

CASO CLÍNICO

Terapia compresiva en edemas de origen nefrológico

Autora:

Patricia Reguera Álvarez¹

¹ Enfermera de Área en el C.S. Villafranca del Bierzo, León. España

Correspondencia

Patricia Reguera Álvarez

Correo electrónico: patri.reguera@gmail.com

Recibido: 21/06/2023

Aceptado: 30/06/2023

RESUMEN

Paciente varón de 79 años con enfermedad renal crónica que presenta edemas con fóvea y flictenas supurativas en miembros inferiores. Se realizó tratamiento ambulatorio en consultorio local utilizando un abordaje conservador, curas secas y terapia compresiva con vendaje de doble capa de baja elasticidad, obteniendo como resultado el cierre de las lesiones cutáneas y la mejoría de los edemas sin necesidad de ajustar el tratamiento farmacológico.

PALABRAS CLAVE

edema; terapia compresiva; enfermedad renal crónica

SUMMARY

A 79-year-old male patient with chronic kidney disease who presented pitting edema and suppurative blisters in the lower limbs. Outpatient treatment was performed in a local office using a conservative approach, dry dressings, and compression therapy with a low-elasticity double-layer bandage, resulting in closure of the skin lesions and improvement of edema without the need to adjust the drug treatment.

KEYWORDS

edema; compression therapy; chronic kidney disease

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un factor de riesgo para desarrollar Enfermedad Arterial Periférica (EAP) (1-3). Debido al progreso de la patología de base se produce una hipoproteïnemia por lo que estos pacientes pueden sufrir edemas bilaterales con fóvea, por su origen sistémico, debidos a un aumento de líquido en el espacio intersticial, ya que se dificulta el drenaje linfático del líquido intersticial y de las macromoléculas, produciendo una hipertensión venosa que si no se controla puede provocar daño tisular (2).

Las causas etiológicas de los edemas pueden ser sistémicas secundarios a patologías cardiacas, renales, hepáticas, endocrino-metabólicas y lipedemas, cuyo tratamiento sería el específico de la enfermedad de base, o regionales secundarios a enfermedades venosas y linfedemas. En ambos casos estaría indicado para mejorar su estado de salud un diagnóstico precoz, proporcionar unos cuidados de enfermería basados en la evidencia científica y tratamiento etiológico si precisa por descompensación de su patología de base, así como un cambio en los hábitos higiénicos para mantener la piel íntegra (4).

Debemos plantearnos la estrategia terapéutica a seguir para evitar la cronicidad y las recidivas de los edemas y posibles lesiones, pudiendo utilizar terapia compresiva, ya que es un buen tratamiento antihipertensivo y antiinflamatorio para lesiones en miembros inferiores, siempre que no esté contraindicado (4).

Presentación del caso

El caso que nos ocupa es un paciente con ERC- Estado 3B – Moderada, que presenta edemas con fóvea Grado 3 (depresión 6 mm/ recuperación 1 min) con presencia de flictenas en la región inferior de ambos miembros inferiores (MMII), planteándonos un abordaje conservador para el manejo de las lesiones y los edemas debido a su función renal.

Cuerpo del caso clínico

Anamnesis:

Varón de 79 años, independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Vive en un pueblo de montaña a 14 km del Consultorio Rural.

Antecedentes personales: No AMC, glomerulonefritis crónica membrano-proliferativa, síndrome nefrótico, hipoacusia severa, exfumador desde hace 30 años, exbebedor desde hace 2 años, hipertenso, hipercolesterolemia, resección transuretral de próstata en 2003, espondiloartrosis lumbar, hepatopatía crónica, bloqueo de rama izquierda pendiente de estudio.

Problema actual:

ERC-Estadio 3B-Moderada en tratamiento desde el 20/01/2022 por el Servicio de Nefrología del Hospital de referencia con corticoides en pauta descendente y ajuste de diuréticos sulfonamida (furosemida 40 mg (1-0-0)), pautada en última revisión glifozina por su efecto antiproteinurico y preventivo de la progresión de la ERC, Caosina como tratamiento preventivo de la hiperfosfatemia y de la deficiencia de calcio, Antihipertensivo, Calcifediol, Ácido fólico y vitamina B12, y una estatina.

Última analítica (14/12/2021): función renal disminuida (creatinina 2.16 mg/dl, aclaramiento de creatinina 32.2 mL/min, urea 149 mg/dl, filtrado glomerular estimado según ecuación CKD-EPI 28: categoría 4=15-49 ml/min/1,73m²), hipoproteinemia (proteínas totales 5.4 g/dl), deficiencia moderada de vitamina D (25-OH vitamina D 22 ng/mL), hiperpotasemia leve (Potasio 5.4 mmol/L), hiperfosfatemia leve (4.9 mg/dl), proteinuria 300mg/dl (proteínas en orina 2.46 g/L, proteínas en 24h 3.94g/24h), hematuria (200 eritrocitos/uL), anemia (hemoglobina 10.5 g/dL).

Presenta edemas con fóvea en MMII hasta la rodilla que empeoran al finalizar el día con flictena íntegra en miembro inferior izquierdo (MII) de 45 mm por 15 mm y pérdida de la integridad cutánea en miembro inferior derecho (MID) por golpe de 32 mm por 68 mm el 01/02/2022 (Figura 1). No presenta signos de infección. Antecedente de lesión cerrada en MII el 25/01/2022.



Fig.1. Edemas en MMII con flictenas íntegras y lesión cutánea en MID.

Se plantea tratamiento conservador debido a la función renal disminuida del paciente, al que le acaban de ajustar el tratamiento diurético el Especialista del Área.

