

MANIFESTACIONES DERMICAS EN HEMODIALISIS.

CUIDADOS DE ENFERMERIA ¿ NUEVO ENFOQUE ?

Alicia González Horna, Dolores Piña Simón, M^a Galvez Serrano, M^a 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 nº 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.

