

INFLUENCIA DE UN PLAN DE EDUCACIÓN SANITARIA EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA PACIENTES/FAMILIARES EN DOS UNIDADES DE HEMODIÁLISIS

E. Moreno, D. Millán, P. Carbonell, F. Vizcaya, P. Hernández, L. Picó, J. Samper, B. Cantó, M^a A. Carvajal

Hospital General Universitario de Alicante. Sanatorio Perpetuo Socorro

INTRODUCCIÓN

La historia de la alimentación ha ido sujeta y paralela a la historia de la humanidad, quedando reflejados en multitud de episodios los esfuerzos del hombre por conservar o restablecer la salud mediante la alimentación. Hipócrates, padre de la medicina, que hizo de la dieta su principal remedio decía: <que tu alimento sea tu mejor medicamento> Podríamos afirmar que no hay ningún factor que por sí solo ejerza tanta influencia sobre la salud, y en consecuencia, sobre la vida, como los alimentos (1).

Hoy en día existe una preocupación creciente por conseguir un estado nutricional más adecuado para los pacientes en hemodiálisis, ya que prácticamente en todas las investigaciones efectuadas en estos enfermos se ha encontrado una desnutrición de tipo mixto proteico-energética, independientemente de los parámetros que se utilicen para medir el estado nutricional de estos pacientes (2).

En los pacientes sometidos a un tratamiento regular de hemodiálisis, una ingesta dietética deficiente puede estar ocasionada por razones patológicas, factores socioeconómicos o simplemente desconocimiento de las instrucciones dietéticas.

La desnutrición, aunque secundaria a todo lo anteriormente observado, puede llevar por sí misma a un índice de mortalidad y morbilidad más alto que el provocado por la enfermedad primaria (3).

OBJETIVOS

Aumentar los conocimientos de los pacientes en hemodiálisis sobre su alimentación y nutrición para mejorar su estado nutricional.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio pre-experimental pretest-postest con muestreo accidental, que se lleva a cabo entre los meses de julio de 1995 y abril de 1996.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes con enfermedades sistémicas avanzadas y menos de seis meses en programa de hemodiálisis.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se estudian 58 pacientes en programa de hemodiálisis, de los cuales 34 son varones y 24

mujeres. Su edad media era de 52,8 años (rango: 15-79 años), y el tiempo medio en hemodiálisis de 75,5 meses (rango 6-236 meses).

MATERIAL Y METODOLOGÍA DE TRABAJO

Este estudio se ha realizado en cuatro partes:

Primera parte: Realizamos una encuesta de consumo alimentario evaluándose la ingesta de proteínas, carbohidratos, típicos y kilocalorías diarias de la dieta de cada paciente. Para lo que se asignó una hoja de recogida de datos a cada paciente (Anexo 1), donde se registraban los alimentos ingeridos y la cantidad de los mismos, La cuantificación era directa y precisa en caso de ingesta simple y estimativa en otros casos. Para ello los pacientes o sus familiares directos fueron entrenados para identificar, recordar y pesar si les era posible todos los alimentos y bebidas ingeridas en 24 horas, los días que no se dializaban, durante una semana. Para hacer una valoración estimativa de la ingesta proteica y energética de los pacientes se consideró: normoenergética una cantidad de orden de 35 Kcal/kg/día y normoproteica si la cantidad era de 1,2 g. proteínas/kg/día. En la distribución de la ración energética consideramos: energía glucídica 50-60%, lipídica, 30-35%, y proteica, 12-15% (4)

Segunda parte: Evaluamos el nivel de conocimiento sobre alimentación y nutrición en Hemodiálisis que tenían nuestros pacientes. Como instrumento de trabajo se ha empleado un cuestionario de 60 preguntas abiertas integrado por 6 apartados: preparación de alimentos, proteínas, carbohidratos, potasio, sodio y agua y calcio y fósforo (Anexo 2). Este cuestionario está basado en un modelo anterior que hemos modificado en algunos puntos, adecuándolo a las características de nuestro servicio.

El cuestionario fue aplicado por tres enfermeros, con criterios establecidos para asegurar homogeneidad respecto a los puntos de la encuesta dado su carácter abierto.

Para analizar y determinar el grado de conocimiento general y por apartados, se consideró qué: los pacientes tenían un conocimiento muy *alto si* contestaban bien entre el 90 y el 100% de las preguntas; *alto* entre el 70 y el 89%; *aceptable* entre el 50 y el 69%, *bajo* entre el 49 y el 30%; y muy *bajo si* era inferior al 29% (5).

