

UNIVERSIDAD DE  
GUANAJUATO



# Procesos patológicos en el Adulto

## UNIDAD DIDÁCTICA 3.11



# INTRODUCCIÓN

El envejecimiento celular es consecuencia de un deterioro progresivo de la función y viabilidad de las células, causado por alteraciones genéticas y por la acumulación de lesiones celulares y moleculares por los efectos de la exposición a influencias exógenas. El poblacional por ende es acompañado por enfermedades crónicas y sus complicaciones, que generalmente acarrearán riesgos como caídas y detrimento de la calidad de vida.



# COMPETENCIAS

- Analiza los problemas de salud más frecuentes en el adulto.
- Identifica la historia natural de la enfermedad de los problemas de salud más comunes del adulto.



# ÍNDICE

3.11 AFECCIONES TEGUMENTARIAS .....	3
3.11.1 DERMATITIS.....	3
3.11.2 QUEMADURAS .....	8
CONCLUSIONES.....	13
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	14



# CONTENIDO

## 3.11 AFECCIONES TEGUMENTARIAS

### 3.11.1 Dermatitis

Cuando hablamos de dermatitis generalmente nos referimos a la inflamación de la piel que puede ser como respuesta alérgica o inflamatoria a una gran variedad de agentes químicos, proteínas, bacterias u hongos tanto endógenos como exógenos.

En la clínica no siempre son fáciles de identificar, la lesión puede ser mal definida, polimórfica y pruriginosa.

CLASIFICACION	
Aguda	Crónica
Cuadro: < de 4 semanas de evolución	Cuadro: >4 Semanas
Eritema, edema, vesículas o exudado y costras	Eritema, ampollas, liquenificación y escama

Debe descartarse una reacción dermoepidérmica como psoriasis, liquen plano o pitiriasis rosada

Lesiones:

- **Primarias:** máculas (parches edematosos), pápulas (pueden formar placas) y vesículas,



- **Secundaria:** exudación, costras, escamas, liquenificación y fisuras.

Causas más frecuentes		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dermatitis atópica</li><li>• Dermatitis seborreica</li><li>• Dermatitis alérgica por contacto</li><li>• Dermatitis de contacto por irritantes</li><li>• Dermatitis solar</li><li>• Dermatitis liquenificada</li></ul>	 <p>http://dermas.info/images/patologias/foto/dermatitis-contacto-6.jpg</p>	 <p>http://www.seborrea.net/wp-content/uploads/2016/03/nariz-seborrea.jpg</p>
 <p>http://dermatoweb.udl.es/images/fotos/gtrans/derm_alergica_cont32.jpg</p>	 <p>http://medicalpicturesinfo.com/wp-content/uploads/2011/11/Solar-Dermatitis-6.jpg</p>	 <p>http://www.binipatia.com/wp-content/uploads/2013/02/1-s2_0-S1761289605450062-gr8-652x330.jpg</p>
		 <p>http://dermas.info/images/patologias/foto/dermatitis-atopica-5.jpg</p>

El diagnóstico es clínico, se realiza en base a la clasificación (aguda y crónica), topografía de lesiones, diferencias histológicas y antecedentes (en algunos casos edad, medio ambiente y alteraciones sistémicas).

- **Dermatitis atópica:** Se presenta con mayor frecuencia en niños con antecedentes familiares. El área afectada es eritematosa, con escamas y liquenificación. En fase activa hay exudado y costras.
- Dermatitis de contacto ocasionada por irritantes, generalmente se debe a químicos, detergentes, solventes o fricción. La persona puede tener predisposición atópica.
- Dermatitis de contacto alérgica con frecuencia se involucra con los perfumes o el níquel.



- Dermatitis seborreica: Hay áreas pardo rojizas definidas, infiltración leve y casi siempre descamación, puede haber exudado.
- **Dermatitis numular:** La lesión está conformada por placas eritematosas delimitadas, con vesículas o erosiones puntiformes y presencia de pápulas.



*Imagen: Dermatitis numular. Fuente:  
[http://3.bp.blogspot.com/-  
HWPECU5c94o/VVyyUCFAUWI/AAAAAAAAAC8I/J7Fwk  
GAAiuw/s1600/ECCEMA%2BNUMULAR1.jpg](http://3.bp.blogspot.com/-HWPECU5c94o/VVyyUCFAUWI/AAAAAAAAAC8I/J7FwkGAAiuw/s1600/ECCEMA%2BNUMULAR1.jpg)*

- **Liquen simple crónico:** puede haber varias o solo una zona de eritema, escama y liquenificación.



