



NOMBRE DEL ALUMNO: Odalis Garcia Morales

NOMBRE DEL TEMA: Ulceras por presión

NOMBRE DE LA MATERIA: Enfermería clínica

NOMBRE DEL PROFESOR: Marcos Jhodany Arguello Galavez

Ulceras por presión

Que son

Son áreas de piel lesionadas por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo.

- Comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones, y las caderas.

Cuales son los factores de riesgo

- Esta la
- presión
- fricción
- fuerza externa de pinzamiento vascular

Presión: Son aquellos pacientes que están en una sola posición y que tienen más riesgo de presentar una úlcera por presión.

Pasientes de riesgo

Son todos aquellos que se mantienen durante un tiempo prolongado en la misma posición.

Estos son algunos:

- Edad avanzada, pacientes seniles, o con enfermedad de Alzheimer.
- pérdida de sensibilidad o contractura.
- inmovilidad o encamamiento prolongado.

Ulceras por presion

Grado de ulceras por presion

Grado 1: Limitada alas capas superficiales de la piel. se manifiesta atraves de enrojecimiento ya que existe perdida de tejido..

- grado 2: Afecta alas capas superficiales de la piel .
- Grado 3 : Se extiende mas aprofundidad atravez de las estructuras superficiales.
- Grado 4: Destruccion de todo el tejido blando desde la piel asta el hueso.

Maneras de prevenir

- Colchon antiestscaras
- crema hidratante
- vaselina
- parches antiestscaras
- guantes de procedimiento

Mantener al paciente en movimiento.
o si no puede moverse que el personal de salud tenga en cuenta de poder hacerlo .

Clasificasion

- Categoria 1: eritema no blanqueable.
- categoria 2: ulcera de espesor parcial.
- categoria 3: perdida total del grosor de la piel
- categoria 4: perdida total del espesor de la piel

Estos son algunos:

- Edad avanzada, pacientes seniles, o con enfermedad de alzheimer.
- perdida de sencibilidad o contractura.
- inmovilidad o encamamiento prolongado.

por

Tratamiento

Mantener áreas cubiertas y aplicar un gel hidratante (hidrogel) puede ayudar a hidratar la piel.

- Señales de infección (como supuración, aumento de dolor inflamación y enrojecimiento).
- cicatriz grande
- aumento de tamaño

Maneras de prevenir

- Colchon astiescaras
- crema hidratante
- vaselina
- parches antiescaras
- guantes de procedimiento

Mantener al paciente en movimiento, o si no puede moverse que el personal de salud tenga en cuenta de poder hacerlo .

Clasificación

- Categoría 1: eritema no blanqueable.
- categoría 2: ulcera de espesor parcial.
- categoría 3: pérdida total del grosor de la piel
- categoría 4: pérdida total del espesor de la piel

Estos son algunos:

- Edad avanzada, pacientes seniles, o con enfermedad de alzheimer.
- pérdida de sensibilidad o contractura.
- inmovilidad o encamamiento prolongado.