

NUTRICION EN ENFERMEDADES RENALES

RESUMEN

Nutrición y orientación en los problemas endocrinos

Diabetes Mellitus.

La diabetes mellitus se considera actualmente un problema de salud pública. Su atención se centra tanto en la prevención, como en mejorar su control, tratamiento y pronóstico. La diabetes, se inicia fisiológicamente como un deterioro celular, puede desarrollar devastadoras complicaciones en los pacientes y producir un impacto socioeconómico importante a nivel mundial, con aumento del costo tanto personal como social, no sólo en su tratamiento sino también en la pérdida de años de vida útil. Varios estudios efectuados en esta década han comprobado que la educación sobre diabetes, enfocada a promover un estilo de vida saludable, reduce el riesgo de complicaciones en el paciente. Además, plantea que 95% del tratamiento de un paciente diabético recae directamente en él. Morbilidad En nuestro país de acuerdo con lo planteado en el Programa Nacional de Salud. 2007- 2012, es una enfermedad de muy alta prevalencia entre la población mayor de 20 años, la prevalencia es 8 de cada 100 personas del mismo grupo de edad, incrementándose con la edad, pues después de los 50 años es superior a 20 de cada 100. Además de ser sexta la principal causa de atención médica en consulta externa y una de las principales de hospitalización. Por otro lado, la tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo 2 varía entre 364.95 a 371.55 de 2005 a 2008. Asimismo, durante 2008 el porcentaje de egresos hospitalarios muestra que son las mujeres las más afectadas por este padecimiento con 55.3%, mientras que el fueron hombres. afección, se presenta principalmente entre las mujeres de 60 a 69 años y en los hombres de 50 a 59 años. Sin embargo, en términos generales afecta en mayor medida a las mujeres.

Otros tipos específicos de diabetes. La diabetes tipo 1 también denominada diabetes insulino dependiente, es ocasionada por la destrucción de la célula β de los islotes de Langerhans pancreáticos, provocado por alteraciones inmunológicas o de causa desconocida. Se caracteriza por su insulino dependencia, constituye el 10% de las DM primarias y suele desarrollarse antes de los 30 años. Tiene un inicio clínico agudo o subagudo con tendencia a la cetosis que puede derivar en cetoacidosis. Se describen como diabetes tipo 2 aquellas formas con resistencia insulínica predominante y, eventualmente, una deficiencia relativa de secreción de insulina, de etiología esencialmente desconocida. La causa es, por tanto, una combinación de resistencia a la acción de la insulina y una inadecuada respuesta secretora de insulina compensatoria. Intervienen en su aparición factores genéticos y ambientales. Presenta un factor hereditario muy importante y suele desarrollarse después de los 40 años en personas obesas. 200 mg/dL en cualquier momento del día, y sin importancia del tiempo que la separa de una comida. Considerando que la DM puede cursar de forma asintomática o bien presentar los síntomas típicos de la enfermedad. □ Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es >110 mg/dl y 140 mg/dl y 140 mg/dl, se efectuará la prueba diagnóstica. □ En individuos de 45 o más años, especialmente en los que tengan un índice de masa corporal superior a 25.

Tratamiento nutricional en la diabetes tipo I y II

La DM es, probablemente, una de las EC en las que la nutrición ha adquirido mayor relevancia. CV y de las complicaciones crónicas asociadas a la DM y a mejorar la calidad de vida. De forma paralela al mejor conocimiento sobre la fisiopatología de la enfermedad y a la evolución de las posibilidades terapéuticas, las recomendaciones nutricionales para los pacientes con DM han ido experimentando modificaciones diversas, fundamentalmente en lo que al reparto de macronutrientes se refiere. Así, se ha pasado de unas recomendaciones que aconsejaban una restricción exhaustiva de calorías y de HC a dietas normocalóricas en las que los HC suponen un porcentaje del VCT similar al de una persona sin DM. Los objetivos generales del tratamiento dietético de la DM podrían resumirse en los siguientes

- Conseguir un estado nutricional adecuado en todos los pacientes con DM, corregir la desnutrición y evitar el desarrollo de complicaciones asociadas en aquellos que la presentan.
- Adaptar el patrón dietético de cada paciente diabético a los objetivos de control glucémico, a las posibilidades reales de adherencia y a las costumbres culinarias de cada uno, individualizando en la medida de lo posible.
- Mantener la glucemia dentro de los rangos considerados normales la mayor parte del tiempo, evitando el desarrollo de hipo- e hiperglucemias.

HC tienen una función esencialmente energética y constituyen la principal fuente de energía en la alimentación, siendo recomendable que aporten en torno al 50-60% del VCT. Una vez que la insulina pasó a formar parte del tratamiento de la DM, los pacientes diabéticos comenzaron a ingerir HC más libremente. Fue entonces cuando surgieron conceptos como el de ración de HC, el IG o la CG de los alimentos, con el objetivo de relacionar la cantidad de HC que se tomaban en una comida con la insulina necesaria para evitar la hiperglucemia. El término ración de HC alude a la cantidad de un determinado alimento que contiene 10 g de HC, así, una ración de HC equivale a 20 g de pan, 50 g de patata en crudo o 300 g de berenjena. Otro concepto interesante sobre los HC es el de IG de un alimento que alude a la capacidad de elevar la glucemia plasmática tras ingerirlo con respecto a un alimento de referencia como la glucosa o el pan blanco. Un alimento rico en HC de bajo IG, como los cereales integrales, eleva en menor grado la glucemia postprandial, y, consecuentemente, la respuesta insulínica de modo que, como resultado, el efecto glucotóxico de la hiperglucemia sobre la célula β pancreática y sobre otros tejidos del organismo también disminuye, lo que se traduce en un mejor control de la DM y por tanto, en una estrategia que puede contribuir a la prevención primaria y secundaria de las complicaciones crónicas clásicamente asociadas a la DM.

Manejar el IG de los alimentos, sin embargo, resultó una práctica engorrosa para los pacientes, pues no hay que olvidar que cada comida se compone de varios alimentos que se interrelacionan entre sí y se puede modificar la respuesta glucémica en función de la velocidad del vaciamiento gástrico o de la técnica de preparación. Ello determinó la aparición de una idea más global que se denominó CG.

Proteínas La IR diaria de proteínas para la población general oscila entre el 10 y el 15% del VCT de la dieta. Los pacientes diabéticos realizan una ingesta similar a la del resto de la población; no siendo frecuente que excedan el 20% del VCT. De esta cantidad, se recomienda que 0,8 g/kg y día se ingieran en forma de proteína de alto VB. Ingestas diarias en torno al 20-30% del VCT se han asociado a mayor saciedad, pérdida de apetito y disminución de la hiperinsulinemia.

Si bien los efectos a largo plazo de una dieta muy hiperprotéica en los pacientes diabéticos no han sido adecuadamente estudiados, no conviene indicar cantidades excesivas, por encima de ese 30%. En los pacientes con alteración de la función renal se recomienda no exceder de 0,8 g por kg de peso y día. **Lípidos** La ingesta de grasa saturada es la principal responsable de la elevación del colesterol y su potencial capacidad para producir aterogénesis depende del tipo y la cantidad de grasa que contenga el alimento consumido. Hoy por hoy, no existe evidencia suficiente para desaconsejar el consumo de huevos o marisco en los pacientes diabéticos. DM2 y, en los sujetos obesos con DM2, producen un aumento de la insulina postprandial.

Sobre el perfil lipídico, las grasas trans se asocian a incremento de las cifras de LDLc, reducciones de HDLc y, por tanto, empeoran el perfil de riesgo CV.