



11212
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

SUBDIRECCIÓN GENERAL MÉDICA

CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE ISSSTE

DERMATOSIS INFECCIOSAS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL CENTRO MÉDICO
NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:

DERMATOLOGÍA

PRESENTA

DRA. MARIBEL MARTÍNEZ FLORES

ASESOR DE TESIS:

DRA. SAGRARIO HIERRO OROZCO

DRA. GABRIELA FRÍAS ANCONA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO:

DRA. SAGRARIO HIERRO OROZCO



MÉXICO, D. F.

2005

m342509



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



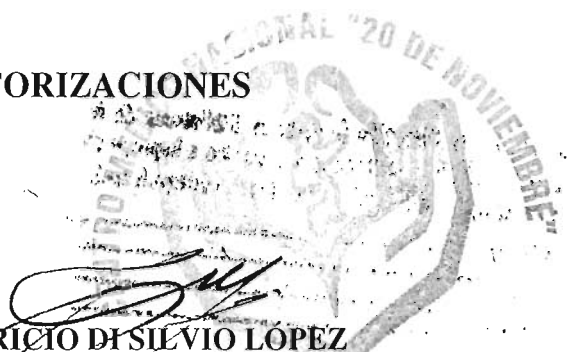
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES



DR. MAURICIO DI SILVIO LÓPEZ
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



DRA. SAGRARIO HIERRO OROZCO
ASESOR DE TESIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE DERMATOLOGÍA



DRA. GABRIELA FRÍAS ANCONA
PROFESOR DEL CURSO DE DERMATOLOGÍA



DRA. MARIBEL MARTÍNEZ FLORES
INVESTIGADOR



AGRADECIMIENTOS

LA VIDA . . .

IMPREGNADA DE UNA MAGIA DIVINA
QUE ME DIO LA OPORTUNIDAD DE EXISTIR

JOSÉ MANUEL . . .

ESA LUCHA CONSTANTE EN TU VIDA, ME INSPIRÓ A CONTINUAR, Y LLEVAR
DENTRO MÍO LAS GANAS DE CONOCER, DISFRUTAR Y APRENDER SIMPLEMENTE DE
TODO.... TE AMO Y TE ADMIRO ESPOSO

PAPI Y MAMI . . .

LAS LECCIONES QUE DE USTEDES APRENDÍ, LOGRARON UN PELDAÑO MAS. . . LOS
AMO

VICTOR

TU COMPAÑÍA, CAPACIDAD DE DAR Y MADUREZ, FUERON INDISPENSABLES PARA LA ENTEREZA QUE NUNCA ABANDONÉ . . . TE AMO HERMANO.

PAULITA

DE TI, LA INOCENCIA, Y LA CAPACIDAD DE PERDONAR.. TE AMO ABUE.

CHAVITA, ELIAS Y KATY

LAS EXPERIENCIAS QUE POR MEDIO DE USTEDES TUVE LA OPORTUNIDAD DE VIVIR, LAS LLEVO CONMIGO SIEMPRE.

REYNA Y SOFÍA

DESDE NIÑA APRENDÍ, QUE LA VIDA ES TAMBIÉN REIR . . . GRACIAS.

PATY, MARÍA, CHOFAS Y LUPITA
MIS GRANDES AMIGAS, POR SIEMPRE.

MIS MAESTRAS
POR DARME LA OPORTUNIDAD QUE PIDE UN SER HUMANO QUE LUCHA POR UNA
META. . .

MIS COMPAÑERAS Y COMPAÑEROS
POR HABERME DADO LA OPORTUNIDAD DE MOSTRARLES MI CORAZÓN.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	4
MATERIAL Y MÉTODOS	4
ANÁLISIS DE RESULTADOS	6
TABLAS Y GRÁFICAS	9
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFÍA	22

Introducción

En nuestra población el porcentaje de dermatosis infecciosas en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es de aproximadamente 22%, lo cual nos lleva a la necesidad de enfocarnos aún más en las patologías de la piel, que en ocasiones no tomamos la suficiente importancia, sin embargo; esta misma puede ser el detonante para llevar al paciente a un estado crítico; consecuencia de una descompensación debida a procesos infecciosos. La necesidad de evaluar cuales son las que predominan, nos lleva a iniciar un programa de prevención y de esta manera disminuir la morbimortalidad en pacientes con patología crónica.

