

Dificultades y barreras autopercibidas para la adherencia al plan alimentario en pacientes con enfermedad renal crónica que realizan hemodiálisis en el Hospital "Profesor Dr. Luis Güemes", Buenos Aires, Argentina

Perceived difficulties and barriers to adherence to the dietary plan in patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis at Professor Dr. Luis Güemes Hospital, Buenos Aires, Argentina

Au

María Rita Castillo **1**
Luciana Sol Martinetto **1**
Nancy Anabel Vasconcelo **1**
María Belén Jardo **1**
Luciana Forastieri **1**
Melanie Carolina Hitter **1**
Ailín Daiana Skorin **1**
Fátima Sonia Aboy **1**
Damián Pekerman **2**

Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciada en Nutrición
Licenciado en Kinesiología y Fisiatría

ORCID 0009-0008-1028-6408
ORCID 0009-0003-6127-4785
ORCID 0009-0008-3801-2150
ORCID 0009-0005-3331-369X
ORCID 0009-0006-0453-1329
ORCID 0009-0000-8136-0099
ORCID 0009-0001-1226-6768
ORCID 0009-0007-2236-7304
ORCID 0009-0000-8065-161X

1 Hospital Interzonal General de Agudos "Profesor Dr. Luis Güemes" de Haedo, Argentina

2 Universidad Nacional de Hurlingham, Argentina

mritacastillo@gmail.com

Rs

RESUMEN

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) representa un importante desafío en salud pública, especialmente en pacientes que requieren hemodiálisis (HD). La adherencia al tratamiento nutricional es fundamental para mejorar el pronóstico clínico, aunque suele estar limitada por diversas barreras percibidas por los pacientes. **Objetivo:** Describir las dificultades y barreras autopercibidas para la adherencia al plan alimentario en pacientes con ERC que realizan HD en un hospital de la provincia de Buenos Aires, entre enero y febrero del año 2025. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo observacional transversal con enfoque mixto y muestreo no probabilístico por conveniencia. Los datos se recolectaron mediante una encuesta de elaboración propia, realizada durante la sesión de HD. **Resultados:** La muestra total incluyó 34 pacientes. El 80% refirió percibir dificultad para aumentar el consumo de pescado e incorporar frutos secos, semillas, palta y aceites en crudo. El 50% presentó cierta dificultad para restringir el consumo de líquidos, minimizar el consumo de quesos, productos de pastelería, elegir productos reducidos en sodio y restringir el consumo de sal. Por último, el 40% manifestó dificultad para minimizar el consumo de productos ultraprocesados e incorporar legumbres semanalmente. **Discusión:** Se observó que la adherencia dietética en los pacientes que realizan HD se ve influenciada por factores individuales y su entorno. Se halló que más de la mitad de los participantes se encontraban desempleados y con limitaciones económicas. Las principales dificultades percibidas para adherir a las recomendaciones nutricionales, ponen en evidencia el patrón alimentario de esta población. Esto concuerda con otros hallazgos recolectados en la literatura donde se observó que más del 60% presentaba baja adherencia al patrón mediterráneo y más del 50% elevada ingesta de ultraprocesados. Asimismo, mencionaron barreras relacionadas con gustos y costumbres, manifestando necesidad de mayor flexibilidad, personalización y otras estrategias de educación alimentaria para mejorar su adherencia. **Conclusiones:** La totalidad de la muestra reportó al menos una dificultad y/o barrera para adherirse a una o más recomendaciones. Se subraya la importancia de un abordaje de la salud integral, personalizado e interdisciplinario para esta población, que amplíe la mirada del cuidado nutricional e incorpore estrategias complementarias. **Palabras clave:** Insuficiencia Renal Crónica; Diálisis Renal; Cumplimiento y Adherencia al Tratamiento; Planificación Alimentaria; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud

Ab

ABSTRACT

Introduction: Chronic Kidney Disease (CKD) represents a significant public health challenge, especially in patients requiring hemodialysis (HD). Nutritional therapy adherence is essential for improving clinical prognosis, although it is often limited by various barriers perceived by patients. **Objective:** To describe the difficulties and self-perceived barriers to dietary adherence in CKD patients undergoing HD at a hospital in the Buenos Aires Province, between January and February 2025. **Materials and methods:** A cross-sectional, observational, descriptive study with a mixed-methods approach and non-probability convenience sampling was conducted. Data were collected using a survey developed by the search team administered during the HD session. **Results:** The total sample included 34 patients. Eighty percent of patients reported difficulty increasing their fish consumption and incorporating nuts, seeds, avocado, and raw oils into their diets. Fifty percent reported some difficulty restricting fluid intake, minimizing their consumption of cheese and pastries, choosing reduced-sodium products, and restricting their salt intake. Finally, 40% reported difficulty minimizing their consumption of ultra-processed foods and incorporating legumes weekly. **Discussion:** Dietary adherence among patients undergoing HD is influenced by individual factors and their environment. More than half of the participants were unemployed and faced financial constraints. The main perceived barriers to adhering to dietary recommendations reflect the dietary patterns of this population. These findings are consistent with previous studies collected in the literature reporting that more than 60% of patients showed low adherence to the Mediterranean pattern, while more than 50% had a high intake of ultra-processed foods. Participants also reported barriers related to tastes and habits, expressing the need for greater flexibility, individualized dietary approaches, and other nutrition education strategies to improve adherence. **Conclusions:** All participants reported at least one difficulty and/or barrier to adhering to one or more dietary recommendations. The findings highlight the importance of a comprehensive, personalized, and interdisciplinary approach for this population, broadening the perspective beyond strictly nutritional aspects and incorporating complementary strategies. **Keywords:** Renal Insufficiency, Chronic; Renal Dialysis; Treatment Adherence and Compliance; Food Planning; Health Knowledge, Attitudes, Practice

In

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles han mostrado un incremento sostenido en los últimos años, impulsado por estilos de vida poco saludables, junto con el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional (1-2). Entre las más prevalentes se encuentran la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, las cuales se posicionan como las principales causas de Enfermedad Renal Crónica (ERC), según la Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR 2018) (1-4).

