



## MAPA CONCEPTUAL

**NOMBRE DEL ALUMNO:** SELENY DOMINGO CARDENAS.

**TEMA:** UNIDAD 1 Y 2.

**PARCIAL:** 1.

**MATERIA:** ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA 2.

**NOMBRE DEL PROFESOR:** RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ GARCIA.

**LICENCIATURA:** ENFERMERIA.

**CUATRIMESTRE:** 6TO CUATRIMESTRE.

*19 MAYO 2023.*

CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA PIEL.

DERMATITIS SEBORREICA.

ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA PIEL.

FUNCIONES DE LA PIEL.

Lactante puede presentar lesiones inflamatorias y costrosas en cara, cuello e ingle, puede durar asta los 2 o 3 años. En la etapa adulta, las lesiones suelen ser más focalizadas y a cronificar, formándose pliegues y placas secas liquidificadas.

ENFERMEDADES PAPULOESCAMOSAS.

Un proceso común (1-3% de la población en sentido estricto (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.

Piel consta de 3 capas, epidermis, dermis e hipodermis, cada una desempeña diferentes funciones, relacionada entre sí.

- \*Protección.
- \*Termorregulación.
- \*Sensación.
- \*Secreción.

Psoriasis: causa desconocida, puede ser causada por genética o factores exógenos.

Afecta a los lactantes durante los tres primeros meses de vida y los adultos tras la pubertad, es una enfermedad no diagnosticada. **Eczemátide Seborreica:** La forma menos intensa, consiste en hiperproducción sebácea, junto con descamación fururácea (Descamación seca) o grasienta (pitiriasis esteatooides) del cuero cabelludo.

La epidermis hay células como los melanocitos que dan pigmento a la piel, células de Langerhans, que tienen funciones inmunológicas, y las células de Merkel, de función sensorial.

- \*función inmunológica.
- \*Producción de vitamina d.
- \*excreción.

Lesiones se clasifican según la lesión; agudas, subagudas, y crónicas. 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.

Tipos de psoriasis: psoriasis vulgar, gutatta, invertida y de uñas, cuero cabelludo, palmo-plantar, de mucosas, y eczematosa.

**Dermatitis Seborreica en placas:** Es la forma más común. Se presenta como placas eritematoescamosas de límites netos e irregulares con escamas untuosas, localizadas en las llamadas áreas seborreicas. También se puede localizar en el ombligo y zona perianal.

La dermis se encuentra estrato conjuntivo que en su interior tiene plexos vasculonerviosos, que sirven como sostén a la epidermis, contiene fibras de colágeno y elásticas.

Dermatitis atópica: es una enfermedad inflamatoria común de la piel. Su prevalencia es mayor en niños que en adultos.

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. Algunos medicamentos son: emolientes, antihistamínicos, corticosteroides tópicos.