Los pacientes con falla renal crónica son pacientes con un alto riesgo de procesos infecciosos a cualquier nivel, incluyendo la piel.

Las infecciones de cualquier tipo son causa de una alta morbimortalidad en pacientes inmunocomprometidos, incluyendo también aquellos, quienes cuentan con patología de base y son sometidos a procedimientos quirúrgicos, como la colocación de catéteres en pacientes con IRC. (1)

En pacientes que por cualquier razón tienen que someterse a unidad de cuidados intensivos, la colocación de vías venosas es de rutina, y de esta misma manera los accesos venosos deben ser reemplazados cada 3 a 7 día para evitar la contaminación de los mismos. (1) (2)

El agente infeccioso que más frecuentemente está implicado en las infecciones cutáneas es:

Staphylococcus aureus hasta en el 95% de los pacientes. (3) Esto es peligroso, ya que puede viajar de la piel órganos internos y de esta manera comprometer la vida del paciente, esto se lleva a cabo mediante la colocación de sondas, y catéteres, por ello, su colocación debe ser con las técnicas adecuadas para su prevención y reducción de la morbimortalidad del paciente. (3)

Específicamente en los pacientes con insuficiencia renal crónica que ya tienen tratamiento sustitutivo renal, es decir; con diálisis peritoneal; la bacteria que se ha visto involucrada en forma alarmante es: *Staphylococcus aureus*, y *Staphylococcus epidermidis*, y en pacientes con hemodiálisis, bacterias gram negativas.

De las infecciones micóticas predomina *Cándida sp.* , y de esta en los pacientes con sustitución de la función renal, es *Cándida albicans*.

Las infecciones por micobacterias a nivel cutáneo, no están bien definidas, sin embargo no se excluye la infección por estas a cualquier otro nivel, predominando la afección a pulmón, hígado y vías urinarias.

Al referirnos al paciente renal crónico, es útil saber la patología de base; es decir, lo que lo llevó a esta complicación.

De acuerdo con la población mexicana, conocemos la predominancia de pacientes con Diabetes e Hipertensión, los cuales cursan ya con las complicaciones tardías de la IRC. (3) (5) (6)

Con respecto a estos pacientes las infecciones por bacterias G-, las que predominan

son: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*.

Está bien descrito la presencia de *Streptococcus B-hemolitico* del grupo A en la afección a tejidos blandos como la Fascitis Necrozante. (7)

Por ello es importante determinar la frecuencia de dermatosis infecciosas, la presentación clínica y el tipo de patología, que predomina en los pacientes con IRC, sea micótica, bacteriana o viral, conocer las características clínicas de cada grupo y determinar su agente causal.

Una vez concluido el estudio, conociendo las características de la piel y los agentes infecciosos mas frecuentes podríamos entonces:

1. Realizar el cuidado ideal necesario para la prevención de procesos infecciosos cutáneos.
2. Iniciar de forma empírica el tratamiento antes de la obtención de cultivos, evitando la descompensación severa de la patología de base.

Justificación

En nuestro país, a diferencia de otros; no hay antecedentes de estudios que nos ilustren las dermatosis infecciosas en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas como lo es la Insuficiencia Renal Crónica, por lo tanto, considero que es importante conocer cuales son las de mayor frecuencia, para de esta manera poder ofrecerle al paciente una mejor atención a su patología y por lo tanto ofrecerle una mejor calidad de vida.

Material y Métodos

Se trata de un estudio prospectivo, transversal y descriptivo

Se incluyeron 100 pacientes del CNM “20 de Noviembre” ISSSTE, con IRC de 10 a más años de evolución tomados de la consulta externa de los servicios de Dermatología, Nefrología; así como área de hospitalización con dermatosis infecciosa cutánea en el periodo de julio del 2003 a septiembre del 2004.