Tercera parte: Desarrollamos un plan de educación sanitaria sobre alimentación y nutrición que proporcionara información al paciente y/o familia para que estos incrementasen sus conocimientos relacionados con su enfermedad y la alimentación. Para ello nos valemos de métodos bidireccionales directos como el diálogo y la discusión en grupo, complementándolos con métodos indirectos como folletos y medios audiovisuales (7).

Para la creación de los folletos nos basamos en las reglas básicas de la comunicación escrita creando 6 ejemplares de los distintos grupos de alimentos y la preparación de los mismos (2 ejemplos en Anexo 3),

Como método audiovisual elaboramos un video de producción propia de 50 minutos de duración sobre alimentación y nutrición en hemodiálisis, haciendo especial hincapié en la preparación de los alimentos y en la función que desarrollan en nuestro organismo cada uno de los distintos nutrientes (Anexo 4) (6).

Cuarta parte: Transcurridos dos meses desde la aplicación del programa educacional, se vuelven a realizar encuestas de consumo y conocimiento alimentarlo, evaluándose nuevamente la ingesta alimentaría de los pacientes y el conocimiento que estos tenían sobre los nutrientes.

RESULTADOS

La ingesta media diaria general de energía y nutrientes según la dieta fue:

PRE INFORMACIÓN			POST INFORMACIÓN		
Energía	(Kcal)	1,860 (29,5 Kcal/kg/día)	Energía	(Kcal)	2,228 (34,3 1Kcal/kg/día)
Proteínas	(g)	79,05 (1,2 g/kg/día)	Proteínas	(g)	90,62 (1,40 g/kg/día)
Lípidos	(g)	82,6 (1,3 g/kg/día)	Lípidos	(g)	92,5 (1,44 g/kg/día)
H. Carbono	(g)	199,9 (3,17 g/kg/día)	H. Carbono	(g)	258,3 (4,04 g/kg/día)

La distribución de la ración energética en macronutrientes fue:

**DISTRIBUCIÓN ENERGÉTICA
PRE INFORMACIÓN**

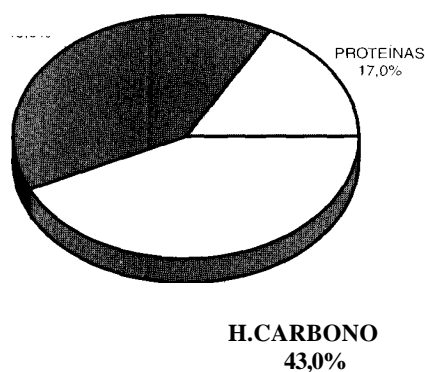


Fig. 1

**DISTRIBUCIÓN ENERGÉTICA
POST INFORMACIÓN**

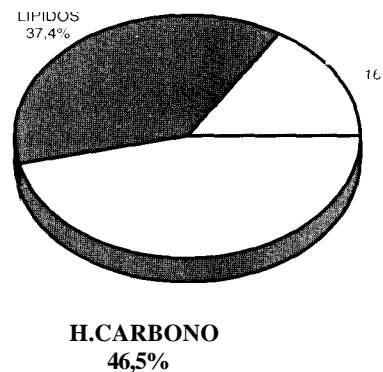


Fig. 1 bis

La valoración nutricional respecto a la ingesta media energética por pacientes según la dieta fue:

PRE INFORMACIÓN		POST INFORMACIÓN	
Hípercalórica	12,1%	Hípercalórica	18,8%
Normocalórica	25,9%	Normocalórica	39,1%
Hipocalórica	62,1%	Hipocalórica	41,5%

VALORACIÓN INGESTA ENERGÉTICA

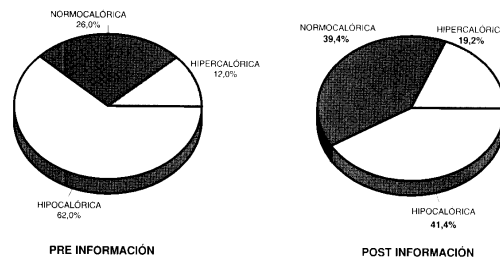


Fig. 2

La valoración nutricional respecto a la ingesta media proteica fue:

	PRE INFORMACIÓN		POST INFORMACIÓN
Híperproteica	32,8%	Hiperproteica	35%
Normoproteica	20,7%	Normoproteica	33%
Hipoproteica	46,5%	Hipoproteica	32%

