



Ulusal Böbrek Hastalıkları
Diyaliz ve Transplantasyon
Hemşireliği Kongresi

26th

National Congress of
Kidney Diseases, Dialysis and
Transplantation Nursing

19 - 23 Ekim / October 2016 Susesi Luxury Resort & Kongre Merkezi / Convention Center Belek - ANTALYA

BÖBREK HASTALIKLARINDA TIBBİ BESLENME ÜRÜNLERİNİN KLİNİKTEKİ YERİ



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İZMİR İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ KUZAY GENEL SEKRETERLİĞİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

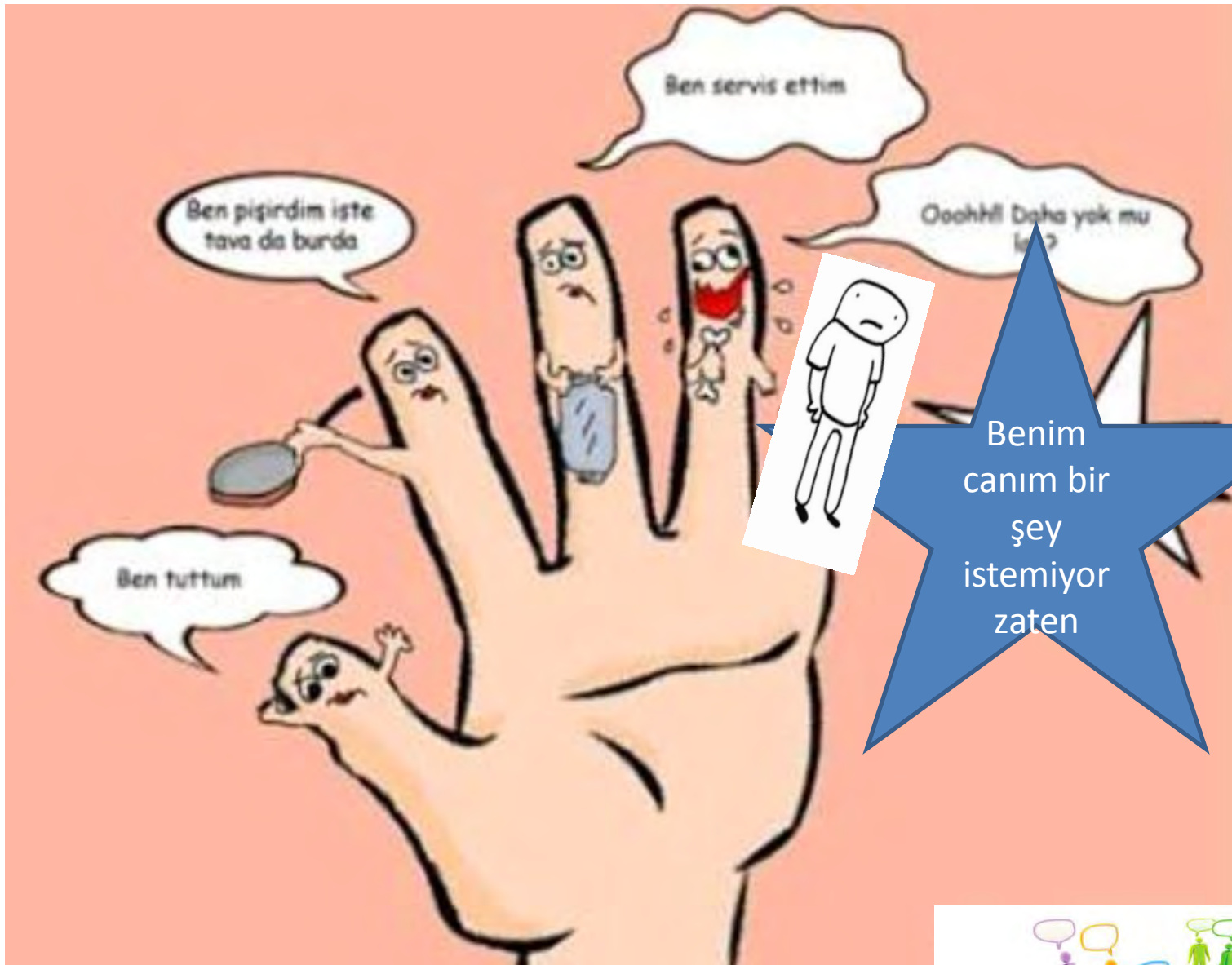


444 35 60

Hizmette model, bilimde referans...

UZM. DYT. HAMİDE UZUN





BESLENME TAKIMI

NEFROLOG

HEMŞİRE

DİYETİSYEN

(NUTRİSYON EKİBİ)

ECZACI

PSİKOLOG

HEMŞİRE

- Hemşireler hasta eğitimi, desteği, bilgilendirmede ön saflarda yer alır.
- Hemşireler, diyet reçetelerinin desteklenmesine dahil edildiğinde temel beslenme prensiplerini anlamış olmaları önemlidir.
- Multidisipliner yaklaşım, anahtar kelime

Pasticci F., et al(2012). Nutritional management of stage 5 chronic kidney disease.
Journal of Renal Care 38(1), 50-58

HEMŞİRE

- Hemşİreler diyalizde temel bakımveren kiőİlerdir. Riskli durumda olanların aylık beslenme değerlendirmesi ve koordinasyonu için uygun pozisyonadırlar. Bu, diyetetik birimlerine zamanında ve uygun őekilde ulaőmayı sağlar.



ALO, DİYETİSYEN Mİ?!!

EVET?

ŞU ANDA Bİ ATI BİLE YİYEBİLİRİM!!!

KİBRİT KUTUSU BÜYÜKLÜĞÜNDEKİ
BİR ATI YİYEBİLİRSİNİZ...

OĞLUM
NERDEN
BULAYIM
BEN
ONU!!!!





DİYALİZ VEYA NEFROLOJİ DİYETİSYENİ TANIMI YOK.

SERTİFİKA PROGRAMI YOK.

MESLEKİ DENEYİM



NE İŞ OLSA YAPARIM



BESLENME



TIBBİ BESLENME





Diyaliz hastalarında beslenme desteğinin amaçları

- 1. Sıvı, elektrolit ve üremik toksin birikimini önlemek, azaltmak,**
- 2. KBY'ni metabolik komplikasyonlarını önlemek,**
- 3. Diyaliz yoluyla kaybedilen besinleri yerine koymak,**
- 4. Beslenme durumunun yakın takibi, hastanın bilgilendirilmesi, ve eğitimi sağlamak olmalıdır.**

DİYET KONSÜLTASYONU

- İLK TANIDAN SONRA EN GEÇ 2-3 HAFTA SONRA
 - 2. GÖRÜŞME 1 AY SONRA
 - 3 AYDA BİR
-
- EVRELERE GÖRE DEĞİŞEBİLİR:
 - ND-CKD EVRE 5 AYDA BİR
 - EVRE 4 CKD 2 AYDA BİR
 - EVRE 3b 3-4 AYDA BİR

ENERJI

	Haemodialysis	Peritoneal dialysis
DOQI	35 kcal/kg BW/day	35 kcal/kg BW/day
	30–35 kcal/kg BW/day if age $\geq$ 60 years	30–35 kcal/kg BW/day if age $\geq$ 60 years
		Consider energy provided by dialysate
ESPEN	35 kcal/kg IBW/day	35 kcal/kg IBW/day
		Fats 30–40% of total energy supply; complex carbohydrates 25–40%; simple sugars restricted
		Glucose absorption must be taken into account
EBPG	30–40 kcal/kg IBW/day	
	Adjusted to age, gender and physical activity level	
EDTNA/ERCA	35 kcal/kg IBW/day	35 kcal/kg IBW/day
	30 kcal/kg IBW/day in the elderly and patients with reduced activity	30 kcal/kg IBW/day in the elderly and patients with reduced activity
		Including calories from peritoneal absorption of glucose

Table 2: Suggested energy intake for the dialysis patient.

DOQI = Disease Outcomes Quality Initiative; ESPEN = European Society for Parenteral and Enteral Nutrition; EBPG = European Best Practice Guidelines; EDTNA/ERCA = European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association; IBW = ideal body weight; HBV = high biological value. Adapted from: NKF 2000 (DOQI); Toigo *et al.* (2000) (ESPEN); EDTNA/ERCA 2002; Fouque *et al.* (2007) (EPBG).

