



Mi Universidad

Cuadro comparativo

Nombre del Alumno: Briana Jacqueline García Lujano

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

Parcial: 2do

Nombre de la Materia: enfermería Gerontogeriatrica

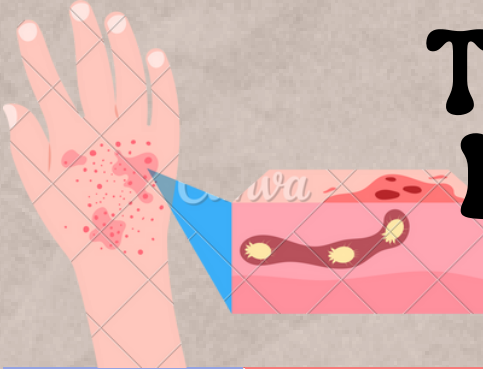
Nombre del profesor: Cecilia de la cruz

Nombre de la Licenciatura: Lic. enfermería

Cuatrimestre: 6to

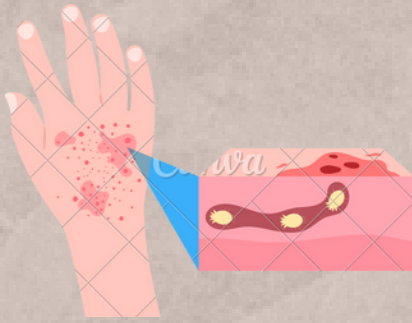
14 de junio de 2024, Pichucalco, Chiapas

TIPOS DE INFECCION DE LA PIEL EN EL ADULTO MAYOR



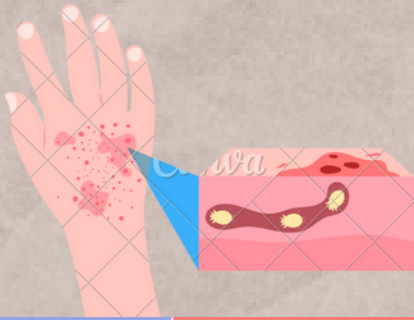
	CONCEPTO	FISIOPATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	CUADRO CLINICO	TRATAMIENTO
Erisipela y celulitis 	<p>Es la infección bacteriana de la dermis, mientras que la celulitis también afecta al tejido celular subcutáneo y es menos demarcada</p>	<p>Las fibras de dermis e hipodermis sufren una degeneración del colágeno, se forman bloques amorfos que provocan aprisionamiento de los adipocitos llenos de triglicéridos. Se altera el metabolismo celular y se forman «micronódulos». Clínicamente: "Piel de naranja espontánea".</p>	<p>El germen causante más frecuente en la erisipela es Streptococcus beta hemolítico, aunque también pueden producirse por otros estreptococos o estafilococos. En la celulitis, la etiología suele ser más variada, con predominio de estreptococos y también pueden estar implicados neumococos y gramnegativos.</p>	<p>Se manifiesta con eritema, tumefacción, calor y dolor. Se puede acompañar de fiebre y leucocitosis y, en ocasiones, de linfangitis y linfadenitis.</p>	<p>En los casos más leves, y con menor afectación del estado general, se debe iniciar una antibioterapia con buena cobertura del estreptococo. Se recomienda penicilina y cefalosporinas. Otras opciones terapéuticas incluyen la clindamicina, las quinolonas y los macrólidos. La duración de la terapia es de 10-14 días.</p>
Herpes zoster 	<p>Es una enfermedad pasajera caracterizada por una erupción dermatotomal, expresión de recidiva de la infección por el virus de la varicela zoster; la primoinfección es la varicela</p>	<p>Después de recuperarte de la varicela, el virus ingresa en el sistema nervioso y permanece inactivo durante años. A veces, el virus se reactiva y se traslada por las vías nerviosas hasta la piel, lo que produce herpes zóster.</p>	<p>La varicela y el herpes zóster se deben a la infección por el virus varicela-zóster (virus herpes humano tipo 3); la <u>varicela</u> es la fase aguda de la infección, fase de infección primaria del virus, mientras que el herpes zóster (culebrilla) representa una reactivación de la fase de latencia.</p>	<p>el paciente presenta malestar general, fotofobia, cefalea, fiebre y disconfort de la piel, con hormigueo, picor o escozor, sin que haya lesión cutánea. Las lesiones cutáneas se desarrollarán en unos 5 días, desde la región posterior hasta la región central anterior, sin cruzar la línea media</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento sintomático • Antivirales (aciclovir, famciclovir, valaciclovir), especialmente en los pacientes inmunodeficientes
Fascitis necrosante 	<p>infección rápidamente progresiva que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y profunda, que produce necrosis hística y toxicidad sistémica grave</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.</p>	<p>La etiología es polimicrobiana e incluye cocos grampositivos y gramnegativos, y anaerobios, como E. coli, K. pneumoniae y P. aeruginosa. Alrededor del 10% está producida por estreptococo del grupo A, y puede evolucionar a gangrena estreptocócica</p>	<p>El tejido afectado está rojo, caliente y edematizado y palidece rápidamente. Pueden aparecer ampollas, crepitantes. Presenta dolor, fiebre alta, taquicardia, estado mental alterado (desde confusión a obnubilación) e hipotensión</p>	<p>requiere terapia combinada, que cubra tanto aerobios como anaerobios (gentamicina y clindamicina) y el desbridamiento rápido e intenso de todo el tejido necrótico. El plan de cuidados incluirá una adecuada nutrición y una monitorización estrecha</p>

