



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**“CASO CLÍNICO Y PLAN DE CUIDADOS DE PACIENTE CON NECRÓLISIS
EPIDÉRMICA TÓXICA, SCORTEN 3 PUNTOS”**

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

HERNÁNDEZ MACEDO BEYANETH

ASESORA DE TESIS:

MTRA. ADELA MARTÍNEZ PERRY



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

Este logro se lo dedico a Dios, por darme fortaleza, inteligencia, sabiduría, paciencia, por darme una familia bendecida, que me apoya, me motiva y, sobre todo, me ama.

A mi madre Gloria Macedo Peralta, porque desde pequeña ha sido el mejor ejemplo del amor más puro que pueda existir, porque ha sido mi guía, porque al igual que yo se esforzó, me apoyo, siempre creyó en mí y nunca me dejó sola.

A mis hermanos Ruby, Liz y Efraín, por apoyarme, motivarme, cuidarme y quererme mucho.

A mi papá (Q. E. P. D) que desde el cielo me mira y sé que está orgulloso de mí, porque el siempre creyó que yo puedo lograr lo que me proponga.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi madre y hermanos por darme todo lo que necesite durante la carrera.

Gracias a mis docentes, en especial y de la manera más sincera a mi directora de carrera Adela Martínez Perry, que ha sido un ejemplo y motivación en mi profesión, a mis maestras, Yanely, Lairselt y Alma Gisela, que más que mis maestras fueron como mi familia, siempre pendiente de mi rendimiento y con toda la disponibilidad para compartir sus conocimientos.

Gracias a todos los profesionales que en conjunto fueron parte de mi formación y sin duda han dejado una parte de su conocimiento que ahora es plasmada en mí. Y claro que no lo hubiera podido hacer sin mis amigos Valeria, Edson, Fernanda y Martha, a veces riendo mucho, a veces muy estresados, pero siempre juntos.

Agradezco a la Universidad de Sotavento por abrirme sus puertas, por brindarme una excelente atención, enseñanza, aprendizaje y por permitirme convertir en un ser profesional en lo que me apasiona.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| Índice | 4 |
| Introducción | 5 |
| Definición, incidencia y epidemiología de la Necrólisis Epidérmica Tóxica. | 6 |
| Etiología..... | 7 |
| Fisiopatología | 7 |
| Diagnóstico..... | 8 |
| Tratamiento | 9 |
| Historia clínica | 10 |
| Antecedentes Heredo Familiares | 10 |
| Antecedentes Personales Patológicos..... | 12 |
| Padecimiento actual | 12 |
| Exploración física | 13 |
| Estudios de laboratorio..... | 14 |
| Valoración de Enfermería | 14 |
| Intervenciones de Enfermería | 15 |
| Razonamiento diagnóstico 1 | 16 |
| Plan de cuidados 1 | 17 |
| Razonamiento diagnóstico 2..... | 19 |
| Plan de cuidados 2..... | 20 |
| Razonamiento diagnóstico 3..... | 22 |
| Plan de cuidados 3..... | 23 |
| Evolución | 25 |
| Conclusión..... | 26 |
| Recomendaciones..... | 27 |
| Referencias bibliográficas | 28 |

INTRODUCCIÓN

La necrólisis epidérmica tóxica (NET) es una reacción cutánea adversa de tipo inmunológico secundaria en la mayor parte de los casos a la administración de un fármaco. La NET, el síndrome de Steven Johnson y el eritema exudativo multiforme forman parte del mismo espectro de enfermedad. La mortalidad de la necrólisis epidérmica tóxica es alrededor del 30%. La fisiopatología de la necrólisis epidérmica tóxica es semejante en muchos aspectos a la de las quemaduras dérmicas superficiales. La afectación mucosa del epitelio ocular y genital se asocia con secuelas graves si no se trata de forma temprana. Se acepta en general que los pacientes con necrólisis epidérmica tóxica son tratados mejor en unidades de grandes quemados, donde existe experiencia en el manejo de enfermos con pérdida cutánea extensa.

De los tratamientos ensayados sólo se usa actualmente en la mayor parte de los centros la inmunoglobulina G y la ciclosporina A, aun cuando no existe evidencia sólida para recomendar ningún tratamiento específico. Entre los aspectos particulares del tratamiento de esta enfermedad se encuentra la prevención de secuelas relacionadas con la formación de sinequias, los cuidados oculares para prevenir secuelas graves que pueden conducir a la ceguera, y el tratamiento específico inmunosupresor. Un mejor conocimiento de los principios del manejo de la NET llevará a un mejor manejo de la enfermedad, a una mayor supervivencia y una menor prevalencia de las secuelas.