ENERJİ GEREKSİNİMİ

- İDEAL VÜCUT AĞIRLIĞI ÜZERİNDEN HESAPLANIR

KBY İÇİN İDEAL VÜCUT AĞIRLIĞI = $BKI * BOY^2$
(20-25)

İDEAL BKİ 20 -25 kg/m²

<20 kg/m² ZAYIF

> 25 kg/m² KİLOLU

>30 kg/m² OBEZ

1,68 boy 55 kg

$$\text{BKI} = 55 / 1,68 * 1,68 = 19,5$$

ZAYIF



ideal ağırlık $1,68 * 1,68 * 25 = 70,5 \text{ kg}$

PROTEIN

	Haemodialysis	Peritoneal dialysis
DOQI	1.2 g/kg IBW/day	1.2–1.3 g/kg IBW/day
	≥50% HBV	≥50% HBV
ESPEN	1.2 g/kg IBW/day	1.2–1.5 g/kg IBW/day
	≥50% HBV	≥50% HBV
		Greater intake if peritonitis
EBPG	At least 1.1 g/kg IBW/day	
	Balanced intake of high quality animal protein and vegetable protein source	
EDTNA/ERCA	1.1–1.2 g/kg IBW/day	1.0–1.2 g/kg IBW/day
		1.5 g/kg IBW/day if peritonitis
	≥50% HBV	≥50% HBV

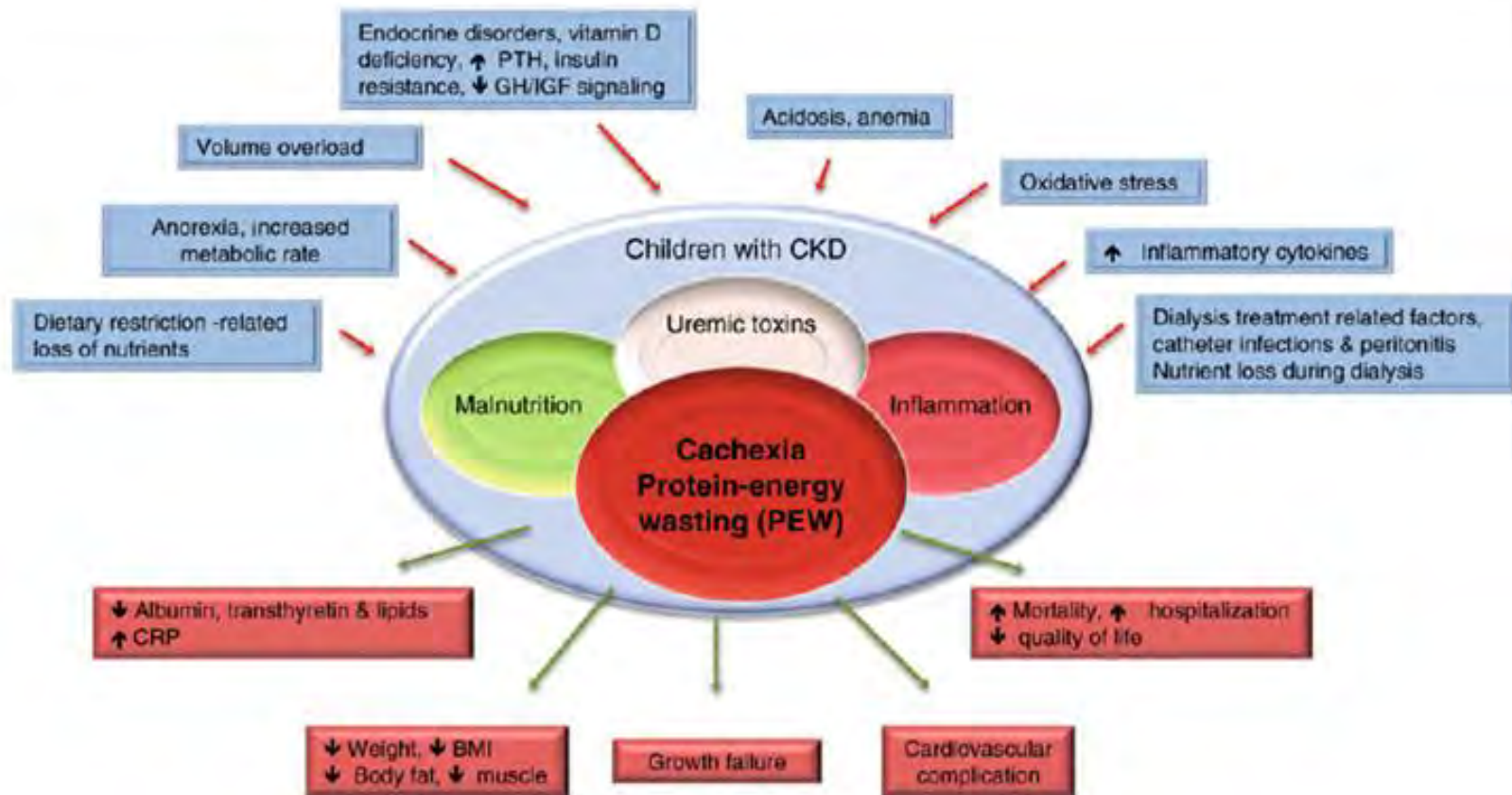
Table 3: Suggested protein intake for the dialysis patient.

DOQI = Disease Outcomes Quality Initiative; ESPEN = European Society for Parenteral and Enteral Nutrition; EBPG = European Best Practice Guidelines; EDTNA/ERCA = European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association; IBW = ideal body weight; HBV = high biological value. Adapted from: NKF 2000 (DOQI); Toigo *et al.* (2000) (ESPEN); EDTNA/ERCA 2002; Fouque *et al.* (2007) (EPBG).

Table 3 Dietary regimens in CKD. The degree of protein and phosphorus restriction is mostly dependent on severity of renal insufficiency, whereas adequacy of energy intake and limitation in salt intake are generally prescribed. As body weight (bw) we refer to the ideal body weight, or to the adjusted weight (when applicable)

Dietary regimen	Main composition features	CKD stage
a) Healthy diet, according to WHO	Protein: 0.8 g/Kg bw/day according to RDA. Sodium according to WHO recommendation (2.3 g/day); Phosphorus according to RDA (700 mg/day)	I, II, IIIa
b) Low Protein Diet (LPD)	Protein: 0.6 g/Kg bw/day, whose 0.4 g/Kg of animal origin; Sodium: 2.3 g/day; Phosphorus < 700 mg/day	IIIb, IV, V
c) Low Protein Vegan Diet	Protein : 0.7 g/Kg bw/die, from grains and legumes; Sodium : 2.3 g/day; Phosphorus : < 700 mg/day	IIIb, IV
d) Supplemented Very Low Protein Diet (sVLPD)	Protein: 0.3-0.4 g/Kg bw/day supplemented with EAAs and KAs Sodium: 2.3 g/day, Phosphorus : 300–400 mg/day	IV, V

PROTEIN ENERGY WASTING



KBY HASTALARININ %20-25'İNDE GÖRÜLÜR.

PROİNFLAMATUAR SİTOKİNLER
+
HİPERKATABOLİK OLAY



DİYET
KISITLAMALARI



İŞTAHTA AZALMA



BESLENME
DURUMUNUN
DEĞERLENDİRİLMEMESİ



ANOREKSİYA



İDEAL AĞIRLIĞI 70 KG - 2450 KCAL ENERJİ

PROTEİN

SDBY **0.6 G/KG= 42 G**

HEMODİYALİZ 1.2 G/KG= 84 G

PERİTON DİYALİZİ 1.5 G/KG = 105 G



1 YUMURTA + 1 KÖFTE KADAR ET + 1 SU BARDAĞI SÜT= 22 G PROTEİN – 310 KCAL
%50 HAYVANSAL PROTEİN

2 D SEBZE + 9 İ D EKMEK= 20 G PROTEİN – 664 KCAL

2 D MEYVE + 50 G ŞEKER + 8 TK YAĞ + 30 G NİŞASTA

TOPLAM : 42 G PROTEİN - 1700 KCAL

%60 CHO,%30 YAĞ, %10 PROTEİN (%50 HAYVANSAL)

P: 600 MG, K: 1400 MG, Na: EKMEK TUZSUZ İSE 222 MG; TUZLU İSE 1500 MG

PROTEİN



ENERJİ 750 KCAL EKSİK



10 GÜNDE 1 KG
VÜCUT AĞIRLIĞI
KAYBI İLE
SONUÇLANACAK
!!!





PEKİ YA HASTALIĞIN BAŞLANGICINDA

BKİ > 30 OLSAYDI?

Table 1—Summary of studies with large sample size (>1000 subjects) evaluating the association between BMI and outcomes in HD patients.

Study	Patients	F/U ^a (y)	Results
Degoulet et al, 1982 ⁹	1,453 HD	5	Lower BMI (<20 kg/m ²) was associated with higher over-all and CV mortality
Leavey et al, 1998 ¹⁰	3,607 HD	5	Low BMI was independently predictive of increased mortality.
Fleischmann et al, 1999 ¹¹	1,346 HD	1	Survival was significantly higher with higher BMI and lower with lower BMI. Mostly African American (89%)
Kopple et al, 1999 ¹²	12,965 HD	1	Mortality rate decreased progressively as the patients' weight-for-height increased.
Wolfe et al, 2000 ¹³	9,165 HD	2	Body weight and BMI were inversely related to mortality.
Leavey et al, 2001 ¹⁴	9,417 HD	4	Mortality risk decreased with increasing BMI independent of the degree of sickness
Port et al, 2002 ¹⁵	45,967 HD	2	The highest BMI tertile had the lowest mortality risk.
Lowrie et al, 2002 ¹⁷	43,334 HD	1	The log of risk decreased linearly for weight, weight-for-height, and BSA and J-shaped for weight/height and BMI.
Glanton et al, 2003 ¹⁸	151,027 HD and PD	2	Obesity defined as BMI ≥ 30 kg/m ² was associated with reduced mortality, which was stronger in African Americans.
Johansen et al, 2004 ³⁹	418,055 HD and PD	2	High BMI, adiposity, and fat mass were associated with increased survival in all but Asian Americans.
Kalantar-Zadeh et al, 2005 ²⁰	54,535 HD	2	Time-varying BMI and weight gain over time were associated with improved cardiovascular mortality.
Chazot et al, 2009 ²¹	5,592 HD	2	Overweight and obese patients carry a significant lower mortality risk than patients in the normal and lower BMI ranges. Low prevalence of DM (27.7%).
Kalantar-Zadeh et al, 2010 ²²	121,762 HD	2	Higher BMI (up to 45) was incrementally associated with greater survival. Weight loss or gain over time exhibited a graded association with higher rates of mortality or survival.
Yen et al, 2010 ²³	959 HD	3	Underweight patients (BMI <18.5 kg/m ²) suffer higher mortality than other groups in Asian cohort.
Molnar et al, 2011 ²⁴	14,632 HD	2.5	Transplant-waitlisted patients with lower BMI and/or unintentional weight loss have higher mortality.
Ridis et al, 2011 ²⁵	109,605 HD	2	Survival advantage of high BMI is consistent across whites, African American and Hispanics, in which African American HD patients had the strongest association.
Hall et al, 2011 ²⁶	21,492 HD and PD	—	Larger body size was associated with lower mortality among Pacific Islanders, whites and most Asians.
Hoogwezen et al, 2012 ²⁷	1,749 HD and PD	6	Age-standardized mortality rate was 1.7 times higher in obese younger patients (<65 years old) than those with normal BMI. Younger patients with low or very high BMI had a substantially elevated risk for death.
Kalantar-Zadeh et al, 2012 ²⁸	121,762 HD	2	Lower BMI, lower muscle mass, weight and muscle loss over time were associated with higher death rates. In joint effect analysis, a decline in muscle mass estimated with serum creatinine appeared to be a stronger predictor of mortality than did weight loss.
Park et al, 2013 ²⁹	40,818 HD	6	Mortality risks were lower across higher BMI, which was identical among Asian vs. white and African Americans.

