

GUÍA PARA EL APRENDIZAJE 3° MEDIO

Fecha: 02/08/2021 – 31/08/2021

Nombre del alumno:

Curso:

Asignatura: Aplicación de cuidados básicos.

Unidad: Aparato reproductor masculino, necesidades humanas y posiciones anatómicas.

Objetivo de aprendizaje: Aplicar cuidados básicos de enfermería, higiene y confort a personas en distintas etapas del ciclo vital, de acuerdo a principios técnicos y protocolos establecidos, brindando un trato digno, acogedor y coherente con los derechos y deberes del paciente.

Semana 1.

Úlceras por presión.

Una úlcera por presión (UPP) es una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general, sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión, la fricción o la cizalla.

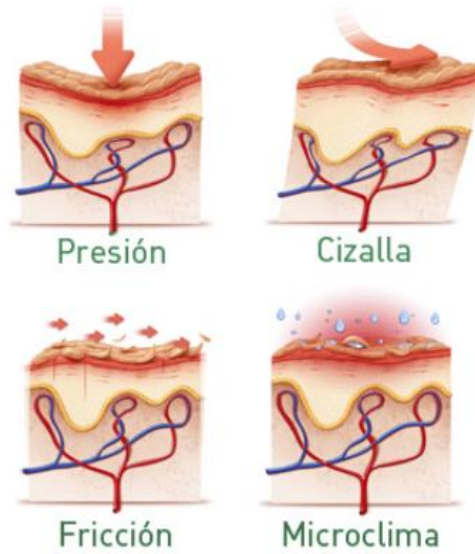
Un 70% de las úlceras ocurren en personas mayores de 65 años. La prevalencia (En Chile) está desde un 5.1% hasta un 38% en unidades de cuidados intensivos pediátricos y adultos. Como resultado de una UPP, el trabajo de enfermería se incrementa en un 50%, se incrementa el tiempo de estancia hospitalaria y el costo de atención.

Son un indicador de calidad de atención hospitalaria. Ningún paciente hospitalizado debería desarrollar una UPP durante su hospitalización, valga la redundancia. Las úlceras más frecuentes son en la zona sacra, los trocánteres, las nalgas, los maléolos externos y en los talones. Lo más importante es identificar los factores de riesgo y la prevención. Son 2,5 veces más caras en su curación que en su prevención.

Factores de riesgo: Externos.

- Presión: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).
- Fricción: Es una fuerza de contacto que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.
- Cizalla: Fricción entre una superficie y la piel, debido a una presión deslizante aplicada en planos paralelos, lo que ocasiona una lesión.

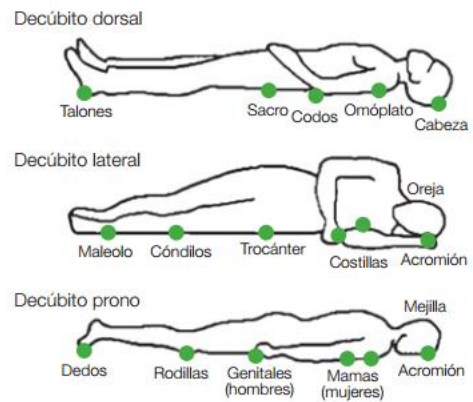
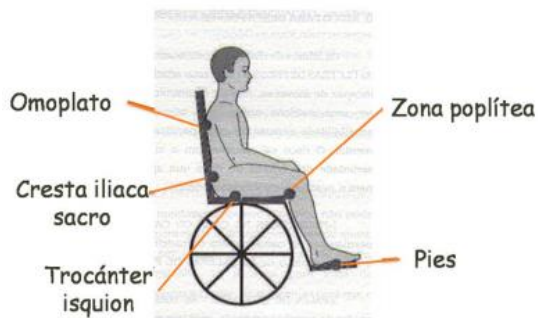
- Microclima: Humedad, temperatura e higiene.



