

INICIO DEL CUIDADO/CONSEJO DIETETICO INDIVIDUALIZADO EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

*Encarna Domingo, Trinidad Garcia, José Frco. Martínez, Carme Moreno,
Elvira Balaguer Anna Martí*

Servicio Nefrología. Hospital General de Valencia.

INTRODUCCION

Es evidente e indiscutible, que existe una necesidad imperiosa de informar, instruir, motivar y educar al paciente nefrópata crónico en programa de hemodiálisis sobre sus necesidades dietéticas, como parte totalmente activa y no nociva de su tratamiento de base, igual como a cualquier otra población enferma aquejada de otras enfermedades crónicas, en el paciente renal crónico esta necesidad es especialmente acuciante ya que se está demostrando que esta forma de trabajo incide de forma muy importante en su futura evolución clínica (1).

Estas necesidades se hicieron manifiestas en mayor o menor grado en nuestro grupo de pacientes debido a:

Las constantes manifestaciones de agresiones dietéticas que nos comentaban durante las sesiones de diálisis y que en la mayoría de los casos no eran completadas como tales por falta de información.

Las determinaciones de pcr-ktv (2).

También se detectó el ansia de saber que presentaban los enfermos recién incluidos en programa.

Un programa de Educación Dietética deberá realizarse a través de la relación del personal de enfermería, personal médico y dietista con el enfermo, tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario (asociaciones, centros culturales, etc.).

Deberá existir un componente básico para su organización y desarrollo y, como no, para conseguir nuestros objetivos; este componente es la dedicación y esfuerzo personal.

Está totalmente demostrado que esta entrega de tiempo personal, que necesita de un mínimo de planificación, es directamente proporcional a la eficacia y rendimiento en cuanto a aprendizaje se refiere.

Antes de comenzar a elaborar nuestro Programa de Educación Dietética, debemos resaltar el concepto de «Educación». que deberá ser un proceso destinado a cambiar el comportamiento de nuestros pacientes en un sentido deseado «a priori», entendiéndolo el término «comportamiento» dentro de su sentido más amplio de pensamiento, sentimiento y actuación; de esta forma necesariamente se tendrá en cuenta ideas, hábitos, actitudes, intereses de salud, maneras de pensar y habilidades que antes no se tenían, en una palabra su comportamiento variará gracias al proceso educativo (3).

Dieta en griego significa «el arte de vivir», en nuestro caso el arte de vivir con la enfermedad renal, lo más placenteramente posible y al mismo tiempo retrasando la evolución de la enfermedad y la aparición de sus efectos secundarios (4).

OBJETIVOS

Como objetivo a corto plazo, nos planteamos la identificación de las necesidades y problemas relacionados con los hábitos dietéticos, esto nos permitirá conocer cual es nuestro punto de partida para elaborar una dieta individual adecuada a cada paciente (5).

Como objetivo final de nuestra «Educaación Dietética» nos planteamos conseguir un óptimo estado nutricional y una disminución de las necesidades depuradoras adecuándonos en lo posible a los hábitos de vida existentes, problemas socio-económicos y culturales de cada uno de nuestros pacientes, estos objetivos eran sinónimos de DIETA INDIVIDUALIZADA.

MATERIAL Y METODOS

DESCRIPCION DE LA POBLACION

La muestra de nuestro estudio está formada por 40 enfermos renales crónicos en tratamiento con hemodiálisis periódica, 17 mujeres y 23 hombres, con un rango de edad comprendido entre 22 y 74 años, de los que 21 tienen de 60 a 70 años, el tiempo de permanencia en el programa de hemodiálisis, oscila de tres meses a 16 años.

En cuanto a nivel cultura; 12 son analfabetos (lo que imposibilita la información escrita), 14 comprenden el lenguaje escrito pero no leen habitualmente por lo que cualquier información escrita que se les da, necesita un gran apoyo oral, el resto presentan un grado de alfabetización suficiente para comprender-entender la información escrita, y sólo uno de este grupo tiene estudios superiores.

En la elaboración del consejo dietético individualizado, o dieta adecuada a cada enfermo, vimos la necesidad de seguir una doble vía paralela; por una parte la identificación de necesidades y problemas que podían tener relación con los hábitos alimenticios y por otra parte la valoración de parámetros biológicos.

1.0 IDENTIFICACION DE NECESIDADES Y PROBLEMAS.

a) Ingesta intradiálisis.

En el momento actual en nuestro Hospital no disponemos de Departamento de dietética, teniendo que acogernos en todo momento a las normas hosteleras del hospital que sólo dispone de unas dietas tipo según patologías.