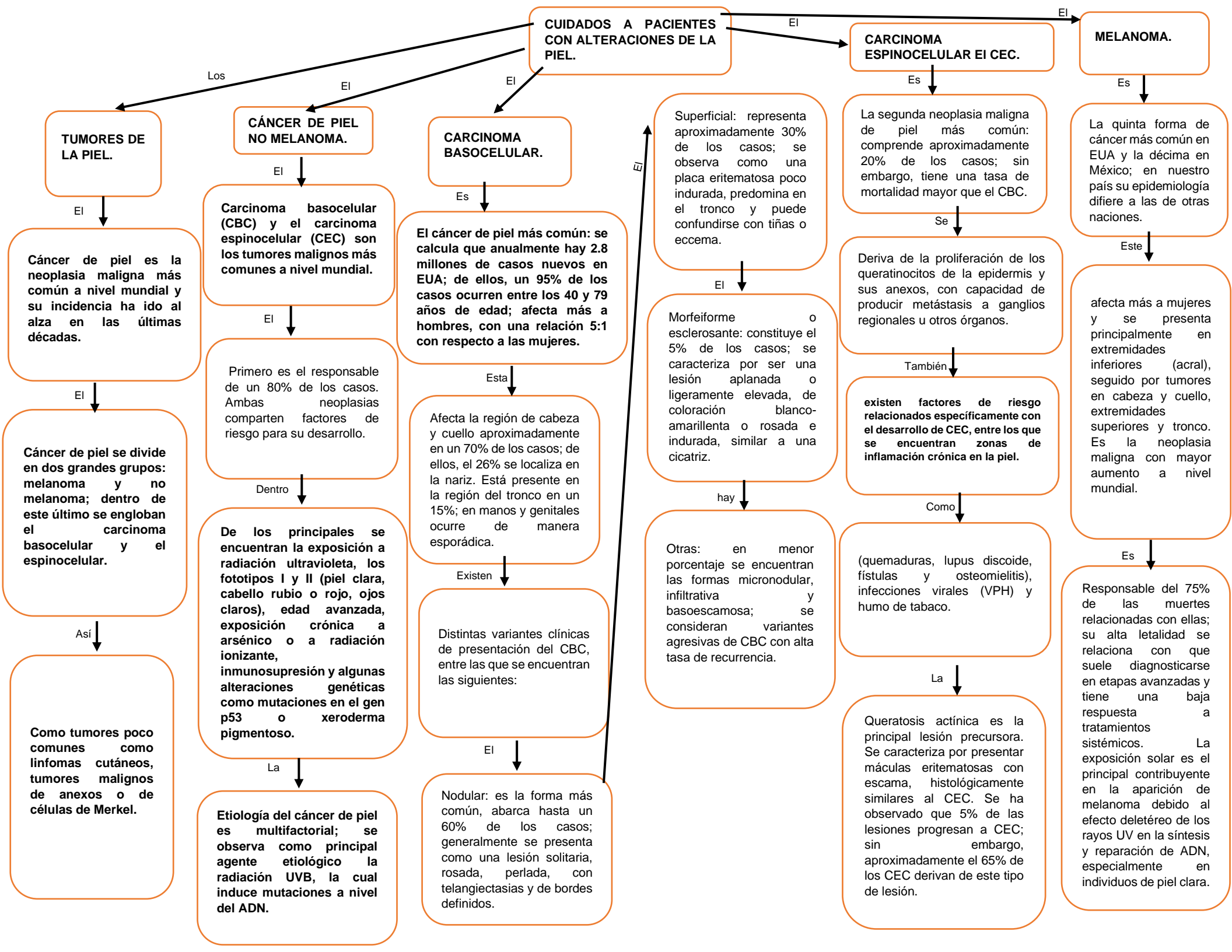
Parapsoriasis: son procesos cutáneos eritematoso-papulo-escamosos de naturaleza desconocida y evolución crónica. Parapsoriasis en pequeñas placas; es persistente, se da mas en varones adultos, con placas amarillentas ovaladas e irregulares. Su tratamiento son corticoides tópicos.

**Tratamiento:** explicar al enfermo el curso crónico de la enfermedad. **Cuero cabelludo:** Eliminar la escama con aceites o soluciones de ácido salicílico. **Cara y cuerpo:** Evitar los vehículos grasos y alcohólicos. Los esteroides tópicos son muy efectivos, pero no deben aplicarse de forma continua.

Hipodermis tejido celular subcutáneo, contiene algunos elementos vasculonerviosos, es un aislante térmico y sirve como protección ante traumatismos a órganos internos.

Observan tres etapas las cuales son: lactancia, infancia, adolescencia o adultez. Las lesiones pueden variar, según la fase del eccema, distribución o edad del paciente.

Parapsoriasis en grandes placas: común en varones adultos, se caracteriza por placas violáceas o parduzcas, ligeramente descamativa en troncos y raíz de miembros en grandes pliegues. Su tratamiento es con Corticoides. UVB. PUVA.



