

## MANIFESTACIONES DERMICAS EN HEMODIALISIS.

### CUIDADOS DE ENFERMERIA ¿ NUEVO ENFOQUE ?

Alicia González Horna, Dolores Piña Simón, M<sup>a</sup> Galvez Serrano, M<sup>a</sup> Carmen

Gago Gómez, Jose Ramón Sánchez Mangas, Susana Martínez Gómez, Belén

Marco, Paloma Hernando Lucio.

Centro Los Llanos. Fundación Renal Iñigo Alvarez de Toledo. Madrid.

C/ Río Segura nº 5. Móstoles. Madrid. 28935.

#### 1) INTRODUCCION.

Los datos recogidos de la literatura indican que el 50% de los enfermos urémicos presentan algún tipo de alteración en la piel, así un 20% tienen anomalías de pigmentación, entre un 65 y un 75% xerodermia o sequedad, prurito hasta un 86%, enfermedad perforante de un 5-10% y dermatosis ampollosa el 4-7%. (2)

Los trastornos cutáneos que dan síntomas son:

1) **Hiperpigmentación difusa** que es frecuente en pacientes que llevan mucho tiempo en diálisis que se debe a la acumulación de la hormona estimulante de melanocitos y a la hemosiderosis secundaria a politransfusiones. (1)

2) **Xerosis** sequedad cutánea con descamación que es causa de prurito y suele acompañarse de hiperqueratosis o queratosis folicular. (1)

3) **Prurito** de etiología multifactorial y que actualmente es menos frecuente y menos grave por el mejoramiento de las técnicas de diálisis, el mayor control de la anemia y del producto calcio-fósforo. Es una enfermedad no dermatológica que la padecen en mayor o menor grado el 60-90% de pacientes en diálisis, la piel puede aparecer normal o con lesiones de rascado, el tratamiento va dirigido a corregir la causa que lo produce aunque, lo único que seguro que lo mejora es el transplante. (5)

4) **Calcificaciones cutáneas y subcutáneas** pápulas blanquecinas muy pruriginosas por depósito de sales de calcio que aparecen en casos de hiperfosforemia o hiperparatiroidismo secundario grave. (10)

5) **Lesiones de calcifilaxis con úlceras isquémicas**, la calcificación de arteriolas produce zonas dolorosas de livedo reticularis que llegan a ulcerarse sobre todo en extremidades y dedos pero en otras ocasiones, se presentan como nódulos dolorosos con paniculitis y necrosis de la piel supraadyacente sobre todo en abdomen, muslos y nalgas. Esta forma de presentación es más frecuente en mujeres obesas con hiperparatiroidismo severo y a veces coincidiendo con tratamiento con dicumarínicos.

6) **Lesiones de porfiria cutánea** son lesiones vasculares que aparecen en zonas expuestas al sol y que se resuelven espontáneamente en varios días dejando una lesión cicatricial atrófica. (1)

El progresivo envejecimiento de la población en hemodiálisis y la frecuencia de patologías asociadas sobre todo cardiovasculares y metabólicas hacen necesario cambiar el concepto histórico de alteraciones en la piel del paciente en hemodiálisis secundarias a la uremia per se, por manifestaciones cutáneas microvasculares cuya prevalencia se prevee que vaya en aumento y donde la actuación preventiva será uno de los objetivos para el personal de enfermería en las unidades de hemodiálisis.

## **2) OBJETIVOS.**

- 1) Registrar la prevalencia de lesiones cutáneas en los 3 últimos años en nuestra Unidad.
- 2) Determinar la etiología más frecuente así como recoger los cuidados realizados por el personal de enfermería.

## **3) DISEÑO DEL ESTUDIO.**

Realizamos un estudio retrospectivo en el que recopilamos los pacientes en

hemodiálisis de nuestro centro que a lo largo de los 3 últimos años presentaron lesiones cutáneas registrando: la prevalencia, las patologías asociadas, el diagnóstico etiológico, las pautas de actuación médico-quirúrgicas y los cuidados realizados por enfermería.

#### **4) RESULTADOS.**

La prevalencia de pacientes con lesiones cutáneas fue de un 15% con una edad media de 65,3 años, el 27% tenían diabetes mellitus, el 27% vasculopatías periféricas, 29% hiperparatiroidismo secundario severo, de los que el 40% desarrollaron lesiones de calcifilaxia con úlceras isquémicas y un 75% además recibían tratamiento anticoagulante con acenocumarol, y un 5% polineuropatía mixta. (Figuras 1 y 2)

En nuestra experiencia los pacientes nos comunican la presencia de lesiones cutáneas o dérmicas con un periodo de demora que supera los 10 días desde su aparición. A la exploración nos encontramos desde una pequeña pápula o vesícula hasta úlceras con tejido blando totalmente necrosado.

La pauta a seguir por enfermería a partir del reconocimiento de dichas úlceras ha sido notificárselo al personal facultativo para solicitar interconsulta especializada a servicios de dermatología y cirugía vascular basándonos en los signos clínicos establecidos para llegar a un diagnóstico mediante pruebas complementarias radiológicas o histológicas, ( eco-doppler, biopsia cutánea etc ).

Los cuidados que establecimos fueron:

\* Una vez aparecida la úlcera es conveniente medirla, iniciar medidas higiénicas, posturales y curas locales.

\* Valoramos signos de infección: Ante claras evidencias de infección local y a veces como cobertura profiláctica usamos pomadas antibióticas y en caso de presentar infección severa ( celulitis, paniculitis ) se procede a la administración de antibióticos vía oral o intravenosa prescrito por el personal facultativo.

