

PÉNFIGO VULGAR. ESTADO ACTUAL DEL TEMA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

PEMPHIGUS VULGARIS. STATUS OF THE TOPIC FROM A PRIMARY CARE NURSING PERSPECTIVE

Autor:  Pablo Díaz-Vidal

PhD, MSc, BSN. Enfermero Interno Residente (EIR) de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Área Sanitaria de Ferrol

Contacto (*): Pablo.Diaz.Vidal@sergas.es

Fecha de recepción: 16/10/2021

Fecha de aceptación: 30/11/2021

Díaz-Vidal P. Pénfigo vulgar. Estado actual del tema desde la perspectiva de la enfermería de atención primaria. *Enferm Dermatol.* 2021; 15(44): e01-e08. DOI: 10.5281/zenodo.5804245

RESUMEN

Objetivo: Proporcionar al personal de enfermería (en base a la evidencia científica disponible) los datos más actualizados sobre los cuidados enfermeros en el pénfigo vulgar.

Metodología: Revisión bibliográfica. Búsqueda en las bases de datos PubMed, Scielo, Cochrane Library Plus, Cuiden e IBECs; se completó con Dialnet y Google Académico. Se utilizó terminología MESH: (heading) *emphigus* y (subheadings) *nursing, prevention and control* y *therapy* y texto libre *vulgaris*. Periodo 2011-2021.

Resultados: Se obtuvieron 130 documentos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión y lectura en profundidad fueron seleccionados finalmente 13 documentos.

Conclusiones: El personal de enfermería es un pilar fundamental en el tratamiento de las personas afectas de pénfigo vulgar al participar activamente tanto en los cuidados, ya sea en el tratamiento de las lesiones activas o mediante la detección y monitorización de los posibles efectos secundarios farmacológicos, así como realizando tareas docentes, instruyendo al paciente y su familia sobre las particularidades del pénfigo vulgar con la intención de conseguir un mayor autocuidado.

Palabras clave: Pénfigo, Prevención y control, Enfermería.

ABSTRACT

Objective: To provide nursing staff (based on the available scientific evidence) with the most updated data on nursing care in pemphigus vulgaris.

Methodology: Bibliographic review. Search in the databases PubMed, Scielo, Cochrane Library Plus, Cuiden and IBECs; it was completed with Dialnet and Google Scholar. MESH terminology was used (heading): pemphigus and (subheadings): nursing, prevention and control and "therapy" and free text vulgaris. Period 2011-2021.

Results: We obtained 130 documents. After applying the inclusion and exclusion criteria and in-depth reading, 13 documents were finally selected.

Conclusions: The nursing staff is a fundamental pillar in the treatment of people affected by pemphigus vulgaris by actively participating in the care, either in the treatment of active lesions or by detecting and monitoring possible pharmacological side effects, as well as by carrying out teaching tasks, instructing the patient and his family on the particularities of pemphigus vulgaris with the intention of achieving greater self-care.

Key words: Pemphigus, Prevention and control, Nursing.

INTRODUCCIÓN

El pénfigo es una patología crónica de etiología autoinmune caracterizada por la aparición de ampollas

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

que afectan a piel, mucosas y anejos⁽¹⁻³⁾. Estas ampollas surgen como consecuencia de la pérdida de unión entre los queratinocitos epidérmicos, proceso conocido como acantolisis, fruto de la destrucción de los desmosomas por acción de anticuerpos IgG, que condiciona la aparición de cavidades intraepidérmicas^(2, 4).

Existen diferentes tipos de pénfigo, y en base a criterios clínicos, histológicos e inmunológicos se clasifican en los siguientes subtipos: vulgar, paraneoplásico, vegetante, eritematoso y foliáceo⁽²⁾, siendo el tipo vulgar (*Pemphigus vulgaris*) el más frecuente, representando en Europa un 80% del total de casos^(2,3).

El pénfigo vulgar (PV) afecta principalmente a sujetos de entre 45 y 65 años de edad, siendo poco habitual su presentación en individuos jóvenes y sin que se hayan objetivado diferencias significativas entre ambos sexos^(2,4,5). Se trata de una patología poco frecuente, cuya incidencia, destacando cierta predisposición en determinados grupos étnicos^(4,5), oscila entre los 0,7 y los 32 casos nuevos por cada millón de habitantes^(2,5).

