



Mi Universidad

Cuadro comparativo

Nombre del Alumno: Lucero del Milagro Bastard Mazariego.

Nombre del tema: Tipos de infecciones de la piel en el adulto mayor.

Parcial: 2do.



Nombre de la Materia: Enfermería gerontogeriatrica.



Nombre del profesor: Cecilia de la Cruz Sánchez.



Nombre de la Licenciatura: Enfermería.



Cuatrimestre: 6to.

Infecciones de la piel en el adulto mayor

	Concepto	Etiología	Fisiopatología	Cuadro clínico	Diagnóstico	Tratamiento
Erisipela 	<p>Es un tipo de infección de la piel. Afecta la capa superior de la piel y los ganglios linfáticos locales.</p>	<p>La erisipela generalmente es causada por las bacterias estreptococos del grupo A. Algunas afecciones que pueden llevar a erisipela son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Un corte en la piel. -Problemas con el drenaje a través de las venas o el sistema linfático. -Llagas cutáneas (úlceras). 	<p>Causada por estreptococo β-hemolítico del grupo A, o más rara vez de los grupos C o G, y en recién nacidos, del grupo B. Algunos la atribuyen también a <i>Staphylococcus aureus</i>. El agente causal penetra con rapidez en la dermis por una solución de continuidad, como una pequeña herida o un traumatismo mínimo como los que produce el rasurado, o por una grieta o fisura causada por la tiña de los pies</p>	<p>La mayoría de las veces, la infección se presenta en las piernas o brazos. También puede presentarse en la cara y el tronco. Los síntomas de erisipela pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fiebre y escalofrío -Úlcera cutánea con un borde definido y elevado. A medida que la infección se extiende, hay mucho dolor, enrojecimiento, hinchazón y calor en la piel. Pueden formarse ampollas en la piel. 	<p>Evaluación clínica Hemocultivo. El diagnóstico de las erisipelas se basa en el aspecto de las lesiones; el hemocultivo se solicita en pacientes con aspecto tóxico.</p>	<p>Antibióticos orales o parenterales. Los antibióticos orales de primera línea para la erisipela incluyen uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Penicilina V 500 mg cada 6 horas. -Amoxicilina 875 mg cada 12 horas. -Cefalexina 500 mg cada 6 horas. -Cefadroxilo en dosis de 500 mg cada 12 horas o 1 g una vez al día.
Celulitis 	<p>Infección bacteriana aguda de la piel y el tejido subcutáneo causada, la mayoría de las veces, por estreptococos o estafilococos.</p>	<p>Las bacterias estafilococo y estreptococo son las causas más comunes de celulitis. La piel normal tiene muchos tipos de bacterias que viven en ella. Cuando hay una ruptura en la piel, estas bacterias pueden causar una infección cutánea. Los factores de riesgo para la celulitis incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rupturas o descamación de la piel entre los dedos de los pies -Antecedentes de enfermedad vascular periférica. -Lesión o traumatismo con ruptura en la piel (heridas cutáneas). -Picaduras y mordeduras de insectos, mordeduras de animales o de personas. -Úlceras a causa de ciertas enfermedades. -Uso de medicamentos corticosteroides u otros que suprimen el sistema inmunitario. 	