



AULA ESFCEX TURMA DE ENFERMAGEM

Professora : Tatiana Werle

CPREM



Dermatite de contato

- A dermatite de contato (também denominada eczema) é uma reação inflamatória da pele a agentes físicos, químicos ou biológicos; pode ser alérgica ou provocada por irritante primário. A epiderme é lesionada por irritações físicas e químicas repetidas. As causas comuns de dermatite por irritante incluem sabões, detergentes, compostos abrasivos e substâncias químicas industriais. Os fatores predisponentes consistem em extremos de calor e de frio, uso frequente de sabão e água e doença cutânea preexistente. As mulheres tendem a ser afetadas mais comumente que os homens.

Dermatite de contato



Dermatite de contato

- **Manifestações clínicas**

- As erupções ocorrem quando o agente etiológico entra em contato com a pele;
- O prurido, a sensação de ardência e o eritema são seguidos de edema, pápulas, vesículas e exsudato ou transudato como reações iniciais;
- Na fase subaguda, as alterações vesiculares são menos pronunciadas e alternam-se com a formação de crostas, ressecamento, formação de fissuras e descamação;
- Quando ocorrem reações repetidas, ou se o cliente arranhar continuamente a pele, observa-se o aparecimento de liquenificação e pigmentação; em seguida, pode ocorrer invasão bacteriana secundária.

Dermatite de contato

- Manejo Clínico

- O manejo tem por objetivo hidratar e cicatrizar a pele afetada e protegê-la de lesões adicionais
- O padrão de distribuição da reação precisa ser identificado para diferenciar a dermatite de contato de tipo alérgico do tipo irritante
- Um creme de barreira contendo ceramida ou dimeticona pode ser utilizado para pequenas placas de eritema; podem ser aplicados curativos úmidos e frios sobre pequenas áreas de dermatite vesicular; uma pomada de corticosteroides pode ser utilizada;

Dermatite de contato

- Manejo Clínico
- São prescritos banhos medicamentosos os à temperatura ambiente para áreas maiores de dermatite;
- Nas condições disseminadas e graves, pode-se prescrever um ciclo de curta duração de esteroides sistêmicos; e
- O irritante agressor deve ser identificado e removido; em geral, não se utiliza sabão até que ocorra cicatrização.

Dermatite de contato

Manejo de enfermagem

- Obter uma história detalhada e solicitar ao cliente que pense sobre o que pode ter causado o problema;
- Instruir o cliente a aderir às seguintes instruções durante pelo menos 4 meses até que a pele tenha uma aparência totalmente curada:
- Evitar o contato com irritantes conhecidos ou, após a sua exposição, lavar imediatamente a pele;
- Evitar o calor, o uso de sabão ou esfregar a pele.

Dermatite de contato

Manejo de enfermagem

- Escolher sabonetes para banho, detergentes e cosméticos que não contenham fragrância;
- Evitar o uso de amaciante de roupas;
- Evitar medicamentos tópicos, loções ou pomadas, exceto quando prescritos; e
- Quando usar luvas (p.ex., para lavar pratos ou fazer a limpeza), certificar-se de que elas sejam revestidas com algodão; não usá-las por mais de 15 a 20 min por vez.

Dermatite Esfoliativa

- A dermatite esfoliativa, também denominada de eritrodermia, é uma condição grave, caracterizada por dermatite eritematosa descamativa, que pode acometer mais de 90% da pele. Essa condição começa de maneira aguda como uma erupção eritematosa em placas ou generalizada. A dermatite esfoliativa tem uma variedade de etiologias; é considerada como um processo secundário ou reativo a uma doença cutânea ou sistêmica subjacente. Pode aparecer como parte do grupo de doenças do linfoma e preceder o aparecimento do linfoma. Os distúrbios cutâneos preexistentes implicados como causa incluem psoríase, dermatite atópica e dermatite de contato. Aparece também como reação grave a medicamentos, como penicilina e fenilbutazona.

