

DERMATITIS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Cada tipo de dermatitis tiende a ocurrir en una parte diferente del cuerpo.

- Picazón (prurito)
- Piel seca
- Erupción en la piel hinchada que varía de color según el color de piel
- Ampollas, quizás con exudado y costras
- Descamación de la piel (caspa)
- Piel engrosada
- Bultos en los folículos pilosos

Es un término general que describe una irritación común de la piel. Tiene muchas causas y formas, y generalmente implica piel seca y con comezón o con sarpullido, o puede hacer que la piel se ampolle, exude, forme costras o se descame. Es una enfermedad inflamatoria común de la piel. Su prevalencia es mayor en niños que en adultos

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.



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. Exámenes de laboratorio de rutina no son necesarios y las pruebas de antígenos cutáneos, en especial hacia comidas, tienden a no correlacionar con la enfermedad, por lo tanto, han sido propuestos varios criterios de severidad.

La toma de biopsias ayuda a realizar el diagnóstico diferencial con enfermedades comunes, las cuales incluyen escabiosis, dermatitis seborreica, dermatitis de contacto, inmunodeficiencias primarias, psoriasis, ictiosis, linfoma, dermatomiositis y deficiencias nutricionales.

TRATAMIENTO:

El tratamiento deberá ser dirigido a prevenir la inflamación y disfunción de la barrera de la piel, así como al tratamiento oportuno de las infecciones. Una intervención temprana podría prevenir una mayor exposición y sensibilización a demás alérgenos en etapas posteriores de la vida. La estrategia de tratamiento de la DA ha alentado el uso de esteroides tópicos o inhibidores de la calcineurina cuando la piel está inflamada, solo se utilizan los emolientes, cuando el enrojecimiento y el prurito disminuye.

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.

Antihistamínicos: Los antihistamínicos también se utilizan para el alivio del prurito y para paliar los efectos desencadenantes del mismo.

Corticosteroides Tópicos: Los tópicos (CST) actúan sobre múltiples tipos de células inmunes, Los CST de baja potencia se usan en áreas sensibles de la piel, como la cara y los genitales

ENFERMEDADES PAPULOESCAMOSAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

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.

- ✓ Picazón
- ✓ Ardor
- ✓ Linfomas
- ✓ Uñas engrosadas, picadas o acanaladas
- ✓ Articulaciones inflamadas y rígidas

- ✓ Parches de piel rojiza cubiertos de escamas gruesas y plateadas
- ✓ Pequeños puntos escamados (comúnmente vistos en niños)
- ✓ Piel seca y agrietada que puede sangrar o picar

son trastornos cutáneos primarios. Cuando las lesiones psoriásicas conllevan artritis, debe considerarse la posibilidad de artritis psoriásica o artritis reactiva (antes conocida como síndrome de Reiter).

- ✓ DERMATITIS SEBORREICA
- ✓ PARAPSORIASIS
- ✓ PSORIASIS
- ✓ LIQUEN PLANO



ETIOLOGÍA:

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

- ✓ Factores genéticos: La base genética del psoriasis se apoya en la acumulación de casos familiares, sobre todo en la psoriasis de comienzo precoz
- ✓ Factores exógenos: Traumatismos, luz UV, Factores metabólicos.

- ✓ Factores psicógenos como estrés o el alcoholismo.
- ✓ Fármacos: Betabloqueantes, Antimaláricos, Litio, AINES, Yoduro potásico, Interferón.
- ✓ Alteraciones endocrinas: Pubertad, menopausia, postparto, tratamiento estrogenito

DIAGNOSTICO:

Diagnóstico diferencial con el resto de poiquilodermias. Se puede realizar un estudio de reordenamiento genético para confirmar la presencia de monoclonalidad.

En el adulto se debe diferenciar del psoriasis, pitiriasis rosada, pitiriasis versicolor, eccema de párpados de contacto y eccema atópico. La del conducto auditivo con otomicosis.

El médico hará preguntas sobre tu salud y te examinará la piel, el cuero cabelludo y las uñas. El médico podría tomar una pequeña muestra de piel (biopsia) para examinarla bajo el microscopio. Esto ayuda a determinar el tipo y a descartar otros trastornos.

