

## 1. ATENCIÓN A LA NECESIDAD DE HIGIENE DEL PACIENTE

---

Entre los hábitos y estilos de vida saludables figura la higiene adecuada de las personas.

Esta higiene tiene como base para su desarrollo una evaluación sanitaria adecuada a la existencia de los medios necesarios para su desarrollo.

En las personas enfermas (hospitalización o no) la higiene adquiere una importancia grande en cuanto que pasa a depender, en gran medida, del grado de invalidez o de las capacidades para realizarla.

Así, la higiene de los pacientes enfermos, sobre todo hospitalizados, recae en el Auxiliar de Enfermería, lo que exige una serie de atenciones a las necesidades de los pacientes en cuanto a la higiene corporal (piel, cabellos, ojos, oídos., genitales, etc.).

## 2. CONCEPTO DE HIGIENE GENERAL Y PARCIAL

---

La higiene es una suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra las enfermedades. Sin higiene personal corporal, la enfermedad es más grave ya que el organismo se hace menos resistente. El Auxiliar de Enfermería es el responsable de la limpieza del enfermo; su papel consiste en dejarlo en las mejores condiciones de defensa posible, asegurándole una higiene perfecta.

En las personas enfermas la higiene debe hacerse más minuciosamente que en un individuo sano, ya que los cuidados de limpieza se efectúan con objeto de que la piel cumpla eficazmente sus funciones:

- La respiración: la piel respira por los poros.
- La secreción: mediante las glándulas sudoríparas la piel elimina en 24 horas más o menos 1 litro de líquido. En ciertos casos extremos puede aumentarse esta cifra considerablemente. Esto explica la sed de los enfermos con fiebre alta, que se están deshidratando.
- La absorción: la piel absorbe muy fácilmente las grasas asimilables (pomadas, etc.) y las soluciones alcohólicas, pero resulta impermeable para el agua, al contrario que las mucosas, que absorben las soluciones acuosas.

Para que la piel cumpla sus funciones con normalidad es necesaria desembarazarla de la suciedad, que es la mezcla de las secreciones y el polvo, y que no la deja respirar ni absorber los medicamentos por vía tópica.

El aseo ejerce un papel importante en la protección contra la invasión microbiana.

En algunas enfermedades, los tejidos de la piel están mal nutridos (diabetes, obesidad, etc.) y predispuestos a infecciones.

La piel puede, también, eliminar productos tóxicos e irritantes, que producen picor y lesiones cuando la persona se rasca.

Por último, la falta de higiene corporal puede facilitar la aparición de parásitos.

### 3. REPASO ANATOMOFISIOLÓGICO

---

#### LA PIEL.

Está formada por tejido epitelial, constituye la capa externa del cuerpo al cual recubre toda su superficie; está compuesta por tres estratos: epidermis, dermis y tejido subcutáneo.

La epidermis tiene 0,2 mm de espesor y está formada por varias capas celulares, la más superficial es la capa córnea, dicha capa está compuesta por queratina. La coloración de la piel se debe al pigmento producido por los melanocitos, que se encuentran esparcidos por las capas más profundas de la epidermis.

La dermis se encuentra debajo del estrato epidérmico y es mucho más gruesa. Se compone de una serie de elementos celulares y múltiples fibras conjuntivas, también hay múltiples capilares sanguíneos y terminaciones nerviosas que recogen la sensación de dolor, calor, frío, presión y tacto. En esta región se encuentran los folículos pilosos, donde se sitúan las raíces de los pelos. También se encuentran las glándulas sudoríparas.

El tejido subcutáneo se halla por debajo de la dermis y está formado por tejido conjuntivo y adiposo conectado a los tejidos inferiores por una amplia red vascular. En él se almacenan las grasas del organismo, que constituyen un amortiguador y un aislante térmico.

#### FUNCIONES:

1. Regula la temperatura.
2. Protege a los tejidos.
3. Segrega sebo.
4. Transmite sensaciones.
5. Colabora en la producción de vitamina D.

## 4. VALORACIÓN DE LA PIEL

---

Examen físico: durante el examen físico debemos de tener en cuenta los cambios productivos de la piel, además de conocer las prácticas higiénicas del paciente.

En el examen físico habrá que tener en cuenta:

a) **Color:** el color de la piel varía de unas personas a otras. Hablamos de:

1. Palidez:

- En personas blancas la piel toma un color blanco grisáceo.
- En personas de raza negra la piel se torna de gris ceniciento.
- En morenas, la piel toma un color marrón amarillento.

2. Rubor: en personas de raza blanca será fácil averiguar el rubor de la piel, sin embargo, en personas de raza negra, serán los labios y orejas los que cambiarán el color tornándose más sonrosados.

3. Ictericia: la piel se torna de color amarillento.

4. Cianosis: es el color azulado del que se torna la piel de un paciente, cuando se produce la falta de oxígeno y se detecta en labios, orejas, lengua, uñas, etc.

b) **Textura y turgencia:** la piel normal de un individuo debe ser suave, sin heridas ni escamas. La alteración de la textura y turgencia provocan que la piel se presente: seca, escamosa, arrugada, con excesiva humedad, etc.

c) **Manchas pigmentadas:** pecas y manchas mongólicas. Debemos de tener en cuenta, no solo su presencia, también si modifican sus características, como el color, tamaño, etc.

d) **Temperatura:** nos puede facilitar la detección de problemas venosos o infecciones generalizadas. Valoramos si está caliente o fría.

e) **Lesiones:** mediante la inspección observamos si existe: mácula (lunares), pápula (verrugas), tumores, ampollas y vesículas..., comprobando su distribución, localización, tamaño, contorno y consistencia.

## 5. FACTORES QUE AFECTAN AL CUIDADO DE LA PIEL

---

El cuidado de la piel dependerá de la capacidad de autocuidado de la persona, debiendo valorar la Auxiliar de Enfermería conjuntamente con la enfermera los niveles funcionales del paciente, si es independiente, dependiente, si necesita mínima ayuda, ayuda moderada, ayuda extensa..., valorando también los problemas cutáneos pasados y actuales.

Además habrá que valorar las distintas situaciones de riesgo como:

1. Alteración en el estado nutricional: demacración, ingestión insuficiente de proteínas.
2. Inmovilidad física.
3. Hidratación alterada.
4. Sensibilidad alterada.
5. Secreciones y excreciones.
6. Dispositivos mecánicos (tobilleras, muñequeras,...).
7. Circulación venosa defectuosa.

### • PIE.

El pie humano es una estructura muy compleja. Sobre él recae todo el peso del cuerpo y debe reunir al mismo tiempo características de estabilidad y flexibilidad. Dada su estrecha dependencia con el resto del organismo, una lesión en el pie origina además de la consiguiente alteración en la marcha, repercusiones variadas sobre las piernas, la espalda e incluso sobre la cabeza.

El pie está formado por veintiséis huesos unidos por tendones, músculos y ligamentos que forman los arcos del pie; uno longitudinal y otro transversal. El pie normal tiene tres puntos de apoyo, uno en el talón, y los otros dos en las almohadillas plantares que corresponden a los metatarsianos. Para favorecer una buena deambulación es necesario utilizar un calzado correcto y ajustado, principalmente en la infancia, para evitar futuras malformaciones y trastornos.

### Funciones.

Son esenciales para la deambulación. Sirven para dar equilibrio.