<p><i>-Streptococcus pyogenes</i> <i>-Staphylococcus aureus</i></p> <p>La celulitis es causada casi siempre por estreptococos beta-hemolíticos del grupo A (p. ej., <i>S. pyogenes</i>) o <i>S. aureus</i>. La barrera cutánea generalmente está comprometida.</p> <p>Los estreptococos causan una infección difusa que se extiende rápidamente debido a la acción de las enzimas producidas por las bacterias (estreptocinasa, DNasa, hialuronidasa), que degradan los componentes celulares que, de otra manera, contendrían y focalizarían la inflamación.</p> <p>La celulitis estafilocócica suele ser más localizada y suele aparecer en heridas abiertas o en abscesos cutáneos.</p>	<p>Los hallazgos más importantes son eritema y dolor locales, y en infecciones más graves, a menudo linfangitis y linfadenopatías regionales. La piel está roja, caliente y edematosa, con frecuencia la superficie cutánea tiene el aspecto de piel de naranja. Los bordes suelen ser difusos, excepto en las erisipelas (un tipo de celulitis con bordes bien definidos). Las petequias son frecuentes; es raro observar grandes áreas de equimosis.</p>	<p>Su proveedor de atención médica llevará a cabo un examen físico. Este puede revelar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Enrojecimiento, calor, sensibilidad e hinchazón de la piel. -Posible salida de líquido, si hay acumulación de pus (absceso) con la infección cutánea. -Glándulas inflamadas (nódulos linfáticos) cerca de la zona afectada <p>Su proveedor puede demarcar los bordes del enrojecimiento con un bolígrafo, para ver si este se extiende más allá del borde marcado en los días siguientes. Los exámenes que se pueden hacer incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hemocultivo. -Cuento sanguíneo completo (CSC). -Cultivo de cualquier líquido o material que esté dentro de la zona afectada. -Se puede llevar a cabo una biopsia si se sospecha de otras afecciones. 	<p>Los antibióticos son el tratamiento de elección, y su selección se basa en la presencia o ausencia de purulencia y otros factores de riesgo de infección grave y/o resistente. Por lo general, los tratamientos no se administran durante un intervalo fijo, sino que se continúan hasta que haya una respuesta clínica satisfactoria, pero generalmente durante no menos de 1 semana.</p> <p>La inmovilización y la elevación del área afectada ayudan a disminuir el edema; los apósitos fríos y húmedos alivian el malestar local.</p> <p>La terapia compresiva puede ayudar a prevenir la recurrencia de los episodios de celulitis en la pierna en pacientes con celulitis recurrente que tienen edema crónico de los miembros inferiores.</p>

