



NOMBRE DEL ALUMNO(A): ADILENY LOPEZ ROBLERO

CATEDRATICO(A): MAHONRRY DE JESUS RUIZ

TRABAJO: CUADRO SINOPTICO

MATERIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA II

GRADO: 6TO CUATRIMESTRE

GRUPO: "B"

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 20 /05/21

Dermatitis

Descripción general

La dermatitis es un término general que describe una inflamación de la piel.

La dermatitis puede tener distintas causas y manifestarse de muchas formas. Generalmente, produce una erupción con comezón sobre la piel enrojecida e inflamada.

La piel afectada por la dermatitis puede formar ampollas, supurar, formar una costra o descamarse.

La dermatitis es una afección frecuente que no es contagiosa, pero puede hacerte sentir incómodo y cohibido. Una combinación de pasos de autocuidado y medicamentos puede ayudarte a tratar la dermatitis.

Síntomas

Cada tipo de dermatitis puede verse de un modo un poco diferente y suele afectar a distintas partes del cuerpo.

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 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 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.

Factores de riesgo

Edad. La dermatitis puede producirse a cualquier edad, pero la dermatitis atópica (eccema) generalmente comienza durante la lactancia.

Alergias y asma. Las personas con antecedentes personales o familiares de eccema, alergias, rinitis alérgica estacional o asma son más propensas a padecer dermatitis atópica.

Ocupación. Los empleos que implican contacto con determinados metales, solventes o insumos de limpieza aumentan el riesgo de dermatitis por contacto.

Enfermedades. Puedes tener un mayor riesgo de dermatitis seborreica si has tenido alguna enfermedad, como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad de Parkinson o VIH.

Prevención

Uno de los factores que puede ayudar a prevenir la dermatitis es evitar la piel seca. Estos consejos pueden ayudarte a minimizar los efectos de sequedad de la piel cuando te bañas.

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. Elige productos de limpieza que no contengan jabón ni fragancia, o jabones suaves. Algunos jabones pueden secar tu piel.

Sécate con cuidado. Luego del baño, seca la piel rápidamente rozándola con las palmas de las manos o utiliza una toalla suave y sécate dando palmaditas suaves.

Humecta la piel. Mientras la piel sigue húmeda, huméctala con aceite o crema. Prueba distintos productos hasta que encuentres el mejor para ti. Idealmente, el mejor producto para ti será uno seguro, eficaz, accesible y sin perfume.

Enfermedades papuloescamosas

Enfermedades papulodescamativa

Psoriasis: Concepto, patogenia, formas clínicas, diagnóstico diferencial y tratamiento.

Dermatitis Seborreica.

Parapsoriasis: Concepto y formas clínicas.

PSORIASIS

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

La lesión más típica es una placa eritematosa de bordes netos, cubierta por escamas gruesas, blanquecinas, de aspecto céreo, no adherentes, que se distribuyen preferentemente por zonas de extensión.

ETIOLOGIA

Factores genéticos.

De causa desconocida, puede ser que sobre cierta predisposición genética actúen factores exógenos que harían que la enfermedad se manifestase o brotara.

En cuanto al HLA, en los casos de comienzo precoz, se ha asociado significativamente al Cw6. Otros HLA propuestos parecen tener un desequilibrio de unión con el Cw6. En psoriasis de comienzo por encima de los 40 años, se asocia con Cw3, y con B27.

Factores exógenos.

Traumatismos. El fenómeno de Koebner (isomorfismo) consiste en la aparición de lesiones cutáneas en las zonas sometidas a trauma previo.

La luz: Habitualmente la luz UV mejora la psoriasis, sin embargo en un 5% la empeora.

La infección estreptocócica es capaz de desencadenar una psoriasis gutatta así como de exacerbar otras formas de psoriasis.

Alteraciones endocrinas: Pubertad, menopausia, postparto, tratamiento estrogénico.

EPIDEMIOLOGIA

Existen importantes diferencias entre distintos grupos étnicos. Influyen factores genéticos, ambientales y climáticos. En Europa la prevalencia varía del 1,5% en Croacia al 4,8% en Noruega, sin diferencias entre sexos.

En España se estima una prevalencia de 1,4%. 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.

La base genética de la psoriasis se apoya en la acumulación de casos familiares, sobre todo en la psoriasis de comienzo precoz.

CLINICA

Psoriasis Vulgar

El raspado metódico de Brocq consiste en ir levantando capas de la placa psoriásica con la cureta. Lo primero que se obtiene es la escama de aspecto céreo (signo de la bujía de cera de Hebra).