**CUIDADOS A PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA PIEL.**

**TUMORES DE LA PIEL.**

**CÁNCER DE PIEL NO MELANOMA.**

**CARCINOMA BASOCELULAR.**

**CARCINOMA ESPINOCELULAR EI CEC.**

**MELANOMA.**

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

Carcinoma basocelular (CBC) y el carcinoma espinocelular (CEC) son los tumores malignos más comunes a nivel mundial.

El cáncer de piel más común: se calcula que anualmente hay 2.8 millones de casos nuevos en EUA; de ellos, un 95% de los casos ocurren entre los 40 y 79 años de edad; afecta más a hombres, con una relación 5:1 con respecto a las mujeres.

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.

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.

La quinta forma de cáncer más común en EUA y la décima en México; en nuestro país su epidemiología difiere a las de otras naciones.

Cáncer de piel se divide en dos grandes grupos: melanoma y no melanoma; dentro de este último se engloban el carcinoma basocelular y el espinocelular.

Primero es el responsable de un 80% de los casos. Ambas neoplasias comparten factores de riesgo para su desarrollo.

Afecta la región de cabeza y cuello aproximadamente en un 70% de los casos; de ellos, el 26% se localiza en la nariz. Está presente en la región del tronco en un 15%; en manos y genitales ocurre de manera esporádica.

Morfeiforme o esclerosante: constituye el 5% de los casos; se caracteriza por ser una lesión aplanada o ligeramente elevada, de coloración blanco-amarillenta o rosada e indurada, similar a una cicatriz.

Deriva de la proliferación de los queratinocitos de la epidermis y sus anexos, con capacidad de producir metástasis a ganglios regionales u otros órganos.

afecta más a mujeres y se presenta principalmente en extremidades inferiores (acral), seguido por tumores en cabeza y cuello, extremidades superiores y tronco. Es la neoplasia maligna con mayor aumento a nivel mundial.

Como tumores poco comunes como linfomas cutáneos, tumores malignos de anexos o de células de Merkel.

De los principales se encuentran 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 como mutaciones en el gen p53 o xeroderma pigmentoso.

Distintas variantes clínicas de presentación del CBC, entre las que se encuentran las siguientes:

Otras: en menor porcentaje se encuentran las formas micronodular, infiltrativa y basoescamosa; se consideran variantes agresivas de CBC con alta tasa de recurrencia.