Dermatite Esfoliativa



Dermatite Esfoliativa

- Manifestações clínicas
- Erupção eritematosa em placas ou generalizada, acompanhada de calafrios, febre, mal-estar, prostração, toxicidade grave, descamação pruriginosa da pele e, em certas ocasiões, sintomas gastrintestinais;
- Perda profunda do estrato córneo (camada mais externa da pele), causando extravasamento capilar, hipoproteïnemia e equilíbrio nitrogenado negativo;
- Dilatação disseminada dos vasos cutâneos, resultando em grandes quantidades de calor corporal perdido;

Dermatite Esfoliativa

- Manifestações clínicas
 - A coloração da pele modifica-se de rosada para vermelho escura. Depois de 1 semana, a esfoliação (descamação) começa na forma de lâminas finas, que deixam a pele subjacente lisa e a vermelhada, como formação de novas escamas à medida que as antigas se desprendem;
 - Possível perda dos pelos;
 - É comum a ocorrência de recidiva;
 - Efeitos sistêmicos :insuficiência cardíaca de alto débito, outras disfunções gastrintestinais, aumento das mamas, hiperuricemia, distúrbios da temperatura.



Dermatite Esfoliativa

- Avaliação e achados Diagnósticos
- Ocorrência de dermatite eritematosa descamativa, particularmente quando advém juntamente com a doença cutânea conhecida ou um medicamento recentemente prescrito, aumentando a suspeita de possível diagnóstico de dermatite esfoliativa generalizada
- Hipoalbuminemia, equilíbrio nitrogenado negativo e aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS)
- Indica-se a biopsia da pele, visto que pode confirmar a causa subjacente e o diagnóstico.

Dermatite Esfoliativa

- Manejo clínico
- O manejo tem por objetivo evitar a infecção e fornecer suporte ao cliente por meio de tratamento individualizado, que deve ser iniciado tão logo o distúrbio seja diagnosticado;
- O cliente deve ser hospitalizado e mantido em repouso no leito
- É necessário interromper todos os medicamentos que possam ser implicados
- Deve-se manter uma temperatura ambiente confortável, em virtude do controle termorregulador anormal do cliente
- O equilíbrio hidroeletrolítico precisa ser mantido adequadamente, devido à ocorrência de considerável perda de água e de proteína da superfície da pele
- Podem ser administrados expansores do plasma

Dermatite Esfoliativa

- Manejo de enfermagem
- Efetuar avaliação de enfermagem contínua para detectar a existência de infecção;
- Administrar os antibióticos prescritos com base nos resultados de cultura e do antibiograma ;
- Avaliar a ocorrência de hipotermia, visto que o aumento do fluxo sanguíneo na pele, associado à perda aumentada de calor e de água através da pele, leva a perda de calor por radiação, convulsão e evaporação;
- Monitorar rigorosamente e notificar quaisquer alterações nos sinais vitais;
- Usar terapia tópica prescrita para proporcionar alívio sintomático;

Dermatoses seborreicas

- A seborreia refere-se à produção excessiva de sebo (secreção das glândulas sebáceas). A dermatite seborreica tem predisposição genética; os hormônios, o estado nutricional, a presença de infecção e o estresse emocional têm influência em sua evolução. As remissões e as exacerbações dessa afecção são a regra; no entanto, a condição é crônica.

Dermatite Esfoliativa

- Fisiopatologia
- A dermatite seborreica é uma doença inflamatória crônica da pele, com predileção por áreas que estão bem supridas por glândulas sebáceas ou que se localizam entre pregas cutâneas, em que a contagem de bactérias é alta. As áreas mais frequentemente afetadas são: face, couro cabeludo, bochechas, orelhas, axilas e várias pregas cutâneas.

Psoríase

- A psoríase é uma doença inflamatória não infecciosa crônica e comum da pele, caracterizada pelo surgimento de placas prateadas, mais frequentemente nos cotovelos, joelhos, couro cabeludo, região lombar e nádegas. Com frequência, observa-se uma simetria bilateral. A psoríase pode estar associada à artrite assimétrica de múltiplas articulações com fator reumatoide negativo.

