

Esto supone un problema de salud nada despreciable en un Servicio de Urgencias considerando que se trata de un síndrome potencialmente prevenible y tratable con posibles complicaciones graves.

El AMU, lugar de realización de este estudio es una zona muy específica que puede comprometer la validez externa de este estudio. Otras limitaciones han sido la baja frecuencia de algunos factores analizados y la falta de una versión validada en español de la escala Neecham.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.regg.2011.06.008.

Bibliografía

1. Antón M, Giner A, Villalba E. Delirium o síndrome confusional agudo. En: Sociedad española de geriatría y gerontología (SEGG). Tratado de geriatría para residentes. 1ª ed. Madrid: IM&C; 2006. p. 189.
2. Virani T, Santos J, McConell H, Mason M, Scott C, Gerolas E, et al. Screening for delirium, dementia and depression in older adults [internet]. Toronto: Registered Nurses Association of Ontario; 2003 [citado 20 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.rnao.org/bestpractices>
3. Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, Funk SG. The NEECHAM Confusion Scale: construction, validation and clinical testing. Nurs Res. 1996;45:324-30.
4. Korevaar JC, Van Munster BC, De Rooij SE. Risk factors for delirium in acutely admitted elderly patients: a prospective cohort study. BMC Geriatr. 2005;5:6.

5. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. Critical Care. 2009;13:160.
6. Han JH, Zimmerman EE, Cutler N, Schnelle J, Morandi A, Dittus RS, et al. Delirium in older emergency department patients: recognition, risk factors, and psychomotor subtypes. Acad Emerg Med. 2009;16:193-200.
7. Élie M, Rousseau F, Cole M, Primeau F, McCusker J, Bellavance F. Prevalence and detection of delirium in elderly emergency department patients. CMAJ. 2000;163:977-81.
8. Perelló Campaner C. Valoración del riesgo de delirium en pacientes mayores hospitalizados. Rev Esp Gerontol. 2010;45:285-90.
9. Durán Alonso JC, Pageo Giménez MM. Tratamiento no farmacológico del delirium. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43 suppl 3:S25-32.
10. Vidan MT, Sánchez E, Alonso M, Montero B, Ortiz J, Serra JA. An intervention integrated into daily clinical practice reduces the incidence of delirium during hospitalization in elderly patients. JAGS. 2009;57:2029-36.

Aurora Fontova Almató^{a,*}, Xavier Basurto Oña^b
y Laura Congost Devesa^a

^a *Enfermeras del Servicio de Urgencias, Fundació Salut Empordà, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España*

^b *Médico de familia, Fundació Salut Empordà, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aurorafontova@gmail.com
(A. Fontova Almató).

doi:10.1016/j.regg.2011.06.008

Penfigoide bulloso: abordaje multidisciplinar de un síndrome dermatológico en el anciano

Bullous pemphigoid: multidisciplinary approach to a dermatological syndrome in the elderly

Sr. Editor:

El penfigoide ampolloso (PA) es la enfermedad ampollosa autoinmune más común en el anciano. Los casos ocurren esporádicamente entre la sexta y octava década de la vida sin evidencia de desencadenante genético ni preferencia por raza o sexo¹. Tradicionalmente considerada de curso benigno (en parte debido a la comparación con otras enfermedades ampollasas de peor pronóstico, como el pénfigo vulgar), existen estudios de cohortes que muestran una mortalidad al año entre el 23 y el 28%. Dicha mortalidad se ha puesto más en relación a la avanzada edad y a las condiciones médicas de los pacientes que con factores propios de la enfermedad².

Presentamos el caso de un varón de 94 años, que acudió al hospital por cuadro de tres semanas de evolución de lesiones ampollasas en brote, de inicio en las 4 extremidades y posterior extensión a tronco. Inicialmente eran pruriginosas, respetando mucosas. En cuanto a sus antecedentes médicos, presentaba una diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico en tratamiento con antidiabéticos orales, con un episodio de hemorragia digestiva alta por antiinflamatorios no esteroideos hacía un mes; vivía solo en su domicilio recibiendo asistencia social domiciliaria mañana y tarde, con supervisión estrecha de sus dos hijas. Mantenía deambulación autónoma con andador dentro de casa y utilizaba puntualmente absorbentes por incontinencia urinaria de urgencia. Manifestaba olvidos de hechos recientes y reiteración de ideas, sin otras alteraciones cognitivo-conductuales evidentes.

