

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

JANAÍNA TRINDADE COSTA

**TIPOS E TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS EM PACIENTES COM
DOENÇA RENAL CRÔNICA: uma revisão integrativa**

Porto Alegre

2015

JANAÍNA TRINDADE COSTA

**TIPOS E TRATAMENTO DE LESÕES CUTÂNEAS EM PACIENTES COM
DOENÇA RENAL CRÔNICA: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como
requisito parcial para obtenção do título de
Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Tolfo Silveira

Porto Alegre

2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, meus pais Lélío da Silva Costa e Helena Trindade Costa, e minha irmã Michele Trindade Costa que me deu forças para concluir esse trabalho. Amo muito vocês!

Aos meus avós que já não estão mais presentes em carne e osso, mas vivos em nossos corações, e que sempre deixaram saudades. Sei que estariam muito orgulhosos.

Meus amigos pela paciência, pelos encontros em que não pude comparecer em prol do TCC e por me aguentar falando tanto nele, e em especial a Sândhya Marques que não só nesse momento como em vários outros sempre esteve presente.

A minha colega e amiga Barbara Volpato pelos almoços no HCPA deixando meu dia mais leve e trocando ideias sobre o TCC.

Aos meus colegas já formados(as) enfermeiros(as) que me deram o prazer de vivenciar o primeiro semestre com eles e de ser a bixo homenageada e poder vivenciar com eles mais de perto, um pouco dos momentos da formatura e comemorações e me deram dicas a longo dessa jornada sobre o que estava por vir.

A professora Denise T. Silveira que ajudou na composição desse trabalho, auxiliando e guiando os meus passos, com paciência e bom astral em todas as orientações.

A equipe da hemodiálise por tornar meu último estágio tão prazeroso e edificante e fazer com que confirme a área que pretendo seguir.

As minhas colegas de turma, lady nurses que me ajudaram em tempos ruins tanto nos estudos como na vida, e em tempos bons me dando o prazer de suas companhias e almoços deliciosos.

RESUMO

Introdução: A doença renal crônica é uma doença silenciosa e os pacientes podem apresentar inúmeros problemas relacionados com vários sistemas orgânicos. Entre estes estão incluídos manifestações cutâneas específicas (dermatoses perfurantes, calcifilaxia, pseudoporfiria, entre outras) e não específicas (prurido, equimoses, xerose, entre outras). **Objetivo:** Analisar as produções científicas sobre tipos e tratamentos de lesões cutâneas em pacientes com doença renal crônica. **Método:** Este estudo trata de uma revisão integrativa com as etapas propostas por Cooper, realizado através de busca nas bases de dados Web of Science, LILACS, SCIELO, Medline e Pubmed no período de 2005 a 2015. Foram utilizados os descritores: lesões e ferimentos, dermatologia, pele, insuficiência renal, falência renal crônica e nefrologia. **Resultados:** Foram analisadas 24 publicações científicas relacionada a lesões cutâneas em paciente com doença renal. **Conclusões:** Ao analisar foi possível discutir os vários tipos de lesões que afetam os pacientes com problemas renais e os tratamentos que estão sendo usados para essas lesões, sendo possível observar que há uma grande frequência e que possui grande influência na qualidades de vida desses pacientes e seus familiares.

Descritores: Lesões e ferimentos, Insuficiência renal crônica, Nefrologia, Enfermagem.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Etapas de coleta de dados de seleção dos artigos para amostra final.....	15
Figura 2 - Unha meio a meio de paciente em hemodiálise.....	26
Figura 3 – Quadro sinóptico.....	18
Quadro 1 – Calcifilaxia.....	24
Quadro 2 – Dermatoses Perfurantes.....	25
Quadro 3 –Pseudoporfiria e porfiria cutânea tardia.....	25
Quadro 4 – Manifestações cutâneas.....	26
Quadro 5 – Prurido.....	27
Quadro 6 – Lesões em transplantados.....	29
Quadro 7 – Outros.....	30

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
OBJETIVO.....	8
REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 Doença Renal Crônica (DRC)	9
3.2 Tipos de terapia renal substitutiva.....	9
3.3 Pele	11
4. MÉTODO.....	14
4.1 Tipo de estudo.....	14
4.3 Coleta dos dados	14
4.4 Análise dos dados	15
4.5 Aspectos éticos	16
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	17
CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A.....	40
APÊNDICE B.....	41
ANEXO A	42

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é definida pela Iniciativa de Qualidade em Desfechos de Doenças Renais da Fundação Nacional do Rim dos Estados Unidos (NKF – K/DOQI) como “a presença de dano renal ou diminuição da função renal por três ou mais meses”. A doença renal crônica é multicausal, pode ser controlada, mas não há uma cura para ela, sendo uma doença progressiva com elevada morbidade e letalidade (BARROS et. al, 2006. p. 381).

Quando o rim perde a capacidade de filtrar substâncias como a creatinina, ureia e fosfato, é necessária uma terapia renal substitutiva (TRS). São elas: a diálise – que seria o transporte de água e solutos por uma membrana semipermeável que pode ser artificial (como acontece na hemodiálise) ou biológica (como na diálise peritoneal) ou o transplante renal (BASTOS e KIRSZTAJN, 2011).

O envolvimento cutâneo na insuficiência renal crônica é caracterizado por uma diversidade de manifestações, as quais podem ser relacionadas a três processos: à doença renal primária; ao estado urêmico ou a medidas terapêuticas empregadas no seu manuseio (MORAES C. et al, 2011).

Os pacientes renais crônicos podem apresentar inúmeros problemas relacionados com vários sistemas orgânicos. Na pele um dos sintomas mais importantes é o prurido, pois a pele é órgão-alvo frequentemente afetado em pacientes urêmicos (FERMI, 2010). Segundo Costa et al (2006, p.6) a relação entre doenças dermatológicas e renais vem sendo estudada desde os estudos de Bright em 1827. O autor aponta com base em outros estudos que o prurido não melhora com o tratamento dialítico e é mais frequente na hemodiálise do que na diálise peritoneal. Também assinala as possibilidades provocadas pelo contato do sangue com as membranas dos dialisadores ou periféricos com a geração de citocinas e consequente prurido relacionado a estimulação de terminações nervosas cutâneas ou receptores centrais (COSTA et al, 2006).

As lesões de pele, nos últimos anos, têm recebido atenção especial dos profissionais de saúde em decorrência das taxas elevadas de prevalência do impacto socioeconômico não só para pacientes como também para as famílias, os serviços de saúde e a sociedade em geral. Além disso, afetam negativamente a saúde e a qualidade de vida desses indivíduos (DOMANSKY e BORGES, 2014).

Hematomas cutâneos extensos, devido a anormalidades da coagulação e das plaquetas, são bastante comuns. O fluxo sanguíneo cutâneo é significativamente reduzido em pacientes hemodialisados, comparados com indivíduos de controle saudáveis. Uma correlação entre os níveis de alterações vasculares e a duração da diálise foi descrita em um estudo sobre angiopatia dérmica, em pacientes submetidos à hemodiálise. O fluxo sanguíneo reduzido não apenas explica o aumento da vulnerabilidade, como também explica a dificuldade da cicatrização de feridas nos pacientes dialisados. (GERHARDT et al., 2011)

Este trabalho é motivado em decorrência do Programa Institucional de Cursos de Capacitação para Alunos em Formação (PICCAF) oferecidos pelos Serviços e Unidades do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) realizado na Hemodiálise. Local no qual me interessei pela área renal e onde foi discutida com a chefia de enfermagem da unidade a necessidade de estudos sobre lesões de pele em pacientes em tratamento hemodialítico que necessitavam de cuidados.

Portanto, este estudo propõe, por meio de uma revisão integrativa, investigar e analisar os tipos e tratamentos de lesões de pele em pacientes com DRC, com o intuito de contribuir para futuras investigações na área de conhecimento e subsidiar as ações de enfermagem.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo será investigar e analisar produções científicas sobre os tipos e tratamentos de lesões cutâneas em paciente com doença renal crônica (DRC).

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Doença Renal Crônica (DRC)

A DRC é uma doença silenciosa que pode levar ao declínio progressivo da taxa de filtração glomerular ocorrendo a incapacidade do rim de manter níveis normais de produtos do metabolismo das proteínas, tais como ureia e creatinina. Além destes, sódio, cálcio e fosfato são os principais agentes envolvidos na patogênese das alterações cutâneas da doença renal grave (LUPI et al, 2011).

É classificada em 5 estágios: estágio 1 - filtração glomerular normal $\geq 90\text{ml/min/1,79m}^2$, mas há evidência de dano renal (proteinúria); estágio 2 - Dano renal e diminuição leve da função renal (filtração glomerular entre 60 e 89ml/min/1,79m²); estágio 3 - Perda moderada da função renal (filtração glomerular entre 30 a 59ml/min/1,79m²); estágio 4 - Perda severa da função renal (filtração glomerular entre 15 a 29ml/min/1,79m²) e estágio 5 - Insuficiência renal terminal (menor do que 15ml/min/1,79m² ou necessidade de diálise). A Insuficiência Renal Crônica (IRC) será a perda progressiva, e em muitos casos irreversível, da filtração glomerular. (BARROS et al, 2006. p. 381).

3.2 Tipos de terapia renal substitutiva

- **Diálise**

Na **hemodiálise** ocorre a passagem de sangue por um circuito extracorpóreo, através de um acesso vascular que pode ser um cateter venoso, fístula arteriovenosa ou prótese arteriovenosa. Este sangue é impulsionado por uma bomba que chegará a um filtro ou dialisador (membrana semipermeável onde ocorrem as trocas entre o sangue e o banho de diálise), em decorrência dessa difusão ocorre a remoção de metabólicos e outras substâncias (BARROS et al, 2006, p.426). De acordo com Borges, Bedendo e Fernandes (2013), para os pacientes portadores de insuficiência renal crônica terminal, atualmente, a hemodiálise é a terapêutica de maior alcance. A hemodiálise é prescrita conforme a necessidade do paciente, sendo realizada,

normalmente, três vezes por semana e com duração de aproximadamente três a quatro horas (BRASIL, 2011).

