

Prurito urémico en el paciente en hemodiálisis: caso clínico

María Pilar Cardona-Blasco, Carolina Palomar-Ceballos, Eva Elías-Sanz

Servicio de Hemodiálisis. Hospital Clínic de Barcelona. España

Como citar este artículo:

Cardona-Blasco MP, Palomar-Ceballos C, Elías-Sanz E. Prurito urémico en el paciente en hemodiálisis: caso clínico. *Enferm Nefrol.* 2026;29(1):73-80

Correspondencia:

María Pilar Cardona-Blasco
mcardonb@hotmail.es

Recepción: 16-09-25
Aceptación: 12-01-26
Publicación: 30-03-26

RESUMEN

Descripción del caso: Paciente complejo y frágil con enfermedad renal crónica terminal que después de 44 meses en tratamiento de hemodiálisis presentó prurito de muy difícil manejo.

Descripción/evaluación del plan de cuidados: Gradualmente se utilizaron diferentes fármacos, técnicas y tratamientos. Se prescribieron antihistamínicos, el paciente realizó sesiones de fototerapia, también se practicaron recambios plasmáticos junto a la administración de inmunoglobulinas alternadas con sesiones de fotoaféresis extracorpóreas, mostrando escasa efectividad y una peor tolerancia al prurito. Otros tratamientos realizados fueron baños con permanganato potásico, infiltraciones con corticoesteroides, anticuerpos monoclonales y anticonvulsivos; todo ello sin obtener los resultados esperados. Actualmente realiza hemodiálisis con pre-filtro de hemoadsorción.

Ha sido importante la vigilancia de la integridad cutánea y prevención del riesgo de infección, tanto de las lesiones por rascado como el cuidado de su acceso vascular. Enfermería ha procurado proporcionar confort y ha recomendado técnicas de relajación. También ha actuado la psicóloga de nuestro centro para el manejo de la desesperanza. Actualmente sigue presentando prurito de difícil control, de manera intermitente, afectando seriamente su calidad de vida.

Conclusiones: El prurito urémico es un trastorno infradiagnosticado. Sus desagradables síntomas provocan incomodidad e incapacidad para las actividades de la vida diaria. Sería necesaria una correcta evaluación, incorporando escalas validadas a la práctica clínica, además de un tratamiento dirigido y sistematizado para lograr el control de éste. Así mismo, mejorar la comprensión de la fisiopatología e incorporar nuevas

terapias pueden aportar consuelo y alivio en relación a esta sintomatología.

Palabras clave: prurito; enfermedad renal crónica; hemodiálisis; planes de atención en enfermería.

ABSTRACT

Uraemic pruritus in a haemodialysis patient: a clinical case

Case description: A complex and frail patient with end-stage chronic kidney disease developed severe, difficult-to-manage pruritus after 44 months on haemodialysis treatment.

Description/evaluation of the care plan: Various drugs, techniques, and treatments were progressively implemented. Antihistamines were prescribed, and the patient underwent phototherapy sessions. Plasma exchange was also performed along with the administration of immunoglobulins, alternated with extracorporeal photopheresis sessions, showing limited effectiveness and worsening tolerance to pruritus. Additional treatments included potassium permanganate baths, corticosteroid infiltrations, monoclonal antibodies, and anticonvulsants, all without achieving the expected outcomes. The patient is currently undergoing haemodialysis with a pre-filter haemoadsorption system.

Close monitoring of skin integrity and prevention of infection risk were essential, both for scratching-related lesions and vascular access care. Nursing staff focused on providing comfort and recommended relaxation techniques. Moreover, psychological support was provided to address feelings of

hopelessness. Currently, the patient continues to experience intermittent, difficult-to-control pruritus, significantly impairing quality of life.

Conclusions: Uraemic pruritus is an underdiagnosed condition. Its distressing symptoms cause discomfort and impair the ability to perform activities of daily living. Proper evaluation using validated scales in clinical practice is necessary, along with a targeted and standardised treatment approach to achieve symptom control. Furthermore, improving the understanding of its pathophysiology and incorporating new therapies may provide relief and comfort for patients experiencing this condition.