Para el manejo adecuado de este tipo de padecimientos, es necesario el estudio de casos clínicos, como el que a continuación se analiza, a través del método enfermero, y de esta manera sirva como una base para continuar en la capacitación y educación continua del equipo multidisciplinario, específicamente para el área de enfermería, que en ocasiones se enfrenta a casos clínicos o enfermedades raras o poco comunes.

DEFINICIÓN, INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA DE LA NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA.

La necrólisis epidérmica tóxica es una reacción cutánea adversa de tipo inmunológico secundaria en la mayor parte de los casos a la administración de un fármaco. La necrólisis epidérmica tóxica, el síndrome de Steven Johnson y el eritema exudativo multiforme forman parte del mismo espectro de enfermedad. La mortalidad de la necrólisis epidérmica tóxica es alrededor del 30%. La fisiopatología de la necrólisis epidérmica tóxica es semejante en muchos aspectos a la de las quemaduras dérmicas superficiales.

La afectación mucosa del epitelio ocular y genital se asocia con secuelas graves si no se trata de forma temprana. Se acepta en general que los pacientes con necrólisis epidérmica tóxica son tratados mejor en unidades de grandes quemados, donde existe experiencia en el manejo de enfermos con pérdida cutánea extensa. El tratamiento es de soporte, eliminación y cobertura con derivados biosintéticos de la piel de las zonas afectadas, tratamiento de la afectación mucosa, y tratamiento inmunosupresor específico. De los tratamientos ensayados sólo se usa actualmente en la mayor parte de los centros la inmunoglobulina G y la ciclosporina A, aun cuando no existe evidencia sólida para recomendar ningún tratamiento específico.

Entre los aspectos particulares del tratamiento de esta enfermedad se encuentra la prevención de secuelas relacionadas con la formación de sinequias, los cuidados oculares para prevenir secuelas graves que pueden conducir a la ceguera, y el tratamiento específico inmunosupresor. Un mejor conocimiento de los principios del manejo de la necrólisis epidérmica tóxica llevará a un mejor manejo de la enfermedad, a una mayor supervivencia y una menor prevalencia de las secuelas.

ETIOLOGÍA

Los fármacos desencadenan más del 50% de los casos de síndrome de Stevens-Johnson y hasta el 95% de los casos de necrólisis epidérmica tóxica.

Los fármacos causantes más frecuentes son:

- Sulfamidas (p. ej., sulfasalazina)
- Otros antibióticos (p. ej., amino penicilinas [en general ampicilina o amoxicilina], fluoroquinolonas, cefalosporinas)
- Anticonvulsivos (p. ej., fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, ácido valproico y sus derivados, lamotrigina)
- Antiinflamatorios no esteroideos (p. ej., piroxicam, meloxicam)
- Antirretrovirales (p. ej., nevirapina)
- Otros (p. ej., alopurinol, clormezanona)

Los casos no provocados por fármacos se atribuyen a:

- Infecciones (en su mayoría por *Mycoplasma pneumoniae*)
- Vacunación
- Enfermedad injerta versus huésped

Raras veces, no se logra identificar la causa.

FISIOPATOLOGÍA

Se desconoce el mecanismo exacto del síndrome de Stevens-Johnson y de la necrólisis epidérmica tóxica; no obstante, una teoría sostiene que la alteración del metabolismo farmacológico (p. ej., la falta de eliminación de metabolitos reactivos) en algunos pacientes desencadena una reacción citotóxica mediada por células T a los antígenos del fármaco en los queratinocitos. Las células T CD8 + se han identificado como mediadores importantes de la formación de ampollas.

Hallazgos sugieren que la granulo lisina liberada por las células T citotóxicas y las células naturales Killer pueden participar en la muerte del queratinocito; la concentración de granulo lisina en el líquido de las ampollas se correlaciona con la gravedad de la enfermedad. También se ha encontrado que la interleucina-15 aumenta en pacientes con síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica y que incrementa la producción de granulicina. Según otra teoría, las interacciones entre el Fas (un receptor de la superficie celular que induce la apoptosis) y su ligando, sobre todo una forma soluble de ligando del Fas liberado desde las células mononucleares, lleva a la muerte celular y formación de ampollas. Se ha sugerido una predisposición genética para el síndrome de Steven Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica.

DIAGNÓSTICO

Histológicamente se ha documentado la existencia de necrosis de la epidermis y proceso inflamatorio en la dermis.