Factores de riesgo: Internos.

- Edad.
- Grado de consciencia.
- Malnutrición.
- Deshidratación.
- Movilidad reducida.
- Sensibilidad reducida.
- Morbilidades.
- Vasculopatías.
- Incontinencia.
- Medicamentos.

Zonas de riesgo:



Clasificación de las úlceras por presión.

- Grado 0: La piel se encuentra intacta, existe un eritema blanqueable de un área localizada. Podría haber dolor y es bastante difícil de detectar en pieles oscuras. Las personas con Diabetes Mellitus tienen mayor riesgo de desarrollar UPP.



- Grado 1: La piel se encuentra intacta. Hay eritema no blanqueable de un área localizada. Hay decoloración de la piel, calor, edema, endurecimiento o dolor pueden estar presentes. Es difícil de detectar en pieles oscuras.



- Grado 2: Pérdida parcial del grosor de la piel. Afecta a la epidermis y puede afectar a la dermis. Si existiese hematoma, indicaría lesión en tejidos más profundos. Puede tener aspecto de una abrasión, flictena o un cráter superficial.



- Grado 3: Pérdida total del grosor de la piel. Afecta a las tres capas de la piel. Implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo. Podría incluir cavitaciones o tunelizaciones. No hay exposición de hueso o tendón. Son muy susceptibles a infecciones.



- Grado 4: Pérdida total del grosor de los tejidos. Destrucción extensa. Pueden haber cavitaciones y tunelizaciones. Hay necrosis del tejido o lesión en el músculo, hueso o tendones.



Prevención.

Las UPP representan un grave problema de salud Pública. En nuestro país representan un indicador de calidad en la atención Hospitalaria. Las UPP son descritas como la vulneración de los derechos humanos, en sociedades desarrolladas. Los países LATAM no destinan recursos en la prevención (Concepto errado de costo eficacia). La curación de las UPP es 2.5 veces más caro que la prevención. Fuerte enfoque en cuidados profesionalizados a cargo de Enfermeras Universitarias y/o licenciadas en Enfermería (Carta declaración de Rio de Janeiro a la cual Chile se comprometió)

- Movimientos posturales: Cada dos horas o menos. No se realiza masaje o frotación cutánea en pacientes adultos mayores.
- Aplicación de escalas: Validadas en Chile, como por ejemplo la escala de Braden y Norton.
- Nutrición e higiene: La reparación de la piel es un proceso que demanda calorías, proteínas y vitaminas. En la higiene es importante por la incontinencia, tanto fecal como urinaria del paciente.
- Dispositivos de descarga: Colchones antiescaras.
- Cuidados de la piel: Como los protectores cutáneos, apósitos, humectantes o hidratantes.

TODAS ESTAS MEDIDAS DEBEN USARSE EN COMBINACIÓN, NO SIRVEN POR SEPARADO.

Actividad semana 1.

1. Concluya la relevancia de las posiciones anatómicas relacionadas con las UPP.
2. Investigue a que se refieren las “tunelizaciones y bolsillos” en UPP.
3. Investigue que son las Lesiones por presión (LPP) y por qué ocurre el cambio de nombre de UPP a LPP.

Semana 2.

Confeción de camas clínicas.

Un paciente que se enfrenta a una hospitalización se ve inmerso en un ambiente desconocido y poco amigable. Si a eso le agregamos procedimientos invasivos y una larga estadía, más aún.

Es fundamental, por lo tanto, que cuente con una cama limpia y ordenada, pues será justamente ésta, el único lugar que reconozca y sienta como propio.

Una cama limpia y libre de arrugas le otorga bienestar al paciente favoreciendo su mejoría.

Todos los días, y una vez realizado el aseo o baño matutino, se procederá al cambio de sábanas, al igual que cuando esta se ensucie (presencia de vómito, deposiciones, orina, comida, etc.).

