

Curso académico 2015/2016

Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz.

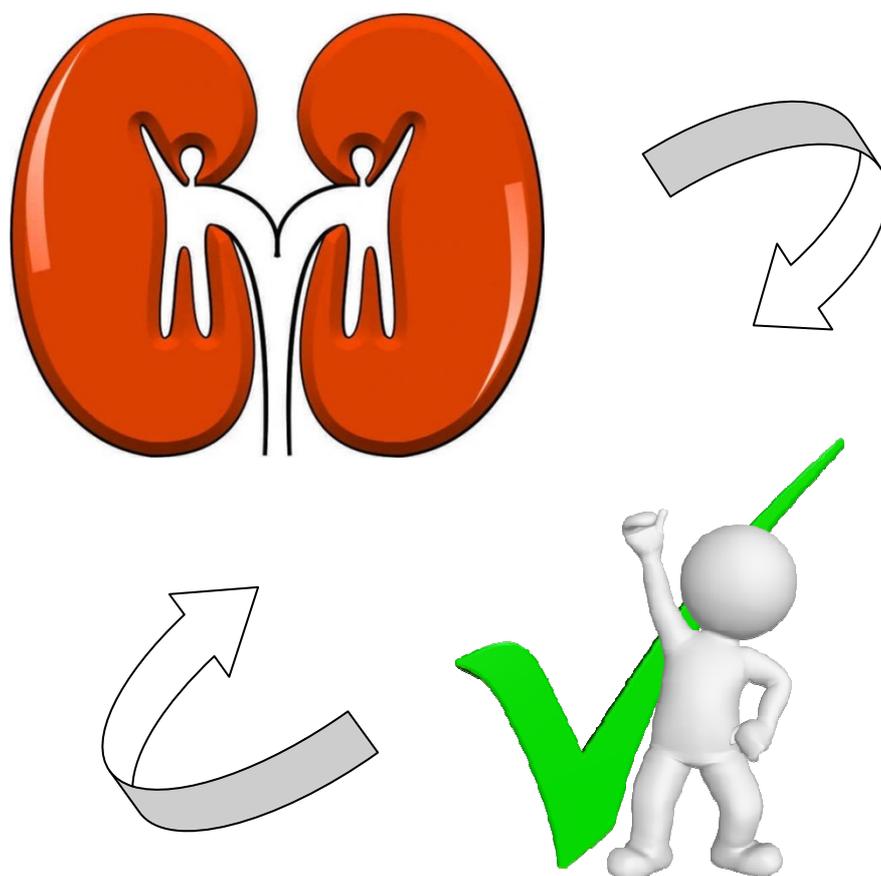
Trabajo de fin de grado (TFG).

Autora: Rebeca Niso Andrade.

Tutora: Begoña Ruiz de alegría Fernández de Retana.

Vitoria Gasteiz – 9 de Mayo de 2016.

Numero de palabras: 6.748



“APRENDE A CUIDAR A TUS RIÑONES Y ELLOS CUIDARÁN DE TI”

Programa de educación para la salud dirigido a pacientes con
Enfermedad Renal Crónica (ERC).

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero dar las gracias a todas las personas que me han apoyado y entregado parte de su cariño en esta etapa de mi vida; familia, amigos, compañeros... Especialmente a Nando, que ha estado siempre ahí, escuchándome, apoyándome y sacando lo mejor de mí, simplemente gracias.

Gracias a mi tutora Begoña, por el tiempo que ha dedicado a mis dudas, por el entusiasmo y la dedicación con la que me ha guiado en este trabajo y por la ayuda que me ha proporcionado durante todos estos meses, sin la cual, este trabajo no sería lo mismo.

Gracias a Fernando y Mari, por ser mi inspiración para este trabajo. Admiro la fuerza con la que han sabido sobrellevar la enfermedad y su esfuerzo diario para afrontarla y gestionarla de una manera saludable.

Por último, gracias a todos esos grandes profesionales; enfermeras, tutoras de prácticas y profesores de la escuela de enfermería, que me han ayudado a ser “la enfermera que a día de hoy he llegado a ser”.

INDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	4
2.	MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN.....	5
3.	OBJETIVOS DEL PROGRAMA	10
4.	METODOLOGÍA PEDAGÓGICA	11
5.	DISEÑO DEL PROYECTO	13
5.1	Definición de la población:	13
5.2	Estrategias de difusión y captación de la población:	14
5.3	Sesiones educativas:	14
5.3.1	Esquema de sesiones.....	15
5.3.2	Desarrollo de la sesión 2: “Respetando a mi pastillero” mi tratamiento y fármacos nefrotóxicos. 19	
5.3.3	Desarrollo de la sesión 3: Aprendiendo a comer, ¿Por qué ser diferentes?	20
5.4	Presupuesto del programa:	22
5.5	Evaluación del programa:.....	24
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	25
7.	ANEXOS.....	27
	ANEXO I. ESQUEMA DE OBJETIVOS	27
	ANEXO II. TRÍPTICO DEL PROGRAMA	28
	ANEXO III. MATERIAL DE APOYO: “Creando mi propio espejo”	29
	ANEXO IV. MATERIAL DE APOYO: “Comparando pastilleros”	30
	ANEXO V. MATERIAL DE APOYO: “Introducción al apetitoso mundo de la alimentación”- Vídeo.	31
	ANEXO VI. MATERIAL DE APOYO: “Compartiendo mesa”	32
	ANEXO VII. MATERIAL DE APOYO: “Con las manos en la masa”	33
	ANEXO VIII. MATERIAL DE APOYO: “Con las manos en la masa” - Guía de alimentación.	35
	ANEXO IX. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	53
	ANEXO X. TABLA 1. SINONIMOS Y ANTONIMOS – Palabras clave.	55
	ANEXO XI. TABLA 2. PROCESO DE BÚSQUEDA – Ecuación de búsqueda.....	56
	ANEXO XII. TABLA 3. RESUMÉN DE LA LITERATURA	59
	ANEXO XIII. CRÍTICA CASPE.....	64

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad crónica que avanza progresivamente. Según la tasa de filtrado glomerular (TFG), se pueden diferenciar 5 estadios dentro de la enfermedad. En el estadio 5, ya es demasiado tarde para trabajar desde la prevención, ya que la TFG, y con ella la función renal, ha disminuido tanto que la supervivencia de los pacientes entra en juego y es necesario iniciar una terapia renal sustitutiva, diálisis o trasplante renal. Los estadios 3 y 4 cursan con sintomatología silente hasta que no es detectado un descenso del filtrado glomerular, sin embargo, son las fases de la enfermedad donde más se puede incidir para prevenir las complicaciones asociadas a la enfermedad o la progresión hasta un estadio mayor.

Actualmente las personas en estadio 5 pueden acceder a las consultas prediálisis que tienen la finalidad de preparar y adaptar a los pacientes al tratamiento de diálisis. Sin embargo, las personas que se encuentran en los estadios 3 y 4 simplemente obtienen información, pero no reciben intervenciones educativas que promuevan el desarrollo de sus autocuidados y refuercen la adherencia al tratamiento farmacológico y dietético.

Las investigaciones consolidadas demuestran que una buena adherencia al tratamiento farmacológico y dietético, una baja ingesta de proteínas y sal etc. retrasa la progresión de la enfermedad hasta un estadio mayor, y por tanto, contribuye a la demora del inicio en diálisis. El retraso del inicio en diálisis no repercute solo en la mejora de la calidad de vida de la persona si no que también repercute en una reducción del gasto sanitario y social que generan dicha enfermedad.

En este sentido, se presenta este plan de educación dirigido a personas con ERC en los estadios 3 y 4 y con el fin de retrasar el inicio en diálisis y contribuir a la mejora de la calidad de vida de estas personas. Para ello se pretende que al finalizar el programa los pacientes con ERC en estadios 3 y 4 de la enfermedad, adquieran la capacidad de seguir una buena adherencia al tratamiento farmacológico y dietético.

El programa educativo se ha diseñado desde una metodología fundamentada en la “Teoría Social del aprendizaje” o la “Teoría Social Cognitiva de Bandura”, es decir, adoptando una perspectiva educativa centrada en la persona. El programa, está planificado en 4 sesiones distribuidas en 4 días diferentes y de una duración aproximada de 3 horas cada una.

La evaluación se realizará de manera continua y sumativa, ya que de esta manera se identificaran las áreas de mejora y los puntos fuertes tanto durante el programa como al finalizar el mismo, con el fin de mejorar en programas posteriores. Además, se evaluarán tanto el proceso como los resultados, con el objetivo de evaluar la adquisición de conocimientos, habilidades y conductas de los participantes durante el programa y su utilidad o beneficio al finalizarlo. De esta manera se espera que el plan de educación mejore la adherencia al tratamiento farmacológico y dietético y ayude a los pacientes a adquirir competencias en el autocuidado de su enfermedad.

2. MARCO CONCEPTUAL Y JUSTIFICACIÓN

La Insuficiencia renal crónica (IRC) o Enfermedad renal crónica (ERC) es un estado caracterizado por una disminución significativa y progresiva de la función de los riñones ⁽¹⁾. La ERC se define como una disminución de la función renal, expresada por un filtrado glomerular (FG) o por un aclaramiento de creatinina inferior a 60 ml/min/1,73 m², o como la presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses ⁽²⁾.

No existe una única causa para esta enfermedad, diferentes enfermedades como la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus (DM), la obesidad o las infecciones renales, están consideradas como factores de riesgo que incrementan la posibilidad de padecer una ERC o favorecer la progresión de la misma ⁽³⁾. Por otro lado, enfermedades renales adquiridas o hereditarias como la glomerulonefritis o la poliquistosis también son causantes de esta enfermedad, siendo la enfermedad renal poliquística la principal enfermedad congénita que causa ERC ⁽⁴⁾. Otros factores, no modificables, como el bajo peso al nacer, antecedentes familiares de ERC, la edad avanzada, una masa renal disminuida o ser de raza negra u otras minorías étnicas, también están estrechamente relacionados con el aumento de la posibilidad de padecer la enfermedad ⁽³⁾.

La ERC es un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que requiere de una terapia sustitutiva renal, diálisis o trasplante renal, cuando el filtrado glomerular es incompatible con la vida ⁽⁴⁾. La Tasa de filtrado glomerular (TFG) se considera uno de los mejores métodos para calcular la función renal y clasificar la enfermedad en sus diferentes estadios ⁽⁴⁾. En la progresión de la enfermedad, según las guías K/DOQI para la práctica clínica de la National Kidney Foundation (2002), se pueden encontrar diversos estadios que estratifican el nivel de progresión de la enfermedad en:

Tabla 1. Elaboración propia a partir de las guías K/DOQI para la práctica clínica de la National Kidney Foundation (2002):

ESTADIO	DESCRIPCIÓN	FILTRADO GLOMERULAR (FG)
1	Daño renal con FG normal.	> 90 ml/min
2	Daño renal con FG ligeramente disminuido	60 – 89 ml/min
3	Daño renal con FG moderadamente disminuido	30 – 59 ml/min
4	Daño renal con FG gravemente disminuido	15 – 29 ml/min
5	Fallo renal	< 15 ml/min o Diálisis

Los estadios 1 y 2, se consideran la forma más leve de ERC ⁽⁵⁾. En estos estadios, la enfermedad puede pasar desapercibida debido a que las personas que la padecen no presentan ningún signo o síntoma que indique un descenso de la función renal ⁽⁵⁾.

En el estadio 3 de la enfermedad ya empieza a observarse un riesgo claramente aumentado de progresión de la ERC y de complicaciones cardiovasculares clásicas de la insuficiencia renal como la anemia o las alteraciones del metabolismo fosfo-cálcico ⁽⁶⁾. Es entonces cuando se hace necesario recibir un tratamiento farmacológico y dietético adecuado para la prevención del progreso de la enfermedad y sus diferentes complicaciones ⁽⁶⁾.

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) se caracteriza por un descenso grave del filtrado glomerular ($FG < 30$ ml/min) ⁽¹⁾. En el estadio 4, el filtrado glomerular ha disminuido gravemente, encontrándose entre 15 – 29 ml/min, y tanto el riesgo de progresión de la ERC al estadio 5, como el riesgo de que aparezcan complicaciones cardiovasculares son muy elevados ⁽⁶⁾. Es necesario incidir en estos dos estadios de la enfermedad, tanto en el estadio 3 como en el estadio 4, ya que en ambos se debe realizar una prevención importante de las abundantes complicaciones que pueden hacer que la función renal degenere hasta un estadio mayor o la necesidad de iniciar diálisis.

En el estadio 5, la TFG es tan baja que la supervivencia entra en juego, ya que los riñones han perdido casi toda su capacidad de funcionar de manera eficiente y es demasiado tarde para trabajar desde la prevención. En este estadio es necesario aplicar un tratamiento de sustitución renal, con todo lo que ello conlleva ⁽⁵⁾. Actualmente, existen consultas prediálisis destinadas a proporcionar la información necesaria en esta fase de la enfermedad y preparar a los pacientes para el tratamiento de diálisis, favoreciendo así la adaptación al tratamiento renal sustitutivo. Sin embargo, hoy por hoy, aunque la investigación ya ha marcado distintos indicadores y complicaciones que hay que controlar en los estadios previos a la diálisis, no se han diseñado programas educativos para ayudar a los pacientes a adquirir competencias en el autocuidado y orientados a la prevención de las complicaciones y a mejorar la adherencia al tratamiento.

Varios estudios clínicos han demostrado una importante correlación entre el grado de proteinuria y la progresiva pérdida de función renal ⁽⁷⁾. En este sentido, se ha llegado a considerar la proteinuria junto con la hipertensión arterial, como los más potentes predictores de la progresión de la ERC ⁽⁷⁾.

Por tanto, es importante tener en cuenta que una buena adherencia a las prescripciones de bloqueantes del sistema renina-angiotensina (SRA), Inhibidores del enzima convertidor de la angiotensina (IECA) o Antagonistas de los receptores AT1 de la angiotensina II (ARA II) pueden evitar complicaciones cardiovasculares, mejorar los niveles de presión arterial y proteinuria de los pacientes y a su vez, frenar la progresión del fallo renal y el inicio en diálisis ⁽⁷⁾.