Se considera ERC cuando el filtrado glomerular estimado se encuentra por debajo de 60 ml/min/1,73 m² o se presenta algún daño renal (proteinuria, alteraciones en el sedimento de orina, en las pruebas de imagen renal o daño histopatológico confirmado por biopsia) persistente durante al menos 3 meses (5).

A nivel global, su prevalencia se estima entre el 11% y el 13% (6). Similar a lo reportado en Argentina, según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS, 2019), la cual informó una prevalencia del 12,7% en mayores de 18 años, siendo más frecuente en adultos mayores de 65 años (7).

La ERC se clasifica en cinco estadios de acuerdo a la reducción de la tasa de filtrado glomerular¹ donde el estadio 5 corresponde a la fase más avanzada, con un filtrado glomerular inferior a 15 ml/min/1,73 m² (5). En esta etapa, resulta crucial evaluar la necesidad de iniciar tratamientos sustitutivos, como la Terapia de Reemplazo Renal (TRR), que incluye diferentes modalidades: Hemodiálisis (HD), Diálisis Peritoneal (DP) o Trasplante Renal (TR), con el objetivo de mejorar la supervivencia del paciente (8).

Según los registros del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplantes de la República Argentina (SINTRA) correspondientes al año 2022, 30.039 personas recibieron tratamiento dialítico, siendo la HD la modalidad más frecuente (9).

La ERC y el inicio de la TRR conllevan cambios profundos en la vida del individuo y su entorno, debido a que la necesidad de asistir a las sesiones de HD impacta significativamente en la rutina diaria de los pacientes, afectando aspectos laborales, sociales, económicos y psicoemocionales, condición que se prolonga a la espera del TR (10). Es por ello que el enfoque terapéutico no se centra solamente en la remisión de la enfermedad, sino en la adaptación a las limitaciones físicas y en la implementación de cambios en el estilo de vida y tratamientos médicos para mejorar la calidad de vida (11).

En lo referido al patrón alimentario de esta población, presenta una tendencia occidental asociado al elevado consumo de productos ultraprocesados, y se encuentra altamente influenciado por los gustos y costumbres propios de la cultura de cada paciente (12). Con respecto al tratamiento nutricional, el objetivo es preservar un estado nutricional adecuado, lo que implica prevenir la desnutrición proteico-energética, evitar la sobrecarga hídrica, mejorar el ritmo evacuatorio y evitar la acumulación de toxinas metabólicas. Para ello, se recomienda que el 50% de las proteínas ingeridas sean de origen vegetal, aumentar el consumo de alimentos altos en fibra tales como vegetales, frutas, frutos secos, semillas, legumbres y cereales integrales, reducir los productos ultraprocesados, ajustar la ingesta de líquidos según la diuresis residual y reducir el consumo de sodio (13). Sin embargo, la baja adherencia al tratamiento nutricional observada en los pacientes que realizan HD (31,5%), podría vincularse a las transgresiones alimentarias secundarias, a las restricciones excesivas, a la rigidez de las indicaciones dietéticas y a la consecuente falta de placer al comer (12).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adherencia como “el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional de salud” (14).

Como factores causales de la baja adherencia terapéutica, pueden considerarse factores económicos asociados al desempleo o trabajo informal, la falta de asistencia social, escasa educación alimentaria, cambios abruptos en la dieta y en la rutina diaria debido a la carga horaria que conlleva el tratamiento (10-12). Como consecuencia, se pueden observar alteraciones en los valores de laboratorio, como niveles elevados de fósforo y potasio o un aumento de peso interdialítico, lo que afecta la salud del paciente.

Debido a esto, la adherencia al tratamiento nutricional es crucial para mejorar la calidad de vida de los pacientes, impactando positivamente tanto en la reducción de la morbimortalidad, como en los costos en salud pública. Para lograrlo, se requiere un enfoque multidisciplinario que implique la coordinación de profesionales de salud, investigadores, planificadores sanitarios y formuladores de políticas. La efectividad de estas intervenciones podría tener un impacto más significativo en la salud pública que cualquier avance en tratamientos médicos específicos (11-14).

¹ Indicador que representa el flujo de plasma que los riñones filtran por minuto a través de los glomérulos. Es el mejor indicador para evaluar la función renal y estimar su grado de deterioro. Se expresa en ml/min/1,73 m² y se calcula a partir de un análisis de creatinina.

En virtud de lo expuesto, resulta relevante investigar las barreras que podrían afectar la adherencia al tratamiento nutricional y el grado de dificultad que experimentan los pacientes para modificar sus hábitos alimentarios. Por su parte, este estudio se plantea como un punto de partida para desarrollar, de manera interdisciplinaria, estrategias que mejoren la adherencia al tratamiento propuesto modificando la calidad de vida de los pacientes y reduciendo la carga y/o progresión de las comorbilidades asociadas.

Mts

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y transversal con enfoque mixto.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Dado que el estudio se desarrolló en un solo centro, el tamaño muestral fue determinado por la cantidad de pacientes disponibles ($n = 35$), de los cuales $n = 34$ cumplieron con los criterios de inclusión.

Se incluyeron individuos mayores o iguales a 18 años de edad, con diagnóstico de ERC que se encuentran en TRR mediante HD que brindaron su consentimiento informado para participar de la presente investigación, con capacidad y voluntad manifiesta para responder el cuestionario.