Psoríase

- Pode haver desenvolvimento de um estado psoriático esfoliativo, em que a doença evolui e acomete toda a superfície do corpo (psoríase eritrodérmica). O início pode ser observado em qualquer idade, com idade mediana de 28 anos; é mais prevalente em mulheres, em indivíduos brancos e entre pessoas obesas. A psoríase tem tendência a melhorar e, em seguida, sofrer recidiva durante toda a vida.

Psoríase



Psoríase

- Fisiopatologia
- As evidências atuais sustentam uma base imunológica para a psoríase. A epiderme torna-se infiltrada com células T ativadas e citocinas, resultando em ingurgitamento vascular e proliferação de queratinócitos, com consequente hiperplasia epidérmica (crescimento excessivo da epiderme). Essas células epidérmicas tendem a reter, inapropriadamente, os núcleos, impossibilitando sua capacidade de liberar lipídios que estimulam a adesão celular. Isso resulta em rápida renovação das células incompletamente maduras, que não aderem de modo adequado umas às outras, resultando na apresentação clássica de lesões semelhantes a placas, que têm aspecto escamoso e prateado.

Psoríase

- Manifestações clínicas
- Os sintomas variam desde um incômodo cosmético até um distúrbio fisicamente incapacitante e desfigurante.
- As lesões aparecem como placas de pele avermelhadas e elevadas, cobertas com escamas prateadas
- Se as placas forem removidas, a base vermelho-escura da lesão é exposta, com múltiplos pontos hemorrágicos
- As placas são úmidas e podem ser pruriginosas

Psoríase

Complicações

- Ocorre artrite reumatoide assimétrica de múltiplas articulações, com fator reumatoide negativo, em até 30% dos indivíduos com psoríase. Podem ser observadas outras complicações, como espondiloartropatias, incluindo artritepsoriática. Além disso, a dermatite esfoliativa, também denominada eritrodermia, pode resultar da psoríase. As complicações psicológicas da psoríase também devem ser conhecidas. A psoríase pode causar desespero e frustração; as pessoas podem olhar fixamente, comentar, fazer perguntas embaraçosas ou até mesmo evitar o cliente.

Psoríase

- Avaliação e achados diagnósticos
- Ocorrência de lesões clássicas em placas(que se modificam histologicamente, com placas iniciais progredindo para placas crônicas);
- Sinais de comprometimento das unhas e do couro cabeludo, bem como história familiar positiva; e
- •A biopsia tem pouco valor diagnóstico.

Psoríase

- Manejo clínico
- As metas do manejo consistem em diminuir a velocidade da renovação rápida da epiderme, promover a resolução das lesões psoriáticas e controlar os ciclos naturais da doença. Não existe nenhuma cura conhecida. A abordagem terapêutica deve ser passível de compreensão, cosmética mente aceitável, e não deve alterar excessivamente o estilo de vida do indivíduo. Em primeiro lugar, são considerados quaisquer fatores precipitantes ou agravantes. Efetua-se uma avaliação do estilo de vida do cliente, visto que a psoríase é afetada, significativamente, pelo estresse.

Psoríase

- Manejo clínico
- O princípio mais importante no tratamento da psoríase consiste na remoção delicadadas escamas (banhos que incluem óleos, preparações de alcatrão e escova macia usada para esfregar as placas psoriáticas). Depois do banho, a aplicação de cremes emolientes contendo alfa-hidroxiácidos ou ácido salicílico continua a amolecer as escamas espessas. Três tipos de terapia constituem o tratamento padrão: terapia tópica, fotoquimioterapia e terapia sistêmica.

