

07 DE JULIO DE 2020



NUTRICION EN LA OBESIDAD Y SINDROME METABOLICO

RESUMEN

SEXTO CUATRIMESTRE DE NUTRICION

L.N DANIELA RODRIGUEZ

Alondra Stephania Aguilar López

HIGADO GRASO

Aunque se desconoce la razón exacta por la que algunas personas acumulan grasa en el hígado y otras no, y existe además una comprensión limitada del motivo por el que algunos hígados grasos desarrollan inflamación que puede llegar a progresar hasta la cirrosis, se sabe que tanto el EHGNA como la esteatosis hepática no alcohólica están relacionados con diversos factores de riesgo. Entre ellos: sobrepeso, obesidad, resistencia a la insulina, tener un nivel elevado de glucemia (hiperglicemia) que indica prediabetes o diabetes tipo 2 o poseer niveles altos de grasas en la sangre, en particular los triglicéridos. Asimismo, las personas con concentraciones anormalmente elevadas de colesterol (tanto el total, como el LDL o el HDL), con síndrome metabólico (o una o más características del mismo), también tienen más riesgo de padecer la enfermedad. Sucede, también, en aquellas con circunferencia grande de la cintura o presión arterial alta. Algunas investigaciones científicas han apuntado, además, la posibilidad de que algunos genes pueden estar implicados en su desarrollo. Se debe tener en cuenta también que otras patologías, como el síndrome de ovario poliquístico, la apnea del sueño, el hipotiroidismo o el hipopituitarismo, pueden elevar las probabilidades de sufrir hígado graso.

Desafortunadamente, generalmente no presenta síntomas. Y cuando lo hace se presentan en forma de: agrandamiento del hígado, fatiga, malestar general, cansancio, pesadez, dolor en la zona superior derecha del abdomen. Además, los posibles signos de la esteatosis hepática son hinchazón abdominal, vasos sanguíneos dilatados justo debajo de la superficie de la piel o bazo dilatado, agrandamiento del pecho en los hombres, palmas de las manos enrojecidas y color amarillento de la piel o de los ojos.

La primera línea del tratamiento es, generalmente, perder peso a través de una combinación de una dieta saludable y ejercicio. Asimismo, se debe evitar el consumo de cualquier medicamento que predisponga a la enfermedad, controlar la diabetes y reducir los niveles de colesterol y triglicéridos. En los casos de hígado graso alcohólico, la suspensión total de la bebida es la pauta inicial. La vitamina E

y las tiazolidinedionas (como rosiglitazona o pioglitazona, que se utilizan para tratar la diabetes) pueden ser de alguna ayuda en el tratamiento del hígado graso que no está causado por el consumo de alcohol. Es posible, además, que el especialista indique la vacuna de la hepatitis A y B para ayudar a proteger el hígado de los afectados. Para aquellos que ya han desarrollado cirrosis debido a la esteatosis hepática no alcohólica, el trasplante del hígado es una opción terapéutica, con buenos resultados.

La composición de la dieta afecta a la acumulación de grasa y la inflamación hepática. Por lo tanto, se debe realizar un control de calorías que favorezca la pérdida de peso. Es fundamental aumentar el consumo de fibra, reducir los azúcares simples y las grasas saturadas, aumentar los ácidos grasos omega 3, utilizar con moderación aceite de oliva virgen y suprimir cualquier tipo de bebida alcohólica. Se debe prescindir de cualquier alimento azucarado, de la leche de vaca y, por el contrario, aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de alimentos ricos en vitamina A, C, E y selenio como, por ejemplo, pescados azules, tomate, espinacas, brócoli, pimientos, nueces, aguacate. Además, es necesario mantener una buena hidratación y practicar ejercicio físico.

HIPOGONADISMO FEMENINO.

El ovario cumple una función hormonal y otra reproductora, ambas estrechamente relacionadas. En la mayoría de las afecciones del ovario se afectan ambas funciones, en otras está afectada sólo la función reproductora. El síndrome puede producirse por falla en los ovarios, en la unidad hipotálamo-hipofisaria o en ambos sitios a la vez.

