

## Bibliografía Comentada

Enrique Limón

Programa Vigilancia de las Infecciones Nosocomiales (VINCat) en Cataluña

**Ceccarelli C, Castner D, Haras M. Advance care planning for patients with chronic kidney disease -why aren't nurses more involved? Nephrol Nurs J. 2008; 35:553-557.**

**PALABRAS CLAVE:** NEFROLOGÍA, MIEDOS, PLAN DE CUIDADOS

Todas las enfermeras expertas en nefrología tienen claro conceptualmente que hay que implicar al paciente en las actividades al estructurar los planes de cuidados. Pero esta implicación, que en teoría es relativamente fácil se muestra extremadamente compleja en la realidad del día a día. Este artículo explora los miedos y las incertidumbres a los que se enfrenta la enfermera que trabaja en nefrología cuando tienen que pactar con las personas a las que cuida. Trabajar conjuntamente con los pacientes implica una serie de acuerdos y pactos que en la mayoría de los casos son positivos, pero también pueden ser fuente de frustraciones y desacuerdos. Los pacientes con patología renal crónica son personas muy involucradas en sus propios cuidados, y valoran muy positivamente tener capacidad de decisión sobre su propia salud. Lo que se expresa en este artículo es la necesidad de planificar todo el plan de cuidados y no únicamente una parte de las técnicas. La negociación tiene que implicar también a los cuidadores y al entorno de soporte de estos pacientes para ser efectiva. Muchas enfermeras, tal y como se describe en el estudio, encuentran incluso perturbador el tener que incluir a los pacientes en la gestión de los cuidados. Lo que se discute en este artículo es un cambio en el paradigma enfermero que no afecta únicamente a las enfermeras que trabajan en nefrología sino a todo el colectivo. Los pacientes, al tener un mayor acceso a las fuentes de información, han pasado de un rol pasivo en la toma de decisiones a un rol cada vez más activo en la gestión de su salud. Las enfermeras tienen que asumir esta realidad y aprender a gestionar los cuidados conjuntamente con las personas a las que cuidan. Las enfermeras expertas en nefrología

debe reflexionar sobre que tipo de relación debe y quiere tener con las personas a las que proporciona sus cuidados y luchar, tal y como se describe en el artículo con sus propios miedos y limitaciones para asumir su liderazgo en la gestión de los planes de cuidados.

**Limrick C, McNichols-Thomas C. Anemia and mineral bone disorder in chronic kidney disease: a review of the current literature and implications for clinical nursing practice. J Ren Care. 2009; 35 Suppl 1:94-100.**

**PALABRAS CLAVE:** HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO, ANEMIA

El hiperparatiroidismo secundario, su siglas en inglés serían "SHPT" (Secondary hyperparathyroidism), es uno de los factores que tienen más relación con la presencia de anemia en los pacientes con enfermedad renal crónica y con efectos negativos sobre su tratamiento. Esta forma de hiperparatiroidismo está directamente relacionada con las anomalías derivadas de las alteraciones en el metabolismo mineral óseo. Se han propuesto cinco posibles mecanismos acerca de cómo el SHPT se relaciona con la presencia de anemia. El estudio que presentamos considera cada uno de estos mecanismos y las opciones relacionadas con el tratamiento. Los autores repasaron, incluso, las implicaciones de los agentes estimulantes prescritos con la eritropoyetina. La anemia y la presencia de hiperparatiroidismo secundario son predictivos de complicaciones cardiovasculares y de altas tasas de mortalidad en los pacientes con enfermedad renal crónica. El cuidado enfermero de este grupo de pacientes debe, por consiguiente, entender estos procesos para poder detectar a tiempo la posible aparición de hiperparatiroidismo secundario. Los autores lo que pretenden en este escrito es llamar la atención sobre un problema que es en muchos casos silente y que puede derivar en grandes complicaciones para nuestros pacientes.

**Alvaro E, Siegel J, Turcotte D, Lisha N, Crano W, Dominick A. Living kidney donation among Hispanics: a qualitative examination of barriers and opportunities. Prog Transplant. 2008; 18:243-50.**

**PALABRAS CLAVE: DONANTE VIVO, POBLACIÓN HISPANA.**

El sistema español de trasplantes es modélico pero tiene su gran asignatura pendiente en los injertos de donante vivo que no llegan al 2%, cuando varios países europeos rondan el 15-20% y EE.UU. el 40%. Los nuevos avances implican que ya no hay necesidad de una alta compatibilidad histológica de los tejidos orgánicos. El problema radica en nuestra población, por sus características sociodemográficas, la demanda y la oferta de órganos van desacompañadas. Cada vez se necesitan más riñones en enfermos jóvenes pero lo que crece es la disponibilidad de órganos de cadáver de gente mayor, de los que rara vez se pueden beneficiar aquellos pacientes de menos edad. Existe pues la necesidad de concienciar a los familiares y a los profesionales de la nefrología para aumentar el injerto de donante vivo. Las características sociodemográficas de los países van cambiando y en España hemos tenido unos años con una gran inmigración. Estas personas ahora son una población diana tanto en la donación como en la recepción de órganos. En EEUU existe una gran experiencia en el trabajo con comunidades culturales diferentes. En España esta experiencia es limitada de ahí la importancia de este artículo en que nos describen metodologías para entender grupos culturales diferentes dentro de un mismo estado. En un contexto en el que la demanda de órganos aumenta cada año, las percepciones que pueden

influir sobre los donantes y los receptores son muy importantes. La investigación tenía como objetivo determinar las percepciones de los norteamericanos de origen hispano sobre los injertos de donante vivo y cómo vivían todo el proceso de solicitar una donación. Los investigadores pretendían determinar las percepciones de los hispanos con respecto a las barreras y los beneficios de ser donante para poder trabajar con estas limitaciones. Para ello se utilizó una metodología cualitativa que consistía en trabajar con grupos focales, diez grupos en total, recogiendo la información en dos sesiones. Se eligió una muestra de población hispana, todos adultos de la zona de Tucson, Arizona, una zona de Estados Unidos con una importante presencia de este grupo cultural. Las barreras principales a ser donante vivo eran su desconocimiento sobre las posibles repercusiones y el miedo a los actos quirúrgicos del proceso de la donación. Como efectos positivos lo más destacable que describieron las personas entrevistadas era saber que gracias a esa acción se ha mejorado la calidad de vida de otra persona o se ha contribuido a salvar una vida. La mayoría de los participantes hizo hincapié en la complejidad de pedirle a un pariente que fuese un donante vivo si ellos estuvieran en riesgo vital. Se describen dos características principales en las personas que eran receptivas: un gran deseo de lucha vital en situaciones de riesgo y una gran preocupación por la familia. El injerto de donante vivo en situaciones de riesgo vital lo veían como un proceso necesario a pesar de las dificultades y preocupaciones por el proceso. Una minoría significativa de participantes indicó que ellos no pedirían una donación, por miedo a que otros sufrieran daños por su culpa o por crear obligaciones o expectativas en sus familiares.