



UNIVERSIDAD DEL SURESTE.

TEMA: ensayo

**DOSENTE: Mariano Raymundo Hernández
Hernández.**

ALUMNA: Daniela ríos gallegos

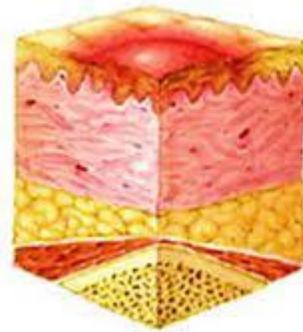
FECHA: 20/05/22

SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS CHIAPAS.

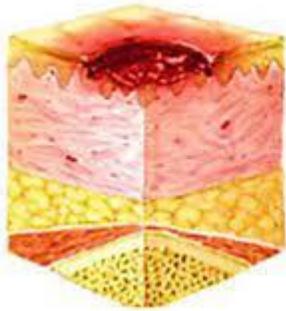
CLASIFICACION DE LAS ULCERAS POR PRESION.

Las ulceras por presión tienen una clasificación para saber en qué grado se encuentra las cales son las siguientes:

CATEGORÍA 1: se puede observar un
Enrojecimiento de la misma fricción
El cual no palidece.



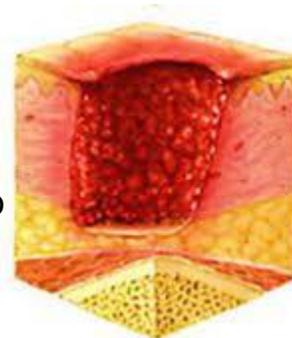
Categoría I
Eritema no
blanqueable



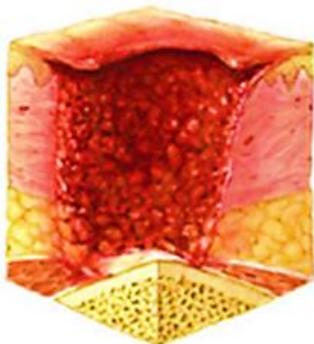
Categoría II
Úlcera de
espesor parcial

CATEGORIA 2: se observan ya
ampollas las cuales se forman
Después de mantener la fricción.

CATEGORIA 3: hay pérdida del grosor
De piel y el cual se logra observar el tejido
Graso.



Categoría III
Pérdida total
del grosor
de la piel



Categoría IV
Pérdida total
del espesor de
los tejidos

CATEGORIA 4: en este punto se
Abarca el tejido musculo esquelético.

FACROTES DE RIESGO PARA ULCERAS POR PRESION.

Las úlceras por presión se generan por tener una presión constante sobre la zona, por lo general se desarrolla más donde se encuentran las prominencias óseas, el cuerpo puede soportar presión sobre las áreas pero en un lapso corto de tiempo, los factores que influyen es estar encamado ya sea por días, semanas, u hasta meses, sin tener mucha rotación, las personas que son obesas u extremadamente delgadas al igual tener inmovilidad, malnutrición, hipoperfusión, pérdida de sensibilidad, al igual hay dos factores importantes los cuales son los INTRINSECOS Y EXTRINSECOS en los factores **intrínsecos** abarca: movilidad limitada- inmovilidad total, la hospitalización prolongada, hipotensión, deterioro del estado de alerta, fracturas de cadera, malnutrición-restricción diabéticas, el envejecimiento, pérdida de grasa corporal, y elasticidad de la piel. En los factores **EXTRINSECOS**: **presión**: se refiere a la presión ejercida de la piel en conjunto de las prominencias óseas ya sea en un lugar rígido como en una silla, cama de un hospital. **Fricción**: se refiere al roce de la piel ya sea con alguna superficie áspera como las sábanas, se produce más en el área del sacro, codos y talones. **Cizallamiento**: se refiere cuando la persona está en una mala posición y las zonas más sensibles se encuentran en una sola posición el cual no se tiene una buena circulación y la piel no tiene una buena oxigenación provocando en sí un daño prolongado. **Humedad**: hacemos referencia a la exposición de la piel hacia la humedad por ejemplo si el paciente está encamado y se realiza un baño de esponja y no se corrobora bien el secado de la cama eso puede provocar un daño, al igual si la piel está expuesta a sudoración excesiva humedad en los pliegues de la piel de esta manera tenemos más suavidad en la piel hay una sobre hidratación y puede provocar el aumento del riesgo de tener una úlcera.

