

## Original

# Determinación de los factores condicionantes en la adhesión y cumplimiento de la dieta de protección renal en pacientes con insuficiencia renal crónica: estudio previo para la elaboración de una guía dietética

M.<sup>a</sup> T. Orzáez Villanueva\*\*, A. Rodríguez Cisneros\*, E. Morales Ruiz\*\*\* y C. Martínez Rincón\*

\*Departamento de Enfermería. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.

\*\*Departamento de Nutrición y Bromatología I: Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid. \*\*\*Servicio de Nefrología del Hospital 12 de octubre de Madrid.

## Resumen

Son escasos los estudios sobre el comportamiento alimentario en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC). El objetivo de este estudio, a través de una encuesta previamente validada, ha sido conocer cuales son los factores psico-socio-culturales, y en que grado inciden a la hora de asumir y cumplir el tratamiento dietético, determinando, además, el grado de percepción de la enfermedad y de los diversos factores relacionados con ella.

La población estudiada estaba formada por 81 pacientes de la consulta de nefrología del hospital "12 de Octubre" de Madrid, con IRC en prediálisis.

A las preguntas relacionadas con el autoconocimiento y percepción de la enfermedad el 77,74% respondió dentro de los niveles "bien o muy bien". Los factores emocionales y de autocontrol tienen escasa relevancia, según afirma el 69,87% de los pacientes. El 59,26% siente en alto grado el apoyo familiar y el 35,77% altera el seguimiento dietético cuando cambian las condiciones medioambientales. La gran mayoría de los entrevistados, un 87,65%, no tienen dificultad en encontrar los alimentos pautados y para el 70,37% de la población su coste no es excesivo. Para casi la mitad de los pacientes (48,76%) la dieta de protección renal supone una variación de sus hábitos alimentarios, un porcentaje similar expresa, además, dificultad con la preparación. La palatabilidad de los alimentos no es un problema en el 67,90% de los casos. El 51,24% no percibe dificultad en los procesos culinarios. El 70,99% se siente apoyado, de

## DETERMINATION OF FACTORS CONDITIONING ADHERENCE AND ACCOMPLISHMENT OF RENAL PROTECTION DIET IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE: PILOT STUDY FOR THE ELABORATION OF A DIETARY GUIDELINE

### Abstract

There are seldom studies on dietary behavior of patients with chronic renal failure (CRF). The aim of this study has been to know, by means of a previously validated questionnaire, which are the psycho-sociocultural factors that affect, and to what extent, assumption and adherence the dietary therapy while determining the degree of disease perception and several factors related with it.

The study population is comprised by 81 patients from the nephrology clinic of the "12 de Octubre" Hospital of Madrid, with CRF in a pre-dialysis status.

Seventy-seven point seventy-four percent answered "well" or "very well" to questions relating to disease knowledge and perception. Emotional and auto-management factors have little relevance according to 69.87% of patients. Fifty-nine point twenty-six percent feel a high level of familial support, and 35.77% alters dietary behavior when environmental conditions change. Most of the interviewees (87.65%) do not have difficulties finding the prescribed foods, and 70.37% considers their cost is not excessive. For almost half of the patients (48.76%), renal protection diet represents a variation in their dietary habits, a similar percentage expresses difficulty with elaboration. Food palatability is not a problem in 67.90% of the cases. Fifty-one point twenty-four percent does not perceive difficulty with cooking procedures. Seventy point ninety-nine percent feels support in one way or the other, by health care staff, although just 56.79% reports that the diet has not been explained to them. Only 18.51% questions the diet effectiveness as regards to their disease course.

**Correspondencia:** Dra. Carmen Martínez Rincón  
Departamento de Enfermería, Nutrición y Dietética  
Avda. Complutense, s/n.  
Facultad de Medicina, 3.º piso  
28040 Madrid  
E-mail: nutrias@enf.ucm.es

Recibido: 11-V-2005.

Aceptado: 6-VII-2005.

una u otra forma, por el personal sanitario, aunque sólo un 56,79% refiere que no le ha sido explicada la dieta. Únicamente el 18,51% cuestiona la efectividad de la dieta en relación con la evolución de su enfermedad.

Dentro de la variable sexo, se observaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) con valores de influencia mayor en los hombres para los apartados relacionados con el conocimiento de la enfermedad, la influencia de la apatía y el apoyo familiar, siendo las mujeres las que obtenían valores más altos en cuanto al manejo de los alimentos, la trasgresión en reuniones familiares y una menor información recibida sobre la dieta a seguir.

En cuanto al apoyo familiar, solamente se observan diferencias por grupos de edad, siendo los mayores de 65 años los que sienten más este soporte psicológico.

El grupo de pacientes con un aclaramiento inferior a 25 ml/min, es el que expresa menor rotundidad en su apreciación de la efectividad de la dieta.

Hay factores en los que se observan porcentajes significativos de dificultad, que pueden inducir a la trasgresión de la dieta, en algunos casos sin plena conciencia del paciente, tales como los cambios ambientales, la alteración de los hábitos tradicionales, el grado de explicación de la dieta, las características organolépticas y el desconocimiento de los tratamientos culinarios adecuados.

Todos estos indicadores confirman la necesidad de profundizar en la educación nutricional en estos pacientes y en su entorno familiar, además de evidenciar la necesidad de una intervención nutricional que apoye integralmente al paciente en su proceso de adaptación y mantenimiento del nuevo hábito alimentario.

