

EL PRURITO EN EL PACIENTE HEMODIALIZADO ESTUDIO SOBRE EL PRURITO EN LA POBLACIÓN HEMODIALIZADA DE NAVARRA

*Quirante Moreno M^aCarmen, Quinzaños Osés F, Logroño Lleveras
Jesús R, García Castillejo M^aJesús*

Servicio de hemodiálisis. Hospital "Reina Sofía". Tudela (Navarra).

PALABRAS CLAVE:

PRURITO, HEMODIÁLISIS, RIÑÓN, UREA, CALCIO, FOSFATO.

RESUMEN

El prurito es una complicación que aparece frecuentemente en los pacientes hemodializados como consecuencia del deterioro de la función renal. Los datos obtenidos mediante cuestionario/entrevista y revisión de historia clínica de todos los pacientes en programa de hemodiálisis de Navarra, apuntan a que 3 de cada 4 pacientes lo padecen y que la prevalencia es de 54 %. El momento de aparición, localización e intensidad son variables e interfieren en las actividades de la vida diaria. Los tratamientos empleados así como las medidas coadyuvantes adoptadas por los pacientes son diversos aunque generalmente consiguen mejorías transitorias. No hemos encontrado diferencias significativas entre los valores del producto calcio/fosfato y la concentración de urea de los pacientes con y sin prurito.

El grado de información respecto a esta complicación y su tratamiento es insuficiente. Ello unido al deseo de mayor información expresado por los pacientes, justifica la puesta en marcha de programas educacionales en este grupo de población.

INTRODUCCIÓN

En los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) se hace necesario un tratamiento sustitutivo de la función renal, siendo la hemodiálisis (HD) el más utilizado en nuestro medio. Debido a la mejora de los métodos diagnósticos, se observa en los últimos años un aumento en el número de enfermos en programa de HD (1). Una de las complicaciones más frecuentes (2), recurrentes y de tratamiento más complicado es el prurito, causado principalmente por la retención de productos nitrogenados y las alteraciones en el metabolismo fosfocálcico (3).

OBJETIVOS

El objetivo del presente trabajo es doble:

- Conocer las características más relevantes del prurito: frecuencia, localización, intensidad, relación con determinaciones bioquímicas, repercusión sobre la vida del paciente, factores agravantes, tratamiento empleado y eficacia.

- Conocer el grado de información que poseen los pacientes sobre dicha complicación y su tratamiento, con el fin de valorar la necesidad de educar al paciente sobre las medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas que permiten aliviar los síntomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

La recogida de datos se realiza durante los meses de Marzo y Abril del 2001, en las cuatro unidades de HD de Navarra: Hospital Reina Sofía (Tudela), Hospital Virgen del Camino (Pamplona), Hospital de Navarra (Pamplona) y Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona).

Se incluye toda la población adulta en programa de HD de la Comunidad Foral de Navarra (132 pacientes), quedando excluidos 6 por no estar presentes, 7 por disminución de sus facultades mentales y 3 por no colaboración, reduciéndose la muestra a 116 pacientes. La media de edad es de 63,44 años, con un rango entre 24 y 88 años. En cuanto al sexo, 74 (63,79%) son varones y 42 (36,21%) mujeres. El tiempo medio de tratamiento con HD en estos pacientes es de 42,77 meses (3,56 años) con un rango entre 1mes y 267 meses (gráfica 1).

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo que recoge la información por dos vías: la consulta de datos analíticos y de tratamiento en la historia clínica, y un cuestionario/entrevista. La entrevista es personalizada y se realiza a pie de cama durante la sesión de HD. El cuestionario está compuesto en su mayoría por preguntas cerradas (anexo 1).

Análisis estadístico

Los datos analíticos de calcio, fosfato y urea se introdujeron en tablas de Microsoft, Excel. La comparación de medias se realizó mediante el programa estadístico SPSS.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los 116 pacientes, 83 (71,55%) han padecido picores a lo largo de su enfermedad renal. De ellos, 64 los padecen en el momento del estudio, por lo que la prevalencia es del 54,3%.

24 enfermos presentaban los síntomas antes de iniciar el programa de HD. En 19 de ellos persiste la clínica durante la HD. En 59 pacientes los síntomas comenzaron estando incluidos en HD.