Aparte del tratamiento farmacológico, en los estadios 3-4 de la enfermedad también es necesario seguir una dieta estricta sin sal y con restricción proteica, ya que mediante este tipo de dieta se potencia el efecto antiproteinúrico de los fármacos y se ayuda a retrasar el inicio en diálisis, frenando la progresión de la enfermedad y minimizando la acumulación de toxinas urémicas ^(7,8).

Aunque el control de la proteinuria y de la presión arterial son los pilares fundamentales del tratamiento de los pacientes con ERC en la prevención del daño cardiovascular y renal progresivos, no debemos olvidar otras medidas terapéuticas destinadas a prevenir el riesgo cardiovascular y renal como son: modificar los hábitos de vida poco saludables, corregir el sedentarismo y la obesidad, evitar el consumo de tabaco y moderar el consumo de alcohol, mejorar el control de la glucemia en diabéticos, controlar el metabolismo mineral y del ácido úrico, tratar la dislipemia y la anemia, evitar el uso de fármacos nefrotóxicos y detectar precozmente las descompensaciones agudas de la función renal y tratar sus causas (deshidratación, disfunción cardíaca, obstrucción del tracto urinario etc.) ⁽⁷⁾. De todo esto se deduce que la adherencia al tratamiento farmacológico y al tratamiento dietético, así como la aplicación de medidas preventivas de complicaciones que se lleven a cabo en los estadios 3 y 4, contribuirá a disminuir la progresión de la enfermedad hasta un estadio más avanzado y por ende a retrasar el inicio de la diálisis.

Alargar el inicio de la diálisis reporta ventajas tanto para el paciente y su familia como para el sistema de salud y por tanto a la sociedad. El hecho de padecer ERC afecta a los pacientes en su calidad de vida ⁽⁹⁾. La ERC, es una de las enfermedades que presenta mayores niveles de impacto psicosocial, ya que genera altos niveles de sufrimiento físico y psíquico en los pacientes ⁽¹⁰⁾. El progreso de la enfermedad, con las consecuentes complicaciones, genera un mayor absentismo laboral y la adjudicación de incapacidades por enfermedad, ya que tan solo el 33,3% de los pacientes en edad laboral que están bajo el tratamiento de diálisis con esta patología siguen en activo ⁽¹¹⁾. Además, la diálisis repercute negativamente en la forma de vida de las personas: cambiando rutinas y ritmos de vida, generando pérdidas económicas, repercutiendo negativamente en la imagen corporal y social y provocando pérdida de autonomía física, entre otras. Estas pérdidas y cambios generan ansiedad y estrés en la persona, dificultado a su vez la adherencia al tratamiento ⁽⁹⁾.

Debemos ser conscientes de que el tratamiento en diálisis es de por vida y que el malestar físico y psicológico que padecen los pacientes incrementa con el tiempo, es decir, a más tiempo en diálisis mayor comorbilidad, mayor deterioro físico y un mayor aumento del estrés ^(12, 13).

Se ha evidenciado que las personas en diálisis perciben peor calidad de vida de las personas sanas ⁽¹⁴⁾, por lo que se deduce que el tratamiento en diálisis impacta negativamente, tanto en áreas físicas como psíquicas de los pacientes con ERC ⁽¹⁴⁾. Pero hay que resaltar que los pacientes que no han iniciado diálisis, aunque presentan una peor percepción de la calidad de

vida que la población sana, perciben mejores puntuaciones en calidad de vida que los que están bajo el tratamiento de diálisis o trasplante renal ⁽¹⁴⁾.

Valorando la repercusión desde el punto de vista económico, la ERC es una enfermedad de alta prevalencia que acusa un importante gasto sanitario ^(3, 15). En España, según los resultados del estudio EPIRCE (Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en España) diseñado para conocer la prevalencia de la ERC en nuestro país, se estimó que aproximadamente el 10% de la población adulta sufría de algún grado de ERC, y concretamente el 6,8% se encontraba en los estadios 3-5 ⁽¹⁶⁾ (Gráfico 1). Aunque la incidencia de esta enfermedad en España es mayoritaria en personas mayores de 75 años, la prevalencia de la ERC es mayor en personas entre 45 – 64 años y se da mayoritariamente en hombres ⁽¹⁵⁾. En nuestro país, aproximadamente 4 millones de personas padecen ERC, de ellas, unas 50.909 están en tratamiento renal sustitutivo y cada año, unas 6.000 personas inician diálisis ⁽³⁾.

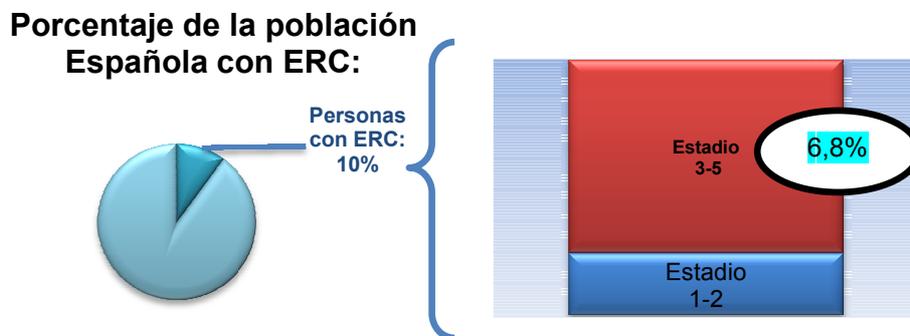


Gráfico 1. Elaboración propia a partir del Documento de consenso sobre la ERC (SEN) (2012).

En nuestro país, el coste anual asociado al tratamiento de las fases más avanzadas de ERC, estadios 4 y 5, se estima en más de 800 millones de euros ⁽¹⁷⁾, siendo el coste medio anual por paciente tratado con hemodiálisis de 46.659,83 € ⁽¹⁶⁾ (Gráfico 2), a este dato hay que añadirle la media de gasto farmacéutico anual total por paciente en diálisis, que es de 11.702 € y equivale a 34,6 €/paciente/día, mientras que el coste farmacéutico de pacientes con ERC antes del inicio de diálisis tan solo es de 11-12 €/paciente/día ⁽¹⁶⁾. Con estas cifras se puede cuantificar el mayor gasto sanitario que se genera ante la atención de los pacientes en el estadio 5, frente a los estadios 3 y 4.

Gasto farmacéutico por paciente:

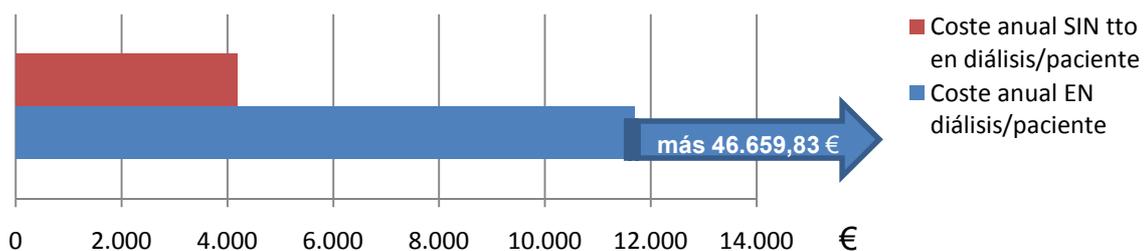


Gráfico 2. Elaboración propia a partir del Documento de consenso sobre la ERC (SEN) (2012).

La información aportada pretende resaltar la relevancia de implantar programas de educación a pacientes en los estadios 3 y 4. En este sentido, algunos autores proponen el seguimiento de estos pacientes por parte de todo el equipo multidisciplinar, tanto desde Atención Primaria como desde las consultas de la especialidad de Nefrología, para retrasar lo máximo posible la progresión de la enfermedad, llegando a frenarla en algunos procesos si se actúa al principio ^(1, 3). Diferentes estudios subrayan que muchos pacientes en España y en otros países no reciben una adecuada información en las fases previas a la diálisis, cuando existen evidencias de que las estrategias de atención multidisciplinar de la ERCA, podría frenar la progresión de la enfermedad, mejorar el control de la anemia y disminuir la mortalidad y la tasa de hospitalizaciones, de manera coste-efectivas ⁽¹⁸⁾.

La realización de programas de educación para la salud dirigidos a pacientes con ERC pre-diálisis sería muy recomendable para que las personas que padecen este problema de salud conozcan la enfermedad y colaboren en la gestión de la misma, ya que como afirma Francisco Javier Bonilla, una buena educación sanitaria es beneficiosa e involucra a los pacientes con patología renal en sus autocuidados, logrando que el paciente consiga una mejor aceptación de su enfermedad, se adapte a la nueva situación biopsicosocial, cumpla mejor el tratamiento, y por tanto consiga un mejor pronóstico de la evolución de su enfermedad ⁽²⁾.

Con el fin de retrasar el inicio del tratamiento de diálisis y contribuir a preservar la calidad de vida de los pacientes con ERC en estadios 3 y 4, se propone un plan educativo innovador dirigido a que los pacientes desarrollen autocuidados para llevar una prescripción farmacológica y dietética, junto con un control de medidas que contribuyan a un entretimiento de la progresión de la enfermedad. Realizar un programa educativo a este nivel supone un gran reto, ya que aparte de los beneficios que supone para los pacientes y el sistema sanitario, hay que tener en cuenta que es un área poco explorada y que podría abrir un nuevo campo de intervención enfermera que daría mayor visibilidad a la profesión.

Llevar a cabo este programa educativo sería coherente con el principio de beneficencia, ya que mediante este programa se busca beneficiar a los pacientes tanto en su vida diaria como en su calidad de vida a largo plazo. Además, desde el principio de justicia, se ahorraría una parte importante del coste sanitario que supone el tratamiento de la enfermedad en diálisis, que en la actual época de crisis económica sería muy beneficioso para poder destinar ese presupuesto a otras necesidades del sistema sanitario.

3. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Este programa tiene como meta: Retrasar el inicio en diálisis de los pacientes con ERC avanzada para contribuir a la mejora de la calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL:

- *Al finalizar el programa los pacientes con ERC en estadios 3 y 4 de la enfermedad, habrán adquirido la capacidad de seguir una buena adherencia al tratamiento farmacológico y dietético.*

OBJETIVOS INTERMEDIOS:

- **Dominio cognitivo:**
Al finalizar el programa de educación para la salud los pacientes con ERC en estadios 3 y 4 de la enfermedad **habrán adquirido los conocimientos necesarios sobre la ERC y el tratamiento farmacológico y dietético.**
- **Dominio afectivo-actitudinal:**
Al finalizar el programa de educación para la salud los pacientes con ERC en estadios 3 y 4 de la enfermedad **demostrarán una actitud y dimensión afectiva positiva hacia la enfermedad y la adherencia al tratamiento farmacológico y dietético.**
- **Dominio de habilidad y conducta:**
Al finalizar el programa de educación para la salud los pacientes con ERC en estadios 3 y 4 de la enfermedad **demostrarán habilidades para llevar a cabo la adherencia al tratamiento farmacológico y dietético.**

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Los objetivos específicos se establecen para cada sesión formativa. En el **anexo (I)** se presentan dichos objetivos relacionados a los tres niveles de objetivos intermedios, de los más abstractos a los más concretos y específicos.

4. METODOLOGÍA PEDAGÓGICA

Durante años se ha abordado la necesidad de aprendizaje de los pacientes únicamente desde la información, sin tener en cuenta el componente afectivo-actitudinal de cada persona, que sin duda es clave a la hora de realizar educación para la salud, para así poder integrar nuevas conductas y mejorar la autogestión de las enfermedades.

Dejando a un lado ese modelo educativo, este programa de educación para la salud, dirigido a personas con ERC en estadios 3 y 4, está pensado para adoptar una perspectiva educativa centrada en la persona, fundamentada en la “Teoría Social del aprendizaje” o la “Teoría Social Cognitiva de Bandura”⁽¹⁹⁾, considerando que en el abordaje del cambio de conducta se tiene que observar a la persona de manera holística, y es necesario tener en cuenta los factores ambientales y personales: grupos sociales, condiciones de vida, recursos y modelos culturales, creencias, actitudes, valores y habilidades^(19, 20).

Hay que ser conscientes de que este programa está dirigido a pacientes adultos, que poseen conocimientos previos o experiencias/vivencias que conforman sus creencias u opiniones sobre la enfermedad y sus autocuidados. Por tanto, la educación se orientará a reconstruir o reforzar sus conocimientos, y a su vez construir nuevos conocimientos desde sus ideas y creencias previas.

Por un lado, no hay que olvidar que la ERC es una enfermedad silente, en la que los síntomas no se manifiestan hasta una fase muy avanzada de la enfermedad (estadio 5). Esto hace que la persona no perciba la severidad de la enfermedad y, a su vez, frena el estímulo motivador del cambio de conductas. Por otro lado, y en contraposición a lo anterior, la persona puede experimentar ansiedad ante la futura pérdida física y/o sentir miedo ante la muerte cercana. Estas reacciones emocionales anticipatorias, también son factores a tener en cuenta ya que se acompañan de respuestas de evitación o negación ante la enfermedad, lo que también afecta a la motivación para el aprendizaje. Por tanto, la motivación será un aspecto que habrá que estimular y mantener especialmente a lo largo de todo el programa educativo. Otro aspecto a trabajar, siguiendo la teoría de Bandura, es el fomento de la autocompetencia, promoviendo la confianza en sí mismo a través del logro de pequeñas metas y el refuerzo positivo.

Para que el proceso enseñanza-aprendizaje sea eficaz los participantes deberán ser conscientes de su situación, conocerla, expresarla y profundizar en ella. A su vez, deberán ir reconstruyendo y aumentando sus conocimientos, analizando las causas y reflexionando sobre su situación. Así serán competentes para actuar en consecuencia, es decir, poco a poco deberán ser capaces de desarrollar recursos y habilidades, tomar decisiones, experimentar la realidad, evaluarla y reajustarla⁽²⁰⁾. Además, durante todo este proceso, el profesional deberá respetar la autonomía del paciente y también el ritmo de construcción de los nuevos conocimientos y habilidades a la vez que ayuda y acompaña en la gestión emocional.

La enfermera como responsable del proyecto educativo tendrá que indagar e identificar las creencias erróneas y las barreras de aprendizaje, así como las dificultades contextuales que puedan frenar la adherencia al tratamiento, como las responsabilidades laborales y familiares u otro tipo de actividades. En este sentido, tendrá que estar abierta a indagar en las creencias y los valores y comprender las prácticas de cuidado, respetando el recorrido formativo y el derecho a la autonomía a la hora de adquirir esos nuevos conocimientos, habilidades y actitudes.

