

Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Ana Karen Tolentino Martínez

Nombre del tema: Cáncer de próstata, Hemorragia Subaracnoidea, Hemorragia Intraparenquimatosa

Parcial: 2

Nombre de la Materia: Enfermería médico quirúrgico

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6

CANCER DE PROSTATA



DEFINICIÓN

Tumor maligno originado en las células de la glándula prostática generalmente de crecimiento lento pero potencialmente invasivo en etapas avanzadas

EPIDEMIOLOGÍA

Cáncer más frecuente en hombres mayores de 50 años incidencia aumenta con la edad mayor, prevalencia en hombres afrodescendientes antecedentes familiares duplican el riesgo

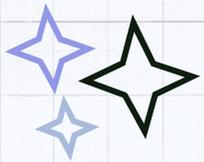
FACTORES DE RIEGO

Edad avanzada, antecedentes familiares de primer grado, origen étnico afrodescendiente, dieta rica en grasas animales obesidad y sedentarismo

CLÍNICA

En etapas tempranas suele ser asintomático síntomas urinarios como disuria, chorro débil, polaquiuria nicturia y urgencia retención urinaria en casos avanzados, hematuria, dolor óseo en metástasis (especialmente en columna, pelvis y costillas), pérdida de peso y astenia en enfermedad diseminada.

CANCER DE PROSTATA



DIAGNÓSTICO

Antígeno prostático específico (PSA) elevado tacto rectal que detecta nódulo duro o irregular, biopsia transrectal para confirmar malignidad, resonancia magnética multiparamétrica para estadificación y guía de biopsia gammagrafía ósea o TAC en sospecha de metástasis.

CLASIFICACIÓN

Sistema de Gleason según grado de diferenciación celular sistema TNM para determinar extensión local regional y a distancia riesgo bajo intermedio o alto según PSA Gleason y estadio clínico.

TRATAMIENTO

Vigilancia activa en cánceres de bajo riesgo prostatectomía radical en pacientes con enfermedad localizada y buena expectativa de vida radioterapia externa o braquiterapia como alternativa hormonal con análogos de LH-RH o antiandrógenos en enfermedad localmente avanzada o metastásica quimioterapia con docetaxel en enfermedad resistente a castración

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA

No hay prevención específica pero se recomienda tamizaje con PSA y tacto rectal desde los 50 años o antes en personas con factores de riesgo educación sobre síntomas urinarios control de hábitos como dieta saludable y ejercicio regular

HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA

DEFINICIÓN

Sangrado dentro del parénquima cerebral por ruptura de vasos sanguíneos que causa daño directo al tejido cerebral

ETIOLOGÍA

Hipertensión arterial crónica causa más frecuente malformaciones arteriovenosas tumores cerebrales coagulopatías trauma craneal anticoagulantes y drogas como cocaína o anfetaminas

CLÍNICA

Inicio súbito con déficit neurológico focal como hemiparesia hemiplejía disartria o afasia disminución del nivel de conciencia cefalea intensa vómitos signos de hipertensión intracraneal convulsiones en algunos casos evolución rápida y deterioro neurológico

DIAGNÓSTICO

Tomografía axial computada (TAC) sin contraste como estudio inicial muestra colección hiperdensa en el parénquima cerebral resonancia magnética para mejor caracterización angiografía en sospecha de causa vascular laboratorios para evaluar coagulopatías

TRATAMIENTO

Control estricto de la presión arterial manejo en unidad de cuidados intensivos soporte vital y monitoreo neurológico corrección de coagulopatías o suspensión de anticoagulantes cirugía descompresiva o evacuación en casos seleccionados tratamiento de la causa subyacente.

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

DEFINICIÓN

Sangrado en el espacio subaracnoideo entre aracnoides y piamadre usualmente por ruptura de un aneurisma cerebral

ETIOLOGÍA

Ruptura de aneurisma sacular (más común) traumatismo craneoencefálico malformaciones arteriovenosas trastornos de coagulación uso de anticoagulantes o drogas vasoactivas causa idiopática en algunos casos

CLÍNICA

Cefalea súbita y severa descrita como "la peor de su vida" pérdida transitoria de conciencia náuseas vómitos fotofobia rigidez de nuca signos meníngeos deterioro neurológico focal convulsiones disminución del nivel de conciencia o coma en casos severos

DIAGNÓSTICO

Tomografía axial computada (TAC) sin contraste inicial muestra sangre en cisternas o surcos lumbar punción lumbar si TAC es negativa y persiste la sospecha angiografía cerebral para localizar aneurisma resonancia magnética en casos crónicos

TRATAMIENTO

Internación en UCI manejo de la vía aérea y presión intracraneal control de presión arterial analgesia y sedación prevención de vasoespasmo con nimodipino embolización endovascular o clipado quirúrgico del aneurisma soporte con líquidos y corrección de electrolitos manejo de complicaciones neurológicas y sistémicas