Se distribuyen simétricamente por zonas de extensión, (especialmente codos y rodillas), cuero cabelludo y región lumbosacra. Las lesiones pueden originar una eritrodermia. Habitualmente son lesiones asintomáticas, pero puede picar o escober, sobre todo en periodo de brote. Las fisuras son dolorosas.

Las variaciones en la morfología de la placa dan origen a denominaciones peculiares. La psoriasis anular consiste en placas de crecimiento excéntrico que van curando por el centro. Cuando confluyen se origina una psoriasis gyrata.

Psoriasis invertida.

Afección de grandes pliegues por lesiones de psoriasis. Es más frecuente en adultos mayores. La sudoración y humedad de la zona impiden la formación de escamas. Puede observarse la aparición de grietas en el fondo del pliegue.

La clínica depende de donde se localice la lesión psoriásica. La psoriasis de la matriz puede originar depresiones puntiformes (pitting), surcos longitudinales, transversos o leuconiquia. La psoriasis del lecho o del hiponiquio origina manchas de aceite, hiperqueratosis subungueal u onicolisis

Fisiopatología del sistema digestivo

Su función de digestión que tiene cuatro partes:

Función mecánico

Mastica, insaliva y deglute. Esto significa que mastica (tritura, trocea y corta) los alimentos ingeridos por la boca, los mezcla con la saliva segregada por las glándulas salivales por movimientos de la lengua y forma el bolo alimenticio.

Este bolo se deglute, es decir, avanza por el tubo digestivo gracias a movimientos peristálticos del tubo digestivo: faringe, esófago, estómago...

Función química

Los jugos digestivos son segregados a diferentes niveles y constituyen una fase adicional de transformación de los alimentos.

En el intestino delgado actúan los jugos intestinales (de la pared intestinal), bilis (del hígado) y jugos pancreáticos (del páncreas). Se actúan sobre los glúcidos, lípidos y proteínas. Transforman el quimo en quilo.

Función absorptiva

Absorción de nutrientes del quilo a través de las vellosidades intestinales y pasan a la sangre y resto del cuerpo. Estos nutrientes son glúcidos simples, aminoácidos, partes de los lípidos, agua y minerales.

Función defecatoria

Eliminación de productos sobrantes no digeridos.

La flora bacteriana los acaba transformando en excrementos que felizmente salen por el ano al defecar.

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.

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.

Valoración del paciente con problemas digestivos

Anamnesis

El dolor abdominal es una dolencia gastrointestinal frecuente (véanse Dolor abdominal agudo y Dolor abdominal crónico y recurrente).

La determinación de la localización del dolor puede ayudar con el diagnóstico. Por ejemplo, el dolor en el epigastrio puede reflejar problemas del páncreas, el estómago o el intestino delgado.

El dolor en el cuadrante superior derecho puede reflejar problemas en el hígado, la vesícula biliar y los conductos biliares, como colecistitis o hepatitis.

Interrogar a los pacientes acerca de la irradiación del dolor puede ayudar a esclarecer el diagnóstico. Por ejemplo, el dolor que se irradia al hombro puede reflejar colecistitis, porque la vesícula biliar puede estar irritando el diafragma.

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

Examen físico

La exploración física podría comenzar con la inspección de la orofaringe para evaluar la hidratación, úlceras o posible inflamación.

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.

Cuando el abdomen es doloroso a la palpación, se debe evaluar a los pacientes para detectar signos peritoneales, como defensa y dolor a la descompresión.

El tacto rectal con búsqueda de sangre oculta y (en las mujeres) la exploración pelviana completan la evaluación del abdomen.

Cuidados de enfermería al paciente con alteraciones gástricas.

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.

El postoperatorio inmediato de un enfermo sometido a un proceso quirúrgico bajo anestesia general, loco-regional y/o sedación, se caracteriza por la recuperación inicial del estrés de la anestesia y la cirugía durante las primeras horas siguientes a la intervención.

La mayoría de los problemas anestésicos graves suelen suceder en el postoperatorio inmediato.

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

La enfermera será capaz de identificar la respuesta del enfermo y de reconocer las complicaciones que puedan surgir.

Valoración Dado que la Unidad de Reanimación postanestésica es un lugar donde el enfermo pasa relativamente poco tiempo, nos vamos a centrar en las necesidades más importantes en esta etapa de su evolución, lo que no impide que si la enfermera detecta algún otro problema debe ser incluido y tratado.