Keywords: pruritus; chronic kidney disease; haemodialysis; nursing care plans.

INTRODUCCIÓN

El prurito es una complicación frecuente en los pacientes en hemodiálisis (HD) como consecuencia del deterioro de la función renal^{1,2}. Tiene una prevalencia elevada entre 28-70%. Se define como la sensación de picor en una parte del cuerpo o en todo él, lo cual provoca la necesidad de rascarse. Es un síntoma subjetivo e inespecífico. El prurito urémico puede ser generalizado o localizarse en la espalda, cara o brazos, suele ser simétrico y puede ser constante o esporádico¹.

Ha sido asociado a alteraciones del metabolismo calcio/fósforo, malnutrición, neuropatía y disautonomía, cambios bruscos en el estado de hidratación, adecuación de la diálisis y desregulación del sistema opioide^{1,3,4}.

Su diagnóstico requiere la exclusión de otras enfermedades asociadas: dermatológicas, sistémicas, hepáticas, oncológicas, neuropáticas o trastornos psicógenos.

Se puede evaluar su intensidad e impacto en la calidad de vida de los pacientes con escalas validadas cuya finalidad es la prescripción y seguimiento de tratamientos personalizados en función de los resultados⁵. Un prurito moderado o intenso puede ser muy limitante e incluso ser predictor de mayor mortalidad⁴.

En este artículo describimos el caso de un paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) que después de 44 meses de tratamiento en HD debuta con prurito de difícil manejo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 86 años, alérgico a la penicilina y a las sulfamidas. Dependiente para las actividades de la vida diaria. Con antecedentes clínicos de:

- Diabetes Mellitus (DM) tipo 2.
- Hipertensión arterial (HTA).
- Dislipemia (DLP).
- ERCT desde junio del 2015.
- Arritmia cardíaca por fibrilación auricular (ACxFA) desde 2018 en tratamiento con antiagregantes.
- Accidente vascular cerebral (AVC) en 2018.
- Ictus lacunar en 2022.
- Osteoporosis y artritis.
- Polineuropatía diabética en extremidades inferiores.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Exfumador desde los 19 años.
- Intervenciones de cataratas bilaterales, amigdalectomía y hemorroides.
- Espondiloartrosis cervical y lumbociática.
- Síndrome de bradicardia-taquicardia, portador de marcapasos izquierdo desde febrero de 2024.
- Hiperplasia benigna de próstata con resección transuretral en 2002.
- Carcinoma basocelular infiltrante en 2019 y 2023.
- Queratosis seborreica con inflamación liquenoide en 2019.
- Prúrigo nodular en junio de 2019.

El paciente se encuentra en programa regular de HD por ERCT de probable etiología nefroangiosclerótica secundaria a DM. En junio de 2015 inició HD con fístula arteriovenosa nativa (FAVn). En el contexto de la presencia posterior de un aneurisma complicado se realizó aneurismorrafia más reimplante de fístula arteriovenosa protésica (FAVp) en octubre del 2021. Actualmente realiza HD por catéter venoso central tunelizado (CVCT) tras negativa del paciente a puncionar su FAVp por dolor y tumorización en las zonas de punción. Fue excluido para trasplante renal por edad avanzada y por su comorbilidad asociada.

En abril del 2019 se remitió a consultas externas de dermatología por prurito de 2 meses de evolución tras 44 meses de tratamiento sustitutivo renal. El prurito fue tratado con desclorfeniramina (antihistamínico), la cual se suprimió por somnolencia. Posteriormente tampoco toleró la cetirizina. Se apreció alguna excoriación y xerosis más eczematización de la FAVn.

A los 2 meses inició fototerapia consistente en 3 sesiones semanales de radiación ultravioleta B (UVB) de banda estrecha (BE), suspendiendo dicho tratamiento tras 6 semanas dada la ausencia de respuesta. El prurito crónico desde hacía 20 meses empeoró en intensidad, llegando a una intensidad de 10 sobre 10 puntos en la escala visual analógica con predominio nocturno.