A la exploración se objetivaron lesiones ampollasas flácidas, serohemorrágicas, de entre varios milímetros y centímetros de

diámetro con afectación de la práctica totalidad de la superficie cutánea, con amplias zonas de piel desnuda y lesiones urticariiformes sobreelevadas a nivel de abdomen y espalda. Se tomaron biopsias de piel, que mostraron ampollas subepidérmicas con importante concentración de eosinófilos local, sugerentes de penfigoide bulloso de acuerdo a la literatura descrita³. Igualmente mostraron positividad a la inmunofluorescencia directa para IgG y C3. Ante la importante extensión y la severidad del cuadro, se decidió ingreso en el servicio de Geriatría.

Durante su estancia hospitalaria se realizaron curas diarias dos veces al día con fomentos de sulfato de zinc en las zonas de piel afectadas. Tras 15 minutos, en las lesiones exudativas se aplicaban apósito cicatrizante (tipo tulgrasum), sulfadiazina argéntica y compresas oclusivas y en las lesiones secas, vaselina líquida. A las dos semanas aparecieron nuevas lesiones ampollasas, escasas, de varios centímetros de diámetro, que fueron controladas con corticoides tópicos (clobetasol). Resueltas las lesiones exudativas, fueron suspendidos los fomentos de zinc.

En cuanto al tratamiento farmacológico oral, se administraron según indican recientes revisiones dosis elevadas de corticoides en la fase inicial (deflazacort 120 mg/día) junto a inhibidores de bomba de protones y suplementos orales de calcio y vitamina D^{4,5}. Con vistas a disminuir la dosis de corticoides sistémicos empleados dado su antecedente reciente de hemorragia digestiva se introdujo en el tratamiento azatioprina a dosis de 50 mg/día. Esto permitió disminuir la dosis diaria de deflazacort al 50% tras 10 días de tratamiento. La retirada secuencial de corticoides debe plantearse una vez se alcanza la estabilización del cuadro; dicha estabilización en ausencia de otros parámetros fiables se establece mediante el criterio clínico de la no aparición de nuevas lesiones.

Cuando las lesiones aún no se habían reepitelizado y existía exposición de más del 70% de la superficie corporal, tras pico febril acompañado de hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* meticilín resistente se administró vancomicina intravenosa con

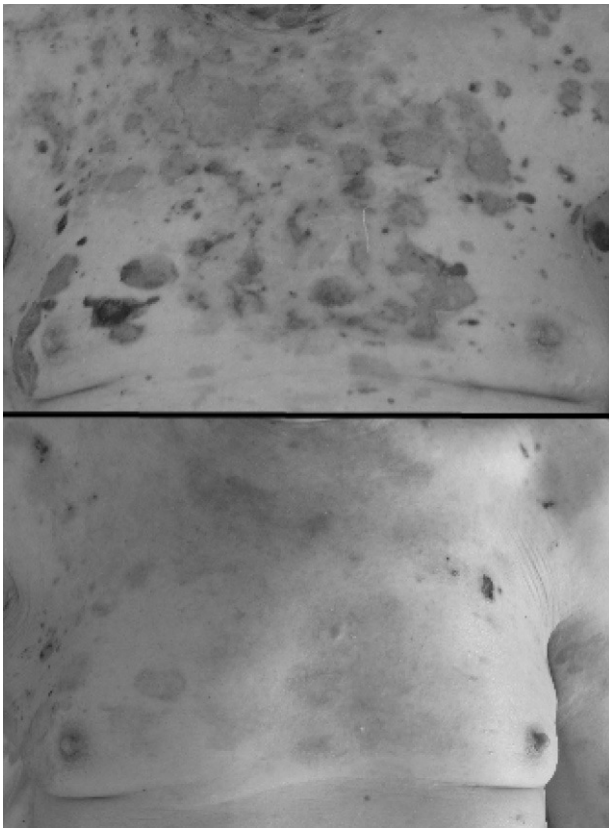


Figura 1. Evolución de las lesiones del tronco (días 1 y 36). Amplias zonas de piel ya denudada inicialmente exudativas que lentamente van reepitelizándose.



