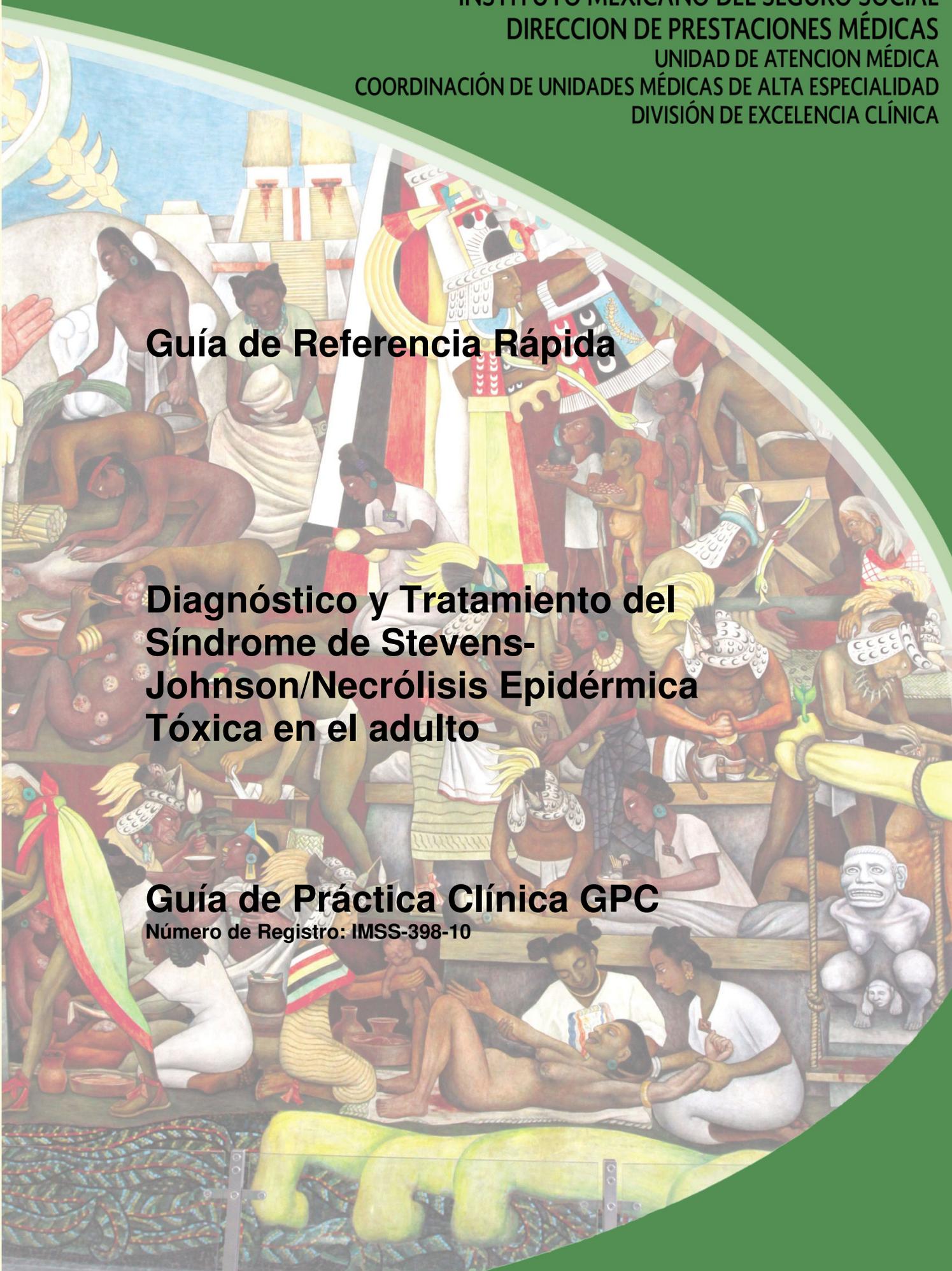


Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Stevens- Johnson/Necrólisis Epidérmica Tóxica en el adulto

Guía de Práctica Clínica GPC

Número de Registro: IMSS-398-10



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

L51.1 Síndrome de Stevens Johnson **L51.2 Necrólisis Epidérmica Tóxica (Lyell)**

GPC

Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Stevens Johnson/Necrólisis Epidérmica Tóxica
ISBN 978-607-8290-18-5

DEFINICIÓN

El Síndrome de Stevens-Johnson es una dermatosis potencialmente fatal caracterizada por una extensa necrosis epidérmica y de mucosas que se acompaña de ataque al estado general. El Síndrome de Stevens Johnson y la Necrólisis Epidérmica Tóxica son reacciones de hipersensibilidad que se consideran formas polares clínico-patológicas de una misma entidad. Tanto el síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) como la Necrólisis Epidérmica tóxica (NET) son reacciones adversas cutáneas severas (RACS) relacionados con varios medicamentos. Estas entidades tienen impacto significativo en la salud pública debido a su alta morbilidad y mortalidad. (Mockenhaupt M, 2008)

El porcentaje de superficie cutánea afectada es pronóstico y clasifica a ésta dermatosis en tres grupos:

- SSJ, cuando afecta menos de 10 % de superficie corporal
- Superposición SSJ-NET de 10 a 30%
- NET, despegamiento cutáneo mayor al 30%.

Sinonimia: Ectodermosis Erosiva Pluriorifical.

FACTORES DE RIESGO

Sexo femenino, ancianos, pacientes con trastornos inmunológicos como SIDA y enfermedades de la colágena, cáncer. Ascendencia asiática

Predisposición familiar y portadores de HLA-B12.

Evitar automedicación y en los grupos de mayor riesgo evitar, en lo posible la prescripción de fármacos relacionados con el SSJ/NET

La carbamazepina no debe utilizarse en pacientes con resultados positivos para HLA-B*1502 a menos que los beneficios superen el riesgo de SSJ/NET

Prevención:

Evitar la reintroducción de los medicamentos causales cuando existan antecedentes de SSJ/NET

En pacientes con ascendencia asiática evitar la carbamazepina.

Los pacientes con tratamiento con carbamazepina inclusive si son positivos al antígeno leucocitario humano HLA-B* 1502 se considerarán de bajo riesgo cuando tengan meses tomando el medicamento sin presentar reacciones cutáneas.

Realizar farmacovigilancia en todos los niveles de atención.

DIAGNÓSTICO

En los pacientes sin antecedentes de ingesta de fármacos, se deberá descartar etiología viral, micótica y bacteriana. (por ejemplo, herpes simple y micoplasma pneumoniae). El tiempo transcurrido desde la ingesta del medicamento hasta la aparición del cuadro clínico oscila desde unos días hasta cuatro semanas.

Los síntomas pueden preceder a las manifestaciones cutáneas de uno a 3 días y son:

Fiebre, ardor en los ojos, odinofagia por lesiones de la mucosa, tos artalgias, artritis, respiración superficial e hipotensión arterial.

Se manifiesta como una dermatosis habitualmente generalizada y que predomina en cara, cuello, tronco y extremidades y (puede incluir todo el cuerpo inclusive palmas y plantas). Las lesiones son: manchas eritematosas que evolucionan en horas a la formación de lesiones purpúricas, ampollas y erosiones en piel y mucosas.

Sobre las máculas pueden aparecer grandes ampollas de contenido claro o hemorrágicas, que se rompen produciendo amplias áreas denudadas. El dolor puede ser leve o severo; sobre las zonas lesionadas; la suave tracción de la piel es suficiente para producir en su máxima expresión lesiones (Signo de Nikolsky).

Buscar intencionadamente lesiones en labios, mucosa oral, faringe, esófago conjuntiva, ulceraciones corneales y uveítis. En los pacientes con diagnóstico de SSJ/NET es importante la búsqueda intencionada de estomatitis y síntomas que involucren tráquea y bronquios.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico de SSJ/NET es clínico.

Para la valoración inicial solicitar biometría hemática (que puede indicar eosinofilia, linfocitosis con linfocitos atípicos, leucopenia, anemia normocítica, velocidad de eritrosedimentación globular aumentada), tiempos de coagulación (tiempo de protrombina y tromboplastina alargados) perfil hepático completo (hipoproteinemia, aumento de transaminasas, hipercolesterolemia), plaquetas, hemocultivos, de piel, de orina y si es necesario de orificios corporales.

Descartar las siguientes enfermedades a ante la sospecha clínica de SSJ:

- Eritema multiforme
- Síndrome de choque tóxico
- Síndrome de la piel escaldada
- Enfermedad de Kawasaki
- Escarlatina
- Enfermedad de injerto contra huésped
- Deficiencia de Zinc
- LES
- Candidiasis
- Psoriasis pustulosa
- Dermatitis pustulosa subcorneal
- Dermatitis alérgica de contacto
- Eritema migratorio necrolítico
- Pénfigo vulgar
- Boca dolorosa

COMPLICACIONES

En los pacientes con SSJ la pérdida de la piel puede dar lugar a:

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

Se recomienda la monitorización estrecha de los pacientes con SSJ/NET para detectar en forma temprana disfunciones orgánicas que pongan en peligro la vida. Se debe solicitar apoyo para evaluación y manejo de la función renal, equilibrio hidro-electrolítico, acido base etc. Se deberá solicitar al ingreso del paciente, química sanguínea básica, gasometría arterial, biometría hemática completa y pruebas de coagulación.

Se recomienda tomar un cultivo y frotis de fondo de saco en caso de sospecha de infección oftalmológica agregada, para tratamiento específico y prevenir reacción de toxicidad al fármaco, valorar casos de contaminación recurrente por continuidad oído, nariz o garganta

Secuelas del SSJ/NET a largo plazo incluyen cambios cutáneos, mucosos, oculares y pulmonares.

Cutáneos: xerosis, cambios pigmentarios (hipo o hiperpigmentación, distrofias ungueales y alopecia). El manejo dermatológico a largo plazo debe incluir el uso de lubricantes y filtros solares así como medidas generales para evitar la xerosis.

El manejo para prevenir las secuelas oculares incluye medidas para evitar o disminuir la presentación del ojo seco y de las alteraciones cicatrízales a nivel de conjuntiva y párpados como la utilización de lubricantes oculares y remoción de sinequias.

El síndrome de ojo seco, fotofobia, disminución de la agudeza visual, distriquiiasis, neovascularización de la córnea, queratitis y úlcera corneales que pueden llevar a la ceguera. Complicaciones probables son escleritis, cicatrización conjuntival similar al penfigoide, episodios recurrentes de inflamación con nueva sintomatología que puede aparecer hasta 8 años después del diagnóstico de SSJ/NET.

La queratoplastia penetrante o queratoplastia lamelar frecuentemente se complica por la inflamación prolongada, defectos epiteliales persistentes, adherencias corneales, perforación, falla del injerto.

En caso de presentarse simbléfaron, sinequias vulvovaginales ó fimosis ameritarán su corrección quirúrgica.

El ojo seco crónico frecuentemente es tratado con lubricantes. Puede ser necesario la oclusión de puntos lagrimales y la tarsorrafia en algunos casos.

La triquiiasis es otra complicación a largo plazo la cual puede ser tratada con medidas más permanentes como la crioblación o la electrólisis.

A nivel pulmonar se han reportado bronquitis crónica, bronquiolitis, bronquiectasias, y trastornos obstructivos.

A nivel urológico se incluyen la aparición de sinequias vulvovaginales o fimosis.

PRONÓSTICO

La atención en cuidados intensivos o de atención a pacientes quemados mejora el pronóstico. La derivación temprana, antes de los siete días, a un centro de quemados disminuye la incidencia de bacteriemia y sepsis reduciendo la mortalidad de NET a 4%. Por el contrario, la mortalidad asciende a 83% en los pacientes referidos después del séptimo día.

El pronóstico mejora cuando se suspende lo más pronto posible el o los fármacos involucrados y si estos tienen vida media corta.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

En los pacientes con SSJ con NET superpuesto o con NET (afección mayor de 10% de la epidermis o inclusive con menor área afectada pero con otras complicaciones, se recomienda hospitalizarlo de preferencia en una Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Quemados para proporcionar manejo integral temprano.

El transporte hacia las mismas debe realizarse evitando el traumatismo de la piel. Suspensión temprana de medicamentos no destinados a sostener una función vital, y/o que sean sospechosos de causar el SSJ/NET

En la evaluación inicial dentro de las primeras 24/48 horas del evento, el paciente debe ser valorado por especialistas correspondientes a los órganos blanco de SSJ/NET y posteriormente según la evolución clínica.

Realizar monitoreo de los factores de riesgo del SCORTEN.

Utilizar, si se dispone del recurso, las camas fluidificadas. Realizar la vigilancia de la pérdida de líquidos corporales, controlar la temperatura ambiental y prevenir la broncoaspiración.

El antiséptico empleado con mayor frecuencia es la clorhexidina al 0,05%. Se recomienda como tratamiento complementario local en pacientes con SSJ en lesiones orales

Usar permanganato de potasio o sulfato de cobre (alibour) diluido al 1:5 ó 10 mil de acuerdo a superficie corporal afectada en forma de baños 2 veces al día en piel afectada. Debe evitarse el empleo de vendajes o apósitos adhesivos por el daño y el dolor que se produce al despegarlos. Deben evitarse los traumatismos a la piel ya que facilitan que la extensión de piel afectada aumente. Evitar el uso de sulfadiazina argéntica.

No se recomienda el tratamiento profiláctico sistémico con antibióticos.

Los pacientes con SSJ/NET tienen alto riesgo de infección o sepsis por lo cual el manejo incluye los siguientes elementos:

-Manejo estéril y aislamiento

-Cultivos repetidos de la piel, mucosas nasales, hemocultivo, urocultivo entre otros.

Los catéteres y sondas deben manejarse prestando atención esmerada a la asepsia y enviarse a cultivar al ser retirados

Cuando existan datos clínicos de sepsis los antibióticos sistémicos deberán emplearse y ajustarse de acuerdo a los resultados de los cultivos realizados. Se debe sospechar sepsis cuando exista: alteración del estado general o del nivel de conciencia, la disminución brusca de la fiebre, la aparición de fiebre elevada (dato menos valioso porque es frecuente la fiebre en ausencia de infección), las alteraciones en la función respiratoria o en el estado hemodinámico, el incremento de las necesidades de insulina en los pacientes diabéticos y el aumento del volumen gástrico residual en los pacientes con sonda nasogástrica, valorarse siempre de forma cuidadosa qué tratamiento antibiótico emplear y cuándo debe iniciar en forma empírica en tanto se tienen los resultados de los cultivos recomendados para dirigir el tratamiento.

El tratamiento de la piel en el SSJ/NET se asemeja al del gran quemado. En las unidades de quemados, se ha utilizado aplicación de gasas vaselinadas, hidrogel, xenoinjertos porcinos, haloinjertos cutáneos, criopreservados o análogos de colágeno. Cuidado riguroso de la piel y mucosas, si es necesario, remoción de

escamas y tejido necrótico.

Cuando se ha producido la epitelización se puede utilizar shampoo de bebé , diariamente, aceite mineral o petrolato líquido

Cuando la superficie cutánea alterada es extensa, se debe iniciar la reposición de líquidos por vía intravenosa. El manejo de líquidos en pacientes con SSJ/NET es diferente al de los pacientes quemados, la respuesta de la epidermis a las citocinas y la lesión microvascular es menor, las pérdidas insensibles son de 2 a 3 L por día en adultos con 50% SCT afectada por lo que los adultos pueden requerir de 5 a 7 L/24 horas. Se recomienda una estrategia de metas fisiológicas para mantener un volumen urinario de 0.5 a 1.0 ml/kg/hr y evitar la sobrecarga de volumen. Es preferible el empleo de vías venosas periféricas, localizadas en zonas no afectadas.

La cantidad de líquidos se calcula midiendo el área de la superficie corporal afectada. Las necesidades de los pacientes con NET son de dos tercios o tres cuartos de lo que necesita un paciente quemado en la misma extensión. Una buena medida para una reposición adecuada es que la diuresis se mantenga entre 0,5 y 1 ml/kg/h

La elevación de la temperatura ambiental a 30-32° C reduce la pérdida de calor a través de la piel y los escalofríos y da comodidad al paciente. Para ello pueden emplearse mantas térmicas o lámparas infrarrojas. Los baños antisépticos deben realizarse a 35-38° C.

Diariamente el paciente debe ser explorado por un oftalmólogo, que romperá las sinéquias que se formen. La fase aguda persiste generalmente por 2 a 6 semanas. En la fase aguda existe quemosis e hiperemia conjuntival. Los párpados pueden estar edematizados y eritematosos. Después del estadio vesicular agudo, en horas o días aparece una conjuntivitis típica. A mayor afectación de la conjuntiva se puede presentar una conjuntivitis membranosa o pseudomembranosa la cual frecuentemente lleva a una conjuntivitis cicatricial. En los pacientes que desarrollan adhesiones oculares, se recomienda realizar debridación diaria con limpieza del fórnix y debridación del epitelio dañado para prevenir secuelas. Diariamente se inspeccionará la posición de los párpados, estado de las pestañas y la cornea para descartar queratitis. Puede ser usado lente de contacto blando en los casos de defectos epiteliales persistentes. Se deben utilizar lubricantes y antibióticos tópicos libres de conservador. Si existe una progresión significativa de la inflamación en el transcurso de 24 horas, esteroides tópicos deberán agregarse para reducir la inflamación, la cual, si no es tratada puede llevar a deformidades palpebrales.

Es fundamental el cuidado broncopulmonar. Deben emplearse nebulizaciones para facilitar la expectoración y fisioterapia. La hipoxemia suele indicar afección traqueobronqueal y requerir intubación, aspiración y ventilación mecánica. La respuesta a la oxigenoterapia suele ser mala, por una alteración extensa de la difusión que puede persistir tras la resolución de la enfermedad. Involucrar al servicio de inhaloterapia para el manejo de secreciones, ya que los pacientes con SSJ/NET pueden cursar con dificultad para la expectoración.

Para compensar el estado catabólico y teniendo en cuenta la habitual disfagia de estos enfermos, se recomienda iniciar cuanto antes una nutrición enteral hipercalórica e hiperprotéica mediante una sonda de silicona. Esta dieta junto con las alteraciones de metabolismo de glúcidos hace necesaria, con frecuencia la administración de insulina IV. Administrar dieta hiperprotéica e hipercalórica por sonda de silicona y uso de insulina IV de acuerdo a requerimientos basales.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No existen ensayos clínicos aleatorios que puedan apoyar un tratamiento específico de SSJ/NET; la Universidad de Florida estableció directrices obtenidas por consenso de expertos. Recomienda la inmunoglobulina en las primeras 48-72 hrs de la aparición de las lesiones ampollosas, sin embargo no se ha probado su utilidad y es un recurso de alto costo por lo cual su utilización deberá estar autorizado bajo protocolo de estudio y se debe efectuar previamente hemograma, pruebas de función hepática y renal, IgA, serología de hepatitis, sífilis y pruebas de virus de inmunodeficiencia humana, con vigilancia de eventos adversos.

Dado que no hay evidencia concluyente para el uso de corticoesteroides e incluso en algunos estudios se les atribuye empeoramiento de la sintomatología, no se recomienda su uso. No se ha demostrado la eficacia del uso de la ciclofosfamida por lo cual no se recomienda. Aunque se ha reportado el uso de ciclosporina en el SSJ con buenos resultados, aún no disponemos de estudios concluyentes que respalden su uso.

No se recomienda la utilización de talidomida para el SSJ/NET ya que incrementa la mortalidad.

Se recomienda como profilaxis de tromboembolia la enoxaparina 40 mg SC cada 24 horas o dosis terapéutica 1 mg/Kg/día.

Durante el traslado a una unidad de cuidados intensivos en los pacientes con SSJ/NET, es importante controlar el dolor.

El empleo de antiácidos disminuye el riesgo de hemorragia digestiva gástrica y el soporte emocional es importante, y si la función respiratoria del enfermo lo permite, la administración de ansiolíticos.

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Los pacientes en que se sospeche SSJ/NET deben ser estabilizados y enviados lo más pronto posible a una unidad de cuidados intensivos o unidad de quemados. Del primer contacto y/o urgencias, el paciente deberá ser enviado a hospitalización si tiene el 10% o menos de superficie corporal afectada (SSJ), y a terapia intensiva si es mayor de 10%(SSJ/NET ó NET).

El médico adscrito a terapia intensiva decidirá el momento de egreso a hospitalización una vez que se hayan estabilizado las funciones vitales.

Una vez que el paciente tolere vía oral, que se encuentre afebril, con la lesiones cutáneas en vías epitelización (habitualmente ocurre a las tres semanas del inicio del cuadro clínico), con funciones vitales estables se puede considerar su alta hospitalaria y control subsecuente en consulta externa de las especialidades involucradas

En la nota de alta de hospitalización se deberá consignar claramente qué fármacos deberá evitar el paciente en lo futuro incluyendo aquellos de reacción cruzada. Se deberá notificar también al paciente y a sus familiares.

La evolución de la cicatrización cutánea tras el inicio del SSJ/NET, es aproximadamente entre 7-10 días, aunque puede haber lesiones activas en otras zonas del cuerpo. La epitelización es completa aproximadamente en 20 a 30 días

Es obligado hacer la notificación de reacción adversa a fármacos con el llenado de los formatos correspondientes dependiendo de la unidad en que se encuentre hospitalizado el paciente.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Para el control del paciente egresado de hospitalización, el médico familiar deberá de estar alerta, para enviar al paciente a los servicios correspondientes para tratar de evitar complicaciones y/o limitar secuelas a largo plazo. También evitar la prescripción de fármacos relacionados con SSJ/NET o que puedan dar reacción cruzada.

MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE SSJ/NET

Medicamentos que se han asociado a SSJ/NET

Sulfonamidas (Trimetoprima-sulfametoxazol, sulfadiacina, sulfazalazina, sulfadoxina), Carbamazepina, Lomotrigina, Minociclina,

Nevirapina

Pantoprazol

Fenitoína

Fenobarbital

Sertralina

Tramadol

AINEs: Oxicam, meloxicam, piroxicam, tenoxicam. , diclofenaco, indometacina, lonazolac, etodolaco, aceclofenaco, ketorolaco

Macrólidos: azitromicina, claritromicina, eritromicina pristinamicina, roxitromicina, espiramicina.

Quinolonas: ciprofloxacina, grepafloxacino, levofloxacina, normofloxacina, ofloxacina.

Cefalosporinas: cefalexina, cefapirina, cefatrizine, cefixima, cefonicide, cefotiam, ceftriaxona, cefuroxime.

Aminopenicilinas: amoxicilina, ampicilina

Clorizanona

Imidazolicos antifúngicos

Alopurinol

Corticoesteroides

Se han reportado casos aislados con oxcarbazepina, ibuprofen, irinotecán+5-fluoracilo

Acetaminofén, Ácido Valproico, asociación dudosa con SSJ/NET.

Factores Pronósticos de Necrólisis Epidérmica Tóxica.

Características del paciente	Razón de Momios (IC _{95%})	Significancia Estadística
Edad (mayor o igual 40 años)	2.7 (1.0-7.5)	0.05
Frecuencia Cardíaca (mayor o igual 120 por minuto)	2.7 (1.0-7.3)	0.04
Enfermedades malignas o hematológicas	4.4 (0.1-18.0)	0.04
Área de superficie corporal afectada:		
Menos de 10%	1	
10 a 30%	2.9 (0.9-8.8)	0.04
Más de 30%	3.3 (1.2-9.6)	
Nivel sérico de urea (más de 10 mmol/L)	2.5 (0.9-7.3)	0.09
Nivel de bicarbonato sérico (menos de 20 mmol/L)	4.3 (1.1-16.0)	0.03
Nivel de glucosa sérica (más de 14 mmol/L)	5.3 (1.5-18.2)	<0.01
SCORTEN	2.45 (2.26-5.25)	<10 ⁻⁴

SCORTEN representa el número de parámetros anormales incluyendo los 7 factores pronósticos (se pondera con un punto la presencia de cada factor). La razón de momios corresponde al valor pronóstico de cada factor en forma individual

Fuente: Bastuji-Garin GS, Fouchard N, Bertocchi M et al. SCORTEN: A Severity-of-Illness Score for Toxic Epidermal Necrolysis. J Invest Dermatol 2000;115:149-153.

Tasas de mortalidad y razón de momios de acuerdo a nivel de SCORTEN (desarrollado con una muestra de 165 pacientes)

SCORTEN	Número de pacientes	Tasa de mortalidad		Razón de Momios	
		%	(IC _{95%})	%	(IC _{95%})
0-1	31	3.2	0.1-16.7	1	
2	66	12.1	5.4-22.5	4.1	0.5-35.2
3	34	35.3	19.8-53.5	14.6	2.0-138.0
4	24	58.3	36.6-77.9	42.0	4.8-367.0
≥ 5	10	90.0	55.5-99.8	270.0	15.0-487.0

Fuente: Bastuji-Garin GS, Fouchard N, Bertocchi M et al. SCORTEN: A Severity-of-Illness Score for Toxic Epidermal Necrolysis. J Invest Dermatol 2000;115:149-153.

Guía para el manejo de la Necrólisis Epidérmica Tóxica y Síndrome de Stevens-Johnson

1. Ingresar al paciente a Unidad de Cuidados Intensivos o cuidados intensivos del paciente quemado
2. Suspender corticosteroides si estaban siendo utilizados para el tratamiento de la erupción
3. Suspender medicamentos innecesarios y medicamentos sospechosos de causar el SSJ/NET
4. Realizar pruebas básicas de laboratorio (Bh, pruebas de función hepática, glucemia, IgA sérica, tele de tórax)
5. Búsqueda de focos infecciosos.
6. Para confirmación rápida del diagnóstico, una alternativa es remover la raíz de la ampolla congelando la muestra y diferenciar entre TEN y síndrome de piel escaldada por estafilococo.
7. Diariamente tomar cultivo de piel, sangre, orina y orificios naturales para monitorear infecciones tempranas e iniciar o modificar tratamiento con antibiótico de acuerdo a antibiograma.
8. Utilizar antibióticos sistémicos solo con infecciones documentadas o signos de sepsis
9. Asegurar adecuado acceso intravenoso, en áreas de piel no involucradas, con catéter de gran calibre o catéter venoso central
10. Dentro de las 48 a 72 horas del inicio de las ampollas utilizar inmunoglobulina intravenosa, repletada de sucrosa, 1 g/Kg/día durante 3 días, en infusión durante 4 horas. Cuando han pasado las 72 horas, se deben utilizar solo si el paciente continúa con actividad de las lesiones.
11. Estricto control de líquidos y electrolitos, iniciar la nutrición parenteral total en pacientes que no pueden recibir alimentos. El reemplazo de líquidos deberá ser de menor magnitud que el que corresponde a un paciente quemado con similar afección de superficie corporal
12. Desbridación de áreas necróticas y descamadas puede ser realizada.
13. Interconsulta a oftalmología para evaluar compromiso ocular.
14. Interconsulta a otorrinolaringología para evaluar tracto respiratorio superior
15. Las demás interconsultas se dirigirán de acuerdo a la condición del paciente (ej medicina interna para el manejo de comorbilidad, neumología para evaluar afección de vías respiratorias bajas, gastroenterología para involucramiento alimentario, ginecología y urología para evaluar afección urogenital)
16. Terapia física diaria para preservar la movilidad de las extremidades
17. Disminución del dolor, bomba de analgesia controlada por el paciente
18. Hidroterapia si es necesaria
19. Vendajes no adherentes en áreas desnudas
20. Evitar preparaciones tópicos o sistémicas que contengan sulfas.
21. Cuidado oral con soluciones con clorexidina y para los labios petrolato.
22. Camas fluidificadas para minimizar la fricción.
23. Mantener en una habitación cálida para evitar la hipotermia
24. Sonda naso-gástrica y catéter de Foley cuando sea necesario.
25. Evitar la manipulación innecesaria de la piel. Las cintas adhesivas no deberán aplicarse directamente en la piel cuando sea posible.
26. Usar shampoo de bebé para limpiar el cabello diariamente
27. Aceite mineral o petrolato para la piel seca.
28. Injertos de piel (porcinos o piel artificial) basados en el protocolo de cuidados intensivos para el paciente quemado.

Fuente: Fromowitz J, Ramos-Caro F, Flowers F. Practical Guidelines for the Management of Toxic Epidermal Necrolysis and Stevens-Johnson Syndrome. International Journal of Dermatology 2007(46):1092-1094

ALGORITMOS