Fuente: Roberto Arriaga Guzmán: Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento, 1a ed.  
[www.accessmedicina.com](http://www.accessmedicina.com).  
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

*Imagen: Liquen simple crónico. Fuente:  
[http://accessmedicina.mhmedical.com/data/  
books/1538/arenas\\_ch06\\_fig-06-03.png](http://accessmedicina.mhmedical.com/data/books/1538/arenas_ch06_fig-06-03.png)*



- **Dermatitis por estasis:** debido a insuficiencia venosa en MIs, hay eritema, edema y eventualmente exudados y costras, puede terminar en ulceración y cicatrices atróficas.



<http://dermas.info/images/patologias/foto/dermatitis-estasis.jpg>

- **Dermatitis exfoliativa generalizada o eritrodermia generalizada:** es un compromiso de aproximadamente el 80% de la superficie corporal, hay eritema, escama y en casos graves exudado. Puede ser la complicación de dermatitis de contacto, seborreica, atópica o inducida por drogas, se asocia también con psoriasis, pénfigo foliáceo y micosis fungoide.



<http://dermas.info/images/patologias/foto/dermatitis-exfoliativa.jpg>

El tratamiento suele ser a base de esteroides tópicos, antiinflamatorios tópicos (inhibidores de calcineurina), antibióticos tópicos o sistémicos (considerando el agente



causal, generalmente: *Staphylococcus aureus* y *Strptococcus pyogenes*), Antihistamínicos (loratadina, ebastina, astemizol, mizolastina, cetirizina), sedativos (Hidroxicina, difenhidramina, ciproheptadina). En casos muy severos y dependiendo de la dermatitis puede tratarse con inmunosupresores, esteroides sistémicos y fototerapia. El pronóstico dependerá de la existencia de complicaciones o problemas subyacentes.

Medidas higiénicas y dietéticas:

- Reducir la frecuencia de lavado del área afectada, o con sustitutos de jabón (no tallar).
- Evitar jabones irritantes, uso de agua tibia, aplicar emolientes inmediatamente después del baño (piel húmeda) .
- Ropa de fibras naturales (algodón) evitar calor y sudoración.
- Protección de irritantes (polvo, solventes, y detergentes).
- En dermatitis seborreica lavar 2 veces al día y no aplicar cremas (grasas)
- Ejercicio y cambio de estilo de vida (p.ejemp. en estasis uso de media o calcetín de compresión).
- Dieta, aeroalergenos y contactantes.
- Evitar suavizantes y lejía.
- Evitar irritantes (lana, fibras sintéticas, ropa apretada, productos químicos, perfumes).
- Explicar la enfermedad.
- Evitar la progresión.
- No aplicar remedios caseros.



### 3.11.2 Quemaduras

La OMS menciona que las quemaduras son un problema de salud pública a nivel mundial, se producen generalmente en el ámbito doméstico y laboral, son debidas a la poca o nula cultura preventiva, así como la falta de normatividad de las actividades de riesgo y la violencia social.

Un concepto es: “daño físico o traumatismo causados por la transferencia aguda de energía (mecánica, térmica, eléctrica, química, radiación) que genera, de forma local, zonas de hiperemia, estasis, necroptosis (necrosis, apoptosis, autofagia asociada con muerte celular), así como una respuesta inflamatoria sistémica que busca detener y reparar dicho daño”<sup>1</sup>.

#### Fenómenos fisiopatológicos ante una agresión térmica:



Fuente: Piriz Campos, R. (2006) Quemaduras. Enfermería Médico-Quirúrgica. Enfermería 21. España. p. 1123 – 1137.

Las más comunes suelen ser las quemaduras térmicas (metales calientes, líquidos, vapor o llamas). Los signos y síntomas tienen que ver con la profundidad de la quemadura (por ej. las muy graves pueden ser indoloras) y con el área que afectan (ej. en la pulmonar suelen presentarse sibilancias y cambio de voz).



**Quemaduras de primer grado:** únicamente afectan la capa exterior de la piel, causando eritema, dolor y edema

**Quemaduras de segundo grado (superficial y profundo):** afectan capa externa y subyacente de la piel, ocasionan dolor, enrojecimiento, edema y ampollas

**Quemaduras de tercer grado** incluye tejidos más profundos, se observa piel de color blanquecino, oscura o carbonizada, puede estar entumecida.



<https://thumbs.dreamstime.com/z/skin-burns-20841603.jpg>

La mayoría de las personas cuando sufren algún tipo de quemadura utilizan remedios que no siempre son los más acertados como mantequilla, hielo, aceites en aerosol, etc., algunos de ellos pueden aumentar el riesgo de infección de la zona. Las personas más susceptibles de ello sería cualquiera con un sistema inmunitarios débil (niños, edad avanzada o con padecimientos que le han afectado).