VALORACIÓN INGESTA PROTEICA

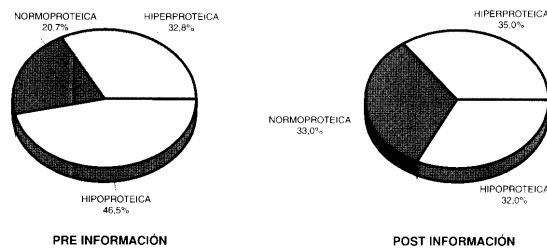


Fig. 3

El grado de conocimiento general sobre alimentación y nutrición de los pacientes estudiados fue:

	PRE INFORMACIÓN		POST INFORMACIÓN
3,4%	Muy Alto	37,6%	
25,8%	Alto	35,8%	
41,3%	Aceptable	24,5%	
22,4%	Bajo	11,9%	
6,8%	Muy Bajo	0,0%	

**CONOCIMIENTO GRAL. ALIMENTOS Y NUTRIENTES
PRE INFORMACION**

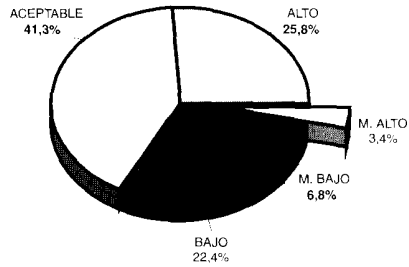


Fig. 4

**CONOCIMIENTO GRAL. ALIMENTOS Y NUTRIENTES
POST INFORMACION**

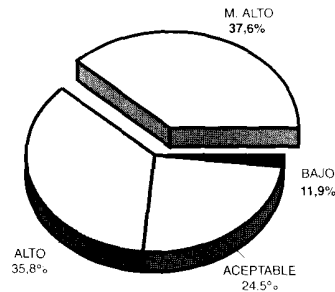


Fig. 4 bis

El grado de conocimiento que los pacientes tenían sobre la preparación de los alimentos fue:

PRE INFORMACIÓN		POST INFORMACIÓN
39,7%	Muy Alto	88,6%
34,5%	Alto	7,5%
15,5%	Aceptable	3,8%
6,9%	Bajo	0,0%
3,4%	Muy Bajo	0,0%

CONOCIMIENTO PREPARACIÓN ALIMENTOS

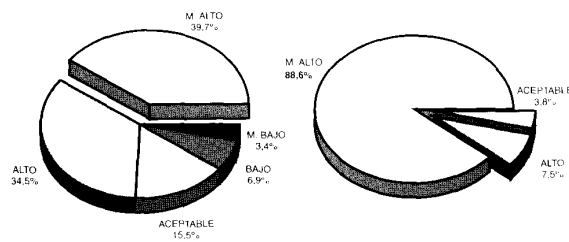
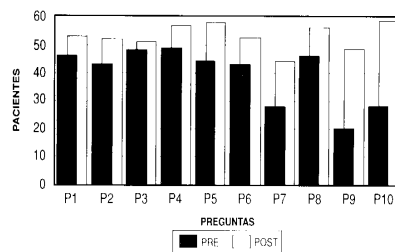


Fig. 5

**RESPUESTAS CORRECTAS DE CADA PREGUNTA SOBRE
PREPARACIÓN DE ALIMENTOS PRE Y POST INFORMACIÓN**



El grado de conocimiento que los pacientes tenían sobre el consumo de sodio y agua fue:

PRE INFORMACIÓN		POST INFORMACIÓN
37,9%	Muy Alto	69,8%
37,9%	Alto	26,4%
17,2%	Aceptable	0,0%
5,2%	Bajo	3,8%
1,7%	Muy Bajo	0,0%

CONOCIMIENTO ALIMENTOS CON SODIO Y AGUA

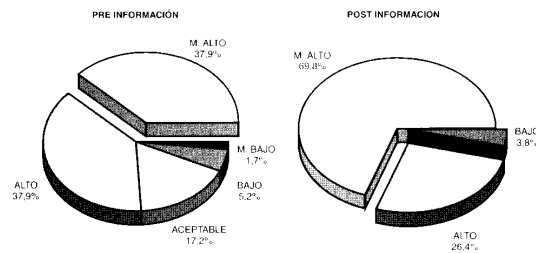


Fig. 6

RESPUESTAS CORRECTAS DE CADA PREGUNTA SOBRE SODIO Y AGUA PRE Y POST INFORMACIÓN

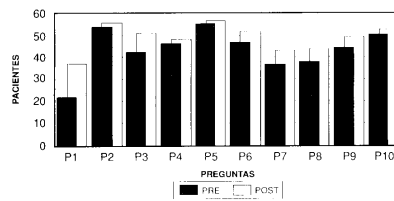


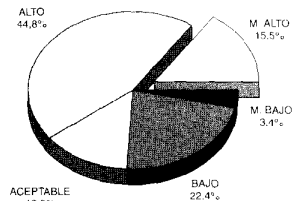
Fig. 6 bis

El grado de conocimiento que los pacientes tenían sobre el potasio fue:

PRE INFORMACIÓN		PRE INFORMACIÓN
15,5%	Muy Alto	71,7%
44,8%	Alto	20,8%
13,8%	Aceptable	5,7%
22,4%	Bajo	1,9%
3,4%	Muy Bajo	0,0%

CONOCIMIENTO ALIMENTOS CON POTASIO

PRE INFORMACIÓN



POST INFORMACIÓN

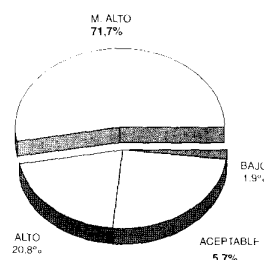


Fig. 7

RESPUESTAS CORRECTAS DE CADA PREGUNTA SOBRE POTASIO PRE Y POST INFORMACION

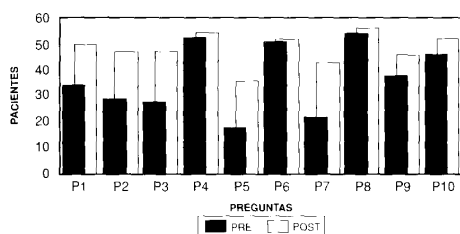


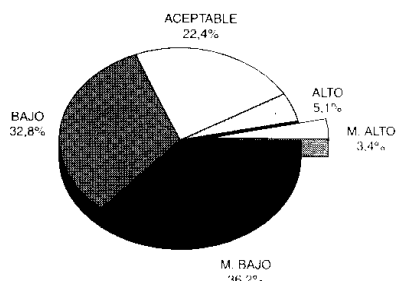
Fig. 7 bis

El grado de conocimiento que los pacientes tenían sobre las proteínas fue:

	PRE INFORMACIÓN	POST INFORMACIÓN
	3,4%	Muy Alto 18,8%
	5,1%	Alto 28,3%
	22,4%	Aceptable 30,2%
	32,8%	Bajo 13,2%
	36,2%	Muy Bajo 9,5%

CONOCIMIENTO ALIMENTOS CON PROTEINAS

PRE INFORMACIÓN



POST INFORMACIÓN

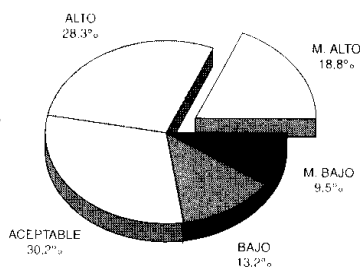


Fig. 8

RESPUESTAS CORRECTAS DE CADA PREGUNTA SOBRE PROTEINAS PRE Y POST INFORMACION

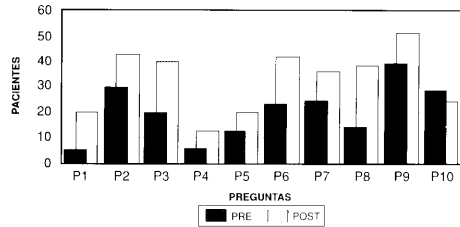


Fig. 8 bis

El grado de conocimiento que los pacientes tenían sobre grasas y carbohidratos fue

PRE INFORMACIÓN		POST INFORMACIÓN
3,4%	Muy Alto	15,1%
5,1%	Alto	22,6%
18,9%	Aceptable	28,3%
34,4%	Bajo	18,8%
37,9%	Muy Bajo	15,1%