TRATAMIENTO:

Se debe explicar al enfermo el curso crónico. Cuero cabelludo: Eliminar la escama con aceites o soluciones de ácido salicílico. Uso de champús con piritionato de Zinc, sulfuro de selenio, ichtiol o breas o ketoconazol Cara y cuerpo: Evitar los vehículos grasos y alcohólicos. Los esteroides tópicos son muy efectivos, pero no deben aplicarse de forma continua. Se emplean cremas de pimecrólimus, ichtiol, nicotina mida, alquitranes y breas, aunque no son tan efectivos. La respuesta al ketoconazol es irregular. En casos graves y eritrodermia se usan esteroides

- ✓ Corticoides. UVB. PUVA
- ✓ Corticoides tópicos y/o PUVA Mejorías parciales y pasajeras
- ✓ Análogos de la vitamina D. Las formas sintéticas de vitamina D, como el calcipotrieno y el calcitriol retardan el crecimiento de las células de la piel.
- ✓ Inhibidores de la calcineurina. Los inhibidores de la calcineurina, como el tacrolimus (Protopic) y el pimecrolimus (Elidel), reducen la inflamación y la acumulación de placa.

TUMORES DE PIEL

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Un cambio en la piel es el signo más común de cáncer de piel. Estos cambios pueden ser una lesión nueva que le salió en la piel, una llaga que no cicatriza o un cambio en un lunar. No todos los cánceres de piel se ven iguales.

- ✓ Liso y perlado
- ✓ Puede ser firme y rojo
- ✓ A veces puede sangrar o desarrollar una costra
- ✓ Nunca sanar por completo
- ✓ Picante

- A. Asimetría: ¿El lunar o la mancha tiene forma irregular con dos partes que se ven muy diferentes?
- B. Bordes: ¿Los bordes son irregulares o dentados?
- C. Color: ¿El color es disparejo?
- D. Diámetro: ¿El lunar o la mancha es más grande que una arveja?
- E. Evolución: ¿El lunar o la mancha ha cambiado o evolucionado en las últimas semanas o en los últimos meses?

- ✓ Cánceres de piel no melanoma: son un grupo de cánceres que crecen lentamente y se desarrollan en las capas superiores de la piel
- ✓ Carcinoma de células de Basilea (CCB): es el tipo más común de cáncer de piel y comienza en las células de la epidermis inferior
- ✓ Carcinoma de células escamosas (CCE): representa alrededor del 20% de los cánceres de piel y comienza en las capas superiores de la epidermis
- ✓ Cáncer de piel con melanoma: es más grave y puede extenderse a otras partes del cuerpo

DIAGNOSTICO:

Puede usar la lista de verificación de lunares ABCDE para ayudar a diagnosticar

- A. Lunares asimétricos
- B. El borde de un lunar está borroso
- C. El color de un lunar varía
- D. El diámetro del lunar es irregular y mayor de 7 mm
- E. Evolucionando (los melanomas a menudo cambian con el tiempo)

El cáncer de piel se divide en dos grandes grupos: melanoma y no melanoma; dentro de este último se engloban el carcinoma baso celular y el espinocelular, así como tumores poco comunes como linfomas cutáneos, tumores malignos de anexos o de células de Merkel.



ETIOLOGÍA:

Los cánceres de piel no melanoma son causados por demasiada exposición a la luz ultravioleta (UV), que proviene del sol, así como a las camas de bronceado.

También hay una serie de factores de riesgo que pueden aumentar las posibilidades de que no se desarrolle melanoma:

puede ser causado por cambios en el ADN que mantienen activados a los oncogenes, o que desactivan los genes supresores de tumores. Estos tipos de cambios genéticos pueden ocasionar que las células crezcan fuera de control.

TRATAMIENTO:

se puede tratar eliminando quirúrgicamente el tumor canceroso y la piel circundante. Asimismo, también se puede eliminar mediante el uso de crioterapia (congelación). También se pueden tratar con radioterapia y terapia fotodinámica (PDT). La opción de tratamiento depende del tamaño del cáncer de piel, el tipo y la ubicación. Estos cánceres a menudo se tratan con éxito, ya que el riesgo de que el cáncer se propague a otras partes del cuerpo

- ✓ Cirugía:
- ✓ Quimioterapia
- ✓ Radioterapia
- ✓ Inmunoterapia

VALORACIÓN DEL PACIENTE CON PROBLEMAS DIGESTIVOS

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. La defensa es una contracción involuntaria de los músculos abdominales que es algo más lenta y más sostenida que la contracción rápida y voluntaria de los pacientes sensibles o ansiosos.

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. Mide, aproximadamente, unos 5-6 metros de longitud. Las estructuras accesorias son los dientes, la lengua, las glándulas salivares, el páncreas, el hígado, el sistema biliar y el peritoneo. El estómago, el intestino delgado y el intestino grueso, así como el páncreas, el hígado y el sistema biliar están situados por debajo del diafragma, en la cavidad abdominal.

El dolor a la descompresión consiste en una contracción definida cuando el examinador retira de manera brusca la mano.

