

INICIO DE UN PLAN DE EDUCACION DIETETICA PARA PACIENTES EN DIALISIS

*Begoña Lázaro Lázaro, Reyes Velázquez Barbado, Mercedes Martín Azurmendi,
Concepción Rabanal García*

H.C.U. Valladolid

Desde sus orígenes, la terapéutica ha tenido uno de sus mayores pilares en la dietética: Los pitagóricos, entre ellos Hipócrates, se valían de la dieta para curar las enfermedades y sólo si ésta fracasaba recurrían a los medicamentos. (H.M. Sinclair).

En el caso de la IRC es indiscutible la importancia que tiene la dieta, aunque no para curar la enfermedad, sí para mejorar la calidad de vida, optimizar el resultado de su función renal residual y de su tratamiento dialítico y mantenerse en las mejores condiciones para un posible trasplante. El tratamiento de la IRC exige una modificación drástica de los hábitos alimenticios; si tenemos en cuenta que cualquier restricción a la larga se hace difícil de tolerar, un acto tan cotidiano como es el comer puede llegar a convertirse en obsesivo si se considera como una limitación importante.

Con este plan de educación pretendemos que esta modificación de los hábitos alimenticios sea aceptada como parte del tratamiento de su enfermedad.

Dada la importancia de esto y la escasez de conocimientos que generalmente tiene el personal encargado de proporcionar tal información, pretendemos dar las premisas para llevar a cabo esta educación dietética.

Nuestro plan de educación consta de 4 aspectos:

MOTIVACION
ORIENTACION
SUPERVISION
INSISTENCIA

MOTIVACION: El primer paso es informar al paciente, e idealmente al familiar que confeccionará su dieta, de las razones que justifican las limitaciones de la misma, de la importancia que tiene seguirla correctamente y de los problemas que conlleva el no hacerlo. Cuando haya comprendido todo esto estará motivado para hacer su dieta y esta implicación activa en el tratamiento de su enfermedad facilitará una mejor adaptación a sus limitaciones dietéticas. Para intentar conseguir esta motivación, nuestra información se centra en los siguientes puntos:

a) *Aporte proteico:* Normalmente el paciente con IR progresiva sabe que una de las maneras de enlentecer la progresión de su enfermedad es limitar al máximo la ingesta proteica. Cuando el paciente entra en diálisis este concepto debe transformarse porque no tiene función renal que perder, la sintomatología urémica se la controlará la diálisis y además debe compensar con la dieta las pérdidas de aminoácidos y proteínas que condiciona la propia diálisis. En este punto debemos explicar que las proteínas son piezas clave en la formación de tejidos, por lo que un aporte adecuado es imprescindible para el buen funcionamiento de nuestro organismo. Hay que mantener un equilibrio y la ingesta adecuada de proteínas deberá ser de 1 a 1,2 gr/kg/clía. El paciente en diálisis debe tener clara la idea de que una buena nutrición mejorará su calidad de vida.

b) *Restricción del potasio:* El riñón es la principal vía de eliminación del potasio contenido en los alimentos. Al estar abolida esta vía de eliminación en el caso de la IRC, se produce un peligroso acumulo en sangre que conduce a graves perturbaciones del ritmo cardíaco que culminan en la parada cardíaca y que van precedidas por otras alteraciones de la actividad muscular como disestesias, parestesias y gran debilidad con sensación de parálisis. Las estadísticas indican que el 10 %

de los pacientes renales en programa de HD muere por hiperpotasemia.

c) *Restricción de agua y sodio*: Las personas sanas regulan el equilibrio hídrico con la sensación de sed cuando precisan agua y aumentando la diuresis para eliminar el exceso de la misma. En la IRC este equilibrio queda roto al no tener diuresis. Sin embargo, la sed sigue apareciendo en ellos muy influida por un aumento del sodio y provoca un acumulo excesivo de agua en el organismo, que se manifiesta por un aumento de peso rápido y es la causa de hipertensión arterial, edemas, insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón, etc. Como estos pacientes deben regular su equilibrio hídrico conscientemente controlando la ingesta de líquidos de acuerdo con las habitualmente escasas pérdidas que tienen, deben de reprimir su sed y evitar su aparición en lo posible limitando al mínimo la ingesta de sodio.

d) *Restricción de fósforo*: La ingesta de fósforo debe reducirse para evitar elevaciones séricas que producen lesiones óseas y prurito entre otras alteraciones. La imposibilidad de conseguir una dieta pobre en fósforo que sea equilibrada en otros elementos hace necesario complementarla con la administración de sustancias como sales de aluminio y carbonato cálcico que atrapan el fósforo de los alimentos en el aparato digestivo impidiendo su absorción.

Tras motivar de este modo al paciente, es necesario ahora orientarle sobre la forma de llevar a la práctica su régimen dietético.

ORIENTACION: Es frecuente que cuando el paciente toma el contacto con el personal de enfermería de la Unidad de Diálisis tenga en su haber 4 o 5 dietas (pobre en fósforo, hipocalórica, hiposódica, hipoproteica ...), adquiridas a lo largo de su enfermedad y que difícilmente sabe interrelacionar. En este momento y tras las enseñanzas de nuestra motivación es imprescindible una adecuada orientación dietética que concrete en términos prácticos su nuevo régimen dietético. Al nuevo paciente en diálisis se le explicará que ya no debe tener una restricción proteica y a partir de ahora seguirá una dieta que cubra sus necesidades con una ingesta de alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico (pescados, carnes, huevos). Se insistirá, sin embargo, en que ahora es mucho más importante la restricción de agua, sal y potasio. Se le explicará la relación de equivalencia que habitualmente damos a peso y agua, en el sentido de que las variaciones rápidas del peso significan cambios en la cantidad de agua del organismo y no gordura o adelgazamiento, que se manifiesta por las variaciones del peso a más largo plazo.

A cada paciente, dependiendo de sus requerimientos, su enfermera responsable le proporcionará las siguientes tablas indicativas:

TABLA I: Contenido de potasio de algunos alimentos.

TABLA II: Contenido de sodio de algunos alimentos.

TABLA III: Contenido de fósforo de algunos alimentos.

TABLA IV: Alimentos ricos en agua.

TABLA V: Recomendaciones y trucos para disminuir la ingesta de potasio y de agua.

Una vez que el paciente está motivado y adecuadamente orientado sobre su dieta, la labor de enfermería continúa en la fase de supervisión.

SUPERVISION: Es el momento de revisar los parámetros objetivos clínicos (peso, TA, signos de insuficiencia cardíaca o de deplección, pliegue cutáneo, etc.), y analíticos (Urea, K, Ca, P, PCR, etc.) que nos indicarán el grado de seguimiento de su nueva dieta para corregir las desviaciones provocadas por falta de información y comprensión de la misma o por desinterés, falta de voluntad, etc.

Si se observa algún resultado no satisfactorio, enfermera y paciente deberán analizar juntos la dieta habitual que ha seguido y poder descubrir las posibles transgresiones dietéticas que ha cometido y sus causas. Pumpian-Mindlin escribió: «Para cumplir la necesidad de regular y orientar lo que entre en la boca del paciente, es necesario aprender ante todo a escuchar cuidadosamente lo que sale de esa misma boca».

INSISTENCIA: A la dificultad de mantener indefinidamente cualquier tratamiento dietético, cosa que conocen bien todas aquellas personas propensas a la obesidad, se suma en este caso el hecho de que muchos de los efectos que pretende conseguir la dieta son inapreciables de modo inmediato por el paciente, pues sólo tiene traducción a largo plazo en una mejor calidad de vida, alargamiento de la supervivencia, tolerancia del trasplante, etc. Es por ello fundamental insistir periódica y sistemáticamente en el seguimiento de la dieta reforzando conocimientos olvidados, haciendo hincapié en los datos objetivos que indican alejamiento de los consejos y programando reciclajes con una periodicidad establecida.

Además, diversos factores hacen que a lo largo del tiempo varíen las necesidades dietéticas del paciente (desaparición de diuresis residual, peor control tensional, o de los niveles de fósforo, etc.) o su aceptación del tratamiento por circunstancias psicológicas. Todo ello hace imprescindible este aspecto de seguimiento e insistencia personalizada en los conceptos de la dieta.