^a Mean or median duration of follow-up was presented according to the reports.

OBEZİTE PARADOKSU

- Sonuçlar **hemodiyaliz** hastaları için tutarlı olsa da **periton diyaliz** hastaları için değişkenlik göstermektedir.
- Güncel bilgiler, kas iskeleti ve total vücut yağının fazla olmasının koruyucu olduğunu gösteriyor. Bununla birlikte **viseral obezite** ile ilgili bulgular karışık.
- Özellikle nakil için sıra bekleyen obez diyaliz hastalarının kilo kaybı için zorlandığı durumlarda klinik etkileri olabilir.

FOSFOR

	Haemodialysis	Peritoneal dialysis
DOQI (NKF 2003)	Restricted to 800–1000 mg/day if serum phosphorus level >5.5 mg/dL	Restricted to 800–1000 mg/day if serum phosphorus level > 5.5 mg/dL
ESPEN	17 mg kg IBW	17 mg kg IBW
EBPG	800–1000 mg/day	–
EDTNA/ERCA	1000–1400 mg/day	1000–1400 mg/day

Table 5: Suggested phosphorus intake for the dialysis patient.
Adapted from: NKF 2000 (DOQI); Toigo et al. (2000) (ESPEN);
EDTNA/ERCA 2002; Fouque et al. (2007) (EPBG).

**Önemli
Hatırlatma**



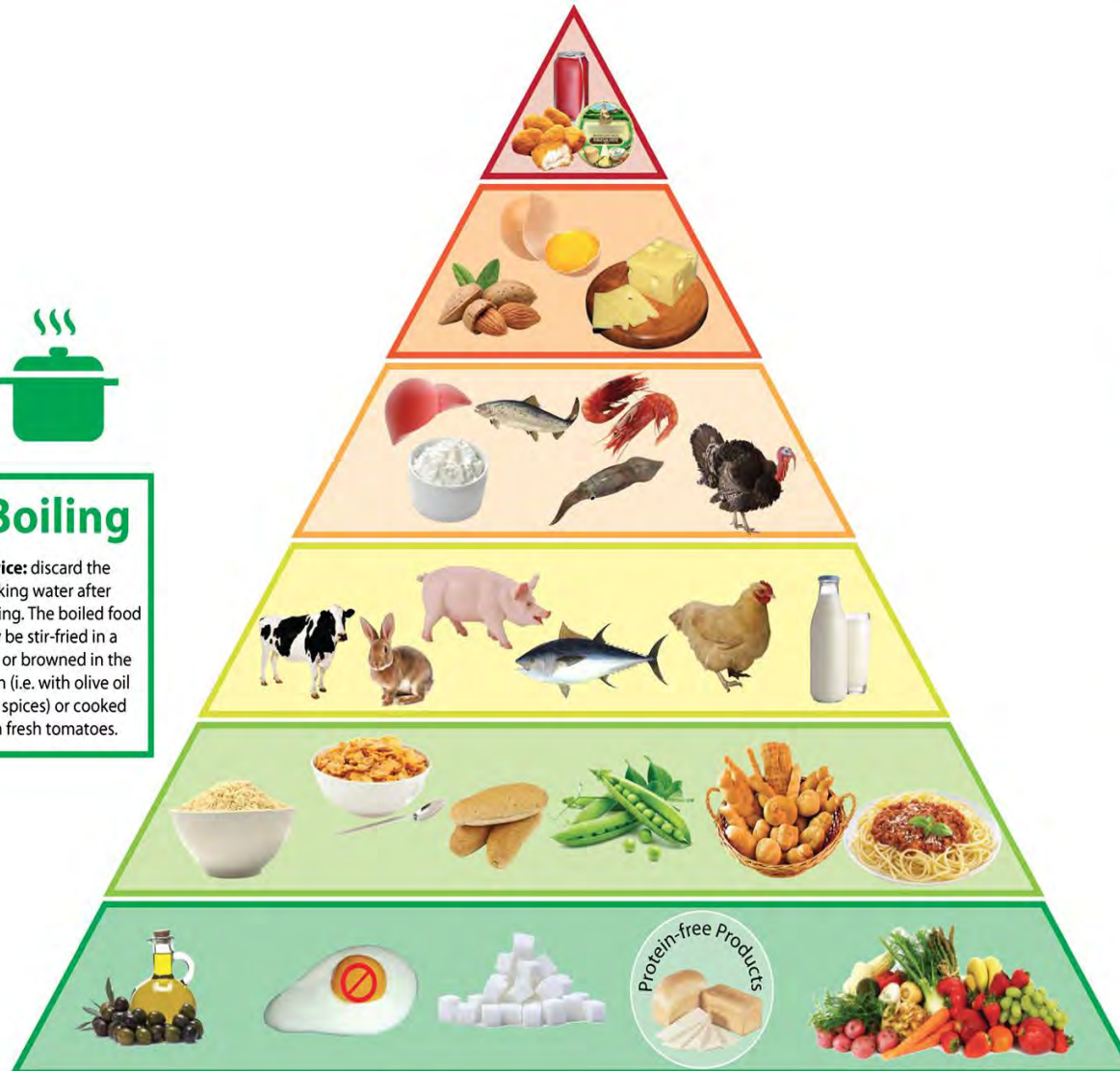
**PROTEİNDEN ZENGİN
BESİNLER
FOSFORDAN DA
ZENGİNDİR.**

FOSFOR PIRAMIDI



Boiling

Advice: discard the cooking water after boiling. The boiled food may be stir-fried in a pan or browned in the oven (i.e. with olive oil and spices) or cooked with fresh tomatoes.



Beverages and Foods with phosphate-additives (E338-343 E450-458 E540-545):

soft drinks (cola in particular), dehydrated milk, processed cheese, processed meat (i.e. chicken nuggets), dessert, instant cappuccino...

Hard cheeses: parmesan, cheddar, emmentaler, pecorino...

Nuts
Yolk

Meat (a): sausages, offal (liver, brain)...

Poultry (a): turkey...

Fish (a): shrimp, squid, salmon...

Soft cheeses: cottage, cream, mozzarella cheese...

Meat (b): rabbit, lamb, ham with no preservatives, pork, veal...

Poultry (b): chicken...

Fish (b): trout, tuna fish, cod, hake, sole...

Milk, yogurt...

Cereals: bread, pasta, rice, cous cous, maize flour, cornflakes...

Legumes: peas, broad beans, beans, chickpeas, lentils, soy...

Egg white

Fruits and vegetables (c)

Olive oil and vegetables fats (d) (i.e. vegetable margarine, corn oil, peanut oil...)

Butter (d)

Sugar (e)

Protein-free products (f)

POTASYUM

	Haemodialysis	Peritoneal dialysis
DOQI	N/A	N/A
ESPEN	<1 mEq/kg /day	<1 mEq/kg /day
EBPG	<1 mEq/kg IBW/day or 50–70 mmol/day	
EDTNA/ERCA	2000–2500 mg/day	2000–2500 mg/day

Table 9: Suggested potassium intake for the dialysis patient.

DOQI = Disease Outcomes Quality Initiative; ESPEN = European Society for Parenteral and Enteral Nutrition; EBPG = European Best Practice Guidelines; EDTNA/ERCA = European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association; N/A = Not available. Adapted from: NKF 2000 (DOQI); Toigo *et al.* (2000) (ESPEN); EDTNA/ERCA 2002; Fouque *et al.* (2007) (EPBG).

POTASYUM

- K YÜKSEK MEYVE VE SEBZELERDEN KAÇININ
- GÜNDE 2 PORSİYON MEYVE
- GÜNDE 2 PORSİYON SEBZE



SODYUM

	Haemodialysis	Peritoneal dialysis
DOQI	N/A	N/A
ESPEN	60–100 mEq/day	60–100 mEq/day
EBPG	80–100 mEq/day	
EDTNA/ERCA	1800–2500 mg/day	1800–2500 mg/day

Table 11: Suggested sodium intake for the dialysis patient.

DOQI = Disease Outcomes Quality Initiative; ESPEN = European Society for Parenteral and Enteral Nutrition; EBPG = European Best Practice Guidelines; EDTNA/ERCA = European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association; N/A = Not available. Adapted from: NKF 2000 (DOQI); Toigo *et al.* (2000) (ESPEN); EDTNA/ERCA 2002; Fouque *et al.* (2007) (EBPG).