Se excluyeron aquellos pacientes que durante la entrevista presentaron descompensación hidroelectrolítica impidiendo completar el cuestionario.

La recolección de la información se realizó a través de un cuestionario estructurado de elaboración propia, con preguntas cerradas de opción múltiple, administrado y completado a pie de cama por las investigadoras.

El cuestionario incluyó datos demográficos tales como edad, sexo, años de diálisis, causa de ERC, comorbilidades, nivel educativo, ocupación, presencia de convivientes en el hogar y percepción de pensión no contributiva por discapacidad. Asimismo, se agregó un listado de las principales recomendaciones nutricionales para pacientes en HD, con el fin de que los participantes identifiquen el

El objetivo primario es describir las dificultades y barreras autopercebidas para la adherencia al plan alimentario en pacientes con ERC que realizan HD en un hospital de la provincia de Buenos Aires, durante los meses de enero y febrero de 2025.

Como objetivos secundarios se plantean: enumerar las razones por las cuales los pacientes perciben que no logran seguir las recomendaciones nutricionales y conocer las estrategias y recursos que los pacientes consideran útiles para mejorar su adherencia al tratamiento nutricional.

grado de dificultad que implica adherir a las mismas, mediante una escala tipo Likert² de cinco puntos (muy difícil-difícil-regular-fácil-muy fácil), como así también, posibles barreras y facilitadores. Los cuestionarios se llevaron a cabo durante el tratamiento de diálisis de manera individual con una duración aproximada de 10 minutos.

Los datos fueron cargados en una base de datos de elaboración propia en Microsoft Excel® y el análisis estadístico se realizó a través del software IBM SPSS Statistics.

Se realizó estadística descriptiva para las variables sociodemográficas y las barreras alimentarias. Se utilizó prueba chi cuadrado³, prueba exacta de Fisher⁴ y Mann-Whitney⁵ para el análisis bivariado entre variables independientes y la presencia de dificultades en cuatro pautas críticas: restringir sal, restringir líquidos, evitar panificados y aumentar pescado. No se aplicaron modelos multivariados por la falta de variabilidad en la variable dependiente (100% presentó al menos una dificultad).

Para el análisis estadístico, se consideró como "cierto grado de dificultad" la suma de respuestas en las categorías "muy difícil", "difícil" y "regular". Las respuestas "fácil" y "muy fácil" fueron interpretadas como ausencia de dificultad.

Todos los datos del estudio fueron tratados con máxima confidencialidad de acuerdo con la normativa legal vigente según la Ley Nacional de Protección de Datos Personales N° 25.326 (15). La información recolectada se conservó en archivos digitalizados en un ordenador con clave y con

² Instrumento psicométrico y de medición utilizado en encuestas para medir actitudes, percepciones o niveles de acuerdo de una persona frente a una afirmación específica mediante opciones de respuesta graduadas.

³ Prueba estadística utilizada para evaluar si existe una asociación significativa entre variables categóricas o si las diferencias observadas entre frecuencias son debidas al azar.

⁴ Prueba estadística utilizada para analizar la asociación entre dos variables categóricas. Se utiliza especialmente en muestras pequeñas, cuando las frecuencias esperadas son bajas y cuando otras pruebas como Chi-cuadrado no son confiables.

⁵ Prueba estadística no paramétrica. Se utiliza como alternativa a la prueba t de Student para muestras independientes cuando los datos no cumplen con el requisito de normalidad.

acceso exclusivo de los investigadores principales. Los datos fueron recolectados siguiendo la normativa de Protección de Datos Personales en sus artículos 2, 4-9 y 13-16 de la Ley 25.326, que refieren a mantener la confidencialidad de la información recabada, resguardar la identidad y la privacidad de los participantes.

El estudio fue aprobado por el Comité de ética en Investigación del Hospital Mariano y Luciano de la Vega de la provincia de Buenos Aires y se ajustó a los principios de Declaración de Helsinki (2013) (16), a la normativa nacional vigente en investigación biomédica y a las disposiciones locales aplicables.

Rs

RESULTADOS

La muestra total se conformó por 34 pacientes con una edad media de 50,8 años ($DE \pm 14,1$; rango: 23-84 años). Predominó el género masculino con el 67,6% ($n = 23$). En relación con el país de origen, la población encuestada estuvo compuesta por personas provenientes de Argentina, Paraguay, Bolivia y Venezuela. El nivel educativo preponderante alcanzado

fue secundario incompleto para el 38% de los participantes ($n = 13$) y en cuanto a la situación laboral, el 58,8% se encontraba desempleado. Del total de los encuestados, el 70% no recibía pensión por discapacidad y el 76% vivía acompañado. En la Tabla 1, se detallan las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de la muestra ($n = 34$)

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje
Sexo	Masculino	23	67,6%
	Femenino	11	32,4%
	Otro	0	0%
Rango etario	0 a 19 años	0	0%
	20 a 44 años	12	35,3%
	45 a 64 años	17	50%
	65 a 74 años	3	8,8%
	Mayor o igual a 75 años	2	5,9%
Nacionalidad	Argentina	25	73,5%
	Paraguay	5	14,7%
	Bolivia	2	5,8%
	Venezuela	2	5,8%
Situación laboral	Desempleado	20	58,8%
	Empleado tiempo parcial	1	2,9%
	Empleado tiempo completo	2	5,9%
	Independiente	7	20,6%
	Jornalero	2	5,9%
	Jubilado	2	5,9%

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de las comorbilidades más frecuentes se encontraron: hipertensión arterial y diabetes mellitus, representando el 55,9% y el 29,4% respectivamente. Entre las principales causas de ERC, se hallaron las de origen idiopático y diabético.