Los métodos empleados en el programa educativo serán: La representación gráfica, la expresión de ideas / sentimientos y la pregunta. La representación gráfica consiste en indicar a los participantes que representen mediante un dibujo lo que se les vaya indicando, por ejemplo la representación de la disfunción renal o de las complicaciones. Esta técnica se emplea, además de para conocer el significado, para captar conceptos erróneos y también para favorecer la expresión de emociones y vivencias de los participantes, ya que mediante el dibujo se puede expresar directamente cómo se está viendo o percibiendo algo y de esta forma apreciar los aspectos que no se captan mediante la comunicación verbal. La expresión de ideas y sentimientos es otra técnica muy útil que se puede utilizar mediante diferentes actividades y que consiste en que los participantes sean capaces de expresar sus pensamientos y emociones sobre diferentes temas. En esta línea se propiciará una atmósfera de confianza entre los participantes. Por último, la pregunta es el método más eficaz para realizar educación para la salud, ya que posibilita que la persona, antes de recibir la información, piense un poco sobre sí misma y su situación. A su vez, permite al educador/ra ofrecer una información más personalizada, precisa y adecuada a las necesidades y también permite evaluar la información que ha llegado a los participantes, mejorando así la adquisición de conocimientos y habilidades ⁽²¹⁾.

Teniendo en cuenta que el aprendizaje es mucho más efectivo cuantos más canales sensoriales se utilizan y cuanta más participación exista por parte de las personas, durante las sesiones se contará con material de apoyo como; presentaciones Power Point, videos, talleres prácticos, etc. para que las personas puedan reforzar mejor lo aprendido e integrar así las nuevas conductas ⁽¹⁹⁾.

El papel del educador/ra será de facilitador o mediador, ya que la finalidad del programa educativo no es tanto que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por el experto, sino facilitar que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud ⁽²¹⁾. Además, se deberá establecer una relación empática y basada en la aceptación, el respeto, el no juicio, promoviendo la confianza entre los participantes del programa ⁽¹⁹⁾.

Por último, las intervenciones educativas se realizarán a través de sesiones grupales, ya que resulta más enriquecedor en el aprendizaje y facilita que los pacientes adquieran las nuevas conductas al verse identificados con los demás miembros del grupo. Además, de esta manera también se fortalece la red social que se crea entre los participantes, pudiendo actuar como un estímulo motivador.

5. DISEÑO DEL PROYECTO

5.1 Definición de la población:

Respecto a los criterios de inclusión del programa, los participantes serán pacientes con ERC en los estadios 3 y 4. La edad de los participantes deberá estar comprendida entre los 18-65 años, siendo consciente de que la incidencia de la enfermedad en estos estadios es de pacientes con edades más avanzadas, para este programa se busca que los participantes se encuentren en una etapa de ciclo vital dentro de la edad laboral, para que de esta manera además de repercutir en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, también tenga efecto en la economía del sistema sanitario en particular y en la economía autonómica u estatal en general. En cuanto a la clase social y nivel educativo no se pondrá ningún límite. Como requisito solo será necesario poder comunicarse en castellano para entender el contenido de las sesiones y del programa educativo. Además, será necesario el compromiso por parte de los miembros del grupo de asistir a todas las sesiones planteadas en el programa ya que de no ser así la evolución y progresión del mismo se vería interferida.

En contraposición se excluirán: a) Pacientes con ERC en otros estadios, b) Pacientes con edades superiores o inferiores al rango presentado, c) Pacientes con niveles bajos de comprensión del castellano, d) Pacientes diagnosticados con algún problema de salud mental. También y más concretamente, serán excluidas aquellas personas que padezcan alguna enfermedad que les limite a nivel cognitivo, como puede ser Síndrome de Down o cualquier retraso mental, ya que en esos casos está demostrado que es más efectiva la educación individual que la grupal.

Los criterios de inclusión quedan abiertos a los resultados de la evaluación final del programa educativo, donde la detección de áreas de mejora queda a la espera de futuras versiones en la configuración de grupos. En este sentido, se podrían ampliar los criterios de inclusión para crear así grupos aún más heterogéneos y multiculturales.

El número mínimo de participantes será de 4 y el máximo 8, ya que la evidencia pedagógica defiende que este es el número de personas óptimo para llevar a cabo las actividades grupales y responder a las necesidades de los pacientes de este programa educativo. La participación en el programa por parte de los participantes será voluntaria tras haberles informado sobre la finalidad del programa y de los objetivos del mismo.

El programa de salud se llevará a cabo en la asociación ALCER de Vitoria-Gasteiz (Paseo Los Arquillos, Nº 9) y las sesiones, se realizarán en dos grupos paralelos, uno en horario de mañana de 10.30h – 13.30h y otro en horario de tarde de 17.00h – 20.00h para facilitar la asistencia de los participantes.

5.2 Estrategias de difusión y captación de la población:

El programa se anunciará mediante posters informativos y panfletos en las consultas de Nefrología y por información directa de los nefrólogos y enfermeras de las consultas del HUA de Vitoria-Gasteiz. Para ello, se proporcionarán trípticos (**Anexo II**) para que los profesionales puedan entregar a los pacientes interesados y así proporcionarles información sobre el programa.

El período de inscripción comenzará el 1 de Septiembre de 2016, a partir de ese día las personas interesadas en el programa, podrán apuntarse mediante correo electrónico facilitado en los trípticos o mediante en número de teléfono que les pondrán en contacto directo con la enfermera responsable del programa. El primer programa se pondría en marcha a partir del mes de Octubre de 2016. La enfermera responsable del programa, tras comprobar que las personas inscritas cumplen los criterios de inclusión, se pondrá en contacto con los participantes para preguntarles si siguen interesados en participar en el programa y de ser así, les incluirá en una lista de espera para realizar el programa indicando, reflejando también su preferencia horaria (mañanas o tardes).

5.3 Sesiones educativas:

Las sesiones se realizarán en la asociación ALCER, este local ha sido elegido estratégicamente para conseguir, por un lado, que el plan educativo no se lleve en un entorno medicalizado, ya que se pretende que los participantes normalicen su situación de salud y no adquieran esa percepción de “enfermos”. Por otro lado, realizar las sesiones en la asociación, puede ayudar a que los participantes comiencen a socializarse y puedan ver la asociación ALCER como una red más de apoyo.

Las sesiones serán impartidas por un profesional de enfermería con experiencia y conocimientos en la ERC. Además, es importante resaltar que todas las sesiones serán impartidas por el mismo profesional, ya que de no ser así los resultados se verían interferidos.

Este programa educativo se dimensiona en 4 sesiones grupales, distribuidas en cuatro días diferentes y que estarán espaciadas por una semana. Cada sesión está formada por diferentes actividades diseñadas para responder a los objetivos establecidos. En la siguiente tabla se presentan las distintas sesiones con sus actividades y su temporización.

5.3.1 Esquema de sesiones

SESIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO
<p>Sesión 1:</p> <p>La ERC, conociendo una parte más de mí.</p> <p>Viernes 7 de Octubre</p> <p>De 10.30h-13.30h o de 17h– 20h.</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentirse integrados dentro del grupo de participantes. - Manifestar los sentimientos que genera la ERC en ellos. - Identificar los conceptos/creencias erróneas sobre la ERC basados en sus experiencias/vivencias. - Describir la ERC e identificar la anatomía del sistema urinario. 	<p>Act.1 → <u>Presentación</u>. Esta actividad tiene como finalidad que los miembros del grupo se conozcan. La enfermera se presentará en primer lugar como educadora del programa y luego cada participante se presentará al grupo indicando su nombre, edad, motivo por el que acude al programa, estadio de la enfermedad en el que se encuentra y desde hace cuanto tiempo esta diagnosticado de ERC. (45min)</p> <p>Act.2 → <u>“Creando mi propio espejo”</u>: Esta actividad tiene como finalidad que los participantes reflejen su opinión y sentimientos sobre la ERC mediante la representación gráfica (anexo III):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dibuja como afecta la enfermedad en tu cuerpo. - Dibuja un riñón y señala que parte de él está afectado. - Dibuja como te ves ahora. - Dibuja en que te está afectando la enfermedad (aéreas de tu vida) <p>Posteriormente, se pondrán en común los dibujos con el resto del grupo con el fin de crear una pequeña tertulia. (50min)</p> <p>Act.3 → <u>“Conociendo un poco más la ERC”</u>: Esta actividad tiene como finalidad evaluar los conocimientos y creencias previas de los participantes sobre los aspectos más importantes de la enfermedad y partiendo de ellos reconstruir los conocimientos sobre la ERC. Mediante un Power Point se expondrán preguntas abiertas sobre los aspectos más importantes de la enfermedad y la anatomía del sistema urinario para que los participantes contesten y muestren su opinión y conocimiento sobre la enfermedad. Luego se debatirán en el grupo las respuestas y se reconstruirán los conocimientos. (45min)</p> <p>Act.4 → <u>“Compartiendo expectativas”</u>: Se preguntará abiertamente a los participantes que esperan del P.E.S y cuáles son sus necesidades o que les gustaría incluir en las sesiones para que lo comparta con el grupo y así ayudar al educador a guiar el resto de sesiones orientándolas a sus necesidades. (30min)</p> <p>Evaluación, cierre de sesión y presentación de la sesión 2. (10min)</p>

<p>Sesión 2:</p> <p>“Respetando a mi pastillero”</p> <p>mi tratamiento y fármacos nefrotóxicos</p> <p>Viernes 14 de Octubre</p> <p>De 10.30h-13.30h o de 17h– 20h.</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los conceptos/creencias erróneas sobre los fármacos. - Identificar los medicamentos nefrotóxicos y explicar las medidas para paliar la nefrotoxicidad de los fármacos. - Expresar los sentimientos y repercusiones que les genera seguir el tratamiento farmacológico. - Poner medidas a los inconvenientes o problemas que les surge seguir el tratamiento farmacológico. 	<p>Inicio de la sesión (10min)</p> <p>Act.1 → “Comparando pastilleros”: Mediante esta actividad se pretende que los participantes conozcan su tratamiento y a su vez conocer las creencias que tienen ellos sobre el mismo. Para ello se empleara como estrategia educativa la pregunta, presentando diferentes interrogantes en unos posit (Anexo IV). (50min)</p> <p>Act.2 → “La balanza de las soluciones”: Mediante esta actividad se busca que los participantes sean capaces de identificar las ventajas y las dificultades que les supone seguir el tratamiento farmacológico y adquieran habilidades para resolver esas dificultades o problemas. Para ello se empleara la expresión de ideas y sentimientos en una ronda de expresiones y se plantearan interrogantes para buscar solución a los inconvenientes de seguir el tratamiento farmacológico. (50min)</p> <p>Act.3 → “Conócelos”: La finalidad de la actividad es que los participantes sean capaces de identificar los diferentes fármacos y sobre todo los que pueden derivar complicaciones en su enfermedad (nefrotóxicos). Para ello, se expondrá información de los fármacos nefrotóxicos en una presentación Power Point y se utilizará la pregunta para valorar los conocimientos previos y la adquisición de nuevos conocimientos por parte de los participantes. (30min)</p> <p>Act.4 → “Verdades y Mentiras”: Mediante esta actividad se evaluará la adquisición de conocimientos. Para ello los participantes deberán indicar la veracidad de diferentes afirmaciones relacionadas con el tratamiento farmacológico. (30min)</p> <p>Evaluación, cierre de sesión y presentación de la sesión 3. (10min)</p>
---	---	---

<p>Sesión 3:</p> <p>Aprendiendo a comer ¿Por qué ser diferentes?</p> <p>Viernes 21 de Octubre</p> <p>De 10.30h-13.30h o de 17h– 20h.</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar los alimentos saludables y reno-protectores para la ERC. - Expresar los sentimientos y repercusiones que les genera seguir la dieta recomendada. - Confeccionar una dieta saludable que pueda ser adaptada a los hábitos familiares. - Poner medidas a los inconvenientes o problemas que les surge seguir la dieta. 	<p>Inicio de la sesión (10min)</p> <p>Act.1 → <u>“Introducción al apetitoso mundo de la alimentación”</u>: Con el fin de que los participantes recuerden que tipo de dieta deben seguir y a su vez animarles a llevar una alimentación saludable pero sabrosa, se expondrá un video (Anexo V) que posteriormente se debatirá en grupo. (15min)</p> <p>Act.2 → <u>“Compartiendo mesa”</u>: Mediante esta actividad se pretende que los participantes conozcan la dieta hipoproteica / hiposódica y a su vez conocer sus creencias sobre los alimentos recomendados. Para ello se empleará la pregunta cómo estrategia, presentando diferentes interrogantes en unos posit (Anexo VI). (50min)</p> <p>Act.3 → <u>“La balanza de las soluciones”</u>: Mediante esta actividad se busca que los participantes sean capaces de identificar las ventajas y las dificultades que les supone seguir la dieta y adquieran habilidades para resolver esas dificultades o problemas. Para ello se empleará la expresión de ideas y sentimientos en una ronda de expresiones y se plantearán interrogantes para buscar solución a los inconvenientes de seguir la dieta. (50min)</p> <p>Act.4 → <u>“Con las manos en la masa”</u>: La finalidad de esta actividad consiste en que los participantes adquieran habilidad para elaborar un menú diario con alimentos saludables sin que les suponga mucho esfuerzo. Para ello se les indicará que elaboren por parejas, una dieta para un día completo (Anexo VII), aplicando los conocimientos trabajados en la sesión y con la ayuda de una guía de alimentación (Anexo VIII) que se proporcionará para facilitar la elaboración de la dieta. (25min)</p> <p>Act.5 → <u>“Verdades y Mentiras”</u>: Mediante esta actividad se evaluará la adquisición de conocimientos. Para ello los participantes deberán indicar la veracidad de diferentes afirmaciones relacionadas con la dieta. (25min)</p> <p>Evaluación, cierre de sesión y presentación de la sesión 4. (10min)</p>
--	--	--

