



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y  
NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

**PREVALENCIA DE MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS EN PACIENTES  
DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE  
CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"**

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:  
**DERMATOLOGÍA**

PRESENTA:  
DRA. CYNTHIA ANDREA MIRELES ÁLVAREZ

TUTOR PRINCIPAL DE TESIS:  
DRA. SILVIA MÉNDEZ FLORES

ASESOR DE TESIS:  
DRA. JUDTH DOMINGUEZ CHERIT

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO 2019





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.

## ÍNDICE

|                                 | <i>Página</i> |
|---------------------------------|---------------|
| 1. Antecedentes y marco teórico | 5             |
| 2. Justificación                | 11            |
| 3. Hipótesis                    | 11            |
| 4. Objetivos                    | 11            |
| 5. Materiales y métodos         | 12            |
| 6. Resultados                   | 18            |
| 7. Discusión                    | 25            |
| 8. Conclusión                   | 28            |
| 9. Referencias bibliográficas   | 29            |

## **RESUMEN**

**Introducción:** Los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) representan un reto en el manejo médico, debido a la gravedad y complejidad de los padecimientos. Habitualmente requieren prolongada estancia hospitalaria y un manejo interdisciplinario. El estado de gravedad de los pacientes condiciona disminución en la perfusión cutánea y limita la movilidad, que aunado a múltiples intervenciones y polifarmacia, condicionan complicaciones cutáneas.

Las alteraciones dermatológicas que podemos observar en pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) son de tres tipos: (1) aquellas que por el compromiso cutáneo son las causantes de su ingreso a la unidad de cuidados intensivos; (2) aquellas manifestaciones que se agravan durante la estancia en la UCI por el manejo o tratamiento administrado; y (3) aquellas que son *de novo*, es decir que se desencadenan durante su estancia en la UCI.

**Objetivo:** Describir la prevalencia de las diferentes patologías dermatológicas que presentan los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos durante un periodo de 8 meses.

**Pacientes y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, con colección de datos transversal, durante el periodo del 01 de septiembre 2018 al 15 de abril de 2019, se valoraron un total de 447 pacientes hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, y se evaluó la prevalencia de manifestaciones cutáneas de acuerdo a grupos de dermatosis (1) las causantes de su ingreso a la UCI; (2) las que se agravan una vez estando en la UCI; y (3) las de *novo*.<sup>3</sup>

**Resultados:** Se encontraron patologías dermatológicas en 105 pacientes y un total de 137 dermatosis. En siete pacientes (6.7%), el motivo de ingreso fue una

condición dermatológica, en 17 pacientes (16.2%) las tenían previas a su ingreso y 81 pacientes (77.14%) fueron de *novo*.

**Conclusiones:** Los pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos pueden desarrollar múltiples patologías cutáneas que deben ser evaluadas por dermatólogos. Las características clínicas de los pacientes tanto como las comorbilidades, diagnóstico de ingreso, tiempo en terapia intensiva, debe de ser tomado en cuenta para el posible desarrollo de complicaciones dermatológicas.

## **ANTECEDENTES**

Los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos representan un reto en el manejo médico, debido a la gravedad y complejidad de los padecimientos. Estas unidades tratan de garantizar las condiciones para la atención de pacientes que requieren soporte vital cuando presentan algún fallo orgánico con implicaciones hemodinámicas, pulmonares, gastrointestinales, neurológicas, infecciosas, etc. Dado que representan una población especial, es usual el manejo interdisciplinario para brindar diagnóstico y tratamiento de forma oportuna y coordinada. <sup>1,2</sup>

Una de las áreas que tienen gran impacto en este rubro es la Dermatología. Sin embargo, es frecuente que se reste importancia a las manifestaciones cutáneas en pacientes que admitidos a las áreas críticas por ignorancia o desconocimiento de la importancia de un buen diagnóstico dermatológico.<sup>3</sup> Es importante considerar que la piel, por sí misma, siendo el tejido más extenso de la economía desempeña funciones que son esenciales para el organismo, de tal manera que una alteración moderada a grave puede descompensar a otros órganos vitales. <sup>4</sup>

Es raro encontrar como motivo de ingreso primario al área de cuidados intensivos una enfermedad dermatológica. Sin embargo existen padecimientos cutáneos que tienen indicación de ingreso a la UCI de forma inmediata, por ejemplo

el síndrome de Stevens-Johnson, Reacción a fármacos con síntomas sistémicos y eosinofilia (DRESS), Necrosis epidérmica tóxica (NET), pénfigo vulgar, eritrodermia, infección de tejidos blandos con necrosis; por mencionar algunas.<sup>4,5</sup> Estas entidades si no son manejadas oportuna y adecuadamente conllevan a falla cutánea aguda, término empleado desde 1991, siendo equiparable con la falla de cualquier otro órgano.<sup>3</sup>

La falla cutánea aguda, se refiere a la deficiencia o insuficiencia de la piel para ejercer todas sus funciones, en la que se compromete el control térmico, pérdida de líquidos (pérdida transepidérmica), alteraciones en pH, desequilibrio hidroelectrolítico y de nutrientes, con la vulneración de la función de barrera, con el riesgo subsecuente de infecciones invasivas que agravan la patología de base de los pacientes.<sup>2,4,5</sup> desencadenando el deterioro hemodinámico, insuficiencia cardiovascular, renal, intestinal e incluso, la muerte secundario a falla multiorgánica, Se ha visto un incremento en la estancia en la UTI en pacientes que desarrollan falla cutánea aguda; y que la mortalidad es similar a la que condicionan otros padecimientos como la pancreatitis y la neumonía.<sup>3</sup>

Independientemente de si el motivo de admisión es por algo primario en piel o no, el estado de gravedad de dichos pacientes condiciona inmovilidad, sudoración excesiva, así como alteraciones de la perfusión; por lo que no es raro que estos pacientes presenten complicaciones cutáneas durante su estancia hospitalaria. Estas manifestaciones pueden incrementar el tiempo de cuidado y generan mayor demanda de atención, prolongando el tiempo en área crítica, especialmente cuando se trata de infecciones de tejidos blandos.

Otro aspecto importante en la dermatología de la UCI es el cuidado de heridas, especialmente aquel relacionado a heridas crónicas, entre las que se puede encontrar a las úlceras por presión secundarias a inmovilización. <sup>5</sup>

A pesar de la importancia que reviste el tema, existe escasa literatura que describa las diferentes alteraciones dermatológicas que pueden presentar los pacientes en la UCI.

## **MARCO TEÓRICO**

De las principales funciones de la piel están la de ser una barrera protectora, ayudar a la regulación de la temperatura corporal y mantiene la homeostasis de líquidos y electrolitos, además de evitar la pérdida de proteínas plasmáticas. Su disfunción ocasiona que el paciente se deshidrate, pierda electrolitos y proteínas y no pueda controlar la temperatura corporal.<sup>1</sup>

Existe muy poca información en la literatura sobre las alteraciones dermatológicas que ocurren en pacientes de las unidades de cuidados intensivos.<sup>3</sup>

Se ha descrito que en hospitales de enseñanza, las interconsultas al servicio de dermatología llegan a ser de hasta 2500 interconsultas anuales, dependiendo del centro hospitalario.<sup>3</sup> De acuerdo a un estudio realizado en el Hospital de la Samaritana en Colombia se describe que hasta el 36% de los pacientes críticos presentan algún padecimiento dermatológico que requiere tratamiento, teniendo como antecedente que anteriormente esa prevalencia rondaba alrededor del 10%. Dicho estudio encontró que la principal causa de padecimientos en la piel se debió a causas infecciosas hasta en el 50.6% de los casos, seguido de causas secundarias a fármacos en el 23.6%, encontrando que la estancia hospitalaria en promedio fue mayor en pacientes que presentaban alguna manifestación cutánea comparada con el resto de la población (18.4 días vs 10.4 días).<sup>4</sup>

De acuerdo a análisis estadísticos que se llevaron a cabo en el Reino Unido e Inglaterra se determinó que las causas dermatológicas como motivo de ingreso en UCI variaban entre el 0.47-0.51%, y el diagnóstico de falla cutánea aguda se observó en el 0.04% con una mortalidad hasta del 35%; mientras que otros estudios, reportan mortalidades hasta del 39%.<sup>2,3</sup> Dunnill y Badia describieron que los pacientes con padecimientos dermatológicos en UCI tenían una mortalidad entre 26 a 37% con una estancia hospitalaria de 23 días en promedio.<sup>5, 6,7</sup>

En el estudio de George, S. et al., se observó que la mortalidad de pacientes con falla cutánea aguda era del 35.2%, lo cual la hace ser comparable con la mortalidad de otras enfermedades que requieren admisión en UCI, como el choque séptico. Por este motivo resulta trascendental considerar a la Dermatología como un servicio interconsultante con la misma importancia que el resto de los servicios.