Los criterios de inclusión fueron:

Pacientes renales crónicos de 10 ó más años de evolución

Dermatosis infecciosa agregada

Rango de edad entre 30 y 60 años

Ambos sexos

Aprobación de toma de cultivos

Y los de exclusión:

Descontrol de patología de base

No aprobación

Muerte

Se pasó visita en el servicio de Nefrología del área de hospitalización los días lunes y los días viernes se recolectaron pacientes tanto de la consulta externa, se exploró a cada uno de los pacientes a investigar, y una vez reunidos los criterios, se incluyeron en el estudio. Se registraron los datos personales y clínicos , posteriormente se tomaron cultivos determinando el agente causal; de esta manera se obtuvieron los agentes patógenos que producen enfermedades cutáneas de tipo infeccioso en los pacientes con IRC y se clasificaron en tres grandes grupos: Micóticos, Bacterianos y Virales. Con respecto a la patología sospechosa de un proceso viral, NO se tomaron cultivos, el diagnóstico se realizó en forma clínica. En cuanto a la sospecha de infección micótica y bacteriana una vez obtenido el resultado de cultivos, se concentraron los agentes mas frecuentes para la realización de resultados y conclusiones

Métodos Estadísticos

Los resultados se presentan mediante tablas, medidas de tendencia central y gráficas de barras y pastel para su descripción.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se exploraron a 450 pacientes provenientes de la consulta externa de dermatología, nefrología y del área de hospitalización con diagnóstico de IRC, diagnosticando en 100 de ellos una dermatosis infecciosa, predominando las infecciones micóticas en 69 pacientes (69%) , virales en 24 (24%) y bacterianas en 7 (7%). (Tabla 1. Gráfica 1), afectando el género masculino en 48 pacientes (69.6%) y en el femenino en 21 pacientes (30.4%) . (Tabla 2) El rango de edad mas frecuente fue de 51-60 años en 35 pacientes (50.7%) y de 61-70 en 20 pacientes (29%). (Tabla 2). En cuanto a la evolución de la enfermedad renal, entre 10 y 20 años de evolución se presentaron en 45 pacientes (65.2%) y de 20 años a mas en 24 pacientes (34.8%). (Tabla 2)

De las infecciones micóticas reportadas, la onicomycosis y tiña pedis se presentaron en 37 pacientes (53.6%), la onicomycosis aislada en 12 pacientes (17.4%), tiña del cuerpo en 2 pacientes (2.9%) .El intertrigo candidósico se reportó en 18 pacientes (26.1%). (Gráfica 2). Con respecto a la presentación clínica en 54 se presentó escama, 9 eritema+pápulas, y 6 solo eritema aislado. (Tabla 3. Gráfica 3).

Los agentes causales más frecuentes fueron: *C. albicans* en 12 pacientes, *T. Rubrum* en 11, otros agentes en 2, y 44 sin reporte de crecimiento. (Tabla 4) (Gráfica 4)

En cuanto a las infecciones virales, estas se presentaron en 24 casos afectando a 13 hombres (54.2%), y 11 mujeres (45.8%), los grupos de edad mas afectados fueron de 51-60 en 11 pacientes (45.8%), y 61-70 en 10 pacientes (41.7%). Del tiempo de evolución de la IRC de 10 a 20 años se presentó en 18 pacientes (75%), y mas de 20 años en 6 pacientes (25%). (Tabla 5). El cuadro clínico lo encabezaron las verrugas vulgares en 10 pacientes (42%), el herpes zoster se presentó en 9 (38%), y herpes simple en 5 (21%). (Tabla 6. Gráfica 5). Predominó el eritema y vesículas en 14 pacientes, e hiperqueratosis en los 10 restantes. (Tabla 7. Gráfica 6).

De las Infecciones bacterianas únicamente se detectaron 7 casos: 5 hombres (70.4%) y 2 mujeres (28.6%), el rango de edad fue de 51-60 años 4 pacientes (57.15%), 61-70 a 2 pacientes (28.6%), y 41-50 años en 1 paciente (14.25%). En cuanto al tiempo de evolución de la IRC fue de 10 a 20 años de evolución en el 100%. (Tabla 8), 3 pacientes se diagnosticaron con abscesos piógenos (42.8%), 2 con foliculitis (28.6%), y 2 con impétigo (28.6%). (Tabla 9. Gráfica 7). La presentación clínica fue encabezada por pústulas y eritema en 5 pacientes, 2 con costras melicéricas y 3 con abscesos. (Tabla 10. Gráfica 8).