Na **Diálise Peritoneal (DP)** ocorre a infusão e drenagem de uma solução estéril na cavidade peritoneal por um cateter intra-abdominal. Nessa cavidade há uma membrana biológica chamada peritônio que estabelecerá a interface entre o sangue do paciente e a solução infundida (banho de diálise ou dialisato) onde ocorrerá a troca de solutos por difusão. No dialisato há um agente osmoticamente ativo, geralmente glicose, que por ultrafiltração (UF) osmótica ocorrerá a perda de líquidos. A DP pode ser realizada de forma ambulatorial contínua (CAPD), em que as infusões são realizadas manualmente pelo paciente, ou diálise peritoneal automática (APD) utilizando-se uma cicladora automática. O paciente ou cuidador é treinado pela equipe de enfermagem especializada para realizar a conexão entre as bolsas e o cateter com técnica estéril e apropriada. (BARROS et al, 2006, p. 430)

- ***Transplante Renal***

São definidos vários critérios para realização do transplante, que incluem avaliações médica, cirúrgica e psicossocial do paciente com a realização de exames e a verificação da compatibilidade com o possível doador em relação aos Antígenos Leucocitários Humanos (HLA). Idade avançada, o paciente ter sido transplantado anteriormente e nem o tipo de doença renal de base são contraindicações para transplante. As contraindicações que não permitem a indicação do paciente para entrar na lista de candidato potencial para o transplante renal são: infecção ativa, quando o prognóstico de sobrevida é baixo, problemas psiquiátricos graves, psicose pobremente controlada, dependentes químicos, doença coronariana, hepatite ativa, úlcera péptica ativa, doença cérebro-vascular e possível não adesão do paciente ao tratamento (CUNHA, C. B. DA et al, 2007).

A imunossupressão do sistema imunológico é essencial para o sucesso do transplante e não rejeição do enxerto. Indica-se o transplante renal para o tratamento da IRC de quase todas as etiologias, sendo o doador falecido ou vivo. O transplante renal não é uma cura para doença renal, apenas um tratamento, sendo necessário cuidados para manter o rim transplantado em bom funcionamento sem necessidade de futuras intervenções ou novo transplante (BARROS et al, 2006. p.444)

Atualmente a principal causa da doença renal é a diabetes mellitus, seguida de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e as nefropatias. A DRC predispõe a várias manifestações entre elas as lesões de pele.

3.3 Pele

Segundo Sittart e Pires (2007), a pele é o maior órgão do corpo humano e contém uma vasta inervação para detectar diversos estímulos.

As feridas afetam a qualidade de vida, causando desgaste físico e emocional aos familiares e equipe profissional cuidadora. A escolha do tratamento adequado, visando conforto e alívio da dor, as condições socioeconômicas, a praticidade e o controle do odor, deverá ser feita de forma individualizada, pois cada paciente é único (LIMA, 2009).

O prurido é definido como a sensação desagradável que provoca o desejo de se coçar. São classificados em três tipos: 1) *Pruridopruritogênico*: transmitido pelas fibras nervosas C. Exemplo: picada de inseto, escabiose. 2) *Prurido neuropático*: localizado em algum ponto da via aferente. Exemplo: pós-herpético. 3) *Prurido psicogênico*: acarofobia. Há várias causas como doenças sistêmicas, endocrinopatias, doenças hepatobiliares e também prurido urêmico, relacionado à insuficiência renal crônica, frequente em pacientes submetidos a hemodiálise (SITTART E PIRES, 2007, p. 93).

As úlceras de perna têm alto custo de tratamento, necessidade de cuidados especiais de médicos e enfermagem e risco de infecção generalizada, envolvendo várias especialidades como dermatologia, geriatria, cirurgia vascular, endocrinologia e clínica médica (SITTART E PIRES, 2007, p.555).

A calcifilaxia também conhecida como arteriopatia urêmica calcificante, é uma complicação frequentemente encontrada em pacientes com hiperparatireoidismo secundário à insuficiência renal crônica. É caracterizada pela instalação aguda de nódulos e placas violáceas muito dolorosas que evoluem para áreas necróticas, de instalação aguda, secundária à calcificação progressiva da camada média das artérias de pequeno e médio calibres da derme e do tecido subcutâneo, cuja patogênese é obscura, e o melhor tratamento é a prevenção, especialmente visando manter os níveis adequados de cálcio e de fósforo (MARQUES, 2013). Ocorre em cerca de 4%

dos pacientes com doença renal crônica avançada ou transplantados. Há obstrução ao fluxo sanguíneo, isquemia e necrose cutânea, mais freqüente em extremidades (principalmente inferiores), podendo localizar-se também nas coxas, nádegas, tronco, abdome e genitais. Quando as lesões são extensas, a mortalidade pode chegar a 80% dos casos, sobretudo por sepse. Nos pacientes com insuficiência renal, a deposição de cálcio nos tecidos é favorecida pela dificuldade na eliminação de fosfatos e pela diminuição na hidroxilação da vitamina D3 que ocorre no rim (SAMPAIO, 2008, pg. 494).

As dermatoses perfurantes constituem um grupo de doenças que ocorre eliminação transepidermica de diferentes materiais (AZULAY, 2013, pg. 328). Inicialmente foram descritas em associação com diabetes mellitus e insuficiência renal crônica. Esse grupo de doenças pode ser dividido em *forma primária* (representada pela doença de Kyrle, elastose perfurante serpigínea, colagenose perfurante reativa e foliculite perfurante) e *forma secundária* (dermatose perfurante adquirida [DPA]), associada com diversas comorbidades. Geralmente são caracterizadas pela presença de pápulas eritematosas com centro hiperkeratótico, pruriginosas, localizadas principalmente em tronco e membros (APPEL DA SILVA, M.C A. et al, 2011). Abaixo, algumas doenças do grupo de dermatoses perfurantes:

- **Doença de Kyrle** (ceratose folicular penetrante): manifesta-se como foliculite penetrante que se inicia como uma pústula que passa a pápula, evoluindo para um nódulo e assim ocorrendo a eliminação transepidermica. Esses nódulos costumam localizar-se nas extremidades, principalmente nas pernas. O começo do quadro ocorre na idade adulta (30 a 50 anos), sendo mais frequente em mulheres. Descreve-se com frequência elevada em 10% nos pacientes com IRC. O fenômeno de Koebner (reprodução de lesões típicas de uma determinada doença no local e com a morfologia do agente traumatizante) é observado em alguns pacientes (AZULAY, 2013, p. 328).
- **Colagenase perfurante reativa**: ocorre eliminação transepitelial de colágeno alterado através da epiderme. Existem duas formas de manifestação da doença: a *forma herdada* (provável herança autossômica recessiva), cujas manifestações ocorrem na infância; e uma *forma esporádica adquirida*, que ocorrem em adultos e pode estar associada a insuficiência renal ou diabetes mellitus. Caracteriza-se por lesões em forma de pápula ceratótica e umbilicada, que evolui espontaneamente em cerca de 2 meses enquanto formam-se outras novas

lesões. Estas lesões são frequentemente pruriginosas e localizadas nas mãos, pés, antebraços, pernas, face e couro cabeludo, e muitas vezes ocorre o fenômeno de Koebner (AZULAY, 2013, p. 329).

Amiloidoses compreendem um grupo de doenças causadas pela disfunção tecidual de diversos órgãos devido à infiltração tecidual de depósitos protéicos insolúveis e resistentes à proteólise, que são chamados de amiloides (AZULAY, 2013, p. 794-795).

Porfíria é uma doença onde ocorre um defeito enzimático na síntese do grupo heme da hemoglobina. Podem apresentar manifestações hepáticas e cutâneas, além de outros órgãos. São classificadas em 3 grupos: porfirinas hepáticas, eritropoiéticas e hepato-eritropoiéticas, cada tipo está associada a um defeito enzimático específico. Os porfirinogênios, um tipo de metabólito das porfirinas, acumulam-se na pele e auto-oxidam-se, os quais absorvem o ultravioleta da luz e formam radicais livres (peróxidos). Estes peróxidos estão envolvidos na formação de vesículas e bolhas, como observado na porfíria cutânea tardia. A pseudoporfíria é causada por fototoxicidade e tem as mesmas características de dermatose vesicobolhosa da porfíria cutânea tardia, porém é causada por drogas como o estradiol, tetraciclina, furosemida, piridoxina e dapsona, anti-inflamatórios não esteroides, antibióticos e eritropoietina. Em geral na pseudoporfíria a dosagem de porfirinas no sangue, fezes e urina é normal. A exposição solar excessiva e a radiação a UVA em câmaras de bronzeamento artificial podem também induzir as lesões (SITTART E PIRES, 1998, pg.352).

Estudos (FERREIRA, BOGAMIL e TORMENA, 2008; FERREIRA, CANDIDO e CANDIDO, 2010), apontam a escassez de legislação de apoio para a atuação do enfermeiro no tratamento de feridas, uma vez que é atribuição do enfermeiro prestar cuidados livres de danos, investir em atualização do conhecimento, agir com prudência e humanização, supervisionar e responsabilizar-se pelos cuidados oferecidos à clientela, buscar sempre o bem-estar físico, psicológico e espiritual do cliente e a consolidação de sua autonomia.

É fundamental que a equipe de saúde mantenha-se atualizada empregando o raciocínio crítico com vista à efetividade da terapêutica (JACONDINO et al, 2010), visto que a qualidade da assistência prestada depende do nível de conhecimento desses profissionais (AZEVEDO, 2005).

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo do tipo Revisão Integrativa (RI) da literatura, segundo Cooper (1982). Para tal, serão realizadas 5 etapas: formulação da questão norteadora, formulação dos critérios de pesquisa e busca nas bases de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. Essa metodologia agrupa os resultados obtidos de pesquisas primárias sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico (COOPER, 1982).

4.2 Formulação da questão norteadora

Quais os tipos e tratamento de lesões cutâneas em pacientes com doença renal crônica?