Psoríase

- Terapia tópica
- O tratamento tópico é utilizado para diminuir a hiperatividade da epiderme;
- A terapia com corticosteroides tópicos atua para reduzir a inflamação, os curativos oclusivos aumentam a efetividade dos corticosteroides tópicos;
- Os medicamentos incluem preparações de alcatrão (p.ex., alcatrão tópico), alfa-hidroxiácido ou ácido salicílico e corticosteroides. O calcipotrieno (não recomendado para clientes idosos em razão de sua pele mais frágil, nem para mulheres grávidas ou durante a lactação), o tazaroteno e a vitamina D são agentes não esteroides adicionais. Os medicamentos podem ser usados na forma de loções, pomadas, pastas, cremes e xampus.

Psoríase

- Fotoquimioterapia
- A fotoquimioterapia (também conhecida como fototerapia) que utiliza a luz ultra-violeta B de banda estreita (UVB) pode ser útil para clientes que não respondem de modo satisfatório aos tratamentos tópicos. Em geral, é mais efetiva quando administrada como luz ultravioleta. Em associação a um agente oral fotossensibilizador (PUVA), como psoralenos.



Psoríase

- Terapia sistêmica
- As preparações citotóxicas sistêmicas, como o metotrexato, têm sido utilizadas, há muito tempo, com sucesso no tratamento da psoríase extensa que não responde a outros tipos de terapia;
- A ciclosporina, um peptídeo cíclico usado para evitar a rejeição de órgãos transplantados, demonstrou ter algum sucesso no tratamento de casos graves de psoríase resistente ao tratamento;
- A linha mais recente de tratamento para a psoríase e inclui um grupo de agentes biológicos, por serem derivados de imunomoduladores e proteínas obtidas por bioengenharia (como anticorpos ou citocinas recombinantes) e por sua ação diretamente direcionada sobre as células T.

Psoríase

- Manejo de enfermagem
- A avaliação concentra-se no modo pelo qual o cliente enfrenta o distúrbio cutâneo, o aspecto de pele “normal” e o aspecto das lesões cutâneas.
- • Examinar as áreas especificamente acometidas: cotovelos, joelhos, couro cabeludo, fenda glútea e todas as unhas à procura de pequenas depressões
- • Avaliar o impacto da doença sobre o cliente e as estratégias de enfrentamento utilizadas para realizar as atividades normais e interações com a família e os amigos
- • Tranquilizar o cliente de que a condição não é infecciosa, não reflete uma higiene pessoal precária e não consiste em câncer de pele
- • Criar um ambiente em que o cliente se sinta confortável para discutir questões importantes sobre a qualidade de vida relacionadas com sua resposta física e psicossocial a essa doença crônica.



- Intervenções de enfermagem
- Promoção da compreensão
- •Explicar de maneira objetiva e com sensibilidade que não existe nenhuma cura para a psoríase e que é necessário um manejo por toda a vida; o processo patológico geralmente pode ser controlado
- •Rever a fisiopatologia da psoríase e os fatores que a provocam: qualquer irritação ou lesão da pele (corte, abrasão, queimadura solar), qualquer doença atual, estresse emocional, ambiente desfavorável (frio) e determinados medicamentos (advertir o cliente para não tomar nenhum medicamento de venda livre)
- •Rever e explicar o esquema de tratamento para assegurar a adesão do cliente; fornecer materiais educativos, além de ter discussões face a face.
- Melhora da integridade da pele



- Melhora da integridade da pele
- •Aconselhar o cliente a não pinçar nem arranhar as áreas acometidas
- •Incentivar o cliente a evitar o ressecamento da pele; a pele seca agrava a psoríase
- •Informar ao cliente que a água não deve ser muito quente e que a pele deve ser seca com toques suaves da toalha
- •Orientar o cliente sobre o uso de óleo de banho ou agente de limpeza emoliente para dor e descamação da pele.
- •Melhora do autoconceito e da imagem corporal



- Monitoramento e manejo das complicações potenciais
- Observar o desconforto articular e avaliar quanto à ocorrência de artrite psoriática
- Orientar o cliente sobre o cuidado e o tratamento, bem como a necessidade de adesão
- Consultar um reumatologista para ajudar no diagnóstico e no tratamento da artropatia.