Deben palparse las regiones inguinales y todas las cicatrices quirúrgicas para investigar hernias. El tacto rectal (en las mujeres) la exploración pelviana completan la evaluación del abdomen.



Las enfermedades gastrointestinales son uno de los principales problemas de salud pública en México. Se transmiten, ya sea por vía fecal-oral, o bien por el consumo de agua y alimentos contaminados. Afectan principalmente a la población infantil, y tanto su incidencia como su prevalencia dependen del nivel socioeconómico de los pacientes. Los agentes patógenos involucrados son virus, parásitos y bacterias.

La exploración física podría comenzar con la inspección de la orofaringe para evaluar la hidratación, úlceras o posible inflamación. El abdomen con el paciente en decúbito supino puede confirmar a la inspección un aspecto convexo en caso de obstrucción intestinal, ascitis, o raramente en presencia de una masa de gran tamaño. Luego, 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.

Valoración de enfermería.

En cuanto al examen las referencias anatómicas se emplean para localizar o describir estructuras anatómicas normales y sensibilidad o dolor anormal, así como presencia de masas, en lo que se incluye:

- ✓ División por cuadrantes:
- ✓ División por regiones abdominales

la Auscultación:

Se lleva a cabo en todos los cuadrantes, antes de la percusión y la palpación, con objeto de determinar la localización y características de los ruidos intestinales y otros sonidos.

Ruidos intestinales normales: de bajo tono borboteo continuo en los cuadrantes abdominales.

Ruidos intestinales anormales: Factores relacionados con la disminución de los ruidos intestinales:

- ✓ Peritonitis
- ✓ Íleo paralítico
- ✓ Inflamación
- ✓ Hemorragia gástrica o intraabdominal
- ✓ Obstrucción mecánica

Percusión:

Útil para determinar tamaño de bazo e hígado. Determinar presencia de masas y de acumulación anormal de líquido o aire. Se debe iniciar en la línea medio clavicular derecha.

Percutir en sentido ascendente sobre las regiones timpánicas hasta que se hace presente el sonido mate.

Percutir en sentido descendente en la línea medio clavicular derecha, comenzando en la zona de resonancia pulmonar y avanzando hacia abajo hasta que el sonido mate indique la presencia del hígado.

Datos a valorar	Normal	Anormal
Integridad de la piel	-Color uniforme; sin manchas -Estrías (blancas); cicatrices quirúrgicas	Lesiones; erupciones; piel brillante; tensa; Estrías (púrpuras)
Contorno abdominal (expiración)	Plano, redondeado (convexo) o escafoideo (cóncavo)	Distendido
Contorno abdominal (inspiración)	Sin evidencia de aumento del tamaño del hígado o el bazo	Evidencia del tamaño del hígado o bazo
Simetría	Simétrico	Asimétrico; protuberancia localizada alrededor del ombligo; ligamentos inguinales o cicatrices.
Movimientos abdominales (asociados a la respiración)	Movimientos simétricos (respiratorios). Peristaltismo visible en personas muy delgadas. Pulsaciones aórticas en personas delgadas	Movimientos limitados por el dolor o el proceso patológico. Peristaltismo visible en personas no delgadas. Pulsaciones aórticas marcadas.

PARED ABDOMINAL

Músculos de la pared abdominal posterior

- ✓ Músculo psoas mayor
- ✓ Músculo ilíaco
- ✓ Músculo cuadrado lumbar
- ✓ Músculo psoas menor

Capas de la pared abdominal

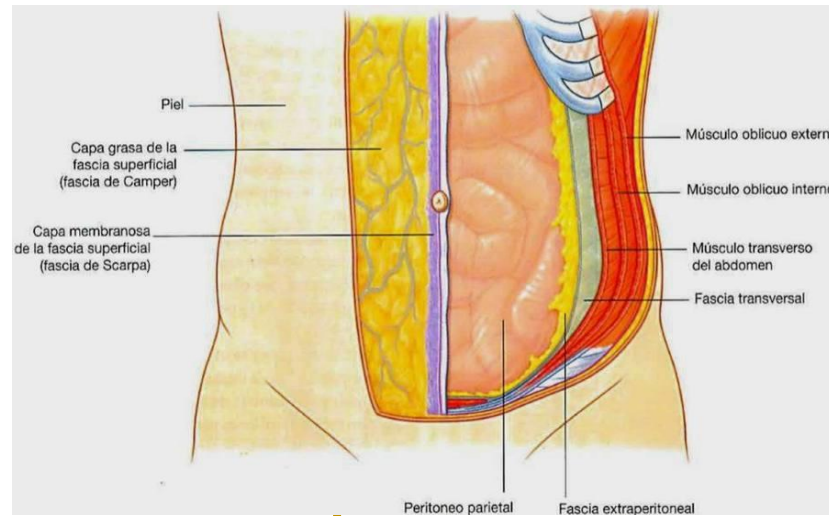
De superficial a profundo:

- ✓ Piel
- ✓ Fascia superficial
- ✓ Músculos
- ✓ Fascia transversal
- ✓ Grasa extra peritoneal (fascia extra peritoneal)
- ✓ Peritoneo

La pared abdominal se divide en región anterior antero lateral y posterior y se observa mejor en una tomografía computarizada transversal. La pared abdominal es una estructura laminada. Está formada por la piel, la fascia superficial, la grasa subcutánea, las capas musculares, la fascia transversal y una capa de grasa extra peritoneal. La capa muscular anterior está formada por los 2 músculos rectos en la línea media y el músculo oblicuo externo, oblicuo interno y transversal del abdomen en posición antero lateral

Músculos de la pared abdominal antero lateral

- ✓ Músculo transversal del abdomen.
- ✓ Músculo oblicuo interno del abdomen.
- ✓ Músculo recto del abdomen.
- ✓ Músculo oblicuo externo del abdomen.
- ✓ Músculo piramidal.



El músculo oblicuo interno se origina de la fascia toracolumbar, la cresta ilíaca y el arco iliopectíneo, y se inserta cranealmente en los cartílagos costales inferiores y ventralmente en la línea alba. En los hombres, las fibras caudales se extienden hacia el cordón espermático y se unen para formar el músculo cremáster.

Los músculos rectos del abdomen se insertan en la 5ta y 6ta séptima costillas y se extienden hasta la cresta del pubis. Están cubiertos tanto en dirección anterior como posterior por la vaina de los rectos, formada por la aponeurosis del músculo oblicuo interno, oblicuo externo y transversal del abdomen.

La zona caudal posterior de la vaina acaba en la línea arqueada, que por lo general está situada a medio camino entre el ombligo y la sínfisis del pubis. En el borde medial del recto se unen las aponeurosis para formar la línea alba que separa los músculos rectos en la línea media. La epidermis normal es una capa muy reflectante con un grosor 1 a 4 mm. El grosor de la capa subcutánea es variable.

Cuatro cuadrantes abdominales, divididos por los planos medianos transumbilicales horizontal y vertical. Las cuatro áreas resultantes son los cuadrantes del abdomen superior derecho, superior izquierdo, inferior derecho e inferior izquierdo.

Nueve regiones abdominopélvicas, divididas horizontalmente por el plano subcostal superior, que pasa justo por debajo de los arcos costales de las décimas costillas, y el plano intertubercular inferior, que conecta los tubérculos de la cresta ilíaca.

La piel es la capa más superficial de la pared abdominal anterior.

La fascia superficial de Camper: una capa gruesa de grasa que puede tener un grado variable de espesor.

La fascia de Scarpa: una capa membranosa más delgada y densa que cubre la capa muscular de la pared abdominal.

El músculo oblicuo externo del abdomen es el músculo más externo, cuyas fibras corren inferomedialmente. Inmediatamente por debajo se ubica el músculo oblicuo interno cuyas fibras corren supero medialmente. El músculo lateral más profundo es el transversal del abdomen que consta de fibras horizontales. La fascia transversal se encuentra debajo de este último.

El músculo transversal del abdomen es el más profundo de los tres músculos laterales del abdomen. Recorre horizontalmente desde la superficie interna de los cartílagos costales inferiores, la fascia toracolumbar, el arco iliopectíneo y la cresta ilíaca hacia la línea alba.

ALTERACIONES DE CAVIDAD ORAL

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- ✓ pequeñas ulceraciones dolorosas
- ✓ fondo blanquecino
- ✓ cambios de pigmentación
- ✓ dermatitis
- ✓ estomatitis exfoliativa
- ✓ atrofia papilar de lengua
- ✓ edema
- ✓ dolor en las glándulas salivales

La estomapirosis (síndrome de la boca ardiente) es un trastorno intraoral crónico doloroso de causa poco conocida, más frecuente en las mujeres menopáusicas

La xerostomía que se presenta en los ancianos no es fisiológica, sino, en general, manifestación de una enfermedad o efecto secundario de algún medicamento.