Se trató con pregabalina (anticonvulsivo) durante 3 meses en 2020 y con anticuerpos monoclonales (dupilumab) durante los 3 meses posteriores con resultados infructuosos.

En marzo del 2021 se realizaron recambios plasmáticos (RP) más administración de inmunoglobulinas (IGIV) alternadas con sesiones de fotoaféresis extracorpóreas (FAE), refiriendo inicialmente una mejora de las lesiones cutáneas pero peor tolerancia al prurito tras 8 sesiones de tratamiento.

En mayo se inició tratamiento terapéutico de bañeras con permanganato más tratamiento tópico con OW3 3 veces por semana, suspendiendo el tratamiento a la semana por empeoramiento de su estado general.

Seguidamente se realizaron infiltraciones con triamcinolona durante 2 meses sin efectividad.

En noviembre se planteó la administración de upadacitinib, un inhibidor de las Janus cinasas (JAK), como uso compasivo y por falta de control del prurito, así como la importante afectación de su calidad de vida. Finalmente se descartó esta posibilidad debido a la avanzada edad del paciente y a sus comorbilidades asociadas. También se descartó el uso de tralokinumab dada la similitud con el fármaco dupilimab y la mala respuesta que tuvo ante éste último.

En abril del 2022 se remitió nuevamente a fototerapia, en tratamiento con montelukast (inhibidor de leucotrienos) más baños, sin éxito. Al mes se suspendió el tratamiento por intolerancia a la bipedestación.

En octubre se aplicó ácido tranexámico al 0,1% por la noche en las zonas liquenificadas. Este medicamento fue efectivo para las lesiones, pero persistió el prurito.

En enero de 2025 se decide nuevo tratamiento durante sus sesiones de HD consistente en un prefiltro/cartucho de hemoadsorción (HA), concretamente un hemofiltro de membrana NF2-1U, nuevamente sin éxito. Otros antihistamínicos probados fueron hidroxicina, blastina, loratadina y esteroides tópicos como el clobetasol sin éxito.

Actualmente sigue presentando prurito de difícil control, de manera intermitente, afectando a su calidad de vida.

VALORACIÓN ENFERMERA

En la **tabla 1** se muestra la valoración de enfermería según los patrones funcionales de la teoría de Marjory Gordon⁶.

Tabla 1. Valoración de enfermería según los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.

Patrones funcionales de salud	Datos de la valoración enfermera
1) Percepción-manejo de salud	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antecedentes: DM 2, HTA, DLP, AcxFA, AVC, EPOC, ERCT, artritis, artrosis y osteoporosis. ■ Ex-fumador desde los 19 años. ■ Alérgico a penicilina y sulfamidas. ■ Dependencia para las ABVD, actualmente con ayuda social. ■ Vacunación actualizada. ■ FAVn primero, FAVp después y actualmente realiza HD con CVC. ■ Portador de MCP.
2) Nutricional-metabólico	<ul style="list-style-type: none"> ■ Normopeso. ■ Actualmente toma suplementos nutricionales orales proteico-energéticos. ■ Xerosis, prurito crónico, IQ en dos ocasiones por carcinoma basocelular infiltrante.
3) Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> ■ Anúrico.
4) Actividad-ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dependencia severa en la escala de Barthel. Movilización con silla de ruedas, dificultad para la bipedestación. Pasa tiempo encamado. ■ Sale poco a la calle, pero esporádicamente hace bici en casa.
5) Sueño-descanso	<ul style="list-style-type: none"> ■ Toma de antidepresivos desde hace años por trastorno depresivo mayor (hijo fallecido en un accidente con 36 años). ■ Insomnio por prurito.
6) Cognitivo-perceptivo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientado en tiempo y espacio. ■ Sin alteraciones cognitivas.
7) Autopercepción-autoconcepto	<ul style="list-style-type: none"> ■ Siente y verbaliza desasosiego, desánimo y apatía. ■ Ideas pasivas de muerte.
8) Rol-relaciones	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vive con su mujer, que es su cuidadora y se siente muy acompañado con ella. ■ Buena relación con su hija y nietos.
9) Sexualidad-reproducción	<ul style="list-style-type: none"> ■ No alterado.
10) Adaptación-tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> ■ Preocupación por su falta de autonomía y limitaciones físicas. ■ Desesperanza por el prurito crónico que no responde a tratamientos. ■ Preocupación cuando el CVC no funciona.
11) Valores-creencias	<ul style="list-style-type: none"> ■ No alterado.