Y el agente causal más frecuente fue *S. aureus* en 6 casos y *S. epidermidis* en un caso (Tabla 11. Gráfica 9).

Una vez analizados los resultados obtenidos, concluimos que los procesos infecciosos a nivel cutáneo, en pacientes con IRC son frecuentes, ya que el 22% de ellos cursan con una forma infecciosa, de cualquier tipo micótica, viral o bacteriana; y que puede ser el detonador o vía de entrada para infecciones sistémicas que ponen en peligro la vida.

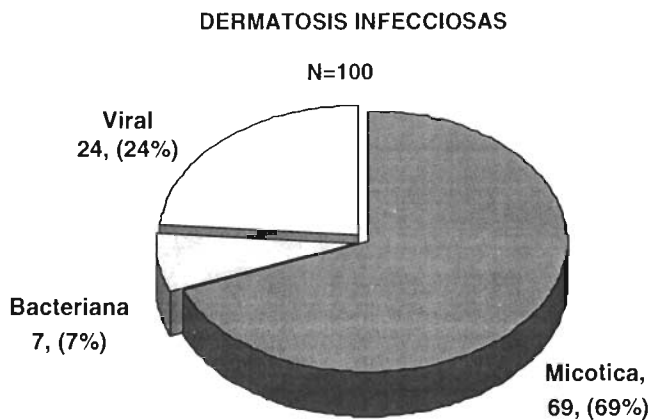
Es importante entonces conocer el tipo de infecciones en nuestra población para llevar a cabo un programa de prevención y así; disminuir los costos y la morbimortalidad en estos pacientes.

Si la prevención no puede llevarse a cabo, tal vez ante un cuadro de infección cutánea, se inicie manejo con tratamiento empírico para el mejor control de la enfermedad de base.

Tabla 1. Tipo de Infecciones mas frecuentes en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el CMN “20 de Noviembre”

Tipo de infección	Casos	%
Micótica	69	69%
Viral	24	24%
Bacteriana	7	7%
Total	100	100%

Fuente * CMN 20 de Noviembre



Fuente: CMN 20 noviembre

Grafica 1

* Centro Médico Nacional

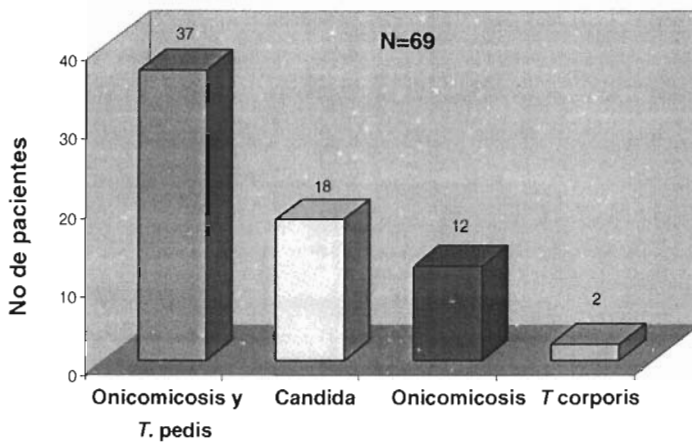
Tabla 2. Infecciones Micóticas mas frecuentes en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el *CMN “20 de Noviembre”

Micoticas	Casos	%
Pacientes	69	100%
Genero		
Hombres	48	69.6%
Mujeres	21	30.4%
Grupos de edad		
30-40	1	1.4%
41-50	6	8.7%
51-60	35	50.7%
61-70	20	29.0%
71-80	4	5.8%
>80	3	4.3%
Evolución en años		
10 a 20	45	65.2%
mas 20	24	34.8%

Fuente *CMN 20 de Noviembre

*Centro Médico Nacional

FRECUENCIA DE INFECCIONES MICOTICAS



Gráfica 2

Fuente: CMN 20 noviembre

- * Tiña Pedis
- * Intertrigo candidósico
- * Tiña corporis
- * Centro Médico Nacional

