

CARTAS AL DIRECTOR

Ferroterapia intravenosa: Una actividad más de la enfermería prediálisis

P. García Velasco, Ma. V. Miranda Camarero,
A. García Merino, S. Sánchez de la Torre,
E. Álvarez Zarate

*Servicio de Nefrología. Unidad de Diálisis.
Hospital Universitario de La Princesa de Madrid*

Correspondencia:
R García Velasco
Servicio Nefrología
Hospital de la Princesa
Diego de León, 62
28006-MADRID

Señora directora:

Nuestra consulta Prediálisis se compone, en la actualidad, por un Nefrólogo y una enfermera componente de la enfermería responsable de Hemodiálisis.

La consulta funciona un día semanal, aunque diversas actividades demandan que se amplíe a otros días de la semana en el horario que lo permita la actividad de la enfermera.

Nos propusimos valorar la utilidad de la Ferroterapia I.V. en pacientes en fase prediálisis (con aclaramiento de creatinina <20 ml/min) con ISS<20% y/o Ferritina <200 para mejorar la anemia.

En la consulta, desde enero de 1998 a mayo de 1999, se han tratado 22 pacientes con anemia y que cumplían criterios de indicación de Ferroterapia I.V según el Protocolo de nuestro servicio para pacientes en esta fase.

La Ferroterapia I.V comenzó a administrarla la enfermera responsable de la consulta pero dado que el número de pacientes aumentaba en base a los buenos resultados del tratamiento, acordamos con la Unidad de Medicina Ambulatoria (UMA) la administración de la misma en dicha unidad e ideamos un carnet de registro y seguimiento de la ferroterapia, en dicho carnet personal consta la fecha, pauta y la próxima cita para el tratamiento.

Se utilizó gluconato ferroso (62,5 mg/ampolla) a dosis de 1 ó 2 ampollas disueltas en 100 cc de suero salino isotónico a pasar en 45 minutos. A todos los pacientes y previo a la primera administración se les infundió, como prueba, 2 cc de la disolución y se esperó 15 minutos para comprobar posibles reacciones adversas.

Se administró cada 8,15 ó 30 días según controles analíticos periódicos, si bien en la actualidad se intenta, en los casos de I.R.C. muy avanzada, administrarlo una vez al mes en el brazo no dominante y en venas distales para preservar vasos de futuros accesos vasculares.

En el seguimiento se valoró el déficit real o funcional de Hierro, así como Corpuscular, así como analítica habitual de la consulta prediálisis y sintomatología acompañante.

Las alternativas consideradas fueron:

- Ferroterapia I.V. sola, en casos de déficit intenso de hierro o anemia moderada con Hierro bajo. Se realizó en 7 pacientes.
- Ferroterapia I.V como paso previo o simultánea a la administración de Eritropoyetina (E.RO.) subcutánea. Se realizó en 15 pacientes.

En todos los casos la mejoría de la anemia fue evidente, 4 pacientes, en el periodo de seguimiento, mejoraron sin necesitar tratamiento con E.RO. por corrección adecuada de la anemia. En el resto la Ferroterapia I.V. resultó útil para conseguir un nivel de Fe, saturación y depósitos (medidos por ISS y ferritina) en un plazo más corto que el que teóricamente hubiéramos necesitado por vía oral y con mejor tolerancia por parte del paciente. En algunos

casos fue necesario disminuir las dosis iniciales de E.R.O. Ningún paciente presentó reacción con la Ferroterapia I.V.

Ventajas de la Ferroterapia I.V:

- Buena tolerancia y mejoría subjetiva del paciente.
- Mayor rapidez en la reposición de depósitos.
- Control de la anemia sin necesitar suplementos de EPO y optimización de la dosis de ésta.
- Confirma que la enfermería es fundamental en la consulta prediálisis.

Concluyendo:

- 1.- La administración de Ferroterapia I.V en pacientes en fase prediálisis mejora su calidad de vida, controlando su anemia hasta la entrada en terapia sustitutiva.
- 2.- La actividad de enfermería conlleva el seguimiento de la Ferroterapia I.V, así como el inicio del entrenamiento y control en la administración de EPO dentro del programa de autocuidados del paciente renal.