- Promoção dos cuidados domiciliar e comunitário
- Orientação do cliente sobre autocuidados
- Fornecer ao cliente materiais educativos para reforçar as discussões sobre as diretrizes do tratamento e outras considerações
- Avisar ao cliente que o uso de preparações de corticosteroides tópicos na face e ao redor dos olhos predispõe ao desenvolvimento de cataratas.
- Seguir diretrizes rigorosas para evitar o uso excessivo

Pênfigo

O pênfigo consiste em um grupo de doenças graves dermatológicas, caracterizadas pelo surgimento de bolhas na pele e mucosas (boca, vagina) aparentemente normais. As evidências indicam que o pênfigo é uma doença autoimune que envolve a imunoglobulina G (IgG). Atualmente existem três subgrupos reconhecidos desses tipos de distúrbios cutâneos mediados por IgG: pênfigo vulgar, pênfigo foliáceo e pênfigo paraneoplásico

Pênfigo

- O pênfigo vulgar é responsável por 70% dessas doenças bolhosas. O diagnóstico desse tipo de distúrbio é estabelecido pelo exame histológico de amostra de biopsia, em geral executado por um dermatopatologista. Outro tipo de distúrbio bolhoso mediado por IgG, denominado penfigoide bolhoso, tem características distintas que tornam essa doença diferente das doenças do grupo do pênfigo. O penfigoide bolhoso é uma doença crônica caracterizada por exacerbações e remissões periódicas. O penfigoide bolhoso é observado, mais comumente, em indivíduos idosos, com incidência máxima em torno de 65 anos de idade.

Pênfigo

- Fisiopatologia
- As evidências indicam que o pênfigo vulgar é uma doença autoimune, em que o anticorpo IgG é dirigido contra um antígeno de superfície celular específico nas células epidérmicas. Forma-se uma bolha em consequência da reação antígeno-anticorpo; o nível sérico de anticorpo é preditivo da gravidade da doença. A condição pode estar associada à administração de penicilina e captopril e a outras doenças autoimunes concomitantes, como miastenia gravis. Os fatores genéticos também podem desempenhar um papel, com incidência mais elevada em indivíduos de ascendência judaica ou do Mediterrâneo

Pênfigo

- Manifestações clínicas
 - Na maioria dos casos, os clientes apresentam lesões orais que aparecem como erosões de formato irregular , que são dolorosas, sangram com facilidade e cicatrizam lentamente
 - As bolhas cutâneas aumentam, sofrem ruptura e deixam grandes áreas dolorosas, com formação de crosta e exsudação
 - Um odor característico emana das bolhas e do exsudato
 - Há formação de bolhas ou desprendimento da pele não acometida quando se aplica uma pressão mínima (sinal de Nikolsky)

Pênfigo

- Manejo clínico
- As metas da terapia consistem em controlar a doença o mais rapidamente possível, evitar a perda de exsudato e o desenvolvimento de infecção secundária, e promover a reepitelização da pele.
- Os corticosteroides são administrados em altas doses para controlar a doença e manter a pele livre de bolhas. As altas doses são mantidas até que a remissão seja aparente.
- Monitorar a ocorrência de efeitos tóxicos graves em consequência da terapia com corticosteroides em altas doses
- Podem ser prescritos agentes imunossupressores (p.ex., azatioprina, micofenolato de mofetila, ciclofosfamida) para ajudar a controlar a doença e reduzir a dose de corticosteroides. O anticorpo monoclonal rituximabe demonstrou ser promissor como agente terapêutico efetivo em ensaios clínicos.

A necrólise epidérmica tóxica (NET) e a síndrome de Stevens-Johnson(SSJ)

- A necrólise epidérmica tóxica (NET) e a síndrome de Stevens-Johnson(SSJ), distúrbios cutâneos agudos potencialmente fatais, constituem os tipos mais graves de eritema multiforme. Os fatores de risco incluem a imunossupressão (incluindo os do HIV ou da síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS]).