Los objetivos que queremos obtener con la aplicación del plan de cuidados son: $\frac{3}{4}$ El paciente y su familia reducirán la ansiedad durante la estancia del enfermo en la unidad. $\frac{3}{4}$ El paciente reducirá el riesgo de complicaciones: cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, músculoesqueléticas, metabólicas, gastrointestinales, urinarias.

Alteraciones intestinales

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.

Existe un gran número de enfermedades y síntomas por los cuales es recomendable acudir a un Especialista en Cirugía de Colon y Recto.

Cuidados de enfermería a pacientes con problemas intestinales

Alta tras resección del intestino grueso

Le hicieron una cirugía para extirparle todo o parte del intestino grueso. También le pueden haber practicado una colostomía.

Cuidados personales

Siga las instrucciones de su proveedor de atención médica sobre cómo cuidarse en casa.

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.

Actividad

Pueden pasar varias semanas antes de que usted pueda regresar a sus actividades normales.

Comience con pequeñas caminatas.
Aumente el ejercicio lentamente.
NO se exija demasiado. El proveedor le dará analgésicos para tomar en casa.

Qué esperar en el hogar

Dolor cuando tose, estornuda y hace movimientos súbitos. Esto puede llegar a durar varias semanas.

Heces duras o es posible que no pueda tener una deposición en lo absoluto.

Puede tener diarrea.

Puede tener problemas con su colostomía.

Cuidado de la herida

Si le quitaron las grapas o las suturas, probablemente tendrá pequeños pedazos de cinta puestos a lo largo de la incisión.

Estos pedazos de cinta se caerán por sí solos. Si su incisión fue cerrada con una sutura disolvente, usted puede haber tenido un pegamento líquido cubriendo la incisión.

Si tiene un apósito, el proveedor le dirá con qué frecuencia debe cambiarlo y cuándo puede dejar de usarlo.

Consulte a su proveedor antes de aplicar alguna loción, crema o remedios herbales en la herida.

Dieta

Coma cantidades pequeñas de alimento varias veces al día. NO coma 3 comidas grandes.

Algunos alimentos pueden causar gases, heces sueltas o estreñimiento a medida que se recupera. Evite los alimentos que causen problemas.

Pregunte a su proveedor cuánto líquido debe beber cada día para prevenir deshidratarse.

Si puede, tome menos de los analgésicos que el proveedor le dio. Estos pueden causarle estreñimiento. Si el proveedor lo AUTORIZA, trate de usar paracetamol (Tylenol) o ibuprofeno (Advil o Motrin) para ayudar con el dolor.

Abdomen hinchado

Se siente enfermo del estómago o está vomitando mucho.

Está teniendo dolor abdominal que está empeorando y los analgésicos no están ayudando a aliviarlo.

Hay cambios en la incisión, como separación de los bordes, supuración o sangrado proveniente de ella, está roja, caliente al tacto, hinchada o el dolor está empeorando.

Alteraciones del hígado y vías biliares

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.

El drenaje quirúrgico del absceso hepático amebiano se hace a cielo abierto, es decir por laparotomía para tener mayor maniobrabilidad y evitar a la vez difusión a otros espacios del abdomen.

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 que mayoritariamente son congénitos y que pueden desarrollar hasta dimensiones considerables de 20 cm de diámetro cuando son únicos.

Otras veces, los quistes no parasitarios pueden ser múltiples, dando lugar a la poliquistosis hepática, entidad que frecuentemente cursa con quistes en otros órganos, como el riñón.

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.

Sintomatológicamente es muda. Presenta hepatomegalia como signo. La ecografía y la TAC son muy útiles para hacer la presunción diagnóstica

No requiere operación a no ser que se complique, como que se rompan por traumatismo o espontáneamente, o se infecten.

Quistes no Parasitarios

Denominados también como quistes solitarios por ser únicos. Alcanzan dimensiones de hasta 20 cm de diámetro.

El contenido de estos quistes puede ser de tipo bilioso o mucoso. Clínicamente puede haber dolor, explicado por la expansión y compresión de elementos vecinos.

Los medios más efectivos para el diagnóstico son la ecografía, la TAC y la laparoscopia en la actualidad. Como tratamiento, en los casos que realmente sea necesario, se practica la quistectomía, o sea, la ablación total del quiste; pero como no siempre es posible la quistectomía, se puede reseca parcialmente o hacer la derivación a una víscera hueca vecina como el intestino delgado.

Quiste Hidatídico

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

Obstrucción de las vías biliares

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.

Causas

La bilis es un líquido secretado por el hígado. Esta contiene colesterol, sales biliares y productos de desecho como la bilirrubina.

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.

