



Mi Universidad

Nombre del Alumno: IZARI YISEL PEREZ CASTRO

Nombre del tema: CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA PIEL

Parcial: I

Nombre de la Materia:

Nombre de la profesora: LIC. EDUARDO RUMEN DOMÍNGUEZ GARCÍA

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA

Cuatrimestre: 6ºA

CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA PIEL,

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA PIEL

Piel es un órgano indispensable para la vida animal

Costa

De tres capas bien diferenciadas epidermis, dermis e hipodermis

No es uniforme en toda su superficie, existiendo variaciones topográficas debidas a sus diferentes funciones

Palmas y plantas tiene una importante misión de protección

Muestra

Una epidermis muy gruesa, con una gran capa córnea y una hipodermis también voluminosa,

Mientras

Que en los labios menores de genitales femeninos la piel es muy fina, exquisitamente sensible

Por la gran cantidad de terminaciones nerviosas libres que posee

Epidermis existen otras poblaciones celulares, como son los melanocitos, que inyectan el pigmento formado por ellos a los queratinocitos

Células de Langerhans, que tienen funciones inmunológicas, y las células de Merkel, de función sensorial poco conocida

Epitelio carece de vasos y nervios, y se ve perforado por los anejos

Glándulas

Sebáceas y sudoríparas ecrinas y apocrinas y otros queratinizados (pelos y uñas).

Debajo

Separada por la unión dermo-epidérmica, se encuentra la dermis.

Formado

Por un componente fibroso, que incluye fibras de colágeno (principal estructura de la dermis) y fibras elásticas.

Debajo de la dermis se encuentra la hipodermis, panículo adiposo o tejido celular subcutáneo,

Aislante térmico y sirve de protección frente a los traumatismos a los órganos internos

FUNCIONES DE LA PIEL

Protección

Mediante

Su especial textura y composición protege a los órganos internos de traumatismos mecánicos, físicos y químicos

Evita la pérdida de agua y electrolitos desde el interior

Traumas mecánicos protege mediante los estratos dérmico e hipodérmico, que actúan a modo de coinetes

Termorregulación

Mediante

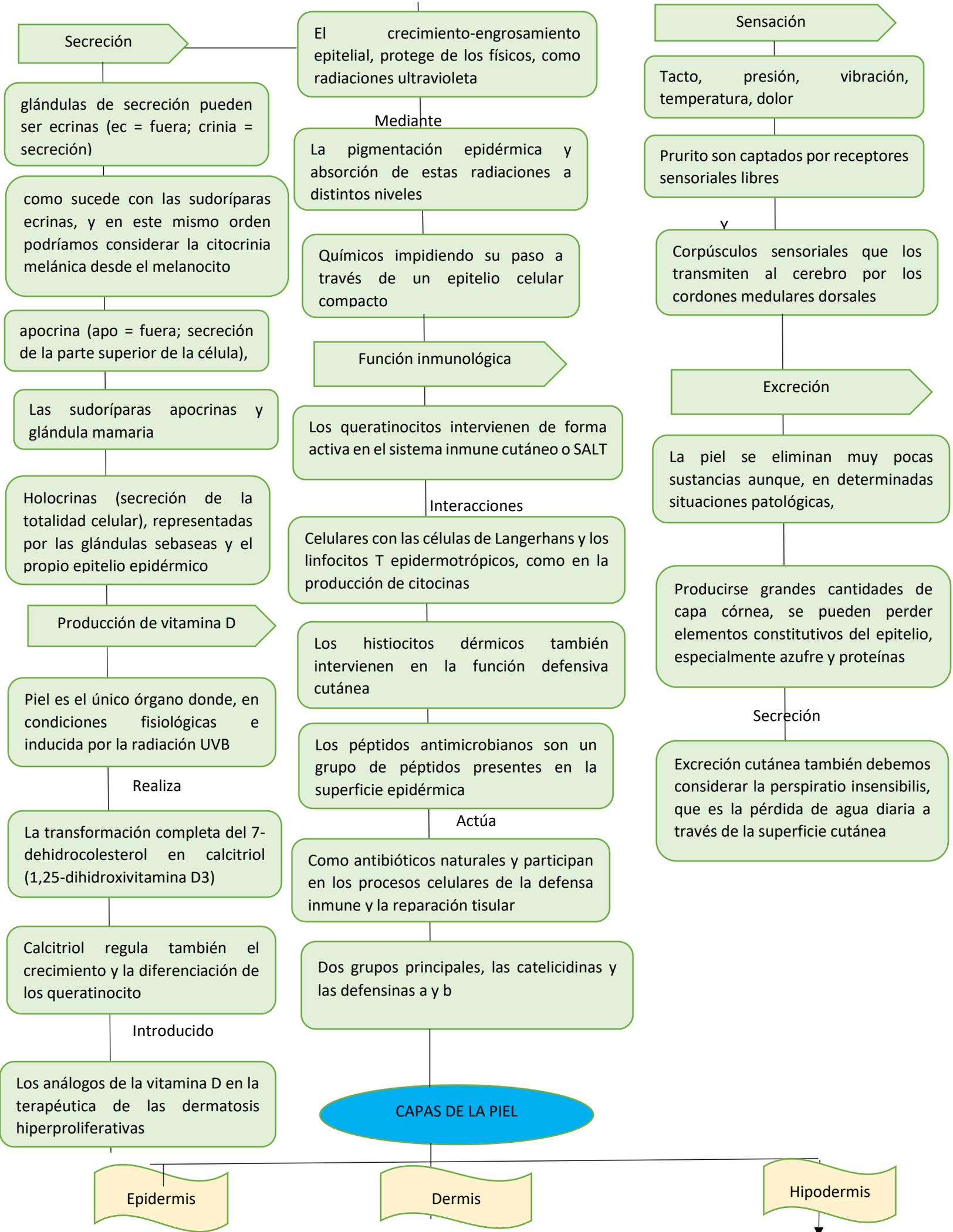
Mediante los fenómenos de vasodilatación y vasoconstricción en los plexos vasculares cutáneos

