



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



“BARRERAS Y LIMITANTES DE LA TERAPIA NUTRICIONAL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE SALUD QUE BRINDA ATENCIÓN A PERSONAS EN HEMODIÁLISIS”

T E S I S

Para obtener el grado de Maestra en Salud Pública

PRESENTA:

L.N. Nancy Rosas Cortez

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

CO-DIRECTORA DE TESIS

Dra. Juliana Graciela Vestena Zillmer

San Luis Potosí, S.L.P., México

Septiembre de 2016

RESUMEN

Objetivo: Analizar las perspectivas del personal de salud que brinda atención a las personas en hemodiálisis, en torno a la terapia nutricional que llevan como parte del tratamiento. **Metodología:** Estudio cualitativo realizado en la ciudad de San Luis Potosí. Participaron 6 nutriólogos, 2 dietistas, 8 enfermeros y 5 nefrólogos. La información se obtuvo mediante técnicas etnográficas: entrevistas semiestructuradas, notas de campo y observación participante entre mayo de 2015 y mayo de 2016. Se realizó análisis crítico de discurso según la propuesta de Fairclough. **Resultados:** El personal de la salud se enfrenta a múltiples obstáculos o limitantes para brindar la terapia nutricional en el tratamiento de la ERC, entre estos destacan la falta de recursos humanos, de protocolos a seguir para el acceso a la terapia nutricional, de cobertura de las terapias renales; así como los conflictos que se generan entre los diferentes actores, sobre todo derivado de las relaciones de poder que están establecidas y las diferencias en las imágenes que tiene cada personal acerca de la terapia nutricional y de su utilidad. **Conclusión:** Según los discursos de los informantes del estudio, la terapia nutricional no siempre forma parte del tratamiento de las personas con ERC por lo que cada actor habla de brindar orientación o terapia utilizando los recursos que tienen disponibles.

Palabras clave: terapia nutricional, personal de salud, insuficiencia renal crónica, investigación cualitativa

ABSTRACT

Objective: Analyze the perspective of health personnel providing care to people with CKD on hemodialysis, around leading nutritional therapy as part of treatment of the disease. **Methodology:** Qualitative research conducted in the city of San Luis Potosi. Participated 6 nutritionists, 2 dietitians, 8 nurses and 5 nephrologists. The information was obtained through ethnographic techniques: semi-structured interviews, field notes and participant observation between May 2015 and May 2016. Critical discourse analysis was performed accordance with the proposal Fairclough. **Results:** Health personnel faces multiple obstacles or limitations to provide nutritional therapy in the treatment of CKD, Among these are the lack of human resources, protocols to follow for access to nutritional therapy, renal therapy coverage; well as conflicts that arise between different actors, especially derived from the power relations that are established and differences in the images that have each actor about nutritional therapy and its usefulness. **Conclusion:** According to the speeches of informants of the study, nutritional therapy is not always part of the treatment of people with CKD so that each actor speaks of providing counseling or therapy using the resources they have available.

Palabras clave: nutrition therapy, health personnel, chronic kidney disease, qualitative research

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
INTRODUCCIÓN	i
I. JUSTIFICACIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	6
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
III. MARCO TEÓRICO	7
3.1 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	7
3.2 MODALIDADES DE TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	8
3.3 LA TERAPIA NUTRICIONAL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	11
3.4 ESTUDIOS SOBRE LA TERAPIA NUTRICIONAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	18
IV. METODOLOGÍA.....	22
4.1 TIPO DE ESTUDIO	22
4.2 SELECCIÓN DEL ÁREA DE INFORMANTES	22
4.3 ESTRATEGIA DE SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES	24
4.4 LOS INFORMANTES.....	24
4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	25
V. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
VI. RESULTADOS	31
VII. DISCUSIÓN	53
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	62
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	71
ANEXO 2. CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES.....	75
ANEXO 3. CARTA DE APROBACIÓN DE LA MAESTRÍA.....	76
ANEXO 4. CARTA DE APROBACIÓN DEL CEIFE	77

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE LA ERC SEGÚN LA TFG	8
CUADRO 2. ALIMENTOS ALTOS Y BAJOS EN POTASIO Y FÓSFORO	14
CUADRO 3. OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA SEGÚN EL TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN	16
CUADRO 4. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD.....	25
CUADRO 5. PROBLEMAS Y DIFICULTADES EN LA ESFERA ESTRUCTURAL	31
CUADRO 6. PROBLEMAS Y LIMITANTES EN LA ESFERA RELACIONAL.....	38
CUADRO 7. PROBLEMAS Y DIFICULTADES EN LA ESFERA IDEACIONAL....	43

INTRODUCCIÓN

La ERC se ha convertido en un problema de salud pública en México y el mundo¹. Ésta forma parte de las enfermedades crónicas no transmisibles que han ganado terreno en los últimos años, al grado de ocupar los primeros lugares de afectación².

Según Rodríguez (2013) la tasa de mortalidad por ERC hipertensiva fue de 6.74/100000 habitantes, cifra que se duplicó desde 1998 (3.35/100 000). Según su informe, los estados con los mayores índices fueron la Ciudad de México, el Estado de México, Morelos, Jalisco y Colima, siendo mayor la incidencia en mayores de 50 años³. A pesar de la magnitud de la problemática no existe un registro nacional de personas con ERC o personas en terapia de remplazo renal. Sin embargo el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) posicionó a esta enfermedad, en 2014, como la 11^a causa de muerte tanto a nivel nacional como en el estado de San Luis Potosí⁴.

El impacto de esta enfermedad se acentúa al momento en que las personas que la padecen se enfrentan a la falta de recursos económicos, humanos, materiales e infraestructura que la enfermedad demanda, motivo por el cual, algunos autores la consideran como una enfermedad catastrófica para la población mexicana pues el sistema de salud no ha podido cubrir estas exigencias⁵⁻⁷. Esta cuestión toma importancia pues el creciente aumento de la prevalencia de las principales causas de la ERC: diabetes mellitus tipo 2 (DM) e hipertensión arterial (HTA)⁸; apunta a que en el futuro las cifras de esta enfermedad serán aún más altas y por consiguiente las demandas al Sistema de Salud Mexicano se verán incrementadas.

Durante todo el proceso de evolución de la enfermedad y dependiendo del tipo de tratamiento, el estado nutricional de la persona puede cambiar e influir en el pronóstico, tanto para bien como para mal. Es por esto que las personas que viven con este padecimiento requieren un tratamiento multidisciplinario e integral, donde

se incluya la terapia nutricional como uno de los pilares fundamentales del mismo, con el fin de ayudar a mejorar las condiciones de vida de la persona que vive con ERC^{9, 10} y evitar o tratar algunas complicaciones.

Esta terapia juega un papel muy importante en el retraso de la progresión del daño renal, pues ayuda a evitar, algunas complicaciones comunes, mismas que suelen formar parte de las principales causas de morbi-mortalidad en estas personas¹¹⁻¹⁴. Es por esto que en el presente estudio se analizó la perspectiva del personal de salud que brinda atención a las personas en hemodiálisis, en torno a la terapia nutricional que se les otorga como parte del tratamiento de la enfermedad. Entendiendo como *terapia nutricional* aquella que incluye comprobar el estado nutricional de una persona y brindar o prescribir los alimentos apropiados para tratar la enfermedad, abarca desde cambios sencillos en la dieta hasta la implementación de alimentación por sonda intravenosa¹⁵, debe ser individualizada y adaptada al estadio de la enfermedad así como al ingreso económico del enfermo y su familia, y a la disponibilidad y accesibilidad de alimentos que estos tengan para facilitar la adhesión al tratamiento.

Como *perspectiva* se entenderá el punto de vista desde el cual los diferentes actores consideran o analizan su realidad. Se pretende que los resultados de esta investigación proporcionen información relevante que contribuya a mejorar la atención que el personal de salud proporciona a los enfermos renales, con una visión multidisciplinaria que incorpore la voz de quienes estén involucrados en la terapia nutricional de estas personas. Del mismo modo, se aspira a realizar una contribución para la literatura de estudios cualitativos, estudios en el campo de la nutrición y demás campos que desenvuelven acciones y cuidados en función a la salud de las personas con ERC.

El presente documento describe a detalle la problemática de estudio y la pregunta de investigación, los fundamentos teóricos que sustentaron la realización de este trabajo, los objetivos, las bases metodológicas que sirvieron como guía para su desarrollo, así como las implicaciones éticas y los resultados de la investigación.

I. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años las tasas de incidencia y prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) se han incrementado tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, este padecimiento se ha convertido en un problema de salud pública en México y el mundo¹⁶. Prueba de ello es que el número de personas con ERC ha aumentado¹⁷ al grado de alcanzar una prevalencia de 8-16% en población adulta a nivel mundial¹.

El USRDS (United State Renal Date Sistem) reportó incidencias de 108 hasta 199 cpmh (casos por millón de habitantes) en países europeos como España, Reino Unido, Holanda y Grecia; en países sudamericanos como Brasil, Chile y Uruguay la incidencia va de 148 hasta 166 cpmh; en Norteamérica, Estados Unidos y Canadá, la incidencia fue de 362 y 164 cpmh respectivamente. Según este mismo reporte, México presentó cifras muy por encima del promedio; en donde destacan los estados de Jalisco y Morelos, ambos estados tuvieron las incidencias más altas a nivel mundial, con 400 y 557 cpmh respectivamente¹⁷.

A pesar de las cifras alarmantes que presenta la ERC en el país, no se cuenta con un registro de quienes la padecen o aquellos que están en terapia de remplazo renal que permita conocer la realidad que atravesamos. Existen diversas instituciones que llevan a cabo estimaciones nacionales, una de ellas es el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Éste reportó que en 2014 la ERC se colocó como la 11ª causa de muerte tanto en el país, como en San Luis Potosí⁴.

Por su parte, el registro latinoamericano de diálisis y trasplante reportó en 2002 que en México la tasa de prevalencia de la terapia renal de reemplazo era de 10% para hemodiálisis, 80% para diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y solamente 1% para diálisis peritoneal automatizada (DPA)¹⁸. En un estudio más reciente se pudo observar que la cifra de enfermos en terapia de hemodiálisis aumentó progresivamente hasta alcanzar el 29% del total¹⁹.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), reportó que atiende al 80% de aquellos pacientes registrados que reciben diálisis o hemodiálisis a nivel nacional. Aproximadamente 10 mil personas reciben hemodiálisis al año, lo que representa cerca de 900 mil tratamientos anuales¹⁴. Lamentablemente, el aumento de los índices de DM e HTA⁹, principales causas de la ERC^{10, 12}, además del envejecimiento poblacional que se está presentando, apuntan a que las cifras de ERC en México sigan en aumento y como consecuencia de ello se multiplique el número de personas que reciben alguna terapia sustitutiva: diálisis, hemodiálisis o trasplante renal. Consecuentemente los gastos para el sistema de salud y para las personas que padecen la enfermedad y sus familiares se verán incrementados.

Al sumarle a las altas tasas de morbilidad y mortalidad la falta de recursos económicos, humanos, materiales e infraestructura que la enfermedad demanda, permite que se le consideren a la ERC como una enfermedad catastrófica para la población mexicana^{6, 7}. Es en este punto donde podemos decir que reside el impacto de la enfermedad puesto que es una condición gradual y progresiva que exige tratamientos más avanzados y especializados conforme aumenta el deterioro de la función del riñón. Lo cual se traduce en gastos monumentales tanto para el sector salud como para los enfermos y sus familias.

Según algunos autores el actual sistema de salud mexicano no ha podido dar respuesta a las necesidades de quienes viven con ERC^{6, 8}, como consecuencia de esto el estado de salud de las personas que la padecen se deteriora aún más al igual que su calidad de vida y la de sus familias pues se ven en la necesidad de hacer enormes esfuerzos en busca de atención²⁰, esto derivado de la fragmentación del actual sistema de salud y de la falta de cobertura.

Las principales necesidades de quienes padecen esta enfermedad, en cuanto a atención en salud, son recibir terapia sustitutiva, terapia nutricional y tratamiento farmacológico pues la ERC es una enfermedad compleja que requiere un tratamiento multidisciplinario e integral^{10, 12}. A pesar de que las terapias sustitutivas traen beneficios como prolongar la vida de las personas, las condiciones impuestas

por el padecimiento y por el propio tratamiento resultan en una serie de alteraciones en el organismo que pueden perjudicar el estado nutricional de estos sujetos. Por lo tanto, para evitar mayores complicaciones es necesario principalmente, que las necesidades nutricionales de las personas sean atendidas mediante orientación en cuanto a una ingesta alimentaria adecuada ya que esto posee gran influencia sobre la morbilidad y mortalidad de este grupo poblacional.

La importancia de la terapia nutricional recae principalmente en que toda intervención está orientada a retrasar o evitar la progresión rápida de la enfermedad. Además de que puede contribuir a la regulación de los niveles sanguíneos de sodio, potasio, fosforo y calcio, disminuir la retención de líquidos, la excreción de proteína y controlar la ganancia de peso previa a las sesiones de diálisis y hemodiálisis, así como contribuir a prevenir la anemia^{11, 13, 14, 16, 17}. Los beneficios que este tratamiento le trae a la persona se pueden traducir en la prevención de complicaciones así como en la disminución del gasto invertido tanto por el enfermo, su familia y el sector salud.

Se ha reportado en repetidas ocasiones que la falta de un tratamiento nutricional adecuado puede desencadenar diferentes complicaciones. A modo de ejemplo podemos citar la desnutrición que es asociada a un aumento de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis, disminución de la función renal y disminución de la calidad de vida de aquellas personas que ya cuentan con un diagnóstico de ERC¹¹ además de resultados poco satisfactorios un año posterior al inicio de la terapia de remplazo renal cuando se carece de este tratamiento²¹. De igual manera se ha señalado que al presentarse síndrome anémico en conjunto con malnutrición se incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad^{6, 11, 13, 16, 17}. Además de que la ausencia de dicho tratamiento se puede expresar en repercusiones orgánicas para la persona con ERC.

Es por esto que se exploró la perspectiva del personal de salud que brinda atención a las personas con ERC en hemodiálisis, en torno a la terapia nutricional que se les otorga como parte del tratamiento de la enfermedad. Tomando como *terapia*

nutricional aquella que se basa en la nutrición, en donde se incluye comprobar el estado nutricional de una persona y brindar o prescribir los alimentos apropiados para tratar alguna enfermedad en específico además de abarcar desde cambios sencillos en la dieta hasta la implementación de alimentación por sonda intravenosa.

Nos planteamos analizar las perspectivas del personal de salud pues estos actores tienen influencia en la dieta de la persona durante la progresión de la enfermedad y está en sus manos brindar la información adecuada y suficiente para que sigan las recomendaciones nutricionales necesarias según su condición, así como vigilar constantemente su estado nutricional y tomar las medidas necesarias ya sea para mantenerlo o mejorarlo.

Instancias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aconsejan llevar a cabo estudios con el fin de conocer más a fondo las cuestiones y las medidas correctivas necesarias para mejorar la atención de los enfermos crónicos^{2, 22}. Con este estudio se pretende brindar información relevante que ayude a mejorar la atención nutricional que se les brinda con el fin último de mejorar la calidad de vida y el estado de salud de estas personas.

Es relevante hacer énfasis en que la literatura científica resultado de investigaciones con enfoques cuantitativos y biomédicos es abundante, sin embargo, la literatura semejante al tema que se propuso estudiar es escasa, las investigaciones cualitativas entorno al papel de la terapia nutricional en la vida de las personas con ERC es poca, se han abordado distintos temas desde la mirada de los enfermos o los cuidadores pero son mucho menos las que se han centrado en la perspectiva del profesional de la salud. Por esto consideramos que es una investigación novedosa y que puede ser de utilidad, tanto para el personal de salud, como para las personas que la padecen.

Este estudio giró en torno a la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las perspectivas del personal de salud que brinda atención a personas en hemodiálisis,

entorno a la terapia nutricional que se les otorga como parte del tratamiento de la ERC enfermedad?

II. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las perspectivas del personal de salud que brinda atención a las personas en hemodiálisis, en torno a la terapia nutricional que las personas con ERC llevan como parte del tratamiento de la enfermedad.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las barreras de tipo estructural a las que se enfrenta el personal de salud para que se le brinde una terapia nutricional a las personas con ERC.
- Conocer las imágenes que tiene el personal acerca de los aspectos que rodean la terapia nutricional que dificulten que se le brinde a las personas con ERC.
- Analizar las relaciones entre los diferentes profesionales de la salud que dificultan que se le brinde una terapia nutricional a las personas con ERC.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

El término *Enfermedad Renal Crónica* (ERC) es utilizado para describir el “daño renal de una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular a menos de $60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ ”^{2, 23}, como parte de esta enfermedad hay una pérdida irreversible y progresiva de la función del riñón que a su vez conduce a la acumulación de productos derivados del catabolismo proteico lo cual ocasiona el síndrome urémico²⁴, estado muy común entre aquellas personas que padecen ERC. Además de presentarse un fallo global en el cuerpo de la persona, donde se incluyen la pérdida de la función homeostática (regulación del volumen y composición de los espacios corporales), la función metabólica (síntesis y degradación) y la función endocrina (producción de eritropoyetina)²⁵.