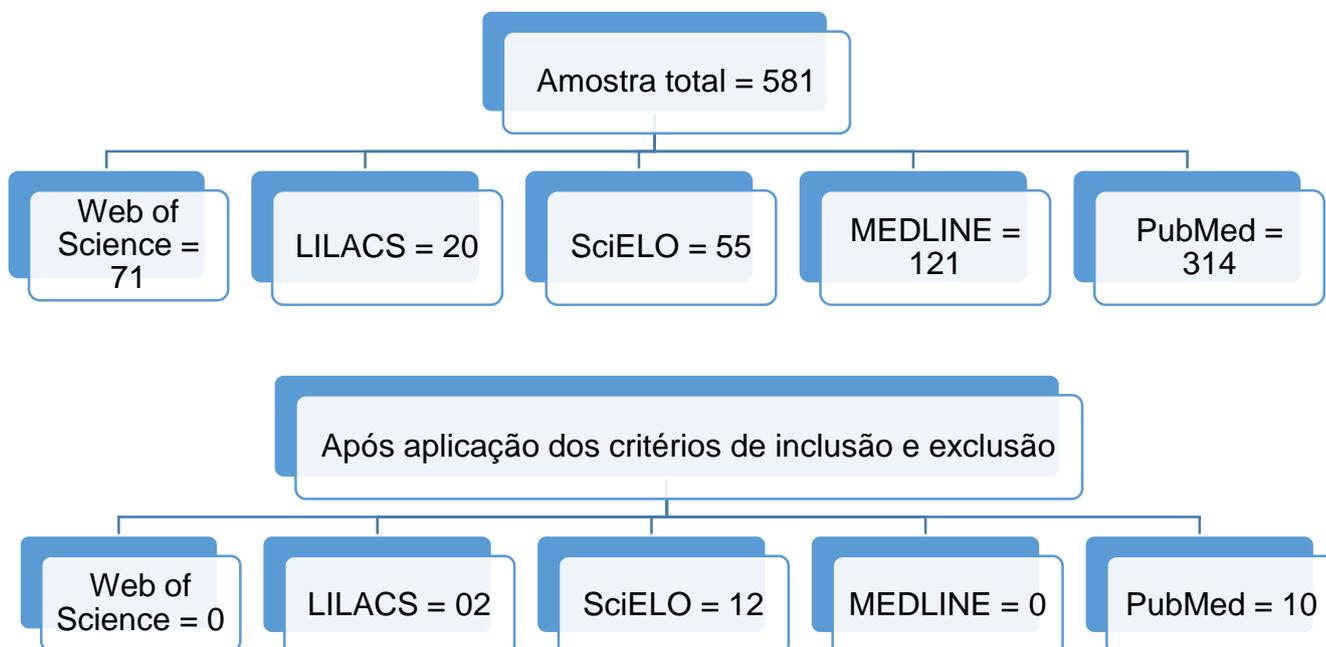
4.3 Coleta dos dados

As bases de dados que compuseram a pesquisa foram: Web of Science, LILACS, SciELO, MEDLINE, PubMed. Os descritores utilizados nas buscas foram: dermatologia, ferimentos e lesões, pele, Insuficiência renal, falência renal crônica e nefrologia. Houve tentativas de buscas com mais descritores (terapia renal substitutiva, dermatopatia), porém não houve nenhum achado quando cruzados com os demais descritores. Os critérios de inclusão para seleção da amostra foram: pesquisas dos tipos qualitativas e quantitativas realizadas em adultos, revisão teórica, revisão integrativa ou revisão sistemática, estudos de caso, artigos publicados no período 2005 a 2015. Os critérios de exclusão foram: artigos não disponíveis online de modo completo; artigos que não responderam à questão norteadora do estudo.

O total de publicações encontradas, com os descritores citados acima, foram 581 e, após a leitura dos títulos e resumos, além de leitura na íntegra com aplicação

dos critérios de inclusão e exclusão, foram definidos como amostra final 24 artigos. As etapas para a seleção das publicações estão na figura 1 ilustrada abaixo.

Figura 1 – Etapas de coleta de dados de seleção dos artigos para amostra final.



Fonte: dados da pesquisa, 2015.

4.4 Análise dos dados

A avaliação dos dados foi realizada a partir de um instrumento (APÊNDICE A), o qual possibilitou o registro das informações extraídas dos artigos em atenção à questão norteadora do estudo. Nele foram registrados número do artigo, título, autores, ano e local de publicação, periódico, objetivos do artigo, método e conclusões.

Após a avaliação inicial dos artigos foi utilizado um quadro sinóptico (APÊNDICE B) apresentando a síntese e comparação dos dados extraídos dos artigos. As seguintes variáveis foram incluídas: numeração, título, autor, ano de publicação, objetivo, método, resultados e conclusões.

4.5 Aspectos éticos

Nesta revisão integrativa da literatura manteve-se a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores das publicações que constituem a amostra deste estudo, conforme as normas Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002).

O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para apreciação e aprovado em 13 de setembro de 2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram encontrados 24 artigos que atenderam aos critérios de inclusão e responderam a questão norteadora deste estudo: “Quais os tipos e tratamento de lesões cutâneas em pacientes com doença renal crônica?”.

Dos 24 estudos selecionados, foram encontrados mais estudos no idioma inglês com 54% (13 estudos), seguido do idioma português com 38% (9 estudos) e espanhol com 8% (2 estudos).

Os anos de publicação mais recorrentes foram 2014 com 33% (8 estudos) e 2013 com 25% (6 estudos), seguido de 2011 com 21% (5 estudos); 2010 com 13% (3 estudos) e 2012 com 8,3% (2 estudos). Nos anos de 2005 a 2009 não foram encontrados estudos.

Após análise do quadro sinóptico (figura 3) dos estudos selecionados, discutiremos a seguir as ideias apresentadas pelos autores, optou-se por relacionar em sete grupos: 06 estudos que tratam sobre calcifilaxia (Quadro 1); 03 estudos que tratam sobre dermatose perfurante (Quadro 2); 02 estudos que tratam de psseudoporfiria e porfiria cutânea tardia (Quadro 3); 04 estudos que tratam sobre manifestações cutâneas de modo geral (Quadro 4); 04 estudos que tratam sobre prurido (Quadro 5); 02 estudos sobre lesões em transplantados (Quadro 6); 03 estudos em outros (Quadro 7).

Logo abaixo, encontrados o quadro sinóptico citado, com todos os estudos utilizados para a composição dos resultados e discussões.

Figura 3 – Quadro sinóptico.

Artigo	Título	Tipo de estudo	Autores	Ano de publicação	Objetivo:	Resultados:	Conclusões:
CALCIFILAXIA							
1	Calcifilaxia: complicação rara, mas potencialmente fatal da doença renal crônica. Relato de caso	Estudo de caso	Silvio Alencar Marques et al	2013	Descrever caso de um paciente com doença renal e calcifilaxia que progrediu a óbito	Paciente com placas cutâneas dolorosas há 2 semanas, seguidas por úlceras necróticas em Msls. Está em diálise peritonial há 5 anos. Houve tentativa de reduzir na dieta o cálcio e fósforo e utilizar hidrogel, sem sucesso. Após, foi realizado desbridamento e administrado antibióticos. A lesão progrediu e paciente foi a óbito por choque sepsé.	Calcifilaxia tem uma estigmativa de 1 ano de sobrevivência. A mortalidade ocorre por infecção sistêmica e sepsi. O diagnóstico deve ser conhecido pelo dermatologista o mais rápido possível para um melhor prognóstico.
2	Calcifilaxia como complicação cutânea em paciente com insuficiência renal crônica em diálise	Estudo de caso	Liliana Herrera, Carlos Avellana, Norbey Tique	2013	Apresentar o caso de um paciente com calcifilaxia secundária a insuficiência renal crônica	Paciente apresenta lesões eritematosa, dolorosas que evoluíram para úlceras. Histórico de falência renal crônica secundária, em hemodialise. Foi realizado desbridamento do tecido necrótico e analgesia adequada. Na biópsia da pele evidenciou-se depósito de cálcio na parede de vasos a nível da derme. Evolui para óbito em 7 dias.	Calcifilaxia é uma enfermidade que se observa com frequência em pacientes com IRC que se encontram em hemodiálise.
3	Calcifilaxia: Calcificação severa das artérias	Estudo de caso	Haala K. Rokadia and Vijaigane sh Nagarajan	2012	Apresentar caso de paciente com calcificação distrofica.	Paciente com DRT, em diálise há 6 anos, desenvolveu lesões dolorosas em ambas as mãos. Após a biópsia foi observado calcificação distrofica consistente com calcifilaxia. Seus níveis de hormônios da paratireoide e de cálcio e fósforo estavam altos. Nosso paciente respondeu bem ao tratamento com aglutinantes de fósforo e diálise com baixo nível de cálcio, mas morreu após 2 meses de súbita parada cardíaca.	Calcifilaxia é uma doença que pode ser fatal, sendo essencial para um bom prognóstico que seja diagnosticada precocemente.
4	Dolorosas úlceras de pele em pacientes em hemodiálise	Estudo de caso	Stuart M. Sprague	2014	Apresentar caso de paciente com lesões características de calcifilaxia	Realiza hemodiálise 2x semana há 2 anos. Apresenta nódulos dolorosos em ambas as coxas, em algumas semanas as lesões se tornaram mais largas, pretas e se espalhou para as coxas e nádegas laterais. Foi tratado com pomada de mupirocina. Começou a se sentir bem e a dialise procedeu sem problemas. Foi diagnosticado como calcifilaxia. Foi tratado com 25g de tioposfato de sódio na última hora de diálise e uma de suas medicações foi trocada, porém foi a óbito em 2 meses.	Calcifilaxia é uma complicação rara em DRC. É extremamente importante identificar corretamente a calcifilaxia devido a sua alta taxa de mortalidade de cerca de 50%.
5	Calcifilaxia, desafio diagnóstico e terapêutico: relato de um caso bem sucedido	Estudo de caso	Eduardo Vinicius Mendes Roncada et al	2012	Apresentar caso de calcifilaxia com terapêutica bem sucedida.	Paciente com úlcera há 4 anos inicia tratamento com dieta de hipofosfatemia, calcitriol oral 0,5 mcg/dia, desbridamento cirurgico e curativo com papaína 1% e cloranfenicol 1%. Tendo resolução completa do quadro em 6 meses de tratamento. Não está em diálise.	O tratamento da calcifilaxia com dieta hipofosfatêmica, calcitriol, desbridamento e papaína podem levar a resolução completa da lesão.