DM2: Diabetes Mellitus 2; HTA: Hipertensión arterial; DLP: Dislipemia; AcxFA: Arritmia cardíaca por fibrilación auricular; AVC: Accidente vascular cerebral; EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ERCT: Enfermedad renal crónica terminal.

PLAN DE CUIDADOS

Planteamos un plan de cuidados utilizando la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁷ tras identificar los problemas potenciales de salud, con los objetivos enfermeros utilizando taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification)⁸ y las intervenciones enfermeras utilizando taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification)⁹ (tabla 2).

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

■ **Deterioro de la integridad cutánea.** (Diagnóstico NANDA: 00046):

Para mejorar el estado de la piel se implementaron intervenciones orientadas al mantenimiento de la hidratación cutánea y a la prevención de lesiones derivadas del rascado.

Tabla 2. Plan de cuidados del caso clínico según las Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

NANDA	NOC	NIC
<p>(00046) Deterioro de la integridad cutánea</p> <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alteración del estado de los líquidos. Alteración nutricional. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eritema. Sequedad de la piel. Prurito. 	<p>(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p> <p>(110121) Eritema:</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=extenso a 5=ninguno): Puntuación basal: 2 y a los 6 años: 4. <p>(110113) Integridad de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=pésima a 5=excelente): Puntuación basal: 2 y a los 6 años: 4. <p>(110101) Temperatura de la piel.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=pésima a 5=excelente): Puntuación basal: 3 y a los 6 años: 5. <p>(601) Equilibrio hídrico:</p> <p>(60116) Hidratación cutánea.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=pésima a 5=excelente): Puntuación basal: 2 y a los 6 años: 4. 	<p>(3590) Vigilancia de la piel.</p> <p>(2080) Manejo de líquidos/electrolitos.</p> <p>(3550) Manejo del prurito.</p> <p>(3584) Cuidados de la piel: tratamiento tópico.</p>
<p>(00004) Riesgo de infección</p> <p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la continuidad cutánea. Procedimientos invasivos. 	<p>(1908) Detección del riesgo:</p> <p>(190801) Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=nunca a 5=muy frecuentemente): Puntuación basal: 2 y a los 6 años: 5. <p>(1105) Integridad del acceso hemodiálisis.</p>	<p>(6610) Identificación de riesgos.</p> <p>(6550) Protección contra las infecciones.</p> <p>(4220) Cuidados del catéter central.</p>
<p>(00124) Desesperanza</p> <p>Factores relacionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Deterioro de la condición física. Prolongada restricción de la actividad que crea aislamiento. <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la verbalización. Disminución de la iniciativa. Síntomas depresivos Expresa alteración del ciclo sueño-vigilia. 	<p>(1208) Nivel de depresión.</p> <p>(120801) Estado de ánimo deprimido.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=siempre a 5=nunca): Puntuación basal: 1 y a los 6 años: 2. <p>(120817) Desesperación.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=siempre a 5=nunca): Puntuación basal: 1 y a los 6 años: 3. <p>(120835) Pensamientos recurrentes de muerte.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=siempre a 5=nunca): Puntuación basal: 1 y a los 6 años: 2. <p>(120802) Pérdida de interés por actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=siempre a 5=nunca): Puntuación basal: 1 y a los 6 años: 3. 	<p>(5270) Apoyo emocional.</p> <p>(5340) Presencia.</p> <p>(5900) Distracción.</p> <p>(200) Fomento del ejercicio.</p>
<p>(00214) Disconfort</p> <p>Características definitorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> Expresa alteración del ciclo sueño-vigilia. Expresa prurito. 	<p>(0004) Sueño.</p> <p>(404) Calidad del sueño.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=pésima a 5=excelente): Puntuación basal: 1 y a los 6 años: 2. <p>(2301) Respuesta a la medicación.</p> <p>(230112) Respuesta de la conducta esperada.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=pésima a 5=excelente): Puntuación basal: 2 y a los 6 años: 4. <p>(1608) Control de síntomas.</p> <p>(160807) Utiliza medidas de alivio del síntoma.</p> <ul style="list-style-type: none"> Escala Likert (De 1=nunca a 5=siempre): Puntuación basal: 2 y a los 6 años: 4 	<p>(1850) Mejorar el sueño.</p> <p>(6040) Terapia de relajación.</p> <p>(3550) Manejo del prurito.</p> <p>(2300) Administración de medicación.</p>

