

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA ADMINISTRACION DE HIERRO EN PACIENTES EN HEMODIALISIS AMBULATORIA

M.^a J Ronda, A. Guillén, M. J. Abril, E Bufl, C. González, C. Fortuny, E Sarabia, R. Mora, N. Vergara, N. Pinart, C. Gil

Centro de Diálisis. 1nstituto Médico Barcelona". Barcelona

INTRODUCCION

El paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) sometido a tratamiento sustitutivo mediante Hemodiálisis periódica (HID) padece numerosas alteraciones en su estado de salud, unas derivadas de la propia enfermedad, y otras de las diferentes terapias y tratamientos específicos que es necesario aplicar para intentar restablecer su equilibrio.

Una de las complicaciones más frecuentes en el paciente en programa de HD es el déficit de hierro, que favorece la disminución de la eritropoyesis y la efectividad de la EPO, en caso de que no haya un aporte periódico adecuado.

El tratamiento con hierro tanto en preparaciones para ser administradas por vía oral como por vía endovenosa no esta exento de complicaciones y efectos secundarios, requiriendo un plan de cuidados específicos de seguimiento durante todo el proceso .

OBJETIVO

El personal de enfermería en constante relación con el paciente de HD, es consciente de que el éxito de cualquier terapia depende tanto de que se aplique la técnica correcta como de la información y educación previa y de soporte psicológico que se preste al individuo, por lo tanto, el objetivo de nuestro estudio ha sido mejorar y valorar el grado de aceptación, colaboración y seguimiento por parte del paciente a nivel individual y global ante diferentes preparados de hierro como coadyuvante del tratamiento de la anemia de los enfermos renales.

MATERIAL Y METODOS

Se inicia el estudio en mayo de 1992 con un total de 38 pacientes, 13 mujeres y 25 hombres, de los cuales 18 abandonan el tratamiento (2 éxitus, 6 traslados, 4 trasplantes, 4 por negativa del paciente, 2 por intolerancia).

Las edades oscilan entre 35 y 82 años, con una media de 56.19 años.

La x de edad para los hombres es de 55 años (35-82) y la x de edad para las mujeres es de 58.28 años (42-79).

Todos ellos afectos de IRCT en programa de HID periódica con un tiempo de permanencia en HID de 2 a 15 años (x=6.5 años).

Las patologías de base se distribuyen de la siguiente forma:

- No filiada: 10
- Amiloidosis : 1
- Pielonefritis por reflujo vesico-ureteral: 2
- Síndrome de Alport: 1-
- Nefropatía proliferativa mesangial: 1
- Poliquistosis: 2
- Glomerulonefritis proliferativa mesangial: 1
- Hipertensión arterial: 4
- Síndrome hemolítico urémico: 1

Los parámetros estudiados (analíticos, dialíticos, complicaciones), se recogieron en una gráfica creada para tal fin.

Todos los pacientes están sometidos a tratamiento con hierro según dosis terapéuticas equivalentes de la siguiente forma:

- Grupo A (13 enfermos): Ferrocianato 175 mg. 2-3 v./día, viales por vía oral. Grupo B (13 enfermos): Cation hierro 4,4 mg, 5 comprimidos post HD. Grupo C (12 enfermos): Sulfato ferroso 270 mg (80 mg Fe). 2 cdos/día.
- Grupo D (11 enfermos): Gluconato férrico endovenoso, 62.5 mg/semana post HD.

Todos los pacientes tenían en común niveles plasmáticos de hierro indicadores de anemia ferropénica pura.

La metodología seguida para intentar conseguir la mejor predisposición de los pacientes fue:

Información previa al inicio de tratamiento de los efectos tanto beneficiosos como nocivos del mismo.

Refuerzo periódico de la información según necesidades y requerimientos individuales de cada paciente.

Interrogatorio periódico sobre la aparición de efectos secundarios.

Insistencia sobre los pacientes que se mostraban reacios a seguir el tratamiento para intentar disipar sus dudas y aumentar su confianza en la terapia.