Artigo	Título	Tipo de estudo	Autores	Ano de publicação	Objetivo:	Resultados:	Conclusões:
6	Calcifilaxia pré-urêmica	Estudo de caso	Ali Nayer et al.	2014	Apresentar caso de uma paciente com lesão ulcerativa característica de calcifilaxia	Paciente com ulceração dolorosa na perna. Tem DRC e doença vascular periférica. Angiografia revelou oclusão em artéria femoral esquerda, poplitea e tibial distal. Foi realizada uma amputação. O exame histológico demonstrou calcificação, hiperplasia e trombose de artérias médias.	Conclui que a doença vascular periférica pode mascarar a calcifilaxia
COLAGENOSE REATIVA PERFORANTE ADQUIRIDA / DERMATOSE PERFORANTE ADQUIRIDA							
7	Alopurinol no tratamento de colagenose reativa perforante adquirida	Estudo de caso	Hemma Tiz et al	2013	Apresentar caso de colagenose reativa perforante tratada com alopurinol	Paciente com DM I e DRC há 5 anos, apresentando prurido há 10 meses atrás seguido de pápulas eritematosas e nódulos. Foi utilizado anti-histaminicos por 2 semanas e aplicado corticoides e 6 semanas de ultravioleta-B fototerapia. O prurido e as lesões de pele persistiram, foi iniciado alopurinol 100mg 1xdia. As lesões melhoraram em 4 semanas. Não fala se dialisa.	Que alopurinol é um efetivo e valido tratamento para paciente com ARPC
8	Caso para diagnóstico	Estudo de caso	Marcelo Campos Appel da Silva et al	2011	Apresentar caso de dermatose perforante em pcte com IRC em diálise.	Paciente com IRC por nefropatia diabética, em diálise há 2 anos. Lesões pruriginosas (eritemato-papulosas e hiperkeratóticas) no tronco, membros e couro cabeludo. Acados característicos de dermatose perforante. DPA está associada com IRC e DM, incidência de 11% desses pcte. Uso de corticóides tópicos de alta potência demonstrou redução da inflamação e controle do prurido. O uso de alopurinol apresentou resultados promissores, assim como o uso de radiação ultravioleta B.	Consultas regulares são aconselhadas a pcte com doenças crônicas. É essencial uma abordagem multiprofissional na avaliação desses pacientes, reduzindo o tempo até o diagnóstico de complicações e melhorando o desfecho.
9	Dermatose perforante adquirida em paciente com insuficiência renal crônica. Apresentação de caso e revisão de literatura.	Estudo de caso e revisão da literatura	José J. Ribés-Cruz	2014	Apresentar dois casos de DPA em pcte com IRC.	Caso 1: Paciente com DRC em diálise peritoneal. Lesões em planta dos pés, região pré-tibial, nádegas. Iniciou-se tratamento com alopurinol com melhora significativa e desaparecimento do prurido. Caso 2: Paciente com IRC terminal secundária a nefropatia diabética em hemodiálise. Ingressa no serviço por episódio de cetoacidose diabética, durante o ingresso se detecta lesões maculopapulosa, eritematosa, com zona descamatica. Realizado biopsia e diagnosticado com doença de Kyrle. Em ambos os casos o prurido era o sintoma principal.	Se trata de um patologia relativamente frequente nas unidades de diálise. Nem sempre é diagnosticada e em casos pode ser invalidante pelo prurido que produz.

Artigo	Título	Tipo de estudo	Autores	Ano de publicação	Objetivo:	Resultados:	Conclusões:
PSEUDODORFIRIA							
10	Pseudoporfiria induzida pela diálise tratada com N-acetilcisteína oral	Estudo de caso	Marcelo Massaki Guiotoku et al.	2010	Apresentar um caso de pseudoporfiria tratado com N-acetilcisteína oral.	Realiza diálise peritoneal. Há um ano, apresenta bolhas de conteúdo hialino no dorso das mãos e nos pés, indolores, não pruriginosas e evoluíram com rotura e hiperpigmentação cicatricial. Iniciou-se o tratamento com N-acetilcisteína 600mg/dia, após 20 dias as lesões desapareceram.	O tratamento com N-acetilcisteína oral teve boas respostas em casos de pseudoporfiria
11	Porfiria cutânea tardia em pacientes em hemodiálise	Estudo de caso	Y. C. Huang, C. C. Wang, Y. M. Sue	2013	Apresentar caso de paciente com lesões consistentes com porfiria	Mulher 53 anos, com DRT, iniciou hemodiálise por nefropatia diabética que teve início há 3 anos atrás. No decorrer de 2 meses ela apresentou lesões bolhosas no dorso das mãos que se exacerbava com exposição ao sol, consistentes com porfiria. Como a paciente era unirica, examinaram o nível plasmático de porfiria, que estava alto, confirmando o diagnóstico de porfiria cutânea tardia. Portanto, foi trocado o dializador de hemodiálise por um de alto fluxo, aconselhado fotoproteção com sucesso controle das lesões.	A partir do relato do caso, recomendam a troca do dializador por um de alto fluxo e o aconselhamento de fotoproteção com controle das lesões.
MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS (GERAL)							
12	Manifestações cutâneas na doença renal terminal (DRT)	Artigo de revisão	Omar Lupi et al.	2011	Apresentar as manifestações cutâneas presentes em pacientes com DRT	Manifestações não específicas: Palidez, atribuída a anemia e por deficiência de eritropoietina; pele amarelada, pela retenção de pigmentos lipossolúveis; pele marrom-acinzentada, relativa ao depósito de hemossiderina; hiperpigmentação após início de diálise; equimose, devido a disfunção plaquetária (alterações plaquetárias de ureia podem induzir alteração da agregação plaquetária; xerose (ressecamento anormal da pele); prurido SINTOMA mais frequente; unha meio a meio. Manifestações específicas: doença de Kyrle; colagenose perforante reativa; calcifilaxia; pseudoporfiria; fibrose nefrogênica sistêmica.	Manifestações cutâneas são bastante frequentes em pacientes com DRC, diminuindo a qualidade de vida. É necessário que os profissionais de saúde que lidam diariamente com esses pacientes tenham conhecimento dessas manifestações, que as reconheçam precocemente e o manejo adequado.
13	Manifestações cutâneas em doentes renais em estágio terminal	Artigo de revisão	Timur A. Galpern, Antonia J. Cronin and Kieron S. Leslie	2014	Apresentar as manifestações cutâneas presentes em paciente com doença renal terminal	Mostra que há uma ampla gama de manifestações cutâneas na DRT. Embora benignas, essas lesões podem diminuir a qualidade de vida dos pacientes e podem até ser fatais. Separados em não específicos e específicos. Relata que o prurido é um dos sintomas mais comuns.	Aumentar a consciência clínica e aplicação preventiva de detecção precoce e tratamento são imprescindíveis para diminuir a morbidade e mortalidade de distúrbios dermatológicos em paciente com doença renal terminal.

14	Manifestações mucocutâneas e alterações nas unhas em pacientes com DRT em HD	Estudo transversal, descritivo, analítico, com 100 pacientes em HD	Ramin Tajbakhsh et al.	2013	Determinar a prevalência de manifestações mucocutâneas in pcte com DRT que estão em HD.	100 pcte em HD foram examinados por dermatologista procurando lesões na pele, cabelo, unhas e mucosa, biopsias eram realizadas quando era necessário. Idade média foi de 49 anos. DM foi a causa mais comum de DRT. Em 95% dos pctes pelo uma manifestação mucocutânea foi encontrada. Xerose (78%) foi a lesão mais comum, seguida por prurido (39,1%), lentigo (34, 8%), descoloração da pele (32, 6%), leuconíquia (32%) e afinamento do leito ungueal (24%). Observou-se uma relação entre o tempo de diálise e a descoloração da pele e leuconíquia. Houve uma associação entre o nível de ferritina sérica e prurido.	Manifestações mucocutâneas são comuns entre os pcts com IRT. Identificar essas manifestações e associá-las aos factores causativos são úteis para evitar futuras lesões.
15	Dermatoses em renais crônicos em terapia dialítica	Estudo quantitativo	Luis Alberto Batista Peres et al.	2014	Avaliar a prevalência de problemas dermatológicos em pacientes com doença renal crônica (DRC) em hemodiálise	O estudo incluiu 145 pacientes, com DRC em hemodiálise. Foram analisados para as alterações cutâneas, de cabelos, mucosas e unhas por um único examinador e foram coletados dados de exames laboratoriais. Os dados foram armazenados em um banco de dados do Microsoft Excel e analisados por estatística descritiva. O tempo médio de diálise foi de $43,3 \pm 42,3$ meses. As principais doenças subjacentes foram: hipertensão arterial em 33,8%, diabetes mellitus em 29,6% e glomerulonefrite crônica em 13,1%. As principais manifestações dermatológicas observadas foram: xerose em 109 (75,2%), equimose em 87 (60,0%), prurido em 78 (53,8%) e lentigo em 33 (22,8%) pacientes.	Mostraram a presença de mais do que uma dermatose por paciente. As alterações cutâneas são frequentes em pacientes em diálise e influenciam na qualidade de vida.
PRURIDO							
16	Avaliação da associação entre as alterações no metabolismo mineral e o prurido nos pacientes em hemodiálise	Estudo caso-controle.	Elisângela de Quevedo Welter et al.	2011	Relacionar a prevalência de prurido com alterações no metabolismo mineral de pacientes em hemodiálise.	Foram avaliados 105 pacientes, separados em: grupo casos que seriam os pacientes com prurido e o grupo controle os sem prurido. 43% dos pacientes tinham prurido. Xerodermia ocorreu em 45% do total dos pacientes e foi detectado associação estatística significativa entre os pacientes com xerodermia e com prurido. Foi encontrado uma correlação entre o prurido e idade, sexo e tempo de diálise. Níveis elevados de Ca foram demonstrados em 55% dos pacientes e 47% tinham prurido. Quanto ao fósforo 60% tinham valores elevados e 43% tinham prurido. A relação Ca/P foi normal em todos. O paratormônio mostrou-se elevado em 95% dos pacientes, todos referindo prurido.	Houve associação estatisticamente significativa entre o grupo de pacientes com prurido e xerodermia. Os níveis séricos de Cálcio, Fósforo, relação Ca/P, PTHi e o tamanho do dialisador não apresentaram associação estatisticamente significativa com o prurido. Logo, encontramos relação importante entre xerodermia e prurido, sem relação com os parâmetros laboratoriais avaliados.
17	Impacto do prurido uremico na qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes com doença renal terminal em hemodiálise.	Estudo transversal, com 200 pacientes.	Joanna Susel et al.	2014	Avaliar o impacto do prurido uremico na qualidade de vida e sintomas depressivos em paciente com doença renal terminal.	Total de 200 pcte em hemodiálise foram incluídos no estudo. A prevalência de prurido uremico foi de 38%. Pacientes com prurido uremico tem uma significante baixa qualidade de vida. Nível de depressão significativamente correlacionada com qualidade de vida e gravidade dos sintomas depressivos foi significativamente associada com a intensidade de prurido urémico. 35% dos com prurido relatam dificuldade para dormir por causa da coceira.	O prurido urémico deve ser considerado como um importante problema de saúde entre pacientes em hemodiálise.