El 1,28% de los pacientes padecen picores sólo durante la sesión de HD, y el 50,6% sólo en casa. El momento de aparición durante la HD es indiferente en el 75,6% de los pacientes. Del mismo modo en casa aparece tanto de día como de noche en el 66,26% de los casos (tabla 1). Un 62,1% no aprecia diferencias estacionales en cuanto a la aparición del prurito, mientras que un 16,8% lo padecen de forma más frecuente en primavera y un 17,9% en verano.

El prurito es generalizado en el 55,4% de los pacientes, siendo las localizaciones más frecuente espalda y EEII y las menos cabeza y genitales (gráfica 2).

En el último brote, la intensidad mínima del prurito es considerada como ligera por un 62,6% de los enfermos y la intensidad máxima como intensa por el 37,3% (gráfica 3).

El 13,8% de los encuestados define correctamente la palabra prurito. El resto no la define o la confunde con piel seca o dolor de cabeza. El 66,9% valoran como nulo el grado de información que le han dado los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras), el 16,4% como insuficiente y el 26,7% como satisfactorio. En cuanto al tratamiento

farmacológico relacionado con el prurito, el 8,43% es capaz de nombrar todos los fármacos, el 31,32% nombra algunos, el 10,84% conoce los fármacos pero desconoce cuales se emplean para el tratamiento del prurito y el 49,41% no tiene idea alguna de los fármacos que toma.

Las medidas coadyuvantes empleadas por los pacientes son muy variables y suelen ser combinadas. Las dos principales son las cremas hidratantes y el baño con agua fresca. El resto de medidas empleadas en orden decreciente son colonia, polvos de talco, Thrombocid,, Mercromina, Antaxone,, hielo y Maicena.

Respecto a los datos analíticos destacar que el promedio del producto calcio/fosfato en la población que padece prurito es de 53,3 y en la población que nunca lo ha padecido es de 48,17, no encontrándose diferencias significativas entre ambos. Del mismo modo tampoco se encontraron diferencias significativas entre los valores promedio de urea de la población con prurito (168,11) y la de la población sin prurito (146,03). El resto de datos se recogen en la tabla 2.

DISCUSIÓN

El aumento en la esperanza de vida de la población general y el mayor tiempo de supervivencia de los pacientes hemodializados, ocasiona un aumento del número de enfermos renales que padecen prurito. Los datos sobre la frecuencia de aparición del prurito en esta población son muy variables oscilando entre el 30 y el 90% (4-7). En nuestro estudio hemos observado que la prevalencia es de 54,3% y que casi las 3/4 partes de los pacientes lo padecen a lo largo de la enfermedad. Es por ello que se trata de una complicación frecuente y que merece una atención especial por parte del personal sanitario. De hecho está recogido en los diagnósticos de enfermería como posible causa de la alteración del Bienestar, contamos con una serie de acciones educativas estandarizadas (8) y está recogido en la clasificación internacional de enfermedades.

Son múltiples los factores etiopatogénicos del prurito (9). Se han relacionado, entre otros, la atrofia de glándulas sebáceas, el incremento en la concentración de histamina debida a hiperparatiroidismo secundario, calcificaciones, deshidratación, xerosis, la neuropatía urémica y el incremento de la excitabilidad neurológica (5, 7, 10). Entre las principales alteraciones analíticas en suero se encuentran el incremento en la concentración de urea y las alteraciones de las concentraciones de fosfato y calcio. El mecanismo por el que la urea produce prurito no está claro. En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias significativas entre la concentración de urea en la población con prurito y sin prurito. Algunos autores apuntan que los síntomas urémicos, entre los que se encuentra el prurito, se correlacionan sólo de forma grosera e inconsistente con las concentraciones de urea en suero (11). De igual modo se desconocen los mecanismos precisos que implican al calcio y al fosfato en la aparición del prurito. Tampoco en el presente estudio hemos observado diferencias en el producto calcio/fosfato en ambas poblaciones.

