



Nombre del Alumno: Alejandra Pérez Gómez

Nombre del tema: Ensayo

Parcial: 1

Nombre de la Materia: Nutrición en enfermedades renales

Nombre de la Licenciatura: Nutrición

Cuatrimestre: Quinto

Fecha: 21 de enero del 2023

La diabetes mellitus es considerado un problema de salud pública, la atención se centra tanto en la prevención, como en mejorar su control, tratamiento y pronóstico. 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. Se comprende a un grupo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los carbohidratos, proteínas y grasas, asociadas fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina.

Consta de una enfermedad crónico degenerativa, con pronóstico poco favorable entre la población mexicana, pues en ella influyen factores tanto sociales y heredo familiares que pueden favorecer la aparición de este padecimiento en la población. En el 2008 casi 3% de los egresos hospitalarios a nivel nacional fueron debidos a la diabetes mellitus, porcentaje similar al reportado en 2003, cuando se calculó que los costos directos e indirectos de la enfermedad fueron de 100 millones de dólares anuales. la tasa de incidencia de diabetes mellitus tipo 2 varía entre 364.95 a 371.55 de 2003 a 2008. Este padecimiento afecta principalmente a la población de 50 a 69 años, que representa casi 50% de los egresos hospitalarios; en este grupo de edad, esta afección, se presenta principalmente entre las mujeres de 60 a 69 años y en los hombres de 50 a 59 años.

La tasa de mortalidad observada por diabetes mellitus en 2008 es de 70.9 por cada 100 mil habitantes. De 2000 a 2008, la mortalidad femenina se ha incrementado en 21.9 casos, al pasar de 51.8 a 73.7 por cada 100 mil mujeres, respectivamente. En los hombres, el incremento en la tasa de mortalidad en el mismo periodo es de 25.2 casos. para 2008, la esperanza de vida de la población en México fue de 75.1 años, resulta alarmante que casi 7 de cada 10 personas que padecen diabetes mueran antes de cumplir dicha edad.

La clasificación consta de l siguiente manera. La diabetes tipo 1 también denominada diabetes insulino dependiente, es ocasionada por la destrucción de la célula  $\beta$  de los islotes de Langerhands pancreáticos, provocado por alteraciones inmunológicas o de causa desconocida, tiene un inicio clínico agudo o subagudo con tendencia a la cetosis que puede derivar en cetoacidosis.

La diabetes tipo 2 son aquellas formas con resistencia insulínica predominante y, eventualmente, una deficiencia relativa de secreción de insulina, de etiología esencialmente desconocida, las cuales Intervienen en su aparición factores genéticos y ambientales, es considerado un factor hereditario muy importante y suele desarrollarse después de los 40 años en personas obesas.

El tercer grupo mejor conocido como “Otros tipos específicos de diabetes” donde se incluyeron los casos cuyo defecto básico es conocido y puede ser identificado, en este se pueden incluir tipos de diabetes que tienen déficit de insulina por destrucción

de las células  $\beta$ , aunque no de causa autoinmune, o casos de diabetes tipo 2 por resistencia a la insulina, por defectos genéticos conocidos.

La diabetes gestacional suele aparecer durante el embarazo, normalmente aparece a partir de la segunda mitad del embarazo, se produce una mayor secreción de hormonas con acción diabetógena que aumentan la tendencia a la hiperglucemia, provocando la aparición de diabetes gestacional entre el 2 y el 4% de las gestantes, inicialmente no diabéticas.

El tratamiento nutricional en la diabetes tipo I y II, consta de una relación existente entre la sobrealimentación, el sobrepeso y la obesidad y el desarrollo de insulinoresistencia. En el tratamiento integral de la DM, la nutrición es un pilar fundamental en tanto que una buena estrategia nutricional contribuye enormemente a la prevención y mejoría del curso clínico de la enfermedad, a la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo CV y de las complicaciones crónicas asociadas a la DM y a mejorar la calidad de vida.

En el caso de la mujer diabética embarazada, se recomienda la suplementación con ácido fólico para la prevención de defectos de cierre del tubo neural como en el resto de las embarazadas. En la actualidad se desaconseja el consumo de "alimentos especiales para diabéticos", que en numerosas ocasiones únicamente difieren del original en la sustitución de la sacarosa por otro HC, como la fructosa, con menor respuesta glucémica pero similar valor calórico.

Actualmente se cree que el paciente diabético debe seguir las RD de la población general, el cual consta de una alimentación saludable y equilibrada. Las pérdidas moderadas de peso (5-10% del peso basal) se asocian a beneficios clínicos en sujetos con insulinoresistencia, por lo que en pacientes con sobrepeso y/o obesidad con riesgo de o DM establecida se recomienda una pérdida de peso moderada.

Se recomienda un patrón alimentario que incluya el consumo de frutas, vegetales, cereales integrales, legumbres y leche baja en grasa. Los alimentos que contienen sacarosa pueden utilizarse siempre y cuando sean tenidos en cuenta en el contaje final de HC y cubiertos con la dosis apropiada de insulina, los pacientes diabéticos deben consumir alimentos ricos en fibra, si bien no existe evidencia suficiente para recomendar una ingesta superior a la de la población general.

