

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ALUMNA: MARCIA SOFÍA HERNÁNDEZ MORALES

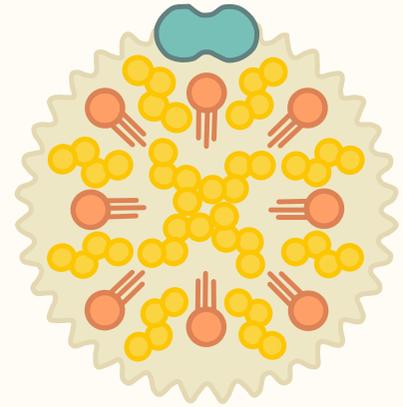
L.N.: DANIELA MONSERRAT MÉNDEZ GUILLÉN

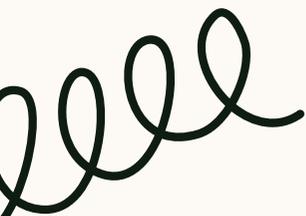
ASIGNATURA: NUTRICIÓN EN LA OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO

TIPO DE TRABAJO: CUADRO SINÓPTICO

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS.





Dislipidemias

TIPOS:

CONCEPTOS

Y

Significados

DISLIPIDEMIAS

Concentración elevada de los lípidos: Col-total, Col-LDL, Col-IDL, Col-VLDL, TG pero bajo en Col-HDL.

Relacionado con Estilo de vida, Genética, Enfermedades (renales y baja concentración de hormona tiroidea) y Medicamentos.

Produce aterosclerosis Da lugar: Angina de pecho, Arteriopatía periférica, IM, EVC.

Tratamiento

- Ejercicio
- Mejor alimentación
- Medicamentos

GRASAS DE LA SANGRE

• Colesterol

Componente esencial de: Membranas celulares, Células cerebrales y nerviosas, y Bilis.

Permite sintetizar Vit. D, Estrógenos, Testosterona y Cortisol.

El organismo lo produce pero también puede obtenerse de los alimentos.

• Triglicéridos

Están presentes en los adipocitos, se descomponen y se usan para obtener energía necesaria y llevar a cabo procesos metabólicos y el crecimiento.

Se producen en el intestino y en el hígado a partir de ácidos grasos.

Ácidos grasos: producidos por organismo o se obtienen de los alimentos.

LIPOPROTEÍNAS

Son partículas de proteínas y otras sustancias. Transportadoras de grasas (Col, TG)

Tipos

Quilomicrones, Col-HDL, Col-LDL, Col-IDL, Col-VLDL

Valores

Col-Total: <200 mg/dL, Col-LDL: <100 mg/dL, Col-HDL: Hombres <40 mg/dL, Mujeres <50 mg/dL

Concentración de lipoproteínas y lípidos (Col-LDL), aumenta a medida que la persona va envejeciendo

Valores suelen ser más altos en hombres que en mujeres.

ATEROESCLEROSIS

Su riesgo aumenta a medida que aumenta la concentración de colesterol total (Col-LDL, Col-IDL, Col-VLDL)

Afecta

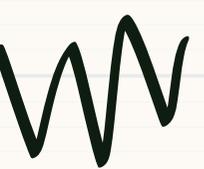
Arterias que irrigan el corazón ocasionando ateriopatía coronaria, afecta al cerebro ocasionando EVC, y el resto del organismo que da lugar a una ateriopatía periférica.

Col-Total alto

Da lugar a IM o EVC

Se considera tener una concentración baja de Col-Total que alta.

Sin embargo, tampoco es saludable tenerla tan baja, ya que origina una hipolipidemia.



Hipercolesterolemia

E

HIPERTRIGLICERIDEMIA

COLESTEROL

Es una sustancia que circula en la sangre. Grasa natural, presente en cualquier organismo para su funcionamiento.

Tipos

- LDL (lipoproteína de baja densidad)
- HDL (lipoproteína de alta densidad)

Transporta al colesterol malo. Al digerirse desde el hígado a los tejidos, también se deposita en las paredes de las arterias.

Transporta el colesterol bueno. Distribuye el colesterol desde los tejidos y las arterias hacia el hígado para su metabolismo.

TIPOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA

Se clasifican en función de su origen

- Primarias
- Secundarias

Por un defecto interno genético de mayor o menor importancia en los genes encargados de controlar el colesterol en el organismo

Producidas cuando hay enfermedades, el embarazo o consumo de ciertos medicamentos.

TRIGLICÉRIDOS

Tipo de grasa usada por los músculos (incluido el músculo cardíaco) como fuente de energía.

Su concentración debe de estar por debajo de los 150 mg/dL.