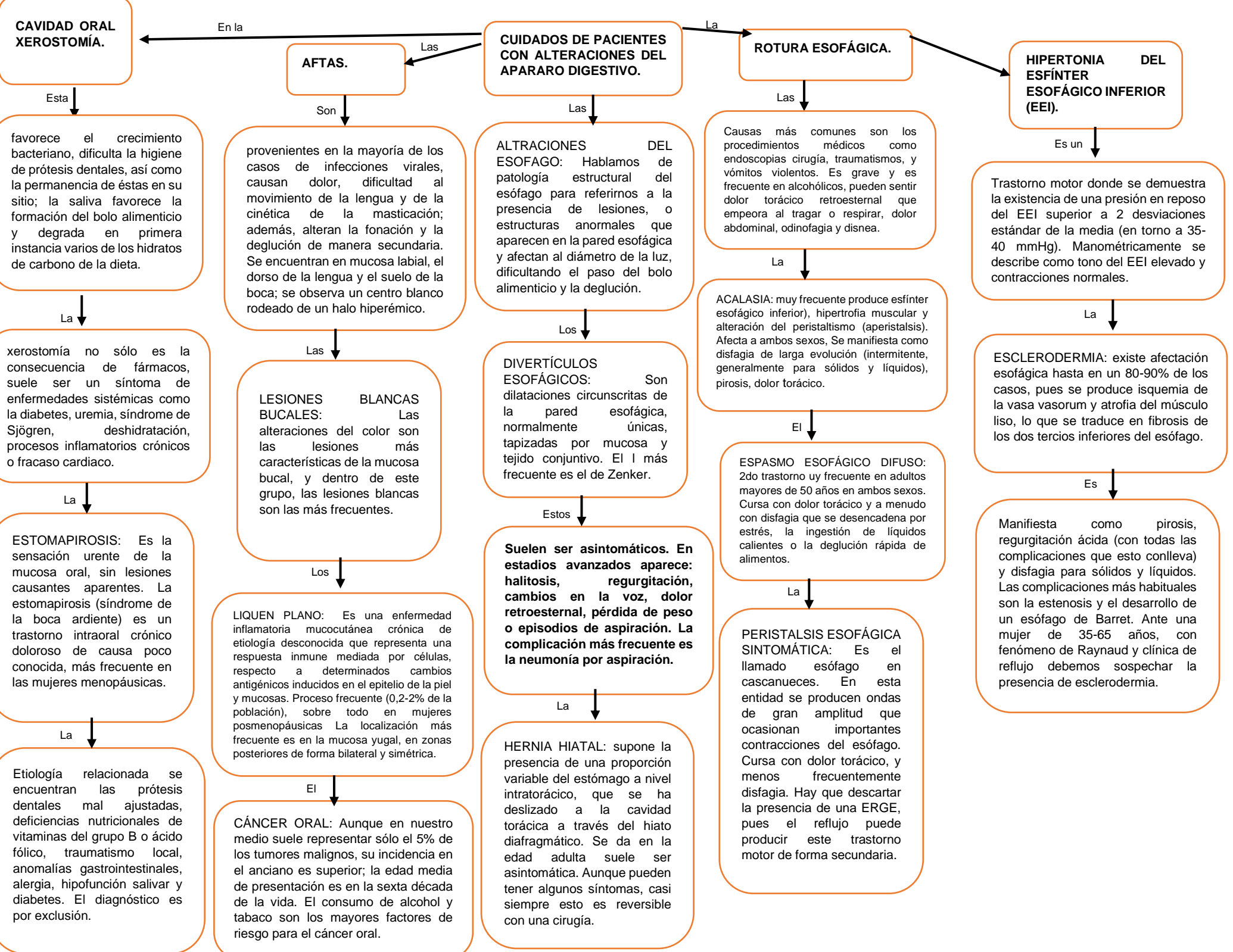
existen factores de riesgo relacionados específicamente con el desarrollo de CEC, entre los que se encuentran zonas de inflamación crónica en la piel.