Entre las causas que pueden desencadenar ERC se encuentran la DM2, glomerulonefritis, HTA, nefropatía intersticial o pielonefritis, glomerulonefritis secundarias, quistes, causas genéticas o congénitas y lupus eritematoso, entre otras^{18, 25, 26}. Siendo la DM2 y la HTA las principales causas en México y otros países¹⁰. Algunas de estas condiciones junto con los estilos de vida poco saludables pueden ser predisponentes²⁷. Otros autores las clasifican como factores modificables y no modificables, encasillando los estilos de vida y los nefrotóxicos en modificables y como no modificables algunas otras enfermedades preexistentes además del sexo, la edad, la raza, entre otros^{28, 29}.

Para diagnosticar definitivamente la enfermedad renal se pueden realizar estudios de imagen o biopsia. La biopsia y otros procedimientos invasivos se asocian con un riesgo, aunque por lo general pequeño, de complicaciones graves. Por lo tanto, estos procedimientos suelen evitarse a menos que un diagnóstico definitivo fuese a cambiar ya sea el tratamiento o el pronóstico¹⁸. Los marcadores de daño renal pueden ser histopatológicos, bioquímicos (proteinuria y anomalías en el

sedimento urinario, además de anormalidades en valores sanguíneos), estudios de imagen y biopsia renal²⁴, estos abonan al diagnóstico de la ERC.

Una vez diagnosticada la enfermedad, se deben tomar en cuenta diferentes parámetros para determinar el estadio en que se encuentra, estos parámetros a considerar son la tasa de filtración glomerular (TFG) y la presencia de daño renal (Cuadro 1).

Cuadro 1. Clasificación de la ERC según la TFG

Estadio	Descripción	TFG
I	Daño renal con TFG normal	> 90 ml/min/1.73m ²
II	Leve	60-89 ml/min/1.73m ²
III	Moderado	30-59 ml/min/1.73m ²
IV	Severo	15-29 ml/min/1.73m ²
V	Fallo renal (diálisis)	< 15 ml/min/1.73m ²
Fuente: K/DOQI, 2002		

A manera de prevención, una vez identificadas las personas con ERC con alto riesgo de desarrollar ERC, se les debe evaluar periódicamente mediante la medición de tensión arterial, la estimación de la TFG, medición de la excreción urinaria de albumina-proteína y un examen de sedimento urinario^{18, 24}, esto para identificar el deterioro de la función renal en etapas tempranas.

3.2 MODALIDADES DE TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Existen diferentes guías para el tratamiento de la ERC, a nivel internacional existen las guías Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) y las Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (KDOQI), y la revisión de Guías de Práctica Clínica (GPC) desarrolladas en otros países.

En México, la información en la que se debe basar el tratamiento de las personas con ERC se encuentra en las Guías de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud, basadas en las Guías KDOQI y KDIGO. Además, existen las Guías Latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de los Estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica (GLPC-ERC),

estas guías fueron creadas en base a las guías KDOQI, KDIGO y las Guías de Práctica Clínica (GPC) de otros países por la Fundación Mexicana del Riñón junto con la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, con el fin de adaptar las recomendaciones internacionales a la población mexicana.

Debido a la complejidad de la enfermedad y por lo tanto del tratamiento de la ERC, las GLPC-ERC recomiendan un equipo multidisciplinario, en donde además del nefrólogo, se incluya un enfermero, nutriólogo y trabajador social; para brindar mejor atención al enfermo y por lo tanto mejorar su estado de salud, prevenir complicaciones y aumentar su calidad y esperanza de vida.

Como se ha mencionado a lo largo del documento, existen tres pilares para el tratamiento de la ERC, la terapia farmacológica, la terapia sustitutiva y la terapia nutricional. La modalidad de dichos tratamientos debe responder al estadio de la ERC, pues las necesidades de la persona que la padecen varían conforme cambia de estadio. A continuación se presentan las diferentes modalidades del tratamiento.

El esquema general debe tratar la enfermedad que dio origen a la ERC y los factores que pueden ser reversibles, mismos que de no contrarrestarse pueden ocasionar mayor deterioro de la función del riñón y un avance acelerado de la enfermedad, en este tipo de tratamiento se deben implementar intervenciones que retarden la progresión, prevenir y/o tratar las complicaciones de la ERC, los factores de riesgo cardiovasculares y/o enfermedad cardiovascular y las comorbilidades, además de preparar a la persona para la terapia sustitutiva. Esto se puede lograr tomando medidas dietéticas tales como disminuir el consumo de nitrógeno proveniente de la dieta, así como de sodio, potasio, fósforo y calcio, además de tomar medidas farmacológicas como ajustar la dosis de los medicamentos, evaluar interacciones de la polifarmacia, aplicar vacunas preventivas, además de recomendar evitar nefrotóxicos y el cuidado de las venas¹². El tratamiento farmacológico en estadios tempranos se basa en el manejo de la presión arterial por medio de IECAs y ARAs y controlar las enfermedades que acompañan a la ERC³⁰.

En cuanto al tratamiento sustitutivo, como su nombre lo dice, sustituyen la función del riñón, las opciones de terapias de reemplazo son la diálisis peritoneal (DP) con sus diferentes modalidades, la hemodiálisis (HD) y el trasplante renal²¹.

La DP tiene como finalidad remover tanto solutos como fluidos. Consiste de una bolsa de líquido conectada a un catéter mediante el cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal. El proceso se lleva a cabo a través de la membrana peritoneal, el líquido y los desechos drenan a una bolsa de salida²¹. Existen diferentes tipos de DP, las más comunes son la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la diálisis peritoneal automatizada o cíclica (DPA).

Por otra parte, la HD tiene como objetivo extraer moléculas de bajo y alto peso molecular de la sangre para regular el medio intra y extracelular. Consiste en difundir sustancias por una membrana semipermeable bidireccional mediante un circuito extracorporeal. Se bombea sangre heparinizada mientras que el líquido de diálisis también es impulsado por la máquina a contracorriente^{21, 30}.

Al llegar al estadio V, que es en el que la función renal se encuentra al mínimo y en necesario el reemplazo (DP o HD), se ve deteriorada la función eritropoyética del riñón, por lo que la persona con ERC suelen presentar anemia, para contrarrestar esta enfermedad, se utiliza eritropoyetina a la par de un suplemento de hierro. Estos no son los únicos fármacos que consumen estos pacientes, suelen además, consumir anticoagulantes, antiulcerosos, hipolipemiantes, medicamentos para contrarrestar la osteodistrofia, entre otros³⁰.

La tercera opción de reemplazo renal es el trasplante, considerado la mejor alternativa. La donación puede ser de una persona viva o de un cadáver³¹. Es la única terapia de reemplazo que realmente previene el desarrollo de uremia, sin embargo, no todos las personas que padecen ERC son candidatos a trasplante. Está contraindicado cuando la esperanza de vida de quien recibe el riñón trasplantado es menor a dos años, si existen condiciones que ponen en peligro la vida, tales como infecciones, cáncer, enfermedades cardiovasculares no

controladas, falta de apego al tratamiento y enfermedad psiquiátrica grave, además de la edad²¹.

Luego del trasplante renal, es necesario emplear inmunosupresores para evitar el rechazo del riñón trasplantado, los más comunes consumidos por este grupo poblacional son azatioprina, corticoesteroides y ciclosporina³².

3.3 LA TERAPIA NUTRICIONAL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Seguir de cerca el estado nutricional de la persona en cada uno de los estadios de la ERC es fundamental. La terapia nutricional que se le otorgue debe estar enfocado a prevenir las complicaciones de la enfermedad y a cubrir las necesidades de la persona según el estadio en el que se encuentre¹⁸. Además de considerar este aspecto, se toman en cuenta algunos otros factores, tales como el índice de masa corporal (IMC), la fuerza de presión, la circunferencia de cintura y los niveles sanguíneos de albumina y creatinina, por otra parte se aplica la Valoración Global Subjetiva, instrumento que permite evaluar algunos otros aspectos que abonan al diagnóstico nutricional de la persona y al diseño de la dieta³¹.

Los objetivos de la terapia nutricional en la ERC son^{31, 32}:

- limitar el daño renal y reducir la carga de trabajo del riñón;
- mejorar o mantener un estado nutricional óptimo (proteger la masa corporal magra (músculo y hueso), minimizar el catabolismo tisular y prevenir el catabolismo de proteínas;
- minimizar los niveles de urea;
- mantener un estado de hidratación adecuado;
- mantener concentraciones normales de potasio en sangre;
- controlar la HTA;
- estabilizar la glucosa sanguínea en caso de presentar diabetes;
- controlar el progreso de osteodistrofia (pérdida de tejido óseo) renal;
- posponer la diálisis tanto como sea posible;
- mantener el crecimiento de los niños, en caso de que se trate de un infante;

- tratar la anemia, y
- corregir otros cambios fisiológicos como estreñimiento, diarrea, pérdida de tono muscular, etc.

El cuidado nutricional adecuado es básico para lograr estos objetivos, algunas de las complicaciones de la ERC a menudo pueden prevenirse o retrasarse mediante la detección y tratamiento temprano^{24, 31}.

A continuación se hace mención de algunas estrategias de intervención para la terapia nutricional de personas con ERC³¹:

- buscar un peso saludable e incluir actividad física diaria. Para el cálculo del consumo de energía para personas en diálisis se recomiendan 35 kcal/kg/día para personas mayores a 60 años y de 30 a 35 kcal/kg/día para menores de 60 años;
- en personas con diagnóstico temprano (estadio 1-3), la recomendación de proteína es de 0.8 gr de proteína/kg/día, para cubrir este requerimiento se recomienda utilizar proteína de alta calidad;
- para personas en estadio 4, la proteína debe calcularse en 0.6 gr de proteína/kg/día, asegurando que por lo menos el 50% sea de alto valor biológico;
- buscar alternativas para la frecuente intolerancia a los carbohidratos, suelen tener mejor tolerancia por fructosa, galactosa y sorbitol, en comparación con la sacarosa;
- el control de consumo de grasas saturadas, colesterol y grasa total, es particularmente importante si hay presencia de hipercolesterolemia, diabetes o cardiopatía;
- el consumo de líquidos debe ser el equivalente al gasto o volumen de orina del enfermo, más 500 a 1000 ml;
- el aporte de calcio dietético puede limitarse si las concentraciones sanguíneas de este mineral son mayores a 2000 mg;

- el fósforo debe limitarse pues su control, puede ayudar a conservar la función renal existente, mantener o disminuir las concentraciones sanguíneas de éste mineral y evitar la osteopatía renal;
- limitar a 2 gr el consumo de sodio diario, en especial en sujetos con HTA o edema.
- asegurar el aporte de vitaminas del complejo B, pues la dieta de estos pacientes suele ser deficiente en estas vitaminas;
- ajustar el hierro a las necesidades individuales del sujeto, tomando en cuenta el consumo de eritropoyetina en la terapia farmacológica, e
- incluir en la dieta diversos granos, frutas y verduras, aunque deben limitarse algunos cuando las concentraciones sanguíneas de fosforo y potasio estén alteradas (Cuadro 2). Cuando este elevado, limitar el consumo de potasio a 2000 a 3000 mg y el consumo de sustitutos de sal, estas limitantes en a dieta deben evitarse cuando hay presencia de diarrea o vómito.

Cuadro 2. Alimentos altos y bajos en potasio y fósforo

	Potasio		Fósforo	
	Altos	Bajos	Altos	Bajos
Frutas	Aguacate Plátano Melón Frutas secas Kiwi Mango Naranja Papaya Ciruela pasa	Manzanas Moras Uvas Limón Duraznos Peras en lata Piña Ciruelas Sandia		En general son bajas en fósforo
Verduras	Chicharos secos Calabaza Espinacas Tomate Jugo de verduras	Zanahoria Col Coliflor Pepino Ejotes Lechuga Cebolla		En general son bajas en fósforo
Lácteos	Helado Leche Yogur		Leche en polvo entera Requesón magro Queso fundido	Helado Leche desnatada Leche entera Yogurt
Carnes	Cerdo	Pollo Pavo	En general son altas en fósforo	
Oleaginosas	En general son altas en potasio		En general son altas en fósforo	
Leguminosas	En general son altas en potasio		En general son altas en fósforo	

Fuente: Escott-Stump, 2010

Múltiples estudios en adultos y algunos en niños, sobre la restricción proteica en la dieta han demostrado un efecto muy leve y retardo en la terapia dialítica en seguimiento a mediano plazo, sin embargo se debe evitar la dieta hiperproteica, especialmente de origen animal pues induce hiperfiltración y mayor carga de fosfatos para el riñón²⁷.

En el caso de las personas que no alcanzan a ingerir voluntariamente los requerimientos energéticos y de volumen adecuados se necesita aplicar un soporte con alimentación enteral, mediante sonda nasogástrica o nasoyeyunal con bombas de infusión²⁷.

El riñón desempeña múltiples funciones en el cuerpo humano, en presencia de ERC se hacen presentes diversas alteraciones, tales como la regulación del pH del cuerpo, balance hidroeléctrico, metabolismo fosfocálcico y la concentración de nitrógeno en orina, principalmente. Es por ello que esta enfermedad afecta de una manera especial la situación metabólica nutricional de las personas que la padecen³⁰. Se suele presentar una alta prevalencia de malnutrición, con alteraciones evidentes en el compartimiento del metabolismo de las grasas y las proteínas, así como una marcada alteración de los niveles de proteínas en sangre³³. Se han demostrado en repetidas ocasiones que entre mejor sea el estado nutricional de las personas con ERC menor es la morbilidad que presentan, por lo que se recomienda, aun cuando tienen un buen estado de salud nutricional, monitorizar cada 6 meses si se es menor a 50 años y cada 3 meses si se sobrepasa esta edad³³,³⁴.

El hecho de que las personas se encuentren tomando una terapia sustitutiva (diálisis, hemodiálisis o trasplante) supone un aumento en la supervivencia de estas, además de una evidente mejoría en la calidad de vida. Éstas terapias conllevan un aumento en los requerimientos nutricionales de quienes se someten a ellas, estas necesidades difieren según la terapia a la que se esté sometiendo³⁵.

Cuadro 3. Objetivos y características de la dieta según el tratamiento de sustitución

	Objetivos	Características de la dieta
PREDIALISIS	Retrasar el deterioro de los riñones, evitar el acumulo de desechos en la sangre y evitar desnutrición	Aporte calórico suficiente para mantener un peso saludable Bajo aporte de proteínas, 0.6-0.8 gr/kg/día en adultos y normal en niños) Bajo en azúcar simple y grasa saturada Muy controlada en alimentos con alto contenido de fosforo (adultos: menos de 1000 mg/día) Control de potasio proveniente de la dieta Bajo consumo de sal Restringir líquidos según la cantidad de orina del enfermo
DIALISIS	Compensar el aporte de calorías (energía) y proteínas del líquido de diálisis, evitar el acumulo de desechos en la sangre, controlar la saciedad y evitar la desnutrición	Adecuada en calorías para mantener el peso saludable del enfermo. La cantidad de proteína debe ser de 1.2-1.5 g/kg/día para adultos y de 2.5 a 4 g/kg/día para niños Baja en azúcar simple y grasa saturada Control moderado de alimentos ricos en fosforo (adultos: aproximadamente 1500 mg/día) y potasio (adultos: aproximadamente 2500 mg/día) Control moderado de sal, de 2 a 4 gr de sodio, en niños el aporte debe ser normal, se restringe en ambos casos si además de ERC se presenta HTA o edema. La restricción de líquidos se debe hacer según la cantidad de líquido que orina el enfermo
HEMODIALISIS	Evitar el acumulo de desechos en la sangre entre las sesiones de hemodiálisis, no ganar peso entre sesiones, compensar la pérdida de proteína y otras nutrientes, evitar la desnutrición del enfermo	Asegurar el aporte energético adecuado para mantener en peso saludable al enfermo Asegurar un aporte proteico de 1-1.2 gr/kg/día para adultos Disminuir el consumo de azúcar simple y grasa saturada Controlar el aporte dietético de fosforo (adultos: aproximadamente 1200 mg/día) y potasio (adultos aproximadamente 2200 mg/día) Disminuir el consumo de sal, tomando en cuenta los episodios de sudoración, fiebre y vomito que enfrenta el enfermo. Restricción estricta de liquido
TRASPLANTE	Prevenir obesidad y enfermedades cardiovasculares y evitar desnutrición	Asegurar el aporte energético adecuado para mantener un peso normal Aporte normal de proteína (adultos: 1gr/kg/dia) Disminuir el consumo de azúcar simple y grasa saturada Controlar el consumo de potasio proveniente de la dieta. Control de consumo de sal, individualizad, tomando en cuenta la presencia de hipertensión y retención de líquidos Normal en consumo de líquidos.