La ingesta intradiálisis nos la sirven de cocina y es dieta única, teniendo únicamente en la cocina de la Unidad algunos productos como (flanes, zumos, galletas, etc.), así mismo la ingesta en cuanto la cantidad de esta dieta única (sólidos) es libre a petición del enfermo, en raras ocasiones está limitada, en la mayoría de las ocasiones consiste en un bocadillo (panecillo 40 grs) de carne, tortilla, queso, mantequilla, jamón york... y un vaso de líquido, siendo más estricta esta limitación en cuanto a líquidos por la ganancia de peso interdiálisis.

Durante semanas se hizo un seguimiento de estas ingestas intradiálisis haciendo una valoración cuantitativa, cualitativa y crítica.

Se hicieron fichas individuales para cada enfermo en las que reflejábamos el menú servido por cocina, la cantidad de alimento sólido (para lo cual se pesaba antes de servir) y la cantidad de líquidos en mililitros. En estas fichas se reflejaba la opinión del personal de enfermería y del enfermo sobre las condiciones de los alimentos servidos (frío, caliente, duro, salado, etc.). Así mismo se pidió a los enfermos que hicieran una crítica global de como eran los menús intradiálisis, y como les gustaría que fueran.

Para conseguir que los pacientes realicen una dieta correcta en su domicilio es importante, ofrecerles una alimentación intradiálisis que cumpla las mismas normas que nosotros les recomendábamos para casa.

b) Ingesta semanal.

Se les pidió a nuestros pacientes que rellenasen diariamente y durante una semana un cuestionario en que tenían que reflejar lo que tomaban en desayuno, comida, merienda y cena así como la cantidad de líquidos ingerida durante y fuera de las comidas.

Una semana después se recogieron estos cuestionarios individualmente, repasándolos junto al enfermo y aclarando puntos dudosos o no reflejados en los mismos, también se les hizo una encuesta con las siguientes preguntas:

- 1) ¿QUE SE LE HA EXPLICADO Y SABE SOBRE SU REGIMEN?
- 2) ¿QUE ALIMENTOS SE AUTOPROHIBE Y POR QUE?
- 3) ¿PESA O MIDE DE ALGUNA MANERA LOS ALIMENTOS QUE TOMA?
- 4) ¿CONSUME SAL?
- 5) ¿COME INDIVIDUALMENTE O DE LA COMIDA FAMILIAR?
- 6) ¿PASA HAMBRE?
- 7) ¿PASA SED?
- 8) TIENE VOMITOS, ARDORES?
- 9) ¿DIFICULTAD EN LA MASTICACION?
- 10) ¿QUE INFORMACION LE GUSTARIA RECIBIR Y COMO?
- 11) ¿ACTIVIDAD DIARIA?

Las encuestas fueron repartidas, recogidas y hechas por dos enfermeras de servicio, teniendo cada una asignada un grupo de pacientes, en las mismas reflejamos el grado de fiabilidad que las respuestas nos ofrecían. El grado de fiabilidad lo decidimos por el conocimiento que nosotros tenemos de los pacientes, pero no somos ajenos a los problemas que esto supone.

Una vez recogidas todas las encuestas de ingesta semana; se procedió a la valoración conjunta de las mismas por un equipo formado por cuatro enfermeras y un médico.

- Líquidos.
- Lácteos.
- Carne, pescado y huevos.
- Frutas y verduras.
- Cereales y derivados.
- Grasas.

Se realizó una valoración sem cuantitativa en función de; número de raciones de cada grupo de alimentos que consumían diariamente valorándose según se observa en la tabla 1, 2. VALORACION DE PARAMETROS. a) Diuresis.

En aquellos pacientes que era significativa, es decir superior a 500 ml/24 h. b) *Índice de masa corporal (B.M.I.)*.

Que nos indica la existencia o no de obesidad y el grado de ésta, Lo determinamos de la siguiente forma:

Peso seco <23 (peso ideal); ~,23 sobrepeso
Talla (en m cuadrados)

c) *Ganancia* de peso interdiálisis.

Se hizo un estudio durante dos meses de sobrepeso que presentaban nuestros pacientes al inicio de las sesiones de diálisis, calculando la media y la desviación standar, a esta ganancia se le dio una numeración de 0, 1, 2, o 3 según fuese inferior a 1 kg, de 1,1-2 kg, de 2,1-3 kg o > 3 kg,

d) *Tensión arterial*

Se recogieron las tensiones sistólica y diastólica de principios de diálisis, calculando igualmente la media y desviación standar, valorándose según se aprecia en la tabla 2 (9).

e) Valoración parámetros *bioquímicos*.

Tasa de catabolismo proteico (10) (P.C.R.). Se hizo por lo menos una valoración.

Potasio, fósforo y urea. Se recogieron las cifras de los controles mensuales, calculándose la media y la desviación estándar, tabla 2.

