

ESTUDIO NUTRICIONAL DE PACIENTES EN DIALISIS

SERVICIO DE NEFROLOGIA, C.S. LA PAZ. MADRID

**Autores:
Gascón, M. Guerrero
I. Martín,
V. Celadilla
O. del Olmo, M^a C.**

INTRODUCCION

Debido a la conocida mal nutrición de nuestros pacientes y la importancia de este hecho para la evolución de su enfermedad, nos ha impulsado como miembros del Servicio de Nefrología a realizar el presente trabajo.

Siguiendo a Virginia Henderson, la función propia de la enfermera consiste en atender al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuye a su salud, actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios.

La nutrición del individuo se encuentra dentro de las necesidades humanas fundamentales. Admitidas sin discusión estas necesidades, la enfermera debe tener presente que cada cultura las expresa de manera distinta y cada individuo a su propio modo.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un Servicio del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes, sin embargo varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera esas necesidades.

El estado nutricional óptimo de un individuo refleja un equilibrio entre la necesidad de las sustancias nutritivas, la ingestión de alimento y la eficacia en la absorción, almacenamiento, utilización y excreción de los nutrientes.

La necesidad individual de sustancias nutritivas y energía, varía de una persona a otra según su edad, sexo, constitución, intensidad y tipo de actividad física. Existen factores que afectan a la ingestión de alimentos como son de tipo económico (prosperidad o pobreza), de tipo físico como son el estado de las encías, dientes, etc., y de tipo psicosocial como es el estado emocional y está íntimamente relacionado con la ansiedad y otras emociones. Aspecto agradable y medio en que se sirven los alimentos.

Los hábitos alimenticios y el valor cultural varían de una familia a otra y de un sujeto a otro.

Los problemas de salud afectan a la ingestión de alimentos y posteriormente a la nutrición.

La prioridad de la actividad de enfermería debe actuar en aquellos casos en que la salud se ve afectada por el estado nutricional.

Los problemas más comunes que nos podemos encontrar relativos con la nutrición son la desnutrición, obesidad e inanición.

Centrándonos en el paciente urémico los criterios más frecuentes de un deficiente estado nutricional serán clínicos: anorexia prolongada, debilidad física, irritabilidad, disminución de las reservas nutritivas, pérdida de peso; disminución de las defensas del organismo, lo que traerá como consecuencias un mayor riesgo de infecciones y hemorragias, lentificación en los procesos de cicatrización en heridas quirúrgicas, traumáticas o patológicas; bioquímicos:

deficiencia en la síntesis de las proteínas sanguíneas, disminución de linfocitos, anticuerpos, test de hipersensibilidad retardada.

Un papel importante de la enfermera es la promoción de una nutrición adecuada y ayudar en la educación dietética.

La información para evaluar el estado nutricional de un paciente lo descubrimos durante el interrogatorio y la evaluación clínica inicial de enfermería.

En la historia del paciente veremos datos sobre su estado de salud, problemas actuales, órdenes dietéticas etc. La enfermera complementa la información al hablar con el paciente y a sus observaciones (estado general, gordo, delgado, peso).

Participaron en este trabajo un grupo de 23 pacientes en programa de hemodiálisis hospitalaria y nueve de Hemodiálisis domiciliaria con un tiempo de diálisis, de 1 a 10 años. Todos ellos seleccionados al azar y que fueron objeto de historia, hábitos alimenticios y pesada dietética con balanza de precisión, peso relativo, circunferencia brazo medio, circunferencia músculo brazo medio, pliegue piel triceps, determinación de nitrógeno uréico, tasa de catabolismo protéico, C³, transferrina, triglicéridos, albúmina.

Resultados dietéticos: la ingesta protéica diaria fue de $1,46 \pm 0,41$ gr/Kg/día. El 70 por 100 de esta ingesta de proteínas eran de alto valor biológico. Los pacientes de hemodiálisis domiciliaria superaban a los de hemodiálisis hospitalaria. Solo 2 pacientes de HDH. tenían una ingesta de proteínas menor a 1 gr/Kq/día.

