Nombre de alumnos: Cristhian Nájera Jiménez.

Nombre del profesor: Mahonrry De Jesús Ruiz.

Nombre del trabajo: "Mapa Conceptual".

Materia: Enfermería Medico Quirúrgica II.

Grado: 6to Cuatrimestre.

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 05 de Julio Del 2021.

UNIDAD 1

1.1 DERMATITIS

¿QUE ES?

La dermatitis es un término general que describe una inflamación de la piel, generalmente, produce una erupción con comezón sobre la piel enrojecida e inflamada.

Ejemplos de dermatitis incluyen:

La dermatitis atópica (eccema), la caspa y las erupciones cutáneas provocadas por el contacto con distintas sustancias, como la hiedra venenosa, los jabones y las joyas con níquel.

Síntomas

Cada tipo de dermatitis puede verse de un modo un poco diferente y suele afectar a distintas partes del cuerpo, entre ellos está Un sarpullido rojo, Picazón, que puede ser intensa, Piel seca, agrietada y escamosa, Bultos y ampollas, a veces con secreción y costras, Hinchazón, ardor o sensibilidad.

Tipos

Dermatitis atópica (eccema).

Esta erupción cutánea rojiza con picazón, que por lo general comienza en la infancia, se localiza en los pliegues de la piel, como en los codos, detrás de las rodillas y la parte de adelante del cuello.

Dermatitis de contacto.

La erupción cutánea se produce en partes del cuerpo que estuvieron en contacto con sustancias que irritan la piel o que provocan una reacción alérgica, como la hiedra venenosa, el jabón y los aceites esenciales.

Dermatitis seborreica.

Esta afección produce manchas escamosas, piel rojiza y capa persistente, por lo general, afecta a las zonas grasosas del cuerpo, como el rostro, la parte superior del pecho y la espalda, puede tratarse de una afección a largo plazo con períodos de remisión y exacerbaciones.

Factores de riesgo

Edad, alergias y asma, ocupación y enfermedades.

Complicaciones

Al rascarte en la zona de picazón asociada con la dermatitis, puedes producirte llagas que se pueden infectar, estas infecciones de la piel se pueden esparcir y, en casos muy raros, pueden ser potencialmente mortales.

Prevención

Evitar la piel seca, Toma un baño o una ducha más cortos, procura que la ducha o el baño duren entre 5 y 10 minutos, y usa agua tibia en vez de caliente, el aceite de baño también puede ser útil, utiliza productos de limpieza que no contengan jabón o jabones suaves.

1.2. ENFERMEDADES PAPULOESCAMOSAS

¿QUE ES?

Son trastornos cutáneos primarios.

PSORIASIS

Es una enfermedad crónica, inflamatoria y proliferativa, genéticamente determinada, con un gran polimorfismo clínico.

EPIDEMIOLOGIA

Existen 2 picos en su aparición: en la pubertad y a partir de los 55-60 años, el primero incluye aproximadamente el 70% de los casos, tiene mayor carga familiar y asociación con ciertos HLA.

ETIOLOGIA

La base genética de la psoriasis se apoya en la acumulación de casos familiares, sobre todo en la psoriasis de comienzo precoz, la intensidad de las manifestaciones cutáneas dentro de los miembros de una misma familia es muy variable, en la mayoría de los casos la herencia sería poligénica multifactorial.

CLINICA

Las lesiones de psoriasis son placas eritemato-escamosas, bien delimitadas, pueden estar rodeadas de un halo claro (anillo de Woronoff), cubiertas por escamas blanquecinas de aspecto céreo, la clínica depende de donde se localice la lesión psoriásica.

DERMATITIS SEBORREICA

Es un proceso común (1-3% de la población en sentido estricto y hasta un 50% si se considera la pitiriasis seca del cuero cabelludo), de causa desconocida, crónico, que cursa con brotes, que afecta a lactantes y adultos la piel del cuero cabelludo, las zonas ricas en glándulas sebáceas y flexuras.

Etiopatogenia

Hipertrofia de las glándulas sebáceas. Aunque hay un aumento de la secreción sebácea, no siempre es así. Algunos lo relacionan con la presencia de Malassezia globosa y especialmente de Malassezia restricta.

Clínica

Dermatitis Seborreica del Lactante, Suele aparecer en los tres primeros meses de vida, aunque puede hacerlo hasta los 18 meses, las zonas más afectadas son la zona parietal, la zona central de la cara, el cuello y los grandes pliegues del cuerpo incluyendo la zona del pañal, son lesiones descamativas amarillentas.

Tratamiento: Se debe explicar al enfermo el curso crónico. Cuero cabelludo, eliminar la escama con aceites o soluciones de ácido salicílico, Cara y cuerpo, evitar los vehículos grasos y alchólicos.

1.4 FISIOPATOLOGIA DEL APARATO DIGESTIVO

El aparato digestivo: tiene una serie de órganos que se sirven principalmente para la digestión, la digestión consiste en transformar los alimentos que has comido en elementos simples que después se pasan a la sangre.

Tubo digestivo: El aparato digestivo es de un gran tubo que tiene unos diez o doce metros de longitud y unas glándulas anexas, El tubo digestivo empieza por la boca y acaba por el ano, consta de, boca, faringe, estómago, intestino delgado, intestino grueso y ano.

Las glándulas anexas son: las glándulas salivales, el hígado y el páncreas, están fuera del aparato digestivo, pero segregan sustancias hacia este y tienen funciones muy importantes en la digestión.

Resto de las células: La primera es de tipo mecánico y de transporte, la segunda es de química o de secreción, la tercera es la función absortiva o de absorción de nutrientes, la cuarta función la excreción o defecatorio de todo aquello que sobra por las heces.

Boca: La boca es una cavidad por donde entra el alimento que se tritura y corta por los dientes y que con la lengua se mezcla con la saliva que lo humedece, actúa sobre todo en los glúcidos y se forma el bolo alimenticio que baja por la faringe hacia el esófago.

Faringe: Después de la boca viene otro conducto, faringe, es común al aparato respiratorio y digestivo.

La faringe se divide en dos tubos: **la laringe,** que irá por delante y seguirá por la tráquea bifurcándose por los bronquios hacia los pulmones, es el aparato respiratorio, **el esófago** que va por detrás y llega hasta el estómago.

Esófago: El esófago es un tubo de unos veinticinco centímetros que lleva hasta el estómago el bolo alimenticio gracias a los movimientos peristálticos, contracciones y relajaciones sucesivas de la parte muscular del esófago.

Estómago: El estómago hay músculos potentes que también generan un movimiento del alimento y una mucosa gástrica que genera secreciones, concretamente las células parietales y las células principales.

Intestino delgado: El intestino delgado es muy largo (varía de 6 a 7 metros aproximadamente) y tiene tres partes: el duodeno, yeyuno e íleon.

Intestino grueso: El intestino grueso tiene mayor amplitud que el intestino delgado y es la parte final del tubo digestivo, en el intestino grueso es donde se forman las heces definitivas que se expulsan a través del ano.

Tiene varias partes: el colon ascendente, el colon ascendente, colón transverso, colón descendente, sigma y recto, el ano es el orificio final.

Conclusión: El aparato digestivo tiene una función de transporte, secreción, absorción y excreción, es un largo tubo que va desde la boca hasta el ano y tiene unas glándulas anexas, es por donde se absorben los nutrientes que comemos que llegan a todas las células del cuerpo.

Deben palparse las regiones inguinales y todas las cicatrices quirúrgicas para investigar hernias, el tacto rectal con búsqueda de sangre oculta y (en las mujeres) la exploración pelviana completan la evaluación del abdomen.

1.5 VALORACION DEL PACIENTE CON PROBLEMAS DIGESTIVOS

Los síntomas y trastornos digestivos son bastantes frecuentes, la anamnesis y la exploración física suelen ser suficientes para tomar una decisión en pacientes con síntomas menores; en otros casos, es necesario realizar estudios complementarios.

Anamnesis

Utilizando entrevistas con preguntas abiertas, el médico identifica la localización y calidad de los síntomas, y cualquier factor que los agrave o alivie.

La determinación de la localización del dolor puede ayudar con el diagnóstico.

Interrogar a los pacientes acerca de la irradiación del dolor puede ayudar a esclarecer el diagnóstico.

Solicitar a los pacientes que describan el carácter del dolor (es decir, agudo y constante, oleadas de dolor sordo) y su aparición.

Se debe interrogar a los pacientes acerca de cambios en la alimentación y la evacuación, en cuanto a la alimentación, se les debe preguntar a los pacientes acerca de dificultad para tragar (disfagia), inapetencia, y presencia de náuseas y vómitos.

Si los pacientes tienen vómitos, se debe interrogar acerca de su frecuencia y duración, y si han observado sangre o material similar a borra de café, sugestivos de hemorragia digestiva.

Asimismo, se les debe preguntar a los pacientes sobre el tipo y la cantidad de líquidos que han intentado beber, y si han podido retenerlos.

En cuanto a la evacuación, se debe preguntar a los pacientes cuándo fue su última deposición, cuál ha sido su frecuencia evacuatoria y si esta representa un cambio respecto de su frecuencia habitual.

