

Nombre de la universidad

Universidad del sureste
UDS

Nombre de la materia



Nutrición en obesidad y síndrome metabólico

Nombre del catedrático

Daniela Rodríguez

Nombre del alumno

MALDONADO SALAZAR HEIDI YOSELIN

Fecha de entrega

24 de julio 2020

La resistencia a la insulina patológica puede ser secundaria a defectos del receptor de insulina o por trastornos de su acción a nivel post-receptor. Consecuencias fisiopatológicas cardiovasculares La resistencia a la insulina se asocia significativamente a reconocidos factores de riesgo cardiovascular como la diabetes, la hipertensión arterial, la dislipidemia aterogénica y otros factores relacionados a la disfunción endotelial. La resistencia a la insulina es el defecto más importante en la patogenia de la intolerancia a la glucosa y de la diabetes mellitus tipo 2. Cuando la célula beta claudica en compensar la resistencia con hiperinsulinemia, se desarrolla la hiperglicemia postprandial y, posteriormente, la hiperglicemia de ayuno. La resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia preceden por años a la aparición de la diabetes en una condición que se puede considerar como prediabetes y que clínicamente ya se puede diagnosticar como síndrome metabólico.

Diagnóstico y prevalencia El diagnóstico clínico del síndrome metabólico se hace por la presencia de sus atributos. La OMS definió un criterio en pacientes diabéticos tipo 2 o intolerantes a la glucosa o resistentes a la insulina con 2 o más de las siguientes características: obesidad según IMC o relación de perímetro de cintura y cadera, dislipidemia según triglicéridos o C-HDL, hipertensión arterial y micro albuminuria. Esta definición que ha sido aplicada en estudios epidemiológicos tiene la limitación de exigir la realización de exámenes de test de tolerancia a la glucosa y determinaciones de insulinemia y micro albuminuria Tratamiento de la resistencia a la Insulina. Esto está muy relacionado con la prevención y tratamiento de la obesidad, promoviendo estilos de vida saludables que se traducen en una alimentación apropiada y estímulo a la actividad física. Al respecto hay dos estudios (Finnish Diabetes Prevención Trial y el Diabetes Prevención Programa 2 –DPP 2-) que demostraron que una intervención de dieta y ejercicios en individuos intolerantes a la glucosa reducen la progresión a la diabetes en un 60%. El tratamiento de la obesidad con medidas no farmacológicas y farmacológicas, incluyendo la cirugía bariátrica en obesos severa, mejora la sensibilidad a la insulina y el control de las co-morbilidades que la acompañan. La indicación de drogas insulinosensibilizadoras es una posibilidad cierta en algunas circunstancias. La metformina ha demostrado ser efectiva en reducir la progresión a diabetes en intolerantes a la glucosa (31% en el DPP 2) y ha sido usada con buenos resultados en el tratamiento del síndrome de ovario poliquístico con hiperinsulinemia.

El síndrome metabólico es una condición de muy alta y creciente prevalencia, que se asocia a la obesidad y a estilos de vida poco saludables. Constituye un factor que aumenta en 2 a 4 veces el riesgo cardiovascular. Su diagnóstico clínico es simple y su tratamiento no farmacológico debiera indicarse en todos los pacientes. Las patologías constitutivas del síndrome deben tratarse integralmente. Sin embargo, aún falta información sobre el impacto en el riesgo cardiovascular, del uso de fármacos que reducen la resistencia a la insulina (glitazonas) y del efecto de las terapias combinadas para las dislipidemias aterogénicas propias del Síndrome.

Tratamiento de las patologías asociadas. Con mucha frecuencia el manejo parcial de la obesidad y aun usando drogas insulino-sensibilizadoras, las patologías asociadas no se controlan suficientemente. Para tener un real impacto en disminuir el riesgo cardiovascular de los pacientes con síndrome metabólico, debemos realizar un tratamiento integral, la mayoría de las veces con apoyo farmacológico. Esto contempla un exigente control de la hiperglicemia en los diabéticos y de la presión arterial en los hipertensos. Estas asociaciones logran una mayor efectividad en reducir el C-LDL y muy especialmente en disminuir los triglicéridos y elevar el C-HDL, pero requieren de una mayor vigilancia por el mayor riesgo, aunque es bajo, de miopatías y de daño hepático. La enfermedad cardiovascular es la principal causa de morbilidad y mortalidad entre las personas con diabetes mellitus. La prevalencia de cardiopatía isquémica en pacientes con diabetes tipo 2 oscila entre un 10 y un 25%. La diabetes tipo 2 es una enfermedad compleja, con anomalías en el perfil lipídico, en la presión arterial y en los factores de coagulación; no obstante, los factores de riesgo clásicos sólo explican un 25% del exceso de riesgo cardiovascular que se produce en la diabetes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una definición del síndrome metabólico con fines operativos.

Tablas de riesgo en el síndrome metabólico

Alteración de la regulación de la glucosa

Glucemia ayuno >110 mg/dl y 2 horas pos carga 140 mg/dl.

Resistencia a la insulina

Captación de glucosa por debajo del percentil 25.

Hipertensión arterial

TA 140/90 mmhg.

Dislipidemia

Triglicéridos >150 mg/dl, colesterol HDL 35/39 mg/dl.

Obesidad

Índice cintura/cadera >0.9/0.85 en H/M.

Aspectos psicológicos en la enfermedad cardiovascular

Los factores psicosociales y conductuales, incluido el estado de ánimo

Depresión, ansiedad, enojo y estrés

Personalidad

Tipo A, Tipo D y hostilidad

Enfermedad cardiovascular

Comporta una importante carga de salud pública en los países industrializados

Depresión

La depresión es el que ha sido objeto de mayor atención para la investigación durante la última década