<p>Sesión 4:</p> <p>Todos para 1 y 1 para todos, ¡Hasta siempre!</p> <p>Viernes 28 de Octubre</p> <p>De 10.30h-13.30h o de 17h– 20h.</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expresar los conocimientos que les han sido de utilidad. - Poner en marcha medidas de autogestión de la enfermedad * (Se evaluará a más largo plazo.) - Expresar verbalmente su nivel de compromiso de adherencia al tratamiento. 	<p>Inicio de la sesión (10min)</p> <p>Act.1 → <u>Tan únicos... que no somos tan diferentes</u>” Un paciente con ERC en estadio 4 con adherencia al tratamiento acudirá a contar su experiencia. Posteriormente se ofrecerá la posibilidad de una tertulia con el resto de participantes del programa, para que ellos puedan realizar preguntas. De esta manera se pretende motivar a los participantes, mostrándoles que la adherencia al tratamiento/dieta es posible. (60min)</p> <p>Act.2 → <u>“Un paso atrás, y dos hacia adelante”</u>: Reflexión sobre: ¿De qué me he dado cuenta?, ¿Qué me ha aportado el programa? ¿Se han cumplido mis expectativas?, ¿Que se me ha quedado en el tintero?... (Autoevaluación personal y sugerencias de los participantes de forma oral). Mediante esta actividad se pretende incluir a los participantes en la evaluación del programa e indirectamente se pretende que se autoevalúen a sí mismos. (50min)</p> <p>Act.3 → <u>“Cuenta conmigo”</u>: Despedida y entrega de agenda de telf. para el intercambio de teléfonos y emails con el resto de participantes, con el objetivo de crear una red social de apoyo fuera del P.E.S. (10min)</p> <p>Evaluación de la sesión y cierre.</p> <p>EVALUACIÓN FINAL → Pase de cuestionario de evaluación final (Anexo IX). (20min)</p> <p>*Lunch: Llevaremos alimentos saludables cocinados por nosotros para el resto del grupo. (40min)</p>
--	--	--

5.3.2 Desarrollo de la sesión 2: “Respetando a mi pastillero” mi tratamiento y fármacos nefrotóxicos.

Las actividades de esta sesión han sido diseñadas para facilitar que los participantes alcancen los siguientes objetivos:

- Identificar los conceptos/creencias erróneas sobre los fármacos.
- Identificar los medicamentos nefrotóxicos y explicar las medidas para paliar la nefrotoxicidad de los fármacos.
- Expresar los sentimientos y repercusiones que les genera seguir el tratamiento farmacológico.
- Poner medidas a los inconvenientes o problemas que les surge seguir el tratamiento farmacológico.

→**Inicio de la sesión:** Al inicio de la sesión, la enfermera recordará su nombre y animará a realizar lo mismo al resto de compañeros, con el fin de que los participantes recuerden todos los nombres y así crear un clima más cálido dentro del grupo. Seguidamente se repasará brevemente lo realizado en la sesión anterior, se resolverán las dudas que les hayan surgido a los participantes sobre dicha sesión y se expondrá al grupo un pequeño resumen de lo que se va a tratar en esta segunda sesión y los objetivos planteados para la misma.

ACT.1 “Comparando Pastilleros”: La enfermera pegará 5 posit gigantes en una pizarra con preguntas en cada uno de ellos (**Anexo IV**) para que los participantes hablen abiertamente y creen una pequeña tertulia sobre el tema. Mediante esta actividad se pretende que los participantes expongan su tratamiento, lo conozcan y a su vez, conocer las creencias que tienen ellos sobre el mismo para poder romper con las falsas creencias y reconstruir así los nuevos conocimientos partiendo de sus conocimientos/creencias previas.

ACT.2 “La balanza de las soluciones”: La enfermera animará a cada participante a que exprese los beneficios e inconvenientes/dificultades que consideran ellos que genera seguir el tratamiento farmacológico, para ello se utilizará la técnica de expresión de ideas o sentimientos. La enfermera mientras los participantes expresan sus ideas/sentimientos lo irá apuntando en una pizarra como si fuera una ronda de expresiones. Luego, grupalmente, se intentarán buscar soluciones para los inconvenientes y se reforzarán los beneficios con el fin de que los participantes adquieran habilidad para solucionar los inconvenientes de seguir el tratamiento farmacológico. La enfermera guiará esa resolución de problemas mediante preguntas como: “¿Y cómo podrías cambiar esto?”. Mediante esta actividad también se pretende que los participantes compartan con el resto de participantes “trucos” que les permite seguir la adherencia al tratamiento farmacológico.

ACT.3 “Conócelos”: La finalidad de la actividad consiste en que los participantes sean capaces de identificar los diferentes fármacos y sobre todo los que pueden generar

complicaciones en su enfermedad (nefrotóxicos). Mediante una presentación en Power Point y mediante preguntas como, “De estos fármacos... ¿Cuales son perjudiciales para el riñón? ¿Cómo afecta este fármaco a tus riñones?” por parte de la enfermera al resto del grupo durante la presentación, se irán analizando diferentes fármacos comunes, los cuales pueden derivar complicaciones en la ERC. Aparte de conocerlos se hablará con los participantes sobre cómo evitar o aliviar la nefrotoxicidad de dichos fármacos (hidratación, evitar la prolongación del tratamiento o las dosis...).

ACT.4 “Verdades y Mentiras”: A los participantes se les entregará una pala con doble color, por un lado verde (para indicar verdadero) y por otro lado rojo (para indicar falso) que utilizarán para indicar que opinan sobre la afirmación expuesta por el educador/ra. Una vez explicado cómo utilizar la pala, la enfermera leerá diferentes afirmaciones en alto sobre diferentes fármacos o situaciones que se puedan dar con el tratamiento. Una vez expuesta la afirmación por parte del educador/ra, los participantes expresarán con la pala si la afirmación es verdadera o falsa y se debatirá grupalmente la respuesta. Mediante esta actividad se pretende evaluar la adquisición de los nuevos conocimientos, habilidades y actitudes respecto a la adherencia al tratamiento.

Cierre de sesión e introducción a la sesión 3. → Finalmente, se evaluará la satisfacción de los miembros del grupo con la segunda sesión mediante preguntas abiertas como en la sesión anterior: ¿Qué os ha parecido la sesión? ¿Tenéis alguna duda sobre lo tratado hoy? ¿Hay alguna cosa que os gustaría tratar más adelante?... Para terminar, se acordará con los pacientes lo que se tratará en la tercera sesión: la alimentación en la ERC, alimentos saludables y alimentos no recomendados.

5.3.3 Desarrollo de la sesión 3: Aprendiendo a comer, ¿Por qué ser diferentes?

Con la finalidad de basar el contenido de la información de la sesión 3 en la evidencia científica, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura sobre el efecto de la dieta hipoproteica complementada con suplementos nutricionales en pacientes con ERC, sobre la disminución de la proteinuria, que a su vez retrasa el inicio en diálisis.

En primer lugar se procedió a elaborar una tabla de sinónimos / antónimos de las palabras clave (**Anexo X**). Posteriormente se introdujeron los términos de búsqueda en las bases de datos MEDLINE, CINHALL y CUIDEN (**Anexo XI**) y finalmente se hizo un proceso exhaustivo de selección de la literatura encontrada. Como resultado de la búsqueda se obtuvieron dos revisiones de la literatura ^(22, 23), un ensayo clínico prospectivo ⁽²⁴⁾, un ensayo clínico retrospectivo ⁽²⁵⁾ y una guía de práctica clínica ⁽²⁶⁾ (**Anexo XII**) .

Las actividades de esta sesión han sido diseñadas para facilitar que los participantes alcancen los siguientes objetivos:

- Explicar los alimentos saludables y reno-protectores para la ERC.
- Expresar los sentimientos y repercusiones que les genera seguir la dieta recomendada.
- Confeccionar una dieta saludable que pueda ser adaptada a los hábitos familiares.
- Poner medidas a los inconvenientes o problemas que les surge seguir la dieta.

→**Inicio de la sesión:** Al inicio de la sesión, la enfermera recordará brevemente lo realizado en la sesión anterior y se expondrá al grupo un pequeño resumen de lo que se va a tratar en esta tercera sesión y los objetivos que se pretenden cumplir mediante la misma. Además, estará dispuesta a responder cualquier duda que les haya surgido a los participantes durante estos días sobre la sesión anterior.

ACT.1 “Introducción al apetitoso mundo de la alimentación”: Se reproducirá un video sobre la alimentación en la ERC (**Anexo V**) con el fin de que los participantes recuerden lo comentado en las consultas de Nefrología y a su vez motivarles para que no renuncien a una alimentación sabrosa a pesar de sus restricciones. Posteriormente la enfermera preguntará a los participantes abiertamente: “¿Qué os aporta el vídeo?” Así podrá valorar que repercusión tiene el video sobre ellos y conocer la opinión que les ha generado.

ACT.2 “Compartiendo mesa”: La enfermera pegará 6 posit gigantes en una pizarra con preguntas en cada uno de ellos (**Anexo VI**) para que los participantes hablen abiertamente y creen una pequeña tertulia sobre el tema. Mediante esta actividad se pretende que los participantes expongan su alimentación habitual, conozcan que tipo de alimentos son o no son saludables para su enfermedad y a su vez, conocer las creencias que tienen ellos sobre la dieta para poder romper con las falsas creencias y reconstruir así los nuevos conocimientos.

ACT.3 “La balanza de las soluciones”: La enfermera animará a cada participante a que exprese los beneficios e inconvenientes/dificultades que consideran ellos que genera seguir la dieta y los apuntarán en una pizarra siguiendo la ronda de expresiones. Luego, grupalmente, se intentarán buscar soluciones para los inconvenientes y se reforzarán los beneficios, aprovechándolos como estímulo motivador. La enfermera guiará esa resolución de problemas reformulando preguntas como: “¿Y cómo podrías cambiar esto?”. Mediante esta actividad se busca que los participantes sean capaces de identificar las ventajas y las dificultades que les supone seguir la dieta y adquieran habilidades para resolver esas dificultades. Además mediante esta actividad, al igual que en la sesión anterior, también se pretende que los participantes compartan con el resto de participantes “trucos” que les permite seguir más fácilmente la adherencia a la dieta.

ACT.4 “Con las manos en la masa”: La enfermera animará a los participantes a que se dividan en parejas y con ayuda de lo hablado en las actividades anteriores y una guía de alimentación para la ERC (**Anexo VIII**) indicará a los participantes que elaboren un menú saludable, que les agrade y que pueda encajar en la unidad familiar. Para la elaboración de la dieta se les proporcionará una ficha en la que deberán indicar qué habrá para desayunar, almorzar, comer, merendar y cenar (**Anexo VII**). Posteriormente las parejas expondrán su receta al grupo para que les pueda servir al resto de participantes de ayuda en su día a día. Mediante esta actividad se pretende que los participantes adquieran la habilidad de crear comidas saludables sin que les suponga demasiado esfuerzo en su rutina diaria.

ACT.5 “Verdades y Mentiras”: A los participantes se les entregará como el día anterior una pala con doble color, y se les recordará cómo utilizar la pala, verde para indicar verdadero y rojo para indicar falso. Luego la enfermera leerá diferentes afirmaciones en alto sobre diferentes alimentos o situaciones que se plantean a la hora de seguir la dieta. Una vez expuesta la afirmación por parte del educador/ra, los participantes expresarán con la pala si la afirmación es verdadera o falsa y se debatirá grupalmente la respuesta. Mediante esta actividad se pretende evaluar la adquisición de los nuevos conocimientos, habilidades y actitudes respecto a la adherencia a la dieta.

Cierre de sesión e introducción a la sesión 4. → Finalmente, se evaluará la satisfacción de los miembros del grupo con la sesión mediante preguntas abiertas como en la sesión anterior: ¿Qué os ha parecido la sesión? ¿Tenéis alguna duda sobre lo tratado hoy? ¿Hay alguna cosa que os gustaría tratar más adelante?... Para terminar, se acordará con los pacientes lo que se tratará en la cuarta sesión y se propondrá un pequeño “lunch” de despedida para esa última sesión en la cual cada participante traerá algún alimento saludable para compartir con el resto del grupo.

5.4 Presupuesto del programa:

El programa de educación será subvencionado mediante un convenio entre el servicio de Nefrología del H.U.A y la asociación ALCER de Vitoria-Gasteiz. El servicio de Nefrología será el encargado de aportar el profesional docente que imparta las sesiones educativas, mientras que la asociación ALCER aportará el local donde se impartirán las sesiones y el equipamiento.

Para favorecer el compromiso de asistencia al programa y participación por parte de los participantes, se solicitará a cada miembro del programa educativo 10 €/persona, que será dedicado a la compra del material fungible, y el dinero restante se donará a la asociación ALCER.

RECURSOS HUMANOS :

Profesional	Horas impartición del programa	Horas de preparación del programa	Horas totales	€/hora	Importe
Enfermera	12 horas	16 horas	30 horas		

RECURSOS MATERIALES:

EQUIPAMIENTO

MATERIAL	CANTIDAD	COSTE DE LA UND.	COSTE TOTAL
Ordenador con acceso a internet	1		
Proyector	1		
Altavoces	1		
Pizarra	1		
Sala	1		
Sillas	10		
Mesas	4		

MATERIAL FUNGIBLE

MATERIAL	CANTIDAD	COSTE DE LA UND.	COSTE TOTAL
Bolígrafos	10		
Folios	50		
Rotuladores para pizarra	3		
Cartulinas de colores	12		
Cuadernillo/ agenda telef.	8		
Palas de doble color (rojo/verde)	8		
Fotocopias:			
- Planilla R.gráfica	8		
- Guía de alimentación	8		
- Planillas elaboración dieta	8		
- Cuestionario de evaluación final	8		

5.5 Evaluación del programa:

Por un lado, la evaluación del programa se realizara de manera **continua**, a lo largo de las sesiones, mediante preguntas abiertas, se preguntará a los participantes sobre su opinión respecto a las sesiones, las actividades, los recursos materiales, la duración de la sesión, la información tratada en la sesión, la satisfacción y la atmósfera creada. De esta manera se podrán detectar áreas de mejora y se podrá responder adecuadamente a las necesidades del grupo durante el transcurso del programa. A parte, será una evaluación **sumativa**, ya que se hará una evaluación al finalizar el programa, es decir, en la última sesión se proporcionará un cuestionario (**Anexo IX**) con diferentes ítems que deberán evaluar los participantes del 0 al 5 reflejado así el nivel de satisfacción, para identificar áreas que hayan sido útiles y mejorar en “áreas de mejora” para programas posteriores. Además mediante la actividad “Un paso atrás, y dos hacia adelante” que se realizará en la última sesión, se realizará la evaluación del programa. Los participantes también podrán expresar verbalmente los puntos fuertes y áreas de mejora que han apreciado en el programa, ya que previamente a rellenar el cuestionario, se busca que los participantes puedan expresar verbalmente su opinión con esa actividad, creando así un clima más cálido que el registrar la opinión en el papel. A su vez se persigue seguir impulsando la participación y el compromiso con el grupo y el programa.

