



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA

**Dimensión Practico del Examen Complexivo previo a la
obtención del grado académico de Licenciado(a) en Enfermería**

TEMA:

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTE
MASCULINO DE 1 AÑO DE EDAD CON DX DE SINDROME
ESTAFILOCOCICO DE LA PIEL ESCALDADA.**

AUTOR:

María Andreina López Aroca

TUTORA:

Lcda. Maritza Jiménez Suarez

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador
2023

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO:.....	II
TEMA:.....	III
RESUMEN:.....	IV
ABSTRACT:.....	V
INTRODUCCIÓN	1
I. MARCO TEÓRICO	2-6
1.1. Justificación	7
1.2. Objetivos.....	8
1.3. Datos Generales	9
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO	10
2.1. Análisis del motivo de consulta y antecedentes.....	10
2.2. Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).....	10
2.3. Examen físico (exploración clínica)	11
2.4. Información de exámenes complementarios realizados	12
2.5. Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.....	14
2.6. Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar	14
2.7. Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	¡Error! Marcador no definido.
2.8. Seguimiento.....	18-19
2.9. Observaciones.....	20
CONCLUSIONES	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS
ANEXOS

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mis padres y hermano, quienes me han apoyado día a día y son mi ejemplo a seguir, a mi esposo por su ayuda brindada todo este tiempo, a mis hijos que me impulsan a ser mejor persona y cada una de las personas que fueron parte importante a lo largo de mi carrera.

María Andreina López Aroca

AGRADECIMIENTO

Expreso mis sinceros agradecimientos a :

Dios creador de todo el Universo

Hospital General Babahoyo por tan valiosa acogida durante mi internado rotativo

Mi alma mater Universidad Técnica de Babahoyo A las autoridades y a cada uno de los docentes que arduamente dedican su tiempo y esfuerzo a la consolidación de nuevos conocimientos motivándonos día a día a ser Profesionales de calidad y excelencia.

En especial a mi tutora Lcda. Maritza Jiménez Suarez que ha sabido guiarme durante el proceso de elaboración de mi estudio de caso clínico.

María Andreina López Aroca

TEMA:

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTE MASCULINO
DE 1 AÑO DE EDAD CON DX DE SINDROME ESTAFILOCOCCICO DE LA PIEL
ESCALDADA.**

RESUMEN

La estafilodermia o síndrome de piel escaldada se define como una epidermólisis aguda causada por una toxina estafilocócica, en el cual los lactantes y niños menores de 6 años de edad son más propensos a contraerla.

La lesión al inicio suele ser superficial y costrosa. En las 24 horas posteriores, la piel se vuelve color escarlata y dolorosa, lo cual se extiende con rapidez hacia otras zonas. Las áreas descamadas aparecen escaldadas. El desgaste de la protección de la barrera que tiene la piel puede producir una sepsis y desequilibrios hidroelectrolíticos.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, aunque la confirmación suele solicitar de una biopsia. Las muestras para biopsia muestran la apariencia de un desprendimiento superficial en la epidermis no inflamatorio.

El tratamiento consiste en la administración de antibióticos según su peso y la gravedad de las lesiones cutáneas.

Palabras clave: Estafilodermia, Neonate, Síndrome de piel escaldada, estafilococo, Staphylococcus aureus.

ABSTRACT

Staphyloiderma or scalded skin syndrome is defined as an acute epidermolysis caused by a staphylococcal toxin, in which infants and children under 6 years of age are more likely to get it.

The lesion at the beginning is usually superficial and crusty. In the next 24 hours, the skin becomes scarlet and painful, which quickly spreads to other areas. Flaky areas appear scalded. The wear of the barrier protection that the skin has can cause sepsis and hydroelectrolytic imbalances.

The diagnosis is based on clinical suspicion, although confirmation usually requires biopsy. Biopsy samples show the appearance of a superficial detachment in the noninflammatory epidermis.

The treatment consists of the administration of antibiotics according to their weight and the severity of the skin lesions.