La etiología del PV no está clara, pero la descripción de casos de pénfigo familiar y el componente étnico que hemos comentado anteriormente, sugieren que mecanismos genéticos podrían estar implicados en su desarrollo⁽²⁾. No obstante, se hipotetiza con que a mayores del factor genético existen factores ambientales desencadenantes (fármacos, hábitos dietéticos, estrés, radiaciones ionizantes, infecciones...) implicados en su aparición^(1, 2).

El pénfigo vulgar debuta en la mayoría de los casos con la aparición de ampollas y vesículas mucosas dolorosas y de difícil tratamiento, típicamente localizadas en la mucosa oral, gingival y palatina^(1,4). Estas lesiones orales rompen con facilidad, dejando en su lugar erosiones que, debido al dolor que ocasionan, pueden, incluso, dificultar la masticación y la deglución, con el riesgo de malnutrición que ello conlleva. Estas lesiones, en menor proporción, pueden aparecer también en primer lugar en la mucosa nasal o conjuntiva, y con menor frecuencia aún, aunque asociadas a una mayor gravedad, en la mucosa esofágica, laríngea, faríngea, genital o anal^(1,6).

Normalmente, meses o años después de manifestarse estas ampollas mucosas, el curso de la enfermedad conducirá a la aparición de ampollas cutáneas⁽²⁾, aunque en un pequeño porcentaje de casos (en torno al 10-15%) el pénfigo vulgar debutará con la aparición de éstas ampollas cutáneas previa o simultáneamente a la afectación mucosa⁽¹⁾.

Al igual que en el caso de las lesiones mucosas, debido a la fragilidad epidérmica que provoca la acantolisis, estas lesiones tenderán a romperse, liberando su contenido al exterior y dando paso a erosiones, costras y, en algunos casos, lesiones ulcerosas⁽¹⁾. La pérdida de la integridad cutánea y la salida de fluidos corporales y proteínas al exterior, predispone a los pacientes con PV a la aparición de infecciones, deshidratación y/o anemia⁽⁷⁾. Asimismo, estas lesiones suponen importantes alteraciones de la imagen corporal⁽⁷⁾.

Dos signos específicos del pénfigo vulgar que pondrán de manifiesto esta fragilidad epidérmica son el signo de Nikolski, en el cual mediante la aplicación de tracción o de una pequeña presión lateral se evidenciará el despegamiento epidérmico^(1,4) y el signo de Asboe-Hansen, en cual la aplicación de una presión vertical sobre la lesión traducirá un aumento del diámetro de la misma⁽¹⁾.

El diagnóstico de pénfigo vulgar se realiza en base a criterios clínicos, histológicos y serológicos. Incluso en aquellos casos en los que la clínica sea muy sugestiva de pénfigo deberán ser realizados exámenes complementarios, como técnicas de inmunofluorescencia o la detección de anticuerpos en suero mediante técnica ELISA para confirmar el diagnóstico.^(1,2,4,6,8)

Hasta la década de 1950, la mortalidad del pénfigo era de hasta un 75%^(1,3). Sin embargo, la introducción del tratamiento con corticoides y su combinación con otros fármacos con el objetivo de disminuir la respuesta inmune causante de la destrucción de los desmosomas ha conseguido mejoras significativas en estas cifras^(1,2), estimándose en los últimos tiempos unas cifras de mortalidad inferiores al 10%^(1,4).

No obstante, a pesar de su baja incidencia y de la significativa reducción de la mortalidad alcanzada en los últimos tiempos, el PV sigue siendo una patología que genera una importante morbilidad, principalmente debido al retraso en su diagnóstico y a que en un 20-40% de los casos, considerados refractarios, no se conseguirá la remisión de la enfermedad a pesar de un tratamiento adecuado^(2,4).

Factores pronósticos serán la edad, el tiempo entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento, la extensión de las lesiones y la dosis de corticoides necesaria para el control inicial de la enfermedad⁽³⁾, pues la utilización prolongada de grandes dosis de corticoides facilitará la aparición de efectos secundarios tales como

osteoporosis, diabetes mellitus y/o hipertensión arterial entre otros⁽⁴⁾.

Por todo lo anteriormente expuesto, la atención de estos pacientes debe realizarse de forma integral y multidisciplinar, prestando atención a las esferas física, psicológica y social de los individuos.