**Tabla I.**  
**Clasificación de las quemaduras según su profundidad**

Quemadura	Aspecto	Tejido dañado	Dolor	Evolución	Ejemplos
Primer grado	Superficie seca, eritema Sin exudación	Epidemis Hipersensibilidad	Dolor espontáneo, mayor al contacto	Epiteliza en 3-5 días No deja cicatriz	Quemaduras solares
Segundo grado superficial	Ampollas y eritema	Epidemis y parte de la demis	Intenso dolor Hiperestesia al contacto, mayor que espontánea	Epiteliza en 7-14 días No deja cicatriz	Escaldadura por líquido caliente: aceite, agua Objetos calientes: plancha, estufa
Segundo grado profunda	Punteado rojo sobre fondo blanquecino	Epidemis y demis completa	Hiperestesia al contacto, igual que espontánea Poco dolor Áreas anestesiadas al pinchazo	Depende de la extensión La curación dura un mes o más Deja cicatriz Puede precisar cirugía	Quemaduras por llama: fuego, cigarrillos, velas Quemaduras eléctricas Explosión
Tercer grado	Superficie seca y dura Color variable	Dstrucción de todo el espesor demioepidérmico Afectación del tejido subcutáneo: nervios y músculo	Anestesia de la zona (sin sensibilidad al dolor)  Precisa tratamiento quirúrgico	Lenta Existe riesgo de infección profunda por abrasivos potentes  Deja cicatriz	Quemaduras por grandes fuegos Quemaduras químicas



Se requiere una valoración completa para poder instaurar un tratamiento. Quizá requiera hospitalización, reposición hidroelectrolítica, tratamiento quirúrgico (escarotomía o fasciotomía), analgésicos y/o sedantes.

El tratamiento puede ser local, prehospitalario y/u hospitalario.

- Local: En este tratamiento se busca disminuir el dolor y prevenir una contaminación, excisión de escaras de ser necesario
  - A. Lavar con agua fría (15-25°C) durante unos 30 minutos aproximadamente
  - B. Aplicar crema hidrosoluble antiséptica, los ungüentos con una base grasa ocasionan formación de costra, no absorción y problemas para su aseo.
  - C. Cubrirla con una gasa para aislarla del medio ambiente
  
- **Prehospitalario:** incluye hasta los primeros 90 minutos después de la agresión térmica (que incluye las 6Rs: rescate, resucitación, recuperación, rehabilitación, restauración y research o investigación)
  - A. Si es debida a líquidos calientes retirar las ropas de inmediato
  - B. Si son llamas, tumbar al suelo para disminuir la combustión y no quitar ropa pues se encuentra adherida a la piel.
  - C. Mantenimiento vía aérea permeable, hidratación y el control del dolor}
  - D. En SCQ > 10% usar compresas frías de agua para disminuir el dolor y reducir el calor residual. En caso de hipotermia se deben abrigar las zonas intactas
  - E. Administrar analgésico y/o narcótico hasta conseguir el alivio del dolor o cuando se generen efectos secundarios.

### **Hospitalaria:**

- A. Asepsia de la superficie quemada,
- B. Analgesia y/o sedación anestésica



- C. Debridación
- D. Anti-inflamatorios no esteroideos tópicos o Ibuprofeno.
- E. De ser de espesor parcial superficial, además aplicar una agente antimicrobiano tópico y apósito oclusivo seco biológico o sintético, si hay mucho exudado uso de apósitos hidrocoloides absortivos.
- F. Frecuentemente se utilizan agentes tópicos con plata (Ag) pues es un agente bactericida, los apósitos sintéticos la liberan lentamente de forma continua.
- G. Uso de una crema antiséptica hidrosoluble
- H. Aplicación de malla de Silicona de adherencia suave y permite salida de exudado
- I. Tratamiento del edema local como elevar la zona corporal quemada, la contracción o el masaje muscular y la compresión externa (vendaje compresivos con apósitos tópicos para ejercer presión negativa)
- J. En SCQ profunda: aseo quirúrgico y desbridamiento, uso de antimicrobiano tópico, control del dolor, de presentarse Síndrome Compartimental por afección en tórax, abdomen o extremidades, se realizan escarotomías o fasciotomías. Se recomienda excisión precoz quirúrgica de escaras (24h-5º día) y dependiendo de la evolución se inicia con cobertura de la solución de continuidad mediante injertos (autoinjerto, aloinjerto, xenoinjerto o sustituto de piel artificial), Biomateriales derivados de la sangre, terapia celular, terapia genética, oxígeno hiperbárico, entre otras.

En cuanto a la rehabilitación su enfoque es funcional y de movilidad de las zonas afectadas.