TUZ

- SAĞLIKLI POPÜLASYONDA GÜNLÜK Na ÖNERİSİ 2-3 G = 6 G TUZ = 1 TATLI KAŞIĞI TUZ
- EKMEK TUZ MİKTARI ?
- SALÇA YERİNE DOMATES ?
- 10 g salça = 100 g domates aynı miktarda sodyum
- Kabartma Tozu: Bir çay kaşığı kabartma tozu 530 mg sodyum içerir ve günlük sodyum tüketiminin %22'sine karşılık gelir.
- Bulyon Küpleri, Toz Et Tabletleri: 5 gram bulyon 1200 mg sodyum içerir ve günlük sodyum ihtiyacının % 50 sini karşılamaktadır.

Diyetteki Tuz Kaynakları

SALTURK 2

	Ortalama	SD
24h idrarda sodyum (gr)	14,77	5,62
Sodyum Öykü (gr)	11,92	4,88
Yemek Tuz	6,62	3,72
İşlenmiş Besin	1,28	1,35
Doğal Besin	0,26	0,44
Eklenen Tuz	5,08	3,58
Ekmek Tuz	3,80	2,10
Sofra Tuzu	1,50	1,46

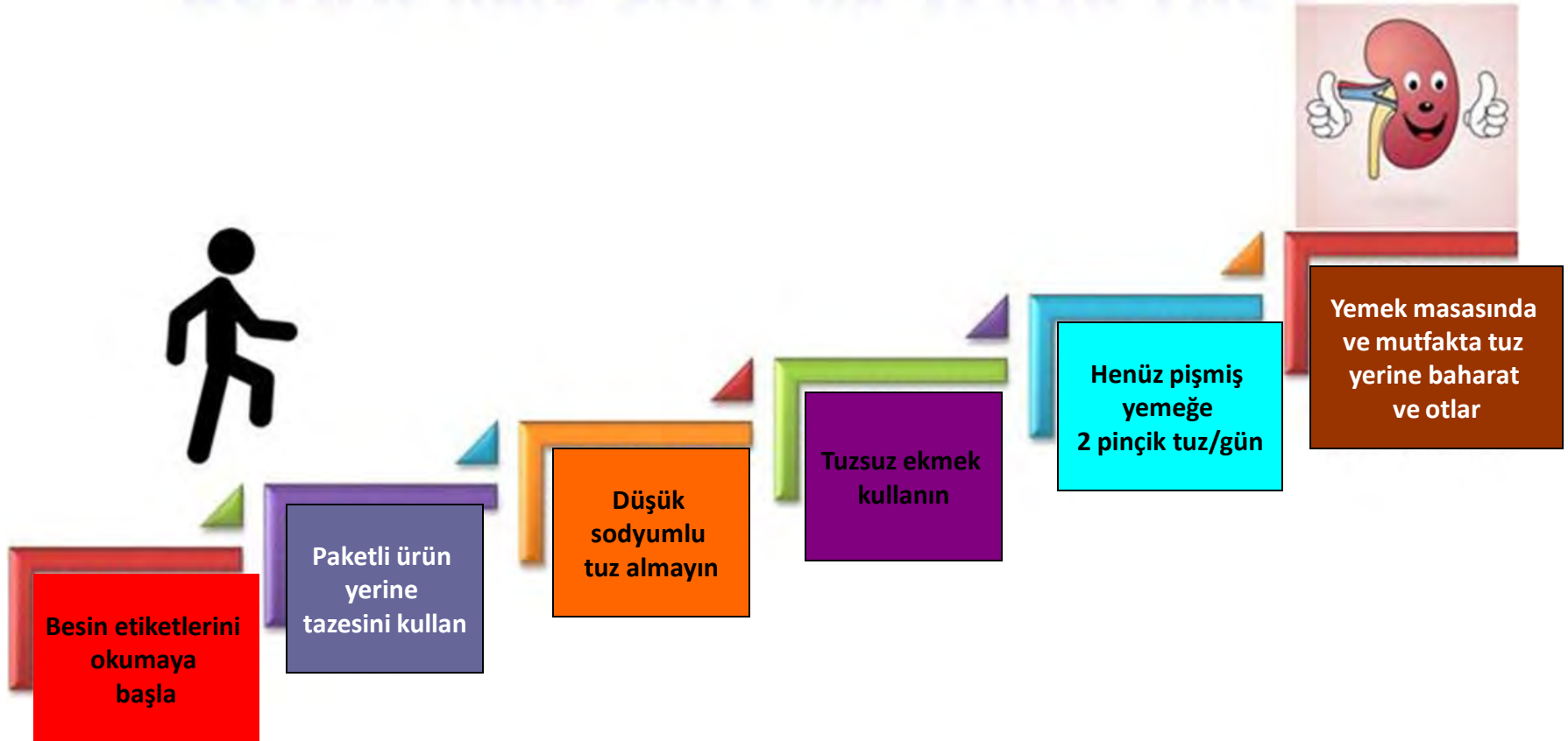
Hipertansiyon, Tuz ve Ekmek Çalışması

Tekin Akpolat, Ragip Kadi, Cengiz Utas
(7 Coğrafi bölgede, 46 ilde)

- Türkiye’de kişi başına günlük ekmek tüketimi ortalama 400 gr
- 100 gr ekmekte NaCl konsantrasyonu ortalama 1.82 gr
- Ekmekten günlük tahmini tuz alımı 7.28 gr

TUZ

REDUCING SALT IN YOUR DIET



SIVI

	Haemodialysis	Peritoneal dialysis
DOQI	N/A	N/A
ESPEN	500–800 mL/day + daily urine output (taking into account the fluid content of foods)	500–800 mL/day + residual urinary volume (taking into account the fluid content of foods)
EBPG	Intradialytic weight gain < 4–4.5% of dry body weight	
EDTNA/ERCA	500 mL + daily urine output – includes only foods that are liquid at room temperature and those with high fluid content	800 mL + daily urine output – includes only foods that are liquid at room temperature and those with high fluid content

Table 12: Suggested fluid intake for the dialysis patient.

DOQI = Disease Outcomes Quality Initiative; ESPEN = European Society for Parenteral and Enteral Nutrition; EBPG = European Best Practice Guidelines; EDTNA/ERCA = European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association; N/A = Not available. Adapted from: NKF 2000 (DOQI); Toigo *et al.* (2000) (ESPEN); EDTNA/ERCA 2002; Fouque *et al.* (2007) (EBPG).



Diyetisyen ekmeđi
kesmen lazım dedi,
3 aydır keserek yiyorum.
Bi tuhaflık
var ama dur bakalım, bi
bildiđi vardır
herhalde.

BİR BESİN TEK BİR BESİN ÖĞESİ İÇERMEZ.

THE POWER OF EGGS

CANADIAN EGGS
Canadian eggs are fresh, local and high quality.

ACCORDING TO Canada's Food Guide

2 eggs = 1 serving (From the Meats and Alternatives food group)

White and brown eggs have the **SAME NUTRITIONAL VALUE**

1 large egg = 5 grams of fat, 70 calories

A large egg provides **6 grams** of high-quality protein, which helps build antibodies and repair muscles.

50% of your daily requirement of vitamin B12, which helps protect against heart disease.

Eggs provide 14 important nutrients such as **vitamins A, D and E, folate, iron, zinc and choline**—eating eggs is good for your bones, teeth, skin and eyes.

DON'T SKIP THE YOLK! Most of the egg's nutrition is in the yolk, including half the protein.