El personal de enfermería de atención primaria, específicamente, tiene la obligación de realizar una importante contribución a los cuidados de estos pacientes mediante el desempeño de sus funciones asistenciales y docentes. Será responsabilidad enfermera el tratamiento de las lesiones activas, el fomento (mediante acciones de educación para la salud) del autocuidado, la prevención primaria y secundaria de aquellos efectos secundarios derivados del tratamiento farmacológico y realizar funciones de apoyo psicológico tanto para el paciente como para el cuidador y la familia. El objetivo de esta revisión fue proporcionar al personal de enfermería (en base a la evidencia científica disponible) los datos más actualizados sobre los cuidados enfermeros en el pénfigo vulgar.

METODOLOGÍA

Estudio de revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda de la literatura en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: PubMed, Scielo, Cochrane Library Plus, Cuiden, IBECS y Dialnet. También se realizó una búsqueda en el metabuscador Google Académico.

Para la búsqueda se utilizó terminología MESH, seleccionándose como encabezamiento principal (heading) el MESH *pemphigus* y como sub-encabezamientos (subheadings) los términos *nursing*, *prevention and control* y *therapy*. Para acotar la búsqueda y centrarnos únicamente en aquellos artículos que versasen sobre el pénfigo vulgar se añadió a la búsqueda el texto libre *vulgaris*. En cuanto a la fecha de publicación de los documentos, con la intención de disponer únicamente de la evidencia más actualizada, se fijó un intervalo de tiempo de 10 años, desde el 2011 hasta la actualidad.

Para la selección de los artículos que finalmente serían sometidos a una revisión más exhaustiva se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Idioma español, inglés y portugués.
- Acceso libre al texto completo

Criterios de exclusión:

- Cartas al director, comunicaciones de casos.

Posteriormente, aquellos documentos que cumplieren los criterios de inclusión y no presentasen ningún criterio de exclusión fueron sometidos a una revisión más profunda descartándose aquellos que no tuviesen relación con los objetivos de esta revisión.

RESULTADOS

Tras la realización de la búsqueda bibliográfica en los metabuscadores y las bases de datos anteriormente mencionados obtuvimos 130 documentos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión anteriormente citados fueron incluidos en esta revisión 74 documentos, de los cuales, tras una lectura en profundidad, hemos seleccionado los 13 documentos que se presentan en la **Tabla I**.

DISCUSIÓN

Lo primero que queremos destacar tras analizar en profundidad la bibliografía seleccionada es la escasa representación del colectivo enfermero en la misma. Son escasos los trabajos enfocados, o que siquiera hagan alusión a la labor de la enfermería en el cuidado de los pacientes afectados de pénfigo vulgar. Es paradójica esta falta de referencias a la labor enfermera, teniendo en cuenta, que el personal de enfermería tendrá un papel destacado en el cuidado de estos pacientes. La pertinencia de este trabajo quedada sin duda justificada por la escasez de literatura que aporte conocimientos relativos al manejo de los pacientes con pénfigo vulgar desde el punto de vista de la enfermería..

Por otra parte, debemos destacar como limitación de este trabajo que, debido a la baja prevalencia que presenta el pénfigo vulgar, la mayor parte de la literatura encontrada está constituida por reportes de casos o estudios con un tamaño muestral escaso, lo cual afecta, como es lógico, a la calidad de la evidencia científica generada.

Tanto la escasez de literatura disponible como la baja prevalencia que presenta el pénfigo contribuyen a que el personal de enfermería de atención primaria no esté excesivamente familiarizado con el manejo de estos pacientes.

A la hora de discutir la información encontrada y con la intención de presentar la información de una manera más esquematizada vamos a reducir la labor enfermera a 3 grandes acciones: la vigilancia y monitorización de

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

posibles efectos adversos derivados del tratamiento prescrito por el personal médico; el tratamiento de las lesiones activas y la búsqueda de un mejor autocuidado mediante labores de educación para la salud.