18	Entrevistas qualitativas em pacientes com prurido crônico em hemodiálise	Estudo transversal com abordagem qualitativa	Melanie Weiss e Elke Weisshaar	2014	Investigar pacientes com prurido crônico, em diálise ou não.	Foram entregues formulários para 12 pacientes com prurido crônico, com ou sem hemodiálise questionando como eles se sentem, o que é importante pra eles e como eles percebem os sintomas do prurido crônico?. As mais importantes declarações dos pacientes em HD foram: 1. problemas de saúde adicionais e comorbidades; 2. Perturbação do sono; 3. Fadiga; 4. Ideias de suicídio; 5. Tempo consuído na HD; e 6. Formas de entrevistas muito longas.	O prurido urêmico afeta vários aspectos da vida dos pacientes com DRC.	
19	Prurido em cuidados paliativos	Estudo de caso	Dori Seccarecci a e Nadine Gebara	2011	Apresentar caso de paciente com prurido, em diálise e em cuidados paliativos	Paciente em hemodiálise 3x semana. Ela tinha um suave prurido ao longo do tempo que ultimamente tem piorado, mantendo-a acordada durante a noite e enlouquecendo-a. Anti-histaminicos não estão ajudado. Considerar como tratamento com creme hidratante de ser considerado, muitas vezes a pele seca exacerba a coceira. Pode-se tentar o uso de paroxetina ou mirtazapina em prurido secundário a uremia, colestase. Terapia com luz ultraviolet B pode ajudar. Ondasentron tbm pode ser usado por ser receptor antagonista a 5-HT3. Para a paciente foi recomendado emolientes, tomar menos banho, é prescrito uma dose pequena de paroxetina, em 48h seu prurido melhorou drasticamente.	A utilização de alguns medicamentos terapia com luz ultravioleta B e hidratantes podem ajudar no prurido urêmico de pacientes paliativos.	
TRANSPLANTADOS								
20	Análise retrospectiva de lesões dermatológicas em pacientes transplantados renal.	Análise retrospectiva de 2000 a 2009.	Michela Castello et al.	2013	Avaliar doenças cutâneas e mucosas após transplante renal, e investigar a associação entre os diferentes protocolos de imunossupressão.	O diagnóstico de lesão de pele foi feito através de exames físico da pele, mucosas, unhas e cabelo. Doenças de pele e mucosa foram observadas em 183 dos pacientes, 88 apresentaram lesões virais, 92 lesões por imunossupressão, 28 tumores benignos, 23 pré-cancer/lesões neoplásicas, 24 micoses, 16 xerose cutânea, 15 dermatites, apenas 8 pacientes não apresentaram lesão de pele. A associação entre efeitos colaterais de drogas e tratamento de anti-rejeição e/ou exposição a inibidores de calcineurina, foi encontrado.	Doenças cutâneas são frequentes em pctes transplantados renais. É necessário um monitoramento contínuo da pele para fazer um diagnóstico precoce e iniciar o tto adequado.	
21	Alterações dermatológicas nos pacientes em hemodiálise e em transplantados	Artigo de revisão	Clarissa Morais at al.	2011	objetivo oferecer uma atualização sobre o tema dermatoses em hemodialisados e transplantados.	Descreve alguns estudos com algumas dermatoses encontradas em pacientes em hemodiálise e em transplantados. Como o prurido, alteração da cor, unhas medio a meio em, hematomas cutâneos, porfíria cutânea tardia, pseudoporfíria, calcifilaxia e dermatoses perfurantes em hemodialíticos e em transplantados a maior parte dela são relativas aos efeitos imunossupressores ou aos efeitos colaterais das drogas, agrupadas em: infecções virais, bacterianas e fúngicas, lesões pré-neoplásicas e neoplásicas, iatrogênicas e miscelânea. O tempo de hemodiálise não influenciaram em todos os achados dermatológicos. Já o tempo do transplante influenciou negativamente no surgimento de lesões de pele.	Avaliações dermatológicas periódicas, possibilita a redução da exposição aos fatores de risco e são promordiais à prevenção, ao diagnóstico e tto dessas afecções.	

Artigo	Título	Tipo de estudo	Autores	Ano de publicação	Objetivo:	Resultados:	Conclusões:
Outros							
22	Alterações ungueais nos portadores de insuficiência renal crônica em hemodíalise	Estudo caso-controle	Marcos Antonio Rodrigues Martinez et al.	2010	Avaliar o espectro e a frequência de alterações ungueais nos pacientes com IRC, submetidos à HD, e compará-los com uma amostra pareada da população geral.	Dividido em 2 grupos: casos com 97 pacientes e controle com 108 indivíduos. 86% dos pacientes em HD e 75% do grupo controle tiveram, pelo menos, uma alteração ungueal. Ausência de lúnuva (62,9%) e unha meio a meio (14,4%) as alterações foram estatisticamente relevantes no grupo HD, em relação ao grupo controle ($p < 0,05\%$). Estrias longitudinais foram mais comuns nos controles em relação ao grupo HD (24,1%).	Ausência de lúnuva e unha meio a meio as alterações ungueais foram mais encontradas nos pacientes em HD, corroborando com achados relatados, em estudos anteriores.
23	Consulta multidisciplinar do pé diabético - avaliação dos fatores de mau prognóstico	Estudo observacional retrospectivo das primeiras consultas realizadas no âmbito da consulta multidisciplinar do pé diabético.	Vitor Ferreira et al.	2014	Caracterização epidemiológica e resultado da intervenção dos utentes da consulta multidisciplinar do pé diabético	Realizaram-se 361 primeiras consultas do pé diabético no período em estudo, 82,3% por ulceração (31,3% neuropáticos e 68,7% neuroisquêmicos). Dos doentes seguidos, 78% obtiveram cicatrização das lesões (com ou sem amputação menor), 7,7% não obtiveram cicatrização da lesão após um ano de seguimento, 10,1% foram submetidos à amputação maior e 4,2% faleceram durante o seguimento. Os doentes com doença arterial periférica apresentaram menor probabilidade de cicatrização e risco aumentado de amputação maior. A nefropatia diminuiu a probabilidade de cicatrização e aumentou o risco de amputação. Os doentes com dependência de terceiros apresentaram maior risco de amputação maior.	O tratamento eficaz das úlceras do pé diabético necessita uma abordagem multidisciplinar, intervindo nos vários componentes etiológicos. A doença arterial periférica, a insuficiência renal e a dependência de terceiros são fatores de mau prognóstico das úlceras do pé diabético.
24	Amiloidose e insuficiência renal crônica terminal associada à hanseníase	Estudo de caso	Geraldo Bezerra da Silva Júnior et al.	2010	Apresentar caso de paciente com IRC e amiloidose relacionada a hanseníase	Paciente queixa-se de edema de membros inferiores, dispnéia progressiva, ortopnéia e dispnéia paroxística noturna, atefril. Necessitou de hemodíalise intermitente. Histórico de hanseníase virchoviana há 25 anos, tendo sido feito tratamento irregular. Ao exame físico, constatavam-se sequelas (mãos em garra e desvio ulnar dos dedos), espessamento de nervo ulnar e amputação total de membro inferior esquerdo e parcial de membro inferior direito secundário a mal perfurante plantar. Foi realizada biópsia renal, que foi compatível com amiloidose, provavelmente secundária à hanseníase.	A hanseníase é uma doença de alta prevalência em nosso meio, que deve ser investigada em todo paciente com perda de função renal, sobretudo naqueles que apresentam lesões cutâneas ou outras manifestações sugestivas de hanseníase.

Os primeiros seis artigos discutem sobre a calcifilaxia relatando casos de pacientes com placas cutâneas dolorosas que progrediram a úlceras.

Quadro 1 – Calcifilaxia.

CALCIFILAXIA		
Nº	Título	Autor (es)/ Ano de publicação
1	Calcifilaxia: complicação rara, mas potencialmente fatal na DRC. Relato de caso	MARQUES, S. A. et al, 2013
2	Calcifilaxia como complicação cutânea em paciente com insuficiência renal crônica em diálise	HERRERA, L.; AVALLANEDA, C.; TIQUE, N., 2013
3	Calcifilaxia: Calcificação severa das artérias	ROKADIA, H. K.; NAGARAJAN, V., 2012
4	Dolorosas úlceras de pele em pacientes em hemodiálise	SPREGUE, M. S., 2014
5	Calcifilaxia, desafio diagnóstico e terapêutico: relato de um caso bem sucedido	RONCADA, E. V. M. et al, 2012
6	Calcifilaxia pré-uremica	NAYER, A. et al., 2014

No artigo 1 houve tentativa de reduzir por dieta o cálcio e o fosforo, utilizou-se hidrogel tópico, desbridamento e administrado antibióticos. No artigo 2 também houve tentativa de desbridamento e no artigo 3 utilizou-se também aglutinantes de fosfato e diálise com baixo nível de cálcio. Os pacientes citados nesses três artigos foram a óbito, todos faziam algum tipo de diálise. No artigo 4 o paciente iniciou tratamento com pomada de mupirocina, 25g de tiofastado de sódio na última hora de diálise e uma de suas medicações foi trocada, sua dor havia melhorado porém, após alguns meses sofreu um enfarte do miocárdio e também foi a óbito.

Nos próximos artigos, 5 e 6, nos casos relatados os pacientes possuíam DRC porém não estavam em dialise. O artigo 5 relata o tratamento bem-sucedido com dieta hipofosfatemica, calcitriol oral 0,5 mcg/dia, desbridamento cirúrgico e curativo com papaína 1% e cloranfenicol 1%, tendo resolução completa do quadro em 6 meses. O artigo 6 a paciente apresentava dolorosas ulcerações na perna foi realizada angiografia que revelou oclusão em artéria femoral esquerda, poplítea e tibial distal. Ela foi tratada com antibióticos, tiosulfato de sódio e outros produtos, foi realizado angioplastia, no entanto foi realizado amputação acima do joelho devido a avanço da gangrena.