Key words: staphyloiderma, Staphylococcus aureus . Neonate , Scalded skin syndrome, staphylococcus, V

INTRODUCCIÓN

El síndrome de la escaldadura estafilocócica está causado por *Staphylococcus aureus* productor de toxinas exfoliativas y su incidencia en nuestro medio es baja¹. El diagnóstico es clínico, pudiendo confirmarse posteriormente con los cultivos de mucosas (faríngeo, nasal y conjuntival) y con la biopsia de piel. El tratamiento precoz es prioritario para evitar complicaciones. Sin embargo, en fases iniciales, el diagnóstico puede no resultar tan evidente y confundirse con otras entidades dermatológicas más frecuentes en Pediatría. (Castro A., 2019)

EL SEPE no es una patología común, pero se observa con más frecuencia en recién nacidos y niños menores de 5 años. Su base fisiopatológica está sustentada en la acción de dos exotoxinas producidas por el *Staphylococcus aureus* la exfoliatina A y B, las cuales son las responsables en conjunto con la función inmune del hospedador de la aparición de cualesquiera de las tres formas clínicas identificadas en este síndrome: (Saenz G., 2020)

a) La localizada, conocida como impétigo bulloso (forma más frecuente) que se manifiesta como ampollas únicas y de escasa cantidad debido a que las toxinas limitan su acción solo a la zona infectada, lo que provoca una lesión bullosa aislada o un agrupamiento regional de lesiones.

b) La forma abortiva escarlatiniforme

c) La forma generalizada, en las que las toxinas estafilocócicas son liberadas al torrente circulatorio desde el foco infeccioso primario, actuando a distancia y evolucionando clínicamente.

El presente trabajo tiene como propósito describir el caso clínico de un lactante menor trasladado por su madre al servicio de emergencias que se caracterizó por la aparición de un rash generalizado que coincidió con el inicio del brote de fiebre.

I. MARCO TEÓRICO

El síndrome estafilocócico de piel escaldada o enfermedad de Ritter, es una patología dermatológica grave, con repercusiones sistémicas, causado por la toxina exfoliativa tipo A y B con actividad de proteasa y epidermolítica, producida por el *Estafilococo aureus* grupo phago II, responsable de la separación del estrato granuloso de la piel. (Lopez D., 2019)

Este síndrome fue descrito en 1878 por Ritter von Rittershain con el nombre de "dermatitis exfoliativa neonata", después de observar 297 casos de esta entidad en 10 años. Es una patología rara que se presenta de manera infrecuente en menores de 5 años de edad, con mayor incidencia en los meses calurosos con 0.09 y 0.56 casos por cada millón de niños, particularmente en inmunocompetentes. Los factores de riesgo son infecciones en nasofaringe, ombligo, conjuntivas, tracto genitourinario o algunas heridas tegumentarias. (Chacin M., 2018)

Se presenta como un cuadro de descamación intraepitelial, por la diseminación hematógica de la toxina desde lesiones cutaneomucosas.

Desde el punto de vista clínico se dividen en 3 etapas:

ETAPA ERITRODÉRMICA: caracterizada por fiebre, irritabilidad, eritema, escalatiniforme doloroso al tacto, localizado predominantemente en áreas periorificiales y flexibles.

ETAPA AMPOLLOSA: aparece entre las 24 a 48 horas posteriores, en zonas previamente eritematosas, se forman placas ampulares serosas estériles y traslúcidas difusas que al romperse dejan extensas zonas erosivo-denudadas y humedad, se documenta el signo de Nikolsky con separación de la capa epidérmica con una suave fricción digito manual oblicuo periférica. (Arbiza J., 2018)

ETAPA EXFOLIATIVA: ocurre desprendimiento de grandes formaciones laminares escamo costrosas de tinte blanco amarillento, que no dejan secuelas ni cicatriz.

La infección por estafilococos aureus, se adquiere cuando un portador adulto asintomático en contacto con un infante transmite el microorganismo, y estos al tener un sistema inmune, así como la presencia de una lesión dérmica permiten que este agente patógeno ingrese al huésped y libere sus toxinas. Lo que produce en este caso el síndrome de piel escaldada, esta bacteria se puede transmitir por uso de fómites, gotitas de saliva. (Baquero F., 2019)

Esta bacteria se encuentra en garganta, orejas y ojos de forma natural. Los principales factores de riesgo son estados de inmunosupresión e insuficiencia renal, razón por la cual es más común en niños con dermatitis atópica y adultos con disminución de la función renal. (Ortega M., 2021)

El diagnóstico de esta patología es clínico por la presencia de eritema generalizado, no pruriginoso maculopapular con descamación, que inicialmente aparece en tronco y se extiende periféricamente a las palmas y las plantas, fiebre, hipotensión e insuficiencia multiorgánica de aparición rápida tras un periodo prodrómico de dos o tres días de ataque al estado general. (Errasti I., 2019)

No se observan alteraciones analíticas específicas, se puede identificar la cepa de estafilococo productoras de exotoxinas exfoliativa por ensayo por inmunoadsorción ligado a enzima (ELISA) o reacción de cadena de polimerasa (PCR), no se debe realizar frotis o cultivos porque las lesiones cutáneas son ocasionadas por la acción de la toxina y no por la acción directa del estafilococo.