En las mujeres, es importante una anamnesis ginecológica, porque los trastornos ginecológicos y obstétricos pueden manifestarse por síntomas gastrointestinales, corresponde evaluar síntomas inespecíficos asociados, como fiebre o pérdida de peso.

Examen físico

La exploración física podría comenzar con la inspección de la orofaringe para evaluar la hidratación, úlceras o posible inflamación, debe realizarse la auscultación para determinar la presencia de ruidos hidroaéreos, la percusión revela hiperresonancia (timpanismo) cuando hay obstrucción intestinal y matidez cuando hay ascitis, y puede determinar los límites del hígado, la palpación debe ser sistemática, al principio suave para identificar zonas de dolor a la palpación y, si es tolerada, más intensa a fin de localizar masas u organomegalias.

1.11. CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON ALTERACIONES GASTRICAS

La aplicación del proceso enfermero en la Unidad de Reanimación post-anestésica, al igual que en cualquier otra unidad, requiere la realización de cinco etapas: valoración, diagnóstico enfermero, planificación, ejecución, evaluación.

Es este un periodo crítico donde pueden sobrevenir complicaciones, algunas de ellas previsibles, la mayoría de los problemas anestésicos graves suelen suceder en el postoperatorio inmediato.

Se caracteriza por la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención.

Este periodo se considera finalizado cuando el enfermo recupera una conciencia normal y una autonomía completa de sus funciones.

Objetivos:

Los objetivos que queremos obtener con la aplicación del plan de cuidados son: el paciente y su familia reducirán la ansiedad durante la estancia del enfermo en la unidad.

El paciente reducirá el riesgo de complicaciones: cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, músculoesqueléticas, metabólicas, gastrointestinales, urinarias.

Complicaciones quirúrgicas de la Enfermedad inflamatoria intestinal (Colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Colitis indeterminada):

Angiodisplasias de colon Pólipos de colon y recto Cáncer de Colon, Recto y Ano Vólvulo Rectocele.

Además existen otras condiciones aparentemente no relacionadas en las cuales también es conveniente acudir a este especialista. Dentro de las enfermedades del colon destacan la enfermedad diverticular y el cáncer colorrectal.

Si tiene heces duras:

Trate de levantarse y caminar más, estar más activo puede ayudar, si puede, tome menos de los analgésicos que el proveedor le dio, estos pueden causarle estreñimiento, puede usar ablandadores de heces si el médico le dice que está bien, pregunte a su proveedor si puede tomar leche de magnesia o citrato de magnesio, no tome otros laxantes sin consultar primero a su proveedor, también pregunte a su proveedor si esta bien consumir alimentos que contengan mucha fibra o tomar algún producto de fibra de venta libre, comopsyllium (Metamucil).

1.12 ALTERACIONES INTESTINALES

¿QUE ES?

En general, los trastornos funcionales intestinales (TFI) son crónicos, con síntomas y signos diversos, como dolor abdominal, hinchazón, distensión y anomalías en el hábito evacuatorio (constipación, diarrea o la combinación de ambos).

La Coloproctología, llamada también proctología, es la especialidad de la medicina derivada de la cirugía general que brinda diagnóstico y tratamiento quirúrgico y no quirúrgico de las enfermedades del colon, recto y ano.

El espectro del ejercicio de la coloproctología incluye el manejo de ostomías, colonoscopias, cirugía laparoscópica, manometría anal, disfunción del piso pélvico y la defecografía, entre otros.

Enfermedades tratadas por un coloproctólogo:

Hemorroides, una de las enfermedades tratadas por la coloproctología.

Incontinencia fecal y estreñimiento, hemorroides o enfermedad hemorroidal, fisura anal, abscesos, fístulas e infecciones anorrectales, dermatosis perianales, prolapso y ulcera rectal, tumores del colon recto y ano lesiones rectoanales por radioterapia enfermedades del apéndice cecal endometriosis colorrectal, divertículos de colon.

Dieta:

Coma cantidades pequeñas de alimento varias veces al día, no coma 3 comidas grandes, espacie sus comidas pequeñas, Agregue nuevos alimentos otra vez a su dieta lentamente, trate de comer proteína todos los días, algunos alimentos pueden causar gases, heces sueltas o estreñimiento a medida que se recupera, evite los alimentos que causen problemas, si se enferma del estómago o tiene diarrea, llame al proveedor, pregunte a su proveedor cuánto líquido debe beber cada día para prevenir deshidratarse.

Regreso al trabajo:

Regrese a trabajar solo cuando se sienta listo para hacerlo, usted probablemente estará listo cuando pueda mantenerse activo en su casa durante 8 horas y todavía se sienta bien cuando despierte a la mañana siguiente, es posible que necesite regresar a trabajar medio tiempo y con tareas suaves al principio, el proveedor puede escribir una carta para limitar sus actividades laborales si usted realiza trabajo pesado.

1.13 CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON PROBLEMAS INTESTINALES

Cuando está en el hospital:

Durante y después de la cirugía, usted recibió líquidos por vía intravenosa (IV), también se le pudo haber colocado una sonda gastrointestinal, puede haber recibido antibióticos.

Que esperar en el hogar:

Siga las instrucciones de su proveedor de atención médica sobre cómo cuidarse en casa pueden pasar varias semanas antes de que usted pueda regresar a sus actividades normales, pregunte a su proveedor si hay actividades que no deba realizar, comience con pequeñas caminatas, aumente el ejercicio lentamente, no se exija demasiado, el proveedor le dará analgésicos para tomar en casa, si usted está tomando analgésicos 3 o 4 veces al día, hágalo a la misma hora cada día durante 3 a 4 días, estos pueden controlar mejor el dolor de esta manera.

Cuidado de la herida:

Pregunte a su proveedor cuándo puede tomar una ducha o bañarse en la tina, está bien si las cintas se mojan, no las empape ni las restriegue, mantenga la herida seca el resto del tiempo, las cintas se caerán por sí solas después de una semana o dos, si tiene un apósito, el proveedor le dirá con qué frecuencia debe cambiarlo y cuándo puede dejar de usarlo, siga las instrucciones sobre cómo limpiar la herida con agua y jabón todos los días, busque cuidadosamente cualquier cambio en la herida a medida que haga esto, seque la herida dando toques, no la frote para secarla.

Cuándo contactar a un profesional médico:

Llame al proveedor si presenta alguno de la siguientes: Fiebre por encima de 101°F (38.3°C) o más, o una una fiebre que no baja con paracetamol (Tylenol)Abdomen hinchado, se siente enfermo del estómago o está vomitando mucho, no ha tenido una deposición en 4 días después de salir del hospital, ha estado teniendo deposiciones y de repente paran, tiene heces alquitranadas o negras, o sangre en las heces, está teniendo dolor abdominal que está empeorando y los analgésicos no están ayudando a aliviarlo, tiene dificultad para respirar o está experimentando dolor en el pecho, se le están hinchando las piernas o tiene dolor en las pantorrillas.

Prevención: Sea consciente de los factores de riesgo que tiene, de manera que pueda recibir un diagnóstico y tratamiento oportuno en caso de una obstrucción de una vía biliar, la obstrucción en sí no se puede prevenir.

1.4 ALTERACIONES DEL HIGADO Y VIAS BILIARES

¿QUE ES?

ABSCESOS HEPÁTICOS

Los tipos de patología quirúrgica que más frecuentemente se presentan en el hígado son de origen infeccioso, condicionados por gérmenes gram negativos de preferencia o anaerobios, dando lugar a abscesos piógenos que pueden ser intrahepáticos o perihepáticos.

QUISTES HEPÁTICOS

En el hígado se presentan dos variedades de quistes, los más infrecuentes son los no parasitarios, o sea, los quistes serosos o mucosos, otras veces, los quistes no parasitarios pueden ser múltiples, dando lugar a la poliquistosis hepática

Poliquistosis del Hígado: Llamada también enfermedad poliquística del hígado, es una afección caracterizada por la presencia de quistes pequeños o medianos por toda la glándula, o con predominancia en el lóbulo derecho.

Quistes no Parasitarios: Denominados también como quistes solitarios por ser únicos.

Quiste Hidatídico: La afección parasitaria hepática por la Taenia echinococcus o Equinococcus granuloso en su forma larvaria en el hombre, es de frecuencia importante en la patología nacional.

La obstrucción de las vías biliares: es un bloqueo en los conductos que transportan la bilis desde el hígado hasta la vesícula biliar y el intestino delgado.

Cuando las vías biliares resultan obstruidas, la bilis se acumula en el hígado y se desarrolla ictericia (color amarillo de la piel) debido al aumento de los niveles de bilirrubina en la sangre, las causas posibles de obstrucción de las vías biliares incluyen: Quistes de las vías biliares comunes Inflamación de los ganglios en el hilio hepático Cálculos biliares Inflamación de las vías biliares Estrechamiento de las vías biliares a raíz de cicatrización Lesión por cirugía de la vesícula Tumores de las vías biliares o del páncreas.

Los *síntomas* pueden incluir: Dolor abdominal en el lado superior derecho Orina turbia Fiebre Picazón Ictericia (color amarillo de la piel) Náuseas y vómitos Heces de color pálido.

Los siguientes resultados de exámenes de sangre podrían deberse a una posible obstrucción: Aumento del nivel de bilirrubina Aumento del nivel de fosfatasa alcalina Aumento de las enzimas hepáticas.

Tratamiento: El objetivo del tratamiento es aliviar la obstrucción. Durante un CPRE, se pueden eliminar los cálculos usando un endoscopio, en algunos casos, se requiere cirugía para hacer una derivación y esquivar la obstrucción, la vesícula biliar por lo general se extirpa quirúrgicamente en caso de que la obstrucción biliar se deba a cálculos biliares, su proveedor puede prescribir antibióticos en caso de sospechar la presencia de una infección.

1.16 ALTERACIONES DEL PANCREAS

El lugar donde predominantemente asientan los tumores del páncreas es en la cabeza (75%) y el resto en el cuerpo y cola (25%).

La duodeno-pancreatectomía es la intervención que se realiza para extirpar los tumores de la cabeza del páncreas, y consiste en extirpar la cabeza del páncreas (50% de la glándula), el duodeno, la vesícula biliar, el conducto biliar y, en ocasiones, una parte del estómago.

La pancreatectomía distales la intervención que se realiza para extirpar los tumores de cuerpo y cola del páncreas, el cuerpo y cola del páncreas representan el restante 50% de glándula pancreática.

Todas las intervenciones del páncreas pueden realizarse por laparoscopia, evitando así grandes incisiones abdominales, si bien dicho abordaje se reserva únicamente a cirujanos muy expertos.

Cuando nos referimos al cáncer de páncreas, en realidad nos estamos refiriendo al carcinoma de páncreas, aunque existen otros tipos de tumores de páncreas con mejor pronóstico.

En la actualidad, el único tratamiento con posibilidades reales de curación de los tumores de páncreas es la extirpación quirúrgica de los mismos, la quimioterapia y/o radioterapia son tratamientos complementarios que han demostrado mejorar el tiempo de supervivencia, pero no aumentan la tasa de curación.

El tumor sólido más frecuente es el carcinoma(o adenocarcinoma), que en el momento del diagnóstico solamente son extirpable un 30-40%, existiendo metástasis (diseminación del tumor en otros órganos) en el resto de los casos.

Otros tumores sólidos de páncreas, también agresivos, aunque con mejor pronóstico son el ampuloma, el colangiocarcinoma distal y los tumores neuroendocrinos.

El ampuloma es un tumor que se origina en la papila de Vater que es la desembocadura del conducto pancreático en el duodeno .Su tratamiento requiere la realización de una duodeno-pancreatectomía, teniéndose que extirpar la cabeza del páncreas y el duodeno en bloque.

El colangiocarcionoma distales un tumor maligno que en realidad se origina en las células del conducto biliar, el cual atraviesa el páncreas y lo afecta por contigüidad. Al igual que el ampuloma, el colangiocarcinoma requiere para su tratamiento la realización de una duodeno-pancreatectomía.

Los tumores neuroendocrinos son los que tienen mejor pronóstico, si bien también se consideran malignos y su tratamiento es la extirpación quirúrgica

Otro tipo de tumores de páncreas son los conocidos tumores quísticos, algunos tienen un comportamiento benigno (neoplasia quística serosa, quistes simples), pero otros tienen riesgo de transformación en un tumor maligno (neoplasia quística mucinosa, neoplasia mucinosa papilar intraductal).

1.16 CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES CON ALTERACIONES DEL PANCREAS.

Colaboración en el proceso diagnóstico (analítica y determinación de enzimas pancreáticas en sangre y orina, radiografías, ecografías, TAC, etc.).

Control regular de constantes vitales, diuresis, registro del balance hídrico y del estado general del paciente.

Instauración y control de las vías venosas necesarias para la administración de medicamentos, perfusión endovenosa y control de la presión venosa central (PVC).

Alivio del dolor mediante la administración de analgésicos bajo prescripción médica (la morfina está contraindicada pues eleva el tono del esfínter de Oddi); tranquilizar al enfermo, generalmente muy inquieto, buscando la postura que le proporcione mayor alivio; si está indicado el reposo absoluto se realizarán cambios posturales.

Realización de sondaje nasogástrico, para reducir la estimulación del páncreas, evitar los vómitos y eliminar aire y líquidos retenidos como consecuencia del íleo paralítico. Inicialmente está indicada la dieta absoluta.

Control de la glucemia, atención a los signos de hiperglucemia, preparación del paciente para la cirugía cuando esté indicado, educación sanitaria.