

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



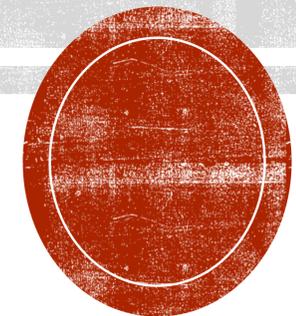
Nombre del alumno: Diego Quiñones García

Nombre del profesor: Ln. Nefi Alejandro Sánchez Gordillo

Nombre del trabajo: Unidad II/Mapa Conceptual

Materia: Sobrepeso y Obesidad

Cuatrimestre: 8°



TAPACHULA CHIAPAS, 6 DE FEBRERO DEL 2021

UNIDAD II

ETIOPATOGENIA DE LA OBESIDAD, FACTORES GENÉTICOS, FISIOLÓGICOS Y AMBIENTALES

COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD

CARACTERÍSTICAS

La obesidad es una condición patológica, muy común en el ser humano y presente desde la remota antigüedad, que persiste y se incrementa durante siglos por factores genéticos y ambientales, hasta convertirse actualmente en una pandemia con consecuencias nefastas para la salud

LOS GRIEGOS

plasmaron con precisión el cuerpo humano y en sus obras la obesidad no es un hecho frecuente, más bien priman las figuras delgadas. Sin embargo, a medida que las sociedades se extienden y con ellas el arte pictórico, que no es más que su reflejo, la figura humana es cada vez más plena, lo que se muestra en las esculturas y pinturas de Miguel Ángel y Rafael, Rubens, Velázquez y Goya por citar algunas

OBESIDAD

Se define como un exceso de grasa corporal o tejido adiposo. Desde el punto de vista práctico se considera el índice de masa corporal (IMC) el método ideal para el diagnóstico de la obesidad, por su buena correlación con la grasa corporal total

IMC

Es igual al peso corporal en kilogramos, dividido entre la talla en metros cuadrados (IMC = peso en kg/ talla en m²). Se considera ideal un IMC entre 20 y 25; sobrepeso entre 25 y 29,9; obesidad grado I de 30 a 34,9 de IMC; obesidad grado II de 35 a 39,9 de IMC y obesidad grado III, extrema o mórbida, con un IMC mayor de 40.15

FISIOLOGIA

Es el resultado del desequilibrio entre el consumo y el aporte de energía. La energía que el organismo utiliza proviene de 3 fuentes: carbohidratos, proteínas y grasas. La capacidad de almacenar carbohidratos en forma de glucógeno, igual que la de proteínas, es limitada. Solo los depósitos de grasas se pueden expandir con facilidad para dar cabida a niveles de almacén superiores a las necesidades.

ETIOPATOGENIA

La proporción y cantidad de alimentos ingeridos, como carbohidratos, proteínas y grasas, está destinada a convertirse en energía y en elementos celulares, o a almacenarse en forma de grasa. Los elementos de la columna izquierda de la figura 1 favorecen el gasto energético y el mantenimiento o la pérdida de peso corporal

FACTORES GENÉTICOS

La identificación de la mutación ob en ratones genéticamente obesos ob/ob, representa el punto de partida documentado de la acción de los genes en la obesidad. El gen ob es el responsable de la producción de leptina y se expresa igualmente en humanos, lo que es descrito en varias familias con obesidad temprana, acompañada de alteraciones neuroendocrinas como hipogonadismo, hipogonadotrópico. Lo mismo sucede con la mutación del gen db responsable de la codificación del receptor de la leptina y también encontrada en humanos

FACTORES AMBIENTALES

La evidencia de que el hambre evita o revierte la obesidad, aun en las personas con gran carga genética, junto a su incremento en los países industrializados o en vías de desarrollo en los cuales la dieta es rica en grasas y carbohidratos, y los hábitos sedentarios han aumentado con el desarrollo económico, se muestra a favor del factor ambiental en su origen y desarrollo

AUMENTO DE PESO Y MEDICAMENTOS

CARACTERÍSTICAS

Al analizar las causas particulares que han llevado a una persona a su aumento de peso son muchos los que lo relacionan con la toma de fármacos durante un tiempo determinado. Si bien es cierto que hay algunos fármacos que provocan directamente o indirectamente aumento de peso, en realidad no son tantos los medicamentos que causan un sobrepeso significativo como se les atribuye el saber popular