En relación con el tiempo en TRR, se observó que el 61,8% ($n = 21$) de los pacientes se encontraba realizando HD hace menos de dos años. Asimismo, el 67% no cumplía los criterios para acceder a la modalidad de DP.

En cuanto a las dificultades autopercebidas para adherir al plan alimentario, el 100% (n = 34) de los pacientes reportó al menos una dificultad significativa.

En lo que respecta a los alimentos naturales y mínimamente procesados, el 85,2% (n = 29) presentó dificultad para incorporar frutos secos, semillas, palta y aceites en crudo y el 76,5% (n = 26) para aumentar el consumo de pescado.

El 50% (n = 17) de la muestra refirió cierto grado de dificultad para restringir el consumo de líquidos, minimizar el consumo de quesos y productos de pastelería, elegir productos reducidos en sodio y restringir el consumo de sal.

El 41,17% (n = 14) manifestó dificultad para minimizar el consumo de productos ultraprocesados como helados, golosinas, chocolates, galletitas dulces y saladas.

El 41,17% (n = 14) de los encuestados reportaron dificultad para consumir legumbres una vez por semana. Por otro lado, sólo el 32,35% (n = 11) refirió percibir dificultad para consumir una fruta y el 29,4% (n = 10) para incluir vegetales diariamente.

La distribución por recomendación y grado de dificultad, se detalla en la Tabla 2.

Tabla 2. Recomendaciones y dificultades autopercebidas en orden decreciente

Recomendación	Muy difícil	Difícil	Regular	Fácil	Muy fácil	Dificultad percibida (n)	Dificultad percibida (%)
Incluir frutos secos, semillas, palta y aceite en crudo	29,5% (n = 10)	38% (n = 13)	17,5% (n = 6)	15% (n = 5)	0% (n = 0)	29	85,2%
Aumentar el consumo de pescado	26% (n = 9)	30% (n = 10)	20% (n = 7)	18% (n = 6)	6% (n = 2)	26	76,5%
Elegir productos reducidos en sodio	20% (n = 7)	18% (n = 6)	15% (n = 5)	38% (n = 13)	9% (n = 3)	18	53%
Restringir el consumo de sal	9% (n = 3)	15% (n = 5)	29% (n = 10)	26,5% (n = 9)	20,5% (n = 7)	18	53%
Restringir el consumo de líquidos	9% (n = 3)	23,5% (n = 8)	20,5% (n = 7)	44% (n = 15)	3% (n = 1)	18	53%
Minimizar productos de pastelería y panadería	17,5% (n = 6)	9% (n = 3)	23,5% (n = 8)	35% (n = 12)	15% (n = 5)	17	50%
Consumir lácteos una vez por día	9% (n = 3)	17,5% (n = 6)	20,5% (n = 7)	35,5% (n = 12)	17,5% (n = 6)	16	47,05%
Minimizar fiambres, embutidos, carnes procesadas	0% (n = 0)	12% (n = 4)	32% (n = 11)	21% (n = 7)	35% (n = 12)	15	44,11%
Minimizar quesos duros, de rallar, semiduros y fundidos	12% (n = 4)	9% (n = 3)	24% (n = 8)	29% (n = 10)	26% (n = 9)	15	44,11%
Minimizar helados, golosinas, chocolates, galletitas dulces y saladas	6% (n = 2)	12% (n = 4)	24% (n = 8)	35% (n = 12)	23% (n = 8)	14	41,17%
Consumir legumbres una vez por semana	17,5% (n = 6)	12% (n = 4)	12% (n = 4)	41% (n = 14)	17,5% (n = 6)	14	41,17%
Incluir variedad de condimentos, especias y hierbas frescas	9% (n = 3)	12% (n = 4)	18% (n = 6)	35% (n = 12)	26% (n = 9)	13	38,23%
Minimizar el consumo de carne roja 3 v/semana	6% (n = 2)	20% (n = 7)	9% (n = 3)	47% (n = 16)	18% (n = 6)	12	35,2%
Consumir una fruta por día	9% (n = 3)	9% (n = 3)	15% (n = 5)	29% (n = 10)	38% (n = 13)	11	32,35%
Restringir bebidas azucaradas	3% (n = 1)	3% (n = 1)	23,5% (n = 8)	29,5% (n = 14)	70,5% (n = 10)	10	29,4%
Incluir vegetales todos los días	3% (n = 1)	12% (n = 4)	15% (n = 5)	50% (n = 17)	20% (n = 7)	10	29,4%
Incluir carne, pollo, pescado y/o huevo diariamente	0% (n = 0)	6% (n = 2)	23% (n = 8)	62% (n = 21)	9% (n = 3)	10	29,4%
Minimizar snacks y aderezos	3% (n = 1)	6% (n = 2)	15% (n = 5)	26% (n = 9)	50% (n = 17)	8	23,5%

Aumentar el consumo de preparaciones caseras	3% (n = 1)	12% (n = 4)	3% (n = 1)	32% (n = 11)	50% (n = 17)	6	17,64%
Restringir bebidas alcohólicas	3% (n = 1)	3% (n = 1)	9% (n = 3)	20% (n = 7)	65% (n = 22)	5	14,7%
Minimizar el consumo de comida rápida, delivery y/o rotisería	3% (n = 1)	6% (n = 2)	0% (n = 0)	38% (n = 13)	53% (n = 18)	3	08,82%

Fuente: Elaboración propia.

El análisis bivariado no identificó asociaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad, tiempo en HD) y las principales dificultades autopercebidas (todos los valores de $p > 0,05$).