NANDA	NOC	NIC
(00085) Deterioro de la movilidad física Factores relacionados: <ul style="list-style-type: none"> ■ Malnutrición. ■ Disminución de la fuerza muscular. ■ Deterioro del metabolismo. ■ Depresión. Características definitorias: <ul style="list-style-type: none"> ■ Inestabilidad postural. 	(1308) Adaptación a la discapacidad física. (130812) Acepta la necesidad de ayuda física. <ul style="list-style-type: none"> ■ Escala Likert (De 1=nunca a 5=siempre): ■ Puntuación basal: 2 y a los 6 años: 4. 	(200) Fomento del ejercicio. (6490) Prevención de caídas.
Complicaciones potenciales / Problemas de colaboración	NOC	NIC
(00002) Desequilibrio nutricional por defecto. Factores relacionados: <ul style="list-style-type: none"> ■ Síntomas depresivos. ■ Aporte nutricional inadecuado. Características definitorias: <ul style="list-style-type: none"> ■ Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. ■ Debilidad y disminución del tono muscular. 	(1004) Estado nutricional. (100401) Ingesta de nutrientes. <ul style="list-style-type: none"> ■ Escala Likert (De 1=no adecuada a 5=completamente adecuada): ■ Puntuación basal: 1 y a los 6 años: 4. 	(1160) Monitorización nutricional. (5246) Asesoramiento nutricional. [1100) Manejo de la nutrición.

Se indicó la aplicación regular de cremas emolientes e hidratantes, especialmente tras la higiene diaria, con el objetivo de restaurar la barrera cutánea y disminuir la sequedad que favorece el prurito.

Se recomendó el uso de guantes, especialmente durante la sesión de hemodiálisis, para evitar el rascado inconsciente y reducir la aparición de nuevas lesiones cutáneas (ver **figura 1**).

Paralelamente se realizó vigilancia periódica del estado de la piel, observando la evolución de las lesiones existentes y detectando precozmente signos de inflamación, infección o empeoramiento.

También se reforzó la educación sanitaria al paciente sobre la importancia de mantener una adecuada hidratación de la piel, evitar productos irritantes y mantener las uñas cortas y limpias para disminuir el riesgo de autolesiones. Estas intervenciones contribuyeron a la mejoría progresiva del estado cutáneo.

■ Riesgo de infección. (Diagnóstico NANDA: 00004):

Debido a la presencia de lesiones cutáneas y dispositivos vasculares, se realizaron intervenciones dirigidas a prevenir infecciones y mantener la integridad de los accesos vasculares. El cuidado del CVCT se llevó a cabo siguiendo estrictas medidas de asepsia, incluyendo la correcta desinfección del punto de inserción, cambio periódico de apósitos y vigilancia de posibles signos de infección como enrojecimiento, exudado o dolor.

Además, se realizó un seguimiento de las lesiones cutáneas producidas por el rascado, como excoriaciones, prurigo nodular o eczematización en la FAVn, con el objetivo de detectar signos de sobreinfección de forma precoz.

Se promovió la higiene corporal adecuada, la limpieza de la zona afectada y el uso de ropa limpia y transpirable.

