

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN CASO DE CALCIFILAXIS

DOLORES PIÑA SIMÓN ALICIA GONZÁLEZ HORNA M^a CARMEN GÁLVEZ SERRANO BELÉN MARCO GARCÍA ESTHER RUBIO GONZÁLEZ

—————**CENTRO DE HEMODIÁLISIS LOS LLANOS FRIAT. MÓSTOLES. MADRID**

RESUMEN

La arteriopatía urémica calcificante, produce calcificación con proliferación de la íntima, fibrosis y trombosis. Clínicamente se caracteriza por isquemia y necrosis de la piel, tejido subcutáneo y a veces tejidos adyacentes pudiendo afectar también a otros parénquimas. Afecta del 1% al 4% de la población en diálisis.

A pesar de los avances en las técnicas dialíticas el pronóstico es pésimo con morbilidad asociada a infecciones y mortalidad del 80% de los casos en pocos meses, no existiendo en la actualidad un tratamiento eficaz.

Fundamentalmente se desarrolla en pacientes con insuficiencia renal en estadio 5. Suele afectar con más frecuencia a pacientes mayores, sexo femenino, raza blanca, diabéticos y en casos aislados han sido descritos en hiperparatiroidismo primario, Crohn, SIDA y cirrosis.

Se llega a un diagnóstico a través de anamnesis y examen físico:

Presencia de lesiones ulceradas dolorosas de borde violáceo que evolucionan a úlceras necróticas. Se confirman posteriormente en algunos casos con estudios radiológicos e histológicos.

En el caso clínico que presentamos se estudia a una mujer de 70 años de edad con antecedentes patológicos de:

- IRC secundaria a nefroangioesclerosis en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis desde noviembre de 2002.
- HTA de larga evolución (2003)
- Fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida y elevación de enzimas cardíacas. Anticoagulada (Marzo 2004).
- Síndrome coronario agudo sin lesiones coronarias significativas.(Marzo 2004)
- Hiperparatiroidismo secundario muy severo que requiere paratiroidectomía en febrero 2005.
- Desnutrición calórico-proteica.(2007)
- Hipotiroidismo en tratamiento hormonal sustitutivo.
- Hipercolesterolemia.
- Se dializaba 3 días/semana durante 4 horas, con dializador de alta permeabilidad y baño de calcio 3; K 1,5. Fístula arteriovenosa radio cefálica derecha, con buena tolerancia hemodinámica a las sesiones.

DIAGNÓSTICO

En Enero 2008 presenta placa dolorosa no ulcerada en zona externa de gemelo derecho con reacción inflamatoria periplaca violácea. Valorada por cirugía vascular descartan patología arterio-venosa. Ante las características de la lesión y la evolución de la misma se diagnostica de calcifilaxis.

Al diagnóstico la paciente presentaba buen control del producto Ca/P de 53.40 mgr/dl y con PTH de 10 pg/ml. Fosfatasa Alcalina de 123 U/L.

PLAN DE ACTUACION CALCIFILAXIS

Se pautan HD diarias de 2:30 hrs de duración y baño bajo en calcio (Ca 2.5)

- La paciente no recibía tratamiento con vitamina D ni quelantes cálcicos.
- Se suspende dicumarínico y se anticoagula con heparina de bajo peso molecular (Bemiparina sódica) en las sesiones de HD.
- Se inicia tratamiento con 50 ml de Tiosulfato sódico al 25 % IV. en la última media hora de sesión, con buena tolerancia hemodinámica, pauta que se mantiene durante un año.
- Control adecuado del dolor: se inicia analgesia con paracetamol y metamizol, requiriendo posteriormente parches de fentanilo (seguimiento en unidad del dolor).
- Iniciamos plan de curas :
 - Medición de tamaño úlceras.
 - No desbridar por alto riesgo de infecciones y sangrado.
 - Valorar signos de infección por si precisara antibióticos.
 - Realización de curas locales cada 72 horas

EVOLUCION DE LAS ÚLCERAS:

En Enero del 2008 aparece nódulo de placa dolorosa y no ulcerada de 3-4 semanas de evolución en zona posterior del gemelo derecho

Se pide estudio de hipercoagulabilidad completo para descartar déficit de proteína C y S, antifosfolípidos y vasculitis (-).

Se comienza tratamiento con Tiosulfato sódico y se pautan parches Durogesic ® (fentanilo) cada 72 horas para control del dolor.

Curas:

- Se inician medidas higiénicas posturales y curas locales.
- En este caso no precisa administración de antibióticos ante la ausencia de signos de infección.
- Se realizan curas cada 72 horas con suero fisiológico para limpieza de las úlceras, posteriormente con Prontosan ® (producto para la limpieza, humectación y descontaminación de heridas cutáneas crónicas, contaminadas), colocando después apósito hidrocoloide (Varihesive ®). Se hace vendaje con Velband ® (venda de algodón) y venda elástica de crepe hipoalérgica (Baxcrepe Plus ®) para evitar roces y golpes en dicha zona.

Aparecen nuevas úlceras necróticas en la cara interna y externa de la pierna derecha.

Una vez caídas las placas necróticas se ponen en las úlceras Aquacel plata ® (apósito de hidrofiber® con plata) humedecido con suero fisiológico y tapadas con Varihesive ®

La evolución de las úlceras es favorable.

En el mes de Mayo del 2008 las úlceras prácticamente han desaparecido, con abundante tejido de granulación y piel nueva revistiéndolas, por lo que se modifica pauta de curas limpiándolas con suero fisiológico y Prontosan® y cubriéndolas con apósitos de Tulgrasum cicatrizante®. Continuamos con esta pauta hasta cicatrización total de las úlceras.

CONCLUSIONES

Aunque existen múltiples tratamientos dirigidos a la cura de la calcifilaxis, consideramos muy importante el papel de enfermería en el tratamiento tópico de las lesiones cutáneas y en la evolución de las mismas.

Nota: Este trabajo será publicado íntegramente en la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica.