CONOCIMIENTO ALIMENTOS CON GRASAS Y CARBOHDRATOS

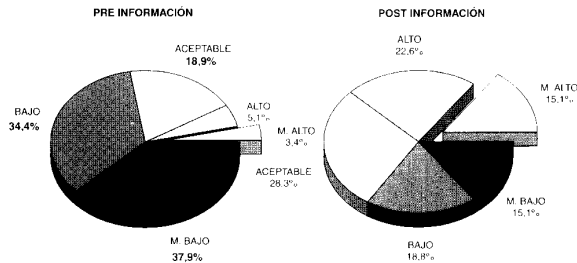


Fig. 9

RESPUESTAS CORRECTAS DE CADA PREGUNTA SOBRE GRASAS Y CARBOHDIRATOS PRE Y POST INFORMACIÓN

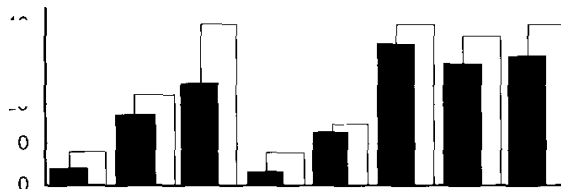


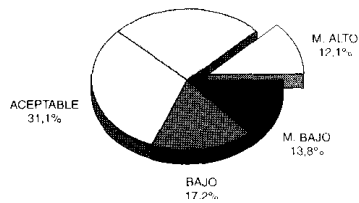
Fig. 9 bis

El grado de conocimiento que los pacientes tenían sobre calcio y fósforo fue:

PRE INFORMACIÓN		POST INFORMACIÓN
12,1%	Muy Alto	41,5%
25,8%	Alto	18,8%
31,1%	Aceptable	16,9%
17,2%	Bajo	15,1%
13,8%	Muy Bajo	5,7%

CONOCIMIENTO ALIMENTOS CON CALCIO Y FOSFORO

PRE INFORMACIÓN



POST INFORMACIÓN

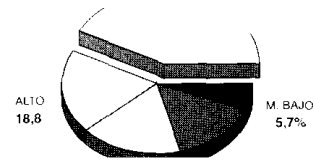


Fig. 10

RESPUESTAS CORRECTAS DE CADA PREGUNTA SOBRE CALCIO Y FÓSFORO PRE Y POST INFORMACIÓN

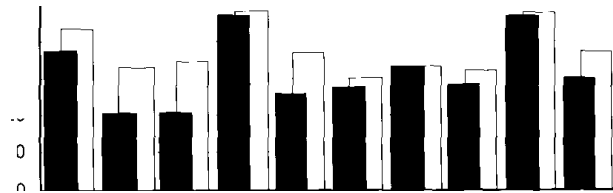


Fig. 10 bis

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para analizar los datos recogidos en este estudio respetaremos las fases en que se ha realizado. En la valoración nutricional realizada mediante encuesta de consumo alimentario observamos que:

La ingesta media en la dieta de energía y proteínas es deficiente en el estudio preliminar, resultando unos índices superiores después del programa informativo.

La distribución media de la ración energética (Figuras 1 y 1 bis) de los pacientes a partir de los principios inmediatos en el estudio pre-información es inadecuada, resultando muy elevada la distribución de grasas y proteínas con respecto a los hidratos de carbono. Estos resultados nos dicen que las proteínas se están utilizando en parte como fuente energética y no en la síntesis proteica que es su principal función. El porcentaje de grasas elevado puede dar lugar a alteración del metabolismo lipídico.

Después del programa educacional mejora la distribución energética, sin ser todavía la ideal para evitar la desnutrición por baja ingesta de hidratos de carbono.

Cuando analizamos por pacientes la ingesta media de calorías y proteínas (Figuras 2 y 3), aparecen un 62% de pacientes que realizan una dieta hipocalórica y un 49% que realizan una dieta hipoproteica. Estos resultados mejoran posteriormente pasando a ser un 41 % los pacientes que hacen una dieta hipocalórica y un 32% hipoproteica.

En el análisis de resultados de la valoración sobre el conocimiento que los pacientes tienen de los alimentos y nutrientes observamos que:

Los resultados en el conocimiento medio general de todos los grupos de la encuesta (Figuras 4 y 4 bis), son aceptables en el estudio preliminar mejorando en el posterior, pero en este apartado tendremos en cuenta que los resultados de unos grupos solapan a los de otros. De ahí que resulte más interesante el análisis particular de cada uno de los grupos.

En la preparación de alimentos (Figuras 5 y 5 bis) destacan los pacientes con un conocimiento alto y muy alto resultando casi el 80% entre ambos. Después del programa podemos decir que los pacientes en su totalidad conocen la preparación de los alimentos.

En el apartado de sodio y agua (Figuras 6 y 6 bis) los resultados son muy parecidos a los del grupo anterior.

Los resultados de la encuesta en el potasio (Figuras 7 y 7 bis) son peores que los anteriores en el estudio preliminar. Encontramos un 22,4% de pacientes con un conocimiento bajo y un 3,4% muy bajo, dato muy negativo dada la trascendencia que este desconocimiento puede suponer para la vida del paciente, más si tenemos en cuenta que las preguntas menos acertadas han sido la P1 y P2. Con el programa educacional los resultados mejoran espectacularmente y sólo un 2% tiene un conocimiento bajo.

