



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: Olivar Pérez Santizo

TEMA: Unidad I (CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA PIEL, Y ALTERACIONES DIGESTIVAS)

PARCIAL: I

MATERIA: Enfermería medico quirúrgica II

NOMBRE DEL PROFESOR: EEU. Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: En enfermería

CUATRIMESTRE: 6°

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS. A 21 DE MAYO DEL 2022.

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA PIEL

¿Qué es la piel?

La piel es un órgano indispensable para la vida animal. Consta de tres capas bien diferenciadas: epidermis, dermis e hipodermis, cada una de las cuales desempeñan una serie de funciones,

FUNCIONES DE LA PIEL

Protección

Mediante su especial textura y composición protege a los órganos internos de traumatismos mecánicos, físicos y químicos, a la vez que evita la pérdida de agua y electrolitos desde el interior

Termorregulación

Mediante los fenómenos de vasodilatación y vasoconstricción en los plexos vasculares cutáneos se aumenta o reduce la temperatura de la piel y, en situaciones de calor exterior extremo, la secreción sudoral ecrina refresca la superficie cutánea.

Sensación

Tacto, presión, vibración, temperatura, dolor y prurito son captados por receptores sensoriales libres y/o corpúsculos sensoriales que los transmiten al cerebro por los cordones medulares dorsales.

Secreción

Las glándulas de secreción pueden ser ecrinas (ec = fuera; crinia = secreción), como sucede con las sudoríparas ecrinas, y en este mismo orden podríamos considerar la citocrinia melánica desde el melanocito; apocrina (apo = fuera; secreción de la parte superior de la célula), propia de las sudoríparas apocrinas y glándula mamaria; y holocrinas (secreción de la totalidad celular), representadas por las glándulas sebáceas y el propio epitelio epidérmico.

Función inmunológica

Se ha demostrado que los queratinocitos intervienen de forma activa en el sistema inmune cutáneo o SALT (tejido linfóide asociado a la piel), tanto en las interacciones celulares con las células de Langerhans y los linfocitos T epidermotrópicos, como en la producción de citocinas.

Producción de la vitamina D

La piel es el único órgano donde, en condiciones fisiológicas e inducida por la radiación UVB, se realiza la transformación completa del 7-dehidrocolesterol en calcitriol (1,25-dihidroxitamina D3).

Capas de la piel

La epidermis está constituida por queratinocitos, melanocitos, células de Langerhans y células de Merkel. La capa más externa de la epidermis o capa córnea se forma por la apoptosis de los queratinocitos.

La dermis es una capa conjuntiva que alberga los plexos vasculonerviosos y sirve de sostén a la epidermis y a sus anejos. Está formada por fibras, como las de colágeno y las elásticas, y por células, como los fibrocitos, mastocitos e histiocitos. Tiene dos áreas bien distinguibles: superior, o dermis papilar, e inferior o dermis reticular.

La hipodermis es la tercera capa, encargada de almacenar lípidos para aportar energía al organismo y aislante térmico.

DERMATITIS

¿Qué es?

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad inflamatoria común de la piel. Su prevalencia es mayor en niños que en adultos en el mundo industrializado, aunque existen variaciones en sus porcentajes dependiendo del país.

Etiología

La DA es un trastorno genéticamente complejo, se sabe que la mayoría de los genes asociados no siguen la ley mendeliana, pero son altamente heredables. Por este motivo, los pacientes con antecedentes familiares tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

Clínica

La presentación clínica varía con la edad, por lo que se observan tres etapas las cuales son: lactancia, infancia, adolescencia o adultez. Ninguna fase es obligatoria, por lo que la enfermedad puede iniciar, remitir o sanar en cualquiera de ellas.