Durante el tratamiento con hierro por vía endovenosa, tanto las acciones descritas como los controles de enfermería se intensificaron por dos razones: aumento de la inquietud de los pacientes y posibilidad de aparición de reacciones secundarias de mayor gravedad.

DISCUSION

Es tarea recogida en el Marco de Funciones de Enfermería Nefrológica", el planificar, administrar y controlar la terapia prescrita como parte de la función asistencia; de; paciente hospitalizado, pero cuando este paciente está siendo sometido a un tratamiento que es administrado en un régimen mixto, frecuentemente no se ha encontrado correlación entre las dosis prescritas y los resultados obtenidos, especialmente en aquellos pacientes que deben tomar su medicación fuera de; centro de diálisis y sin el control directo de enfermería, por lo

que son muchas las ocasiones en que las dosis, los preparados o las vías de administración son modificados en busca de mejores resultados, sin haber verificado si se había cumplido o no con la prescripción anterior.

Por dicho motivo nuestro grupo decidió poner en práctica un plan de atención para verificar y garantizar la administración de las dosis prescritas. Sin la citada premisa creemos que es absolutamente imposible efectuar cualquier otro tipo de valoración con el suficiente rigor.

Esto podría hacerse extensivo a toda la medicación susceptible de administrarse durante la sesión, y no solamente en el caso concreto del hierro.

Creemos que otro importante factor a tener en cuenta es la interacción que se da frecuentemente entre los pacientes de diálisis, y que puede llegar a ejercer mayor influencia entre los mismos que la del propio equipo de salud.

Por ello, corresponde a enfermería aportar instrumentos que permitan garantizar y monitorizar la administración de medicamentos aunque éstos deba tomarlos el paciente fuera del Centro de Diálisis.

RESULTADOS

Correspondería a otro estudio valorar la eficacia de los distintos preparados de hierro y sus vías de administración, así como sus posibles efectos secundarios, al tiempo de se analizan los múltiples factores que intervienen en el tratamiento de la anemia nefrogénica.

No obstante en el transcurso de nuestro trabajo hemos podido constatar que los niveles de ferritina plasmática aumentan correctamente ante la administración de cualquier preparado de hierro a pesar de que alguno de los preparados los toma el paciente fuera del Centro de Diálisis. (Tabla 1, Fig.1).

Cálculo de las medias de niveles de Ferritina.

	x0	dt	xl	dt
Catión hierro oral n=7	37.14	17.02	57.71	37.82
Ferrocianato oral n=6	54.83	24.16	74.16	2319
Sulfato ferroso oral n=6	37.16	27.91	55.66	21.53
Gluconato férrico ev n=5	47.2	30.26	116.8	55.67

T de Student en la comparación de medias:

Catión hierro oral	1.3122	p = 0.214	(n/s)
Ferrocianato oral	1.4048	p = 0.190	(n/s)
Sulfato ferroso oral	1.2852	p = 0.227	(n/s)
Gluconato férrico ev	2.4561	p = 0.039	(< 0.05)

T de Student en datos apareados para niveles de Ferritina:

Catión hierro oral	n = 7	-5.232	p = 0.0010
Ferrocianato oral	n = 6	-5.075	p = 0.0019
Sulfato ferroso oral	n = 6	-2.873	p = 0.0174
Gluconato férrico ev	n = 5	-3.229	p = 0.0160

TABLA-I

A destacar la mayor respuesta obtenida con la administración de gluconato férrico por vía endovenosa, si bien no se traduce en un aumento espectacular del hematocrito ni de hemoglobina que en alguno de los pacientes muestra cierta tendencia a descender, fruto sin duda de otros factores que no hemos contemplado. (Figs. 2 y 3).

CONCLUSIONES

El presente estudio pone en evidencia la importancia del rol de la enfermería al establecer una metodología de información que mejora la predisposición del paciente frente al tratamiento y al instaurar mecanismos de verificación que permitan garantizar la administración de la terapia.

La administración de hierro con distintos preparados a pacientes en Hemodiálisis ha permitido tratar la ferropenia sin efectos secundarios y resultados analíticos satisfactorios.

AGRADECIMIENTOS:

A Joan Andrés por su colaboración en el presente trabajo.