Dentro de los motivos que afectan la adherencia a las recomendaciones alimentarias, el 61,8% ($n = 21$) manifestó no consumir determinados alimentos por gustos o costumbres, seguido de un 55,9% ($n = 19$) que refirió la limitación económica como principal barrera (ver Gráfico 1).

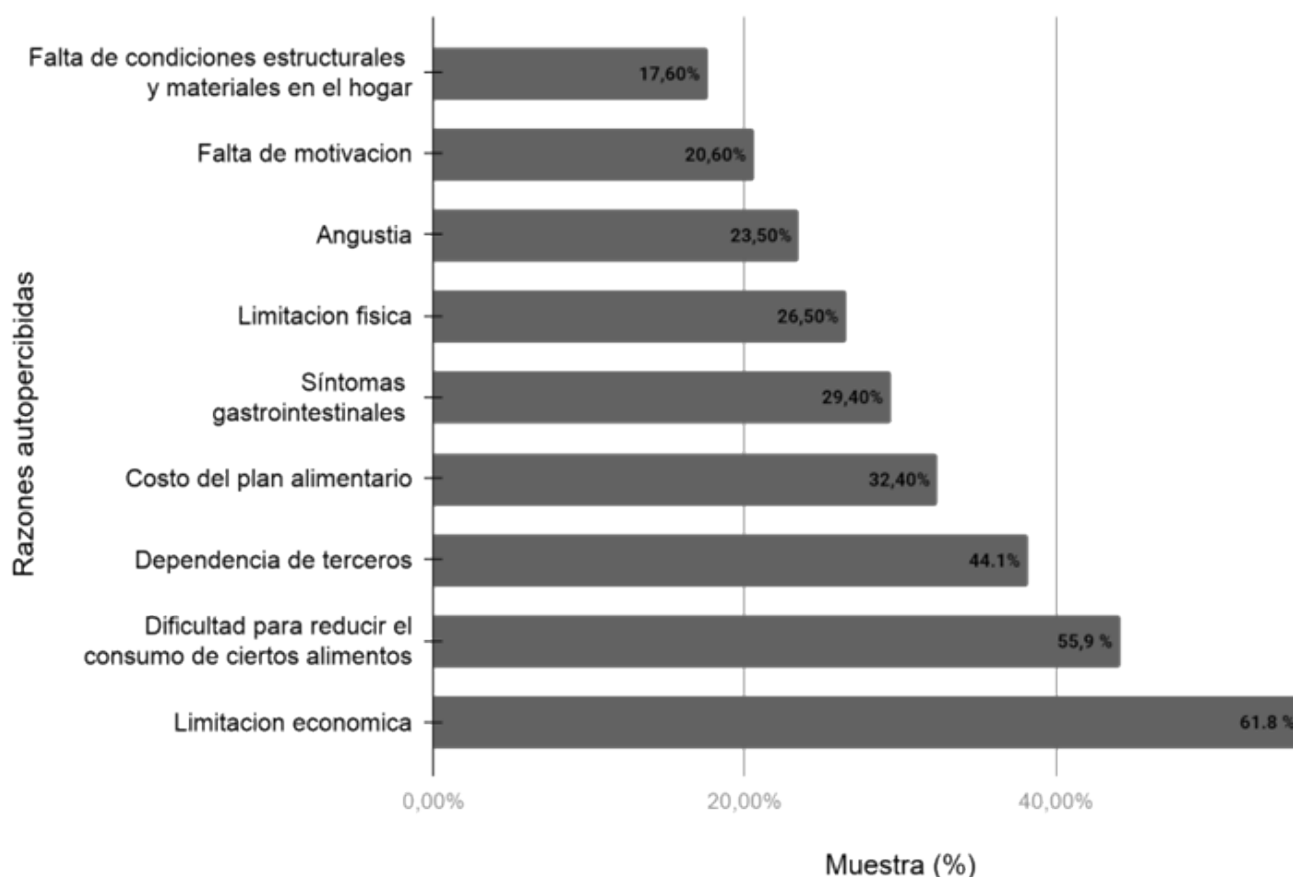
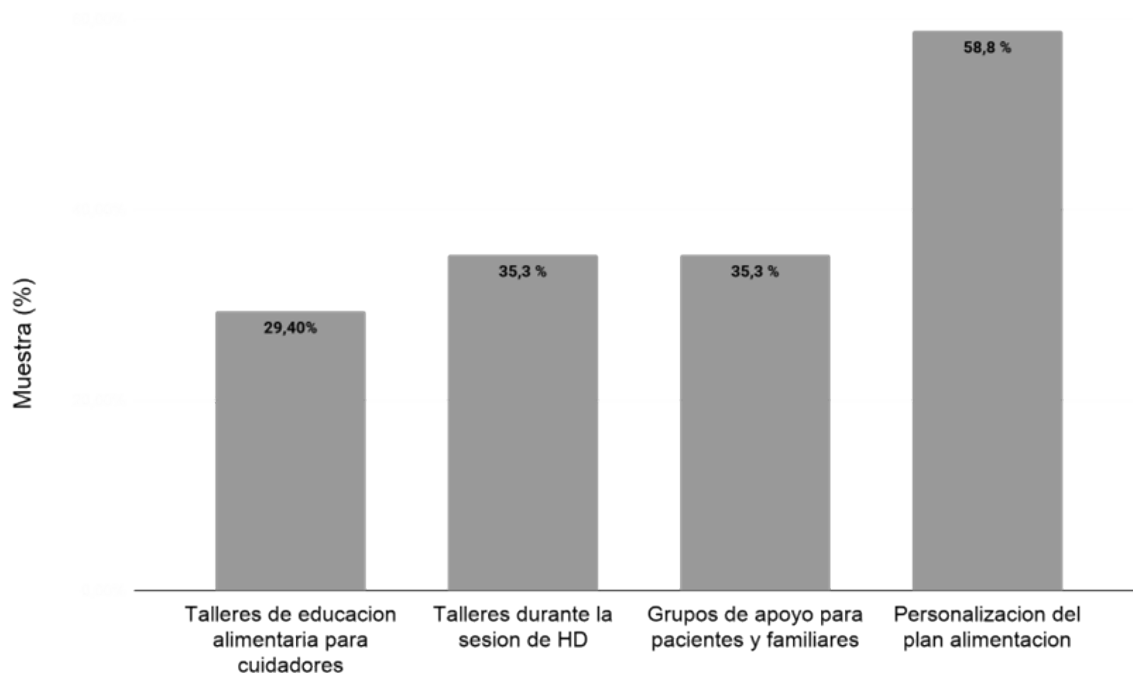