Como conclusão a maioria dos artigos ressalta a alta taxa de mortalidade de 50%, como apontado por SPRAGUE (2014), da doença por decorrência de sepse, sendo a prevenção e o diagnóstico precoce a melhor maneira de reduzir esse índice.

Os artigos 7, 8 e 9 trataram sobre o grupo de dermatoses perforantes. Há dados que indicam que a incidência de dermatose perforante adquirida em pacientes renais crônicos e diabéticos é de 11%, com lesões surgindo geralmente na idade adulta. (APPEL DA SILVA, M. C. A. et al, 2011).”

Quadro 2 – Dermatoses Perforantes.

Nº	Título	Autor (es)/ Ano de publicação
7	Alopurinol no tratamento de colagenose reativa perforante adquirida	TILZ, H. et al, 2013
8	Caso para diagnóstico	APPEL DA SILVA, M. C. et al, 2011
9	Dermatose perforante adquirida em paciente com insuficiência renal crônica. Apresentação de caso e revisão de literatura.	GRANA, J. M. et al, 2014

Nos três artigos os pacientes apresentavam lesões pruriginosas, pápulas eritematosas e hiperkeratóticas nos troncos, membros e no artigo 8 apresentava também no couro cabeludo. Em todos os casos utilizaram como tratamento principal o alopurinol, resultando em melhora da lesão. Nos artigos 7 e 8 também foram utilizados corticoides tópicos e fototerapia com raio ultravioleta B. Somente no artigo 7 o paciente, citado no caso, não realizava diálise e utilizaram também anti-histamínicos no tratamento.

Nas conclusões foi observado que alopurinol é um tratamento válido e que consultas regulares com uma abordagem multiprofissional na avaliação do paciente são essenciais para um bom prognóstico.

Os artigos 10 e 11 tratam sobre porfiria e pseudoporfiria que são doenças com características similares, porém na porfiria há um defeito enzimático que faz com que se acumulem porfirinogênios na pele e na pseudoporfiria não há esse acúmulo, ela é causada por alguns tipos de medicamentos.

Quadro 3 –Pseudoporfiria e porfiria cutânea tardia.

Nº	Título	Autor (es)/ Ano de publicação
10	Pseudoporfiria induzida pela diálise tratada com N-acetilcisteína oral	GUIOTOKU, M. M. et al., 2010
11	Porfiria cutânea tardia em pacientes em hemodiálise	HUANG, Y. C.; WANG C. C.; SUE, Y. M., 2013

O artigo 10 traz um caso de uma paciente que realiza diálise peritoneal há um ano e apresenta bolhas de conteúdo hialino, características de pseudoporfiria. Ela foi

tratada com N-acetilcisteína e em 20 dias as lesões desapareceram, nos mostrando que a utilização de N-acetilcisteína oral é uma boa opção de tratamento para paciente com lesões características de pseudoporfiria.

O artigo 11 relata o caso de uma paciente com porfiria, que realiza hemodiálise por nefropatia diabética há 3 anos. No decorrer de 2 meses começou a apresentar lesões bolhosas no dorso das mãos. Como conduta foi trocado o dialisador de hemodiálise por um de alto fluxo e aconselhado fotoproteção tendo como desfecho o controle das lesões.

Nos dois casos as lesões se exacerbavam com a exposição ao sol, porém apenas o segundo estava com os níveis plasmáticos de porfiria alterados, confirmando o diagnóstico de porfiria.

Nos estudos 12 e 13 foram discutidas manifestações cutâneas de modo geral, sendo relatado várias manifestações presentes em doentes renais divididas em:

- Manifestações específicas que são a doença de kyle; colagenose perfurante reativa; calcifilaxia; pseudoporfiria; fibrose nefrogênica sistêmica.
- Manifestações não específicas são: palidez, atribuída a anemia e por deficiência de eritropoietina; pele amarelada, pela retenção de pigmentos lipossolúvies; pele marrom-acinzentada, relativa ao depósito de hemossiderina; hiper Cromia após início de diálise; equimose, devido a disfunção plaquetária (alterações plaquetárias de ureia podem induzir alteração da agregação plaquetária; xerose (ressecamento anormal da pele); prurido (sintoma mais frequente) e unha meio a meio (palidez proximal e coloração eritemato-acastanhada, na porcao distal da lamina ungueal).

Essas manifestações diminuem a qualidade de vida desses pacientes e podem até ser fatais.

Quadro 4 – Manifestações cutâneas

Nº	Título	Autor (es)/ Ano de publicação
12	Manifestações cutâneas na doença renal terminal (DRT)	LUPI, O. et al, 2011
13	Manifestações cutâneas em doentes renais em estágio terminal	GALPERN, T. A.; CRONIN, A. J.; LESLIE, K. S., 2014
14	Manifestações mucocutâneas e alterações nas unhas em pacientes com DRT em HD	TAJBAKHSR, R. et al., 2013
15	Dermatoses em renais crônicos em terapia dialítica	PERES, L. A. B. et al., 2014

O artigo 14 determinava a prevalência das manifestações cutâneas, sendo que 95% dos pacientes estudados (de um total de 100 pacientes) possuíam algum tipo de lesão de pele. Dentre esses 95%, a lesão mais encontrada foi a xerose com 78%, seguida por prurido (39,1%), lentigo (34, 8%), descoloração da pele (32,6%), leuconiquia (32%) e afinamento do leito ungueal (24%). Observou-se uma relação entre o tempo de diálise e a descoloração da pele e leuconiquia. Houve associação entre o nível de ferritina sérica e prurido.

Assim como o artigo 14, o artigo 15 mostra a prevalência de problemas dermatológicos em pacientes com doença renal. Nele foi estudado 145 pacientes com DRC em hemodiálise sendo analisados alterações cutâneas de cabelos, mucosas e unhas por um único examinador. Também foram coletados dados de exames laboratoriais. As principais manifestações dermatológicas observadas foram: xerose em 109 (75,2%), equimose em 87 (60,0%), prurido em 78 (53,8%) e lentigo em 33 (22,8%) pacientes.

Os 4 artigos têm como conclusões que manifestações cutâneas são frequentes em pacientes com doença renal. A prevenção e a detecção precoce são a chave para diminuir a morbidade e mortalidade de lesões de pele em pacientes com problemas renais.

Nos artigos 16 ao 19 falam sobre prurido, que é descrito como uma sensação não prazerosa da pele mucosa que provoca o desejo de arranhar ou esfregar (SECCARECCIA E GEBARA, 2011).

Quadro 5 – Prurido

Nº	Título	Autor (es)/ Ano de publicação
16	Avaliação da associação entre as alterações no metabolismo mineral e o prurido nos pacientes em hemodiálise	WELDER, E. de Q. et al., 2011
17	Impacto do prurido uremico na qualidade de vida e sintomas depressivos em pacientes com doença renal terminal em hemodiálise.	SUSEL, J. et al., 2014
18	Entrevistas qualitativas em pacientes com prurido crônico em hemodiálise	WEISS, M.; WEISSHAAR, E., 2014
19	Prurido em cuidados paliativos	SECCARECCIA, D.; GEBARA, N., 2011

O artigo 16 apresenta um estudo caso-controle, tendo como objetivo relacionar a prevalência de prurido com alterações no metabolismo mineral dos pacientes. Foram avaliados 105 pacientes por meio de um questionário e uma escala análoga visual, e

por dados laboratoriais coletados do prontuário eletrônico. Esses pacientes foram divididos em dois grupos, um com sintomas de prurido e outro sem sintomas. Dos 105 pacientes 46 (43%) tinham prurido, 48 (45%) tinham xerodermia (secura e aspereza excessivas na pele) e destes 48 pacientes 27 tinham prurido. Foram encontrados níveis elevados de cálcio em 57 (55%) pacientes. Destes, 47% tinham prurido, 62 (60%) pacientes tinham valores elevados de fósforo e destes, 43% tinham prurido. O paratormônio mostrou-se elevado em 95% dos pacientes com prurido, concluindo que há associação entre o prurido e xerodermia. Os níveis séricos de cálcio (Ca), fosfato (P), relação Ca/P e o tamanho do dialisador não apresentaram associação estatisticamente significativa entre os dois grupos.

No artigo 17, foi realizado um estudo com 200 pacientes em hemodiálise, no qual foi avaliado o impacto do prurido urêmico na qualidade de vida e nos sintomas depressivos em pacientes com doença renal terminal (DRT). Os resultados mostram uma prevalência de 38% dos pacientes com prurido urêmico. Pacientes com prurido uremico possuem uma significativa baixa qualidade de vida. O nível de depressão foi correlacionado com a qualidade de vida e associado com a intensidade de prurido urêmico. Uma parcela de 35% dos pacientes com prurido relatou dificuldade para dormir por causa da coceira, nos deixando a reflexão do quão considerável é este problema de saúde entre pacientes em hemodiálise.

No artigo 18 foram feitas entrevistas qualitativas em pacientes que realizam ou não hemodiálise questionando: como eles se sentem, o que é importante para eles e como eles percebem os sintomas do prurido crônico?. As mais importantes declarações dos pacientes em hemodiálise foram: Problemas de saúde adicionais e comorbidades; perturbação do sono; fadiga; ideias de suicídio; tempo consumido na HD; e formulários muito longos. Estes questionamentos demonstram o impacto da hemodiálise, que pode resultar em comorbidades secundárias.

O estudo de caso 19 aborda o prurido em um paciente crônico renal em cuidado paliativo referindo prurido com piora, mantendo a paciente acordada e estressada durante a noite. Ela realiza hemodiálise três vezes por semana e os anti-histamínicos não estavam ajudando. Foi considerado o tratamento com creme hidratante pois muitas vezes a pele seca exacerba a coceira. O estudo relata que pode-se utilizar paroxetina ou mirtazapina no prurido secundário a uremia, creme hidratante, terapia com luz ultravioleta e ondasentron (por ser receptor antagonista a 5-hidroxitriptamina 3). Para o caso relatado foi recomendado emolientes (hidratantes), tomar menos

banhos ou banhos mais rápidos e foi prescrito uma dose pequena de paroxetina. Em 48h o prurido melhorou drasticamente. A pele seca pode exacerbar a coceira por isso se orienta o uso de emolientes e tomar menos banhos para manter a hidratação da pele.