Clasificación de la hipertrigliceridemia

- Límite alto de la normalidad: 150-199 mg/dL
- TG altos: 200-499 mg/dL
- Muy altos: Mayor o igual a 500 mg/dL

HIPERTRIGLICERIDEMIA

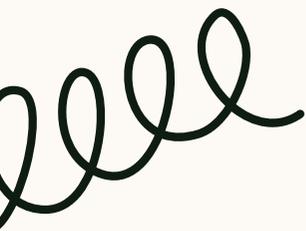
Se debe a causas genéticas y causas ambientales

- Causas genéticas
- Causas ambientales

Genes fabrican proteínas que destruyen a los triglicéridos. Si los genes están alterados, no se fabrican adecuadamente las PT que destruyen a los TG.

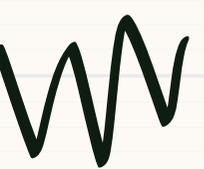
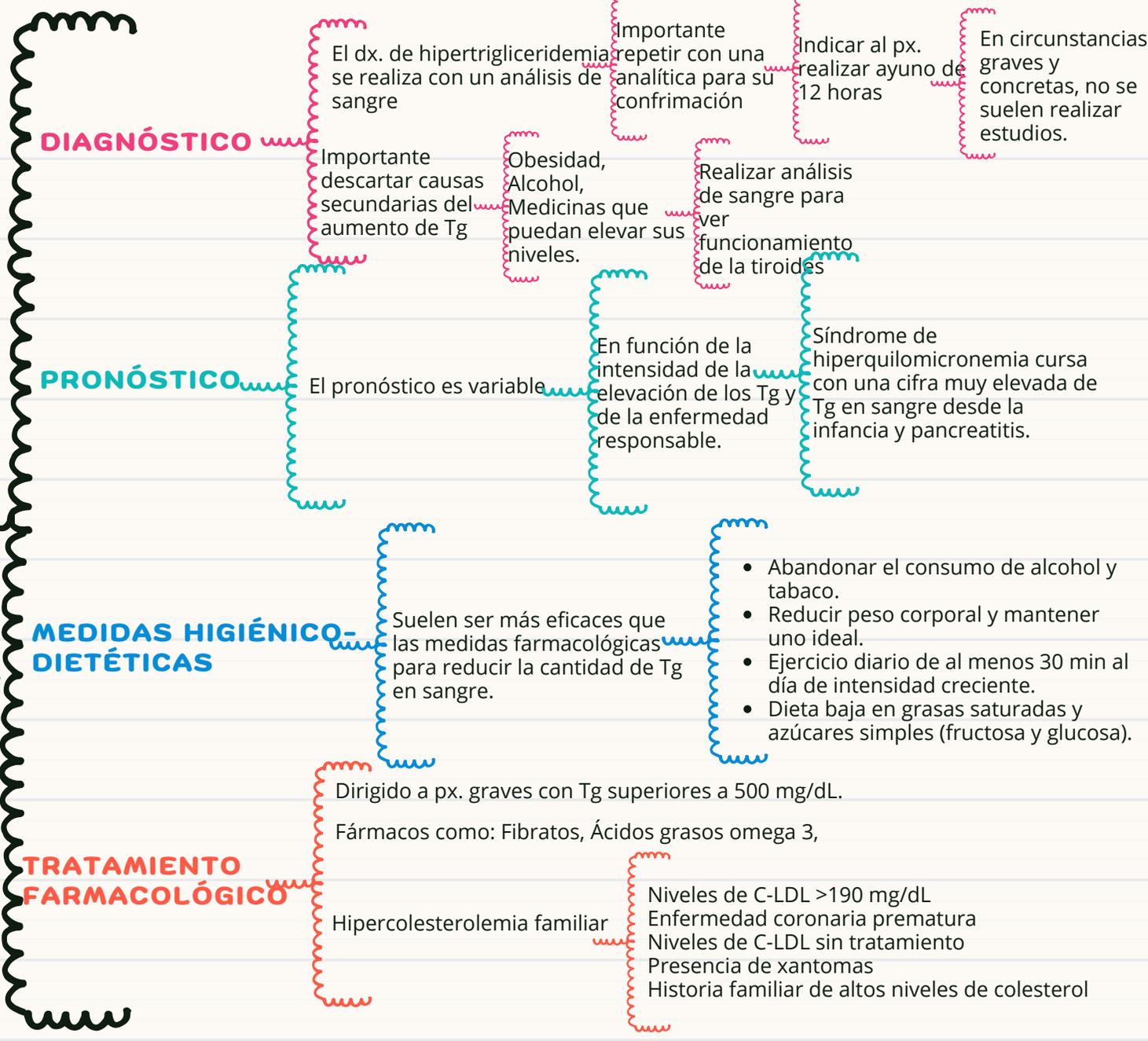
Se asocian a alteraciones genéticas que favorece su desarrollo.

