

<https://doi.org/10.69639/arandu.v12i3.1325>

Cuidando a paciente con síndrome de Stevens Johnson: A propósito de un caso

Caring for a patient with Stevens-Johnson syndrome: About a case

Tatiana Juleysi Gia Morocho

<https://orcid.org/0009-0007-3382-0805>

tatianagia6@gmail.com

Universidad Técnica de Machala
Machala-Ecuador

Flor Talia Chamba Suarez

<https://orcid.org/0009-0001-2897-4208>

thalia.chamba97@gmail.com

Universidad Técnica de Machala
Machala-Ecuador

Elida Yesica Reyes Rueda

ereyes@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-2466-2063>

Universidad Técnica de Machala
Machala-Ecuador

Artículo recibido: 18 junio 2025 - Aceptado para publicación: 28 julio 2025
Conflictos de intereses: Ninguno que declarar.

RESUMEN

El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) enfermedad dermatológica grave caracterizada por necrólisis epidérmica y afectación mucosa, generalmente inducida por fármacos o infecciones. Objetivo: Aplicar cuidados de enfermería en un paciente con Síndrome de Steven Johnson con el fin mejorar su condición de salud y recuperar la integridad cutánea causada por la enfermedad. Metodología: estudio descriptivo, observacional y cualitativo; analizó el caso de un paciente de 28 años que ingresó al hospital con infección local de la piel, evolucionando a SSJ, lesiones maculopapulares, erosiones en mucosas y compromiso ocular. Se implementó un manejo integral hidratación intravenosa, analgesia, antibióticos, antivirales y cuidados dermatológicos, obteniendo una evolución clínica favorable. Desde el enfoque de enfermería, se aplicaron planes de cuidados en formato SOAPIE, priorizando el manejo del dolor y la prevención de infecciones. Para estructurar las intervenciones, se utilizó la taxonomía NANDA-NIC-NOC, identificando dos diagnósticos de enfermería clave: dolor agudo(NANDA 00282) y riesgo de infección (NANDA 00004). Se implementaron estrategias: administración de analgésicos, apósitos protectores, técnicas de relajación, antibióticos y curaciones estériles, logrando reducir la percepción del dolor de 8/10 a 4/10 y prevenir infecciones secundarias. La evolución hospitalaria demostró la importancia del diagnóstico temprano, un abordaje multidisciplinario para minimizar

complicaciones y mejorar el pronóstico. Se concluye que el síndrome de Stevens-Johnson, requiere un tratamiento oportuno y coordinado, seguimiento ambulatorio para evitar secuelas a largo plazo. Es esencial fortalecer la capacitación del personal de salud en el reconocimiento y manejo de esta patología, así como optimizar los protocolos de atención basados en evidencia científica.

Palabras clave: síndrome de stevens-johnson, cuidados de enfermería, manejo hospitalario, diagnósticos de enfermería

ABSTRACT

Stevens-Johnson Syndrome (SJS) is a severe dermatological disease characterized by epidermal necrolysis and mucosal involvement, usually induced by drugs or infections. Objective: To provide nursing care to a patient with Stevens-Johnson Syndrome (SJS) in order to improve their health and restore the skin integrity caused by the disease. Methodology: A descriptive, observational, and qualitative study was conducted. It analyzed the case of a 28-year-old patient who was admitted to the hospital with a local skin infection that progressed to SJS, maculopapular lesions, mucosal erosions, and ocular involvement. Comprehensive management was implemented, including intravenous hydration, analgesia, antibiotics, antivirals, and dermatological care, resulting in a favorable clinical outcome. From a nursing perspective, care plans were implemented in SOAPIE format, prioritizing pain management and infection prevention. To structure the interventions, the NANDA-NIC-NOC taxonomy was used, identifying two key nursing diagnoses: acute pain (NANDA 00282) and risk of infection (NANDA 00004). Strategies implemented included administration of analgesics, protective dressings, relaxation techniques, antibiotics, and sterile dressings, reducing pain perception from 8/10 to 4/10 and preventing secondary infections. Hospital outcomes demonstrated the importance of early diagnosis and a multidisciplinary approach to minimize complications and improve prognosis. It is concluded that Stevens-Johnson syndrome requires timely and coordinated treatment and outpatient follow-up to avoid long-term sequelae. It is essential to strengthen the training of healthcare personnel in the recognition and management of this condition, as well as to optimize care protocols based on scientific evidence.

Keywords: stevens-johnson syndrome, nursing care, hospital management, nursing diagnoses

Todo el contenido de la Revista Científica Internacional Arandu UTIC publicado en este sitio está disponible bajo licencia Creative Commons Attribution 4.0 International. 

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es una emergencia dermatológica rara y potencialmente mortal, caracterizada por necrólisis epidérmica, desprendimiento cutáneo y erupciones maculopapulares orales y generalizadas, usualmente asociadas a fiebre. Su aparición está vinculada, en la mayoría de los casos, a reacciones adversas a medicamentos, requiriendo atención médica inmediata y personalizada debido a su alta complejidad y riesgo vital (Patel y Schwartz, 2022).

A nivel mundial, la incidencia anual estimada del SSJ varía entre 1,2 y 6 casos por cada millón de personas, con una tasa de mortalidad aproximada, además, ciertos grupos poblacionales, como las personas con VIH, presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar esta patología; en este grupo, la incidencia es aproximadamente 100 veces mayor que en la población general (Frantz *et al.*, 2021).

En Reino Unido se estima 5,7 casos por cada millón de habitantes; Estados Unidos registra alrededor de 9,2 afectados cada año, mientras que Corea promedia de 3, 96 a 5,03 casos anualmente. Estudios epidemiológicos han reportado diferencias en la incidencia según la región geográfica, en Europa, aproximadamente 1,9 casos por millón de habitantes, mientras que en Asia se reporta una incidencia de 6,5 casos por millón (Arellano *et al.*, 2020).

En Latinoamérica, el estudio de Fernández y Villa (2023) mencionan que el síndrome de Stevens-Johnson continúa siendo patología dermatológica poco frecuente, pero de alta gravedad, caracterizada por una elevada tasa de morbilidad y mortalidad. En México, entre los años 2010 y 2020, se registraron un total de 1.425 hospitalizaciones asociadas a SSJ, con una incidencia estimada de 10,8 casos por cada millón de habitantes en dicho periodo. En Colombia, un estudio retrospectivo llevado a cabo en el Hospital Universitario San Vicente Fundación identificó 29 casos en un lapso de 10 años, de los cuales la mayoría fueron atribuibles a reacciones adversas a medicamentos, en particular a anticonvulsivantes y antibióticos del grupo sulfonamida.

En Ecuador, la información sobre la incidencia del síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es escasa, ya que no existen datos específicos a nivel nacional ni en la provincia de El Oro. No obstante, se han reportado casos clínicos que evidencian la presencia de esta patología, como el descrito en un estudio de la Universidad de Cuenca, donde se analiza un caso de SSJ inducido por medicamentos. Además, una revisión destaca que fármacos como anticonvulsivantes, alopurinol y algunos antibióticos son los más implicados en reacciones cutáneas graves. Así mismo, resalta la importancia de fortalecer la farmacovigilancia y promover el uso adecuado de medicamentos en el país (Orellana *et al.*, 2022).

El síndrome de Stevens-Johnson, produce como una respuesta al uso de determinados tipos de medicamentos, principalmente antibióticos, antiinflamatorios, anticonvulsivos y fármacos para el tratamiento de la gota (Arellano *et al.*, 2020; Daza *et al.*, 2022). Por otro lado, las infecciones

asociadas a *Mycoplasma* o aquellas derivadas del virus del herpes simple también forman parte de las principales causas del SSJ (Hasegawa y Abe, 2020).

La clínica suele comenzar similar a una gripe, como fiebre, cefalea, malestar general, irritación ocular y dolor de garganta. Posteriormente, aparece dolor en la piel, erupciones rojizas o violáceas y ampollas en la piel y mucosas, seguidas por un desprendimiento epidérmico. Entre el tercer y cuarto día, las lesiones se distribuyen por cara, tronco, extremidades y mucosas, adoptando formas en diana o purpúricas, con ampollas frágiles que pueden romperse fácilmente, lo que eleva el riesgo de complicaciones. (Alcón, 2023; Oakley y Krishnamurthy, 2023; Chang *et al.*, 2022).

Una vez diagnosticado el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ), es importante iniciar un tratamiento inmediato y adecuado, supervisado por un equipo multidisciplinario realizando intervenciones iniciales incluyen la suspensión del fármaco causante y la hospitalización del paciente en una unidad de aislamiento o en un centro especializado en quemaduras, debido a la similitud en el manejo de las lesiones cutáneas. El tratamiento se centra en eliminar la causa, cuidar las heridas, controlar el dolor y minimizar las complicaciones a medida que la piel vuelve a crecer (Guerrero Martínez *et al.*, 2023).

El manejo del dolor requiere analgésicos adecuados, mientras que la reposición de líquidos y electrolitos previene la deshidratación y mantiene la estabilidad hemodinámica. así mismo, la evaluación nutricional es clave; si hay dificultades para alimentarse, se recomienda nutrición enteral. Asimismo, se debe controlar la temperatura y prevenir infecciones secundarias para reducir la inflamación ocular y de las mucosas, pueden emplearse esteroides tópicos (Saquicela *et al.*, 2021).

El uso de terapias inmunomoduladores como la ciclosporina ha evidenciado beneficios en algunos estudios, aunque su efectividad aún está en evaluación (Espinosa *et al.*, 2024). La atención oftalmológica temprana resulta fundamental, ya que el síndrome de Stevens-Johnson puede causar complicaciones oculares severas. Asimismo, el monitoreo clínico constante es crucial para identificar a tiempo cualquier alteración sistémica y aplicar intervenciones oportunas que favorezcan el pronóstico del paciente (Fernández y Villa, 2023).

El abordaje de enfermería en esta enfermedad es esencial para garantizar una recuperación oportuna, individualizando el cuidado con un enfoque holístico basado principalmente en las necesidades que requiera el paciente durante la estancia hospitalaria. El accionar enfermero precisa diversas actividades como monitorización de signos vitales, administración de medicamentos prescritos, además del cuidado de las lesiones cutáneas y la vigilancia de posibles infecciones. Asimismo, enfermería facilita la comunicación entre el equipo de salud, coordina los cuidados y ofrece apoyo educativo al paciente y a su familia sobre el manejo hospitalario. El objetivo de la presente investigación es diseñar un plan de cuidados de enfermería en un paciente con síndrome de Stevens-Johnson.

METODOLOGÍA

El tipo de estudio fue descriptivo y observacional, con un diseño cualitativo, centrado en el seguimiento y evolución de un paciente diagnosticado con Síndrome de Stevens-Johnson. La fuente principal de información utilizada fue el análisis de la historia clínica, donde se recabó datos sobre el tratamiento de la enfermedad, los cuales son importantes para desarrollar nuestro estudio. Asimismo, se realizó una búsqueda exhaustiva de diferentes bases de datos como Google scholar, Pubmed, Medigraphic, Scopus, Science Direct, Web of Science; la búsqueda inicial se realizó aplicando criterios de inclusión: documentos publicados en los últimos cinco años en idiomas inglés, español y portugués.

La investigación se llevó a cabo en el Hospital General Teófilo Dávila de la ciudad de Machala, provincia de El Oro, durante la estancia hospitalaria en el área de Medicina Interna durante el período septiembre-diciembre de 2024. Por otro lado, para garantizar el cumplimiento de los principios éticos, se aplicó el consentimiento informado al paciente, asegurando su aceptación y participación voluntaria en el estudio.

Descripción del caso

Se presenta el caso de un paciente masculino de 28 años, ingresa desde emergencia referido de otra casa de salud por presentar cuadro clínico de aproximadamente 9 días de evolución caracterizado por edema, eritema ocular y dermatitis, caracterizada por máculas, pápulas y pústulas en el rostro, tórax y extremidades superiores e inferiores, en el transcurso de las horas, la sintomatología se agravó, desarrollando lesiones dolorosas y purulentas en las áreas afectadas.

El paciente fue evaluado por un médico clínico, quien estableció un diagnóstico de Síndrome de Stevens-Johnson y erupción cutánea generalizada inducida por fármacos. Entre los antecedentes patológicos personales, se registró el consumo de sustancias psicotrópicas y una hospitalización previa en un centro de rehabilitación, donde recibió tratamiento específico.

En el examen físico, se evidenciaron máculas y pápulas purpúricas, inflamación, dolor y secreción seropurulenta en la zona afectada. Se controló los signos vitales, obteniendo TA: 135/98, FC: 90 lpm, FR: 20 rpm T: 36.7°C, SaO₂: 98%. En cuanto a su estancia hospitalaria, la evolución clínica fue compatible con el Síndrome de Stevens-Johnson, manifestándose con erupciones maculopapulares eritematosas en cara, tórax y extremidades, edema y erosión de la mucosa oral y nasal, así como afectación ocular con visión borrosa en el ojo derecho.

En la exploración física, se evidencian mucosas orales secas, abdomen blando y depresible, además de disminución del tono y fuerza muscular en las extremidades. Ante la sospecha de SSJ, se inició un manejo integral con medidas de soporte, que incluyeron: hidratación intravenosa con cloruro de sodio al 0.9%, control del dolor con analgésicos como tramadol y paracetamol, antibióticos de amplio espectro (vancomicina), antivirales (aciclovir e isoprinosine), glucocorticoide como la metilprednisolona para aliviar la inflamación generalizada en el paciente.

Además, tratamiento dermatológico con óxido de zinc crema, sulfadiazina de plata; lagrimas artificiales, moxifloxacino 0.5% para la infección a nivel ocular, además se brindó medicación antifúngica como nistatina para tratar las mucosas orales.

Con el transcurso de la estancia hospitalaria, el paciente presentó mejoría de manera significativa en relación con las lesiones cutáneas generalizadas en cara, extremidades y tórax, dolor y ansiedad. Los cuidados de enfermería se basaron de manera especial en la higiene de la piel y mucosas, realizando curaciones periódicamente, así como la aplicación de fármacos tópicos de forma rigurosa, manteniendo técnicas asépticas para prevenir el riesgo de infección. De igual manera, el manejo eficaz del dolor mediante la administración oportuna de analgésicos prescritos y la implementación de medidas no farmacológicas, lo que ayudó a mejorar el confort del paciente y facilitó su colaboración en el tratamiento.

La educación constante brindada al paciente sobre su condición, el tratamiento y las medidas de autocuidado contribuyó a reducir su ansiedad, empoderándolo para participar activamente en su recuperación. Mediante la comunicación asertiva y un trato humanizado se mitigó el impacto psicológico de la enfermedad, que suele generar angustia por las lesiones visibles, llegando a deformar el rostro y ocasionar dolor severo.

Tras completar el manejo hospitalario y sin presentar nuevas complicaciones, se decidió su egreso, proporcionando indicaciones para el seguimiento ambulatorio, cuidados de la piel e higiene, así como controles médicos con dermatología y oftalmología.

DESARROLLO

Tabla 1

Estructuración de diagnósticos enfermeros

Etiqueta o problema	Unión	Factor relacionado	Unión	Características definitorias	Priorización
Dominio: 12 Comodidad Clase 1: Comodidad física DOLOR AGUDO	R/C	lesiones cutáneas y mucosas	M/P	verbalización de dolor y expresión facial de molestia.	1
Dominio: 11 Seguridad/protección Clase: 2 Lesión física INTEGRIDAD DE LA PIEL DETERIORADA	R/C	Infección local, Traumatismo o lesión en la piel, Inflamación aguda	M/P	Eritema, dolor localizado, lesión visible.	2
Dominio: 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés Clase: 2 Respuestas de afrontamiento ANSIEDAD	R/C	Estrés físico o emocional, dolor, cambios en el entorno.	M/P	Inquietud o agitación, tensión muscular, sudoración excesiva.	3

Tabla 2

Plan de cuidados de enfermería dolor agudo

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Diana		
Dominio 12: Comodidad Clase 1: Comodidad física Etiqueta diagnóstica: 00282 Dolor agudo. Formulación del diagnóstico: Dolor Agudo r/c lesiones cutáneas y mucosas m/p verbalización de dolor y expresión facial de molestia	Dominio 12: NOC: V. Salud percibida Clase NOC: V. Resultado: Sintomatología 210282 Dolor agudo. 2102 Nivel del dolor	210201 Dolor referido 210206 Expresiones faciales de dolor 210226 Diaforesis	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	MA 2 2 5 3 4	AA 4 4 5 5	EVAL 5 4 5
Dominio: I. Fisiológico básico NIC: 1400 Manejo del dolor		Intervenciones	Clase: E. Fomento de la actividad física			
<ul style="list-style-type: none"> - Administrar analgésicos prescritos (Paracetamol 1g IV cada 6 horas y Tramadol 50 mg IV cada 8 horas) según indicaciones médicas. - Aplicar apósitos no adherentes en zonas con necrosis epidérmica para reducir el dolor y evitar infecciones secundarias. - Evaluar la intensidad del dolor regularmente utilizando la Escala Numérica del dolor (0-10). - Monitorear signos vitales y respuestas fisiológicas al dolor (taquicardia, diaforesis, hipertensión) - Fomentar el uso de técnicas de relajación y respiración profunda para disminuir la ansiedad asociada al dolor. 						

MA. Mantener A, AA. Aumentar A, EVAL. Evaluación.

Tabla 3

Cuidados de enfermería deterioro de la integridad cutánea

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Diana		
Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 2: Lesión física Etiqueta diagnóstica: 00046 Integridad de la piel deteriorada Formulación del diagnóstico: Integridad de la piel deteriorada r/c Infección local, Traumatismo o lesión en la piel, Inflamación aguda, m/p Eritema, dolor localizado, lesión visible.	Dominio 11: NOC: III. Salud psicosocial Clase NOC: M. Bienestar psicológico Resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	110101 Temperaturo a de la piel 110102 Sensibilidad 110104 Hidratación	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	MA 2 3 3 2	AA 4 4 4	EVAL 5 4 4 3

Dominio: I. Fisiológico básico
Cuidados de la herida

Intervenciones NIC: **Clase:** E. Fomento de la actividad física

- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
- Limpiar con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico, según corresponda.
- Administrar cuidados de la úlcera cutánea.
- Aplicar una crema adecuada en la piel/lesión.
- Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.
- Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.

MA. Mantener A, AA. Aumentar A, EVAL. Evaluación.

Tabla 4

Cuidados de enfermería ansiedad

Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicadores	Escala de Medición	Puntuación Diana		
Dominio 9: Afrontamiento /tolerancia al estrés	Dominio NOC: II. Salud fisiológica	121102 Impaciencia 121103	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	MA 3	AA 4	EVAL 4
Clase 2: Respuestas de afrontamiento	Clase NOC: L. Integridad tisular	121104 Distrés 121105				
Etiqueta diagnóstica: 00146 Ansiedad	Resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	Inquietud 121106 Tensión muscular		2 2	3 3	4 4
Formulación del diagnóstico: Ansiedad r/c Estrés físico o emocional, dolor, cambios en el entorno m/p Inquietud o agitación, tensión muscular, sudoración excesiva.				2	3	4

Dominio: I. Fisiológico básico
5820 Disminución de la ansiedad

Intervenciones NIC: **Clase:** T. Fomento de la comodidad psicológica

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
- Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso.
- Proporcionar objetos que simbolicen seguridad.

MA. Mantener A, AA. Aumentar A, EVAL. Evaluación.

DISCUSIÓN

Paciente de sexo masculino 28 años, ingresa al hospital por presentar sintomatología de aproximadamente 9 días de evolución caracterizado por edema, eritema ocular, lesiones dermatológicas., maculas, pápulas y pústulas a nivel facial, tórax extremidades superiores e inferiores por lo cual deciden su hospitalización en donde recibe tratamiento medicamentoso, pero sintomatología incrementa.

El dolor agudo se presentó desde el inicio del cuadro clínico y persistió durante las curaciones y los diversos procedimientos realizados durante la estancia hospitalaria. Ante esta situación, la administración continua de analgésicos resultó fundamental para aliviar el malestar

del paciente. Asimismo, se aplicaron técnicas de confort y se utilizaron apósitos no adherentes, con el objetivo de proteger las áreas lesionadas y contribuir a mejorar su calidad de vida. El manejo del dolor en pacientes con síndrome de Stevens-Johnson, es una prioridad debido a la intensidad del malestar causado por las lesiones cutáneas y mucosas. Similar al estudio de Frantz *et al.* (2021) donde destaca el uso de analgésicos potentes y cuidados continuos de enfermería para aliviar el dolor y evitar complicaciones. Falconi *et al.* (2022) comparan este dolor con el de quemaduras graves, sugiriendo un abordaje integral similar.

Segun estudio de Ingen-Housz-Oro *et al.* (2021) destacan que el manejo de estas lesiones cutáneas requiere habilidades especializadas de enfermería, como la aplicación de apósitos no adherentes y una vigilancia constante para prevenir infecciones. Por otra parte, según, el estudio presentado, se observaron múltiples áreas de piel comprometidas, caracterizadas por máculas y pápulas purpúricas con erosiones exudativas, el manejo se centró en la protección de la integridad cutánea y la prevención de infecciones, además la intervención de enfermería fue fundamental, enfocándose en una limpieza meticulosa de las lesiones, colocando compresas solución salina 0.9% por 30 minutos sobre los parpados cada 8 horas, la aplicación de enjuagues de nistatina, baño diario más la aplicación de crema de zinc en todas las áreas afectadas después del baño. Estas acciones se llevaron a cabo siguiendo protocolos de atención similares a los empleados en unidades de pacientes quemados, lo cual resultó clave para controlar la evolución de las lesiones, evitar complicaciones y favorecer el proceso de recuperación del paciente.

La ansiedad es una respuesta emocional común en pacientes diagnosticados con síndrome de Stevens-Johnson, debido a la naturaleza repentina, dolorosa y potencialmente mortal de la enfermedad. Estudios recientes, como el de Lee y Knox (2023), indican que los pacientes con SSJ tienen una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y estrés postraumático, especialmente durante la fase aguda y el proceso de hospitalización. Estos síntomas estuvieron asociados al dolor intenso, la pérdida de la integridad corporal y la incertidumbre sobre la evolución clínica, este síntoma estuvo presente en el caso presentado, donde el paciente manifestó ansiedad con insomnio, miedo constante y dificultad para relajarse. Frente a esta situación, el accionar de enfermería fue fundamental, brindando apoyo emocional, educación continua sobre la enfermedad y un ambiente terapéutico seguro. Además, se realizó interconsulta con Psicología, y se promovieron técnicas de afrontamiento personalizadas, contribuyendo al bienestar emocional y a una mejor adaptación al tratamiento.

La infección es una complicación común y potencialmente mortal en pacientes con Stevens-Johnson, debido a la pérdida extensa de la barrera cutánea y la exposición a microorganismos oportunistas. Estudios como el de Kim *et al.* (2022) destacan que las infecciones secundarias, especialmente por bacterias como *Staphylococcus aureus* y *Pseudomonas aeruginosa*, aumentan la morbilidad y pueden retrasar la cicatrización. En el caso presentado, el paciente evidenció signos de infección en las lesiones tales como eritema intenso, edema

localizado, secreción seropurulenta y mal olor, lo que motivó el inicio de tratamiento farmacológico con antibióticos de amplio espectro como la vancomicina, ajustados posteriormente según los resultados del cultivo y antibiograma, además el personal de enfermería juega un papel importante en el cuidado meticuloso de heridas y la administración temprana de antimicrobiano, así mismo coadyuva en la prevención y control de infecciones, siguiendo protocolos estrictos de asepsia, contribuyendo de manera significativa a la recuperación del paciente.

CONCLUSIONES

El manejo del paciente diagnosticado con síndrome de Stevens-Johnson evidenció la necesidad de una atención integral, oportuna y humanizada, donde el cuidado de enfermería desempeñó un papel crucial en cada etapa de su evolución clínica. La complejidad de esta patología, caracterizada por la afectación extensa de piel y mucosas, dolor severo, alto riesgo de infección y alteraciones emocionales, exigió intervenciones basadas en la evidencia y adaptadas a las condiciones particulares del paciente.

A través de cuidados continuos y específicos, el personal de enfermería contribuyó de manera significativa al alivio del dolor, la preservación de la integridad cutánea, la prevención de infecciones y el apoyo emocional. La administración adecuada de analgésicos, el uso de apósitos estériles no adherentes, la aplicación de soluciones antisépticas, así como la vigilancia constante de los signos vitales y el estado general del paciente, permitieron controlar las complicaciones y favorecer el proceso de cicatrización.

Además, el acompañamiento psicológico y la creación de un entorno terapéutico seguro fueron fundamentales para reducir la ansiedad, promoviendo así la adaptación del paciente a su tratamiento. La derivación a Psicología, junto con técnicas de contención emocional implementadas por el equipo de enfermería, fortalecieron la dimensión humana del cuidado.

REFERENCIAS

- Alcón, E. (2023). Síndrome de Stevens Johnson, a propósito de un caso. *Revista Médica La Paz*, 29(1), 75-78. <https://doi.org/10.56443/rsm.v77i3.308>
- Álvarez, M., Bastidas, A., Lino, C., & Guanotasig, K. (2024). Síndrome de Necrolisis Epidérmica Tóxica y Síndrome de Stevens Johnson. *Polo del Conocimiento*, 9(9), 544-560. <https://doi.org/10.23857/pc.v9i9.7949>
- Arellano, J., Álvarez, D., Salinas, M., & Molina, I. (2020). Incidencia de síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica en Chile años 2001-2015 y su asociación con latitud. *Revista médica de Chile*, 148(7), 915-920. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000700915>
- Chang, H.-C., Wang, T.-J., Lin, M.-H., & Cheng, T.-J. (2022). A review of the systemic treatment of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Biomedicines*, 10(9), 2105. <https://doi.org/10.3390/biomedicines10092105>
- Charlton, O., Harris, V., Phan, K., Mewton, E., Jackson, C., & Cooper, A. (2020). *Toxic Epidermal Necrolysis and Steven-Johnson Syndrome: A Comprehensive Review*. *Adv Wound Care (New Rochelle)*, 9(7), 426-439. <https://doi.org/10.1089/wound.2019.0977>
- Daza, J., Gutiérrez, E., & O’Farril, V. (2022). Síndrome de Stevens Johnson. *Folia Dermatológica Cubana*, 16(1), 1-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/fofia/fd-2022/fd221h.pdf>
- DenAdel, M. A., Hendrickson, S. E., & Fuchs, E. (2022). Stevens Johnson Syndrome: Past, Present, and Future Directions—Gynecologic Manifestations and Management in SJS/TEN. *Frontiers in Medicine*, 9, 874445. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.874445>
- Falconí Chávez, D. S., & Jami Carrera, J. E. (2022). Síndrome de Steven-Johnson y necrolisis epidérmica tóxica: Revisión bibliográfica actualizada. *Clinical Reviews in Medical Sciences*, 6(5), 3105. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i5.3105
- Fernández, J., & Villa, P. (2023). Intervenciones de enfermería en pacientes con síndrome de Stevens-Johnson. [Tesis Enfermería]. Universidad Católica de Cuenca. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/f2f66156-4174-485a-9d63-d5c91bc46830/content>
- Frantz, R., Huang, S., Are, A., & Motaparthy, K. (2021). *Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Review of Diagnosis and Management*. *Medicina (Kaunas)*, 57, 1-15. <https://doi.org/10.3390/medicina57090895>
- Hasegawa, A., & Abe, R. (2020). *Recent advances in managing and understanding Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis*. *F1000Research*, 612, 1-12. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24748.1>
- Kridin, K., Brügggen, M.-C., Chua, S.-L., Bygum, A., Walsh, S., Nägeli, M. C. (2021). *Evaluación de los enfoques terapéuticos y resultados en el síndrome de Stevens-Johnson y la necrólisis*

- epidérmica tóxica: hallazgos de un estudio multicéntrico paneuropeo. JAMA Dermatology*, 157(10), 1182–1190. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2021.3154>
- Lee, E. Y., Knox, C., & Phillips, E. J. (2023). Worldwide prevalence of antibiotic-associated Stevens–Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatology*, 159(4), 384–392. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2022.6378>
- Oakley, A., & Krishnamurthy, K. (2023). Stevens-Johnson Syndrome. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459323/>
- Orellana, D., Delgado, P., Orellana, A., Quezada, C., & Quituisaca, B. (2022). Síndrome de Stevens-Johnson por consumo de fármacos: reporte de caso. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 40(3), 57-64. <https://doi.org/10.18537/RFCM.40.03.07>
- Pushker, N., Gorimanipalli, B., Sharma, N., Kashyap, S., & Bajaj, M. S. (2021). Mucous membrane grafting (fibrin glue vs. suture) for lid margin pathologies in Stevens-Johnson syndrome: randomized comparative study. *Eye (Lond)*, 35(7), 1985-1992. <https://doi.org/10.1038/s41433-020-01203-4>
- Singh, N., Shah, M. K., Patel, A., & Patel, S. (2022). Stevens-Johnson syndrome: A rare case report and review of literature. *American Journal of Medical Case Reports*, 10(8), 260–264. <https://doi.org/10.12691/ajmcr-10-8-6>
- Shah, H., Parisi, R., Mukherjee, E., Phillips, E., & Dodiuk, R. (2024). Update on Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: Diagnosis and Management. *Am J Clin Dermatol*, 25(6), 891-908. <https://doi.org/10.1007/s40257-024-00889-6>
- Shanbhag, S., Chodosh, J., Fathy, C., Goverman, J., Mitchell, C., & Saeed, H. (2020). Multidisciplinary care in Stevens-Johnson syndrome. *Ther Adv Chronic Dis*, 11, 1-17. <https://doi.org/10.1177/2040622319894469>
- Wasuwanich, P., So, J., Chakrala, T. S., Chen, J., & Motaparathi, K. (2023). Epidemiology of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in the United States and factors predictive of outcome. *JAAD Int*, 13, 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.jdin.2023.06.014>
- Zhu, J., Chen, G., He, Z., Zheng, Y., Gao, S., & Li, J. (2021). Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis in patients treated with immune checkpoint inhibitors: A safety analysis of clinical trials and FDA pharmacovigilance database. *EClinicalMedicine*, 37, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100951>