Nutrition Facts

Serving Size 1 egg (50g)
Serving per Container 12

Amount Per Serving

Calories 70 Calories from Fat 45

% Daily Value*

Total Fat 5g **8%**

Saturated Fat 1.5g **8%**

Trans Fat 0g

Cholesterol 185mg **62%**

Sodium 70mg **3%**

Potassium 70mg **2%**

Total Carbohydrate 0g **0%**

Protein 6g **12%**

Vitamin A 6% • Vitamin C 0%

Calcium 2% • Iron 4%



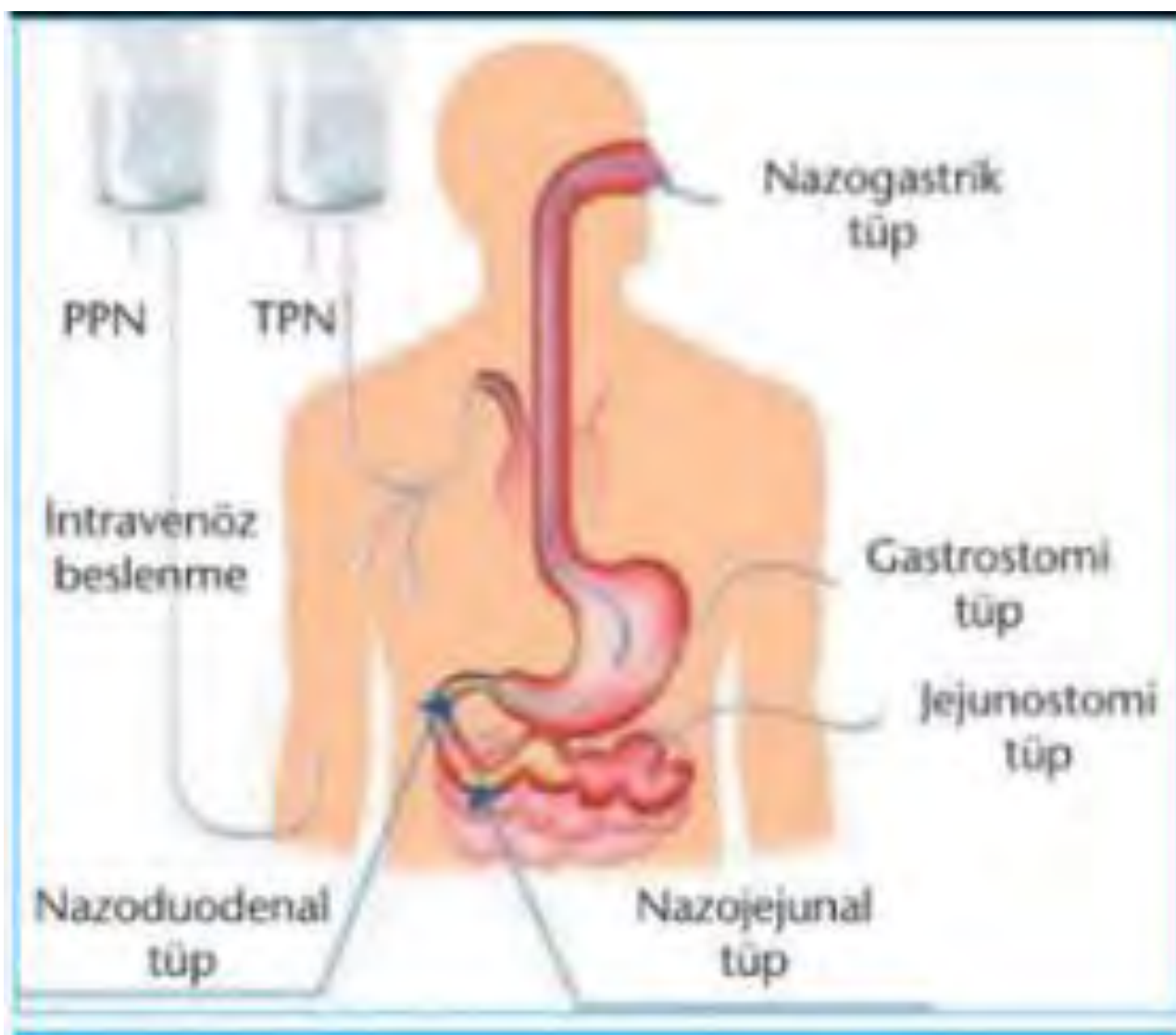
Nutrient		Whole Egg	Egg White	Egg Yolk
Energy	calories	72	17	55
Protein	grams	6.3	3.6	2.7
Carbohydrate	grams	0.4	0.2	0.6
Total Fat	grams	4.8	0	4.5
Monounsaturated Fat	grams	1.8	0	2
Polyunsaturated Fat	grams	1	0	0.7
Saturated Fat	grams	1.6	0	1.6
Trans Fat	grams	0	0	0
Cholesterol	milligrams	186	0	184
Choline	milligrams	126	0.4	116
Riboflavin	milligrams	0.2	0.2	0.1
Vitamin B12	micrograms	0.5	0	0.3
Folate	micrograms	24	1	25
Vitamin D	IU	41	0	37
Vitamin A	IU	270	0	245
Vitamin B6	milligrams	0.1	0	0.1
Thiamin	milligrams	0	0	0
Vitamin E	milligrams	0.5	0	0.4
Selenium	micrograms	15.4	6.6	9.5
Phosphorus	milligrams	99	5	66
Iron	milligrams	0.9	0	0.5
Zinc	milligrams	0.7	0	0.4
Calcium	milligrams	28	2	22
Sodium	milligrams	71	55	8
Potassium	milligrams	69	54	19



BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

- Subjective global assessment **SGA**
- Malnutrition Universal Screening Tool **MUST**
- Nutritional Risk Score **NRS**

KBY İÇİN ÖZEL KULLANIM OLMASA DA BESLENMENİN
DEĞERLENDİRİLMESİNDE YARDIMCI OLABİLİRLER.



Nutrition Route Decision Tree

Collaborate with dietitians when working with enteral formulas

Is the GI tract functioning?

no

Parenteral Nutrition

Initiate trophic feed as soon as possible.

yes

Does patient require enteral support?

no

Maintain oral intake

See pages 19-23 for oral product information.

yes

Organ system dysfunction or other need for specialty formula?

yes

Specialty Formula

* Refer to algorithms and nutrient profiles. Once formula is selected, continually monitor and adjust accordingly.

no

Standard Formula

* Refer to algorithms and nutrient profiles. Once formula is selected, continually monitor and adjust accordingly.

Is formula tolerated well?

yes

Continue with Standard Formula

See Specialty Formula

Able to consume any oral intake in addition to formula?

yes

Supplement enteral support with foods or liquids as tolerated

no

Enteral support only

Click each patient group to go to the algorithm and nutrition profile for that group.

Adult

Pediatric

Term Infant

Premature Infant

Volume Intolerance (Nutrient Dense)

Impaired Digestion/Allergy

Peptide-based
Amino-acid based
Fat malabsorption

Stress/Trauma (Intense Enhanced)

Renal

Lactose Intolerance

Soy-protein based
Milk-protein based

GERD

Renal

Impaired Digestion/Allergy

Fat malabsorption
Protein intolerance/allergy
Protein intolerance/severe allergy

Premature (hospital)

Premature (home)

Human Milk Fortifier (hospital)

ESPEN ENTERAL BESLENME REHBERLERİ

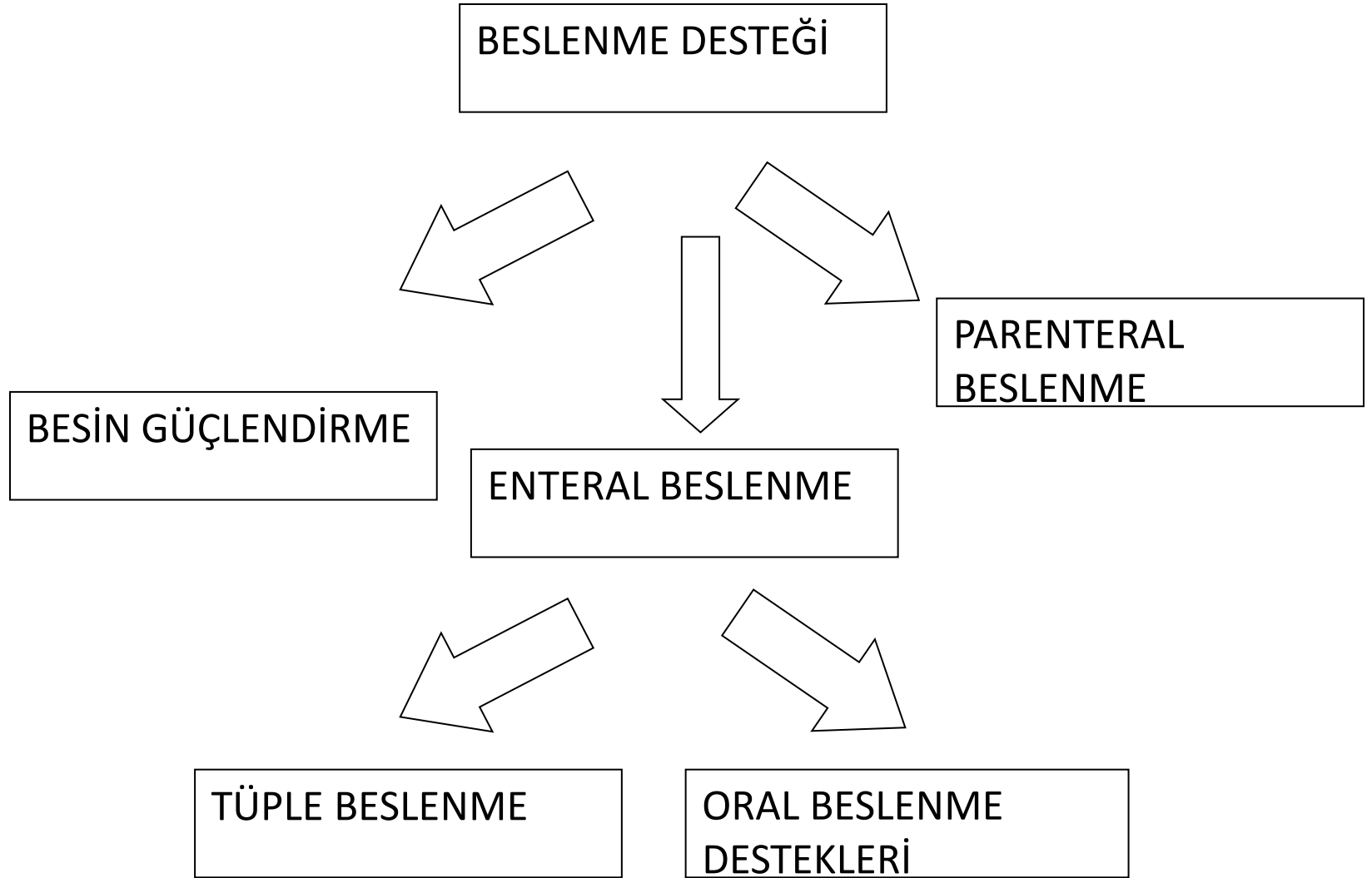
	ABY	KONSERVATİF OLARAK TEDAVİ EDİLEN KBY	HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALAR	CAPD ALAN HASTALAR
EN İÇİN ENDİKASYONLAR	KOMPLİKE OLMAYAN ABY'DE NORMAL NÜTRİSYON VE ONS GEREKSİNİMLERİ KARŞILAMAYA YETMİYORSA TN'İ KULLANINIZ. KANIT DÜZEYİ C AĞIR ABY'DE TN İÇİN ÖNERİLER DİĞER YBÜ HASTALARIYLA AYNIDIR. KANIT DÜZEYİ C KOMPLİKE OLMAYAN ABY'DE SPONTAN VE ONS GEREKSİNİMLERİ KARŞILAMAK İÇİN KULLANIŞLI OLABİLİR. KANIT DÜZEYİ C ENTERAL YOLLA GEREKSİNİMLERİN KARŞILANAMADIĞI BAZI DURUMLARDA EK OLARAK PARENTERAL NUTRİSYON GEREKLİ OLABİLİR. KANIT DÜZEYİ C	NUTRİSYON DANIŞIMINA VE ONS'E RAĞMEN YETERLİ ORAL ALIM MÜMKÜN DEĞİLSE TN'İ KULLANINIZ. KANIT DÜZEYİ C NE ZAMAN EN: -ORAL NUTRİSYONUN MÜMKÜN OLMADIĞI KBY HASTALARINDA VE DİĞER AKUT KATABOLİK KOŞULLARDAKİ HASTALARDA KULLANINIZ. BU HASTALAR ABY GİBİ TEDAVİ EDİLİR. -YETERLİ ORAL ALIMIN BAŞARILI OLMADIĞI KBY HASTALARINDA KULLANINIZ. BESİN ALIMINI İYİLEŞTİRMEK AMACIYLA GECELEYİN TN'İ GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURUNUZ. -KBY'LI YAŞLI HASTALAR ÖZEL İLGİ GEREKTİREBİLİR. 75 YAŞ ÜZERİNDE ÜREMİK HASTA PREVELANSINDAKİ ARTIŞA RAĞMEN BÖBREK YETERSİZLİĞİ OLAN YAŞLI HASTALARDA BESİNSEL GEREKSİNİMLER VE BESİNSEL DESTEK İHTİYACI İNCELENMEMİŞTİR.	TEMEL OLARAK BMI'NİN 20 KG/M²DEN AZ OLMASI, VÜCUT AĞIRLIĞI KAYBININ SON 6 AYDA %10'DAN FAZLA OLMASI, SERUM ALBÜMİN 35G/L'DEN AZ VE SERUM PREALBÜMİN 300 MG/L'DEN AZ OLMASI İLE BELİRLENEN YETERSİZ BESLENMİŞ HD HASTALARINDA NÜTRİSYONEL DESTEK ENDİKEDİR. KANIT DÜZEYİ C -NÜTRİSYON DURUMUNU İYİLEŞTİRMEK İÇİN ONS DÜŞÜNÜZ. KANIT DÜZEYİ A ÖNERİLEN ALIMA ERİŞMEK İÇİN ONS'NİN BAŞARISIZ OLDUĞU DURUMLARDA TN UYGULAYINIZ. BİLİNÇLİ HD HASTALARINDA ONS TERCİH EDİLEN YOL OLMALIDIR. KANIT DÜZEYİ C	GENEL OLARAK HD PRENSİPLERİ GEÇERLİDİR. NÜTRİSYON DURUMUNU İYİLEŞTİRMEK İÇİN ONS KULLANILABİLİR. ÖNERİLEN ALIMA ERİŞMEK İÇİN ONS'NİN BAŞARISIZ OLDUĞU DURUMLARDA TN GEREKLİDİR. KANIT DÜZEYİ C

