

INFORMACIÓN PROFESIONALES EAP- ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA III- IV.

Justificación de la terapia dietético-nutricional.

El tratamiento médico nutricional en la Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 3 y Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) estadio 4, reduce la acumulación de subproductos metabólicos y disminuye el riesgo de progresión a un daño renal mayor. Además, es importante realizar un correcto tratamiento desde el punto de vista nutricional de la diabetes, la obesidad, la hipertensión y la enfermedad cardiovascular y otras enfermedades menos comunes pero que son importantes identificar.

Objetivo del consejo dietético-nutricional básico dirigido al paciente

- Prevenir la progresión de la ERC.
- Prevenir la desnutrición y deficiencias de micronutrientes.
- Evitar y/o tratar la hiper e hipopotasemia en estadio 4 a 5.
- Evitar y/o tratar hiper e hipofosforemia en estadio 4 a 5.

Características de la dieta

- Patrón de dieta mediterránea con un consumo elevado de frutas y verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales, moderada en lácteos bajos en grasa, carnes magras, pescados y aceite de oliva, y baja en carnes rojas y derivados y alimentos ultraprocesados ricos en sal, grasa saturadas, trans y azúcares. En caso de hiperpotasemia y/o hiperfosforemia se aconseja elegir alimentos con menor contenido en potasio y reducir su cantidad.
- Los requerimientos de energía de adultos con ERC son similares a los de individuos sanos (30-35 kcal/kg peso ajustado/día). Restringir el aporte energético para lograr y mantener un IMC de 18.5- 25 kg /m² en individuos con sobrepeso u obesos para reducir la proteinuria. Grado de recomendación C.
- Dieta baja en proteínas (0.6 a 0.8 g/kg de peso ajustado /día) evitando dietas hiperproteicas (por encima de 1.3 g/kg/día). Evidencia C.
- Se recomienda reducir el sodio a 2g/día, que corresponde a 5g/día de sal. Evidencia C.
- Ingesta líquidos adaptada evitando tanto la deshidratación como la sobrecarga. Se admite como consejo adecuado beber agua durante las comidas y entre horas cuando se tenga sed.
- En el caso de hiperpotasemia hay que reducir la ingesta dietética de potasio a 2000mg/día. Puede ocurrir en las etapas 3 a 4, pero se observa más típicamente cerca de la etapa 5, es muy importante individualizar en función de la medicación, actividad física, masa magra corporal....
- En caso de hiperfosforemia se sugiere la restricción de fosfato en la dieta solo o en combinación con otros tratamientos. No se recomienda un nivel específico de fosfato en la dieta, la recomendación tradicional es de 800 a 1000mg/día. Es muy importante limitar el fósforo inorgánico de aditivos presentes en alimentos procesados.
- Un contenido en fibra adecuado puede mejorar la movilidad del intestino, ya que los quelantes del fósforo y otra medicación pueden contribuir al estreñimiento.
- El estado nutricional debe ser monitoreado en todos los pacientes con enfermedad crónica en a partir del estadio 3.

Otras recomendaciones

- Animar a realizar actividad física adecuada a su estado de salud y tolerancia cardiovascular (con un objetivo de al menos 30 minutos 5 veces por semana). Grado de recomendación D.
- Tomar las medidas necesarias para lograr un peso saludable (IMC 18.5 a 25).
- Terapia antitabaco en caso de fumadores, ya que fumar se asocia a aumentar la proteinuria y empeorar la función renal. Grado de recomendación D.
- Evitar la ingesta de alcohol.

Tiempo estimado de tratamiento

La intervención dietético-nutricional debe considerarse como parte del patrón alimentario de los pacientes, manteniéndolo a lo largo de la enfermedad.

Indicadores de evaluación del consejo dado al paciente

- Control de creatinina, urea y filtrado glomerular, potasio, fósforo y PTH, así como, tensión arterial en hipertensos y hemoglobina glicosilada 1AC en diabéticos.
- Reducción del peso y circunferencia de la cintura en sobrepeso y obesidad.
- Pasar el test de adherencia a la dieta mediterránea disponible en e SIAP.
- Valorar la adherencia a pautas de actividad física.
<https://apps.caib.es/plasalutfront/formularios/ipaq/ipaq.xhtml>

Aspectos de especial atención

- Los estudios sugieren que la ingesta de nutrientes empieza a disminuir en el estadio 3, por lo que el estado nutricional debería valorarse y monitorizarse desde estadios precoces de la enfermedad: Tomar medidas para monitorizar a los pacientes en riesgo de desnutrición.
- El contenido en fósforo de alimentos de origen vegetal se absorbe poco en el intestino (al estar en forma de fitatos) y por tanto se pueden consumir, a no ser que hay hiperpotasemia.
- El éxito de la terapia nutricional pasa por individualizar el consejo debido a la variabilidad que afectan a la ingesta de proteínas, fósforo, potasio y sodio.
- La terapia grupal, motiva a los pacientes a ser parte activa de su tratamiento.

Criterios para la derivación al dietista-nutricionista. Información relevante para la interconsulta.

- ERC en presencia de diabetes, obesidad e hipertensión, y a partir del estadio 4 a todos, dado la complejidad y la necesidad de individualizar la dieta.
- En presencia de signos de desnutrición tales como (IMC <20kg/m² o pérdida de peso involuntaria de > 10% en 6 meses)

Referencias bibliográficas

- National Kidney Foundation: KDOQI Clinical Practice Guideline for Chronic Kidney disease, 2000. Available from: <https://www.kidney.org/sites/default/files/docs/kdoqi2000nutritiongl.pdf>

- KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Inter Suppl. 2013;3:1-150. Available from: <http://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/>
- Wiggins K, Johnson D; Caring for Australasians with Renal Impairment (CARI). Primary prevention of chronic kidney disease: modification of lifestyle factors. Nephrology (Carlton). May 2013. Available from: http://www.cari.org.au/CKD/CKD%20early/ckd_early_ckd.html
- Diagnosis and management of chronic kidney disease. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN. 2008. Available from: <http://www.sign.ac.uk/sign-103-diagnosis-and-management-of-chronic-kidney-disease.html>
- Montserrat Martínez-Pineda, Cristina Yagüe-Ruiz, Alberto Caverni-Muñoz y Antonio Vercet-Tormo. Reducción del contenido de potasio de las judías verdes y las acelgas mediante el procesado culinario. Herramientas para la enfermedad renal crónica. Nefrología 2016; 36 (4):427–432. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.03.022>
- **NUEVA 29/05/20** National Kidney Foundation. KDOQI Clinica Practice Guideline for Nutrition in Chronic Kidney Disease: 2019 Update [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 4]. Available from: https://www.kidney.org/sites/default/files/Nutrition_GL%2BSubmission_101719_Public_Review_Copy.pdf
- **NUEVA 29/05/20** Martínez-Pineda M, Yagüe-Ruiz C, Caverni-Muñoz A, Vercet-Tormo A. Cooking Legumes: A Way for Their Inclusion in the Renal Patient Diet. J Ren Nutr [Internet]. 2019 Mar 1 [cited 2020 May 11];29(2):118–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30322788>