MECANISMOS PROVOCADOS POR EL FÁRMACO

- Cortisona.** Son muchos los fármacos que contienen cortisona o derivados en diferentes forma. El aumento de peso se debe a incremento del porcentaje de agua y a su efecto anabolizante
- Los betabloqueantes** provocan aumento de peso al frenar la lipólisis y provocar hiperglucemia e hiperinsulinismo.
- Antidepresivos.** Inducen una ganancia en el peso corporal. Pero estos fármacos son cada vez menos utilizados en el tratamiento de la depresión y los que se utilizan en la actualidad no presentan este efecto.
- Neurolepticos,** provocan aumento del apetito.
- Litio,** puede provocar aumento de peso pues aumenta el riesgo de hipotiroidismo.
- Las sulfonilureas (un tipo de antidiabéticos)** y la insulina provocan aumento de peso por hiperinsulinemia.
- Algunos antialérgicos,** también provocan aumento del apetito.
- Flunarizina (Sibelium, Flerudin),** se utiliza en el tratamiento preventivo de la migraña, provoca aumento de peso por sí mismo o bien por incremento del apetito.
- Pregabalina (Lyrica)** es un fármaco utilizado en algunos tipos de dolores, en fibromialgia y en algunos tipos de ansiedad.
- Los antiinflamatorios** provocan un aumento de peso transitorio por ligera ganancia de agua. Este efecto desaparece al dejar de tomar el fármaco.
- Tratamientos de fertilidad.** Los fármacos generalmente hormonas sexuales femeninas que se administran en estos tratamientos provocan aumento de peso por incremento de agua y efecto anabólico.

DESCRIPCION

La consecuencia más significativa de la obesidad infanto-juvenil es su persistencia en la adultez. A medida que pasan los años, el riesgo de llegar a ser un adulto obeso va aumentando. Así, un estudio en preescolares con 20 años de seguimiento mostró que el 25% de ellos se mantenía sobrepeso en la adultez. Esta cifra aumenta en escolares, ya que 50% de los niños que son obesos a los 6 años permanecen obesos en la adultez; mientras que en la adolescencia la posibilidad de llegar a ser un adulto obeso llegar a ser tan alta como 80%.

DISLIPIDEMIA

Es frecuente encontrar niveles de colesterol alterados en niños y adolescentes obesos, con un perfil de lipoproteínas caracterizado por aumento de triglicéridos, colesterol total y LDL y niveles bajos de colesterol HDL. Varios estudios han reportado que un 25% de los niños obesos tiene el colesterol elevado, el doble de lo encontrado en la población general y, en pacientes obesos de sexo masculino con PA elevada, se describe un 50% de niveles bajos de colesterol HDL

COMPLICACIONES ENDOCRINAS

- **Resistencia insulínica (RI)**
- **Intolerancia a la glucosa IG**
- **Diabetes mellitus tipo II (DMII)**
- **La DMII** es otra de las enfermedades que ha ido aumentando rápidamente su frecuencia en paralelo con la obesidad

HIPERTENSION ARTERIAL

La obesidad es la principal causa de hipertensión arterial (HTA) en la edad pediátrica y estarían involucrados en su génesis factores genéticos, hormonales, metabólicos, como la resistencia insulínica, niveles aumentados de aldosterona y posiblemente niveles elevados de leptina. **Para el diagnóstico de HTA se usa el criterio estándar de presión arterial (PA) sistólica y/o diastólica \geq al percentil 95 para sexo, edad y altura medida en tres ocasiones separadas.** La presencia de HTA en la niñez es predictiva de HTA persistente en la adultez temprana. En adultos, la HTA ha aumentado en forma paralela al aumento de la obesidad y la misma tendencia se ha observado en niño.

SÍNDROME METABÓLICO (SM)

Es la presencia de un conjunto de factores que llevan a aumento de riesgo cardiovascular. En niños se define comúnmente como la coexistencia de tres o más de los siguientes: obesidad (usualmente con perímetro de cintura (PC) mayor al percentil 90 para sexo y edad), dislipidemia (aumento de triglicéridos y disminución de HDL), HTA y alteración del metabolismo de la glucosa, como RI o IG o DMII