Fuente: Guía ADAER

El conjunto de tratamientos que reciben estas personas repercute sobre su situación nutricional. Una de las recomendaciones dietéticas más extendidas es la restricción de alimentos que son fuente de proteína, con el afán de reducir la progresión de la ERC¹². No obstante, esta modificación dietética puede inducir, en quienes tienen síndrome urémico, una disminución de su ingesta total de calorías pues es común que las personas no se adhieran a los cambios en los hábitos alimenticios¹².

La persona que padece ERC que consumen dietas sin restricciones, presentan una declinación progresiva del consumo de proteínas y energía. La concentración en sangre de proteínas séricas, colesterol, excreción de creatinina y valores antropométricos (peso, talla, circunferencia de cintura, etc.) se ven alterados, además de presentar niveles altos de potasio y fósforo, retención de líquidos, incremento de los niveles de urea, enfermedades óseas, entre otras complicaciones^{25, 31}. Estas alteraciones deterioran el estado de salud de la persona, además disminuyen su calidad y esperanza de vida.

Por otra parte, como resultado de las múltiples alteraciones a nivel orgánico se puede producir hipertrigliceridemia y una alteración del metabolismo de los carbohidratos, con resistencia a la insulina que puede finalizar en diabetes, además el aumento de nitrógeno y las alteraciones iónicas producen trastornos gastrointestinales que reducen la ingesta, con náuseas y vómitos³³.

Si bien es importante considerar los aspectos físicos y bioquímicos de las personas con ERC, así como el estadio de la enfermedad en la que se encuentren para determinar la dirección que tomará la terapia nutricional, no es recomendable dejar de lado aspectos como el ingreso económico del enfermo y su familia, el apoyo familiar con el que cuenta así como la disponibilidad y accesibilidad a alimentos.

Estas últimas consideraciones pueden influir en la adopción o no de los cambios en la dieta y de las diferentes recomendaciones alimentarias que se les otorgan a los enfermos renales durante la terapia nutricional. Es por esto que esta última debe ser individualizada pues debe responder a las necesidades de cada persona, por lo

que se debe tomar en consideración tanto el aspecto biológico como el contexto del enfermo.

3.4 ESTUDIOS SOBRE LA TERAPIA NUTRICIONAL EN LA ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Existen múltiples investigaciones enfocadas al estudio de la enfermedad renal crónica, la mayoría realizadas desde un enfoque cuantitativo, entre las temáticas que se han estudiado se encuentra la epidemiología de la ERC³⁶⁻³⁸, la fisiopatología de la enfermedad^{39, 40} y la adherencia o cumplimiento del tratamiento^{41, 42}. Desde el área de la nutrición, el manejo nutricional del enfermo renal es uno de los principales temas de estudio⁴³⁻⁴⁵ así como la restricción de nutrientes específicos como sodio, potasio y fósforo^{21, 46-49}. Sin embargo existen otras áreas menos exploradas como la relación entre la calidad de vida y el estado nutricional^{50, 51}, la suplementación de nutrientes⁵², entre otros.

El papel del personal de salud entorno al tratamiento de la ERC se encuentra establecido en las guías internacionales y nacionales para el tratamiento de la ERC^{9, 23}. En el caso de México se deben llevar a cabo las estrategias establecidas en la Guía de Práctica Clínica de la Secretaría de Salud. Es aquí donde se determinan los procedimientos a seguir y el papel que juega cada profesional en la atención de las personas con ERC.

Si bien, en cada país, las guías estandarizan el procedimiento a seguir en cuanto a atención nutricional, su existencia no asegura que se lleven a cabo, por lo que se han realizado investigaciones para determinar si las directrices establecidas son reproducidas. Un estudio cuantitativo australiano reportó que casi todo el personal del departamento de nutrición (62 de 65) utiliza las directrices, sin embargo solo la mitad (55%) indicó haber tenido éxito al aplicar la evaluación de los pacientes de diálisis mínimo cada 6 meses⁵³.

Otro estudio realizado en Australia, tuvo como uno de sus objetivos identificar las barreras y facilitadores asociados con la adherencia a las guías de práctica basada

en evidencia, aspectos como el tiempo, las habilidades y la autoeficacia del personal, así como un sistema de referencia ineficiente como algunas de las barreras a las que se enfrenta el personas para cumplir con las guías⁵⁴.

Un estudio más en dicho país, se brindó consulta nutricional cada 6 meses a personas con ERC, con seguimiento intensivo cuando fue necesario, y además se monitorizó el peso y la química sanguínea mensualmente. Se concluyó que realizar una evaluación nutricional y dietética al menos en el periodo de tiempo que establecieron permite que se identifiquen posibles desencadenantes de desnutrición, así como síntomas gastrointestinales y algunos trastornos del apetito de manera temprana⁵⁵.

Otro de los temas importantes es el diagnóstico nutricional, existe literatura en donde se hace mención de la relevancia de realizar diagnósticos nutricionales válidos basados en prueba de altos niveles de sensibilidad y especificidad. Pues de lo contrario no es posible describir con precisión los resultados nutricionales de la población o de un grupo poblacional específico⁵³.

En 2007 se publicó un artículo exponiendo algunos aspectos de la realidad de algunos países asiáticos en relación a la ERC, el gasto en salud y la participación del gobierno variaba entre los países, además de que se veían afectados por factores como la pobreza. El impacto de la enfermedad reveló la necesidad de que hubiera un balance entre la práctica clínica y la dietética a medida de implementar estrategias que mejoraran los resultados, tomando en cuenta las limitaciones de personal y la escasa experiencia práctica en nutrición renal del personal. Estos últimos factores a raíz del limitado número de personal para cubrir los departamentos médicos lo que impide que los dietistas se especialicen. Además de la rotación del personal lo cual limita el avance de las habilidades y la participación en el equipo multidisciplinario⁵⁶.

La autora planteaba que dada la creciente incidencia de ERC y el limitado gasto público destinado a salud, es necesario un cambio de modelo en el que se prepare

a los dietistas asiáticos para que participen con el grupo multidisciplinario en el cuidado activo de aquellos que padecen de dicha enfermedad⁵⁶.

A pesar de que el personal de salud juega un papel importante en el cumplimiento del tratamiento dietético que se le otorga a la persona con ERC, existen otros factores que intervienen en el cumplimiento del mismo. Diversas investigaciones reportan que factores como la pobreza, el acceso reducido a los servicios de salud, la edad, la personalidad, el conocimiento, y la funcionalidad familiar, pueden repercutir en la adherencia al tratamiento por parte del enfermo^{57, 58}. Algunos autores relacionan la falta de adherencia con diferencias culturales, como fallas en el intercambio de información durante la consulta, lo que podría originar diferencias en la comprensión del problema entre el profesional de salud y enfermo, además de una educación inadecuada por parte del personal sanitario^{59, 60}. Se ha visto también que el hecho de que la persona crea en los efectos positivos del tratamiento influye en el cumplimiento de las indicaciones de los profesionales⁶¹.

Es frecuente encontrar en la literatura que el nivel educativo del enfermo juega un papel importante en el cumplimiento del tratamiento, así como el deseo de controlar la enfermedad, la falta de apoyo familiar y la complejidad del tratamiento^{62, 63}. Por otra parte, el incumplimiento voluntario es otro de los tópicos comunes en la literatura, esto debido a que el estado cognitivo se ve comprometido a raíz de la ERC y la HTA además de que se relaciona a algunas de las complicaciones de la enfermedad, tales como urea y creatinina alta⁶⁴.

Los estudios desde un enfoque cualitativo son escasos. Entre los hallazgos se ha encontrado que el significado que se le atribuye al tratamiento de la enfermedad por parte del enfermo está relacionado con el cumplimiento del mismo, esta percepción es construida por el enfermo contribuyendo a ella la relación con la familia y con el medio social⁶⁵. En otro estudio se identificó que las barreras están arraigadas profundamente en creencias dietéticas, actitudes y un sabor culturalmente establecido para los alimentos. Sin embargo en el mismo se encontró que entre los facilitadores están las estrategias para cocinar sin afectar la palatabilidad⁶⁶.

En un estudio mixto llevado a cabo con mujeres México-americanas se exploraron factores psicosociales, cognitivos y socioculturales que influyen en la adherencia, los resultados cualitativos de estos estudios manifestado pérdida de libertad, de identidad, de la habilidad funcional, de independencia y de la habilidad para mantener su rol social⁶⁷.

Si bien, en los últimos años, la literatura proveniente de las investigaciones cualitativas que giran en torno a la ERC se ha visto aumentada, como respuesta a la creciente preocupación ante el aumento de los casos de personas que padecen esta enfermedad; aún hay un largo camino por recorrer y por explorar.

En el área de la nutrición, son escasas las investigaciones que se han preocupado por explorar, con metodologías cualitativas, la realidad de los diferentes actores que intervienen en el fenómeno que representa este padecimiento. Algunos de los trabajos realizados han explorado la perspectiva de los enfermos renales o sus familiares, pero pocos se han preocupado por indagar en las perspectivas de los profesionales de la salud.

IV. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio de tipo cualitativo, el interés fue conocer los discursos de los profesionales de la salud (nutriólogos/dietistas, enfermeros y nefrólogos) como una de las prácticas sociales que llevan a cabo⁶⁸. En este caso, lo referente a la terapia nutricional como parte del tratamiento en la ERC. El diseño del estudio fue flexible, lo que permitió adaptarlo a la situación real de la población de estudio.

Se utilizaron técnicas etnográficas que permitieron hacer una descripción y un análisis de las perspectivas de los profesionales de la salud que brindan atención a las personas con ERC⁶⁹. Este diseño permitió que durante el trabajo de campo, el investigador examinara el sitio de estudio y registrara el fenómeno de interés utilizando la observación y la participación directa.

Esta investigación forma parte de un trabajo mayor en torno a la enfermedad renal crónica y su atención desde la perspectiva de los principales actores sociales involucrados en el fenómeno de estudio.

4.2 SELECCIÓN DEL ÁREA DE INFORMANTES

En la ciudad de San Luis Potosí, la población asciende hasta los 772 604 habitantes, 29.9% del total del estado; de los cuales, el 48.2% son hombres y el 51.8% mujeres⁷⁰.

En cuanto a salud, según cifras del INEGI, el 73.9% de los habitantes de la ciudad son derechohabientes. Del total de la población, el 24% cuenta con IMSS, 7.7% Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 13.1% Seguro Popular, 6.1% cuenta con algún otro tipo de aseguramiento y el 24.4% del total de los capitalinos potosinos no se benefician de ningún tipo de servicio de salud⁷⁰.

A nivel estatal, San Luis Potosí tiene un total de 631 unidades médicas de consulta y hospitalización, de las cuales únicamente el 10.8% atiende a población asegurada,

entendiendo por población asegurada a aquellas personas que cuentan con servicios de IMSS, ISSSTE, Pemex o alguna otra institución estatal⁷⁰.

En 2010, las unidades de salud contaban con 1 021 médicos generales, de los cuales solo el 43% de ellos brindaba servicios a personas aseguradas; mientras que el número de especialistas ascendía a 1 377, cabe destacar que el 60.4% se desempeñaba en los servicios públicos; por otro lado solo 959 personas eran de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, entre los que se cuentan a los profesionales de la nutrición. El estado contaba con 1.5 médicos generales y 0.5 médicos especialistas por cada mil habitantes en las instituciones públicas de salud⁷¹.

En 2011, el sector privado tenía 1.6 hospitales generales y 0.1 de especialidades, así como 9.6 médicos generales y 53 especialistas por cada 100 mil habitantes⁷¹.

El IMSS atiende a aproximadamente 600 personas con ERC en todo el estado. Esto se lleva a cabo de dos maneras, por un lado están quienes reciben el servicio directamente de la Institución y por otro los que tienen que ser subrogados⁷².

Anteriormente, las unidades del IMSS que contaban con el equipo de hemodiálisis eran la Clínica 50 de especialidades y el Hospital de Zona número 1, ambas unidades brindaban servicio tanto a los capitalinos como a aquellas personas que viven en las zonas conurbadas. En el primer semestre de 2016, el servicio de las personas que se atendían en el Hospital de Zona número 1 fue subrogado a una institución privada. Por otro lado, el Hospital número 6 y la Clínica 14, en los municipios de Ciudad Vales y Matehuala, respectivamente, brindan el mismo servicio, pero se enfocan en la población de la Zona Media y Huasteca, así como del Altiplano potosino⁷².

A consecuencia de la saturación que enfrentan las instituciones públicas, se ven en la necesidad de subcontratar a 4 unidades privadas en la capital, entre las que figuran dos unidades de la empresa Nefrología y Diálisis (Muñoz y Hospital Lomas), la clínica ISHA y la del hospital Ángeles⁷².

Por su parte, el Hospital Central brinda atención a personas afiliadas al Seguro Popular y es una de las principales instituciones que brindan este servicio, pues en ella recae un gran porcentaje de la población potosina, sin embargo, a pesar de ser una entidad pública, el servicio de hemodiálisis que otorga a sus usuarios es subrogada, por lo que las personas tienen que pagar una cuota para poder recibir el servicio ya que las sesiones de hemodiálisis no son cubiertas por el Seguro Popular. La unidad a la que subrogan pertenece al grupo Fresenius y se encuentra dentro de las instalaciones del hospital.

4.3 ESTRATEGIA DE SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES

Al inicio del estudio se aplicó un muestreo teórico, por lo que se tomó en cuenta un marco teórico que sirvió para identificar a los actores clave dentro del área. Conforme se tuvo acceso al campo, se decidió cambiar a un muestreo propositivo, además de incorporar la técnica de bola de nieve para localizar a los informantes. Por otra parte, se utilizó el principio de saturación temática para delimitar la muestra⁷³.

Después de tener acceso al campo e identificar, por medio de los propios informantes, a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la terapia nutricional de las personas con ERC, se decidió incorporar a nutriólogos/dietistas, enfermeros y nefrólogos, con la finalidad de enriquecer la investigación con diferentes perspectivas. Por tal motivo, la muestra que se abarcó está integrada por informantes que brindan servicios a personas con enfermedad renal desde las áreas de la salud descritas, tanto en el ámbito público como privado.

4.4 LOS INFORMANTES

Se entrevistaron a 6 nutriólogos (uno de ellos con especialidad en nefrología), 2 dietista (un especialista en nefrología), 8 enfermeros y 5 nefrólogos que trabajan con personas con ERC que acuden a hemodiálisis. En el cuadro 5 se hace una contextualización de los informantes en función al sexo, profesión y tipo de institución en la que laboran.

De los seis nutriólogos, cuatro son mujeres, la misma cantidad son los que trabajan en el sector público y el resto labora tanto en lo privado como en lo público. Ambos dietistas son hombres y prestan servicios en el sector público. Seis de los ocho enfermeros son mujeres, la proporción que trabaja en sector público y la que trabaja en sector privado es igual. Todos los médicos son hombre, tres de ellos laboran tanto en el sector público como en el privado, el resto solo en el sector público.

Cuadro 4. Contextualización del personal de salud

Cant.	Profesión	Sexo		Tipo de institución		
		Hombre	Mujer	Público	Privado	Ambos
6	Nutriólogos	2	4	4	0	2
2	Dietistas	2	0	2	0	0
8	Enfermeros	2	6	4	4	0
5	Nefrólogos	5	0	2	0	3

Fuente: Elaboración propia

4.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para obtener la información se realizó una triangulación de técnicas, las cuales fueron mediante entrevistas semi estructuradas, observación participante (OP), y notas de campo. Se contó con una guía de entrevista (Anexo 1) y de observación (Anexo 2) para la técnica correspondiente, además de un diario de campo para registrar la información. La información fue recabada durante el periodo de 2015 hasta marzo del 2016.

Se realizaron 21 entrevistas, 13 de ellas se llevaron a cabo en la institución en la que laboran los informantes, sin embargo únicamente 11 fueron específicamente en el consultorio o área en que brindan atención a las personas con ERC; para el resto, se pactó con los profesionales encontrarlos en el lugar que más les convenía.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 40 minutos. Constaron de tres etapas: a) apertura, comenzó con la presentación del entrevistador, objetivos del estudio y de la entrevista, además de la lectura y firma del consentimiento informado; b) desarrollo, se inició formalmente con la entrevista siguiendo los temas

planteados en la guía, se permitió que el informante definiera la secuencia de los temas, en caso de no haber tocado alguno de ellos, se procuró recuperar la información faltante; c) cierre, en el cual el entrevistador realizó una reseña de lo revisado al informante para verificar la información obtenida y se aclararon dudas al informante.