Estas causas son: Obesidad, Diabetes, Hipotiroidismo, Consumo excesivo de alcohol, y ciertos fármacos.



Diagnóstico y Riesgo cardiovascular

CLASIFICACIÓN



Tratamiento de las

DISLIPIDEMIAS

LA HIPERCOLESTEROLEMIA Y LAS

Dislipidemias Aterogénicas

TX. FARMACOLÓGICO EN PREVENCIÓN PRIMARIA

En prevención primaria la terapia con estatinas se debe establecer con base en el cálculo de riesgo establecido en la escala de riesgo cardiovascular.

Px. hipercolesterolemia familiar: Alto C-LDL <70 mg/dL, Alto C-LDL <100 mg/dL, sin factor de riesgo C-LDL <130 mg/dL.

Pacientes con hipercolesterolemia familiar deberán ser tratados con terapia nutricional y estatinas de alta intensidad al momento del diagnóstico.

Se recomienda agregar ezetimiba a la terapia con estatinas en aquellos pacientes que no han alcanzado la meta de prevención con dosis máxima tolerada o que se encuentren en la dosis máxima recomendada.

TX. FARMACOLÓGICO EN PREVENCIÓN SECUNDARIA

En sujetos con mialgia pero sin elevación de creatinin-fosfoquinas (CPK) o intolerancia, se puede establecer la dosis bajo "ensayo y error".

Iniciar estatinas de baja potencia a dosis bajas. Cambiar de estatina. Utilizar dosis en diferentes días de la semana con gradual incremento.

En pacientes con uso de estatinas solo se recomienda realizar la medición de CPK

Dolor, calambres, debilidad o fatiga. Individuos con riesgo aumentado de eventos adversos musculares. Historia personal o familiar de intolerancia a estatina. Enfermedad muscular conocida. Uso de fármacos asociado a miopatía

En sujetos con mialgia pero sin elevación de creatinin-fosfoquinas (CPK) o intolerancia, se puede establecer la dosis bajo "ensayo y error".

Iniciar estatinas de baja potencia a dosis bajas. Cambiar de estatina. Utilizar dosis en diferentes días de la semana con gradual incremento.

Detección

CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA Hipercolesterolemia

VALORACIÓN DEL RIESGO

Requiere un análisis de lipoproteínas e identificación de otros determinantes del riesgo.

Adultos de más de 20 años se debe realizar cada 5 años un análisis de lipoproteínas en ayunas.

Si no se realiza en ayunas, solo se pueden usar datos del colesterol total y del colesterol HDL.

DETERMINANTES DEL RIESGO

Se incluyen la presencia o ausencia de CC u otras formas de aterosclerosis: arteriopatía periférica, aneurisma aórtico abdominal y arteriopatía carotídea sintomática.

Incluyendo 5 factores de riesgo principales que modifican el tratamiento del LDL-C.

MÉTODO DE VALORACIÓN DEL RIESGO

Recuento de los principales factores de riesgo y estimación del riesgo de CC a los 10 años

El riesgo de las personas sin CC u otras formas de enfermedad aterosclerótica clínicamente manifiestas se determina por un procedimiento

Recuento de número de factores de riesgo y en personas con múltiples factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO

- Consumo de tabaco.
- HTA >140/90 mmHg o medicación antihipertensiva.
- C-HDL <40 mg/dL.
- Edad <45 años en hombres y <55 en mujeres.
- Antecedentes familiares de cardiopatía coronaria prematura.

Tratamiento

NO

FARMACOLÓGICO

En individuos de muy alto riesgo cardiovascular, se recomienda la intervención multidisciplinaria

- Nutrición
- Enfermería
- Psicología

Con el fin de integrar los recursos médicos con la educación en estilo de vida saludable, actividad física, manejo del estrés y orientación sobre factores de riesgo psicosocial.

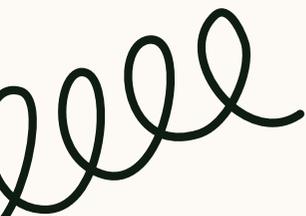
Fomentar el control de los factores de riesgo cardiovascular y llegar a las metas establecidas de los comórbidos y niveles de lípidos

Realizar al menos 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada o 75 minutos de ejercicio aeróbico intenso a la semana.

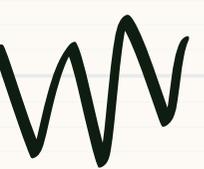
Identificar a los fumadores y aconsejar en múltiples ocasiones el suspender el tabaquismo.

En pacientes con obesidad o sobrepeso disminuir el peso, para mejorar la presión arterial, dislipidemia y disminuir el riesgo de desarrollar diabetes.