Gráfico 1. Distribución de las principales razones autopercebidas que afectan la adherencia a las recomendaciones alimentarias indicadas por la muestra

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las propuestas que podrían favorecer la adherencia al plan alimentario, el 58,8% ($n = 20$) de los encuestados consideró que sería de utilidad una mayor flexibilidad o personalización del plan según gustos y costumbres. Por otro lado, un 35,3% ($n = 12$) señaló

como opciones relevantes la participación en grupos de apoyo para pacientes y familiares, la implementación de actividades recreativas durante la sesión de HD y el acceso a talleres de educación alimentaria intradiálisis (ver Gráfico 2).



Propuestas referidas para favorecer la adherencia al plan alimentario

Gráfico 2. Distribución porcentual de las principales propuestas seleccionadas por la muestra para favorecer la adherencia al plan alimentario

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de la presente investigación evidencian que la totalidad de los participantes manifestó algún grado de dificultad para seguir al menos una de las recomendaciones del plan alimentario. Particularmente, más de la mitad de la muestra refirió dificultad tanto para incorporar grasas saludables (como frutos secos, semillas, palta, pescado y aceite en crudo) como para restringir el consumo de sodio y líquidos.

La adherencia al tratamiento dietético en pacientes con ERC en HD representa un desafío complejo, influenciado por múltiples factores relacionados tanto con el paciente, su contexto socioeconómico y cultural, como con el sistema de salud. Si bien en este estudio no se evaluó la adherencia de forma objetiva y directa, se identificaron percepciones que podrían estar asociadas a una menor adherencia terapéutica, como así también ofrecer una perspectiva sobre las características del patrón alimentario que predomina en esta población.

De la literatura consultada, Lambert et al. (2017) reportaron una adherencia promedio del 31,5% a las recomendaciones dietéticas en una revisión de 60 estudios que incluyeron a 24.743 pacientes con ERC terminal (17). Más recientemente, Vijay et al. (2022), estimaron que más del 60% de los pacientes no cumplían las recomendaciones dietéticas (18). Ambas investigaciones refuerzan la complejidad del adecuado cumplimiento dietoterápico en esta población.

Desde el punto de vista socioeconómico, más de la mitad de los encuestados se encontraban desempleados y señalaron las limitaciones económicas como una barrera para seguir las recomendaciones del plan alimentario. Esta asociación coincide con lo reportado por Hunter et al. (2023), quienes hallaron que los aspectos económicos eran percibidos como uno de los principales obstáculos para seguir pautas nutricionales (12). En contraste, la revisión de Lambert et al. (2017) menciona que el desempleo podría estar asociado en ciertos contextos a una mayor adherencia, probablemente

por la mayor disponibilidad de tiempo (17). Esta aparente ambigüedad subraya la importancia de considerar el contexto sociocultural específico; en poblaciones vulnerables como la evaluada en el presente estudio, el desempleo se encontraría más relacionado con la inseguridad alimentaria que con una mayor adherencia terapéutica.

En esta investigación, el 50% de la muestra refirió dificultad para minimizar el consumo de sodio a través de alimentos y sal agregada, de la misma manera un 41,17% manifestó dificultad para limitar el consumo de productos ultraprocesados. Lou Arnal et al. (2020), en su revisión, señaló que los pacientes con ERC superan las recomendaciones de sodio y que la principal fuente en la dieta provenía del consumo de ultraprocesados (72%) (19). Estos datos se corresponden con los hallazgos de un estudio multicéntrico realizado en la provincia de Córdoba entre 2021 y 2023, que incluyó a 1011 pacientes en HD. En dicho estudio se evidenció que más del 60% de los participantes presentó baja adherencia al patrón alimentario mediterráneo y más del 50% reportó alta ingesta de alimentos ultraprocesados, en particular bebidas azucaradas, productos de panadería y carnes procesadas (20). Este perfil alimentario, no sólo compromete el adecuado control de factores de riesgo como la hipertensión arterial y la inflamación, sino que además se aleja de las recomendaciones nutricionales propuestas para prevenir la progresión de la ERC (12).

Sin embargo, en la presente investigación la mayoría de los participantes refirió que le resultaba fácil o muy fácil incorporar a diario: frutas (29% y 38%), verduras (50% y 20%) y legumbres al menos una vez por semana (41% y 17%), respectivamente. Estos aspectos podrían considerarse una fortaleza e indicarían cierta alineación con las recomendaciones nutricionales antes mencionadas.