(*Nutr Hosp.* 2006;21:145-54)

Palabras clave: *Insuficiencia renal crónica, valoración, adhesión, cumplimiento dietético, factores condicionantes, dieta renal, influencia del medio, hábitos alimentarios, técnicas culinarias.*

## Introducción

Dentro de las afecciones renales, la insuficiencia renal crónica es, probablemente, una de las más traumatizantes para el paciente. Esto es debido a dos causas principalmente:

- El mal pronóstico de la enfermedad, que conduce con el paso del tiempo a la entrada en diálisis.
- La pauta dietética, que distorsiona de forma radical una de las actividades cotidianas que más connotaciones tiene en el comportamiento individual y social de la persona: el hábito alimentario.

En las fases más avanzadas de la enfermedad se observa una alta prevalencia de malnutrición, que pone en peligro la supervivencia de los pacientes y puede impedir o retrasar el inicio de la diálisis. Este estado de desnutrición no se debe en sí a un mal di-

As for the gender variable, there were significant differences ( $p < 0.05$ ), with a higher influence on men, in sections relating to disease knowledge, and influence of apathy and family support, the women those having the highest scores for food management, diet transgression at family meetings, and less information received about the prescribed diet.

As for family support, there are significant differences only by age groups, patients aged more than 65 years being those feeling more this psychological support.

The group of patients with a creatinine clearance less than 25 mL/min is the one expressing less categorically their appreciation on diet effectiveness.

There are factors in which significant difficulty percentages are observed and that may induce diet transgression, in some cases without the patient being completely aware of, such as environmental changes, change in traditional habits, the degree of diet explanation, the organoleptic characteristics, and the lack of knowledge of appropriate cooking procedures.

All these indicators confirm the need for enhancing nutritional education of these patients and their family environment, also showing the need for a nutritional intervention that completely supports patients in the process of adaptation and maintenance of their new dietary habit.

(*Nutr Hosp.* 2006;21:145-54)

Key words: *Chronic renal failure. Adherence. Dietary accomplishment. Conditioning factors. Renal diet. Environmental influence. Dietary habits. Cooking techniques.*

seño de la dieta, sino al incumplimiento de ésta. Se ha comprobado que un diseño adecuado y personalizado de la dieta, así como un seguimiento y apoyo permanente, permiten enlentecer la evolución de la enfermedad, llegar con un buen estado nutricional a la fase donde se hace necesaria la diálisis y a la vez mejorar las expectativas de supervivencia, así como la percepción que tiene el paciente sobre su calidad de vida<sup>1-9</sup>.

Hasta el momento, a la hora de elaborar la dieta de protección renal, no se han tenido muy en cuenta los factores socio-culturales, religiosos y personales que condicionan la forma de alimentarnos. Un manejo más adecuado de todos estos aspectos podría ampliar el estrecho margen de acción dietética, permitiendo un mejor aporte y un mayor control de los nutrientes restringidos, sin caer en el temido estado de desnutrición, y reforzando las técnicas que le permitan instaurar este nuevo hábito alimentario<sup>10-12</sup>.

Hemos podido comprobar que son muy escasos los estudios que tratan sobre el comportamiento alimentario en pacientes con IRC, a pesar de que los datos epidemiológicos sobre la enfermedad se sitúan en unos niveles considerablemente altos. Con la finalidad de suministrar información y formación adecuadas a nuestra población, y de disponer de unas bases conductuales para la elaboración de guías u otros soportes educativos, que permitan optimizar su adhesión y cumplimiento, nos planteamos la realización de este estudio, cuyo objetivo principal es conocer cuales son los factores que inciden en la población a la hora de asumir y cumplir el tratamiento dietoterápico, así como determinar el grado de percepción de la enfermedad y de los diversos aspectos relacionados con la misma.

## Material y métodos

La investigación planteada es un estudio descriptivo transversal, realizado con pacientes pertenecientes a la consulta de Nefrología del Hospital 12 de Octubre, hospital de referencia para el Área de Salud 11 de la Comunidad de Madrid.

Los criterios de inclusión establecidos fueron:

- \* Padecer IRC diagnosticada desde hace más de un año.
- \* Tener una edad comprendida entre los 25 y los 75 años.
- \* Seguir un tratamiento dietético específico para su proceso.

Los criterios de exclusión establecidos para el estudio fueron:

- \* Que se encuentre en tratamiento dializador
- \* Que haya sido sometido a un trasplante renal.
- \* La falta de datos relevantes en el diagnóstico primario.

Una vez efectuada la consulta de control nefrológico, los pacientes que cumplían los criterios establecidos eran invitados a entrevistarse con un miembro del equipo que les explicó la finalidad y objeto del estudio y les solicitó su consentimiento a participar en él a través de la firma de un formulario de "Consentimiento Informado", diseñado a tal efecto, todo ello dentro de las recomendaciones éticas de Beauchamp.

La muestra del estudio se obtuvo durante un periodo de siete meses, configurándose un grupo muestral final de 81 individuos, obteniéndose unos valores para las variables demográficas que se exponen en la tabla I. Las edades estaban comprendidas entre 25 y 75 años, de los cuales 47 eran hombres (58,02%) y 34 mujeres (41,98%). Todos ellos diagnosticados de IRC con más de un año de evolución, que controlan su enfermedad en la consulta de prediálisis.

Los valores de aclaramiento de creatinina para toda la muestra eran menores de 65 ml/m. Dentro de la dis-

tribución por patologías de base que presentaba la muestra, el porcentaje más alto le correspondió a los diabéticos de tipo 2 con un 30%; por hipertensión/vasculares un 21,25%; los casos de glomerulonefritis alcanzaron el 10%; idiopáticas el 22,50% y otras patologías de base el 16,25%.

