Reflexiones de Enfermería presentadas en la Mesa Redonda «Cuidados de Enfermería en el tratamiento de la anemia nefrogénica con EPO»

Mesa Redonda

ANNA MARTI I MONROS

El Comité Organizador del último Congreso de la SEDEN, que se celebró como todos sabéis en Platja d'Aro, tuvo la gentileza de invitarme a participar en la mesa redonda que con el título de «Cuidados de Enfermería en el tratamiento de la anemia nefrogénica con Eritropoyetina» se iba a desarrollar en el mencionado Congreso.

El título de la mesa no podía ser más sugerente, y viniendo la invitación de la SEDEN no dude ni un momento en aceptar. Conociendo quienes iban a ser los otros participantes, la descripción fármacotécnica de lo que es la eritropoyetina (EPO), sus indicaciones médicas, forma de administrarla y resultados en pacientes renales estaba plenamente garantizada, por lo que yo me decidí a reflexionar sobre otros aspectos, tales como: por qué del actual revuelo con la EPO, y el supuesto papel protagonista de Enfermería.

La EPO no puede ser considerada un simple fármaco, pues al incidir de forma cualitativa y cuantitativa en uno de los problemas más importantes de los pacientes renales, como es la anemia, va a conseguir que en la historia de la Nefrología se hable de un antes y un después de la EPO. No nos podemos olvidar de que este fármaco «resuleve» el gran problema de la anemia, anemia que es considerada por la mayoría de los pacientes en diálisis como la «bestia negra» por lo limitante y empobrecedora de su calidad de vida. También hay que tener en cuenta que la EPO es un tratamiento polémico y esperado ansiosamente, incluso ha sido el tema estrella en jornadas de pacientes, pero a pesar de los muy buenos resultados algunos pacientes esperaban más. Parece ser que se va a administrar restrictivamente y en la actualidad la mayoría de los pacientes a los que se les está administrando están incluidos en protocolos.

Entre los problemas y/o complicaciones que se asocian con la administración de la EPO, destacamos como es de todos sabido:

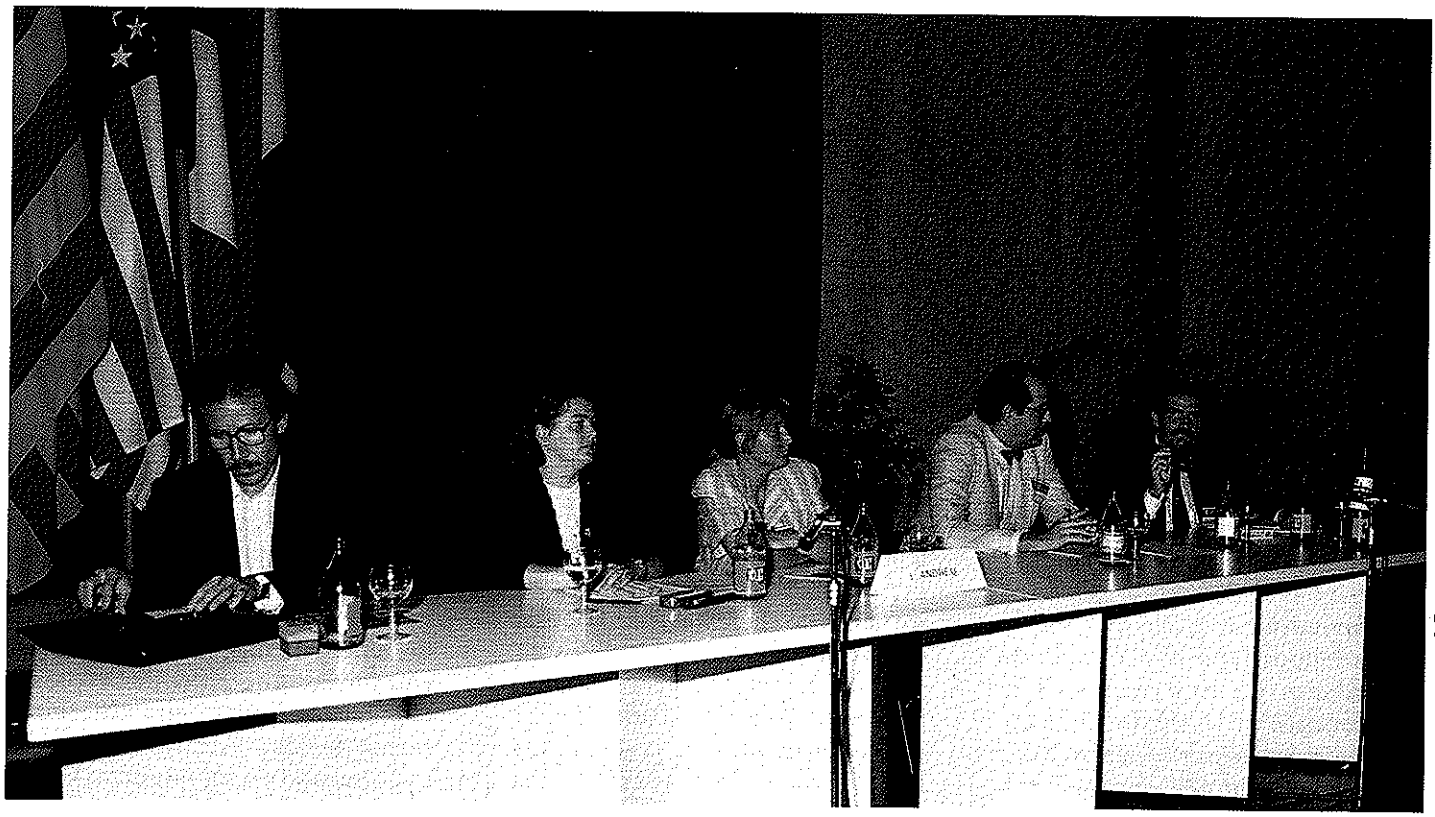
– Coagulación y/o pérdida del acceso vascular.
– Coagulación total o parcial del circuito sanguíneo, (pérdida de eficacia de diálisis).
– Hipertensión.
– Seguimiento de los prorocolos.
– Síndrome gripal.
– Alergias, intolerancias.
– Miedo de los pacientes, ansiedad, envidias.