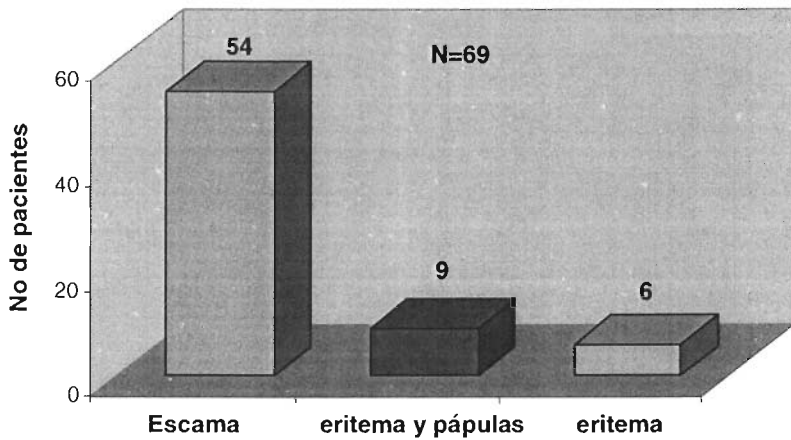
Tabla 3. Presentación clínica de infecciones Micóticas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el *CMN “20 de Noviembre”

Variedad clínica	Presentación clínica			
	Escama	eritema y pápulas	eritema	Total
Onicomicosis y Tiña pedis	37			37
Intertrigo Candidósico	3	9	6	18
Onicomicosis	12			12
Tiña Corporis	2			2
Total	54	9	6	69

Fuente *CMN “20 de Noviembre”

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE INFECCIONES MICÓTICAS

PRESENTACION CLINICA



Gráfica 3

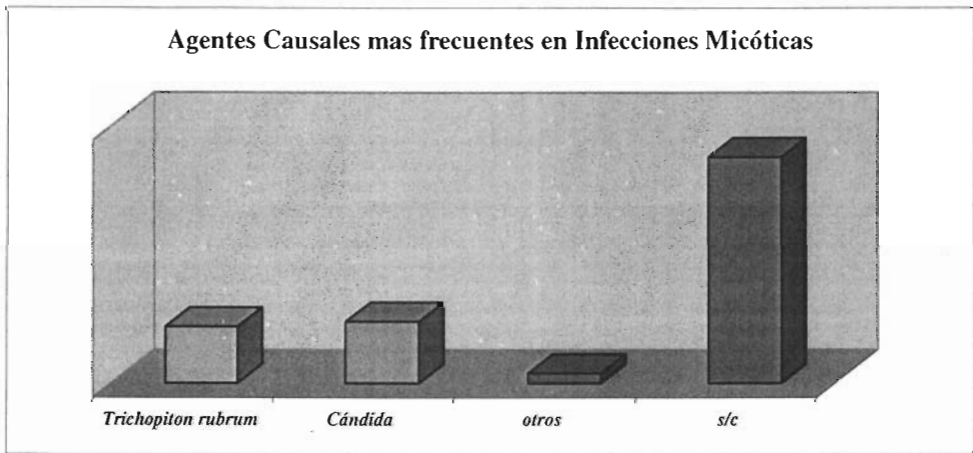
Fuente: CMN 20 noviembre

* Centro Médico Nacional

Tabla 4. Asociación de las infecciones micóticas y su agente causal en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el CMN “20 de Noviembre”

Variedad clínica	Asociación con el agente causal					
	<i>Trichopiton rubrum</i>	<i>Cándida albicans</i>	otros	s/c	Total	%
Onicomcosis y Tiña pedis	10		2	25	37	53.6%
Intertrigo Candidósico		12		6	18	26.1%
Onicomcosis	1			11	12	17.4%
Tiña corporis				2	2	2.9%
Total	11	12	2	44	69	100.0%

Fuente CMN 20 de Noviembre



Gráfica 4

Tabla 5. Afección de Infecciones virales en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el CMN “20 de Noviembre”