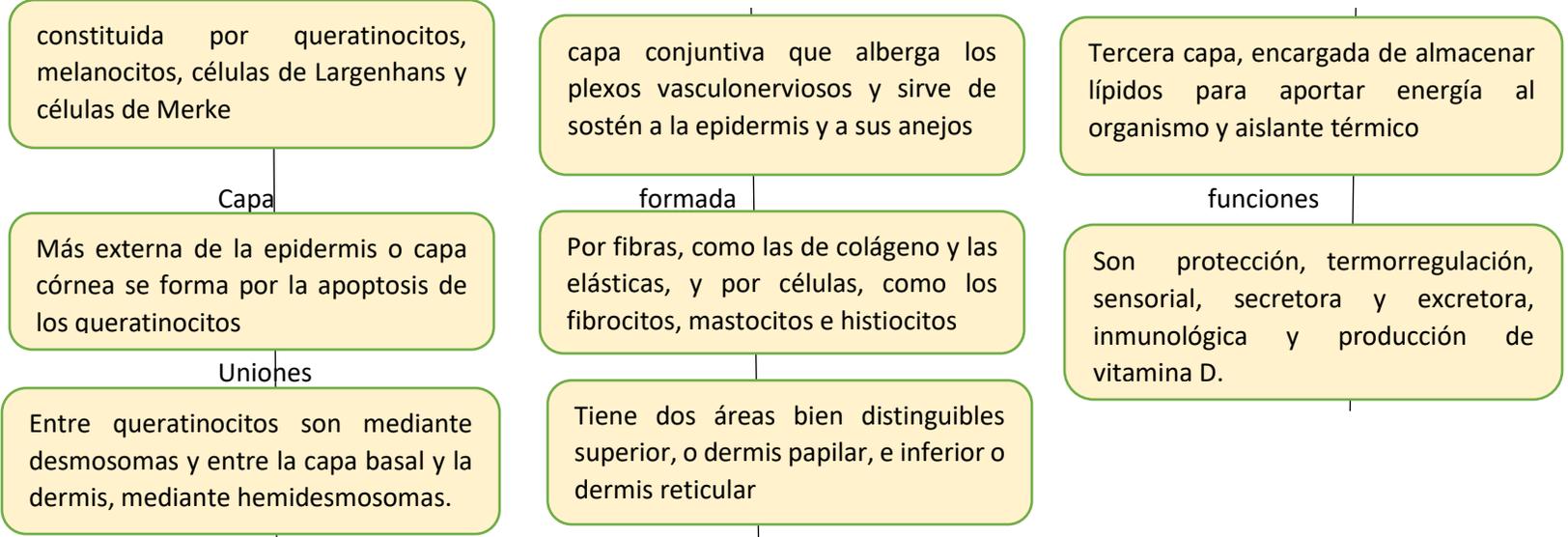
Aumenta

O reduce la temperatura de la piel y

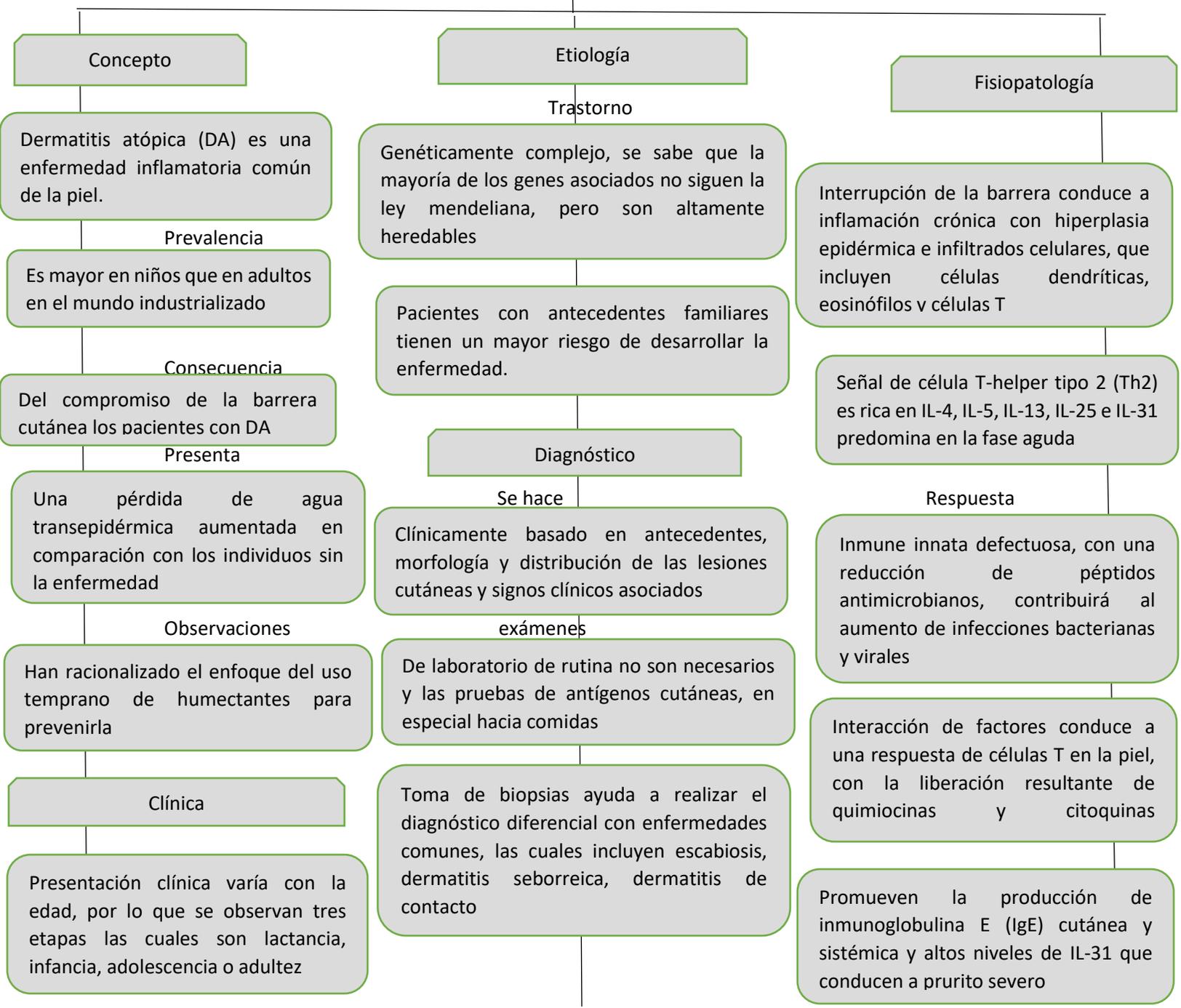
Situaciones

De calor exterior extremo, la secreción sudoral ecrina refresca la superficie cutánea.





DERMATITIS



Presenta una lesión cutánea patognomónica de la enfermedad, las lesiones pueden variar, según la fase del eccema, distribución o edad del paciente

Durante el primer año de vida es más probable que se empiecen a expresar afecciones en la piel atribuidas a DA

Lactante

Se caracteriza por presentar lesiones inflamatorias exudativas y placas costrosas producto del rascado en cara, cuello, superficies extensoras e ingle

Fase inicia entre los 2 a 6 meses y puede durar hasta los 2 a 3 años

Infancia y adolescencia, se distingue por presentar dermatitis en zonas de flexión, principalmente fosas poplíteas y antecubital.

Puede

Presentar remisión espontánea, pero hasta en un 50% puede volver en la vida adulta (con un patrón de lesiones similar presentadas en la infancia)

Frecuentemente pueden manifestar eccema de la mano o liquen simple crónico. Estas manifestaciones locales, hacen sospechar de DA

Las lesiones epiteliales se pueden clasificar según la etapa evolutiva de la misma en

Agudas

intensamente pruriginosas con pápulas sobre piel eritematosa,

Subagudas

pápulas eritematosas descamativas y excoriaciones

Crónicas

liquenificación con engrosamiento de la piel, acentuación de los pliegues,

Inmunodeficiencias primarias, psoriasis, ictiosis, linfoma, dermatomiositis y deficiencias nutricionales

Tratamiento

Deberás

Ser dirigido a prevenir la inflamación y disfunción de la barrera de la piel, así como al tratamiento oportuno de las infecciones

intervenciones

Temprana podría prevenir una mayor exposición y sensibilización a demás alérgenos en etapas posteriores de la vida

Tratamiento de la DA ha alentado el uso de esteroides tópicos o inhibidores de la calcineurina cuando la piel está inflamada

Emolientes

Actúa

Para calmar la piel y restaurar la barrera epidérmica deteriorada

Humectantes

Clásicos actúan como selladores para minimizar la pérdida de agua transepidérmica

Pomadas

O aceites, son más efectivos. Sin embargo, los pacientes a menudo prefieren cremas y lociones

Ingredientes adicionales, como ácido glicirretínico y otros lípidos, destinados a reemplazar componentes específicos de una barrera cutánea deteriorada.

Antihistamínicos

se utiliza

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

Que tengan efecto sedativo o ansiolítico parecen tener una mayor efectividad que los que no lo tienen

Estos no solo alivian el síntoma, si no ayudan al paciente a dormir

Corticosteroides Tópicos

actúan sobre múltiples tipos de células inmunes, que incluyen, por ejemplo, células B, células T auxiliares y citotóxicas

Finalmente, la piel de estos pacientes tiene anomalías sustanciales en la microbiota

Estos

Cambios son primarios o secundarios a la interrupción de la barrera epidérmica y la inmunidad sesgada por células Th2 todavía es incierta (22)

La piel lesional de la DA, la densidad de las redes neuronales cutáneas están aumentadas con hiperinnervación en la epidermis y engrosamiento de las fibras nerviosas dérmicas

linfoproteína estromal tímica (TSLP) es altamente expresada en la epidermis de los pacientes con DA

vesiculación, exudado seroso, excoriaciones por rascado y ocasionalmente sangrado de las lesiones