<p>Fastcitis necrosante</p> 	<p>La fascitis necrosante es una infección particularmente destructiva que causa rápidamente la necrosis de tejidos profundos.</p>	<p>Hay dos subtipos de infección necrosante de los tejidos blandos:</p> <p>-Tipo I -Tipo II</p> <p>Las infecciones necrosantes del tejido blando de tipo I, que comprometen en forma típica el torso y el periné, son el resultado de una infección polimicrobiana que en general incluye estreptococos del grupo A (p. ej., <i>Streptococcus pyogenes</i>) y una mezcla de bacterias anaerobias y aerobias (p. ej., especies de <i>Bacteroides</i>). Estos microorganismos suelen extenderse al tejido subcutáneo a partir de una úlcera contigua o de infección, o luego de un traumatismo.</p>	<p>La infección necrosante de los tejidos blandos causa isquemia tisular por la oclusión de los vasos sanguíneos pequeños subcutáneos. Esta oclusión causa infartos a nivel cutáneo y necrosis; esto facilita el crecimiento de anaerobios estrictos mientras se estimula el metabolismo anaerobio por acción de microorganismos facultativos, lo que origina gangrena. El metabolismo anaerobio produce hidrógeno y nitrógeno, gases relativamente insolubles que pueden acumularse en los tejidos subcutáneos.</p>	<p>Dolor intenso. No obstante, en las áreas denervadas por la neuropatía periférica, el dolor puede ser mínimo o estar ausente. El tejido afectado está rojo, caliente y edematizado y palidece rápidamente. Pueden aparecer ampollas, crepitantes y gangrena. Los tejidos subcutáneos (incluyendo la fascia adyacente) se necrosan y la lesión se extiende hacia los tejidos más profundos. Los pacientes tienen aspecto de estar gravemente enfermos, con fiebre alta, taquicardia, estado mental alterado (desde confusión a obnubilación) e hipotensión. Pueden estar bacteriémicos o sépticos y requerir tratamiento de apoyo hemodinámico.</p>	<p>Examen clínico Hemocultivos y cultivos de las lesiones</p> <p>El diagnóstico de la infección necrosante de los tejidos blandos se realiza con la anamnesis y el examen físico, más la presencia de leucocitosis, proteína C reactiva elevada, gas en el tejido subcutáneo evidenciada en la radiografía, hemocultivos positivos y deterioro del metabolismo y el estado hemodinámico. La TC y la RM se pueden utilizar para delimitar la enfermedad.</p>	<p>Desbridamiento quirúrgico Antibióticos Amputación en caso de ser necesario</p> <p>El tratamiento de la infección necrosante del tejido blando y de la mionecrosis clostridial tempranas es quirúrgico, y no debe demorarse por los estudios de diagnóstico.</p>
<p>Impétigo y ectima.</p> 	<p>El impétigo es una infección superficial de la piel con costras o ampollas causadas por estreptococos, estafilococos, o ambos. El ectima es una forma ulcerativa del impétigo.</p>	<p>El impétigo puede ser ampollosa o no ampollosa. El <i>Staphylococcus aureus</i> es la causa más importante de impétigo no ampollosa y la causa de todos los impétigos ampollosos. Las ampollas son causadas por una toxina exfoliativa producida por los estafilococos. Se ha aislado <i>S. aureus</i> metilino resistente (SARM) en muchos casos recientes de impétigo.</p>	<p>Las toxinas exfoliativas producidas por <i>S. aureus</i> son proteasas de serina (enzimas con actividad hidrolasa) que se unen a la Dsg-I y alteran su función produciendo la separación entre queratinocitos o acantólisis, de esta manera, se forma una ampolla dentro de la epidermis.</p>	<p>-El impétigo no ampollar suele manifestarse con vesículas o pústulas dispuestas en racimos que se rompen y desarrollan una costra melicérica (exudado desde la base de la lesión) sobre las lesiones. Las lesiones más pequeñas pueden coalescer en placas costrosas más grandes.</p> <p>-El impétigo ampollar las vesículas suelen agrandarse rápidamente formando ampollas. Las ampollas se rompen y sus bases extensas quedan expuestas para luego cubrirse con una costra melicérica delgada.</p> <p>-El ectima es una forma de impétigo que se caracteriza por la presencia de úlceras pequeñas, purulentas, superficiales, como en sacabocados, con costras gruesas de color amarronado-negruzco y un halo eritematoso. El impétigo y el ectima causan dolor y malestar leves. El prurito es frecuente; el rascado puede ayudar a diseminar la infección, con la inoculación del microorganismo en la piel adyacente y no adyacente.</p>	<p>Evaluación clínica</p> <p>El diagnóstico de impétigo y ectima se basa en el aspecto clínico característico.</p> <p>Los cultivos de las lesiones están indicados sólo cuando el paciente no responde al tratamiento empírico. En pacientes con impétigo recurrente deben realizarse cultivos de muestras obtenidas de la nariz. En las infecciones persistentes, debe cultivarse el material de las lesiones en busca de SARM.</p>	<p>Aplicación tópica de mupirocina, retapamulina, ácido fusídico u ozenoxacina En ocasiones, antibióticos orales.</p> <p>Debe lavarse con suavidad el área afectada con agua y jabón varias veces al día para eliminar las costras.</p>