Nº	TÍTULO	AUTOR (AÑO)	TIPO DE ESTUDIO
1.	A brief review of pemphigus vulgaris	Sanders WJ (2017)	Artículo de revisión
2.	A preliminary clinical trial comparing wet silver dressings versus wet-to-dry povidone-iodine dressings for wound healing in pemphigus vulgaris patients	Chen J, et al. (2021)	Artículo original
3.	British Association of Dermatologists' guidelines for the management of pemphigus vulgaris 2017	Harman KE, et al. (2017)	Artículo de revisión
4.	Comparison of topical nanocolloidal silver formulation use with eosin 2% solution in management of hard-to-heal ulcers in patients with pemphigus vulgaris	Abedini R, et al. (2020)	Artículo original
5.	Consensus on the treatment of autoimmune bullous dermatoses: pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus - Brazilian Society of Dermatology.	Porro AM, et al. (2019)	Artículo original
6.	Management of Pemphigus Vulgaris	Cholera M, et al. (2016)	Artículo de revisión
7.	Pemphigus	Kasperkiewicz M, et al. (2017)	Artículo original
8.	Pemphigus	Santoro FA, et al. (2013)	Artículo original
9.	Pemphigus	Schmidt E, et al. (2019)	Artículo original
10.	Pemphigus vulgaris.	Porro AM, et al. (2019)	Artículo original
11.	Pemphigus Vulgaris: A Retrospective Cohort Study of Clinical Features, Treatments, and Outcomes	Cura MJ, et al. (2020)	Artículo original
12.	Primary bandages for people with pemphigus vulgaris lesions: an integrative literature review	Soares HPL, et al. (2020)	Artículo de revisión
13.	What Does It Mean To Be Pemphigus Patient? A Qualitative Study	Okcin F, et al. (2021)	Artículo original

Tabla I: Características de los artículos seleccionados.

En cuanto al tratamiento prescrito, la labor de la enfermería se basará en la vigilancia de aparición de efectos adversos así como en el conocimiento y control de los efectos secundarios. Como ya hemos comentado anteriormente, la calidad de la evidencia científica publicada sobre la efectividad de los distintos fármacos utilizados en el tratamiento del pénfigo vulgar es

bastante pobre, debido a la dificultad para encontrar una muestra numerosa que otorgue potencia estadística a los ensayos realizados. De igual modo, debido a esta dificultad para encontrar una muestra adecuada, suelen ser incluidos casos de pénfigo vulgar con grados de severidad muy variable y en ocasiones incluso nos encontraremos con subtipos de pénfigo diferentes incluidos en la población a estudio.

En general, las terapias para el pénfigo vulgar tienen como meta la mejoría de la sintomatología a través de la reducción del número de anticuerpos circulantes responsables de la destrucción de los desmosomas, ya sea directamente o mediante la inmunosupresión generalizada⁽¹⁴⁾.

Con este objetivo, una amplia mayoría de trabajos^(4,10,11-18) proponen como primera herramienta para conseguir el control de la enfermedad (manifestado por el cese de la formación de nuevas ampollas y el comienzo de la curación de las ampollas ya existentes) la utilización de corticosteroides de uso sistémico, debido tanto a su efectividad como a su rapidez de acción. Aunque son conocidos y en ocasiones empleados otros tratamientos adyuvantes durante esta fase de control de síntomas, su utilidad es limitada debido principalmente a su mayor lentitud de acción⁽¹⁰⁾. Mención especial merece el rituximab, que en los últimos tiempos está ganando popularidad como tratamiento de primera línea^(12,16) con unas cifras de remisión de la enfermedad que rondan el 90% a los 2 años de iniciar el tratamiento^(10,16). No obstante, su alto coste económico provoca que este tratamiento se reserve para aquellos casos refractarios al tratamiento convencional⁽⁴⁾.

Los estudios analizados coinciden al enunciar que tras dos semanas sin que aparezcan nuevas ampollas y con un porcentaje importante de las ampollas ya existentes en proceso de sanación⁽¹²⁾ se podría decir que se ha conseguido el control de la enfermedad, pasando a una fase de mantenimiento en la cual se recomienda reducir la dosis de corticosteroides a la mínima dosis efectiva para intentar minimizar la aparición de los efectos secundarios que la corticoterapia conlleva. Para ello está bastante extendido el uso de tratamientos adyuvantes (ahorradores de corticoides) como pueden ser la azatioprina, el ya mencionado rituximab, la ciclofosfamida, el mofetilato de mofetil o las inmunoglobulinas intravenosas^(11,12,14-16). No obstante, y a pesar de que su uso está bastante extendido, son escasos los estudios que puedan demostrar los beneficios del uso de estos fármacos e incluso algunas revisiones y metanálisis no encuentran diferencias significativas

respeto al uso de monoterapia con corticoides⁽¹⁶⁾, por lo que en muchos sistemas de salud su uso únicamente está reservado para aquellos casos en los que la corticoterapia produzca efectos secundarios muy notorios o en los que su reducción provoque un número de recaídas significativo⁽¹⁰⁾.