Aunque no es indispensable, en los pacientes con cuadro clínico sugestivo de SSJ/NET, se puede practicar una biopsia de piel para confirmación diagnóstica, extremando la asepsia para evitar infecciones. El diagnóstico clínico se puede complementar con biometría hemática (que puede indicar eosinofilia, linfocitosis con linfocitos atípicos, leucopenia, anemia normocítica, velocidad de eritrosedimentación globular aumentada), tiempos de coagulación (tiempo de protrombina y tromboplastina alargados) perfil hepático completo (hipoproteinemia, aumento de transaminasas, hipercolesterolemia), hemocultivos, de piel, de orina y si es necesario de orificios corporales.

Realizar estudios complementarios en los pacientes con diagnóstico clínico de SSJ/NET que ayudarán a establecer el abordaje integral del paciente.

TRATAMIENTO

La infusión intravenosa de inmunoglobulinas, por su acción que inhibe la apoptosis de los queratinocitos demostrada in vitro, podría bloquear la evolución de la SSJ/NET. Se ha descrito su administración en una serie de 10 casos de NET en los que no hubo mortalidad y en otros casos aislados, aunque es probable que estos pacientes fueran casos de buen pronóstico. El sustento teórico de esta posibilidad terapéutica la hace atractiva, pero no está exenta de riesgos, debe ser iniciada precozmente, y es notablemente cara.

El uso de inmunoglobulina tiene pocos efectos secundarios. Habitualmente son bien toleradas, aunque pueden surgir fenómenos exantemáticos, mialgias, cefalea, reacciones de hipersensibilidad o anafilácticas en pacientes con déficit de inmunoglobulina A, anemia hemolítica, meningitis aséptica, alteraciones renales (conviene disminuir la dosis en pacientes con insuficiencia renal) y episodios trombóticos por aumento de la viscosidad sanguínea.

Asimismo, se recomienda el uso de clorhexidina 0.05% como tratamiento complementario local en pacientes con SSJ en lesiones orales.

Algunos fármacos indicados en el tratamiento de Síndrome de Stevens Johnson, según las guías de práctica clínica disponible en México son: Enoxaparina Metamizol sódico, Clonixinato de lisina, Tobramicina, Prednisona, Hipromelosa, Clioquinol, Alibour.

Este síndrome en el contexto de la pérdida cutánea, se asocia con cambios sistémicos y su tratamiento debe realizarse en una unidad de grandes quemados por un equipo interdisciplinario compuesto por especialistas en cuidados intensivos, cirugía plástica, dermatología y oftalmología

HISTORIA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: E.A.M.G

Edad: 25 años

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 14.08.1997

Lugar de nacimiento: Huazuntlán, Ver.

Lugar de residencia: Huazuntlán, Ver.

Religión: cristiano

Nacionalidad: mexicana

Raza: mestiza

Tipo de interrogatorio: directo

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

Vivienda

Paciente proveniente de estrato socioeconómico bajo, habita en zona rural, vive en casa prestada, construida de materiales perdurables, cuenta con 3 cuartos en total, con adecuada ventilación e iluminación, baño extradomiciliario, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua, luz, drenaje y gas) así como todos los servicios extradomiciliarios (alumbrado público, seguridad pública, pavimentación, alcantarillado, recolección de basura cada tercer día. Niega vivir cerca de zonas de desechos biológicos, infecciosos o radioactivos. En la casa habitan 4 personas en total, hacinamiento positivo. El paciente duerme solo en su habitación, niega tener plantas y alfombras dentro de su habitación, refiere convivencia con animales (perros, gallos y gatos). Tiene 4 plantas ubicadas fuera de la casa, con las cuales no tiene contacto directo, 1 vez a la semana realiza limpieza de la casa (barren y trapean con productos de limpieza comercial), cambio de ropa de cama y cortinas cada 15 días el cual se realiza con jabón en polvo y suavizante, lavado de cortinas cada 4 meses.

Hábitos higiénicos personales

Refiere baño diario, con cambio de ropa interior y exterior diario, cepillado dental una vez al día, lo realiza con dentífrico, lavado de manos 2 veces al día, corte de cabello cada 2 meses, corte de uñas de los metatarsianos cada mes, y corte de uñas de los metacarpianos cada 2 semanas.

