

# Manifestaciones dérmicas en hemodiálisis. Cuidados de enfermería ¿nuevo enfoque?

**Alicia González Horna\***  
**Dolores Piña Simón\***  
**M<sup>a</sup> Gálvez Serrano\***  
**M<sup>a</sup> Carmen Gago Gómez\***  
**José Ramón Sánchez Mangas\***  
**Susana Martínez Gómez\***  
**Belén Marco García\***  
**Paloma Hernando Lucio\*\***

\*Diplomado en Enfermería  
\*\*Médico  
Centro Los Llanos.  
Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo.  
Madrid.

## RESUMEN

Las lesiones vasculares periféricas son frecuentes en pacientes de edad avanzada y con insuficiencia renal de larga evolución, asociadas o no con hiperparatiroidismo y/o alteraciones metabólicas. El progresivo envejecimiento de la población en hemodiálisis nos hace suponer, que en los próximos años se produzca un incremento en la aparición de lesiones dermatológicas asociadas a patología vascular. Este estudio observacional y retrospectivo intenta registrar la prevalencia en nuestra unidad de lesiones cutáneas durante los últimos tres años y reflejar los cuidados de enfermería, que sin un protocolo previo establecido, se han desarrollado.

Nuestros resultados muestran que el 15% de los pacientes presentaron lesiones cutáneas. El 27% eran diabéticos, 27% presentaban patología vascular periférica, 29% hiperparatiroidismo, de los que el 40% desarrollaron lesiones de calcifilaxia. Observamos desde una pequeña pápula hasta lesiones más evolucionadas de úlceras con tejido necrótico que empezamos a tratar de forma empírica con curas locales, cobertura profiláctica antibiótica y analgesia oral o iv, si la precisaba el paciente. El diagnóstico etiológico confirmó que el 47% ya presentaban isquemia grado IV y un 33% le-

sión histológica de calcifilaxia. Por ello, nos planteamos incorporar protocolos para el cuidado de lesiones dérmicas en hemodiálisis.

**PALABRAS CLAVE:** HEMODIÁLISIS  
LESIONES DÉRMICAS  
CALCIFILAXIS

## DERMIC MANIFESTATIONS IN HAEMODIALYSIS. NURSING CARE - A NEW APPROACH?

### SUMMARY

Peripheral vascular injuries are common in elderly patients with chronic renal failure, whether or not associated to hyperparathyroidism and/or metabolic alterations. The progressive ageing of the populations on haemodialysis leads us to assume that in future years an increase will occur in the appearance of dermatological injuries associated to vascular pathology. This observational and retrospective study tries to record the prevalence in our unit of skin injuries during the last three years and to reflect the nursing care that has been developed, without a previously established protocol.

Our results show that 15% of patients showed skin injuries. 27% were diabetic, 27% suffered from peripheral vascular pathology, 29% had hyperparathyroidism, of whom 40% developed calciphylaxia. We observed from a small papule

Correspondencia:  
Alicia González Horna  
C/ Río Segura nº 5  
28935 Móstoles  
Madrid

to more developed ulcers with necrotic tissue which we started to treat empirically with local treatment, preventive antibiotic cover and oral or IV analgesic, if the patient needed it. The etiological diagnosis confirmed that 47% already had 4th degree ischemia and 33% calciphylaxis histological injury. Accordingly, we considered introducing protocols for the care of skin injuries in haemodialysis.

**KEY WORDS:** HAEMODIALYSIS  
SKIN INJURIES  
CALCIPHYLAXIS

## INTRODUCCIÓN

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%; 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. Los trastornos cutáneos más frecuentes son:

- **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 transfusiones múltiples.
- **Xerosis**, sequedad cutánea con descamación que es causa de prurito y suele acompañarse de hiperqueratosis o queratosis folicular.
- **Calcificaciones cutáneas y subcutáneas**, pápulas blanquecinas muy pruriginosas por depósito de sales de calcio que aparecen en casos de hiperfosforemia o hiperparatiroidismo secundario grave.
- **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 supra adyacente 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 (fig. 1, 2 y 3).
- **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.