Reducir el consumo de grasas trans (manteca vegetal, comida rápida, productos fritos) y grasas saturadas (embutidos, mantequilla, crema etc.).



Manejo de las DISLIPIDEMIAS EN NIÑOS Y Adolescentes



TRATAMIENTO DE LAS DISLIPIDEMIAS

El tratamiento es el cambio del estilo de vida, logrando un estado nutricional normal, dieta baja en colesterol y grasas saturadas, y aumento de AF.

Ambas deben mantenerse y re-evaluar 6 meses después con perfil lipídico

La AF es una herramienta importante ya que el sedentarismo favorece las dislipidemias; los patrones de AF establecidos en la niñez permanecen y se asocian a mayor C-HDL y menor C-LDL.

FARMACOTERAPIA

El porcentaje de niños que requieren medicamentos es muy bajo

Debido a la favorable respuesta de la dieta y a que la prevalencia de hipercolesterolemia grave es menor a 0,4%¹³.

Tratamiento

debe ser llevado a cabo por un equipo nutricional experto en el tema, lo cual es mandatorio para el tratamiento farmacológico.

PREVALENCIA

La prevalencia de dislipidemia en niños de EEUU es alta: entre 1999 y 2006 el 20,3% de los jóvenes de 12 a 18 años tenía al menos un lípido anormal: C-LDL \geq 130, partículas de colesterol de alta densidad (C-HDL) \leq 35 o triglicéridos (TG) \geq 150 mg/dL, con mayor riesgo en los obesos¹¹.

. En Chile, un estudio en 2.900 niños de 10 a 14 años mostró que 36% tenía al menos un lípido anormal (CT > 200, C-HDL < 40 o TG > 110 mg/dL).

PREVENCIÓN

Prevención primordial (o de los factores de riesgo)

Desde antes de nacer, mediante la educación materna. Después del nacimiento, con el estímulo de la lactancia materna exclusiva. Establecer tempranamente una dieta saludable y un estilo activo de vida

Prevención primaria (identificación oportuna de factores de riesgo cardiovascular)

Apartir de los dos años realizar tamizaje de dislipidemias, medir la presión arterial regularmente desde los 3 años, o antes si hay factores de riesgo, AF diaria al menos 1 hora diaria.

Prevención secundaria (tratamiento para atenuar, retrasar o evitar la AE)

Tratamiento efectivo de las dislipidemias y en el caso de las secundarias, el manejo óptimo de la enfermedad de base, cuando sea posible.

Manejo DE LAS DISLIPIDEMIAS en la Mujer

OBJETIVO

En el transcurso del embarazo suceden numerosos cambios adaptativos, secundarios a las variaciones hormonales sistémicas

Como el incremento de las concentraciones de lípidos plasmáticos.

El objetivo de esta modificación es asegurar la adecuada nutrición del feto

Por medio de lipogénesis durante el periodo posprandial y lipólisis incrementada en el ayuno.

EMBARAZO

Durante el embarazo los triglicéridos se elevan marcadamente, en comparación con el colesterol total

Sobre todo por dos mecanismos: síntesis hepática de VLDL inducida por estrógenos y disminución de la actividad de la lipasa hepática, que favorece la acumulación.

Este aumento de triglicéridos suele ser alrededor de 2-3 veces su valor basal y no excede los valores de 332 mg/dL.

Durante el embarazo, el metabolismo de los lípidos tiende a cambiar

Gracias al efecto de los estrógenos, progesterona y lactógeno placentario que hacen que las concentraciones séricas se eleven.

CAUSAS

La causa de esta enfermedad es multifactorial.

Los casos severos se deben, en su mayoría, a causas monogénicas y se ha asociado con factores secundarios

Diabetes mellitus con deficiente control, obesidad, o algunos medicamentos.

En mujeres con formas genéticas de hipertrigliceridemia

El embarazo puede provocar la elevación de las concentraciones de triglicéridos que pueden amenazar la vida, y originar complicaciones

Pancreatitis aguda o síndrome de quilomicronemia.

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA

La atención multidisciplinaria que abarque la parte nutricional, endocrina y de cuidado crítico obstétrico se asocia con reducción de la morbilidad materna y fetal.

Las opciones de tratamiento farmacológico incluyen

Suplementos nutricionales como Omega 3, indicación de Fibratos.

Otros fármacos descritos para tratamiento de esta afección incluyen: heparina, insulina y niacina.

BIBLIOGRAFÍA

- **Universidad del Sureste. 2025. Antología de Nutrición en la Obesidad y Síndrome Metabólico. PDF.**
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LNU/49a9966af1b4e6f7f0f452b9f956a7c8-LC-LNU601%20NUTRICION%20EN%20LA%20OBESIDAD%20Y%20SINDROME%20METABOLICO.pdf>

