



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre de alumno: Luz Alejandra Pérez Hernández.

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales.

Nombre del trabajo: mapa conceptual.

Materia: fisiopatología.

Grado: 4.

Grupo: A.

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de noviembre de 2021.

Fisiopatología de la nutrición

La exploración del estado nutricional del individuo requiere distintas herramientas que en su conjunto permiten realizar la evaluación o diagnóstico del estado nutricional de forma global. Estas herramientas son: anamnesis, exploración física, estudios analíticos y técnicas especiales.

Herramientas: anamnesis y exploración física.

- 1.-La anamnesis se lleva a cabo mediante una encuesta sistemática y precisa. Debe incluir la presencia de enfermedades que puedan alterar el estado de nutrición.
 - 2.-La exploración física se lleva a cabo mediante técnicas de exploración propiamente dichas, así como mediante una observación detallada, que permiten la recogida de gran cantidad de datos.
- A partir de los datos del peso y la altura del individuo se obtiene el índice de Quetelet (o índice de masa corporal, IMC), que es el índice global más empleado y de más fácil obtención.

Herramientas: estudios analíticos y técnicas especiales.

Los estudios analíticos permiten evaluar de forma global el estado nutricional y los diferentes componentes proteicos. Así los estudios de inmunidad celular tanto in vitro (linfocitos totales) como in vivo (pruebas de hipersensibilidad retardada) evalúan de forma global la presencia de malnutrición.

Además de los datos antropométricos, puede evaluarse la cantidad de proteína muscular mediante el índice de creatinina-altura dividiendo la creatinina eliminada por la ideal para la estatura del individuo.

Síndromes de alteración nutricional Los dos trastornos nutricionales que tienen interés fisiopatológico son la desnutrición o malnutrición y la nutrición excesiva.

Desnutrición

Es un síndrome de origen dietético originado por un deficiente consumo de nutrientes en relación con los requerimientos fisiológicos del individuo.

Se produce cuando la ingesta de energía es inferior al gasto energético total durante un periodo de tiempo considerablemente prolongado, en especial en niños y lactantes.

Mecanismos y causas: La desnutrición se clasifica en dos tipos principales teniendo en cuenta que la provisión de nutrientes sea insuficiente o no.

Forma primitiva: La falta de nutrientes va ligada a la pobreza en los países en vías de desarrollo y se hace más evidente en las catástrofes (sequías e inundaciones).

Formas secundarias: Pueden referirse a cada una de las fases por las que se pasa desde la oferta de los nutrientes hasta su utilización en los tejidos: ingestión, motilidad del tubo digestivo, absorción y utilización:

Alteraciones de la ingesta.

Consecuencias Son diferentes dependiendo de su causa: primaria o secundaria.

A corto plazo: La desnutrición causa la pérdida de los depósitos energéticos y de masa muscular.

A largo plazo: La desnutrición en la infancia también produce consecuencias sobre la regulación energética, especialmente el retraso en el crecimiento en niños con desnutrición crónica.

Las formas extremas de desnutrición se observan en el kwashiorkor y el marasmo infantil: Kwashiorkor. Es la desnutrición proteica sin déficit calórico notable.

Mecanismos y causas Cuando el consumo energético sobrepasa al gasto energético durante un periodo de tiempo largo, se produce un exceso de peso acumulado.

Factores genéticos: Alteraciones genéticas de los centros de alimentación, factores psíquicos hereditarios que aumentan el apetito e inducen a la persona a comer como efecto liberador, anomalías genéticas del consumo energético y del depósito de grasa, factores psicógenos, situaciones de estrés o depresión, pues parece que la alimentación supone una forma de liberar la tensión.

Alteración del metabolismo.



El soporte nutricional precoz debe mantener un estado nutricional adecuado, atender a una composición corporal lo más equilibrada posible, estimular la respuesta inmune y mejorar la calidad de vida.



ANOREXIA.



La anorexia se puede considerar el primer problema, de origen multifactorial, que dificulta la alimentación por vía oral. Los pacientes reducen progresivamente la ingesta, con escasa respuesta ante las necesidades energéticas proteicas.



La consecuencia de un balance negativo sostenido es la pérdida de reservas lipídicas y proteicas. Múltiples factores de interacción tumor-huésped influyen en la aparición de la anorexia. Algunas citoquinas, como el Factor de Necrosis Tumoral (FNT), la interleuquina (IL-1) y el interferón gamma (IF-g) parecen contribuir directamente a la anorexia.



ALTERACIONES METABÓLICAS.



El gasto energético diario ($x = 2.000$ kcal/24 horas) como el gasto energético basal (GEB) ($x = 1.630$ kcal/24 horas) eran netamente mayores en el canceroso que en los controles ($x = 1.420$ y $x = 1.170$ kcal/24 horas, respectivamente).



Metabolismo de los hidratos de carbono En 1930, Warburg observó que el glucolisis anaerobio era mucho más prevalente en los tejidos tumorales que en los normales. Además, la presencia de oxígeno no frenaba la tasa de glucolisis anaerobia en las células neoplásicas.

Fisiopatología renal.

Un gran número de enfermedades renales, incluyendo la nefroesclerosis inducida por hipertensión, afectan al riñón en forma focal dejando indemne una variable proporción del tejido.

Factores no modificables:

Edad y Sexo: La edad influye fuertemente en la progresión de la nefropatía hipertensiva y por esta razón, las personas de edad avanzada con valores de presión arterial elevados exhiben un acelerado deterioro del filtrado glomerular y mayor daño renal.

Raza y Genética: Raza y Genética Para cualquier causa de enfermedad renal terminal, los pacientes de raza negra exhiben una acelerada progresión del deterioro de la tasa de filtrado glomerular

Factores modificables:

Hipertensión (Auto-regulación y nefroesclerosis).

Sistema Renina Angiotensina Aldosterona: El SRAA juega un rol central en la evolución de la ERC. Este concepto está refrendado por estudios que demuestran la estabilización e incluso la reversión de las características progresivas de la enfermedad cuando el sistema es inhibido farmacológicamente.

Sistema Nervioso Simpático: El aumento de la actividad del SNS en la ERC se expresa en los niveles plasmáticos elevados de catecolaminas y en el aumento de la sensibilidad a la norepinefrina.

Factores asociados con el daño renal progresivo.

Proteinuria: La proteinuria predice una evolución desfavorable en la ERC.

Ácido Úrico: La hiperuricemia podría contribuir al incremento de la presión arterial y al daño renal de forma independiente.

Obesidad: El sobrepeso y obesidad se asocian con aumento de la actividad del SRAA y del SNS, lo cual sería capaz de inducir o exacerbar la hipertensión.