Se estudió la tasa protéica catabólica en 16 pacientes encontrándose una relación ingesta protéica diaria/tasa protéica catabólica de $1,28 \pm 0,5$ es decir, no balance protéico discretamente anabólico, con la peculiaridad de que en 8 de estos pacientes el balance era claramente positivo, ingesta proteica diaria/tasa catabolismo proteico de $1,67 \pm 0,45$ y en otros 4 pacientes el balance era negativo, ingesta protéica diaria/tasa catabolismo proteico $0,77 \pm 0,16$, presentando estos últimos una baja ingesta calórica.

La ingesta calórica media fue adecuada $38,3 \pm 8,9$ calorías/Kq/día, con una razón ingesta actual/ingesta ideal (35 cal/Kg/día) de $1,09 \pm 0,25$ siendo en el 18 por 100 de los pacientes inferior a 0,9.

La ingesta de lípidos fue de $0,75 \pm 0,27$ gr/Kg/día con la práctica totalidad de los pacientes ingiriendo cantidades superiores a las recomendadas. La ingesta de ácidos grasos poli-insaturados no tuvo correlación significativa con triglicéridos ($r: - 0,1$) 185 ± 102 mg/día.

Resultados antropométricos: peso relativo medio fué de $102 \pm 0,9$. En 7 pacientes (22 por 100) están por encima del peso ideal y 5 pacientes (16 por 100) por debajo del peso ideal, el resto estaba dentro de su peso ideal.

Circunferencia del brazo medio: $26,5 \pm 3$ cm. Pliegue piel triceps $11,4 \pm 4,5$ mm (8 pacientes por debajo del percentil 15 y ninguno de los pacientes por encima de 85). Circunferencia músculo brazo medio $22,9 \pm 2,6$ cm, (56 por 100 por debajo del percentil 15).

Resultados bioquímicos: sin alteraciones.

Albúmina $4,18 \pm 0,4$ gr/dl. C³: 95 ± 39 mg/dl. Transferrina 223 ± 48 mg/dl. y triglicéridos 185 ± 102 mg/dl.

CONCLUSIONES

En los pacientes de hemodiálisis la ingesta protéica total ha sido aparentemente adecuada con apropiado contenido en proteínas de alto valor biológico y sin embargo, se detecta por medidas antropométricas (CMBM) tendencia a la desnutrición proteica. Esto podría ser explicado por una sobrevaloración de la ingesta proteica diaria o por el estado catabólico (pérdida de aminoácidos) que supone la diálisis o por ambas. Por este motivo parece recomendable la ingesta proteica de 1,2 a 1,5 gr/Kg/día, acompañada de una ingesta calórica de aproximadamente 40 cal./kg./día.

La cuantificación de la ingesta lípidica total ha revelado que casi todos los pacientes comen más grasas en su dieta de las recomendables; supone aprox. 40-50 por 100 de las calorías

totales (recomendable un 30 por 100). El reparto porcentual de los diferentes principios inmediatos en la ingesta de nuestros pacientes demuestra, pues tendencia a la anormalidad.

La enfermera tiene que intervenir en la orientación sobre la nutrición y compartir esta responsabilidad con la dietista, médico y familia.

Enseñar las necesidades básicas de nutrición para conseguir una dieta equilibrada y las necesidades especiales para su enfermedad. Ayudar en el cambio de sus hábitos alimenticios si es necesario, para asegurar una dieta equilibrada. Algunos aceptan las restricciones de una dieta con bastante facilidad pero otros están menos dispuestos al cambio; esto ocurre por una falta de comprensión de porqué es necesario. Es indispensable que la enfermera explique las razones de determinada dieta o restricción, aunque hay otros datos que deben tomarse en cuenta, como son factores socio-económicos y culturales del paciente en otros miembros de la familia.

Para finalizar hay que decir que el conocimiento que la enfermera tiene del paciente, de su familia y de las condiciones de su hogar puede contribuir mucho a obtener éxito en el programa de enseñanza.