La observación se llevó a cabo únicamente en las ocasiones en las que las entrevistas se realizaron en el lugar de trabajo de los informantes, tanto en el primer acercamiento como el día en el que se realizó la indagación. Para el registro de la observación se siguió una guía en la que se contempló de la ubicación de la unidad (en caso de estar dentro de un hospital), la ubicación de los consultorios, las condiciones físicas y el equipamiento de los mismos.

En cuanto a las notas de campo, se dividieron en tres: descriptivas, metodológicas y analíticas. Las descriptivas ayudaron a complementar la observación que se realizó, las metodológicas a realizar ajustes en la guía de entrevista así como a las técnicas para acercarse a los posibles informantes. Por su parte, las analíticas ayudaron a guiar o re-direccionar el análisis que se aplicó a la información recabada en las entrevistas.

4.6 PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Para la entrada a campo se utilizaron estrategias diferentes para cada uno de los profesionales. En el caso de los nutriólogos, se identificó a uno de los actores claves, se le contactó por medio de un conocido de la investigadora principal de este estudio y posteriormente se utilizó la técnica de bola de nieve para continuar con la identificación de los posibles informantes.

Para establecer contacto con los nefrólogos el trabajo fue mayor, una de las informantes apoyó en el primer contacto, se llevó a cabo una breve reunión con un actor clave en el campo de la nefrología, se presentó un resumen del protocolo de esta investigación, posteriormente se envió un resumen ejecutivo a la misma persona y se quedó en espera de una respuesta de su parte. Al paso del tiempo y

en vista de que no se recibía noticia alguna, se decidió enviar un correo electrónico preguntando por el estatus del trabajo. No hubo respuesta.

Al cabo de un tiempo, por medio de una de las enfermeras que participaron en el estudio se pudo agendar una entrevista con un nefrólogo. Para el resto de los participantes de este grupo, se recurrió a los contactos lejanos de la investigadora principal, se localizó a un médico y mediante él se hizo contacto con el resto.

Las entrevistas y notas de campo recabadas fueron digitalizadas y los archivos generados fueron guardados con un código que incluyó la profesión del personal de salud (nutriólogo/dietista, enfermero, nefrólogo), el turno en el que se le entrevistó (en el caso de los enfermeros) y la unidad en la que labora; fueron registradas en una matriz de control.

Las transcripciones fueron llevadas a cabo por el investigador principal con apoyo del programa Sound Organizer, una vez terminadas fueron validadas por medio de algún asistente del director de tesis, miembro del equipo de investigación, quien se encargó de oír los audios y leer línea por línea las transcripciones, para detectar y hacer las modificaciones correspondientes en caso de que en la transcripción hubiese tenido algún error u omisión, esto con el fin de corroborar la calidad y veracidad de la misma. Con la información personal de los participantes (sexo, profesión, lugar en que labora) se generó un registro en Excel con el fin de mantener el control de la información y proceder al análisis.

Se realizó análisis crítico de discurso siguiendo la propuesta de Fairclough⁶⁸, los códigos y categorías se obtuvieron directamente de las transcripciones de entrevistas y notas de campo realizadas, teniendo en cuenta la pregunta de investigación y los objetivos del estudio.

El proceso se inició con la lectura en extenso de las entrevistas y notas de campo para lograr la inmersión en el tema, para explorar lo que dicen los profesionales de salud, los temas y sus magnitudes. A continuación, se prosiguió con una lectura línea por línea de las entrevistas con ayuda del programa Ethnograph para

identificar la voz de los actores sociales en lo cotidiano de sus experiencias y de su posición en el contexto social y en las relaciones con los otros.

Por su parte, tanto las notas resultantes de la observación así como las reflexiones correspondientes a las notas analíticas y metodológicas fueron registrada en papel posterior a los encuentros con los informantes, dicha información fue digitalizada en un procesador de textos y sirvió para guiar la dirección que tomo el análisis de las entrevistas.

V. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se apegó a la Ley General de Salud de México en su Título Quinto, Capítulo Único, Art. 100 referente a la investigación en seres humanos, en sus apartados III y IV, la cual señala que podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no se expone a riesgos, ni daños innecesarios al sujeto y que se deberá contar con su consentimiento informado por escrito⁷⁴. Lo anterior coincide con la Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí en su Artículo 84, fracciones III y IV. Esta investigación respetó la dignidad, derechos y bienestar de los participantes. Además de guiarse por el principio ético de beneficencia y no maleficencia.

Del mismo modo, fueron considerados los lineamientos establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial⁷⁵, primordialmente donde se indica que: “Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados”. También se menciona que siempre debe respetarse el derecho de los participantes a proteger su integridad. Tomar toda clase de precauciones para resguardar la identidad de los individuos, la confidencialidad de la información y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental.

Es importante hacer mención de que uno de los compromisos del equipo de trabajo es difundir los hallazgos obtenidos con la finalidad de que se escuche la voz del personal de salud que brinda atención a personas que padecen ERC.

Según la Ley General de Salud, se puede considerar el presente como un estudio de riesgo mínimo, puesto que las técnicas de recolección de información no son invasivas, pues se llevarán a cabo entrevistas semiestructuradas, notas de campo y observación participante.

Al hacer el primer contacto con el informante se le dio a conocer el objetivo de la investigación y posteriormente se le invitó a participar, dándole a firmar un consentimiento informado (Anexo 3), donde se explicitó en un lenguaje claro y

sencillo el objetivo del estudio, los alcances y los beneficios. Así mismo se aseguró el respeto a la persona salvaguardando la confidencialidad y anonimato de los informantes que brindaron información, pues el audio en que se recolectó dicha indagación, será desechado al término de la investigación.

Esta investigación no contuvo conflictos de intereses por parte de los miembros del equipo de trabajo, como se hace mención en la carta de no conflicto de intereses (Anexo 4), además de que no hubo retribuciones económicas, puesto que esta investigación formó parte de un estudio más amplio y para este objetivo en particular corresponde al trabajo de tesis de una alumna de Maestría.

En cuanto a derechos de autor, para el primer artículo derivado de este estudio, la tesista fungirá como autora principal y el director y co directora de tesis como coautores. Para las publicaciones posteriores, el orden de los autores será en función de la participación que tengan en la elaboración del manuscrito en cuestión. Para las ponencias y demás medios de difusión de los resultados, los criterios de autoría serán igual a los ya mencionados.

Es de resaltar que el presente estudio fue aprobado por el Comité Académico de la Maestría en Salud Pública y por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí mismos que le otorgaron los registros GVIII 09-2015 y CEIFE-2015- 132, respectivamente.

VI. RESULTADOS

Este estudio relata las voces de tres de los actores principales en el tratamiento de las personas con ERC: nutriólogos, enfermeros y nefrólogos. Es preciso aclarar que a partir de aquí se engloban como nutriólogos a todo aquel que forme parte del personal de nutrición (nutriólogos y dietistas).

Si bien, los profesionales hacen mención de diversas situaciones que favorecen la puesta en marcha y el seguimiento de la terapia nutricional, las barreras y limitantes a las que se enfrentan para que la persona con ERC tenga acceso a la terapia nutricional fueron aspectos que resaltaron en sus discursos, por lo que este capítulo intenta mostrarlas según la perspectiva de cada uno de ellos.

Congruente con lo expuesto en el apartado de metodología, se presentará la información en tres grandes apartados, según la propuesta de Faircloth: la esfera estructural, la esfera relacional y la esfera ideacional.

Esfera estructural

Desde el punto de vista de los informantes de este estudio, un conjunto de problemas en los servicios de salud incurren negativamente en que las personas con ERC cuenten con una terapia nutricional y por ende impiden, por una parte que los profesionales de la salud se desempeñen de acuerdo a su profesión y por otra, que los enfermos tengan mejores resultados en sus tratamientos así como que mejore su condición de salud, su calidad de vida y disminuyan las posibles complicaciones. En el Cuadro 5 se presentan los temas mencionados por los participantes.

Cuadro 5. Problemas y dificultades en la esfera estructural

Esfera estructural
Falta de cobertura
Infraestructura inadecuada
Dificultades organizativas o administrativas
Recursos humanos insuficientes
Fuente: Elaboración propia

FALTA DE COBERTURA

Según algunos informantes, uno de los obstáculos por los cuales las personas con ERC no cuentan con una terapia nutricional es que no todos tienen acceso gratuito a los servicios de salud. Este hecho puede permear en situaciones de índole diversa tales como: la necesidad de las personas en elegir entre pagar una sesión de hemodiálisis, los medicamentos o la consulta de nutrición, así como inequidades entre quienes se atienden en el servicio público sobre aquellos que buscan recibir el servicio en las unidades privadas. Dos de tantos ejemplos, lo relataba un par de profesionales cuando hablaban del asunto:

“Si los pacientes pueden, económicamente, auxiliarse de la asesoría o de la participación de un nutriólogo... siempre trato de acercarlos... Muchos no pueden, desgraciadamente traen encima ya los costos de la polifarmacia, cuando ya están en alguna modalidad de terapia sustitutiva puede ser la diálisis, ya sea peritoneal o la hemo, entonces se vuelve complicado, la eritropoyetina, los antihipertensivos”
(nefrólogo)

“tenemos pacientes de todos los estratos económicos, pacientes que apenas tienen para pagar una hemodiálisis, ¿sí?, o pagan la hemodiálisis, o pagan la eritropoyetina, o comen” (nutrióloga)

Ambos informantes brindan servicio en instituciones en las que las personas con ERC tienen que pagar las sesiones de hemodiálisis para que éstas se les puedan otorgar. Los dos hablan acerca de las limitantes económicas que identifican en estas personas y las implicaciones que tiene el hecho de que no cuenten con el servicio de manera gratuita en el acceso a la terapia nutricional e incluso a alimentos que deben consumir en el día a día.

Además de la falta de cobertura, otra de las limitantes tanto de las instituciones públicas como privadas, según los informantes, es que no todas las unidades de hemodiálisis cuentan con un nutriólogo que brinde atención exclusivamente a aquellos que viven con ERC. Aquellas que si lo tienen, suelen enfrentarse a la

saturación del servicio, es decir a largos periodos para que el profesional de la nutrición pueda brindarle a las personas la atención que requieren. Una de las informantes refiere ésta última situación de la siguiente manera:

“envía [el nefrólogo] a los pacientes al consultorio de nutrición pero el consultorio de nutrición, creo que son dos [nutriólogas] para toda la clínica, entonces las citas están muy desfasadas de cuando el paciente lo requiere... el paciente está aquí y en 4 meses, 5 meses lo va a ver nutrición” (enfermera)

“de mis pacientes que veo le pido una valoración [a la nutrióloga] para que vaya al servicio de nutrición, a lo mejor se lo van a dar pero la agenda está saturada, el tiempo en que se lo van a dar, el seguimiento, etcétera, es muy largo” (nefrólogo)

Ambos informantes perciben como una limitante de la terapia nutricional el que tengan que pasar largos periodos para que las personas con ERC reciban la atención que requieren, incluso este factor suele desalentarlos para referir a los quienes padecen ERC al servicio de nutrición.

INFRAESTRUCTURA INADECUADA

Si bien, no todas las unidades comparten la siguiente característica, es de señalar que en tres de ellas, una pública y dos privadas, no existe un espacio destinado específicamente para la consulta de nutrición exclusiva para las personas con ERC. Las tres unidades están ubicadas dentro de hospitales. Se enfrentan a situaciones similares pues al no tener ni el espacio físico ni el personal, los enfermos tienen que acudir con el nutriólogo del hospital el cual suele tener la agenda saturada. A continuación, uno de los médicos lo expresa:

“no tenemos consultorio de nutrición... en las tardes el pasante [de nutrición] se viene al consultorio de aquí al lado, el de cardio, hay da la consulta” (nefrólogo)

Este informante habla acerca de que el nutriólogo o en este caso, el pasante de nutrición se ve en la necesidad de hacer uso de uno de los consultorios médicos

para dar la consulta a los enfermos renales pues en el hospital no se cuenta con un espacio específico para que las personas con ERC reciban la terapia nutricional.

En el caso de una de las unidades privadas que si cuenta con el espacio específico para brindar la terapia nutricional, el consultorio está ubicado lejos de la sala de hemodiálisis y fuera de la vista de los enfermos, esta característica da pie a que tanto las personas que reciben la hemodiálisis en esta unidad como parte del personal de enfermería desconozcan su existencia. Una de las enfermeras que labora en este lugar lo señala de la siguiente manera:

“que la mayoría [de los pacientes] no sabe, la mayoría no sabe que ahí hay un nutriólogo, ellos saben que existe del otro lado para ir con los nefrólogos que ellos tienen, o sea ahí están sus consultorios, pero que sepan que existe algo más, no lo saben... la mayoría de mis compañeros tampoco lo saben, es raro pero así es”
(enfermera)

Esta informante habla de que el contar con el espacio no es sinónimo de que las personas reciban la atención, a lo largo de la entrevista señala múltiples factores, sin embargo en este momento es de recalcar que uno de ellos es porque tanto los enfermos como el mismo personal suelen desconocer su existencia.

DIFICULTADES ORGANIZATIVAS Y ADMINISTRATIVAS

La principal dificultad identificada en la organización de las unidades de hemodiálisis así como en los hospitales en los que algunas de ellas se encuentran ubicadas, fue que, en la mayoría (4 de 6), la inclusión de la terapia nutricional al tratamiento de las personas con ERC no está sistematizada o protocolizada, esto se presenta tanto en servicios públicos (1) como privados (3).

Es por esto que en la mayoría de las unidades el acceso a esta parte de la atención depende en primer lugar, del juicio del médico tratante y en segundo, de las recomendaciones que el personal de enfermería haga para los enfermos. Únicamente en una unidad privada, es el personal de recepción el encargado de

canalizar, desde un inicio, a la persona con ERC tanto a la consulta de nefrología como a la de nutrición. Por otra parte, en ocasiones, son los enfermos o sus familiares quienes solicitan ser enviados al nutriólogo. En los siguientes fragmentos de entrevistas se hace alusión a esto:

“enfermería es el primer contacto con el paciente y enfermería se da cuenta cuando el paciente llega desnutrido, enfermería se da cuenta si el paciente llega edematizado, enfermería se da cuenta cuando el paciente aparentemente llega en un buen estado nutricional, quizá con una buena formación de músculo, con tejido muscular, pero también lo vas viendo, si ese paciente se va desnutriendo, te estás dando cuenta que el paciente va perdiendo músculo, entonces enfermería es el vínculo para mandar al paciente con la nutrióloga o el nutriólogo y es la encargada de decir "Don Juanito tiene que ir con la nutrióloga, ¿tuvo consulta? le encargo, tiene que ir, es importante por esto y por esto y por esto y por esto, le va ir mal en su tratamiento si no va con el nutriólogo” (enfermera)

“Yo no creo en la nutrición, por eso nunca mando a mis pacientes, solo cuando ellos lo piden” (nefrólogo)

“¡ay! me da mucha pena decirlo pero depende de la recepción, esta chica que está en la recepción ahorita, ella es muy hábil y muy entregada, muy dedicada a su trabajo, en cuanto el paciente le trae los papeles para ingresar, ese mismo día me los pasa” (nutrióloga)

Debido a la falta de sistematización o protocolización de la inclusión de la terapia nutricional en el tratamiento de la ERC, el encaminamiento de las personas puede no hacerse o presentarse de manera tardía, es decir cuando la persona muestra un gran número de complicaciones, cuando pasa mucho tiempo “descontrolado”.

RECURSOS HUMANOS INSUFICIENTES

La mayoría de los participantes entrevistados recalcan la falta de personal en el equipo que brinda atención a quienes viven con ERC. Se menciona la necesidad de incorporar profesionales de diversas áreas. La mayoría prioriza la inclusión de

personal de nutrición, sin embargo, también aluden a la importancia de aumentar el número de médicos y de enfermeros.