Las alteraciones dermatológicas que podemos observar en pacientes internados en Unidad de Cuidados Intensivos incluyen:

(1) Aquellas que por el compromiso cutáneo son las causantes de su ingreso a la unidad de cuidados intensivos.

(2) Aquellas manifestaciones, que se agravan una vez estado en la UCI por el manejo o tratamiento administrado.

(3) Aquellas que son de *novo*, es decir que se desencadenan durante su estancia en la UCI. <sup>5</sup>

Desde otra perspectiva, Badia y colaboradores<sup>7</sup> mencionan descripciones en la literatura **sobre seguimiento** de pacientes en UCI en relación a manifestaciones dermatológicas antes del ingreso a UCI o posterior a éste, clasificando al grupo de estudio en:

1. Los que tenían una manifestación dermatológica previa.
2. Los que presentaban un padecimiento dermatológico que ponen en riesgo la vida.
3. Los que presentan enfermedad dermatológica sistémica.
4. Los que presentan enfermedad infecciosa
5. Los que presentan enfermedad reactiva. <sup>7</sup>

Algunos otros estudios agrupan a la patología dermatológica en tres grupos de **enfermedades que por sí solas pueden requerir ingreso a UCI**: (1). Infecciosas; (2). Falla cutánea aguda; (3). Cáncer cutáneo y otras neoplasias.<sup>5</sup>



Dado que la mayor parte de los pacientes que se ingresan a UCI llevan muchos días de tratamiento y hospitalización, la caracterización de las lesiones y la sospecha clínica es un reto para el Dermatólogo, ya que pueden estar modificadas por el padecimiento de base, por el estado de gravedad, por el estado edematoso, y/o por los fármacos administrados.<sup>8</sup>

Independientemente de la clasificación de las enfermedades cutáneas que se observan en la UCI, es muy importante y necesario recalcar que la frecuencia de enfermedades dermatológicas en pacientes ya ingresados en Unidad de Cuidados Críticos es mayor al 10%.<sup>8,9</sup> En los estudios revisados se ha descrito que dentro de los padecimientos más comunes se encuentran las infecciosas (micótico, viral y bacteriana), seguido de causas vasculares, reacciones a medicamentos, dermatitis por contacto (especialmente por sustancias externas comúnmente utilizadas para la higiene), con una prevalencia del 35%, 27%, 21% y 10% respectivamente.<sup>5,8,9</sup>

El exantema maculopapular o lesiones urticarianas son las manifestaciones cutáneas más comunes relacionadas a fármacos tales como antibióticos o AINES, frecuentemente utilizados en pacientes que ingresan por sepsis.<sup>5</sup>

Se ha reportado que los pacientes en las áreas críticas pueden desarrollar xerosis, eczema craquelé, intertrigo (especialmente en obesos), y dermatitis de contacto (secundaria al uso de jabones y desinfectantes),<sup>5</sup> también que hasta en el 22% de los pacientes hospitalizados en UCI desarrollan úlceras por presión, y que los factores de riesgo para su desarrollo son la inmovilidad, el tiempo de internamiento y el uso de vasopresores.<sup>5</sup>

Solo existe un artículo que analiza el retraso en la solicitud de interconsultas al servicio de dermatología, siendo un promedio de 5 días desde el apareamiento de la dermatosis,<sup>11</sup> lo cual retrasa el diagnóstico de los pacientes pudiendo impactar en su morbi-mortalidad.

## **DEFINICION DEL PROBLEMA**

Las enfermedades cutáneas en pacientes durante su estancia en la UTI han sido poco descritas, sin embargo se sabe que tienen impacto en la morbi-mortalidad y duración de estancia hospitalaria. Y es escasa literatura acerca de las diferentes alteraciones dermatológicas que pueden presentar, éstos pacientes <sup>1</sup>

El principal objetivo es describir la prevalencia de diferentes patologías dermatológicas que presentan los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

## **JUSTIFICACIÓN**

La piel, es el órgano más grande del cuerpo, y la pérdida de su función lleva al paciente a mayor vulnerabilidad. La piel, actúa como barrera protectora contra agentes externos, ayuda a la regulación de la temperatura corporal y la homeostasis de líquidos y electrolitos.

El reportar las diferentes alteraciones dermatológicas que pueden presentar los pacientes en la unidad de cuidados intensivos permitirá reconocerlas e incrementar el conocimiento temprano de ellas, optimizando así el manejo multidisciplinario.

## **HIPÓTESIS**

La prevalencia de dermatosis en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el periodo de un año será de 50%.

## **OBJETIVO PRINCIPAL**

Determinar la prevalencia de enfermedades cutáneas en los pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el periodo de un año.

## **OBJETIVOS SECUNDARIOS**

1. Describir y reportar la prevalencia las enfermedades dermatológicas que condicionan ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán.
2. Describir y reportar la prevalencia de aquellas manifestaciones dermatológicas que se diagnostican en los pacientes durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, (aunque estas no sean las causantes de su ingreso).
3. Describir y reportar la prevalencia de las enfermedades dermatológicas que son *de novo*, es decir que se desencadenan durante su estancia en la UCI.
4. Determinar la estancia hospitalaria de cada paciente que se incluya al estudio, la tasa de mortalidad y la causa de la misma en pacientes que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos por una causa dermatológica.
5. Determinar el tiempo de estancia hospitalaria que se prolonga secundario a enfermedades cutáneas subyacentes en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **DISEÑO**

Estudio descriptivo, observacional, con colección de datos de manera transversal, donde se incluyeron a todos los pacientes que hospitalizados en Unidad de Cuidados Intensivos, en un período de 8 meses.

Se invitaron a participar a todos los pacientes (o sus representantes legales) que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos de este hospital. Se incluyeron a quienes aceptaron participar, luego de haber sido explicado el protocolo, resuelto dudas y otorgaron su consentimiento informado firmando el formato correspondiente.

Se llevó un registro de los pacientes ingresados a la unidad de Cuidados intensivos y que aceptaron participar en el estudio en el que se registró el motivo de ingreso, las comorbilidades (con énfasis en diagnósticos dermatológicos) y tratamientos previos dermatológicos y no dermatológicos.

A los pacientes se les realizó una exploración física dermatológica completa, basada en la hoja de recolección de datos alteraciones cutáneas (Anexo 1) y en el examen dermatológico estandarizado propuesto por la Academia Americana de Dermatología.<sup>14</sup>

Se realizó exploración física dermatológica basado en el examen dermatológico estandarizado propuesto por la Academia Americana de Dermatología;<sup>14</sup> este al ingreso y cada 24 horas, de todos los pacientes de la Unidad de Cuidados intensivos del hospital durante su estancia hospitalaria; para evaluar la presencia o no de dermatosis previas al ingreso del paciente, o bien todas aquellas dermatosis que presentaran durante su estancia hospitalaria.

Se registró el tiempo hospitalario en la UCI de cada paciente, la fecha de ingreso y egreso. Fecha y diagnóstico de la dermatosis, probable causa y tiempo de resolución de dermatosis, así como sí el diagnóstico dermatológico aumentaba tiempo de estancia en UCI.

En caso de que alguna alteración cutánea haya requerido biopsia de piel, se realizó el cobro pertinente de acuerdo al nivel socioeconómico establecido por el

instituto y bajo consentimiento informado del paciente, y el material obtenido se envió al servicio de patología del instituto.

El tratamiento de cada paciente fue individualizado.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se incluyeron a todos los pacientes, que tuvieron expediente del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, que ingresaron a Unidad de Terapia Intensiva en el periodo de 01 de septiembre 2018 al 15 de abril de 2019, independiente de la causa de ingreso.

