

Mundo vegetal y enfermedad renal crónica: ¿riesgo o beneficio?

Almudena Pérez-Torres^{1,2,3}

¹ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario La Paz. IdiPaz. Madrid. España

² Unidad de Nutrición. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. España

³ Miembro del Grupo de Nutrición de la SEN

Como citar este artículo:

Pérez-Torres A. Mundo vegetal y enfermedad renal crónica: ¿riesgo o beneficio? *Enferm Nefrol.* 2022;25(2):110-12

Correspondencia:

Almudena Pérez Torres
aperezts@salud.madrid.org

INTRODUCCIÓN

La alimentación juega un papel esencial a lo largo del proceso de Enfermedad Renal Crónica (ERC), siendo una de las principales bases de su tratamiento. Ya en los estadios iniciales, las dietas bajas en proteínas ayudan a disminuir la progresión de la enfermedad renal y también se asocian a la mejoría del perfil lipídico y de la acidosis metabólica, sin olvidar que contribuyen a la disminución de los niveles de fosfato sérico y a la mejoría de los niveles de glucosa e insulina¹. Por otra parte, los estados de malnutrición, a lo largo de todo el proceso de enfermedad se relacionan con mayor número de infecciones, peor estado anímico, más fragilidad y mayor morbi-mortalidad².

Con todos estos datos que nos aporta la bibliografía, a veces nos olvidamos del verdadero papel de la alimentación a lo largo de la vida; la alimentación no solo se relaciona con mejores datos de salud en cualquier tipo de población, sino también, representa una de las principales fuentes de disfrute diario, "comer es un placer". En nuestra cultura celebramos con comida, mostramos amor y cuidado a los otros mediante la elaboración de un buen plato, una paella, un cocido..., es fuente de relación y de sociabilidad, quedar a tomar una refresco o un café, es un momento de respiro y desahogo con amigos. Sin embargo, parece que a veces todas estas funciones se nos olvidan en el tratamiento dietético de este colectivo de pacientes.

Alimentación en enfermedad renal vs población general

La principal característica, según mi opinión, de la alimentación a lo largo de la ERC es el DINAMISMO. Las recomendaciones nutricionales son diferentes en cada etapa. A veces los pacientes evolucionan tan rápidamente que no nos da tiempo a hablarles de los cambios alimentarios al pasar de una etapa

a otra, y a ellos no les da tiempo a integrar en sus hábitos alimentarios tantos cambios dietéticos como les proponemos. La mayoría de las veces, las recomendaciones dietéticas que damos se encuentran unidas a la palabra restricción, con la consiguiente pérdida de libertad en la elección alimentaria, y por tanto, una pérdida en su proceso.

Actualmente, el mundo de la enfermedad renal está en proceso de cambio. Por ejemplo, en relación a la ingesta de potasio y fósforo dietético, nos indican que solamente es necesario restringirla si los niveles sanguíneos de dichos iones se encuentran alterados³. Si recordamos, tanto el fósforo como el potasio inorgánico, presentes en los aditivos, representan una de las principales fuentes alimentarias de estos minerales; por lo que las últimas recomendaciones van encaminadas a la disminución de los alimentos en los que se encuentran presentes, principalmente los productos ultraprocesados.

La última actualización de las recomendaciones nutricionales para población española, recomienda el patrón de Dieta Mediterránea como mecanismo de disminución de factores de riesgo de enfermedades crónicas, neurodegenerativas y ciertos tipos de cáncer; basándose principalmente en el elevado consumo de frutas y verduras, pescado y cereales integrales, junto con un consumo moderado a bajo de carnes rojas, grasas saturadas, y alimentos ultraprocesados con un alto contenido de sal y/o azúcar⁴. También refieren que el patrón *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) y la dieta alcalina presentan dichas características.