RESULTADOS

- 1) De las 40 encuestas entregadas para su cumplimentación por los enfermos, 39 nos fueron devueltas en condiciones de ser valoradas, solamente en el caso de una enferma dado su condición de sordomuda y la no colaboración de los familiares no se pudo realizar la encuesta de ingesta semana; Los resultados se ven en la tabla 3, y han sido obtenidos tras la valoración hecha según grupos de alimentos y raciones.
- 2) Los resultados obtenidos en la valoración de la encuesta individual fueron los siguientes: La mayoría de los enfermos la única información dietética recibida consistía en unas dietas semanales que se les entrega a la entrada en programa de hemodiálisis y que se les reflejaba diariamente lo que tenían que comer unido a la descripción de los alimentos más prohibitivos (26).
9 enfermos dijeron no haber recibido ninguna información dietética en el momento de entrar en diálisis, aunque nos consta que sí se les había entregado.
2 se habían preocupado de leer por su cuenta algún tipo de información.
- 27 enfermos dijeron prohibirse algún tipo de alimento, no estando en ocasiones esta prohibición relacionada con

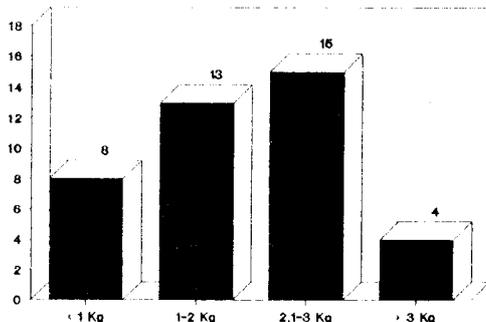
- alteraciones nefrológicas sino por el contrario con molestias gástricas.
- 12 enfermos reconocieron no prohibirse absolutamente ningún alimento.
 - La mayoría de los enfermos (30) no medía ni pesaba de ninguna manera los alimentos, 6 lo hacían en un principio y en el momento actual controlaban las cantidades un poco, 3 en el momento actual pesaban los alimentos que ingerían.
 - La mayoría de; grupo estudiado (28) estaban siguiendo un régimen hiposódico. 5 asódico, y 2 hacían un consumo libre de sal.
 - Solamente, había 6 enfermos que hacían sus comidas de forma individual, los de más en la mayoría de las ocasiones comían el mismo menú que el resto de la familia (33).
 - La mayoría de los enfermos (33) dijeron no pasar hambre con la dieta que seguían. 6 enfermos dijeron pasar hambre en ocasiones.
 - Hubo una mayoría (26) que admitieron pasar sed por miedo a la ganancia de peso interdiálisis. 13 reconocieron no pasar sed.
 - La mayoría (28) no presentaban problemas digestivos tales como vómitos o ardores. - 13 enfermos presentaban algún tipo de dificultad para la masticación.
 - 9 enfermos admitieron que aunque se les diera información dietética no la seguirían. 20 dijeron que les gustaría recibirla pero que no sabían hasta que punto la cumplirían. 10 reconocieron la necesidad de más información y el estar dispuestos a seguirla. En el caso de 8 enfermos la actividad que desarrollaban era totalmente sedentaria. 19 se limitaban a la actividad desarrollada en casa.
 - 12 reconocían tener una vida activa.
- 3) Los resultados obtenidos de la valoración de parámetros se recogen en las gráficas 1-2-3.

CONCLUSIONES

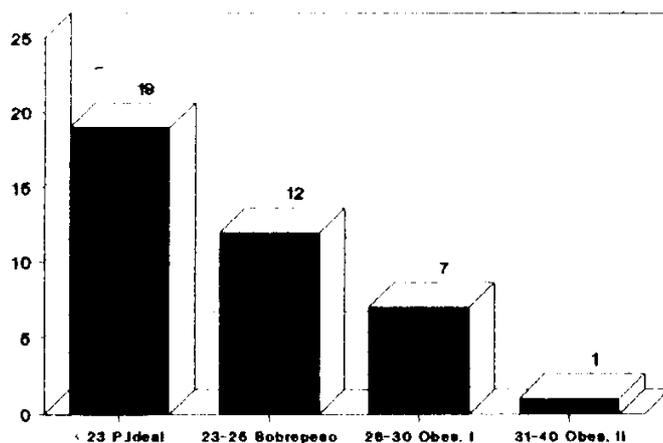
- 1) La buena aceptación por parte de los pacientes cuando se les pidió su colaboración puso de manifiesto el gran interés que sienten en sentirse colaboradores en la elaboración de su propia dieta.
- 2) Con los resultados obtenidos tras la valoración individual de encuestas y parámetros nos encontramos en condiciones de saber las necesidades y problemas dietéticos de cada uno de nuestros enfermos, esto nos permite la elaboración de dietas individualizadas, con lo que hemos cumplido el objetivo que nos habíamos propuesto a corto plazo.
- 3) En la actualidad estamos elaborando conjuntamente médico y enfermeras, (no disponemos de dietistas) un consejo dietético individual para cada enfermo, este consejo varía totalmente de unos enfermos a otros. Hay enfermos en los que simplemente nos tenemos que limitar a darles en dibujos los alimentos totalmente prohibidos, en otros consideramos que nuestro consejo quedará muy condicionado por sus condiciones económicas ya que su economía sólo les permite «comer lo que pueden, cuando pueden», en la mayoría de los casos, se están efectuando dietas según raciones que pueden tomar de cada grupo de alimentos diariamente, acompañando esta información con nociones de composición y manejo de los alimentos.
- 4) Una vez dada la información dietética a nuestros enfermos tenemos previsto hacer controles de seguimiento de esta información para lo cual se volverá a hacer una recogida de datos en la que incluiremos encuesta semanal, individual y valoración de parámetros, a los tres y 6 meses de puesta en marcha de nuestro plan de dieta individual esto nos permitirá valorar la efectividad o no de este tipo de dieta. El año que viene os contaremos los resultados.