Pápulas con hiperqueratosis y cambios en la pigmentación de la pie

Células dendríticas, macrófagos, eosinófilos y neutrófilos

ENFERMEDADES PAPULOESCAMOSAS

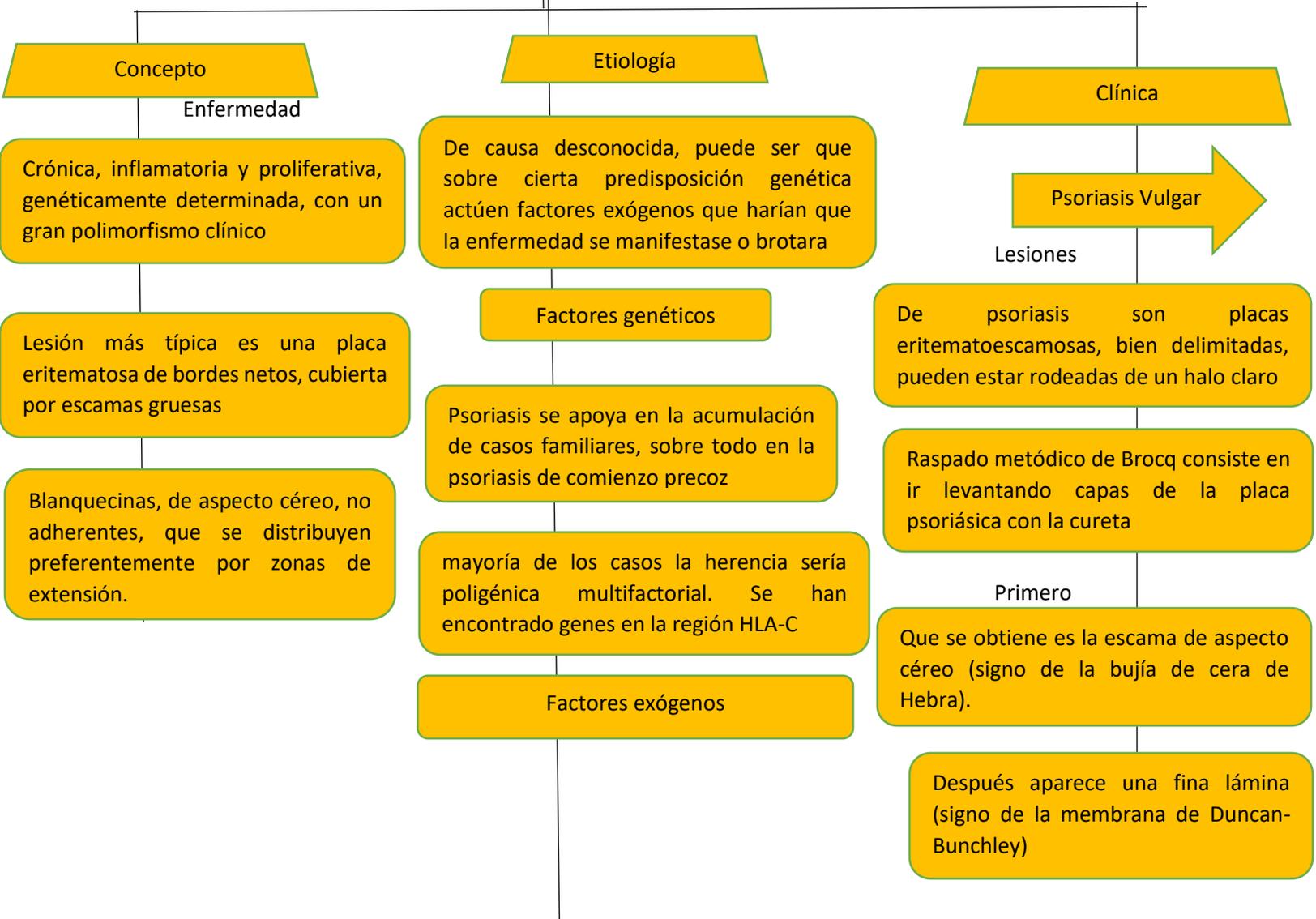
Los CST de baja potencia se usan en áreas sensibles de la piel, como la cara y los genitales

Más frecuentes (psoriasis, tiña, pitiriasis rosada y liquen plano) son trastornos cutáneos primarios

Para Tratar la DA, que afecta las áreas que son más vulnerables a los efectos secundarios por CST

Lesiones psoriásicas conllevan artritis, debe considerarse la posibilidad de artritis psoriásica o artritis reactiva (antes conocida como síndrome de Reiter).

PSORIASIS



Concepto

Enfermedad

Crónica, inflamatoria y proliferativa, genéticamente determinada, con un gran polimorfismo clínico

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.

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

Psoriasis se apoya en la acumulación de casos familiares, sobre todo en la psoriasis de comienzo precoz

mayoría de los casos la herencia sería poligénica multifactorial. Se han encontrado genes en la región HLA-C

Factores exógenos

Clínica

Psoriasis Vulgar

Lesiones

De psoriasis son placas eritematoescamosas, bien delimitadas, pueden estar rodeadas de un halo claro

Raspado metódico de Brocq consiste en ir levantando capas de la placa psoriásica con la cureta

Primero

Que se obtiene es la escama de aspecto céreo (signo de la bujía de cera de Hebra).

Después aparece una fina lámina (signo de la membrana de Duncan-Bunchley)

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

Infección

Estreptocócica es capaz de desencadenar una psoriasis gutatta así como de exacerbar otras formas de psoriasis.

Alteraciones endocrinas: Pubertad, menopausia, postparto, tratamiento estrogénico

Factores metabólicos como hipocalcemia o diálisis. o Factores psicógenos como estrés o el alcoholismo

Fármacos: Betabloqueantes, Antimaláricos, Litio, AINES, Yoduro potásico, Interferón

Las variaciones en la morfología de la placa dan origen a denominaciones peculiares

Psoriasis anular consiste en placas de crecimiento excéntrico que van curando por el centro

Psoriasis gutatta

Exclusivo

De niños y adultos jóvenes. Son lesiones de pequeño tamaño que aparecen de modo explosivo

1-3 semanas después de una infección estreptocócica. Hay que hacer diagnóstico diferencial

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.

Sudoración y humedad de la zona impiden la formación de escamas. Puede observarse la aparición de grietas en el fondo del pliegue

Diagnóstico diferencial debe hacerse con los distintos tipos de intertrigo infeccioso y con el pénfigo familiar benigno

Sebopsoriasis / Psoriasis eczematosa

Psoriasis de cuero cabelludo

Frecuentemente afecta es la nuca, aunque puede cubrir todo el cuero cabelludo

Pelo atraviesa la placa y no produce alopecia. La diferencia con la dermatitis seborreica puede ser imposible

Psoriasis de uñas

El 20-50% de los pacientes. Puede ser la única manifestación de psoriasis, y aparecer en alguna o todas las uñas

Prácticamente constante en la artritis psoriásica, psoriasis pustulosa generalizada y eritrodermia psoriásica

Psoriasis de mucosas

Mucosa

Genital masculina puede afectarse en una psoriasis en placas que tendrán poco o ningún componente descamativo

Psoriasis palmo-plantar

Placas hiquerqueratosicas, bien delimitadas, con poco componente eritematoso y frecuente fisuración dolorosa

Manos, se localiza en eminencia tenar, hipotenar o área central de palmas.

Mucosa oral no suele afectarse salvo en la psoriasis pustulosa generalizada o en la eritrodermia psoriásica

Superposición entre psoriasis y eczema o dermatitis seborreica

Frecuente
En mujeres postmenopausicas

Tome una morfología de lengua geográfica ("annulus migrans") o máculas eritematosas

Los rasgos clínico/patológicos son intermedios, y no es posible definirse sobre un proceso

PARAPSORIASIS

1902 Brocq acuñó el término "parapsoriasis" para un grupo de procesos cutáneos eritemato-papulo-escamosos de naturaleza desconocida y evolución crónica

Tres modalidades clínicas: La parapsoriasis en gotas, la parapsoriasis en pequeñas placas y la parapsoriasis en grandes placas

PARAPSORIASIS EN PEQUEÑAS PLACAS

PARAPSORIASIS EN GRANDES PLACAS

(Parapsoriasis digitiforme, xantoeritrodermia persistente.)

Parapsoriasis liquenoide, parapsoriasis atrófica, parapsoriasis poiquilodérmica

Parapsoriasis variegata poiquilodermia vascular atrofiante

Clínica

Histología

Tratamiento

En varones adultos, como numerosas placas rojo-amarillentas, ovaladas, digitiformes o irregulares, de 2-5 cms de diámetro,

Focos dispersos de acantosis, espongiosis, exocitosis

Corticoides tópicos y/o PUVA Mejorías parciales y pasajeras.

Asintomáticas, estables durante años

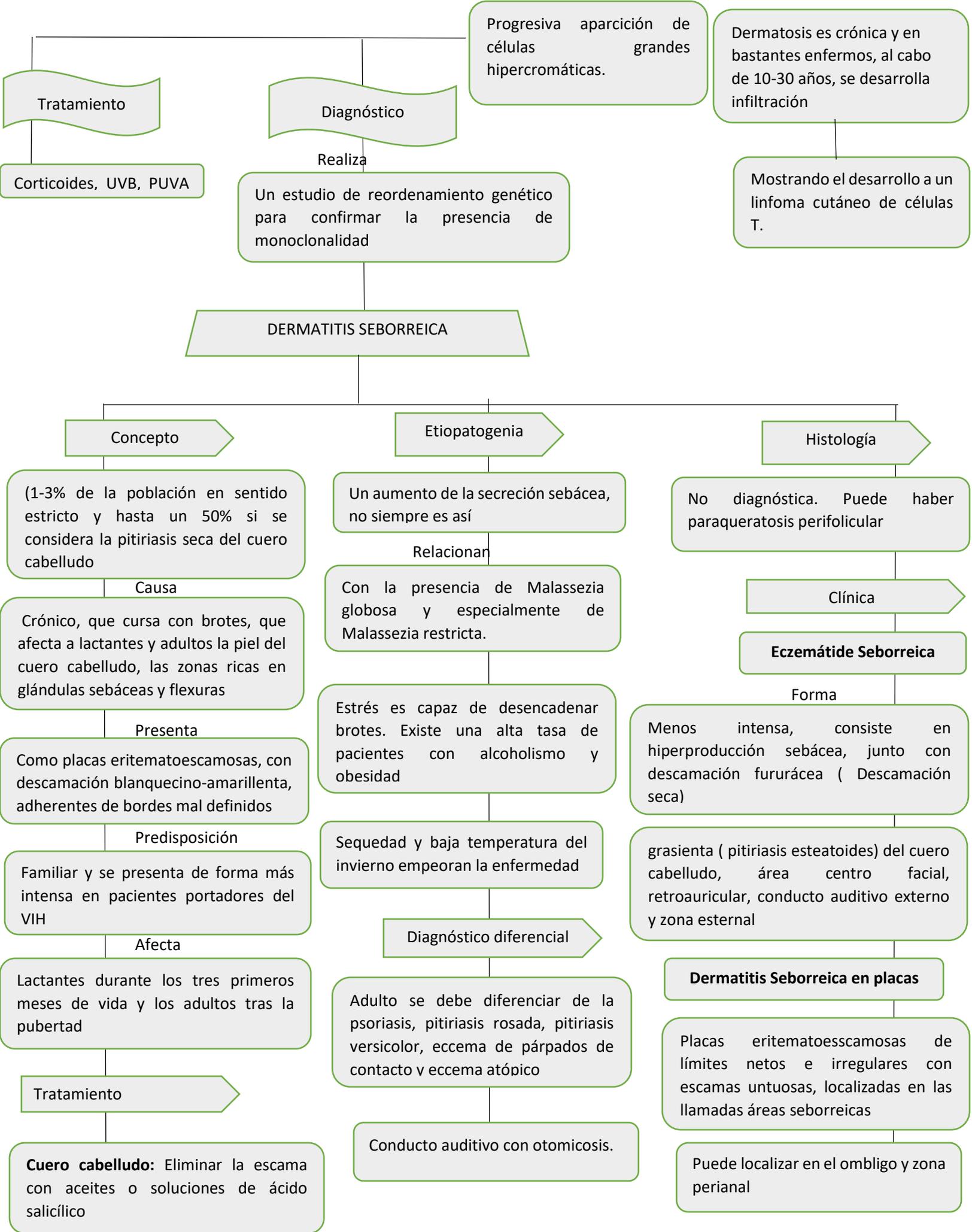
Paraqueratosis con escaso infiltrado linfocitario perivaascular

Histología

Clínica

Atrofia epidérmica, infiltrado en banda superficial, en ocasiones epidermotropo.

en varones adultos. Se caracteriza por grandes placas violáceas o parduzcas



Uso de champúes con piritionato de Zinc, sulfuro de selenio, ictiol o breas o ketoconazo

Cara y cuerpo: Evitar los vehículos grasos y alcohólicos, y los esteroides tópicos son muy efectivos pero no deben aplicarse de forma continua

Emplean cremas de pimecrólimus, ictiol, nicotinamida, alquitranes y breas, aunque no son tan efectivos. La respuesta al ketoconazol es irregular

Casos graves y eritrodermia se usan esteroides sistémicos en ciclos cortos

TUMORES DE LA PIEL

Concepto

Cáncer

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

México el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas reportó que el 14.6% de las neoplasias malignas a nivel nacional corresponden a cáncer de piel

El cáncer de piel se divide en dos grandes grupos: melanoma y no melanoma

Engloban

Carcinoma basocelular y el espinocelular, así como tumores poco comunes como linfomas cutáneos, tumores malignos de anexos o de células de Merkel.

CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA

La exposición a radiación ultravioleta, los fototipos I y II (piel clara, cabello rubio o rojo, ojos claros)

Edad

Avanzada, exposición crónica a arsénico o a radiación ionizante, inmunosupresión y algunas alteraciones genéticas

Etiología

Del cáncer de piel es multifactorial; se observa como principal agente etiológico la radiación UVB, la cual induce mutaciones a nivel del ADN

Afectando

Directamente la vía Hedgehog, lo que activa la replicación de células pluripotenciales en la epidermis

CARCINOMA BASOCELULAR

El CBC es el cáncer de piel más común:

Ocurren

Entre los 40 y 79 años de edad; afecta más a hombres, con una relación 5:1 con respecto a las mujeres

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

15%; en manos y genitales ocurre de manera esporádica

CARCINOMA ESPINOCELULAR EI CEC

Tasa de mortalidad mayor que el CBC.
Deriva de la proliferación de los queratinocitos de la epidermis y sus anexos

Capacidad de producir metástasis a ganglios regionales u otros órganos

Comparte

Factores de riesgo con el CBC; sin embargo, existen factores de riesgo relacionados específicamente con el desarrollo de CEC

Inflamación

Crónica en la piel (quemaduras, lupus discoide, fístulas y osteomielitis), infecciones virales (VPH) y humo de tabaco

Queratosis actínica es la principal lesión precursora. Se caracteriza por presentar máculas eritematosas con escama, histológicamente similares al CEC

Enfermedad

De Bowen se considera un CEC in situ; se caracteriza por una lesión escamosa sobre una placa eritematosa de crecimiento lento

Aparece

Con mayor frecuencia en la cara, manos y antebrazos; representa alrededor del 60% de los tumores de la oreja

Caracteriza

Por una pápula o placa rosa, frecuentemente escamosa y en ocasiones ulcerada

MELANOMA

Quinta forma de cáncer más común en EUA

Afecta

Más a mujeres y se presenta principalmente en extremidades inferiores (acral), seguido por tumores en cabeza y cuello, extremidades superiores y tronco.

Letalidad se relaciona con que suele diagnosticarse en etapas avanzadas y tiene una baja respuesta a tratamientos sistémicos.

Neoplasia maligna derivada de melanocitos, células originarias de la cresta neural que se localizan en la unión dermoepidérmica

Factores

De riesgo para su desarrollo son la edad mayor a 50 años, historial familiar de melanoma, presencia de nuevos atípicos

Enfermedades

Asociadas a mutaciones genéticas de p16, BRAF o MC1R

Exposición

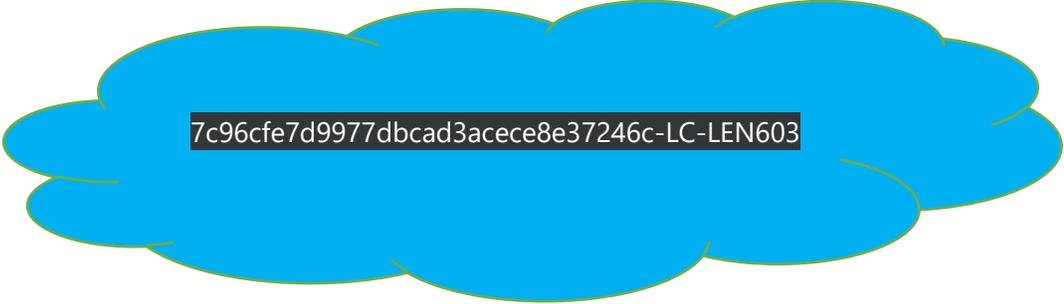
Solar es el principal contribuyente en la aparición de melanoma debido al efecto deletéreo de los rayos UV en la síntesis

Reparación de ADN, especialmente en individuos de piel clara

Nodular: presenta como una lesión solitaria, rosada, perlada, con telangiectasias y de bordes definidos. Si se ulcera se considera nódulo ulcerativo

Superficial: se observa como una placa eritematosa poco indurada, predomina en el tronco y puede confundirse con tiñas o eccema.

Morfeiforme o esclerosante: caracteriza por ser una lesión aplanada o ligeramente elevada, de coloración blanco-amarillenta o rosada e indurada, similar a una cicatriz



7c96cfe7d9977dbcad3acece8e37246c-LC-LEN603