La confección de camas será entonces parte de la rutina diaria del TENM, quién deberá conocer los diferentes tipos según las necesidades de cada paciente y de los procedimientos a los que será sometido.

Principios básicos.

- Las camas hospitalarias jamás se sacuden para evitar la agitación mecánica de aerosoles microbianos y de esta manera evitar las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Lo ideal es que el procedimiento sea ejecutado por 2 personas (uno de cada lado de la cama)
- Las camas se confeccionan en dos tiempos, con el fin de evitar girar alrededor de la cama en forma innecesaria.
- Primero se efectúa la base de la cama que incluye colchón, sábana bajera y el hule con sabanilla.
- Reunir todo el material en una bandeja, las piezas de ropa deben ir puesta en la bandeja en orden de colocación conforme a la técnica.
- La ropa de cama de un paciente no debe colocarse NUNCA (ni siquiera en forma momentánea) en la cama de otro.
- La confección de camas debe hacerse céfalo-caudal, es decir de arriba hacia abajo considerando que la parte de arriba es un área limpia y la parte de abajo un área sucia.
- La bandeja debe colocarse en el velador, mesa o silla del paciente previo limpieza de la unidad.

- Incluir en la bandeja un paño húmedo, una bolsa para ropa sucia y una para desechos.
- Debe haber especial preocupación de dejar bien estirada la sabana base y sabanilla para no producir lesiones en la piel del paciente causado por pliegues (UPP/LPP).
- La ropa de cama debe colocarse de tal forma que no se desarme con el paciente en cama y no se enfríe, especialmente los pies.
- Al final del procedimiento retirar el material, ordenar y guardar.
- El uso de guantes de procedimiento es obligatorio.

Tipos de camas clínicas.

- Cama cerrada.
 - El objetivo es preparar la unidad para un nuevo ingreso.
 - La cama no está asignada a ningún paciente.



- Cama abierta.
 - El objetivo es efectuar aseo en la unidad del paciente.
 - La cama está siendo utilizada por un paciente.
 - Cama abierta ocupada: el paciente permanece en ella sin levantarse.
 - Cama abierta desocupada: El paciente está ingresado, pero podría estar en algún servicio (Radiología, baño, etc)



- Cama de anestesia.
 - El objetivo es recibir a pacientes provenientes de pabellón o aquellos a los que se les ha realizado algún procedimiento que necesita anestesia.
 - Se deja abierta por la mitad para recibir eficazmente al paciente.



- Cama partida (o ginecológica).
 - Utilizada para procedimientos ginecológicos o urológicos.

- El objetivo es desabrigar lo menos posible al paciente y cuidar su pudor.



Indicaciones

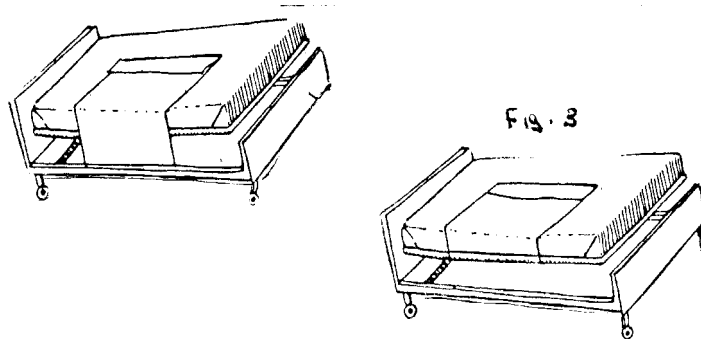
- Las camas se deben realizar todas las mañanas o cuando la situación lo requiera.
- La elección del tipo de cama dependerá del procedimiento que se le realizará al paciente.
- Es indispensable el lavado de manos antes de hacer la cama y después de realizarla.
- La ropa sucia debe manipularse con guantes
- La ropa sucia debe desecharse en dispositivos especiales, nunca se debe dejar en el suelo. El traslado correcto de la ropa utilizada reduce la transmisión de microorganismos
- El uso correcto de la mecánica corporal durante el cambio de ropa de cama evita lesiones en el personal de enfermería.
- En caso de infecciones que requieren aislamiento se necesita usar pechera y guantes protectores durante el momento de hacer la cama.
- Las camas no deben sacudirse

Semana 3

Procedimiento camas clínicas.