Los resultados en los apartados de proteínas y energéticos (Figuras 8 y 9) revelan un gran desconocimiento con valores muy parecidos en ambos grupos: así tenemos un conocimiento muy bajo en proteínas del 36,2% y muy alto solo del 3,4%. En los energéticos ocurre un tanto de lo mismo o peor. Prácticamente casi ningún paciente sabe qué función tienen las proteínas, los carbohidratos y las grasas en el organismo (Figuras 8 bis y 9 bis). En estos apartados los resultados mejoran con el programa pero no tan significativamente como en los anteriores, quizá porque de proteínas y carbohidratos se les había informado poco anteriormente, al contrario que de sodio y potasio que es de lo que más se habla con los pacientes.

Sobre el calcio y el fósforo (Figuras 10 y 10 bis) los resultados están más repartidos en los diferentes grados de conocimiento. En la valoración de las preguntas destacamos la P4 donde vemos que los pacientes conocen y saben cómo deben tomarse los quelantes, por el contrario en la P3 observamos que los pacientes no conocen muy bien qué alimentos tienen que controlar para evitar tener un fósforo alto, con el plan educacional este apartado mejora sensiblemente.

CONCLUSIONES

Hemos encontrado una correlación muy significativa entre los resultados de conocimiento y cumplimiento dietético, previo y posterior al estudio, coincidiendo el desconocimiento que los pacientes tienen en las proteínas y los carbohidratos con la ingesta insuficiente de estos nutrientes en sus dietas. Después del plan educacional los pacientes hacen dietas más equilibradas con un aporte más adecuado en hidratos de carbono, grasas y proteínas.

La valoración nutricional por encuesta alimentaria nos ha parecido un método sencillo y eficaz para evaluar la ingesta y prevenir estados carenciales. Además nos sirve de guía para establecer programas educacionales individualizados,

Un plan de educación sanitaria nutricional continuado apoyado en métodos directos e indirectos como folletos y audiovisuales ayuda y motiva al paciente/familia a conocer y saber preparar los alimentos más adecuados a sus necesidades energéticas.

Si los objetivos dietéticos son diseñados por el nefrólogo o dietista, el personal de enfermería, con una preparación adecuada, debe asumir el apoyo y la ayuda al paciente, motivándolo para que conozca y adquiera habilidades en el manejo de los alimentos que le permitan tomar decisiones beneficiosas para su salud.

AGRADECIMIENTOS: A nuestra amiga Dorina por su ayuda y colaboración realizando los dibujos en los folletos educativos, A todos los compañeros y compañeras de los dos hospitales por su ayuda y colaboración, en especial, cuando se han responsabilizado de nuestras tareas en la unidad para que pudiéramos realizar las encuestas.

ANEXO 1

ALIMENTO	1º DÍA	H	P	G	C	2º DÍA	H	P	G	C	3º DÍA	H	P	G	C	
LÁCTEOS Y DERIVADOS																
CARNES																
PESCADOS																
EMBUTIDOS																
HUEVOS																
CEREALES																
BOLLERÍA																
VERDURAS Y FRUTAS																
GRASAS																
AZÚCAR Y MIEL																
BEBIDAS																