Si consultamos las últimas recomendaciones para la población renal, también nos indican que la Dieta Mediterránea y la dieta alcalina son patrones alimentarios aptos. Cada vez es mayor el número de publicaciones científicas que nos hablan de los beneficios de la inclusión de vegetales en la alimentación de los pacientes renales, recomendando la utilización

de dietas basadas en vegetales en cualquier etapa de la ERC. Estas dietas (dieta DASH o dieta mediterránea) recomiendan un alto consumo de alimentos vegetales (frutas, verduras, nueces, semillas, aceites, cereales integrales y legumbres), incluyendo o no cantidades pequeñas o moderadas de carne, pescado, huevos y lácteos. Los principales beneficios de esta dieta en las personas con ERC son⁵:

- Los vegetales son la única fuente de fibra dietética, la fibra ayuda a cambiar la composición de la microbiota hacia la síntesis de compuestos antiinflamatorios y la reducción de toxinas urémicas.
- Las grasas vegetales, en concreto el aceite de oliva virgen extra, son antiinflamatorias y antiaterogénicas.
- Las dietas altas en vegetales tienen una carga reducida de ácido, frenando la acidosis metabólica y retrasando la progresión de la ERC.
- El fósforo vegetal presenta una menor biodisponibilidad que el fósforo animal, por lo que los alimentos vegetales altos en proteína estarían muy recomendados.

Actualmente no existe evidencia en relación a la biodisponibilidad del potasio alimentario por lo que, a falta de este dato, se puede asumir, al igual que ocurre con el fósforo, que su biodisponibilidad será menor en productos integrales.

Sin embargo, a pesar de que la evidencia parece indicarnos que las recomendaciones en la población general y en la enfermedad renal, siguen un mismo camino, aún encontramos resistencias a realizar cambios en nuestra manera de trabajar la alimentación; a veces porque los miedos son mayores que lo que nos empieza a indicar la evidencia.

Inclusión de vegetales en la ERC

Es verdad, que todavía no existe ningún estudio clínico que ponga de manifiesto que los pacientes que disminuyen la ingesta de potasio inorgánico (aditivos) sin restricción de vegetales (potasio orgánico) disminuyan las cifras de potasio sérico, pero también es verdad, que los estudios existentes indican que los pacientes con más consumo de frutas y verduras no presentan valores de potasio más elevados⁶.

Aún son muchos los profesionales que consideran que los valores de potasio sanguíneo dependen solo de lo que se ingiere, sin embargo, en la actualidad sabemos que estos valores dependen de muchos otros factores.

El consumo de ciertos medicamentos, como algunos antihipertensivos, producen un aumento en las cifras de potasio. El estreñimiento, tan frecuente en los pacientes con enfermedad renal, es otro de los factores asociados al aumento de potasio en sangre, debido principalmente a que aumenta su absorción a nivel colónico. No podemos olvidar, que la eliminación de potasio en el organismo se produce vía renal y mediante las heces. Si analizamos el estreñimiento con detenimiento, conocemos que se encuentra agravado por la presencia de ciertos medicamentos, así como la disminución de ingesta hídrica y de fibra, todos presentes en nuestros pacientes.

Los ayunos prolongados, también se asocian a aumento del potasio, por liberación de este ión al componente extracelular.

En el paciente diabético, el mal control metabólico es otro de los factores responsables del aumento de los valores sanguíneos de potasio.

Sin embargo, a pesar de que conocemos muchos factores que pueden favorecer el aumento de los valores de potasio en sangre, cuando estos se encuentran alterados, recurrimos a la restricción de alimentos vegetales entre otros productos, sin considerar que disminuyendo este grupo alimentario contribuiremos a la presencia de mayor estreñimiento, y por tanto un peor control metabólico de la glucosa en los pacientes, agravando un poco más la situación del paciente renal⁷.

Con toda la evidencia actual existente, deberíamos ir poco a poco, y antes de restringir un alimento, pararnos a pensar en el tan conocido riesgo-beneficio. Comencemos a diseñar estrategias de intervención nutricional para el manejo del potasio dietético, siempre desde el prisma de la prevención antes que desde el de la restricción.

A modo de ejemplo, podríamos seguir el siguiente guión:

- Considerar intervenir sobre el potasio sólo si los valores se encuentran alterados.
- En caso de niveles altos de potasio:
 - Valorar presencia de estreñimiento y corregir.
 - Prestar atención al tratamiento farmacológico.
 - Disminuir la presencia de ayunos prolongados.
 - Disminuir fuentes de potasio inorgánico (E202, E224, E252, E332, E336, E402, E450, E451, E508, E622, E628 y E632).
 - Comenzar por utilizar técnicas culinarias que ayuden a la disminución del contenido de potasio de los alimentos (remojo, congelación, cocción). Es preferible llevar a cabo estas técnicas en lugar de eliminar ciertos alimentos. Intentar favorecer la integración del hábito alimentario frente a la imposición de éste.
 - Disminuir el consumo de fuentes de potasio orgánico, solamente si es necesario, y si las otras medidas anteriores, no son eficaces en el manejo de los valores de potasio sérico. Comenzar la restricción por alimentos menos saludables, frente a frutas, verduras y legumbres. Por ejemplo, es preferible mantener el consumo de frutas y verduras, antes que el de chocolate; aunque reconozco ser defensora de la onza de chocolate.