Clasificación de las lesiones epiteliales

1. Agudas: lesiones intensamente pruriginosas con pápulas sobre piel eritematosa, vesiculación, exudado seroso, excoriaciones por rascado y ocasionalmente sangrado de las lesiones.
2. Subagudas: pápulas eritematosas descamativas y excoriaciones.
3. Crónicas: liquenificación con engrosamiento de la piel, acentuación de los pliegues, pápulas con hiperqueratosis y cambios en la pigmentación de la piel.

Diagnostico

No existe una prueba diagnóstica específica o patognomónica para la DA, por lo que su diagnóstico se hace clínicamente basado en antecedentes, morfología y distribución de las lesiones cutáneas y signos clínicos asociados

TRATAMIENTO

Emolientes

Los emolientes actúan para calmar la piel y restaurar la barrera epidérmica deteriorada. Los humectantes clásicos actúan como selladores para minimizar la pérdida de agua transepidérmica. En general, las pomadas o aceites, son más efectivos

Antihistamínicos

Los antihistamínicos también se utilizan para el alivio del prurito y para paliar los efectos desencadenantes del mismo, no obstante, es importante recalcar la importancia que al ser de origen multifactorial puede ser que no haya respuesta favorable.

Corticosteroides tópicos

Los corticosteroides tópicos (CST) actúan sobre múltiples tipos de células inmunes, que incluyen, por ejemplo, células B, células T auxiliares y citotóxicas, células dendríticas, macrófagos, eosinófilos y neutrófilos..

ENF.
PAPULOESCAMOSOAS

¿Qué son?

Las enfermedades papuloescamosas más frecuentes (psoriasis, tiña, pitiriasis rosada y liquen plano) son trastornos cutáneos primarios.

EJEMPLO DE ESTA ENFERMEDAD

1) PSORIASIS

¿Qué es?

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

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.

Factores exógenos

Traumatismo, la luz, la infección estreptocócica, alteraciones endocrinas, Factores metabólicos como hipocalcemia o diálisis, factores psicógenos como estrés o el alcoholismo y fármacos: Betabloqueantes, Antimaláricos, Litio, AINES, Yoduro potásico, Interferón.

CLINICA

Psoriasis gutatta

Es casi exclusivo de niños y adultos jóvenes. Son lesiones de pequeño tamaño que aparecen de modo explosivo, frecuentemente 1-3 semanas después de una infección estreptocócica. Hay que hacer diagnóstico diferencial con la pitiriasis rosada, la pitiriasis liquenoide crónica, la sífilis secundaria psoriasiforme y la tiña.

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. El diagnóstico diferencial debe hacerse con los distintos tipos de intertrigo infeccioso y con el pénfigo familiar benigno.

Psoriasis de uña

Ocurre en el 20-50% de los pacientes. Puede ser la única manifestación de psoriasis, y aparecer en alguna o todas las uñas. Es prácticamente constante en la artritis psoriásica, psoriasis pustulosa generalizada y eritrodermia psoriásica.

ENF.
PAPULOESCAMOSAS

PARAPSORISIS

¿Qué son?

Es un grupo de procesos cutáneos eritemato-papulo-escamosos de naturaleza desconocida y evolución crónica.

DIVISION DE STA ENFERMEDAD

Para psoriasis en pequeñas placas

Clínica

Preferentemente en varones adultos, como numerosas placas rojo-amarillentas, ovaladas, digitiformes o irregulares, de 2-5 cms de diámetro, borde neto y superficie descamativa dispuestas en tronco y en raiz de extremidades. Asintomáticas, estables durante años.

Histología y tratamiento

Histología: Inespecífica., focos dispersos de acantosis, espongirosis, exocitosis y paraqueratosis con escaso infiltrado linfocitario perivascular.
Tratamiento: Corticoides tópicos y/o PUVA Mejorías parciales y pasajeras.

Parapsoriasis en grandes placas

Clínica

Predomina en varones adultos. Se caracteriza por grandes placas violáceas o parduzcas, de superficie atrófica, ligeramente descamativa, poiquilodérmicas, poco numerosas, relativamente simétricas en tronco, raíz de miembros y grandes pliegues.