Respecto a la restricción hídrica, el 53% de los participantes de la muestra refirió cierto grado de dificultad para adherir a dicha recomendación. Este resultado podría influir en la baja adherencia documentada, tal como se expone en un estudio no experimental y analítico realizado en Portugal (García Jorge et al., 2011) que incluyó a 263 pacientes en HD, en el cual identificó niveles de incumplimiento a esta recomendación entre 30 % al 50 % (21). Mientras que, en un estudio longitudinal realizado en España (Iborra-Moltó et al., 2012) que evaluó a 146 pacientes, reportó una prevalencia de adherencia del 61 al 73% cuando dicha ganancia se ajustó al peso seco (22). Complementariamente, un estudio cualitativo realizado en China (Zhou et al., 2025) que exploró la experiencia de 19 pacientes jóvenes, mostró que la severa restricción del consumo diario de agua generaba la necesidad de recurrir a estrategias alternativas para aliviar la sed (23). Esta situación, según los relatos de los participantes, podría provocar ansiedad, angustia e intensificar el deseo.

Por otro lado, la principal barrera mencionada por los pacientes fue la dificultad para reducir o incluir el consumo

de ciertos grupos de alimentos, situación que se encontraba influenciada por los gustos personales y/o costumbres alimentarias de los encuestados. Esto se evidenció en las propuestas seleccionadas por los participantes para mejorar la adherencia, entre las cuales se destacaron el deseo de personalización y la flexibilidad del plan de alimentación.

De manera similar, un estudio exploratorio realizado en España con 72 pacientes en HD y 57 cuidadores, reveló que cerca del 60% de los pacientes manifestó estar de acuerdo con afirmaciones como “no puedo comer lo que me gusta” o “los alimentos que me gusta comer son los que no me permiten comer”, lo que refleja una vivencia compartida de frustración frente a las restricciones dietarias impuestas por el tratamiento (24). Del mismo modo, el estudio de Hunter et al. de 2023, identificó como barreras la rigidez de las indicaciones y la falta de adecuación cultural, destacando como facilitadores la flexibilidad del plan alimentario, la educación clara y contextualizada y el apoyo social o familiar (12). Esta situación expone el desafío constante que implica la adaptación del plan alimentario considerando las discrepancias entre los hábitos alimentarios previos y las recomendaciones basadas en la evidencia en función del estado de salud del paciente.

Entre las limitaciones del estudio, se destacan el posible sesgo de memoria, debido a que algunas respuestas se basaron en el recuerdo de hábitos alimentarios recientes y el aparente sesgo de deseabilidad social, dado que el cuestionario fue aplicado por profesionales de salud que prescriben o indican el plan nutricional.

Por otro lado, para la recolección de datos no se utilizó un cuestionario validado mediante adaptación transcultural, ni se incluyeron variables bioquímicas tales como sodio, potasio y ganancia de peso interdialítica para medir adherencia al tratamiento en la herramienta creada ad hoc. Asimismo, se obtuvo un pequeño tamaño muestral debido a la inclusión de un único centro para la recolección de datos, lo cual limitaría la comparación de los resultados con otros estudios de similares características.

No obstante, la presente investigación aporta evidencia local valiosa sobre las barreras percibidas para seguir el plan alimentario e impulsa el rol activo del Licenciado en Nutrición en el diseño y seguimiento de intervenciones personalizadas para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con patologías crónicas y de elevada prevalencia como la ERC.

Para futuras investigaciones, resultaría oportuno ampliar el tamaño muestral incorporando nuevos establecimientos, tanto del ámbito público como privado, para desarrollar un estudio multicéntrico, con el propósito de analizar otros posibles determinantes en el grado de adherencia al tratamiento nutricional.

Cn

CONCLUSIONES

La totalidad de los pacientes manifestó al menos una barrera y cierto grado de dificultad para adherirse a una o más recomendaciones del plan alimentario. Las principales barreras autopercebidas incluyeron la dificultad para incorporar alimentos saludables como frutos secos, palta, semillas y pescado, así como para restringir productos altos en sodio y líquidos. Estas dificultades parecen estar influenciadas principalmente por factores socioeconómicos, gustos personales y costumbres alimentarias.

Como estrategias para mejorar la adherencia, los pacientes manifestaron una mayor personalización del plan, la participación en grupos de apoyo y el acceso a talleres educativos. Los hallazgos del presente trabajo brindan un marco de referencia para establecer líneas de trabajo en común con las especialidades de trabajo social y kinesiología. Esto resalta la importancia de un abordaje de la salud integral, personalizado e interdisciplinario para esta población, que amplíe la mirada del cuidado nutricional e incorpore estrategias complementarias.