Alimentación

Actualmente dieta en 5 tiempos, los alimentos son preparados por la madre. Se distribuye semanalmente en: leche 7/7 (250 ml/día), pan 7/7 (1 pieza/día), tortillas 7/7 (10 piezas/día), golosinas 3/7 (2 dulces/día), comida chatarra 2/7 (1 pieza/día), refresco 3/7 (250 ml/día), jugos 1/7 (250 ml/día), agua 1500 ml/día, verduras 2/7 (1 pieza/día), frutas 7/7 (2 pieza/día), derivados de la leche 5/7, cereales 7/7, legumbres 4/7, pollo 3/7, carne de res 2/7, carne de puerco 3/7, pescado 1/15, huevo 3/7 (1pieza/día). La dieta no cumple con todas las leyes de la alimentación (adecuada, suficiente, armonía, variedad, pureza).

Inmunizaciones

Esquema de vacunación adecuado para la edad (muestra cartilla de vacunación).

Ciclo circadiano

Duerme 8 horas al día (7 horas durante la noche y 1 hora durante el día), sueño continuo sin trastornos.

Entorno familiar

Familia nuclear integrada por madre, padre, hermano, disfuncional, el padre aporta recursos económicos, límites puestos por la madre.

Toxicomanías

Tabaquismo positivo, 5 cigarros al día desde hace 10 años, índice tabáquico 2.5.

Alcoholismo positivo, 1 vez a la semana, 5 caguamas desde hace 20 años.

Marihuana, consumo diario.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Enfermedades exantemáticas: negadas

Alergias: negadas

Cirugías: apendicectomía a los 11 años

Traumatismos: Negados

Transfusiones: positiva en septiembre del 2016 por sangrado de tubo digestivo alto sin complicaciones postransfusionales.

Grupo sanguíneo: O, RH positivo.

Hospitalizaciones y valoraciones medicas previas: diciembre del 2016 hospitalizado durante 7 días por neumonía adquirida en la comunidad, recibió tratamiento con claritromicina y oseltamivir.

Enfermedades crónicas: negadas

Infectocontagiosas: COVID negado, influenza negada, VIH negado, Hepatitis negado, tuberculosis pulmonar diagnosticado hace un mes y medio mediante BAAR en esputo positivo, inicio tratamiento con doTBAI, el 12 de septiembre del 2022, actualmente en fase intensiva.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia hace 15 días con tos no productiva y fiebre por lo que acudió a medico particular en donde iniciaron tratamiento con antibiótico no especificado, persiste con fiebre por lo que acude a Hospital de Huazuntlán, hace 6 días inicia con dermatosis caracterizada por ámpulas, las cuales se desprenden a la presión, dejando área denudada, grietas y edema, dicha dermatosis se generaliza, por lo que envían a medicina interna de este hospital el 31/10/22, se interroga de consumo de fármacos y es positivo para diclofenaco, omeprazol, cefalosporinas, Rifampicina y paracetamol, los cuales pudieron desencadenar dicha farmacodermia.

Al recibir al paciente lo encuentro en malas condiciones generales, con dermatosis diseminada que afecta el 90% de la superficie corporal incluyendo mucosas y conjuntivas lo que corresponde con necrólisis epidérmica toxica, se inicia

fluidoterapia, manejo del dolor, se suspenden fármacos, sin embargo, cursa con falla hepática y lesión renal aguda. Actualmente persiste con dolor EVA 10/10.

EXPLORACION FÍSICA

Somatometría

Peso: 63 kg

Talla: 172 cm

Signos vitales

Peso: 75 kg

Talla: 1,67 m

FC: 97x min

Fr: 22 x min

Temperatura: 36.3 °C

TA: 100/70 mmHg

Saturación de oxígeno: 96%

FiO2: 21%

Inspección general:

Paciente masculino, de edad aparente igual a la cronológica, mal aliñado, somnoliento, en decúbito dorsal, con actitud antiálgica, de constitución delgada, biotipo ectomorfo, facies dolorosa, orientado en las 3 esferas (tiempo, lugar y espacio) cooperador a la exploración, tranquilo.

Exploración neurológica:

El paciente se encuentra consciente y orientado, valoración en escala de Glasgow 15 puntos.

ESTUDIOS DE LABORATORIO

31/10/22

Gluc. 72, BUN 13.4, Urea 28.7, Cr 1,12, Acido úrico 3.8, colesterol 87, triglicéridos 145, bilirrubina 6.42, BD 5.33. BI 1. Alb 3.7, ALT 258, AST 258, AST 589, FA 1558, DHL 445, Ca 6.7, Leuc 10200, Linf 1000, Hb 12,2, Hto 36.5, Plaq 53 mil, TP 20.7, INR 2,12, TTP 43.8.

