

Adherencia al Tratamiento Dietético en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Diferentes Modalidades de Tratamiento, un Análisis Comparativo

Mónica Alejandra Rangel Cruz (1), Ma. Del Carmen Méndez Hernández (2)

1 [Licenciatura en Enfermería y obstetricia sede Guanajuato, Universidad de Guanajuato] | Dirección de correo electrónico: [ma.rangelcruz@ugto.mx]

2 [Departamento de Enfermería y Obstetricia sede Guanajuato, División de Ciencias de la Salud, Campus León, Universidad de Guanajuato] | Dirección de correo electrónico: [mcmendezher@gmail.com]

Resumen

La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad de alta prevalencia a nivel mundial, en la cual se presenta pérdida progresiva e irreversible de la función renal. De acuerdo con la National Kidney Foundation, la ERC se clasifica en cinco estadios. Las opciones de tratamiento en los últimos estadios son la terapia de sustitución renal (TSR) como trasplante renal, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal (DP). La tasa de no adherencia al tratamiento dietético en pacientes renales es elevada, independientemente del estadio de la enfermedad y modalidad de TSR. **Metodología.** Se aplicó un cuestionario dirigido a evaluar la adherencia al tratamiento dietético que consta de dos apartados. **Resultados.** Se evaluaron 29 pacientes, 14 en tratamiento de HD y 15 en DP, se encontraron diferencias en el peso ideal e inicial. No hubo diferencia en el grado de adherencia, que fue alto en un 55.2%(n=16), medio en 41.4%(n=12) y de no adherencia en un 3.4%(n=1). **Discusión-conclusiones.** Se ha reportado que alrededor del 50% de pacientes con ERC se adhieren en forma inadecuada a su régimen terapéutico, lo cual podría comprometer gravemente su efectividad, por lo que es importante que el equipo de salud promueva intervenciones a mejorar ésta situación en pacientes renales.

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is a worldwide public health problem, in which progressive and irreversible loss of kidney function occurs. According to the National Kidney Foundation, CKD is classified into five stages. The Renal Replacement Therapy (RRT) has a vital role in the treatment of CKD, with treatments of renal transplantation, hemodialysis or peritoneal dialysis. The rate of non-compliance with treatment in patients with renal failure is high, regardless of the stage of disease and RRT modality. Methods. A questionnaire was used to assess adherence to dietary treatment and consists of two sections. Results. 14 and 15 patients were evaluated in the treatments of hemodialysis and peritoneal dialysis, respectively. There was no difference in the degree of adherence to dietary, which was high at 55.2%(n=16). Discussion and Conclusions. Studies have reported that about 50% of CKD patients adhere incompletely to your regimen form, which could seriously compromise their effectiveness. The implementation of strategies of intervention and adherence to treatments, guided by health professionals may be helpful in modifying negative dietary habits.

Palabras Clave

1; Hemodiálisis 2; Dialisis Peritoneal Continua Ambulatoria 3; Adhesión 4; Proteínas 5; Restricción de Líquidos.

INTRODUCCIÓN

Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Se define como la presencia de una disminución de la función renal, caracterizada por una tasa de filtración glomerular (TFG) $<60 \text{ ml/min/1.73m}^2$ o como la presencia de un daño renal, manifestada en forma directa por alteraciones histológicas, albuminuria-proteinuria, alteraciones de sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen; de forma persistente con una duración igual o mayor a 3 meses [1]. La progresión de la enfermedad implica factores hemodinámicos, metabólicos y de crecimiento celular presente en todos los grupos de edad, pero existen factores individuales que influyen en la pérdida de nefronas residuales que desencadenan el daño renal inicia, originando esclerosis y pérdida progresiva de las mismas [2]. De acuerdo con la National Kidney Foundation (NKF) se clasifica la ERC en 5 estadios, basadas en la tasa de filtración glomerular, las plasmadas en las guías Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (K-DOQI) (Tabla 1) [1].

Las opciones de tratamiento para los pacientes con ERC en los últimos estadios, son las terapia de sustitución renal (TSR) como el trasplante renal (TR), la hemodiálisis (HD) y la diálisis peritoneal (DP) en sus diferentes modalidades, estas tienen como objetivo la extracción de moléculas de bajo a alto peso molecular y exceso de líquido glomerular, las cuales ya no son eliminadas por vía renal [3]. La HD consiste en un complejo régimen de tratamiento, medicamentos, fluidos, y la gestión de la dieta. Los requerimientos de energía y nutrientes deben individualizarse según el estadio de la ERC y el tipo de tratamiento. Una ingesta energética de 35 kcal/kg/día permite alcanzar y/o mantener un balance nitrogenado neutro. Las recomendaciones actuales de proteínas para ERC en estadios 3, 4 y 5 establecen la restricción proteica de $0.6 - 0.8 \text{ g/kg/día}$ [4].