La aparición del prurito a lo largo de la enfermedad renal depende del grado de deterioro de la función renal. Así, en nuestro estudio hemos podido observar que 1/3 de los pacientes presentaban el síntoma antes de ser incluidos en el programa de HD. El resto fueron desarrollando dicha complicación estando incluidos en el programa, debido probablemente al progresivo deterioro de la función renal. A diferencia de otras complicaciones que acontecen en la insuficiencia renal crónica, el prurito tiende a persistir e incluso aumentar a pesar de un tratamiento óptimo mediante diálisis (11, 12). Los síntomas se manifiestan preferentemente en casa sin que exista un horario determinado. Se ha su-

gerido que la noche es un periodo más propicio para la aparición del prurito debido a la disminución de los estímulos sensoriales que recibe el paciente. Sin embargo, no hemos apreciado diferencias entre el día y la noche. Esto puede deberse a que, si bien durante la noche la reducción de estímulos favorece la apreciación del prurito, durante el día acontecen otros factores que favorecen su aparición como el estrés, la sudoración, el aumento de temperatura o el ejercicio físico.

La HD es un tratamiento sustitutivo de la función renal cuya función es eliminar las sustancias retenidas como consecuencia del deterioro renal. La depuración de alguna de estas sustancias es relativamente fácil como es el caso de la urea pero resulta más complejo en el caso de otras como el fosfato. Esta función depuradora hace que la HD sea considerada como un probable tratamiento de las complicaciones derivadas de la retención de sustancias como sucede en el prurito. Por ello parecería lógico que la aparición del prurito fuese más frecuente al inicio de la sesión, que es cuando existe una mayor concentración de sustancias implicadas en su etiopatogenia. No obstante, según los datos obtenidos en el estudio, un 75,6% de los pacientes no aprecian diferencias a lo largo de la sesión. Incluso es mayor el número de enfermos que padecen los síntomas al final de la sesión que los que lo padecen al principio o a mitad. Esto se debe a la activación del complemento que se produce como consecuencia del contacto de la sangre con el material de hemodiálisis (líneas, dializador, esterilizante) (7, 13).

El prurito puede ser localizado o generalizado (14). El localizado se caracteriza por afectar siempre a la misma área corporal independientemente de que sea una o varias las zonas comprometidas. El generalizado por el contrario se caracteriza por afectar a diferentes áreas en los sucesivos brotes o por afectar a toda la superficie corporal (15). La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio presentaban prurito generalizado. En los casos de prurito localizado el área más afectada es la espalda (13). Una zona frecuentemente afectada son los brazos y más concretamente la región en la que se adhieren esparadrapos. En nuestro estudio han sido 5 los casos de prurito relacionado con esparadrappo pero no han sido incluidos en los resultados al tener una clara causa yatrogénica.

El cansancio y el estrés físico y mental condicionan notablemente la percepción del picor haciendo complicada la valoración de su intensidad. Una forma de aproximarse a dicha valoración es conocer la interferencia que tiene sobre las actividades de la vida diaria (AVD). Según los datos obtenidos, la mayor interferencia apreciada es sobre el sueño/ descanso. Esto es bastante lógico puesto que, como hemos visto anteriormente, en esta situación se dan circunstancias favorables para la apreciación del síntoma.

El término "prurito" es prácticamente desconocido entre la población hemodializada. Sólo 16 pacientes lo definieron correctamente. Ello es debido probablemente, a que es un término poco empleado entre el personal sanitario. La mayoría de los pacientes denominan a este síntoma como picor aunque algunos lo hacen empleando términos como sarna, piojos, gusanos, quemazos, escozor, ortigas...

Los tratamientos empleados en el prurito son múltiples y van dirigidos a corregir los factores desencadenantes. Las primeras medidas incluyen medidas dietéticas que se basan en la restricción de los alimentos ricos en fósforo y en la restricción proteica. Con ello se pretende controlar la fosfatemia que tiende a aumentar en los pacientes con función renal deteriorada (15, 16) y reducir la cantidad de productos nitrogenados resultante del catabolismo proteico. Otra línea de tratamiento es el tratamiento farmacológico. Se emplean antihistamínicos locales y sistémicos, vitamina D (Calcitriol), suplementos de calcio, estabilizadores de células mastocitarias (ketotifeno), resinas de intercambio aniónico

(colestiramina), carbón activado, lidocaína IV, diálisis sin magnesio, nicergolina, fototerapia con rayos uv, pomada de capsaicina, y estimulación eléctrica con agujas. La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio desconocen los tratamientos que emplean para calmar los síntomas del prurito. El reducido número de pacientes que conocen los tratamientos empleados dificulta la valoración del grado de satisfacción respecto al tratamiento. El prurito urémico suele ser bastante resistente a la mayoría de los tratamientos sistémicos y tópicos por lo que la eficacia de los mismos es bastante limitada. Son muchos los tratamientos coadyuvantes empleados en el prurito. Generalmente se trata de tratamientos tópicos como cremas hidratantes, polvos de talco, colonias, etc. Otras veces se trata de medidas higienico-dietéticas como las duchas con agua fresca. Todas estas medidas tratan de incrementar el grado de hidratación de la piel y/ o reducir la temperatura de la superficie corporal. No obstante, el alivio que se consigue con estas medidas suele ser momentáneo.

El grado de información recibida por los pacientes respecto al prurito y sus tratamientos es valorada como insuficiente por los propios pacientes. Esta calificación es más frecuente entre aquellos que no han padecido el síntoma. Por el contrario, aquellos que lo han sufrido en grado intenso se han interesado más por su problema, han consultado al personal sanitario y califican como satisfactoria la información recibida.

CONCLUSIONES

El prurito es una complicación frecuente en la población hemodializada de Navarra. La prevalencia es del 54,3%, pero casi las 3/4 partes de los hemodializados la padecen a lo largo de su enfermedad. Habitualmente se manifiesta con localización, intensidad y momento de aparición muy variables suponiendo una interferencia en las actividades de la vida diaria. No hemos observado diferencias significativas en los valores del producto calcio/fosfato y en la concentración de urea entre la población con y sin prurito.

El grado de información recibido por los pacientes respecto al prurito y su tratamiento es insuficiente. A la vista de éste dato y del deseo de los pacientes de recibir más información, parece conveniente poner en marcha programas de educación por parte del personal sanitario sobre ésta complicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gill, Kokko, Mandell, Ockner, Smith. Tratado de medicina interna. 20ª edición. Mc Grow-Hill 1997.
2. Valderrábano F. Tratado de hemodiálisis. Editorial médica JIMS 1999.
3. Andreu Periz L, Force Sanmartin E. 500 cuestiones que plantea el cuidado del enfermo renal. Masson 1997.
4. Robinson-Bostom L, DiGiovanna JJ. Cutaneous manifestations of end-stage renal disease. J Am Acad Dermatol 2000 ; 975-989.
5. Lázaro Ochaita P. Dermatología. 2ª edición 1993.
6. Lerma García D, Arnau Barragan MA. Los cuidados de la piel en los pacientes en hemodiálisis. Revista de la sociedad española de enfermería nefrológica 2000. 12: 6-12.
7. Rook A, Ebling FJG, Wilkinson DS, Champion RH, Burton JL. Tratado de Dermatología. DOYMA. 4ª edición 1989.
8. Carpenito L.J. Diagnóstico de enfermería. Interamericana. 5ª edición 1995.
9. Brenner BM. The Kidney. 5ª edition 1996.

10. Farreras P, Rozman C. Medicina Interna. DOYMA. 11ª edición 1988.
11. Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD, Martin JB, Fauci AS, Kasper DL. Principios de Medicina Interna. Interamericana. 13ª edición 1994.
12. Llach, Valderrábano. Insuficiencia renal crónica. Diálisis y trasplante renal. Norma 1997.
13. Lorenzo Sellarés V, Torres Ramirez A, Hernández Marrero D, Ayus JC. Manual de nefrología clínica, diálisis y trasplante renal. Harcourt Brace 1998
14. Massry SG, Richard MD, Glassock J. Textbook of nephrology. 3ª edición 1995.
15. Schrier RW. Trastornos renales y electrolíticos. Salvat
16. Drüeke TB. Renal osteodystrophy. Management of hyperphosphataemia. Nephrol Dial Transplant 2000; 15 : 32-33.
17. Schomig M, Ritz E. Management of disturbed calcium metabolism in uraemic patients: 1. Use of vit D metabolites.