31/10/22

Leuc 13800, Hb 10.8, plaq 120 mil, TGO 323, TGP 170, DHL 661.

30/10/22

Leuc 18200, plaq 195 mil, BT 4.4, TGO 108, FA 1433, Gluc 118, Cr 1,28, Ac Úrico 9.8, Urea 50, VIH Negativo.

DIAGNÓSTICO:

- Necrólisis epidérmica tóxica SCORTEN 3 puntos
- Falla hepática aguda
- Lesión renal aguda KDIGO2
- Trombocitopenia moderada
- Sangrado de tubo digestivo bajo
- Tuberculosis pulmonar

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Paciente masculino de 25 años de edad, normo cefálico, cursando el tercer día de estancia hospitalaria en aislamiento, se observa facies simétricas, cabello oscuro corto, cuello cilíndrico, tez morena, con presencia de necrólisis epidérmica, consciente, orientado, piel cálida al tacto, con presencia de lesiones generalizadas de tegumentos, refiere dolor lumbar, acceso intravenoso permeable, micciones presentes, paciente cooperador, aunque refiere sentir temor ante su diagnóstico, y se observa decaído.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO 1

| DATOS SIGNIFICATIVOS | AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS | TIPO DE DIAGNÓSTICO | IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO | CATEGORÍA DIAGNÓSTICA | FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO | CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS | DIAGNÓSTICO ENFERMERO |
|---|--|-----------------------|--|---|-----------------------------------|------------------------------|---|
| Paciente masculino 25 años de edad Lesiones en piel (dermatosis generalizada) Tuberculosis pulmonar positiva Daño renal Sangrado de tubo digestivo bajo Peso: 75 kg Talla: IMC: T: 36.3° C FC: 97x' FR: TA: 100/ 70 mmhg Saturación de oxígeno: 96% Evaluación del dolor, (EVA 10/10) Glucosa: 72 Leucocitos:18,200 | Dolor agudo EVA 9/10 Angustia Lesiones en piel (dermatosis generalizada) Cefalea | Diagnóstico de riesgo | Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 1 Infección | Riesgo de infección (00004) | Integridad de la piel deteriorada | No aplica | Riesgo de infección relacionado con integridad de la piel deteriorada |

PLAN DE CUIDADOS 1

| NIVEL: 2 | ESPECIALIDAD: UCI | SERVICIO: UCI | SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC. | | | |
|--|----------------------|------------------|---|---|--|---------------------|
| | | | PLAN DE CUIDADOS | | | |
| DOMINIO: 11 Seguridad / Protección CLASE: 1 infección | | | RESULTADOS (NOC) | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.) Riesgo de infección relacionado con integridad de la piel deteriorada | | | DOMINIO: II, Salud fisiológica CLASE: L, Integridad tisular RESULTADO: Integridad tisular: piel y membranas mucosas | 110101. Temperatura de la piel 110104. Hidratación 110113. Integridad de la piel 110115. Lesiones cutáneas 110119. Descamación cutánea 110120. Raspado cutáneo 110121. Eritema 110123. Necrosis | 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido | Elevar a 3 |

| CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) | | |
|--|---|--|
| DOMINIO: 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO | CLASE: L, CONTROL DE LA PIEL/HERIDAS | Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica |
| INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 3590 Vigilancia de la piel | | |
| ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas 2. Vigilar el color y la temperatura de la piel 3. Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel 4. Observar si hay zonas de presión y fricción 5. Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas 6. Observar si la ropa queda ajustada 7. Documentar los cambios en la piel y las mucosas 8. Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de la integridad de la piel, según corresponda. | | <ul style="list-style-type: none"> • La profilaxis de la infección se incluye el manejo con técnica estéril. • Debridación de áreas necróticas y descamadas puede ser realizada. • Hidroterapia si es necesaria • Vendajes no adherentes en áreas desnudas. • Evitar preparaciones tópicas o sistémicas que contengan sulfas. • Mantener en una habitación cálida para evitar la hipotermia • Las causas no farmacológicas del SSJ/NET son las infecciones virales, micóticas y bacterianas (principalmente herpes simple y micoplasmas). • Los síntomas pueden preceder a las manifestaciones cutáneas de uno a 3 días y son: Fiebre, ardor en los ojos, odinofagia por lesiones de la mucosa, tos, artralgias, artritis, respiración superficial e hipotensión arterial. • En todo paciente con cuadro clínico sugestivo de SSJ/NET como: fiebre, ardor en los ojos, odinofagia, lesiones en piel (dermatosis diseminada, de predominio pluriorifical, con lesiones eritematopurpúricas que evolucionan en pocas horas a vesículas y ampollas), tos, artralgias, artritis, respiración superficial e hipotensión arterial así como ataque al estado general, se sugiere buscar el signo de Nikolsky, que es característico de las enfermedades vesículoampollosas de localización intraepidérmica, como lo es el SSJ/NET. |