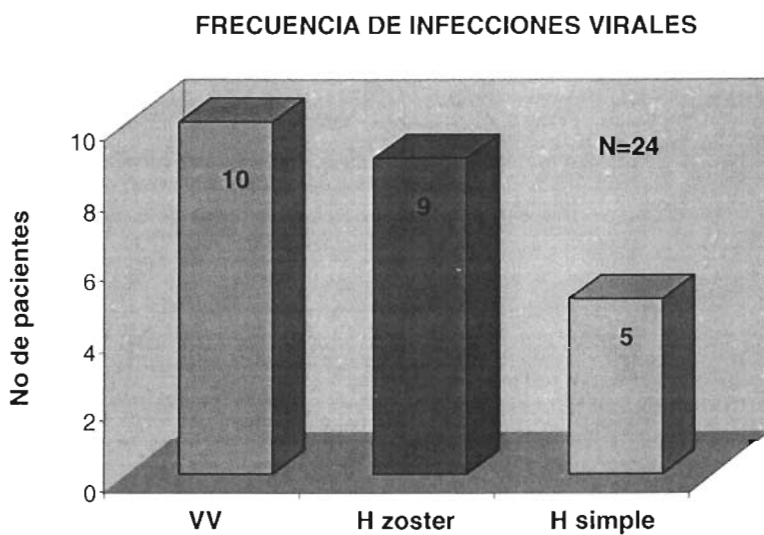
Virales	Casos	%
Pacientes	24	100%
Genero		
Hombres	13	54.2%
Mujeres	11	45.8%
Grupos de edad		
30-40	1	4.2%
41-50	1	4.2%
51-60	11	45.8%
61-70	10	41.7%
71-80	1	4.2%
Evolución		
10 a 20	18	75.0%
mas 20	6	25.0%

Fuente CMN “20 de Noviembre”

Tabla 6. Frecuencia de Infecciones virales en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el CMN “20 de Noviembre”

Infecciones	casos	%
verrugas vulgares	10	42%
Herpes zoster	9	38%
Herpes simple	5	21%
Total	24	100%

Fuente CMN “20 de Noviembre”



Fuente: CMN 20 noviembre

* Centro Médico Nacional

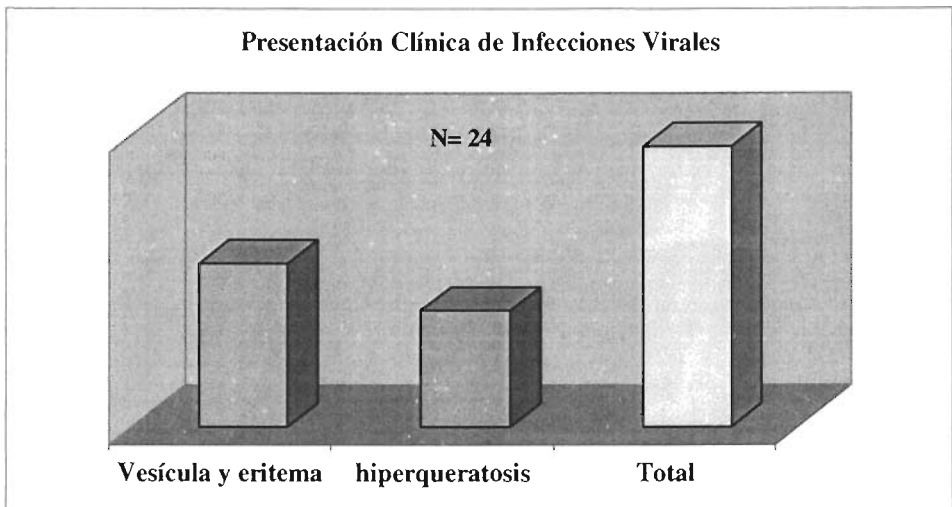
* verrugas vulgares. Herpes zoster, Herpes simple

Gráfica 5

Tabla 7. Presentación clínica de infecciones virales en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en la CMN “20 de Noviembre”

Infecciones	Vesícula y eritema	hiperqueratosis	Total	%
verrugas vulgares	0	10	10	42%
Herpes zoster	9	0	9	38%
Herpes simple	5	0	5	21%
Total	14	10	24	

Fuente CMN “20 de Noviembre”



Fuente CMN “20 de Noviembre

* Centro Médico Nacional

Gráfica 6

Tabla 8. Afección de Infecciones Bacterianas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el CMN “20 de Noviembre”

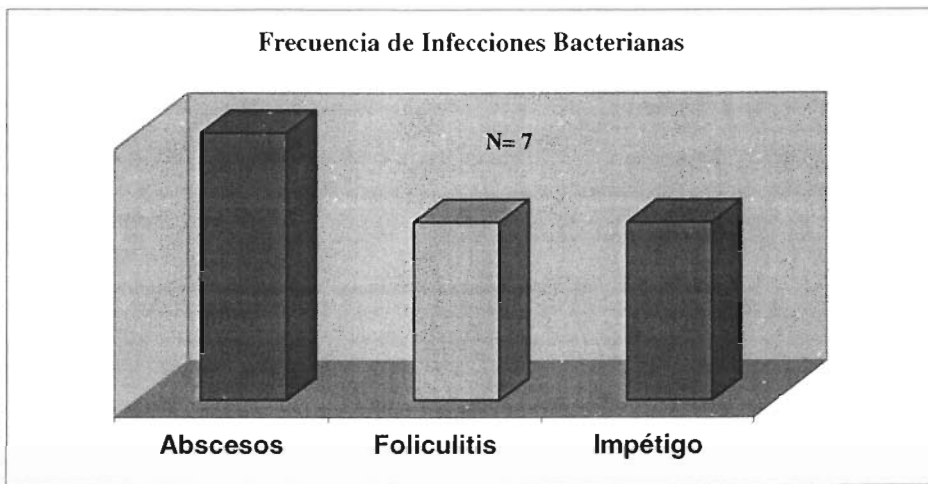
Bacterianas	Casos	%
Pacientes	7	100%
Genero		
Hombres	5	71.40%
Mujeres	2	28.60%
Grupos de edad		
30-40	0	0
41-50	1	14.25%
51-60	4	57.15%
61-70	2	28.60%
71-80	0	0
Evolución		
10 a 20	7	100%
mas 20	0	0

Fuente CMN “20 de Noviembre”

Tabla 9. Frecuencia de Infecciones Bacterianas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el CMN “20 de Noviembre”

Infecciones	casos	%
Abscesos	3	42.80%
Foliculitis	2	28.60%
Impétigo	2	28.60%
Total	7	100%

Fuente CMN “20 de Noviembre”



Fuente CMN “20 de Noviembre”

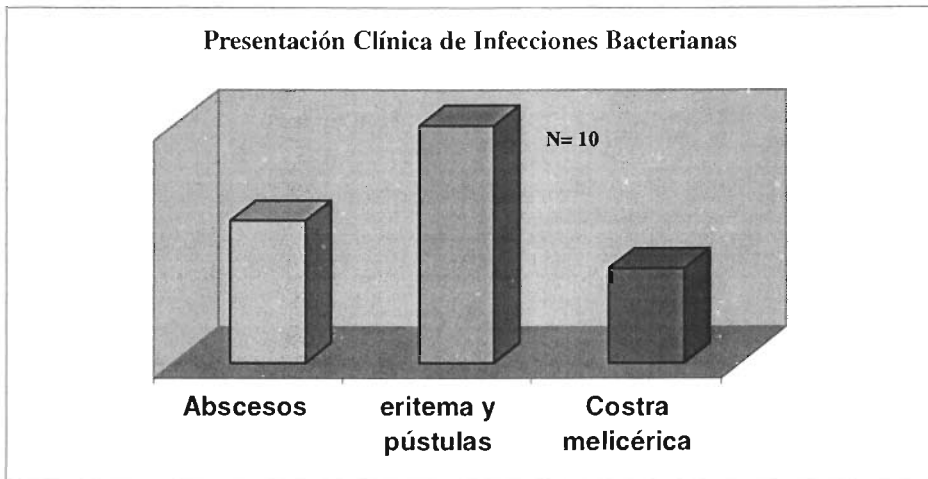
Gráfica 7

* Centro Médico Nacional

Tabla 10. Presentación clínica de infecciones bacterianas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el CMN “20 de Noviembre”

Variedad clínica	presentación clínica			
	Abscesos	eritema y pústulas	Costra melicérica	Total
Abscesos	3	0	0	3
Foliculitis	0	3	0	3
Impétigo	0	2	2	2

Fuente CMN “20 de Noviembre”