Figura 2. Evolución a nivel de la flexura del codo y antebrazo (días 1 y 36). Al inicio aún se observan amplias vesículas de contenido seroso que rompen con posterioridad y, finalmente, reepitelizan.

objeto de evitar el desarrollo de una eventual sepsis de origen dermatológico. En el transcurso de las semanas siguientes, presentó buena evolución de las lesiones con reepitelización de las mismas (figs. 1 y 2).

Secundariamente a la inmovilización prolongada y en el probable contexto de toma de corticoides se detectó una importante amiotrofia con decondicionamiento funcional secundario. Coordinada por el personal facultativo, la sección de enfermería puso en funcionamiento un programa de reinicio de la marcha durante su estancia hospitalaria, consiguiendo al alta la deambulacion asistida con ayuda de un andador y supervisión de una persona.

Desde la geriatría estamos acostumbrados a enfrentarnos a afecciones aparentemente benignas que, cuando inciden en nuestra población, tienen consecuencias devastadoras en su estado funcional, con repercusiones tanto físicas como psicológicas. Cada vez es más frecuente encontrar llamadas de atención acerca de la importancia de las circunstancias físicas y los factores socioeconómicos específicos de estas enfermedades en la población anciana, de los fármacos y las manifestaciones cutáneas autoinmunes inducidas por ellos, factores que podrían empeorar el pronóstico puramente dermatológico⁶. Tan importantes como las medidas farmacológicas son los planes de cuidados elaborados por enfermería, de cuya relevancia cada vez tenemos mayores evidencias^{7,8}. La presencia en nuestro caso de una entidad que requiere una laboriosa planificación de curas, constante reevaluación y tratamientos prolongados con importantes efectos secundarios, ponen de manifiesto la importancia del enfoque multidisciplinar y la valoración integral inherentes a nuestra especialidad.

Bibliografía

1. Bickle K, Roark TR, Hsu S. Autoimmune bullous dermatoses: a review. *Am Fam Physician*. 2002;65:1861-70.
2. Suárez-Fernández R, España-Alonso A, Herrero-González JE, Mascaró-Galy JM. Manejo práctico de las enfermedades ampollas autoinmunes más frecuentes. *Actas Dermosifiliogr*. 2008;99:441-55.
3. Campos Domínguez M, Suárez Fernández R, Lázaro Ochaita P. Métodos diagnósticos en las enfermedades ampollas subepidérmicas autoinmunes. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:485-502.
4. Kasperkiewicz M, Schmidt E. Current treatment of autoimmune blistering diseases. *Curr Drug Discov Technol*. 2009;6:270-80.
5. Kirtschig G, Middleton P, Bennett C, Murrell DF, Wojnarowska F, Khumalo NP. Interventions for bullous pemphigoid. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10:CD002292. Review.
6. Wu H, Schapiro B, Harrist TJ. Noninfectious vesiculobullous and vesiculopustular diseases. En: Elder DE, Elenitsas R, Johnson BL, Murphy GF, editores. *Lever's histopathology of the skin*. 9.ª ed. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 241-91.
7. Southwell B, Khachemoune A. Bullous pemphigoid. *Dermatol Nurs*. 2009;21:37.
8. Gueguen A, Lefebvre N, Marchadour N, Bescond MA. The role of nurses in dermatology. *Soins*. 2010;748:45-8.

Alfonso González Ramírez^{a,*}, Antonia de Lara Romero de Ávila^b,
Virginia Mazoterías Muñoz^a
y Santos E. Astilleros Mora^b

^a *Facultativo especialista en Geriatría, Servicio de Geriatría, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España*

^b *Sección de Enfermería, Servicio de Geriatría, Hospital General de Ciudad Real, Ciudad Real, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfonso.gonzalez.ramirez@yahoo.com
(A. González Ramírez).

doi:10.1016/j.regg.2011.07.005