■ Desesperanza. (Diagnóstico NANDA: 00124):

El paciente verbalizaba pensamientos negativos y expresiones de desesperanza, llegando a manifestar ideas pasivas rela-



Figura 1. Prevención del deterioro de la integridad cutánea.

cionadas con la muerte. Ante esta situación, se llevaron a cabo intervenciones de apoyo emocional y acompañamiento terapéutico, fomentando la comunicación abierta y permitiendo que el paciente expresara sus preocupaciones y sentimientos.

Las intervenciones psicológicas realizadas por la psicóloga del centro contribuyeron a trabajar estrategias de afrontamiento, reestructuración de pensamientos negativos y adaptación a su situación de salud. Estas sesiones permitieron mejorar el estado de ánimo del paciente y disminuir los niveles de ansiedad y síntomas depresivos.

■ **Disconfort.** (Diagnóstico NANDA: 00214):

El paciente presentaba un malestar importante asociado principalmente al prurito persistente, que repercutía en su bienestar general y en la calidad del sueño. Se reforzó la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito, explicando al paciente la necesidad de seguir las pautas indicadas para intentar controlar los síntomas.

Además, se recomendaron medidas no farmacológicas como técnicas de relajación e higiene del sueño.

A pesar de la buena adherencia al tratamiento y de la implementación de estas estrategias, el prurito persistió en cierta medida y el paciente refirió escasa mejoría en la calidad del sueño, lo que evidencia la complejidad del manejo de este síntoma en pacientes con patologías crónicas.

■ **Deterioro de la movilidad física.** (Diagnóstico NANDA: 00085):

Debido a las limitaciones físicas y la inestabilidad a la deambulación, se trabajó en favorecer la adaptación del paciente a su situación funcional. Se promovió la toma de conciencia de sus limitaciones y la importancia de adoptar medidas de seguridad para prevenir caídas.

El paciente aceptó progresivamente la necesidad de salir acompañado, lo que contribuyó a mejorar su seguridad durante la deambulación. Además, se fomentó la realización de movilización dentro de sus posibilidades, evitando el sedentarismo excesivo y favoreciendo el mantenimiento de la funcionalidad.

■ **Desequilibrio nutricional por defecto.** (Diagnóstico NANDA: 00002):

Tras detectar una ingesta insuficiente tanto a nivel energético como proteico, acompañada de pérdida de peso, se instauraron intervenciones dirigidas a mejorar el estado nutricional del paciente. Se pautaron suplementos nutricionales orales, con el objetivo de aumentar el aporte calórico y proteico diario.

Asimismo, se realizó seguimiento del peso corporal, del apetito y de los hábitos alimentarios. Tras la administración de Acetato de megestrol, se observó una mejoría del apetito, lo que favoreció un incremento en la ingesta y una progresiva mejora de los indicadores nutricionales.

Estas intervenciones permitieron reforzar el estado nutricional del paciente y prevenir complicaciones asociadas a la desnutrición.

DISCUSIÓN

El prurito es uno de los síntomas más molestos para los pacientes en HD. A pesar de los avances tecnológicos respecto a las sesiones de HD y la optimización del tratamiento de la ERC sigue siendo un problema habitual que afecta la calidad de vida. Puede afectar tanto a los pacientes en HD como en diálisis peritoneal, aunque no están claras las diferencias entre ambos tratamientos. Es sorprendente por todo ello que esté infradiagnosticado en los centros de diálisis^{4,9}.

Su fisiopatología es incierta con varias hipótesis al respecto⁹. La hiperfosfatemia, la hipercalcemia, el hiperparatiroidismo y la elevación del producto calcio-fósforo son las hipótesis más tradicionales, aunque también encontramos pacientes sin alteraciones en el metabolismo fosfo-cálcico². Ésto mismo podría decirse de la hipoalbuminemia y la elevación de la PCR asociada al prurito, que en el caso clínico presentado en este artículo se encontraban normalizados. Él fue diagnosticado de polineuropatía diabética y se sabe que hay una mayor prevalencia de déficits neuronales en los pacientes con prurito⁴. Además los cambios continuos y bruscos de hidratación, en concreto la deshidratación puede conducir a una xerosis⁴, diagnosticada en nuestro caso cuando empezó el prurito. La diálisis de bajo flujo y niveles de Kt/v inferiores a 1,5 a lo largo del tiempo se asocian a un agravamiento del prurito¹, recibiendo nuestro paciente una dosis de diálisis adecuada. Parece pues que la desregulación del sistema opioide es la hipótesis que más peso tiene en el caso descrito.