En relación a los alimentos integrales, la bibliografía sugiere que la biodisponibilidad de potasio es baja, pero no existe evidencia al respecto. Basándome en mi experiencia, los mantengo si el paciente los consume habitualmente, pero si el paciente presenta potasio o fósforo elevado no los introduzco en su alimentación, a menos que los tuviera integrados en su patrón alimentario, en tal caso los mantengo y no los elimino. Hay veces que mis miedos pueden a la evidencia, y

olvido que son los productos integrales la principal fuente de fibra insoluble en la alimentación.

A partir de todo lo expuesto y contrario a la práctica habitual, debemos considerar la introducción de alimentos vegetales para el correcto tratamiento de esos factores, que aún muchos desconocen, y que contribuyen de forma importante en el aumento de los niveles séricos de potasio. De esta manera contribuiremos a una mejor salud de nuestros pacientes y no solo a unas mejores cifras de potasio en sangre, y que hasta ahora se ha estado consiguiendo a costa, por ejemplo, de la producción de estreñimiento y del empeoramiento de la flora intestinal.

Me gustaría concluir esta editorial utilizando el lema de la Fundación Renal ALCER "Persona renal, persona real", para invitar a los lectores a reflexionar sobre la importancia de encontrar similitudes entre las personas con enfermedad renal y la población general, de tal manera que, poco a poco vayamos disminuyendo las restricciones, e introduzcamos una mayor variedad de alimentos en el menú de estas personas.

Conflicto de intereses:

La autora declara que no tienen conflictos de intereses potenciales relacionados con los contenidos del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ko GJ, Obi Y, Tortorici AR, Kalantar-Zadeh K. Dietary protein intake and chronic kidney disease. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2017;20(1):77-85. <https://doi.org/10.1097/MCO.0000000000000342>.
2. Ikizler TA, Cano NJ, Franch H, Fouque D, Himmelfarb J, Kalantar-Zadeh K, et al. International Society of Renal Nutrition and Metabolism. Prevention and treatment of protein energy wasting in chronic kidney disease patients: a consensus statement by the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. *Kidney Int*. 2013;84(6):1096-107. <https://doi.org/10.1038/ki.2013.147>.
3. Ikizler TA, Cuppari L. The 2020 Updated KDOQI Clinical Practice Guidelines for Nutrition in Chronic Kidney Disease. *Blood Purif*. 2021;50(4-5):667-71. <https://doi.org/10.1159/000513698>.
4. Aranceta-Bartrina J, Partearroyo T, López-Sobaler AM, Ortega RM, Varela-Moreiras G, Serra-Majem L, et al. Updating the Food-Based Dietary Guidelines for the Spanish Population: The Spanish Society of Community Nutrition (SENC) Proposal. *Nutrients*. 2019;11(11):2675. <https://doi.org/10.3390/nu11112675>.
5. Carrero JJ, González-Ortiz A, Avesani CM, Bakker SJL, Bellizzi V, Chauveau P, et al. Plant-based diets to manage the risks and complications of chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol*. 2020;16(9):525-42. <https://doi.org/10.1038/s41581-020-0297-2>.
6. Clegg DJ, Headley SA, Germain MJ. Impact of Dietary Potassium Restrictions in CKD on Clinical Outcomes: Benefits of a Plant-Based Diet. *Kidney Med*. 2020;2(4):476-87. <https://doi.org/10.1016/j.xkme.2020.04.007>.
7. Yamada S, Inaba M. Potassium Metabolism and Management in Patients with CKD. *Nutrients*. 2021;13(6):1751. <https://doi.org/10.3390/nu13061751>.



Artículo en **Acceso Abierto**, se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>