Hallazgos a la exploración de paciente: pulsos pedis y tibiales posteriores presentes.

Se le realiza ITB (1), derecho 0.93 e izquierdo 0.87, indicación de Enfermedad Arterial Periférica leve, por lo que el paciente sería susceptible de utilizar terapia compresiva.

Valoración nutricional del paciente normal: IMC 28.1%, Mini Nutritional Assessment MNAR de 12 puntos. Valoración del estado mental del paciente, realizando: Test Yesavage, resultado de 7 puntos, indicador de Depresión Leve y Test Pfeiffer, resultado de 2 puntos, valoración normal de deterioro cognitivo.

Diagnóstico:

Edemas de origen nefrológico y pérdida de la integridad tisular en MMII.

Inicialmente tratamiento de las lesiones realizando cura seca con povidona yodada con polietilenglicol en gasa hidrófila y alginato para el control del exudado transparente moderado y terapia compresiva para reducir los edemas, utilizando vendaje de doble capa en espiga con vendas de baja elasticidad de 8 cm y 10 cm después de igualar perímetros para dar una compresión uniforme al vendaje (Figura 2).



Fig.2. MMII a las 72 horas de haber iniciado cura seca y vendaje de baja elasticidad de doble capa.

Recomendaciones: dieta pobre en sodio, reposo con MMII elevados por encima el nivel del corazón, realización de ejercicio físico moderado diario, evitar la bipedestación y sedestación con MMII en declive prolongada (3)(5).

Se le indica al paciente que si hay modificaciones en la clínica (aparición de disnea, disminución de la elimi-

nación urinaria...) debe ponerse inmediatamente en contacto con la consulta.

A las 72 horas se revisa la evolución y tolerancia del paciente a la terapia compresiva, aunque el paciente se ha retirado parcialmente los vendajes. Continuando con la misma pauta de curas y vendaje de baja elasticidad.

A la semana del inicio de la terapia compresiva, el paciente acude sin vendaje a la consulta refiriendo que no lo tolera porque le limita para caminar ya que le comprime en la región plantar, utiliza plantillas ortopédicas para deformidad plantar pies cabos y dedos en garra (Figura 3).



Fig.3. Evolución de los edemas, lesión cutánea y flictenas a la semana de inicio del tratamiento conservador.

Debido a la buena evolución de los edemas que han pasado a un Grado 1 y de las lesiones continuamos con cura seca y control exudado con alginato, se le recomiendan medias de compresión médica de tejido plano Clase I (Figura 4).



Fig. 4. Iniciamos utilización de medias de compresión médica de tejido plano Clase I.

A los 21 días el paciente presenta lesión en MII cerrada y MID 15 mm por 3mm en fase de epitelización, realizando cura seca en MID con povidona yodada con polietilenglicol en gasa hidrófila, apósito de gasa y las medias de compresión médica (Figura 5).



Fig. 5. Evolución de los edemas a los 21 días.

Discusión

La ERC supone un importante problema de salud por el envejecimiento de la población y la elevada prevalencia de otras patologías, factores de riesgo y de progresión de la ERC como la proteinuria persistente, la diabetes, la hipertensión, tabaquismo, dislipemias, anemias, obesidad, enfermedad cardiovascular asociada. Las nefropatías dificultan el drenaje linfático del líquido intersticial produciendo edemas para cuyo tratamiento médico se recomienda ajustar diuréticos, siempre y cuando la función renal nos lo permita.

Desde la práctica de la enfermería basada en la evidencia debemos proporcionar cuidados al paciente para mejorar su calidad de vida: educación dietética seguir dieta pobre en sodio, restricción hídrica en función de la eliminación urinaria, higiene e hidratación de la piel, descanso con MMII elevados sobre el nivel del corazón varias veces al día y durante la noche, evitar bipedestación o sedestación estática prolongada, realizar ejercicio físico moderado diario para fomentar el retorno venoso por activación de la bomba válvulo-muscular y plantar de Lejars y terapia de compresión terapéutica en pacientes sin EAP o con EAP leve.

Conclusión

Es posible la utilización de terapia compresiva como alternativa en el manejo de edemas de origen nefrológico sin precisar ajuste de tratamiento diurético, vigilando aparición de complicaciones derivadas de la redistribución de líquidos, en pacientes cuya función renal está disminuida.

Bibliografía

1. Roldán A, Ibáñez P, Alba C, Roviralta S, Casajús M T, Gutierrez P, Pérez D, Navarro M A, Esparza G, Fuentes A, Ruiz C E, Lázaro J L, Hidalgo S. Guía de Práctica Clínica [Internet]. Asociación Española de Enfermería Vascul y de Heridas.3ª Edición. Año 2017. Disponible en:
<https://aeevh.org/wp-content/uploads/2020/04/Guia-de-Practica-Clinica-web.pdf>.
2. Aslangul E. Edemas. EMC-Podología, 2013, volumen 15: página 1-5.
3. Pinar E. Cuidados de Enfermería en pacientes con enfermedad renal crónica en fase aguda. TFG. 2014.
4. Conde Montero E et al. Principios teórico-prácticos de la terapia compresiva para el tratamiento y prevención de la ulcera venosa. Actas Dermosifiliogr.2020. 111(10):829-834. Disponible en:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.03.007>
5. Aguirremota M A et al. Guía de cuidados para el enfermo renal. Editor: Gabinete de Comunicación OSI EEC. Año 2016. Disponible en:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_ezencr_cruces_infoutil/es_def/adjuntos/otras/2016NFRSIN117%20Gu%C3%ADa%20Paciente%20Renal%20CAS.pdf