Tratamiento dietético en ERC

Se ha descrito que el manejo nutricional tiene como objetivo retrasar la progresión de la enfermedad

renal y evitar la aparición de complicaciones, para ello se debe evaluar y monitorear el estado nutricional del enfermo, así como realizar los ajustes necesarios a su ingesta dietética, restringiendo nutrientes clave como proteínas, fósforo, potasio y sodio entre otros, lo que deriva en la limitación del consumo de varios alimentos por su alto contenido en estos nutrientes dependiendo de las condiciones del paciente [5]. La dieta del paciente renal debe ser restringida en proteínas, en los estadios del I al IV se recomienda una ingesta proteica inicial de 0.6 gr/kg/día y continuar con 0.8 gr/kg/día , en aquellos pacientes con TFG menor a 25 ml/min . Este rango estabiliza o disminuye la albuminuria, retarda la disminución de la TFG y la progresión de la enfermedad. La ingesta de líquidos forma parte de la dieta habitual, en caso de las personas con ERC al existir una disminución de las funciones del riñón se produce la retención de líquidos por lo que su consumo deberá ser proporcional al volumen excretado más $500 \text{ a } 1000 \text{ ml}$ [6]. Es así que la tasa de no adherencia (NA) en pacientes con ERC es elevada, a pesar de las diferentes métodos de evaluación utilizados en cada estadio y modalidad de tratamiento, presentándose en diferente magnitud, por ejemplo se han descrito tasa de NA a los medicamentos del 81%, a la restricción de fluidos de 74% y finalmente a la restricción dietética de 82.4% [7].

La mortalidad es sin duda la mayor evidencia sobre el impacto de la no adherencia al tratamiento, se ha encontrado que una ganancia de peso inter dialítico al mes mayor al 5.7 %, aumenta la mortalidad entre el 12 y el 30%, el hallazgo de más de 7.5 mg/dl de fósforo y 6 mEq/L de potasio séricos, ocasionan un aumento de la mortalidad entre un 17 y 19% respectivamente [8].

Por otra parte, la no adaptación al régimen terapéutico puede comprometer gravemente su efectividad, disminuye la percepción de bienestar de los pacientes y puede generar costos adicionales al sistema de salud.

En base a lo descrito previamente, en el presente trabajo analizamos el nivel de adherencia al tratamiento dietético y su relación con la progresión de la enfermedad, en pacientes con ERC en tratamiento de diálisis y HD.

MATERIALES Y MÉTODOS

El objetivo de esta investigación fue el análisis del nivel de adherencia al tratamiento dietético en pacientes con Enfermedad Renal Crónica en sus diferentes modalidades de tratamiento (HD y DPCA) por lo cual realizo este estudio de análisis comparativo, de corte transversal, el cual evaluó el grado de adherencia al tratamiento dietético de pacientes con diagnóstico de ERC, en modalidades de TSR de HD y DP.

Los pacientes fueron captados en una Unidad Médica de Tercer Nivel de Atención. A los participantes se les explicó el objetivo del estudio y se obtuvo su consentimiento informado, siguiendo los lineamientos éticos para estudios en seres humanos. Posteriormente, se les aplicó el instrumento dirigido a evaluar el nivel de adherencia (CEAD), el cual consta de dos apartados. El primero se enfoca a la obtención de datos personales y el segundo evalúa el nivel de adherencia, conformado por 30 ítems. Para el vaciado de datos se utilizó el paquete SPSS 21, para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se evaluaron 29 pacientes con ERC en TSR, de los cuales 14 (48.3%) estaban en tratamiento de HD y 15 (51.7%) en DP. La población se conformó de 14 mujeres y 15 hombres. La edad fue de 46 ± 16 años (promedio \pm DE). Las patologías de mayor prevalencia fueron la HAS en un 24.1% (n=7) y Derrame Pleural en un 20.7% (n=6). El 69% (n=20) refirió no realizar actividad física.

En cuanto a la percepción de la adherencia por el paciente, el 75% (n=22) la refirieron como regular, el 13.8% (n=4) como mala y 10.3% (n=3) como buena. Con el instrumento se encontró en un 55.2% (n=16) como alta, en el 41.4% (n=12) como media y en un 3.4% (n=1) como baja.

Lo descrito previamente es acorde a lo reportado por Pasticci y colaboradores (2012) [9], describiendo que

cerca del 50% de los pacientes con insuficiencia renal se adhieren de forma inadecuada a su régimen de tratamiento, siendo un determinante el tiempo de permanencia dentro de alguna de las modalidades. Los requerimientos energéticos de los enfermos renales, generalmente se calculan con base a su peso ideal, mismo que puede calcularse a partir del IMC, si este se encuentra entre $20 - 25 \text{ kg/m}^2$ se considera como peso ideal (PI), aunque se debe ser cuidadoso en su medición ya que se podría subestimar la ingesta energético/proteica. En nuestro estudio encontramos diferencia en el peso habitual con su peso inicial ($p=0.042$ para HD; $p=0.041$ para DP), así como entre grupos, como se muestra en la tabla 2.