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)

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

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

Pre cáncer oral La lesión precancerosa es un tejido de morfología alterada, más propenso a cancerizarse que el tejido equivalente de apariencia normal. Son lesiones precancerosas: la leucoplasia, la eritroplasia, la queilitis actínica, el lupus eritematoso y el liquen plano



DIAGNOSTICO:

La detección de una alteración en la mucosa oral desencadena un proceso diagnóstico que es esencialmente idéntico en todos los casos. La anamnesis será más o menos extensa en función de los hallazgos. La exploración física empieza por la inspección. Este examen visual se realiza siempre desde fuera (empezando por la cara) hacia dentro y abarca toda la mucosa oral. La siguiente etapa de la exploración, la palpación, pretende determinar la extensión, la fluctuación, la presencia de dolor y otros parámetros similares

En general, una vez finalizada la evaluación diagnóstica inicial se podrán encuadrar las lesiones en alguno de los grupos diagnósticos principales. Después de considerar los diferentes cuadros clínicos con los que hay que hacer el diagnóstico diferencial, se establece una hipótesis diagnóstica. En caso de no poder generar una hipótesis diagnóstica practicaremos otras exploraciones complementarias.

TRATAMIENTO:

aplicar algunos remedios paliativos de las molestias, como anestésicos locales para reducir la sensibilidad dolorosa y tratamientos farmacológicos como colutorios antisépticos de clorhexidina, para evitar la sobreinfección.

se utilizan antiinflamatorios tópicos como corticosteroides (hidrocortisona) y análogos como carbenoxolona que se utilizan en forma de tabletas de dilución oral, geles o soluciones. Se debe recomendar la visita al dentista

Se ha demostrado que la vitamina A empleada en dosis oral durante un período corto puede mejorar el buen estado de la mucosa bucal y evitar la recidiva. Los pacientes con períodos de intercrisis de dos o tres meses o con secuencia casi permanente de estas lesiones deben ser remitidos al médico especialista para su tratamiento local.

evitar alimentos secos, alcohol y tabaco, favorecer la higiene bucal y estimular la salivación con limón o goma de mascar.

ALTERACIONES DE ESÓFAGO

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- ✓ malestar o sensación ardorosa retro esternal que tiene origen en el epigastrio y puede irradiarse hacia el cuello.
- ✓ náusea o arqueo
- ✓ El *dolor torácico*
- ✓ sensación desagradable de llenado rápido de la boca con un líquido acuoso salado

Hablamos de patología estructural del esófago para referirnos a la presencia de lesiones, o estructuras anormales que aparecen en la pared esofágica y afectan al diámetro de la luz, dificultando el paso del bolo alimenticio, lo cual se manifiesta como una disfagia (dificultad en la deglución). Las enfermedades esofágicas pueden manifestarse por disfunción o dolor. Las alteraciones funcionales principales son los trastornos de la deglución y el reflujo gastroesofágico excesivo. El dolor, en ocasiones indistinguible de aquél de origen cardiaco, puede deberse a inflamación, infección, dismotilidad o neoplasia.



ETIOLOGÍA:

es en ocasiones desconocida, aunque parece estar implicada la existencia de reflujo gastroesofágico.

- ✓ Una reducción de la presión del esfínter esofágico inferior, que pierde su función antirreflejo.
- ✓ Un enlentecimiento del vaciamiento esofágico: factores que favorecen su vaciamiento son la saliva, la capacidad motora del esófago y la gravedad.
- ✓ Una disminución de la resistencia esofágica, propiciará que, tras el reflujo, aparezcan lesiones en la mucosa.

Cuando por alguna alteración en el esófago estos movimientos no se producen, o fallan, la comida o la bebida se pueden quedar atascadas en el esófago. En algunas enfermedades, los movimientos son desorganizados o demasiado fuertes y pueden producir dolor en el pecho. Por otra parte, si las válvulas (especialmente la válvula inferior llamada esfínter esofágico inferior o cardias) se cierran demasiado, también se dificulta el paso de los alimentos.

TRATAMIENTO:

- **Aprender ejercicios.** Algunos ejercicios podrían ayudarte a coordinar los músculos de deglución o a estimular los nervios que provocan el reflejo de deglución.
- **Aprender técnicas de deglución.** También podrías aprender maneras de colocar la comida en la boca o formas de posicionar el cuerpo y la cabeza para ayudarte a deglutir. Los ejercicios y las técnicas nuevas de deglución podrían ayudarte si la disfagia tiene como causa problemas neurológicos como la enfermedad de Alzheimer o la enfermedad de Parkinson.