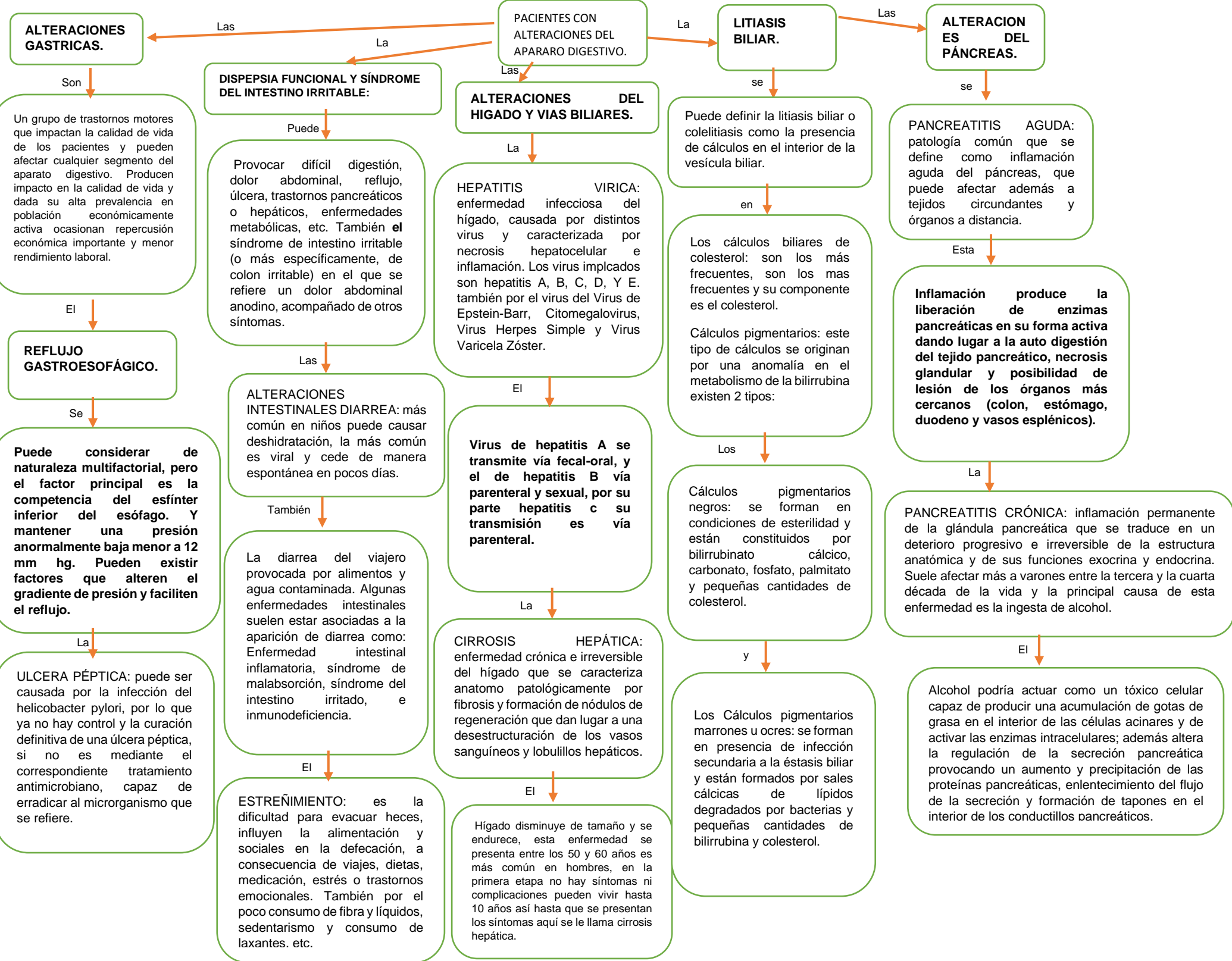
Responsable del 75% de las muertes relacionadas con ellas; su alta letalidad se relaciona con que suele diagnosticarse en etapas avanzadas y tiene una baja respuesta a tratamientos sistémicos. La exposición solar es el principal contribuyente en la aparición de melanoma debido al efecto deletéreo de los rayos UV en la síntesis y reparación de ADN, especialmente en individuos de piel clara.

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

Nodular: 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.

Queratosis actínica es la principal lesión precursora. Se caracteriza por presentar máculas eritematosas con escama, histológicamente similares al CEC. Se ha observado que 5% de las lesiones progresan a CEC; sin embargo, aproximadamente el 65% de los CEC derivan de este tipo de lesión.





**FUNCIONES ENDOCRINAS RENALES.**

Las

**CUIDADOS A PACIENTES CON PROBLEMAS UROLOGICOS Y RENALES.**

La

**HEMODIALISIS.**

EI

Se

Encuentran principalmente en 3 hormonas: Renina, Vitamina D activa y Eritropoyetina. El sistema renina angiotensina aldosterona se inicia en el riñón con la síntesis de renina por las células yuxtaglomerulares o granulosa, ubicadas en la arteriola aferente de los glomerulos, las cuales están en estrecho contacto con la macula densa, células epiteliales especializadas de la porción final de la rama ascendente gruesa del asa de Henle.