### Calcifilaxis: presentación

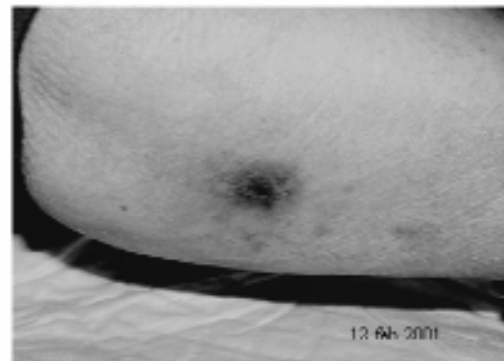


Figura 1

### Calcifilaxis: evolución



Figura 2

### Calcifilaxis: histología



Figura 3

Por último, el **prurito** cuya etiología es multifactorial y que actualmente es menos frecuente y menos grave por la mejora 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 trasplante.

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 prevé que vaya en aumento y donde la actuación preventiva será uno de los objetivos para el personal de enfermería en las unidades de hemodiálisis.

**OBJETIVO**

Registrar la prevalencia de lesiones cutáneas en los 3 últimos años en nuestra Unidad y determinar la etiología más frecuente, así como recoger los cuidados realizados por el personal de enfermería.

**DISEÑO DEL ESTUDIO**

Realizamos un estudio retrospectivo en el que recopilamos a los pacientes en hemodiálisis de nuestro centro que a lo largo de los 3 últimos años presentaron lesiones cutáneas registrando:

- Prevalencia
- Patologías asociadas
- Diagnóstico etiológico
- Pautas de actuación médico-quirúrgicas y los cuidados realizados por enfermería.

**RESULTADOS**

La prevalencia de pacientes con lesiones cutáneas fue de un 15% la edad media fue de 65,3 años. El 27% tenían diabetes mellitus, el 27% vasculopatías periféricas y el 29% hiperparatiroidismo secundario severo, de estos 40% desarrollaron lesiones de calcifilaxia con úlceras isquémicas, además, un 60% además recibían tratamiento anticoagulante con acenocumarol. Por último un 5% presentaban polineuropatía mixta (fig. 4 y 5). 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 notificarlo al personal facultativo para solicitar interconsulta a los servicios de dermatología y cirugía vascular. El diagnóstico se basó en los signos clínicos y las pruebas complementarias radiológicas o histológicas establecidas, como eco-doppler y biopsia cutánea.

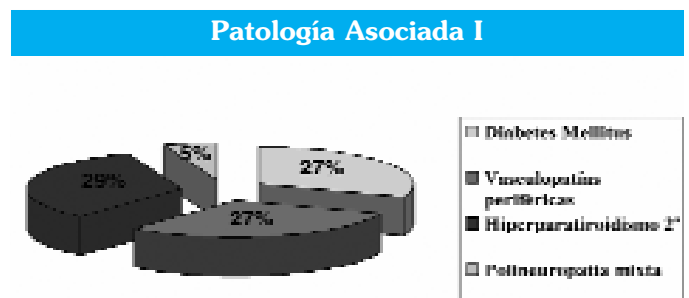


Figura 4

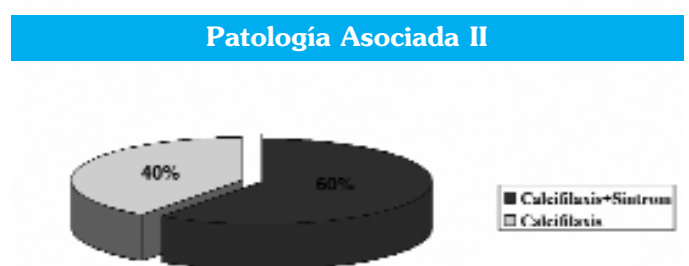


Figura 5

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 (fig. 6), mostrando calcifilaxia un 33%, vasculitis un 16% y dermatosis inespecífica un 50% (fig. 7).