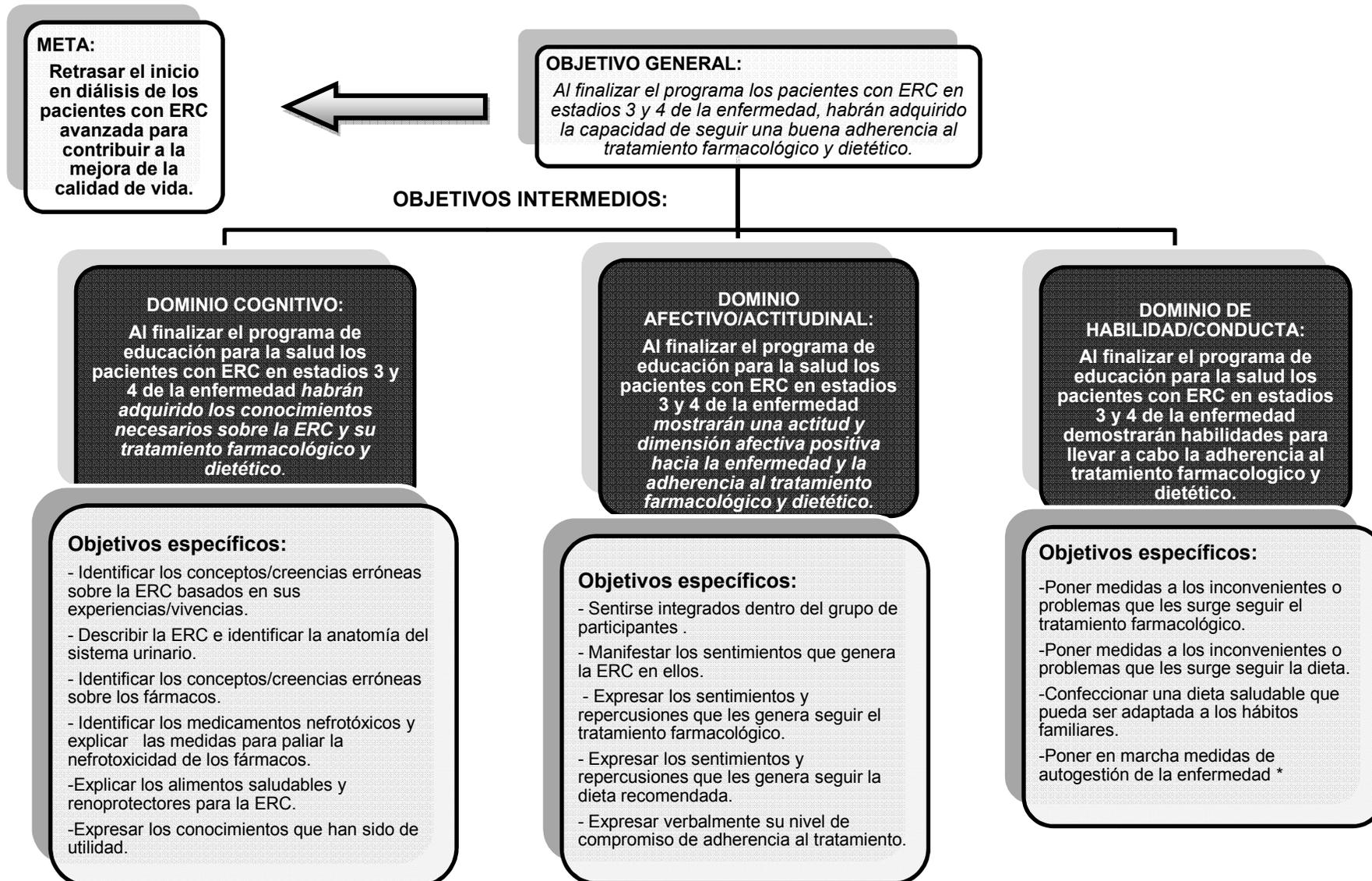
Por otro lado, se evaluará tanto el proceso como los resultados. Mediante la pregunta, la observación de conductas y actividades como: “Verdades y mentiras” se evaluará la adquisición de conocimientos de los participantes y si se van cumpliendo los objetivos planteados. Finalmente, para evaluar los resultados, el educador se pondrá en contacto con cada participante por vía telefónica al mes de realizar el P.E.S y les preguntará sobre la adherencia al tratamiento, aspectos de la dieta... para valorar si se han alcanzado los objetivos en el tiempo y los participantes están poniendo en práctica lo aprendido en el programa. Además, este seguimiento telefónico no solo sirve para evaluar el resultado, sino que también ayuda a mantener el estímulo motivador, evitando que se genere un sentimiento de abandono al finalizar el programa.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociaciones para la Lucha Contra Enfermedades del Riñón (ALCER). [Online].; 2015 [cited 2015 Septiembre 22. Available from: <http://alcer.org/que-es-la-enfermedad-renal/>.
2. Bonilla León FJ. Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad? *Enferm Nefrol.* 2014 Abril-Junio; 17(2).
3. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. Documento marco sobre enfermedad renal crónica (ERC) dentro de la estrategia de abordaje a la cronicidad en el SNS. Científico. ; 2015.
4. Venado Estrada A, Moreno López JA, Rodríguez Alvarado M, Lopéz Cervantes M. Insuficiencia renal crónica. Universidad Nacional Autónoma de México, Unidad de proyectos especiales; 2009.
5. care Fm. Nephrocare. [Online].; 2015 [cited 2015 Noviembre 26. Available from: <http://www.nephrocare.es/pacientes/el-rinon-e-insuficiencia-renal/el-estadio-de-mi-enfermedad/estadio-avanzado.html>.
6. Cabrera Soriano S. Definición y clasificación de los estadios de enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología.* 2004; 24(6).
7. García de Vinuesa S. Factores de progresión de la enfermedad renal crónica. Prevención secundaria. *Nefrología.* 2008; 3(Suplemento): p. 17-21.
8. Ruperto López M, Barril Cuadrado G, Lorenzo Sellares V. Guía de nutrición en Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA). *Nefrología.* 2008; Supl.
9. Pérez LC. Factores psicosociales y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista de psicología.* 2010;(6).
10. Barba Tejador AA, Perez del Rio E, Gómez Gutiérrez Y, Barba Tejador S, Machi Portalés M. La evaluación del estrés en la Insuficiencia renal crónica: una aproximación multidisciplinar. *Seden.* ; 98(1).
11. Julián Mauro JC, Molinuevo Tobalina JA, Sánchez González JC. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. *Nefrología.* 2012; 4(32).
12. Ruiz de Alegría Fdez de Retana B. Vivir en Diálisis: Afrontamiento y calidad de vida. Tesis doctoral. Donostia - San Sebastián: Universidad del País Vasco, Psicología social y metodología de las ciencias del comportamiento; 2010.
13. Ruiz de Alegría Fernández de Retana B, Basabe Barañano N, Fernández Prado E, Baños Baños C, Nogales Rodríguez MÁ, Echebarri Escribano M, et al. Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del tiempo. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.* 2009 Enero - Marzo; 12(1).

14. Yepes Delgado CE, Montoya Jaramillo M, Orrego Orozco BE, Cuéllar Santaella MH, Yepes Núñez JJ, López Muñoz JP, et al. Calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sin diálisis ni trasplante de una muestra. *Nefrología*. 2009; 6(29).
15. (ONT) ONdT. Informe de diálisis y trasplante 2013. Presentación del congreso nacional de nefrología. Barcelona:, Registro español de enfermos renales; 2013.
16. SEN (sociedad española de nefrología) SCS. Documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica. 2012.
17. Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos M, González Parra E, Alvarez Guisasola F, et al. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008; 28(3).
18. Martínez-Ocaña JC. *elsevier*. [Online].; 2011 [cited 2015 Noviembre 20. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-gestion-enfermedad-renal-cronica-avanzada-90040567>.
19. De Lorenzo Urien E. Principios de Aprendizaje en los que se va a sustentar el programa educativo. Apuntes. Vitoria-Gasteiz: Escuela Universitaria de Enfermería; 2015.
20. Pérez Riquelme M. Metodología de educación para la salud. *Pediatría Atención primaria*. 2012; 21(Suplemento): p. 77-82.
21. Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de educación para la salud. Manual. Gobierno de Navarra, Instituto de salud pública; 2006.
22. Aparicio M, Bellizzi V, Chauveau P, Cupisti A, Ecder T, Fouque D, Garneata L, Lin S, Mitch W, Teplan V, Yu X, Zacar G. Do Ketoanalogues Still Have a Role in Delaying Dialysis Initiation in CKD Predialysis Patients? *SEMINARS IN DIALYSIS*. 2013 September.
23. Garneata L, Mircescu G. Effect of low-protein diet supplemented with keto acids on progression of chronic kidney disease. *Journal of Renal Nutrition*. 2013 Mayo; 23(3): p. 210-213.
24. Wu H.L, Sung J.M, Kao M.D, Wang M.C, Tseng C.C, Chen S.T. Nonprotein calorie supplement improves adherence to low-protein diet and exerts beneficial responses on renal function in chronic kidney disease. *Journal of Renal Nutrition*. 2013 July; 23(4): p. 271-276.
25. Fernández Andreu MA, Jiménez del Cerro LA, Rivera F. Papel de la dieta hipoproteica y aminoácidos esenciales en la progresión de la insuficiencia renal crónica no diabética. *Nefrología*. 1992; XII(5).
26. León García D, Ordóñez IE. Guía para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Guía de practica clínica. Minsalud, Ministerio de protección social - Gobierno de colombia.

ANEXO I. ESQUEMA DE OBJETIVOS



ANEXO II. TRÍPTICO DEL PROGRAMA

“APRENDE A CUIDAR A TUS RIÑONES Y ELLOS CUIDARÁN DE TI”



Programa de educación para la salud dirigido a pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC).



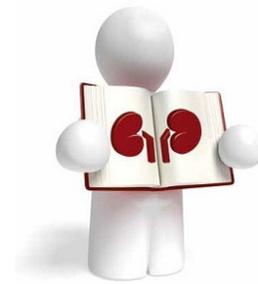
¡PONTE EN CONTACTO Y UNETE!

Máhdanos un correo con tus datos personales a:

Cuidatusriñones@gmail.com

O llama al Teléfono: **945 23 18 95**

¡Y pregunta por el programa!



¿Quieres conocer
Un poco mejor tu
Enfermedad?

¿Aprender a seguir la dieta o
a respetar a tu pastillero...



de manera que no perjudique ni
a tu vida ni a tus riñones?

¿Te gustaría aprender todo ello
en buena compañía?



UNETE AL GRUPO!

DISFRUTA DE 4 SESIONES GRUPALES:

SESIÓN 1 → “La ERC, conociendo una parte más de mí”

Viernes 7 de Octubre.

De 10.30h a 13.30h

O

De 17.30 a 20.30h

SESIÓN 2 → “Respetando a mi pastillero; mi tratamiento y fármacos nefrotóxicos.”

Viernes 14 de Octubre.

De 10.30h a 13.30h

O

De 17.30 a 20.30h

SESIÓN 3 → “Aprendiendo a comer ¿Por qué ser diferentes?”

Viernes 21 de Octubre.

De 10.30h a 13.30h

O

De 17.30 a 20.30h

SESIÓN 4 → “Todos para 1 y 1 para todos, ¡Hasta siempre!”

Viernes 28 de Octubre.

De 10.30h a 13.30h

O

De 17.30 a 20.30h



¡JUNTOS
PODREMOS!



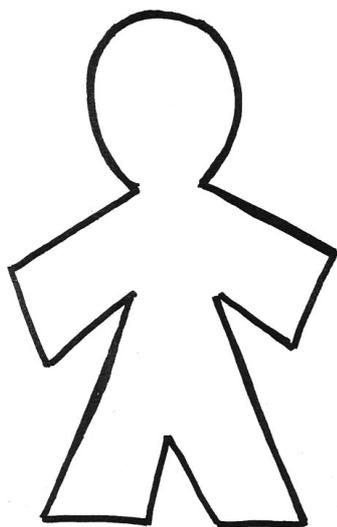
ANEXO III. MATERIAL DE APOYO:

"Creando mi propio espejo"

ACT.2 / SESIÓN 1º

1

2



3

4

ANEXO IV. MATERIAL DE APOYO:

“Comparando pastilleros”

ACT.1 / SESIÓN 2º

1.

**¿Cuál es mi
medicación?**

*Los participantes hablarán de su
tratamiento habitual.*

2.

**¿Para qué sirve un...
Antihipertensivo...?**

*Los participantes hablarán sobre qué es
cada fármaco (antihipertensivos,
medicación para el colesterol...).*

3.

**¿En qué me afecta o en
qué ayuda a mi salud?**

*Los participantes indicarán como actúa
cada fármaco en su proceso y si les
beneficia o les afecta.*

4.