A necrólise epidérmica tóxica (NET) e a síndrome de Stevens-Johnson(SSJ)





A necrólise epidérmica tóxica (NET) e a síndrome de Stevens-Johnson(SSJ)

- • Fisiopatologia

O mecanismo que leva à NET parece ser uma reação citotóxica mediada por células. A NET e a SSJ caracterizam-se por eritema disseminado e formação de máculas ,com surgimento de bolhas, resultando em desprendimento da epiderme, descamação e erosão. Acredita-se que essas doenças sejam uma única e mesma doença, mas que se manifesta ao longo de um espectro de reações, em que a NET é a mais grave.



A necrólise epidérmica tóxica (NET) e a síndrome de Stevens-Johnson(SSJ)

Manifestações clínicas

- Os sinais iniciais consistem em sensação de ardência ou prurido conjuntival, hipersensibilidade cutânea, febre, tosse, faringite, mal-estar extremo e mialgias(p. ex., dores)
- Esses sinais são seguidos de rápido início do eritema, que acomete grande parte da superfície da pele e mucosas; em algumas áreas, aparecem grandes bolhas flácidas; em outras áreas, grandes lâminas de epiderme são descamadas, expondo a derme subjacente; as unhas dos dedos das mãos e dos pés, as sobrancelhas e os cílios podem desprender-se juntamente com a epiderme adjacente
- A pele extremamente hipersensível e a sua perda resultam em uma superfície exsudativa, semelhante àquela de uma queimadura corporal total de espessura parcial; essa condição era anteriormente designada como síndrome da pele escaldada

Impetigo

- O impetigo é uma infecção superficial da pele causada por estafilococos, estreptococos ou múltiplas bactérias. As áreas expostas do corpo, como a face, as mãos, o pescoço e os membros, são mais frequentemente acometidas. O impetigo é contagioso e pode espalhar-se para outras partes da pele; além disso, pode disseminar-se para outros membros da família que entrem em contato físico com o cliente ou que usem toalhas ou pentes contaminados com exsudato das lesões. O impetigo é observado em indivíduos de todas as raças e idades. É particularmente comum em crianças que vivem em condições precárias de higiene.

Impetigo

- Fisiopatologia
- A ruptura da integridade da pele possibilita a colonização de bactérias abaixo da superfície cutânea. Os sintomas resultantes consistem em manifestações da infecção bacteriana. As bactérias podem disseminar-se na pele por autoinoculação (por arranhadura da própria pessoa e disseminação das bactérias da lesão original para uma área diferente). Os fatores de risco incluem imunossupressão (em consequência do uso de medicamentos ou presença de doença sistêmica), traumatismo, picadas de insetos ou qualquer circunstância que cause ruptura da integridade da pele

Impetigo

- Manejo de enfermagem
 - Usar luvas durante a assistência a clientes com impetigo;
 - Usar soluções antissépticas (clorexidina) para limpar a pele pelo menos 1 vez/ dia, a fim de reduzir o número de bactérias e evitar a disseminação ;
 - Orientar o cliente e os familiares a praticarem higiene meticulosa das mãos quando entrarem em contato com uma lesão, até que as lesões estejam totalmente cicatrizadas, a fim de evitar a disseminação da lesão de uma área da pele para outra e de uma pessoa para outra. Cada membro da família deve ter uma toalha de banho e uma toalha de rosto separadas.



Exercício

O Uso obrigatório da máscara N95 é uma das medidas de proteção adotada pelo enfermeiro na assistência a pacientes sob diagnóstico de doenças transmitidas por partículas menores que 5 micras. É exemplo dessas doenças

A coqueluche.

B impetigo.

C tuberculose.

D H1N1.

E meningite Viral.

GAB – C



- ▶ Bons Estudos !!!!
- ▶ Boa prova