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO 2

| DATOS SIGNIFICATIVOS | AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS | TIPO DE DIAGNÓSTICO | IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO | CATEGORÍA DIAGNÓSTICA | FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO | CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS | DIAGNÓSTICO ENFERMERO |
|---|---|---------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------|--|---|
| Paciente masculino 25 años de edad Lesiones en piel (dermatosis generalizada) Tuberculosis pulmonar positiva Daño renal Sangrado de tubo digestivo bajo Peso: 75 kg Talla: IMC: T: 36.3° C FC: 97x' FR: TA: 100/ 70 mmHg Saturación de oxígeno: 96% Evaluación del dolor, (EVA 10/10) Glucosa: 72 Leucocitos:18,200 | Dolor agudo EVA 10/10 Angustia Lesiones en piel (dermatosis generalizada) Cefalea | Diagnostico real | Dominio: 12 Comodidad Clase: 1 comodidad física | Dolor agudo (00132) | Agente de daño biológico | Comportamiento expresivo Expresión facial del dolor Informa la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada | Dolor agudo relacionado con agente de daño biológico (NET) manifestado por comportamiento expresivo, expresión facial del dolor e informe de la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada (EVA 10/10) |

PLAN DE CUIDADOS 2

| NIVEL: 2 | ESPECIALIDAD: UCI | SERVICIO: UCI | SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC. | | | |
|---|----------------------|------------------|--|--|---|---------------------|
| | | | PLAN DE CUIDADOS | | | |
| DOMINIO: 12 COMODIDAD CLASE: 1 COMODIDAD FÍSICA | | | RESULTADOS (NOC) | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (ED. FR. CD.) Dolor agudo relacionado con agente de daño biológico (NET) manifestado por comportamiento expresivo, expresión facial del dolor e informe de la intensidad utilizando una escala de dolor estandarizada (EVA 10/10) | | | DOMINIO: V Salud percibida CLASE: V sintomatología RESULTADO: 2102 Nivel del dolor | 210201. Dolor referido 210221. Frotarse al área afectada 210217. Gemidos y gritos 210206. Expresiones faciales de dolor 210208. Inquietud | 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno | Mantener en 3 |

| CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) | | |
|---|--|---|
| DOMINIO: 2 FISIOLÓGICO BÁSICO | CLASE: E FOMENTO DE LA COMODIDAD FÍSICA | Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica |
| INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 1410 manejo del dolor agudo | | |
| ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar la intensidad del dolor durante los movimientos en las actividades de recuperación (p. ej., tos, respiración profunda, deambulación, transferencia a una silla. 2. Monitorizar el dolor utilizando una herramienta de medición válida y fiable apropiada a la edad y a la capacidad de comunicación. 3. Preguntar al paciente sobre el nivel del dolor que permita su comodidad y tratarlo apropiadamente, intentando mantenerlo en un nivel igual o inferior. 4. Asegurarse de que el paciente reciba atención analgésica inmediata antes de que el dolor se agrave o antes de las actividades que lo inducen. 5. Administrar analgésicos las 24 horas del día durante las primeras 24 a 48 horas después de la cirugía, trauma o lesión, excepto si la sedación o el estado respiratorio indican lo contrario. 6. Incorporar las intervenciones no farmacológicas a la etiología del dolor y a las preferencias del paciente, según corresponda. 7. Notificar al médico si las medidas de control del dolor no tienen éxito. | | <ul style="list-style-type: none"> • Disminución del dolor, bomba de analgesia controlada por el paciente • Se han reportado erosiones y eritema de la mucosa bucal, ocular y genital en más de 90% de los casos. Pueden afectarse los labios, mucosa oral, faringe, esófago, conjuntiva, ulceraciones corneales y uveítis. • En los pacientes con diagnóstico de SSJ es importante buscar sintomatología ocular para tratar de evitar o disminuir las secuelas a nivel ocular. • Se recomienda la monitorización estrecha de los pacientes con SSJ/NET para detectar en forma temprana disfunciones orgánicas que pongan en peligro la vida. • Reposición de líquidos y electrolitos de acuerdo a niveles séricos y superficie corporal afectada. Una buena medida para una reposición adecuada es que la diuresis se mantenga entre 0,5 y 1 ml/kg/h. Valoración periódica de osmolaridad y densidad urinaria. • Varias especialidades deben estar involucrados en el cuidado de los pacientes de SSJ/NET incluyendo medicina crítica, cirugía plástica, dermatología, infectología, oftalmología y nutrición. |