Una vía biliar obstruida también puede alterar los resultados de los siguientes exámenes

Examen de amilasa en sangre
Gammagrafía de la vesícula biliar con radionúclidos
Examen de lipasa en la sangre
Tiempo de protrombina (TP)
Bilirrubina en orina.

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.

Cuidados de enfermería a pacientes con problemas hepatobiliares

Cuidados postoperatorios en la unidad de hospitalización

Proporcionar los conocimientos necesarios para ayudar al paciente a la recuperación física y psíquica tras la intervención quirúrgica y evitar complicaciones.

El postoperatorio se divide en dos etapas:

Postoperatorio inmediato: periodo que transcurre desde la salida del paciente del quirófano hasta su traslado a la unidad de hospitalización o domicilio.

Postoperatorio mediato o tardío: se inicia a la llegada del paciente a la Unidad de hospitalización.

Consideraciones previas

Conocer los antecedentes personales (enfermedad respiratoria, cardiovascular, alteraciones metabólicas, anticoagulación...), y el tratamiento habitual, para prevenir el desarrollo de complicaciones postoperatorias.

Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son: dolor, hemorragia, náuseas y vómitos postoperatorios, complicaciones respiratorias e infección del sitio quirúrgico.

Los cuidados del paciente dependerán de: el tipo de cirugía, tipo de anestesia, y de los factores propios de cada paciente.

CUIDADOS POSTOPERATORIO

Cuidados en el postoperatorio inmediato Estos cuidados se realizan habitualmente en URPA, donde disponen de protocolo específico.

Cuidados en el postoperatorio mediato El objetivo será fomentar la autonomía del paciente y la readaptación a su medio.

Cuidados de la herida quirúrgica

En las heridas quirúrgicas con cierre por primera intención: o No levantar el apósito de la herida quirúrgica durante las primeras 24-48 horas, siempre que sea posible.

Si es preciso levantar el apósito, realizar la cura de la herida con suero fisiológico. o Después de 48 horas, no es necesario cubrir la herida.

No deben aplicarse antisépticos ni antibióticos tópicos en la herida quirúrgica. o Como norma general, los pacientes pueden ducharse a partir de las 48 horas tras la cirugía, limpiándose la herida con agua y jabón.

Otros cuidados Generales

Realizar fisioterapia respiratoria, si procede: estimular el uso del inspirómetro, enseñar al paciente ejercicios de respiración profunda y a movilizar secreciones.

Fomentar la movilización precoz y progresiva (levantar al sillón, movimientos de miembros inferiores...), para prevenir las complicaciones respiratorias y reducir la incidencia de náuseas y vómitos.

Comprobar que el paciente ha realizado micción espontánea. Vigilar si existe retención urinaria. • Valorar la aparición de náuseas y vómitos.

EDUCACIÓN AL PACIENTE

Enseñar al paciente a comunicar al personal sanitario la aparición de cualquier signo o síntoma (dolor, vómitos y/o náuseas, sangrado en apósito, calor en sitio quirúrgico).

Cuidados específicos de su proceso quirúrgico (alimentación, higiene, movilidad, tratamiento, etc...). Se les proporcionará la "Guía de recomendaciones al paciente con herida quirúrgica"

REGISTRO DE LOS CUIDADOS

Registrar los signos vitales y la valoración del dolor en la gráfica.

Registrar en el plan de cuidados, el día de la intervención, los cuidados y la educación realizada al paciente.

Registrar en las observaciones cualquier incidencia.

Alteraciones del páncreas

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

En general, la cirugía de páncreas suele realizarse por tumores malignos por lo que se debe ser agresivo y radical, a la vez que tratar de conservar el máximo de páncreas restante para no dejar una diabetes.

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.

Es una intervención asociada a un riesgo de complicaciones alto (40%) y mortalidad no despreciable (5%), cuando se realiza por cirujanos expertos.

La pancreatectomía distal es 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.

Cuando se realiza por tumores malignos, se debe extirpar además el bazo, órgano adherido a la cola del páncreas, para extirpar así los ganglios linfáticos de ese territorio.

El carcinoma de páncreas es uno de los tumores digestivos que tiene un peor pronóstico.

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.

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.

El carcinoma de páncreas puede operarse con intención curativa, si bien se requiere realizar una intervención quirúrgica agresiva y compleja, pero bien estandarizada y con resultados buenos.

Cuidados de enfermería a pacientes con alteraciones del páncreas.

PAPEL DE ENFERMERÍA

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.

Control de la glucemia, atención a los signos de hiperglucemia.

Preparación del paciente para la cirugía cuando esté indicado.

Educación sanitaria.