



**Mi Universidad**

**Ensayo**

*Nombre del Alumno: Pablo David Gómez Valdez*

*Nombre del tema: ensayo*

*Parcial: primer parcial*

*Nombre de la Materia: nutrición en enfermedades renales*

*Nombre del profesor: Daniela Méndez*

*Nombre de la Licenciatura: nutrición*

*Cuatrimestre: 5*

## Introduccion:

En los siguientes temas se hablara sobre los problemas renales y sus diferentes problemas probocados por este y por que se ocasiona ya que existen variedad de problemas que hacen mayor afectacion el paciente, por eso se inversitigara y estudiara mas a fondo este tipos de problemas como son la diabetes melitus, asi tambien como Iso tratamientos de la diabetes y su nutricion adecuada en diabetes tipo 1 y 2 y a rasgo de eso una educacion para el auto control, ejercicio y dietas que puede mejorar en untratamiento al px y sus enfermedades que conlleva a no realiza un adecuado estilo de vida entre muchas mas cosas.

## Desarrollo:

Para comenzar hablaremos sobre la diabetes mellitus ya que es un problema de salud que se puede controlar o reducir los riesgos a padecerla esta 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, si no es tratada puede generar un problema de hiperglucemia

Esta se puede clasificar de diversos tipos como son la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 y diabetes tipo gestacional, 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 “idiopática”,

Asi como la insulina que se puede relacionar con la obesidad ya que esta se puede provocar o adquirir después de los 40 años que es lo mas común, o como es la diabetes gestacional que esta puede aparecer en el embarazo, para esto se tiene que llevar un chequeo de diagnostico Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es  $>110$  mg/dl (6,1 mmol/l) y  $140$  mg/dl (7,8 mmol/l) y  $140$  mg/dl, se efectuará la prueba diagnóstica.

Para el tratamiento de la diabetes tipo 1 y 2 es por una sobre alimentación y la obesidad y el desarrollo de insulinoresistencia; de otro, por la evolución que han ido sufriendo a lo largo de la historia las recomendaciones nutricionales proporcionadas a los pacientes diabéticos, especialmente restrictivas hasta el advenimiento de la insulino terapia,

Como Las características de la DMe podrían resumirse en los siguientes puntos: Los HC son el pilar fundamental, a consumir en forma de legumbres, cereales y frutas. De forma similar, se recomienda un consumo frecuente de verduras. Los frutos secos forman asimismo parte de esta dieta, si bien su consumo, dado el valor calórico, debe ser moderado, En lo que respecta a las proteínas se preconiza un consumo moderado de productos cárnicos, siendo preferible el consumo de pescado, incluyendo el pescado azul, y las aves. Se recomienda un consumo moderado de lácteos, sobre todo quesos y yogurt, Como fuente de grasa fundamental se prefiere el aceite de oliva, Consumo bajo pero regular de vino, en el contexto de las comidas principales

Para ellos se pueden recomendar La cantidad o el tipo de fibra a recomendar en el paciente diabético ha sido objeto de numerosos estudios. Su consumo se asocia a modificaciones en la dinámica de absorción de HC y lípidos.

En la educación nutrimental seria dar conocimiento de una buena alimentación y como ayudar a prevenir los problemas alimenticios se cree que el paciente diabético debe seguir las RD de la población general, esto es, deben seguir una alimentación saludable y equilibrada.

Recomendaciones sobre el balance energético, sobrepeso y obesidad 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 obesidad con riesgo de o DM establecida se recomienda una pérdida de peso moderada, a la pérdida de peso tanto las dietas bajas en HC como las bajas en grasas han demostrado ser eficaces a corto plazo y para recomendación de la ingesta de hidratos de carbono Se recomienda un patrón alimentario que incluya el consumo de frutas, vegetales, cereales integrales, legumbres y leche baja en grasa. La monitorización de los HC ingeridos bien en forma de raciones o mediante la implementación de estrategias de estimación permite lograr un mejor control glucémico.

Para el ejercicio y la actividad física 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 (como edad, artrosis, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Asimismo, se debe considerar la posibilidad del riesgo asociado por hipoglucemias frecuentes o arritmias, por ejemplo. En líneas generales recomendamos 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 los casos en los que la insulina forme parte del tratamiento de la DM, se recomienda realizar determinaciones de glucemia antes del ejercicio, durante y después con el objetivo de conocer el comportamiento de la glucemia frente a dicho ejercicio y a partir de ello, proceder a los ajustes necesarios tanto en la pauta insulínica como en la toma de alimentos previa al ejercicio. se recomiendan ejercicios de intensidad moderada, entre el 55-79% de la frecuencia cardiaca máxima (frecuencia cardiaca máxima =  $220 - \text{edad en años}$ ), y con respecto a la duración, se recomienda entre 20-60 minutos, de tres a cinco días a la semana, toma extra de HC en caso de glucemias normales-bajas antes del ejercicio o si la duración es superior a 30 minutos.