Para la recogida de los datos se diseñó una encuesta teniendo en cuenta factores extrínsecos e intrínsecos al paciente. Dentro de los primeros se han considerado los aspectos:

- *Sociales*: tales como, la familia, los compañeros de trabajo o estudio, los amigos, la comunidad y la profesión.
- *Culturales*: como, la formación, la tradición, la historia y la religión.
- *Económicos*: a través de, actividad profesional, capacidad de gastos/ingresos y coste de los alimentos.
- *Geográficos*: de los cuales sólo se estimó relevante para el estudio, la disponibilidad de alimentos necesarios para el seguimiento de la dieta en el mercado.

En relación a los factores intrínsecos al individuo, se han considerado los aspectos:

- *Fisiológicos*: la edad, el sexo, la patología que puede haber inducido la IRC y el nivel de funcionalidad renal.

**Tabla I**  
Valores de las variables demográficas

Variables demográficas	Detalle	N	%
<b>Sexo</b>	Hombre	47	58,02
	Mujer	34	41,98
<b>Edad</b>	< 65 años	34	41,98
	= 65 años	47	58,02
<b>Patología de base</b>	Diabetes	24	29,63
	HTA/Vascular	17	20,99
	Glomerulonefritis	8	9,88
	Idiopáticas	18	22,22
	Otros	14	17,28
<b>Profesión</b>	Agropecuarias	2	2,47
	Manuales	36	44,45
	Funcionarios, licenciados	14	17,28
	Amas de casa	29	35,80
<b>Religión</b>	Católica	36	44,44
	No profesa	45	55,56
<b>Nacionalidad</b>	Española	80	100,00
	Otras	0	0

– *Psicológicos*: observando la respuesta a un determinado estado emocional en un momento dado y si éste se refleja en la dieta.<sup>10,13,14.</sup>

Para determinar la influencia de los factores antes mencionados, de los relacionados con la patología, así como de todos los relativos al conjunto del comportamiento alimentario del paciente, se plantearon un total de 47 cuestiones. Estas preguntas se agruparon en un total de ocho grupos, que se detallan en la tabla II.<sup>13,14.</sup>

Para valorar las respuestas se aplicó la escala de Likert, de cinco niveles. Rangos que se codificaron de la siguiente manera: “no contesta” (0); “nada de acuerdo” (1); “poco de acuerdo” (2); “de acuerdo” (3); “bastante de acuerdo” (4); “muy de acuerdo” (5)<sup>14.</sup>

Dentro del sistema de recogida de la información se optó por la figura del entrevistador, a fin de evitar que las posibles dudas del paciente pudieran reflejarse en una respuesta incorrecta. Los entrevistadores fueron instruidos en la forma de recogida de datos, la mecánica de la entrevista y en el seguimiento del protocolo de la misma, que se elaboró a fin de unificar los criterios y de ajustarse a los procedimientos estandarizados para este tipo de entrevistas<sup>15.</sup>

Confeccionada la encuesta, se procedió a su validación (validez de contenido y validez de construcción). Para ello se realizó un estudio piloto con un grupo de 27 individuos. Se utilizó el sistema de doble encuesta, con el mismo cuestionario, en un intervalo de tiempo de entre una semana y un mes, recogida por un mismo encuestador; confirmando así que el entrevistado suministra la misma información por lo menos en dos ocasiones distintas, manteniendo las condiciones tanto internas como externas. Para establecer la validación se observaron los porcentajes de concordancia plena y aproximada entre ambas, y su correspondiente correlación. Se consideró que existiría una alta concordancia siempre que el valor de correlación fuese superior a 0,900, con un valor de  $p < 0,05$ <sup>15,16.</sup>

Una vez realizadas las encuestas, se codificaron los datos y se transcribieron utilizando el sistema de doble entrada, procediéndose a cotejar ambas bases de datos previamente a su tratamiento y análisis.

**Tabla II**  
*Grupos de factores condicionantes de la dieta*

Número	Denominación del grupo
1	Autoconocimiento y percepción de la enfermedad.
2	Factores emocionales y autocontrol.
3	Entorno familiar, social y medioambiental.
4	Disponibilidad de alimentos.
5	Modificación de los hábitos alimentarios tradicionales.
6	Valoración del manejo de los alimentos
7	Apreciación de la efectividad del tratamiento dietoterápico
8	Relación con el sistema de salud, conocimiento de la dieta y dificultad de seguimiento.

El análisis estadístico de los datos se realizó en el Centro de Proceso de Datos de la Universidad Complutense de Madrid, utilizando el programa SAS 8.2 para Windows.

Se utilizó una estadística descriptiva de las variables continuas (procedimientos MEANS) para la descripción de las muestras: media, desviación estándar, máximo, mínimo, mediana, desviación estándar de la media, etcétera.

Estadística descriptiva de las variables categóricas (procedimiento FREQ), con la obtención de frecuencias y porcentajes de las categorías aplicadas a establecer la correlación entre las distintas afirmaciones obtenidas en la primera y la segunda encuesta. Así mismo, mediante una relación bivalente entre variables continuas (procedimiento CORR), se ha obtenido el coeficiente de correlación de Pearson, mediante el test de Fisher<sup>17-20.</sup>

## Discusión

Para una mayor claridad la discusión se realizará por bloques siguiendo la clasificación establecida anteriormente. En cuanto al tratamiento de las respuestas, se han agrupado las negativas, codificadas en las tablas como 1 y 2, y las positivas que tienen asignados los códigos 3, 4 y 5, para conseguir un valor global de afirmación o negación.

