

## Tratamiento Conservador en Insuficiencia Renal Crónica

¿Restricción proteica o proteínas controladas?

¿Qué tipo de proteínas seleccionar?

*Lic. Barbara Aparicio – Lic. Verónica Piñeyro*

Sabemos que el principal catabolito de desecho de las proteínas, es la urea y que ésta se elimina a nivel renal. Cuando la función del riñón está alterada, esta urea comienza a acumularse en sangre alcanzando niveles tóxicos, y generando el conocido síndrome urémico.

*Algunas alteraciones metabólicas que sufren éstos pacientes son:*

- ✓ Acidosis metabólica
- ✓ Hiperparatiroidismo secundario
- ✓ Resistencia a la insulina

Todas estas alteraciones contribuyen a generar un estado hipercatabólico con degradación de aminoácidos musculares y menor síntesis proteica.

Si repasamos la bibliografía, nos encontramos con muchos autores que recomiendan planes de alimentación hipoproteicos, que no brindan más de **0.6 gr prot/kg peso/día**. El argumento utilizado, es prevenir con la reducción de la ingesta de proteínas la evolución de la enfermedad renal, la aparición de la sintomatología y la prevención de las complicaciones metabólicas.

Otros autores, proponen una restricción proteica de **0,3 gr prot/kg peso/día** acompañada de cetanoálogos con el fin de evitar el déficit de aa esenciales.

A partir de esto debemos preguntarnos:

*¿Es posible ingerir en forma diaria esa cantidad de proteínas por un período prolongado de tiempo? ¿Existen trabajos que "aseguren" que una ingesta proteica tan baja detenga la evolución de la enfermedad renal sin deteriorar el estado nutricional?*

Creo que todos acordamos que realizar un plan de alimentación de **0.6 o 0.3 gr prot/kg/día** resulta muy difícil desde la adherencia, ya que por nuestros hábitos alimentarios, ingerimos en forma diaria **1,5 a 2 gr de prot/kg peso/día**. Esto sin contar el riesgo que significa implementar tales restricciones en un paciente hipercatabólico y expuesto a muchos condicionantes que lo predisponen a la malnutrición.

Además, no existen evidencias que confirmen que una ingesta menor a **0.8 gr/kg/día**, cambie la evolución natural de la enfermedad renal sin ocasionar deterioro en el estado nutricional.

Por eso hoy hablamos, de planes con **“proteínas controladas”** , donde la recomendación es de **0.8 a 1 gr de prot/kg peso ideal/día**.

Sí, resulta fundamental, cuando nos enfrentamos a un paciente con alteración en la función renal, chequear minuciosamente la ingesta proteica real, y en base a esta poder realizar una restricción. Tengamos en cuenta que muchos de nuestros paciente ingieren en forma diaria **1,5 a 2 gr de prot/kg peso/día**, al llevarlo a la recomendación normal de **1 gr de prot/kg peso/día** ya estamos realizando un control proteico.

Otro punto importante es el **tipo de proteínas** a seleccionar. Normalmente las prescripciones dietéticas mencionan entre **50 a 60% de proteínas de Alto Valor Biológico**, antes incluso, se recomendaban porcentajes de hasta un 75%. Ambos tipos de fuentes proteicas presentan ventajas y desventajas.



En el caso de las **proteínas de origen animal** (*carnes, huevo, lácteos*) aportan aminoácidos esenciales de suma importancia en la IRC donde el catabolismo, como antes mencionamos, se encuentra aumentado por diversos factores (acidosis metabólica, hiperparatiroidismo, estado urémico, alteraciones hormonales, etc.) pero a la vez se les atribuyen como situación adversa un mayor “trabajo renal” (por vasodilatación de la arteriola aferente con incremento

del filtrado) produciendo mayor cantidad de productos nitrogenados que agravarían la sintomatología urémica.

Con respecto a las **proteínas vegetales** (*legumbres*) parecerían contrarrestar los daños de las proteínas animales ya que no afectan el flujo de sangre para el filtrado glomerular, disminuyen la proteinuria, la excreción de albúmina y creatinina aumentando los niveles de proteínas séricas, aportan menos metionina previniendo o disminuyendo la hiperhomocisteinemia, además, juegan un rol protagónico en la dietoterapia de las dislipemias (sumamente prevalente en esta patología) y son alimentos bajos en sodio. Por último, y no menos importante para los tiempos en que vivimos, son de bajo costo. Al referirnos a las desventajas de estas proteínas podríamos mencionar:



a) **Una menor digestibilidad proteica** (PDCAAS) considerando a este índice como la conjunción entre digestibilidad proteica y el patrón de aminoácidos que posee (score) en relación con los requerimientos.

B) **Un alto o muy alto contenido en potasio y fósforo**: Las tablas de composición química disponibles informan elevados contenidos de estos minerales que deben ser limitados a medida que avanza la enfermedad renal. De todas formas existe demasiada variabilidad en las informaciones sobre composición mineral de este tipo de alimentos (sobre todo en la soja) lo que demuestra que la variedad y las condiciones de crecimiento juegan un papel importante. Con respecto al potasio, sabemos además, que existen procedimientos de remojo y cocción que colaboran en su reducción.

c) *Trastornos Gastrointestinales*: Constituyen, una de las principales desventajas a la hora de aumentar el aporte de legumbres, sobre todo, en pacientes con sintomatología urémica.

d) Por último es importante destacar que las legumbres no forman parte del hábito alimentario de muchos pacientes, menos en etapas de anorexia.

Como vemos, tanto las proteínas de origen animal como vegetal presentan sus pro y contras.

Queda mucho por debatir, pero por ahora queda claro que si bien el exceso de proteínas animales es nocivo, constituyen un aporte irremplazable, mientras que las de origen vegetal como único aporte resultan insuficiente pero si deben incluirse como un complemento significativo.