Controlar, detectar, evitar, ir por delante, resolver... la mayoría de estos problemas es Enfermería y en esto todos (unos más que otros) están de acuerdo: médicos, pacientes, casas comerciales... puede que los menos conscientes seamos los propios profesionales de Enfermería.

Seguramente sorprenderá a alguien, pero no a los profesionales de Enfermería el que hay reflejado como un problema/complicación el seguimiento de protocolos, pero a mi modo de ver es una realidad incuestionable, pues los protocolos de administración de la EPO, han supuesto importantes cargas de trabajo para Enfermería y algunos problemas organizativos, como los derivados del hecho de tener un mismo fármaco con tres formas diferentes de preparación farmacéutica, denominación, forma de administración...

La segunda pregunta que yo me planteaba es el por qué de nuestro protagonismo en el tema EPO. Aquí me váis a permitir que cite a la Doctora en Sociología y Enfermería por la Universidad de Lavalle (Canada) Hend-Addel Al y a Maria Françoise Collière, enfermera francesa, quien nos recuerda que cuidar es mantener la vida y que nuestra profesión asiste a la persona de una forma continua y total en los momentos críticos de su vida, es una profesión que tiene relación con las vivencias de la gente, en toda su complejidad.

Si cuidar es mantener la vida, por qué nos atribuimos el protagonismo del cuidado? nos lo atribuimos, por que sólo Enfermería como profesión tiene la posición estratégica, históricamente en los procesos patológicos y felizmente en la actualidad también con los procesos de salud para desarrollar en todas su magnitud el concepto cuidar, es decir es una cuestión de sensibilidad y de estrategia, lo mismo que nosotros hacemos, aisladamente puede ser hecho por otros, pero sólo Enfermería lo puede hacer de forma continuada, integrada y como leif-motive profesional.



Mesa Redonda

Nuestra experiencia en la Auto-administración de E.P.O. en los pacientes de diálisis domiciliaria

Hospital General del Servicio Andaluz de Salud de Málaga
Isabel Peña Herrera y M.ª Carmen Trujillo Campos
Ponencia presentada por Rafael Cid Vivas

INTRODUCCION

A medida que la función renal decrece en los pacientes con I.R.C., se acompaña de una reducción similar en la función endocrina y por tanto, en la producción de eritropoyetina.

El riñón enfermo no puede responder de forma adecuada a la producción de eritropoyetina, con lo que la anemia persiste y progresa en la relación con la disminución del riñón.

Aunque es un hecho conocido, la estrecha relación entre anemia y el déficit de E.P.O., no se podía utilizar esta hormona por la dificultad de producirla en cantidades adecuadas, pero la ingeniería genética ha permitido (Lin y Jacobe, 1983) la producción de esta hormona en cantidades suficientes para poder administrar a los pacientes que lo necesitan.

En un corto espacio de tiempo, se inician ensayos clínicos (Eschbach y Winearls, 1985) que muestran la gran efectividad de la R-H.U. E.P.O.

La E.P.O. en su estructura química, es una glicoproteína, segregada por el riñón, bajo condiciones hipoxicas.

Los lugares receptores de la E.P.O., son las células progenitoras entroides.

El gen está ubicado en al brazo largo del cromosoma siete, y este gen codifica una cadena de polipéptidos de 193 Da. La fracción protéica consta de 165 Da. con un P.M. de 18.400 daltons y se encuentra unida a una fracción de carbohidratos con un P.M. de 13.700 daltons que es imprescindible para que la E.P.O. actúe en vivo.

La R-H.U. E.P.O. es inmunológicamente y biológicamente indistinguible de la E.P.O. encontrada en la orina.