Los resultados obtenidos se han clasificado para su comparación por las variables: sexo (Gráfico II), edad (mayores o menores de 65 años), aclaramiento de creatinina (mayor o menor de 25 ml/min).

La IRC es una de las consecuencias de patologías como la diabetes y la hipertensión arterial, por lo que no es de extrañar que el mayor número de pacientes de la muestra se encuentre en la franja de edad comprendida entre los 65 y 74 años, pues estas alteraciones fisiológicas son más prevalentes en la edad avanzada.<sup>21</sup>

Como se ha mencionado anteriormente, procederemos a la discusión del trabajo por los grupos establecidos:

### 1. Autoconocimiento y percepción de la enfermedad

Aunque los datos que observamos en la tabla III reflejan que los pacientes manifiestan tener un alto conocimiento de todo lo relativo a su proceso patológico, existe un 22,22% que indica no tener el conocimiento mínimo del proceso de su enfermedad, y un porcentaje más alto aún, el 27,16%, no sabe cual es el grado de la misma. Existe una diferencia significativa cuando comparamos los datos obtenidos en función del sexo, los hombres manifiestan tener un conocimiento mayor del grado de su enfermedad que las mujeres ( $p < 0,03$ ). Estas cifras indican que un porcentaje importante de la población, prácticamente un cuarto, no tiene un conocimiento adecuado de su proceso patológico.

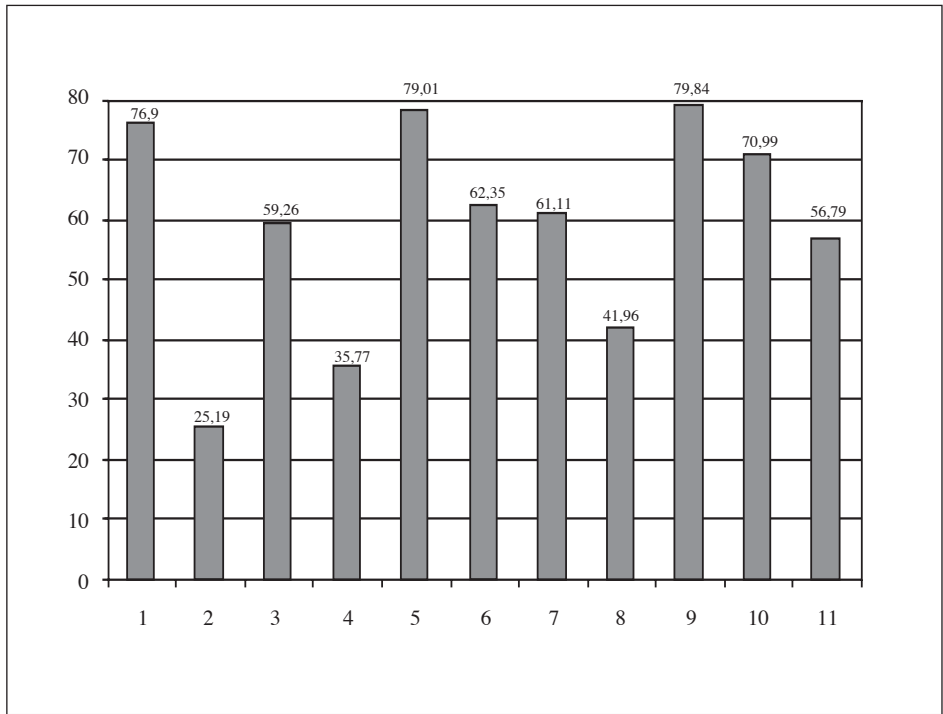


Fig. 1.—Porcentaje de afirmación por grupos.

1. Autoconocimiento y percepción de la enfermedad
2. Influencia de los factores emocionales.
3. Apoyo familiar y social.
4. Influencia de los cambios de ambiente.
5. Facilidad de acceso a los alimentos.
6. Influye la dieta sobre los hábitos alimentarios tradicionales.
7. Manejo personal de los procesos culinarios.
8. Conocimiento de los procesos culinarios.
9. Apreciación de la efectividad del tratamiento dietoterápico.
10. Apreciación positiva del paciente de su relación con el equipo de salud.
11. Valoración positiva del paciente sobre la educación nutricional recibida.