Mayores de 18 años de edad

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Aquellos pacientes (si es que estaban conscientes) o familiares (si es que el estado neurológico de los pacientes no lo permitió) que no aceptaron participar en el estudio.

No hay criterios de eliminación.

### **DEFINICIÓN DE VARIABLES**

**Dermatosis graves que condicionan ingreso a UTI Inflamatorias y autoinmunes**

**-Eritrodermia:** Es un síndrome inflamatorio grave constituido por eritema y descamación generalizada, que abarca más del 90% de la superficie corporal; es de instalación aguda o crónica, y puede ser congénito o adquirido y aparecer sobre piel sana o dermatosis previa, o ser una reacción a medicamentos, linfoma, o idiopático.

**-Reacciones adversas a fármacos graves:** son definidas por la Organización Mundial de la salud como aquellas que pueden resultar en muerte, ponen en riesgo la vida, resulten en discapacidad significativa o persistente o aquellas que requieran hospitalización o prolonguen la estancia hospitalaria, incluyéndose aquí el Síndrome de Steven-Johnson, Necrolisis Epidérmica Tóxica, DRESS.

**-Enfermedades ampollas:** Las enfermedades vesículo-ampollosas se caracterizan por la presencia de lesiones de contenido líquido en la piel y/o las mucosas, y que al romperse dejan grandes extensión de piel denudada. Aquí se incluye al Penfigo Vulgar y Penfigoide Ampolloso

#### **Infecciosas:**

**-Infección de la piel y de tejidos blandos:** Se dividen en no complicadas, complicadas y con necrosis, Éstas últimas son aquellas con involucro de tejido profundo, que puede requerir intervención quirúrgica, o aquellas en las que las condiciones del paciente complican la respuesta al tratamiento.

#### **Dermatosis más frecuentes asociadas a estancia hospitalaria**

**-Úlceras por presión:** La úlcera por presión es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea.

Las úlceras por presión se producen generalmente sobre las prominencias óseas que soportan peso como sacro, tuberosidad isquiática, trocánteres mayores y calcáneo. Se presenta en pacientes inmovilizados por cualquier causa.

**- Intertrigo:** Dermatitis causada por la inflamación en pliegues y áreas adyacentes, causada por la fricción, calor y humedad, las cuales pueden sobreinfectarse con bacterias, como las *Corynebacterium* y hongos, como levaduras del género *Cándida*.

- **Miliaria:** Dermatitis por retención de sudor; se produce por aumento de la temperatura y la humedad del ambiente; se caracteriza por abundantes pápulas o vesículas perladas o eritematosas, pruriginosas, y que predominan en tronco y extremidades.

- **Reacciones adversas a fármacos no severas:** Se definen como cualquier efecto dañino y no intencionado de un fármaco, utilizado a dosis adecuadas para el tratamiento de una enfermedad.

### **CÁLCULO MUESTRAL**

De acuerdo a la hipótesis del estudio: La prevalencia de dermatosis en pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos durante el periodo de un año será de 50%.

Debido a que no se conoce la proporción de pacientes con alteraciones dermatológicas se “penalizara” con una proporción esperada de 50%

Calculo para estimar prevalencia en un grupo

El objetivo es estimar una proporción (P) en una población.

a) Proporción esperada en la población P: 50%

b) Nivel de confianza 95%

c)  $Z= 1.96$

$N= 131$

Considerando el tipo de estudio propuesto, para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula para estudios transversales en los que como objetivo principal se determinará una proporción en una población finita; con un valor de  $p \leq 0.05$  como significativo para el nivel de confianza y un poder del 90%.

## **ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Se captó de manera prolectiva a todos los pacientes que ingresan a la UTI.

Análisis descriptivo: Se reportaron proporciones para variables ordinarias o nominales y medias  $\pm$  desviación estándar o medianas (mínimo-máximo) para variables continuas, de acuerdo a su distribución.

Las prevalencias en la población total y entre grupos se expresaron mediante porcentajes.

Las proporciones de pacientes con alteraciones dermatológicas, entre los grupos determinados por la presencia o ausencia de enfermedad cutánea; se compararon con  $X^2$ .

Se consideró como significativo un valor de  $p \leq 0.05$  a dos colas.

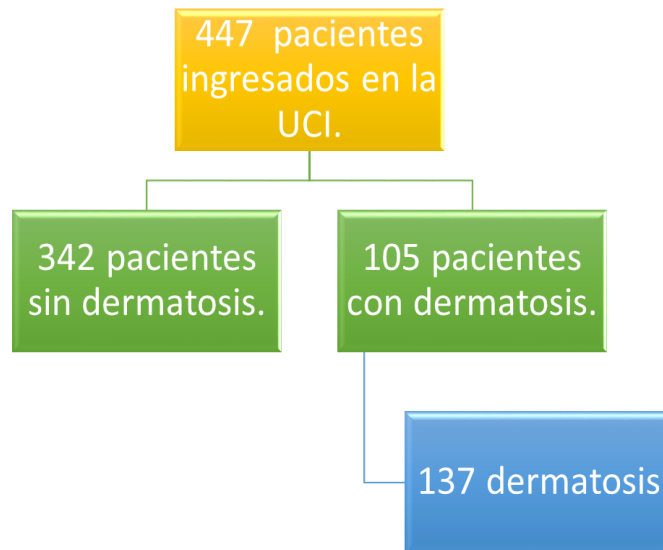
Para el análisis estadístico se utilizó el software SPSS versión 21.

## **RESULTADOS**

Estudio realizado en el periodo comprendido entre 01 de septiembre 2018 al 15 de abril de 2019, se valoraron un total de 447 pacientes hospitalizados en Unidad de Terapia Intensiva del Hospital de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, de los cuales en



105 pacientes (23.48%) presentaron dermatosis; y un total de 137 dermatosis; es decir, que en algunos pacientes tuvieron más de una, siendo la mediana de estas de 1 con un intervalo de 1 a 4 dermatosis por paciente.

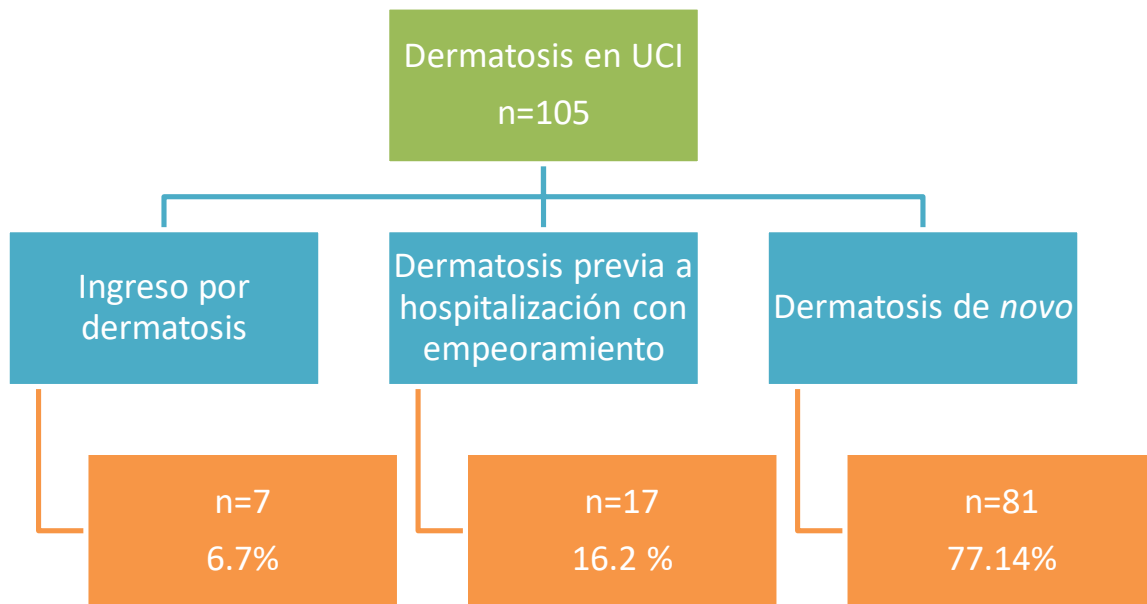


Dentro de los 105 pacientes que fueron evaluados con dermatosis se clasificaron en:

Tipo 1. Aquellos pacientes que el compromiso o patología cutánea fue la causa de su ingreso a la UCI: n=7 (6.7%)

Tipo 2. Pacientes que ya tenían una dermatosis previa al ingreso a la UCI (que no fuera el motivo de su ingreso) y que está se agravara durante su estancia: n=17 (16.2%)

Tipo 3. Aquellas que son de novo, es decir se desencadenaron durante su estancia en la UCI n= 81(77.1%)



### Características Demográficas de la Población Evaluada:

De los pacientes evaluados se observaron las siguientes características:

Tipo 1. Se observó un predominio mayor de mujeres n=4 (57%), una mediana de edad de 61 años, mediana de estancia de 8 y mediana de resolución de dermatosis de 15 días.

