



UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

MEDICINA HUMANA

MATERIA:

CRECIMIENTO Y DESARROLLO BIOLÓGICO

Dra. Lara Martínez Kikey

TEMA:

OBESIDAD



Alumnos;

Sandibel López Hernández

Séptimo semestre grupo único

Comitán de Domínguez Chiapas a 03/06/2020

INTRODUCCION.

La obesidad es el depósito excesivo de tejido adiposo. Para su diagnóstico se utiliza el índice de masa corporal como estimador indirecto de la grasa corporal, que debe ser interpretado con las curvas de crecimiento adecuadas. Su prevalencia ha aumentado en los últimos 30-40 años y actualmente de cada 10 niños y adolescentes, uno es obeso. Es una enfermedad poligénica en la que la información genética es modulada por una serie de factores ambientales a lo largo de la vida. Supone la aparición de una serie de comorbilidades que aumentan el riesgo de mortalidad precoz. La complicación metabólica más importante es la resistencia a la acción periférica de la insulina, con o sin alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. Además, en el adolescente determina una importante comorbilidad psicosocial (ansiedad, depresión) que disminuye su calidad de vida.

La obesidad del adolescente supone la aparición de una serie de comorbilidades, entre las que destacan las cardiovasculares, endocrino-metabólicas, tumorales y psicosociales, y aumentan el riesgo de mortalidad precoz.

La obesidad endógena, intrínseca o secundaria, que tiene una etiología orgánica. Constituye en la infancia alrededor del 1% de los casos de obesidad. Las causas más habituales son; enfermedades endocrinológicas, neurológicas, síndromes genéticos y las secundarias a la ingesta crónica de fármacos. La obesidad exógena o simple. Constituye el 99% de los casos. En ella la relación entre gasto energético e ingesta está alterada. Los hábitos dietéticos y nutricionales suelen no permitir dicho equilibrio, a pesar de que recientemente se han identificado genes candidatos como predisponentes, como son: gen de la leptina, del receptor de la leptina (LEPR), de la carboxipeptidasa E, de la proteína orexigénica agouti, la prohormona convertasa 1 (implicada en el procesamiento de la insulina y la proopiomelanocortina POMC) y la propia POMC 6-8. por último debemos mencionar que El diagnóstico se basa en un índice de masa corporal (IMC) por encima del percentil 95 para la edad y el sexo. La ingesta de una dieta nutritiva y el aumento del ejercicio físico ayudan a tratar la obesidad.

OBSESIDAD

que es?

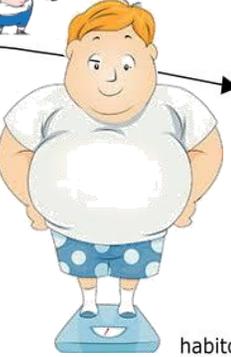
La obesidad es el depósito excesivo de tejido adiposo



obesidad endógena, intrínseca o secundaria, que tiene una etiología orgánica. constituye en la infancia alrededor del 1% de los casos de obesidad. Las causas más habituales son; enfermedades endocrinológicas, neurológicas

La obesidad exógena o simple. Constituye el 99% de los casos. En ella la relación entre gasto energético e ingesta está alterada. Los hábitos dietéticos y nutricionales suelen no permitir dicho equilibrio,

prevalencia de obesidad en niños y niñas de 2 a 17 años del 9,6% (en ambos sexos), con un 16,9% de sobrepeso en niñas y un 19,5% en niños



hábitos nutricionales y estilo de vida consumo alto de grasas, llegan al hiperinsulinismo, sobreingesta y sedentarismo, inestabilidad emocional,



gen de la leptina, del receptor de la leptina (LEPR), de la carboxipeptidasa E, de la proteína orexigénica agouti, la prohormona convertasa 1 (implicada en el procesamiento de la insulina y la proopiomelanocortina POMC) y la propia POMC 6-8



tipos de obesidad



EPIDEMIOLOGIA



ETIOPATOGENIA

Deshequilibrio entre la ingesta de energía y gasto calorico

factores ambientales

Factores genético

Los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos disponibles deben constituir una alternativa excepcional en aquellos pacientes que no han logrado una modificación hacia hábitos de vida saludable