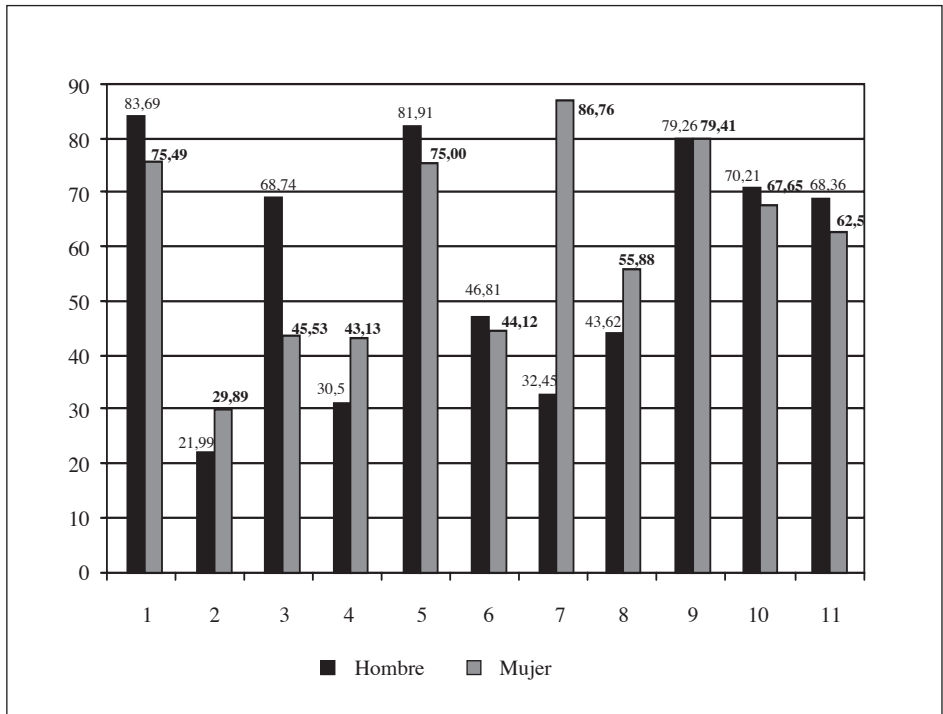


Fig. 2.—Porcentaje de afirmaciones en los factores estudiados por sexos.

**Tabla III**  
Autoconocimiento y percepción de la enfermedad

Factor	Porcentaje de respuesta (%)					
	0	1	2	3	4	5
Nivel de autoconocimiento	0,00	11,11	11,11	33,30	13,58	30,86
Conocimiento de la gravedad de la enfermedad	0,00	13,58	13,58	27,16	19,75	25,93
Percepción de la enfermedad	0,00	6,17	3,70	20,99	23,46	45,68

## 2. Factores emocionales y autocontrol

Los diferentes estados psicológicos se manifiestan en muchas ocasiones en compulsiones que inducen a romper las recomendaciones dietéticas. Por otro lado, las mismas restricciones, a veces, provocan pequeños desequilibrios emocionales que dificultan el seguimiento de la dieta. En nuestro estudio los pacientes piensan que tienen un buen autocontrol de su dieta. Para el 69,87%, los distintos estados emocionales no tienen ninguna relevancia o muy poca (tabla IV). Sí se evidencia una diferencia significativa ( $p < 0,02$ ) por grupos de sexo, cuando valoramos la influencia que puede tener un estado de apatía; mientras los hombres refieren, en un 12,77%, que sí repercute en el seguimiento de la dieta este estado emocional, son las mujeres las que están completamente de acuerdo en que la apatía no influye en la posible trasgresión de la dieta. A la luz de estos datos, dentro de la muestra, se podría decir que los factores emocionales tienen poca influencia sobre el seguimiento de la dieta para IRC.

## 3. Factores familiares, sociales y medioambientales

Las relaciones sociales condicionan nuestro comportamiento en un grado considerable. Los cambios de ambiente como vacaciones, comidas fuera del domicilio habitual, reuniones y celebraciones suelen ser un handicap añadido a la hora de ajustarse a unas recomendaciones dietéticas. Por otro lado, el apoyo familiar o de los que viven en la unidad familiar es de especial relevancia. Para valorar la influencia de estos

factores se han planteado un total de 8 afirmaciones, de las cuales tres hacen referencia al entorno familiar y cinco al social y medioambiental.<sup>11,14</sup>

Según reflejan los resultados de la tabla V, un 59,26% de los pacientes encuestados se sienten apoyados en el medio familiar. Hay una diferencia considerable entre hombres y mujeres en cuanto a la percepción de dicho apoyo, son los hombres los que conforman, casi en su totalidad, el grupo de pacientes que indican sentirse apoyados, mientras que más del 50% de las mujeres no percibe ese apoyo, con un valor de  $p$  para este apartado  $< 0,01$ . También se observan diferencias significativas por grupos de edad ( $p < 0,04$ ), siendo considerablemente mayor el apoyo que sienten los mayores de 65 años que aquellos que tienen una edad inferior.

De los factores medioambientales analizados, el periodo vacacional es la situación que más repercute sobre la capacidad de mantener la dieta; el 38,18% de los pacientes se salta la dieta en esos momentos, cuando parece existir una mayor relajación o una mayor dificultad para disponer de los platos acordes con la prescripción dietética. También suponen momentos complicados para el seguimiento dietético las celebraciones o reuniones familiares, el 37,04% manifiesta que omite la prescripción dietética en esas situaciones. Si diferenciamos por sexos la muestra, observamos que el 53% de las mujeres dice saltarse la dieta, en diverso grado, cuando asiste a un evento familiar, mientras que sólo el 28% de los hombres reconoce que incumple en esos momentos ( $p < 0,02$ ).

**Tabla IV**  
Factores emocionales y autocontrol

Factor	Porcentaje de respuesta (%)					
	0	1	2	3	4	5
Inquietud	4,94	58,02	4,94	14,81	7,41	9,88
Apatía	4,94	61,73	4,94	12,35	8,64	7,41
Insatisfacción	4,94	59,26	6,17	13,58	4,94	11,11
Desánimo	4,94	66,67	7,41	9,88	2,47	8,64
Autocontrol	4,94	76,54	3,70	6,17	3,70	4,94

**Tabla V**  
*Factores familiares, sociales y medioambientales*

Factor	Porcentaje de respuesta (%)					
	0	1	2	3	4	5
Apoyo familiar	6,17	29,63	4,94	16,05	11,11	32,10
Apoyo social	4,94	28,40	7,41	14,81	9,88	34,57
Desambientación vacacional	4,94	49,38	7,41	18,42	7,41	12,35
Desambientación social	6,17	55,56	6,17	13,58	8,64	9,88
Influencia de las celebraciones familiares	4,94	54,32	3,70	12,35	13,58	11,11

#### 4. Disponibilidad de alimentos

En cuanto a la disponibilidad que los pacientes tienen de los alimentos recomendados (tabla VI), no se ha observado que este factor tenga una relevancia significativa en nuestro medio, un alto porcentaje, el 87,65%, se manifiesta afirmativamente sobre la facilidad de encontrar los alimentos, como era previsible, ya que la dieta de protección renal para la IRC se basa en la restricción de determinados alimentos y sus cantidades, y no en la utilización de alimentos especiales.

Otro aspecto que, generalmente, se suele tomar poco en consideración a la hora de la elaboración de una dieta, es la repercusión económica que ésta pueda tener sobre el presupuesto familiar. En el caso que nos ocupa el 70,37% de los encuestados considera que los alimentos que la conforman tienen unos precios asequibles.

#### 5. Influencia de la dieta en los hábitos alimentarios tradicionales

Se analizó el desarraigo que la dieta podía provocar sobre sus hábitos alimentarios tradicionales y en que

forma influían a la hora de mantener el seguimiento dietético, así como sus gustos y el grado de satisfacción que les va a proporcionar la dieta. Como se observa en la tabla VII, a un 72,85% de los pacientes encuestados les gustan los alimentos de su dieta. Aunque este valor es alto, es considerablemente menor del obtenido por Coyne et al<sup>22</sup>, donde mide el grado de satisfacción de los pacientes que utilizan este tipo de dieta. Ahora bien, en ese estudio los pacientes contaban con el apoyo de un dietista que realizaba el seguimiento de la dieta y que les resolvía las dudas que pudieran plantearse al respecto, además de utilizar otros mecanismos que reforzaban positivamente al paciente, aspectos estos no utilizados con los pacientes de nuestra muestra. Es considerable el porcentaje de la población (51,85%) que refiere sentir modificado su hábito alimentario previo.

#### 6. Valoración del manejo de los alimentos

Otros aspectos que pueden condicionar el seguimiento dietético son: quién prepara la comida, quién hace la compra o quién elige los alimentos. De hecho,

**Tabla VI**  
*Disponibilidad de alimentos*

Factor	Porcentaje de respuesta (%)					
	0	1	2	3	4	5
Accesibilidad de los productos en el mercado	8,64	2,47	1,23	16,05	11,11	60,49
Coste superior al de la dieta normal	6,17	48,15	22,22	16,05	4,94	2,47

**Tabla VII**  
*Influencia de la dieta en los hábitos alimentarios tradicionales*

Factor	Porcentaje de respuesta (%)					
	0	1	2	3	4	5
Palatabilidad	4,94	12,35	9,88	28,40	25,93	18,52
Alteración del hábito	6,17	19,75	22,22	17,28	16,05	18,52

se debe dirigir la educación nutricional relativa a los aspectos culinarios y de selección de los alimentos, principalmente hacia las personas que ejerzan dichas funciones, en caso de que no sea el mismo paciente quién las asuma. En nuestro estudio, más del 58% de la población cocina, siendo un porcentaje mayor, el 64,20%, los que, siempre o en algunas ocasiones, hacen la compra. De estos porcentajes la gran mayoría son mujeres, como era de esperar, con lo que el grupo de hombres depende en gran medida de que la persona que cocina o hace la compra en el hogar tenga claro el contenido de las prescripciones dietéticas.

Tiene una gran significación clínica que un 67,90% de los pacientes afirme que sus alimentos no requieren una preparación especial, cuando ésta es una de las bases de su pauta dietética (tabla VIII); evidenciándose la inadecuada formación en cuanto a la preparación culinaria que requieren sus alimentos.

#### 7. *Apreciación de la efectividad del tratamiento dietoterápico y actitud hacia el cumplimiento*

Dentro de los aspectos más importantes para la adhesión y seguimiento de una dieta están la percepción que tenga el paciente de la efectividad del tratamiento dietoterápico y el beneficio que le reporta, aspectos estos que se tomaron en cuenta a la hora de diseñar la encuesta.<sup>14</sup>

Si observamos la tabla IX, comprobamos que una amplia mayoría de los pacientes creen que el tratamiento dietoterápico es efectivo, siempre y cuando se siga correctamente (85,18%); están de acuerdo con que les ayuda a disminuir no sólo la gravedad de su enfermedad (75,34%) sino el riesgo de aparición de otras patologías (76,54%) y además, el 88,89% lo consideran beneficioso para su salud. Se observa una diferencia significativa ( $p < 0,05$ ), entre los sujetos con un aclaramiento superior a 25 ml/min y aquellos con un aclaramiento inferior a esa cifra. En estos últimos, aunque mantienen su creencia de que la dieta frena el proceso de su enfermedad, observamos que la rotundidad en la afirmación es menor.

El análisis sobre del seguimiento y control de la dieta que tienen los pacientes, indica que están convencidos de que llevar unas pautas acordes a sus necesidades y estadio de la enfermedad repercute positivamente, tanto en la evolución de la misma como en el

mantenimiento y mejora de su calidad de vida. Estos valores son inferiores a los registrados por otros estudios<sup>14</sup>. Esta diferencia es justificable en base a que los pacientes de dichos estudios tenían un nivel de cumplimiento dietético óptimo, que les reportaba unos beneficios sobre la evolución de su enfermedad que reforzaba su valoración sobre la efectividad de la dieta, mientras que en nuestros pacientes no se da el grado de cumplimiento deseado y de ahí su menor expectativa al respecto.