<p>Foliculitis.</p> 	<p>Las foliculitis son infecciones superficiales o profundas que asientan alrededor de un folículo piloso. Se localizan en cualquier zona de pelo corto y grueso.</p>	<p>La etiología de la foliculitis a menudo no está clara, pero se sabe que la sudoración, el traumatismo, la fricción y la oclusión de la piel potencian la infección. El patógeno puede ser bacteriano, micótico, viral o parasitario.</p> <p>La foliculitis bacteriana generalmente es causada por <i>Staphylococcus aureus</i>, pero ocasionalmente se informa <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (foliculitis de la bañera de hidromasaje) u otros organismos. La foliculitis del sauna ocurre por el tratamiento químico inadecuado del agua.</p> <p>El acné es una forma no infecciosa de foliculitis.</p>	<p>Infección producida por <i>Staphylococcus aureus</i>, que genera una reacción perifolicular; cuando es superficial hay afección de la trayectoria epidérmica del folículo (<i>ostium</i>), y en la profunda, del componente dérmico. Puede ser primaria o consecutiva a otras dermatosis, como escabiasis o pediculosis; la favorecen los traumatismos como el rasurado o el uso de grasas o alquitranes. En la foliculitis queiloidea de la nuca se observa una curvatura anormal del pelo, favorecida por el roce con el cuello de la ropa, y una inflamación progresiva que lleva a destrucción del folículo.</p>	<p>Los síntomas de la foliculitis son dolor leve, prurito o irritación.</p> <p>Los signos son la presencia de una pústula superficial o un nódulo inflamatorio alrededor de un folículo piloso. Los pelos infectados se caen o son eliminados fácilmente por el paciente, aunque tienden a desarrollarse nuevas pápulas.</p> <p>El crecimiento de pelos encarnados puede causar irritación o inflamación similares a una foliculitis infecciosa.</p>	<p>Evaluación clínica</p> <p>El hallazgo primario de piel en la foliculitis es una pústula e inflamación perifolicular.</p> <p>Los estudios microbiológicos no se indican en forma sistemática.</p>	<p>Antibióticos tópicos A veces, antibióticos sistémicos</p> <p>Debido a que la mayoría de las foliculitis es causada por <i>S. aureus</i>, el tratamiento con mupirocina o clindamicina tópica suele ser eficaz. Alternativamente, el lavado con peróxido de benzoilo al 5% puede usarse durante 5 a 7 días durante la ducha.</p>
<p>Herpes zoster</p> 	<p>La culebrilla es una erupción cutánea vesicante (ampollas) y dolorosa. Es causada por el virus <i>varicella-zoster</i>, un miembro de la familia de virus del herpes. Ese es el virus que también ocasiona la varicela.</p>	<p>La culebrilla se puede presentar en cualquier grupo de edad. Se tiene mayor probabilidad de desarrollar la afección si:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tiene más de 60 años de edad. -Le dio varicela antes de cumplir 1 año. -Su sistema inmunitario está debilitado por medicamentos o enfermedad. <p>Si un adulto o un niño tiene contacto directo con la erupción por culebrilla y no le dio varicela en la niñez o no recibió la vacuna contra la varicela, puede presentar varicela y no culebrilla.</p>	<p>Después de que usted contrae varicela, su cuerpo no se deshace del virus. En cambio, el virus permanece en el cuerpo pero está inactivo (se vuelve latente) en ciertos nervios del cuerpo. La culebrilla ocurre cuando el virus se reactiva en estos nervios después de muchos años. Muchas personas padecieron casos tan leves de varicela que no se percataron de que tuvieron la infección.</p>	<p>En la mayoría de las personas, se forman parches en la piel, seguidos de pequeñas ampollas.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Las ampollas se rompen, formando pequeñas úlceras que comienzan a secarse y formar costras. Estas se caen en 2 a 3 semanas. La aparición de cicatrices es poco frecuente. -La erupción generalmente involucra un área estrecha de la columna alrededor de la parte frontal de la región ventral o el pecho. -En cambio la erupción puede comprometer la cara, los ojos, la boca y los oídos. -Fiebre y escalofríos. -Sensación de malestar general. -Dolor de cabeza. -Dolor articular. -Inflamación glandular (de los ganglios linfáticos). 	<p>Su proveedor de atención médica puede hacer el diagnóstico al examinar la piel y hacer preguntas acerca de la historia clínica. En muy pocas ocasiones se necesitan exámenes, pero estos pueden incluir la toma de una muestra de piel para ver si está infectada con el virus. Los exámenes de sangre pueden mostrar un aumento en los glóbulos blancos y anticuerpos contra el virus de la varicela. Pero no pueden confirmar que la erupción se deba al zóster.</p>	<p>Su proveedor puede recetar un medicamento que combate el virus, llamado antiviral. Este medicamento ayuda a disminuir el dolor, prevenir complicaciones y acortar el curso de la enfermedad.</p>

