



# **Mi Universidad**

## **Mapa Conceptual**

**NOMBRE DEL ALUMNO: Blandí Jorgelina Lopez García.**

**TEMA: CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA PIEL, Y  
ALTERACIONES DIGESTIVAS.**

**PARCIAL: I**

**MATERIA: ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO II.**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García.**

**LICENCIATURA: Enfermería.**

**CUATRIMESTRE: 6°**

*Frontera Comalapa Chiapas a 21 de mayo del año 2023.*

# CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA PIEL

## ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA PIEL

Es un

órgano indispensable para la vida animal.

Consta de 3 capas

Bien diferenciadas: epidermis, dermis e hipodermis.

### Epidermis

existen otras poblaciones celulares, como son los melanocitos, que inyectan el pigmento formado por ellos a los queratinocitos; las células de Langerhans, que tienen funciones inmunológicas, y las células de Merkel.

## FUNCIONES DE LA PIEL

**Protección.**

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

A su vez

Evita la pérdida de agua y electrolitos desde el interior.

Protege

Mediante los estratos dérmico e hipodérmico, que actúan a modo de cojinetes, y además con el crecimiento-engrosamiento epitelial

## DERMATITIS

Es una enfermedad inflamatoria común de la piel. Su prevalencia es mayor en niños que en adultos en el mundo industrializado.

**Etiología**

Es un trastorno genéticamente complejo, se sabe que la mayoría de los genes asociados no siguen la ley mendeliana, pero son altamente heredables.

**Fisiopatología**

La interrupción de la barrera conduce a inflamación crónica con hiperplasia epidérmica e infiltrados celulares, que incluyen células dendríticas, eosinófilos y células T.

## ENFERMEDADES PAPULOESCAMOSAS

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

## PSORIASIS

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

## PARAPSORIASIS

Es una

grupo de procesos cutáneos eritemato-papulo-escamosos de naturaleza desconocida y evolución crónica:

### PARAPSORIASIS EN PEQUEÑAS PLACAS

**Clínica**

Preferentemente en varones adultos, como numerosas placas rojo-amarillentas, ovaladas, digitiformes o irregulares, de 2-5 cms de diámetro,. Asintomáticas, estables durante años.

## Dermis

Estrato conjuntivo 20 a 30 veces mayor que la capa anterior, que alberga en su interior los plexos vasculonerviosos y sirve de sostén a la epidermis y a sus anejos.

### Formado

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

## Hipodermis

Panículo adiposo o tejido celular subcutáneo, que, aparte de contener algunos elementos basculo nerviosos

### Sirve de

protección frente a los traumatismos a los órganos internos.

## Termorregulación

Mediante los fenómenos de vasodilatación y vasoconstricción en los plexos vasculares cutáneos se aumenta o reduce la temperatura de la piel.

### En

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

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

## Clínica

varía con la edad, por lo que se observan tres etapas las cuales son: lactancia, infancia, adolescencia o adultez.

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

## Agudas

Lesiones intensamente pruriginosas con pápulas sobre piel eritematosa, vesiculación, exudado seroso, excoriaciones por rascado y ocasionalmente sangrado de las lesiones.

## Subagudas

Pápulas eritematosas descamativas y excoriaciones.

## Cronicas

quimificación con engrosamiento de la piel, acentuación de los pliegues, pápulas con hiperqueratosis y cambios en la pigmentación de la piel.

## Etiología

predisposición genética actúen factores exógenos que harían que la enfermedad se manifestase o brotara.

### Factores genéticos

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

### Factores endógenos

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.

## Clínica

### Psoarosis valvular

Las lesiones de psoriasis son placas eritematoescamosas, bien delimitadas, pueden estar rodeadas de un halo claro (anillo de Woronoff), cubiertas por escamas blanquecinas de aspecto

## Histología

Inespecífica., focos dispersos de acantosis, espongirosis, exocitosis y paraqueratosis con escaso infiltrado linfohistiocitario perivaascular.

## Tratamiento

Corticoides tópicos y/o PUVA  
Mejorías parciales y pasajeras.

## PARAPSORIASIS EN GRANDES PLACAS

## Clínica

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

## Olocrinas

(secreción de la totalidad celular), representadas por las glándulas sebáceas y el propio epitelio epidérmico.

## Función Inmunológica

Los queratinocitos intervienen de forma activa en el sistema inmune cutáneo o SALT (tejido linfoide asociado a la piel),

## Los histiositos

También intervienen en la función defensiva cutánea

Hay 2 grupos

Las catelicidinas y las defensinas a y b. los queratinocitos incrementan rápidamente su producción, reclutando a los neutrófilos como parte de la respuesta inflamatoria aguda.

## Producción de vitaminas D

se realiza la transformación completa del 7-dehidrocolesterol en calcitriol (1,25-dihidroxivitamina D3).

## El calcitriol

Regula también el crecimiento y la diferenciación de los queratinocitos, por lo que se han introducido los análogos de la vitamina D en la terapéutica de las dermatosis hiperproliferativas.

## Excreción

A través de la piel se eliminan muy pocas sustancias.

## Psoriasis gutatta

Son lesiones de pequeño tamaño que aparecen de modo explosivo, frecuentemente 1-3 semanas después de una infección estreptocócica.

## Psoriasis de uña

Puede ser la única manifestación de psoriasis, y aparecer en alguna o todas las uñas.

## Psoriasis palmo-plantar

Consiste en placas hiquerqueratosicas, bien delimitadas, con poco componente eritematoso y frecuente fisuración dolorosa.

## Psoriasis eczematosa

Es una superposición entre psoriasis y eczema o dermatitis seborreica, en la que los rasgos clínico/patológicos son intermedios,

## 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.

## Psoriasis de cuero cabelludo

La zona más frecuentemente afecta es la nuca, aunque puede cubrir todo el cuero cabelludo. El pelo atraviesa la placa y no produce alopecia

## Psoriasis de mucosas

La mucosa genital masculina puede afectarse en una psoriasis en placas que tendrán poco o ningún componente descamativo. Debe diferenciarse de la eritroplasia

## Psoriasis gutatta

Inespecífica al principio, se aprecia atrofia epidérmica, infiltrado en banda superficial, en ocasiones epidermotropo

## Diagnostico

Se puede realizar un estudio de reordenamiento genético para confirmar la presencia de monoclonalidad.

## Tratamiento

Corticoides. UVB . PUVA

## DERMATITIS SEBORREICA

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

### Etiopatogenia

Hipertrofia de las glándulas sebáceas. Aunque hay un aumento de la secreción sebácea, no siempre es así

### Histología

No diagnóstica. Puede haber para queratosis peri folicular.

## TUMORES DE LA PIEL

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

En 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

se divide en dos grandes grupos: melanoma y no melanoma;

### Fisiopatología

## CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA

son los tumores malignos más comunes a nivel mundial; el primero es el responsable de un 80% de los casos

Ambas neoplasias

Comparten factores de riesgo para su desarrollo; dentro de los principales se encuentran la exposición a radiación ultravioleta, los fototipos I y II (piel clara, cabello rubio o rojo, ojos claros

### Etiología

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: se calcula que anualmente hay 2.8 millones de casos nuevos en EUA

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

### Nodular

## MELANOMA

Es una neoplasia maligna derivada de melanocitos, células originarias de la cresta neural que se localizan en la unión dermoepidérmica.

### F.Riesgo

son la edad mayor a 50 años, historial familiar de melanoma, presencia de nevos atípicos, múltiples nevos (> 25) y enfermedades asociadas a mutaciones genéticas de p16, BRAF o MC1R

Y la

Exposición solar es el principal contribuyente en la aparición de melanoma debido al efecto deletéreo de los rayos UV en la síntesis y reparación de ADN, especialmente en individuos de piel clara.

Consiste en hiperproducción sebácea, junto con descamación fururácea ( Descamación seca) o grasienta ( pitiriasis esteatoides) del cuero cabelludo, área centro facial, retroauricular, conducto auditivo externo y zona esterna.

### Diagnostico

En el adulto se debe diferenciar de la psoriasis, pitiriasis rosada, pitiriasis versicolor, eccema de párpados de contacto y eccema atópico.

### Tratamiento

iminar la escama con aceites o soluciones de ácido salicílico. Uso de champúes con piritionato de Zinc, sulfuro de selenio, ictiol o breas o ketoconazol.

se divide en dos grandes grupos: melanoma y no melanoma;

### Superficial

Representa aproximadamente 30% de los casos; se observa como una placa eritematosa poco indurada, predomina en el tronco y puede confundirse con tiñas o eccema.

Es la forma más común, abarca hasta un 60% de los casos; generalmente se presenta como una lesión solitaria, rosada, perlada, con telangiectasias y de bordes definidos

### Morfeiforme o esclerosante

constituye el 5% de los casos; se caracteriza por ser una lesión aplanada o ligeramente elevada, de coloración blanco-amarillenta