Histología

Inespecífica al principio, se aprecia atrofia epidérmica, infiltrado en banda superficial, en ocasiones epidermotropo. Progresiva aparición de células grandes hiper cromáticas.

Dermatitis seborreica

¿Qué es?

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. El estrés es capaz de desencadenar brotes. Existe una alta tasa de pacientes con alcoholismo y obesidad. La sequedad y baja temperatura del invierno empeoran la enfermedad.

TUMORES DE LA PIEL

¿Qué son?

El cáncer de piel es la neoplasia maligna más común a nivel mundial y su incidencia ha ido al alza en las últimas décadas.

TIPOS DE CANCER

Cáncer de piel no melanoma

El carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma espinocelular (CEC) son los tumores malignos más comunes a nivel mundial; el primero es el responsable de un 80% de los casos.⁶ Ambas neoplasias comparten factores de riesgo para su desarrollo; dentro de los principales se encuentran la exposición a radiación ultravioleta.

Carcinoma basocelular

Se trata de una neoplasia con bajo potencial metastásico y crecimiento lento, pero localmente invasiva y destructiva; deriva de las células basales de la epidermis y sus apéndices. Afecta la región de cabeza y cuello aproximadamente en un 70% de los casos; de ellos, el 26% se localiza en la nariz.

Carcinoma espinocelular el CEC

Es la segunda neoplasia maligna de piel más común: comprende aproximadamente 20% de los casos; sin embargo, tiene una tasa de mortalidad mayor que el CBC. Deriva de la proliferación de los queratinocitos de la epidermis y sus anexos, con capacidad de producir metástasis a ganglios regionales u otros órganos.

Melanoma

Es una neoplasia maligna derivada de melanocitos, células originarias de la cresta neural que se localizan en la unión dermoepidérmica. El riesgo global para el desarrollo de melanoma es del 2%. Algunos factores de riesgo para su desarrollo son la edad mayor a 50 años, historial familiar de melanoma, presencia de nevos atípicos, múltiples nevos (> 25) y enfermedades asociadas a mutaciones genéticas

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL S. DIGESTIVO

¿Qué es el s. digestivo?

El sistema digestivo está constituido por un tubo hueco abierto por sus extremos (boca y ano), llamado tubo digestivo propiamente dicho, o también tracto digestivo, y por una serie de estructuras accesorias. El tubo digestivo o tracto digestivo incluye la cavidad oral, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso

Boca

La boca es la primera parte del tubo digestivo, aunque también se emplea para respirar. Está tapizada por una membrana mucosa, la mucosa oral, con epitelio plano estratificado no queratinizado y limitada por las mejillas y los labios

Faringe

La faringe es un tubo que continúa a la boca y constituye el extremo superior común de los tubos respiratorio y digestivo. En su parte superior desembocan los orificios posteriores de las fosas nasales o coanas, en su parte media desemboca el istmo de las fauces o puerta de comunicación con la cavidad oral y por su parte inferior se continúa con el esófago, de modo que conduce alimentos hacia el esófago y aire hacia la laringe y los pulmones.

Esófago

El esófago es el tubo que conduce el alimento desde la faringe al estómago. Se origina como una continuación de la faringe (a nivel de la VI vértebra cervical) y desciende a través del cuello y el tórax para atravesar después el diafragma (por el hiato esofágico) y alcanzar el estómago. Hasta llegar a la bifurcación de la tráquea, está situado entre la tráquea por delante y la columna vertebral, por detrás

Estomago

El estómago es una dilatación del tubo digestivo situada entre el esófago y el duodeno, con una capacidad aproximada de 1-1.5 litros. La mayor parte del estómago se encuentra situado en el epigastrio, aunque ocupa también parte del hipocondrio izquierdo. Está formado por: fundus o fórnix, el cuerpo, la porción pilórica.

Intestino delgado

El intestino delgado es un tubo estrecho que se extiende desde el estómago hasta el colon. Consta de 3 partes, duodeno, yeyuno e íleon. Se relaciona con el estómago, el hígado y el páncreas con los que forma una unidad funcional y recibe el quimo del estómago, las secreciones del páncreas y la bilis del hígado.

Intestino grueso

El intestino grueso se extiende desde la válvula íleo-cecal hasta el ano y tiene unos 1.5 m de longitud. Consta de: el ciego, el apéndice vermiforme, el colon ascendente, transverso y descendente, el colon sigmoide, el recto y el conducto anal.

ALTERACIONES DE LA CAVIDAD ORAL

Xerostomía

La xerostomía que se presenta en los ancianos no es fisiológica, sino, en general, manifestación de una enfermedad o efecto secundario de algún medicamento. La xerostomía favorece el crecimiento bacteriano, dificulta la higiene de prótesis dentales, así como la permanencia de éstas en su sitio; la saliva favorece la formación del bolo alimenticio y degrada en primera instancia varios de los hidratos de carbono de la dieta, lo que provocará meteorismo en caso de existir una disminución de calidad y cantidad.

Estomapirosis

Es la sensación urente de la mucosa oral, sin lesiones causantes aparentes. La estomapirosis (síndrome de la boca ardiente) es un trastorno intraoral crónico doloroso de causa poco conocida, más frecuente en las mujeres menopáusicas. La glosopirosis (lengua ardiente) es una forma habitual de estomapirosis.

Aftas

Las aftas, provenientes en la mayoría de los casos de infecciones virales, causan dolor, dificultad al movimiento de la lengua y de la cinética de la masticación; además, alteran la fonación y la deglución de manera secundaria. La localización frecuente de las aftas es la mucosa labial, el dorso de la lengua y el suelo de la boca; se observa un centro blanco rodeado de un halo hiperémico.

Lesiones blancas bucales

Las alteraciones del color son las lesiones más características de la mucosa bucal, y dentro de este grupo, las lesiones blancas son las más frecuentes. Se pueden dividir en dos grandes grupos: las que pueden ser eliminadas con el raspado (ej. candidiasis) y las que no (ej. leucoplasia o liquen).

Liquen plano

Es una enfermedad inflamatoria mucocutánea crónica de etiología desconocida que representa una respuesta inmune mediada por células, respecto a determinados cambios antigénicos inducidos en el epitelio de la piel y mucosas. Proceso frecuente (0,2-2% de la población), sobre todo en mujeres posmenopáusicas, con una evolución crónica y de presentación en brotes. La localización más frecuente es en la mucosa yugal, en zonas posteriores de forma bilateral y simétrica.

Cáncer oral

Aunque en nuestro medio suele representar sólo el 5% de los tumores malignos, su incidencia en el anciano es superior; la edad media de presentación es en la sexta década de la vida. El consumo de alcohol y tabaco son los mayores factores de riesgo para el cáncer oral; otros factores son la edad y las lesiones preneoplásicas y las producidas por papilomavirus humano.

ALTERACIONES DEL ESOFAGO

Divertículos esofágicos

Son dilataciones circunscritas de la pared esofágica, normalmente únicas, tapizadas por mucosa y tejido conjuntivo. El más frecuente es el de Zenker (85% de todos los divertículos), se localiza en la región del triángulo de Killiam (en la zona faringo-esofágica). Existen otros dos tipos de divertículos como son el epifrénico y medio esofágico.

Hernia hiatal

La hernia hiatal supone la presencia de una proporción variable del estómago a nivel intratorácico, que se ha deslizado a la cavidad torácica a través del hiato diafragmático. Es fácilmente identificable en un estudio baritado esofágico. La hernia de hiato se identifica en un 15% de los pacientes sometidos a un estudio endoscópico esofágico. Es una patología de la edad adulta y la mayoría de las veces asintomática.