Os artigo 20 e 21 falam sobre lesões encontradas em paciente transplantado renal.

Quadro 6 – Lesões em transplantados.

Nº	Título	Autor (es)/ Ano de publicação
20	Análise retrospectiva de lesões dermatológicas em pacientes transplantado renal.	CASTELLO, M. et al., 2013
21	Alterações dermatológicas nos pacientes em hemodiálise e em transplantados.	GERHARDT, C. M. B. et al ., 2011

No artigo 20 foi feita uma análise retrospectiva de 2000 a 2009 com 183 pacientes com o objetivo de avaliar doenças cutâneas e de mucosas após transplante renal, e investigar a associação entre os diferentes protocolos de imunossupressão. Foi realizado exame físico da pele, mucosas, unhas e cabelo. Foram feitas biópsia da pele, culturas específicas e sorológica, quando solicitadas. Doenças de pele e mucosa foram observadas em 173 dos pacientes, 88 apresentaram lesões virais, 92 lesões por imunossupressão, 28 tumores benignos, 23 lesões neoplásicas, 24 micoses, 16 xerose cutânea, 15 dermatites, apenas 8 pacientes não apresentaram lesão de pele. Houve associação entre efeitos colaterais de drogas e tratamento de anti-rejeição e/ou exposição a inibidores de calcineurina.

O artigo 21 discorre sobre dermatoses em hemodialisados e transplantados, descrevendo alguns estudos com algumas dermatoses encontradas em pacientes em hemodiálise e em transplantados. O prurido, alteração da cor, unhas meio a meio em, hematomas cutâneos, porfíria cutânea tardia, pseudoporfíria, calcifilaxia e dermatoses perfurantes encontrados em hemodialisados e em transplantados a maior parte dela são relativas aos efeitos imunossupressores ou aos efeitos colaterais das drogas, agrupadas em: infecções virais, bacterianas e fúngicas, lesões pré-neoplásicas e neoplásicas, iatrogênicas (decorrentes principalmente de corticoterapias) e miscelânea. O tempo de hemodiálise não influenciou os achados dermatológicos. Já o tempo de transplante foi maior nos pacientes com dermatoses virais, em suporte ao conceito de que o tempo de imunossupressão é um determinante dessas infecções.

Doenças cutâneas são também frequentes em pacientes transplantados renais. É necessário um monitoramento contínuo da pele para fazer um diagnóstico precoce e iniciar o tratamento adequado além de estar atento as medicações usadas e questionar ao paciente se este faz o uso correto.

Os artigos 22, 23 e 24 foram agrupados na categoria “outros” pois cada um trata de uma temática diferente e foram encontrados apenas 1 artigo de cada temática.

Quadro 7 – Outros.

N°	Título	Autor (es)/ Ano de publicação
22	Alterações ungueais nos pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise	MARTINEZ, M. A. R. et al., 2010
23	Consulta multidisciplinar do pé diabético - avaliação dos fatores de mau prognóstico	FERREIRA, V. et al., 2014
24	Amiloidose e insuficiência renal crônica terminal associada à hanseníase	JUNIOR, G. B. da S. et al., 2010

No artigo 22 foi realizado um estudo caso-controle no qual dois grupos foram estudados com relação ao aspecto e frequência de alterações ungueais presentes. O primeiro grupo foi composto por 97 pacientes com IRC que realizavam HD, o segundo grupo (denominado ‘grupo controle’) era composto de 108 indivíduos selecionados ao acaso entre os acompanhantes dos pacientes.

Foi observado que 86% dos pacientes em HD e 75% do grupo controle tiveram alguma alteração ungueal. Ausência de lúnula (não visualização da parte visível da matriz ungueal) (62,9%) e unha meio a meio (14,4%) foram as alterações mais frequentes no grupo HD em relação ao grupo controle. Estrias longitudinais foram mais comuns no grupo controle do que em relação ao grupo HD (24,1%). Outras alterações foram vistas em ambos os grupos, mas sem diferenças estatísticas entre eles.

Segundo Martinez, 2010 as alterações ungueais são descritas como características nos pacientes com insuficiência renal e aparentemente relacionais a essa condição. Logo abaixo encontramos a imagem de unha meio a meio, uma das segundas alterações mais encontradas, de um dos pacientes em diálise.

Figura 2 - Unha meio a meio de paciente em hemodiálise.



Fonte: MARTINEZ, 2010, p. 4.

O artigo 23, sobre o pé diabético, foi um estudo observacional retrospectivo das primeiras consultas multidisciplinares de pacientes com pé diabético, durante um semestre. Foi realizada a revisão do processo clínico e avaliação das características epidemiológicas dos pacientes, incluindo nefropatia e DRT em programa regular de hemodiálise ou transplante renal, meios complementares de diagnóstico e o resultado final (cicatrização da lesão, amputação, não cicatrização em um ano ou morte). Foram divididos em dois grupos, doentes com úlcera neuropática ou úlcera neuroisquêmica. Todos os doentes foram submetidos ao melhor tratamento atual recomendado, incluindo cuidados de penso, alívio de pressão, tratamento de infecção com antibioticoterapia empírica e dirigida, otimização das condições médicas e glicemia, desbridamento regular das lesões conforme a necessidade e orientação para estudo vascular e revascularização quando indicado.

Foram realizadas 361 primeiras consultas multidisciplinares do pé diabético no período em estudo, 82,3% por ulceração (31,3% neuropáticos e 68,7% neuroisquêmicos). Destes pacientes, 78% obtiveram cicatrização das lesões (com ou sem amputação), 7,7% não obtiveram cicatrização da lesão após um ano de seguimento, 10,1% foram submetidos à amputação e 4,2% faleceram durante o seguimento. Os doentes com dependência de terceiros apresentaram maior risco de amputação.

A doença arterial periférica e nefropatia influenciam negativamente a probabilidade de cicatrização e possuem um risco aumentado de amputação. É necessária uma abordagem multidisciplinar para o tratamento eficaz das úlceras do

pé diabético, intervindo nos vários ramos de conhecimento. Segundo Ferreira (2014), é fundamental o tratamento médico, os cuidados podológicos, cuidados de enfermagem e o ensino dos doentes. É necessário ver não somente os membros inferiores e a doença de base, mas também a qualidade de vida do paciente dos que lhe cercam, promovendo um cuidado integral ao paciente.

O artigo 24 apresenta o caso de um paciente com insuficiência renal crônica (IRC) e amiloidose relacionada à hanseníase. O paciente queixava-se de edema em membros inferiores, dispneia progressiva, ortopneia e dispneia paroxística afebril. Necessitou de hemodiálise intermitente. Histórico de hanseníase virchoviana há 25 anos, tendo sido feito tratamento irregular. Observou-se, ao exame físico, sequelas (mãos em garra e desvio ulnar dos dedos) e amputação total de membro inferior esquerdo e parcial de membro inferior direito. Foi realizada biópsia renal, que foi compatível com amiloidose, provavelmente secundária à hanseníase. Concluiu-se que a hanseníase é uma doença de alta prevalência em nosso meio, que deve ser investigada em todo paciente com perda de função renal, sobretudo naqueles que apresentam lesões cutâneas ou outras manifestações sugestivas de hanseníase.

Os profissionais necessitam aumentar sua consciência clínica e detectar precocemente qualquer tipo de manifestações de pele para iniciar algum tratamento e diminuir a morbidade e mortalidade oriundas de lesões cutâneas encontradas em pacientes renais.

No geral, os estudos encontrados relatam a necessidade de um exame físico detalhado para observar qualquer tipo de lesão e o enfermeiro deve ter conhecimento para avaliar as lesões e para junto com o médico proceder para que haja um bom prognóstico das lesões e ou sintomas. Alguns estudos referem que a prevenção e o diagnóstico precoce são a melhor maneira para reduzir esse alto número de lesões em doentes renais.

A calcifilaxia, por exemplo, é um problema mais relacionado a área da nefrologia que pode identificar, através de exames periódicos, monitorar os níveis de cálcio no sangue e proceder para prevenir a ocorrência destes depósitos nas artérias e assim, diminuir a probabilidade de ocorrer a doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir o trabalho respondendo a questão norteadora foi observado que há vários tipos de lesões que afetam os pacientes com doença renal crônica, em diálise ou não. Muitas lesões não são devidamente diagnosticadas e não são precocemente observadas, sendo algumas das doenças apresentam instalação aguda e alta taxa de mortalidade.

As lesões cutâneas podem interferir na qualidade de vida dos pacientes, causando grandes transtornos para os mesmos e seus familiares. É papel da enfermagem examinar o paciente de forma crítica e observar se há lesões e por meio de uma escuta ativa, analisar as queixas do paciente para que possamos fazer a diferença e tornar um mal prognóstico em um prognóstico positivo e involução de possíveis lesões.

O prurido foi encontrado em várias queixas dos pacientes nos estudos, não só nos relacionados com prurido, mas também em outras manifestações cutâneas no qual o prurido é um sintoma frequente.

Em relação aos tratamentos foram encontrados vários métodos e medicações para os diferentes tipos de lesões encontradas, não tendo no geral um tratamento mais utilizado, apenas em determinadas lesões (como nas dermatoses perfurantes todos os estudos utilizaram alopurinol) foram encontrados os mesmos tratamentos.

É necessário implementar cuidados com a pele e incentivar o uso do diagnóstico de enfermagem de risco para lesão quando se observar a necessidade. Além dos cuidados, registrar de forma detalha as queixas do paciente o que foi observado no exame físico e a conduto realizada para melhor acompanhamento dessas lesões e posteriores estudos baseados nesses dados.

A qualificação da equipe de enfermagem para ampliar a visão e importância desse olhar para com o paciente.

Observou-se também a escassez de material relacionando a problemas renais e de pele na área da nefrologia, a maioria do material foi encontrado em livros e periódicos na área da dermatologia. Ao pesquisar nas bases de dados com os descritores selecionados, encontrou-se vários artigos relacionados a lesões renais, lesões em artérias, fraturas e pouco se encontrou relacionado há lesões cutâneas.

Considera-se incentivar pesquisas na área da enfermagem em nefrologia associando os problemas renais aos problemas cutâneos encontrados nos artigos e buscando não só identifica-los mas também trata-los.

REFERÊNCIAS

ABNT. NBR 6027 – Informação e documentação. Rio de Janeiro. 2002.

