



Nombre de alumno: María Daniela Gordillo
Pinto

Nombre del profesor: Daniela Monserrat
Mendez Guillén

Nombre del trabajo: Cuadro sinóptico
Unidad II

Materia: Nutrición en enfermedades renales

Grado: 5° cuatrimestre

Grupo: Único

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de febrero de 2024

SINDROME NEFROTICO

SINDROME NEFROTICO

Entidad clínica con cinco características principales.

Patogenia

- Daño o disfunción de componentes de la barrera de filtración glomerular.
- Diferentes mecanismos de lesión glomerular pueden manifestarse como proteinuria.

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

INSUFICIENCIA RENAL

Incapacidad de los riñones para mantener la homeostasis. Disminución de la filtración renal y producción de orina.

Etiología

Malformaciones estructurales, uropatías obstructivas, síndrome urémico hemolítico, glomerulopatías, causas hereditarias y sistémicas.

Formas Clínicas

- Insuficiencia Renal Aguda (IRA)
- Insuficiencia Renal Rápidamente Progresiva (IRRP)
- Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

DIALISIS

Diálisis peritoneal

- Funciona utilizando la membrana peritoneal como filtro natural.
- Tipos: DPCA (continua ambulatoria) y DPA (automatizada).

Hemodialisis

- La sangre circula a través de un dializador o riñón artificial.
- Se realiza tres veces a la semana durante varias horas por sesión.

TRASPLANTE DE RIÑON

Procedimiento para colocar un riñón sano dentro del cuerpo para reemplazar funciones renales.

INSUFICIENCIA RENAL

Falta de capacidad de los riñones para realizar funciones excretorias y mantener la homeostasis.

DESARROLLO RENAL

- Inicia en la quinta semana de gestación.
- Nefrogénesis completa entre las 32 y 34 semanas de gestación.
- Adaptación posnatal para la vida extrauterina.

MANIFESTACIONES

- Edema,
- hipertensión,
- uremia,
- acidosis metabólica,
- anemia

INSUFICIENCIA RENAL

FORMAS CLINICAS

- Insuficiencia Renal Aguda (IRA)
- Insuficiencia Renal Rápidamente Progresiva (IRRP)
- Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

TRATAMIENTO

En casos asintomáticos (estadio 5) o con sintomatología subyacente, se recomienda la diálisis.

Diálisis en Insuficiencia Renal

Diálisis Peritoneal (DP)

- Tratamiento para insuficiencia renal.
- Riñones no eliminan desechos y líquidos, causando problemas de salud.
- Funciona con un catéter en el abdomen y líquido de lavado (dializado).
- Membrana peritoneal actúa como filtro natural.
- Tipos: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) y Diálisis Peritoneal Automatizada (DPA).
- Puede realizarse en casa, trabajo o durante viajes.

Hemodiálisis

- Sangre circula a través de un dializador (riñón artificial) en una máquina.
- Se realiza 3 veces a la semana durante varias horas.
- Puede hacerse en centro de diálisis o en casa.
- Inserción de dos agujas para llevar sangre al dializador.

MANIFESTACIONES

- Relación entre malnutrición y mortalidad en pacientes renales.
- Biomarcadores inflamatorios y alteraciones nutricionales como predictores.

Pérdidas de Nutrientes en Diálisis

- Tipo de diálisis afecta las pérdidas de proteínas.
- Sesión de Hemodiálisis: Pérdida media de 1013g de proteínas/sesión.
- En Diálisis Peritoneal, pérdidas diarias varían según modalidad y permeabilidad.

Corrección de Acidosis Metabólica

- Objetivo: CO₂ total \geq 22 mEq/l.
- Contrarresta proteólisis muscular, efectos negativos de la insulinoresistencia y promueve equilibrio nitrogenado neutro.
- Inflamación y exceso de ingesta proteica pueden causar acidosis en ERC avanzada.

Valoración Nutricional en Enfermo Renal

Objetivo

- Detectar factores de malnutrición.
- Identificar pacientes en riesgo.
- Planificar tratamiento nutricional.

Frecuencia de Evaluación

- **TFG < 30 ml/min:** cada 1-3 meses.
- **Incidentes en diálisis (< 50 años):** cada 6-12 meses.
- **Prevalentes (> 5 años en diálisis):** cada tres meses.

Tipos de Malnutrición en ERC

- **Tipo 1:** Asociada a uremia, baja ingesta proteico-energética.
- **Tipo 2 (Síndrome MIA):** Hipoalbuminemia, estrés oxidativo, catabolismo proteico.

Métodos de Anamnesis

- Identifica alteraciones del apetito, cambios de peso, uso de fármacos, etc.
- Recomendaciones: Recordatorio de 24 horas, registros alimentarios de tres días.

Parámetros de Laboratorio

- Albúmina, prealbúmina, colesterol total, nPNA.
- Monitorización cada tres meses.
- Interpretación conjunta con estado inflamatorio y comorbilidades.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

ENERGIA

- Ingesta calórica > 35 kcal/kg/día para mantener balance nitrogenado neutro y prevenir alteraciones corporales.
- Reducir a 30 kcal/kg/día en pacientes sedentarios, > 60 años o con sobrepeso/obesidad.

HC

- Aporte del 50-55% de la energía total/día, preferiblemente de HC complejos.
- Limitar HC simples para mejorar la saciedad y controlar la glucemia.

LIPIDOS

- - Proporcionar el 35% de lípidos, preferiblemente ácidos grasos monoinsaturados (AGM) y poliinsaturados (AGP).

PROTEINAS

- Restricción proteica entre 0.6-0.8 g/kg/día en ERC estadios 3, 4-5, priorizando proteínas de alto valor biológico.
- 1.2 g/kg/día en HD, aumentando a 1.3 g/kg/día en DP.

LIQUIDOS Y SODIO

- Individualizar restricción de líquidos y sodio según función renal, hidratación y presión arterial.

POTASIO

- Restricción indicada en TFG < 10 ml/min o hiperpotasemia.
- Controlar alimentos ricos en potasio y técnicas de preparación.

CALCIO Y FÓSFORO

- Controlar ingesta de calcio a 2.000 mg/día y fósforo según nivel sérico y PTH intacta.
- Limitar alimentos ricos en fósforo y utilizar quelantes si necesario.

VITAMINAS

- Suplementar vitaminas hidrosolubles individualmente según necesidades y pérdidas.
- Evaluar suplementación de vitamina D según niveles séricos y PTH intacta.

OLIGOELEMENTOS

- Suplementar hierro oral o intravenoso para mantener ferritina > 100 mg/dl y IST > 20%.
- Administrar entre comidas para optimizar absorción.