	ABY	KONSERVATİF OLARAK TEDAVİ EDİLEN KBY	HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALAR	CAPD ALAN HASTALAR
ENTERAL FORMÜL TİPİ	HASTALARIN ÇOĞUNDA STANDART FORMÜLLER UYGUNDUR. KANIT DÜZEYİ C ELEKTROLİT BOZUKLUĞUNUN OLDUĞU DURUMLARDA KBY ÖZGÜ FORMÜLLER AVANTAJLI OLABİLİR. KANIT DÜZEYİ C	NÜTRİSYON YETERSİZLİĞİ OLAN KBY HASTALARINDA KISA VADELİ EN İÇİN STANDART FORMÜLLER KULLANINIZ. KANIT DÜZEYİ C 5 GÜNDEN DAHA UZUN EN İÇİN ÖZEL YA DA HASTALIĞA ÖZGÜ FORMÜLLER KULLANINIZ. (ELEKTROLİT İÇERİĞİ AZALTILMIŞ PROTEİNİ KISITLI FORMÜLLER) KANIT DÜZEYİ C BÖBREK FONKSİYONUNU KORUMAK İÇİN ÇOK DÜŞÜK PROTEİNLİ FORMÜLLERLE İLİŞKİLİ OLARAK ESANSİYEL AMİNOASİTLER VE KETOANALOGLAR ÖNERİLMİŞTİR. KANIT DÜZEYİ B	STANDART ONS KULLANINIZ. KANIT DÜZEYİ C TN İÇİN HD ÖZGÜ FORMÜLLERİ TERCİH EDİNİZ. KANIT DÜZEYİ C FORMÜLÜN P VE K İÇERİĞİ KONTROL EDİLMELİDİR. KANIT DÜZEYİ C	YÜKSEK PROTEİN AMA DÜŞÜK KARBONHİDRATLI ÜRÜNLER TERCİH EDİLMELİDİR. PROTEİNDEN ZENGİN ÜRÜNLER ONS OLARAK KULLANILMALIDIR. KANIT DÜZEYİ C ENTERAL YOL: ERİŞKİN CAPD HASTALARINDA PERİTONİT İNSİDANSINA BAĞLI OLARAK PEG/PEJ KONTRENDİKEDİR AMA ÇOCUKLARDA STANDARTTIR. KANIT DÜZEYİ C

ESPEN PARENTERAL BESLENME REHBERİ

	ABY	KBY	HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALAR	CAPD ALAN HASTALAR
ENDİKASYONLAR	ABY'DE TN İÇİN ÖNERİLER DİĞER YBÜ HASTALARIYLA AYNIDIR. KANIT DÜZEYİ C KOMPLİKE OLMAYAN ABY'DE SPONTAN VE ONS GEREKSİNİMLERİ KARŞILAMAK İÇİN KULLANIŞLI OLABİLİR. KANIT DÜZEYİ C ENTERAL YOLLA GEREKSİNİMLERİN KARŞILANAMADIĞI BAZI DURUMLARDA EK OLARAK PN GEREKLİ OLABİLİR. KANIT DÜZEYİ C	-ORAL NUTRİSYONUN MÜMKÜN OLMADIĞI KBY HASTALARINDA VE DİĞER AKUT KATABOLİK KOŞULLARDAKİ HASTALARDAKİ GİBİDİR. KANIT DÜZEYİ C	SPONTAN ALIM 20/KCAL / KG'IM ALTINDA İSE ENDİKEDİR. KANIT DÜZEYİ C	GENEL OLARAK HD PRENSİPLERİ GEÇERLİDİR. NÜTRİSYON DURUMUNU İYİLEŞTİRMEK İÇİN ONS KULLANILABİLİR. ÖNERİLEN ALIMA ERİŞMEK İÇİN ONS'NİN BAŞARISIZ OLDUĞU DURUMLARDA TN GEREKLİDİR. KANIT DÜZEYİ C

	ABY	KBY	HEMODİYALİZ TEDAVİSİ ALAN HASTALAR	CAPD ALAN HASTALAR
FORMÜL TİPİ	HASTALARIN ÇOĞUNDA STANDART FORMÜLLER UYGUNDUR. KANIT DÜZEYİ C ELEKTROLİT BOZUKLUĞUNUN OLDUĞU DURUMLARDA KBY ÖZGÜ FORMÜLLER AVANTAJLI OLABİLİR. KANIT DÜZEYİ C	SPESİFİK PN FORMÜLLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ MEVCUT OLMADIĞINDAN ENDİKE OLDUĞU DURUMLARDA STANDART FORMÜLLER KULLANILABİLİR. KANIT DÜZEYİ C DİYALİZDE İNDÜKLENEN KAYIPLAR NEDENİYLE SUDA ERİYEN VİTAMİNLER VERİLMELİDİR. KANIT DÜZEYİ C	SANTRAL VENÖZ PN SIRASINDA ENERJİ, KARBONHİDRAT VE YAĞ KOMBİNASYONU İLE SAĞLANMALIDIR. KANIT DÜZEYİ C	CAPD OLGULARINA ÖZGÜ ÖZEL N ŞEKLİ, İPPN'DUR. İPPN'UN NİTROJEN DENGESİNİ VE NUTRİSYON PARAMETRELERİNİ DÜZELTTİĞİ GÖSTERİLMİŞTİR. NUTRİSYONEL GEREKSİNİMLERİN ORAL VEYA ENTERAL YOLLA KARŞILANAMADIĞI DURUMLARDA, STABİL CAPD OLGULARINDA İPPN UYGULANABİLİR. AKUT KÖTÜLEŞEN CAPD UYGULANAN KBH OLGULARINDA PN İÇİN KULLANILACAK YOLUN SEÇİMİ ABY HASTALARI İLE AYNIDIR. BU HASTALARDA PN VE AMİNO ASİT BAZLI PD SOLÜSYONLARI İLE YAPILACAK İPPN KOMBİNASYONLARI KULLANILABİLİR. KRONİK MALNUTRİSYONLU CAPD HASTALARINDA TERCİH EDİLEN YOL PERİTONEAL YOLDUR. KANIT DÜZEYİ B



ORAL NUTRİSYONEL İLAVELER

NORMAL BESİNLERE EK OLARAK DİYETTEKİ BESİNLERİN ÖZEL TIBBİ AMAÇLAR İÇİN ORAL ALIMIDIR. SIVI YA DA TOZ OLARAK BULUNABİLİRLER.

BESİN ÖĞESİ YAPISINA GÖRE:

. POLİMERİK VEYA STANDART ÜRÜNLER

SAĞLIKLI POPÜLASYONDA MAKRO VE MİKRO BEİSN ÖĞELERİ İÇİN REFERANS DEĞERLERİNİ YANSITAN BİR İÇERİĞE SAHİP ENTERAL FORMÜLLERDİR.

ÖZELLİKLERİ:

TATLARI AÇISINDAN KOLAY TOLERE EDİLİR

TAM PROTEİN

LCT

BASİT VE/VEYA KOMPLEKS KARBONHİDRAT

LİF (BAZILARINDA)

GLUTEN VE LAKTOZ İÇERMEZLER

• MONOMERİK VE OLİGOMERİK ÜRÜNLER

TATLARI POLİMERİK ÜRÜNLERE GÖRE DAHA KÖTÜDÜR.