Tipo 2. En este grupo hubo un predominio mayor de mujeres n=11 (65%), una mediana de edad de 56 años, mediana de días estancia de 4 y mediana de resolución de dermatosis de 2 días.

Tipo 3. En el tipo 3, se encontró un predominio mayor de hombres n=50 (62%), con una mediana de edad de 51 años, una mediana de estancia de 11 días y una mediana de tiempo de resolución de dermatosis de 3 días.

En la siguiente tabla se muestran las características demográficas de los pacientes. (Tabla 1).

Tabla 1. Características Demográficas de los Pacientes

| Características                     |        | Tipo 1<br>(n=7) | Tipo 2<br>(n= 17) | Tipo 3<br>(n=81) | Total<br>n=105 |
|-------------------------------------|--------|-----------------|-------------------|------------------|----------------|
| Edad (años)*                        |        | 61(41-77)       | 56(21-100)        | 51(18-94)        | 53 (18-100)    |
| Sexo                                | Mujer  | 4(57)           | 11(65)            | 31(38%)          | 46(43.8%)      |
|                                     | Hombre | 3(43)           | 6(35)             | 50(62%)          | 59 (56.2%)     |
| Días de estancia*                   |        | 8(1-21)         | 4(2-24)           | 11(1-40)         | 9 (1-40)       |
| Resolución de Dermatitis<br>(días)* |        | 15(1-30)        | 2(0-15)           | 3(0-14)          | 3 (0 – 30)     |

\*mediana (min-max)

Tipo 1. Pacientes que la patología cutánea fue la causa de su ingreso a la UCI

Tipo 2. Pacientes con dermatosis previa al ingreso a la UCI (que no fuera su motivo de ingreso)

Tipo 3. pacientes con dermatosis de *novo*

Los diagnósticos dermatológicos fueron clasificados en 12 grupos diferentes:

1. Reacciones graves a fármacos
2. Reacciones no graves a fármacos
3. Infecciones cutáneas bacterianas
4. Infecciones cutáneas virales
5. Infecciones cutáneas micóticas
6. Dermatitis por contacto
7. Xerosis/equimosis/hematomas
8. Miliaria
9. Edema
10. Úlceras por presión
11. Vasculitis
12. Otras patologías (Tabla 2).

En los grupos del 1 al 11 se incluyeron los diagnósticos más comunes. Las otras patologías (grupo 12) fue un grupo muy grande de 21 pacientes (20%) pero de entidades poco frecuentes, las cuales no pudimos englobar en los 11 grupos anteriores. Las patologías que encontramos fueron Raynaud paraneoplásico en paciente con antecedente de Linfoma No Hodgkin, NET-like lupus (como debut de

LEG), Síndrome de Sweet en una paciente con antecedente de Leucemia Linfoblástica Aguda, por nombrar algunas. Ver Tabla 2.

| <b>Tabla 2.- Diagnósticos del Grupo 12</b> |                                                            |                            |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Diagnóstico</b>                         |                                                            | <b>Número de pacientes</b> |
| <b>Vasculopatía Oclusiva n=6</b>           |                                                            |                            |
|                                            | Por enfermedad arterial periférica                         | 1                          |
|                                            | Asociado a Norepinefrina                                   | 3                          |
|                                            | Émbolos sépticos                                           | 2                          |
| <b>Neoplásico n=3</b>                      |                                                            |                            |
|                                            | Neoplasia linfoproliferativa + síndrome vena cava superior | 1                          |
|                                            | Kaposi                                                     | 1                          |
|                                            | Carcinoma epidermoide invasor                              | 1                          |
| <b>Otras infecciones n=2</b>               |                                                            |                            |
|                                            | Tuberculosis miliar                                        | 1                          |
|                                            | Tuberculosis escrofulodérmica                              | 1                          |
| <b>Reactivas n=8</b>                       |                                                            |                            |
|                                            | Síndrome retroviral Agudo                                  | 1                          |
|                                            | Púrpura por meningitis                                     | 1                          |
|                                            | Ampolla por heparina                                       | 3                          |
|                                            | Raynaud Paraneoplásico                                     | 1                          |
|                                            | Síndrome de Sweet                                          | 1                          |
|                                            | Úlceras Venosas                                            | 1                          |
| <b>Colagenopatías n=2</b>                  |                                                            |                            |
|                                            | Dermatomiositis MDA5 +                                     | 1                          |
|                                            | Net-like lupus                                             | 1                          |

Los diagnósticos frecuentes fueron: dermatitis por contacto (que predominó en los sitios de parches), úlceras por presión (predominado en cabeza) y edema de extremidades (predominado en extremidades inferiores).

| <b>Tabla 3.- Diagnósticos de los grupos 1-11</b> |               |                |
|--------------------------------------------------|---------------|----------------|
|                                                  | No. pacientes | Porcentaje (%) |
| <b>Dermatitis por Contacto</b>                   | 18            | 17.1           |
| <b>Úlceras por Presión</b>                       | 16            | 15.2           |
| <b>Edema</b>                                     | 15            | 14.3           |
| <b>Intértrigo Candidósico</b>                    | 10            | 9.5            |
| <b>Xerosis/Equimosis/Hematomas</b>               | 9             | 8.6            |
| <b>Infección Bacteriana</b>                      | 9             | 8              |
| <b>RAF Grave</b>                                 | 2             | 1.9            |
| <b>Vasculitis</b>                                | 5             | 4.7            |
| <b>RAF No Grave</b>                              | 1             | 1              |

RAF: reacción cutánea adversa a fármacos.

### **Úlceras por Presión (UPP)**

Se observaron UPP en 16 pacientes, de los cuáles el sitio más frecuente de afección fue cabeza n=6, seguido por zona sacra n=4; en tres pacientes que requirieron pronación se observaron UPP en el dorso de los pies; en tres pacientes se encontraron en más de una región anatómica (diseminadas). El 87% (n=14) de las UPP fueron grado 2, y el 13% (n=2) fueron grado 1.

### **Infecciones en Piel**

- Infecciones Micóticas

Se observaron infecciones micóticas superficiales en 10 pacientes (9.5%) todas ellas diagnosticadas como intertrigo candidósico, siendo los pliegues inguinales y los pliegues infra-mamarios los más afectados.

- Infecciones Bacterianas

Se diagnosticaron 9 infecciones bacterianas, de las cuales dos fueron superficiales: 1 paciente con impétigo y 1 paciente con foliculitis; los otros siete casos fueron infecciones graves de tejidos blandos: cinco de ellas (71%) no necrosantes y las otras dos (23%) necrosantes. Estos siete casos de infecciones de tejidos blandos graves, lo que condicionó el motivo de ingreso a la UCI:

En relación a la evolución de estos siete pacientes con ITB grave, tres de ellos fallecieron durante su estancia en la UCI; es decir, que el 2.25% de la mortalidad de los pacientes evaluados en dicho periodo estuvo determinada por las ITB graves.

- 1.- Gangrena de Fournier, en un paciente con Diabetes Mellitus 2

- 2.-Paciente con infección por *Vibrio vulnificus*, con antecedente de Cirrosis Hepática

- 3.- Paciente con infección de tejidos blandos no complicada secundaria a *Klebsiella pneumoniae*, en abordaje de estudio para probable Amiloidosis sistémica.