#### 8. *El sistema de salud en relación con el paciente, conocimiento de la dieta y dificultades de seguimiento*

Se ha comprobado que el papel de los profesionales sanitarios, en cuanto a la influencia que ejercen sobre los pacientes a la hora de la aceptación y seguimiento de la dieta es importante. Dar una información adecuada y hacer una exposición detallada de la trascendencia de la dieta, es fundamental para que el sanitario obtenga del paciente un compromiso que le involucre en su tratamiento dietoterápico. Por último, la apreciación subjetiva del paciente en cuanto a la dificultad o no de ajustarse a las recomendaciones dietéticas pueden inducir hacia una actitud positiva o negativa al respecto, que influirá en su grado de adhesión.<sup>14, 23, 24</sup>

Nuestro estudio muestra que, a pesar de que una amplia mayoría de los encuestados, aproximadamente hablamos del 80% (tabla IX), están contentos con el personal sanitario que controla su enfermedad, se comprueba, sin embargo, que ello no se traduce en un buen cumplimiento terapéutico, quizá, debido a una inadecuada interacción del paciente con el sistema de salud.

Un 35,80% de los pacientes manifiesta no haber recibido explicación de cómo debe ser su dieta en el hospital, siendo el grupo de las mujeres (44% de las mismas frente al 30% de los hombres) el que demanda mayor información e incide en la falta de la misma. Este porcentaje tan elevado nos revela que la comunicación entre el paciente y el personal sanitario, a este respecto, no está siendo efectiva, pues aunque a través de otros aspectos valorados se evidencia que sí se les ha indicado la necesidad de introducir ciertos cambios en su forma de alimentarse, estos no los perciben o no le otorgan a dicha información la importancia sufi-

**Tabla VIII**  
*Valoración del manejo de los alimentos*

Factor	Porcentaje de respuesta (%)					
	0	1	2	3	4	5
Preparación habitual de la comida	4,94	28,40	8,64	13,58	3,70	40,74
Adquisición y elección de los alimentos	6,17	22,22	7,41	19,75	4,94	39,51
Conocimiento de las técnicas de elaboración	4,94	44,44	8,64	20,98	6,17	14,81



**Tabla IX***Apreciación de la efectividad del tratamiento dietoterápico y actitud hacia el cumplimiento*

Factor	Porcentaje de respuesta (%)					
	0	1	2	3	4	5
Repercusión de la dieta sobre la salud	9,88	7,41	2,47	20,99	29,63	29,63
Repercusión sobre la evolución enfermedad	3,70	9,88	3,70	32,10	22,22	28,40
Capacidad de la dieta en prevenir complicaciones	6,17	9,88	7,41	23,46	22,22	30,86

**Tabla X***El sistema de salud en relación con el paciente, conocimiento de la dieta y dificultades de seguimiento*

Factor	Porcentaje de respuesta (%)					
	0	1	2	3	4	5
Nivel de información recibida del profesional sanitario	6,17	27,16	8,64	20,99	9,88	27,16
Disponibilidad del equipo de salud	6,17	11,11	4,94	25,93	16,05	35,80
Apoyo del equipo de salud	7,41	16,05	12,35	25,93	12,35	25,93
Nivel de adecuación y comprensión de las explicaciones dadas.	7,41	6,17	2,47	27,16	11,11	45,68
Dificultad en seguir la pauta dietoterápica	6,17	44,44	20,99	11,11	4,94	12,35

ciente como para asumir el cambio dietético. En este punto, más que en ningún otro, se hace notoria la necesidad de dar un mayor rango a la educación nutricional.<sup>25</sup>

## Conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos hemos llegado a las siguientes conclusiones:

- Un 25%, aproximadamente, de los encuestados no conoce ni el proceso de su enfermedad, ni la relevancia que para la evolución de la misma tiene la dieta.
- Los factores emocionales no parecen ser un problema a la hora de seguir la dieta, si bien, son los hombres los que piensan que esta puede verse alterada al concurrir alguno de estos factores.
- El apoyo familiar se percibe en un grado más alto por los hombres y por los mayores de 65 años.
- La ruptura de la rutina cotidiana y el cambio de ambiente induce a una trasgresión importante de la dieta.
- El acceso a los alimentos no supone un obstáculo para el seguimiento dietético, gracias a la amplia disponibilidad de alimentos en el mercado y los recursos suficientes de la población para adquirirlos.
- Una conclusión importante es que más de la mitad de la población estudiada piensa que la dieta ha modificado su hábito de alimentación tradicional, aunque la mayoría refiere gustarles los alimentos que consumen. Igualmente la mayoría incumple la dieta,

sobre todo a nivel de los procesos culinarios. Los pacientes no están adecuadamente informados, ni formados sobre las particularidades en cuanto a los procesos culinarios, como lo demuestran los resultados obtenidos. A la hora de informar y formar deberá tenerse en cuenta quién se encarga, en cada hogar, de la adquisición y preparado de los alimentos, a fin de dirigir hacia ellos, también, la educación nutricional.

- Los pacientes piensan que la dieta es efectiva, a pesar de que no tienen la formación suficiente y que el cumplimiento no es adecuado.

- A pesar de que una amplia mayoría de los encuestados están contentos del funcionamiento del sistema sanitario que controla su enfermedad, se comprueba, sin embargo, que ello no se traduce en un buen cumplimiento terapéutico, quizás debido a una inadecuada interacción sanitario-paciente.