En los pacientes sometidos a tratamiento con corticoterapia la enfermería deberá vigilar la correcta adhesión al tratamiento y el correcto seguimiento de la dosis prescrita así como detectar y si es posible prevenir la aparición de efectos secundarios derivados del mismo, entre los que un buen número de estudios destacan la aparición de osteoporosis^(4,11,14,15,18). Una dosis mayor de 7,5 mg durante al menos 3 meses supone un factor de riesgo para padecer osteoporosis en individuos menores de 40 años y por encima de esa edad cualquier dosis constituye un aumento del riesgo de padecer la enfermedad⁽¹⁰⁾, estimándose que entre un 30 y un 50% de los pacientes que reciben de forma crónica corticoterapia sufren alguna fractura⁽¹⁵⁾. Por ello, se debe realizar educación para la salud y prestar asesoramiento sobre la osteoporosis a todos aquellos individuos que vayan a recibir tratamiento con corticoterapia durante más de 3 meses^(14,16). Este asesoramiento debe conducir a una dieta que asegure un aporte suficiente de calcio y vitamina D (aunque suelen ser necesarios suplementos), a un aumento de la actividad física (lo que mejora la densidad ósea) y a una disminución o cese de aquellos hábitos que puedan favorecer la aparición de osteoporosis, como son el hábito tabáquico y el consumo excesivo de alcohol.

Se deben vigilar también en la consulta de enfermería de atención primaria la aparición, en aquellos pacientes con corticoterapia prolongada, de aquellos signos y síntomas que puedan ser indicativos de hipertensión arterial, síndrome de Cushing, diabetes mellitus, úlceras gastrointestinales y/o miopatía esteroidea^(4,11,13,15).

Asimismo debido a la inmunosupresión que provocan tanto el tratamiento con corticoides como la administración de algunos de los fármacos adyuvantes será conveniente estar atentos a los signos y síntomas que puedan indicar un proceso infeccioso así como realizar cribados de tuberculosis y hepatitis B, revisar el estado vacunal del paciente e iniciar profilaxis en aquellas patologías en las que ésta pueda estar indicada^(14,16).

En relación a los efectos secundarios que podrían aparecer tras el uso de fármacos adyuvantes cabe destacar que el uso de azatioprina puede desencadenar una aplasia medular que podría incluso ser

potencialmente mortal por lo que deben ser controlados los parámetros y/o signos que puedan hacernos pensar que nos encontramos ante una mielosupresión. Asimismo, su uso está contraindicado en mujeres gestantes por lo que en caso de encontrarnos en nuestra consulta de enfermería con una paciente a tratamiento con este fármaco que se haya quedado embarazada deberemos notificárselo de inmediato al facultativo responsable^(4,12-14,17). Otros efectos secundarios podrían ser hepatotoxicidad, hipertensión, problemas gastrointestinales, prurito y alopecia⁽¹³⁾.

El micofenato de mofetilo por su parte, al igual que la azatioprina, es teratógeno, por lo que en caso de conocer que alguno de nuestros pacientes a tratamiento con este fármaco se encuentra en estado de gestación procederemos igual que en el caso anterior⁽¹⁴⁾. Debido a su efecto inmunosupresor deberemos estar vigilantes ante signos indicativos de infección. De igual forma deberemos estar atentos ante la aparición de mialgias o artralgias, hipertensión arterial, glucemias basales alteradas, ganancia de peso, pirosis y/o alteraciones del hábito intestinal, pues son efectos secundarios esperables tras el uso de este fármaco^(4,12,13,17).

En cuanto al rituximab, generalmente es bien tolerado. Los eventos adversos comunicados generalmente hacen referencia a reacciones asociadas a la infusión, por lo que su presentación será frecuentemente en el ámbito hospitalario, y comprende eventos tales como fiebre, hipotensión arterial, cefalea, angioedema, prurito, erupciones cutáneas o incluso anafilaxia^(12,13), pero que pueden reducirse con la administración previa de analgesia, antihistamínicos y/o corticoides^(12,17).

Asimismo, ante el uso de ciclofosfamida como parte del tratamiento, el personal de enfermería debe conocer que este fármaco cuenta con un número considerable de efectos secundarios esperables, entre los que podemos encontrar infertilidad, predisposición a padecer algunas neoplasias como cáncer de vejiga, cistitis hemorrágica, linfopenia y/o sepsis⁽¹²⁾. Ante cualquier signo o síntoma que nos haga sospechar la existencia de alguno de estos efectos debemos ponerlo en conocimiento del médico responsable para su evaluación. Su uso está desaconsejado durante el embarazo, por lo que ante una paciente gestante pondremos este hecho en conocimiento del facultativo responsable de igual forma que en el caso de la azatioprina o el micofenato de mofetilo.