En el resto de los pacientes no se observaron complicaciones y fueron dados de alta de UCI. Se observó que la estancia hospitalaria en la UCI, en este tipo de pacientes se incrementó en un promedio de 28 días.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de los cultivos de los pacientes con Infección de tejidos blandos. (Tabla 6)

| <b>Tabla 6.- Resultado de Cultivos</b> |                                                |
|----------------------------------------|------------------------------------------------|
| Paciente 1                             | <i>Klebsiella pneumoniae</i>                   |
| Paciente 2                             | <i>Mycobacterium bovis</i>                     |
| Paciente 3                             | <i>Raotella, E coli, Klebsiella pneumoniae</i> |
| Paciente 4                             | <i>Klebsiella pneumoniae, Cándida albicans</i> |
| Paciente 5                             | <i>Staphylococcus aureus</i>                   |
| Paciente 6                             | <i>Streptococco pyogenes</i>                   |
| Paciente 7                             | <i>Vibrio vulnificus</i>                       |

### **Reacciones cutáneas adversas a fármacos**

Durante el periodo de tiempo evaluado, encontramos solo dos pacientes con RAF cutáneas graves (es decir, en el 2% de los pacientes que presentaron alguna dermatosis). En los dos casos las manifestaciones dermatológicas se desarrollaron durante su estancia en la UCI. Una de ellas fue una mujer de 23 años de edad que ingreso clínicamente con un exantema maculo-papular diseminado y falla hepática aguda fulminante cumpliendo con 3 criterios del RegiSCAR para probable síndrome de DRESS (*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*, por sus siglas en inglés), quien falleció por falla hepática aguda 48 horas después de su ingreso. La segunda paciente, mujer de 53 años de edad, inmunocomprometida secundario a quimioterapia por leucemia linfoblástica aguda, que ingresa por neumonía y por crisis convulsivas, recibió tratamiento anti-convulsivo desarrollando en su estancia necrosis epidérmica tóxica (NET), falleció en las primeras 96 horas de estancia intrahospitalaria por falla multiorgánica.

### **Vasculitis**

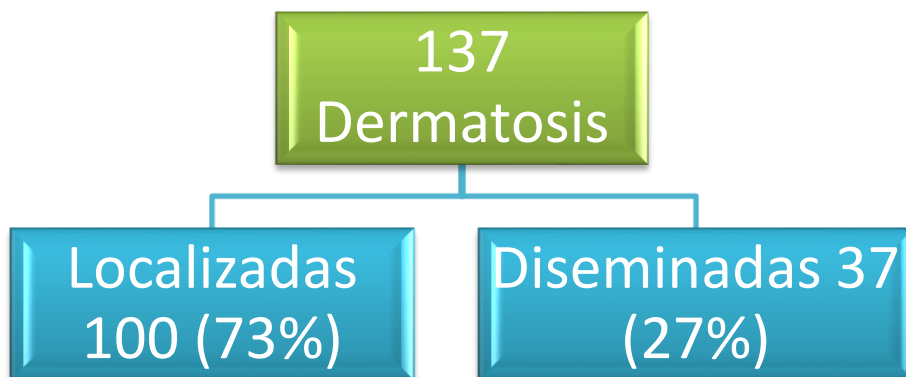
Se diagnosticaron 5 pacientes con vasculitis cutánea:

- Tres (60% de ellas) secundarias a enfermedades sistémicas autoinmunes (dos a LEG, y uno a Síndrome antifosfolípidos). En un paciente fue una vasculitis cutánea primaria por Granulomatosis con poliangieitis.
- Ambos casos de vasculitis secundarias a LEG, se asociaron con actividad sistémica de la enfermedad, en uno de ellos el motivo de fallecimiento fue hemorragia alveolar difusa.

### Características de las Dermatitis

Las dermatosis observadas en la UCI tuvieron las siguientes características: 100 de las dermatosis (73%) fueron localizadas y 37 (27%) fueron diseminadas.

La región anatómica en la que se observaron con mayor frecuencia las dermatosis fueron las extremidades inferiores, seguidas por las extremidades superiores y el tronco. Ver Tabla 4.



| Localización            | No | %  |
|-------------------------|----|----|
| Cabeza                  | 12 | 12 |
| Tronco                  | 16 | 16 |
| Abdomen                 | 4  | 4  |
| Extremidades Superiores | 20 | 20 |
| Extremidades Inferiores | 30 | 30 |
| Genitales               | 14 | 14 |
| Sacro                   | 4  | 4  |



## **Factores de Riesgo para desarrollar Dermatitis en la UCI**

De cada una de las dermatosis se buscaron factores de riesgo para su desarrollo, encontrando como factor de riesgo más importante la pronación, seguido del uso de irritantes de piel como jabones y parches.

Evolución de las Dermatitis:

Sólo 37 de las dermatosis (27%) tuvieron alguna complicación durante su seguimiento en la UCI (ejemplos de estas: ampollas y erosiones por adhesivos contactantes y en zonas de edema); mientras, que el 35% de ellas (n=48) resolvieron durante su estancia, y el resto resolvieron al salir de UCI.

## **Estudios Histopatológicos**

Se realizó toma de biopsia de 17 dermatosis (12.4%), las cuales se realizaron en la mayoría de los casos para confirmar diagnósticos de vasculitis/vasculopatías oclusivas, procesos infecciosos cutáneos, neoplasias y algunas dermatosis inflamatorias. Tabla 5.

| <b>Tabla 5. Resultado de Biopsias</b>                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Patrón de reporte Histopatológico</b>                                               | <b>No.</b> |
| <b>Vasculitis (n=5)</b>                                                                |            |
| <i>Vasculitis inflamatoria y oclusiva</i>                                              | 2          |
| <i>Vasculitis necrosante superficial y profunda</i>                                    | 2          |
| <i>Vasculitis leucocitoclástica</i>                                                    | 1          |
| <b>Procesos Infecciosos (n=4)</b>                                                      |            |
| <i>Compatible con proceso infeccioso</i>                                               | 2          |
| <i>Dermatitis granulomatosa con necrosis caseosa y células gigantes multinucleadas</i> | 1          |
| <i>Infección por micobacterias ácido alcohol resistente</i>                            | 1          |
| <b>Dermatosis Inflamatorias (n=6)</b>                                                  |            |
| <i>Dermatitis de interfaz vacuolar perivascular linfocitaria</i>                       | 3          |
| <i>Compatible con síndrome de sweet</i>                                                | 1          |
| <i>Necrosis grasa membranosa inespecífica</i>                                          | 1          |
| <i>Compatible con reacción a fármacos</i>                                              | 1          |
| <b>Neoplasias (n=2)</b>                                                                |            |
| <i>Sarcoma de Kaposi</i>                                                               | 1          |
| <i>Carcinoma epidermoide</i>                                                           | 1          |

## **DISCUSIÓN**

Las lesiones dermatológicas son problemas frecuentes en los pacientes en la UCI debido a que los pacientes tienen una o varios padecimientos sistémicos y/o múltiples tratamientos farmacológicos.<sup>4</sup>

El principal objetivo de este estudio fue describir la frecuencia con la que podemos observar dermatosis en pacientes internados en la UCI, así como las características de las mismas. Durante el periodo estudiado encontramos una prevalencia de 23 %, que se encuentra dentro de los rangos reportados en otros estudios.<sup>3,5</sup> pero comparación con estudios de países latinoamericanos,<sup>4</sup> fue menor (36% Colombia vs 23% este estudio).

Con el objetivo de diferenciar aquellas dermatosis que condicionaban ingreso a la UCI y detectar aquellas que eran desarrolladas durante su estancia las clasificamos de acuerdo a lo reportado por Dunnill MG, et al: (1) Aquellas que por el compromiso cutáneo son las causantes de su ingreso a la unidad de cuidados intensivos. (2) Aquellas que se agravan durante su estancia en la UCI por el manejo o tratamiento administrado. (3) Aquellas que son de *novo*, es decir que se desencadenan durante su estancia en la UCI. <sup>5</sup>

Encontramos en este periodo de estudio que el 1.46% la patología dermatológica fue la causa de ingreso a la UCI, todas ellas infecciones de tejidos blandos severos y que condicionaron el 2.25% de la mortalidad total de dicho periodo . Cabe mencionar que por el corto periodo de estudio, no se incluyeron enfermedades ampollas autoinmunes, aunque es un motivo de ingreso a este tipo de servicios.