ANEXO 2

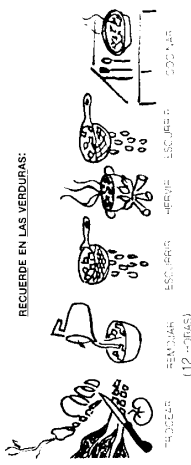
NOMBRE: EDAD: SEXO: T. HD:					
BIEN	MAL	EVL	BIEN	MAL	EVL
PREPARACION DE ALIMENTOS Debe cambiar sus hábitos culinarios bruscamente o poco a poco Como debe hacerse la cocción de las verduras Se puede utilizar el caldo del primer hervor de las verduras Deben tomarse en remojo las verduras antes de su uso Los precocinados enlatados son buenos en su dieta Las sopas de sobre son aconsejables en su dieta La sal común se puede sustituir por la de régimen Como referencia debe medir y pesar los alimentos de vez en cuando Puede emplear en sus guisos las especias para sustituir la sal Debe darle importancia a la presentación de los alimentos			HIDRATOS DE CARBONO Y GRASAS Cual es la función de los hidratos de carbono Alimentos más ricos en hidratos de carbono Puedes tomar arroz o pasta todos los días Conoces los tipos de hidratos de carbono Sabes la función de las grasas El aceite de oliva es bueno en su dieta Puede tomar azúcar igual que una persona no enferma Es bueno tomar miel y mermelada Puede tomar muchos alimentos ricos en grasas y azúcar Consumir muchas grasas sube el colesterol		
SODIO Y AGUA Sabe la cantidad de líquidos que puede tomar al día Los alimentos no líquidos contienen agua Conoces qué alimentos estimulan más la sed Qué tiene más agua los alimentos hervidos o asados Qué tiene más agua el pan tostado o el de día Es aconsejable pesarse en casa todos los días Sabe qué le puede pasar por un exceso de líquido Sabe cómo tomar la medicación y evitar líquidos La sal está en relación con el aumento de peso Los embudidos son ricos en sal			POTASIO Sabe que alimentos son más ricos en potasio Sabe que le puede producir un exceso de potasio Los alimentos congelados tienen más potasio Qué tiene más potasio la fruta en almibar o la natural Algún medicamento ayuda a reducir el potasio Cuántas piezas de fruta se pueden tomar a día La miel tiene un alto contenido en potasio Puede incluir los frutos secos en su dieta Los zumos no naturales tienen poco potasio Los chocolates tienen poca cantidad de potasio		
PROTEINAS Sabe cuál es la función de las proteínas Cita los alimentos más ricos en proteínas Sabe la carne y el pescado que puede tomar al día Conoces los tipos de proteínas Sabe qué es la urea Eufue? tiene más proteínas que las lentejas Las frutas son ricas en proteínas Qué tiene más proteínas la yema o la clara de huevo? Es aconsejable comer carne o pescado todos los días Consumir muchas proteínas sube la urea			CALCIO Y FÓSFORO Qué medicamentos tomas para controlar el fósforo Un fósforo elevado en qué le afectaría a su salud Qué alimentos controlaría para que no suba el fósforo Cuándo debe tomar los quejertes del fósforo Los frutos secos y el chocolate tienen poco fósforo Los alimentos ricos en fósforo son ricos en calcio El calcio alto puede producir cálculos Los productos lácteos en general son ricos en calcio El queso curado tiene menos fósforo que el fresco		

PREPARACIÓN DE ALIMENTOS EN HEMODIÁLISIS

MI COMIDA PUEDE SER APETITOSA Y BARATA SI SE DIFERENCIA A LA DE MI FAMILIA

PERO DEBO SABER QUÉ:

- PRESARE LOS ALIMENTOS DE VEZ EN CUANDO PARA SABER SI LA CANTIDAD QUE TOMO ES LA CORRECTA.
- LAS VERDURAS Y HORTALIZAS LAS TROCEARENTAS Y DEJARENTOS UNAS 12 HORAS EN FRÍO CUBIÉNDOLAS CON AGUA.
- SI LAS VERDURAS Y HORTALIZAS SON PARA COCER, LAS COCERAS JUNTO CON UN POCO DE AGUA Y UN POCO DE SAL, PERO SIN PASTAS NI PASADIZOS.
- SI SU MEDICO LE RECOMIENDA EL USO DE SAL, PUEDE PREPARAR SALSAS CON UN POCO DE SAL PARA EL USO EN LAS COMIDAS, PERO SIN PASADIZOS NI PASTAS NI PASADIZOS.
- HACER UNOS POCOS DE ALIMENTOS QUE REQUIERAN EL USO DE SUS PLANTAS Y VERDURAS FRESCAS.
- NO ES ACONSEJABLE LA LLAMADA SAL DE REGIMEN PORQUE LLEVA POTASIO.
- NO DEBERIA CONSUMIR SOPAS DE SOBRES Y PASTILLAS TIPO AVECREN O MAGGI.
- NO INCLUIRA EN SU DIETA LOS PRECOCINADOS ENLATADOS.



RECUERDE PARA DAR SABOR A LOS ALIMENTOS:



GASOLINERA ENERGETICA

ENERGIA = HIDRATOS DE CARBONO

TODO LOS SERES HUMANOS NECESITAN ENERGIA PARA REALIZAR LAS FUNCIONES DEL CUERPO

- LOS HIDRATOS DE CARBONO SON LA FUENTE PRINCIPAL DE ENERGIA DE NUESTRO CUERPO Y SU CONSUMO NO ESTA LIMITADO EN EL PACIENTE EN HEMODIÁLISIS, POR LO QUE PUEDE CONSUMIRSE CUANTO SE QUIERA, PERO LOS QUE SE RECOMIENDAN SON LOS DE ACCION LENTA O SIMPLES.
- PARA TENER LOS NIVEL DE GLUCOSA EN LA SANGRE EN UN NIVEL NORMAL, DEBE CONSUMIR HIDRATOS DE CARBONO DE ACCION RAPIDA O SIMPLES

