientos farmacológicos aprobados, pero lo que sí es que requiere de modificaciones del estilo de vida.

### Artículos :

- 1 Dieta mediterránea y reducción de hígado graso. Beneficios en la disminución de la inflamación hepática.
- 2 La esteatosis hepática no alcohólica es la acumulación de vacuolas de grasa en el citoplasma de los hepatocitos causada por lesiones hepáticas producidas similares a la del alcohol.
- 3 La EHNA es posiblemente la causa más común de elevación de las transaminasas en el adulto y se considera que es el componente hepático del síndrome metabólico.

## Preguntas

- Ha
- 1 ¿A sentido fatiga o debilidad persistente?  
Sí, he sentido fatiga fácilmente
  - 2 ¿Consumo alcohol?  
No muy seguido
  - 3 ¿Es propenso a diabetes o obesidad?  
Sí, soy propenso a ambas cosas
  - 4 ¿En qué nivel mantiene su el colesterol?  
Niveles normales y pero en ocasiones alto
  - 5 ¿A sentido cambios en su digestión?  
Sí, he notado cambios anormales



# Obesidad

Enfermedad crónica, progresiva que afecta aspectos biológicos y psicológicos y sociales de la vida de un individuo.

## Patopatología:

El adipocito principal de la célula adiposa está especializada en almacenar el exceso de energía en forma de triglicéridos en su cuerpo lipídico, y liberarlos en situaciones de necesidad energética.

## Factores de riesgo:

- Factores genéticos y metabólicos
- Enfermedades endocrinas
- Estilo y trastornos emocionales

## Estudios diagnósticos:

- Índice de masa corporal
- Bioimpedancia
- Perfil metabólico

## Tratamiento

Se plantea estrategias más adecuadas para el paciente

- Plan médico individualizado
- Dieta y ejercicios
- Fármacos

## Planteamiento Problemas en el diagnóstico

NO se percibe como enfermedad grave.

# Preguntas:

- 1 Realiza ejercicio?  
No frecuentemente
- 2 ¿Tiene usted familiares con obesidad o propensos a serlo?  
Si, tengo familiares propensos y obesos.
- 3 ¿A notado aumento de peso?  
Realmente no lo he notado
- 4 ¿Lleva usted una dieta balanceada?  
No, consumo muchos grasas y azúcares
- 5 Nota usted dificultad para realizar ciertos ejercicios o caminar?  
Si, se me dificulta moverme con facilidad y no puedo caminar mucho por que me fatigo.



# Bibliografía:

[http://ww.who.int/medicacenter/.](http://ww.who.int/medicacenter/)

<https://asscat-hepatitis.org>

<https://www.es. Atencionptñrimatia.>

<https://www.elseiver.es.com>

<http://www.scielo.org.mx.>