Respecto a las dermatosis no graves, los estudios previos demuestran que las infecciones de piel, predominantemente superficiales, son la principal patología dermatológica vista con un porcentaje de 29 – 26.3%; en nuestro estudio, dividimos

las dermatosis de causa infecciosa, en virales, bacterianas y micóticas y de acuerdo a severidad (infección de piel y tejidos blandos complicadas y no complicadas) siendo un total de 19 (17.5%); de las cuales 12 dermatosis infecciosas (63%) fueron no complicadas: 10 intertrigos por *Candida*, una foliculitis bacteriana y un impétigo, mientras que el 7 (36%) fueron infecciones graves.

Es importante el reconocimiento de infecciones bacterianas, sobretodo aquellas con mayor morbimortalidad, que se caracterizan por un inicio rápido y abrupto, así como aumento de volumen y el dolor desproporcionado lo que debe generar una respuesta médica-quirúrgica rápida, con desbridamiento del tejido necrótico, uso de antibióticos de amplio espectro, soporte en terapia intensiva; sin embargo a pesar de todos estos cuidados su morbilidad se acerca al 25-30%.<sup>3</sup>

Otra dermatosis frecuente en la UCI, fue la Dermatitis por contacto, que se observó en el 17.1% de los pacientes, vs 14.5% reportado en otros estudios<sup>11</sup>.

En la mayoría de los estudios dentro de las dermatosis que más se esperarían encontrar en pacientes de UCI son las reaccionales como la Miliaria<sup>11</sup>, en nuestro estudio, no la observamos con la misma frecuencia, debido a que los cuidados ofrecidos por el servicio de enfermeras intensivistas que laboran en la UCI de este instituto, son de excelencia.

Las úlceras por presión, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Se han reportado en series o estudios previos en UTI hasta una incidencia del 31.4%.<sup>12</sup> En nuestro estudio, fueron el 15%, la mayoría de ellas grados superficiales (grado 2 y 1) y en localizaciones poco habituales como cabeza y dorso de los pies; vistas en pacientes que fueron pronados, como manejo del Síndrome de Insuficiencia Respiratoria Aguda. En relación a los factores de riesgo, son los mismos a los descritos en otros estudios, bajo flujo cutáneo por presión, fricción y humedad. Consideramos que es importante recalcar la baja frecuencia de las UPP en este estudio en comparación con lo reportado, esto se debe al apego

en los cuidados del servicio de enfermería de esta UCI y que todos los pacientes tienen **colchón de presión alterna**.

El edema, se presentó en el 14% de los pacientes, esta cifra es variable en relación a lo reportado en otras series. En un estudio previo de este instituto se reportó que el edema masivo (anasarca) se asoció con mortalidad, sin embargo en esta serie no encontramos estados de anasarca, el edema predominaba en zona declives de extremidades. <sup>13</sup>

## **CONCLUSIONES**

Los pacientes en Unidad de Terapia Intensiva son susceptibles a desarrollar múltiples dermatosis, las cuales pueden agravar estado el estado de salud y prolongar días de estancia, por lo que dentro de su abordaje multidisciplinario, debe de incluir a la valoración dermatológica, con la finalidad de proporcionar un manejo oportuno y adecuado de las dermatosis.

La patología de base del enfermo de la UCI se puede complicar con alguna patología dermatológica, la cual es todo un reto diagnóstico aún para los dermatólogos, ya que están asociadas a cambios en piel ya sea por la gravedad del paciente, por el uso de múltiples fármacos por un ambiente distinto que genera aumento de humedad, calor, además de la postración habitual.

Siempre debemos de tener en mente que también existe patología dermatológica que amerita ser tratada en la UCI por la gravedad de la misma.

A partir de este estudio, enfatizamos la intervención oportuna del dermatólogo para reducir morbilidad y la estancia hospitalaria de los pacientes en la UCI.

## REFERENCIAS

- 1.- Chang P, Sánchez Y, Rodríguez R. Dermatosis observadas en Unidad de Terapia Intensiva. Dermatología CMQ (Internet). 2014 (Citado 02 Agosto 2019); 12 (3): 165-171. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2014/dcm143b.pdf>
- 2.-Inamadar AC, Palit A. Acute skin failure: concept, causes, consequences and care. Indian J Dermatol Venereol Leprol (Internet). 2005 (Citado 02 Agosto 2019); 71(6):379-385. Disponible en: <http://www.ijdvl.com/text.asp?2005/71/6/379/18007>
- 3.-George S, Harrison D, Welch C, Nolan K, Friedman P. Dermatological conditions in intensive care: a secondary analysis of the Intensive Care National Audit & Research Centre (ICNARC) Case Mix Programme Database. Critical Care (Internet). 2008 (Citado 02 Agosto 2019); 12(1): 1-10. Disponible en: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/10.1186/cc6141>
- 4.-Peña, A. Enfermedades Dermatológicas de Pacientes Hospitalizados en Cuidados Intensivos Hospital de la Samaritana (Internet). Universidad Nacional de Colombia (Colombia); 2016(Citado 02 Agosto 2019). Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/52906/>
- 5.- Dunnill MG, Handfield-Jones SE, Treacher D, McGibbon DH. Dermatology in the intensive care unit. Br J Dermatol (Internet). 1995 (Citado 02 Agosto 2019); 132 (2): 226-235. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.13652133.1995.tb05018.x?sid=nlm%3Apubmed>
- 6.- Badia M, Trujillano J, Gascó E, Casanova JM, Alvarez M, León M. Skin Lesions in the ICU. Intensive Care Med (Internet). 1999 (Citado 02 Agosto 2019); 25: 1271-1275. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs001340051056>
- 7.- Badia M, Servia L, Casanova JM, Monserrat N, Vilanova J, Vicario E, Rodríguez A, Trujillano J. Classification of Dermatological Disorders in Critical Care Patients: A Prospective Observational Study. J Crit Care (Internet). 2013

(Citado 02 Agosto 2019); 28(2): 220.e1-e220.e8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944112001815?via%3Dihub>

8.- Emre S, Emre C, Akoglu G, Demirseren DD, Metin A. Evaluation of Dermatological Consultations of Patients Treated in Intensive Care Unit. *Dermatology*. (Internet) 2013(Citado 02 Agosto 2019); 226(1): 75-80. Disponible en: <https://www.karger.com/Article/Abstract/346939>

9.- Malheiro L, Magano R, Ferreria A, Sarmiento A, Santos L. Skin and Soft Tissue Infections in the Intensive Care Unit: A Retrospective Study in a Tertiary Care Center. *Rev Bras Ter Intensiva*. (Internet) 2017 (Citado 02 Agosto 2019); 29(2): 195-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496754/>

10.- Al-Saffar F, Ibrahim S, Patel P, Jacob R, Palacio C, Cury J. Skin Rash in the Intensive Care Unit: Stevens-Johnson Syndrome, Toxic Epidermal Necrolysis, or a Rare Manifestation of a Hidden Cutaneous Malignancy: A case Report. *Molecular and Clinical Oncology*. (Internet). 2016 (Citado 02 Agosto 2019) ; 4: 413-415. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4774480/>

11.- Singh S, Preet K, Kaur N. Dermatologic Manifestations in Critically Ill Patients: Challenging Task for an Intensivist. *Journal of Medical Society*. (Internet) 2013 (Citado 02 Agosto 2019); 27(1): 3-9. Disponible en: <http://www.jmedsoc.org/article.asp?issn=09724958;year=2013;volume=27;issue=1;spage=3;epage=9;aulast=Bajwa>

12.- Minjuan He, Tang A, Ge X, Zheng J. Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit: An Analysis of Skin Barrier Risk Factors. *Adv Skin Wound Care*. (Internet) 2016(Citado 02 Agosto 2019); 29 (11) 493-498. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27755048>