### Valoración.

Examen físico:

1. Capacidad de los pies para andar y estar de pie.
2. Cambios evolutivos: cómo estaba la zona de los pies ayer, cómo está hoy...
3. Prácticas higiénicas: cómo están cortadas las uñas.
4. Observar los pies:
  - a) Inflamación alrededor de las uñas.

- b) Enrojecimiento
- c) Deformidades.
- d) Abrasiones.
- e) Crecimiento anormal.

#### **Factores de riesgo que afectan a los pies.**

1. Calzado inadecuado.
2. Uñas mal cortadas.
3. Secado de pies deficiente (sobre todo en diabéticos).
4. Presencia de ampollas y callos.

#### **• UÑAS.**

Las uñas tienen un valor funcional pequeño (fines cosméticos).

Son causantes de lesiones e infecciones serias en la piel (morderse las uñas y padrastrós).

#### **Valoración.**

- Forma: hacia abajo, hacia arriba, arqueadas, hundimiento de la parte central de la uña.
- Grosor: muy gruesas o muy blandas y delgadas.
- Uniformidad: lisas o rugosas.
- Color: presencia de cianosis (violacea-azulada).

#### **Factores de riesgo que afectan a las uñas.**

1. Uñas mal cortadas.
2. Traumatismos.

#### **• BOCA.**

#### **Funciones.**

1. Protección del organismo.
2. Soporte de estructuras óseas.
3. Absorción de los nutrientes.
4. Secreción de moco, enzimas y sales.
5. Funciones respiratorias.

#### **Valoración:**

1. Labios: color, textura, suavidad, etc.
2. Cavidad bucal: color, hidratación, humedad, higiene.

En la boca se encuentra la lengua, es un órgano musculoso con gran movilidad que se encuentra situado en el suelo de la boca. Es el órgano del gusto, y, además, desempeña un papel importante en la masticación, deglución y articulación de la voz.

**Valoración:** color, movilidad, situación, presencia de llagas, higiene, papilas gustativas, humedad, etc.

Una vez valorada la boca y la lengua será importante inspeccionar el estado de los dientes, para determinar si hay caries, si faltan piezas dentarias, si utiliza dentadura postiza o prótesis, etc.

#### **Factores de riesgo que afectan a boca y lengua.**

1. Tabaco.
2. Comidas calientes, frías.
3. Inmunosupresión.
4. Alcohol.

#### **Factores de riesgo que afectan a los dientes.**

1. Malos hábitos alimenticios.
2. Caries.
3. Falta de calcio.
4. Tabaco.
5. Higiene deficiente.

#### **EL PELO.**

Al igual que las uñas se forma en la capa córnea de la epidermis. Es una fibra flexible de queratina originada en el folículo piloso y cuya raíz, en forma de bulbo, está unida a la papila dérmica por donde llegan la inervación y la vascularización.

#### **Valoración.**

1. Cambios evolutivos: color, cantidad, presencia de caspa, grasa, alopecia, etc.
2. Prácticas higiénicas.

#### **Examen físico.**

Se determinará la uniformidad del crecimiento, textura del cabello, si está seco o graso, si hay presencia de infecciones o infectaciones en el cuero cabelludo (parásitos), se inspeccionará la sutura del cráneo en los lactantes (fontanelas), presencia de pelo en el cuerpo.

## **6. HIGIENE DE LA PIEL**

---

La piel sucia de orina o excrementos corre el riesgo de macerarse e infectarse, por eso se explica la necesidad de aseo en los genitales varias veces al día.

Con un correcto aseo del paciente se pretende:

1. Conservar el buen estado de la piel, eliminando la suciedad y el sudor. Sólo con una buena limpieza e higiene se consigue que la piel realice sus funciones con normalidad y no se produzcan infecciones bacterianas, etc.
2. Estimular la circulación sanguínea.
3. Reducir la temperatura corporal en caso de fiebre, si se realiza el baño o ducha con agua fría.
4. Refrescar al paciente, para que sienta sensación de confort y bienestar.

Bien sea del aseo completo o del aseo de una zona del cuerpo, debemos referirnos a los mismos principios que tratan del enfermo, la técnica y el material:

#### El enfermo:

- Tener en cuenta el pudor de la persona, pues a nadie le gusta mostrar su desnudez en esas circunstancias y ante personas extrañas.
- Moverlo con suavidad.
- Actuar rápidamente para disminuir el riesgo de cansancio.
- Evitar el resfriado, para conseguir esto descubrir solo la región a limpiar y cubrir el resto del cuerpo.
- Secar después de los cuidados y recalentarlo si se ha enfriado.
- Reinstalar cómodamente a la persona.

**La técnica:** se actuará con método durante el aseo. Se limpiará cada zona del cuerpo una a una. La secuencia de los gestos seguirán este orden:

- Preparación del material, que se instalará al alcance de la mano.
- Posición sistemática del enfermo, lo más cómoda posible, reduciendo al máximo los movimientos.
- Protección del enfermo y de la cama.
- Evacuación de las aguas, ropas sucias, etc.
- Volver a poner todo en orden.
- Los cuidados se administrarán desde la derecha, a excepción del lavado que se hará desde arriba hacia abajo.

#### El material:

- Los elementos de protección: hule, sábana pequeña y manta de baño.
- Los elementos de lavado: toallas, guantes, esponjas, palangana, agua, jabón, crema hidratante, jarra, etc.
- Los elementos de recambio: ropa del enfermo y la ropa de la cama.
- Los elementos de evacuación: orinal plano o cuña, bolsa para la ropa sucia o cubo, etc.

Cualquiera que sea el aseo que se practique y sobre todo si es completo deberá vigilarse, como ya se ha dicho, la temperatura de la habitación y las corrientes de aire.

## 7. ASEO DEL PACIENTE NO ENCAMADO

---

En estos casos pueden ocurrir dos cosas: bien que el paciente no necesite ninguna ayuda para realizar el aseo, o bien, que la ayuda que necesite sea mínima. Pero, a pesar de todo esto será necesario valorar la capacidad que tiene el paciente para llevar a cabo su higiene personal y autocuidado.

La Auxiliar de Enfermería en estos casos deberá proporcionar al paciente los elementos necesarios para realizar su higiene:

1. Toallas: dos.
2. Pijama o camisón.
3. Bata.
4. Zapatillas.
5. Jabón o gel.
6. Crema hidratante.

El baño nos permitirá observar detenidamente al paciente, informando inmediatamente de cualquier cambio en el color o el aspecto de la piel.

## 8. EL BAÑO EN EL CUARTO DE BAÑO

---

Procure que el cuarto de baño esté caldeado y que las ventanas estén cerradas. Reúna el jabón, los paños, las toallas, y la ropa limpia que necesite.

Abra primero el grifo de agua fría, añada después la caliente y mezcle bien.

Diga ahora al paciente que el baño ya está a punto y, en caso necesario, acompañe.

Es posible que tenga que ayudarlo a entrar y salir de la bañera. Los pacientes que necesitan mucha ayuda deberían utilizar asientos de baño.

Algunos pacientes necesitan que les ayuden a lavarse y secarse, mientras que a otros se les puede dejar solos. Sin embargo, el paciente no debe cerrar la puerta por dentro y convendría que tuviera una campanilla al alcance de la mano.

Una vez el paciente haya salido del cuarto de baño, limpie la bañera, cuelgue a secar los paños y las toallas y déjelo todo bien ordenado.

A continuación se describen dos métodos para ayudar al paciente a entrar y salir del baño:



### Método primero:

1. Sitúese detrás del paciente y dígame que se agarre una muñeca contra la otra mano. Deslice las manos por debajo de sus axilas y toma sus antebrazos por delante de su cintura.
2. Deje que el paciente se introduzca en la bañera. Manteniendo la espalda recta, doble las rodillas y bájelo al asiento de baño o al suelo de la bañera.

### Método segundo:

1. Sitúese de cara al paciente al lado de la bañera y coloque la mano bajo su brazo. Ayude a introducir la pierna del lado interior en la bañera.
2. Para enderezarse, el paciente empuja su hombro, introduce la otra pierna en la bañera y se agarra a los lados de la bañera. Manteniendo las manos bajo sus axilas, bájelo poco a poco.

## 9. ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

---

El baño en la cama completo se debe realizar tantas veces como sea necesario pero, como mínimo, una vez al día, por la mañana, coincidiendo con el cambio de sábanas de la cama.

### Normas generales para asearlo:

- Evitar que en la habitación haya corrientes de aire. La temperatura ambiental adecuada es de 24 °C aproximadamente.
- Temperatura del agua para el baño entre 37-40 °C.
- Preparar el material necesario y tenerlo a mano.
- Lavar cada zona del cuerpo una vez.
- Colocar al paciente en la posición más cómoda posible.
- Procurar preservar la intimidad del paciente, manteniéndolo desnudo el menor tiempo posible.

### Material necesario para el aseo del paciente:

- Material de protección: hule, entremetida, manta de baño y biombo si fuese preciso.
- Material para el lavado: dos toallas y palangana con agua caliente.
- Jabón desinfectante.
- Jarra con agua.
- Alcohol.
- Gasas y pinzas Kocher y de Duval.
- Cuña.

- Tijeras de punta roma para las uñas.
- Pasta de dientes, cepillo y seda dental para la boca.
- Champú, peine, cepillo y secador para el pelo.

## PROCEDIMIENTO.

Para hacer el baño completo en cama se procede de la siguiente manera:

- La Auxiliar de Enfermería debe lavarse las manos previamente.
- Retirar la colcha y la manta de la cama. Tapar al enfermo con una manta de baño. El aseo se realiza por partes, haciendo enjabonado, enjuague y secado antes de pasar a la zona siguiente.
- En todos los pasos a seguir se colocará la toalla de forma que proteja la almohada o la cama.
- El orden de lavado es el siguiente:
  - a) Cara, cuello y orejas:** primero habrá que preguntar al paciente si le gusta que le enjabonen la cara, en el caso de que el paciente se encuentre en condiciones él mismo podría encargarse de estas tareas. Para proceder al lavado se moja una torunda en el agua, cogiéndola con las pinzas para limpiar los párpados (una para cada ojo); seguidamente el pabellón auricular y posteriormente el contorno de la boca y aletas de la nariz. Finalmente cara y cuello secándolos con otra toalla.
  - b) Brazos y manos:** se coloca una toalla debajo y se lava de arriba hacia abajo. Aprovechando este momento metemos las manos del paciente en un recipiente con agua caliente, para facilitar la limpieza y cortado de las uñas. Se lavan las axilas y se aplica si es necesario desodorante.
  - c) Tórax:** en las mujeres limpiar y secar bien el pliegue submamario. Para limpiar la zona pectoral hay que tenerla descubierta el menor tiempo posible o bien hacerlo por debajo de la toalla que la cubre.
  - d) Abdomen:** proceder igual que en todas las partes descritas.
  - e) Espalda y nalgas:** colocar al paciente en decúbito lateral con una toalla extendida a lo largo de la espalda. El lavado se hace también de arriba hacia abajo. Si no contamos con ayuda de nadie, es mejor que el paciente se vuelva de cara a nosotros para evitar el peligro de una caída de la cama. La piel se secará cuidadosamente para evitar enrojecimientos, aprovechando para observar la posible existencia de ampollas que nos indiquen la aparición potencial de una escara. Una vez bien seca la espalda el/la Auxiliar de Enfermería puede proceder a dar un pequeño masaje en la zona con movimientos circulares para activar la circulación de la zona.
  - f) Extremidades inferiores:** se le coloca el pie en un recipiente con agua como ocurría con la mano. Primero se lava un miembro siempre de arriba

hacia abajo y después se hace lo mismo con el otro. Hay que secar muy bien los pliegues interdigitales.

- g) **Periné:** el cuidado perineal es parte del baño en cama y es un procedimiento embarazoso para la mayoría de los pacientes; la/el personal de Auxiliar de Enfermería también lo puede considerar así, particularmente si el paciente es del sexo contrario. Los cuidados perineales se deben administrar eficazmente y de forma natural. Pero siempre el profesional deberá utilizar guantes y de este modo se evitan infecciones.

### PROCEDIMIENTO.

Para procurar el cuidado perineal-genital durante el baño en cama se necesita el siguiente equipo:

1. Una palangana llena hasta las dos terceras partes de su capacidad con agua a 43-46 °C.
2. Jabón.
3. Un paño.
4. Una toalla de baño.
5. Una sábana de baño.
6. Guantes desechables.
7. Polvos de talco o crema hidratante según necesidades.

Para la limpieza de la zona genital y perineal en casos especiales se necesita el equipo que a continuación describimos:

1. Una toalla de baño.
2. Una sábana de baño.
3. Guantes desechables.
4. Torundas o bolas de algodón.
5. Un recipiente con agua caliente.
6. Una bolsa impermeable para recoger los algodones y las torundas utilizadas.
7. Un paño.

### PROCEDIMIENTO.

1. **Prepare al paciente:** explique al paciente el procedimiento y observe si se siente incómodo o siente vergüenza (todo esto en pacientes conscientes). Compruebe si presenta molestias en la zona.

Retire la sábana y descubra la zona genital del paciente doblando el camisón hacia arriba. Coloque una toalla de baño bajo las caderas del paciente de forma que con la parte de delante se pueda secar la zona anterior del perineo y con la de atrás la zona rectal. De este modo la toalla evita que se manche la cama.

**2. Coloque y cubra adecuadamente al paciente y lave la zona interna de los muslos.**

Si es mujer, colóquela tumbada sobre la espalda con las rodillas flexionadas y las piernas abiertas. Cúbrole el cuerpo y las piernas con la manta de baño. Fije las puntas de la manta de baño sujetándolas a los tobillos. Seguidamente retire hacia atrás la parte media de la sábana dejando la zona púbica al descubierto, procurando que sea el menor tiempo posible para evitar enfriamientos y que resulte embarazoso para el paciente.

Póngase los guantes. Limpie y seque la cara interna de los muslos.

Si es hombre, coloque al paciente en posición supina con las piernas ligeramente flexionadas y las caderas giradas hacia fuera. Póngase los guantes, lave y seque la cara interna de los muslos.

**3. Inspeccionar el área perineal:** ya que se está procediendo a la higiene del paciente es buen momento para inspeccionar la zona perineal y determinar la existencia de inflamación, excoriación o hinchazón, especialmente entre los labios en las mujeres y los pliegues escrotales en los hombres.

También será momento de observar la existencia de flujo excesivo de los orificios perineales-genitales y la presencia de olores.

**4. Lavar y secar la zona del periné-genitales:**

Para mujeres, la Auxiliar de Enfermería deberá limpiar los labios mayores, abriéndolos, para lavar los pliegues que existen entre los labios mayores y los menores, ya que las secreciones que tienden a coleccionarse alrededor de los labios menores facilitan el crecimiento bacteriano.

Se usará otra parte del paño para cada toque, y se frotará desde el pubis hasta el recto. Para mujeres con la menstruación y pacientes con sondas vesicales, se utilizarán bolas de algodón o gasa, tomando una bola limpia para cada toque, ya que el uso de partes distintas del paño o una bola de algodón o gasa limpia previene la transmisión de microorganismos de un área a otra. Se frota desde el área menos contaminada (el pubis) hasta la zona de más contaminación (el recto).

Enjuagar bien al paciente, pudiendo colocarse el paciente sobre una cuña virtiendo el agua caliente con una jarra sobre la zona. Secar completamente el periné, poniendo especial atención a los pliegues entre los labios, ya que la humedad favorece el crecimiento de muchos microorganismos.

Para hombres, lavar y secar el pene, usando toques firmes. Al manejar firmemente el pene la/el Auxiliar de Enfermería puede prevenir una erección.

Si el paciente no está circuncidado, retraer el prepucio para exponer el glande del pene (la punta del pene) para limpiarlo. Volver a colocar el prepucio después de limpiar el glande. Es necesario retraer el prepucio para quitar el esmegma que se colecciona bajo el prepucio y facilita el crecimiento bacteriano.

Lavar y secar el escroto, los pliegues posteriores del escroto pueden tener que limpiarse junto con las nalgas. El escroto tiende a estar más sucio que el pene a causa de su proximidad al recto; por ello se suele limpiar después que el pene.

5. **Inspeccionar si están intactos los orificios perineales.** Inspeccionar en particular alrededor de la uretra en pacientes con sondas vesicales, ya que la sonda vesical puede producir excoriación alrededor de la uretra, y si es necesario poner ungüento protector.
6. **Limpiar entre las nalgas:** ayudar al paciente a que se ponga hacia el otro lado contrario al suyo. Poner especial atención en la zona anal y pliegues posteriores del escroto en los hombres. Limpiar el ano con papel higiénico antes de lavarlo, si es necesario, secar bien la zona.

Poner ungüentos protectores, como vaselina, en el caso de que fuese necesario.

Para las mujeres después del parto, poner una compresa según se necesite de delante hacia atrás. Esto previene la contaminación de la vagina y de la uretra desde el área anal.

7. **Documentar cualquier valoración significativa, tal como enrojecimiento, hinchazón o flujo.**

#### **h) Higiene bucal:** cuidados bucales.

Después de cada comida, quedan en la boca diminutas partículas de alimento. Estas partículas se descomponen provocando la aparición y multiplicación de bacterias perjudiciales. Aparte del hecho de dejar un sabor y una sensación desagradable en la boca, dichas bacterias pueden producir caries o infecciones bucales.

Por tanto, es esencial mantener la boca limpia. Las personas sanas se cepillan los dientes con regularidad, los pacientes encamados, por el contrario, no pueden limpiarse la boca sin ayuda. En muchos casos, bastará con facilitarles los medios necesarios para cepillarse los dientes a intervalos regulares.

La Auxiliar de Enfermería deberá facilitar el material necesario:

- Cepillo de dientes.

- Dentífrico.
- Un vaso de agua.
- Una palangana donde escupir.

En algunos casos, el paciente está demasiado débil o enfermo para limpiarse la boca y deberá hacerlo usted por él. Si se realiza a menudo la limpieza de la boca es una tarea sencilla y lleva muy poco tiempo, en cambio, si se descuida, se convertirá en un suplicio para el paciente.

El material necesario es el siguiente:

- Un dentífrico.
- Cepillo de dientes.
- Una taza de agua caliente.
- Un recipiente curvado.
- Una toalla.
- Elixir bucal.
- Un recipiente para dentaduras si es necesario.
- Un pañuelo de papel o un trozo de gasa para quitar la dentadura.
- Aplicadores y solución limpiadora para las mucosas.
- Una jeringa con aplicador de goma para introducir el elixir en la boca.
- Vaselina o crema hidratante para lubricar los labios.
- Un agente limpiador como el peróxido de hidrógeno para utilizar antes del zumo de limón y el aceite si fuera necesario.
- Guantes.

## ACTUACIÓN.

1. **Prepare al paciente:** coloque al paciente inconsciente, en el caso de que lo estuviera, tumbado de costado con el cabecero de la cama inclinado hacia debajo de forma que la saliva automáticamente salga por el efecto de la gravedad en lugar de ser aspirada a los pulmones.

Esta posición es la más indicada para limpiar la boca a los pacientes inconscientes. Si no es posible bajar la cabeza al paciente, colóquelo de lado, de forma que el líquido salga por la boca o se acumule en la mejilla, desde donde puede ser succionada.

Coloque la toalla debajo de la barbilla, y la palangana contra la barbilla y mejilla del paciente para recoger el líquido. Póngase los guantes.

2. **Lavar los dientes y aclarar la boca:** si el paciente conserva sus dientes, se le cepillan de arriba abajo, parte interior de las mejillas y la lengua, la lengua se limpia en último lugar porque la presión sobre la misma puede provocar náuseas al paciente. Si el paciente usa dentadura postiza, le quitaremos

la dentadura y la introduciremos en un recipiente, la llevará al cuarto de baño y la cepilla bajo el grifo, utilizando una crema o polvos especiales para dentaduras, enjuáguela a fondo y devuélvala al paciente.

Aclare la boca del paciente con una jeringa de unos 10 ml de agua o elixir e inyectándolo suavemente a ambos lados de la boca, ya que si la solución se inyecta a presión podría llegar a la garganta y ser aspirada hasta los pulmones.

Asegúrese de que toda solución limpiadora ha pasado a la palangana y no queda nada en la boca.

En caso contrario, succione el líquido restante.

Aclare las veces que sea necesario para que no quede dentífrico.

- 3. Inspeccione la boca y limpie bien las mucosas:** si el interior se ve sucio o reseco, límpielo con las torundas o la gasa y solución de limpieza. Si se emplea peróxido de hidrógeno, limpie la boca concienzudamente antes de aplicar el aceite y zumo de limón.

Con una torunda impregnada en aceite o limón, limpie la mucosa de una mejilla. Deseche la torunda y con otra limpia, limpie la zona colindante. El empleo de diferentes torundas para cada zona de la boca evita la transmisión de microorganismos de un área a otra.

Observe si existe inflamación o sequedad.

Aclare la boca, quítese los guantes y deséchelos.

- 4. Compruebe que el paciente se encuentre cómodo:** retire la palangana, y séquele los labios con una toalla. Si fuera necesario vuelva a colocarle la dentadura. Hidrate los labios con vaselina o crema, la hidratación previene las grietas y las consiguientes infecciones.
- 5. Registre los datos pertinentes:** anote los cuidados bucales especiales y las observaciones pertinentes. Refiera cualquier problema a la enfermera pertinente.

#### i) Higiene del cabello:

- Colocar al paciente en posición de Roser. Se acerca el paciente al lateral de la cama o a la cabecera si ésta se puede bajar, de forma que la cabeza quede colgando fuera de la cama.
- Retirar la ropa de la cama que cubre al enfermo hasta la cintura y taponarlo con una manta de baño (suapel).
- Se le coloca una toalla sobre los hombros, alrededor del cuello. Ponerle algodones en los oídos.

- Colocar el hule en forma de canalón o herradura desde la cabeza al suelo donde se sitúa una palangana grande o un cubo, que recogerá el agua que caiga.
- Se le moja el cabello y a continuación se le aplica champú por segunda vez. Lavar y aclarar con abundante agua.
- Retirar el hule y la palangana.
- Secarle el pelo con una toalla, peinar y secar después con un secador.
- Verificar que la lencería de la cama y pijama o camisón no están mojados.
- Volver a colocar al paciente en la posición adecuada.

j) **Cuidado de las uñas:** durante el baño la Auxiliar de Enfermería tendrá ocasión de observar si las uñas del paciente necesitan atención. Para el cuidado de las manos se necesita:

- Un cortauñas o tijeras afiladas.
- Una lima de uñas.
- Un palito de naranja para empujar la cutícula hacia atrás.
- Loción de manos.
- Una palangana de agua para sumergir la uña si son especialmente espesas o duras.

#### PROCEDIMIENTO.

Se sumerge una mano o un pie en la palangana con agua, después se seca; luego la uña se corta o se lima en línea recta por encima de la punta del dedo, evitando recortar o excavar dentro de las uñas de las esquinas laterales, ya que esto predispone al paciente a que le crezcan hacia dentro.

A los pacientes con diabetes o con problemas circulatorios deben limarse las uñas en vez de cortarlas, ya que se puede producir una lesión inadvertida en los tejidos si se usan tijeras.

Después del corte o limado inicial, la uña se lima para redondear las esquinas, y la auxiliar limpia por debajo de la uña, después empuja la cutícula hacia atrás, teniendo cuidado de no lesionarla, y así con todos los dedos.

Cualquier anormalidad, tal como una cutícula infectada o inflamación del tejido que rodea la uña, se registra y se informa.

Pero además, hay que tener en cuenta que en los ancianos son muy frecuentes las uñas muy duras y callosas. En tales casos es indispensable la ayuda de un callista.



k) **Cuidado de los ojos:** en condiciones normales de salud, los ojos se mantienen húmedos y limpios gracias a una imperceptible película de líquido que baña los globos oculares y se vacía en la nariz. Durante la enfermedad, en cambio, los ojos pueden aparecer secos, irritados y a veces incluso infectados. En tal caso habrá que bañar los ojos para limpiarlos. Se necesitará:

- Una bandeja.
- Unas torundas de algodón.
- Un cuenco de agua limpia o de solución salina.
- Una toalla de celulosa o un rollo de papel de cocina.
- Una bolsa de papel para las torundas usadas.
- Gotas oculares, si han sido recetadas.

Ayude al paciente a colocarse en una posición cómoda y si no está inconsciente explíquelo lo que va a hacer. Si él puede tenderse boca arriba, sitúese de pie detrás de su cabeza en la posición ideal para tratar los ojos. Si no es posible, procure que el paciente eche la cabeza hacia atrás y que sus hombros estén bien sostenidos. Colóquelo una toalla debajo. Introduzca una torunda de algodón en el agua o en la solución salina, escúrrala ligeramente y bañe el ojo desde la nariz hacia afuera. Tire la torunda. Repita la operación hasta que ambos ojos estén limpios.

Seque la piel circundante con torundas secas y limpias.

Utilice cada torunda una sola vez; es de vital importancia para evitar una sobreinfección.

## 10. AFEITADO

---

Un hombre que se afeita con regularidad se sentirá molesto cuando empiece a crecerle la barba y si no puede encargarse por sí mismo, deberá encargarse usted de la tarea. Aunque generalmente esta tarea la realiza el barbero, en el caso de que no hubiese, y el paciente no pudiera realizarlo, sería el/la Auxiliar de Enfermería el encargado de realizar el afeitado del paciente.

Antes de empezar, compruebe en qué estado se encuentra el paciente y qué clase de ayuda necesita.

Enjabone la barbilla, frotando bien para que penetre el jabón, eso suaviza la barba y facilita el afeitado. Si el paciente no puede hacerlo por sí mismo, vuelva a enjabonarle y afeitarle en la dirección que él le haya indicado. Dé unas largas y firmes pasadas y enjuague a menudo la maquinilla. Al terminar, enjuague el rostro del paciente y séquelo bien. Si es de su gusto, utilice loción para después del afeitado. Retírelo todo y limpie la maquinilla. Lávele y séquele la cara en la forma acostumbrada.

Pero además de todo lo comentado anteriormente el/la Auxiliar de Enfermería deberá tener en cuenta que el paciente, aparte del baño, necesita lavarse en otros momentos. Lavar a menudo las manos y la cara, refresca al enfermo y le hace sentirse más cómodo.

## **11. CUÑA Y BOTELLA: PROCEDIMIENTO E HIGIENE**

---

Una auxiliar tiene dos razones importantes para ofrecer una cuña o botella, la primera para que el paciente elimine los desechos y la segunda para que se normalice el intestino. También es importante que cubra la cuña, la saque de la unidad del enfermo y la lleve al cuarto de servicio, lo más rápidamente posible, cada vez que el enfermo orine o defecue.

### **CÓMO OFRECER LA CUÑA:**

Procedimiento:

1. Ofrezca al paciente la cuña.
2. Cúbrela y llévela junto a la cama.
3. Ponga al enfermo en privado.
4. Doble hacia atrás la ropa de cama.
5. Suba la bata para descubrir al enfermo, pero mantenga la parte inferior de su cuerpo cubierta con la sábana superior o la manta.
6. Pida al paciente que doble las rodillas y póngale los pies con las plantas encima del colchón. Si es necesario, ayude al enfermo a levantar el cuerpo deslizando su mano debajo de la parte inferior de su espalda para levantarlo. Colocar la cuña en posición.
7. Vuelva a cubrir al enfermo.
8. Eleve el respaldo de la cama.
9. Ponga papel higiénico y el cordón del timbre donde el paciente los pueda alcanzar con facilidad.
10. Pida al paciente que llamen cuando haya terminado.
11. Salga del cuarto, si no hay ninguna contraindicación.
12. Después de un tiempo razonable, o cuando llame al paciente, vuelva al cuarto. Ayude al enfermo a levantar las caderas y quitar la cuña.
13. Cubra la cuña inmediatamente.
14. Ayude al enfermo, si está incapacitado, a limpiarse por sí mismo. Ponga al paciente de lado. Limpie la región anal con papel higiénico y después lave los genitales y séquelos.
15. Compruebe si el médico ha ordenado que se guarde una muestra.
16. Lleve la cuña al cuarto de baño.

17. Revise el excremento por si tiene aspecto anormal.
18. Vacíe la cuña, quitando del cobertor donde se han depositado las heces, y tirelas al contenedor, la cuña la limpia con agua y jabón, dejándola después en su sitio original.
19. Lávese las manos.
20. Regrese al cuarto del enfermo y colóquelo en su posición.
21. Quite el biombo o corra las cortinas.  
En el caso de las mujeres la cuña donde defecan, se suele usar también para orinar.

### **CÓMO DAR EL ORINAL: BOTELLA.**

El procedimiento para dar el orinal es similar al de la silleta.

1. Diga al enfermo lo que va a hacer.
2. Saque el orinal de donde esté guardado.
3. Ponga al enfermo en privado y doble hacia atrás la ropa de la cama.
4. Ponga el orinal cerca del paciente, donde pueda alcanzarlo con facilidad.
5. Salga de la habitación, si está permitido, pero asegurándose de que el enfermo alcanza el cordón del timbre.
6. Regrese a la habitación después de un tiempo razonable, o cuando el paciente llame al timbre.
7. Quite el orinal.
8. Ofrezca al paciente un recipiente donde lavarse las manos.
9. Compruebe si se necesita muestra.
10. Quite el biombo o corra la cortina.
11. Antes de vaciar el orinal, observe la orina por si hubiera anomalías.
12. Vacíe el contenido del orinal al retrete, enjuague la botella con agua y jabón y déjele en el lugar indicado. Lávese las manos.

## **12. ASEO DE PACIENTES ESPECIALES**

---

### **- HIGIENE DE LA PERSONA CON POLITRAUMATISMOS Y FRACTURAS.**

Cuando el paciente presenta fracturas y se encuentra encamado con aparatos que hacen tracción por medio de pesas de los miembros inferiores, hay que realizar su higiene evitando que se pierda la alineación de las fracturas.

Para ello, una persona debe encargarse de traccionar los miembros inferiores con la misma fuerza que las pesas, mientras otra realiza la higiene de los genitales, glúteos y miembros inferiores.

Además, hay que retirar la férula en la que se apoya el miembro traccionado para limpiarla, y cambiar el vendaje.

En caso de pacientes tetraplégicos, para realizar la higiene no se les debe girar hacia la posición decúbito lateral, sino levantarlos en bloque para llevar a cabo la higiene posterior.

Por lo demás, la higiene de un paciente con traumatismos se realiza atendiendo a la movilidad que tenga, teniendo cuidado con la escayola, utilizando cobertores y protectores especiales que evitan que se moje.

Se tomará especial atención a los alrededores de la piel de la fractura proporcionándole el cuidado e hidratación necesarios.

#### **- HIGIENE DEL PACIENTE COLOSTOMIZADO.**

En el tratamiento de ciertas enfermedades del aparato digestivo, puede ser necesario extirpar una parte de él. Siempre que es posible, se cosen los dos extremos cortados del tubo digestivo para mantener el paso de los alimentos y los productos de desecho. Cuando ello no es factible, se practica un orificio artificial (ano contra natura) en la pared abdominal, para que el material no digerido pueda pasar a una bolsa.

La colostomía consiste en desviar el contenido del colon, prescindiendo del recto, a la altura del estómago. Las heces se expulsan entonces a través de una abertura de la pared abdominal.

El Auxiliar de Enfermería junto con la enfermera deberá de encargarse de los cuidados de la colostomía, y que cuando el paciente sea dado de alta sea capaz de llevar a cabo la higiene de su ano artificial en la intimidad.

El material necesario para la limpieza de la colostomía será:

- Una palangana de agua caliente.
- Jabón.
- Toalla.
- Suero fisiológico.
- Gasas.
- Guantes.
- Una bolsa de colostomía.
- Pegamento biológico (que servirá para adherir mejor la bolsa colectora y además protegerá la piel circundante).
- Bolsa para retirar la bolsa de colostomía sucia.

**PROCEDIMIENTO:**

- a) Descubrir la zona de la colostomía.
- b) Preparar el material (palangana, toalla,...).
- c) Ponerse los guantes.

- d) Retirar la bolsa llena de colostomía y desecharla.
- e) Limpiar los alrededores del estoma con agua caliente.
- f) Limpiar el estoma con suero fisiológico y gasas estériles.
- g) Secar bien.
- h) Coger la bolsa de colostomía limpia y aplicar alrededor de la abertura el pegamento biológico.
- i) Ponerla de tal modo que el estoma quede en el centro de la abertura y asegurarnos de que está bien sellada.
- j) Recogerlo todo y cubrir al paciente.

Todos estos pasos serán explicados al paciente, con el fin de que él mismo sea capaz de realizar el cuidado de su estoma, para que pueda alcanzar el máximo nivel de independencia que le sea posible.

#### **- HIGIENE DE UN PACIENTE QUIRÚRGICO.**

El Auxiliar de Enfermería al paciente quirúrgico deberá de realizarle una serie de procedimientos que servirán para reducir al máximo el riesgo de infección.

Deberá preparar la piel y el campo operatorio, la higiene y preparación de la piel tiene como finalidad el que quede libre de microorganismos patógenos.

La higiene bucal y corporal en este período es muy importante.

El día anterior se retirará el esmalte de uñas si existiese. Se cortarán las uñas de las manos y los pies, se cepillarán y lavarán exhaustivamente con agua y un jabón antiséptico.

Se recomienda el baño previo, durante varios días consecutivos antes de operarle. La noche anterior e incluso el mismo día de la operación deberá darse un baño usando un jabón antiséptico, practicando una higiene minuciosa de todas las partes del cuerpo.

El Auxiliar de Enfermería deberá rasurar la piel con maquinilla estéril, en la zona donde se va a practicar la incisión y zonas contiguas. Luego se vuelve a lavar con agua y un jabón antiséptico.

Si la zona donde se va a intervenir incluye manos o pies hay que prestar especial atención a la higiene de las uñas, lavándolas y cepillándolas.

Debe indicarse al paciente que retire los objetos personales que lleve puestos (joyas, prótesis dentales móviles, gafas, lentillas, etc,...), dichos objetos se introducen en una bolsa y se entregan a los familiares o se guardan con el resto de objetos personales.

En definitiva el papel del Auxiliar de Enfermería en la higiene del paciente quirúrgico pasa por la limpieza de la piel y rasurado de la misma en la que se va a llevar a cabo la intervención quirúrgica.

#### **- HIGIENE DEL PACIENTE QUEMADO.**

La higiene del paciente quemado depende en gran medida del estado del mismo y de la zona que haya afectado la quemadura y el grado de la misma.

Se realizará de la misma forma que con cualquier otro enfermo, pero, sí se tendrá especial cuidado de no mojar la zona. Se tendrá en cuenta el grado de movilidad del paciente, colaboración y extensión de la quemadura.

Se deberán seguir una serie de precauciones a la hora de realizar la higiene a un paciente quemado:

1. No mojar la zona de la quemadura.
2. Mantener la piel no dañada perfectamente hidratada.
3. Utilizar guantes para evitar la transmisión de infección.
4. Mantener sábanas, pijama y demás limpio.
5. Tener especial cuidado con la higiene de los ojos y boca para evitar una sobreinfección.

#### - HIGIENE DEL ANCIANO.

Mantener la piel limpia y en buen estado, y utilizar el vestido y calzado adecuados a las características individuales son dos facetas básicas en la independencia de la satisfacción de las necesidades de higiene y arreglo personal, que contribuirán al mantenimiento de la salud y del bienestar del anciano.

Los ancianos tienen la necesidad de una atención muy cuidadosa en lo referente a su piel, ya que, según se ha visto, no está suficientemente nutrida ni hidratada, hecho que la hace mucho más vulnerable.

Por lo que el profesional deberá tener en cuenta:

- a) Para la higiene se utilizarán jabones neutros y agua tibia.
- b) Se evitarán los baños prolongados, aconsejando dos duchas semanales para evitar el resecamiento excesivo de la piel, aunque respetando siempre lo hábitos adquiridos. Se hará especial hincapié en un secado minucioso.
- c) Se recomendará el uso de cremas hidratantes corporales que suavicen la piel y prevengan las irritaciones.
- d) Para el cabello champú neutro.
- e) Desaconsejado el uso de aerosoles.
- f) Los tintes para el cabello deberán estar elaborados con sustancias naturales.
- g) Se aconsejará un especial cuidado en la higiene de los ojos y oídos.
- h) Cuidado diario de pies, lavándolos y secándolos minuciosamente especialmente entre los dedos.
- i) Evitar la exposición prolongada y excesiva al sol.
- j) Se aconsejará el uso de vestido y calzado cómodo.

La dependencia o independencia de la necesidad de higiene y arreglo personal son consecuencia de la capacidad o incapacidad para satisfacerlo, y será el Auxiliar y Enfermería quien valore dicha capacidad y suplir la que el anciano no puede cubrir.

### - HIGIENE DEL PACIENTE INCONSCIENTE.

Un paciente inconsciente es aquel que no colabora en nada, está completamente inmóvil.

En los pacientes inconscientes es muy importante extremar las medidas de higiene de:

- a) Ojos y boca. Procurando mantener la humedad adecuada.
- b) Orificios nasales, manteniéndolos limpios y libres de secreciones y en el caso de que portaran sonda nasogástrica cambiar los apósitos de la nariz, hidratando la zona para evitar enrojecimientos y erosiones innecesarias.
- c) Y, a través, del lavado y secado correcto de la piel del paciente inconsciente se evitará la aparición de las úlceras por decúbito, que junto con los cambios posturales y los pequeños masajes constituirán un método de primera línea en la consecución de nuestro objetivo.

## 13. ASEO Y LIMPIEZA DEL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA: LAVADO DE MANOS

---

En su trabajo usará las manos constantemente. Con frecuencia tocará enfermos o los artículos y el equipo empleados en el tratamiento y atención de pacientes. Obviamente, los gérmenes pasarán a sus manos, unas veces directamente desde el enfermo, otras desde las cosas que ha tocado o con las que se encuentra en contacto. Sus manos pueden transmitir estos gérmenes a otra persona incluso a su misma cara o boca. Si se lava las manos con frecuencia puede evitar esta transmisión de gérmenes.

Recuerde, que todos los enfermos sea cual sea la enfermedad o la herida, son posibles fuentes de infección. Es decir, tienen gérmenes que pueden transmitirse a otras personas y causar una infección.

Aquellas personas que se encuentren en una institución para el cuidado de la salud, por cualquier razón y durante cierto tiempo, no solamente son posibles fuentes de infección, sino que pueden infectarse ellas mismas.

Tiene mucha importancia para usted evitar la transmisión de los organismos infectantes de unos pacientes a otros en las instituciones de cuidados de la salud y también protegerse usted.

Uno de los mejores medios para evitar esto es lavar sus manos frecuente y perfectamente. A continuación, se especifica cuándo es importante para usted lavarse las manos:

- a) Antes de entrar en contacto con un enfermo y después de haberlo atendido.
- b) Antes de manejar alimentos o la bandeja de la comida del paciente.
- c) Después de haber tocado las cosas del paciente, sus vestidos o cualquier equipo o material.

- d) Antes y después de comer.
- e) Después de ir al baño.

Lavarse las manos y otros hábitos generales de limpieza son prácticas naturales de la vida diaria. Pero cuando se está cuidando a gente enferma, lavarse las manos se hace mucho más importante. Como Auxiliar de Enfermería, lavarse tiene ciertos fines especiales. Por consiguiente se lavará las manos de acuerdo con las reglas determinadas.

### TÉCNICAS PARA EL LAVADO DE MANOS.

Puede haber millares de microorganismos en cada pulgada de la piel. Al lavarse las manos, el agua no está lo suficientemente caliente y la sustancia química del jabón no es lo suficientemente fuerte para matar los gérmenes. Por consiguiente, lo mejor que puede hacer es eliminar las bacterias. Casi todos los jabones y detergentes del mercado son igualmente eficaces para quitar las bacterias. Los jabones perfumados pueden ser mucho más agradables de utilizar, pero no tiene mayor eficacia para eliminar los gérmenes.

El lavado de manos se hace de la siguiente forma:

1. Abra el grifo del agua. Use agua caliente; a la temperatura que pueda tolerar.
2. Moje completamente las manos y muñecas en el agua.
3. Aplique jabón o detergente. Use la cantidad recomendada, según el tipo de jabón o de detergente que utilice. Extienda el jabón sobre toda la superficie de sus manos y muñecas. Agregue la cantidad de agua necesaria para que el jabón no quede excesivamente seco.
4. Haga espuma y extiéndala en manos y muñecas. Frote una mano contra la otra. Meta la espuma entre los dedos. Frote los extremos de los dedos contra las palmas de las manos. Meta la espuma debajo de las uñas. Si es necesario, limpie sus uñas con un palillo, una lima de uñas o un cepillo.
5. Enjuague las manos y aplíquese más jabón. Si necesita más jabón para producir espuma, enjuague antes sus manos en agua corriente. Mantenga las manos separadas del lavabo, si por accidente sus manos tocan los lados del lavabo emprenda de nuevo la acción.
6. Continúe lavándose por lo menos un minuto o más.
7. Enjuague sus manos completamente debajo del agua corriente.
8. Mientras se enjuaga, y después de ello, mantenga las manos hacia arriba, encima del nivel de sus codos. El agua ha de correr hacia sus muñecas en lugar de sus dedos y manos limpias.
9. Si sus manos han estado en contacto con la saliva del enfermo, con la secreción de una herida o con sangre, repita totalmente el sistema de lavado por segunda vez. Lávese dos o tres minutos.
10. Antes de cerrar el grifo, seque sus manos con una toalla de papel.



11. Utilice la toalla de papel para cerrar los grifos, de tal manera que sus manos queden totalmente limpias.
12. Como tendrá que lavarse las manos muy frecuentemente, utilice una loción o crema para evitar que se pongan rugosas o ásperas.
13. Nota adicional: si usa jabón en barra, siga los siguientes pasos:
  - a) Abra la llave del agua antes de agarrar el jabón en barra.
  - b) Mantenga el jabón entre sus manos mientras se lava.
  - c) Después de haberse lavado el tiempo necesario enjuague el jabón y colóquelo en su lugar. Luego enjuáguese las manos cuidadosamente.

## 14. LA HABITACIÓN DEL ENFERMO: LIMPIEZA-ASEO, CAMA, ROPA, ETC.

---

Como las personas enfermas están encamadas, a veces durante semanas o meses, la unidad de la cama se convierte en un elemento importante en la vida del paciente.

Una unidad que es limpia, segura y cómoda contribuye a la capacidad de reposo y sueño del paciente y a una sensación de bienestar.

El mobiliario básico en una unidad de cama del hospital, incluye la cama, la mesilla de noche, la mesa para poner sobre la cama, una o más sillas, y un espacio de almacenamiento para la ropa. Los hospitales varían en el equipo que dan como parte de la unidad de cama. Básicos en todos son el timbre, las luces, los enchufes, y el equipo higiénico de la mesilla. Los centros de crónicos pueden tener un poco de equipo adicional, mientras que en un centro de agudos puede tener varios aparatos de uso común fijos en la unidad.

A menudo, se instalan tres tipos de equipo en la pared de la cabecera de la cama: una toma de vacío para varios tipos de aspiración, una toma de oxígeno, y un esfigmomanómetro para medir la tensión arterial del paciente.

La habitación en la que se cuida al paciente debe estar limpia. El aire puede transportar gérmenes de una persona a otra y el polvo removido se puede depositar sobre la comida o una herida, e infectar al paciente. La habitación debe estar libre también de olores desagradables.

Debe estar cómoda templada y bien ventilada. Si el calor es excesivo, el paciente podría sudar y sentirse incómodo; si el ambiente resultara demasiado frío, podría resfriarse. En invierno será necesario probablemente una calefacción adicional. Hay que evitar las corrientes de aire.

Conviene colocar todo lo que el paciente necesite al alcance de la cama, de otro modo el paciente podría perder el equilibrio y caer al estirar el brazo o al levantarse de la cama para ir a por algo, por lo que se hace necesario dejar el timbre de llamada en una posición cercana para el paciente.

La iluminación es otro factor importante acerca de la habitación del enfermo, por lo que si no es suficiente con la luz natural, tendrá a mano una luz artificial que proporcione al paciente la iluminación que necesita.

Si el paciente puede usar el cuarto de baño cuide de que los pasillos estén bien despejados y que no haya nada en el suelo y los tapetes de la mesita de noche amortiguan el ruido. Sea sensible a los ruidos: a una persona enferma todos los ruidos le resultan molestos.

En cuanto a la limpieza de la habitación del enfermo, será diaria, se realizará preferentemente por la mañana, y se utilizará para el suelo un desinfectante, limpiándose baño, repisas, mesitas, etc.

Cuando sepa que un nuevo enfermo va a ser aceptado en la unidad, asegúrese de que la unidad está preparada: cerciórese de que la unidad esté limpia, de que todas las cosas que deben estar en la unidad se encuentran en ella y en su lugar adecuado, compruebe la temperatura de la habitación; que no esté ni muy caliente ni muy fría, y que la ropa de la cama esté preparada.

Cuando llega un paciente a la unidad la mayor parte del tiempo lo pasa en la cama, por lo que la forma de preparar la cama para un Auxiliar de Enfermería es de gran importancia para su comodidad y bienestar.

Hay diferentes métodos de hacer una cama:

1. **La cama "cerrada"**. Es la cama que se encuentra en la unidad donde acaba de salir el enfermo. La cama está cerrada hasta que se encuentre limpia hasta la llegada de un nuevo enfermo.
2. **La cama "abierta"**. Cuando un enfermo nuevo llega a la unidad, la cama cerrada se transforma en abierta con unos simples cambios de la ropa que la cubre.
3. **La cama "ocupada"**. En ocasiones el enfermo se encuentra inmovilizado en la cama y ésta tiene que hacerse mientras el enfermo se encuentra en ella.
4. **La cama "postoperatoria" y de "recuperación"**.

#### - NORMAS GENERALES PARA HACER UNA CAMA.

1. Colocación de la cama: se ajusta la cama hasta su nivel más alto.
2. Cubierta del colchón: coloque la cubierta en el colchón, con el extremo abierto hacia los pies de la cama. Dóblela en los pies de la cama y alise y estire la cubierta por los dos lados.
3. Sábana inferior: remeta la sábana por debajo de la cabecera del colchón. Haga las esquinas en forma de mitra y remeta la sábana por debajo del colchón.
4. Cómo se hace la esquina en forma de mitra: levante un borde de la sábana de manera que quede recta hacia abajo, deje una esquina doblada en la

parte de arriba del colchón, remeta la porción colgante debajo del colchón y remeta la parte doblada debajo del colchón.

5. Sábana adicional de caucho o de plástico: los bordes deben estar colgando al mismo nivel, remeta la sábana adicional.
6. Sábana adicional de algodón: remeta la sábana adicional.
7. Sábana superior: remétala en los pies, haga la esquina en forma de mitra en la sábana inferior y no remeta los lados.
8. Manta: coloque la manta en la cama, remeta los pies y haga la esquina en forma de mitra en el lado donde se encuentre.
9. La funda de la almohada: póngale la funda a la almohada, asegurándose de que los bordes y las esquinas están apretados.

Además será el auxiliar enfermero el encargado de proporcionar toda la ropa necesaria al paciente, tras el aseo diario, proporcionándole: pijama o camisón, bata, zapatillas (en el caso de que la unidad las proporcionase), además de todo lo necesario para su higiene personal, colaborando incluso y si fuera necesario en el cambio de bata y pijama, aunque en muchas unidades y dependiendo del enfermo se permite el uso de camisonos y pijamas que traen de su casa, lo más adecuado será el uso de la ropa que ofrece la unidad, ya que está diseñada para que los apósitos se puedan alcanzar con facilidad y el enfermo pueda ser examinado rápida y fácilmente.

El punto más importante que usted tiene que recordar cuando cambie la bata, el pijama o el camisón a un enfermo es no descubrir su cuerpo innecesariamente, evitará resfriados innecesarios y molestias al paciente.

#### **- PROCEDIMIENTO PARA CAMBIAR LA ROPA AL ENFERMO.**

1. Lávese las manos.
2. Diga al enfermo lo que va a hacer.
3. Desate las cintas de la bata.
4. Si el enfermo está inconsciente usted tendrá que tomar las cintas que están debajo de su cuello para desatarlas.
5. Quite la bata sucia.
6. Póngale la bata limpia que tiene lista.
7. Ate las cintas de la bata limpia.
8. Tome el camisón sucio y póngalo en la bolsa para la lavandería.
9. Lávese las manos.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- Atención de necesidades del paciente: higiene, eliminación y cuidados en las úlceras por presión. Ed. Interconsulting Bureau S.L. 2012
- Ballano Gonzalo, F. y Esteban Arroyo, A. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente. Ed. Editex. 2009.
- Barbero Miguel L. Higiene y atención sanitaria domiciliaria. Ed. Ideaspropias. 2012.
- Bulechek G.M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences. 2009.
- De la Torre Gálvez I. Cuidados enfermeros al paciente oncológico. Ed. Vértice. 2008.
- Equipo Vértice. Intervención en la atención higiénico-alimentaria en instituciones. Ed. Vértice. 2012.
- Gimeno Gómez, V. Equipo Vértice. Características y necesidades de atención higiénico-sanitaria de las personas dependientes. Ed. Vértice. 2008.
- Guardaño Ligeró, M.R. y Gallardo Muñoz, I. Intervención en la atención higiénico-alimentaria en instituciones. IC Editorial. 2013.
- Hernando A, Guillamas C, Gutiérrez E, Sánchez-Casado G, Méndez M.J, Tordesillas L. Técnicas básicas de enfermería. Ed. Editex. 2009
- Hernando Moreno, A. y Gutiérrez López, E. Higiene del medio hospitalario y limpieza de material. Ed. Editex. 2009.
- López Porcel, J. B. Cuidados auxiliares básicos de enfermería. Ed. Vértice. 2008.
- Martínez López, F. J. TCAE en la Unidad de Cuidados Intensivos. Ed. Vértice. 2011.
- Ortega Vargas, M.C. y Suarez Vázquez, M. G. Manual de evaluación de la calidad del servicio en enfermería: estrategias para su aplicación. Ed. Médica Panamericana. 2009.
- Rifa Ros, R.; Olivé Andrados, C. y Lamoglia Puig, M. Lenguaje NIC para el aprendizaje teórico-práctico en enfermería. Ed. Elsevier España. 2012.
- Robert S. Porter, Justin L. Kaplan, Barbara P. Homeier. Manual Merck de signos y síntomas del paciente. Diagnóstico y tratamiento. Ed. Médica Panamericana. 2010
- Sánchez García, A.M.; Merelles Tormo, A. y Martínez Sabater, A. El practicum en el grado de enfermería. Ed. Anmarsa. 2012.