Se recomienda iniciar el tratamiento lo antes posible, con beta-lactámicos o macrólidos, así como fluidoterapia al igual, que, si fuera un quemado, debido a las pérdidas insensibles por la pérdida de la piel.

Existe el riesgo de complicaciones debido a que puede haber sobre infección bacteriana, llegando incluso hasta un estado de sepsis. El exantema exfoliativo lleva implícita una pérdida de líquidos que deben ser restituidos intrahospitalariamente, así como control de la temperatura. (Bermudez A., 2020)

Síntomas

Los síntomas del síndrome de la piel escaldada por estafilococos comienzan en un área aislada de otra infección de la piel denominada impétigo.

En los recién nacidos puede aparecer en la zona del pañal o alrededor del muñón del cordón umbilical.

En los niños mayores, la cara es el sitio habitual de la infección;

la infección puede iniciarse en cualquier otra parte del cuerpo en adultos.

En todas las personas con este trastorno, la piel alrededor de la úlcera costrosa se vuelve de color escarlata en 24 horas. Estas áreas son dolorosas; la piel se siente extremadamente sensible a la palpación y tiene una consistencia de papel de seda arrugado al tacto. Posteriormente, otras grandes áreas de piel distantes de la infección inicial, frecuentemente zonas de fricción, como los pliegues cutáneos y los glúteos, manos y pies, enrojecen y forman ampollas grandes y delgadas que se rompen fácilmente y empiezan a pelarse. (Magaña L., 2019)

Diagnóstico

El diagnóstico del síndrome de la piel escaldada por estafilococos se realiza por la apariencia de descamación de la piel después de una infección estafilocócica aparente.

Si no se encuentra ningún signo de infección estafilocócica, los médicos pueden efectuar una biopsia, en la que se extirpa un pequeño fragmento de la piel y luego se envía al laboratorio para ser estudiado. Los hisopos tomados de la nariz, la delgada membrana mucosa que cubre los ojos (conjuntiva), la garganta, las vías nasales y la parte superior de la garganta (nasofaringe); las muestras de sangre, orina y las muestras tomadas de la zona en la que los médicos piensan que se inició la infección (tales como el cordón umbilical o la piel) son enviadas al laboratorio para efectuar un cultivo de bacterias. (Borrell O., 2020)

Pronóstico

Con un diagnóstico y tratamiento rápidos, el síndrome de la piel escaldada por estafilococos rara vez causa la muerte. La capa superior de la piel se restituye rápidamente y la curación suele ocurrir entre 5 y 7 días después del inicio del tratamiento.

Pruebas y exámenes

El proveedor de atención médica llevará a cabo un examen físico y examinará la piel. El examen puede mostrar que la piel se desprende al frotarla (signo de Nikolsky positivo).

Los exámenes pueden incluir:

- Conteo sanguíneo completo (CSC)
- Cultivos de piel, garganta y nariz, y sangre
- Examen de electrolitos
- Biopsia de piel (en casos poco frecuentes)

Tratamiento

Antibióticos

Cuidado de la piel como para quemaduras.

El tratamiento del síndrome de la piel escaldada por estafilococos se realiza con antibióticos por vía venosa y luego por vía oral.

El tratamiento administrado a las personas con una infección generalizada y llagas supurativas es el mismo que el administrado a las que han sufrido quemaduras (ver Quemaduras graves). Si es posible, las personas afectadas reciben tratamiento en una unidad de quemados. Se pueden utilizar hidratantes de la piel (emolientes) para ayudar a proteger la piel. (Barcudi A., 2019).

.1. JUSTIFICACIÓN

Las infecciones de la piel y tejidos blandos representan una de las infecciones más prevalentes en la población pediátrica, lo anterior debido a la facilidad de diseminación de estos microorganismos y la alta frecuencia con la que los niños presentan lesiones cutáneas que favorecen las infecciones locales y diseminadas.

Este estudio clínico es de gran importancia ya que el tema es actualmente tratado a nivel mundial, cabe mencionar que la aparición de este problema hace que la persona mantenga una baja calidad de vida en su caso si no es tratado adecuadamente, y efectivamente, estas condiciones de salud afectan tanto a adultos como a niños, causando problemas directamente al sistema tegumentario. Hay una serie de estudios realizados en todo el mundo sobre esta condición de salud, por lo que es un tema relevante para un estudio clínico.

En este punto el rol del personal de enfermería es esencial, ya que al ser una enfermedad que afecta directamente al sistema tegumentario el personal está preparado en todo lo referente al cuidado del mismo, desde el uso de tratamientos, hasta uso de cirugía si es necesario.

Como un tema de salud mundial, será claro el interés de diferentes organizaciones, lo que nos abrirá la puerta para implementar tratamientos que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes que tienen este tipo de problema antes mencionado, de esta forma ayudamos a la población y sobre todo prevenimos este problema de salud. La factibilidad de este trabajo es obvia ya que se trata de un problema de salud que afecta a diferentes grupos de edad, el interés por abordarlo sería inevitable.

1.2 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo General:

Aplicar el proceso de atención de enfermería a paciente masculino de 1 año de edad con diagnóstico de síndrome estafilocócico de la piel escaldada.

Objetivos Específicos:

- Fundamentar científicamente la patología manifestada por el paciente y su trastorno.
- Realizar la valoración de enfermería mediante técnicas seleccionadas de acuerdo al caso.
- Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas identificados en el paciente.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería al paciente utilizando la taxonomía NANDA, NOC, NIC.
- Ejecutar y Evaluar los resultados de la aplicación del proceso de atención de enfermería mediante el seguimiento de la evolución clínica del paciente.

1.3 DATOS GENERALES

Nombres completos: NN

Edad: 1 año de edad.

Sexo: Masculino

Historia clínica:475848

Tipo de sangre: ORH+

Peso: 10,5 kg

Estado civil: Soltero

Ocupación: NA

Nivel de estudio: NA

Procedencia Geográfica: Babahoyo – Los Ríos

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNOSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes.

Paciente de 1 año de edad acude al área de emergencia por cuadro clínico de 1 día de evolución caracterizado por presentar fiebre no cuantificada que calma con paracetamol, el día de hoy presenta vómitos en 6 ocasiones, vuelve a presentar fiebre la madre refiere haberle dado otra dosis de paracetamol, pero esta no cesa, motivo por el cual acude a esta institución, al momento paciente consciente orientado, alerta.

Historial clínico del paciente

Antecedentes familiares: No refiere

Antecedentes personales: No refiere

Alergias: No refiere.

Antecedentes personales quirúrgicos: No refiere

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Paciente de sexo masculino de 1 año que no refiere antecedentes patológicos personales, alergias, AQX, con MC: dermatitis, acude por cuadro clínico de 1 día de evolución caracterizado por lesión dérmica de exfoliativo, pruriginoso, acompañado de alza térmica no cuantificada, vómitos y malestar general, fue valorado previamente en la emergencia, pero madre refiere que persiste el prurito.

Al momento niño luce decaído

Se realiza ingreso hospitalario al área de pediatría.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

Se realiza examen físico tomando en cuenta los siguientes resultados:

Cabeza: Normocéflica.

Cara: simétrica sin alteraciones

Cuello: simétrico sin alteraciones

Tórax: anterior y posterior lesiones eritematosas, campos pulmonares ventilados, ritmo cardíaco rítmico.

Abdomen: Blando depresible, no doloroso.

Genitales: masculinos sin lesiones.

Ano: sin lesiones

Columna: Móvil, simétrica.

Extremidades: Simétricas sin alteraciones.

Valoración por patrones funcionales

Patrón 1. Percepción de la Salud

Madre lo llevo al Hospital General Babahoyo para tratar la enfermedad de su hijo.

Patrón 2. Nutricional / Metabólico

Paciente pediátrico. Temperatura 38.8 °C, piel con lesiones eritematosas madre refiere que a disminuido su apetito.

Patrón 3. Eliminación.

Presenta vómitos en número de 6

Patrón 4. Actividad / Ejercicio

Se lo observa con vía periférica permeable en la unidad sin dificultad respiratoria.

Patrón 5. Sueño / Descanso

Dificultad para conciliar el sueño.

Patrón 6. Cognitivo / Perceptivo

Activo, reactivo, signos de irritabilidad.

Patrón 7. Autopercepción / autoconcepto

No refiere por su edad.

Patrón 8. Rol / Relaciones

Paciente pediátrico se encuentra al cuidado de su mamá

Patrón 9. Sexualidad / Reproducción

No refiere por su edad

Patrón 10. Afrontamiento / Tolerancia al Estrés

Paciente presenta irritabilidad al manejo por el motivo de su enfermedad.

Patrón 11. Valores / Creencias

Familiares católicos.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

- ✓ MANEJO/PERCEPCION DE LA SALUD
- ✓ NUTRICIONAL/ METABOLICO
- ✓ ELIMINACION
- ✓ SUEÑO/ DESCANSO
- ✓ ADAPTACION /TOLERANCIA AL ESTRES

2.4 Información de exámenes complementarios realizados

Se realiza un estudio completo obteniendo los siguientes valores

Exámenes:

Prueba rápida Cualitativa para inmunología.

IgG Positivo

IgM Negativo

Esta prueba no es considerada un diagnóstico definitivo.

Este resultado debe de considerarse apoyo diagnóstico y debe correlacionarse con la clínica del paciente.

El resultado negativo no descarta la infección por SARS-COV 2 responsable del COVID19.

El resultado de la prueba positiva, requiere una prueba confirmatoria de mayor especificidad como la prueba PCR para COVID19.

El resultado de la prueba negativa y tener algún síntoma respiratorio, requiere confirmar el diagnóstico con una prueba de mayor especificidad como la prueba de PCR para COVID19. En este caso, se puede repetir la prueba en 5 a 7 días.

Existen condiciones médicas preexistentes que pueden alterar resultados.

Existen periodos de infección en los cuales la prueba no aporta información suficiente para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas.

EXAMEN PCR CUANTITATIVO ULTRASENSIBLE:

PCR cuantitativo ultrasensible: 94.13

Valor referencial: 0 – 5 mg/l

EXAMEN: BIOMETRIA HEMATICA: VALORES REFERENCIALES

Leucocitos	13.34	5 – 10 k/ul
Hemoglobina	10.1	12- 15 g/dl
Hematocrito	30.5	%
Volumen corpuscular medio	71.1	72-90 fl
Conc. Media hemoglobina	23.5	24-32 pg
Conc. HGB. Corp. Med.	33.1	28-36 g/dl
Volumen medio plaquetario	8.0	7.4-10.4 fl
Monocitos	0.51	0-1 k/ul
Eosinófilos	0.10	0-7 k/ul
Linfocitos	0.71	1-7 k/ul
Neutrófilos	11.99	1.1-6.6 k/ul
Basófilos	0.03	0-2 %
Plaquetas	353	
Recuento de G.R	4.29	4-5.3 m/ul

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo

Mediante el estudio de la clínica del paciente lo primero que nos hace sospechar un problema infección por su cuadro febril, pero con los exámenes complementarios y una buena revisión clínica podemos determinar que estamos ante un **síndrome estafilocócico de la piel escaldada**.

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar

El diagnóstico de síndrome estafilocócico de la piel escaldada es netamente clínico debido a que el cuadro es bastante característico, aunque pueden realizarse biopsia cutánea para hacer el diagnóstico definitivo su utilidad es más importante en cuadros atípicos. Los estudios paraclínicos no suelen ser de utilidad en vista de que ni hemograma ni los reactantes de fase aguda suelen aportar mucha información, y en niños los hemocultivos suelen ser negativos al igual que los cultivos de secreción de las ampollas; las toxinas pueden detectarse por pruebas de ELISA o reacción de cadena polimerasa (PCR) pero igualmente no suele hacerse de rutina.

Dentro de los procedimientos a realizar esta el cuidado de enfermería y la administración de medicamento el cual iniciaremos con:

Sales de rehidratación oral

Cefalexina solido oral (polvo)

Paracetamol liquido oral



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Deterioro de la integridad cutánea

NANDA:00046
NIC:3584
NOC:1101

M
E
T
A
S

R/C: Déficit inmunológico

E/P: Alteración de la superficie de la piel

Dominio: II SALUD FISIOLÓGICA

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Integridad de la piel		X			
Lesiones cutáneas		X			
Descamación cutánea			X		
Temperatura de la piel				X	
Textura				X	

Clase: L Integridad tisular

Etiqueta:1101 INTEGRIDAD TISULAR: piel membranas y mucosas

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: FISIOLÓGICO COMPLEJO

Clase: L-CONTROL DE LA PIEL /HERIDAS

Etiqueta: 3584 Cuidados De La Piel Tratamiento Tópico

- ACTIVIDADES**
1. Vigilar Diuresis.
 2. Administrar medicación prescrita.
 3. Aplicación de cremas para infecciones cutáneas.
 4. Monitorización de signos vitales.
 5. Evitar el uso de ropas de texturas ásperas



PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Termorregulación Ineficaz

NANDA:00008
NIC:3900
NOC:0800

M
E
T
A
S

R/C: Enfermedad

E/P: Aumento de la temperatura

Dominio: II SALUD FISIOLÓGICA

Clase: I Regulacion Metabolica

Etiqueta: 0800 Termorregulación

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
Hipertermia		X			
Irritabilidad		X			
Frecuencia respiratoria			X		
Frecuencia cardiaca				X	

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo: FISIOLÓGICO COMPLEJO

Clase: M- TERMOREGULACION

Etiqueta: 3900 Regulación de la temperatura

- ACTIVIDADES**
1. Controlar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede.
 2. Observar el color y la temperatura de la piel.
 3. Observar si hay signos y síntomas de hipertermia e hipotermia.

2.7 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales

El actual proceso de atención de enfermería está basado con el modelo de Virginia Henderson, el cual establece 14 necesidades básicas. De acuerdo con este modelo, la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí.

Concreta la enfermería como la “asistencia a la persona tanto saludable como enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que ayuden a la salud o su recuperación o a alcanzar una muerte digna; actividades que ejecutaría por él mismo si poseyera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesarias, con la propósito de que le ayude a captar la independencia”.

Henderson identifica tres niveles de función de enfermería:

- Sustituta: la función es compensatoria, proporcionando aquello de lo que carece el paciente.
- Ayudante: diseña las intervenciones clínicas.
- Compañera: construye una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud.

Virginia Henderson abogó por el desarrollo de un plan de cuidados enfermero por escrito.

2.8 Seguimiento

para mejoría del paciente se realizó un seguimiento de la evolución del mismo:

Día 2:

Paciente de 1 año de edad que es valorado en la emergencia por presentar cuadro de fiebre que inicia el día de ayer más vomito, esta mañana inicia con rash generalizado eritematoso se observa piel seca tipo piel escaldada no refiere manifestaciones respiratorias, ni gastrointestinales, las mucosas ligeramente secas e hipocoloreadas, murmullo vesicular conservado no estertores, buen tono, buen llenado capilar abdomen suave y depresible no visceromegalia , sistema nervioso central estable, se ingresa para cumplir tratamiento parenteral.

Exámenes pendientes de resultados.

Plan de tratamiento propuesto:

- Control de signos vitales
- Dieta general
- Cuidado de enfermería
- Mantener eutérmico
- Vigilar diuresis
- Balance hidromineral
- Cloruro de sodio 0.9% 1000cc pasar 200cc STAT luego dejar a 200cc/hora
- Oxacilina 393mg intravenoso cada 6 horas
- Loratadina 2cc cada 12 horas
- Pasar a piso con papeles en regla luego de toma de muestra de exámenes.

Dia 4

Paciente masculino de 1 año de edad que se encuentra en el área de hospitalización con diagnóstico de síndrome estafilocócico de la piel escaldada, con una semana de evolución con presencia de lesiones a nivel de cuero cabelludo, presenta alza térmica de 38 grados, con lesiones dérmicas exantemáticas tipo eruptivos caliente con dolor.

Su temperatura a variado de 39° a 37°

Se continua con antibioticoterapia

Refiere poco apetito

Irritable

Luce enrojecido con mucosas secas

Abdomen blando depresible no megalias ruidos hidroaéreos presentes .

Discreto edema de piel

Llenado capilar de 2"

Prescripciones:

Control de signos vitales cada turno

Dieta blanda intestinal

Cuidados de enfermería

Mantener eutérmico

Vigilar diuresis

Balance hidromineral cada turno

Cloruro de sodio 09% 1000cc pasar 200cc en 1 hor

Dextrosa al 5% 1000ml + clna 10 ml+cl k 10 ml pasar a 20 ml/hora

Oxacilina 393 mg intravenoso cada 6 horas

Paracetamol 100 mg iv cada 4 horas

Loratadine 2 cc cada 12 horas

Mupirocina aplicar cada 4 horas en la piel

Valoración nutricional.

2.9 Observaciones

Debido a la gravedad del caso, se requiere atención permanente médica y de cuidado de enfermería, tratamiento urgente y estabilización del paciente.

El diagnóstico del síndrome de la piel escaldada en fases iniciales puede ser confundido con otras entidades dermatológicas más frecuentes en Pediatría, como son la urticaria y la dermatitis atópica.

Es imprescindible considerar este cuadro para evitar errores diagnósticos y complicaciones posteriores.

La afectación periorifical e hiperestesia cutánea son dos signos claves iniciales que nos deben hacer sospechar esta entidad para iniciar un tratamiento adecuado precoz.

CONCLUSIONES

- El síndrome de piel escalada es causado por la bacteria estafilococos aureus, afectado los desmosomas que mantienen unidas las células de la epidermis, produciendo ampollas llenas de líquido seroso, que descaman y dejan una eritrodermia, lo que puede hacer que ingresen otras bacterias al organismo, así mismo pérdidas importantes de líquido incluso pueden llegar a un estado de sepsis.

- Se revisó distintas teorías para llegar a un tratamiento específico relacionada con el cuidado del sistema tegumentario en pacientes con síndrome de la piel escaldada, por lo cual estos pacientes de deben de tratar como quemados y manejados con antibióticos para destruir el foco de infección y llegar a la mejoría.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arbiza J. (2018). Obtenido de Temas de Bacteriología y virología médica: http://www.enfermeriaaps.com/portal/?wpfb_dl=4348
2. Baquero F. (2019). *Anales de pediatría*. Obtenido de Síndrome de escaldadura estafilocócica : <https://www.analesdepediatría.org/es-sindrome-escaldadura-estafilococica-articulo-S1695403308749026>
3. Barcudi A. (2019). Obtenido de EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR Y MECANISMOS DE PATOGENÉESIS DE *Staphylococcus aureus* RESISTENTES A METICILINA: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/15281/13624%202019%20Tesis%20Barcudi%20Danilo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Bermudez A. (2020). Obtenido de Síndrome de piel escaldada estafilocócica en un lactante menor: <https://www.redalyc.org/journal/559/55960453003/55960453003.pdf>
5. Borrell O. (2020). Obtenido de Síndrome de piel escaldada por estafilococo : <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100486>
6. Castro A. (2019). *Hospital UAS edu*. Obtenido de Síndrome estafilocócico de piel escaldada: <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v9/n2/pielescaldada.pdf>
7. Chacin M. (2018). *Revistaavft*. Obtenido de Staphylococcal scalded skin syndrome in an infant: A case report: https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_1_2018/sindrome_de_piel_escaldada.pdf
8. Errasti I. (2019). *Revista pediatría atención primaria*. Obtenido de ¿Urticaria? ¿Dermatitis atópica? Diagnóstico final: síndrome de la piel escaldada estafilocócica: <https://pap.es/articulo/12514/urticaria-dermatitis-atopica-diagnostico-final-sindrome-de-la-piel-escaldada-estafilococica>
9. Lopez D. (2019). *Medigraphic*. Obtenido de Síndrome estafilocócico de la piel escaldada APROPOSITO DE UN CASO: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2014/imi141c.pdf>
10. Magaña L. (2019). *Rev Med UAS*. Obtenido de Síndrome estafilocócico de piel escaldada: Caso clínico: <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/articulos/v9/n2/pielescaldada.html>

11. Ortega M. (2021). *Scielo*. Obtenido de Síndrome de la piel escaldada por *Staphylococcus Aureus*:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332010000100015
12. Saenz G. (2020). *Clindamicina como terapia adyuvante en el síndrome de piel escaldada estafilocócica*. Obtenido de
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000300017

ANEXOS

Foto 1: Síndrome Estafilocócico De La Piel Escaldada.



Fuente: Hospital General Babahoyo
Elaborado por: Andreina López Aroca

Foto 2: Láminas escamo-costrosas



Elaborado por: Andreina López Aroca