Es importante señalar la tendencia en menor peso para los pacientes que se encuentran en HD en relación con los que se encuentran en tratamiento de DP y en parte, la efectividad del tratamiento para mantener el peso ideal.

Al indagar sobre los valores séricos del nitrógeno ureico, creatinina, fosforo, cloro, magnesio, albumina, potasio y sodio, se encontraban dentro de los parámetros de normalidad. Mediante el análisis comparativo se encontró diferencia en los valores del fosforo de 6.05 y 5.23 mEq/l para los grupos de HD y DP respectivamente, con valor de $p=0.05$ (No significativo), así como en los valores de sodio que fueron de 136 y 131 mEq/l para los grupos de HD y DP respectivamente, con valor de $p=0.02$.

Debido a que el total de la población evaluada no reportó un alto nivel de adherencia y que aun no se descarta la presencia de complicaciones en un mediano o largo plazo, es importante que el equipo de salud promueva intervenciones dirigidas a mejorar ésta situación en pacientes renales, ya que se ha reportado que la mortalidad es sin duda la mayor evidencia sobre el impacto de no adherencia al tratamiento terapéutico [8].

CONCLUSIONES

La adherencia al tratamiento dietético en forma inadecuada podría comprometer gravemente la efectividad del tratamiento terapéutico y por ende mayores complicaciones, por lo que es importante que el equipo de salud promueva intervenciones

dirigidas a mejorar ésta situación en pacientes con ERC.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Ma. Del Carmen Méndez Hernández por su asesoría en el desarrollo del proyecto, a la EEI. Elizabeth Cruz Rodríguez por su colaboración en el desarrollo del proyecto. A la Nutrióloga María Amalia García Pérez, por el apoyo para la obtención de datos. A la Nutrióloga Ma. Del Carmen López González, por el apoyo en la obtención de datos. Al Dr. Texar Alfonso Pereyra Nobara por las facilidades otorgadas para el desarrollo del proyecto.

REFERENCIAS

1. National Kidney Foundation. K/ DOQI. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J KidneyDis*, 39(2), S1-S266.
2. Méndez-Durán A, Méndez-Bueno JF, Tapia Yáñez T, Muño MA, Aguilar-Sánchez L. (2010). Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Dial Traspl*, 31(1), 7-11.
3. Pedrini MT, Levey AS, Lau J, Chalmers TC, Wang PH. (1996). The effect of dietary protein restriction on the progression of diabetic and nondiabetic renal diseases: a meta-analysis. *Ann Intern Med*, 124(7), 627-632.
4. Choi HY, Lee JE, Han SH, Yoo TH, Kim BS, Park HC, Kang SW, Choi KH, Ha SK, Lee HY, Han DS. (2010). Association of inflammation and protein-energy wasting with endothelial dysfunction in peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 25(4), 1266-1271. doi: 10.1093/ndt/gfp598.
5. Pérez Lizaur AB, Palacios González B. (2009). Sistema de alimentos equivalentes para pacientes renales. México: Editorial Fomento de nutrición y salud A.C y Ogali.
6. Tovazzi ME, Mazzoni V. (2012). Personal paths of fluid restriction in patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*, 39(3), 207-215.
7. Kim Y, Evangelista LS, Phillips LR, Pavlish C, Kopple JD. (2010). The End-Stage Renal Disease Adherence Questionnaire (ESRD-AQ): testing the psychometric properties in patients receiving in-center hemodialysis. *Nephrol Nurs J*, 37(4), 377-393.
8. Leggat JE Jr. (2005). Adherence with dialysis: a focus on mortality risk. *Semin Dial*, 18(2), 137-141.
9. Pastucci F, Fantuzzi AL, Pegoraro M, McCann M, Bedogni G. (2012). Nutritional management of stage 5 chronic kidney disease. *J Ren Care*, 38(1), 50-58. doi: 10.1111/j.1755-6686.2012.00266.x.

Tablas.

Tabla 1: Estadios de la enfermedad renal crónica

	Estadio	TFG	Plan de acción
		(ml/min/1.73m ²)	
	Riesgo aumentado	> 90 con factores de riesgo para ERC	Pruebas de tamizaje, disminuir riesgo de ERC
1	Daño renal con TFG normal o aumentada	≥ 90	Diagnosticar y tratar causa, retrasar la progresión, evaluar el riesgo de enfermedad cardiovascular
2	Daño renal con disminución leve de la TFG	60-89	Estimar la progresión
3	Disminución moderada de la TFG	30-59	Evaluar y tratar las complicaciones
4	Disminución severo de la TFG	15-29	Preparar para TRR
5	Falla renal	< 15	Iniciar TRR

Fuente: National Kidney Foundation K/DOQI" Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica." (2002).

Tabla 2: Peso según la modalidad

Modalidad	Peso (Kg)	
	Habitual	Inicial
Hemodiálisis	59 (±13)	69.5(±14)
DP	72(±12)	81(±14)
Valor de p	0.03	0.04

Fuente: Cuestionario para evaluar la adherencia a la dieta (CEAD) 2011. Los datos se muestran como media ± DE.