**¿Considero que es
importante seguir
tomándolo? ¿Por qué?**

*Los participantes evaluarán por qué es
importante seguir el tratamiento o no.*

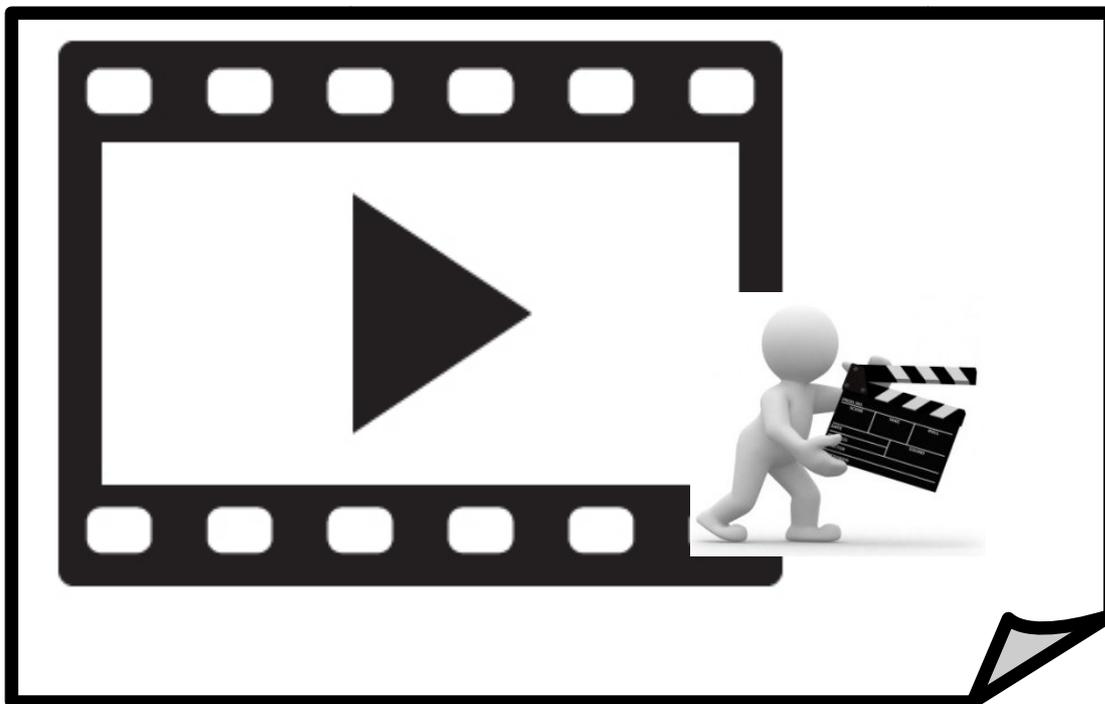
5.

**¿Qué puede pasar si no
lo tomo?**

*Los participantes reflexionarán sobre la
importancia de tomar el medicamento o
no.*

ANEXO V. MATERIAL DE APOYO: “Introducción al apetitoso mundo de la alimentación”- Vídeo.

ACT.1 / SESIÓN 3º



Disponibile en: <https://www.youtube.com/watch?v=PFRwKgguAQ8>

ANEXO VI. MATERIAL DE APOYO:

“Compartiendo mesa”

ACT.2 / SESIÓN 3º

1.

¿Cómo suele ser mi comida un día normal?

Los participantes hablarán de qué tipo de alimentos suelen comer habitualmente.

2.

¿Qué alimentos no debería comer y porque?

Los participantes hablarán de los alimentos ricos en proteínas o alto contenido en sal o ricos en K⁺/P.

3.

**De los alimentos NO PERMITIDOS...
¿Cuáles no soy capaz de dejar de comer?**

Los participantes indicarán cuales son los alimentos que más les cuesta evitar en su dieta.

4.

¿Qué es una proteína / que alimentos son ricos en proteínas?

Los participantes indicarán que son las proteínas y que alimentos pueden ser ricos en proteínas.

5.

**¿Considero que es importante seguir una dieta baja en proteínas?
¿Por qué?**

Los participantes evaluarán la necesidad de seguir la dieta hipoproteica.

6.

¿Qué puede pasar si no sigo la dieta?

Los participantes reflexionarán sobre la importancia de seguir la dieta hipoproteica.

ANEXO VII. MATERIAL DE APOYO:

“Con las manos en la masa”

ACT. 4 / SESIÓN 3º



MENÚ:

❖ **DESAYUNO:**

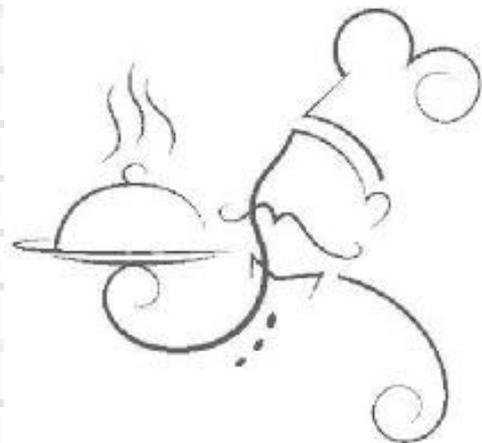
❖ **ALMUERZO:**

❖ **COMIDA:**



❖ MERIENDA:

❖ CENA:



ANEXO VIII. MATERIAL DE APOYO: “Con las manos en la masa” - Guía de alimentación.

ACT.4 / SESIÓN 3º

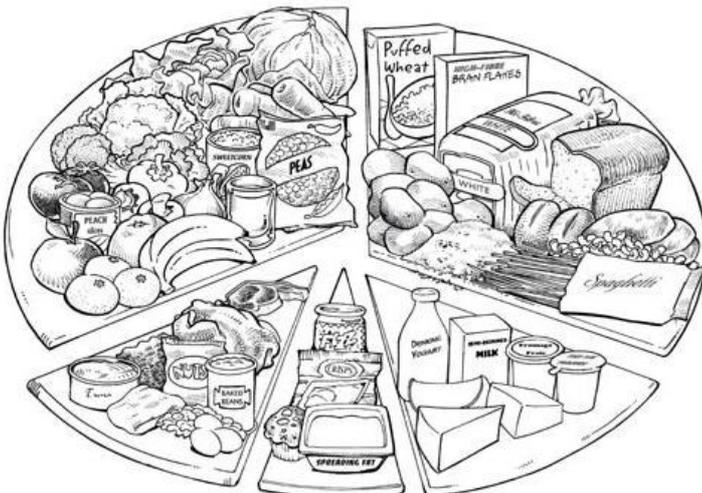
GUÍA DE ALIMENTACIÓN PARA UNA DIETA SABROSA Y SALUDABLE EN LA ERC.

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

“Aprende a cuidar a tus riñones y ellos cuidarán de ti”

Sesión 3º Act.4 → “Con las manos en la masa”

Elaboración propia a partir de la “Guía de alimentación en pacientes con Insuficiencia renal” de la Unidad de Nefrología-Diálisis del Hospital Universitario Donostia (Osakidetza).



Una dieta adecuada y equilibrada es fundamental para la salud de todas las personas. Cuando los riñones no funcionan, la alimentación es especialmente importante, ya que éstos son los encargados de eliminar los líquidos y sustancias de desecho del organismo. Una dieta inapropiada puede aumentar el número de complicaciones y conducirlo a un deterioro progresivo. Desde el momento en que le diagnostican la enfermedad, debe cambiar su forma de alimentarse como parte fundamental del tratamiento. Esta guía le ayudará a conocer las sustancias que contienen los alimentos y cómo pueden repercutir positiva o negativamente en su organismo. Debe aprender qué comer y cómo alimentarse para gozar del placer de la comida sin poner en peligro su bienestar y salud. Así, podrá comer variada y adecuadamente teniendo en cuenta los conocimientos y recomendaciones que se explican en esta Guía de Alimentación.



COMPOSICIÓN DE LOS ALIMENTOS

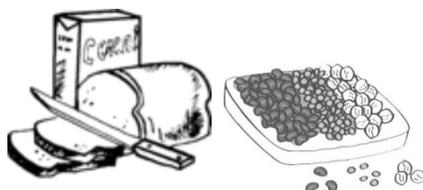
PROTEÍNAS

Sirven para la construcción y renovación de las células y tejidos. Son imprescindibles para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo. Existen dos tipos de proteínas:

- De alto valor biológico: son de origen animal (leche, huevos, carne, pescados, etc.).



- De bajo valor biológico: son de origen vegetal (cereales, legumbres, etc.).

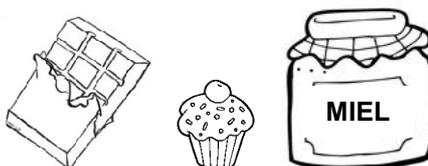


La ingesta de proteínas recomendada para un paciente con ERC y una Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) entre 25-50, se encuentra entre 0.6-0,75 g/kg de peso cada día. Y aproximadamente el 60% deben ser de alto valor biológico.

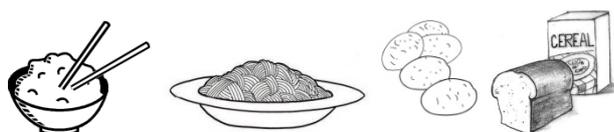
HIDRATOS DE CARBONO

Son la principal fuente de energía del organismo. Existen dos tipos de hidratos de carbono:

- Simples (o de absorción rápida): azúcar, miel, caramelos, bollería, pasteles, chocolates, etc.



- Complejos (o de absorción lenta): arroz, pasta, patata, cereales, legumbres, etc.

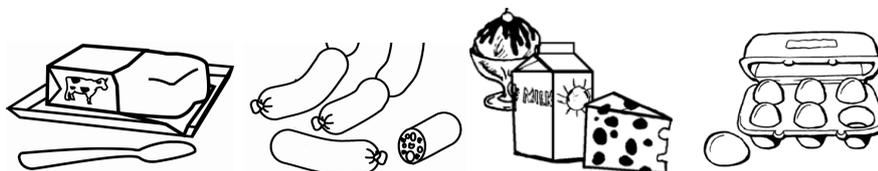


En esta etapa es recomendable una dieta rica en hidratos de carbono. Es mejor tomar hidratos de carbono complejos y evitar los simples que favorecen subidas de colesterol y triglicéridos, la obesidad, etc.

GRASAS

Son la principal reserva energética de nuestro cuerpo. Existen dos tipos de grasas:

- Saturadas: se encuentran en alimentos de origen animal (embutidos, huevo, lácteos enteros, mantequilla, etc.). Su consumo está relacionado con las enfermedades cardio-vasculares.



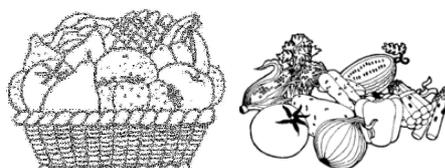
- Insaturadas: se encuentran en pescados y alimentos de origen vegetal (aceite de oliva, de semillas, margarinas vegetales, etc.). Su consumo nos protege de las enfermedades cardio-vasculares.



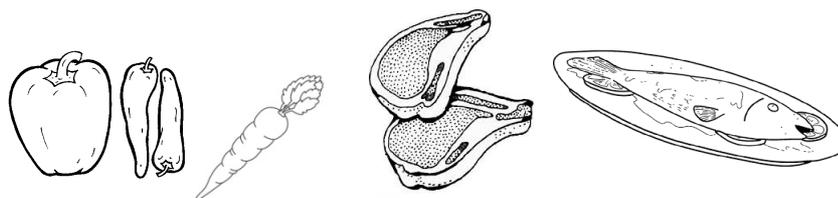
VITAMINAS

Tienen una función reguladora, actuando en diferentes acciones del metabolismo. Son esenciales para la vida y debe incluirlas en su alimentación. Existen dos tipos de vitaminas:

- Hidrosolubles (solubles en agua): como las vitaminas del complejo B y vitamina C que se encuentran fundamentalmente en frutas, verduras, legumbres, cereales, carnes, y lácteos.



- Liposolubles (solubles en grasas): como las vitaminas A, D, E y K. Se encuentran en algunas hortalizas coloreadas y en ciertos alimentos grasos.



Existen preparados vitamínicos que en caso necesario serán pautados por su nefrólogo. Por otra parte, el riñón es el encargado de activar la vitamina D procedente de los alimentos, para así, poder absorber el calcio de la comida. Cuando el riñón no funciona, no se activa esta vitamina y no se puede utilizar el calcio presente en los alimentos. También existen medicamentos que aportan **vitamina D** activa para mejorar la absorción del calcio.

MINERALES

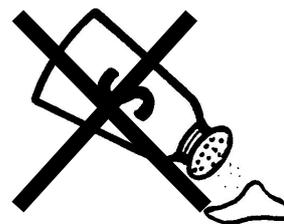
Su presencia en la dieta es necesaria para una correcta alimentación.

Sodio:

Es el principal componente de la sal de mesa. Los riñones son los encargados de eliminarlo. Si no funcionan se acumula en el organismo, provocando retención de agua. Ese líquido acumulado puede producir hinchazón (piernas, párpados, etc.), tensión arterial elevada, insuficiencia cardíaca y edema de pulmón. Como norma general, en esta etapa debe seguir una dieta pobre en sal.

- PARA CONTROLAR EL SODIO:

- ⇒ Evite la utilización de sal de mesa. Puede usar otras especias que darán sabor a sus platos y los harán más apetecibles, como: *orégano, albahaca, laurel, vinagre, ajo...*
- ⇒ Coma pan sin sal.
- ⇒ No utilice cubitos de caldo, concentrados de carne o pescado, ni sopas de sobre.
- ⇒ Debe tener en cuenta que hay alimentos con alto contenido de sodio: embutidos, ahumados, conservas, quesos, frutos secos, mariscos, galletas, bollería e incluso algunos tipos de agua mineral y refrescos gaseados.



Potasio:

Es un mineral necesario para el funcionamiento del sistema nervioso y muscular. Los riñones son los encargados de eliminar el exceso de potasio del organismo. Cuando no funcionan se acumula en la sangre. Su exceso en el organismo produce: hormigueos, calambres, debilidad muscular, arritmias e incluso parada cardíaca, por lo que puede convertirse en el componente más peligroso de la alimentación. El potasio se encuentra en la mayoría de los alimentos, pero sobre todo en frutas, verduras, legumbres y frutos secos. Estos alimentos se pueden comer en las cantidades recomendadas, combinándolos de forma adecuada y siguiendo las instrucciones para su preparación. De tal manera que el consumo de potasio sea de 1.800-2.000 mg al día.

- **PARA CONTROLAR EL POTASIO:**

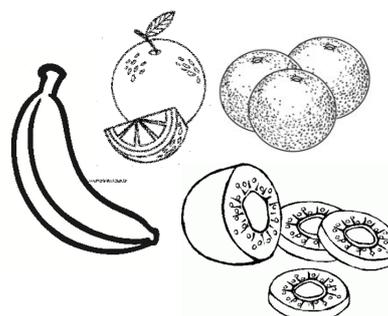
⇒ Al ser un mineral soluble en agua, gran parte del potasio de algunos alimentos (patatas, verduras, legumbres, etc.) lo puede eliminar haciendo remojo y doble cocción.