- **Cirugía.** Para un tumor esofágico, acalasia o divertículos faringoesofágicos, es posible que necesites cirugía para despejar la vía esofágica.
- **Medicamentos.** A la dificultad para deglutir asociada con la enfermedad por reflujo gastroesofágico se la puede tratar con medicamentos orales de venta por receta médica para reducir el ácido estomacal. Es posible que necesites tomar estos medicamentos durante un período prolongado.
- **Alimentación.** Dependiendo de la causa de la disfagia, tu proveedor de atención médica podría recetar una dieta especial para ayudar con los síntomas

DIAGNOSTICO:

La endoscopia, que también se conoce como esofagogastroduodenoscopia (EGD), constituye la mejor prueba para valorar el tubo digestivo proximal.

La radiografía con contraste del esófago, el estómago y el duodeno puede revelar reflujo del medio de contraste, hernia hiatal, granulaciones de la mucosa, erosiones, ulceraciones y estenosis.

- ✓ **ECOGRAFÍA ENDOSCÓPICA,** combinan un endoscopio con un transductor de ecografía, que generan una imagen transmural del tejido que circunda la punta del endoscopio
- ✓ **MANOMETRÍA ESOFÁGICA,** prueba de motilidad consiste en la colocación de un catéter sensor de presión dentro del esófago para luego observar la contractilidad tras la realización de degluciones de prueba.
- ✓ **ESTUDIOS PARA EL REFLUJO,** Es frecuente que la GERD se diagnostique en ausencia de esofagitis endoscópica, que normalmente definiría a la enfermedad. Esto ocurre cuando se ha administrado un tratamiento parcial del padecimiento, cuando hay una susceptibilidad anómala de la mucosa esofágica o cuando se carece de explicación evidente.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRASTORNOS DE CAVIDAD ORAL Y ESÓFAGO

CONSEJOS DE HIGIENE:

- ✓ Chequeo regular.
- ✓ Cepillarse tres veces al día.
- ✓ Usar dentífrico con flúor.
- ✓ Cepíllate con cabeza.
- ✓ Reemplaza tu cepillo a menudo.
- ✓ No olvides el hilo dental.
- ✓ Enjuágate.
- ✓ Haz una dieta sana.

- ✓ Limpiar la lengua mediante barrido de dentro hacia fuera.
- ✓ Facilitar un vaso de agua para el aclarado de la boca, realizando después un enjuague con antiséptico oral no alcohólico
- ✓ Secar los labios y zona circundante, insistiendo en las comisuras.
- ✓ Aplicar vaselina en los labios si existen costras o signos de deshidratación.
- ✓ Ayudar al paciente a colocarse la dentadura, si procede.
- ✓ Se repetirá el proceso después de cada comida, y además cuando precise.



Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. Este artículo presenta los resultados de un estudio cualitativo de tipo descriptivo interpretativo, realizado con el propósito de comprender cómo representan los profesionales de enfermería su quehacer profesional

- ✓ Evitar acostarse después de las comidas, por lo menos hasta que hayan pasado unas 2 horas desde la ingesta.
- ✓ Elevar la cabecera de la cama, unos 10-15 cm.
- ✓ No coloque almohadas, porque solamente consiguen flexionar el cuello.
- ✓ No usar prendas ajustadas.
- ✓ No realizar comidas muy abundantes.
- ✓ Controlar el sobrepeso.

ALTERACIÓN DE CAVIDAD GÁSTRICA

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- ✓ diarrea
- ✓ sensación incómoda de llenura o distensión abdominal
- ✓ náuseas
- ✓ dolor y cólico en el abdomen
- ✓ ruidos estomacales retumbantes como "gruñidos"
- ✓ Hemorragia
- ✓ Úlceras

existe una íntima relación y coordinación entre los diferentes órganos del sistema digestivo. Cualquier alteración en esta comunicación puede favorecer la aparición de síntomas digestivos: acidez, pesadez, flatulencias, dolor en la parte alta del abdomen, náuseas, El paso de los alimentos por la cavidad bucal estimula las funciones digestivas del estómago, la llegada al estómago estimula y prepara el intestino delgado, y el paso al intestino delgado inhibe la digestión en el estómago.

ETIOLOGÍA:

están causados por muchos factores, entre los que se cuentan infecciones, estrés debido a una enfermedad grave, lesiones, algunos fármacos y trastornos del sistema inmunológico.

- ✓ Uso de ciertos analgésicos, como aspirina e ibuprofeno
- ✓ la infección por una bacteria llamada *Helicobacter pylori*.
- ✓



. Esta comunicación se lleva a cabo mediante el sistema nervioso (nervio Vago y sistema nervioso entérico) y el sistema endocrino (colecistoquinina, gastrina, péptido inhibitor gástrico)

- ✓ Reflujo gastroesofágico
- ✓ Úlcera péptica
- ✓ Dispepsia funcional y síndrome del intestino irritable.