El hipogonadismo femenino puede clasificarse en 2 grupos de acuerdo con los niveles de gonadotropinas.

-Hipogonadismo hipogonatrópico o secundario.

- Déficit selectivo de FSH y LH.
- Síndrome de Kallmann.
- Síndrome de Prader Willis.
- Síndrome de Laurence Moon Bield.
- Déficit de gonadotropinas asociados a otros síndromes: anorexia nerviosa.
- Panhipopituitarismo.

Otras enfermedades endócrinas y sistémicas severas: síndrome de Cushing, hipotiroidismo, hepatopías, insuficiencia renal, hemocromatosis, drepanocitemia y desnutrición severa.

-Hipogonadismo hipergonatrópico o primario.

- Disgenesia gonadal turneriana y sus variantes.
- Disgenesia gonadal pura.
- Agonadismo y agenesia gonadal.
- Síndrome de Noonan.
- Hipoplasia ovárica constitucional.
- Falla ovárica prematura.
- Polisomía gonosómica X.
- Síndrome de ovarios resistentes.
- Hipogonadismo primario asociado a otros síndromes raros.

El tratamiento debe orientarse a la causa del hipogonadismo y al restablecimiento de la función reproductora, en los enfermos que esto sea posible, y a la sustitución de la función endocrina. En pacientes con hipogonadismo primario y fórmula cromosómica que contenga un cromosoma Y, es recomendable la gonadectomía profiláctica por la posibilidad de malignización de la gónada disgenética.

HIPOGONADISMO MASCULINO

El hipogonadismo masculino es una afección en la cual el cuerpo no produce suficiente cantidad de la hormona que desempeña un papel clave en el crecimiento y desarrollo masculino durante la pubertad (testosterona) o en la cantidad suficiente de espermatozoides o en ambos.

El hipogonadismo puede comenzar durante el desarrollo fetal, antes de la pubertad o durante la edad adulta. Los signos y síntomas dependen de cuándo aparece la afección.

Desarrollo fetal

Si el cuerpo no produce suficiente testosterona durante el desarrollo fetal, el resultado puede ser un retraso en el crecimiento de los órganos sexuales externos. De acuerdo con cuándo se desarrolla el hipogonadismo y cuánta testosterona está presente, un niño que es genéticamente masculino puede nacer con lo siguiente:

- Genitales femeninos
- Genitales que no son claramente masculinos ni femeninos (genitales ambiguos)
- Genitales masculinos subdesarrollados

Pubertad

El hipogonadismo masculino puede retrasar la pubertad o causar desarrollo incompleto o falta de desarrollo normal. Puede obstaculizar:

- El desarrollo de la masa muscular
- El engrosamiento de la voz
- El crecimiento de vello corporal y facial
- El crecimiento del pene y los testículos

Y puede causar:

- El crecimiento excesivo de los brazos y las piernas en relación con el tronco del cuerpo
- El desarrollo de tejido mamario (ginecomastia).

Adultez

En los hombres adultos, el hipogonadismo puede alterar ciertas características físicas masculinas y perjudicar la función reproductiva normal. Los primeros signos y síntomas pueden incluir los siguientes:

- Disminución del deseo sexual
- Disminución de la energía
- Depresión

Con el tiempo, los hombres con hipogonadismo pueden desarrollar lo siguiente:

- Disfunción eréctil
- Esterilidad
- Disminución del crecimiento de vello en la cara y el cuerpo
- Disminución de la masa muscular
- Desarrollo de tejido mamario (ginecomastia)
- Pérdida de masa ósea (osteoporosis)

Para los hombres mayores que tienen un nivel bajo de testosterona, además de los signos y los síntomas de hipogonadismo debido al envejecimiento, los beneficios del reemplazo de testosterona son menos claros.

Mientras estés tomando testosterona, la Endocrine Society (Sociedad de Endocrinología) recomienda que el médico te controle para ver la efectividad del tratamiento y los efectos secundarios varias veces durante el primer año de tratamiento y una vez al año después de eso.