Por último, la inyección de inmunoglobulinas intravenosas, a diferencia del resto de fármacos adyuvantes

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

más comúnmente utilizados, no tiene efecto inmunosupresor, por lo que no deberemos de estar tan vigilantes ante signos indicativos de infección. No obstante, su uso no está exento de riesgos, debiendo estar alerta ante la aparición de palpitations, molestias abdominales⁽¹³⁾, eventos trombóticos y/o meningitis aséptica, manifestándose esta última como cefalea, en ocasiones acompañada de fiebre, vómitos y/o fotofobia, que aparece de 2 a 7 días tras la última infusión de inmunoglobulinas⁽¹⁴⁾. Otra diferencia significativa que debemos conocer respecto al resto de fármacos comentados anteriormente, es que en este caso, su uso sí podría estar indicado en mujeres gestantes⁽¹²⁾.

En lo relativo al tratamiento de las lesiones activas se recomienda el drenado de las ampollas mediante la punción con una aguja estéril, previa aplicación de una solución antiséptica, con el fin de aliviar la presión que el líquido ejerce. La punción debe realizarse en una zona de la ampolla que facilite el vaciado por gravedad dificultando del mismo modo que ésta vuelva a rellenarse. No debe retirarse el techo de la ampolla, pues actuará como apósito natural protegiendo la zona de la lesión⁽¹⁰⁾.

Son numerosos los trabajos que intentan dilucidar cuál sería el tratamiento más adecuado para conseguir una pronta cicatrización y una menor tasa de complicaciones. Sin embargo, no existe evidencia científica disponible que nos permita decantarnos con seguridad por uno u otro.

Chen JH y colaboradores⁽⁹⁾ en un ensayo clínico realizado sobre 58 pacientes con lesiones penfigosas activas compararon los resultados obtenidos al tratar dichas lesiones con apósitos que contuviesen plata frente a los resultados de tratar las lesiones con gasas impregnadas de povidona yodada. Los resultados mostraron una reducción del tiempo de curación de las heridas y del tiempo de estancia hospitalaria en los sujetos que fueron tratados con apósitos que contenían plata. Asimismo, se observó en estos pacientes una disminución del dolor y de la frecuencia de realización de curas con el aumento del confort que esto supone. Otro ensayo clínico que evaluó el efecto de la plata sobre las lesiones penfigosas fue el llevado a cabo por Abedini R y colaboradores⁽¹¹⁾. En este trabajo realizado sobre 36 individuos afectados de PV se comparó el efecto sobre las lesiones de la aplicación de un gel con nanocoloides de plata frente a la aplicación de una solución de eosina al 2%. Los resultados mostraron una mejoría significativa en los sujetos que recibían el tratamiento con nanocoloides de plata. Asimismo, se hallaron diferencias

significativas en cuanto a la presencia de efectos adversos, hallándose una mayor incidencia de picor y quemazón en los sujetos que recibieron tratamiento con la solución de eosina al 2%, lo que sin duda contribuyó a aumentar su desconfort⁽¹¹⁾. No obstante, debido a que se especifica el nombre comercial del gel utilizado y que no consta declaración de ausencia de conflictos de interés, estos datos deben de ser analizados con prudencia.

Por otra parte Soares HLP y colaboradores⁽¹⁹⁾ realizaron una revisión bibliográfica intentando dirimir cuáles son los apósitos más adecuados para el tratamiento de las lesiones cutáneas en pacientes con pénfigo vulgar. Según los autores un buen apósito para estos pacientes debería de tener las siguientes características: ser fácil de aplicar y retirar (sin adherirse al lecho de la lesión o a la piel perilesional); promover un ambiente húmedo con un correcto manejo del exudado y permitiendo el intercambio gaseoso; contribuir al control del dolor y del mal olor si lo hubiese; ayudar a prevenir las infecciones mediante el control de la carga microbiana y, por último, ser costo-eficientes.