En el caso de las unidades públicas y privadas que no cuentan con profesionales de la nutrición encargados específicamente de las personas a las que les realizan la hemodiálisis, apuntan a que se incorpore personal de ésta área. Por otra parte, sugieren que si no es posible contratar a personas licenciadas, se gestione con las universidades para la incorporación de pasantes de las licenciaturas en nutrición. Un par de informantes argumentaba con fuerza el asunto:

“lo hemos pedido en repetidas ocasiones, pero por temas de presupuesto y disponibilidad de plazas y todo no hemos logrado tener una nutrióloga dedicada exclusivamente al servicio de nefrología pero ahora sí que en plata pura, deberíamos tener cuando menos una nutrióloga que estuviera trabajando aquí codo a codo con el manejo integral de los pacientes que vemos en los diferentes estadios y etapas”
(nefrólogo)

“Desgraciadamente ahí no tenemos apoyo nutricional, hemos hecho el énfasis de que deberían aceptar un pasante de nutrición, mínimo o algo, para podernos apoyar, pero no” (enfermero)

Especialmente en el sector público, el que el personal de nutrición sea insuficiente ha dado pie a una excesiva carga laboral, esto por las múltiples actividades que el personal tiene que desarrollar, desde el levantamiento de censos matutinos, la valoración de personas en el servicio de medicina interna y la consulta externa, entre algunas otras. Este fenómeno ha influido en que el tiempo que se dedica a la terapia nutricional de las personas con ERC sea insuficiente, situación por la cual, en ocasiones el personal se tiene que limitar a brindar orientación verbal de las características que debe tener la dieta de las personas. Uno de los nutriólogos lo expresa de la siguiente manera:

“Debido a que también se tienen que cumplir funciones, no solamente en consulta, sino también en piso, en tercer piso de medicina interna que es donde se ven más los enfermos renales y aparte de que se tiene que apoyar en la elaboración de censos, de dietas, entonces también es uno de los más grandes retos. No solo es consulta, se tienen que cumplir otras funciones y un solo nutriólogo atiende a todos los renales, es insuficiente” (nutriólogo)

Un gran número de nefrólogos hacen alusión a la falta de conocimientos de los profesionales de la nutrición, para ellos es necesario que los nutriólogos que trabajen con enfermos renales cuenten con una especialización en nefrología que avale sus conocimientos. En los siguientes comentarios se hace mención de ésta situación:

“no recuerdo si existe la especialidad de nutriología renal en esta ciudad y tomando en cuenta que tenemos cantidades exageradas, entonces a veces echamos mano de un nutriólogo que sea (muy movido) o que haya estado muy apegado con un nefrólogo, pero a final de cuentas es como si yo te dijera, mira no es nefrólogo es un internista que le gusta mucho la nefrología. No es igual porque la formación es completamente diferente” (nefrólogo)

“lo que si suele pasar es que, me imagino que pasa muy semejante a lo que sucede con nosotros los médicos, no tenemos el personal de nutrición especializado en la enfermedad, al no tenerlo, tienen muchas confusiones [los nutriólogos] respecto a la prescripción de las dietas” (nefrólogo)

Para el personal de nefrología resulta insuficiente la preparación de los licenciados en nutrición, algunos de ellos aluden a que para que estén bien preparados se requiere que los nefrólogos participen en la formación de los licenciados en nutrición. A continuación uno de los informantes habla al respecto:

“¿Cómo van a saber de nefrología [los nutriólogos] si ningún nefrólogo les ha dado clase?” (nefrólogo)

Parece ser que la falta de credencialización de los profesionales de la nutrición representa otro de los aspectos que suelen limitar la inclusión de la terapia nutricional en el tratamiento de las personas con ERC.

Esfera relacional

De acuerdo a los informantes, el acceso y la puesta en marcha de la terapia nutricional dependen permanentemente de las relaciones que se establecen entre los diferentes trabajadores de la salud: personal de nutrición, enfermería y los nefrólogos. Una serie de relaciones conflictivas se suelen presentar entre varios actores a lo largo del proceso de atención a la persona. En el Cuadro 2 se exponen ejemplos de dichas relaciones referidas por los entrevistados:

Cuadro 6. Problemas y limitantes en la esfera relacional

Esfera relacional	
Nutriólogos vs nefrólogos	Dependencia Desconfianza Competencia
Nutriólogos vs enfermeros	Falta de comunicación Falta de interacción
Enfermeros vs nefrólogos	Desacreditación Subordinación
Fuente: Elaboración propia	

NUTRIÓLOGOS VS NEFRÓLOGOS

Una de las situaciones que resaltan en sus discursos algunos de los nutriólogos que participaron en el estudio, en mayor medida aquellos que laboran en instituciones públicas, es la dependencia que tienen de los nefrólogos para poder llevar a cabo su trabajo. Según los informantes, esta situación desencadena que el tratamiento se vea demorado, limitado, restringido y en ocasiones puede llegar a ser inexistente. A continuación, una de las participantes hace mención a lo aquí explicitado:

“con el abastecimiento de alimentos no siempre logras cubrir un requerimiento nutricional que tu calculas ¿no? perfectamente bien, entonces creo yo que sería lo

ideal que un nutriólogo tuviera acceso mínimo a los suplementos más sencillos que el hospital te puede ofrecer... pero ahora lo que tenemos que hacer es ir a buscar al médico para que me dé una receta, ir a surtirla y luego servirle el caseinato al paciente, estaría genial, sería lo óptimo que tuviéramos nosotros esa facultad ¿sí?, para tener nosotros talvez hasta nuestro propio recetario y acceso a mas suplementos para que tuviera mayor impacto en la calidad del tratamiento nutricional” (nutrióloga)

La falta de confianza en el trabajo realizado por el personal de nutrición (según los médicos, desencadenado por la falta de especialización del nutriólogo) expresada por los nefrólogos es otro de los aspectos que influyen en el acceso a la terapia nutricional o en el rumbo que esta toma.

Esta desconfianza puede desembocar en dos fenómenos, por un lado que los nefrólogos no encaminen a los enfermos renales hacia en nutriólogo o, en el caso contrario, que implementen medidas para evaluar constantemente las prescripciones que el nutriólogo les proporciona a las personas como parte de la terapia nutricional. A continuación uno de los nefrólogos hace referencia a esta situación:

“muchas veces si tiene que adoptar una postura crítica de decir a ver déjame ver que le dijo [el nutriólogo], que le dejaron, etcétera y a veces eso hace que a lo mejor le digas "bueno sabe que, vaya pero lo que le comenten me dice, ¿no?" y es allí donde el paciente a lo mejor no te va a creer o bueno más bien no va a creer lo que le digan allá [en nutrición]” (nefrólogo)

Este informante habla de la necesidad que siente de dar el visto bueno a las medidas indicadas por el nutriólogo, menciona que en los casos en los que no está de acuerdo se da la tarea de cambiar las indicaciones. El apunta a que como resultado de sus acciones, los nutriólogos pierden credibilidad ante las personas con ERC. Sin embargo lo ve necesario pues según él, el personal de nutrición

suelen brindar orientación que no responde a las necesidades de las personas. A continuación otro informante alude a una situación similar:

“la culpa también la tenemos de este lado nosotros porque no orientamos al paciente bien o lo confundimos más, por un lado va a la consulta de nutriología, el nutriólogo le dice “no, límiteme esto, límiteme lo otro”, entonces de repente viene con nosotros y le decimos, “sabe que, es que no, usted está mal, esta desnutrido, súbale esto” y a veces el paciente como que cae en ese (especie) de duda”
(nefrólogo)

El informante identifica que cuando las recomendaciones de ambos profesionales se contraponen hacen que los enfermos renales se vean envueltos en contradicciones y que se tengan que preguntar a quién hacerle caso, al nefrólogo o al nutriólogo.

Otro de los aspectos que mencionan algunos de los nutriólogos entrevistados en función a la relación que tienen con los nefrólogos es la competencia a la que se suelen enfrentar para determinar que profesional es el que brindará la atención a las personas con ERC. Una de las informantes habla de esto a continuación:

“pero como que el trabajo puede ser tan, como podría decir, no sé si competitivo, entre médico y nutriólogo, ¿sí?, en el sentido de que hasta en las indicaciones, no te has fijado que hay una que pone así “tantos miligramos de fosforo, de potasio, de sodio, tantos gramos de proteína por kilogramo de peso, tantas ca”, o sea todo específico, que dices “¿lo haces tú o lo hago yo?”” (nutrióloga)

Una de las nutriólogas expone las situaciones a las que se tiene que enfrentar para que los enfermos sigan sus recomendaciones una vez que el nefrólogo ha dado las suyas en materia de nutrición:

“El paciente dice "¿a quién le hago caso?, él es el doctor", le digo "si, pero yo soy la experta en nutrición" y zapatero a tus zapatos, tienes que conocer al paciente para saber a quién le vas a decir eso o a quien le vas a llegar por algún otro lado, porque también le puedes decir "bueno mire, ya prbo con lo que le dijo el nefrólogo, ahora deme chance a mí, vamos a probar, lo que yo le estoy diciendo y vamos a ver sus próximos resultados, a ver qué pasa"” (nutrióloga)

Esta última persona expone la competencia que se presentan entre ambos profesionales (nutriólogos y nefrólogos) sin embargo, la disputa es indirecta, ante el enfermo. La nutrióloga se ve en la necesidad de convencer a la persona para que deje a un lado lo indicado por el nefrólogo y siga sus indicaciones.

En algunas situaciones, el nutriólogo se ve en la necesidad de negociar directamente con el nefrólogo para llevar a cabo modificaciones en la alimentación de los enfermos renales. A continuación una de las nutriólogas ejemplifica esta situación:

“pues con ellos [nefrólogos con los que ha trabajado] si tengo confianza, de decir "a doctora pues es que mire, va pasar esto, esto y esto, -a, si, está bien Juanita, lo que tú digas", pero por ejemplo, a los nefrólogos que son hechos en X hospital, pues a ellos no les tengo confianza”

Esta persona resalta el hecho de que es necesaria establecer una buena relación entre los diferentes profesionales para poder establecer diálogos que lleguen a mejorar el estado de salud de las personas, sin embargo, esto no deja de lado el hecho de que estas conversaciones se hacen en forma de negociaciones en las que el nutriólogo intenta convencer al nefrólogo de las beneficios de realizar modificaciones en el tratamiento o la terapia.

Ambos profesionales de la salud, la desconfianza y la competencia que hay entre ellos puede llegar a perjudicar tanto la postura como el estado de salud de las personas con ERC.

NUTRIÓLOGOS VS ENFERMEROS

A excepción de una de las unidades privadas, en todas las demás predomina la falta de interacción entre el personal de enfermería y el de nutrición. A raíz de esto, la información que fluye entre ambos actores con respecto al estado nutricional y a los hábitos alimenticios de las personas con ERC es prácticamente nula. Uno de los informantes expresa esta situación de la siguiente manera:

“llegó una paciente diciendo “nombre es que le están bajando más” [lo enfermeros de la unidad], pobre chiquillo todo acalambrado, todo mal, porque le estaban bajando mucho más del peso seco. Y lo que le estábamos haciendo, por ejemplo cuando pues obviamente entra desnutrido pero luego ahí vamos, vamos logrando que vaya subiendo de peso, ¿no? Pero pues obviamente si no están en contacto con el nefrólogo con la enfermera de que “oye este lo tenemos que subir”. Y estos llegan y dice “¡a! está sobre cargado” ¡y lo bajan!, el pobre todo hipotenso, todo, no horrible” (nutrióloga)

En este caso, la informante identifica que la falta de comunicación entre ambos actores, en ocasiones, puede influir de manera negativa en el estado de salud de la persona con ERC.

ENFERMEROS VS NEFROLOGOS

En el caso de la relaciones entre el personal de enfermería y los nefrólogos, sale a relucir en dos de las unidades privadas una cuestión de desacreditación, pues, a consecuencia de la falta de personal de nutrición, el médico y el enfermero se ven en la necesidad de otorgar recomendaciones alimentarias a las personas con ERC.

El conflicto se presenta cuando las recomendaciones dadas por ambos actores se contraponen pues, como lo explicita a continuación uno de los enfermeros, las personas con ERC quedan en una postura en la que tienen que decidir a quién hacer caso y, según el, generalmente se inclinan por seguir las recomendaciones de su médico tratante:

“uno de los nefrólogos que tenemos a veces les dice que pueden consumir de todo... les dice "Tu puedes comer de todo, tu come, tu come, no pasa nada", y a veces caemos en una contra producción porque nosotros les estamos diciendo que no puede comer todo, que hay ciertos alimentos que si debe de evitar pero pues como es el nefrólogo y como es el doctor, pues le hacen más caso que al enfermero, y si son las respuestas que dicen "pues es que él me dijo", "él me dijo que puedo comer de todo", les digo "si, pero es que balanceado y ciertas cosas no". Entonces a veces como él es el nefrólogo, como es mi doctor pues como le hago mas caso, entonces también por eso a veces batallamos un poco en que mejoren la alimentación que ellos llevan” (enfermero)

Según este informante, al momento de que las recomendaciones que otorgan los nefrólogos no coinciden con las que los enfermeros dan, el enfermo renal suele inclinarse por lo que médico le recomienda. Esta situación desencadena, hasta cierto punto un sentido de desacreditación de lo dicho por el personal de enfermería en materia de alimentación.

Esfera ideacional

Para los informantes de este estudio, la ERC y la terapia nutricional implica la construcción, circulación y reproducción de un conjunto de imágenes y concepciones que parecen favorecer o dificultar la puesta en marcha y la dirección que toma la terapia nutricional de quienes padecen esta enfermedad. En el cuadro 3 se describen cuatro imágenes recurrentes que aparecen en el discurso de los profesionales de la salud que fungieron como informantes en este estudio.

Cuadro 7. Problemas y dificultades en la esfera ideacional

Esfera ideacional
La imagen de la terapia nutricional
El enfermo y la enfermedad
La autoimagen del personal
La imagen de los otros
Fuente: Elaboración propia

A continuación se desarrollaran a detalle cada una de ellas para dejar claro cómo es que influyen en la terapia nutricional de las personas con ERC.

LA IMAGEN DE LA TERAPIA NUTRICIONAL

De manera general, la imagen que tienen tanto enfermeros como nefrólogos de la terapia nutricional difiere en gran medida a la percibida por el personal de nutrición. Para los primeros dos actores, esta terapia se compone de un conjunto de recomendaciones orales, acompañadas, preferentemente, de material visual en el que la persona con ERC puede identificar los alimentos que no debe de consumir, característicos por contener grandes cantidades de sodio, fósforo o potasio. En otras ocasiones, estas guías informativas pueden contener un “semáforo” que indica la frecuencia y la cantidad específica de alimentos que debe o no comer, siempre guiándose por la cantidad de los nutrientes señalados con anterioridad. A continuación una de las informantes hace alusión a lo que aquí se menciona:

“en la consulta de nefrología, el médico ya tiene algunas guías de orientación nutricional que el mismo les entrega a los pacientes” (enfermera)

En el caso de los nutriólogos, la idea que tienen de esta terapia parece ser un tanto más compleja. Según estos informantes va desde la sensibilización, orientación, educación y monitoreo del estado de salud de la persona con ERC, hasta la contextualización del tratamiento, de tal manera que sea accesible a las posibilidades de cada cual. Lo describen como un trabajo minucioso en el que se debe trabajar por etapas, ellos aluden a que los primeros logros son muy pequeños, inician generalmente con que la persona comprenda que es lo que sucede en su cuerpo y como la alimentación influye en su bienestar, posteriormente continúan con la modificación de hábitos alimenticios. Estos actores hacen mención de la importancia de comprender la situación que atraviesa cada una de las personas con ERC así como considerar aspectos como estado emocional y la inclusión de la familia en la terapia. La siguiente cita hace alusión a la situación expuesta:

“necesitan [el enfermo renal] entender qué tienen, porqué lo tienen y cómo es que la dieta va afectar en su salud a final de cuentas. Creo que la parte fundamental es la educación, si tu paciente entiende porque va hacer las cosas, hay mayor probabilidad de que las haga” (nutrióloga)

A ojos del personal de enfermería y de la mayoría del de medicina, la terapia nutricional es importante, especialmente en aquellas personas que se encuentran “muy descontroladas”. Sin embargo, en sintonía con lo expuesto por el personal de nutrición, exponen que en gran medida, la capacidad económica de los enfermos determinada el acceso o el seguimiento que le den. Otra de las particularidades encontradas es que para estos actores, la terapia se caracteriza por cambios restrictivos difíciles de adoptar. Uno de los participantes habla al respecto:

“el tratamiento de hemodiálisis va a tener ciertas restricciones que ellos requieren cumplir, por ejemplo los alimentos que tienen mucho potasio, los alimentos que contienen mucho sodio, la cantidad de líquidos, todo eso... es algo que debemos de inculcar” (enfermera)

A diferencia del personal de enfermería y de nutrición, entre los nefrólogos entrevistados no existe un consenso acerca de la imagen de la terapia nutricional. Hay quienes dicen que es un “pilar fundamental” en el tratamiento de la ERC y la identifican como un área de oportunidad, en el sentido de la necesidad que existe de institucionalizar el proceso de referencia de las personas que padecen esta enfermedad hacia la terapia nutricional. A continuación, un nefrólogo habla al respecto:

“En terapia sustitutiva o trasplantados, indiscutiblemente el manejo de la dieta es un pilar fundamental dentro del manejo de los pacientes” (nefrólogo)

Mientras que otros hacen mención de la falta de credibilidad que tiene esta terapia en el mundo médico; aluden a la escases de resultados positivos en el estado de salud de la persona e incluso desacreditan la función de la misma, esto lo respaldan con las experiencias que han tenido a lo largo del tiempo además de que hacen mención de la falta de producción científica que demuestre lo contrario. Creen que fuera de que las personas obtengan un beneficio, son consecuencias negativas sobre su estado de salud lo que ganan. Uno de los informantes lo ejemplifica de la siguiente manera:

“Yo no creo en la nutrición, no hay billete para eso, además paciente que le dan dieta, paciente que se desnutre” (nefrólogo)

La imagen que tienen los tres actores acerca de la terapia nutricional difiere en gran medida, así como el papel que puede jugar en el tratamiento de las personas con ERC, del mismo modo, en qué consiste es otro de los puntos clave a señalar.

EL ENFERMO Y LA ENFERMEDAD

Los tres profesionales de la salud tienen una imagen bien definida de la ERC y las personas que la padecen. Coinciden en que la idea de que las personas son desobedientes por mostrar cierta resistencia a las diversas partes del tratamiento de la enfermedad, además aluden a que en un inicio se muestran deprimidos. La mayoría hace mención de que las personas con ERC están empobrecidos, situación que les impide llevar a cabo, de manera óptima, la terapia nutricional y coinciden en que se encuentran desinformados acerca de ésta. Uno de los participantes se refiere a ello de la siguiente manera:

“pero de que ellos acepten [las restricciones de la dieta], no todos, aunque lo sepan, aunque lo sepan no lo entienden o no lo hacen, a lo mejor si lo comprenden pero a veces, la mayor parte de las veces no lo, no hay ese auto cuidado en su domicilio” (enfermero)

El punto en el que convergen las imágenes de los tres profesionales de la salud sobre la ERC es en el aspecto económico, todos caen en cuenta de que la enfermedad es costosa y que no toda la población tiene acceso al tratamiento. Luego de este punto, hay similitudes en duplas entre las ideas de cada actor. Los nutriólogos, los enfermeros y algunos de los nefrólogos coinciden en que es una enfermedad compleja por lo que se requiere un equipo multidisciplinario para brindar la atención adecuada a las personas con ERC. Por su parte, médicos y enfermeros hablan de la necesidad de considerar el contexto económico del enfermo; los enfermeros, además destacan la importancia del aspecto familiar en el tratamiento. La siguiente cita ejemplifica lo mencionado:

“me fascinaría que hubiera clínicas como las UNEMEs que se especializa en pacientes con diabetes, a lo mejor para pacientes con enfermedad renal que realmente estuviera ahí el equipo multidisciplinario disponible como quien dice las 24 horas para atender al paciente” (nutrióloga)

Además de las concordancias entre los diferentes profesionales, los enfermeros consideran a la ERC como una enfermedad difícil y desgastante, de manera tal que afecta directamente la calidad de vida de las personas que la padecen. A continuación uno de los participantes del estudio habla al respecto:

“de hecho si es desgastante [la enfermedad] para ellos porque te digo, su calidad de vida si deplora mucho” (enfermero).

Los nefrólogos, por su parte, hablan de la ERC como un padecimiento catastrófico para las personas, y para el sistema de salud, además de hacer mención de las pocas posibilidades de mejoría que tienen las personas en estadio V, en cuanto a esto, dicen que hay más que hacer en etapas más tempranas de la enfermedad. A continuación uno de ellos habla al respecto:

“desde el número cuatro [estadio de la enfermedad], si tu paciente no tiene un acceso vascular se lo puedes hacer, si tu paciente tiene oportunidad de hacer trasplante renal se lo puedes sugerir, la idea es que el paciente no llegue en una etapa 5, como nos llegan aquí, prácticamente en emergencia, pero eso sería desde el punto de vista social, que la etapa (...) la terapia de remplazo no sea algo catastrófico para el paciente” (nefrólogo)

Los tres actores parecen tener una imagen bien definida tanto de los enfermos renales como de la enfermedad. Si bien coinciden en algunos aspectos, hay algunas particularidades en la imagen que tiene cada personal de estos dos aspectos que en los discursos de los otros no sale a la luz.

LA AUTOIMAGEN DEL PERSONAL

Es común encontrar entre los discursos de los profesionales de la salud una imagen clara de sí mismos ante el tratamiento de la ERC. El nutriólogo se ve como un profesional indispensable en el tratamiento del enfermo renal, sin embargo se reconoce excluido en dicho proceso, además de que se percibe sobresaturados de trabajo y carentes de habilidades específicas en el área de la psicología. A continuación dos informantes ejemplifican:

“a veces la limitante es eso, o sea hay nefrólogos que sí, realmente si te integran ¿no? Como tal, dentro del protocolo de trasplante incluso, por ejemplo viene la parte de la evaluación nutricional ¿no?, pero quizás el médico nefro, el que este encargado de ese paciente dice “no, para mí no es importante”, todo va dependiendo más que nada de eso” (nutrióloga)

“esta cuestión de motivar al paciente siento que es bien complicada porque para empezar, yo en, hablo por mí, en la carrera o la maestría, o en los diplomados no es algo que se retome como parte fundamental. Y creo es esencial que nosotros sepamos como motivar a un paciente, ¿no?, hacer ese coaching nutricional en un momento dado” (nutrióloga)

En el caso de los enfermeros, se ven a sí mismos como una pieza clave en la terapia de hemodiálisis pues se perciben como aquellos que dan el trato cercano, cálido y empático al enfermo, así como responsables del cuidado pues son los que monitorizan constantemente el estado de salud de las personas e identifican sus necesidades, aluden a que en ocasiones son ellos quienes recomiendan a las personas con ERC asistir con un nutriólogo. Sin embargo puntualizan en que muchos de ellos pueden estar desmotivados, presentar falta de interés, actitud e iniciativa para llevar a cabo estas tareas. Se describen a sí mismos como un personal sin la capacitación necesaria en el área de nutrición como para brindar orientación específica del tema. Dos enfermeros hablan al respecto de la siguiente manera:

“enfermería también tiene que estar mayor capacitado en todos los aspectos, ¿por qué?, porque enfermería es el primer contacto con el paciente” (enfermera)

*“les hacemos énfasis en lo poquito que sabemos de nutrición, me veras, mis compañeros y yo si batallamos mucho para darles un plan de alimentación”
(enfermero)*

Por su parte, los nefrólogos se ven como el eje central en el tratamiento de la ERC. En sus discursos señalan que los especialistas se enfocan en la parte instrumental y técnica antes de prestar atención a la interacción con el equipo de salud y los diferentes profesionales; según estos actores, este fenómeno es influenciado por el hecho de que algunos de ellos son incrédulos ante los beneficios de la terapia nutricional en el tratamiento de la ERC. Sin embargo, se perciben como entregados pues aluden a hacer su mayor esfuerzo al brindar atención a las personas con ERC. La mayoría de ellos proporciona orientación nutricional (guías de alimentos altos y bajos en sodio, potasio y fosforo), más no una terapia como tal, a los enfermos. La disposición que cada uno tenga va influir en si la otorga o no. A continuación uno de ellos habla al respecto:

“se intenta hacer un esfuerzo de tratamiento integral, que incluya una asesoría desde el punto de vista, obviamente, médico siendo esto, digamos, la piedra angular y posteriormente el tratamiento farmacologista, nutricional y a veces si es necesario psicológico, que involucre a trabajo social” (nefrólogo)

Cada profesional se percibe como indispensable en el tratamiento de la ERC, sin embargo parece que su actuación depende de múltiples factores. La forma en que estos influyen en la terapia nutricional está en función de situaciones externas a ellos, como la decisión del nefrólogo de incluir al nutriólogo en el equipo, la capacitación que reciba el personal de enfermería acerca de las características de la dieta del enfermo renal y el tiempo disponible que tenga el nefrólogo para brindar la orientación así como la disposición que este tenga.

LA IMAGEN DE LOS OTROS

Cada profesional de la salud se ha creado una imagen de las personas que están involucrados en la terapia nutricional de quienes padecer ERC y están en terapia de hemodiálisis. Los nutriólogos perciben al personal de enfermería como un actor ausente, hablan acerca de la falta de interacción entre ambos y lo asocian a cuestiones tales como la carga de trabajo y las actividades que los enfermeros realizan, pues los ven como profesionales con sobrecarga laboral. Sin embargo reconoce que ese actor es el contacto directo con el enfermo renal.

Por otra parte, al nefrólogo suelen verle como un obstáculo o un facilitador de la terapia nutricional, aluden a que su trabajo depende de la capacidad que tenga el nefrólogo de comprender la implicación de la terapia nutricional en el estado de salud de la persona, pues perciben a algunos de ellos como incrédulos.. En el caso de las recomendaciones nutricionales que ofrecen algunos médicos, suelen ser vistas, por el personal de nutrición, como incompletas y vagas. A continuación un informante hace referencia:

“la única cuestión para que [el enfermo renal] podría recibir ese tipo de orientación nutricional es de que el médico este consiente de la ¡importancia! que implica la

alimentación en ese tipo de enfermedad, eso sería como el único requisito que, no debería tener el paciente, porque todos tienen igualdad de necesidad, sino más que nada es meramente por parte del médico, que sea consciente de la necesidad de una orientación nutricional” (nutriólogo)

El personal de enfermería suele percibir que el nutriólogo no es capaz de contextualizar las recomendaciones y especificaciones de la terapia, los ven como sobresaturados pues se percatan de que no es suficiente el número de profesionales pues toman conciencia de que no se dan abasto con el trabajo que tienen, sin embargo apuntan a que es este profesional el más indicado para otorgar la terapia nutricional. En cuanto al nefrólogo, señalan que algunos de ellos tienen un complejo de superioridad pues dicen que “se creen dioses”, según su percepción, estos últimos no son los adecuados en brindar la terapia nutricional pues perciben que no tienen los conocimientos adecuados en la materia. A continuación uno de los informantes alude a esto:

*“varios de mis compañeros, he escuchado que les dicen o que les indican [a los enfermos] que vayan mejor a un nutriólogo porque, las indicaciones [que da el nefrólogo] a veces están muy desviadas, no sé si me entiendas, o sea desviadas”
(enfermera)*

Por otra parte, los nefrólogos ven al personal de nutrición como un especialista que se dedica a bajar de peso a las personas, falta de la preparación específica e interés para trabajar con quienes padecen ERC. Este personal médico perciben el trabajo que realiza el nutriólogo como fuera de contexto y generalizado (sin individualización). A sus ojos, no brindan el seguimiento necesario y según ellos, lo que se requiere para que los médicos y los nutriólogos trabajen de manera conjunta es que este último actor se acerque a dialogar con ellos.

“los nutriólogos tienen este síndrome de miss universo, solo les importa bajar de peso a las personas, sus dietas se enfocan en las calorías, no se preocupan por lo demás [las personas con enfermedades]” (nefrólogo)

Cada actor se ha generado una imagen de los profesionales que trabajan a su lado, esto en función de su experiencia y a las relaciones que han establecido entre sí. La idea que cada uno tiene del otro parece influir en la decisión que toman de encaminar o no a las personas con ERC hacia el nutriólogo para que este último les otorgue la terapia nutricional correspondiente a su estado de salud.

Según lo indagado en las entrevistas, tanto las diferencias entre los conceptos que los tres actores tienen de la terapia nutricional, como la imagen que tienen de los enfermos, su autoimagen ante el tratamiento de la enfermedad y la idea que tienen de sus colegas pueden representar barreras o limitantes en la puesta en marcha o el seguimiento de la terapia nutricional de las personas con ERC.

VII. DISCUSIÓN

Está demostrado que la terapia nutricional es uno de los pilares para el tratamiento de la ERC, sin embargo, si bien hay estudios que exploran este tema desde un abordaje cuantitativo^{53, 54, 56, 60, 62, 63, 76, 77}, pocos son los que han posibilitado que los actores envueltos en el proceso de atención a la enfermedad hablen sobre la misma, la mayoría de ellos se centra en la voz de quienes padecen la enfermedad^{66, 67, 78}. El presente trabajo de investigación consideró las perspectivas de los distintos profesionales de salud que contribuyen para la comprensión de la terapia nutricional como parte del tratamiento de las personas con ERC en el tercer nivel de atención.

Conforme a los hallazgos, la terapia nutricional no siempre forma parte de dicho tratamiento, esto debido a múltiples factores. Las situaciones que la limitan u obstaculizan se pueden agrupar en estructurales, relacionales e ideacionales.

En cuanto a las limitantes estructurales resalta, entre otras, la falta de cobertura de la ERC. La incapacidad del Sistema de Salud Mexicano para brindar atención de manera universal ha vuelto necesario que gran parte de las personas que padecen esta enfermedad hagan gastos de bolsillo para poder recibir la atención que requieren⁷⁹. Los profesionales de la salud que fungieron como informantes en esta investigación identifican como una barrera para que las personas gocen de una terapia nutricional, el hecho de que no todos los enfermos renales tengan el mismo tipo de acceso a la salud, lo que desemboca en inequidades, mismas que se han descrito como innecesarias, evitables e injustas⁸⁰.

En enero de este año (2016), la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) publicó un estudio que realizó acerca del Sistema de Salud de México, en este documento se establece que el sistema tiene grandes desafíos. Según este órgano, la fragmentación que lo caracteriza es también su problemática más importante⁸¹ pues, como lo mencionan los informantes de la investigación, esto se traduce en diversas situaciones de inequidad así como en la ineficiencia de los servicios que reciben los enfermos, puesto que cada una de las instituciones de

salud ofrece servicios dirigido a diferentes grupos, con precios y resultados diferentes⁸¹.

Es sabido que el alto gasto de bolsillo en salud que hacen los mexicanos indica precisamente una falla del sistema de salud en lograr cobertura y servicios de alta calidad⁸¹, los profesionales entrevistados refuerzan este punto pues aluden a que constantemente presencian situaciones en las que las personas se ven en la necesidad de decidir entre pagar una sesión de hemodiálisis, los medicamentos o la terapia nutricional, esto como resultado del alto costo que representa el tratamiento para aquellos que no cuentan con algún servicio de seguridad social en salud e incluso para aquellos que están afiliados al Seguro Popular pues éste no cubre por completo el tratamiento⁷⁹.

Dentro de las barreras estructurales figuran también la infraestructura inadecuada y los recursos humanos insuficientes o carentes. Si bien, todas las unidades cuentan con un espacio físico para que el médico especialista otorgue consulta, solo algunas tienen el mobiliario dedicado específicamente a la atención nutricional que requiere el enfermo renal.

Además, hay unidades que carecen de personal de nutrición mientras que, en aquellas en las que si figura este especialista, suele ser insuficiente pues es común que sea sólo uno el que atiende a todas las personas que reciben las sesiones de hemodiálisis. Esta situación genera una excesiva carga laboral situación que se ve perjudica la calidad de la atención que brindan a los enfermos renales. Lo anterior descrito concuerda con lo señalado por Treviño (2004) en materia de carencia de recursos, según el autor, México no tiene la infraestructura ni los recursos humanos necesarios para dar respuesta a las necesidades de aquellos que viven con ERC, esta situación fue observada a inicios del 2000⁷, casi década y media después, si bien el número de unidades de hemodiálisis ha ido en aumento, al igual que la cantidad de médicos especialistas en la materia, se requieren aún más espacios y más personal preparado, no solo médicos, sino también, nutriólogos pues el número de personas que padecen ERC también se incrementó.

El último aspecto perteneciente a la esfera estructural, fue lo relacionado con la organización o administración de las unidades. Específicamente hablan de la falta de sistematización o protocolización, institucional, de la inclusión de la terapia nutricional en el tratamiento de la ERC, situación que da pie a que esto dependa del juicio del médico tratante y en segundo término del personal de enfermería que está en contacto con las personas durante las sesiones de hemodiálisis.

La Norma Oficial Mexicana NOM-171-SSA1-1998, Para la práctica de hemodiálisis, señala que: “La insuficiencia renal en sus dos variedades... puede ser tratada con... Hemodiálisis. Dicho procedimiento, junto con medidas médicas y nutricionales modifican, para bien, el panorama de los enfermos con insuficiencia renal”, fuera de estas líneas, no se habla de las características de la terapia ni de qué profesional es el indicado para otorgarla⁸².

Por su parte, la Guía de Práctica Clínica correspondiente al tratamiento sustitutivo de la función renal hace un compendio de evidencias entre las que se señala el deterioro que sufre el estado nutricional de la persona con ERC durante el transcurso de la enfermedad y además recomienda fomentar la nutrición adecuada en este grupo poblacional, sin embargo, el documento especifica que solo expone recomendaciones de carácter general por lo que con ello no se define el curso de la conducta de los profesionales⁸³.

Tal como lo señalan los informantes, el protocolizar la inclusión de la terapia nutricional en el tratamiento de la ERC podría asegurar en gran medida que las personas que viven con esta enfermedad la reciban. La NOM 171 es el documento que estipula las medidas en salud que se deben realizar para brindar la atención en materia de hemodiálisis, es por esto que resulta necesario actualizarla, no solo para la inclusión de los procedimientos a realizar desde el área de la nutrición así como para especificar el personal de salud que está a cargo de otorgar la terapia, sino también para incluir y dejar evidencia de la importancia del tratamiento multidisciplinario en el que de igual manera se aborden temas de psicología, trabajo social, actividad física, entre otras disciplinas hasta el momento excluidas.

En los discursos de los profesionales de la salud se identificaron situaciones que evidencian cómo el grupo de los médicos ejerce poder sobre el grupo de los nutriólogos y los enfermeros, entendido el *poder*, según Foucault, como la capacidad de influir en las acciones de los otros. Según lo expuesto por el teórico, existen diferentes mecanismos (estrategias de poder) que las figuras dominantes ponen en práctica en las relaciones de poder⁸⁴. La subordinación del nutriólogo ante la figura del nefrólogo, así como la vigilancia que ejerce este último ante el trabajo del primero parecen ser estrategias de poder de los profesionales de la medicina para mantener su “status quo”, ambas generan que el trabajo del nutriólogo dependa de la acciones que realice el médico. Del mismo modo ocurre con la subordinación y desacreditación que padecen los enfermeros.

Castro señala que el autoritarismo médico nace desde la formación del mismo. Éste profesional se desarrolla académicamente en un ambiente en donde los castigos y el disciplinamiento sirven como recurso didáctico y forma de transmisión de conocimientos, así como para disciplinar y afianzar la jerarquía existente, este sujeto traslada esta manera de desenvolverse a su práctica diaria en los servicios de salud⁸⁵.

El planteamiento de Castro puede ayudar a explicar el porqué de las relaciones dominantes que se identificaron entre los actores de esta investigación pues según lo que describe el autor, las jerarquías suelen estar en función del conocimiento o del grado de especialización o académico de las personas. Plantea que los médicos pueden utilizar diferentes estrategias a modo de castigo o disciplinamiento, algunas de ellas, ignorar o ridiculizar a sus subordinados ante los enfermos⁸⁵. En los discurso tanto de nutriólogos como de enfermeros, se identificaron situaciones de desacreditación ante los enfermos y específicamente el personal de nutrición habló acerca de la exclusión que percibe del tratamiento de la ERC, situación que suele atribuirle al médico.

Por otra parte, Menéndez hace referencia de que a pesar de que los padecimientos y las enfermedades se tratan de múltiples maneras, en general se hace desde una

perspectiva biomédica, en la que “*el tratamiento de la enfermedad ha sido considerado como patrimonio exclusivo del saber médico*”. Según el autor, esto no implica que únicamente se brinde atención desde el aspecto médico, sino más bien que las instituciones médicas se instituyen hegemónicamente sobre el resto de los saberes que se desenvuelven a la par del médico frente a los diferentes padecimientos⁸⁶.

Menéndez ayuda a contextualizar de manera más amplia las condiciones en las que se hacen presentes las relaciones de poder que se identificaron entre los diferentes actores. Así como algunas de las acciones que lleva a cabo el personal médico, pues a pesar de que, tanto nutriólogos como enfermeros lo visualizan como carente de conocimientos en el área de la nutrición, en muchas ocasiones es él quien da las recomendaciones alimentarias a las personas con ERC.

Otro de los rasgos de las relaciones que establecen nutriólogos y nefrólogos es la desconfianza, señalada por el personal de medicina cuando aluden a los conocimientos y capacidades de los nutriólogos, este aspecto puede explicarse o relacionarse con la imagen que tienen de estos. Entre las características de la idea que tienen los nefrólogos del personal de nutrición están que son profesionales para bajar de peso a las personas, carentes de preparación para llevar el tratamiento de un enfermo renal y que además no muestra interés en hacerlo.

En cuanto a la falta de preparación, en 2007 se publicó un artículo exponiendo aspectos de la realidad de algunos países asiáticos en relación a la ERC, el impacto de la enfermedad reveló la necesidad de que hubiera un balance entre la práctica clínica y la dietética a medida de implementar estrategias que mejoraran los resultados, tomando en cuenta las limitaciones de personal y la escasa experiencia práctica en nutrición renal del personal. Estos factores los relacionaron al limitado número de dietistas para cubrir los departamentos médicos lo que impide que se especialicen. Además de la rotación del personal lo cual limita el avance de las habilidades y la participación de este actor en el equipo multidisciplinario⁵⁶.

Esta situación es similar a la que se vive en las unidades de hemodiálisis y en los hospitales en los que algunas de ellas se ubican, pues como se expuso en párrafos anteriores, la carencia de personal es uno de las características señaladas por los informantes de este estudio.

La imagen, identificada en el discurso, que tiene cada profesional de sí mismo en relación al tratamiento de la ERC y la manera en que perciben a los otros actores son otro par de factores que influyen en la terapia nutricional, por su parte el médico se ve como la “piedra angular” del tratamiento, mientras que el personal de nutrición percibe que su inclusión en el mismo depende directamente del nefrólogo. Mientras que el nutriólogo se percibe como indispensable pero excluido y el enfermero como aquel encargado del cuidado del enfermo.

Si bien el discurso puede moldear el pensamiento, el pensamiento también puede articular el discurso^{87, 88}, sin embargo, no todo se constituye a raíz del discurso, pero éste tiene un papel fundamental⁸⁷. Nuevamente es relevante poner sobre la mesa lo que exponen Castro y Menéndez en función al rol y el Habitus médico. Ambas tradiciones pueden estar fuertemente relacionadas con la imagen que tiene cada actor de sí mismo ante el tratamiento de la ERC, por su parte la idea del médico de que el tratamiento gira alrededor del aspecto biológico, discurso constantemente escuchado en las instancias de salud y en las escuelas de medicina.

La imagen que el enfermero tiene de sí mismo coincide con la manera en la que se concibe su profesión, igualmente reproducida en ambas instancias. Por su parte el nutriólogo se ve como necesario pero se percibe excluido probablemente gracias al habitus médico.

Por último, la imagen en la que los tres actores coincidieron fue en la del enfermo, es decir, los tres lo perciben como desobediente, empobrecido, desinformado y deprimidos, esta ideología es similar a lo encontrado por Ruiz Gómez y col, en donde los médicos y enfermeras visualizaban a los enfermos crónicos como personas con problemas económicos y que suelen cursar por procesos depresivos⁸⁹.

Las limitantes correspondientes a la esfera estructural aquí planteadas juegan un papel muy importante pues impactan directamente en el cumplimiento del derecho a la salud de los enfermos renales⁹⁰. Hablar de nutrición indiscutiblemente es hablar de salud y si se considera que hay unidades de hemodiálisis en las que no se tiene la infraestructura, ni el personal necesario para brindar una terapia nutricional, o que hay quienes no tienen acceso a esta parte del tratamiento porque su seguridad en salud no lo cubre, alude a una cuestión de violación de derechos pues se les está privando de una parte indispensable del tratamiento de su enfermedad, situación que va en contra de la protección de la salud, y de las prestaciones oportunas, profesionales, idóneas y responsables que deben recibir.

Por su parte, lejos de resultar interesante por su naturaleza sociológica, las relaciones de poder y las ideologías identificadas en este estudio resaltan porque influyen directamente en que la persona con enfermedad renal crónica reciba e incluso que siga la terapia nutricional. Situación referida por otros investigadores que identificaron que las relaciones desiguales entre médicos, enfermeros, familiares y enfermos pueden llegar a afectar el manejo y control de las enfermedades⁹¹.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Desde la perspectiva de los informantes de este estudio, la terapia nutricional no siempre forma parte del tratamiento de la ERC debido a los múltiples obstáculos que tienen origen tanto en cuestiones estructurales como en las relaciones y las ideas o imágenes de los profesionales.

Si bien las barreras estructurales son el resultado de la manera en que el Sistema de Salud y las instituciones de salud están constituidas, este aspecto influye en cierta medida en las relaciones y las imágenes que el personal de salud tiene acerca de la terapia nutricional y de los profesionales que están involucrados en el proceso que da paso a que se le otorgue a las personas con ERC.

Otro de los factores que influye en gran medida es la manera en que se formó a los actuales recursos en salud y la forma en que los nuevos están recibiendo la formación correspondiente. Resulta indispensable que las facultades de medicina, enfermería y nutrición comiencen a trabajar en crear conciencia en sus pupilos acerca de la importancia de llevar a cabo tratamientos multidisciplinarios y de respetar las funciones y los conocimientos de los profesionales que conforman los equipos de trabajo.

Así como que el personal de salud se percate de que la salud es un derecho que no se está cumpliendo por cuestiones que los involucran. Por lo que se requiere que los diferentes actores trabajen en conjunto, de forma articulada para mejorar la calidad de la atención y con ello la calidad de vida de los enfermos, mediante cuidados integrales, humanos, contextualizados e individualizados.

De este trabajo de investigación surgen algunas dudas e inquietudes que pueden dar origen a próximos estudios, tales como ¿Cuál es la postura de los directivos de las unidades de hemodiálisis antes la idea de tratar a esta enfermedad de manera multidisciplinaria? ¿Qué circunstancias están impidiendo que esto se lleve a cabo? ¿Las nuevas generaciones de médicos, enfermeros y nutriólogos comparten las perspectivas de los actores que fungieron como informantes de este estudio?

Algunas limitantes del estudio fueron que no contamos con la autorización de las unidades de hemodiálisis o de las instituciones donde estas se encontraban, por lo que la identificación de los informantes se demoró y se volvió complicada. Esto también influyó en que no todas las entrevistas se llevaron a cabo en el lugar de trabajo del personal de salud.

En función a lo identificado en el estudio, se recomienda lo siguiente:

- Capacitar al personal de enfermería de las unidades de hemodiálisis en materia de nutrición pues en muchas ocasiones se ven en la necesidad de orientar a los enfermos aun cuando reconocen que no tienen los conocimientos adecuados.
- Que las escuelas que forman recursos humanos en salud generen estrategias para que los alumnos comiencen a trabajar de manera conjunta desde su formación, de esta manera las nuevas generaciones estarán familiarizados y sensibilizados en la importancia y los alcances del trabajo multidisciplinario, así como aprenderían a trabajar con personas que ven el proceso salud-enfermedad desde diferentes perspectivas.
- Que se comience a trabajar con un enfoque más humano, con la intención de que se consideren los determinantes sociales que están inmersos en los procesos de enfermedad de las personas y que la calidad y calidez de la atención mejore.
- Que la atención a la enfermedad se comience a ver desde otro ángulo. Dejar de verlo con el enfoque biomédico y comenzar a incluir otras disciplinas para lograr que el tratamiento médico sea complementario y no el eje central. Con esto se pretende evitar complicaciones y empoderar a las personas en materia de su salud física y mental.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*. 2013;382(9888):260-272.
2. Ávila-Sansores G, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa A, Vega-Argote G, Franco-Corona B. A Qualitative Approach to Barriers to Adherence to Therapy among the Chronically Ill in Guanajuato, Mexico. *Aquichan*. 2013;13(3):373-386.
3. Hernández J, Nájera R, Hernández C. Comportamiento de la mortalidad por enfermedad renal crónica hipertensiva en la República Mexicana entre 1998-2009. Un problema creciente. *Órgano Oficial de la Academia Nacional de Medicina de México, AC*. 2013;149:152-160.
4. INEGI. **Principales causas de mortalidad por residencia habitual, grupos de edad y sexo del fallecido.** <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>.
5. Méndez-Durán A, Méndez-Bueno J, Tapia-Yáñez T, Montes A, Aguilar-Sánchez L. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México. *Diálisis y Trasplante*. 2010;31(1):7-11.
6. López-Cervantes M, Rojas-Russell M, Tirado-Gómez L, Durán-Arenas L, Pacheco-Domínguez R, Venado-Estrada A. Enfermedad renal crónica y su atención mediante tratamiento sustitutivo en México. *México: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México*. 2009.
7. Treviño-Becerra A. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Cir Ciruj*. 2004;72(1):3-4.
8. Gutierrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. *Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública*. 2012.
9. Secretaría de Salud. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana; 2009.

10. Federación Mexicana del Riñón. Guías Latinoamericanas de Práctica Clínica sobre la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de los Estadios 1-5 de la Enfermedad Renal Crónica. In: SLANH, ed; 2012.
11. Gálvez A, Torres S, Cruz M, Rivera A, Sánchez J. Correlación del estado nutricional y el tiempo de tratamiento con hemodiálisis en pacientes con enfermedad renal crónica y diabetes mellitus tipo 2. *Rev Mex Patol Clin.* 2010;57(3):122-127.
12. Orzáez M, Rodríguez A, Morales E, Martínez C. Determinación de los factores condicionantes en la adhesión y cumplimiento de la dieta de protección renal en pacientes con insuficiencia renal crónica: estudio previo para la elaboración de una guía dietética. *Nutrición Hospitalaria.* 2006;21(2):145-154.
13. Castillo R, Gallegos R. Evolución del estado nutricional en pacientes en hemodiálisis durante 4 años de seguimiento. *Diabetes.* 2011;17:8.
14. Dalas M, Fernández Y, Castelo X, Sanz D. Estado nutricional y capacidad funcional del paciente nefrópata terminal en hemodiálisis crónica. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr.* 2010;20:192-212.
15. Mosby S. *Diccionario Mosby Pocket de medicina, enfermería y ciencias de la salud.* Elsevier España; 2004.
16. Martínez P, J. Insuficiencia Renal Crónica: Revisión Y Tratamiento Conservador. In: F LF, A L, eds. Vol 1: Archivos de Medicina; 2003:1-10.
17. Kepler J. International comparisons. United States Renal Data System. *2010 Annual Data Report: atlas of chronic kidney disease and end-stage renal disease in the United States.2.*
18. Mazzuchi N, Fernández J, Schwedt E, Celia E, Cusumano A. Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: Informe de Diálisis, año 2002. *Nefrología Latinoamericana.* 2004;2:89-99.
19. Cusumano A, Gonzalez M, García-García G, et al. Latin american dialysis and renal transplant registry: 2008 report (data 2006). *Clin Nephrol.* 2010;74(Suppl 1):S3-S8.

20. Experiencias CYPDELAS, Con P, Cuidadores ERCYSUS, et al. MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA.
21. Gutiérrez O, Wolf M. Dietary phosphorus restriction in advanced chronic kidney disease: merits, challenges, and emerging strategies; 2010.
22. Regional E, para un Enfoque PdA. Integrado sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades Crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud. *Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington, DC. 1996;47.*
23. Levin A, Rocco M. KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Diseases. 2007;49(2):S10-S179.*
24. MJ O. Insuficiencia renal crónica. Vol 8: Medicine; 2003:5888-5897.
25. De Castaño I, De Rovetto C. Nutrición y enfermedad renal. *Colomb Med. 2007;38(Supl 1):56-65.*
26. Hersh-Rifkin M, Stoner M. Psychosocial aspects of dialysis therapy. *Review of hemodialysis for nurses and dialysis personnel. St Louis, MO: Mosby Inc. 2005.*
27. Serralde E. Panorama Epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica en México; 2010.
28. Guías SEN. Factores de progresión de la enfermedad renal crónica. Prevención secundaria. *Nefrología. 2008(Supl 3):17-21.*
29. Escott-Stump S. *Nutrition and diagnosis-related care: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.*
30. de Luis Román D, Bustamante J. Aspectos nutricionales en la insuficiencia renal. *Nefrología. 2008;28(3):333-342.*
31. Torres C. Insuficiencia renal crónica. *Revista Medica Herediana. 2003;14(1):1-4.*
32. Lutz C, Mazur E, Litch N. *Nutrition and diet therapy: FA Davis; 2014.*
33. Steffee W. Nutritional support in renal failure. *The Surgical clinics of North America. 1981;61(3):661-670.*

34. Osorio M, Osuna O, Feliú R, et al. An evaluation of the nutritional status of patients with chronic kidney failure on hemodialysis via rapid-turnover proteins. *Nutricion hospitalaria*. 1991;7(1):52-57.
35. Pérez V, Hernandez E, Bustillo G, et al. Nutritional status in chronic renal failure patients assisted at the hemodialysis program of the " Hermanos Ameijeiras" Hospital. *Nutricion hospitalaria*. 2006;22(6):677-694.
36. Hwang S, Tsai J, Chen H. Epidemiology, impact and preventive care of chronic kidney disease in Taiwan. *Nephrology*. 2010;15(s2):3-9.
37. Flores H. Enfermedad renal crónica: epidemiología y factores de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2010;21(4):502-507.
38. Obrador G, García-García G, Villa A, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the Kidney Early Evaluation Program (KEEP) Mexico and comparison with KEEP US. *Kidney International*. 2010;77:S2-S8.
39. Stenvinkel P. Chronic kidney disease: a public health priority and harbinger of premature cardiovascular disease. *Journal of internal medicine*. 2010;268(5):456-467.
40. Schena F. Management of patients with chronic kidney disease. *Internal and emergency medicine*. 2011;6(1):77-83.
41. Yokoyama Y, Suzukamo Y, Hotta O, et al. Dialysis staff encouragement and fluid control adherence in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2009;36(3):289.
42. Kugler C, Maeding I, Russell C. Non-adherence in patients on chronic hemodialysis: an international comparison study. *Journal of nephrology*. 2011;24(3):366.
43. Phillips S, Knuchel N. Chronic Kidney Disease: Nutrition Basics. *Journal of Renal Nutrition*. 2011;21(4):e15-e17.
44. Ikizler T. Dietary protein restriction in CKD: the debate continues. *American Journal of Kidney Diseases*. 2009;53(2):189-191.
45. Fouque D, Pelletier S, Mafra D, Chauveau P. Nutrition and chronic kidney disease. *Kidney international*. 2011;80(4):348-357.