SON CONOCIDOS POR SU SABOR DULCE COMO:

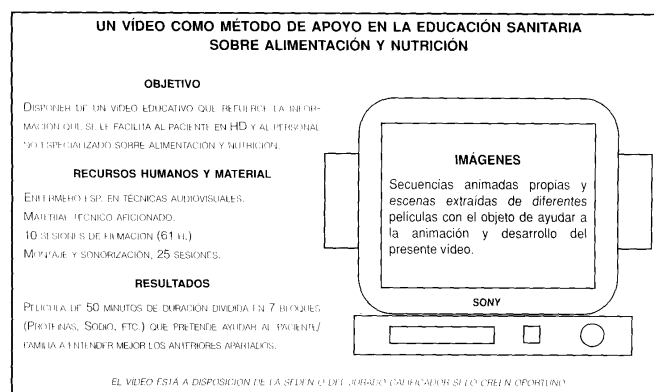
HIDRATOS DE CARBONO DE ACCION LENTA O COMPLEJOS

PERMITEN UN MANEJO MAS BUENO DE LA ENERGIA QUE HORTALIZAS, FRUTAS Y CEREALAS.

DEBE TENER EN CUENTA QUE:

- PUEDE SER BUENO PARA ALGUNOS TIPOS DE DIABETES SI NO ES DIABETICO
- PUEDE SER BUENO PARA ALGUNOS TIPOS DE DIABETES SI NO ES DIABETICO
- PUEDE SER BUENO PARA ALGUNOS TIPOS DE DIABETES SI NO ES DIABETICO

ANEXO 4



BIBLIOGRAFÍA

1. Cervera, P.: Historia de la dietética, Revista ROL Nº 160 Pág 33-38, 1991
- Cervera, P.: Alimentación y dietoterapia interamericana. Pag. 109, 1993.
2. Quemada, M Nutrición e insuficiencia renal crónica BISEDEN, 2ª T Pág.: 25-28, 1995
- Quemada, M.; Sánchez-Casajús, A.: Consumo alimentario de los pacientes en Hemodialisis XIV, Pág 73-79, 1994.
- Bertil Laley Diálisis y estado nutricional, HOSPAL internacional.
3. Susan Juhnston. Estado nutricional, su valoración Revista ROL. Nº 122. Pág. 65-68 1988
4. Cervera, P.; Alimentación y dietoterapia Pág : 240-244
- Gomez, P., Larralde, J.: La terapia dietética en la IRC M Integral, Vol. 21 Nº 2 Pág, 66-69, 1993.
- Vrelaa, G., Tablas de composición de alimentos I. de Nutrición del CSIC Madrid 1980
5. Sanjuan, P.; Ronda, M.J.; Liesa, A.; Fábregas, M.; García, C.; Martínez, G.; Guillen, A.; Andrés, J. E.: del hábito dietético previo a la indicación dietética como medida terapéutica, SEDEN. Pág 136-138. 1988
- López, M.; Toronjo, A Mª.; González, M.D.; Martínez, Mª.T.; Castaño, O.: ¿Qué sabemos sobre Estudio efectuado en Huelva. Rev. ROL, Nº 195 Pág. 31-35 1994 López Santos, V, Evaluación del nivel de conocimiento en alimentación de la población andaluza de salud pública. Granada, 1987
6. Salleras, S.: Educación sanitaria, principios métodos, y aplicaciones. D. De Santos, 1985
- Noriega, C, Alimentación en Hemodiálisis SEPRISA, 1992.
- Ramirez, J.; Pons, R.; Blasco, C.; Cairó, E.; García, M.; Jimenez Mª. I.; Jimenez, Mª J. Liesa A.; Lupel M.; Mane, M.; Marcet, M.; Marquina, D.; Moya, O.; Padilla J.; Pere O.; Ramirez, N.; Sulano, M.; Vinuesa, X.; Yuste, E.: Diseño y evaluación de un protocolo de acogida, información y educación a pacientes con IRCT en programa de Hemodiálisis SEDEN Pág. 152-160, 1995
- Cibanal, L.: Interrelación del personal de enfermería con el paciente DOYMA Barcelona 1991.
- Clemente, P.; Picó, L.: La educación sanitaria del paciente y/o familia BISEDEN. III T. Pág. 18-22 1990. Universidad de Alicante. Apuntes del curso de especialización en técnicas audiovisuales. 1991-92.