El abordaje terapéutico fue encaminado a corregir los factores desencadenantes.

En primera instancia se restringieron los alimentos proteicos y ricos en fósforo, se adecuó la diálisis de forma personalizada y se aplicaron los emolientes para rehidratar la piel^{1,5}.

Otra línea de tratamiento, que resultó poco eficaz, fueron los antihistamínicos tópicos o sistémicos, y esteroides^{1,4,5,10}.

Los anticonvulsivos tienen un efecto modulador del dolor neuropático y se han utilizado en el prurito urémico. De ellos, la pregabalina ha sido la mejor tolerada, mejor incluso que la gabapentina, evitando así el abandono del tratamiento y siendo el único fármaco con efecto probado sobre el prurito urémico^{4,5,11}.

Parece eficaz la fototerapia ultravioleta B de banda estrecha en pacientes que no responden a otros tratamientos^{4,5,10,12}, aunque se ha de seguir investigando y nuestro paciente mejoró con esta terapia.

Otras alternativas de tratamiento fueron los RP alternados con la administración de IGIV¹³ tanto para el prurito urémico como para el colestásico³, nuevamente no efectivos en nuestro caso clínico.

También se está comprobando la efectividad de otros filtros/cartuchos de HA, entre cuyas indicaciones estaría el prurito intractable¹⁴. Son filtros que ofrecen una excelente biocompatibilidad y una mayor capacidad de adsorción de proteínas y también tienen un efecto anticoagulante. Además presentan una característica de fuga de albúmina minimizada y permiten utilizarla cómodamente en pacientes con desnutrición. En nuestro hospital de referencia se está llevando a cabo un estudio comparativo de 20 pacientes en tratamiento con HA + HD versus HD.

Actualmente, la regulación del sistema opioide es una terapia emergente. Hay fármacos agonistas de los receptores kappa con resultados prometedores en ensayos clínicos. Estos fármacos no se encuentran comercializados en nuestro país. Parecen efectivos pero presentan efectos adversos a tener en cuenta^{3-5,10}.

Podemos evaluar el prurito de dos maneras: cualitativamente según la experiencia informada por el paciente o cuantitativamente con los resultados de cuestionarios para medición estandarizada. Hay varias escalas para evaluar la intensidad³, pero mayoritariamente se utilizan en estudios clínicos y no en la práctica clínica diaria. Existen escalas unidimensionales que abordan la intensidad del prurito y escalas multidimensionales que tienen en cuenta el tiempo y calidad de vida asociada al prurito^{4,5}. En nuestro centro la escala EVA del dolor está sistematizada pero carecemos de un registro de intensidad del prurito; únicamente se anota que el paciente lo ha tenido si ha sido un síntoma durante la sesión de HD.

Alrededor de un 18 % de los pacientes padecen un intenso prurito de difícil control⁴. En nuestro centro tenemos una prevalencia del 3,5% y, aunque se utilizan diferentes alternativas terapéuticas, no se ha logrado un control adecuado del prurito. Se debe tener en cuenta que estos pacientes tienen mayor riesgo de ingreso hospitalario, ya sea por causas cardiovasculares, sepsis o infecciones cutáneas^{4,5}. Nuestro paciente ha presentado lesiones de rascado incluso en el brazo de la FAVn y de la FAVp, además ha sido portador de CVC con el consiguiente riesgo de infección.

