

Calcifilaxis: Un reto para enfermería en un servicio de hemodiálisis

Noelia Blanco Velasco, Sergio Matesanz Sanchidrián

Hospital General de Segovia. Segovia. España

Introducción:

La calcifilaxis se caracteriza por calcificación, fibrosis y trombosis de arteriolas, que conduce a la aparición de úlceras cutáneas isquémicas y necrosis, y afecta con mayor frecuencia a pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Se presenta la evolución de un caso clínico según el tratamiento administrado, los productos utilizados para la cura de las lesiones y la pauta de hemodiálisis.

Objetivos:

Describir nuestra experiencia con una patología potencialmente grave e invalidante y con un tratamiento efectivo pero poco conocido fuera del ámbito de hemodiálisis.

Establecer un protocolo de tratamiento y cuidados de enfermería en nuestro servicio para esta patología.

Metodología:

Se recogen datos clínicos, evolución de las lesiones y respuesta al tratamiento de un caso de calcifilaxis, así como imágenes fotográficas del proceso.

Caso clínico:

Mujer de 73 años en hemodiálisis desde 2013. Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo II, Insuficiencia Renal Crónica secundaria a glomeruloesclerosis nodular difusa compatible con nefropatía diabética, Hipertensión Arterial, Hipertrofia ventricular izquierda con aneurisma de septo interauricular, Fibrilación auricular e Hiperparatiroidismo secundario. Comienza a

presentar úlceras dolorosas en ambas piernas. Ante la sospecha de calcifilaxis se biopsia una de las lesiones sin llegar a identificar depósitos de calcio en las arterias. En la radiografía de tibia y peroné se observan calcificaciones vasculares bilaterales. Iniciamos el tratamiento con la siguiente estrategia: se añade Ibandronato y Lantano vía oral, se suspende Acetato Cálcico, y se administra intravenoso Tiosulfato Sódico 12.5g / 3 días por semana. Se aumenta tiempo de hemodiálisis, con baño del líquido de diálisis con calcio bajo (2.5 mmol/L). Se pauta cura de las lesiones cada 48 horas según evolución: colagenasa ó ácido fusídico + poliamida + vendaje ó apósito. A las 5 semanas mejora el dolor. A los 3 meses curación completa de las lesiones con una significativa mejora de la calidad de vida de la paciente.

Conclusiones:

Dada la elevada mortalidad en casos de calcifilaxis es fundamental la alta sospecha clínica para realizar un diagnóstico precoz. En nuestro caso aunque la biopsia no confirmó la calcifilaxis, en la radiografía se demostró la presencia de calcificaciones, lo cual unido a la clínica compatible con calcifilaxis, nos llevó a instaurar precozmente el tratamiento con buena evolución. El protocolo de curas de la herida realizado en nuestro servicio resultó muy efectivo. Aunque no podemos demostrar que la pauta de cura descrita en nuestro caso clínico haya sido el único determinante que ha llevado a la mejoría progresiva de las úlceras por la coexistencia de otros tratamientos médicos y dialíticos coadyuvantes, se plantea como un factor esencial en la evolución favorable de la calcifilaxis. En mayo 2015 estuvimos tratando otro caso de calcifilaxis, siguiendo el mismo protocolo de tratamiento obteniendo, asimismo, excelentes resultados.