- ✓ Pirosis (ardor).
- ✓ Afonía.
- ✓ Carraspera.
- ✓ Asma o dificultad respiratoria
- ✓ dificultad para respirar o dolor en el pecho
- ✓ dolor intenso
- ✓ falta de apetito o pérdida no intencional de peso.

TRATAMIENTO:

- ✓ Fármacos
- ✓ Fármacos que reducen la producción de ácido y antiácidos
- ✓ antibióticos que tratan la infección por *H. pylori*
- ✓ Dieta equilibrada, en muchos casos los pacientes presentan síntomas relacionados con la ingesta de alimentos. Por tanto, el médico aconseja que se realicen comidas bajas en grasas y calorías, y además en pequeñas cantidades.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico inicial del reflujo gastroesofágico se basa en los síntomas. Sin embargo, si estos son diarios o es necesario mantener tratamiento farmacológico durante más de 2-3 semanas, es conveniente realizar exploraciones dirigidas

- ✓ Gastroscopia
- ✓ Manometría esofágica

- ✓ Radiografías con contraste
- ✓ pH metría de 24 horas
- ✓ endoscopia digestiva.
- ✓

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE:

- ✓ Administración de medicamentos
- ✓ Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada en sólidos y líquidos
- ✓ Comprobar y registrar la tolerancia oral
- ✓ Determinar en colaboración con el dietista si procede el número de calorías y el tipo de nutriente necesarios para satisfacer las necesidades de alimentación.

ALTERACIONES INTESTINALES

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- ✓ deshidratación grave
- ✓ sed
- ✓ orinar con menos frecuencia de lo normal
- ✓ cansancio
- ✓ orina de color oscuro
- ✓ resequedad en la boca
- ✓ piel menos turgente o elástica, es decir, la piel no se alisa de nuevo después de pellizcarla suavemente y soltarla
- ✓ hundimiento de los ojos o mejillas
- ✓ mareo o desmayo

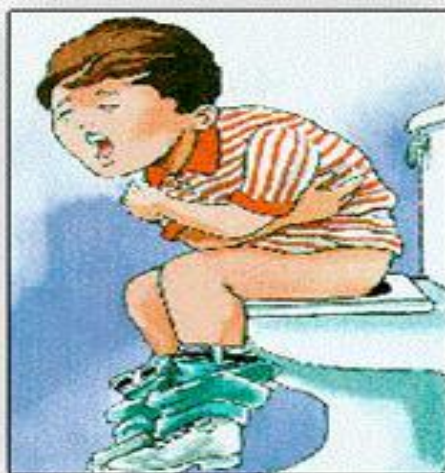
- ✓ expulsión de heces duras y escóbalos
- ✓ esfuerzo y sensación de evacuación incompleta
- ✓ dolor, malestar y distensión abdominal.

DIAGNOSTICO:

- ✓ Examen físico
- ✓ Historia clínica y antecedentes familiares
- ✓ Examen de heces
- ✓ Análisis de sangre
- ✓ Examen de hidrógeno en el aliento
- ✓ Endoscopia

- ✓ La inspección de la región perianal para detección de dermatitis, escoriaciones, fisuras, colgajos, hemorroides, prolapsos y tumores
- ✓ La exploración ano-rectal, que incluye al tacto rectal, es una parte fundamental en la exploración física del paciente con estreñimiento.
- ✓ Sigmoidoscopia flexible y colonoscopia

Casi todas las personas presentan en un momento u otro de su vida problemas intestinales, como la diarrea y el estreñimiento, que habitualmente se solucionan con medidas higiénicas y tratamiento farmacológico. La medicación es segura y eficaz, pero debe utilizarse de forma correcta y para ello es muy útil el consejo de los farmacéuticos. Algunas veces pueden ser síntomas de enfermedades graves, como es el caso de la diarrea



- ✓ **Diarrea**
- ✓ **Estreñimiento**

ETIOLOGÍA:

- ✓ infecciones víricas. Muchos virus causan diarrea,
- ✓ Infecciones bacterianas. Varios tipos de bacterias pueden entrar al cuerpo a través de agua o alimentos contaminados y causar diarrea. Las bacterias comunes que causan diarrea incluyen *Campylobacter*, *Escherichia coli*, *Salmonella* y *Shigella*
- ✓ Infecciones parasitarias. Los parásitos pueden entrar al cuerpo a través de los alimentos o el agua e instalarse en el tubo digestivo. Los parásitos que causan diarrea incluyen Criptosporidio, *Entamoeba histolytica* y *Giardia lamblia*
- ✓ puede ser causado por alteraciones rectales y anales (hemorroide, fisuras), patología obstructiva (cáncer de colon), trastornos neurológicos (esclerosis múltiple), endocrinopatías (hipotiroidismo, hipopotasemia.), medicamentos (anticolinérgicos, hidróxido de aluminio, morfínicos)

TRATAMIENTO:

Una vez diagnosticada la diarrea, la primera medida que debe adoptarse es la rehidratación por vía oral. La deshidratación es frecuente en niños y ancianos. Para rehidratar se recomiendan las soluciones de rehidratación oral, cuya utilización está basada en el hecho de que los mecanismos de absorción activa del sodio permanecen indemnes, o al menos muy eficaces, en todos los tipos de diarrea aguda.