13.- Campos Ma, Ponce de Sa., Archer Ca, Orozco Ro. Incidence and risk factors for cutaneous drug reactions in an intensive care unit. *Rev Invest Clin* (Internet) 2005 (Citado 02 Agosto 2019); 57 (6): 770-774 Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/f910/188e127cd28f71a35170d581a5519393c70e.pdf>

**ANEXO 1            ALTERACIONES CUTÁNEAS EN PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA**

**Número de cohorte:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Internamiento:** \_\_\_\_\_ **Tiempo de seguimiento:** \_\_\_\_\_

**Número de paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Registro:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** M F **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Fecha de firma de CI:** \_\_\_\_\_ **Fotos:** Si No

**Diagnóstico de Ingreso:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico Dermatológico Previo:** \_\_\_\_\_

**Comorbilidades:** \_\_\_\_\_

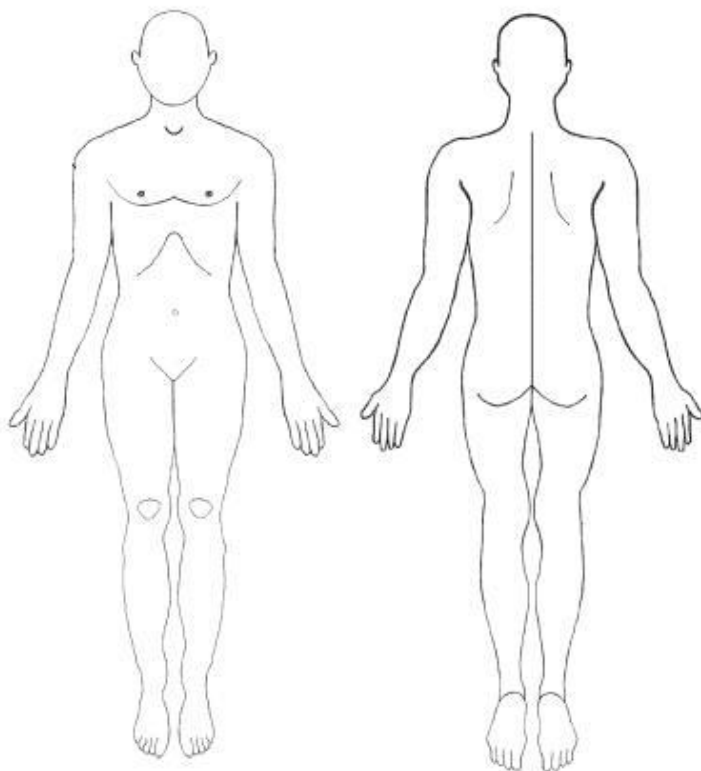
**Medicamentos que toma el paciente:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hallazgos obtenidos en Exploración Física:**

**Infecciones cutáneas** (virales, bacterianas, por hongos)



Marcar sitio(s) afectado(s)



Tipo(s) de infección:

**Evolución:** \_\_\_\_\_ meses

Sintomatología:

- Prurito 1-10
- Dolor 1-10
- Ardor 1-10

Foto Si/no

Dermatoscopia Si/no

Biopsia Si/no

Resultado:

Cultivo Si/no

Resultado:

Tratamiento iniciado:

Resolvió la Dermatitis: Sí/no

Tiempo de Resolución: \_\_\_\_\_ días

La dermatitis la presentaba desde antes de su ingreso: Sí/no

En caso de ser Afirmativo:

Empeoró a su ingreso: Sí/no

Modificó tiempo de estancia hospitalaria: Sí/no

Causó Mortalidad: Sí/no

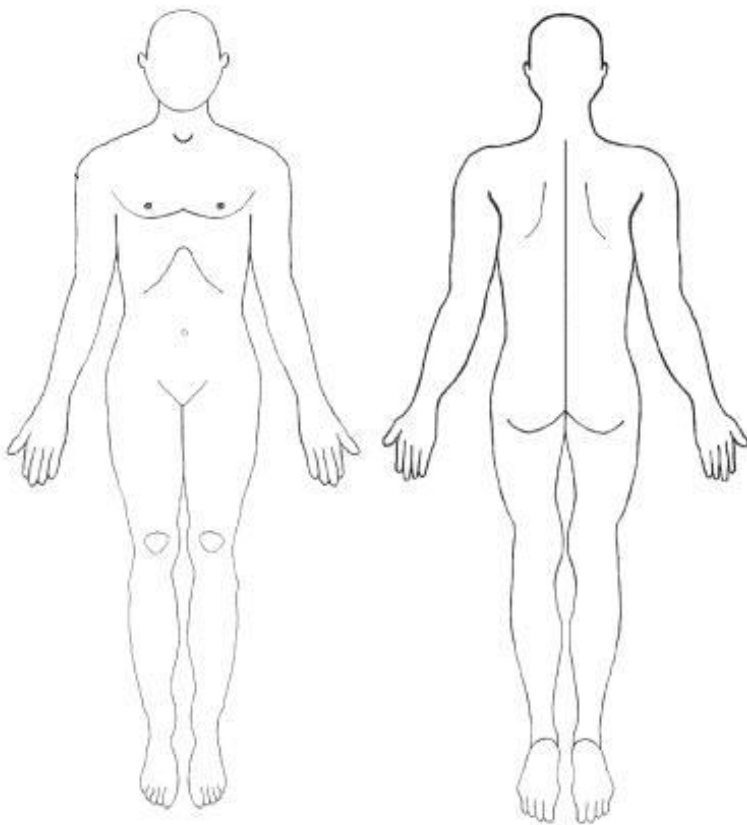
Se encontró algún factor de riesgo para presentar dermatitis: Si/no

En caso de ser afirmativo:

Factores de riesgo involucrados:

### **Reacciones a Fármacos**

Marcar sitio(s) afectado(s)



Tipo(s) de Reacción a Fármacos:

Se considera una RAF Grave o No grave

**Evolución:** \_\_\_\_\_ días

Sintomatología:

- Prurito 1-10
- Dolor 1-10
- Ardor 1-10

Foto Si/no

Dermatoscopia Si/no

Biopsia Si/no

Resultado:

Tratamiento iniciado:

Resolvió la Dermatitis: Sí/no

Tiempo de Resolución: \_\_\_\_\_ días

La dermatitis la presentaba desde antes de su ingreso: Sí/no

En caso de ser Afirmativo:

Empeoró a su ingreso: Sí/no

Modificó tiempo de estancia hospitalaria: Sí/no

Causó Mortalidad: Sí/no

Se encontró algún factor de riesgo para presentar dermatosis: Si/no

En caso de ser afirmativo:

Factores de riesgo involucrados:

Fármaco probablemente involucrado:

Fue necesario cambiar el fármaco: Sí/No

En caso de ser una RAF Grave:

Porcentaje Corporal Afectado:

Afección a otros Órganos: Sí/ No

Cuáles:

Laboratorios Iniciales:

Leucocitos:\_\_\_\_\_ Neutrófilos:\_\_\_\_\_ Eosinófilos:\_\_\_\_\_

Linfocitos:\_\_\_\_\_

Glucosa:\_\_\_\_\_ Creatinina:\_\_\_\_\_ BUN:\_\_\_\_\_

Bicarbonato:\_\_\_\_\_ AST:\_\_\_\_\_ ALT:\_\_\_\_\_ FA:\_\_\_\_\_

GGT:\_\_\_\_\_

Laboratorios 72 hrs:

Leucocitos:\_\_\_\_\_ Neutrófilos:\_\_\_\_\_ Eosinófilos:\_\_\_\_\_

Linfocitos:\_\_\_\_\_

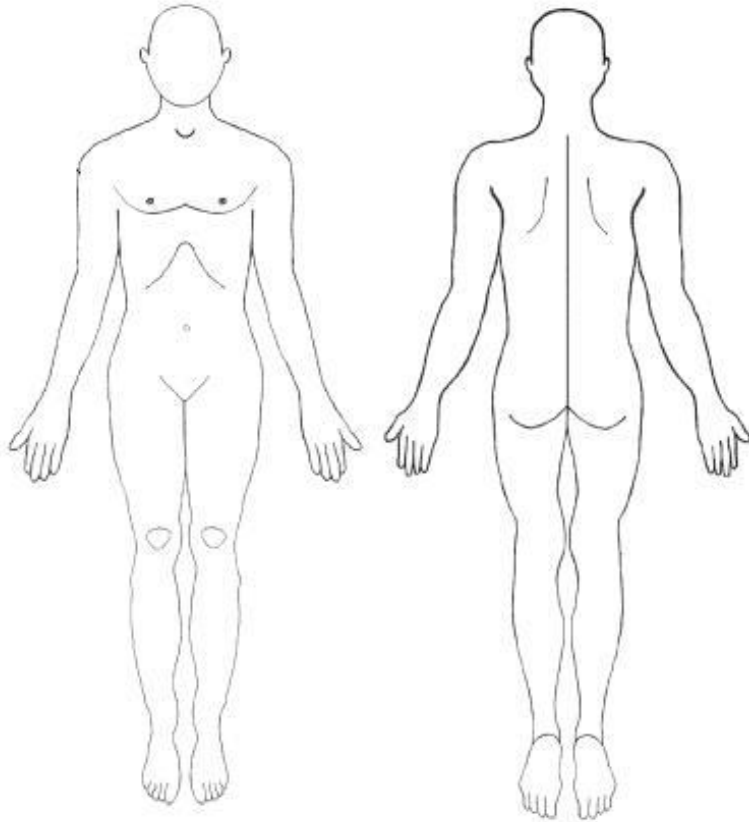
Glucosa:\_\_\_\_\_ Creatinina:\_\_\_\_\_ BUN:\_\_\_\_\_

Bicarbonato:\_\_\_\_\_ AST:\_\_\_\_\_ ALT:\_\_\_\_\_ FA:\_\_\_\_\_

GGT:\_\_\_\_\_

### **Dermatitis por Contacto**

Marcar sitio(s) afectado(s)



Tipo(s) de DXC:

**Evolución:** \_\_\_\_\_ días

Sintomatología:

- Prurito 1-10
- Dolor 1-10
- Ardor 1-10

Foto Si/no

Biopsia Si/no

Resultado:

Tratamiento iniciado:

Resolvió la Dermatitis: Sí/no

Tiempo de Resolución: \_\_\_\_\_ días

La dermatitis la presentaba desde antes de su ingreso: Sí/no

En caso de ser Afirmativo:

Empeoró a su ingreso: Sí/no

Modificó tiempo de estancia hospitalaria: Sí/no

Causó Mortalidad: Sí/no

Se encontró algún factor de riesgo para presentar dermatitis: Si/no

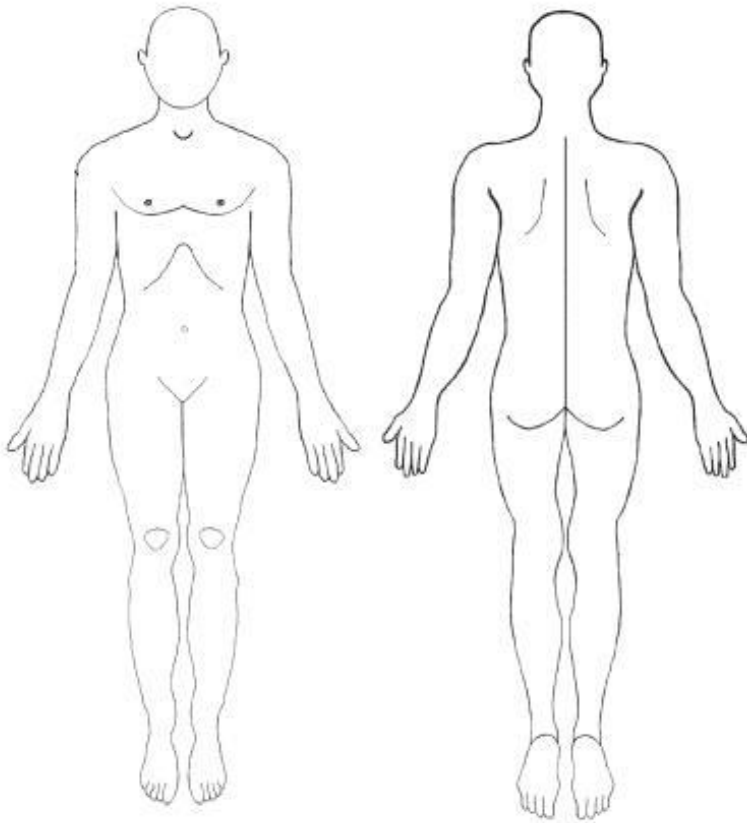


En caso de ser afirmativo:

Factores de riesgo involucrados:

### **Miliaria**

Marcar sitio(s) afectado(s)



Tipo(s) de Miliaria:

**Evolución:** \_\_\_\_\_ días

Sintomatología:

- Prurito 1-10
- Dolor 1-10
- Ardor 1-10

Foto Si/no

Biopsia Si/no

Resultado:

Tratamiento iniciado:

Resolvió la Dermatitis: Sí/no

Tiempo de Resolución: \_\_\_\_\_ días

La dermatitis la presentaba desde antes de su ingreso: Sí/no

En caso de ser Afirmativo:

Empeoró a su ingreso: Sí/no

Modificó tiempo de estancia hospitalaria: Sí/no

Causó Mortalidad: Sí/no

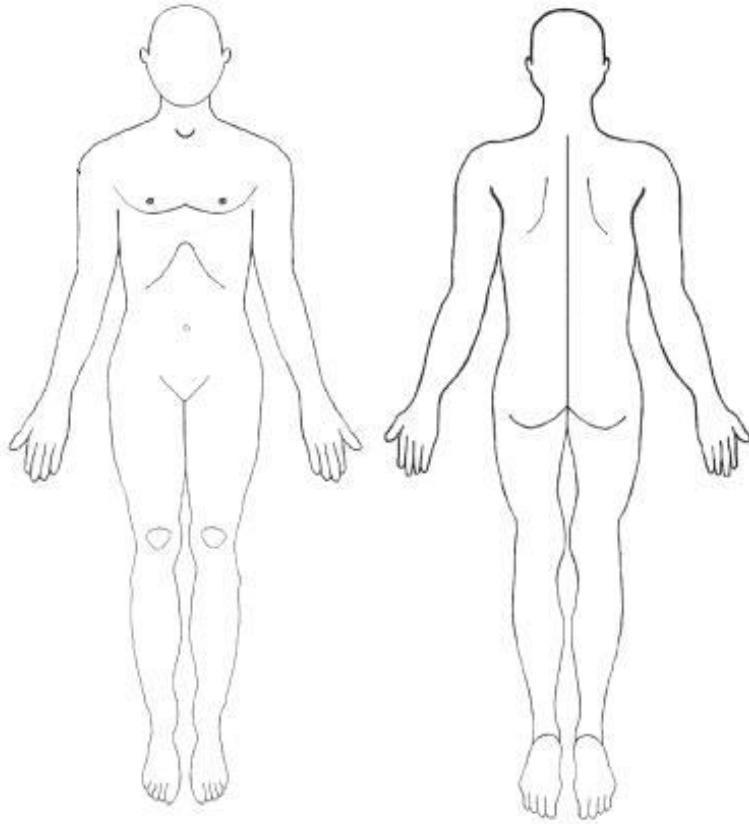
Se encontró algún factor de riesgo para presentar dermatosis: Si/no

En caso de ser afirmativo:

Factores de riesgo involucrados:

**Otras dermatosis**

Marcar sitio(s) afectado(s)



Tipo(s) de Dermatitis:

**Evolución:** \_\_\_\_\_ días

Sintomatología:

- Prurito 1-10
- Dolor 1-10
- Ardor 1-10

Foto Si/no

Biopsia Si/no

Resultado:

Tratamiento iniciado:

Resolvió la Dermatitis: Sí/no

Tiempo de Resolución: \_\_\_\_\_ días

La dermatitis la presentaba desde antes de su ingreso: Sí/no

En caso de ser Afirmativo:

Empeoró a su ingreso: Sí/no

Modificó tiempo de estancia hospitalaria: Sí/no

Causó Mortalidad: Sí/no

Se encontró algún factor de riesgo para presentar dermatitis: Si/no

En caso de ser afirmativo:

Factores de riesgo involucrados: