

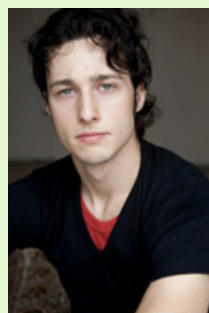
U.T. 3.- La piel. Higiene y aseo de personas en situación de dependencia.



Caso práctico



Ha llegado el verano y **María**, la que fue tutora laboral de **Ángel** en la Residencia de ancianos donde hizo sus prácticas del ciclo, ha llamado a éste porque necesitan contratar a un Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia. **Ángel** ha aceptado encantado, pues ya conoce a la mayoría de los usuarios y los compañeros con los que trabajará en este centro. Le han dicho que entrará en el primer turno de la mañana, lo que le hace recordar que, junto a los



otros técnicos, lo primero que harán con los usuarios serán los procedimientos de aseo personal, sobre todo de los pacientes más dependientes para esta tarea, para los cuales además tendrá que vigilarles el estado de la piel y prevenir, en la medida de lo posible, la aparición de úlceras por presión.

¿Será importante qué conozcamos cómo realizar los procedimientos de aseo en los pacientes según su grado de dependencia? ¿Y saber lo qué es una úlcera por presión, sus localizaciones más frecuentes y cómo prevenir las? ¿Ayudará todo esto a **Ángel** a aumentar la calidad de vida de los usuarios?



Materiales formativos de FP Online propiedad del Ministerio de Educación y Formación Profesional.

[Aviso Legal](#)

1.- Anatomía y fisiología de la piel.



Caso práctico

Ángel comienza hoy a trabajar en la Residencia de ancianos donde realizó su FCT. La mayoría de los usuarios aún se acordaban de él por lo que les ha dado mucha alegría ver que volvía a allí a trabajar como técnico. Efectivamente, su primera función en el día será la higiene de los pacientes, mediante la cual además, observará el estado de la piel de los pacientes y procurará mantenerla en el mejor estado posible para que ésta cumpla sus funciones. ¿Debemos conocer cuáles son? ¿Y la anatomía de la piel sana?

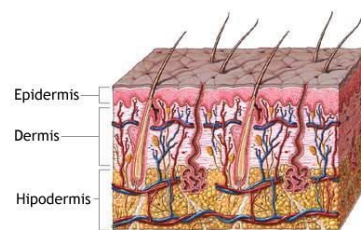
La **piel** es una capa de tejido que cubre toda la superficie corporal constituyendo una barrera de protección del organismo frente al medio externo.

La **piel**, por su localización y estructura, **puede realizar diferentes funciones entre las que destacan:**

- ✓ **Protección.** Es capaz de evitar la entrada de microorganismos, la **deshidratación**, proteger frente a diferentes lesiones térmicas, químicas o mecánicas.
- ✓ **Sensorial.** Contiene **receptores** para **estímulos** diferentes tales como la temperatura, el dolor o el tacto.
- ✓ **Regulación térmica.** A través de mecanismos circulatorios, tales como la **vasodilatación** o **vasoconstricción**, es capaz de ceder o mantener el calor del organismo, respectivamente, cuando cambia la temperatura ambiental. Además tiene una zona con tejido graso que nos aísla del frío y, glándulas sudoríparas, las cuales producen sudor para ayudar a la refrigeración del cuerpo.
- ✓ **Excreción.** Podemos eliminar sustancias de desecho a través de la piel por el sudor.
- ✓ **Síntesis.** En la piel se sintetiza la vitamina D con ayuda de la luz ultravioleta.

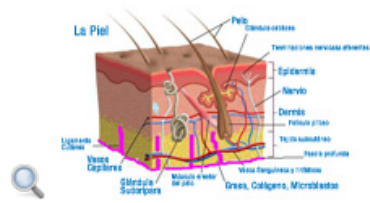
Como ya hemos mencionado, para que la piel puede llevar a cabo estas funciones debe tener una estructura determinada que consiste en **tres capas:**

- ✓ **Epidermis:** es la capa más externa. Está formada por **células**, que a su vez se agrupan en diferentes capas. La superior está formada por células planas rellenas de una sustancia de protección externa, la queratina, y que terminan descamándose de la piel resultando un proceso renovador de ésta. Además contiene otro tipo de células, los melanocitos, responsables de la pigmentación de la piel.
- ✓ **Dermis:** se encuentra debajo de la epidermis. Entre las células que la forman hay receptores nerviosos, vasos sanguíneos y glándulas de dos tipos, sudoríparas y sebáceas.
- ✓ **Hipodermis o tejido subcutáneo:** es la capa más interna de piel y está formada por tejido adiposo el cual confiere la capacidad de aislar térmicamente al organismo.



adam.com

Además de estas tres capas, en la piel aparecen unas estructuras denominadas **anejos cutáneos** que son el pelo, las uñas y las glándulas de la piel, sudoríparas y sebáceas, que segregan sudor y **sebo**, respectivamente.



2.- Lesiones cutáneas.



Caso práctico

Ángel mientras realiza en aseo personal a los pacientes observará el estado de su piel ya que es frecuente la aparición de determinadas lesiones en ésta. ¿Será importante que distingamos la aparición de lesiones cutáneas en los usuarios o usuarias a los que les realicemos el aseo?

Son cambios que se producen en la piel y que pueden ser indicativas de enfermedad o daño cutáneo. Podemos distinguir dos tipos:

- ✓ **Lesiones primarias:** se producen sobre piel sana. A su vez pueden ser:
 - ◆ **Con cambio de color:** como el **eritema** que es un enrojecimiento de la piel, o la **mácula**, que se refiere a mancha de cualquier color.



- ◆ **Con contenido líquido:** son lesiones, de menor o mayor tamaño que pueden contener **líquido seroso** o **hemorrágico**, y que se denominan **vesículas** o **ampollas**, respectivamente. Cuando este contenido es purulento tenemos las llamadas **pústulas**.
 - ◆ **Lesiones sólidas:** también reciben diferentes nombres según sus características, así tenemos la **pápula**, que es una pequeña protuberancia aplanada, el **nódulo**, que es algo mayor de tamaño y palpable, el **habón** o **roncha**, la cual se caracteriza por ser ligeramente protuberante, estar rodeado de **edema** y producir picor.
- ✓ **Lesiones secundarias:** aparecen como consecuencia de una alteración patológica. A su vez se dividen en:
 - ◆ **Lesiones por pérdida de sustancia:** existe pérdida de tejido en la lesión. Según la capa de la piel que afecte tenemos la erosión, donde se afecta la epidermis, la **fisura**, en la que se produce una hendidura lineal que afecta a epidermis y dermis, y la **úlcer**a, que es una lesión en la que la pérdida de sustancia puede afectar hasta la hipodermis e incluso tejidos más profundos.
 - ◆ **Lesiones por modificación de lesiones primitivas:** dentro de este grupo está la **costra**, donde existen restos de suero, sangre o pus solidificados en la superficie de la piel, y la **escara**, caracterizada por la acumulación de **tejido necrótico**.



Autoevaluación

Una lesión cutánea primaria es:

- La úlcera.

- El nódulo.

La ampolla.

La costra.

Mostrar retroalimentación

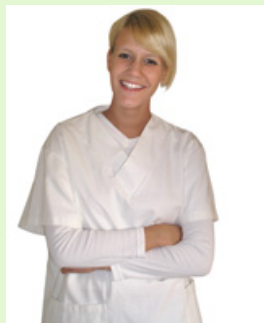
Solución

1. Incorrecto
2. Correcto
3. Correcto
4. Incorrecto

3.- Enfermedades cutáneas.



Caso práctico



A **Ángel** le ha tocado hoy empezar con los pacientes de la segunda planta, concretamente con la habitación 25. Ha conseguido desenvolverse bien con las tareas de aseo pues eran personas bastante autónomas que han colaborado en todo momento con él. Sin embargo, al llegar a la habitación 27 y empezar a ayudar a desnudar al paciente para su higiene, ha observado algo anormal en su piel. Entonces, ha decidido llamar a **Clara**, la enfermera, pues no sabe si a este usuario podrá asearlo como a los demás o tendrá que tener en cuenta alguna medida en concreto para ello.

Clara ha ido a la habitación y le ha dicho que es psoriasis, una enfermedad crónica que afecta a la piel que suele aparecer en brotes relacionados con determinados factores: estrés, hormonas.. y, que le dará una pomada para que le aplique cuando termine con el aseo que ayudará a curarle la lesión. ¿Debemos saber lo que es una enfermedad cutánea? ¿Influirá esto en la ayuda que prestemos al paciente?

Para su estudio podemos clasificarlas en tres grupos:

1. **Enfermedades infecciosas:** según su origen pueden ser bacterianas, como la **foliculitis**; víricas, como el **herpes simple**, las micosis o infecciones producidas por hongos, estudiadas en la unidad de trabajo 1.



2. **Tumores cutáneos:** se forman por el crecimiento anormal celular. A su vez pueden ser benignos y malignos. Un ejemplo de este último tipo, producido por la exposición prolongada al sol es el **melanoma**.
3. **Otras enfermedades:** como la **psoriasis**, que es una patología crónica que se caracteriza por la aparición de placas rojizas cubiertas de escamas, frecuentes en codos y rodillas o la **dermatitis**, que es una reacción inflamatoria de la piel.



Autoevaluación

Podemos decir que el herpes labial es:

- Una infección producida por bacterias.
- Una infección producida por hongos.
- Una infección producida por un virus, el herpes simple.
- Un tumor cutáneo.

No es correcta, intenta leer más despacio el enunciado.

No es correcta porque en este caso recibiría el nombre de micosis.

Efectivamente, has contestado correctamente.

No es correcta, en este caso se llamaría melanoma.

Solución

1. Incorrecto
2. Incorrecto
3. Opción correcta
4. Incorrecto

4.- Heridas.



Caso práctico



Ha llegado el fin de la jornada laboral de **Ángel** y cuando va camino de los vestuarios para cambiarse, de lejos ve a **Alfonso**, un anciano de la residencia al que ya conocía. Éste se acerca a saludarlo cuando tropieza y cae al suelo. **Ángel** le ayuda a levantarse y ve que se ha raspado la mano haciéndose una pequeña herida sin más daños. Lo acompaña a la enfermería pero ya **Clara** se ha ido a comer por lo que decide dejarle la herida limpia y desinfectada para evitar complicaciones, por lo menos, hasta que **Clara** vuelva.

¿Será importante distinguir una herida leve de la que no lo es? ¿Y tener algo de conocimientos para aplicar una cura de primeros auxilios?

El concepto de **herida** podemos definirlo como una lesión producida por la falta de continuidad en un órgano o tejido, normalmente causada por un traumatismo.

Su proceso de curación va a depender de diferentes factores como la ubicación de la herida, su tamaño y gravedad. Cuando en la herida no se produzca pérdida de tejido, como puede ocurrir en una incisión quirúrgica, ésta cura fisiológicamente más rápido y con una cicatriz menor, a diferencia de las heridas en las que sí hay pérdida de tejido. Durante la curación también pueden producirse algunas complicaciones como son las infecciones, hemorragias, 🩹 dehiscencia, 🩹 evisceración...

Aunque ya estudiarás en el módulo de Atención Sanitaria la curación de las heridas, aquí destacaremos de manera general los principales pasos a seguir que son:

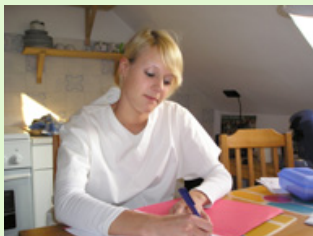
- ✔ Limpiar la herida con agua abundante.
- ✔ Desinfectar con antiséptico desde la herida hacia el exterior.
- ✔ Cubrirla con una gasa estéril.
- ✔ Acudir al médico.



5.- Úlceras por presión.



Caso práctico

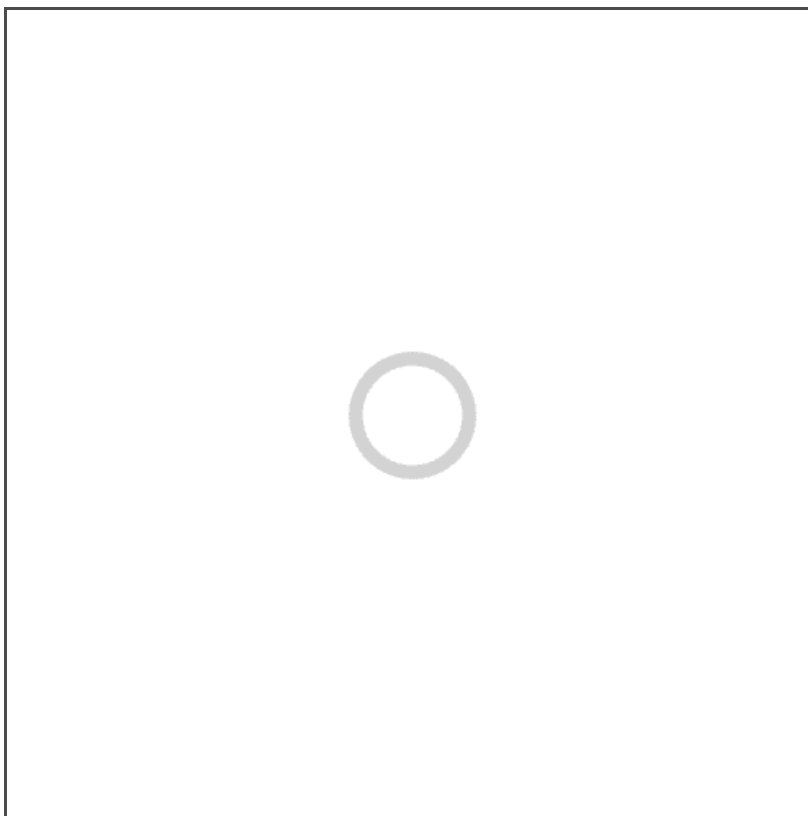


Ángel ha llegado hoy más temprano a la Residencia y, al ir a desayunar, se ha encontrado con **Clara** la cual parecía estar bastante concentrada estudiando algo.

Él le ha preguntado sobre qué era y ella le ha dicho que repasa las escalas de valoración de riesgos de sufrir úlceras por presión que se le han hecho a los pacientes de nuevo ingreso y, que en general, como son más dependientes este riesgo es bastante elevado lo que supondrá una planificación de medidas de prevención muy importante y la ejecución de éstas, donde **Ángel** jugará un papel fundamental. ¿Cuáles serán estas medidas? ¿Qué pacientes tienen más riesgos de sufrir este tipo de lesiones? ¿Por qué es tan importante la intervención de **Ángel**?

La calidad de los cuidados sanitarios está íntimamente relacionada con la aparición de las úlceras por presión ya que aproximadamente el 95% de estas lesiones se pueden evitar si se establecen las medidas preventivas adecuadas. Es por ello, por lo que nosotros, como **TAPSD** debemos participar en esta tarea muy activamente, mejorando así enormemente la calidad de vida del paciente.

El siguiente animación nos servirá de introducción sobre aspectos relacionados con las úlceras por presión que más adelante estudiaremos más detalladamente.



[Resumen textual alternativo](#)
[DESCARGAR PRESENTACIÓN](#)

5.1.- Concepto.

Las **úlceras**, como ya hemos mencionado anteriormente, son lesiones producidas en la piel en las que existe pérdida de sustancia lo que les confiere dificultad para su cicatrización.

Las **úlceras por presión (UPP)** son aquellas cuyo origen está, como su nombre indica, en la presión que sufre la piel en determinadas zonas. Esta presión, producida entre una **prominencia ósea** internamente y una superficie dura externa, comprime los capilares arteriales a través de los cuales, en condiciones normales, llegarían los nutrientes y el oxígeno a las células. En esta situación de **isquemia** esto no es posible por lo que las células se mueren y se produce una **necrosis** del tejido originando la úlcera.

A veces también se les conoce como **úlceras por decúbito** aunque este concepto debe dejarse para referirse a las úlceras por presión que aparecen en el paciente cuando éste se encuentre en decúbito o acostado. Por lo que es mejor, de manera genérica utilizar el término úlceras por presión.

Las localizaciones más frecuentes de aparición de las úlceras por presión, y por lo tanto, las de mayor vigilancia por nuestra parte hacia el paciente son: el sacro y los talones, no obstante, otras zonas donde también suelen aparecer por coincidir con prominencias óseas y, por tanto, zonas de presión son: trocánter, piernas, pies, maléolos o tobillos, glúteos, escápulas, isquion, codos, occipital, **apófisis** vertebrales, orejas, rodillas y zona genital. Evidentemente, prevalecerá una u otra situación condicionado a la posición en la que se encuentre el paciente.



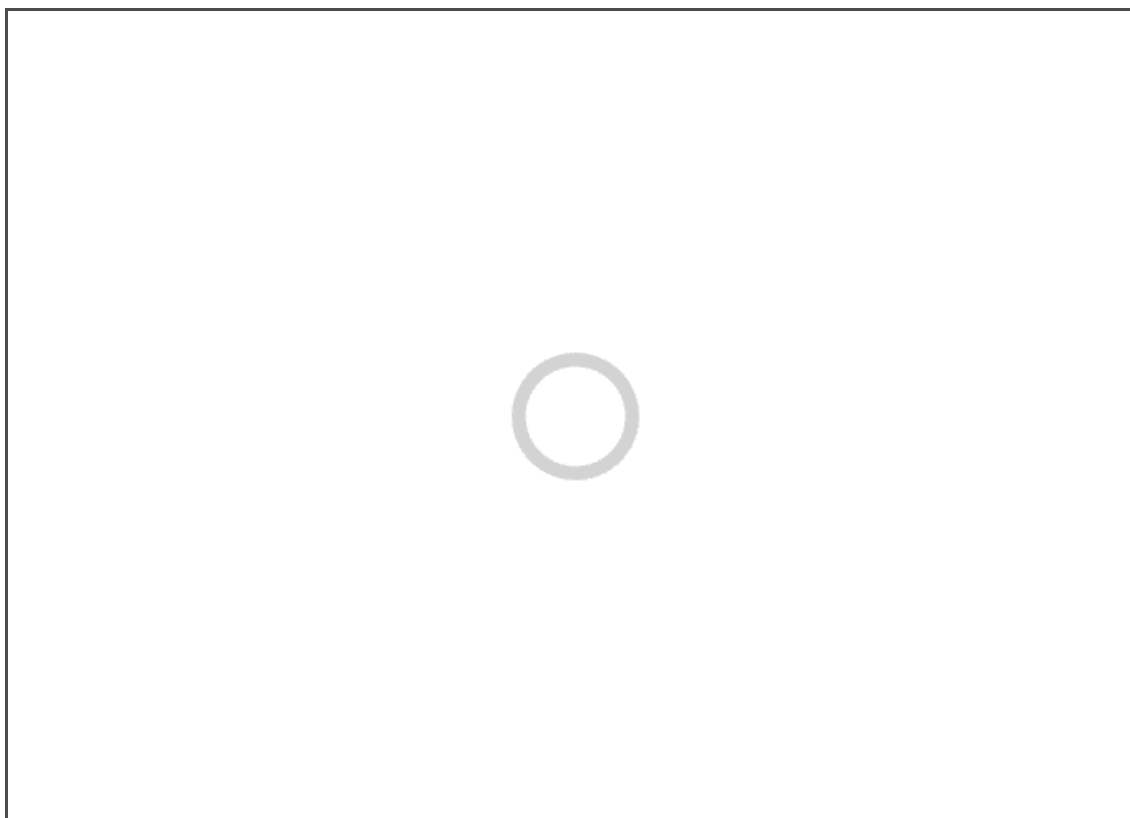
5.2.- Estadíos.

Las UPP, como **heridas crónicas** que son, tienen un desarrollo a través de diferentes fases o estadíos según su profundidad, lo que implicará la afectación de diferentes capas o estructuras y la producción de determinadas lesiones. Estas características se utilizan para clasificarlas de la siguiente manera:

Clasificación caracterizada de las UPP.

ESTADÍO	DENOMINACIÓN	ESTRUCTURA AFECTADA	LESIÓN PRODUCIDA
I	UPP Grado I	Epidermis.	Eritema.
II	UPP Grado II	Epidermis y dermis.	Ampolla.
III	UPP Grado III	Epidermis, dermis e hipodermis.	Escara.
IV	UPP Grado IV	Epidermis, dermis, hipodermis, músculo y hueso.	Necrosis ulceral e infección.

En la siguiente animación puedes ver esta clasificación en ejemplos concretos fotografiados:



[Resumen textual alternativo](#)
[DESCARGA PRESENTACIÓN](#)



Autoevaluación

Si vemos en la espalda de un paciente con problemas de movilidad un eritema que no desaparece con los cambios posturales podemos pensar que tiene una UPP:

- Grado I.

- Grado II.
- Grado III.
- Grado IV.

Efectivamente, ya que esta es la lesión característica de esta fase de la UPP.

No es correcta porque en este caso suelen aparecer ampollas.

No es correcta porque en este estadio está afectada hasta la hipodermis.

No es correcta, en este puede observarse afectación del músculo.

Solución

1. Opción correcta
2. Incorrecto
3. Incorrecto
4. Incorrecto

5.3.- Prevención.

Como ya sabemos, las UPP son lesiones prevenibles en un alto porcentaje, es por ello, por lo que debe ser un objetivo profesional nuestro. Sin embargo, debemos distinguir previamente los factores predisponentes para sufrir esta lesión, ya que, sobre algunos de ellos podremos actuar más que sobre otros, es el caso de los factores que actúan desde el exterior sobre el organismo o también conocidos como extrínsecos, frente a los que son característicos del propio paciente o intrínsecos.

✓ Factores extrínsecos:

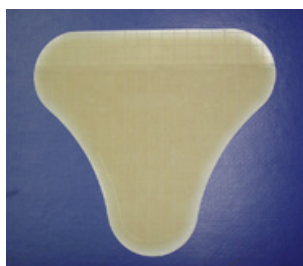
- ◆ **Enfermedades nerviosas o motoras** que pueden contribuir tanto a la pérdida de sensibilidad al dolor como a la dificultad por parte del paciente de cambiar de posición corporal por sí mismo.
- ◆ **Deficiencias nutricionales** que contribuyan a un estado de fragilidad de la piel mayor.
- ◆ **Inconsciencia**, lo que impide al paciente cambiar de posición autónomamente.
- ◆ **Peso del paciente tanto mayor como menor del normal**; el sobrepeso influye en una mayor presión y la delgadez en que la piel tenga menos grosor y, por tanto, se erosione antes.

✓ Factores Extrínsecos:

- ◆ **Presión.** Es la fuerza a la que está sometida una superficie determinada, por tanto, esta presión será mayor conforme mayor sea también la fuerza y/o menor el área de la superficie. Un ejemplo sencillo para comprender esto es diferenciar la presión que sufrimos al ser pisados con un zapato de tacón fino frente a uno plano. Efectivamente, con el de tacón (que tiene menor superficie) la presión es mayor y por tanto el daño también. Esto es lo que ocurre en las zonas de la piel sometidas a la presión de las prominencias óseas o de menor superficie.
- ◆ **Fricción.** Es el roce que sufre la piel con la superficie de contacto. Cuanto mayor sea, mayor afectación de la integridad de la piel.
- ◆ **Humedad.** Dispone, junto con el calor, a la **maceración** de la piel.
- ◆ **Tiempo.** Cuanto mayor sea el tiempo al que sometemos a la piel a sufrir presión, fricción y humedad mayor será el riesgo de sufrir UPP.

Entendiendo los factores predisponentes a sufrir UPP comprenderemos las **medidas de prevención más frecuentes utilizadas, que son:**

- ✓ **Cambios posturales.** Serán individualizados y con una frecuencia de 2-3 horas durante todo el día. Si no hay contraindicaciones utilizaremos los decúbitos estudiados en el módulo de Atención Sanitaria, supino, prono y los dos laterales siempre evitando arrastrar al usuario. Estos cambios, además de disminuir los puntos de presión, nos servirán para vigilar el estado de la piel del paciente, aplicar cremas y darle masajes.
- ✓ **Utilización de dispositivos de apoyo.** Sirven para acomodar al paciente y disminuir la presión, bien, sobre superficies mayores como los colchones antiescaras, vistos en la unidad anterior o dispositivos de aplicación local tipo cojines o **apósitos** de diseño especial para la zona a proteger.
- ✓ **Mantener la sábana bajera sin arrugas ni partículas**, tampoco debe arrastrarse al paciente sobre ella pues esto aumentaría la fricción.
- ✓ **Medidas higiénicas que eviten la suciedad y la humedad en la piel.** Debemos limpiar y secar la piel meticulosamente, sobre todo en los pliegues cutáneos. También debemos mantener seca la ropa del paciente y la lencería de su cama para lo que ayudará el uso de absorbentes.
- ✓ **Vigilancia del estado nutricional del paciente.** Debemos procurar la ingesta adecuada de líquidos y de la dieta prescrita para el paciente, que normalmente, en el caso de las UPP es rica en proteínas.



5.4.- Tratamiento.

Debemos resaltar que, en el caso de las UPP, la primera medida curativa es la **prevención** ya que son heridas de en proceso largo de curación en el que además pueden complicarse y hacerse aún más difícil su curación.

Debemos perseguir dos objetivos principales para tratar las UPP:

- ✓ Facilitar su cicatrización.
- ✓ Evitar la extensión y demás complicaciones.

Para conseguir esto debemos:

- ✓ Limpiar la herida, siempre utilizando suero fisiológico, pues el uso de antisépticos dificulta la regeneración del tejido nuevo por su toxicidad.
- ✓ Eliminar el tejido necrótico o muerto, también conocido como desbridamiento.
- ✓ Mantener el correcto grado de humedad de la herida para favorecer su cicatrización.
- ✓ Determinar si existe o no infección en la úlcera.
- ✓ Aislar la herida con apósitos específicos para evitar la entrada de microorganismos.
- ✓ Cuidados de la piel que rodea la UPP para evitar su extensión.



Nosotros como TAPSD debemos de colaborar en el proceso de cura que realizará el equipo de enfermería en función del tipo de úlcera a tratar. **Nuestras funciones serán:**

- ✓ Preparar todo el material necesario.
- ✓ Participar en asegurar la esterilidad de la técnica.
- ✓ Recoger todo el material una vez terminada la cura.
- ✓ Acomodar al paciente en la posición adecuada según el plan de cambios posturales indicado.



Debes conocer

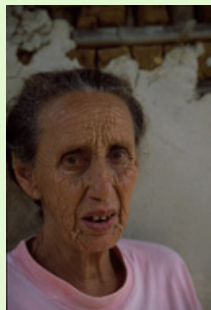
En el siguiente documento podrás conocer algo más sobre las UPP, concretamente cómo valorar el riesgo de aparición en los pacientes.

[Anexo I. Valoración del riesgo de UPP.](#)

6.- Carro de curas.



Caso práctico




Desde la sala de curas de la Residencia han llamado a **Ángel** cuando éste estaba terminando de ayudar a dar el desayuno a los usuarios y usuarias. Le han dicho que suba a buscar el carro de curas y que lo termine de preparar si es necesario, porque, **Clara** debe utilizarlo en la primera planta, donde se encuentran los pacientes más dependientes, para realizarles allí las curas necesarias. Entre estos pacientes se encuentra **Laura**, una anciana que necesita la revisión y cura diaria de una UPP.

¿Qué es y para qué sirve el carro de curas? ¿Debemos saber prepararlo y mantenerlo siempre disponible correctamente para su uso?

La piel, al ser la capa externa que nos protege, es la primera que se lesiona frente a agentes externos. Es por ello por lo que en el ambiente sanitario es frecuente la realización de curas y es muy útil para tal fin tener preparado en carro de curas.

El **carro de curas** es un elemento metálico, dispuesto de ruedas y dos bandejas, una superior y otra inferior, además de un recipiente para bolsa de sucio, que constituye un sistema de transporte para el material de curas.

Debemos procurar siempre su limpieza, orden y reposición del material para lo que lo vaciaremos diariamente, aplicaremos el desinfectante indicado y al volver a cargarlo debemos tener en cuenta que en la bandeja inferior se colocan paquetes de gasas estériles, los  paños de campo, guantes, vendas y algodón, y en la superior, la caja de cura, que incluye el material médico-quirúrgico necesario, batea, antisépticos, pomadas, esparadrapos y apósitos.

Además del material a veces se incluye una lista de todo lo que debe contener el carro.



7.- Atención a las necesidades de higiene.



Caso práctico



Nuni es la fisioterapeuta de la Residencia y hoy ha querido reunirse con los técnicos para comentarles que han ingresado dos pacientes nuevos recién operados de cadera.

Esto, va a influir en las actividades de la vida diaria de estos dos usuarios por lo que las ayudas que presten los técnicos también se verán modificadas. Es el caso de la atención a las necesidades de higiene, que, como **Ángel** ya había comprobado, estos pacientes eran autónomos para ello y sólo tenía que prepararles el material para el aseo, ahora, sin embargo, esta tarea deberá hacerla él con los pacientes encamados. ¿Debemos conocer los diferentes procedimientos de aseo sabiendo adaptarlos a las necesidades del paciente?

👉 **Virginia Henderson** recoge la **higiene**, entendida como sinónimo de aseo, dentro de las necesidades básicas de las personas. Además, debemos tener en cuenta que para que la piel pueda cumplir su función primordial de protección debe estar íntegra y en buen estado, es, por todo esto, por lo que la higiene del paciente debe constituir una actividad básica que debemos incluir en nuestro plan de cuidados, sobre todo, en pacientes dependientes para ello.



Mediante el aseo del paciente contribuimos a:

- ✓ Conservar el buen estado de la piel y sus anejos.
- ✓ Evitar la acumulación de suciedad, secreciones y el crecimiento bacteriano.
- ✓ Estimular la circulación sanguínea.
- ✓ Vigilar el estado de la piel y del paciente en general a la hora de desenvolverse en esta actividad.
- ✓ Mejorar la autoestima, bienestar y confort del usuario.
- ✓ Favorecer la relación de ayuda técnico-paciente.



Para saber más

En el siguiente enlace tenemos información para conocer la importante figura de Virginia Henderson en el mundo de la enfermería.

 [Virginia Henderson.](#)

7.1.- Los lavados y baños parciales.

Los **lavados y baños parciales** son técnicas destinadas al aseo de zonas concretas. Pueden realizarse junto al aseo general, es decir, el realizado sobre toda la superficie corporal, o bien, por separado puesto que su frecuencia puede variar según las necesidades del paciente. Cuando él pueda realizarlos se le proporcionará el material y será autónomo para su realización.



Autoevaluación

Mediante el aseo no contribuimos a:

- Conservar el buen estado de la piel y sus anejos.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Vigilar el estado de la piel y del paciente en general a la hora de desenvolverse en esta actividad.
- Empeorar la autoestima, bienestar y confort del usuario.

Cuidado al leer, ya que con el aseo sí conservamos el buen estado de la piel.

No es correcta puesto que con el aseo sí estimulamos la circulación.

No es correcta porque mediante el aseo sí contribuimos a vigilar el estado del paciente.

Efectivamente, lo que hacemos no es empeorar sino mejorar su autoestima, bienestar y confort.

Solución

1. Incorrecto
2. Incorrecto
3. Incorrecto
4. Opción correcta

7.1.1.- Lavado de manos.

Debemos procurar este lavado en el paciente **varias veces al día** siendo imprescindible antes de las comidas o tras ir al váter. Para realizarlo debemos sentarlo en el borde de la cama y acercarle la mesa carro-bandeja sobre la que habremos puesto previamente una palangana con agua tibia, jabón neutro y una toalla pequeña. Si el paciente no pudiese adquirir esta posición o lo tuviese contraindicado, haremos lo mismo pero colocándole en **posición de Fowler**. Además, cada 10 días aproximadamente, debemos proponerle un lavado de manos más exhaustivo en el que deberá mantener las manos en la palangana durante diez minutos, lo que facilitará el ablandado de las **láminas ungueales** y su posterior arreglo. Además, con un cepillo, limpiaremos el **espacio subungueal**, ubicación frecuente de microorganismos. Al terminar el proceso de lavado, secaremos bien las manos haciendo hincapié en **pliegues interdigitales** para evitar el crecimiento de hongos que se favorecería con la humedad.

Si es preciso el **corte de las uñas** utilizaremos unas tijeras de punta roma o cortaúñas siguiendo la forma del dedo pero siempre dejando los bordes enrasados con las puntas de estos para prevenir la formación de uñas encarnadas. Luego podemos realizar un limado para pulir los bordes. Además si la uña es muy gruesa podemos limar por encima para disminuir su grosor y facilitar el corte.

Para el arreglo de uñas es preciso saber si el paciente es diabético o tiene problemas de cicatrización porque en estos casos no deben cortarse las uñas sino sólo limarlas puesto que una pequeña herida podría derivarle en un problema mayor.



7.1.2.- Lavado de cara.

En este normalmente utilizaremos **sólo agua o suero, sin jabón**. Lo haremos cada mañana y animaremos al paciente a que sea él quien lo realice. Luego secaremos bien y podemos aplicar un poco de crema hidratante con un suave masaje. En el lavado de la cara incluimos también el de los ojos, que lo llevaremos a cabo con una gasa humedecida que pasaremos desde el ángulo interno al externo del ojo.

Si el paciente además requiere afeitado deberás ayudarle también a ello. En algunas residencias tienen un profesional, normalmente de peluquería, que se encargará de esta función, pero sí debes hacerlo tú tienes que tener en cuenta que debes evitar las erosiones, llevando a cabo el afeitado con delicadeza y teniendo en cuenta que las maquinillas eléctricas son menos lesivas por lo que se hará siempre uso de éstas en casos de pacientes **diabéticos** o con tratamientos **anticoagulantes**.



Autoevaluación

La higiene de los ojos la realizamos:

- Del ángulo interno al externo.
- Del ángulo externo al interno.
- Del párpado superior al párpado inferior.
- Del párpado inferior al párpado superior.

Efectivamente, esa es la opción correcta.

No es correcta, lee más despacio las opciones.

No es correcta, inténtalo otra vez.

No es correcta, ten cuidado y contesta de nuevo.

Solución

1. Opción correcta
2. Incorrecto
3. Incorrecto
4. Incorrecto

7.1.3.- Lavado de pelo.

La frecuencia de este procedimiento variará según las necesidades del paciente. Si es recomendable proponer al paciente un corte de pelo o peinado fácil de mantener para que él mismo pueda arreglarlo de forma autónoma. Recuerda que una buena imagen mejorará la autoestima del usuario.

Para el lavado del cabello en la cama debemos seguir el siguiente protocolo de actuación:

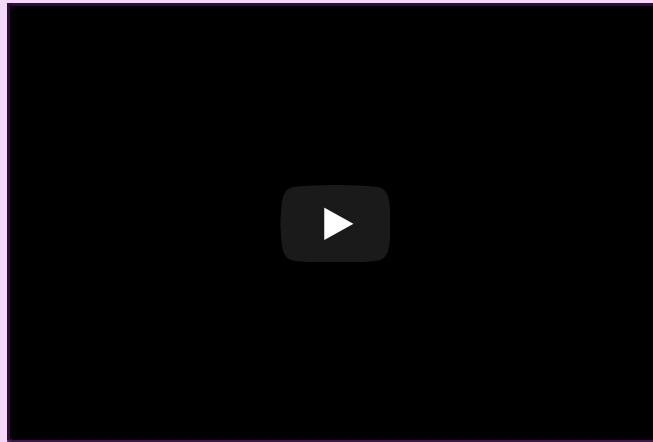
- ✓ Explicar el procedimiento al paciente pidiendo su colaboración. Le ofreceremos tapones para los oídos.
- ✓ Preparar el material necesario: Champú, palangana grande, hule, pinzas, dos toallas, dos jarras con agua caliente, guantes y secador.
- ✓ Lavarnos las manos y ponernos los guantes.
- ✓ La posición del paciente en la cama para llevar a cabo este procedimiento puede ser la conocida como **Roser**, cuando tengamos acceso a la cabeza del paciente por la zona del cabecero, o lo colocaremos en diagonal haciendo que sobresalga la cabeza de éste por el lateral de la cama. Con ambas, se pretende tener acceso a la cabeza del paciente procurando mojar lo menos posible el colchón y la lencería.
- ✓ Enrollamos una toalla alrededor del cuello del paciente a modo de collar con los extremos hacia delante.
- ✓ Colocamos un extremo del hule debajo de la cabeza y hombros del paciente, y también lo enrollamos, a modo de embudo, sujetándolo junto a la toalla con unas pinzas. Con el extremo contrario del hule hacemos un canal que desemboque en la palangana, la cual habremos acercado al lateral de la cama y colocado sobre un taburete o silla.
- ✓ Coger una de las jarras de agua y mojar el cabello del paciente protegiéndole los ojos con una de tus manos.
- ✓ Aplicar champú y masajear con movimientos circulares. Aclarar.
- ✓ Repetir los dos pasos anteriores.
- ✓ Secar el cabello con una toalla.
- ✓ Retirar el hule procurando no mojar la cama.
- ✓ Terminar de secar el pelo con el secador.
- ✓ Peinar y acomodar al paciente.
- ✓ Recoger el material y anotar la técnica en el correspondiente registro.

Hay veces que se utilizan unos dispositivos lavadores que sustituyen al hule y la palangana. Está hecho de un material plástico hinchable que adquiere la forma de un pequeño lavabo con una conexión lateral por la que evacuar el agua.



Debes conocer

En el siguiente vídeo puedes ver cómo realizar el procedimiento de lavado de cabello a un paciente encamado.



[Resumen textual alternativo](#)

7.1.4.- Lavado de pies.

Contribuye a **evitar el mal olor y la infección**, además al mantener los pies en una baño con agua podemos reducir la inflamación, mejorar la circulación periférica y reblandecer las uñas, lo que posteriormente facilitará su arreglo.

El procedimiento es similar al lavado de manos sólo que la palangana la pondremos a la altura de los pies del paciente, una vez que lo sentemos al borde de la cama. Si no puede levantarse, lo acomodaremos en posición de Fowler con las piernas flexionadas y la palangana en el centro para poder meterle los pies. Tras diez minutos en remojo limpiaremos con un cepillo bajo las uñas, luego secaremos bien insistiendo en pliegues y zonas interdigitales. Si el paciente tiene callosidades podemos frotarlas con una manopla para suavizarlas. Además aplicaremos crema hidratante masajeando los pies.

En el arreglo de las uñas, el procedimiento también es similar al de las manos, aunque la forma en la que quedan es más rectilínea. También habrá que tener en cuenta que si el paciente es diabético será más aconsejable limar las uñas en vez de cortarlas.



Autoevaluación

Para realizar la higiene de los pies en un paciente encamado lo acomodaremos en:

- Decúbito lateral.
- Posición de Fowler.
- Decúbito prono.
- La higiene de los pies no puede hacerse en la cama.

No es correcta, así el paciente no podría tener los pies en remojo.

Efectivamente, es la mejor posición para que el paciente puede mantener los pies en remojo y realizar su higiene.

No es correcta, inténtalo otra vez.

No es correcta, ten cuidado y contesta de nuevo.

Solución

1. Incorrecto
2. Opción correcta

3. Incorrecto

4. Incorrecto

7.1.5.- Higiene bucal.

Es importante **para evitar caries e infecciones**. Se debe procurar la autonomía del paciente para realizar este proceso, aunque es verdad, que no en todos los casos será posible, distinguiéndose dos tipos de intervenciones: paciente consciente e inconsciente.



Para quitar la placa mecánicamente utilizaremos los cepillos dentales, los **interproximales** y la seda dental. Las soluciones orales de enjuague contribuyen también a este objetivo aunque en menor medida pero constituye una alternativa importante para pacientes inconscientes.

Antes de empezar el procedimiento, como en cualquier otro, debemos explicárselo al paciente pidiendo su colaboración, preparar todo el material, lavarnos las manos y ponernos los guantes.

Como ya hemos comentado, distinguiremos:

- ✓ Cuando el paciente está **consciente** pero no puede hacerse el lavado él sólo. En este caso, le cepillaremos nosotros los dientes, desde las encías hasta la corona de los dientes e inclinado un poco el cepillo de manera que sus filamentos formen un ángulo de 45° con el diente haciendo un movimiento de barrido que incluya el surco de unión de la encía con el diente, lugar frecuente de acumulación de microorganismos. Deben limpiarse todas las caras del diente e incluso la lengua. Luego se le facilitará al paciente un vaso de agua para el aclarado que recogeremos sobre la **batea** y luego haremos lo mismo con el antiséptico bucal.

Si el paciente tuviese dentadura postiza se le retirará con ayuda de una gasa y se depositará en la batea. Luego, la llevaremos a lavar a una lavabo, en cual, debemos haber llenado previamente a la mitad con agua fría para evitar que se deforme y que si se nos cae cuando la cepillemos no se rompa al chocar con el fondo del lavabo. La boca del paciente será enjuagada con antiséptico antes de volver a colocarle la dentadura, la cual, podrá ser depositada en un vaso con agua hasta volver a ponerla en la cavidad bucal.

- ✓ Cuando el paciente está **inconsciente**. Prepararemos una torunda con una gasa y unas pinzas, o bien, la haremos sobre un depresor lingual al que sujetaremos la gasa doblada con esparadrapo. Luego mojaremos la torunda con antiséptico bucal y el exceso de líquido lo escurriremos con otras pinzas sobre una batea. Después, con la cabeza ladeada del paciente, le limpiaremos toda la boca preparando las torundas necesarias para ello. Al terminar, se le secan los labios y se les aplica algún hidratante para evitar la formación de grietas, frecuentes en este tipo de pacientes.

Para terminar, acomodaremos al paciente, recogeremos el material, nos lavaremos las manos y anotaremos en el registro lo que sea necesario.

7.1.6.- Lavado del perineo.

Aporta al paciente bienestar y comodidad a la vez que contribuye a evitar las infecciones urinarias. Siempre que sea posible se le ofrecerá al paciente que sea él quien la haga, lo que le proporcionará intimidad y autoestima. Suele realizarse, por ser una zona más contaminada, al final del aseo general, después de las deposiciones y cada vez que sea necesario.

Lo primero que haremos, como en cualquier procedimiento, es explicar la técnica al paciente pidiendo su colaboración, preparar el material necesario, lavarnos las manos y ponernos guantes. **Lo siguiente que haremos es:**

- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas separadas si es un hombre, y, en posición ginecológica si es mujer.
- ✓ Dejar descubierta la zona genital y cubrir el resto del cuerpo con una toalla o sábana encima.
- ✓ Asegurarnos de que en la cama hay un empapador puesto y colocar la cuña al paciente.
- ✓ Verter agua tibia sobre los genitales recogiendo en la cuña.
- ✓ Si la higiene genital es masculina debemos: enjabonar el pene y los testículos, luego retraer el prepucio para limpiar el glande con movimientos circulares desde el meato hacia atrás.



- ✓ Si la higiene genital es femenina lo haremos en el siguiente orden: pubis, zona interna de los muslos, labios mayores, menores, hendidura vulvar y ano, es decir, trabajamos desde las zonas menos contaminadas a las más contaminadas, para no arrastrar microorganismos. Luego separar los labios mayores con una mano y con la otra lavar desde arriba hacia abajo y de delante hacia atrás.



- ✓ Aclarar con agua abundante y secar suavemente.
- ✓ Luego colocar al paciente en decúbito supino lateral para terminar de lavar y secar la zona perianal incluyendo ano y pliegue interglúteo.
- ✓ Si el paciente lleva colocada una sonda urinaria se lava primero ésta con suero fisiológico desde el meato hacia la zona distal de la sonda. Luego se desinfecta la zona de alrededor con un antiséptico ya que el sondaje constituye una zona frecuente de entrada de microorganismos.

7.2.- Baño completo en ducha o bañera.

Constituye la **técnica de aseo general**, es decir, sobre todo la superficie corporal, en pacientes que puedan levantarse de la cama. Debe llevarse a cabo diariamente y por la mañana antes del cambio de sábanas.

- ✓ **En la ducha:** Prepararemos el material necesario y lo situaremos al alcance del paciente al que ayudaremos a sentar en una silla de ducha, si lo precisa. Luego abriremos el grifo seleccionando la temperatura ideal y si el paciente no necesita ayuda podremos realizar otras tareas mientras él se ducha. Cuando termine, recogeremos todo y acompañaremos al paciente a la habitación dejándolo acomodado correctamente.
- ✓ **En la bañera:** Preparamos el material necesario llenando la bañera con agua caliente y comprobando su temperatura con un termómetro, que debe estar entre 37° y 40 °C. La ayuda que tengamos que prestar al paciente dependerá del grado de autonomía que tenga éste. Generalmente colaboraremos al desnudarse y entrar en la bañera, además de observar el estado de su piel y otros aspectos como la movilidad. Al finalizar el baño, ayudaremos al paciente a secarse completamente, a aplicarle crema hidratante, a vestirse y a acomodarlo en la habitación. Después recogeremos todo el material y anotaremos en el registro lo que sea necesario.



Autoevaluación

La higiene genital en la mujer debe hacerse:

- En decúbito supino.

- En posición ginecológica.

- De delante hacia atrás.

- De atrás hacia delante.

Mostrar retroalimentación

Solución

1. Incorrecto
2. Correcto
3. Correcto
4. Incorrecto

7.3.- Baño completo en la cama.

Es la **técnica de aseo general** realizada en aquellos pacientes que deban permanecer encamados ya sea por problemas de movilidad o por padecer alguna enfermedad que les impida incorporarse. Es conveniente realizarlo entre dos técnicos ya que esto contribuye a aumentar la seguridad y disminuir el tiempo empleado en el procedimiento. Su frecuencia también será diaria y antes del cambio de sábanas.

Antes de empezar el baño debemos procurar que las condiciones ambientales sean lo más idóneas posibles, para ello, mantendremos la temperatura de la habitación entre 22° y 25°C, evitaremos las corrientes de aire, procuraremos la intimidad del paciente en todo momento aislándolo si es necesario con un biombo y evitaremos tenerlo totalmente desnudo cubriéndolo con una toalla o una sábana.

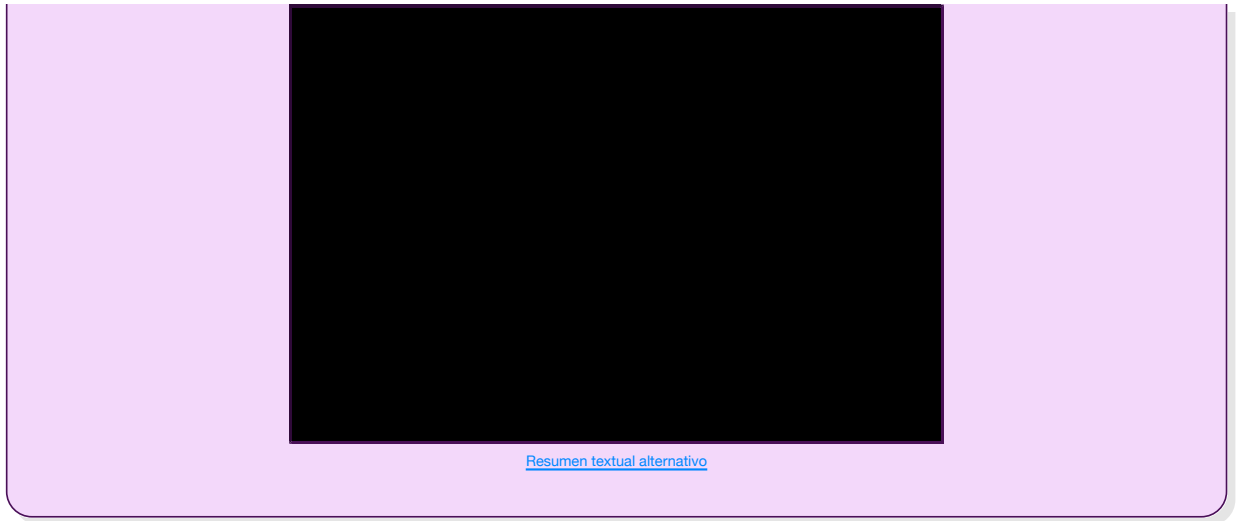
El protocolo de actuación consistirá en:

- ✓ Explicar el procedimiento al paciente pidiendo su colaboración. Ofrecer el orinal.
- ✓ Preparar el material necesario: esponjas desechables (incluyen el jabón), dos palanganas con agua caliente, dos toallas grandes y una pequeña, pijama, lencería de cama limpia, bolsa para ropa sucia, peine, colonia y loción hidratante. Además de guantes y bata para el técnico.
- ✓ Lavarse las manos y ponerse guantes.
- ✓ El paciente debe estar en decúbito supino y si el procedimiento lo realiza un sólo técnico, debemos asegurarnos que la barandilla del lado contrario a donde nos coloquemos esté levantada.
- ✓ Retirar la ropa de cama que cubre al paciente excepto la encimera y colocar una toalla de baño debajo de éste. Luego ayudarlo a desvestirse y dejarle la sábana encimera cubriéndolo si no está sucia, o hacerlo también con una toalla de baño. Esto permitirá al paciente a proteger su intimidad además de no pasar frío durante el procedimiento. La ropa sucia iremos depositándola en la bolsa destinada a ello.
- ✓ Empezaremos el lavado por la cara en el que sólo usaremos agua. Aquí incluimos también los ojos, que limpiaremos con dos gasas húmedas y desde el ángulo interno al externo, y las orejas.
- ✓ El resto del cuerpo se lavará con agua y jabón, con la secuencia general de enjabonado, aclarado y secado, y en el siguiente orden: cuello y hombros, brazos, axilas y manos, tórax y mamas, abdomen, piernas y pies.
- ✓ Cambiamos el agua de lavado.
- ✓ Higiene genital, siguiendo el protocolo visto anteriormente.
- ✓ Volvemos a cambiar el agua.
- ✓ Colocamos al paciente en decúbito lateral y le lavamos la espalda y luego las nalgas. Luego aplicamos loción hidratante masajeando la espalda para estimular la circulación.
- ✓ Una vez bañado y bien secados todos los pliegues cutáneos, procederemos a ayudarlo a vestirse, peinarse y ponerle colonia si quiere el paciente.
- ✓ Cambiaremos la lencería de la cama en lo que fuese necesario.
- ✓ Recogemos todo y dejamos acomodado al paciente en la cama, anotando en el registro todo lo necesario.



Debes conocer

En el siguiente vídeo práctico puede ver el procedimiento de baño completo a un paciente encamado.



8.- Las ayudas a la excreción.



Caso práctico



Hoy **Ángel**, en el arreglo de la cama de **Alfonso**, ha observado algo diferente: sus sábanas están más húmedas de lo normal. Habla con él y muy delicadamente le pregunta si tiene algún problema para ir al servicio. **Alfonso** le contesta que lleva unos días, en los que no sabe por qué, pero le cuesta ser continente y llegar al váter a orinar.

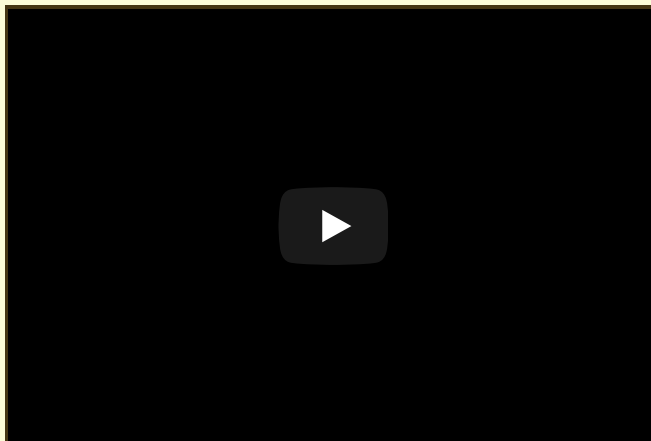
Ángel le dice que no se preocupe, que lo llame cada vez que tenga ganas de orinar que él le llevará el orinal por lo menos hasta que el médico lo vea y descarte cualquier problema. ¿Sabemos cómo utilizar el orinal? ¿Conocemos los diferentes tipos?

Hay personas que para satisfacer sus necesidades de excreción, tanto urinarias como fecales, necesitan de diferentes ayudas, ya sea por problemas que afecten directamente a estos sistemas de excreción, por sufrir enfermedades que le impidan levantarse de la cama o bien, otro tipo de problemas, normalmente nerviosos, que les conviertan en pacientes incontinentes, es decir, aquellos cuya capacidad de controlar voluntariamente su excreción esté disminuida e incluso desaparecida totalmente.



Para saber más

En el siguiente vídeo podrás conocer algo más sobre diferentes dispositivos utilizados como ayudas a la excreción en pacientes incontinentes:



[Resumen textual alternativo](#)

8.1.- Colocación y retirada de orinal plano y de botella.

Para la recogida de las excretas existen diferentes **instrumentos**, algunos con un diseño específico para ser utilizados dependiendo del sexo y otros, inespecíficos, que pueden ser utilizados indistintamente por hombres y mujeres. Los más frecuentes son la cuña u orinal plano y la botella.

La **cuña** es utilizada por las mujeres para orinar y defecar y, por los hombres sólo para defecar en la cama. Es un dispositivo con una parte plana y otra alta que le proporciona una hondura adecuada para recoger excretas. Normalmente son de plástico aunque también las hay metálicas. Para su utilización el técnico debe mantener en todo momento la intimidad del paciente evitando la presencia de otras personas en la habitación y utilizando biombos o cortinas. Además le daremos las indicaciones oportunas para su uso y ayudaremos en la colocación que dependerá del grado de colaboración que pueda mantener el paciente:

- ✓ Si puede colaborar, le pediremos que flexione las rodillas y apoye el peso del cuerpo sobre sus talones y espalda de manera que pueda elevar las nalgas para que nosotros a la vez podamos introducir la cuña asegurándonos que quede centrada.
- ✓ Si no puede colaborar, lo colocaremos en decúbito lateral situando la cuña pegada a las nalgas y luego lo rotaremos a supino dejándolo caer sobre la cuña que ya estará centrada en la cama.

La cuña debe quedar con el fondo plano sobre las nalgas y el hondo debajo de los genitales. Además debemos tener en cuenta que si incorporamos al paciente hasta la posición de Fowler estará más cómodo para realizar sus necesidades.

Si no hay ningún problema que lo requiera le proporcionaremos el papel higiénico al paciente y lo dejaremos sólo al hasta que termine. Luego vaciaremos el contenido de la cuña en el retrete, la limpiaremos y desinfectaremos. Además, si es necesario realizaremos el lavado perineal.

La **botella** es el dispositivo de eliminación urinaria para el hombre. Tiene una forma alargada abierta donde se introduce el pene y otra honda donde queda recogida la orina. Para su colocación el paciente se sentirá más cómodo en la posición de Fowler o sentado en el borde de la cama, con las piernas abiertas para colocar en medio la botella. Explicaremos el procedimiento al paciente, le proporcionaremos papel higiénico y le dejaremos sólo si no nos necesita. Cuando termine, con los guantes puestos, retiraremos el orinal y lo vaciaremos en el retrete, dejándolo limpio y desinfectado.



Autoevaluación

Las posiciones para poner la cuña a un paciente que no colabora son:

- Decúbito lateral y decúbito prono.
- Decúbito supino y decúbito lateral.
- Sólo decúbito supino.
- Decúbito supino y Fowler.

No es correcta, así el paciente no podría ponerse la cuña al paciente.

Efectivamente, son las posiciones correctas.

No es correcta, inténtalo otra vez.

No es correcta, ten cuidado y contesta de nuevo.

Solución

1. Incorrecto
2. Opción correcta
3. Incorrecto
4. Incorrecto

8.2.- Cambio de pañal.

Uno de los productos más utilizados para disminuir la incomodidad y otros problemas derivados de la incontinencia son los pañales los cuales pueden ser de distintos tamaños y absorciones según las necesidades del paciente, el cual además, puede actuar autónomamente en el cambio de éstos. En cambio, si la persona está encamada y con poca movilidad, seremos nosotros los encargados de realizar el procedimiento siguiendo los siguientes pasos:

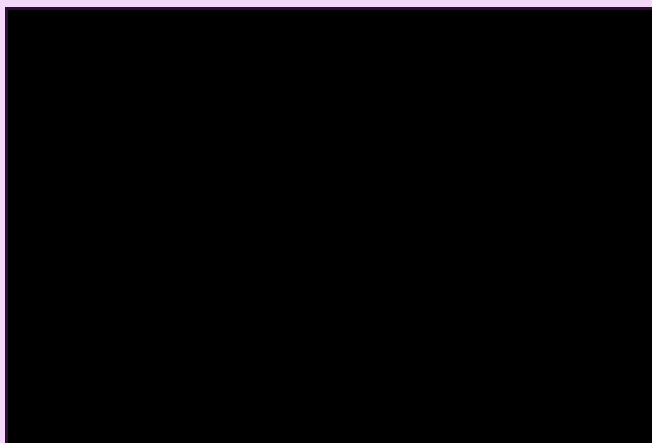
- ✓ Explicaremos al paciente lo que le vamos a realizar pidiendo su colaboración.
- ✓ Preparamos todo lo necesario: guantes, pañales, empapador, esponja con jabón, agua tibia, toallas o papel higiénico para el secado, crema hidratante y bolsa de plástico.
- ✓ Nos lavamos las manos y nos ponemos los guantes.
- ✓ Retiramos el pañal sucio enrollándolo sobre sí mismo para evitar manchar lo menos posible la piel y ropa del paciente y, lo depositamos en la bolsa de plástico.
- ✓ Limpiamos el perineo del paciente con agua y jabón y secamos bien los pliegues.
- ✓ Aplicamos crema hidratante si es necesario.
- ✓ Colocamos el nuevo pañal con el paciente en decúbito lateral y luego lo giraremos hacia supino para colocarlo sobre el pañal. Una vez puesto, lo ajustamos con las cintas adhesivas laterales.
- ✓ Nos quitamos los guantes, nos lavamos las manos y dejamos apuntado en el registro lo necesario.

En pacientes que pueden mantenerse de pie, también podemos hacer el cambio de pañales en esta posición. Sólo deben abrir un poco las piernas y nosotros le colocaremos el dispositivo absorbente de delante hacia atrás, luego ajustamos con las cintas adhesivas.



Debes conocer

En el siguiente vídeo práctico puedes ver cómo realizar el cambio de pañal a un paciente encamado.



[Resumen textual alternativo](#)

9.- Higiene y cuidados del paciente colostomizado.



Caso práctico



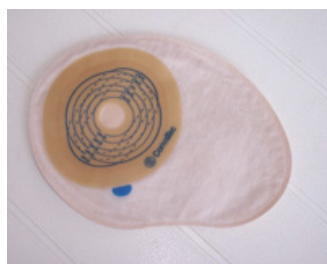
Al final los problemas de **Alfonso** relacionados con la excreción ha derivado en una operación.

Todo ha salido muy bien y el paciente ya ha vuelto a la residencia. Le han realizado una ostomía y ahora serán **Clara** y **Ángel** los responsables del cuidado de ésta y su correspondiente cambio de bolsa. ¿Qué cuidados necesitará **Alfonso**? ¿Cómo haremos el cambio de bolsa?

Para **eliminar los productos de desecho** nuestro cuerpo utiliza principalmente la salida de orina y heces. Cuando, por la existencia de algún problema, esto no puede darse de forma natural, debemos crear un camino artificial a través de la pared abdominal entre el lugar donde se encuentre la excreta y el exterior. Este orificio se denomina estoma y se realiza quirúrgicamente. La técnica mediante la cual los médicos realizan esta salida se conoce como ostomía, que a su vez adquirirá diversos nombres según su localización anatómica, así la colostomía es cuando la apertura se realiza en el colon, la ileostomía, cuando es en el **íleon** y urostomía cuando hace referencia al aparato urinario.

En este apartado nos centraremos en los pacientes colostomizados, es decir, los que tienen hecha una colostomía, pero los cuidados serán similares en los otros casos.

La heces eliminadas por la colostomía no podrán ser contenidas voluntariamente por lo que, en el estoma, debemos colocar un dispositivo de recogida. Éste consiste básicamente en una bolsa para recoger los productos de desecho con una placa por la que puede adherirse a la piel la cual tendrá hecho un orificio de diámetro algo mayor al del estoma. Así, la pegaremos alrededor de éste y quedarán las heces dentro de la bolsa de colostomía.



El procedimiento del cambio de bolsa se llevará a cabo cuando esté llena a dos tercios de su capacidad para evitar derramar su contenido cuando lo hagamos. El protocolo de actuación será:

- ✓ Explicar la técnica al paciente pidiendo su colaboración.
- ✓ Prepara el material necesario: dispositivo nuevo, agua tibia, jabón, papel higiénico, toallas o gasas y un antiséptico dérmico.
- ✓ Lávate las manos y ponte los guantes
- ✓ Retirar la bolsa, despegándola suavemente desde arriba hacia abajo mientras sujetamos la piel con la otra mano.
- ✓ Limpiamos el estoma con agua y jabón aplicando movimientos circulares del interior al exterior
- ✓ Secamos bien la **piel periestomal** con una toalla o gasa. Aplicamos un poco de antiséptico.
- ✓ Medimos el diámetro del estoma y recortamos el nuevo dispositivo a la medida.
- ✓ Retiramos la película protectora de la placa adhesiva y lo sujetamos alrededor del estoma pegándolo desde abajo hacia arriba para ajustar el borde el borde inferior y evitar en la medida de lo posible el contacto de las heces con la piel.
- ✓ Asegúrate que queda bien pegado y alisa para evitar fugas.

- ✔ Acomoda al paciente.
- ✔ Recoge todo el material y anota lo necesario en el registro.

Hay pacientes que podrán realizar este **procedimiento con autonomía**, en estos casos, nos limitaremos a explicarles el procedimiento y preparar el material.

10.- Técnicas de vestirse y desvestirse.



Caso práctico



Hoy, **Aurora**, una residente muy mayor y bastante dependiente va a recibir la visita de su hija. Lleva toda la mañana mirando por la ventana a ver si la ve llegar. Cuando **María y Ángel** la han vestido, les ha pedido que le pongan su camisa azul que tan bien le sienta. ¿Crees que es importante conocer la técnica para vestir a los pacientes según su grado de dependencia?

El **aseo** lleva aparejado el procedimiento de vestir y desvestir al paciente, y si lo realizamos correctamente tanto a nivel de técnica como de material necesario contribuirá también a la higiene del paciente. Es importante valorar la autonomía del usuario o usuaria puesto que podrá condicionar, además del procedimiento, el tipo de ropa utilizada.

Comenzaremos el procedimiento explicando al paciente lo que vamos a hacer pidiendo su colaboración, prepararemos el material (ropa y bolsa de sucio), nos lavaremos las manos y nos pondremos los guantes. Procuraremos la intimidad del paciente y que la temperatura en la habitación sea la correcta.

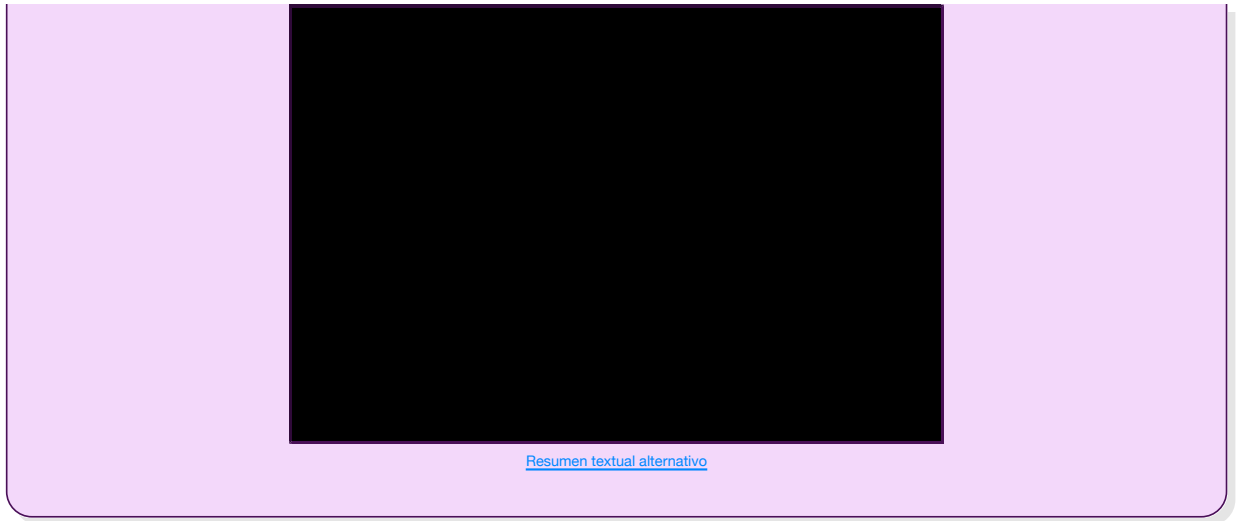
Aquí detallamos nociones generales sobre las prendas más utilizadas:

- ✓ Si la prenda es cerrada, tipo camiseta o chaleco, la introducimos hasta los hombros elevándole los brazos al paciente, pasarla por la cabeza y girando lateralmente al paciente si es necesario, estirar bien la ropa evitando pliegues.
- ✓ Si la prenda es abierta, como una camisa o chaqueta, primero introducimos un brazo del paciente por una manga hasta el hombro y pasamos la prenda por detrás de la espalda. Luego flexionamos el otro brazo y lo metemos por la otra manga. Cuando el paciente tenga algún brazo con menor movilidad, ya sea por una parálisis o porque lleve puesto un suero, siempre comenzaremos por éste al vestirle, sin embargo, al desvestirle empezaremos por el brazo con más movilidad. Además, si tiene suero debemos introducir éste por la manga y a continuación meter el brazo.
- ✓ Para colocar la prenda inferior, pantalón o falda, podemos solicitarle que levante las caderas. Si no puede colaborar subiremos la ropa hasta la rodilla estando en decúbito supino. Luego lo giraremos y subiremos la prenda por la pierna superior y después, en el otro decúbito lateral haremos lo mismo.
- ✓ Para colocar los calcetines los enrollamos hasta la punta y se van desenrollando conforme se ponen. Al final estiramos bien.
- ✓ Los zapatos los colocaremos cuando el paciente esté sentado en el borde de la cama o en la silla. Si el zapato es de cordones o hebillas se aflojarán bien previamente cuidando de no apretarlos mucho al abrocharlos.
- ✓ Al final, nos aseguramos de que la ropa sucia quede en la bolsa destinada a ello y la limpia bien recogida en el armario.
- ✓ Acomodamos al paciente y recogemos todo el material.



Debes conocer

En el siguiente vídeo puedes ver cómo vestir a un paciente encamado.



[Resumen textual alternativo](#)

Anexo I.- Valoración del riesgo de las UPP.

La prevención en las UPP supone la medida más importante para paliar este problema asistencial. No obstante, aunque estas medidas de prevención deben llevarse a cabo en todos los pacientes, hay una serie de factores, como ya hemos visto, que condicionan que el riesgo de sufrir este tipo de lesión sea mayor o menor. Evidentemente, esto condicionará la planificación de los cuidados y la vigilancia siendo mayor en pacientes que tengan mayor riesgo de padecer UPP frente a los que lo tienen menor. Pero, ¿Cómo podemos valorar este riesgo? Pues para ello existen diferentes escalas, de fácil uso, que suponen un elemento útil con este fin.

Hay diferentes escalas para la valoración del riesgo de UPP, entre las que destacaremos la "**Escala de Norton**" y la "**Escala de Braden**". Ambas recogen diferentes factores condicionantes de sufrir úlceras que podemos valorar numéricamente según la situación del paciente. Al final de esta valoración, obtendremos un valor total que será indicativo del riesgo de padecer UPP que presente ese paciente.

Valoración del riesgo de las UPP.

Escala de Norton					
Puntuación	Estado físico	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4	Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna
3	Medio	Apatía	Camina con ayuda	Algo limitada	Ocasional
2	Regular	Confusión	En silla de ruedas	Muy limitada	Urinaria o fecal
1	Malo	Coma	Encamado	Inmóvil	Urinaria y fecal

Valoración del riesgo de las UPP.


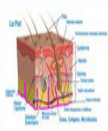










Valoración numérica del riesgo según Norton	
Puntuación Total	Riesgo
De 5 a 11	Muy alto
De 12 a 14	Evidente
Más de 14	Mínimo

Como podemos observar, a **menor puntuación mayor riesgo**.

La escala de Braden, además, incluye como aspectos a valorar el estado nutricional y enfermedades predisponentes del paciente. Su puntuación obtenida también es inversamente proporcional al riesgo, es decir, a menor puntuación, mayor riesgo, aunque los valores numéricos cambian algo respecto a los de la escala de Norton.

Anexo.- Licencias de recursos.

Licencias de recursos utilizados en la Unidad de Trabajo.

Recurso (1)	Datos del recurso (1)	Recurso (2)	Datos del recurso (2)
	Autoría: Boko Gran Licencia: CC By 3.0 Procedencia: http://bokogreat-stock.deviantart.com/gallery/?offset=72#/d355xf3		Autoría: megomab Licencia: CC By 3.0 Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Piel46.JPG
	Autoría: Groom Da Oger Licencia: CC By 3.0 Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Erythema_Multiforme_EM_01_ajustement_niveaux_auto.jpg?uselang=es		Autoría: Produnis Licencia: CC Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Krankenschwester_Janine01.jpg
	Autoría: Metju12 Licencia: Dominio público Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Herpes_labialis.jpg		Autoría: self work Licencia: CC By 3.0 Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Pfleger_PflegeflurBW.jpg
	Autoría: Produnis Licencia: CC By 3.0 Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Krankenschwester_doku1.jpg		Autoría: Consumer.es EROSKI Licencia: Uso educativo no comerc Procedencia: http://www.consumer.es/web/es/salud/prevencion/2009/03/08/183893.php
	Autoría: Xcolat; Licencia: Dominio público Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Antidekubituskissen1.jpg		Autoría: Polarstern Licencia: Dominio público Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Penis_glans_and_foreskir
	Autoría: Perpedes Licencia: CC By 3.0 Procedencia: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Vulva.jpg		Autoría: Ginny Austin Licencia: Libre de derechos Procedencia: http://www.sxc.hu/pl/982474