**Autoras y autores
no manifiestan conflictos de interés.**

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vallejos A, Valenti L, Schoj V. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Visión nefrológica de los principales resultados. *Rev Nefrol Dial Traspl* [Internet]. 2019 [Acceso sept. 2024];39(4):271-8. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2346-85482019000400271&lng=es&nrm=iso
- Organización Panamericana de la Salud. Carga de enfermedades renales [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2021 [Acceso sept. 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-renales>
- Ikizler TA, Burrowes JD, Byham-Gray LD, Campbell KL, Carrero JJ, Chan W, et al. KDOQI Clinical Practice Guideline for Nutrition in CKD: 2020 Update. *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2020 [Acceso oct. 2024];76(3 Suppl 1):S1-S107. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32829751/>
- Marinovich S, Bisigniano L, Rosa Diez G, Hansen Krogh D, Liderman S, Tagliafichi V. Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2023. Informe 2024 [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Nefrología; Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI); 2024 [Acceso oct. 2024]. Disponible en: <https://www.san.org.ar/registros/>
- García-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, et al.. Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet]. 2022 [Acceso oct. 2024];42(3):223-362. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-documento-informacion-consenso-deteccion-manejo-articulo-S0211699521001612>
- Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global prevalence of chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* [Internet]. 2016 [Acceso oct. 2024];11(7):e0158765. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158765>
- Argentina. Ministerio de Salud. 2da Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2): segundo informe de indicadores priorizados [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022 [Acceso oct. 2024]. Disponible en: <https://iah.msar.gov.ar/doc/902.pdf>
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Chronic Kidney Disease [Internet]. *Kidney Int*. 2024;105(4 Suppl):S117-S314 [Acceso oct. 2024]. Disponible en: <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2024/03/KDIGO-2024-CKD-Guideline.pdf>
- Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Programa de Abordaje Integral de la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022 [Acceso oct. 2024]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/resolucion_ministerial_de_aprobacion_prog_erca_-_anexo.pdf
- Gottlieb E, Tessey A, Tanús R, Hecker S, Díaz Fernández JC. Saltar una o más sesiones de diálisis aumenta significativamente la tasa de mortalidad: impacto de medir la no adherencia. *Nefrol Dial Traspl* [Internet]. 2014 [Acceso oct. 2024];34(2):62-70. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2346-85482014000200004
- Zazzeroni L, Pasquinelli G, Nanni E, Cremonini V, Rubbi I. Comparison of quality of life in patients undergoing hemodialysis and peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Kidney Blood Press Res* [Internet]. 2017 [Acceso oct. 2024];42(4):717-27. Disponible en: <https://karger.com/kbr/article/42/4/717/185701/Comparison-of-Quality-of-Life-in-Patients>
- Hunter EG, Shukla A, Andrade JM. Barriers to and strategies for dietary adherence: a qualitative study among hemodialysis/peritoneal dialysis patients and health care providers. *J Ren Nutr* [Internet]. 2023 [Acceso nov. 2024];33(5):682-90. Disponible en: [https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276\(23\)00101-2/fulltext](https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276(23)00101-2/fulltext)
- Alhambra-Expósito MR, Molina-Puerta MJ, Oliveira G, Arraiza-Irigoyen C, Fernández-Soto M, García-Almeida JM, et al. Recomendaciones del grupo GARIN para el tratamiento dietético de los pacientes con enfermedad renal crónica. *Nutr Hosp* [Internet]. 2019 [Acceso nov. 2024];36(1):183-217. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v36n1/1699-5198-nh-36-01-00183.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2004; 2004 [Acceso dic. 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/8fd0be4a-fa54-4adf-bb0e-6fa5e797aa3f/full>
- Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. Ley 25.326. Protección de los Datos Personales. Boletín Oficial de la República Argentina [Internet]. 2 de Nov 2000. [Acceso dic. 2024]; 29.517. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790/texto>
- World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* [Internet]. 2013 [Acceso dic. 2024];310(20):2191-94. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318>
- Lambert K, Mullan J, Mansfield K. An integrative review of the methodology and findings regarding dietary adherence in end stage kidney disease. *BMC Nephrol* [Internet]. 2017 [Acceso mar. 2025];18(1):318. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5653982/>
- VR V, Kaur Kang H. The worldwide prevalence of nonadherence to diet and fluid restrictions among hemodialysis patients: a systematic review and meta-analysis. *J Ren Nutr* [Internet]. 2022 [Acceso mar. 2025];32(6):658-69. Disponible en: [https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276\(21\)00296-X/abstract](https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276(21)00296-X/abstract)
- Lou Arnal LM, Vercet Tormo A, Caverni Muñoz A, Medrano Villarroja C, Lou Calvo E, Munguía Navarro P, et al. Impacto del consumo de alimentos ultraprocesados en la enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet]. 2021 [Acceso mar. 2025];41(5):489-501. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-impacto-del-consumo-alimentos-ultraprocesados-articulo-S0211699521000291>
- Celi MA, Maldonado RA, Oberto MG, Maidana RE, Dionisi MP, Láquis MB, et al. Caracterización clínica y nutricional de las personas en hemodiálisis de la provincia de Córdoba, Argentina, 2021-2023. *Alimmenta* [Internet]. 2025 [Acceso abril. 2025];(2):93-110. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/alimmenta/article/view/48688>
- García Jorge Anes EM, Castro FV. Adhesión de los pacientes con insuficiencia renal crónica a la dieta. *Int J Dev Educ Psychol* [Internet]. 2011 [Acceso abril. 2025];5(1):45-55. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832343004.pdf>
- Iborra Moltó C, López-Roig S, Pastor Mira MA. Prevalencia de la adhesión a la restricción de líquidos en pacientes renales en hemodiálisis: indicador objetivo y adhesión percibida. *Nefrología* [Internet]. 2012 [Acceso abr. 2025];32(4):466-76. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-prevalencia-adhesion-restriccion-liquidos-pacientes-articulo-X0211699521001598>
- Zhou L, Kang L, Wang D, Li Q, Wei J, Li M, et al. Experiences of dietary management and social adaptation in young end-stage renal disease maintenance hemodialysis patients: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2025 [Acceso jun. 2025];19:1731-45. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12170795/>
- Padial M, Avesani CM, García-Testal A, Cana-Poyatos A, Lindholm B, Segura-Ortí E. Dietary needs, barriers, and facilitators among patients on hemodialysis and their caregivers: The GoodRENal Project in Spain. *J Ren Nutr* [Internet]. 2025 [Acceso jun. 2025];35(2):337-43. Disponible en: [https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276\(24\)00196-1/fulltext](https://www.jrnjournal.org/article/S1051-2276(24)00196-1/fulltext)



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons

Cómo citar este artículo:

Castillo MR, Martinetto LS, Vasconcelo NA, Jardo MB, Forastieri L, Hitter MC, et al. Dificultades y barreras autopercebidas para la adherencia al plan alimentario en pacientes con enfermedad renal crónica que realizan hemodiálisis en el Hospital "Profesor Dr. Luis Güemes", Buenos Aires, Argentina. Salud Pública [Internet]. 2026 Jul [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.