



**Nombre de alumno: Tayli Jamileth
Cifuentes Pérez**

**Nombre del profesor: Daniela
Montserrat Méndez Guillen**

**Nombre del trabajo: Cuadro
sinóptico**

**Materia: Nut. En enfermedades
renales**

Grado: 5to. cuatrimestre

Grupo: Nutrición

NUTRICIÓN EN LAS ENFERMEDADES RENALES

Síndrome nefrótico

Características

- Proteinuria (> 3.5 g/24 h)
- Hipoalbuminemia (< 3.5 g/dL)
- Edema
- Hipercolesterolemia
- Lipiduria

Patogenia

La proteinuria mayor a 3.5 g/24 h es el evento desencadenante de las alteraciones descritas del síndrome nefrótico

Edema, dislipidemia, estado de hipercoagulabilidad y mayor susceptibilidad a infecciones

La proteinuria mayor a 3.5 g/24 h es el principal componente de este síndrome, sin embargo, el término proteinuria nefrótica no es sinónimo de síndrome nefrótico ya que, dependiendo de factores diversos como el tiempo de evolución, estado nutricional, función hepática, etc. la hipoalbuminemia y el edema pueden estar ausentes

Insuficiencia renal

Ocurre cuando los riñones no son capaces de realizar las funciones excretorias necesarias para mantener la homeostasis. Cuando la filtración de los riñones disminuye, la producción de orina también se reduce. Como consecuencia, los signos y síntomas de la enfermedad renal aparecen ya que el agua, iones, y los desechos metabólicos son retenidos

En la función renal se ve afectado el metabolismo y el estado nutricional. Los pacientes que presentan las enfermedades son propensos a desarrollar desnutrición proteica y energética

Las manifestaciones consisten en edema, hipertensión, uremia, acidosis metabólica y anemia

Se presenta en 3 formas clínicas

- Insuficiencia renal aguda (IRA)
- Insuficiencia renal rápidamente progresiva (IRRP)
- Insuficiencia renal crónica (IRC)

Insuficiencia renal aguda

se define como el daño renal persistente durante más de tres meses asociado a la disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG), confirmada por biopsia renal o por marcadores de daño renal

Diálisis peritoneal

Es un tratamiento para personas que tienen insuficiencia renal

cuando los riñones no funcionan bien, estos desechos y el exceso de líquido pueden acumularse en la sangre y causar problemas de salud.

Este tratamiento se debe a que los riñones ya no eliminan suficientes desechos de la sangre ni el exceso de líquido corporal.

NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES RENALES

Diálisis peritoneal, hemodialisis

Funciona al colocar en el abdomen un tubo flexible llamado catéter mediante un procedimiento de cirugía menor. El catéter permite que usted se conecte fácilmente a un tubo especial que posibilita el ingreso de dos a tres cuartos de líquido de lavado dentro del abdomen. Este líquido de lavado se denomina dializado. El dializado tarda aproximadamente 10 minutos en llenar el abdomen. Al finalizar el llenado, el catéter se tapa para que no haya pérdidas.

Existen 2 tipos de diálisis

Diálisis peritoneal continúa ambulatoria (DPCA). Con la DPCA, usted se encarga de realizar los intercambios tres o cuatro veces al día.
Diálisis peritoneal automatizada (DPA). Con la DPA, una máquina denominada cicladora realiza los intercambios automáticamente mientras usted duerme.

Hemodialisis

La sangre circula a través de una máquina que tiene un filtro que le limpia la sangre. Esta máquina se denomina dializador o riñón artificial.
se realiza tres veces a la semana durante varias horas por sesión.
Durante cada tratamiento de diálisis, se insertan dos agujas en su vena a fin de introducir la sangre en el dializador.

La magnitud de las pérdidas de proteínas es dependiente del tipo de diálisis. Durante una sesión de HD la pérdida media se estima de 1013 g de proteínas/sesión.

Prácticas frecuentes tales como extracciones sanguíneas, venopunción, y las pérdidas de sangre en las líneas de diálisis y en el día contribuyen a una pérdida equivalente de 2 kg de masa magra por año.

Valoración nutricional en el enfermo renal

Permite detectar factores desencadenantes de malnutrición, identificar pacientes en riesgo y planificar el tratamiento nutricional. Las recomendaciones actuales sugieren monitorizar el estado nutricional de 1-3 meses con TFG < 30 ml/min.

La malnutrición de tipo 1 asociada a la uremia, se caracteriza por un descenso notable de la ingesta proteico-energética y niveles de albúmina normales o disminuidos.

La malnutrición de tipo 2 (síndrome MIA), se caracteriza por hipoalbuminemia más marcada, aumento del estrés oxidativo y del catabolismo proteico, convergente a la elevación del gasto energético en reposo (GER), y a diferencia de la malnutrición de tipo 1, asociada a la elevación de biomarcadores inflamatorios, tales como la PCR y las citocinas proinflamatorias.

Evaluación global subjetiva

permite identificar pacientes con sospecha o riesgo de malnutrición, siendo recomendado en la población adulta en ERC y diálisis.

NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES RENALES

Método de Anamnesis

Permite identificar alteraciones del apetito y/o de la ingesta, preferencias y aversiones alimentarias, cambios en el peso corporal, uso de fármacos, así como la posible interacción de otras patologías que pudieran justificar la alteración de uno o varios parámetros nutricionales

Método de Anamnesis

Permite identificar alteraciones del apetito y/o de la ingesta, preferencias y aversiones alimentarias, cambios en el peso corporal, uso de fármacos, así como la posible interacción de otras patologías que pudieran justificar la alteración de uno o varios parámetros nutricionales

Antropometría

La estimación de las medidas antropométricas (peso corporal, pliegues cutáneos y circunferencia muscular del brazo) permite longitudinalmente obtener información valiosa de la evolución clínica

El peso corporal

Utilizar es el peso seco (libre de edema o ascitis) o postdiálisis. En los pacientes con sobrepeso, obesidad o malnutrición es necesario calcular el peso ajustado cuando se realizan los cálculos del aclaramiento de creatinina y de los requerimientos nutricionales

Parámetros de laboratorio

Se realizará siempre prediálisis en el periodo intermedio (a mitad de semana) tanto en la HD convencional como en la HD diaria; en ERC y DP se realizará indistintamente cualquier día, salvo cambios de pauta en el fin de semana

La concentración de albúmina, prealbúmina, colesterol total y el nPNA, debería monitorizarse cada tres meses en pacientes urémicos y en diálisis.

La adecuación de la ingesta calórica es un requisito básico para el aprovechamiento de la proteína y el mantenimiento o la repleción de las reservas corporales

En pacientes sedentarios, edad > 60 años o si coexiste sobrepeso u obesidad, es recomendable reducir el aporte energético (30 kcal/kg/día)

HC y lípidos

Es importante proporcionar una ingesta equilibrada de HC y lípidos para evitar la utilización de la proteína como sustrato energético

HC simples permite mejorar la sensación de saciedad temprana, la insulinoresistencia y la hipertrigliceridemia.

Proteínas

Las dietas controladas en proteínas se han utilizado de forma habitual en la ERC para reducir los síntomas urémicos, ralentizar la progresión de la enfermedad y retrasar la entrada en diálisis.

Las recomendaciones actuales de proteínas en ERC estadíos 3, 4-5 establecen la restricción proteica entre 0,6-0,8 g/kg/día, dos tercios de las cuales deben proceder de proteínas naturales de alto valor biológico (PNAV) – carne, pescado, huevos, lácteos

NUTRICIÓN EN ENFERMEDADES RENALES

Recomendaciones nutricionales.
Energía

Requerimientos de líquidos y sodio

El estado hídrico debe monitorizarse de forma cuidadosa en la enfermedad renal. La decisión de implementar restricciones de líquidos y sodio en la alimentación dependerá de la función renal residual, del estado de hidratación y de la presión arterial. Los pacientes en prediálisis o en DP, no requieren habitualmente restricción de líquidos

Sin embargo, en HD el aporte de líquidos debe ser individualizado. Los ingresos diarios de líquidos deben ser iguales a las pérdidas urinarias adicionando 500-1.000 ml para cubrir las pérdidas insensibles y evitar la ganancia de peso interdialítica. El aporte de líquido procedente de los alimentos sólidos es de 500-800 ml de líquido/día

potasio

Depende de la secreción tubular, a diferencia de la regulación de sodio que depende de la función excretora.

En condiciones normales, no está indicada la restricción de potasio hasta que se produce una pérdida significativa de la función renal (TFG < 10 ml/min) o exista hiperpotasemia que justifique la restricción alimentaria.

Calcio y fósforo

La absorción intestinal de calcio comienza a disminuir en estadios 3, 4-5 de la ERC

La recomendación de calcio en DP es de 1.000-2.000 mg/día aunque debe individualizarse considerando la cantidad de calcio absorbida a partir del dializado y de los quelantes de fósforo, el valor del producto calcio/fósforo y la dosis de vitamina D

VITAMINA C

En los pacientes en diálisis se observa una disminución de la concentración plasmática y leucocitaria de ácido ascórbico. La suplementación diaria de vitamina C permite mejorar la deficiencia funcional del hierro y la respuesta a eritropoyetina

NIACINA

La suplementación con niacina ha mostrado acción antiinflamatoria e hipolipemiante y mejor control de la hiperfosforemia en diálisis. Biotina y ácido pantoténico. Ambas son eliminadas durante la diálisis y la suplementación con niacina ha mostrado acción antiinflamatoria e hipolipemiante (↑ fracción HDL, ↓ LDL y ↓ triglicéridos séricos) y mejor control de la hiperfosforemia en diálisis. Biotina y ácido pantoténico. Ambas son eliminadas durante la diálisis y

Universidad del sureste, antología de enfermedades renales, recuperado el 17 de febrero de 2023,
paginas 38-61

[9a0e982467a6490db09fed718daa8486-LC-LNU503.pdf \(plataformaeducativauds.com.mx\)](#)