- **Remojo:** trocear el alimento lo más posible, dejando el agua durante ocho horas como mínimo y cambiando el agua de remojo al menos dos veces.
- **Doble cocción:** hervir el alimento, tirar el agua de cocción. Echar agua para hervir de nuevo y volver a tirar el agua de cocción.

De esta forma, se elimina hasta un 75% del potasio, como por ejemplo, con las patatas.



- ⇒ Tenga en cuenta que los alimentos cocinados al horno o al vapor no pierdan potasio.
- ⇒ Puede consumir alimentos congelados ya que tienen menos potasio. A pesar de ello, realice la doble cocción desechando el agua.
- ⇒ En cuanto a las frutas puede tomar 1 fruta fresca al día. Además, puede tomar otra ración de fruta cocida o en almíbar (sin el líquido).
- ⇒ Debe tener cuidado con algunas frutas estacionales (melón, cerezas, melocotón, etc.). Tome sólo la cantidad recomendada.
- ⇒ Las conservas pierden potasio en su elaboración, pero éste se queda en el jugo, por lo que debe desecharlo.
- ⇒ La salsa de tomate se recomienda hacerla casera, con tomate natural escaldado o con tomate envasado entero. Elimine la piel y el jugo y después prepare la salsa.
- ⇒ Puede tomar champiñón de lata (sin el líquido), pero no hongos frescos (champiñón, setas, etc.).
- ⇒ Evite algunos elementos por su alto contenido en potasio:
 - Chocolate, cacao.
 - Frutos secos.
 - Cubitos de caldo, concentrados de carne o pescado.
 - Sopas de sobre, purés instantáneos y platos precocinados.
 - Bolsas de patatas fritas.
 - Leche en polvo o condensada.
 - Cereales (trigo, avena, centeno, soja, etc.).
 - Productos integrales.
 - Sales de régimen.



Calcio y fósforo:

Son el principal componente de los huesos. Ambos minerales trabajan juntos, en equilibrio. Un exceso de fósforo en la sangre, produce una salida de calcio los huesos. Así, los huesos se descalcifican, se hacen más frágiles y se pueden fracturar. El exceso de calcio y fósforo en sangre, forma pequeños depósitos minerales en el organismo. Según donde se localicen estos depósitos, puede haber diferentes problemas de salud:

- Síntomas que puede notar:
 - Ojos rojos.
 - Dolor en las articulaciones.
 - Picores.
- Problemas que puede tener:
 - Calcificación en las articulaciones.
 - Calcificación en el corazón.
 - Calcificación en los pulmones.

El consumo de fósforo será entre 800 y 1.200 mg. El de calcio entre 1.400 y 1.600 mg. al día, y puede necesitar suplementos orales.

- PARA CONTROLAR EL CALCIO Y EL FÓSFORO:

- ⇒ Como se encuentran en la mayoría de los alimentos y muchos de ellos son imprescindibles en la dieta habitual, debe preparar las comidas con las cantidades recomendadas (legumbres, productos lácteos, etc.).
- ⇒ Evitar algunos alimentos por su alto contenido en fósforo:
 - Quesos.
 - Frutos secos
 - Vísceras (sesos, hígado, riñones, etc.).
 - Pescado pequeño, susceptible de ser comido con espina (sardina, anchoa, etc.).
 - Chocolate, cacao.
 - Cereales (trigo, avena, centeno, etc.).
 - Productos integrales.
- ⇒ Existen medicamentos que atrapan el fósforo, y lo eliminan por las heces, sin que lo absorba el organismo.

Otros TRUCOS para el control del fosforo:

- Quitar la piel del pescado
- Sustituir la leche de vaca por la de soja o almendra
- Leer detenidamente las etiquetas de los productos, ya que alimentarios tienen un alto contenido en fosforo.



ALIMENTOS DIVIDIDOS EN GRUPOS

VERDURAS:

Grupo 1: berenjena, berza, calabacín, espárragos, espinacas congeladas, guisantes congelados y en lata, judías verdes frescas, congeladas y en lata. Patata y verduras congeladas en general.

Grupo 2: acelga, apio, alcachofas, calabaza, coles de Bruselas, coliflor, espinacas frescas, guisantes frescos, puerro y zanahoria.

ENSALADAS:

Grupo 3: cebolla, endibia, espárragos, guisantes de lata, lechuga, pepino y pimiento verde.

Grupo 4: aguacate, apio, brotes de soja, escarola, maíz, rábanos, tomate y zanahoria.

FRUTAS:

Grupo 5: manzana, ciruela, fresas, limón, mandarina, sandía, melocotón y pera.

Grupo 6: cerezas, higos, melón, mora, naranja, piña fresca, pomelo y uvas.

PRODUCTOS LÁCTEOS:

Grupo 7: se pueden tomar 1 vez al día además de la ración del desayuno. Elegir entre:

- 1 Yogurt.
- 1 Natillas.
- 1 Flan.
- 1 Arroz con leche.
- 1 Helado de vainilla o nata.

La cantidad adecuada que puede tomar en esta etapa de la enfermedad es una ración de leche y lácteos, dos de verduras y hortalizas, una de legumbres, siete de fécula cereales y derivados, una de carnes pescados y huevos, de cinco a seis de grasas y aceites, dos a tres de frutas y de una a dos de azúcares y dulces.

TABLA DE COMPOSICIÓN DE ALIMENTOS

Por 100 g de sustancia comestible (sin desperdicios) y sin cocinar:

LECHES Y DERIVADOS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Cuajada	450	170	44
Helado	80	135	115
Leche entera	75	139	88
Leche descremada	53	150	97
Leche condensada	140	340	206
Leche en polvo	410	1330	708
Nata	38	139	32
Natillas, flan	78	170	44
Queso de Burgos	1200	200	520
Queso Camembert	1410	110	184
Queso de bola	1200	200	520
Queso emmental	620	100	860
Queso fundido	1260	65	944
Queso gervais	173	70	401
Queso gruyere	542	128	710
Queso de nata	607	74	189
Queso parmesano	725	153	189
Queso roquefort	500-1200	100-200	360
Requesón	36	95	189
Yogurt	62	190	135

EMBUTIDOS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Chorizo	1300	300	160
Jamón Serrano	2530	248	209
Jamón York	960	340	150
Mortadela	668	207	238
Salchicha Frankfurt	1100	230	133
Salchichón	1500	302	-----

HUEVOS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
1 Huevo entero (48 g)	66	67	98
Clara de 1 huevo	57	46	5
Yema de huevo	9	21	93

CARNE	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Caballo	44	332	150
Carnero-chuleta	90	345	138
Carnero-pierna	78	380	213
Cerdo-chuleta	62	326	170
Cerdo- filete	74	348	234
Conejo	40	385	210
Cordero-carne	90	250	160
Cordero-costillas	75	246	150
Cordero-pierna	70	370	213
Gallina	-----	-----	182
Liebre	50	400	157
Pato	85	285	188
Pavo	66	315	212
Pollo	83	359	200
Ternera-chuleta	90	301	200
Ternera-costilla	91	385	271
Ternera-pierna	90	330	206
Ternera-filete	90	357	220
Ternera-solomillo	70	251	222
Vaca-buey-costilla	65	355	208
Vaca-buey-filete	51	340	164
Vaca-buey- lomo	70	348	154
Vaca-buey-pierna	68	400	180

VÍSCERAS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Corazón	80	257	132
Higado	77	350	316
Lengua	93	234	186
Molleja	64	253	113
Riñones	151	205	218
Sesos	153	312	300
Tripas	46	19	132

PESCADOS Y MARISCOS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Abadejo	67	236	74
Almejas	121	235	208
Anchoas frescas	2250	302	426
Anchoas en lata	-----	-----	113
Anguila	78	247	166
Arenque fresco	118	317	240
Atún fresco	-----	317	-----
Atún en lata	36	343	294
Bacalao fresco	86	339	190
Besugo	99	301	197
Boquerón	186	273	199
Caballa	144	358	239
Calamares	236	321	173
Cangrejo fresco	1000	110	117
Centollo	366	110	160
Chicharro	110	240	-----
Caviar	2200	180	355
Dorada	86	178	156
Gallo	147	315	226
Gamba	140	258	300
Langosta	300	260	200
Langostino	366	368	300
Lenguado	53	308	147

Lubina	79	284	211
Lucio	70	300	210
Merluza	114	294	207
Mero	56	340	211
Mejillones	290	315	255
Mújol	86	249	239
Ostras	73	110	143
Rana-Ancas	55	308	147
Rape	65	298	173
Raya	182	236	238
Rodaballo	84	288	192
Pescadilla	116	293	163
Salmón fresco	48	391	266
Salmón ahumado	-----	-----	245
Salmonete	106	343	280
Sardina fresca	137	320	475
Sardina en lata	510	560	434
Sepia	280	300	173
Trucha	39	470	220
Vieira	175	286	315

CEREALES Y DERIVADOS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Arroz blanco	6	113	94
Arroz blanco cocido	2	38	28
Arroz integral	9	150	221
Avena copos	2	340	407
Avena grano	2	440	400
Cebada blanca	3	160	189
Centeno	-----	453	380
Maizena	-----	4	234
Maíz grano	1	340	280
Trigo Germen	2	780	1118
Corn Flakes	660	160	45

Pop Corn	3	240	281
Sémola	1	80	73
Tapioca	4	20	12
Harina de arroz	6,2	112	117
Harina de avena	2	431	390
Harina de cebada	2,3	180	200
Harina de centeno	1	156	185
Harina de maíz	0,7	300	190
Harina de soja grasa	-----	1160	558
Harina de soja semi	-----	2025	634
Harina de trigo	2	95	87
Harina trigo integral	2	290	372

PANES Y PASTA	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Bizcocho	63	160	120
Galletas	387	139	40
Pan blanco con sal	385	132	89
Pan blanco sin sal	15	150	90
Pan integral	250	224	200
Pan de centeno	220	100	134
Panecillos (sin leche)	486	115	109
Biscotes	460	164	100
Biscotes sin sal	32	186	-----
Pasta sin huevo	5	67	165
Pasta con huevo	7	157	196

LEGUMBRES	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Alubia	2	1310	429
Garbanzos	72,5	937	301
Lentejas	36	810	377
Habas secas	1	1213	437
Soja	4	1900	554

VERDURAS Y HORTALIZAS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Acelga	147	550	29
Ajo cabeza	32	515	134
Alcachofa	43	430	94
Apio hojas	96	291	40
Apio bulbo	100	330	60
Berros	60	314	76
Berza, repollo	13	227	28
Berenjena	0,9	190	26
Calabacín	1	202	29
Calabaza	1	457	44
Cardo	81	549	75
Cebolla	10	130	36
Cebolleta	3	250	26
Coliflor	16	400	56
Endibia	10	182	21
Escarola	18	400	38
Espárrago fresco	2	240	62
Espárrago en lata sin liq.	236	166	53
Espinaca fresca	62	662	51
Espinaca congelada	53	385	45
Guisante fresco	2	370	116
Guisante congelado	129	150	90
Guisante lata	260	201	67
Judía verde	1,7	256	44
Judía verde congelada	129	150	90
Judía verde lata	260	201	67
Lechuga	12	140	26
Lombarda	4	266	30
Maíz (Mazorca)	0,4	300	111
Nabo	37	230	30
Patata	13	410	30
Patata frita bolsa	340	880	160

Pepino	5	140	27
Perejil	28	880	63
Pimiento verde	4,2	186	25
Puerro	5	300	50
Rábano	15	260	31
Remolacha hojas	130	570	40
Remolacha bulbo	84	303	33
Tomate	3	268	27
Tomate lata	130	217	19
Tomate (ketchup)	1042	363	50
Tomate salsa	590	1160	34
Zanahoria	50	311	36

FRUTAS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Albaricoque	0,6	440	23
Caqui	6	174	26
Cereza	2	260	19
Ciruela	2	167	23
Fresas	1	145	21
Higos frescos	2	190	22
Limón	6	148	16
Macedonia de frutas lata (sin almibar)	5	170	12
Mandarina	2	110	18
Manzana	1	116	10
Manzana compota	0,3	55	5
Melocotón	0,5	160	19
Melocotón en almibar (sin líquido)	5	107	12
Melón	12	230	16
Moras	4	181	19
Membrillo fresco	3	203	19
Naranja	0,3	170	23
Pera	2	129	11

Pera lata (sin almíbar)	2	52	7
Piña	0,3	210	8
Piña lata (sin almíbar)	1	120	5
Plátano	1	420	28
Sandía	0,3	100	10
Uva fresca	2	250	20
Uva pasa	31	725	101

HONGOS	SCDIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Champiñón	5	520	116
Champiñón lata sin liq.	319	127	116
Níscalo	3	507	44

FRUTOS SECOS Y OLEAGINOSOS	SCDIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Aceituna	2400	55	17
Albaricoque seco	26	1700	119
Almendra	3	690	504
Avellana	3	618	320
Cacahuete	3	740	407
Castaña fresca	2	410	170
Castaña seca	4	875	170
Coco seco rallado	35	651	15
Dátil	1	790	63
Higo seco	34	780	116
Nuez	4	450	380
Piñones	-----	900	604
Pistacho	-----	972	500

GRASAS Y ACEITES	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Aceite de girasol	0	0	0
Aceite de maíz	0	0	0
Aceite de oliva	0	0	0
Manteca de cerdo	0,3	0,2	3
Mantequilla	10	23	16
Margarina vegetal	104	7	15
Mayonesa	702	53	28
Tocino	1770	225	108

AZÚCARES Y DERIVADOS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Azúcar blanco	0,3	0,5	0
Azúcar moreno	24	230	19
Cacao	60	900-3200	709
Chocolate negro	19	397	142
Chocolate con leche	86	420	251
Mermelada (Confitura)	16	112	9
Mazapán	5	209	-----
Miel	7	51	6

BEBIDAS	SODIO mg	POTASIO mg	FÓSFORO mg
Café	6	80	5
Té	2	16	4
Coca-cola	3	0,1	13
Limonadas	1-15	1	-----
Aguardiente	3	4	-----
Cerveza clara	5	38	-----
Cerveza negra	3	40	-----
Sidra	7	72	-----
Vino (promedio)	4-7	20-120	10
Whisky (escocés)	0,3	1	-----
Champagne	-----	9,7	3

Tap	3	0,1	9
Pepsi-Cola	3	0,4	4
Fanta naranja	4	3,5	0,5
Fanta limón	4	0,2	-----
Tónica	6	0,1	-----
Gaseosa	6	0,7	-----
Trina limón	-----	2,6	1,3
Trina manzana	-----	5,2	0,7
Trina naranja	-----	5,9	0,8
Trina piña	-----	506	0,9

ANEXO IX. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Refleje su nivel de satisfacción valorando del 0 (muy poco satisfecho) al 5 (completamente satisfecho) las siguientes áreas:

- El programa me ha ayudado a conocer y profundizar en mi enfermedad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- El programa me ha ayudado a conocer los beneficios que conlleva seguir la adherencia al tratamiento farmacológico:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- El programa me ha ayudado a conocer los beneficios que conlleva seguir la adherencia al tratamiento dietético:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- La información proporcionada en las sesiones me ha parecido comprensible y adecuada a mi situación:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- En las sesiones me he sentido cómodo/a, respetado/a y en un entorno de confianza:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- La duración en tiempo y sesiones del programa me ha parecido adecuada:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- Las actividades planteadas a lo largo de las sesiones me han ayudado a mejorar en la autogestión y autocuidados de mi enfermedad:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- El material/recursos empleados en las sesiones me aparecido adecuado:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- La persona encargada de impartir el programa ha sabido guiar las sesiones cumpliendo mis necesidades:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Qué áreas crees que se deberían mejorar en el Programa?