BIBLIOGRAFIA

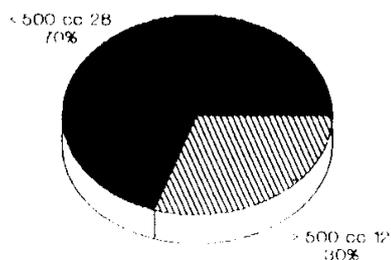
- 1) MONCADA, E: Educar en diabetes. Guía para el educador Edit. Científico-Médica. Barcelona 1984.
- 2) A. Martí i col. Diálisis adecuada. Una responsabilidad de preocupación de enfermería. EIDTNA-ERCA Journal XI, Agosto 1980.
- 3) O.M.S. Planificación de un programa Enseñanza-Aprendizaje. Guía Pedagógica. Ginebra 1980,
- 4) A.M, DARTOIS. Importancia de la nutrición en la insuficiencia renal de; adulto y de; niño. BISEAN Octubre 1983. 5) O.M.S. Tablas específicas de un Programa Educativo. Guía pedagógica. Ginebra 1980.
- 6) ALMANDOZ BERRONDO C. Alimentación en Hemodiálisis. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1988.
- 7) A. MARTIN ZURRO J. F. Cano Pérez. Manual de Atención Primaria: Organización, pautas de atención en consulta, 2. Edición Editorial Doyma.
- 8) LUQUE OTERO M. Hipertensión Arterial Ect. IDEPESA. Madrid 1988.
- 9) O.M.S. Hipertensión Arterial Informe técnico n.O 628. Ginebra 1978. 10) Brenner and Rector. The Kidney. Thircf Edition.



Gráfica 1.- Resultados valoración sobrepeso.



Gráfica 2.- Resultados valoración B.M.I.



Gráfica 3.- Resultados valoración diuresis.

	-0-	- 1 -	-2-	-3
LIQUIDOS	0-500cc	500-1000cc	> 1000cc	
LACTEOS	< 1 ración	1 ración	2 raciones	> 2 raciones
CARNE				
PESCADO	1 ración	1 ración	2 raciones	2 raciones variadas
HUEVOS				
FRUTA				
y VERDURAS	< 1 ración	1 ración	2 raciones	Alimentos prohibidos
CEREALES				
y DERIVADOS	NO	Moderado	Exceso	
GRASAS	NO	Moderado	Exceso	

Tabla 1.- Valoración de la dieta semana;

	-0-	- 1 -	-2-	-3	EXCESO
UREA	BAJO	NORMAL	LIMITE		> 200
POTASIO	< 160	160-180	181-200		
FOSFORO	< 4,5	4,5 - 5,5	5,6-6,5	> 6,5	
P. C. R.	< 3,5	3,5-5	5,1-6,5	, 6,5	
T.A.S,	< 0,8	0,8-1,4	1,5-1,7	, 1,7	
T. A. D,	< 100	100-140	141-160	160	
	< 60	60-80	81-90	> 90	

Tabla 2.- Valoración de parametros

	-0-	-1-	-2-	-3-
LIQUIDOS	8	25	7	
LACTEOS	6	18	13	3
CARNE				
PESCADO	3	12	7	18
HUEVOS				
FRUTA				
y	8	7	17	8
VERDURAS				
CEREALES				
y	0	29	10	
DERIVADOS				
GRASAS	0	29	10	

Tabla 3.- Resultados de la valoración de la dieta semanal

	- 0 -	- 1 -	-2-	-3-	
	BAJO	NORMAL		LIMITE EXCESO	
UREA	12	10	10	8	
POIASIO	1	14	21	4	
FOSFORO		3	5	22	1
P.C.H.	18	20	2	0	
T.A.S.	0	11	16	13	
	0	15	13		

Tabla 4.- Resultados valoración de parámetros.