TIPOS DE INFECCION DE LA PIEL EN EL ADULTO MAYOR



	CONCEPTO	ETIOLOGÍA	FISIOPATOLOGÍA	CUADRO CLINICO	TRATAMIENTO
<p>Impétigo</p> 	<p>es una infección superficial de la piel, que en ancianos se presenta en forma ampollosa facial de la piel, que en ancianos se presenta en forma ampollosa</p>	<p>producida por <i>S. aureus</i> y <i>S. pyogenes</i>. Se presenta sobre áreas de piel normal o eritematosa sobre la que aparecen lesiones vesiculoampollosas, de consistencia flácida y ligeramente pruriginosas</p>	<p>El impétigo comienza cuando hay una herida en la piel. Esto puede deberse a una picadura de insecto, un corte o un daño en la piel debido a otra afección (como, por ejemplo, el <u>eccema</u>). La herida en la piel actúa como una puerta abierta, permitiendo que las bacterias entren y causen una infección.</p>	<p>llagas rojizas que generalmente aparecen alrededor de la nariz y la boca. Las llagas se rompen rápidamente, exudan durante algunos días y luego forman costras amarillentas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación tópica de mupirocina, retapamulina, ácido fusídico u oxenoxacina • En ocasiones, antibióticos orales <p>Debe lavarse con suavidad el área afectada con agua y jabón varias veces al día para eliminar las costras.</p>
<p>Ectima</p> 	<p>La ectima es una infección vesiculopustulosa, que posteriormente se abre y forma una úlcera de márgenes elevados indurados y violáceos. Es más profunda que el impétigo</p>	<p>Al principio se origina por estreptococo beta-hemolítico del grupo A (<i>S. pyogenes</i>); después se agregan <i>S. aureus</i> y gramnegativos. La causa suele ser una picadura de insecto o traumatismos; puede ser secundario a un impétigo</p>	<p>El ectima es una piodermatitis ulcerativa causada habitualmente por <i>Streptococcus pyogenes</i>¹⁻³. Por lo general es consecuencia de un impétigo no tratado que se extiende en profundidad¹⁻³, dando lugar a la formación de una úlcera profunda bien delimitada recubierta de costras necróticas adheridas.</p>	<p>Puede ser unilateral o bilateral, y se localiza por lo común en piernas, dorso del pie, muslos y glúteos; se caracteriza por vesículas o pústulas que se agrupan en una placa eritematosa, se rompen tempranamente y dan lugar a una ulceración de uno a varios centímetros de diámetro, bien delimitada, en sacabocados, de bordes violáceos netos, cortados a pico y de fondo necrótico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación tópica de mupirocina, retapamulina, ácido fusídico u oxenoxacina • En ocasiones, antibióticos orales
<p>Foliculitis</p> 	<p>La foliculitis y la forunculosis consisten en una infección del folículo pilosebáceo y se engloban dentro de las piodermitis.</p>	<p>El agente causal implicado con mayor frecuencia en las foliculitis y forunculosis es <i>Staphylococcus aureus</i>; aunque también pueden ser producidas por <i>Streptococcus pyogenes</i>, <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, <i>Klebsiella spp.</i>, etc.</p>	<p>Son lesiones pustulosas de pequeño tamaño, alrededor de un pelo y rodeadas de un halo eritematoso y ligeramente pruriginosas</p>	<p>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 encamados puede causar irritación o inflamación similares a una foliculitis infecciosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos tópicos • A veces, antibióticos sistémicos <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 eficaz³. Alternativamente, el lavado con peróxido de benzoylo al 5% puede usarse durante 5 a 7 días durante la ducha</p>

TIPOS DE INFECCION DE LA PIEL EN EL ADULTO MAYOR



	CONCEPTO	ETIOLOGÍA	FISIOPATOLOGÍA	CUADRO CLINICO	TRATAMIENTO
<p>Eritrasma</p> 	<p>El eritrasma es similar a la <u>tiña</u> y al <u>intertrigo</u>. Afecta con mayor frecuencia el pie, donde se manifiesta con una descamación superficial, fisuras y maceración, típicamente confinados a los espacios interdigitales tercero y cuarto.</p>	<p>El eritrasma es una infección superficial causada por <i>Corynebacterium minutissimum</i>, que afecta grandes pliegues y regiones interdigitales de los pies. Existe eritema, descamación, manchas color marrón y maceración; se presenta con fluorescencia rojo coral con luz de Wood.</p>	<p>Se presenta como una placa delimitada de forma variable, que al inicio es húmeda y roja, y tiende a volverse marrónácea y descamativa. Se localiza en pliegues interdigitales de pies, ingles o axilas</p>	<p>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>	<ul style="list-style-type: none"> • Antibióticos tópicos • Claritromicina oral <p>La aplicación tópica de eritromicina, clindamicina, mupirocina, ácido fusídico y peróxido de benzoilo es eficaz en pacientes con eritrasma localizado.</p>