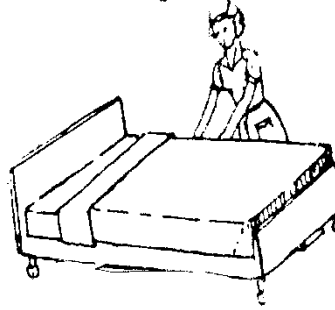
- **Cama cerrada.**
 1. Lavarse las manos con agua y jabón.
 2. Reunir el material (Sábana base, sabanilla, sábana superior, frazada, funda almohada, cobertor).
 3. Colocar la ropa sobre la silla de la unidad del paciente en orden de uso.
 4. Colocarse guantes de procedimiento (la cama puede tener fluidos corporales)
 5. Quitar la ropa de la cama, doblar cada una de las piezas y depositarlas en bolsas o depósito para ropa sucia.

6. Quitarse los guantes.
7. Lavarse nuevamente las manos con agua y jabón.
8. Hacer limpieza de la parte expuesta del colchón con solución desinfectante, compresa húmeda y otra seca para secar.
9. Colocar la sábana base longitudinalmente en la mitad del colchón; centrarla, dejar lo suficiente para introducirla debajo de la cabecera del colchón y de los pies. La otra mitad de la sábana quedará doblada en acordeón en el centro del colchón.
10. Colocar sabanilla en el tercio medio de la cama; la mitad de este debe quedar en el centro, doblado en acordeón.

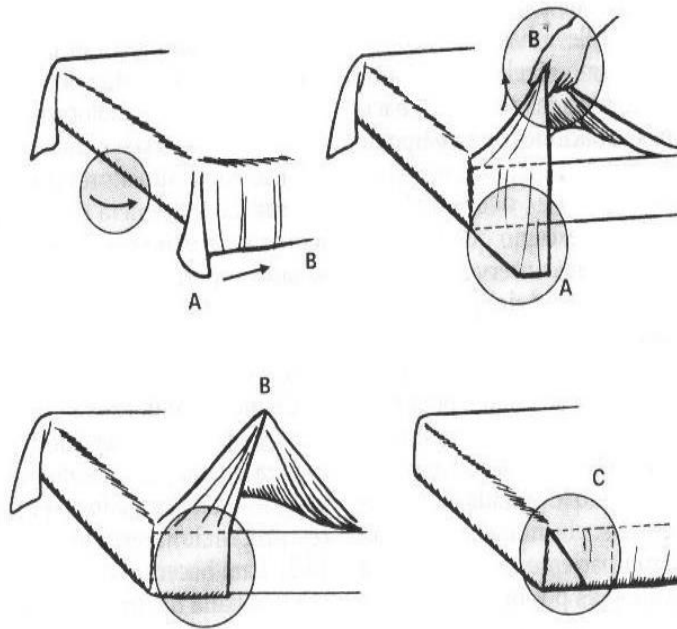


11. Pasar al otro lado de la cama.
12. Estirar la sábana base por el lado de la cabecera e introducirla debajo del colchón; hacer la cartera lateralmente e introducir la sabana clínica y la sabanilla debajo el colchón junto con la sabana base.
13. Pasar al otro lado de la cama.
14. Colocar la sabana superior en el borde superior del colchón y extenderla longitudinalmente; la mitad de la sabana quedara en acordeón en el centro de la cama.
15. Colocar el cobertor a 25cm por abajo del borde superior del colchón; la mitad quedara en el centro de la cama.
16. Colocar la colcha de 5 a 10 cm. Por arriba del cobertor e introducir el borde superior debajo del mismo.
17. En la cabecera doblar sobre sí misma la sábana superior haciendo dos dobleces para cubrir cobertor y colcha.