Rotura esofágica

La ruptura espontánea o síndrome de Boerhaave es una entidad excepcional y muy grave, más frecuente en alcohólicos, con una mortalidad entre 20-40%. Cursa con dolor torácico retroesternal que empeora al tragar o respirar, dolor abdominal, odinofagia y disnea. Se diagnostica con esofagograma con contraste hidrosoluble que se introduce en pequeños bolos para visualizar localización y extensión de la perforación.

Acalasia

Es la alteración más frecuente. En ella se produce una hipertonía del EEI (esfínter esofágico inferior), hipertrofia muscular y alteración del peristaltismo (aperistalsis). La causa es desconocida, aunque se sabe que estos pacientes presentan degeneración de neuronas inhibitorias cuyos neurotransmisores son responsables de la relajación del músculo liso y de la peristalsis.

Espasmo esofágico difuso

Es el segundo trastorno motor más frecuente. Afecta a mayores de 50 años, en ambos sexos por igual. Se caracteriza por la presencia de ondas peristálticas simultáneas asociadas a ondas de características normales (existen criterios manométricos establecidos para el diagnóstico de esta entidad). Cursa con dolor torácico y a menudo con disfagia que se desencadena por estrés, la ingestión de líquidos calientes o la deglución rápida de alimentos.

Peristalsis esofágica sintomática

Es el llamado esófago en cascanueces. En esta entidad se producen ondas de gran amplitud que ocasionan importantes contracciones del esófago. Cursa con dolor torácico, y menos frecuentemente disfagia. Hay que descartar la presencia de una ERGE, pues el reflujo puede producir este trastorno motor de forma secundaria.

ALTERACIONES GÁSTRICAS

¿Qué son?

Los trastornos funcionales digestivos son un grupo de trastornos motores que impactan la calidad de vida de los pacientes y pueden afectar cualquier segmento del aparato digestivo. Se caracterizan por ser funcionales y de difícil manejo originando situaciones complicadas en la relación médico paciente.

EJEMPLOS

Reflujo gastroesofágico

Se trata de una enfermedad crónica que ocurre cuando el ácido estomacal o la bilis ascienden por el esófago, lo que irrita su revestimiento. Cuando el reflujo ácido y la acidez estomacal suceden más de dos veces por semana, pueden ser un indicio de reflujo gastroesofágico. Los síntomas incluyen sensación de ardor en el pecho, que generalmente aparece después de comer y empeora al recostarse.

Úlcera péptica

Llaga que aparece en el recubrimiento del esófago, el estómago o el intestino delgado. Las úlceras se producen cuando el ácido estomacal daña el revestimiento del tracto digestivo. Las causas más comunes son la bacteria H. Pylori y los analgésicos antiinflamatorios como la aspirina.

Dispepsia y síndrome del i. irritable

La dispepsia es Trastorno de la digestión que aparece después de las comidas y cuyos síntomas más frecuentes son náuseas, pesadez y dolor de estómago, ardor y flatulencia. Y el sx es es un grupo de síntomas que se presentan juntos, que incluyen dolor repetido en el abdomen y cambios la evacuación de las heces, como diarrea, estreñimiento o ambos.

ALTERACIONES INTESTINALES

Diarrea

La diarrea se caracteriza por la presencia de heces acuosas, poco compactas y frecuentes. En los adultos suele ser leve y se resuelve fácilmente y sin secuelas, pero hay que prestar especial atención a los niños, pues en los menores de 3 años la diarrea ocasiona riesgo de deshidratación.
La causa más común de diarrea es una infección viral leve que se resuelve de forma espontánea en pocos días.

Enf. Intestinales que suelen estar asociados a la aparición de diarrea

Enfermedad intestinal inflamatoria
Síndromes de mal absorción
Síndrome del intestino irritable
Inmunodeficiencia

Estreñimiento

El estreñimiento consiste en la dificultad en evacuar las heces. Es un proceso habitual, que sólo se considera pernicioso si se prolonga durante más de tres días consecutivos o si el número de evacuaciones semanales es inferior a 3. El estreñimiento puede deberse a una dieta inadecuada con poca cantidad de fibra, escasa ingesta de líquidos, sedentarismo, abuso de laxantes, embarazo, edad avanzada o a una enfermedad.

Recomendaciones para prevenir y combatir el estreñimiento

- Realizar ejercicio físico de forma moderada.
- Ingerir alimentos ricos en fibra: pan integral, verduras y frutas.
- Limitar la ingesta de alimentos que no contienen fibra: azúcar, caramelos, quesos curados.
- Beber muchos líquidos, sobre todo agua.
- Comer despacio y masticar bien.
- No reprimir la necesidad de evacuar y hacerlo regularmente, sin prisas.
- Prescindir de laxantes irritantes.

**ALTERACIONES DEL
HIGADO Y VIAS
BILIARES**

1) Hepatitis vírica

La hepatitis es una enfermedad infecciosa del hígado, causada por distintos virus y caracterizada por necrosis hepatocelular e inflamación. El cuadro clínico y las lesiones histológicas son semejantes, pero existen diferencias en el mecanismo de transmisión, periodo de incubación y evolución de la infección.

TIPOS DE HEPATITIS

Hepatitis A

El virus de la hepatitis A (VHA) se transmite por vía fecal-oral, por contacto persona-persona o por contaminación del agua o alimentos con materias fecales que contienen el virus. El periodo de incubación es de 4 semanas y la respuesta serológica de las personas infectadas es el desarrollo precoz de inmunoglobulinas Ig M e Ig G contra el virus.

Hepatitis B

El virus de la hepatitis B (VHB) se transmite por vía parenteral y sexual siendo el periodo de incubación aproximadamente 2 meses. Los recién nacidos de madres con infección activa por este virus se infectan en más del 90% de los casos si no son protegidos adecuadamente en el momento del nacimiento.

Hepatitis C

El virus de la hepatitis C (VHC) se transmite sobre todo por vía parenteral, a partir de transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados y uso de jeringuillas contaminadas, aunque desde 1990 la proporción de contagio a través de sangre ha disminuido notablemente debido a los controles cada vez más rigurosos que se realizan sobre los donantes.

2) Cirrosis hepática

La cirrosis hepática es una enfermedad crónica e irreversible del hígado que se caracteriza anatomopatológicamente por fibrosis y formación de nódulos de regeneración que dan lugar a una desestructuración de los vasos sanguíneos y lobulillos hepáticos. La destrucción de los hepatocitos suele exceder a la renovación, y el hígado se va reduciendo de tamaño, adquiere un aspecto nodular y se endurece.

3) litiasis biliar

Podemos definir la litiasis biliar o colelitiasis como la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar. Estos cálculos pueden ser de dos tipos: cálculos de colesterol y cálculos pigmentarios.

ALTERACIONES DEL PANCREAS

¿Qué es el páncreas?

La glándula pancreática puede sufrir un proceso inflamatorio que se manifiesta de forma aguda o crónica, dando lugar a dos patologías bien definidas y diferenciadas: Pancreatitis aguda y Pancreatitis crónica).

Pancreatitis aguda

La pancreatitis aguda es una patología relativamente común que se define como una inflamación aguda del páncreas, que puede afectar además a tejidos circundantes y órganos a distancia. Esta inflamación se produce como consecuencia de una liberación in situ de las enzimas pancreáticas en su forma activa dando lugar a la autodigestión del tejido pancreático, necrosis glandular y posibilidad de lesión de los órganos más cercanos

Pancreatitis crónica

Es una inflamación permanente de la glándula pancreática que se traduce en un deterioro progresivo e irreversible de la estructura anatómica y de sus funciones exocrina y endocrina. Suele afectar más a varones entre la tercera y la cuarta década de la vida y la principal causa de esta enfermedad es la ingesta de alcohol (70-80% de los casos) aunque también pueden estar implicados otros factores.