46. Sánchez C, Aranda P, de la Cruz A, Llopis J. Magnesium and zinc status in patients with chronic renal failure: influence of a nutritional intervention. *Magnesium Research*. 2009;22(2):72-80.
47. Yu W, Luying S, Haiyan W, Xiaomei L. Importance and benefits of dietary sodium restriction in the management of chronic kidney disease patients: experience from a single Chinese center. *International urology and nephrology*. 2012;44(2):549-556.
48. Martín-del-Campo F, Batis–Ruvalcaba C, González–Espinoza L, et al. Dietary micronutrient intake in peritoneal dialysis patients: relationship with nutrition and inflammation status. *Peritoneal Dialysis International*. 2012;32(2):183-191.
49. Wright J, Cavanaugh K. Dietary sodium in chronic kidney disease: a comprehensive approach; 2010.
50. Feroze U, Noori N, Kovesdy C, et al. Quality-of-life and mortality in hemodialysis patients: roles of race and nutritional status. *Clinical journal of the American Society of Nephrology*. 2011:CJN-07690910.
51. Streja E, Kovesdy C, Molnar M, et al. Role of nutritional status and inflammation in higher survival of African American and Hispanic hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*. 2011;57(6):883-893.
52. Sundell M, Cavanaugh K, Wu P, Shintani A, Hakim R, Ikizler TA. Oral protein supplementation alone improves anabolism in a dose-dependent manner in chronic hemodialysis patients. *Journal of Renal Nutrition*. 2009;19(5):412-421.
53. Gleason P, Harris J, Sheean P, Boushey C, Bruemmer B. Publishing nutrition research: validity, reliability, and diagnostic test assessment in nutrition-related research. *Journal of the American Dietetic Association*. 2010;110(3):409-419.
54. Hall-McMahon E, Campbell K. Have renal dietitians successfully implemented evidence-based guidelines into practice? A survey of dietitians

- across Australia and New Zealand. *Journal of Renal Nutrition*. 2012;22(6):584-591.
55. Campbell K, Ash S, Zabel R, McFarlane C, Juffs P, Bauer J. Implementation of standardized nutrition guidelines by renal dietitians is associated with improved nutrition status. *Journal of Renal Nutrition*. 2009;19(2):136-144.
 56. Karupaiah T, Morad Z. Perspectives on the nutritional management of renal disease in Asia: people, practice, and programs. *Journal of Renal Nutrition*. 2007;17(1):93-96.
 57. Christensen A, Smith T. Personality and patient adherence: correlates of the five-factor model in renal dialysis. *Journal of behavioral medicine*. 1995;18(3):305-313.
 58. Christensen A, Wiebe J, Benotsch E, Lawton W. Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*. 1996;20(4):411-421.
 59. Anderson K, Devitt J, Cunningham J, Preece C, Jardine M, Cass A. If you can't comply with dialysis, how do you expect me to trust you with transplantation? Australian nephrologists' views on indigenous Australians' non-compliance and their suitability for kidney transplantation. *International journal for equity in health*. 2012;11(21).
 60. Cass A, Lowell A, Christie M, et al. Sharing the true stories: improving communication between Aboriginal patients and healthcare workers. *Medical Journal of Australia*. 2002;176(10):466-471.
 61. Champion V, Skinner C. The health belief model. *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. 2008;4:45-65.
 62. Tovazzi M, Mazzoni V. Personal paths of fluid restriction in patients on hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2012;39(3):207.
 63. Leggat J. PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE: Adherence with Dialysis: A Focus on Mortality Risk; 2005.

64. McCarthy A, Shaban R, Boys J, Winch S. Compliance, normality and the patient on peritoneal dialysis. *Nephrology Nursing Journal*. 2010;37(3):243-250.
65. de Souza E, De Martinoli M, de Moraes M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com tratamento hemodialítico utilizando o modelo teórico de Imogene King. *Revista da Escola de enfermagem da USP*. 2007;41(4):629-635.
66. de Brito-Ashurst I, Perry L, Sanders T, Thomas J, Yaqoob M, Dobbie H. Barriers and facilitators of dietary sodium restriction amongst Bangladeshi chronic kidney disease patients. *Journal of human nutrition and dietetics*. 2011;24(1):86-95.
67. Tijerina M. Mexican American women's adherence to hemodialysis treatment: A social constructivist perspective. *Social work*. 2009;54(3):232-242.
68. van Dijk T. *El discurso como interacción social: estudios del discurso: introducción multidisciplinaria*. Vol. 2: Gedisa; 2000.
69. Tamayo M. El proceso de la Investigación Científica: Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación (4ª edición) Ed. México: Limusa. 2004.
70. INEGI. Panorama Sociodemográfico de San Luis Potosí; 2011.
71. INEGI. Perspectiva estadística San Luis Potosí; 2012.
72. Torres A. IMSS atiende a 600 pacientes de hemodiálisis en SLP. *Plano Informativo*, 2013.
73. Kuzel A Sampling in qualitative inquiry. 1992.
74. Ley General de Salud, Unico C. Ley General de Salud. *Octavo bis de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal. Capítulo II, Artículo*. 2012;166.
75. World Medical A. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79(4):373.

76. Johnson A, Boulware L, Anderson C, et al. Perceived barriers and facilitators of using dietary modification for CKD prevention among African Americans of low socioeconomic status: a qualitative study. *BMC nephrology*. 2014;15(1):1.
77. Trudel T, McCune A, Donahue K, Zuberbuhler L, Farmer A, Mager D. Variables influencing adoption of practice-based guidelines in Canadian renal dietetic practice. *Journal of Renal Nutrition*. 2010;20(4):235-242.
78. Hernández-Ibarra E, Martínez-Castañeda A. LA ALIMENTACIÓN EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA La voz de quienes padecen y sus familiares. *Crónicas de la Enfermedad Renal. Voces que viven y escuchan el padecimiento.*: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud; 2016:113-129.
79. Mercado-Martínez F, Correa-Mauricio M. Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias. *salud pública de méxico*. 2015;57(2):155-160.
80. Whitehead M. Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS/OMS. *Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Traducciones*. 1991(1).
81. México O. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. 2016.
82. Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA, PARA LA PRACTICA DE HEMODIALISIS. 1998.
83. Secretaría de Salud. Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. México; 2014.
84. Foucault M. El sujeto y el poder. *Revista mexicana de sociología*. 1988;50(3):3-20.
85. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*. 2014;76(2):167-197.
86. Menendez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*. 2005;1(1):9-32.

87. Dijk T. El análisis crítico del discurso y el pensamiento social. *Athenea Digital: Revista de pensamiento e investigación social*. 2002(1):018-024.
88. Fairclough N. *Analysing discourse: Textual analysis for social research*: Psychology Press; 2003.
89. Martínez F, Gómez A, Aceves M. La atención a la enfermedad crónica en los servicios públicos de salud. La perspectiva de los profesionales y los legos.
90. Cámara de Diputados. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. *México: Cámara de diputados*. 2012.
91. Mercado-Martínez F, Hernández-Ibarra E. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México Chronic illness from the perspective of patients and health professionals: a qualitative. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(9):2178-2186.

ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA

- ¿Cómo fue que usted se incorporó a la unidad?
- ¿Me puede platicar que actividades realiza en la unidad?
- ¿Podría platicarme que es lo que usted hace en un día normal aquí en la unidad de hemodiálisis?
- ¿Cómo le hace una persona con ERC para ser atendida en esta unidad?
- Desde su perspectiva qué papel juega el régimen dietético en una persona con ERC?
- ¿Qué recomendaciones dietéticas brindan a las personas con ERC aquí en la unidad, quiénes lo hacen y a quienes se le otorga?
- ¿En qué momento o situaciones canalizan o refieren a las personas con ERC al nutriólogo?
- ¿Cómo se dan cuenta si una persona no está siguiendo el régimen dietético para el manejo de su enfermedad?
- ¿Cuáles son las razones por las que siguen el régimen dietético?
- ¿Cuáles cree que son las razones por las que las personas no siguen el régimen dietético?
- ¿Qué se debe hacer para que una persona lo siga?
- ¿Cuáles son los principales problemas a los que se enfrenta al brindarle tratamiento a personas con ERC?
- ¿Si estuviera en sus manos, qué cambiaría al respecto de la atención a las personas con ERC? nutricional que se le brinda a las personas con ERC?
- ¿Si estuviera en sus manos, qué cambiaría al respecto de la atención nutricional que se le brinda a las personas con ERC?
- ¿Usted considera que haya algo que sea importante y no lo hemos comentado?

ANEXO 2. GUÍA DE OBSERVACIÓN

Clínica de hemodiálisis/ Hospital	<ul style="list-style-type: none">• Sitios dentro de la clínica u hospital en los que el personal de salud pueda interactuar entre sí• Interacciones sociales del personal de salud• Ubicación de los lugares clave (Unidad de hemodiálisis, departamento de trabajo social, consultorio del nutriólogo y consultorio del nefrólogo)
Consultorio/Estación de enfermería	<ul style="list-style-type: none">• Condiciones del consultorio• Maquinaria con la que cuenta• Distancia que se tiene que recorrer para poder consultar al trabajador social, el personal de enfermería, los nefrólogos o los nutriólogos

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, titulada **“BARRERAS Y LIMITANTES DE LA TERAPIA NUTRICIONAL EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE SALUD QUE BRINDA ATENCIÓN A PERSONAS EN HEMODIÁLISIS”**, es conducida por la Licenciada en Nutrición Nancy Rosas Cortez, alumna de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. El objetivo de este estudio es analizar la perspectiva del personal de salud que brinda atención a las personas con ERC en hemodiálisis, en torno a la terapia nutricional que se les otorga a las personas con ERC como parte del tratamiento de la enfermedad.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá participar en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir literalmente lo que usted haya expresado. Una vez transcritas las entrevistas, los audios con las grabaciones se destruirán.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los que le hemos mencionado.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador y de no responderla.

De antemano le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la estudiante de la Maestría en Salud Pública **Nancy Rosas Cortez**. Hago constar que he sido informado (a) del objetivo del estudio. Me han indicado también que mi participación consistirá en acceder a ser entrevistado, actividad que se llevará a cabo el día _____ y tomará aproximadamente **60 minutos**.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la responsable de la investigación Nancy Rosas Cortez al teléfono celular 444 175 6225, o a su correo electrónico nancy.rosas.c@gmail.com

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre y firma del Informante

Nombre y firma del Investigador

ANEXO 4. CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES

ANEXO 5. CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES

Por medio de la presente manifestamos que en la investigación *El régimen dietético en el tratamiento de la enfermedad renal crónica. La perspectiva del personal de salud que brinda atención a personas con ERC*, NO EXISTE CONFLICTO DE INTERÉS ECONÓMICO O PROFESIONAL, para llevar a cabo esta investigación, desde el diseño del proyecto hasta la publicación de los resultados.

En cualquier circunstancia serán respetados el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación, mismos que le son conferidos a la responsable de la investigación, como autora principal para el primer artículo: La licenciada en nutrición Nancy Rosas Cortez y como coautores al Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra y a la Dra Juliana Vestena Zillmer abajo señalados. Los cuales se comprometen a cumplir y actuar conforme a los principios de ética profesional que establece el Código de Ética; considerando como principios generales la legalidad, honradez, lealtad, eficiencia e imparcialidad. De igual manera se respetará la obligación ética de difundir los resultados de la investigación mediante una publicación, además de ser responsables de la integridad y exactitud de los informes, aunque estos resulten negativos.

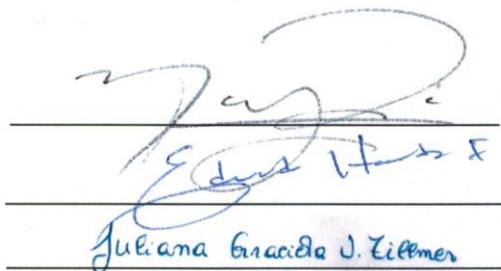
Se acuerda que los gastos del proyecto serán compartidos entre la alumna y su director, en una relación 50% la alumna y 50% el director, dado que el proyecto forma parte de un trabajo mayor, mismo que cuenta con financiamiento. Será responsabilidad de ambos autores cubrir los gastos que se generen para los efectos de la difusión de los resultados en cualquier modalidad.

Después de haber leído y comprendido lo señalado, manifestamos nuestro acuerdo y absoluta comodidad.

LN Nancy Rosas Cortez

Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

Dra. Juliana Vestena Zillmer



San Luis Potosí, S. L. P., a MAIJO de 2015

ANEXO 5. CARTA DE APROBACIÓN DE LA MAESTRÍA



Abril 30, 2015

NANCY ROSAS CORTEZ
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
GENERACIÓN 2014-2016
PRESENTE.-

Por este conducto le informamos que en sesión del Comité Académico de Salud Pública, celebrada el 29 de abril del año en curso, se registró su protocolo de investigación denominado "El régimen dietético en el tratamiento de la enfermedad renal crónica. La perspectiva del personal de salud que brinda atención a personas con ERC" con la clave GVIII 09 -2015.

No obstante se realizaron observaciones que deberá atender y reflejarse las modificaciones en el Seminario de Tesis II, por lo que se le solicita acudir con la Dra. Yesica Rangel Flores y la Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez.

Sin otro particular, reiteramos la seguridad de nuestra atenta y distinguida consideración.

"SIEMPRE AUTÓNOMA. POR MI PATRIA EDUCARÉ"

COMITÉ ACADÉMICO DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Dra. Yesica Yolanda Rangel Flores
Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra
M.P.S. Darío Gaytán Hernández
Dra. Ma. del Carmen Pérez Rodríguez
M.S.P. Ma. Guadalupe Guerrero Rosales
Dra. Paola Algara Suárez



Av. Niño Artillero 130
Zona Universitaria - CP 78240
San Luis Potosí, S.L.P., México
tels. y fax (444) 826 2324 al 27 y
834 2545 al 47
direccion@enfermeria.uaslp.mx
www.uaslp.mx

📧 Archivo Posgrado
DRA' YYRF /der

ANEXO 6.CARTA DE APROBACIÓN DEL CEIFE



EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.

Título del proyecto: **El régimen dietético en el tratamiento de la enfermedad renal crónica. La perspectiva del personal de salud que brinda atención a personas con ERC**
 Responsable: **Nancy Rosas Cortez**
 Fecha: **20/05/2015**

Criterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el titulo del proyecto	X			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	X			
3. Anexa la autorización de la instancia correspondiente.		X		
4. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	X			
5. Presenta el apartado de consideraciones éticas y legales.	X			
6. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	X			
7. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	X			
8. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con los aspectos de consideración ética.	X			
9. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo del estudio.	X			
10. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	X			No explicita el monto requerido.
11. Presenta la declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X			Falta indicar la fecha en la carta de no conflicto de interés.
12. Aclara los mecanismos de transferencia de los productos de la investigación.(patente)			X	
13. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	X			

Dictamen: Se otorga el registro **CEIFE-2015-132**, condicionado a enviar la carta de no conflicto de interés firmada y fechada; así como explicitar el monto de recursos financieros requeridos. También se le solicita enviar un reporte sobre el avance del proyecto al correo de este Comité: ceife.uaslp@gmail.com en un plazo de 6 meses.

Comité de Ética en Investigación
 Facultad de Enfermería