En cuanto al quemado grave es muy importante hay que diagnosticar si se presentó síndrome de inhalación de humo si hay alteración en la funcionalidad de las vías aéreas, en base a esto:



- Mantener permeables las vías aéreas
- Aspiración endotraqueal de secreciones y de tapones mucocelulares
- Asegurar una correcta ventilación (la oscilatoria de alta frecuencia facilita el disminuir el barotrauma)
- Farmacoterapia: Administrar Corticoides y antibióticos; uso de heparina, antioxidantes (Albúmina y las Vitaminas C y E); analgésicos, narcóticos (opiáceos, benzodiacepinas y ketamina) y relajantes musculares
- Evaluar llenado capilar, color de la piel, temperatura corporal, presión venosa central y control de diuresis
- Administración de líquidos hidroelectrolíticos
- Evaluar la pérdida de conciencia mediante escalas como por ejemplo AVPU (Alert, Verbal, Pain stimuli, Unresponsive).
- Descartar hipoxia, por hipovolemia y lesión cerebral secundaria a TCE. Hay que observar el reflejo pupilar, las funciones motoras y sensitivas.
- Medidas no farmacológicas como: hipnosis y la musicoterapia.

El paciente posteriormente puede tener hipermetabolismo, caracterizado por circulación hiperdinámica con intenso catabolismo (en proteínas musculares principalmente) e inhibición del sistema inmune. Por lo que puede ser necesario implementar Nutrición enteral, combinar fármacos u otros mecanismos de acción complementarios.



## Conclusiones

A la piel se le considera el órgano más grande del ser humano ( superficie de 1,5 a 2 m<sup>2</sup>, en base al tamaño y peso corporal), con las estructuras complementarias realiza funciones muy importantes entre ellas protección, regulación térmica.

Es un órgano dinámico compuesto por tres capas epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo.

El pH de una piel sana es ligeramente ácido (5,4 y 5,9). La dermis es la capa media de la piel, es gruesa, elástica y firme; contiene vasos sanguíneos, linfáticos, receptores sensitivos, glándulas sebáceas y raíces pilosas, sus componentes estructurales son: colágeno, elastina, y tejidos conectivos. Nutre a la piel de dentro hacia el exterior y protege el cuerpo de influencias externas irritantes.

Existen en el medio ambiente una multiplicidad de factores que influyen sobre la salud cutánea, como las afecciones revisadas en esta unidad.

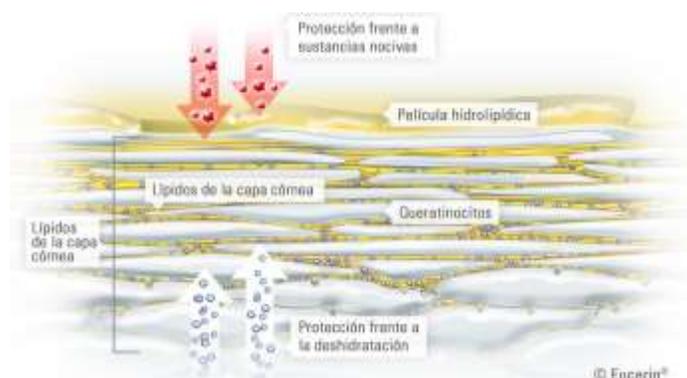


Imagen: capa córnea de la piel. Fuente: [http://www.eucerin.es/~media/Eucerin/local/es/about-skin/basic-skin-knowledge/skin-structure-and-function/EUCERIN-INT-Skin-structure-03\\_es.jpg?h=721&w=1090&la=es-ES&hash=DB8216BA3E87638D17BC90A05C1B01459474EF0D](http://www.eucerin.es/~media/Eucerin/local/es/about-skin/basic-skin-knowledge/skin-structure-and-function/EUCERIN-INT-Skin-structure-03_es.jpg?h=721&w=1090&la=es-ES&hash=DB8216BA3E87638D17BC90A05C1B01459474EF0D)



## Bibliografía consultada

- Moctezuma-Paz LE, Páez-Franco I, Jiménez-González S, Miguel-Jaimes KD, Foncerrada-Ortega G, Sánchez Flores AY y col. Epidemiología de las quemaduras en México. Rev Esp Med Quir 2015;20:78-82. Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq151m.pdf>
- Tratamiento de quemaduras. Consultado en: <http://www.umm.edu/health/medical/spanishency/articles/quemaduras>
- Tratamiento de las quemaduras. RATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS <https://www.ucm.es/data/cont/docs/420-2014-02-07-TRATAMIENTO-QUEMADURAS-15-Dic-2013.pdf>
- Gómez-Nava, Katia Alejandra. Anestesia en el paciente quemado grandes retos en anestesia II. Vol. 38. Supl. I abril-junio 2015 pp S228-S229. Consultado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cmas151bc.pdf>.