CONCLUSIONES

El prurito urémico es un síntoma muy frecuente y, a menudo, infradiagnosticado, al que en muchas ocasiones no se le concede la importancia clínica que merece. Esta situación favorece la persistencia de síntomas desagradables que generan incomodidad y limitaciones en las actividades de la vida diaria de los pacientes. Resulta fundamental realizar una correcta evaluación del prurito, incorporando escalas validadas a la

práctica clínica, además de establecer un tratamiento dirigido y sistematizado que permita un mejor control de éste.

En el contexto descrito, la enfermería nefrológica desempeña un papel clave en la identificación, evaluación y seguimiento del prurito urémico, mediante la aplicación de planes de cuidados individualizados basados en la valoración integral del paciente. La implementación de estas intervenciones enfermeras, junto con la educación sanitaria y el seguimiento continuado, contribuye a mejorar el control del prurito y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica. Asimismo, avanzar en la comprensión de la fisiopatología e incorporar nuevas terapias puede proporcionar mayor alivio y bienestar a estos pacientes.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación alguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contribución al trabajo

Conceptualización: M.P.C.B.; Investigación: M.P.C.B., C.P.C.; Curación de datos: E.E.S.; Redacción (borrador original): M.P.C.B., C.P.C.; Redacción (revisión y edición): E.E.S.; Visualización: M.P.C.B., C.P.C.; Supervisión: E.E.S., M.P.C.B.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quirante M, Quinzaños F, Logroño J, García M. El prurito en el paciente hemodializado. Estudio sobre el prurito en la población hemodializada de Navarra. *Enferm Nefrol.* 2001;26:12-21.
2. Ochando A, Andrea C, Zaleski M, De Sequera P, Goicoechea M. ¿Sobre Qué Parámetro Podemos Actuar Para Mejorar El Prurito De Los Enfermos En Hemodiálisis? Ponencia presentada en: XXII Congreso nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica; 1997. p. 5-8. Santander.
3. Fuhrmann V, Drolz A, Trauner M. Extracorporeal artificial liver support systems in the management of intractable cholestatic pruritus. *Liver Int.* 2011;31(Suppl. 3):S31-3.
4. Santos-Alonso C, Maldonado Martín M, Sánchez Villanueva R, Álvarez García L, Vaca Gallardo MA, Bajo Rubio MA, et al. Prurito en pacientes en diálisis. Revisión de la literatura y nuevas perspectivas. *Nefrología.* 2022;42(1):15-21.
5. Esteve-Simó V, Perez-Morales R, Buades-Fuster J, Arenas Jimenez M, Areste-Fosalba N, Alcalde Bezhold G, et al. Enfermedad renal crónica: prurito asociado y calidad de vida: aprendiendo de nuestros pacientes. *J Clin Med.* 2023;12(13):1-14.

6. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10a. Madrid: Elsevier; 2003.
7. Herdman T, Kamitsuru S, Takáo Lopes C. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. 12ª. Barcelona: Elsevier; 2021.
8. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6ª. Barcelona: Elsevier; 2018.
9. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ª. Barcelona: Elsevier; 2018.
10. Swarna SS, Aziz K, Zubair T, Qadir N, Khan M. Pruritus Associated With Chronic Kidney Disease: A Comprehensive Literature Review. *Cureus*. 2019;11(7):e5256
11. Morillo N, Merino R, Sánchez A, Alcántara M. Alteraciones de la piel del paciente con enfermedad renal crónica avanzada. Una revisión sistemática. *Enferm Nefrol*. 2019;22(3):224-38.
12. Shabi I, Aboudar Z, Sidki M, Amal S, Hocar O, Aboudourib M, et al. Effectiveness of Narrowband Ultraviolet Light in Chronic Kidney Disease-Associated Pruritus. *Cureus*. 2024;16(1):2-7.
13. Vorob'ev P, Dvoretiskiĭ L, Granich L. Treatment of pruritus and polyneuropathy in patients with chronic renal failure by intermittent plasmapheresis. *Ter Arkh*. 1984;56(11):91-4.
14. Lu W, Jiang G; Shanghai HP-HD Consensus Group. Hemoperfusión in Maintenance Hemodialysis Patients. *Blood Purif*. 2022. p.1-9.



Artículo en **Acceso Abierto**, se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>