<p>Psoriasis</p> 	<p>Es una afección cutánea que provoca enrojecimiento, escamas plateadas e irritación de la piel. La mayoría de las personas con psoriasis presentan parches gruesos, rojos y bien definidos de piel y escamas de color blanco plateado. Esto se denomina psoriasis en placa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Infecciones bacterianas o virales, incluso faringitis estreptocócica e infecciones de las vías respiratorias altas. -Aire seco o piel seca. -Lesión en la piel, como cortaduras, quemaduras, picaduras de insectos y otras erupciones cutáneas. -Algunos medicamentos, incluyendo los medicamentos antipalúdicos, betabloqueadores y litio. -Estrés. -Muy poca luz solar. -Demasiada luz solar (quemadura solar). -La psoriasis puede ser peor en personas con un sistema inmunitario debilitado, incluyendo personas con VIH/sida. <p>Algunas personas con psoriasis también tienen artritis (artritis psoriásica).</p>	<p>Involucra la estimulación inmunitaria de los queratinocitos epidérmicos; las células T parecen cumplir en papel central. Son frecuentes los antecedentes familiares, y se han asociado algunos genes y antígenos leucocitarios humanos (Cw6, B13, B17) con la psoriasis. Se cree que puede existir un desencadenante ambiental que provoca una respuesta inflamatoria con la consiguiente proliferación excesiva de queratinocitos.</p>	<p>El síntoma principal de la afección son placas de piel irritadas, rojas y descamativas. Las placas se ven con mayor frecuencia en los codos, en las rodillas y en la parte media del cuerpo. Sin embargo, pueden aparecer en cualquier parte, incluso el cuero cabelludo, palmas de las manos, plantas de los pies y los genitales.</p> <p>La piel puede estar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Con comezón -Seca y cubierta con piel descamativa y plateada (escamas) -De color entre rosa y rojo -Levantada y gruesa <p>Otros síntomas pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dolor o malestar articular o en los tendones -Cambios en las uñas, por ejemplo, uñas gruesas, uñas de color entre amarillo y marrón, pequeños hoyuelos en la uña y uñas que se despegan de la piel por debajo <p>Caspa abundante en el cuero cabelludo</p>	<p>Su proveedor de atención médica generalmente puede diagnosticar esta afección observando la piel. Algunas veces, se lleva a cabo una biopsia de piel para descartar otros trastornos posibles. Si tiene dolor articular, su proveedor puede ordenar exámenes por imágenes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Lociones, ungüentos, cremas y champús para la piel: estos se denominan tratamientos tópicos. -Pastillas o inyecciones que afectan la respuesta inmunitaria del cuerpo, no simplemente la piel: se denominan tratamientos sistémicos o generalizados. -Fototerapia, en la cual se utiliza luz ultravioleta para tratar la psoriasis.
<p>Eritrasma</p> 	<p>Es una infección bacteriana prolongada que generalmente se presenta en los pliegues cutáneos.</p>	<p>El eritrasma es causado por la bacteria <i>Corynebacterium minutissimum</i>. Es más común en los climas cálidos. Usted tiene una mayor probabilidad de desarrollar esta afección si es obeso, mayor o padece diabetes.</p>	<p>El eritrasma es una infección bacteriana superficial de la piel, que afecta la capa córnea y se distingue por manchas marrón rojizas bien definidas, pero irregulares, que se manifiestan en grandes áreas intertriginosas o por fisuración y maceración en los pliegues interdigitales.</p>	<p>Los síntomas principales son los parches ligeramente escamosos, de color café rojizo con bordes bien definidos. Pueden presentar una ligera picazón. Los parches se presentan en zonas húmedas como la ingle, la axila y los pliegues de la piel.</p>	<p>El proveedor de atención médica revisará su piel y preguntará sobre los síntomas. Estos exámenes pueden ayudar a diagnosticar el eritrasma:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pruebas de laboratorio de raspados del parche cutáneo. -Examen bajo una lámpara especial llamada lámpara de Wood. -Biopsia de la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> -Restregar suavemente los parches cutáneos con un jabón antibacterial. -Antibiótico tópico que se aplica sobre la piel. La aplicación tópica de eritromicina, clindamicina, mupirocina, ácido fusídico y peróxido de benzoílo es eficaz en pacientes con eritrasma localizado. -Antibiótico oral. -Tratamiento con láser.

Referencias bibliográficas:

- Erisipela. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 13 de junio de 2024, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000618.htm>
- Rehmus, W. E. (s/f). Impétigo y ectima. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 13 de junio de 2024, de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-bacterianas-de-la-piel/imp%C3%A9tigo-y-ectima>
- Rehmus, W. E. (s/f-b). Infección necrosante del tejido blando. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 13 de junio de 2024, de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-bacterianas-de-la-piel/infecci%C3%B3n-necrosante-del-tejido-blando>
- Rehmus, W. E. (s/f-a). Foliculitis. Manual MSD versión para profesionales. Recuperado el 13 de junio de 2024, de <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-dermatol%C3%B3gicos/infecciones-bacterianas-de-la-piel/foliculitis>
- Eritrasma. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 13 de junio de 2024, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001470.htm>
- Zóster. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 13 de junio de 2024, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000858.htm>
- Psoriasis. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 13 de junio de 2024, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000434.htm>