Como consideración final de este trabajo, opinamos que, aunque los pacientes manifiestan llevar con efectividad y dentro de parámetros controlados su tratamiento dietoterápico, existen serias trasgresiones en la adhesión y seguimiento de la dieta de protección renal para pacientes con insuficiencia renal crónica. Esta situación supone, no sólo no frenar la evolución de su enfermedad, sino además, disminuir su calidad de vida. Se hace imperiosa, por tanto, una intervención nutricional completa, que incluya las peculiaridades de la dieta para IRC dentro de la alimentación tradicional, que pase por la educación y así permita concienciar al paciente sobre la importancia que tiene su comportamiento alimentario en su enfermedad.

## Referencias

1. Meloni C, Morosetti M, Suraci C, et al. Severe Dietary Protein Restriction in Overt Diabetic Nephropathy: Benefits or Risks? *J Ren Nutr* 2002, vol. 12, n° 2 pp 96-101.
2. Lawson JA, Lazarus R, Kelly JJ. Prevalence and Prognostic: Significance of Malnutrition in Chronic Renal Insufficiency. *J Ren Nutr* 2001, vol.11, n° 1; pp 16-22.
3. Lewin NH. NKF K/DOQI Guidelines 2.000. 9/02/05 [www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelinesupdates/nutintro.html](http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelinesupdates/nutintro.html).
4. Bernhard J, Beaufrière B, Laville M, et al. Adaptative Response to a Low-protein Diet in Predialysis Chronic Renal Failure Patients. *J Am Soc Nephrol* 2001, 12: 1249-54
5. Zarazaga A, García de Lorenzo L, García Luna PP, et al. Nutritional Support in Chronic Renal Failure: Systematic Review. *Clin Nutr* 2001, 20(4):291-299.
6. Rigalleau V, Aparicio M, Gin H. Effects of Low-Protein Diet on Carbohydrate Metabolism and Energy Expenditure. *J Ren Nutr* 1.998, vol. 8, n° 4:175-178.
7. Aparicio M, Chauveau P, Combe C. Low Protein Diets and Outcome of Renal Patients. *J Nephrol* 2001,14: 433-439.
8. Maroni BJ, Mitch WE. Role of Nutrition in Prevention of the Progression of Renal Disease. *Annual Review of Nutrition* 1997, 17: 435-55.
9. Lipo J. Teaching Pre-End-Stage Renal Disease Patients. *Top Clin Nutr* 1996,12(1): 51-56.
10. Faber S. An Investigation of Life with End Stage Renal Disease: Sociocultural Case Studies Analysis. CANNT. 2000, July-September, 10-3; pp 24-34.
11. Patel C, Nicol A. Adaptation of African-American Cultural and Food Preferences in End-Stage Renal Disease Diets. *Adv Ren Replace Ther* 1997, vol.4 n°1; pp 30-39.
12. Leung J, Dwyer J. Renal Determine Nutrition Screening Tools for the Identification and Treatment of Malnutrition. *J Ren Nutr* 1998, Vol. 8, n° 2; pp 95-103.
13. Milas NC, Nowalk MP, Akpele L, et al. Factors Associated with Adherence to the Dietary Protein Intervention in the Modification of Diet in Renal Disease Study. *J Am Diet Assoc* 1995, vol. 95, 11. November:1295-1314.
14. Thomas LK, Sargent RG, Michels PC, et al. Identification of the Factors Associated with Compliance to Therapeutic Diets in Older Adults with End Stage Renal Disease. *J Ren Nutr* 2001, April; vol 11, n° 2:80-89.
15. Salinas Martínez AM, Villarreal Ríos E, Garza Elizondo ME, et al. La Investigación en Ciencias de la Salud. Segunda edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México, 2001.
16. Sharma M, Rao M, Jacob S y cols.: Validation of 24-Hour Dietary Recall: A study in Hemodialysis Patients. *J Ren Nutr* 1998, October; vol 8, n° 4: 199-202.
17. SAS/STAT. User's Guide. Version 8. Volume 1, 2 y 3. Sas Institute Inc. 1.999.
18. Cody, RP, Smith JK. Applied Statistics and the SAS Programming Language. 1997. Fourth Edition. Prentice Hall.
19. Everitt BS, Der G. A Handbook of Statistical Analyses using SAS. Chapman & Hall. 1996.
20. Everitt BS. The Analysis of Contingency Tables. Chapman & Hall. 2<sup>nd</sup> Ed, 1992.
21. Praga M (2003). Causas de insuficiencia renal crónica y sus mecanismos de progresión. En: Hernando Avendaño L. Nefrología Clínica (2<sup>a</sup> ed.). Madrid, Ed. Médica Panamericana, S.A.
22. Coyne T, Olson M, Bradham K, Garcon M, Gregory P, Scherch L Dietary Satisfaction Correlated with Adherence in the Modification of Diet in Renal Disease Study. *J Am Diet Assoc* 1995, vol. 95, n° 11: 1301-06.
23. Hudacek S. Dietary Compliance for Patients with Renal Disease. *Nurse Practitioner*, Vol. 20, n° 2: 75-77.
24. Irvin B The progression and Treatment of Diabetic Nephropathy. *Top Clin Nutr* 1996, 12(1): 31-40.
25. Toigo G, Aparicio M, Attman PO y cols.: Expert Working Group Report on Nutrition in Adult Patients with Renal Insufficiency (part 1 of 2). *Clin Nutr* 2000, 19(3): 197-207.