



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Izquierdo-Saona, Alejandra; Gallo-Carrillo, Talía; Bellido-Boza, Luciana; Herrera-Añazco, Percy;
Mezones-Holguin, Edward

DEFICIENCIAS EN LA INDICACIÓN Y EN EL ACCESO A LA TERAPIA DIETÉTICA EN LA
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS: UNA MIRADA EN EL CONTEXTO DE LA
INEQUIDAD

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 30, núm. 4, octubre-diciembre, 2013,
pp. 714-715

Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329481029>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DEFICIENCIAS EN LA INDICACIÓN Y EN EL ACCESO A LA TERAPIA DIETÉTICA EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS: UNA MIRADA EN EL CONTEXTO DE LA INEQUIDAD

DEFICIENCIES IN PRESCRIPTION AND ACCESS TO DIET-BASED TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE IN HEMODIALYSIS: A GLIMPSE INTO THE CONTEXT OF INEQUITY

Alejandra Izquierdo-Saona^{1,a};
Talía Gallo-Carrillo^{1,a}; Luciana Bellido-Boza^{1,b};
Percy Herrera-Añazco^{2,3,c};
Edward Mezones-Holguin^{1,4,d}

Sr. Editor. La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de interés global. En los países en vías de desarrollo (PVD), como consecuencia de múltiples factores, se evidencia un mayor impacto de la ERC en sus sistemas de salud. Al respecto, se ha descrito un incremento acelerado de la tasa de incidencia de ERC en estos países, fundamentalmente a consecuencia del aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Esta situación se relaciona a un alto costo social, producto de la disminución de la productividad, de la muerte prematura, de los costos del cuidado y del déficit en el acceso a una atención de salud de calidad. En ese sentido, la ERC debería ocupar un lugar primordial en los planes de salud de los PVD ⁽¹⁾.

En los últimos años, los cambios sociodemográficos, epidemiológicos y económicos en Latinoamérica (LA) han sido marcados, a la par de la acentuación de la disparidad a diversos niveles. El incremento de la población adulta mayor, la migración a zonas urbanas y los cambios de estilos de vida, han producido un aumento de la frecuencia de las ECNT y, consecuentemente, de la ERC, con una incidencia anual estimada en 266 pacientes por millón de habitantes para el año 2008 en

Perú. El Producto Bruto Interno (PBI) promedio de LA se ha incrementado paulatinamente, encontrándose en el año 2012 cercano al PBI promedio mundial; asimismo, el Perú destaca como uno de los países con crecimiento más sostenido en la zona. A pesar de ello, en LA los sistemas y coberturas en salud son desiguales; por ejemplo, el tratamiento con hemodiálisis no está cubierto al 100% en Paraguay y Perú, a diferencia de otros países de la región. Por lo tanto, es importante analizar esta heterogeneidad no solo entre países, sino dentro de ellos, más aun cuando la terapia de reemplazo renal más usada en Perú es la hemodiálisis ⁽²⁾.

En el Perú, el tratamiento para los pacientes con ERC en hemodiálisis (ERC5D) se encuentra ligado a la distribución inequitativa del acceso y provisión de servicios de salud. La seguridad social constituye el principal proveedor de hemodiálisis, con un sistema descentralizado que cubre cerca del 95% de los pacientes que reciben esta terapia en la actualidad. Por su parte, el Ministerio de Salud (MINSA) –que asiste a la mayoría de la población peruana, sobre todo a la económicamente más desfavorecida– cuenta con pocos centros de hemodiálisis a nivel nacional, casi todos concentrados en Lima. A ello se debe añadir que también la mayor proporción de nefrólogos se encuentran en esta ciudad ⁽³⁾. Este contexto contribuye a la segregación de los pacientes del resto del Perú y a la restricción de oportunidades de acceso a hemodiálisis de las poblaciones más pobres de Lima (una ciudad de casi nueve millones de personas). Lo expuesto sustenta la importancia de realizar un acercamiento integral en el manejo del paciente ERC5D en Perú, especialmente, en el MINSA.

La terapia dietética (TD) es necesaria en el abordaje multidisciplinario que exige la ERC5D. Se ha reportado que la desnutrición incrementa la morbilidad en estos pacientes, en los cuales se presenta una malnutrición proteica superior a los estadios previos. Dicha situación es susceptible de una TD mediante un mayor suministro proteico ⁽⁴⁻⁶⁾. No obstante, existen diversos factores que podrían influir en el cumplimiento de esta recomendación: a nivel de proveedores de servicios de salud, del paciente y del entorno socioeconómico; este escenario pone de manifiesto elementos individuales y agregados, propios de la epidemiología social.

Con el propósito de tener una aproximación inicial acerca de los factores que podrían influir en el cumplimiento de la TD, centrada en proteínas, en la ERC5D; llevamos a cabo un estudio piloto en el centro de hemodiálisis de un hospital público de referencia en Lima, durante el mes de septiembre de 2013. Se realizó un muestreo por conveniencia y se utilizó un cuestionario mixto heteroaplicado que incluyó preguntas estructuradas, semiestructuradas y abiertas, el cual fue desarrollado

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

² Servicio de Nefrología, Hospital Nacional 2 de Mayo. Lima, Perú.

³ Facultad de Medicina, Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.

⁴ Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

^a Estudiante de la carrera de Nutrición y Dietética; ^b licenciada en Nutrición; ^c médico cirujano, especialista en Nefrología; ^d médico cirujano, maestro en Ciencias en Epidemiología Clínica.