En la obesidad son una acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo que se corresponde con un aumento de peso corporal, un IMC igual o superior a 25 kg/m<sup>2</sup> expresa sobrepeso y que cuando es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> determina obesidad.

para la clasificación de la obesidad es el Índice de Masa Corporal de Quetelet (IMC), o la relación de peso en kilogramos/altura en m<sup>2</sup> del individuo.

Como ejemplo:

Sobrepeso se considera el exceso de grasa subcutánea independiente de la zona de acumulación.  $\text{IMC} \geq 25 - 29 \text{ m}^2$ .

Obesidad tipo I se considera al exceso de masa corporal o porcentaje de grasa independientemente del sitio de acumulación.  $\text{IMC} \geq 30 - 34.9 \text{ m}^2$ .

Obesidad tipo II, se dice que es el exceso de grasa subcutánea en el tronco y el abdomen (androide).  $\text{IMC} \geq 35 - 39.9 \text{ kg/m}^2$ .

Obesidad tipo III, exceso de grasa abdominal visceral y exceso de grasa en la región glútea y femoral (Ginecoide). IMC  $\geq 40$  kg/m<sup>2</sup>.

los riesgos comienzan a incrementarse a partir de un IMC superior a 25 kg/m<sup>2</sup> y un IMC superior a 30 kg/m<sup>2</sup> entra de lleno en el ámbito de la obesidad con toda su cohorte de complicaciones, Además de la clasificación por IMC, también existe una asociación con la representación de los valores de perímetro de cintura iguales o mayores a los considerados como valores de riesgo, Las cifras normales y saludables de la cintura en hombres es de  $\leq 102$  cm y para las mujeres  $\leq 88$  cm, una circunferencia de cintura superior a estas cifras, predisponen al individuo a riesgos similares al de un IMC mayor de 25 Kg/m<sup>2</sup>.

El tratamiento nutricional de la obesidad debe estar basado en alcanzar los objetivos de reducir la morbimortalidad e incrementar la calidad de vida. La reducción de los niveles de LDL y triglicéridos, junto con la elevación del HDL, el control estricto de la presión arterial y una reducción de peso razonable son aspectos que reducen la morbimortalidad CV.

Para lograr un buen resultado de reducir el consumo de grasa saturada por debajo del 10% de la energía total, con un aporte proteico de 10-20% y un 60-80% entre HC y grasa insaturada, restringiendo en 500 kcal el consumo energético habitual requerido.

Cuando es una edad avanzada y el hipotiroidismo se presenta en una persona anciana es probable que sufra mas consecuencias por la misma enfermedad.

El hipotiroidismo define como un síndrome caracterizado por manifestaciones clínicas y bioquímicas de fallo tiroideo y de déficit de disponibilidad de hormona tiroidea en los tejidos diana. La forma más habitual es el hipotiroidismo primario. La anormalidad está localizada en la glándula tiroidea y encontraremos una TSH elevada con niveles bajos de T4 libre,

También los trastornos de la glándula suprarrenal son variados debido a las características histológicas y funcionales que ésta presenta. La corteza suprarrenal es la encargada de la función esteroidogénica, La medula suprarrenal, formada por células cromafines, sintetiza catecolaminas y, al igual que el sistema simpático, es capaz de responder al estrés.

Para la enfermedad de Cushing es exceso de cortisol en tejidos. 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. Para el SC endógeno se ha estimado una incidencia en población europea de 2-3 casos por millón de habitantes, predominando en el sexo femenino, pueden presentar un cuadro bien característico, siendo algunas de las manifestaciones más específicas que otras. Pacientes obesos pueden tener un fenotipo similar y son algunos hallazgos como: plétora facial, miopatía proximal o estrías rojo oscuro de más de 1 cm de ancho, las que hacen más probable el diagnóstico.

### Conclusión:

Es una forma de conocer y concretar nuestros hábitos y lo que podemos llegar a provocar si no tenemos conciencia y como lo podemos solucionar o ayudar a mejorar el problema de cada uno de los pacientes que lo presenten ya que es sumamente importante.

**BIBLIOGRAFIA:** antología UDS nutrición enfermedades renales.