HİDROLİZE PROTEİN

LCT YANINDA MCT İÇEREBİLİR

LİF

GLUTEN VE LAKTOZ İÇERMEZLER

H.Lochs, S.P.Allison, R.Meier et al.Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology definitions and general topics. Clin.Nutr.2006 Apr;25(2):180-6
[Klinik Gelişim 2011; 24: 5-9](#)

KALORİ İÇERİKLERİNE GÖRE

		Endikasyon	ENERJİ kcal/mL	PROTEİN %enerji	YAĞ %enerji	KARBONHİDRAT %enerji	OZMOLALİTE mosm/kg
Standart Formüller	Standart Besinler	Özel bir gereksinim yok	1,0-1,2	15 %	30 %	55 %	300-500
	Yüksek-proteinli standart besinler	Artmış protein ihtiyacı	1,0-1,2	20 %	30 %	50 %	300-500
	Yüksek enerjili besinler (1.5 kcal/mL)	Yüksek enerji gereksinimi veya sıvı kısıtlaması	1,5	20 %	30 %	50 %	500-650
	Yüksek enerjili besinler (2 kcal/mL)	Yüksek enerji gereksinimi veya sıvı kısıtlaması	2,0	15 %	40 %	45 %	450-800
Monomerik ve Oligomerik Formüller	Semi-elemental	Minimal kalıntı, peptidler gibi protein	1,0	20 %	10 %	70 %	320-520
	Elemental	Minimal kalıntı, serbest amino asitler gibi protein	1,0	15-20 %	3-15 %	70-85 %	500-730

H.Lochs, S.P.Allison, R.Meier et al.Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral

Nutrition: Terminology definitions and general topics.

Clin.Nutr.2006 Apr;25(2):180-6

Klinik Gelişim 2011; 24: 5-9

Table 2

Water Content of Various Enteral Formula Densities

Source: *Journal of Parenteral Science and Technology*, 1997; 20: 10-12

<i>Caloric Density</i>	<i>% Water</i>	<i>Volume /1800 kcal (mL)</i>	<i>Water by density for 1800 Kcal (mL)</i>
1.0 kcal/mL	84	1800	1530
1.2 kcal/mL	82	1500	1230
1.5 kcal/mL	76	1200	930
2.0 kcal/mL	70	900	630

- **HASTALIĞA ÖZGÜ ÜRÜNLER**

SPESİFİK HASTALIKLARIN VE/VEYA SİNDİRİMSEL VEYA METABOLİK BOZUKLUKLARIN İHTİYAÇLARINA GÖRE UYARLANMIŞ MAKRO VE MİKRO BESİN ÖĞELERİNİ İÇERİR.

*DİYABET

*SOLUNUM HASTALIKLARI

*GASTROENTERAL HASTALIKLAR

*KARACİĞER HASTALIKLARI

***BÖBREK HASTALIKLARI:** Stabil pre-diyaliz hastalarına esansiyel aminoasitler ile zenginleştirilmiş düşük proteinli ve yoğun enerjili ürünler gerekmektedir.

Diyaliz hastalarında ise yüksek proteinli ve yoğun enerjili ürünlere gereksinim vardır. Renal enteral diyetler sıvı ayarlamasını kolaylaştırabilmek için kalorik açıdan yoğundurlar.

H.Lochs, S.P.Allison, R.Meier et al.Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology definitions and general topics. Clin.Nutr.2006 Apr;25(2):180-6
[Klinik Gelişim 2011; 24: 5-9](#)

Enteral Products Designed for Renal Disease

Product	Manufacturer	Kcals/mL	Protein (gm) **	K (mEq) **	P (mg) **	Mg (mg) **	Cost/1000 Kcals (\$) **
Renal Formulas							
Magnacal Renal	Novartis	2.0	37.5	16	400	100	3.47
Nepro	Ross	2.0	35.0	14	343	108	6.08
NovaSource Renal	Novartis	2.0	37.0	14	325	100	5.64
Suplena	Ross	2.0	15.0	14	365	108	3.73
Nutri-Renal	Nestle	2.0	17.0	Negligible	Negligible	Negligible	4.17
Standard Concentrated Formulas							
Deliver 2.0	Novartis	2.0	37.5	21.5	555	200	4.30
NovaSource 2.0	Novartis	2.0	45.0	19	550	210	3.81
Nutren 2.0	Nestle	2.0	40.0	25	670	268	2.98
Two-Cal HN	Ross	2.0	42.0	31	538	213	3.21

Ürün adı	nepro	Ensure 2 cal	Resource 2.0	Fresubin 2 kcal drink
Enerji kcal	200	200	200	200
Protein g	8,1	8,4	9	10
Karbonhidrat g Şeker g	16 Mısır şurubu, sukroz, mısır maltodekstrin, gliserin, scFOS	21 4,6		22,5 5,8
Sodyum	106	80	100	60
Potasyum	106	175	210	160
Fosfor	72	120	120	120
Kalsiyum	106	150	175	205
Demir	1,9	2,1	1,5	2,5
D vitamini Mcg IU	0,21	1,7		2,5
Lif	+	1		0

PEDİATRİK ENTERAL ÜRÜNLER KARŞILAŞTIRMA

ÜRÜN	ADAPTE FORMÜL	0-18 AY ENTERAL SİMİLAC HIGH ENERGY VS İNFASTRİNİ	NUTRİNİ	PEDİASURE	PEDİASURE FİBRE	İSOSOURCE JUNİOUR	PEDİASURE PLUS	FORTİNİ MULTİFİBRE	NUTRİNİ ENERGY	RESOURCE JUNİOR
BESİN ÖĞESİ										
ENERJİ KCAL	68	100-100	100	100	101	120	150	150	150	150
PROTEİN G	1,3-1,4	2,6-2,6	2,5	2,8	2,8	3,3	4,2	3,3	4,1	3
P MG	33-47	42-40	100	53	53	55	80	75	75	75
K MG	65-70	90-85	110	110	110	110	135	140	165	200
NA MG	17-18	25-25	60	60	60	75	60	67	95	75
CA MG	47-59	80-80	60	56	56	80	84	84	90	125
LİF	+/-	-	-	-	+	-	-	+	-	-
OZMOLARİTE mOsm/L	300	284-295	200	273	289	289	390	440	300	346

•MODÜLER ÜRÜNLER

Karbonhidrat modülleri



Protein modülleri



MCT içeren değişik yağ emülsiyonları veya yağlar, diyetin esansiyel yağ asit içeriğini ve enerjisini arttırmak için kullanılır.

H.Lochs, S.P.Allison, R.Meier et al.Introductory to the ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Terminology definitions and general topics.
Clin.Nutr.2006 Apr;25(2):180-6
Klinik Gelişim 2011; 24: 5-9

PROTEİNSİZ ÜRÜNLER

DÜŞÜK PROTEİNLİ DİYETLERDE ENERJİ ALIMI **TAHİL** VE TERCİHEN **BİTKİSEL YAĞLARIN** KULLANIMI İLE SAĞLANIR.

- PROTEİNSİZ ÜRÜNLERİN KULLANIMI YÜKSEK CHO İÇERİĞİ İLE AVANTAJ SAĞLAR.

**NİTROJEN, P, K İÇERMEZ
VEYA DÜŞÜK MİKTARDA İÇERİR.**

BİR MİKTAR Na İÇEREBİLİR

D'Alessandro C, Rossi A, et al. A. Dietary protein restriction for renal patients: don't forget protein-free foods. J Ren Nutr. 2013;23:367–71.
Bellizzi et al. BMC Nephrology (2016) 17:77

Proteinsiz ürünlerin enerji / fosfat oranları (Kcal/mg)

BESİN	STANDART ÜRÜN	PROTEİNSİZ/DÜŞÜK PROTEİNLİ ÜRÜN
MAKARNA	1.88	8.5
EKMEK	3.57	6.6
BİSKÜVİ	2.64	22.4
SÜT	0.53	29.1

D'Alessandro C, Rossi A, Innocenti M, Ricchiuti G, Bozzoli L, Sbragia G, Meola M, Cupisti A. Dietary protein restriction for renal patients: don't forget protein-free foods. J Ren Nutr. 2013;23:367–71.