La mayoría de trabajos analizados por Soares y colaboradores abogan por el uso de apósitos oclusivos, pues en su ausencia se vería incrementado el riesgo de padecer infecciones, riesgo ya notable debido al uso en estos pacientes de terapias con efecto inmunosupresor. Sin embargo, en lo relativo a que apósitos serían los más recomendables, el bajo nivel de la evidencia científica manejada en este trabajo (5 reportes de casos, 2 revisiones de la literatura y un estudio cuasi-experimental), no permite hacer afirmaciones al respecto con un grado de certeza suficiente. El único estudio cuasi experimental manejado propone el uso de gasas estériles con vaselina con una periodicidad de cambio diario. El uso de estas gasas (siguiendo un protocolo de preparación) disminuirían el dolor, aportarían humedad a la lesión e impedirían que el apósito se adhiera a la misma, aumentando la movilidad y el confort de los pacientes. Otro tipo de apósitos con propiedades que podrían resultar interesantes, como podrían ser los apósitos de plata por sus propiedades bactericidas o los apósitos de hidrofibra por su buena gestión del exudado son únicamente presentados a través de experiencias relativas a un único paciente, por lo que los autores recalcan la necesidad de que la enfermería lleve a cabo estudios experimentales que permitan obtener, sobre este tema, datos de una mayor calidad⁽¹⁹⁾.

En cuanto a las acciones que el personal de enfermería debe llevar a cabo para mejorar el autocuidado de los

pacientes con pénfigo vulgar destacan los relativos a la higiene oral. Las lesiones orales que sufren estos pacientes provocan dolor e incluso hemorragias durante la realización de la higiene. Ésto puede desencadenar una inadecuada higiene oral, con un aumento de la presencia de placa y el desarrollo o progresión de patología periodontal⁽¹⁵⁾. Debe formarse a los pacientes para que comprendan que deben evitar aquellas prácticas de higiene que puedan resultar más lesivas, como puede ser el uso de hilo dental, utilizando en su lugar medidas menos agresivas como pueden ser el cepillado con cepillos blandos y dentífricos suaves sin menta o los enjuagues de solución salina. El uso de enjuagues antisépticos 2 o 3 veces a la semana, diluidos si es necesario, podría resultar de ayuda. Sin embargo, aunque desde la consulta de enfermería deba recordarse la importancia de una correcta higiene oral y facilitar a los pacientes nociones básicas sobre las técnicas más adecuadas, sería conveniente el seguimiento de estos pacientes por parte de un odontólogo^(10,15).

El uso de un spray antiinflamatorio o de soluciones anestésicas como el gel de lidocaína al 2%, especialmente antes de las comidas, puede ayudar a disminuir el dolor y consecuentemente facilitar la alimentación disminuyendo el riesgo de malnutrición que estos pacientes presentan⁽¹⁰⁾.

No tenemos constancia de estudios que relacionen con éxito el consumo de ciertos alimentos y los episodios de exacerbación de la enfermedad, sin embargo, se sospecha que el consumo de ciertos alimentos podría relacionarse con la aparición de nuevas lesiones y/o con el empeoramiento de las lesiones ya existentes. Los alimentos sospechosos de promover nuevas lesiones son aquellos que contienen tioles (como el ajo o el puerro), fenoles (como la pimienta negra y el pimentón) y taninos (como el mango, el aguacate o el vino tinto)⁽²⁰⁾. El consumo de alimentos con texturas duras e irregulares o el uso de prótesis dentales extraíbles también pueden estar relacionadas con la aparición de nuevas lesiones penfigosas⁽²⁰⁾. El personal de enfermería debe instruir a los pacientes en los grupos de alimentos a evitar así como en el tipo de textura recomendado para minimizar el riesgo de heridas.

En cuanto a los cuidados de la piel debido a la fragilidad que ésta presenta, deben minimizarse los traumatismos y evitar zonas de presión prolongada⁽¹⁰⁾. Para ello la enfermería debe de instruir a las familias de los pacientes encamados en la técnica y frecuencia adecuada de los cambios posturales.

Para finalizar hay que destacar que los cuidados enfermeros deben comprender al individuo como un ser biopsicosocial. Estudios han mostrado que los pacientes con pénfigo vulgar pueden llegar a presentar problemas sociales, familiares y laborales. La presencia de lesiones pénfigosas produce una alteración de la imagen corporal que puede condicionar una menor confianza en uno mismo y una mayor dificultad para relacionarse, afectando a la esfera social (conduciendo a un mayor aislamiento), a la esfera sexual e incluso al ámbito laboral, produciendo un importante menoscabo en su calidad de vida⁽²⁰⁾. El personal de enfermería de atención primaria debe constituir un apoyo para estos pacientes, ayudándoles mediante el desempeño de sus labores asistenciales y docentes a paliar el efecto que la enfermedad pueda tener en el devenir de su día a día.