RAZONAMIENTO DIAGNÓSTICO 3

| DATOS SIGNIFICATIVOS | AGRUPACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS | TIPO DE DIAGNÓSTICO | IDENTIFICACIÓN DEL PATRÓN ALTERADO | CATEGORÍA DIAGNÓSTICA | FACTOR RELACIONADO O ETOLÓGICO | CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS | DIAGNÓSTICO ENFERMERO |
|---|--|---------------------|--|---|--|---------------------------------------|--|
| Paciente masculino 25 años de edad Lesiones en piel (dermatosis generalizada) Tuberculosis pulmonar positiva Daño renal Sangrado de tubo digestivo bajo Peso: 75 kg Talla: IMC: T: 36.3° C FC: 97x' FR: TA: 100/ 70 mmHg Saturación de oxígeno: 96% Evaluación del dolor, (EVA 10/10) Glucosa: 72 Leucocitos:18,200 | Dolor EVA 10/10 Lesiones en piel (dermatosis generalizada) Depresión Angustia Fatiga Baja autoestima | Diagnóstico real | Dominio: 6 Autopercepción Clase: 2 Autoestima | Baja autoestima situacional (00120) | Imagen corporal alterada Fatiga | Síntomas depresivos Impotencia | Baja autoestima situacional relacionada con imagen corporal alterada y fatiga, manifestada por síntomas depresivos e impotencia. |

PLAN DE CUIDADOS 3

| NIVEL: 2 | ESPECIALIDAD: UCI | SERVICIO: UCI | SELECCIÓN DE RESULTADOS ESPERADOS NOC. | | | |
|--|----------------------|------------------|---|--|--|---------------------|
| | | | PLAN DE CUIDADOS | | | |
| DOMINIO: 6 AUTOPERCEPCIÓN CLASE: 2 AUTOESTIMA | | | RESULTADOS (NOC) | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN | PUNTUACIÓN DIANA |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA (ED. FR. CD.) Baja autoestima situacional relacionada con imagen corporal alterada y fatiga, manifestada por síntomas depresivos e impotencia. | | | DOMINIO: III Salud psicosocial CLASE: M Bienestar psicológico RESULTADO: (1200) Imagen corporal | 120003. Descripción de la parte corporal afectada. 120005. Satisfacción con el aspecto corporal 120018. Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar la función corporal. 120007. Adaptación a cambios en el aspecto físico 120013. Adaptación a cambios corporales por lesión. | 1. Nunca positivo 2. Raramente positivo 3. A veces positivo 4. Frecuentemente positivo 5. Siempre positivo | Elevar a 4 |

| CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) | | |
|---|---|--|
| DOMINIO: 3 CONDUCTUAL | CLASE: R AYUDA PARA EL AFRONTAMIENTO | Guía de práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica |
| INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: (5220) Mejora de la imagen corporal | | |
| ACTIVIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. 2. Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda. 3. Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. 4. Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal según corresponda. 5. Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica 6. Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. 7. Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente | | <ul style="list-style-type: none"> • La evolución de la cicatrización cutánea tras el inicio del SSJ, es aproximadamente entre 7-10 días, aunque puede haber lesiones activas en otras zonas del cuerpo. La epitelización es completa en 20 a 30 días. • Se sugiere la incapacidad inicial por 28 días y las subsecuentes dependerán de la presencia o ausencia de complicaciones y secuelas y se determinará por las especialidades involucradas. |

EVOLUCIÓN

A pesar de un mejor conocimiento de la fisiopatología y de avances importantes en el tratamiento farmacológico de esta enfermedad, la mortalidad continúa siendo elevada. La gravedad y el riesgo de disfunción multiorgánica de la NET exigen un manejo por especialistas en el enfermo crítico con pérdida cutánea extensa, como son los que atienden a enfermos grandes quemados.

En los pacientes con SSJ/NET la pérdida de la piel puede dar:

- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Infecciones bacterianas y micóticas en piel y mucosas.
- Alteraciones endócrinas
- Insuficiencia Renal
- Edema agudo pulmonar
- Hemorragia digestiva
- Trombo-embolia pulmonar
- Sepsis, sepsis severa
- choque séptico
- Coagulación intravascular diseminada
- Falla multiorgánica
- Muerte

En el presente caso clínico, el paciente presento mejoría y fue dado de alta.

CONCLUSIÓN

Esta enfermedad grave que debe ser tratada en centros de grandes quemados, donde la experiencia en el manejo de las complicaciones de la pérdida cutánea extensa garantiza los mejores resultados.

La identificación y retirada precoz del agente agresor como primera medida mejora el pronóstico. De forma semejante a cualquier enfermo con pérdida cutánea extensa de otra causa, el paciente debe ser monitorizado de forma adecuada y recibir el tratamiento apropiado en la unidad de quemados, garantizar el acceso venoso, considerar la necesidad de intubación orotraqueal, y monitorización de los signos vitales. El manejo de la vía aérea puede requerir intubación traqueal en el contexto de las lesiones mucosas orofaríngeas y de la vía aérea superior e inferior, que causan dolor, retención de secreciones y dificultad respiratoria.

La afectación mucosa puede dar lugar a graves complicaciones agudas y crónica como el desarrollo de cicatrices cutáneas, lesiones oculares, despigmentación, complicaciones dentales, problemas genitourinarios, y enfermedades pulmonares, siendo el mejor tratamiento la prevención de la formación de sinequias en las diferentes localizaciones.

En general el tratamiento con corticoides y con ciclofosfamida se encuentra actualmente en desuso, y diferentes centros utilizan como tratamiento inmunosupresor estrategias como la inmunoglobulina o ciclosporina A. El valor de la farmacoterapia doble o multimodal es desconocido.

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere que el personal de enfermería reciba capacitación en cuanto a este tipo de padecimientos graves, ya que, al tratarse al paciente como un paciente gran quemado, existe poca capacitación sobre el manejo y abordaje según las Guías de práctica clínica, esto también sería importante abordar en la gestión del cuidado y se pueda capacitar al personal en sesiones de actualización continua.
1. Promover la no automedicación en los hogares, como un aspecto importante que pudiera desencadenar respuestas adversas del organismo que pudieran ser fatales.
2. Informar y concientizar a los pacientes que hayan sufrido de este padecimiento, sobre el riesgo que existe de volver a presentarlo. Sobre todo, acerca de los medicamentos que tienen mayor probabilidad de desencadenar este síndrome.
3. Discutir este caso con estudiantes y pasantes de enfermería, para su abordaje desde el método enfermero.
4. Insistir en el personal de enfermería, incluso desde la formación sobre la atención integral al paciente, priorizando también el lado humano y sensible de nuestros pacientes, y de esta manera ayudarles a cursar su enfermedad con mayor empatía, la cual es muy necesaria en nuestros días.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Stevens-Johnson/necrólisis epidérmica tóxica 2011, Consultado en noviembre de 2022. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/398GER.pdf>
2. Benedetti, J. (s/f). Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y necrólisis epidérmica tóxica (NET). Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 10 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/hipersensibilidad-y-trastornos-reactivos-de-la-piel/s%C3%ADndrome-de-stevens-johnson-y-necr%C3%B3lisis-epid%C3%A9rmica-t%C3%B3xica>
3. Estrella-Alonso, A., Aramburu, J. A., González-Ruiz, M. Y., Cachafeiro, L., Sánchez Sánchez, M., & Lorente, J. A. (2017). Toxic epidermal necrolysis: a paradigm of critical illness. Revista brasileira de terapia intensiva, 29(4), 499–508. Disponible en: <https://doi.org/10.5935/0103507x.20170075>
<https://www.scielo.br/j/rbti/a/kZPDJM5jvLj6GJTpDRfzmRx/?lang=es>
4. (S/f). Sld.cu. Recuperado el 08 de marzo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347523202000040012
5. Herman, H, T. Diagnósticos de Enfermería, Definiciones y Clasificación 2021-2023, NANDA Internacional, 12° edición, septiembre 2022. Nueva York, EUA. Elsevier.
6. M Bulechek Gloria, K Butcher Howard, Mc Closkey Dochterman Joanne, Clasificación de las Intervenciones de Enfermería NIC, 5° edición, 2018. EUA. Elsevier.
7. Sue Moorhead, Swanson Elizabeth, Jhonson Marion. Clasificación de los Resultados de Enfermería, NOC, Clasificación de los Resultados en Salud, 6° edición, 2018. EUA. Elsevier.