\* Se administra analgesia si precisa el paciente, y se valorara realizar la cura intra o post hemodiálisis según tolerancia del mismo, estableciendo la periodicidad de las mismas.

\* Limpiamos la herida con suero fisiológico, uso de antisépticos tópicos, previo desbridamiento del tejido necrótico y colocación de apósitos hidrocoloides dependiendo de su evolución.

\* Una vez establecido el diagnóstico etiológico por dermatología y o cirugía vascular seguimos la pauta de tratamiento que nos indican.

En el momento del diagnóstico el 47% de los pacientes presentaban isquemia grado IV/VI según imagen de eco-doppler. El 35% requirió biopsia para llegar a un diagnóstico definitivo, mostrando calcifilaxis en un 33%, vasculitis en un 16% y dermatosis inespecífica en un 50%. (Figura 3)

## **5) DISCUSION.**

En 1980 Gilchrest observa que el prurito y la xerosis afectan al 48% de los pacientes en hemodiálisis y que en un 75% la microangiopatía era severa. Estos cambios vasculares regresan tras dos meses de trasplante. El desarrollo de la aterosclerosis acelerada era responsable del 50% de las muertes en hemodiálisis. (12).

Jhaveri en 1998 ya observaba en su estudio que aumentaba la prevalencia de pacientes en hemodiálisis que desarrollaban calcifilaxis. En nuestro estudio el 40% desarrollaron lesiones de calcifilaxis con úlceras isquémicas, y de ellos el 75% recibían tratamiento anticoagulante. (7).

La alta mortalidad registrada, que en algunas series es del 75%, (11), muestra que las complicaciones vasculares se extienden más allá del área inicial de presentación. En nuestra serie, el 27% presentan lesiones vasculares y otro 27% tenía diabetes mellitus con

calcificaciones de pequeños vasos confirmadas histológicamente.

En la serie registrada por Mureebe en 2001 (11) el 50% de los pacientes eran susceptibles de revascularización, un 25% sufrieron amputación y un 25% falleció antes de la revascularización.

Según nuestra experiencia, el paciente comenta la sintomatología con un tiempo de demora importante puesto que el 47% ya presentaban isquemia grado IV o lesiones de calcifilaxis un 33% en el momento del diagnóstico, no pudiendo beneficiarse de revascularización y que debemos de actuar más enérgicamente los desordenes metabólicos asociados ( diabetes, hiperparatiroidismo, obesidad etc ) e intensificar las exploraciones de la piel periódicamente.

En este sentido creemos que es fundamental el papel de enfermería como el personal sanitario que hace el primer diagnóstico visual, y considerando que esta prevalencia seguirá en aumento en los próximos años, deberíamos plantearnos disponer de un protocolo de cuidados dérmicos en las unidades de hemodiálisis.

## **6) CONCLUSIONES.**

1-La diabetes mellitus y la patología vascular son la etiología más frecuente en las manifestaciones cutáneas de pacientes en hemodiálisis; observando un incremento de la incidencia de lesiones de calcifilaxis con úlceras isquémicas.

2-Es importante que el personal de enfermería tenga en cuenta el cuidado de lesiones dérmicas como uno de los planes de actuación preventiva.

3-De los datos obtenidos creemos fundamental elaborar en un futuro un protocolo de cuidados de la piel para pacientes en hemodiálisis.

## **7) BIBLIOGRAFIA.**

1) Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Trasplante Renal. Víctor Lorenzo

Sellares. 1998.

- 2) Headley CM, Wall B. "ESRD-associated cutaneous manifestations in hemodialysis population". *Nephrol Nurs J.* 2002 Dec; 29(6): 525-7, 531-9, 540-1 Review.
- 3) Hafner J. "Skin changes in kidney diseases and in chronic kidney insufficiency". *Ther Umsch* April; 52(4): 230-5, 1995.
- 4) Parker RW, Mouton CP, Young DW, Espino DV. "Early recognition and treatment of calciphylaxis". *South Med J.* Jan 96(1): 53-5, 2003.
- 5) Stahle-Backdahl M, Hagermark O, Lins LE. "Pruritus in patients on maintenance hemodialysis" *Acta Med Scand* 224(1); 55-60 1988.
- 6) M. Javaloyas Morlius. "Infección del pie diabético " Jano 26 marzo-1 de abril Vol LXVI n° 1513 2004.
- 7) Jhaveri FM, Woosley JT, Fried FA. "Penile calciphylaxis: rare necrotic lesions in chronic renal failure patients ". *J Urol* sep; 160; 764-7 1998.
- 8) Gafter U, Mamet R, Korzets A, Malachi T, Schoenfeld N. "Bullous dermatosis of end-stage renal disease: a possible association abnormal porphyrin metabolism and aluminium". *Nephrol Dial Transplant* sep 11(9) 1787-91, 1996.
- 9) Subach RA, Marx MA. "Evaluation of uremic pruritus at an outpatient hemodialysis unit" *Ren Fail* sep 24(5) 609-14 2002.
- 10) Kim YJ, Chung BS, Choi KC. "Calciphylaxis in a patients with end-stage renal disease". *J Dermatol* may 28(5) 272-5, 2001.
- 11) Mureebe L, Moy M, Balfour E, Blume P, Gahtan, V. "Calciphylaxis: a poor prognostic indicator for limb salvage". *J Vasc Surg* Jun 33(6): 1275-9, 2001.
- 12) Gilchrest BA, Rowe JW, Mihm MC Jr "Clinical and histological skin changes in chronic renal failure evidence for a dialysis-resistant, transplant-responsive microangiopathy". *Lancet* Dec 13;2(8207):1271-5. 1980.