¿Cuáles son los puntos fuertes que podrías resaltar de este programa?

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

ANEXO X. TABLA 1. SINONIMOS Y ANTONIMOS – Palabras clave.

Objetivo: Valorar la eficacia de la dieta hipoproteica combinada con suplementos nutricionales en pacientes con ERC.

	SINONIMOS	EN INGLES	ANTÓNIMOS	EN INGLES	TESAURO
Dieta hipoproteica (Hypoproteic diet)	- Dieta pobre en proteínas	- Low protein diet	- Dieta hiperproteica	- Hyperproteic diet	Diet, Protein-restricted
Suplementos Nutricionales (nutritional supplements)	- Complementos Nutricionales - Suplementos alimenticios - Suplemento dietético	- food supplements - “ “ - dietary supplements			Dietary Supplements
Enfermedad renal crónica (chronic renal Disease)	- Insuficiencia renal crónica	- Chronic renal failure - Kidney failure chronic			Renal Insufficiency chronic

ANEXO XI. TABLA 2. PROCESO DE BÚSQUEDA – Ecuación de búsqueda.

Objetivo: Valorar la eficacia de la dieta hipoproteica combinada con suplementos nutricionales en pacientes con ERC.

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº ENCONTRADOS	OBSERVACIONES	ART. VÁLIDOS
1º MEDLINE	(Renal Insufficiency chronic) AND (Diet, Protein-restricted) AND (Dietary supplements)	8	Nº de artículos aceptables, algunos artículos válidos, aun así pte restringir la búsqueda con Abstracts	0
2º MEDLINE	(Renal Insufficiency chronic) AND (Diet, Protein-restricted) AND (Dietary supplements) limit to: abstracts / limit to: (English OR Spanish)	6	BUSQUEDA VÁLIDA Artículos interesantes, algunos no tengo acceso a texto completo o no se centran en el obj. Búsqueda.	3

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº ENCONTRADOS	OBSERVACIONES	ART. VÁLIDOS
1º CINAHL	(Renal Insufficiency chronic) AND (Protein restricted diet) AND (Dietary supplements)	0	No hay resultados con “restricción proteica”, voy a probar con restricción dietética sin especificar las proteínas.	0
2º CINAHL	(Renal Insufficiency chronic) AND (restricted diet) AND (Dietary supplements)	4	BUSQUEDA VÁLIDA Algunos artículos repetidos, los otros no tengo acceso a texto completo.	0
1º CUIDEN	(Insuficiencia renal crónica) AND (restricción proteica) AND (suplementos nutritivos)	0	No hay resultados, ampliaré la búsqueda centrándome solo en la dieta.	0

BASE DE DATOS	ECUACIÓN DE BÚSQUEDA	Nº ENCONTRADOS	OBSERVACIONES	ART. VÁLIDOS
2º CUIDEN	(Insuficiencia renal crónica) AND (dieta)	17	Resultados que no responden a mi objetivo de búsqueda.	0
BUSQUEDA MANUAL: Rev. Nefrología	(1992)		Un artículo encontrado sobre la progresión de la ERC	1
Google académico	- “Restricción proteica” and “suplementos nutricionales” and “Enfermedad renal crónica”	14	Los artículos no se centran en mi objetivo de búsqueda.	0
MINSALUD	GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA -Guía para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC)	1	Encontrada una guía de alimentación.	1

ANEXO XII. TABLA 3. RESUMÉN DE LA LITERATURA.

Título	Autor	Tipo de estudio y Objetivo	Muestra Y tipo de pacientes	Hallazgos de Interés
<p><i>Nonprotein Calorie Supplement Improves Adherence to Low-Protein Diet and Exerts Beneficial Responses on Renal Function in Chronic Kidney Disease</i></p>	<p>Hung-Lien Wu, Junne-Ming Sung, Mei-Ding Kao, Ming-Cheng Wang, Chin-Chung Tseng, and Shu-Tzu Chen,</p>	<p><u>TIPO DE ESTUDIO:</u> Ensayo clínico prospectivo, controlado.</p> <p><u>OBJETIVO:</u> Determinar si el uso de un suplemento calórico no proteico (NPC) en pacientes con enfermedad renal crónica y una dieta baja en proteínas contribuye a la ingesta calórica adecuada y a suprimir la progresión de la enfermedad renal.</p>	<p>109 pacientes, hombres y mujeres, con enfermedad renal crónica entre 18 y 75 años en etapa 3 a 4 de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los resultados muestran que una dieta baja en proteínas junto con el uso diario de un suplemento de APN de 200 Kcal mejora la adherencia a la dieta baja en proteínas y reduce significativamente la excreción de proteínas en orina, lo que indica que este tipo de alimentación tiene efectos beneficiosos en retardar la progresión de ERC. - Los niveles séricos de nitrógeno, de urea y creatinina se redujeron significativamente con este tipo de dieta y el FG aumentó significativamente en los participantes que recibieron el suplemento de la APN junto a una dieta hipoproteica, demostrando así que el uso de suplemento nutricional no proteicos puede ejercer un mayor efecto supresor sobre el aumento de la tasa de disminución de la TFG que las dietas bajas en proteínas por si solas. <p><u>PALABRAS CLAVE:</u> Renal Insufficiency chronic Diet, protein-restricted Dietary supplements</p>

Título	Autor	Tipo de estudio y Objetivo	Muestra Y tipo de pacientes	Hallazgos de Interés
<p>Do Ketoanalogues Still Have a Role in Delaying Dialysis Initiation in CKD Predialysis Patients?</p>	<p>Michel Aparicio, Vincenzo Bellizzi, Philippe Chauveau, Adamasco Cupisti, Tewfik Ecdar, Denis Fouque, Liliana Garneata, Shanyan Lin, William Mitch, Vladimir Teplan, Xueqing Yu, and Gabor Zakar</p>	<p><u>TIPO DE ESTUDIO:</u> Descriptivo [Review]</p> <p><u>OBJETIVO:</u> Analizar el papel de la dieta hipoproteica suplementada con Ketoanaloges en los pacientes con ERC</p>	<p>NO TIENE MUESTRA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En varios ensayos clínicos, se ha demostrado que la dieta hipoproteica suplementada con Ketoanaloges tiene efectos favorables en dos de los principales factores de progresión de la insuficiencia renal: la hipertensión y proteinuria. - la restricción de sal asociada con esta dieta podría haber jugado un papel destacado en la reducción de los niveles de presión arterial de pacientes con ERC. - La dieta hipoproteica suplementada con Ketoanaloges ejercen un efecto reductor de proteinuria a través de un mecanismo diferente y ha demostrado que reduce los signos y síntomas urémicos. <p><u>PALABRAS CLAVE:</u> Renal Insufficiency chronic Diet, protein-restricted Dietary supplements</p>

Título	Autor	Tipo de estudio y Objetivo	Muestra Y tipo de pacientes	Hallazgos de Interés
<p>Effect of Low-Protein Diet Supplemented With Keto Acids on Progression of Chronic Kidney Disease</p>	<p>Liliana Garneata and Gabriel Mircescu,</p>	<p><u>TIPO DE ESTUDIO:</u> Descriptivo [Review]</p> <p><u>OBJETIVO:</u> Analizar el efecto de la dieta baja en proteínas complementada con Keto-acidos sobre la progresión de la ERC.</p>	<p>NO TIENE MUESTRA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Una dieta muy baja en proteínas complementada con ketoanalogues de aminoácidos esenciales (ceto-dieta) es eficaz en mejorar los trastornos metabólicos de la enfermedad renal crónica avanzada y retrasar el inicio de la diálisis sin efectos perjudiciales sobre el estado nutricional. - La ceto-dieta retrasa la diálisis durante casi 1 año, con un gran impacto en la calidad de vida del paciente y los gastos de salud. - La ingesta reducida de proteínas en la dieta ha reportado más de un siglo para mejorar los síntomas urémicos e incluso a posponer el inicio de la terapia de remplazo renal. - Varios meta-análisis han demostrado que la dieta hipoproteica reduce la muerte renal un 32% en comparación con las dietas con alto contenido en proteínas o sin restricciones proteicas. <p><u>PALABRAS CLAVE:</u> Renal Insufficiency chronic Diet, protein-restricted Dietary supplements</p>

Título	Autor	Tipo de estudio y Objetivo	Muestra Y tipo de pacientes	Hallazgos de Interés
<p>Papel de la dieta hipoproteica y aminoácidos esenciales en la progresión de la insuficiencia renal crónica no diabética.</p>	<p>M.A. Fernández Andreu, L.A. Jiménez del Cerro y F.Rivera.</p>	<p><u>TIPO DE ESTUDIO:</u> Ensayo clínico retrospectivo.</p> <p><u>OBJETIVO:</u> Analizar la evolución de la IRC tratada con restricción proteica suplementada con aminoácidos esenciales.</p>	<p>19 pacientes no diabéticos diagnosticados de IRC sin factores agudos reversibles (10 hombres y 9 mujeres) con una creatinina sérica inicial igual o superior a 4mg/dl y con una disponibilidad de seguimiento durante 3meses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La dieta hipoproteica asociada a aminoácidos esenciales es capaz de enlentecer la progresión de la ERC sin efectos colaterales relevantes. - La restricción proteica en humanos mejora algunos síntomas de uremia. - La dieta hipoproteica suplementada con aminoácidos esenciales en pacientes con ERC condiciona un enlentecimiento en la pérdida de reserva funcional renal. Ello permite retrasar la inevitable inclusión en programas de diálisis, con el consiguiente beneficio individual y socioeconómico. - La dieta hipoproteica suplementada con aminoácidos esenciales sigue siendo junto con el control tensional, uno de los pilares del manejo conservador de la ERC y no conlleva un deterioro del estado nutricional ni otras complicaciones. <p><u>PALABRAS CLAVE:</u> Progresión insuficiencia renal crónica Dieta hipoproteica Aminoácidos esenciales</p>

Título	Autor	Tipo de estudio y Objetivo	Muestra Y tipo de pacientes	Hallazgos de Interés
<p>GUIA PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) <i>(Guía de Práctica clínica)</i></p>	<p>Diego León García, con la colaboración de Inés Elvira Ordóñez.</p>	<p><i>Guía de Práctica clínica</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> - En pacientes con ERC y una TFG Entre 25-50 se recomienda no ingerir más de 0.6-0.75g/kg de peso ideal de proteínas al día. - En todos los pacientes con TFG < 60 debe evaluarse el estado nutricional y la ingestión proteica y calórica (Nivel de evidencia I, Grado A) - Una alimentación con dieta baja en proteínas mejora los síntomas urémicos y las abundantes complicaciones metabólicas de la uremia. - Los alfacetoácidos como suplemento en dietas hipoproteicas permite inducir anabolismo proteico con simultaneo descenso de la úrea sérica, mejora el balance de nitrógeno y ayuda a reducir los niveles de K y de fosforo. Como ventajas también se ha reportado el retraso del inicio en diálisis.

ANEXO XIII. CRÍTICA CASPE

BIBLIOGRAFÍA	VIABILIDAD CRÍTICA CASPE
<p>Wu H.L, Sung J.M, Kao M.D, Wang M.C, Tseng C.C, Chen S.T. Nonprotein calorie supplement improves adherence to low-protein diet and exerts beneficial responses on renal function in chronic kidney disease. Journal of Renal Nutrition. 2013 July; 23(4): p. 271-276.</p>	<p>Ensayo clínico prospectivo; Artículo no criticable bajo CASPE</p>
<p>Aparicio M, Bellizzi V, Chauveau P, Cupisti A, Ecdet T, Fouque D, Garneata L, Lin S, Mitch W, Teplan V, Yu X, Zaccaro G. Do Ketoanalogues Still Have a Role in Delaying Dialysis Initiation in CKD Predialysis Patients? SEMINARS IN DIALYSIS. 2013 September.</p>	<p>Revisión de la literatura; No criticable bajo CASPE</p>
<p>Garneata L, Mircescu G. Effect of low-protein diet supplemented with keto acids on progression of chronic kidney disease. Journal of Renal Nutrition. 2013 Mayo; 23(3): p. 210-213.</p>	<p>Revisión de la literatura; No criticable bajo CASPE</p>
<p>Fernández Andreu MA, Jiménez del Cerro LA, Rivera F. Papel de la dieta hipoproteica y aminoácidos esenciales en la progresión de la insuficiencia renal crónica no diabética. Nefrología. 1992; XII(5).</p>	<p>Ensayo clínico retrospectivo; Artículo no criticable bajo CASPE</p>
<p>León García D, Ordóñez IE. Guía para el manejo de la Enfermedad Renal Crónica (ERC). Guía de practica clínica. Minsalud, Ministerio de protección social - Gobierno de colombia.</p>	<p>Guía de práctica clínica; No criticable bajo CASPE</p>