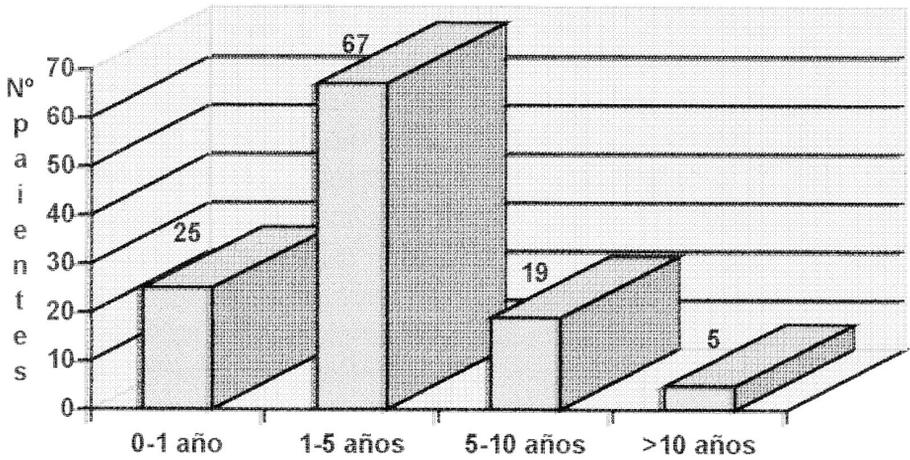
TABLAS, GRÁFICOS Y ANEXO

PRURITO EN CASA		PRURITO EN HEMODIÁLISIS	
Sólo de día	14	Inicio de la sesión	1
Sólo de noche	14	Mitad de la sesión	2
Día y/ o noche	54	Final de la sesión	7
		Indiferente	31
TOTAL	82	TOTAL	41

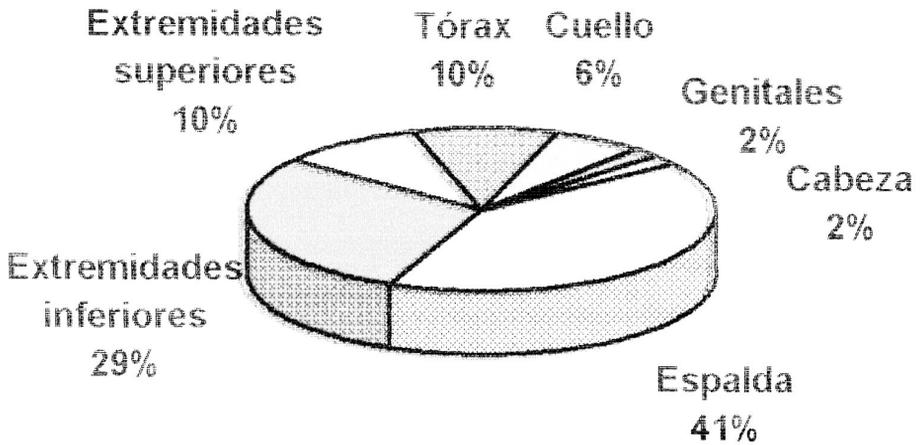
Tabla 1 : distribución del número de casos de prurito en casa y en hemodiálisis.

Estadísticos de grupo para el producto calcio/fosfato									
	Prurito	N	Media		Desviación típica		Error típico de la media		
Ca/P	0 (no)	32	48,1731		13,2262		2,3381		
	1 (si)	63	53,3071		16,5996		2,0914		
Prueba de muestras independientes para el producto calcio/fosfato									
	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,903	,344	-1,520	93	,132	-5,1340	3,3770	-11,8401	1,5720
No se han asumido varianzas iguales			-1,637	76,094	,106	-5,1340	3,1369	-11,3817	1,1136
Estadísticos de grupo para la concentración de urea									
	Prurito	N	Media		Desviación típica		Error típico de la media		
Urea	0 (no)	32	146,03		42,35		7,49		
	1 (si)	63	168,11		107,06		13,49		
Prueba de muestras independientes para la concentración de urea									
	Prueba de Levene para la igualdad de las varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior
Se han asumido varianzas iguales	,835	,363	-1,121	93	,265	-22,08	19,70	-61,21	17,05
No se han asumido varianzas iguales			-1,431	89,162	,156	-22,08	15,43	-52,73	8,57

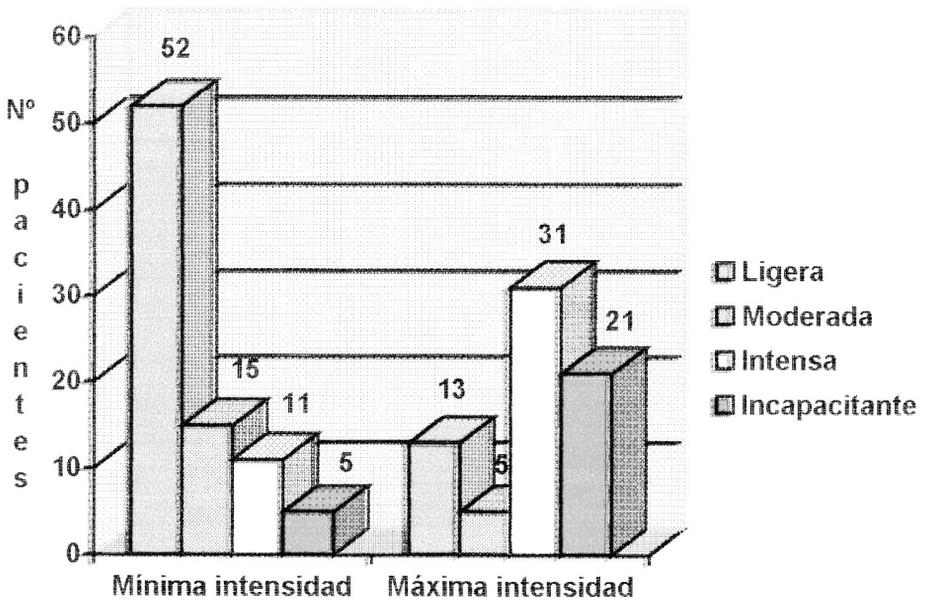
Tabla 2 : Resultados de la comparación de medias de los productos calcio/fosfato y concentración de urea entre los pacientes con prurito y sin prurito.



Gráfica 1: distribución de los pacientes según el tiempo de permanencia en hemodiálisis.



Gráfica 2: afectación de las diferentes áreas corporales en el prurito localizado.



Gráfica 3: valoración de la intensidad máxima y mínima en el último brote de prurito.

Anexo 1 : cuestionario utilizado en la recogida de datos.

DATOS DE FILIACIÓN Y CLÍNICOS

Apellidos y nombre:

Nº Paciente:

Sexo:

Edad:

Tiempo en programa de HD (en meses) :

Última analítica: - Ca -P

-Urea

Tto farmacológico actual para el prurito :

CUESTIONARIO

1- ¿Que entiende usted por prurito?: - picores - piel seca - dolor de cabeza - nada

2- ¿Cómo define usted sus picores? :

3- El grado de información que le han dado sobre el prurito le parece: - nulo- satisfactorio
-insuficiente

4- ¿Ha tenido alguna vez picores? - SI - NO

* Si es NO fin del cuestionario. Si es SI continuar.

5- ¿Cuándo comenzaron sus picores?: - antes de entrar en hemodiálisis

- estando en hemodiálisis

- antes de entrar, y en hemodiálisis

6- Normalmente cuando tiene picores: - en casa - siempre (casa y diálisis)

- en diálisis - no sabe

7- Si ha contestado en casa, ¿cuándo los padece?: - de noche - de día - indiferente

8- Si ha contestado en hemodiálisis, ¿cuándo los sufre a lo largo de la sesión?:

- a principio - a mitad - al final - indiferente

9- ¿Como es el picor?:- general - local

10- Si ha contestado local, localice el área :

- cabeza - E superiores - EEII - tórax

- cuello - genitales - espalda - glúteos

11- En qué época del año piensa que padece más picores: - primavera - otoño

- verano - invierno

- indiferente

12- Haga una estimación de su mínimo picor en el último brote:

- ligero - intenso

- moderado - incapacitante

13- Haga una estimación de su máximo picor en el último brote:

- ligero- intenso

- moderado - incapacitante

14- Contestar Si o No. ¿Ha interferido el picor de su último brote en...?:

- actividad general - estado de ánimo -sueño/ descanso

15- ¿ Que medicamentos está tomando para calmar su picor?:

- nombra todos - los confunde

- nombra algunos - no sabe

16- Si los nombra todos :¿Le alivian los medicamentos los picores?:

- siempre - a veces

- a menudo - nunca

17- ¿Que otras medidas emplea para calmar sus picores? :

18- ¿Le alivian estas medidas la sensación de picor ??: - nunca - a menudo

- a veces - siempre

19- ¿Desearía recibir más información acerca de éste problema por parte del personal de enfermería ? : - SI - NO - Indiferente

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN