



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

***Proyecto educativo sobre el abordaje de la
Necrólisis Epidérmica Tóxica destinado a
enfermeras de servicios clave.***

Alumno: Laura Pereira Jiménez

Director: Andrada Cristoltan Cristoltan

Madrid, Mayo de 2025

Índice.

Glosario de abreviaturas.	4
Resumen.	5
Abstract.	5
1. Presentación.	6
2. Estado de la cuestión.	7
2.1. Fundamentación.	8
2.1.1. Prevalencia.	9
2.1.2. Causas.	10
2.1.3. Fisiopatología.	11
2.1.4. Fases clínicas.	11
2.1.5. Sintomatología.	12
2.1.6. Cuidados de Enfermería.	13
2.1.7. Complicaciones.	20
2.2. Justificación.	23
3. Población y captación.	25
3.1. Población.	25
3.2. Captación.	25
4. Objetivos.	27
4.1. Objetivo general.	27
4.2. Objetivo de salud.	27
4.3. Objetivo específico.	27
5. Contenidos.	29
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.	30
7. Evaluación.	37
7.1. Evaluación de la estructura y el proceso.	37
7.2. Evaluación de resultados.	37
Bibliografía.	39

Anexos	42
Anexo 1: Póster.	43
Anexo 2: Folleto informativo.	44
Anexo 3: Formulario de inscripción.	46
Anexo 4: Registro de asistencia.	47
Anexo 5: Mapa conceptual de la sesión práctica.	48
Anexo 6: Autorización de derechos de imagen.....	49
Anexo 7: Evaluación general del curso.	50
Anexo 8: Pre-test y Post-test.	51
Anexo 9: Evaluación de la simulación.	53
Anexo 10: Formulario de evaluación a largo plazo.	54
Anexo 11: Diploma de realización del curso.	55

Glosario de abreviaturas.

- NET: Necrólisis Epidérmica Tóxica.
- SSJ: Síndrome de Stevens-Johnson.
- AINE: Antiinflamatorio no esteroideo.
- CTL: Linfocitos T citotóxicos.
- TNF: Factor de necrosis tumoral.
- DM: Diabetes Mellitus.
- HTA: Hipertensión arterial.
- VVC: Vía venosa central.
- TET: Tubo endotraqueal.
- MMSS: Miembros superiores.
- MMII: Miembros inferiores.

Resumen.

Introducción: La Necrólisis Epidérmica Tóxica es una enfermedad poco frecuente y de extrema gravedad que afecta a un número muy reducido de individuos. Su causa principal es una reacción alérgica severa a determinados medicamentos, que genera gran afectación en la piel y las mucosas, con un elevado riesgo de complicaciones sistémicas. Debido a la elevada mortalidad asociada, el manejo de los pacientes requiere una atención individualizada. En la mayoría de los casos, será imprescindible su ingreso en unidades especializadas como la Unidad de Grandes Quemados. **Objetivo:** El principal objetivo del proyecto educativo es capacitar al personal de enfermería de las unidades de Grandes Quemados en el manejo de la Necrólisis Epidérmica Tóxica, con el fin de optimizar la calidad de la atención brindada a los pacientes y disminuir dificultades e inseguridades en el desempeño de su práctica clínica. **Metodología:** Para realizar el trabajo, se ha realizado una revisión de la literatura científica utilizando bases de datos especializadas, consulta de libros y otras fuentes relevantes. **Implicaciones para la práctica enfermera:** El conocimiento de la enfermedad facilitará la identificación temprana de los signos y síntomas, permitiendo una intervención más efectiva y reduciendo así complicaciones tanto a corto como a largo plazo. **Palabras clave:** Necrólisis Epidérmica Tóxica, piel, mucosas, personal de enfermería, Unidad de Grandes Quemados, identificación temprana, intervención efectiva, complicaciones.

Abstract.

Introduction: Toxic Epidermal Necrolysis is a rare and extremely severe disease that affects a very small number of individuals. Its main cause is a severe allergic reaction to certain medications, which causes significant damage to the skin and mucous membranes, with a high risk of systemic complications. Due to the high associated mortality, patient management requires individualized care. In most cases, hospitalization in specialized units such as the Burn Unit will be essential. **Objectives:** The main objective of this educational project is to train nursing staff in Burn Units on the management of Toxic Epidermal Necrolysis, in order to optimize the quality of care provided to patients and reduce difficulties and insecurities in their clinical practice. **Methodology:** This study was conducted through a review of the scientific literature using specialized databases, book references and other relevant sources. **Implications for nursing practice:** Understanding the disease will facilitate the early identification of signs and symptoms, allowing for more effective intervention and reducing both short- and long-term complications. **Key words:** Toxis Epidermal Necrolysis, skin, mucous membranes, nursing staff, Burn Unit, early identification, effective intervention, complications.

1. Presentación.

El manejo de la necrólisis epidérmica tóxica (NET/TEN) presenta grandes desafíos en el ámbito de la salud, no solo por su baja prevalencia dentro de la población general, sino también por las graves consecuencias que puede conllevar, especialmente si no se identifica y se trata de manera adecuada. La elevada tasa de mortalidad establece la importancia de conseguir un diagnóstico temprano y una intervención lo más eficaz posible para mejorar el pronóstico y reducir la mortalidad. Por ello es necesario tener conocimientos actualizados y basados en la evidencia que permitan a los profesionales reconocer los signos y síntomas más característicos y comprender cuales son aquellos puntos clave para optimizar la atención.

Será relevante analizar las principales causas que desencadenan la aparición de la patología. Además, es primordial profundizar en la fisiopatología comprendiendo los procesos biológicos e inmunológicos, lo que facilitará la comprensión de cómo se desarrolla y como avanza con el paso del tiempo la enfermedad.

El conocimiento de la sintomatología de la NET es fundamental para conseguir un diagnóstico precoz. Identificarla de forma correcta es esencial para diferenciarla de otras alteraciones dermatológicas que pueden presentar manifestaciones clínicas semejantes. Además, desde la perspectiva del cuidado integral del paciente serán necesarias estrategias de evaluación utilizando herramientas específicas para valorar la gravedad y pronóstico, estableciendo un tratamiento adecuado para prevenir las posibles complicaciones.

Agradecimientos.

En primer lugar, agradecer a mi familia cuyo apoyo incondicional y confianza han sido fundamentales para alcanzar uno de mis sueños. También quiero reconocer a mis amigos, quienes han estado a mi lado brindándome apoyo, ánimo y compañía a lo largo de todo del camino.

Quiero hacer una mención especial a mi primo Daniel, quien ha sido un referente para mí durante estos cuatro años. Su ejemplo, consejos e inspiración me han guiado en los momentos más difíciles.

Por último, quiero agradecer a la universidad en un conjunto por haber sido el espacio donde pude crecer tanto académica como personalmente. Me siento afortunada por las compañeras que he tenido la oportunidad de conocer compartiendo momentos de esfuerzos, logros y risas; creando lazos que perdurarán al finalizar esta etapa.

2. Estado de la cuestión.

Para la realización del trabajo se han consultado diferentes bases de datos entre las que se encuentran: Academic Search Complete, CINAHL Complete, E-Journals, MEDLINE Complete y Pubmed.

En cada una de las búsquedas realizadas se han empleado términos específicos para la búsqueda de artículos y libros científicos. Los términos fueron elegidos en función de los objetivos del proyecto y se aplicaron filtros de búsqueda para asegurar que los artículos escogidos fueran recientes priorizando aquellos publicados en los últimos cinco años. Además, todos los artículos seleccionados fueron redactados en inglés.

Término MeSH	Término DeCs	Lenguaje literal
Nursing	Nursing	Enfermería
Nursing diagnosis	Nursing diagnosis	Diagnóstico de enfermería
Toxic epidermal necrolysis	Toxic epidermal necrolysis	Necrólisis Epidérmica Tóxica
Disease Management	Disease Management	Manejo de la enfermedad
Skin disorders	Skin disorders	Trastorno de la piel
Burn Units	Burn Units	Unidades de quemados
Burns	Burns	Quemaduras
Nursing education	Nursing education	Educación de enfermería
Vulvovaginal	Vulvovaginal	Vulvovaginal
Wound Healing	Wound Healing	Cicatrización de herida
Debridement	Debridement	Desbridamiento
Long term adverse effects	Long term adverse effects	Efectos adversos a largo plazo
Drug eruptions	Drug eruptions	Erupciones por medicamentos
Erythema multiforme	Erythema multiforme	Eritema multiforme
Dermatology	Dermatology	Dermatología
Transplants	Transplants	Trasplantes

Tabla 1: Palabras clave de búsqueda. Elaboración propia.

Algunos de los artículos encontrados fueron descartados tras su lectura, ya que no proporcionaban información útil o actualizada para el proyecto.

2.1. Fundamentación.

El comienzo de la NET se remonta a 1956 cuando Alan Lyell puso en conocimiento varios casos (1). Es considerada una enfermedad principalmente cutánea y de incidencia reducida, con entre 0,4 a 1,2 casos de personas afectadas por cada un millón de personas al año (2), que pone en gran riesgo la vida de la persona que la padece y cuya causa es la reacción alérgica a ciertos medicamentos.

Clarificar la existencia en numerosos artículos de la existencia de dos términos distintos que guardan cierta relación pero que sin embargo tienen ciertas diferencias.

En primer lugar, la diferencia clave que los distingue es el porcentaje total o límite que se tiene en cuenta para diagnosticar una enfermedad u otra.

De esta manera, el Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) se trata de la misma enfermedad cutánea pero cuando esta afecta al <10% de la superficie corporal mientras que la NET produce lesiones cutáneas en >30% del área del cuerpo (2,3).

Además, existe otro término denominado superposición SSJ/NET existente cuando ha afectado entre el 10-30% de la superficie corporal (4,5).

Debido a esta clasificación entenderemos que a medida que la afectación en el organismo aumenta, incrementará en la misma medida la tasa de mortalidad. Por lo tanto, el SSJ tiene una mortalidad del 1-5% mientras que la NET de 25-30% llegando en algunos casos a superar el 50% (2).

Sin embargo, no solo el porcentaje es determinante para valorar la tasa de mortalidad sino también la edad avanzada (aunque puede aparecer a cualquier edad) y el retraso en el ingreso en una unidad que sea especializada como por ejemplo la Unidad de Grandes Quemados (1).

El traslado de los pacientes a una unidad especializada como es el caso de la Unidad de Grandes Quemados adquiere ciertas ventajas pues disminuye la mortalidad, mejora el tratamiento terapéutico y descende el uso de medicación no necesaria (9).

De igual manera aumentará la tasa de mortalidad si no se detecta la enfermedad en los primeros cuatro días antes de la manifestación completa de los síntomas (6).

El índice de mortalidad para la NET se medirá con la escala SCORTEN evaluándose en el ingreso y días posteriores (7,8).

SCORTEN		
Parámetro a valorar	Valor	Puntuación
Edad	>40	1 punto
Frecuencia cardíaca	>120	1 punto
Superficie dañada	>10%	1 punto
Nivel de bicarbonato	<20 mEq/L	1 punto
Nivel de nitrógeno ureico	>28 mg/dL - 10 mmol/L	1 punto
Nivel de glucosa	>252 mg/dL- 14 mmol/L	1 punto
Cáncer activo	Presente	1 punto

Puntuación total	Porcentaje de mortalidad
0-1 punto	3.2%
2 puntos	12.1%
3 puntos	35.3%
4 puntos	58.3%
≥5 puntos	90%

Tabla 2: Escala SCORTEN. Elaboración propia a partir de Hasegawa et.al. (7)

2.1.1. Prevalencia.

En relación a estudios realizados recientemente, se ha reflejado que el SSJ afecta en mayor medida a las mujeres mientras que la superposición SSJ/NET y NET tiene mayor prevalencia en hombres cuyo rango de edad para ambas se encuentra entre los 18 y 75 años siendo las personas menores de 40 años las más afectadas(2).

El alelo HLA-B1502 adquiere un papel principal en el SSJ y la NET. Se ha estudiado la presencia del alelo mencionado en mayor medida en personas procedentes del sudeste asiático, China, Taiwán Japón, Corea y Europa (1); y Tailandia y Malasia (7).

Además, otro estudio demostró que las mujeres, pacientes inmunodeprimidos y personas procedentes de Asia son más propensos de contraer la enfermedad debido a la presencia del alelo HLA (10).

Asimismo, las personas que hayan padecido esta enfermedad manifestarán mayor disposición en su reaparición, incluyendo los familiares directos (6).

Por último, mencionar que los pacientes presentan asociadas otras enfermedades tales como Diabetes Mellitus (DM), epilepsia, hipertensión arterial (HTA), osteoporosis, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares (2).

2.1.2. Causas.

La causa principal de la enfermedad se produce por reacciones alérgicas a medicamentos, pero también puede aparecer por presencia de neumonía (causada por *Mycoplasma pneumoniae*), herpes simple, lupus eritematoso, citomegalovirus, varicela zóster, virus de Epstein-Barr y VIH (1,2).

Estudios realizados demuestran que las clases de medicamentos que producen en mayor medida la NET son (6):

- Anticonvulsivos: carbamazepina, ácido valproico y lamotrigina.
- AINE (antiinflamatorio no esteroideo): diclofenaco sódico, ibuprofeno y ácido acetil salicílico.
- Antibióticos: betalactámicos, sulfonamidas y cíclicos.
- Antipsicóticos: clozapina, aripiprazol, quetiapina y ziprasidona.
- Antagonistas de los receptores H2 de la histamina: famotidina y ranitidina.

Además, se ha tenido constancia de la existencia de un caso de NET producido tras la administración de Sulfasalazina (fármaco antiinflamatorio) para el tratamiento de la artritis reumatoide (10); y tras el empleo de inmunoterapia (11).

Algunos estudios realizados han señalado que existe una relación en cuanto al uso de los medicamentos, ya que los anticonvulsivos se emplean con frecuencia en el tratamiento de las migrañas, manejo del dolor y profilaxis en pacientes intervenidos por el equipo de neurocirugía; y los AINE y antibióticos son los más recetados por los médicos (2).

2.1.3. Fisiopatología.

En relación con el proceso patológico que ocurre en el organismo deberemos de resaltar el papel principal de los linfocitos T citotóxicos (CTL) en las respuestas inmunitarias ya que producen la recuperación en enfermedades víricas y rechazo de aloinjertos mediante la destrucción de células en los que están implicados la perforina y granzima; Fas y ligando Fas (FasL); y el factor de necrosis tumoral (TNF) (1,12).

Cuando el paciente ingiere el medicamento causante de la NET comienza la formación de CTL CD8+ produciéndose de esta forma la apoptosis de los queratinocitos presentes en la piel (1,12).

La proteína que generan los queratinocitos es fundamental pues es la que otorga fuerza en las uñas, cabello y piel. De esta manera cuando son destruidos, generará daño en las partes implicadas mencionadas (1).

Nos podemos encontrar con dos tipos de respuestas inmunitarias: inmediata y retardada (1).

La respuesta inmediata o reacción de hipersensibilidad es aquella que se origina cuando el sistema inmunológico responde de forma desproporcionada frente a un antígeno, está mediada por la inmunoglobulina E y puede producir alteraciones respiratorias, circulatorias y cutáneas graves (urticaria y angioedema) (1,12).

Por el contrario, la respuesta retardada ocurre a partir de las 72 horas desde la exposición, están reguladas por células T y cuya sintomatología se caracteriza por la presencia de erupciones maculopapulares, ampollosas o pustulosas (1).

2.1.4. Fases clínicas.

En la NET y SSJ podemos distinguir tres fases cuya identificación temprana será de vital importancia (1,12).

En primer lugar, se encuentra la fase inicial que ocurre uno o tres días después de que la persona haya ingerido el medicamento causante. En esta etapa todavía no se pueden distinguir erupciones cutáneas y además la sintomatología inicial es muy similar a la gripe o resfriado incluyendo síntomas como fiebre, malestar, dolor ocular, tos, dolor de garganta y dolor en las articulaciones (1,6).

En segundo lugar, ocurre la fase aguda teniendo su origen de cuatro a veintiocho días después de la ingesta del medicamento. En comparación con la anterior fase, en la actual ya podemos comenzar a observar capilaritis en zona facial, torso, miembros superiores (MMSS) y miembros inferiores (MMII). El pico sintomatológico ocurre a los cinco o siete días de comenzar la capilaritis formándose ampollas a medida que se va separando la epidermis de la dermis (1,12).

En tercer y último lugar la fase de recuperación que comprende semanas o meses después de la ingesta del medicamento cuando comienza la repitelización. Sin embargo, algunas lesiones oculares y vulvovaginales pueden seguir estando presentes (1).

2.1.5. Sintomatología.

La sintomatología de la NET es muy compleja y variada. Las zonas corporales afectadas incluyen la cavidad oral, la cavidad nasal, la zona ocular, los genitales, la uretra, el aparato gastrointestinal y el tracto respiratorio inferior (2).

Diferentes estudios han evidenciado que todos los pacientes afectados de la investigación han presentado lesiones en el iris, erupciones ampollosas, desprendimiento de piel y afección en las mucosas. Las lesiones más frecuentes en orden de prevalencia comprenden desde las lesiones orales, afección ocular y nasal; hasta las afecciones genitales (2).

En general, los pacientes con NET presentan sensibilidad mucocutánea, es decir, mayor sensibilidad al tacto con sensación de dolor; y a medida que avanza la enfermedad, aparecen erosiones hemorrágicas aumentando la probabilidad de contraer infecciones (2).

Otros signos típicos son el eritema, que se manifiesta como enrojecimiento cutáneo que procede del desprendimiento de la epidermis; y ampollas frágiles con líquido en su interior que pueden provocar la existencia de piel desnuda cuando estas se rompen quedando las capas inferiores expuestas a deshidratación e infecciones (2).

En la sintomatología de las primeras fases es poco común que los pacientes presenten alteraciones en las mucosas, sin embargo, si las heridas rojizas cambian de color a grisáceas será un indicador de la existencia de NET (13).

En la mayoría de los casos será necesaria la colaboración con el equipo de oftalmología, dermatología y ginecología (14).

2.1.6. Cuidados de Enfermería.

En la NET los cuidados de enfermería tienen un papel fundamental debiendo realizar una evaluación integral y focalizada en el paciente.

Los profesionales de salud deben de colaborar de forma directa con todo el equipo multidisciplinar generando un entorno adecuado para la persona afectada, pues siente miedo debido al peligro que amenaza su vida.

Los enfermeros deberemos de centrar nuestra atención no solo en la enfermedad, sino también en las necesidades integrales de la persona y los familiares proporcionándoles esperanza y tranquilidad.

Las acciones orientadas al cuidado como la compasión, preservación de la dignidad del paciente, trato respetuoso y presencia cercana por los profesionales de salud, representan un factor determinante en el proceso de recuperación.

Es prioritario que los profesionales se sientan seguros para transmitir información de manera efectiva brindando sensación de control de la situación.

Además, la ausencia de la barrera cutánea aumenta la vulnerabilidad del paciente no solo desde el punto de vista físico, sino también en el psicológico (15).

Evaluación.

Para comenzar la evaluación comenzaremos con la anamnesis. Recogeremos datos como la edad, sexo, síntomas (incluyendo el inicio de las manifestaciones) y sobre todo profundizaremos en la medicación (2).

Preguntaremos al paciente sobre la medicación que ha tomado en los últimos treinta días especificando de cada tratamiento la vía de administración, dosis, día de comienzo del tratamiento, si se sigue empleando y por último si ha tenido historias previas de reacciones alérgicas (1,2).

Sin embargo, un artículo establece la importancia de recoger información sobre medicamentos, vacunas y terapias de venta libre que se hayan administrado durante los dos meses anteriores (8).

También será imprescindible preguntar a la persona afectada sobre los antecedentes familiares de reacciones alérgicas a medicamentos (6).

La intensidad del dolor debe de ser evaluada cada cuatro horas (16).

Continuaremos con la exploración física. En la NET es muy importante realizar un examen de la piel de cabeza a pies. Es fundamental no olvidarnos que las primeras manifestaciones se producen en la cabeza, torso, brazos y pies(1).

De la misma manera será imprescindible realizar una evaluación del interior de la boca observando posibles daños en la lengua, mucosa oral y vías respiratorias; ojos (incluyendo párpados) y genitales (1).

La revisión oftálmica se realizará en todos los pacientes independientemente si hay daño ocular perceptible o no mediante eversión palpebral, rotación ocular y tinción con fluoresceína (5,16).

Será muy importante realizar revaluaciones cada día de la apariencia y tamaño de las heridas pues a medida que avanza la enfermedad se va extendiendo por el cuerpo.

Podremos dar nombre a la enfermedad, es decir, SSJ, superposición SSJ/NET o NET mediante la realización del Diagrama de Lund-Browder en relación con la extensión de las heridas (1).

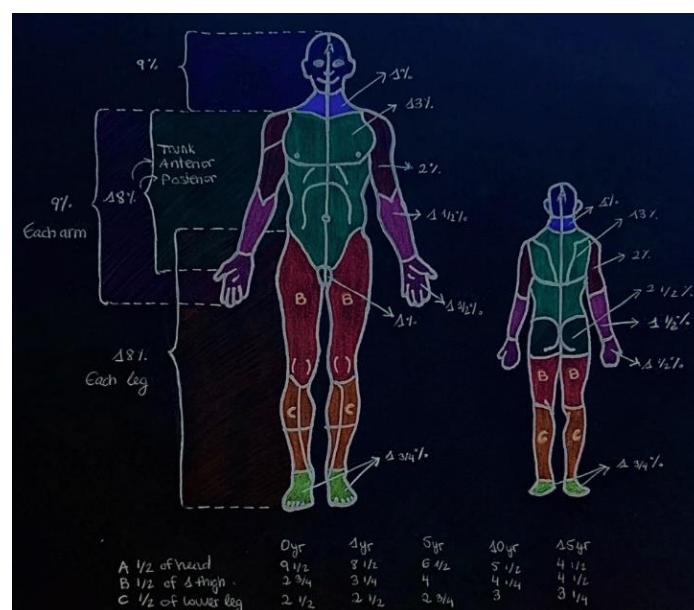


Figura 1: Diagrama de Lund-Browder. Elaboración propia a partir de Hanson LM et.al. (1).

Además, realizaremos la prueba del Signo de Nikolsky (1). Con el dedo se deberá de realizar presión en el lateral de la lesión. El signo será positivo cuando la epidermis desprendida se deslice sobre la dermis (6). De esta forma podremos conocer la magnitud del deterioro de la piel y la debilidad de la unión entre la epidermis y dermis.

En aquellas áreas de la piel donde la epidermis ha sufrido necrosis y se ha desprendido de la dermis, se producirán ampollas llenas de líquido. Con el paso del tiempo estas ampollas que se han producido tenderán a romperse liberándose el líquido que se encontraba en su interior. La zona formada aparte de ser dolorosa facilitará la entrada de microorganismos aumentando el riesgo de infecciones si no se toman las medidas adecuadas para protegerla.

Las pruebas diagnósticas tienen un papel esencial para evaluar el estado actual del paciente. Dentro de las pruebas de laboratorio se extrae un hemograma completo, velocidad sedimentación globular, tasa de colesterol, proteína C reactiva, electrolitos, nitrógeno ureico en sangre, pruebas de función hepática, coagulación y detección serológica de Mycoplasma (1).

Las pruebas mencionadas serán importantes para detectar inflamación, infecciones, deshidratación, anemias y daño en órganos principales entre otras.

Será necesario recoger biopsia de la piel que se encuentra lesionada, de la piel alrededor de la ampolla dejando la muestra sin fijar (inmunofluorescencia directa) e hisopos para bacteriología (8).

En cuanto a la evaluación respiratoria se realizará una broncoscopia para poder visualizar directamente las vías respiratorias e identificar posibles lesiones que se hayan generado. Sin embargo, no solo podremos analizar estructuras anatómicas si no también extraer ciertas muestras para analizar (16).

Deberemos de sospechar de afectación en las vías aéreas respiratorias si el paciente presenta tos, disnea, tose sangre o presenta aumento de secreciones (1).

Utilizaremos la escala SCORTEN para evaluar el pronóstico del paciente (13).

No deberemos de olvidarnos de realizar una evaluación psicológica a la persona afectada de NET(17).

Para concluir la evaluación, mencionar la necesidad de continuarla al alta realizando un seguimiento posterior de las posibles secuelas crónicas que ha producido la NET (3).

Tratamiento.

La prioridad del tratamiento lo marca la identificación temprana de la existencia de la enfermedad. En primer lugar, se derivará al paciente a una unidad especializada ya sea a una Unidad de Dermatología o Unidad de Quemados (1).

Será muy importante la ubicación del paciente, es decir, la habitación será individual, climatizada y además humidificada para poder reducir infecciones (16). De esta manera podremos realizar una atención individualizada y centrada exclusivamente en el paciente que estamos atendiendo.

Una vez localizado el motivo principal de la aparición de la NET se revertirá la causa que la originó. Si ha sido producido por una reacción alérgica a un tratamiento, deberemos de dejar claro a nuestro paciente que no puede volver a administrarse el medicamento causante (2). De igual manera, si no identificamos el medicamento que lo causó se deberán de suspender todos aquellos medicamentos que no sean estrictamente necesarios (6).

El cuidado se tiene que llevar a cabo para conseguir una atención integral por parte del equipo interdisciplinario. Sin embargo, vamos a profundizar los cuidados que corresponden al equipo de enfermería.

La persona afectada va a ser considerado un paciente complejo que requerirá una atención individualizada y de calidad siguiendo protocolos científicos actuales con respecto al tema.

Primeramente, se deberá de realizar estabilización hemodinámica mediante la reposición de electrolitos, hidratación, nutrición y oxigenoterapia en caso necesario (1,2). Esto se debe a que los pacientes con NET presentan ampollas y piel desnuda semejante a pacientes quemados produciéndose aumento de la pérdida de líquidos por vía corporal.

En caso necesario iniciaremos alimentación enteral a través de sonda nasogástrica (16).

La reposición de líquidos se recomienda realizarla siguiendo la regla de Parkland durante las primeras 48 horas (8,31)

$$4\text{Ml} \times \text{Kg} \times \% \text{ Superficie Corporal Quemada}$$

En cuanto al tratamiento farmacológico se administrarán analgésicos, ansiolíticos y antibióticos para corregir y prevenir complicaciones sin olvidar que no se volverá a administrar el medicamento causante de la NET.

En primer lugar, aclarar que si la vía venosa central (VVC) está situada cerca de la dermis lesionada con esfacelos, aumenta el riesgo de contraer infecciones. Por ello, deberemos de cambiar los apósitos más a menudo y retirar la VVC lo antes posible (1).

Varios estudios han demostrado la eficacia en la administración de inmunoglobulinas intravenosas, glucocorticoides sistémicos, ciclosporina A (inhibidor de la calcineurina) e inhibidores de TNF aun que son necesarios ampliar los estudios al respecto (7,12).

Otros estudios añaden medicamentos como etanercept, infliximab, N-acetil-cisteína, talidomida, ciclofosfamida y plasmaféresis (18).

Sin embargo, existe cierto debate en el uso de los corticoides sistémicos ya que estudios realizados han demostrado que la tasa de mortalidad aumenta cuando los pacientes son tratados con corticoides sistémicos pues estos pueden aumentar la probabilidad de contraer infecciones, incrementar el catabolismo proteico provocando disminución de proteínas necesarias para la recuperación; y disminución de la epitelización en la cura de heridas (2). Sin embargo, otros estudios reflejan la eficacia de su uso a corto plazo (13).

En relación con la plasmaféresis, se necesita aumentar el estudio, pero hay evidencia de la eficacia de la realización de sesiones (diarias o cada dos días) para eliminar de la sangre del paciente el medicamento, sus metabolitos y citocinas o quimiocinas inducidas por la enfermedad (7).

En cuanto a la ciclosporina, se encuentra en aumento el número de casos en los que se ha demostrado que su empleo disminuye la tasa de mortalidad empleando 3mg/kg/día durante un periodo de diez días; y en relación a las inmunoglobulinas, no suelen tener efecto directo en la mortalidad a pesar de realizar estudios cambiando las dosis empleadas (13).

Utilizaremos cristaloides isotónicos para mantener una producción de orina constante entre 0,5-1ml/kg/h en adultos. De este modo reduciremos la sobrecarga excesiva de líquidos y por lo tanto prevenir insuficiencia renal (16).

Para el control del dolor administraremos paracetamol para el dolor leve, opioides para el dolor moderado y fentanilo o morfina intravenosa para dolor severo. Si existe dolor neuropático mejor control con gabapentina y pregabalina (16).

Debido a la escasa movilización del paciente se recomienda la administración profiláctica de heparina de bajo peso molecular o compresión neumática si existe la posibilidad de riesgo de sangrado (16).

El cuidado de las heridas adquiere gran importancia. Se realizará evaluación y limpieza (para evitar infecciones) protegiendo a las heridas de posibles fricciones y cizallamientos limitando el cambio de apósito únicamente cuando sea necesario (8,16).

La limpieza de las heridas se realizará de forma cuidadosa irrigándola con agua esterilizada o clorhexidina diluida (16).

Dejaremos la piel desnuda y se realizará desbridamiento quirúrgico en caso de que sea necesario bajo anestesia general aplicando apósitos biosintéticos, xenoinjertos (procedentes mayoritariamente de cerdo) o homoinjertos (aloinjertos procedentes de cadáveres) (19).

En cuanto a los injertos añadir la existencia de un estudio realizado para evaluar la eficacia del uso de la piel de tilapia para la formación de xenoinjertos. Los resultados de esta investigación fueron positivos. Se observó que ayudaba significativamente en la cicatrización, preservación de líquidos y disminución de la frecuencia de cambios de apósitos (20).

Asimismo, los injertos podrán ser contruidos a partir de membrana y líquido amniótico; cordón umbilical y corion. Estos presentan grandes ventajas pues evitan la inflamación, mejoran el diagnóstico y evitan la aparición de úlceras. No obstante, el amnios deberá de emplearse en las primeras dos semanas (19).

En las áreas desprendidas utilizaremos gasas no adherentes para protegerlas. Un estudio demostró que aquellos pacientes en los que se realizó desbridamiento quirúrgico tuvieron una respuesta terapéutica más lenta en comparación de aquellos tratados con apósitos de repitelización. Sin embargo, se deberán de realizar más estudios que evidencien la eficacia de la realización del desbridamiento (21).

Los expertos aseguran la importancia de mantener la piel intacta apoyada únicamente con apósitos (22). Los apósitos más utilizados son los biosintéticos y aquellos formados por fibra impregnada en plata (23). Asimismo, se puede destacar la presencia de un estudio relacionado con apósitos formados por yeso de borneol, un medicamento tradicional chino con efectos antiinflamatorios y analgésicos (24).

Si la conjuntiva, córnea o contorno palpebral han sido afectados se evaluará la colocación de trasplante de membrana amniótica (cosida a los párpados o empleando pegamento tisular de cianoacrilato o fibrina (25)) siendo preciso en algunos casos sustituirla en el transcurso del tiempo. Si existe inflamación ocular se administrará una gota de corticosteroide tópico y ungüento en la zona palpebral (16,19).

Sin embargo, si se ha realizado el trasplante mencionado, el paciente deberá usar lentes de contacto en todo momento (19).

Relativo al cuidado bucal, a la hora de la alimentación escogeremos alimentos blandos, suaves y no ácidos. Previamente en caso necesario deberemos de haber empleado un espray bucal antiséptico y analgésico. Además, si el paciente presenta lesiones en los labios se aplicará vaselina blanda o parafina cada dos horas (1).

En ciertos casos, pueden presentar afectación bronquial precisando ventilación mecánica uno de cada cuatro pacientes. Sin embargo, la intubación orotraqueal se realizará en aquellos casos en los que sea estrictamente necesario (1).

Se deberá de sustituir el tubo endotraqueal (TET) por traqueostomía antes de cumplir el día diez del respirador (16).

Si el paciente está intubado realizaremos un cuidado bucal completo y aplicaremos vaselina blanda para cuidar la zona labial. En caso necesario de aspiración del tubo endotraqueal se realizará de forma regular y no traumática. Además, deberemos de aplicar mínimo dos veces por día un enjuague bucal antimicrobiano. Si el paciente tuviera dolor, se añadiría al enjuague clorhexidina al 0,2% hasta en un 50% (1).

En relación al aparato genitourinario, se derivará a consulta de ginecología a todas las mujeres. Además, se utilizará dilatador vaginal para evitar estenosis vaginal, crema de estrógenos en la parte externa e interna dos veces al día (durante tres o seis meses) y progesterona oral diaria para suspender la menstruación. Tendremos que tener en cuenta que el tratamiento mencionado puede generar candidiasis (26).

Los moldes vaginales deberán de emplearse lo más pronto posible en las primeras fases de la enfermedad hasta que el paciente se haya recuperado completamente. El material de los moldes es silicona hipoalergénica sin látex, sin embargo, sino lo tenemos a mano se podrá utilizar un condón con espuma en su interior (16,27).

Por otro lado, se evaluará la necesidad del paciente de realizar junto con el equipo de fisioterapia ejercicios para el suelo pélvico ante la presencia de vulvodinia, dispareunia, vaginismo y contractura involuntaria de la musculatura (14).

Tanto para hombres como para mujeres se colocará un catéter urinario que nos permitirá controlar la cantidad de producción de orina y prevenir disuria o posibles complicaciones. No obstante, se realizará con la máxima asepsia posible (16).

Por último, no deberemos de olvidar la gestión del confort y el apoyo psicosocial. Los cambios posturales, aseo el paciente y cama se realizará con la máxima asistencia posible. Siempre que sea posible deberemos de utilizar sábanas estériles para la cama del paciente (16).

Aprovecharemos el momento para aplicar emolientes grasos en toda la superficie cutánea sin olvidarnos que nunca emplearemos sustancias irritantes para la piel (8,16).

2.1.7. Complicaciones.

La NET es una enfermedad que afecta en gran medida a la piel y mucosas y puede desencadenar una serie de complicaciones que involucran gran parte del organismo.

Las alteraciones oculares son las más presentes durante la fase crónica de la NET (28). Una de las complicaciones más características de la enfermedad es la ceguera causada por la afectación en la mucosa ocular y conjuntiva. En algunos pacientes la pérdida de visión se produce de forma completa limitando su calidad de vida. Además de la ceguera, el paciente podrá presentar conjuntivitis, agudeza visual, ojos secos, heridas corneales y triquiasis (7).

Se han observado anomalías dentales en pacientes que padecieron la enfermedad en la infancia como agenesia, dismorfia radicular, raíces cortas, microdoncia y cierre incompleto del ápice, afectando al desarrollo dental y causando movilidad anormal, lo que aumenta el riesgo de caries (17).

Como consecuencia de la pérdida de líquidos en la zona dérmica afectada, se producirá deshidratación que habrá que prevenir de forma precoz pues su falta de atención provocaría desequilibrio electrolítico (segunda causa principal de muerte) y en casos más extremos insuficiencia renal. Si se llega a desarrollar daño renal el paciente podrá presentar también oliguria y hematuria.

A parte, la pérdida de integridad de la piel generará hipotermia. En este caso deberemos adoptar medios físicos e internos adecuados como por ejemplo fuentes de calor externas o la administración de líquidos calientes a través de una vía intravenosa.

En relación con el aparato genitourinario, en los hombres se pueden desarrollar problemas como la fimosis (incapacidad para retraer el prepucio) aumentando las probabilidades de contraer infecciones y estenosis uretral (estrechamiento de uretra) dificultando la micción (1).

Debido a su complejidad, hay que hacer especial referencia a las afectaciones vulvovaginales donde puede verse afectado el cuello uterino, la vagina y la vulva. A medida que avanza la enfermedad si no es tratado adecuadamente se producirá estenosis vaginal (26). Las mujeres, además, pueden presentar cicatrices vaginales teniendo gran impacto en las relaciones sexuales por presencia de dolor y sangrado postcoital.

Sin embargo, no son las únicas complicaciones pues podemos mencionar también la retención urinaria, cistitis, goteo postmiccional, hematocolpos, hematómetros y endometriosis (27).

No obstante, la dispareunia y la disfunción urinaria son complicaciones en los que se ven afectados ambos sexos.

En relación a la alteración que se produce en las uñas, un estudio demostró que se producía en el 50% de los pacientes. Estos cambios podrían ser como, por ejemplo, la pérdida completa de la uña de forma permanente o reversible, pero con crecimientos anormales (17,30).

La movilidad se ve alterada debido a las limitaciones del movimiento por cicatrices y pérdida de integridad de la piel, requiriendo en algunos casos rehabilitación fisioterapéutica. De igual modo, la ayuda por parte de las fisioterapias nos servirá en gran medida para mejorar las capacidades deglutorias del paciente pues, la ingestión de sustancias líquidas y sólidas puede verse comprometida por la existencia de cicatrices en la cavidad oral y faríngea.

De manera general, todas estas complicaciones generarán malestar general en el paciente añadiendo al cuadro sintomático náuseas y vómitos siendo peligrosos en casos de deshidratación y desnutrición; y pérdida de peso generada en gran parte por la dificultad de los pacientes de ingerir alimentos con afectación deglutoria e inapetencia.

El impacto psicológico aumenta a medida que incrementa el porcentaje de daño corporal generando en los pacientes ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático. Como consecuencia de la NET, los pacientes tendrán miedo de ingerir medicamentos, problemas con la autopercepción e inquietudes relacionadas con el bienestar personal.

A parte del tratamiento farmacológico será muy importante incidir en el tratamiento no farmacológico como medidas de relajación, hipnosis, terapias cognitivo-conductuales, meditación, musicoterapia, terapias con perros y más actualizado, el uso de la realidad virtual (29).

Además, no solo está presente durante la hospitalización, sino que persiste a largo plazo afectando a su integración en el ámbito social y también laboral pues varios estudios han demostrado que muchos pacientes han tenido incidencias en el ámbito mencionado después de finalizar su ingreso (3).

Por los motivos mencionados anteriormente y por la presencia de dolor, el patrón sueño-descanso también está alterado prolongando el proceso de recuperación (3).

Sumando el impacto psicológico, también se ha demostrado la permanencia en algunos pacientes a lo largo de su vida de hiperpigmentación o hipopigmentación siendo reversible o permanente. El prurito crónico y la sensibilidad al sol también puede ser una complicación a largo plazo (17,30).

Por último, mencionar la sepsis, una respuesta inflamatoria sistémica como consecuencia de infecciones y considerada la principal causa de muerte (2). En la NET, el riesgo de contraer infecciones aumenta de forma considerable debido a la pérdida de la barrera cutánea y mucosa permitiendo la entrada de patógenos en los tejidos o al torrente sanguíneo. Esta complicación puede producir fallo multiorgánico y en algunos casos extremos producir la muerte. Las infecciones respiratorias, cutáneas y urinarias son las más comunes respectivamente siendo los patógenos más frecuentes el estreptococo y en segundo lugar el estafilococo (2).

Un estudio realizado, refleja las complicaciones físicas más comunes a largo plazo.

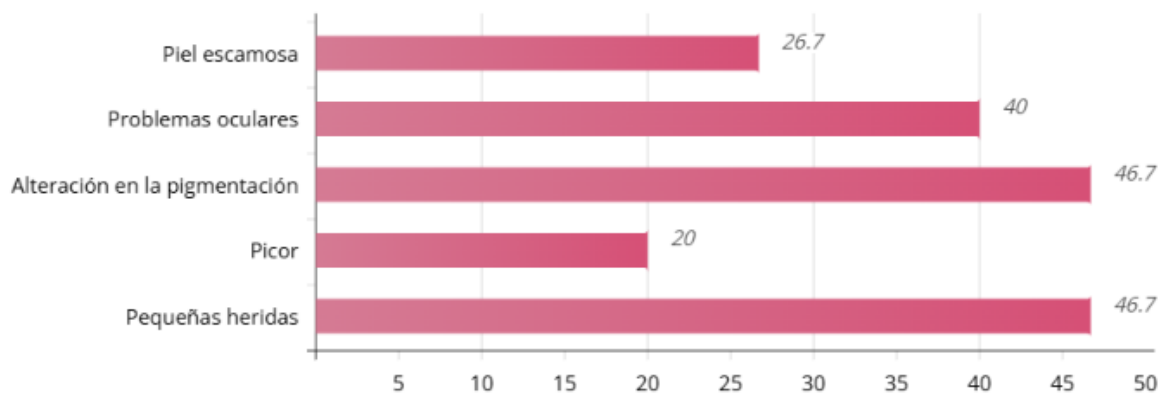


Gráfico 1: Prevalencia de complicaciones. Elaboración propia a partir de Trommel N et.al. (3)

En resumen, la NET es una enfermedad compleja con múltiples complicaciones físicas, emocionales y sociales. El tratamiento debe de ser integral abordando tanto las necesidades médicas como las psicológicas para incrementar sus posibilidades de recuperación y minimizar las secuelas a largo plazo.

2.2. Justificación.

La NET es una enfermedad de poca prevalencia (afecta entre 0,4 y 1,2 por cada millón de personas) y gran mortalidad (superando en algunos casos el 50%) (2). Esta patología es desencadenada por reacciones alérgicas a medicamentos siendo primordial la identificación temprana del fármaco que la originó para evitar posibles complicaciones a largo plazo(6,17).

Además, hay que tener en cuenta que, si la enfermedad no es localizada durante los primeros cuatro días de la fase prodrómica de los síntomas, aumenta la mortalidad (6).

Debido a su limitada frecuencia los estudios relacionados con esta patología son escasos, lo que genera ciertos debates en cuanto al manejo clínico.

Por otro lado, muchos pacientes requieren atención en unidades específicas como es el caso de Unidades de Grandes Quemados surgiendo la necesidad de formar a los profesionales sanitarios. La falta de experiencia o conocimientos específicos puede derivar en complicaciones que comprometan el pronóstico del paciente.

En consecuencia, es importante realizar una revisión y análisis de la información disponible para crear bases que apoyen los cuidados especializados y promover nuevas investigaciones que demuestren si los tratamientos actuales son efectivos y asegurar que las enfermeras se encuentren bien preparadas para otorgar una atención completa.

3. Población y captación.

3.1. Población.

La población diana del proyecto educativo estará formada por enfermeras que ejerzan su labor profesional en la comunidad de Madrid específicamente en unidades de Grandes Quemados, urgencias, dermatología, ginecología y oftalmología.

En relación a la población accesible, se considerará a enfermeras ubicadas en los hospitales de La Paz y el Hospital Universitario de Getafe, ambos ubicados en la comunidad de Madrid. De la misma manera, sujetos de estudio ubicados en servicios de Grandes Quemados, urgencias, dermatología, ginecología y oftalmología.

La población elegible para realizar el proyecto educativo serán enfermeras ubicadas en los hospitales de La Paz y el Hospital Universitario de Getafe que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión para el proyecto establecen que los participantes deberán ser enfermeras con titulación oficial que actualmente ocupen un puesto laboral y tengan interés en la realización de la formación.

Por el contrario, los criterios de exclusión se aplicarán a:

- Enfermeras que se encuentren de baja laboral.
- Enfermeras que se vean afectadas por la movilidad interna o externa del hospital.
- Enfermeras que tengan prevista su jubilación en el plazo de un mes.
- Enfermeras que tengan la intención de asistir únicamente a una de las sesiones del proyecto educativo.

En conclusión, la muestra final del estudio estará formada por el número total final de asistentes a las sesiones formativas.

3.2. Captación.

El hospital será considerado el lugar de captación. Con la finalidad de hacer llegar el proyecto educativo a las enfermeras, se colocará un póster en el control de enfermería de los servicios clave en los hospitales de La Paz y Universitario de Getafe (Anexo 1).

A través del póster, las enfermeras interesadas podrán escanear un QR que les dará acceso al folleto informativo (Anexo 2). Sin embargo, en caso de que no puedan acceder a la información de manera digital o hubiera preferencia en tenerlo en formato físico, la supervisora de la unidad podrá entregar una copia impresa del folleto.

En el folleto aparecerá la información más relevante como el lugar, día de realización, fecha límite de inscripción y las diferentes sesiones (incluyendo los distintos horarios disponibles).

Además, en el interior del folleto estará incluido otro QR que permitirá a las enfermeras realizar el formulario de inscripción (Anexo 3). De la misma manera, estará indicado un correo electrónico de contacto para aquellas personas que necesiten solicitar el envío del formulario. La fecha límite de inscripción será el día 1 de junio.

4. Objetivos.

4.1. Objetivo general.

Dotar de conocimientos y habilidades a las enfermeras de los servicios clave en los hospitales de La Paz y Universitario de Getafe en el manejo de la Necrólisis Epidérmica Tóxica.

4.2. Objetivo de salud.

Mejorar la calidad asistencial en el cuidado proporcionado al paciente, garantizando que la atención ofrecida por las enfermeras sea de gran calidad y eficiencia.

4.3. Objetivo específico.

En relación a los objetivos específicos, estos se pueden clasificar en tres áreas: área cognitiva (conocimientos), área de habilidades y área afectiva (actitudes).

Objetivos de conocimientos.

Al finalizar la sesión teórica las enfermeras tendrán la capacidad de:

- Explicar la diferencia entre el SSJ, superposición SSJ/NET y la NET.
- Reconocer los posibles fármacos desencadenantes de la NET.
- Conocer los síntomas indicativos de la enfermedad.
- Comprender las posibles consecuencias si no se actúa de manera precoz.
- Entender la importancia del trabajo multidisciplinario junto con otros servicios.

Objetivos de habilidades.

Cuando concluya la sesión práctica, las enfermeras serán capaces de:

- Reconocer los síntomas que puedan sugerir la presencia de la enfermedad.
- Determinar la fase clínica en la que se encuentra el paciente.
- Llevar a cabo una evaluación integral de cabeza a pies.
- Realizar un manejo adecuado de las heridas.
- Implementar medidas de confort.
- Identificar signos de deterioro clínico en el paciente.

Objetivos de actitudes.

Al completar la sesión teórica y práctica, las enfermeras estarán capacitadas para:

- Manifestar seguridad y confianza durante la atención al paciente.

- Expresar de manera clara posibles preguntas sobre el manejo de la enfermedad.
- Implicar al paciente y familia en los cuidados necesarios.

5. Contenidos.

Los contenidos que se van a tratar a lo largo de las sesiones del proyecto educativo incluyen una variedad de temas para poder proporcionar un aprendizaje completo sobre el manejo de la NET. Los aspectos que se van a desarrollar son los siguientes:

- Introducción y conceptos clave.
- Causas de la enfermedad.
- Proceso patológico que ocurre en el organismo del paciente.
- Tipos de respuestas inmunitarias.
- Descripción de las distintas fases clínicas de la enfermedad.
- Cuidados de enfermería durante la evaluación y tratamiento.
 - Anamnesis. Recogida de datos clave.
 - Exploración física de cabeza a pies.
 - Signo de Nikolsky.
 - Realización del Diagrama de Lund-Browder.
- Escala SCORTEN: criterio de evaluación, puntuaciones e interpretación de los resultados.
- Tratamiento.
 - Manejo farmacológico.
 - Medicamentos empleados.
 - Regla de Parkland para la reposición de líquidos.
 - Cuidado de las heridas.
 - Apósitos.
 - Posible abordaje quirúrgico.
 - Medidas no farmacológicas de confort para mejorar el bienestar del paciente.
- Complicaciones físicas y psicológicas a corto y largo plazo.

6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.

Las sesiones del proyecto educativo se llevarán a cabo en el Hospital Universitario de Getafe. Se llevarán a cabo dos sesiones, una teórica y otra práctica. La sesión teórica se impartirá en el salón de actos mientras que la sesión práctica tendrá lugar en una sala especialmente acondicionada para la realización de casos clínicos.

El curso tendrá una duración de dos días consecutivos en los cuales cada día se impartirá una de las sesiones. Es requisito obligatorio que todos los asistentes completen primero la sesión teórica antes de participar en la sesión práctica.

Para facilitar la participación de todos los enfermeros interesados se ha establecido para cada una de las sesiones cuatro alternativas.

	1º Sesión (Teórica)	2º Sesión (Práctica)
1º Grupo	9 de junio a las 11:00h	10 de junio a las 11:00h
2º Grupo	11 de junio a las 11:00h	12 de junio a las 11:00h
3º Grupo	16 de junio a las 11:00h	17 de junio a las 11:00h
4º Grupo	18 de junio a las 11:00h	19 de junio a las 11:00h

Tabla 3: Planificación. Elaboración propia.

Se estima que cada sesión tendrá una duración de dos horas y veinte minutos, con un descanso de quince minutos (teórica) y diez minutos (práctica) a mitad de cada sesión. En total para superar el curso, los asistentes deberán haber realizado cuatro horas y cuarenta minutos de formación.

Para un mayor control, al finalizar cada sesión los participantes tendrán que firmar la hoja de asistencia. De esta forma se contabilizarán las horas realizadas mediante la hoja de registro de asistencia (Anexo 4) y si han asistido a ambas sesiones el curso se considerará como completado.

En relación con los participantes, podrán asistir un máximo de 20 asistentes por grupo. Por lo tanto, en total el curso estará disponible para un máximo de 80 personas. La elección se realizará teniendo en cuenta el orden de envío del formulario de inscripción.

Sesión teórica.

Al inicio del curso, la enfermera dará la bienvenida a los asistentes y se presentará mencionando su nombre, el servicio en el que trabaja y el propósito del proyecto. Asimismo, expresará su agradecimiento por el interés en la formación destacando la importancia de mejorar la atención que brindamos a nuestros pacientes.

Antes de comenzar con la parte teórica, la enfermera explicará que se llevará a cabo una dinámica grupal. Para ello la enfermera solicitará a los participantes que mencionen palabras relacionadas con la NET y a medida que vayan surgiendo palabras, las anotará en la pizarra. La idea es fomentar un ambiente de seguridad y libertad de expresión, asegurando que ninguna respuesta será juzgada, explorando conocimientos previos sobre el tema. Además, se animará a todos los asistentes a participar. La actividad tendrá una duración de diez minutos, tras los cuales se dará por finalizada.

A continuación, se entregará a cada participante un bolígrafo junto con la hoja del cuestionario correspondiente. Se explicará que el propósito no es realizar una evaluación personal, sino medir la eficacia del proyecto una vez finalizado. Para ello, a cada persona se le asignará un número aleatorio único, que deberán de indicar en la parte superior de la hoja (el mismo número en ambos cuestionarios pre y post). De esta manera, se garantizará el anonimato de los cuestionarios permitiendo al mismo tiempo comparar los resultados obtenidos en el pre-test y el post-test.

Posteriormente se proyectará la presentación del curso en el ordenador y en el proyector para que todos los asistentes puedan visualizarla correctamente. Antes de comenzar con la parte teórica se realizará una breve introducción en la que se explicarán los principales contenidos que se van a abordar. Esta introducción servirá para estructurar el curso y ayudar a los asistentes a comprender desde qué perspectivas se tratará la NET.

Seguidamente, se dará inicio a la parte teórica, con una pausa intermedia de 15 minutos para mantener un ritmo dinámico. Se emplearán dos técnicas principales: lección con discusión, dando la oportunidad a los asistentes de participar y compartir sus opiniones; y la exposición con apoyo visual, utilizando imágenes que faciliten la comprensión de los signos.

Para finalizar, se resolverán las dudas que hayan podido surgir, dando así por concluida la primera sesión. Antes de abandonar el salón de actos, los asistentes deberán firmar la hoja de asistencia.

Sesión práctica.

Para dar inicio al segundo día del curso, se dará la bienvenida a los asistentes y se explicará la dinámica que se seguirá a lo largo de la sesión mediante un mapa conceptual (Anexo 5).

La enfermera informará a los participantes que realizarán cuatro casos clínicos y que, para ello, se ha habilitado una sala de simulación.

Es importante aclarar que el salón de actos será el lugar desde donde se visualizarán las simulaciones y se llevará a cabo el análisis de lo ocurrido durante cada caso. Todos los asistentes recibirán en este lugar toda la información necesaria para poder participar en la simulación, por lo que se les entregará una hoja que deberán de firmar en relación con los derechos de imagen (Anexo 6).

Previo al inicio, se enseñará la sala de simulación para que los participantes se familiaricen con la distribución del material disponible.

Los asistentes se dividirán en cuatro grupos de cinco personas cada uno. De tal manera que se distribuirán los siguientes roles: un observador, dos enfermeras y dos auxiliares de enfermería.

Antes de iniciar la simulación, se proyectará en la pizarra toda la información necesaria para poder realizar el caso.

Mientras un grupo realiza el caso clínico dentro de la sala de simulación, los demás observarán, escucharán y analizarán en desarrollo de la actividad en detalle.

Cada simulación tendrá una duración de 10 minutos la cual se iniciará cuando los participantes escuchen por el walkie-talkie la indicación “comienza el caso clínico” y finalizado cuando escuchen “finaliza el caso clínico”

Al finalizar cada caso, los participantes regresarán al salón de actos donde, junto con el resto de los asistentes, se llevará a cabo el análisis. La enfermera enfatizará que la finalidad no es juzgar a los compañeros, sino fomentar las habilidades y actitudes a través del aprendizaje conjunto.

El proceso se repetirá con cada caso clínico. Una vez completadas dos simulaciones, los asistentes podrán disponer de un descanso de diez minutos antes de continuar.

Para poder llevar a cabo las simulaciones se contará con un robot especializado en la recreación de casos clínicos el cual será programado previamente para responder de la manera más realista posible a las acciones y decisiones de los participantes.

Después de completar las cuatro simulaciones previstas, los asistentes deberán de realizar el formulario de evaluación de conocimientos (post-test) y firmar la hoja de asistencia. Para finalizar, se llevará a cabo una conclusión general y se agradecerá la asistencia al curso.

Caso clínico nº1.

- María, mujer de 58 años, ingresada en la Unidad de Grandes Quemados (15 días de hospitalización) debido a la NET provocada por una reacción alérgica severa al ibuprofeno, el cual fue suspendido como causante de la aparición de la patología.
- Antecedentes: DM y HTA.
- Estado actual: requiere evaluación diaria y curación de heridas oculares, vaginales y MMII.
- Dependiente en las ABVD (Actividades básicas de la vida diaria).
- Orientada en las tres esferas y colaboradora.
- Acompañada por su marido.

Objetivo: Exploración y tratamiento específico de las heridas.

Para llevarlo a cabo los participantes deberán de realizar una correcta exploración física de cabeza a pies (realizando el diagrama de Lund-Browder) y llevar a cabo la curación adecuada de las zonas afectadas.

Caso clínico nº2.

Sergio, varón de 29 años, acude a urgencias con síntomas de malestar generalizado, fiebre, dolor ocular, dolor de garganta y dolor en las articulaciones.

Objetivo: determinar la causa real del cuadro clínico.

Para ello, los participantes deberán de formular las preguntas necesarias que permitan identificar si un medicamento reciente podría estar provocando una reacción alérgica. La clave para superar el caso es realizar una anamnesis detallada y una evaluación que permita determinar la fase clínica en la que se encuentra el paciente y prevenir posibles complicaciones.

Caso clínico nº3.

- Jose, varón de 60 años de edad, ingresado en la Unidad de Grandes Quemados en el día actual debido a la NET provocada por una reacción alérgica severa al paracetamol, el cual fue suspendido como causante de la aparición de la patología.
- Antecedentes: EPOC.
- Independiente en las ABVD.
- Desorientado en tiempo. Poco colaborador.
- Estado actual: requiere evaluación diaria y curación de heridas en MMSS y torso.

Objetivo: Exploración y tratamiento específico de las heridas.

Para llevarlo a cabo los participantes deberán de realizar una correcta exploración física de cabeza a pies (realizando el diagrama de Lund-Browder, la escala SCORTEN y signo de Nikolsky) y llevar a cabo la curación adecuada de las zonas afectadas.

Caso clínico nº4.

Estrella, mujer de 21 años, acude a urgencias por capilaritis en la zona facial y presencia de ampollas en el torso y MMSS.

Objetivo: determinar la causa del cuadro clínico.

Los participantes tendrán que plantear las preguntas adecuadas para identificar qué fármaco podría estar provocando la reacción alérgica. La clave para resolver el caso es llevar a cabo una anamnesis exhaustiva y una evaluación que permita determinar la fase clínica del paciente y evitar posibles complicaciones.

Sesión	Objetivos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos	Evaluación	
Teórica	Fomentar un ambiente de seguridad y cercanía entre el docente y los participantes	Bienvenida al curso	Técnica de "investigación de aula" Tormenta de ideas	10 min	Enfermera y pizarra disponible para realizar anotaciones	Nivel de participación	
	Valoración de conocimientos iniciales antes de comenzar el curso	Formulario de valoración de conocimientos (pre-test)	Técnica de evaluación Test	15 min	Enfermera, bolígrafos y formularios impresos	Pre-test	
	Orientar sobre los temas que se van a abordar	Exposición de los contenidos	Técnica expositiva	5 min	Enfermera, ordenador y proyector con la presentación	Observación de los participantes	
	Comprensión integral de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conceptos clave ➤ Causas de la enfermedad ➤ Proceso fisiopatológico ➤ Fases clínicas 	Técnica expositiva Lección con discusión	45 min	Enfermera, ordenador y proyector con la presentación	Post-test	
	Descanso de 15 minutos						
	Proporcionar conocimientos para optimizar la atención	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuidados de enfermería: evaluación y tratamiento ➤ Complicaciones a corto y largo plazo 	Técnica expositiva Exposición con apoyo visual	40 min	Enfermera, ordenador y proyector con la presentación	Post-test	
	Aclarar dudas respecto a los conocimientos tratados	Conclusión final y preguntas. Hoja de asistencia	Técnica expositiva Síntesis	10 min	Enfermera, hoja de asistencia y bolígrafos	Participación	

Sesión	Objetivos	Contenidos	Técnica	Tiempo	Recursos	Evaluación	
Práctica	Explicación de la dinámica que se llevará a cabo	Introducción de la sesión	Mapa conceptual	10min	Enfermera, ordenador y proyector con la presentación	Observación de los participantes	
	Exploración y tratamiento específico de las heridas	Caso 1	Técnica de habilidades Simulación	25min	Enfermera, robot, cama hospitalaria, mesilla, materiales de monitorización, curas y medicamentos; pizarra disponible para realizar anotaciones y walkie-talkie	Nivel de participación	
	Determinar la causa del cuadro clínico	Caso 2	Técnica de habilidades Simulación	25 min		Nivel de participación	
	Descanso de 10 minutos						
	Exploración y tratamiento específico de las heridas	Caso 3	Técnica de habilidades Simulación	25 min	Enfermera, robot, cama hospitalaria, mesilla, materiales de monitorización, curas y medicamentos; pizarra disponible para realizar anotaciones y walkie-talkie	Nivel de participación	
	Determinar la causa del cuadro clínico	Caso 4	Técnica de habilidades Simulación	25 min		Nivel de participación	
	Valoración de conocimientos al finalizar el curso	Formulario de valoración de conocimientos (post-test)	Técnica de evaluación Test	15min	Enfermera, bolígrafos y formularios impresos	Post-test	
	Cierre final del curso	Conclusión final. Agradecimientos. Hoja de asistencia	Técnica expositiva Síntesis	5 min	Enfermera, hoja de asistencia y bolígrafos	Participación	

7. Evaluación.

7.1. Evaluación de la estructura y el proceso.

Para llevar a cabo una evaluación integral tanto de la estructura como del proceso del curso, se solicitará a los asistentes que completen, al finalizar la sesión práctica, la evaluación del curso (Anexo 7). Con este propósito, se entregará el cuestionario impreso y un bolígrafo a cada uno de los asistentes para completarlo.

Con el objetivo de garantizar que los participantes puedan expresar sus opiniones de manera libre, honesta y sin ninguna influencia, se les informará previamente que la valoración será completamente anónima.

El cuestionario está compuesto mayoritariamente por preguntas de respuesta dicotómica, con la excepción de dos preguntas abiertas que permitirán a los asistentes detallar sus opiniones y sugerencias; y otras dos preguntas con tres opciones de respuesta con la finalidad de obtener datos más específicos en relación a la duración del curso.

A través de la evaluación mencionada se recogerán datos en relación con el lugar donde se llevó a cabo el curso, la duración del mismo, la disponibilidad de horarios alternativos y el número de asistentes. Sin embargo, no solo nos enfocaremos en estos factores, sino que también profundizaremos en aspectos relativos a la efectividad y claridad del folleto informativo; la estructura general del curso, la calidad de los materiales utilizados, las dinámicas implementadas durante la formación y, por último, la evaluación del desempeño de la enfermera encargada de impartir ambas sesiones educativas.

El análisis detallado de las respuestas nos permitirá identificar las áreas a mejorar y reforzar aquellas en las que se ha obtenido una puntuación positiva con la finalidad de optimizar futuras sesiones del curso.

7.2. Evaluación de resultados.

El análisis de los resultados se llevará a cabo en función del tipo de objetivo que se pretende evaluar.

Para medir los cambios en el comportamiento y las actitudes de los participantes, se evaluarán principalmente a través del cuestionario pre-test y post-test (Anexo 8).

Antes de comenzar con la primera sesión, correspondiente a la parte teórica del curso, se entregará a los asistentes el cuestionario pre-test.

Una vez completado el curso y tras finalizar la sesión práctica, los participantes deberán responder el cuestionario post-test. Este cuestionario será idéntico al pre-test con las mismas preguntas y estructura con el objetivo de garantizar una comparación entre los resultados obtenidos antes y después de la realización del curso. El cuestionario estará compuesto por veinte preguntas, cada una con cuatro opciones de respuesta, de las cuales solo una es considerada como correcta.

Cuando se entreguen ambos formularios, los asistentes deberán indicar en la parte superior de la hoja el número asignado por la enfermera y marcar con una cruz el tipo de cuestionario que se está completando (pre-test o post-test). Será fundamental aclararles que deberán de emplear el mismo número en ambos cuestionarios para poder realizar de forma correcta el seguimiento de sus respuestas.

Finalmente, para evaluar los objetivos de habilidades, la enfermera completará la hoja de la evaluación (Anexo 9) cuando finalice cada simulación. En la parte superior se deberá de especificar el número del caso clínico correspondiente, ya que los objetivos variarán en función del caso. Se evaluarán las intervenciones de acuerdo con siete objetivos principales, marcando con una "X" si se han realizado, no se han realizado o no son aplicables.

No obstante, los objetivos solo se medirían a corto plazo. Para evaluar el impacto del curso en los asistentes y pacientes, seis meses después se enviará un formulario de evaluación a largo plazo (Anexo 10) al correo electrónico proporcionado en el formulario de inscripción a cada participante que haya completado el curso. Sin embargo, únicamente deberán completar el formulario aquellos que, durante un periodo de seis meses, hayan atendido al menos a un paciente con NET. La evaluación incluye cinco preguntas obligatorias con dos opciones de respuesta cada una y tres preguntas opcionales de respuesta libre.

Bibliografía.

- 1.Hanson LM, Bettencourt AP. Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis: A Guide for Nurses. AACN Adv Crit Care 2020 -09-15;31(3):281–295.
- 2.Severe cutaneous adverse drug reactions: Incidence, clinical patterns, causative drugs and modalities of treatment in Assiut University Hospital, Upper Egypt. Dermatol Ther 2020 -11;33(6):e14176.
- 3.Trommel N, Hofland HW, van Komen RS, Dokter J, van Baar ME. Nursing problems in patients with toxic epidermal necrolysis and Stevens-Johnson syndrome in a Dutch burn centre: A 30-year retrospective study. Burns 2019 -11;45(7):1625–1633.
- 4.Su C, Kao C. Stevens-Johnson syndrome-toxic epidermal necrolysis overlap in a patient taking quetiapine and famotidine: a case report. J Med Case Rep 2024 -07-28;18(1):344.
- 5.Pisitpayat P, Nijvipakul S, Jongkhajornpong P. Ocular involvement in Steven-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: recent insights into pathophysiology, biomarkers, and therapeutic strategies. Curr Opin Ophthalmol 2024 -11-01;35(6):499–506.
- 6.Vossos H, Delgado PM. Stevens-Johnson Syndrome, Toxic Epidermal Necrolysis: Macules, Papules, and Bullae. J Am Psychiatr Nurses Assoc 2024 -07;30(4):749–756.
- 7.Hasegawa A, Abe R. Recent advances in managing and understanding Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. F1000Res 2020 -06-16;9.
- 8.Multidisciplinary Treatment in Toxic Epidermal Necrolysis. Int J Environ Res Public Health 2023 -01-26;20(3).
- 9.Nygaard RM, Endorf FW. Differences in Treatment of Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis at Burn Centers and Nonburn Centers. J Burn Care Res 2020 -09-23;41(5):945–950.
- 10.Shahidi-Dadras M, Shahrigharahkoshan S, Yazdi E, Fatemi A, Mahboubi-Fooladi Z, Dadkhahfar S. Sulfasalazine-Induced Toxic Epidermal Necrolysis: A Challenging Case During the COVID-19 Pandemic. Adv Emerg Nurs J 2021 -07;43(3):194–197.
- 11.Zhang L, Shen L, Lu Y, Xue J. Cancer immunotherapy and toxic epidermal necrolysis. BMJ Support Palliat Care 2020 -09;10(3):314–315.
- 12.Schmidt V, Lalevée S, Traidl S, Ameri M, Ziadlou R, Ingen-Housz-Oro S, et al. Intravenous immunoglobulins, cyclosporine, and best supportive care in epidermal necrolysis: Diverse effects on systemic inflammation. Allergy 2023 /05/01/Number 5/May;78(5):1280–1291.
- 13.Grünwald P, Mockenhaupt M, Panzer R, Emmert S. Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis – diagnosis and treatment. Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2020 /06/01/Number 6/June;18(6):547–553.
- 14.Magone MT, Maiberger M, Clayton J, Pasieka H. Vulvovaginal and ocular involvement and treatment in female patients with Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: A review. Int J Womens Dermatol 2021 -09-02;7(5Part A):520–528.

- 15.O'Reilly P, Whelan B, Ramsay B, Kennedy C, Meskell P, Coffey A, et al. Patients', family members' and healthcare practitioners' experiences of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: a qualitative descriptive study using emotional touchpoints. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021 -03;35(3):e232–e234.
- 16.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* 2020 -06;82(6):1553–1567.
- 17.Lee Hy, Walsh Sa, Creamer D. Long-term complications of Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis (SJS/ TEN): the spectrum of chronic problems in patients who survive an episode of SJS/ TEN necessitates multidisciplinary follow-up. *British Journal of Dermatology* 2017 -10;177(4):924–935.
- 18.Tsai T, Huang I, Chao Y, Li H, Hsieh T, Wang H, et al. Treating toxic epidermal necrolysis with systemic immunomodulating therapies: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2021 /02/01/Number 2/February;84(2):390–397.
- 19.Klama-Baryła A, Rojczyk E, Kitala D, Łabuś W, Smętek W, Wilemska-Kucharzewska K, et al. Preparation of placental tissue transplants and their application in skin wound healing and chosen skin bullous diseases - Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis treatment. *Int Wound J* 2020 -04;17(2):491–507.
- 20.Lima Júnior EM, De Moraes Filho MO, Costa BA, Rohleder AVP, Sales Rocha MB, Fechine FV, et al. Innovative Burn Treatment Using Tilapia Skin as a Xenograft: A Phase II Randomized Controlled Trial. *J Burn Care Res* 2020 -05-02;41(3):585–592.
- 21.Tran TN, Huang S, Hsu S. The Need for Unified Consensus on Wound Care Management in Stevens-Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis. *Skinmed* 2023 -03-29;21(1):7–11.
- 22.Lee JS, Mallitt K, Fischer G, Saunderson RB. An individual patient data meta-analysis of wound care in patients with toxic epidermal necrolysis. *The Australasian Journal of Dermatology* 2024 /03/01/Number 2/March;65(2):128–142.
- 23.Castillo B, Vera N, Ortega-Loayza AG, Seminario-Vidal L. Wound care for Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *J Am Acad Dermatol* 2018 -10;79(4):764.
- 24.Yang L, Zhang L, Zhou B, Lin X, Chen Y, Qin X, et al. Efficacy of borneol-gypsum in skin regeneration and pain control in toxic epidermal necrolysis: A case report. *World journal of clinical cases* 2024 -03-06;12(7):1290–1295.
- 25.Rashad R, Kwan JT, Shanbhag SS, Ngowyutagon P, Saeed M, Tahboub MA, et al. Long-term outcomes of glued (sutureless) amniotic membrane transplantation in acute Stevens-Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis: a comparative study. *Br J Ophthalmol* 2024 -03-15.
- 26.Crowder CA, Jeney SES, Kraus CN, Bernal N, Lane F. Vulvovaginal involvement in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: management and techniques used to reduce gynecologic sequelae. *International Journal of Dermatology* 2022 -02;61(2):158–163.

- 27.Kaser DJ, Reichman DE, Laufer MR. Prevention of vulvovaginal sequelae in stevens-johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. *Rev Obstet Gynecol* 2011;4(2):81–85.
- 28.Shanbhag SS, Tahboub MA, Chodosh J, Saeed HN. Visual function and quality of life in patients with Stevens-Johnson syndrome who received acute protocol-based ocular care. *Front Toxicol* 2022 -11-02;4:992696.
- 29.Psychotherapeutic interventions for burns patients and the potential use with Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis patients: A systematic integrative review. *PLoS One* 2022 -06-27;17(6):e0270424.
- 30.DeNiro KL, Honari S, Hippe DS, Dai A, Pham TN, Caceres M, et al. Physical and Psychological Recovery Following Toxic Epidermal Necrolysis: A Patient Survey. *J Burn Care Res* 2021 -11-24;42(6):1227–1231.
31. Pérez Olmo JL, Dobre CA, Álvarez Fernández JA. Atención al paciente quemado. En: Fernández-Ayuso D, del Campo Cazallas C, Pérez Olmo J, Serrano Moraza A, et al., editores. *Manual de Enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate*. 4ª ed. Madrid: Arán Ediciones; 2022. pág. 567-580

Anexos

Anexo 1: Póster.



Anexo 2: Folleto informativo.

BENEFICIOS DE SU REALIZACIÓN



Mejora la calidad de vida de los pacientes

Comprensión de terminología médica y procedimientos

Prevención y resolución de problemas

Mayor seguridad en la gestión de cuidados

INSCRIPCIÓN

Escanee el QR o solicite el formulario

Correo electrónico de contacto
formacionnecrolisis@gmail.com



Fecha límite de inscripción:
1 de Junio

LUGAR DE FORMACIÓN

Hospital Universitario de Getafe
CP: 28905
Planta Baja, salón de actos



NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA

¿Qué ofrecemos?

Sesiones formativas sobre el manejo de la Necrólisis Epidérmica Tóxica

¿A quién va dirigido?

Enfermeras ubicadas en los hospitales de La Paz y Universitario de Getafe en los siguientes servicios:

- Grandes Quemados
- Urgencias
- Oftalmología
- Dermatología
- Ginecología

Fechas de realización

- 1º Grupo
 - 1º Sesión: 9 de Junio a las 11:00h
 - 2º Sesión: 10 de Junio a las 11:00h
- 2º Grupo
 - 1º Sesión: 11 de Junio a las 11:00h
 - 2º Sesión: 12 de Junio a las 11:00h
- 3º Grupo
 - 1º Sesión: 16 de Junio a las 11:00h
 - 2º Sesión: 17 de Junio a las 11:00h
- 4º Grupo
 - 1º Sesión: 18 de Junio a las 11:00h
 - 2º Sesión: 19 de Junio a las 11:00h

Duración de las sesiones

- 1º Sesión: 2h y 20min
- 2º Sesión: 2h y 20min

FORMACIÓN GRATUITA

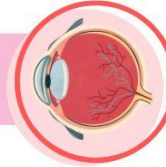


SESIÓN TEÓRICA



INTRODUCCIÓN

FISIOPATOLOGÍA



FASES CLÍNICAS

SINTOMATOLOGÍA



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

COMPLICACIONES



SESIÓN PRÁCTICA

Simulaciones de casos

¿Tendréis la capacidad de...

- evaluar al paciente?
- controlar el dolor?
- administrar fármacos?
- curar las heridas?
- prevenir complicaciones?



Anexo 3: Formulario de inscripción.

Formulario de inscripción

Manejo de la Necrólisis Epidérmica Tóxica

formacionnecrolisis@gmail.com [Cambiar de cuenta](#)

*** Indica que la pregunta es obligatoria**

Correo electrónico *

Registrar formacionnecrolisis@gmail.com como el correo que se incluirá al enviar mi respuesta

Nombre y apellidos *

Tu respuesta

Correo electrónico *

Tu respuesta

Edad *

Tu respuesta

Sexo *

Mujer

Hombre

Otros

Unidad de procedencia *

Grandes Quemados

Urgencias

Dermatología

Ginecología

Oftalmología

Hospital de procedencia

Hospital Universitario de Getafe

Hospital La Paz

Seleccione el grupo al que desea asistir *

Grupo 1

Grupo 2

Grupo 3

Grupo 4

Enviar Página 1 de 1 **Borrar formulario**

Anexo 5: Mapa conceptual de la sesión práctica.



Anexo 6: Autorización de derechos de imagen.

Autorización de derechos de imagen

Yo, _____
con documento de identidad N° _____ ,
autorizo de manera libre, expresa e informada el
uso de mi imagen durante el curso presencial
sobre el manejo de la necrólisis epidérmica
tóxica, llevado a cabo en la fecha 11/06/2025, en
el Hospital Universitario de Getafe.

Esta autorización se otorga exclusivamente para
fines educativos relacionados con la formación
impartida en el curso mencionado.

Firma

En _____ , a _____ de _____ de _____.

Anexo 7: Evaluación general del curso.

EVALUACIÓN DEL CURSO

¿Consideras que el folleto contiene información suficiente sobre el curso?

Si No

¿El espacio donde se ha realizado el curso fue adecuado?

Si No

¿La cantidad de asistentes fue adecuada?

Si No

¿Se avisó con suficiente antelación sobre la fecha del curso?

Si No

¿Se ofrecieron suficientes alternativas para facilitar su asistencia al curso?

Si No

¿El curso tuvo una estructura clara y organizada?

Si No

¿Los temas han sido tratados con un orden lógico y comprensible?

Si No

¿El tiempo asignado para cada sesión fue suficiente?

Corto Adecuado Largo

¿La duración del curso fue adecuada?

Corto Adecuado Largo

¿Los materiales utilizados para llevar a cabo los casos clínicos fueron apropiados para el aprendizaje?

¿Recomendaría la formación a otras enfermeras?

¿El curso ha cumplido con sus expectativas?

¿Te sentirías seguro al atender a un paciente con NET después de haber realizado el curso?

¿Hubo algún contenido que le hubiera gustado profundizar más?

¿La enfermera demostró tener conocimientos sobre el tema?

Si No

¿La enfermera respondió de manera clara y precisa a las dudas generadas?

Si No

¿Se utilizaron recursos que facilitaran la comprensión del tema?

Si No

¿Hubo suficiente tiempo de descanso durante cada sesión?

Si No

¿Las dinámicas utilizadas facilitaron su aprendizaje?

Si No

¿La enfermera motivó su participación a través de las actividades del curso?

Si No



Si No

Si No

Si No

Si No

¿Qué aspectos del curso considera que se pondrían mejorar?

Anexo 8: Pre-test y Post-test.

CUESTIONARIO

CÓDIGO: _____

SELECCIONE EL TIPO DE TEST: PRE-TEST POST-TEST

INSTRUCCIONES

Para responder al test, lea detenidamente cada pregunta y sus cuatro opciones de respuesta. Seleccione la casilla que corresponda a la respuesta correcta. Marque la casilla correspondiente a la opción elegida. El tiempo máximo para completar la prueba es de 15 minutos.

PREGUNTAS

1. Si el 32% de la superficie corporal está afectada, se considera

- SSJ NET Superposición SSJ/NET Ninguna de las anteriores

2. La escala SCORTEN mide

- Índice de mortalidad Índice de cicatrización Índice de glucosa en sangre Índice de recuperación cutánea

3. La causa de la enfermedad puede ser

- Alergia a medicamentos Neumonía VIH Todas las anteriores

4. La clase de medicamento que produce en mayor medida la NET es

- Antagonistas de los receptores H2 de la histamina Antipsicóticos Anticonvulsivos Antibióticos

5. Cuando el paciente ingiere el medicamento se produce la apoptosis de

- Células musculares Queratinocitos Neuronas Células hepáticas

6. La fase aguda ocurre _____ después de la ingesta

- De 4 a 28 días De 10 a 30 días De 7 a 20 días Ninguna de las anteriores

7. Si existe alteración en las mucosas será un indicativo de la existencia de NET si

- Descenso brusco de la temperatura corporal Aumento progresivo de la TA Solo hay enrojecimiento Las heridas rojizas cambian de color a grisáceas

8. En la anamnesis preguntaremos al paciente sobre la medicación que ha tomado

- En los últimos 30 días Durante los dos meses anteriores Ambas son correctas Ninguna es correcta

9. La intensidad del dolor se evaluará normalmente

- Cada hora Cada cuatro horas Una vez por turno Una vez por día

10. Las primeras manifestaciones se producirán en

- Cabeza, torso, MMSS y MMII Uñas y cuero cabelludo MMII Palmas y plantas

11. La revisión oftálmica se realiza

- En los que tengan afectación ocular En todos los pacientes Solo en pacientes <50 años Si el paciente lo solicita

12. Si no identificamos el medicamento causante se suspenderá

- Todos los medicamentos No se pueden suspender Solo los que no sean necesarios Ninguna es correcta

13. La reposición de líquidos se realizará siguiendo la regla de Parkland

- $0,5\text{ml} \times \text{Kg} \times \% \text{Superficie Corporal Quemada}$ $2.5\text{ml} \times \text{Kg} \times \% \text{Superficie Corporal Quemada}$
 $10\text{ml} \times \text{Kg} \times \% \text{Superficie Corporal Quemada}$ $4\text{ml} \times \text{Kg} \times \% \text{Superficie Corporal Quemada}$

14. Si se realiza transplante de membrana amniótica el paciente deberá

- Usar siempre lentes de contacto Mantener los ojos cerrados 5h al día
 Intentar parpadear en menos ocasiones Exposición al sol sin protección ocular

15. Se cambiará el tubo endotraqueal por traqueostomía antes de cumplir el día

- 15 del respirador 5 del respirador 10 del respirador Ninguna es correcta

16. Indica la afirmación falsa respecto a la afectación vulvovaginal

- Se derivará a ginecología a todas las mujeres Se suspenderá la menstruación
 Se utilizará un molde vaginal No se podrán realizar ejercicios para el suelo pélvico

17. La principal causa de muerte de la NET es considerada

- Afectación ocular Sepsis Desequilibrio electrolítico Problemas psicológicos

18. La segunda causa principal de muerte es considerada

- Afectación ocular Sepsis Desequilibrio electrolítico Problemas psicológicos

19. Será de vital importancia colaborar con:

- Oftalmología Dermatología Ginecología Todas las respuestas son correctas

20. Qué complicación física no es común a largo plazo

- Picor Alteración en la pigmentación Ceguera Hipotermia

Anexo 9: Evaluación de la simulación.

CASO CLÍNICO N°:

OBJETIVO	INTERVENCIÓN	SI	NO	N/A
Reconocer síntomas de la NET	Evaluación de la piel y mucosas			
	Realización e interpretación del signo de Nikolsky			
	Observación y valoración de ampollas o desprendimiento de la piel			
Evaluación integral	Anamnesis completa			
	Exploración física de cabeza a pies			
	Realización de la regla de Parkland			
Determinar la fase clínica	Diagrama de Lund-Browder			
	Escala SCORTEN			
	Extracción de pruebas			
Identificar signos de deterioro clínico	Monitorización de constantes vitales			
	Se evalúan signos de sepsis			
Manejo adecuado de las heridas	Se implementan medidas de asepsia			
	Limpieza adecuada de la herida			
Medidas de confort	Habitación individual			
	Control de la temperatura ambiental			
	Cambios posturales			
	Analgesia si procede			
Implicación familiar	Apoyo emocional			
	Educación familiar sobre cuidados básicos			
	Instrucciones sobre signos de alarma			

Anexo 10: Formulario de evaluación a largo plazo.

Valoración del curso a largo plazo tras su aplicación en el manejo terapéutico de la NET

Complete el formulario si ha atendido al menos a un paciente con Necrólisis Epidérmica Tóxica

** Indica que la pregunta es obligatoria*

¿Los contenidos del curso han sido útiles para su formación? ***

Sí, han sido útiles

No, no me han sido útiles

Si considera que hubo aspectos que no le resultaron útiles, indíquelos a continuación

Tu respuesta _____

¿Considera que el curso ha mejorado su capacidad para brindar atención a los pacientes con NET? ***

Sí, me he sentido más preparada

No ha tenido impacto

Emocionalmente, ¿Cómo se ha sentido al tratar a los pacientes? ***

Más segura tras la realización del curso

Sin cambios respecto a antes del curso

¿Ha notado una mejor respuesta de los pacientes y familiares en relación con la atención recibida? ***

Sí, parecen más satisfechos

No ha habido cambios

¿Que aspectos del curso le resultaron más útiles?

Tu respuesta _____

¿Qué aspectos considera que se podrían haber mejorado?

Tu respuesta _____

¿Recomendarías la realización del curso? ***

Sí, recomendaría el curso

No recomendaría el curso

Enviar Borrar formulario

Anexo 11: Diploma de realización del curso.