Fig. 5.



18. Introducir la parte inferior de las tres piezas (sábana, frazada y cobertor) abajo del borde inferior del colchón (pies) hacer dobles en "ángulo".
19. Pasar al otro lado de la cama
20. Estirar toda la ropa; en la cabecera realizar los mismos pasos introducir el sobrante de toda la ropa bajo los pies y hacer dobles en "ángulo".



21. Colocar la funda a la almohada y ponerlo en la cabecera
22. Lavarse las manos con agua y jabón.

- **Cama partida.**

1. Lávese las manos.
2. Utilice guantes de procedimiento.
3. Suelte el cobertor de los pies.

4. Doble el cobertor en forma horizontal, desde los pies hacia la cabecera.
5. Doble la sábana que cubre al paciente y la frazada en forma horizontal, desde la cabecera a los pies.
6. Coloque un hule si procede. (Plástico grande)
7. Una vez realizado el procedimiento (sondeo curación, aseo genital, otro), ordene la cama en el siguiente orden:
 - Doble frazada y sábana hacia la cabecera del paciente.
 - Doble cobertor hacia los pies del paciente.
8. Deje cómodo al paciente.
9. Ordene el material utilizado.
10. Retírese guantes de procedimiento.
11. Lávese las manos.
12. Registre el procedimiento.



Semana 4

- **Cama abierta (ocupada por un paciente)**

1. Quitar la ropa de encima del paciente.
 - Suelte la ropa de encima, a la altura de los pies de la cama, y quite la colcha y la manta
 - Deje la sábana de arriba sobre el paciente (para no desabrigarlo).
2. Coloque la cama en la posición plana, si el estado del paciente lo permite (Decúbito supino).
3. Cambiar la sábana de abajo y la sabanilla.
 - Ayude al paciente a girarse hacia el lado contrario de donde está la ropa limpia (Decúbito lateral).

- Suba la barandilla lateral cercana al paciente. *Esto protege al paciente de caídas.* Si no hay barandillas laterales, otra persona sostendrá al paciente, colocándose en el otro lado de la cama.
 - Afloje las ropas de abajo del lado de la cama, donde está la ropa limpia.
 - Doble en acordeón las sabanillas y la sábana de abajo en el centro de la cama.
 - Coloque la sábana de abajo limpia sobre la cama, y doble verticalmente, en forma de acordeón, la mitad que se va utilizar para el lado más apartado de la cama, tan cerca del paciente como sea posible. Meta la sábana bajo la mitad más próxima del colchón, y doble la esquina en forma de triángulo.
 - Coloque la sabanilla limpia sobre la cama con el pliegue central en el centro de la cama. Doble la mitad superior, en forma de acordeón, verticalmente sobre el centro de la cama, y meta el extremo más próximo bajo ese lado del colchón.
 - Ayude al paciente a darse la vuelta hacia usted, sobre el lado limpio de la cama. El paciente se gira sobre la ropa doblada en forma de acordeón de la parte central de la cama.
 - Mueva las almohadas hacia el lado limpio para que las utilice el paciente. Levante la baranda lateral antes de dejar ese lado de la cama.
 - Diríjase al otro lado de la cama, y baje la baranda lateral.
 - Retire la ropa usada, y colóquela en la bolsa de ropa sucia.
 - Estire y alise la funda del colchón para eliminar las arrugas. Desdoble la sábana de abajo, dejándola uniforme y sin arrugas, y meta la parte sobrante debajo del colchón.
 - Estando enfrente del lateral de la cama, utilice las dos manos para estirar la sábana de abajo dejándola uniforme y sin arrugas, y meta la parte sobrante debajo del colchón.
 - Desdoble la sabanilla, doblada en acordeón, sobre el centro de la cama, y estírela firmemente con ambas manos.
4. Volver a colocar al paciente en el centro de la cama:
- Vuelva a colocar las almohadas en el centro de la cama.
 - Ayude al paciente a colocarse en el centro de la cama. Decida qué posición necesita o prefiere el paciente, y ayúdele a adoptar esa posición.
5. Colocar o completar las ropas de encima:
- Extienda la sábana de arriba sobre el paciente, y pídale que sostenga el extremo superior de la sábana o métala bajo los hombros. La sábana debe permanecer sobre el paciente cuando retire la sábana usada.
 - Complete la parte superior de la cama.