La

Disminución del aporte de cloruro de sodio a los segmentos tubulares distales, estas células les informan a las células yuxtaglomerulares que probablemente la presión arterial sistémica o el volumen intravascular se encuentran bajos, liberándose renina hacia la luz de las arteriolas aferentes, alcanzando posteriormente la circulación sistémica, y actuando sobre el sustrato de renina (angiotensinogeno) convirtiéndolo en angiotensina 1.

Quien

Por acción de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) da lugar a la angiotensina 2. Esta última puede generar acción vasoconstrictora directa, estimular la reabsorción de sodio y cloro en el túbulo contorneado proximal y también liberar aldosterona de la glándula suprarrenal, con retención de sodio y agua en el túbulo colector. Así vuelve a normalizar la presión arterial y el flujo sanguíneo renal.

y

**INSUFICIENCIA RENAL AGUDA:** síndrome clínico que inicia rápido que aparece en horas o días con una pérdida rápida de la función renal con acumulación de residuos nitrogenados y aumento de los valores clínicos de creatinina. Puede aparecer tras episodios de hipovolemia, hipotensión grave y prolongada o tras la exposición a un agente nefrotóxico.

Hay

Hay 3 tipos de IRA:

**IRA PRERRENAL:** no hay lesiones morfológicas en el parénquima renal. Es debida a una reducción del flujo sanguíneo renal, la perfusión y filtración glomerulares.

EI

**IRA INTRARENAL:** incluye trastornos que causan lesiones directas de los glomerulos y túbulos renales con la consiguiente disfunción de las nefronas.

EI

**IRA POSTRENAL:** es la obstrucción mecánica del tracto urinario de salida. A medida que se obstruye el flujo de orina, ésta refluye hacia la pelvis y altera la función renal.

Cuando

Disminuye el flujo sanguíneo renal, también lo hace la fuerza motriz básica de la filtración. Además, los riñones dejan de recibir oxígeno y otros nutrientes vitales para el metabolismo celular.

Para

Evitar la hipoperfusión renal los riñones requieren una presión arterial media de al menos 60-70 mmHg, en caso de no alcanzar esta presión arterial los riñones ponen en marcha dos importantes respuestas de adaptación: la autorregulación, y activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona.

Las

**FASES DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA.**

Este

Consiste en una destrucción progresiva e irreversible de las nefronas de ambos riñones. Los estadios se definen según el grado de función renal, existiendo hasta cinco estadios.

Cuando

La velocidad de filtración glomerular es inferior a 15 ml/min, ocurre su último estadio que se trata de la enfermedad renal en estadio terminal necesiéndose diálisis o trasplante para la supervivencia del paciente.

Los

Síntomas aparecen debido a las sustancias retenidas como urea, creatinina, fenoles, hormonas, electrólitos, agua y muchas otras. La uremia es el síndrome que comprende todos los síntomas y signos observados en los distintos órganos y sistemas del organismo. Son muy variados dependiendo de la persona y la causa de la enfermedad renal.

En

La 1er etapa de la enfermedad se produce poliuria debido a la incapacidad de los riñones de concentrar la orina. Sobre todo, ocurre durante la noche. A medida que la enfermedad empeora aparece oliguria y al final anuria. También puede haber proteinuria, cilindruuria, piuria y hematuria.

Por

Los problemas digestivos aumentan el BUN y los valores séricos de creatinina. Esto produce una presencia de productos residuales en el SNC y en tracto gastrointestinal que produce inflamación, por lo que el paciente presenta: náuseas, vómitos, letargia, fatiga, estomatitis, gingivitis, hemorragias gastrointestinales, trastorno de la capacidad para pensar y cefalea.

Es

**DIALISIS PERITONEAL.**

Es

definida como un procedimiento terapéutico por medio del cual se eliminan sustancias tóxicas presentes en la sangre.

Es

una técnica que usa el recubrimiento del abdomen (llamado peritoneo) y una solución conocida como dializado. El dializado absorbe los desechos y líquidos de la sangre, usando el peritoneo como un filtro.

EI

Líquido de la diálisis se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter previamente implantado con una pequeña intervención quirúrgica, y se extrae una vez pasado un tiempo, en el que se ha producido el intercambio de solutos en la membrana.

Debido

Al tratamiento el paciente presenta deterioro físico. Suele presentar insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón de pies y tobillos y una percepción de mal sabor en la boca debida a la falta de eliminación de desechos, lo que genera que se sienta limitado en su vida diaria y experimente sentimientos de minusvalía, incapacidad y debilidad.

EI

**Líquido de diálisis:** Una solución equilibrada de electrólitos que se introduce a un lado de la membrana semi-permeable del dializador (el lado opuesto al que ocupará la sangre del paciente) para que, durante la hemodiálisis, intercambie solutos con la sangre.

**Agua de diálisis:** Agua purificada que se utiliza para mezclar con el líquido de diálisis o para desinfectar, enjuagar, o reprocesar el dializador.

Tratamiento consiste en dializar la sangre a través de una máquina que hace circular la sangre desde una arteria del paciente hacia el filtro de diálisis o dializador en el que las sustancias tóxicas de la sangre se difunden en el líquido de diálisis; la sangre libre de toxinas vuelve luego al organismo a través de una vena canulada.

Se

**Pueden utilizar:** Catéter central: Los catéteres venosos centrales solo deben usarse para proveer acceso de corto plazo para HD en una situación de emergencia, mientras se espera que una fistula sane o en preparación para un injerto.

La

**Fístula:** Una conexión entre arteria y vena creada mediante intervención quirúrgica (generalmente en el brazo). Al momento de realizar HD, se accede a ella a través de una aguja. Presenta el más bajo riesgo de infección.

EI

**Injerto vascular:** Un tubo artificial entre una arteria y una vena, que se instala vía intervención quirúrgica (generalmente en el brazo). Al momento de realizar HD, se accede a él a través de una aguja. Conlleva un riesgo intermedio de infección.

Que son

# CUIDADOS A PACIENTES CON PROBLEMAS UROLOGICOS Y RENALES.

## FACTORES DE RIESGO

- \*Vejiga neurógena y otras patologías neurológicas.
- \*Diabetes mellitus.
- \*Estancia prolongada en residencia.
- \*Patologías obstructivas como HBP en el varón.
- \*Cambios hormonales en la mujer.
- \*Macroalbuminuria.
- \*IMC (índice de masa corporal) bajo.
- \*Historia de ITU en el año anterior.
- \*Incontinencia esfinteriana.
- \*Instrumentación del tracto urinario.

**CISTITIS:** normalmente producen disuria, urgencia miccional, tenesmo vesical y polaquiuria. En ancianos estos síntomas tradicionales pueden no estar presentes o ser debidos a otras causas. Sin embargo, puede aparecer dolor suprapúbico, disminución del volumen de diuresis o incontinencia urinaria.

**PIELONEFRITIS (PN):** esta se manifiesta con fiebre, escalofríos, dolor en fosa renal y decaimiento. Estos síntomas pueden estar alterados o ausentes en ancianos, siendo frecuente la aparición de alteración del nivel de conciencia, ausencia de fiebre o letargia. Puede aparecer un síndrome séptico caracterizado por alteración del estado mental, fiebre, taquicardia y taquipnea.

## INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS.

(IU) se define a una serie de procesos que asientan en el aparato urinario y que tienen como común denominador la presencia de microorganismos en la orina, generalmente bacterias en una proporción determinada. En el aparato urinario hay muchos microorganismos que en la orina que son causantes de infecciones.

E. coli es la especie de bacteria más frecuentemente aislada en las infecciones urinarias a cualquier edad, incluidos los ancianos. Sin embargo, en estos últimos aumenta la frecuencia de ITU producida por gérmenes distintos, como Proteus mirabilis, Klebsiella Staphylococcus coagulasa negativo, Streptococcus del grupo B, Enterococcus, Pseudomonas aeruginosa o Candida.

**Bacteriuria asintomática:** Bacteriuria: es la presencia de bacterias en la orina.

**Bacteriuria significativa:** un hallazgo de un cierto número de bacterias que indique que existe una ITU y no sólo la pequeña contaminación que puede producirse al obtener la muestra: 100.000 UFC/ml (>100 en mujeres jóvenes sintomáticas; cualquier recuento obtenido de punción suprapúbica; >1000 en varones sintomáticos).

**Piuria:** presencia de leucocitos en la orina (10 leucocitos/mm<sup>3</sup> en el examen microscópico o más de un leuc/campo en el sedimento). Indica respuesta inflamatoria del tracto urinario.

**Piuria estéril:** piuria que no se acompaña de bacteriuria. Aparece en ITU producida por microorganismos no detectados en el urocultivo mediante las técnicas habituales o en procesos inflamatorios no infecciosos del tracto urinario.

## TRATAMIENTO

ITU en ancianos son consideradas complicadas, por lo que suelen requerir tratamiento antibiótico prolongado, normalmente son recurrentes y a menudo producidas por microorganismos resistentes en relación al uso de ciclos antibióticos de repetición y a la adquisición nosocomial. La elección del fármaco se elige según la toxicidad, precio, y fácil administración mejor si e vía oral.

**CIRUGÍA UROLÓGICA:** Incluye todas las técnicas quirúrgicas que tratan las patologías y anomalías del sistema genitourinario del hombre, y el sistema urinario de la mujer. Incluye cirugías como la extirpación completa o parcial del riñón por la presencia de tumoraciones, la extracción de cálculos renales, la reconstrucción de uréteres, entre otras.

**NEFRECTOMÍA:** Cirugía urológica, mínimamente invasiva, para el tratamiento del cáncer de riñón avanzado. Su objetivo es extirpar el riñón completo junto con el tejido graso que lo rodea. Se decide realizar esta cirugía en los casos en que no se puede salvar parte del riñón, como, por ejemplo, en tumores de grado 2.

**PROSTATECTOMÍA:** Cirugía urológica que se realiza en casos de cáncer o tumores benignos que puedan provocar un agrandamiento de la próstata y una obstrucción del flujo urinario. Es realizada a través de 5 incisiones en el abdomen con técnica abierta en la línea media de la parte baja del abdomen. La glándula prostática se separa de la vejiga y de la uretra, y la próstata se extrae a través de las incisiones usadas.

**PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA:** cirugía urológica que es indicada para corregir la obstrucción o el estrechamiento del uréter (tubo que drena la orina desde el riñón a la vejiga) en el sitio donde éste se une al riñón. Esta se realiza a través de 3 a 4 pequeñas incisiones en el abdomen y consiste principalmente en recortar el área obstructiva y unir nuevamente la pelvis del riñón con el uréter.

Tubo de plástico (que es llamado catéter ureteral) se le coloca en el uréter como soporte de la unión hecha durante la pieloplastia. Este tubo se deja durante 4 semanas y habitualmente se retira en el consultorio mediante cistoscopia flexible.

Un procedimiento muy seguro, que permite al paciente una estancia hospitalaria corta, una recuperación más rápida y los resultados son equivalentes a los del procedimiento abierto tradicional.

**URETEROLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA:** Cirugía urológica eficaz para extraer litiasis ureteral en la que han fallado otras técnicas como la litotricia extracorpórea por ondas de choque o la ureteroscopia. con estancia hospitalaria corta y rápida recuperación.

Realiza a través de 3 o 4 pequeñas incisiones en el abdomen y consiste principalmente en localizar la piedra, abrir el uréter, extraer la piedra y volver a suturar el uréter. Es necesario colocar previamente un catéter para el procedimiento quirúrgico vía endoscópica o laparoscópica.