TABLA I: CONTENIDO DE POTASIO DE ALGUNOS ALIMENTOS

Patatas fritas	1020 mgr / 100 gr alimento.
Pistacho	972 " "
Higos	890 " "
Almendras	773 " "
Uvas pasas	763 " "
Avellanas	704 " "
Setas fritas	668 " "
Castañas crudas	600 " "
Nueces	520 " "
Sardina frita	409 " "
Higado frito	407 " "
Gamba	404 " "
Plátano	370 " "
Aguacate	340 " "
Guindas	316 " "
Merluza cocida	310 " "
Margarina	300 " "
Albaricoque	281 " "
Uvas	254 " "
Melón	251 " "
Garbanzos cocidos	246 " "
Naranja	200 " "

Tabla II: CONTENIDO DE SODIO DE ALGUNOS ALIMENTOS

Tocino ahumamado	2555 mgr / 100 gr alimento.		
Aceitunas verdes	2400	"	"
Jamón York	1490	"	"
Margarina	1160	"	"
Jamón serrano	1120	"	"
Salchichas de Frankfurt	1100	"	"
Sardinas en lata	760	"	"
Atún en conserva	670	"	"
Queso de Gruyère	542	"	"
Lomo magro frito	468	"	"
Pan fresco	428	"	"
Calamares fritos	301	"	"
Guisantes cocidos	270	"	"
Anchoas frescas	225	"	"
Patata cocida	225	"	"
Cacahuete tostado	209	"	"

TABLA III: CONTENIDO DE FOSFORO DE ALGUNOS ALIMENTOS

Leche en polvo	1030 mgr / 100 gr alimento.
Queso de Gruyère	710 " "
Cacao en polvo	709 " "
Sardinias fritas	635 " "
Queso semigraso	610 " "
Pistacho	500 " "
Higado frito	480 " "
Almendra seca	453 " "
Anchoas	426 " "
Nueces	410 " "
Cacahuets tostados	382 " "
Sesos	339 " "
Atún en conserva	325 " "
Chocolate	310 " "
Bacalao salado	298 " "
Gallo frito	234 " "
Huevo hervido	209 " "
Setas fritas	166 " "
Yogur	123 " "

TABLA IV: CONTENIDO DE AGUA DE ALGUNOS ALIMENTOS

Queso de Burgos	68,8 gr agua /100 gr alimento.		
Yogur	86,1	"	"
Chuhleta de Ternera	70	"	"
Jamón york, Jamón Serrano	50	"	"
Besugo	80,5	"	"
Pescadilla	87,9	"	"
Langostinos	40,3	"	"
Arroz blanco cocido	72,6	"	"
Pan blanco	38,3	"	"
Pasta cocida	60,6	"	"
Acelga	90,8	"	"
Calabacín	94	"	"
Lechuga	95,1	"	"
Patata	79,8	"	"
Tomate	93,5	"	"
Fresa	89,9	"	"
Manzana	84	"	"
Naranja	87	"	"
Sandía	92,6	"	"

TABLA V: RECOMENDACIONES Y TRUCOS DIETETICOS

a) Para disminuir el k de los alimentos

- Las verduras y la patata se cortarán en trozos muy finos y se dejarán en remojo unas horas.
- Cocción prolongada de verduras y legumbres y desechando el agua de la primera cocción.
- Frutas: es preferible tomarlas en forma de confituras, compotas, mermeladas etc.
- No utilizar levaduras para los rebozados y repostería.
- No utilizar sales de régimen, pues son sales de potasio.

b) Para disminuir la ingesta de agua

- Medir el líquido total que se ha de beber al día (500cc + diuresis).
- Moderar ingestas de sopas, helados, yogures etc.
- Saltear las verduras.
- Carnes y pescados a la plancha.
- Pan tostado: contiene un 35% menos de agua.
- Moderar la ingesta de productos en conserva por su alto contenido en sal.
- No utilizar extractos de carne por su elevado contenido en sal