Fuente CMN “20 de Noviembre”

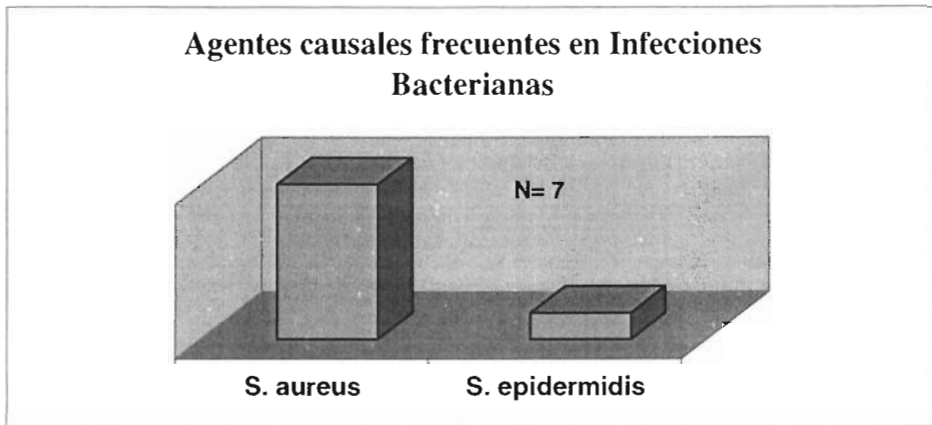
Gráfica 8

ESTA TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

Tabla 11. Agentes causales en infecciones Bacterianas en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el CMN “20 de Noviembre”

Agente	casos	%
S. aureus	6	85.65%
S. epidermidis	1	14.25%

Fuente CMN “20 de Noviembre”



Fuente CMN “20 de Noviembre”

Gráfica 9

CONCLUSIONES

Una vez terminado este trabajo, concluimos que:

1.- Las dermatosis de tipo infeccioso son frecuentes en pacientes con IRC

2.- De las dermatosis que estos pacientes presentan las infecciones de tipo micótico son las más frecuentes por lo tanto aún cuando no se cuente con los recursos necesarios para determinar esto, si observamos lesiones compatibles es necesario iniciar medidas higiénicas para que esta remita. De las medidas a seguir propongo:

a). Limar uñas gruesas

b). Tener aditamentos específicos para el cuidado de pies y cuerpo

c). No aplicar medicamentos caseros

d). Determinar si es posible la etiología del agente

3.- En cuanto a las infecciones virales, estas se presentan debido a la utilización de la polifarmacia, y la inmunosupresión de la enfermedad per se, de ahí la importancia de conocer adecuadamente las dosis de medicamentos antivirales, específicos para virus herpes que son los que afectan a este tipo de pacientes.

4.- Y de las bacterianas que en este caso podrían ser las que de una forma aguda descompensan los cuadros de patologías metabólicas, el inicio tal vez de un esquema empírico antes de contar con un cultivo, sabiendo que el agente predominante es

Staphylococcus aureus.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Pien F. Younoszai B. Pien B. Infections in Patients with chronic Renal Failure. Mycobacterial Infections in Patient with Chronic Renal Disease. *Infect Dis Clin North Am* . 2001;15.

- (2). López F. Sanders Ch. Dermatologic Infections in the Immunocompromised (Non-HIV) Host. *Infect Dis Clin North Am*. 2001;15.

- (3). Cheung A. Wong L. Infections in patients with Chronic Renal Failure. Surgical Infections in Patient with Chronic Renal Failure. *Infect Dis Clin North Am*. 2001; 15.

- (4). Saray Y. et al. Nail disorders in hemodialysis patients and renal transplant recipients: a case-control study. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 50.

(5). Deery H. Sangeorzan J. Infections in Patients with chronic renal failure. Saving the diabetic foot with special reference to the patient with chronic renal failure. Infect Dis Clin North Am. 2001;15.

(6). Heinzelmann M. Scott M. Lam T. Factors predisposing to bacterial invasion and infection. Am J Surg 2002; 183.

(7) . Wester et al. Catheter replacement in arteriovenous hemodiafiltration: The balance between infectious and mechanical complications. Cri Care Med 2002;30.