El tratamiento de la obesidad en el adolescente debe estar basado en el tratamiento cognitivoconductual, la intervención dietética y el aumento de la actividad física con disminución del sedentarismo

TRATAMIENTO



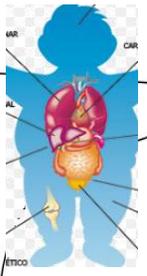
DIAGNOSTICO

historia clínica exploración física valoración nutricional índice nutricional entorno familiar.

IMC > 30 medición de pliegues abdominales, tricipitales, subescapular

Patología psicósocia: sufrir aislamiento social, dificultad en la relación con sus iguales, baja autoestima, distorsión de la imagen corporal, estrés, ansiedad y depresión. El riesgo aumenta con la edad y es mayor en el sexo femenino.

Patología renal La obesidad empeora la HTA, el metabolismo de la glucosa y la RI como factores de riesgo de la enfermedad renal crónica



ENTIDAD CLINICA

CUTANEOS: estrías de color blanco-rosado, areas de la piel oscura y engrosada (acantosis nigricans) en cuello, axilas e ingles.

ORTOPEDICOS: pie plano, epicoliosis epifisiolisis femoral superior.

CARDIORESPIRATORIOS: síndrome de apnea obstructiva, asma dificultad respiratoria, hipertensión arterial

NEUROLOGICOS: hipertensión cerebral idiopática.

METABOLICOS: insulinoresistencia, diabetes tipo 2

DIGESTIVOS: hígado graso no alcohólico fibrosis hepática.



CONCLUSION.

En la práctica clínica diaria, se recurre a la utilización de métodos indirectos para la estimación del exceso de masa grasa corporal. De éstos, el aceptado como una medida estándar y que permite definir y clasificar la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), resultado del cociente del peso, en kilogramos (kg), entre el cuadrado de la talla, expresada en metros (m). Las unidades en que se expresa, por lo tanto, son kilogramos por metro cuadrado (kg/m²).

Este índice es un buen predictor del porcentaje de grasa corporal tanto en niños como en adultos, además de sencillo, rápido y barato; y permite establecer el diagnóstico de obesidad. Hay que tener en cuenta que el IMC puede sobreestimar la cantidad de grasa corporal en un adolescente con mayor masa muscular (atlético), así como subestimar la cantidad de tejido adiposo en uno con menor masa muscular (sedentario).

Además, en el caso de los niños y los adolescentes, cuyo crecimiento se produce tanto en peso como en talla, no sirve el valor absoluto de IMC y es necesaria la utilización de valores de referencia para la comparación del IMC en forma de desviaciones estándar (IMC-SDS o z-score) en función del sexo y la edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define actualmente, en niños de 5 a 19 años, el sobrepeso como el IMC-SDS > 1 y la obesidad como el IMC-SDS > 2 por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS según edad y sexo.

En los adolescentes de mayor edad, el punto de corte correspondiente al percentil 97 puede ser superior a un IMC de 30 kg/m², valor para establecer el diagnóstico de obesidad en el adulto. Por esta razón, en los adolescentes sería recomendable establecer el punto de corte de obesidad en el percentil 97 de IMC según edad y sexo o en un IMC \geq 30 kg/m², lo que sea más bajo

BIBLIOGRAFIA.

1. .(J. Martínez-Villanueva, 2017). Obesidad en la adolescencia,
7; V (3),
<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCENCIA/vol5num3-2017/45-57-obesidad-en-la-adolescencia.pdf>.
2. Ángel aragonés Gallego, Obesidad, sociedad española de
pediatría, capt7, p.19
<https://www.seep.es/images/site/publicaciones/oficialesSEEP/consenso/cap07.pdf>.