Recibido: 08-10-2013 Aprobado: 16-10-13

Citar como: Izquierdo-Saona A, Gallo-Carrillo T, Bellido-Boza L, Herrera-Añazco P, Mezones-Holguin E. Deficiencias en la indicación y en el acceso a la terapia dietética en la enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una mirada en el contexto de la inequidad [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):714-5.

sobre la base de estudios previos y consulta a expertos (licenciada en nutrición, médico epidemiólogo clínico y médico nefrólogo). El cuestionario constó de tres subsecciones: 1) Datos generales (edad, sexo, tiempo de diálisis y situación laboral); 2) Recomendación dietética recibida respecto a la ingesta de proteínas, personal de quien recibió recomendación de TD, forma en que la recomendación TD fue recibida, y 3) Acceso a los alimentos que cumplan con el requerimiento de una TD alta en proteínas. Las entrevistas fueron realizadas por dos estudiantes del último semestre de la carrera de nutrición y dietética previamente entrenadas.

Se incluyeron 31 pacientes que acuden a recibir hemodiálisis en dicho nosocomio. El promedio de edad fue de 58,5 años (rango: 20-86). Una alta proporción no laboraba al momento de la entrevista y cerca de un tercio no contaban con un sueldo fijo en sus hogares. Un poco menos de la mitad no recibieron recomendaciones sobre TD o estas no fueron adecuadas. A pesar de que la media del tiempo en hemodiálisis encontrada fue de 24 meses (rango: 0-48), en ningún caso las recomendaciones fueron efectuadas por una nutricionista especializada. Solo la mitad reportó tener la posibilidad económica de acceder a una TD rica en proteínas (Tabla 1).

Más allá de las limitaciones propias de un estudio piloto, lo encontrado recoge elementos importantes respecto al cumplimiento de una correcta TD en ERC5D. La ausencia de nutricionistas especializadas, así como la no uniformidad de los contenidos y canales para la

Tabla 1. Características de los pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en un hospital público de referencia de Lima, Perú

Características (n=31)	N.º (%)
Sexo	
Masculino	18 (58,1)
Femenino	13 (41,9)
Edad (años)	
< 40	5 (16,1)
40 a 49	12 (38,7)
≥ 50	14 (45,2)
Situación laboral	
Actualmente trabaja	3 (9,7)
Cuenta con sueldo fijo en el hogar	13 (41,9)
Recomendación de TD	
No recibieron recomendación	4 (12,9)
Recibieron recomendación	27 (87,1)
Calidad de la recomendación (n=27)	
Adecuada TD	17 (63,0)
Inadecuada TD	10 (37,0)
Personal que brindó la recomendación	
Nutricionista especializada	0 (0,0)
Nutricionista general	12 (38,7)*
Estudiante de nutrición	10 (32,3)†
Médico	21 (67,7)
Enfermera	5 (16,1)
Acceso a la recomendación de TD (n=24)	
Reporta contar con recursos económicos para acceder a TD	12 (50,0)

TD: terapia dietética.

* Solo un paciente recibió asesoría individualizada. † Todas las sesiones fueron colectivas

provisión de las recomendaciones dietéticas, describen deficiencias propias del servicio de salud. Asimismo, por parte del paciente, existe desconocimiento de las medidas dietéticas, inclusive cuando estas recomendaciones fuesen correctas, la accesibilidad a una alimentación con adecuada ingesta de proteínas está limitada fundamentalmente por aspectos económicos.

Finalmente, se reafirma la necesidad de investigaciones con un muestreo representativo a mayor escala, las cuales exploren los factores individuales y colectivos que potencialmente influirían en el incumplimiento de una adecuada TD en la ERC5D. Asimismo, la estandarización del consejo dietético acorde a las pautas internacionales y la provisión de mecanismos que permitan romper las barreras de acceso a los alimentos requeridos, son aspectos cruciales que considerar en la formulación de políticas de atención de estos pacientes; más aun en un país donde los problemas de salud se acentúan a la par de la inequidad.

Fuente de financiamiento: autofinanciado

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, *et al.* [Chronic kidney disease: global dimension and perspectives](#). Lancet. 2013;382(9888):260-72.
2. Cusumano AM, Garcia-Garcia G, Gonzalez-Bedat MC, Marinovich S, Lugon J, Poblete-Badal H, *et al.* [Latin American Dialysis and Transplant Registry: 2008 prevalence and incidence of end-stage renal disease and correlation with socioeconomic indexes](#). Kidney Int Suppl. 2013;3(2):153-6.
3. Zevallos L, Pastor R, Moscoso B. [Oferta y demanda de médicos especialistas en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud: brechas a nivel nacional, por regiones y tipo de especialidad](#). Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2011;28(2):177-85.
4. Stevens PE, Levin A; Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. [Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline](#). Ann Intern Med. 2013;158(11):825-30.
5. Huarte-Loza E, Barril-Cuadrado G, Cebollada-Muro J, Cerezo-Morales S, Coronel-Díaz F, Doñate-Cubells T, *et al.* [Nutrición en pacientes en diálisis. Consenso SEDYT. Diálisis Traspl.](#) 2006;27(4):138-61.
6. Carrero JJ, Stenvinkel P, Cuppari L, Ikizler TA, Kalantar-Zadeh K, Kaysen G, *et al.* [Etiology of the protein-energy wasting syndrome in chronic kidney disease: a consensus statement from the International Society of Renal Nutrition and Metabolism \(ISRNM\)](#). J Ren Nutr. 2013;23(2):77-90.

Correspondencia: Talía Gallo-Carrillo

Dirección: Alameda Del Premio Real 763 La Encantada de Villa, Lima 09, Perú.

Teléfono: +511 990043572

Correo electrónico: tgallocarrillo@gmail.com