- **Cama de anestesia.**

1. Lávese las manos.
2. Reúna el set de ropa.
3. Utilice guantes de procedimiento.
4. Retire ropa sucia y dispóngala en una bolsa.
5. Retírese los guantes y realice lavado clínico de manos.
6. Proceda a hacer la base de la cama con su respectiva sana de base y sabanilla.
7. Disponga la sabana de encima sin fijarla, lo mismo se hace con las frazadas y las colchas.
8. Tome uno de los extremos y coloque la punta hacia el centro de la cama.
9. Tome el otro extremo y coloque la punta hacia el centro de la cama.
10. Doble el triángulo realizado en sentido longitudinal.
11. Lávese las manos.
12. Registre el procedimiento.



Actividad semana 2,3 y 4.

1. En relación a la guía anterior: Posiciones.

Mencione procedimientos que se realicen en cada una de las posiciones mencionadas en la guía, incluya una definición de cada procedimiento. (No puede utilizar los procedimientos mencionados en la guía).

Por ejemplo: Aseo quirúrgico por gangrena de fournier en posición de litotomía. El aseo quirúrgico consiste en una técnica que consiste en la eliminación del tejido esfacelado o necrótico de una herida o úlcera.

Bibliografía.

1. Ministerio de Salud. 2015. **Úlceras por presión: Prevención, tratamiento y cuidados de enfermería**. Obtenido de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/ULCERAS-POR-PRESION-MINISTERIO.pdf>
2. Instituto nacional de heridas. 2017. **Manejo y tratamiento de las heridas y úlceras: Valoración y clasificación**. Obtenido de: https://inheridas.cl/wp-content/uploads/2017/03/Guia_1_Manejo_y_Tratamiento_de_las_Heridas_y_Ulceras.pdf
3. **Potter A. Patricia, Perry Anne Griffin**, (2005). **Fundamentos de Enfermería** (5ª ed.) Barcelona, España: Editorial Elsevier Mosby.
4. **Guía de taller nº 7, Asignatura Técnicas básicas de enfermería: Confección de diversos tipos de cama hospitalaria en las distintas etapas del ciclo vital**". ESCUELA DE SALUD, Duoc UC.

Respuestas Actividades.

Actividad 1:

2. Las tunelizaciones y los bolsillos representan la pérdida de tejido por debajo de la superficie intacta de la piel, los bolsillos usualmente comprometen un gran porcentaje de los márgenes de la herida y son más profundos que las tunelizaciones, además comprometen el tejido subcutáneo hasta planos de la próxima herida. Los bolsillos se definen como una erosión de los bordes de la herida, mientras que las tunelizaciones son separaciones de la fascia de la piel formando lo que se conoce como tractos sinuosos. Una parte indeterminada puede formar una especie de caverna, mientras otra parte forma túneles como un subterráneo. La tunelización a diferencia de los bolsillos compromete solo una pequeña porción de los márgenes de la herida, son largos y estrechos y por lo general tienen la misma destinación.

3. El término lesión por presión hace referencia a una lesión localizada en la piel y/o en el tejido subyacente, por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de una presión, o en combinación con cizallamiento.

El cambio de UPP a LPP se da mayoritariamente porque dentro de la clasificación de las UPP se considera incluso cuando no existe herida (Eritemas), por lo que ulcera no calzaría con la definición.