**Diagnóstico**

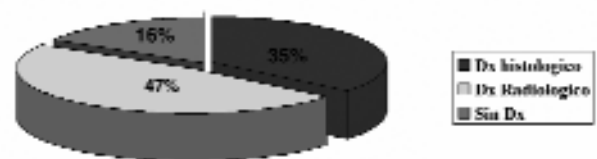


Figura 6

**Diagnóstico Histológico**

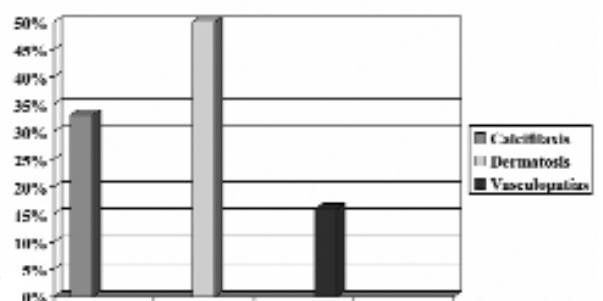


Figura 7

Los cuidados que establecimos fueron:

- Una vez aparecida la úlcera es necesario medirla e iniciar medidas higiénicas, posturales y curas locales.
- Valorar signos de infección. Ante claras evidencias de infección local, y, a veces, como cobertura profiláctica, usamos pomadas antibióticas. En caso de presentar infección severa (celulitis, paniculitis) se procede a la administración de los antibióticos por vía oral o intravenosa prescritos por el personal facultativo.
- Se administra analgesia, si precisa el paciente, y se valora realizar la cura intra o post hemodiálisis según tolerancia, 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.
- Tras el diagnóstico etiológico se realizaron las curas específicas para cada lesión.

## DISCUSIÓN

En 1988, Jhaveri ya observaba 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 60% recibían tratamiento anticoagulante. La alta mortalidad registrada, que en algunas series es del 75%, 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, 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, y lesiones de calcifilaxis un 33%, en el momento del diagnóstico, no pudiendo beneficiarse de revascularización. Debemos de actuar más enérgicamente ante 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. Considerando que la prevalencia de alteraciones dermatológicas seguirá aumentando en los próximos años, deberíamos plantearnos disponer de un protocolo de cuidados dérmicos en las unidades de hemodiálisis.

## CONCLUSIONES

- La diabetes mellitus y la patología vascular son las etiologías más frecuentes de las manifestaciones cutáneas de pacientes en hemodiálisis; observando un incremento de la incidencia de lesiones de calcifilaxis con úlceras isquémicas.
- Es importante que el personal de enfermería tenga en cuenta el cuidado de lesiones dérmicas como uno de los planes de actuación preventiva.
- De los datos obtenidos creemos fundamental elaborar en un futuro un protocolo de cuidados de la piel para pacientes en hemodiálisis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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* 1996; 11(9):1787-91.
2. Gilcrest BA, Rowe JW, Mihm MC Jr. Clinical and histological skin changes in chronic renal failure evidence for a dialysis-resistant, transplant-responsive microangiopathy. *Lancet* 1980; 13;2(8207):1271-5.
3. Hafner J. Skin changes in kidney diseases and in chronic kidney insufficiency. *Ther Umsch* 1995; 52(4):230-5.
4. Headley CM, Wall B. ESRD-associated cutaneous manifestations in hemodialysis population. *Nephrol Nurs J* 2002; 29(6):525-441.
5. Javaloyas Morlius M. Infección del pie diabético. *Jano* 2004; 46(1513).
6. Jhaveri FM, Woosley JT, Fried FA. Penile calciphylaxis: rare necrotic lesions in chronic renal failure patients. *J Urol* 1998; 160: 764-7.
7. Kim YJ, Chung BS, Choi KC. Calciphylaxis in a patients with end-stage renal disease. *J Dermatol* 2001; 28(5):272-5.
8. Lorenzo Sellares V. Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Trasplante Renal. Madrid: Harcourt Brace; 1998.
9. Mureebe L, Moy M, Balfour E, Blume P, Gahtan, V. Calciphylaxis: a poor prognostic indicator for limb salvage. *J Vasc Surg* 2001; 33(6):1275-9.
10. Parker RW, Mouton CP, Young DW, Espino DV. Early recognition and treatment of calciphylaxis. *South Med J* 2003; 96(1):53-5.
11. Stahle-Backdahl M, Hagermark O, Lins LE. Pruritus in patients on maintenance hemodialysis. *Acta Med Scand* 1998; 224(1): 55-60.
12. Subach RA, Marx MA. Evaluation of uremic pruritus at an outpatient hemodialysis unit. *Ren Fail* 2002; 24(5):609-14.