AZEVEDO, M. F. **Feridas Incrivelmente Fácil**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 246 p.

APPEL DA SILVA, M. C. et al . Caso para diagnóstico. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 86, n. 2, p. 391, abr. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000200034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 nov. 2015.

AZULAY, R. D. **Dermatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 1133 p.

BORGES, P. R. R.; BEDENDO, J.; FERNANDES, C. A. M. Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, 2013 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a11v26n5.pdf>>. Acesso em: 17 jul 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Insuficiência Renal (Doença Renal Crônica)**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/228_insuf_renal2.html>. Acesso em: 17 jul 2015.

BARROS, E. et al. **Nefrologia** : rotinas, diagnóstico e tratamento. 3. ed. Porto Alegre : ArtMed, 2006. 620 p.

BASTOS, M. G.; KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **J. Bras. Nefrologia**. São Paulo , v. 33, n. 1, p. 93-108, Mar. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Maio 2015.

CASTELLO, M. et al. A retrospective analysis of dermatological lesions in kidney transplant patients. **Indian Journal of Medical Research**. Índia, v. 137, p.1188-1192, Jun. 2013. Disponível em <http://www.ijmr.org.in/temp/IndianJMedRes13761188-3756747_102607.pdf>. Acesso em 30 de Nov. 2015.

COOPER, Harris M. Scientific Guidelines for Conducting Integrative Research Reviews Review of Educational Research Summer. **American Educational Research Association**. Washington, DC: v. 52, p. 291-302, 1982.

COSTA, M. G. et. al. Prurido e achados dermatológicos em pacientes em hemodiálise. **Revista. HCPA**. Porto Alegre: v. 26, n. 2, p. 5 – 11, ago, 2006.

CUNHA, Cynthia Braga da et al . Tempo até o transplante e sobrevida em pacientes com insuficiência renal crônica no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. **Cad.**

Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 23, n. 4, p. 805-813, Apr. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de Dez. 2015.

DOMANSKY, R. de C.; BORGES, E. L.; **Manual de prevenções de pele: recomendações baseadas em evidências**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2014. Cap. 1

FERMI, M. R. V; **Diálise para enfermagem: Guia prático**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap. 13

FERREIRA, A. M; BOGAMIL, D.D.D; TORMENA, P.C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**. São Paulo, v. 15, n 3, p. 105-109, jul-set, 2008.

_____; CANDIDO, M.C . F. S; CANDIDO M.A. O cuidado de pacientes com feridas e a construção da autonomia do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 656-60, out-dez, 2010.

FERREIRA, V. et al. Consulta multidisciplinar do pé diabético – avaliação dos fatores de mau prognóstico. **Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular**. Porto, v.10, n. 3, p. 146-150, 2014. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1646706X1400007X>>. Acesso em 30 de Nov. 2015.

GALPERN, T. A.; CRONIN, A. J.; LESLIE, K. S. Cutaneous Manifestations of ESRD. **Clinical journal of the American Society of Nephrology**. Washington, v. 9, p. 201-218, Jan. 2014. Disponível em <<http://cjasn.asnjournals.org/content/9/1/201.full.pdf>>. Acesso em 29 de Nov. 2015.

GERHARDT, C. M. B. et al .Alterações dermatológicas nos pacientes em hemodiálise e em transplantados. **J. Bras. Nefrologia**.São Paulo , v. 33, n. 2, p. 268-275, Junho 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002011000200024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Maio 2015.

GRANA, J. M. et al . Dermatoses perforantes adquiridas em pacientes com insuficiência renal crônica: apresentação de dois casos e revisão da literatura. **Nefrología (Madr.)**, Santander, v. 34, n. 1, 2014 . Disponível em <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000100021&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 23 nov. 2015.

GUIOTOKU, M. M. et al . Pseudoporfiria induzida pela diálise tratada com N-acetilcisteína oral. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 86, n. 2, p. 383-385, Apr. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000200031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Nov. 2015.

HERRERA, L.; AVELLANEDA, C; TIQUE, N. Calcifilaxia como complicação cutânea em paciente com insuficiência renal crônica em diálise. **Rev.fac.med**, Bogotá , v. 21, n. 1, jun. 2013 . Disponível em

<http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562013000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 nov. 2015.

HUANG, Y. C.; WANG, C. C.; SUE, Y. M. Porphyria cutanea tarda in a hemodialysis patient. **Quaterly Jornal of Medicine**, Oxford, v. 106, p. 591-592, 2013. Disponível em <<http://qjmed.oxfordjournals.org/content/qjmed/106/6/591.full.pdf>>. Acesso em 29 de Nov. 2015.

JACONDINO, C.B. et al. Educação em serviço: qualificação da equipe de enfermagem para o tratamento de feridas. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, 15(2): 314-18, 2010.

JUNIOR, G. B et al . Amiloidose e insuficiência renal crônica terminal associada à hanseníase. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 43, n. 4, p. 474-476, Ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000400031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Nov. 2015.

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. *Am J Kidney Dis.* 2002. Disponível em <http://www2.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/toc.htm> Acesso em 17 de dez. 2015.

LIMA, A. **Plantas medicinais no tratamento de feridas**. Rio de Janeiro. EPUB. 2009. 1º edição. 232 p.

LUPI, O. et al . Manifestações cutâneas na doença renal terminal. *Anais. Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro , v. 86, n. 2, p. 319-326, abr. 2011 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000200015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 set. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962011000200015>.

MARQUES, S. A. et al . Calciphylaxis: a rare but potentially fatal event of chronic kidney disease. Case report. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 88, n. 6, supl. 1, p. 44-47, Dez. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962013000800044&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov. 2015.

MARTINEZ, M. A. R. et al . Alterações ungueais nos pacientes portadores de insuficiência renal crônica em hemodiálise. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 3, p. 318-323, June 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Nov. 2015.

NAYER, A. et al. Pre-uremic Calciphylaxis. **Iranian Journal of Kidney Diseases**, Teerã, v.8, n. 3, p. 252-256, May. 2014. Disponível em <<http://www.ijkd.org/index.php/ijkd/article/view/1240/674>>. Acesso em 24 de Nov. 2015.

PERES, L. A. B. et al . Dermatoses em renais crônicos em terapia dialítica. **J. Bras. Nefrol.** São Paulo, v. 36, n. 1, p. 42-47, Mar. 2014. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000100042&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Nov. 2015.

ROKADIA, H. K.; NAGARAJAN V. Calciphylaxis: Severe Calcification of the Arteries. **Journal of general internal medicine**. Virgínia, v.28, n.2, p. 320, 2012. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614144/pdf/11606_2012_Article_2171.pdf>. Acesso em 24 de nov. 2015.

RONCADA, E. V. M. et al . Calciphylaxis, a diagnostic and therapeutic challenge: report of a successful case. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 87, n. 5, p. 752-755, Out. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov. 2015.

SAMPAIO, S. A. P. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

SECCARECCIA, D.; GEBARA, N. Pruritus in palliative care. **Canadian Family Physician**, Canadá, v. 57, Set. 2011. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3173420/pdf/0571010.pdf>>. Acesso em 30 de Nov. 2015.

SITTART, J. A. de S.; PIRES, M. C. **Dermatologia na prática médica**. São Paulo : Roca, 2007. 688 p. : il.

SPRAGUE, M. S. Painful Skin Ulcers in a Hemodialysis Patient. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**. Whashington, DC, USA, v.9, p. 166-173, 2014. Disponível em: <<http://cjasn.asnjournals.org/content/9/1/166.full.pdf+html>>. Acesso em 21 de nov. 2015.

SUSEL, J. et al. Uraemic Pruritus Markedly Affects the Quality of Life and Depressive Symptoms in Haemodialysis Patients with End-stage Renal Disease. **Acta Dermatovenereologica**, Suécia, v. 94, p. 276-281, 2014. Disponível em <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-1749&html=1>>. Acesso em 30 de Nov. 2015.

TAJBAKSH, R. et al. Mucocutaneous Manifestations and Nail Changes in Patients with End-Stage Renal Disease on Hemodialysis. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**. Mumbai, v. 24, n. 2, p. 36-40, 2013. Disponível em <http://www.sjkdt.org/temp/SaudiJKidneyDisTranspl24136-745141_204154.pdf>. Acesso em 29 de Nov. 2015.

TILZ, H. et al . Allopurinol in the treatment of acquired reactive perforating collagenosis. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro , v. 88, n. 1, p. 94-97, Fev. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962013000100094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Nov. 2015.

WELTER, E. de Q. et al . Avaliação da associação entre as alterações no metabolismo mineral e o prurido nos pacientes em hemodiálise. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, p. 31-36, Feb. 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Nov. 2015.

WEISS, M.; WEISSHAAR, E. Qualitative Interviews on Chronic Pruritus in Haemodialysis Patients. **Acta Dermato-Venereologica**, Suécia, v. 94, p.713-714, 2014. Disponível em <<http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-1823&html=1>>. Acesso em 30 de Nov. 2015.

APÊNDICE A

1. Instrumento para registro da avaliação das informações.

Número:
Título:
Autores:
Ano de Publicação:
Periódico:
Local de Publicação:
Idioma:
Tipo de estudo:
Objetivo:
Método:
Intervenções (Tratamento):
Resultados:
Conclusões:
Observações:

APÊNDICE B

1. Quadro sinóptico: Instrumento para análise das informações.

Artigo	Título	Autores	Ano de Publicação	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados	Conclusões
1							
2							
3							
4							

ANEXO A

PARECER COMPEAQ

Fwd: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem

----- Mensagem original -----

Assunto: Projeto de Pesquisa na Comissão de Pesquisa de Enfermagem
Data: 2015-09-13 10:07
Remetente: <lilian_cordova@hotmail.com>
Para: dtolfo@enf.ufrgs.br

Prezado Pesquisador DENISE TOLFO SILVEIRA,

Informamos que o projeto de pesquisa TIPOS E TRATAMENTO DE LESÕES DE PELE EM PACIENTES EM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Aprovado, para fins de registro, o projeto de revisão integrativa

Devido as suas características este projeto foi encaminhado nesta data para avaliação por .

Atenciosamente, Comissão de Pesquisa de Enfermagem

--
Professora Associado Dra Denise Tolfo Silveira
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem UFRGS
dtolfo@enf.ufrgs.br

< >

© 2015 Microsoft Termos Privacidade e cookies Desenvolvedores Português (Brasil)