CONCLUSIONES

El personal de enfermería debe erigirse como un pilar fundamental en el tratamiento de las personas afectas de pénfigo vulgar realizando tanto labores asistenciales, ya sea en el tratamiento de las lesiones activas o mediante la detección y monitorización de los posibles efectos secundarios farmacológicos, como realizando labores docentes, instruyendo al paciente y su familia sobre las particularidades del pénfigo vulgar con la intención de conseguir un mayor autocuidado y una mejor adaptación al nuevo escenario que se les presenta.

Sin embargo, son muy escasos los estudios que analizan el papel que la enfermería juega en el cuidado de estos pacientes. Es preciso una mayor producción científica enfermera que nos permita no sólo mejorar la calidad del cuidado que ofrecemos a nuestros pacientes si no poder crecer como ciencia.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El autor manifiesta no tener conflictos de interés de ninguna índole.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Pérez J, García-Díez A. Pemphigus. *Actas Dermosifiliogr.* 2005;96(6):329-56.
2. Matos-Cruz R, Bascones-Martínez A. Pénfigo: Una revisión de la literatura. *Av. Odontostomatol.* 2009; 25 (2): 67-82.
3. Ben Lagha N, Poulesquen V, Roujeau J-C, Alantar A, Maman L. Pemphigus vulgaris: a case-based update. *J Can Dent Assoc.* 2005;71(9):667-72.

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

- Sanders WJ. A brief review of pemphigus vulgaris. *biomed dermatol.* 2017;1(1):7.
- Kridin K, Schmidt E. Epidemiology of Pemphigus. *JID Innovations.* 2021;1(1):100004.
- Harman KE, Albert S, Black MM. Guidelines for the management of pemphigus vulgaris. *Br J Dermatol.* 2003;149(5):926-37.
- da Silva Brandão E, dos Santos, I. Evidences related to the care of people with pemphigus vulgaris: a challenge to nursing. *Online Brazilian J Nurs [Internet].* 2013;12(1):162-177.
- Murrell DF, Peña S, Joly P, Marinovic B, Hashimoto T, Diaz LA, et al. Diagnosis and management of pemphigus: Recommendations of an international panel of experts. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(3):575-585.e1.
- Chen J, Zou Q, Hamblin MR, Wen X. A preliminary clinical trial comparing wet silver dressings versus wet-to-dry povidone-iodine dressings for wound healing in pemphigus vulgaris patients. *Dermatologic Therapy.* 2021;34(3).
- Harman KE, Brown D, Exton LS, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of pemphigus vulgaris 2017. *Br J Dermatol.* 2017;177(5):1170-1201.
- Abedini R, Mahmoudi H, Kordestani S, Habib FN, Abyaneh M, Rahemi H. Comparison of topical nanocolloidal silver formulation use with eosin 2% solution in management of hard-to-heal ulcers in patients with pemphigus vulgaris. *J Wound Care.* 2020;29(11):664-668.
- Porro AM, Hans Filho G, Santi CG. Consensus on the treatment of autoimmune bullous dermatoses: pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus - Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol.* 2019;94(2 suppl 1):20-32.
- Cholera M, Chainani-Wu N. Management of Pemphigus Vulgaris. *Adv Ther.* 2016;33(6):910-958.
- Kasperkiewicz M, Ellebrecht CT, Takahashi H, et al. Pemphigus. *Nat Rev Dis Primers.* 2017;3(1):17026.
- Santoro FA, Stoopler ET, Werth VP. Pemphigus. *Dental Clin North Am.* 2013;57(4):597-610.
- Schmidt E, Kasperkiewicz M, Joly P. Pemphigus. *Lancet.* 2019;394(10201):882-894.
- Porro AM, Seque CA, Ferreira MCC, Enokihara MMS e S. Pemphigus vulgaris. *An Bras Dermatol.* 2019;94(3):264-278.
- Cura MJ, Torre AC, Cueto Sarmiento KY, et al. Pemphigus Vulgaris: A Retrospective Cohort Study of Clinical Features, Treatments, and Outcomes. *Actas Dermo-Sifiliogr.* 2020;111(5):398-407.
- Soares HPL, Brandão E da S, Tonole R. Primary bandages for people with pemphigus vulgaris lesions: an integrative literature review. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:e20190259.
- Okcin F, Ugur O. What Does It Mean To Be Pemphigus Patient? A Qualitative Study. *Clin Nurs Res.* 2021;30(6):790-798.