Düşük Proteinli
Dalia Likit Süt



Düşük Proteinli
Yumurta İkamesi



DÜŞÜK PROTEİNLİ ÜRÜN VS STANDART ÜRÜN

100 G / 100 ML İÇİN BESİN DEĞERİ	DÜŞÜK PROTEİN GLUTN - ÇUBUK KRAKER	ÇUBUK KRAKER*	GLUTEN- DÜŞÜK PROTEİN BİSKÜVİ	BİSKÜVİ (KURABIYE, BİSKÜVİ ÇEŞİTLERİ)*	DÜŞÜK PROTEİNLİ GUTENSİZ MAKARNA *	MAKARNA ÇEŞİTLERİ*	DÜŞÜK PROTEİNLİ GLUTENSİ Z UN*	BEYAZ UN*	GLUTEN SİZ DÜŞÜK PROTEİN Lİ YUMUR TA İKAMESİ	YUMURTA*	DÜŞÜK PROTEİNLİ SÜT	PROTEİNSİZ SÜT	İNEK SÜTÜ *
ENERJİ KCAL	368	347	530	499	355	348	350	337	347- 467	154	50	67	37
PROTEİ N G	0,88	9	0,3	6.2	0.4	12.5	0.4	9.8	0-0,4	12.9	0,2	0	3.6
FOSFOR MG		130		93	30	165	20	74		216	14	0	102
POTASY UM MG		124		70	9	200	18	108		147	52,6	5	153
SODYU M MG		1790	300	82	3	5	2	2		144	15,7	41	51
KALSİYU M MG		47		19	5	22	3	15		56	17,5	1,5	122

*BEBİS 7.2

İDEAL AĞIRLIĞI 70 KG - 2450 KCAL ENERJİ

PROTEİN

SDBY

0.6 G/KG= 42 G



TOPLAM : 42 G PROTEİN - 1700 KCAL %60 CHO,%30 YAĞ, %10
PROTEİN,

P: 600 MG, K: 1400 MG, Na: EKMEK TUZSUZ İSE 222 MG; TUZLU İSE
1500 MG

PROTEİN



ENERJİ 750 KCAL EKSİK

**100 G DÜŞÜK PROTEİNLİ MAKARNA + 200 ML
PROTEİNSİZ SÜT + 1/2 PAKET DÜŞÜK PROTEİNLİ
BİSKÜVİ = 710 KCAL – 0.5 G PROTEİN**

ENERJİ



zlı erişim için yer işaretlerinizi buraya, yer işareti çubuğuna yerleştirin. [Yer işaretlerini şimdi içe aktarın...](#)

Düşük Proteinli ve Glutensiz Ürünler Fiyat Listeleri



DÜŞÜK PROTEİNLİ ÜRÜNLER FİYAT LİSTESİ

GLUTENSİZ ÜRÜNLER FİYAT LİSTESİ

Ü R Ü N A D I

F İ Y A T I

TIBBİ UN (2000 gr)

10,00 TL

TIBBİ EKMEK (500 gr)

2,25 TL

ETİ PRONOT BİSKÜVİ (85 gr)

1,50 TL

YUMURTA İKAMESİ (200 gr)

STOKTA YOK

BALVİTEN MAKARNA (250 gr)

13,00 TL

BALVİTEN ŞEHRİYE (250 gr)

13,00 TL

BALVİTEN PİRİNÇ (300 gr)

15,00 TL

BALVİTEN PANDİSPANYA KURABIYE (125 g)

STOKTA YOK

BALVİTEN TARÇINLI KURABIYE (150 g)

STOKTA YOK

TARANİS SABLE KURABIYE (120 g)

28,00 TL

BALVİTEN UN (500gr)

10,00 TL

BALVİTEN ÇUBUK KRAKER (70 gr)

9,00 TL

DÜŞÜK PROTEİNLİ ÇİKOLATA (200 g)

45,00 TL

MİNİ MOOS ÇİKOLATA (23 g)

7,00 TL

DÜŞÜK PRO. FINDIK EZMESİ(230 gr)

35,00 TL

Ü R Ü N A D I

F İ Y A T I

SİNANGİL UN (500gr)

5,00 TL

SCHAR ŞEHRİYE (250 gr)

15,00 TL

SCHAR KUSKUS (175 gr)

16,00 TL

SCHAR GOFRET (125gr)

13,00 TL

SCHAR SNACK GOFRET (35*3gr)

15,00 TL

SCHAR SALİNİS TUZLU HALKA (60 gr)

9,00 TL

SCHAR TUZLU KRAKER (210 gr)

18,00 TL

SCHAR GRİSSİNİ (150 gr)

18,00 TL

SCHAR GLUTENSİZ CORNFLAKES (250 gr)

22,00 TL

SCHAR GLUTENSİZ ÇİK. MIS. GEV. (250 gr)

25,00 TL

SCHAR PARÇA ÇİK. BİSKÜVİ (100 gr)

STOKTA YOK

SCHAR KREMALI BİSKÜVİ (125 gr)

15,00 TL

SCHAR BİSKOTTİ ÇİK. BİS. (150 gr)

16,00 TL

SCHAR PETİBÖR BİSKÜVİ (150 gr)

16,00 TL

SCHAR KAYMAKLI BİSKÜVİ (100 gr)

12,00 TL

- $BKI < 20$
- ENERJİ TÜKETİMİ YETERSİZ (BESİN TÜKETİM GÜNLÜĞÜ)
- ENTERAL DESTEK ŞART
- 5 GÜNDEN UZUN SÜRECEĞİ İÇİN HASTALIĞA ÖZGÜ ENTERAL ÜRÜN

İDEAL AĞIRLIĞI 70 KG - 2450 KCAL ENERJİ

HEMODİYALİZ 1.2 G/KG= 84 G PROTEİN

1 YUMURTA + 3 KÖFTE KADAR ET + 1.5 SU BARDAĞI SÜT + 1 KK PEYNİR = 41 G PROTEİN – 520 KCAL

%50 HAYVANSAL PROTEİN

2 D SEBZE + 20 İ D EKMEK + 2 D MEYVE + 9 TK YAĞ

TOPLAM : 84 G PROTEİN - 2450 KCAL %58 CHO,%29 YAĞ, %13 PROTEİN,

P: 1100 MG, K: 1900 MG, Na: EKMEK TUZSUZ İSE 380 MG; TUZLU İSE 3300 MG

PROTEİN : 

ENERJİ: 



Ürün Adı	Satış Fiyatı
DANA KIYMA	28,75 TL
DANA KUŞBAŞI	31,00 TL
DANA BİFTEK	33,00 TL
DANA ROSTO	33,00 TL
DANA ŞİŞ	35,00 TL
DANA BİFTEK SOTE	35,00 TL
DANA BİFTEK-STRAGONOF	35,00 TL
DANA GULAŞ	35,00 TL
DANA PİRZOLA	40,00 TL
DANA KONTRFİLE	40,00 TL
DANA BONFİLE	55,00 TL
GÖVDE KUZU ETİ (KUYRUKSUZ)	30,00 TL
KUZU ÇATAL BUT	31,90 TL
KUZU KOL	28,90 TL
KUZU PİRZOLA	47,00 TL
KUZU GERDAN	24,00 TL

**HERGÜN ET VE SÜT
TÜKETEMİYORUM.
ÇOK PAHALI !!**

Ürün Adı	Satış Fiyatı
TAVUK PİRZOLA (DERİLİ)	9,45 TL
TAVUK FİLETO (DERİLİ)	9,95 TL
TAVUK FİLETO (DERİSİZ)	10,45 TL
TAVUK FİLETO KUŞBAŞI (DERİSİZ)	11,35 TL
TAVUK FİLETO DİLİMLİ (DERİSİZ)	14,15 TL
TAVUK BİFTEK (DERİSİZ)	11,90 TL
TAVUK KAYMAK (DERİSİZ)	10,15 TL
SPECIAL TAVUK (DERİSİZ)	7,10 TL
TAVUK SİFİR (DERİSİZ)	8,30 TL
TAVUK KAYMAK (DERİSİZ)	6,55 TL
TAVUK BİFTEK (DERİSİZ)	8,32 TL



ORTALAMA 30 TL/KG

ORTALAMA 10 TL/KG

GÜNDE 3 KÖFTE BÜYÜKLÜĞÜ ET =90 G ORTALAMA 100 G

AYDA 3 KG ET VEYA TAVUK = 90 TL VEYA 30 TL

İDEAL AĞIRLIĞI 70 KG - 2450 KCAL ENERJİ

HEMODİYALİZ 1.2 G/KG= 84 G PROTEİN

1 YUMURTA + 2 SU BARDAĞI SÜT + 1 KK PEYNİR + **200 ML HİPERKALORİK ÜRÜN** =
42 G PROTEİN – 740 KCAL

%50 HAYVANSAL PROTEİN

2 D SEBZE + 20 İ D EKMEK +2 D MEYVE + 5 TK YAĞ

TOPLAM : 84 G PROTEİN - 2500 KCAL

ESKİ P: 1100 MG, K: 1900 MG, Na: EKMEK TUZSUZ İSE 380 MG; TUZLU İSE 3300 MG

YENİ: P: 1200 MG, K: 2100 MG, Na: EKMEK TUZSUZ İSE 600 MG

PROTEİN :  **ENERJİ:** 



FULL DOZ ENTERAL BESLENME

- 6*1 KBY UYUMLU ENTERAL ÜRÜN (200 ML)
- 2400 KCAL
- 96 G PROTEİN
- 864 MG FOSFOR
- DİĞER MİNERALLER DE ÖNERİLERE UYGUN

YÜKSEK PROTEİNLİ ÜRÜNLER



YÜKSEK PROTEİN İÇERİKLİ ENTERAL ÜRÜNLER

100 ML İÇİN BESİN ÖĞELERİ	NEPRO	RESOURCE PROTEİN	NUTRİVİGOR	FORTİMEL COMPACT PROTEİN	CUBİTAN	PROTİFAR 1 ÖLÇEK
ENERJİ	200	100	165	240	123	9,2
PROTEİN	7	9,4	9	14,4	10	2,18
P	69	100	95	300	182	YOK
K	106	155	280	104	300	3,5
Na	84,5	80	110	40	100	2,75

ÖNERİLER

- MALNUTRİSYON OLUŞMADAN ÖNLENMELİ.
SGA,MUST VEYA NRS 2002 YATIŞTA VE GEREKİYORSA SONRA TEKRARLANARAK YAPILMALI.
- ENTERAL ÜRÜNLER, ORAL BESLENME DESTEK ÜRÜNLERİ UYGUN HASTALARDA KULLANILMALI.
- **KBY + MALNUTRİSYON SGK %100 GERİ ÖDEME**
- DÜŞÜK / YÜKSEK PROTEİNLİ ÜRÜNLERİN RAPORLANABİLMESİ ??
- SIK DİYET KONSÜLTASYONU
- YETERLİ PERSONEL – MESLEKTE BRANŞLAŞMA

DİNLEDİĞİNİZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