Antes de recomendar la realización de ejercicio físico a un paciente diabético, hemos de conocer qué tipo de AF realiza de manera habitual, las limitaciones que pudiera presentar tomando en cuenta la edad, artrosis, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se debe considerar la posibilidad del riesgo asociado por hipoglucemias frecuentes o arritmias, lo más recomendable es un ejercicio de tipo aeróbico-anaeróbico, de intensidad leve-moderada que se realice durante al menos 30 minutos y con frecuencia mínima de cinco días a la semana. En el caso del paciente diabético, el ejercicio presenta una serie de posibles beneficios adicionales, durante la realización del mismo, no siempre se

asocia a mejor control glucémico, siendo generalmente necesario individualizar las pautas dadas a cada paciente.

Los ejercicios de intensidad elevada suelen ser más hipoglucemiantes mientras que si la actividad es de corta duración y de intensidad muy elevada, es frecuente que se produzca una ligera hiperglucemia al finalizar el ejercicio, para evitarlas se suele recomendar disminuir la insulina administrada cuando el ejercicio tiene una duración superior a los 30 minutos.

La obesidad es una acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo que se corresponde con un aumento de peso corporal, consta de una enfermedad metabólica más frecuente del mundo desarrollado, más de 1.100 millones de personas superan su peso saludable. En nuestro país, el exceso de peso es un problema de salud muy prevalente, que afecta al 62% de los adultos un 22,9% presenta obesidad y un 39,4% sobrepeso.

En el manejo de la obesidad es imprescindible tener en consideración el conjunto de factores asociados a este problema de salud. Como consecuencia de ello, la prevención y el tratamiento de la obesidad debe concebirse con estrategias que contemplen, básicamente, un menor consumo de alimentos de alta densidad energética y llevar a cabo una vida más activa.

La clasificación de obesidad consta de tres clases, Obesidad tipo I se considera al exceso de masa corporal o porcentaje de grasa independientemente del sitio de acumulación.  $IMC \geq 30$ - 34.9  $m^2$ . Obesidad tipo II, se dice que es el exceso de grasa subcutánea en el tronco y el abdomen (androide).  $IMC \geq 35$ - 39.9  $kg/m^2$ . Obesidad tipo III, exceso de grasa abdominal visceral y exceso de grasa en la región glútea y femoral (Ginecoide).  $IMC \geq 40$   $kg/m^2$ .

El tratamiento nutricional de la obesidad debe estar basado en alcanzar los objetivos de reducir la morbimortalidad e incrementar la calidad de vida. Desde el punto de vista nutricional, está bien establecido que la mejor forma de lograrlo es reducir el consumo de grasa saturada por debajo del 10% de la energía total, aunque sabemos que la dieta, o mejor las normas alimentarias, son la piedra angular del tratamiento de la obesidad, no se debe de olvidar la AF y la modificación de la conducta alimentaria.

El hipotiroidismo es un síndrome aracterizado por manifestaciones clínicas y bioquímicas de fallo tiroideo y de déficit de disponibilidad de hormona tiroidea en los tejidos diana. Su forma más habitual es el hipotiroidismo primario y el menos habitual es el hipotiroidismo central siendo lladmo secundario si el problema está en la hipófisis o terciario si es es localizado en la hipótlamo.

Suele definirse como un conjunto de manifestaciones clínicas y bioquímicas en relación con un aumento de exposición y respuesta de los tejidos a niveles excesivos de hormonas tiroideas. Normalmente es más frecuente en mujeres, sus

causas más habituales de hipertiroidismo en el anciano son: el bocio tóxico multinodular , la enfermedad de Graves y el adenoma tóxico.

La enfermedad de Graves es un proceso autoinmune caracterizado por la presencia de anticuerpos frente al receptor de TSH, los cuales estimulan la síntesis y secreción de hormona tiroidea y el crecimiento de la glándula.

Son varios los trastornos de la glándula suprarrenal por las características histológicas y funcionales que está presenta, principalmente porque la cortza suprarrenal es la encargada de la función esteroideogénica. En la zona mas interna corresponde a la reticulosa es donde se sintetizan los andrógenos suprarrenales; en la zona fascicular, se sintetizan los glucocorticoides y, en la zona más externa que es la glomerulosa, se sintetizan los mineralocorticoides. La medula suprarrenal, formada por células cromafines, sintetiza catecolaminas y, al igual que el sistema simpático, es capaz de responder al estrés.

El síndrome de Cushing corresponde al conjunto de manifestaciones clínicas y las complicaciones metabólicas derivadas del exceso de cortisol en los tejidos, en el se puede dividir en exógeno o iatrogénico, por el uso de corticoterapia en altas dosis por tiempo prolongado o, endógeno, debido al aumento de la secreción de cortisol por las glándulas suprarrenales.

## Bibliografía

Universidad del Sureste 2023. Antología de Nutrición en Enfermedades Renales . Unidad 1. Recuperado el 21 de Enero de 2023.

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LNU/9a0e982467a6490db09fed718daa8486-LC-LNU503.pdf>