



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE LICENCIADAS EN ENFERMERIA**

**AUTORAS: JESSICA ESTEFANIA FERNÁNDEZ ILLISACA**

**PRISCILA NOEMI VILLA CHOCHO**

**DIRECTORA: LCDA. LILIA CARINA JAYA VÁSQUEZ. MGS.**

**CUENCA - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**“INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO  
DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

**AUTORAS: JESSICA ESTEFANIA FERNÁNDEZ ILLISACA**

**PRISCILA NOEMI VILLA CHOCHO**

**DIRECTORA: LCDA. LILIA CARINA JAYA VÁSQUEZ MGS.**

**CUENCA - ECUADOR**

**2023**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

### **Declaratoria de Autoría y Responsabilidad**

Jessica Estefanía Fernández Illisaca portadora de la cédula de ciudadanía N° 0106209844 y Priscila Noemi Villa Chocho portadora de la cedula de ciudadanía N° 0105225817. Declaramos ser autoras de la obra: “Intervenciones de enfermería en pacientes con síndrome de Steven Johnson”, sobre la cual nos responsabilizamos sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaramos que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaramos finalmente que nuestra obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también nos responsabilizamos y eximimos a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 3 de octubre de 2023



JESSICA ESTEFANIA  
FERNANDEZ ILLISACA

F: .....

**Jessica Estefanía Fernández Illisaca**

**C.I. 0106209844**



PRISCILA NOEMI  
VILLA CHOCHO

F: .....

**Priscila Noemi Villa Chocho**

**C.I. 0105225817**

## CERTIFICACIÓN

Yo **LILIA CARINA JAYA VASQUEZ**, con cédula de identidad N° **0103982450** en calidad de directora del Trabajo de Titulación con el tema: “Intervenciones de enfermería en pacientes con síndrome de Steven Johnson”, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por **JESSICA ESTEFANIA FERNANDEZ ILLISACA** y **PRISCILA NOEMI VILLA CHOCHO**, bajo mi supervisión.



firmado electrónicamente por:

**LILIA  
CARINA  
JAYA  
VASQUEZ**

---

LCDA. LILIA CARINA JAYA VASQUEZ MGS.  
**DIRECTORA DEL TRABAJO DE  
TITULACIÓN DOCENTE DE LA CARRERA  
DE ENFERMERÍA**

### **Agradecimiento**

Agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en momentos de debilidad y por brindarnos una vida llena de aprendizajes y experiencias, convirtiéndonos así en profesionales dentro del área de la salud.

Agradecer eternamente a nuestros padres quienes nos han apoyado incondicionalmente a lo largo de nuestra vida personal y profesional, y como no agradecer a nuestros esposos quienes supieron estar con nosotras brindándonos su cariño y apoyo a lo largo de esta carrera y proyecto de titulación.

De manera muy especial expresamos nuestro eterno agradecimiento a la Lcda. Lilia Jaya Vásquez, quien fue nuestra tutora, docente y amiga, quien con sus enseñanzas, conocimientos y experiencias nos supo guiar desde el primer momento para nuestro trabajo de titulación, le agradecemos por su dedicación, paciencia y consejos porque sin sus palabras y correcciones no hubiésemos podido lograrlo.

**Jessica Estefanía Fernández Illisaca**

**Priscila Noemi Villa Chocho**

### **Dedicatoria**

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta.

A mis padres, por todo su amor y por su motivación a seguir hacia adelante y seguir avanzando.

También a mis hijos Pablo y Josué por brindarme su apoyo en cada acción que realizaba.

Y, finalmente, a mi esposo el cual ha estado conmigo en todo este proceso y fue un pilar fundamental para culminar mi carrera.

**Jessica Estefanía Fernández Illisaca**

### **Dedicatoria**

Dedico mi tesis a mis padres Mauro y Miriam quienes siempre me han apoyado incondicionalmente, a los dos que a pesar de la distancia siempre me enseñaron el valor del esfuerzo y sacrificio, gracias por estar siempre conmigo en los buenos y malos momentos, este logro se los dedico con mucho amor porque siempre fueron mi motor para seguir adelante.

A mi hermana Alexandra, quien siempre me ha motivado a seguir adelante en todo momento. Tu apoyo ha sido fundamental para lograr culminar esta tesis, gracias por ser mi compañera y por enseñarme la importancia de la dedicación y el trabajo constante.

A mi querida abuelita Luz, quiero expresarle mi agradecimiento por ser mi segunda madre, todo lo que soy en la vida se lo debo al cuidado y dedicación es por eso por lo que mi amor es eterno hacia ella.

A mi esposo Ismael se lo dedico con amor y cariño, por su sacrificio y esfuerzo por estar en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo, este logro no es solo mío este logro es de los dos.

**Priscila Noemi Villa Chocho**

**Índice**

Resumen.....	9
Abstract.....	10
Introducción.....	11
Metodología.....	14
Resultados y Discusión.....	16
Prevalencia del Síndrome de Stevens-Johnson a nivel mundial.....	16
Factores de riesgo para desarrollar Síndrome de Stevens-Johnson.....	17
Complicaciones asociadas al Síndrome de Stevens-Johnson.....	19
Abordaje Terapéutico del Síndrome de Stevens-Johnson.....	20
Intervenciones de Enfermería en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson. .....	21
Conclusiones.....	23
Referencias Bibliográficas.....	25

## Resumen

**Introducción:** el Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una toxicodermia considerada como urgencia dermatológica, cuya ocurrencia se asocia en su mayoría a reacciones adversas a medicamentos o procesos infecciosos, se debe priorizar el manejo integral que prevenga la aparición de complicaciones y secuelas. **Objetivo:** Realizar una revisión bibliográfica respecto a las Intervenciones de Enfermería en pacientes con Síndrome de Stevens-Johnson. **Metodología:** La presente investigación se corresponde con una revisión bibliográfica de tipo narrativa, resultado de la búsqueda de artículos científicos contenidos en bases de datos indexadas como Scopus, Science Direct, PubMed, Web of Science, Google Académico, Springer Link, Redalyc. **Resultados:** el SSJ mantiene valores de prevalencia fluctuantes en diversas regiones, a nivel de Latinoamérica es difícil determinar su frecuencia debido a la heterogeneidad de los casos, es así que la lista de factores de riesgo es diversa en virtud de la reacción intrínseca de cada organismo; la asociación con mayor evidencia se relaciona con medicamentos como (anticonvulsivantes, anticancerígenos, vacunas, antibióticos, inhibidores de la ciclooxigenasa-2, vacunas, alopurinol) y las complicaciones comúnmente descritas son aquellas que afectan a la piel y mucosas, se considera a la ceguera como la secuela permanente de mayor trascendencia. **Conclusiones:** el manejo del SSJ debe cubrir las necesidades individuales de los individuos afectados, el rol del personal de enfermería será decisivo de la evolución favorable, por la cercanía con el paciente, pese a la falta de protocolos las principales intervenciones se centran en la prevención de infecciones, cuidado de heridas, manejo de confort, nutrición y prevención de alteraciones hídricas.

**Palabras clave:** Síndrome de Stevens-Johnson, Planificación de Atención al Paciente, Efectos Colaterales y Reacciones Adversas Relacionados con Medicamentos, Manejo de la Enfermedad.

### **Abstract**

**Introduction:** Stevens-Johnson Syndrome (SJS) is a toxicoderma considered a dermatologic emergency; its occurrence is mostly associated with adverse reactions to drugs or infectious processes, and priority should be given to comprehensive management to prevent the appearance of complications and sequelae. **Objective:** To conduct a bibliographic review of nursing interventions in patients with Stevens-Johnson syndrome. **Methodology:** The present research involves a narrative-type bibliographic review. It is derived from searching scientific articles in indexed databases such as Scopus, Science Direct, PubMed, Web of Science, Google Scholar, Springer Link, and Redalyc. **Results:** SJS maintains fluctuating prevalence values in various regions. At the Latin American level, it is difficult to determine its frequency due to the heterogeneity of the cases. Therefore, the list of risk factors is diverse, given the intrinsic reaction of each organism. The most evidenced association is related to drugs (anticonvulsants, anticancer drugs, vaccines, antibiotics, cyclooxygenase-2 inhibitors, allopurinol). The most commonly described complications are those affecting the skin and mucous membranes, and blindness is considered the most important permanent sequel. **Conclusions:** Managing SJS should address the individual needs of affected individuals. The nursing staff plays a crucial role in ensuring favorable outcomes due to their proximity to the patient. Despite the absence of standardized protocols, primary interventions focus on infection prevention, wound care, comfort management, nutrition, and prevention of fluid imbalance.

**Keywords:** Stevens-Johnson Syndrome, Patient Care Planning, Drug-Related Side Effects and Adverse Reactions, Disease Management.

## Introducción

Uno de los problemas de salud pública de mayor interés a nivel mundial son las reacciones adversas a medicamentos, dentro de las mismas, destacan las entidades: Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la Necrólisis epidérmica tóxica (NET), por su elevada mortalidad y falta de tratamiento eficaz (1). La tasa de mortalidad por SSJ y NET es tan alta como 1–5% y 25–30% respectivamente, y habrá un daño multiorgánico a largo plazo después de la etapa aguda. Alrededor de la mitad de los pacientes tendrán secuelas cutáneas (19,3 %), orofaríngeas (4 %), oculares (20,6 %), urológicas (2,0 %), gastrointestinales (0,67 %), del sistema genital (5,3 %), psicológicas (71%) y repercusión negativa en su calidad de vida (2,3).

El SSJ es una enfermedad mucocutánea considerada una urgencia dermatológica que ocurre predominantemente en el contexto de una reacción adversa rara a fármacos o derivada de determinados procesos infecciosos; su curso clínico inicial se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneo-mucosas de presentación céfalo-caudal y el desprendimiento de la epidermis, reconociéndose a la NET como su forma complicada (4–6). Su fisiopatología es indeterminada definiéndose de origen prodrómico, en donde la respuesta inflamatoria provoca lesiones necróticas de los queratinocitos por medio de la acción de linfocitos T y proteínas tales como granulinsina y ligando FAS, que posteriormente se producen la infiltración de linfocitos a nivel perivascular, apreciándose lesiones más frecuentes a nivel cutáneo, sobre todo en regiones ocular, genital y oral (7–10).

Cerca del 70-90% de los afectados se debe a la interacción con fármacos tales como: la sulfadiazina, carbamazepina, ácido valproico, lamotrigina, sulfonamidas, trimetoprima-sulfametoxazol, fenitoína, fenobarbital, sertralina, antiinflamatorios no esteroideos, macrólidos, quinolonas, cefalosporinas (Cefixima, ceftriaxona, cefalexina, cefuroxima), amoxicilina, ampicilina, fármacos imidazólicos, antifúngicos, alopurinol, corticoides, tramadol, esquemas de antibioticoterapia, etc. El 5 al 20% restante se relaciona con eventos infecciosos con agentes etiológicos como virus Epstein-Barr, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), herpes, estreptococo beta-hemolítico, agentes micobacterianos, difteria, bacterias de la familia rickettsiaceae, virus coxsackie, mycoplasma pneumoniae, citomegalovirus, entre otros (5,11–13).

La clasificación basada porcentaje del área de desprendimiento de piel: SSJ mayor al 10%, superposición del SSJ-NET 10 -30% y la NET mayor al 30%; existen manifestaciones previas

relacionadas a síntomas constitucionales (malestar general, poliartralgias, fiebre) y alteraciones de las vías respiratorias (odinofagia), días antes de la aparición de los síntomas cutáneos destaca la presencia de una erupción eritematosa dolorosa con presencia de ampollas y zonas de erosión, el signo de Nikolsky se manifiesta como positivo cuando visibiliza erosión cutánea luego de ejercer ligera presión sobre dicha zona, se suman las afectaciones mucosas, dentro de las cuales las habituales son conjuntivitis bilateral, erosiones orales, vaginitis, balanitis, disuria (14–17).

El diagnóstico depende de las manifestaciones clínicas que incluyan la presencia de lesiones en diana con zonas de necrosis epidérmica central y eritema macular que afecte a dos o más regiones mucocutáneas con un compromiso <30% de la superficie corporal total, en el cual el Signo de Nikolsky juega un papel fundamental, aun cuando la confirmación depende la identificación histopatológica mediante la toma de biopsia en donde se observe la presencia de infiltrado de linfocitos a nivel perivascular además de dermis inflamada y linfocitos acuminados a nivel de la unión dermoepidérmica, con un patrón característico de queratinocitos necróticos (18,19).

Ante la potencialidad de sus complicaciones esta patología exige la aplicación de medidas terapéuticas tempranas e integrales, siendo el reconocimiento precoz y la suspensión de los agentes nocivos el pilar principal al cual se añaden los cuidados de soporte necesarios para aumentar la tasa de supervivencia; dentro de los cuales se menciona elevar la temperatura del ambiente de 28°C hasta 30°C reduciendo la pérdida de calor, reposición de líquidos debido a las erosiones que generan riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico e hipovolemia, el apoyo nutricional se basa en el número elevado de pacientes que presentan disfagia, siendo un estado catabólico que debe sustentarse con nutrición enteral hiperproteica e hipercalórica (20).

El manejo farmacológico, se considera controversial el uso de corticoides sistémicos, sin embargo, la utilización de 30 a 40mg de Prednisolona o Metilprednisolona permite el acortamiento del periodo de curación, es decir la administración precoz de pulsos intravenosos en lapsos cortos de tiempo aumentan los efectos beneficiosos y reducen la predisposición de infecciones (21,22). Adicionalmente la prescripción de inmunoglobulinas dentro de las 72 horas posteriores al surgimiento de las lesiones ampollosas, buscando la inhibición de la apoptosis de los queratinocitos, otro agente inmunosupresor de alto consumo es la ciclosporina, cuyo valor terapéutico aumenta en los casos de NET; la plasmaféresis ofrece beneficios por la eliminación de los fármacos, metabolitos y mediadores citotóxicos en la sangre, en comparación con la

hemodiálisis ambos cumplen con el objetivo de acelerar la eliminación de las sustancias nocivas, al ser la enfermedad tromboembólica muy frecuente en estos individuos se recomienda administrar heparinas de bajo peso molecular por vía subcutánea y a dosis profilácticas al igual que anestésicos tópicos para el manejo del dolor (21,23–25).

Sin embargo, a pesar de una mejor comprensión del SSJ en los últimos 30 años, la mortalidad se ha mantenido constante, los esfuerzos globales se han visto obstaculizados, por la definición inconsistente del estándar de oro en el diagnóstico, la severidad de la patología y resultados clínicos en las investigaciones lo que dificulta la realización de estudios con suficiente poder estadístico (26). A medida que aumenta la sobrevivencia en casos de SSJ, el número de complicaciones crónicas también incrementa, lo que requerirá el desarrollo de un protocolo iniciado en el momento de la admisión para abordar todas las esferas de participación, desde física hasta mental y social; aunque existen pocas recomendaciones basadas en evidencia de alto nivel, establecer un protocolo de atención permitirá a los profesionales de la salud e investigadores comprender a profundidad la evolución natural y la patogenia (27).

Dentro de este contexto, el rol de enfermería juega un papel transcendental en el abordaje integral de esta patología, como indica Monedero, A. (28) en el caso clínico de SSJ secundario al uso de Nevirapina, mediante la valoración de Marjory Gordon identificó patrones alterados: en la percepción, la función excretora (eliminación), ejercicio/ actividad, sueño, lo relacionado con la cognición/percepción, autoconcepto, compromisos de rol y relaciones, alteraciones en la sexualidad, afrontamiento al estrés, valores/creencias, estableciendo diagnósticos enfermeros primordiales: deterioro de la integridad cutánea y dolor agudo para dar respuesta a las necesidades más relevantes en este tipo de patología.

Por ello, la presente investigación procura proporcionar conocimiento valioso sobre el quehacer de enfermería en pacientes con síndrome de Stevens-Johnson, que servirá para orientar a la disciplina hacia manejo integral de la enfermedad evitando el desarrollo de diversas complicaciones que aumenten su morbimortalidad y aminoren la calidad de vida de los afectados y sus cuidadores; generando dependencia, gastos sanitarios elevados, movilización de recursos, entre otros. Además, se considera pertinente y de sustancial interés para la realización de futuros estudios que signifiquen un aporte exponencial a la comunidad científica, promoviendo la innovación y actualización del perfil enfermero en el abordaje correcto de reacciones

inmunológicas raras y potencialmente mortales, es así que los principales tópicos abarcaran información sobre prevalencia, factores de riesgo, complicaciones, abordaje terapéutico e intervenciones de enfermería en el paciente con diagnóstico de Síndrome de Stevens Johnson.

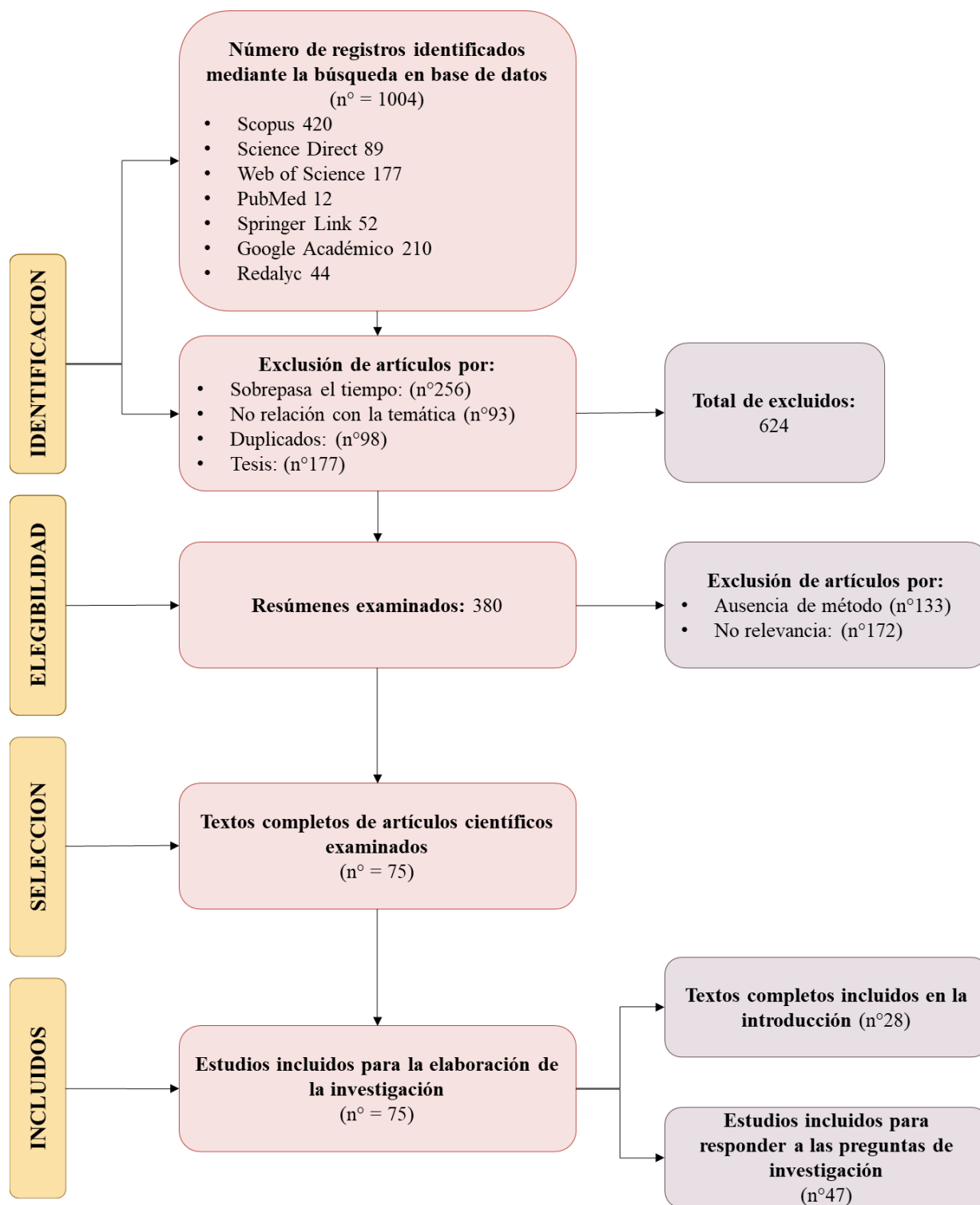
### **Metodología**

Se ha realizado una revisión bibliográfica de tipo narrativa mediante la indagación de información en bases de datos científicas como Scopus, Science Direct, PubMed, Web of Science, Google Académico, Springer Link, Redalyc; la búsqueda inicial se realizó en base a la aplicación de criterios de inclusión: documentos publicados en el rango de los últimos cinco años en idiomas inglés, español y portugués, en donde se traten los aspectos relacionados a las intervenciones de enfermería en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson, siendo eliminados los artículos considerados: cartas editoriales, publicaciones en congresos, monografías, trabajos de titulación de pregrado y posgrado, artículos de opinión, correspondencia, actualizaciones dentro de una misma serie, entre otros.

Dentro de las estrategias de búsqueda se utilizaron palabras clave de los DeCS/MeSH utilizando las siguientes ecuaciones: “Stevens-Johnson Syndrome” AND “Prevalence”, “Risk Factors” AND “Stevens-Johnson Syndrome”, “Stevens-Johnson Syndrome” AND “Complications”, “Dermatosis” AND “Side Effects and Adverse Reactions related to medications”, “Stevens-Johnson Syndrome” AND “Treatment”, “Treatment” AND “Dermatosis” AND “Stevens-Johnson Syndrome”, “Cuidados de Enfermería” AND “Síndrome de Stevens-Johnson”, “Nursing Care” AND “Stevens-Johnson Syndrome”, se llegaron a identificar 1004 artículos in extenso, de los cuales posterior a la aplicación de principios de elegibilidad se eligieron 380 documentos, incluyéndose un total de 75 trabajos dentro de esta revisión.

Figura. 1

*Búsqueda, identificación y selección de artículos incluidos.*



Realizado por: Fernández, J. & Villa, P.

## **Resultados y Discusión**

Se analizaron un total de 75 publicaciones científicas para la elaboración de esta investigación; de los cuales 28 documentos formaron parte de la redacción de la introducción, 47 sirvieron como base para la construcción de los resultados y la discusión distribuidos en la primera pregunta 11 documentos, 13 para la segunda, 8 para la tercera, 10 para la cuarta y 5 para la quinta interrogante.

### ***Prevalencia del Síndrome de Stevens-Johnson a nivel mundial***

García et al. (29) manifiestan que hay escasa información acerca de la prevalencia del SSJ a causa de sus factores desencadenantes, la mortandad bordea el 10%, aumentando hasta en un 50% en la principal complicación de dicha enfermedad (NET) a NET, la frecuencia asciende hasta cerca del 80% cuando tiene filiación medicamentosa; en general en adultos es aproximadamente del 25%, mientras que en los niños es del 8%, situación que ratifican Lázaro et al. (30) al considerarla una enfermedad prevalentemente menor, consecuencia de una idiosincrasia farmacológica a compuestos antibacterianos, anticonvulsivos, antiinflamatorios de naturaleza no esteroidea, entre otros. De igual manera, Megan et al. (31) coinciden en cuanto al porcentaje de la mortalidad que oscila entre el 15-25%.

En Europa y Estados Unidos la literatura informa que el SSJ y NET afectan anualmente a dos o tres personas por cada millón de habitantes (32). Contrario a lo aseverado por Seminario et al. (33) quienes informan que dicha patología perjudica a 1,6-9,2 pacientes en Norteamérica. Mientras que, en el continente asiático, la encuesta epidemiológica nacional realizada en Japón 2016-2018, determinó que la prevalencia anual por millón fue de 2,5 % para SSJ y 1% para TEN (34). En contraste, y siendo el primer estudio que analiza su epidemiología en Arabia Saudita se encontró que la tasa de incidencia estimada es de 7,6 casos por millón (35).

Para Olivia et al. (36) son patologías raras, con informes mundiales que van de dos a siete casos por millón de personas por año y con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino, pudiendo desarrollarse en personas de todas las edades. En comparación con la población europea, estadounidense y asiática, en Latinoamérica, Chile registró en una incidencia global desde el 2001 al 2015 de 3.87 casos por millón de personas por año con esta patología (37).

Contrario a lo que manifiesta Zhang et al. (38) mediante un estudio prospectivo de 10 años de duración evidenciaron una incidencia anual con la misma cifra de 1 a 6 casos por millón para

SSJ y de 0,4 a 1,45 por millón para TEN. Por otro lado, y en discrepancia con lo aseverado, Phan et al. (39) indican que la tasa de incidencia de SSJ y NET puede duplicarse variando de 1,4 a 12,7 casos por millón de habitantes.

### ***Factores de riesgo para desarrollar Síndrome de Stevens-Johnson***

Fukasawa et al. (40) aplicaron un algoritmo de evaluación de riesgo relativo y absoluto para SSJ/NET, confirmándose que la exposición incidente menor a 90 días a carbamazepina y lamotrigina se asocia a mayor riesgo, además, a pesar de encontrarse una muestra considerable de pacientes expuestos a acetazolamida, nitrazepam y valproato no se observaron pruebas contundentes de relación, contrario a este estudio Frey, N. et al. (41) estudiaron en 480 individuos el riesgo potencial de asociación entre el uso de medicamentos ambulatorios y el SSJ en comparación con el uso de antiepilépticos, develando la relación directa y mayor riesgo potencial con el uso de inhibidores de la ciclooxigenasa-2, fármacos que inhiben la bomba de protones, fluoxetina, sulfasalazina, mirtazapina y alopurinol, sobre este último fármaco, Hali, F. et al. (42) plantea que su uso indebido se enlaza a reacciones adversas cutáneas graves y potencialmente mortales sobre todo cuando se combinan con diuréticos en el marco de un paciente con fracaso renal.

Ubukata et al. (43) identificaron en 223 japoneses que las tasas de alto consumo de insulina, hipoglicemiantes orales e inhibidores de puntos de control inmunitario (ICI) mostraron alta correlación con el SSJ en pacientes mayores de 70 años, coincidiendo con lo concluido por Zhu, et al. (44) en referencia a los ICI; fármacos utilizados dentro de esquemas contra el cáncer, en su mayoría se presentaron casos positivos en masculinos con diagnóstico de cáncer de pulmón, melanoma, cáncer renal, linfoma y cánceres de cabeza y cuello, teniendo mayor significancia las terapias a base de nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab, durvalumab e ipilimumab.

Otros grupos farmacológicos ampliamente vinculados al SSJ son los antibióticos, según Chávez, et al. (45) los esquemas a base de trimetoprima y sulfametoxazol tienen estrecha relación, por el contrario, Kim, M. et al. (46) analizaron a 275 pacientes en 14 diferentes hospitales de Corea, deduciendo que el SSJ es el tipo más común de reacción adversa cutánea graves relacionadas al uso de betalactámicos, de los cuales se remarca la trascendencia de los carbapenémicos.

Cuanto no existe sospecha de etiología farmacológica se debe sospechar la existencia de infecciones o agudizaciones de enfermedades crónicas de tipo inmunitario, Liew, Y. et al. (47)

menciona la importancia del SSJ inducido por mycoplasma, demostrándose además que difiere en su presentación y morfología al cuadro clínico clásico, esta investigación concuerda con lo descrito por Fukasawa et al. (40) sobre una asociación concreta con infecciones recientes por dicha bacteria así como por el virus de herpes, de la misma manera Koh, H. et al. (48) identificaron dentro de su muestra de 176 pacientes que la enfermedad cardiovascular y la hipertensión arterial condicionaban la aparición de SSJ complicado.

Las enfermedades crónico degenerativas que han demostrado correlación notable son diabetes mellitus 2, enfermedad vascular periférica, enfermedad autoinmune sistémica (43), enfermedades vasculares del colágeno, cuadros cancerígenos con presencia de metástasis, características que sumado a la edad avanzada tienden incluso a aumentar las probabilidades de reingreso por infección sistémica (22%) o cutánea (9.1%) (49).

De forma histórica las enfermedades infecciosas emergentes han sido controladas con la invención de las vacunas, actualmente el mundo se recupera de la pandemia por COVID-19, cuya magnitud diezmó de forma considerable a todos los países, comúnmente la vacuna contra la influenza era la única hasta ahora con evidencia clara de asociación con el SSJ, sin embargo, Elboraey, M. & Fahim, E. (50) reportaron en el 2021 el primer caso vinculado a la segunda dosis de Pfizer en una paciente árabe; en Estados Unidos durante el 2022, Padniewski, J. et al. (51) revisaron tres nuevos casos inducidos por la vacuna Moderna (MRNA 1273), en dichos reportes se dejaban clara la necesidad de mayor investigación así como de concientización sobre la supremacía de los beneficios de la vacunación frente a los riesgos, otro reporte de Mansouri, P. et al. (52) asocia como posible efecto raro el SSJ por administración de la vacuna Sinopharm, relacionándolo sobre todo al desarrollo reciente y presuroso.

**Tabla 1 Factores de Riesgo para desarrollar Síndrome de Stevens-Johnson**

<b>Autor(es)</b>	<b>Año</b>	<b>País</b>	<b>Muestra</b>	<b>Factores de Riesgo</b>
Frey, N. et al.	2019	Inglaterra	480	Alopurinol, inhibidores de la ciclooxigenasa-2, inhibidores de la bomba de protones, fluoxetina, mirtazapina, sulfasalazina.
Koh, H. et al.	2019	Singapur	176	Enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial.
Guzmán, et al.	2020	Estados Unidos	8837	Edad avanzada, enfermedad vascular del colágeno, cáncer metastásico
Fukasawa, T. et al.	2021	Japón	355	Carbamazepina, lamotrigina, infecciones relacionadas a micoplasma y herpes virus.

Zhu, J. et al.	2021	China	11597	Fármacos inhibidores de punto de control inmunitario (anti cancerígenos)
Elboraey, M. & Fahim, E.	2021	Arabia Saudita	1	Vacuna Pfizer contra el virus COVID-19
Mansouri, P. et al.	2021	Irán	1	Vacuna Sinopharm contra el virus COVID-19
Padniewski, J. et al.	2022	Estados Unidos	3	Vacuna Moderna (MRNA 1273) contra el virus COVID-19
Liew, Y. et al.	2022	Singapur	180	Infecciones por mycoplasma
Chávez, et al.	2022	México	1	Trimetoprima y sulfametoxazol
Ubukata, N. et al.	2023	Japón	223	Insulina, hipoglicemiantes orales, inhibidores de puntos de control inmunitario, edad avanzada, comorbilidades (diabetes mellitus tipo 2, enfermedad vascular periférica, enfermedad autoinmune sistémica)
Kim, M. et al.	2023	Corea	275	Antibióticos betalactámicos (carbapenémicos)
Hali, F. et al.	2023	Marruecos	31	Alopurinol (sobre todo en asociación de diuréticos y en concomitancia con insuficiencia renal)

Realizado por: Fernández, J. & Villa, P.

### ***Complicaciones asociadas al Síndrome de Stevens-Johnson***

Las principales complicaciones relacionadas al SSJ se correlacionan con la afectación mucosa, en este sentido, para Ueta, M. (53) las secuelas oculares que cursan con alteraciones visuales perjudican a la mayoría de pacientes, iniciando comúnmente con un cuadro de conjuntivitis grave con formación de pseudomembranas y evolucionando a la aparición de defectos epiteliales de la superficie del ojo, dentro del mismo orden de ideas Lin et al. (54) aseguran que en los pacientes que sobreviven a SSJ o NET, las consecuencias a nivel ocular son las secuelas crónicas incapacitantes más comunes a largo plazo, considerando a la ceguera como la más severa (55,56).

Cerca del 70% de las mujeres que cursan esta enfermedad tienden a desarrollar secuelas vulvovaginales, dentro de las cuales destacan estenosis vaginal, trastornos a nivel de los labios menores y mayores, sequedad vaginal, dispareunia, retención urinaria, formación de hematocolpos, adenosis vaginal e incluso se ha llegado a vincular con la formación de neoplasias (57,58), en los hombres; el pene es el sitio más común de complicaciones genitourinarias, en quienes muchas de las veces es necesaria la colocación de sondas uretrales (59). Los desenlaces fatales en la progresión del SSJ son causados por insuficiencia respiratoria rápidamente progresiva

secundaria a bronquiolitis obstructiva obliterante que provoca la obstrucción completa de las vías respiratorias periféricas con formación de tejido fibrosos y procesos de granulación celular (60).

### ***Abordaje Terapéutico del Síndrome de Stevens-Johnson***

Kidrin, et al. (61) valoraron el manejo del SSJ en 212 pacientes de diferentes entornos de atención médica en establecimientos de salud europeos, en quienes las terapias convencionales en base a glucocorticoides sistémicos e inmunoglobulinas intravenosas reducen el riesgo inminente de infecciones, caso contrario a lo aseverado por Tian, et al. (62) quienes trabajaron con una muestra de 41 pacientes, en quienes determinaron que el manejo primario del SSJ es el cese inmediato de la exposición al agente causal y que la terapia combinada con etanercept es superior al uso de corticoides sistémicos e inmunoglobulinas, a su vez Morita, et al. (63) analizó en 1846 pacientes la eficacia del uso precoz de corticoides sistémicos, sus conclusiones convergen en que no hubo asociación significativa con el mejoramiento de la mortalidad hospitalaria.

En lo aseverado por Pham, et al. (64) se argumenta que los corticoides se asocian con mayor mortalidad, y que el uso de etanercept se debe recomendar únicamente cuando se hayan descartado contraindicaciones absolutas como infecciones activas sobre todo aquellas relacionadas con tuberculosis, relacionado a este tema Suiting, et al. (65) avala que adicionar este fármaco acorta entre otros factores el tiempo de cicatrización de heridas.

Contrario a lo expuesto por estos autores, Mieno, et al. (66) realza que la terapia de pulsos de corticoides por vía oral o parenteral, iniciada dentro de las primeras 96 horas permite la reducción de secuelas oculares, mientras que solamente el uso de esteroides tópicos es defendido por Matsumoto, et al. (67) para aliviar la inflamación de la superficie ocular, ya que el proceso inflamatorio local no cesa pese a que la inflamación sistémica haya mejorado con pulsos de esteroides.

Debido a que las complicaciones oculares se consideran las de mayor importancia por su capacidad de generar secuelas permanentes se ha incentivado la aplicación de terapias como el trasplante de membrana amniótica, se sugiere su aplicación en la fase aguda de la enfermedad como un vendaje biológico, comprobaron además una correlación positiva mayor en contraposición con el esquema tradicional (68).

En Suiza, un total de 52 profesionales de salud mediante un consenso multidisciplinario de expertos enfatizan en que los puntos clave de manejo multidisciplinario giran en torno al servicio

de dermatología quien en base a la individualización del tratamiento deberán ser identificadas todas las posibles secuelas y planificar las derivaciones necesarias, a continuación, se redactan las sugerencias sustanciales (69):

**Tabla 2 Recomendaciones sobre Principales Servicios de Salud enfocados en el Manejo Integral del Síndrome de Steven-Johnson**

<b>Servicio que brinda el manejo</b>	<b>Probable complicación o secuelas a tratar</b>
Nutrición	Frecuente pérdida de peso que se da durante la fase aguda, su duración puede variar entre semanas a meses.
Dermatología	Pigmentación, cicatrices hipertróficas, cambios ungueales polimórficos, dolor cutáneo crónico.
Neurología	En caso de sospechas sobre cuadros de dolor crónico.
Odontológico	Secuelas dentales y xerostomía.
Urología / Ginecología	Complicaciones genitourinarias como sequedad vaginal, sinequias o incluso realizar seguimiento de probables procesos cancerígenos.
Psicología	Hasta una cuarta parte de pacientes cursan con trastorno de estrés post traumático sobre todo si se comprobó la existencia de alteraciones previas.

Realizado por: Fernández, J. & Villa, P.

Seminario, et al. (70) remarcan la existencia de suficiente evidencia científica para declarar que se deben potenciar aspectos como el entorno hospitalario, nivel de conocimientos del equipo de salud, cuidado de heridas, cuidado de alteraciones a nivel urogenital, manejo del dolor, control de infecciones, fluidoterapia, nutrición, prevención de complicaciones como úlceras por estrés y estados protrombóticos.

### ***Intervenciones de Enfermería en pacientes con diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson.***

Lerma, et al. (71) observaron la falta de protocolos específicos sobre el actuar enfermero, hecho que evidencia la necesidad de consensuar directrices sobre los cuidados del SSJ, resoluciones similares a las expresadas por Trommel, et al. (72) quienes añaden que la mayoría de los problemas de enfermería ocurren durante los primeros veinte días desde el inicio de la enfermedad, dentro de una muestra de 69 pacientes los problemas más frecuentes fueron: heridas, constantes vitales alteradas, deshidratación, alteraciones electrolíticas, cuadros de dolor, presencia de secreciones y cuadros febriles, mismos que demandaron el proceder inmediato de los

profesionales dentro de circunstancias inciertas en cuanto a la estipulación de esquemas claros de manejo.

Por otra parte, Xu, et al. (73) resaltan dentro de su investigación que las actividades relacionadas a la limpieza, analgesia y desinflamación de lesiones en piel y mucosas se sobreponía sobre las demás alteraciones, debiendo además adoptarse estrategias de prevención de daños extensos a nivel de la vía aérea y el tracto gastrointestinal, en pro de mantener un estado de homeostasis y nutrición adecuados.

Investigadores brasileños (74) coinciden al exaltar los procedimientos terapéuticos relacionados al cuidado de la piel, promueven el uso de ácidos grasos esenciales para mantener la hidratación, promover la angiogénesis y epitelización, de igual manera identificaron la repercusión positiva de la identificación oportuna de las necesidades de los pacientes por parte de los enfermeros, que consecutivamente se acompañe de la correcta planificación de intervenciones de forma individualizada.

Hanson & Bettencourt (75) manifiestan que todos los profesionales de enfermería se benefician de comprender con anterioridad la fisiopatología del SSJ ya que en base a la misma se pueden prever las manifestaciones clínicas, pronóstico y farmacología asociada; la atención debe basarse en cuidado de heridas, prevención de infecciones, manejo de confort, medidas de nutrición e hidratación, y todas aquellas complicaciones que pudiesen dejar secuelas permanentes, de igual modo, el apoyo y valoración psicosocial debe primar.

## Conclusiones

La prevalencia del Síndrome de Stevens-Johnson varía de forma diferente en las distintas regiones de América, Asia y Europa, debido a los factores que lo desencadenan, los datos existentes los registran países de primer orden como Estados Unidos, Japón y Arabia Saudita, y a nivel de Latinoamérica; Chile ha registrado información determinante, sin embargo, es difícil estimar la prevalencia global de esta patología, es así que se ha catalogado una frecuencia baja cercana al 2.5% anual, asimismo los estudios de incidencia enmarcan un promedio de 1,6 a 9,2 casos con una mortalidad del 10% al 15%, que afecta de forma predominante al sexo femenino.

Los factores asociados al desarrollo del SSJ y sus complicaciones tienen relación de causalidad directa con la reacción independiente del organismo a diferentes tipos de medicamentos, dentro de los cuales los más frecuentes según las fuentes investigadas son aquellos pertenecientes a anticonvulsivantes, anticancerígenos, vacunas, inhibidores de la ciclooxigenasa-2, antibióticos, alopurinol, igualmente la tendencia aumentaba ante la presencia de características inherentes de los pacientes como edad avanzada, comorbilidades de impacto (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, enfermedades autoinmunes).

Haciendo referencia a las complicaciones de esta entidad, las más frecuentes se relacionan a los trastornos a nivel ocular además son las que se relacionan fuertemente con secuelas permanentes, de estas la ceguera es la más temida y severa, asimismo a nivel genitourinario, las mujeres tienden a presentar mayor número de alteraciones como estenosis, sequedad y adenosis vaginal, dispareunia, retención urinaria e incluso riesgo de procesos neoplásicos, finalmente existe el riesgo inminente de muerte secundaria a alteraciones relacionadas a insuficiencia respiratoria progresiva.

El abordaje terapéutico del SSJ debe tener un enfoque integral y holístico, con la participación de varios servicios como dermatología, nutrición, neurología, odontología, urología, ginecología y psicología, de la mano de las alteraciones individuales que presente cada paciente, en cuanto al manejo no farmacológico se hace hincapié en mejorar los procesos relacionados al cuidado de heridas a nivel de piel y mucosas, y dentro de las medidas farmacológicas destacan la fluidoterapia, el control de infecciones, prevención de estado protrombóticos, y el dilema constante entre el uso de terapia usual basada en corticoides sistémicos, tópicos e inmunoglobulinas, frente

al esquema combinado en donde el etanercept, se considera actualmente como el mejor fármaco asociado a aminorar los tiempos de estancia hospitalaria y de cicatrización.

El personal de enfermería asume gran responsabilidad en los procesos de recuperación de los pacientes con diagnóstico de SSJ, sin embargo, la falta de protocolos estandarizados en el manejo de la enfermedad dificulta los procesos terapéuticos, debiendo encaminar las intervenciones a las principales necesidades de los individuos afectados, de las cuales se mencionan con mayor frecuencia; prevención de infecciones, correcto cuidado de heridas, manejo del confort, medidas de nutrición y prevención de alteraciones hidroelectrolíticas.

## Referencias Bibliográficas

1. Cheng L. Current Pharmacogenetic Perspective on Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. *Front Pharmacol* [Internet]. el 26 de abril de 2021 [citado el 20 de mayo de 2023];12(1):1–17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8107822/>
2. Marxer CA, Frey N, Bodmer M, Bircher AJ, Jick SS, Meier CR, et al. Survival after Stevens–Johnson Syndrome or Toxic Epidermal Necrolysis: A United Kingdom–Based Cohort Study. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. el 1 de mayo de 2021 [citado el 20 de mayo de 2023];141(5):1349–1351.e1. Disponible en: [https://www.jidonline.org/article/S0022-202X\(20\)32292-2/fulltext](https://www.jidonline.org/article/S0022-202X(20)32292-2/fulltext)
3. Wang L, Noe M, Micheletti R. Long-term sequelae from Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in a large retrospective cohort. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. el 1 de marzo de 2021 [citado el 20 de mayo de 2023];84(3):784–6. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190-9622\(20\)30560-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190-9622(20)30560-0)
4. Bonilla J, Hernandez A, Villasis M, Serret J, Cardenas R. Síndrome de Stevens-Johnson en pediatría, reporte de un caso por el uso de antiépilépticos. *Revista Mexicana de Pediatría* [Internet]. 2018 [citado el 7 de mayo de 2023];85(6):226–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2018/sp186g.pdf>
5. Lorenzo M, Torres M, Caballero Y, Ballarin Y, Navarro R, Jimenez I. Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica: revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigacion* [Internet]. 2021 [citado el 8 de mayo de 2023];1(1):1–6. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/sindrome-de-stevens-johnson-y-necrolisis-epidermica-toxica-revision-bibliografica/>
6. Garvi C, Leiglesia R. Síndrome de Steven-Johnson y necrólisis epidémica tóxica en Odontología. *Revista Ocronos* [Internet]. 2022 [citado el 27 de mayo de 2023];5(85):1–6. Disponible en: <https://revistamedica.com/steven-johnson-necrolisis-epidemica-toxica/>
7. Sah R, Neupane S, Khadka S, Poudyal S, Paneru HR, Sah R, et al. Case Report A Case Study of Stevens-Johnson Syndrome-Toxic Epidermal Necrolysis (SJS-TEN) Overlap in *Mycoplasma pneumoniae*-Associated Tracheobronchitis. *Case Rep Infect Dis* [Internet].

- 2019 [citado el 26 de mayo de 2023];2019(5):1–6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6589315/>
8. Malik M, Ullah A, Ahmad E, Riaz R, Iqtidar T, Syed S. Pancytopenia in a Patient with Stevens-Johnson Syndrome: A Case Report with Literature Review. *Cureus* [Internet]. 2019 [citado el 26 de mayo de 2023];11(5):1–8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6649875/>
  9. Amulya M, Prasad D, Upadhyaya S, Jaffet J. Differential expression of tear film cytokines in Stevens-Johnson syndrome patients and comparative review of literature. *Scientific Reports | Nature* [Internet]. 123d. C. [citado el 26 de mayo de 2023];11(18433):1–11. Disponible en: <https://www.sciencegate.app/document/10.1038/s41598-021-97575-y>
  10. Olsson A, Yip V, Ogiji ED, Jolly C, Ressel L, Sharma A, et al. TNF- $\alpha$ -Mediated Keratinocyte Expression and Release of Matrix Metalloproteinase 9: Putative Mechanism of Pathogenesis in Stevens–Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis. *Journal of Investigative Dermatology* [Internet]. el 1 de junio de 2023 [citado el 27 de mayo de 2023];143(6):1023-1030.e7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022202X22028986>
  11. Salazar M, Valverde J, Aguero S. Síndrome de Stevens-Johnson y Necrólisis Epidérmica Tóxica, un reto diagnóstico y terapéutico. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. 2020 [citado el 8 de mayo de 2023];5(1):1–12. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms201g.pdf>
  12. Morgado D, Gonzalez M, Prat C, Vicente A. Stevens-Johnson Syndrome Secondary to Doxycycline Treatment in a Teenage Boy. *Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)* [Internet]. el 1 de septiembre de 2020 [citado el 8 de mayo de 2023];111(7):615–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1578219020302006>
  13. Shrestha A, Shrestha S, Yadav P, Adhikari L, Yadav A. Cefixime induced Steven Johnson syndrome: A case report from Bangladesh. *Annals of Medicine and Surgery* [Internet]. el 1 de julio de 2022 [citado el 27 de mayo de 2023];79(1):1–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080122008494>

14. Hasegawa A, Abe R. Recent advances in managing and understanding Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *F1000Res* [Internet]. 2020 [citado el 26 de mayo de 2023];9(1):1–12. Disponible en: <https://f1000research.com/articles/9-612/v1>
15. Fonseca D, Caro L, Sierra D, Serrano C, Londoño O. Mutant GNLY is linked to Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Hum Genet* [Internet]. 2066 [citado el 26 de mayo de 2023];138(1):1267–74. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00439-019-02066-w>
16. Vergara J, Yanet E, O’Farril H. Síndrome de Stevens Johnson. *Folia Dermatológica Cubana* [Internet]. el 14 de marzo de 2023 [citado el 26 de mayo de 2023];16(1):324. Disponible en: <https://revfdc.sld.cu/index.php/fdc/article/view/314/332>
17. Meilinar N, Awalia S. An Indonesian female with Stevens-Johnson syndrome mimicking cutaneous lupus: A case report. *Annals of Medicine and Surgery* [Internet]. el 1 de octubre de 2022 [citado el 27 de mayo de 2023];82(1):1–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080122014042>
18. Hoyos D, Munar J, Lopez D, Vasquez L. Stevens-Johnson syndrome and herpes simplex reactivation associated with paracetamol use. Case report. *Revista de la Facultad de Medicina* [Internet]. el 1 de julio de 2021 [citado el 26 de mayo de 2023];69(4):1–27. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/85264/82901>
19. Megan N, Micheletti R. Diagnosis and management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Clin Dermatol* [Internet]. el 1 de noviembre de 2020 [citado el 27 de mayo de 2023];38(6):607–12. Disponible en: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2020.06.016>
20. McPherson T, Exton LS, Biswas S, Creamer D, Dziewulski P, Newell L, et al. British Association of Dermatologists’ guidelines for the management of Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in children and young people, 2018. *British Journal of Dermatology* [Internet]. el 1 de julio de 2019 [citado el 8 de mayo de 2023];181(1):37–54. Disponible en: <https://academic.oup.com/bjd/article/181/1/37/6747225>
21. Swapna S, Chodosh J, Fathy C, Goverman J, Mitchell C, Saeed HN. Multidisciplinary care in Stevens-Johnson syndrome. *Ther Adv Chronic Dis* [Internet]. el 28 de abril de 2020

- [citado el 8 de mayo de 2023];11(1):1–17. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2040622319894469>
22. Zhang J, Lu C, Chen C, Wang C, Chen W, Cheng B, et al. Evaluation of Combination Therapy With Etanercept and Systemic Corticosteroids for Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Multicenter Observational Study. *J Allergy Clin Immunol Pract* [Internet]. el 1 de mayo de 2022 [citado el 27 de mayo de 2023];10(5):1295-1304.e6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213219822001180>
  23. Ferreira C, Rodrigues F, Gonçalves J, Ferraz R. Manifestações e tratamento da necrólise epidérmica tóxica e da síndrome de Stevens Johnson. *Journal Health NPEPS* [Internet]. el 1 de junio de 2019 [citado el 8 de mayo de 2023];4(1):319–29. Disponible en: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3214>
  24. Krajewski A, Maciejewska-Markiewicz D, Jakubczyk K, Markowska M, Strużyna J, Mądry R, et al. Impact of multiple medical interventions on mortality, length of hospital stay and reepithelialization time in Toxic Epidermal Necrolysis, Steven-Johnsons Syndrome, and TEN/SJS Overlap – Metanalysis and metaregression of observational studies. *Burns* [Internet]. el 1 de marzo de 2022 [citado el 8 de mayo de 2023];48(2):263–80. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417921003119?via%3Dihub>
  25. Bomfim A, Santos AV da R, Vieira AS, Carvalho BBC, Toledo CG, Sarmiento L de M, et al. Stevens johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis - the importance of the dental surgeon in the diagnosis. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. el 23 de mayo de 2022 [citado el 26 de mayo de 2023];5(3):10052–63. Disponible en: <https://scholar.archive.org/work/cwpollne3ba6df3mr6bcu4pcje/access/wayback/https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/download/48420/pdf>
  26. Jacobsen A, Olabi B, Langley A, Beecker J, Mutter E, Shelley A, et al. Systemic interventions for treatment of Stevens-Johnson syndrome (SJS), toxic epidermal necrolysis (TEN), and SJS/TEN overlap syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. el 11 de marzo de 2022 [citado el 20 de mayo de 2023];2022(3):1–78. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8915395/>

27. Shanbhag S, Chodosh J, Fathy C, Goverman J, Mitchell C, Saeed H. Multidisciplinary care in Stevens-Johnson syndrome. *Ther Adv Chronic Dis* [Internet]. 2020 [citado el 20 de mayo de 2023];11(1):1–17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7236394/>
28. Monedero A. Cuidados de Enfermería individualizados en paciente con síndrome de Stevens - Johnson secundario a Nevirapina. *Revista Electronica de Portales Medicos* [Internet]. 2018 [citado el 26 de mayo de 2023];1(1):1–8. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-sindrome-stevens-johnson-secundario-nevirapina/>
29. García A, Ninoska G, Quintanilla M, Aguabi P. Vista de Urgencias dermatológicas. Revisión clínica de: eritrodermia exfoliativa y del síndrome de stevens-johnson. *Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2023 [citado el 30 de julio de 2023];7(1). Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4636/7056>
30. Lázaro-Mayoriano YE VRL ,Moreno VG. Síndrome de Steven Johnson: Caso clínico. *Revista Argentina de Dermatología* [Internet]. 2021 [citado el 30 de julio de 2023];102(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/rad/v102n1/1851-300X-rad-102-01-31.pdf>
31. Noe MH, Micheletti RG. Diagnosis and management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Clin Dermatol* [Internet]. el 1 de noviembre de 2020 [citado el 30 de julio de 2023];38(6):607–12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738081X20301498>
32. Neto HC, Chagas BF, Soares MZ, Lachinski RE, Linartevichi VF. SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON ASOCIADA A FENITOÍNA EM PÓS-OPERATÓRIO DE HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA CEREBRAL: RELATO DE CASO. *JOURNAL OF HEALTH FAG* [Internet]. 2019 [citado el 30 de julio de 2023];1(4):169. Disponible en: <https://fjh.fag.edu.br/index.php/fjh/article/view/110/139>
33. Seminario-Vidal L, Kroshinsky D, Malachowski SJ, Sun J, Markova A, Beachkofsky TM, et al. Society of Dermatology Hospitalists supportive care guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in adults. *J Am Acad Dermatol*

- [Internet]. el 1 de junio de 2020 [citado el 30 de julio de 2023];82(6):1553–67. Disponible en: [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(20\)30312-1/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(20)30312-1/fulltext)
34. Sunaga Y, Kurosawa M, Ochiai H, Watanabe H, Sueki H, Azukizawa H, et al. The nationwide epidemiological survey of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Japan, 2016-2018. *J Dermatol Sci* [Internet]. el 1 de diciembre de 2020 [citado el 30 de julio de 2023];100(3):175–82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33046331/>
  35. Alajaji A, Chandra Shekaran J, Mohammed Aldhabbah O, Alhindi HA, Almazyad NS, Aljutayli ZA, et al. Toxic Epidermal Necrolysis (TEN)/Stevens-Johnson Syndrome (SJS) Epidemiology and Mortality Rate at King Fahad Specialist Hospital (KFSH) in Qassim Region of Saudi Arabia: A Retrospective Study. *Dermatol Res Pract* [Internet]. 2020 [citado el 5 de agosto de 2023];2020(1):1–3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7568810/>
  36. Charlton OA, Harris V, Phan K, Mewton E, Jackson C, Cooper A. Toxic Epidermal Necrolysis and Steven–Johnson Syndrome: A Comprehensive Review. *Adv Wound Care (New Rochelle)* [Internet]. el 1 de julio de 2020 [citado el 30 de julio de 2023];9(7):426. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7307670/>
  37. Arellano J, Álvarez D, Salinas M, Molina I. Incidencia de síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica en Chile años 2001-2015 y su asociación con latitud. *Rev Med Chil* [Internet]. 2020 [citado el 7 de mayo de 2023];148(7):915–20. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000700915&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872020000700915&script=sci_arttext)
  38. Zhang AJ, Nygaard RM, Endorf FW, Hylwa SA. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: retrospective review of 10-year experience. *Int J Dermatol* [Internet]. 2019 [citado el 30 de julio de 2023];58(9):1069–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30825193/>
  39. Phan K, Oh LJ, Issler-Fisher A, Rao A, Wong EH, Maitz P. Ventilatory support in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dermatological Treatment* [Internet]. 2022 [citado el 30 de julio de

- 2023];33(1):525–30. Disponible en: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1080/09546634.2020.1770173>
40. Fukasawa T, Takahashi H, Takahashi K, Tanemura N, Amagai M, Urushihara H. Risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis associated with anticonvulsants in a Japanese population: Matched case–control and cohort studies. *Allergology International Journal* [Internet]. el 1 de julio de 2021 [citado el 17 de junio de 2023];70(3):335–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1323893021000071>
41. Frey N, Bodmer M, Bircher A, Jick SS, Meier CR, Spoenclin J. Stevens–Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis in Association with Commonly Prescribed Drugs in Outpatient Care Other than Anti-Epileptic Drugs and Antibiotics: A Population-Based Case–Control Study. *Drug Saf* [Internet]. el 21 de enero de 2019 [citado el 8 de mayo de 2023];42(1):55–66. Disponible en: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1007/s40264-018-0711-x>
42. Hali F, Chagraoui H, Meftah A, Marnissi F, Chaabi S, Chiheb S, et al. Allopurinol induced severe cutaneous adverse reactions: Vigilance of prescription (31 cases). *Rev Fr Allergol* [Internet]. el 1 de marzo de 2023 [citado el 1 de julio de 2023];63(2):1–11. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1877032022004766>
43. Ubukata N, Nakatani E, Hashizume H, Sasaki H, Miyachi Y. Risk factors and drugs that trigger the onset of Stevens–Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A population-based cohort study using the Shizuoka Kokuho database. *JAAD Int* [Internet]. el 1 de junio de 2023 [citado el 27 de mayo de 2023];11:24–32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666328722001596>
44. Zhu J, Chen G, He Z, Zheng Y, Gao S, Li J, et al. Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in patients treated with immune checkpoint inhibitors: A safety analysis of clinical trials and FDA pharmacovigilance database. *eClinicalMedicine* parte of *The Lancet Discovery Science* [Internet]. el 1 de julio de 2021 [citado el 17 de junio de 2023];37(1):1–10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537021002315>

45. Chavez D, Maya D, Galvez R, Gonzalez A. Síndrome de Stevens Johnson - necrosis epidérmica tóxica . *Anales Médicos* [Internet]. 2022 [citado el 29 de junio de 2023];67(2):137–41. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2022/bc222h.pdf>
46. Kim M, Kang D, Nam Y, Sim D, Kim S, Lee J. Clinical aspects of severe cutaneous adverse reactions caused by beta-lactam antibiotics: A study from the Korea SCAR registry. *World Allergy Organization Journal* [Internet]. el 1 de enero de 2023 [citado el 1 de julio de 2023];16(1):1–15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1939455122001144>
47. Liew Y, Choo K, Oh C, Pang S, Yeo Y, Lee H. Mycoplasma-induced Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: Case-control analysis of a cohort managed in a specialized center. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. el 1 de abril de 2022 [citado el 17 de junio de 2023];86(4):811–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962221009105>
48. Koh H, Chai ZT, Tay HW, Fook-Chong S, Choo KJL, Oh CC, et al. Risk factors and diagnostic markers of bacteremia in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A cohort study of 176 patients. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. el 1 de septiembre de 2019 [citado el 29 de julio de 2023];81(3):686–93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962219309016>
49. Guzman A, Zhang M, Kwatra S, Kaffenberger B. Predictors of 30-day readmission in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A cross-sectional database study. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. el 1 de febrero de 2020 [citado el 1 de julio de 2023];82(2):303–10. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962219327549>
50. Elboraey M, Fahim E. Stevens-Johnson syndrome post second dose of Pfizer COVID-19 vaccine: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. el 1 de octubre de 2021 [citado el 1 de julio de 2023];132(4):e139–42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212440321005058>

51. Padniewski J, Albadri S, Hylwa S, Jacobson E. Stevens–Johnson syndrome precipitated by Moderna Inc. COVID-19 vaccine: a case-based review of literature comparing vaccine and drug-induced Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Int J Dermatol* [Internet]. el 1 de agosto de 2022 [citado el 1 de julio de 2023];61(8):923–9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijd.16222>
52. Mansouri P, Chalangari R, Martits K, Mozafari N. Stevens-Johnson Syndrome due to COVID-19 vaccination. *Clin Case Rep* [Internet]. el 1 de noviembre de 2021 [citado el 1 de julio de 2023];9(11):1–4. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ccr3.5099>
53. Ueta M. Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis with severe ocular complications. *Expert Review of Clinical Immunology* [Internet]. el 3 de marzo de 2020 [citado el 8 de mayo de 2023];16(3):285–91. Disponible en: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1080/1744666X.2020.1729128>
54. Lin C, Chen C, Wang C, Hung S, Chung W. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: risk factors, causality assessment and potential prevention strategies. *Expert Rev Clin Immunol* [Internet]. el 2 de abril de 2020 [citado el 29 de julio de 2023];16(4):373–87. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1744666X.2020.1740591>
55. Neerukonda V, Stagner A. Stevens Johnson syndrome: A review of a vision and life-threatening mucocutaneous disease including histopathology with updates on pathogenesis and genetic risk factors. *Seminars in Ophthalmology* [Internet]. 2021 [citado el 29 de julio de 2023];36(4):270–81. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08820538.2021.1893764>
56. Thorel D, Ingen-Housz-Oro S, Royer G, Delcampe A, Bellon N, Bodemer C, et al. Management of ocular involvement in the acute phase of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: French national audit of practices, literature review, and consensus agreement. *Orphanet J Rare Dis* [Internet]. el 22 de septiembre de 2020 [citado el 8 de mayo de 2023];15(1):1–7. Disponible en: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s13023-020-01538-x>

57. Hollingsworth J, Park S, Bhagavathi V, Green A, Philips N. Stevens-Johnson syndrome with vulvar involvement: A case report and literature review. *Case Rep Womens Health* [Internet]. el 1 de abril de 2022 [citado el 27 de mayo de 2023];34(1):1–4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214911222000248>
58. Magone M, Maiberger M, Clayton J, Pasiaka H. Vulvovaginal and ocular involvement and treatment in female patients with Stevens–Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A review. *Int J Womens Dermatol* [Internet]. el 1 de diciembre de 2021 [citado el 27 de mayo de 2023];7(5):520–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352647521001052>
59. Baaklini G, Mitchell T, Davis J, McGovern K, Aden J, Cancio L. Genitourinary management and follow-up for patients with Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Burns Open* [Internet]. el 1 de abril de 2023 [citado el 27 de mayo de 2023];7(2):33–6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468912223000068>
60. Kaneko Y, Seko Y, Sotozono C, Ueta M, Sato S, Shimamoto T, et al. Respiratory complications of Stevens-Johnson syndrome (SJS): 3 cases of SJS-induced obstructive bronchiolitis. *Allergology International* [Internet]. el 1 de julio de 2020 [citado el 8 de mayo de 2023];69(3):465–7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1323893020300095?via%3Dihub>
61. Kidrin K, Bruggen M, Chua S, Bygum A, Walsh S, Nageli M. Assessment of Treatment Approaches and Outcomes in Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: Insights From a Pan-European Multicenter Study. *JAMA Dermatol* [Internet]. el 1 de octubre de 2021 [citado el 1 de julio de 2023];157(10):1182–90. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2783034>
62. Tian C, Ai X, Ma J, Hu F, Liu X, Luo Y. Etanercept treatment of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* [Internet]. el 1 de septiembre de 2022 [citado el 1 de agosto de 2023];129(3):360-365.e1. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1081120622004410>

63. Morita K, Matsui H, Michihata N, Fushimi K, Yasunaga H. Association of Early Systemic Corticosteroid Therapy with Mortality in Patients with Stevens–Johnson Syndrome or Toxic Epidermal Necrolysis: A Retrospective Cohort Study Using a Nationwide Claims Database. *Am J Clin Dermatol* [Internet]. el 1 de agosto de 2019 [citado el 8 de mayo de 2023];20(4):579–92. Disponible en: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1007/s40257-019-00443-9>
64. Pham C, Gillenwater J, Nagengast E, McCullough M, Peng D, Garner W. Combination therapy: Etanercept and intravenous immunoglobulin for the acute treatment of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Burns* [Internet]. el 1 de noviembre de 2019 [citado el 1 de julio de 2023];45(7):1634–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0305417918308131>
65. Suiting A, Gao X, Zhan J, Ai L, Li M, Su H, et al. Inhibition of tumor necrosis factor improves conventional steroid therapy for Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in a cohort of patients. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. el 1 de junio de 2022 [citado el 1 de julio de 2023];86(6):1236–45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962222001712>
66. Mieno H, Ueta M, Kinoshita F, Teramukai S, Kinoshita S, Sotozono C. Corticosteroid Pulse Therapy for Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis Patients With Acute Ocular Involvement. *Am J Ophthalmol* [Internet]. el 1 de noviembre de 2021 [citado el 27 de mayo de 2023];231(1):194–9. Disponible en: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1016/j.ajo.2021.06.015>
67. Matsumoto K, Ueta M, Inatomi T, Fukuoka H, Mieno H, Tamagawa R. Topical Betamethasone Treatment of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis with Ocular Involvement in the Acute Phase. *Am J Ophthalmol* [Internet]. el 12 de mayo de 2023 [citado el 27 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002939423002027>
68. Shanbhag S, Hall L, Chodosh J, Saeed H. Long-term outcomes of amniotic membrane treatment in acute Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Ocul Surf* [Internet]. el 1 de julio de 2020 [citado el 1 de julio de 2023];18(3):517–22. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1542012420300550>

69. Ingen S, Schmidt V, Ameri M, Abe R, Brassard A, Mostaghimi A, et al. Post-acute phase and sequelae management of epidermal necrolysis: an international, multidisciplinary DELPHI-based consensus. *Orphanet J Rare Dis* [Internet]. el 1 de diciembre de 2023 [citado el 1 de julio de 2023];18(1):1–10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9945700/>
70. Seminario L, Kroshinsky D, Malachowski S, Sun J, Markova A, Beachkofsky TM, et al. Society of Dermatology Hospitalists supportive care guidelines for the management of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in adults. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. el 1 de junio de 2020 [citado el 8 de mayo de 2023];82(6):1553–67. Disponible en: <https://sci-hub.wf/10.1016/j.jaad.2020.02.066>
71. Lerma V, Macías M, Toro R, Moscoso A, Alonso Y, Hernández O, et al. Care in patients with epidermal necrolysis in burn units. A nursing perspective. *Burns* [Internet]. el 1 de diciembre de 2018 [citado el 1 de julio de 2023];44(8):1962–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30005991/>
72. Trommel N, Hofland H, van Komen R, Dokter J, van Baar M. Nursing problems in patients with toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome in a Dutch burn centre: A 30-year retrospective study. *Burns* [Internet]. el 1 de noviembre de 2019 [citado el 1 de julio de 2023];45(7):1625–33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S030541791930035X>
73. Xu L, Zhu Y, Yu J, Deng M, Zhu X. Nursing care of a boy seriously infected with Steven-Johnson syndrome after treatment with azithromycin: A case report and literature review. *Medicine* [Internet]. el 1 de enero de 2018 [citado el 1 de julio de 2023];97(1):1–4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29505509/>
74. Lara G, da Silva A, Araujo M, Pierson C, Costa T, Lara L, et al. Cuidados de Enfermagem a um Adolescente com Necrólise Epidérmica Tóxica: Relato de Caso. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires* [Internet]. el 8 de abril de 2021 [citado el 1 de julio de 2023];10(2):224–8. Disponible en: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/705>

75. Hanson L, Bettencourt A. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Guide for Nurses. AACN Adv Crit Care [Internet]. el 9 de septiembre de 2020 [citado el 1 de julio de 2023];31(3):295. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7539539/>

**Jessica Estefanía Fernández Illisaca** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0106209844** y **Priscila Noemí Villa Chocho** portadora de la cédula de ciudadanía N° **0105225817** . En calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Intervenciones de enfermería en pacientes con síndrome de Steven Johnson**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **3 de octubre de 2023**



JESSICA ESTEFANIA  
FERNANDEZ ILLISACA

F: .....

**Jessica Estefanía Fernández Illisaca**

**C.I. 0106209844**



PRISCILA NOEMI  
VILLA CHOCHO

F: .....

**Priscila Noemi Villa Chocho**

**C.I. 0105225817**