

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**



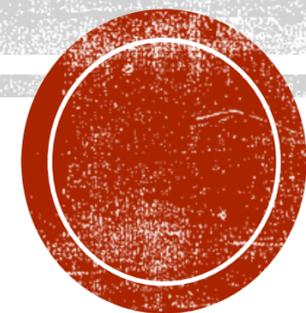
**Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico**

**Materia: Nutrición en Obesidad y Síndrome Metabólico**

**Catedrático : LN. Nefi Alejandro Sánchez Gordillo**

**Nombre del alumno: Diego Quiñones García**

**Cuatrimestre: 6°**



**TAPACHULA CHIAPAS, 8 DE JULIO DEL 2020**

1  
SINDROME DE  
ABNEA DEL SUEÑO

Es un fenómeno clínico caracterizado por hipersomnolencia durante el día, emisión de ronquidos durante la noche y tendencia al sobrepeso, constituye un importante problema de salud, mucho más común de lo que se cree en general. Descrito por primera vez en 1965, este trastorno se caracteriza por la presencia de pausas frecuentes en la respiración (apneas) inducidas por el sueño

MEDIDAS DE  
PREVENCIÓN

**Perdida de peso**, se consigue mediante la combinación de la dieta, la práctica de ejercicio e incluso la aplicación de técnicas quirúrgicas como la reducción gástrica, la pérdida de un 29-50% del peso inicial disminuye el número de apneas-hipoapneas  
**Posición Corporal**, cambiarla a **decúbito lateral** .  
**Presión positiva continua en la vía aérea superior**, Tiene como función incrementar la presión en la orofaringe manteniendo una presión positiva durante todo el ciclo respiratorio esta fue descrita por primera vez en 1981

2  
OVARIO  
POLIQUÍSTICO

Es un trastorno endocrino metabólico altamente prevalente y se considera en la actualidad una patología familiar. Su presencia debe sospecharse en cualquier adolescente o mujer en edad reproductiva con hirsutismo u otras manifestaciones cutáneas de hiper-androgenismo, irregularidades menstruales y obesidad,

OTRA DEFINICIÓN

Es un hiperandrogenismo ovárico funcional o anovulación crónica hiperandrogénica, es una disfunción endocrinometabólica de alta prevalencia. Es la causa más común de hiperandrogenismo con una incidencia de un 3% tanto en mujeres adolescentes como adultas. Se estima, que está presente en el 75% de las mujeres hirsutas y en el 10% de las mujeres premenopáusicas

FISIOPATOLOGÍA

**Disfunción neuroendocrina**, se caracteriza por un aumento de la secreción de LH y una secreción de FSH normal o disminuida. En estas pacientes se ha observado un aumento de la amplitud y frecuencia de los pulsos de LH, lo que reflejaría un aumento de los pulsos del factor liberador de gonadotropinas (GnRH)  
**Disfunción metabólica**, está representada principalmente por una RI periférica que se expresa por una hipersecreción de insulina. Esta a su vez, promueve una mayor secreción de andrógenos por el ovario y las suprarrenales; estimula la secreción de LH y además disminuye la síntesis hepática de la SHBG (globulina transportadora de hormonas sexuales) con lo cual aumenta la fracción libre y actividad biológica de los andrógenos  
**Disfunción de la esteroidogénesis ovárica/suprarrenal**, es un pilar fundamental en este síndrome y se caracteriza por una alteración de la biosíntesis de los andrógenos, la cual tanto en el ovario como en la suprarrenal está determinada por la actividad de una enzima denominada citocromo P450c17.  
**Disfunción de la foliculogénesis**, la histología del síndrome de ovario poliquístico se caracteriza por un aumento de folículos preantrales y antrales pequeños y un mayor reclutamiento folicular. Esta situación se acompaña además de una detención del proceso de selección folicular, lo que explica la ausencia de ovulación

3  
HEPATOPATÍA  
NO-ALCOHÓLICA  
(HÍGADO GRASO)

El hgna es una de las causas más frecuentes de alteraciones en las pruebas de función hepática en pacientes asintomáticos. En su fase inicial, se caracteriza por malestar abdominal, fatiga, elevación de alanin aminotransferasa (AAT), gamaglutamil transpeptidasa (GGT), hepatomegalia, e hiperecogenicidad hepática en el ultrasonido. No es una enfermedad benigna, ya que el 32% de los enfermos progresan a fibrosis, el 20% a cirrosis y el riesgo de muerte relacionada a disfunción hepática es del 12% a 10 años.

FISIOPATOLOGÍA

En el hepatocito, los ácidos grasos libres (AGL) son oxidados en la mitocondria, esterificados a triglicéridos y convertidos en fosfolípidos y ésteres de colesterol, para ser secretados como lipoproteínas de muy baja densidad (LMBD). Cuando los triglicéridos se acumulan en el hígado, aparece la esteatosis hepática, característica histológica distintiva del HGNA. Al incrementar el aporte de AGL al hígado, estos actúan como ligandos para el factor de transcripción PPAR-, y aumenta la oxidación de ácidos grasos en la mitocondria, microsomas peroxisomas; los productos de la oxidación de AGL, (peróxido de hidrógeno, superóxido y peróxidos lipídicos) generan peroxidación lipídica y estrés oxidativo. El estrés oxidativo genera disminución de 50% en la actividad enzimática de la cadena respiratoria incrementando la relación ADP/ATP, lo que la peroxidación lipídica

4  
HIPOGONADISMO  
DE INICIO TARDIO

Un síndrome clínico y de laboratorio asociado al envejecimiento del individuo, caracterizado por la presencia concomitante de síntomas y una disminución de los niveles séricos de testosterona (bajo los niveles séricos normales del adulto joven sano).

HIPOGONADISMO  
DE INICIO TARDIO

El hipogonadismo masculino, se puede definir con un síndrome causado por la deficiencia de andrógenos que puede afectar de manera adversa la función de múltiples órganos y la calidad de vida del individuo

CLASIFICACIÓN

- **El hipogonadismo primario (HP)** es consecuencia de una falla a nivel testicular, por lo que los niveles de testosterona son bajos, las gonadotropinas son altas y como consecuencia hay ausencia de espermatogénesis que es irreversible.
- **El hipogonadismo secundario (HS)** es aquel en que la falla se produce a nivel de Hipotálamo-Hipófisis, por lo que los niveles de testosterona son bajos, las gonadotropinas son bajas y hay ausencia de espermatogénesis que se revierte ante la administración de gonadotropinas.
- **El hipogonadismo por defectos de los receptores (HDR)**, son causas raras de hipoandrogenismo. Hay defectos completos y parciales que escapan a los objetivos de esta revisión.

5  
ALTERACIONES DEL  
METABOLISMO  
OSTEO-ARTICULAR

Los huesos se pueden clasificar por sus dimensiones en largos, cortos, sesamoideos, planos e irregulares. Para el estudio anatomopatológico de las lesiones óseas es esencial identificar las regiones del hueso y familiarizarse con los términos. Los términos relacionados con la ubicación de un hueso largo son epífisis, metáfisis, diáfisis, y fisis o placa de crecimiento del cartílago.

EPIFISIS, METÁFISIS,  
DIÁFISIS, FISIS

- La fisis es una placa ondulada de cartílago hialino, que finalmente es reabsorbido y sustituido por tejido óseo cuando el hueso crece en longitud
- La epífisis es el área del hueso en el lado de la articulación de la fisis
- La metáfisis es la zona del hueso por debajo de la placa de crecimiento.