EVALUACION Y DETECCION DE ULCERAS POR PRESION.

Se realiza una revisión general del estado del paciente se debe evaluar el estado de la piel por si localizamos algún daño tisular para una valoración integral debemos de tomar en cuenta el estado nutricional, el estado del dolor y el estado psicosocial, para una buena evaluación de una ulcera debemos tomar en cuenta los siguientes puntos.

- ↪ Longitud, anchura y profundidad.
- ↪ Presencia de fistula, estado necrótico y exudado.
- ↪ Temperatura.
- ↪ Presencia de edema.

Para evaluar a las personas de piel oscura debemos tomar en cuenta, la temperatura de la piel, si hay presencia de edema, y si hay cambios del tejido afectado con el tejido sano, también debemos de tomar en cuenta que se debemos evaluar la evolución en pacientes vulnerables, la presencia de infecciones puede presentar los siguientes signos: calor, eritema, dolor, exudado purulento, fetidez. Dentro de las herramientas que nos ayudan a evaluar las ulceras por presión tenemos distintas escalas como por ejemplo: la escala de briden, cubin, Norton, waterlow. La escala de braden la podemos implementas en conjunto con la valoración del estado del paciente que abarca el estado de piel, y su evolución clínica la puntuación que podemos manejar en la escala de braden es de 6-23 lo cual podemos medir lo gradual de la ulcera, entre mayor puntuación es menor el riesgo de una ulcera y si la puntuación es menor es más riesgoso por ejemplo:

17-23 Riesgo mínimo o sin riesgo de ulcera por presión.

15-16 riesgo leve.

13-14 riesgo moderado.

6-12 riesgo alto.

CUIDADOS DE LA ULCERA POR PRESION.

Para tener un buen tratamiento debemos de tener en cuenta todos los cuidados necesarios para una buena evolución de la lesión, los cuidados recomendados son:

- ☞ Alivio de la presión sobre los tejidos
- ☞ Prevenir la aparición de nuevas lesiones.
- ☞ Soporte nutricional.
- ☞ Manejo adecuado del dolor.
- ☞ Valoración psico-social
- ☞ Valoración cognoscitiva.

Los cuidados locales en cuanto a una lesión son las siguientes:

- ☞ Limpieza de la ulcera.
- ☞ Mantenimiento de la higiene de la ulcera.
- ☞ Desbridamiento.
- ☞ Tratamiento de la infección de la ulcera.

Para un buen cuidado debemos mantener limpia y seca la piel. Se debe de limpiar la ulcera de presión cada vez que se realiza un cambio de gasa u apósito que lo llegue a cubrir, al igual se debe de tener en cuenta los cuidados que se generen en cada categoría de la ulcera por ejemplo

CATEGORIA 1: aliviar la presión de la zona afectada, uso de medidas que ayuden a aliviar la presión, el cizallamiento y que permitan la visualización de la zona dañada. Una de las recomendaciones es no realizar el frote vigoroso ya que esto puede dañar más la zona y causar dolor.

En las categorías 2, 3,4: limpieza de la ulcera, desbridamiento del tejido necrótico, aplicación de un material protector que prevenga las infecciones bacterianas, mantener la humedad de un lecho acerico a temperatura ambiente. Se debe realizar la limpieza con agua estéril u en su defecto con agua potable.

Para la limpieza de una herida debemos utilizar la siguiente técnica:

- ☞ Limpieza gentil con solución fisiológica agua destilada o agua potable
- ☞ Utilizar una jeringa de 20 con un catéter venoso periférico para la irrigación de la herida durante la limpieza.
- ☞ No lesionar la herida durante la limpieza de la herida evitando en lo posible abrasión, fricción, y demasiada presión.
- ☞ Evitar el sangrado durante la limpieza.
- ☞ La zona de limpieza debe extenderse a 1cm al borde de la ulcera.

BIBLIOGRAFIA:

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/104GER.pdf>