Tabla II. Composición de las soluciones de rehidratación oral según la OMS

- Un litro de agua
- 20 g de glucosa
- 3.5 g de cloruro sódico
- 1.5 gramos de cloruro potásico
- 2.5 gramos de bicarbonato sódico

- ✓ Colectomía abdominal total
- ✓ Laxantes
- ✓ Alimentos blandos
- ✓ Alimentos líquidos

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE

- ✓ Asegurar un consumo adecuado de líquidos y alimentos ricos en fibra pues se requiere mayor aporte de los mismos.
- ✓ Aprender métodos para prevenir el estreñimiento: régimen de ejercicio, acondicionamiento abdominal, atender la urgencia al defecar o acudir a la llamada y no dejarla para otro momento.
- ✓ Mantener al paciente hidratado, reemplazando las pérdidas con solución de rehidratación oral (SRO).
- ✓ Administrar un antibiótico u otros tratamientos cuando exista indicación expresa.
- ✓ Manejo de la diarrea en el hogar que incluya educación en prevención, instrucciones sobre rehidratación oral, alimentación

ALTERACIONES DEL HIGADO Y VIAS BILIARES

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- diarrea
- fatiga
- pérdida del apetito
- fiebre leve
- dolor abdominal leve
- ictericia

ETIOLOGÍA:

Los virus implicados en este proceso son fundamentalmente los virus de hepatitis A, B, C, D y E

inflamación de los ganglios en el hilio hepático

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



ADAM

- dolores musculares o articulares
- náuseas
- vómitos
- pérdida de peso

DIAGNOSTICO:

- ✓ Pruebas de sangre:
- ✓ Pruebas de ácido nucleico
- ✓ Biopsia de hígado:
- ✓ Paracentesis:

- Elastografía:
- Marcadores alternativos
- Ultrasonido
- Ultrasonido endoscópico
- Tomografía computarizada (TC)
- Imagen de Resonancia Magnética (MRI)
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)

TRATAMIENTO:

No hay un tratamiento específico para el VHA. El médico le indicará al paciente que debe abstenerse de consumir alcohol y drogas durante la recuperación

Hepatoportoenterostomía:

- ✓ **Colecistectomía**
- ✓ **Coliangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE):**
- ✓ **Medicamentos / antibióticos**

ALTERACIONES DEL PÁNCREAS

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

- olor o sensibilidad fuerte en el abdomen o que empeora.
- náuseas y vómito.
- fiebre o escalofríos.
- latido rápido del corazón.
- dificultad para respirar.
- color amarillento en la piel o en el blanco de los ojos, conocido como ictericia.

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.

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).



CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- administración de líquidos por vía intravenosa y control dietético
- Administración de analgésicos
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.

DIAGNOSTICO:

- Análisis de laboratorio
- Pruebas de diagnóstico por la imagen
- Ecografía.
- Tomografía computarizada.

- Resonancia magnética colangiopancreatográfica
- Prueba de la función pancreática
-

TRATAMIENTO:

debe ser siempre en régimen de hospitalización, incluso en una unidad de cuidados intensivos las primeras horas o más si hiciera falta.

El tratamiento debe ser ajustado a cada caso, intentando adelantarse a los acontecimientos que puedan aparecer en la evolución.

Los puntos básicos son: un estrecho control del paciente (constantes vitales y analíticas múltiples y seriadas); el tratamiento del dolor con potentes analgésicos, incluidos los opiáceos; mantener una adecuada hidratación y nutrición del paciente por la vena, evitando alimentos por boca; tratamiento específico de las náuseas y los vómitos; bloqueo de la secreción gástrica de ácido con fármacos, antibióticos por vena para evitar infecciones que ensombrecerían la evolución.

Referencias

<https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/327063#:~:text=No%20hay%20un%20tratamiento%20espec%C3%ADfico,recuperar%C3%A1n%20sin%20necesidad%20de%20intervenci%C3%B3n.>

https://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/Pancreatitis_Aguda.pdf

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/a-proposito-de-un-caso-plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-paciente-con-pancreatitis-aguda/>