

2. Aplicación de técnicas de aseo e higiene corporal.

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que se aplican las personas para controlar los factores que pueden causar efectos nocivos sobre su salud.

La higiene es una necesidad básica, es decir, que debe ser satisfecha para que el individuo pueda conseguir un completo estado de bienestar físico, mental y social, uno de los cuidados más importantes que se presta al usuario es el que se refiere a su higiene personal. Sin una correcta higiene personal, es más posible que aparezcan procesos patológicos que pueden agravarse debido a una mayor vulnerabilidad y menor resistencia del organismo.

A través del aseo obtenemos una serie de beneficios, tales como:

- Eliminar las células muertas de la epidermis, que se descaman continuamente.
- Limpiar la piel del exceso de grasas, sudor, suciedad y polvo del ambiente.
- Evitar una excesiva proliferación bacteriana que favorece la infección.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Mantener la piel en buenas condiciones para que pueda realizar correctamente sus funciones.
- Provocar sensación de confort y bienestar y ayudar al descanso.

Dentro de estas prácticas de aseo, encontramos el baño que, además de su valor en cuanto a limpieza, también proporciona otros beneficios:

- Mantener la piel limpia, libre de secreciones y de malos olores. La persona encamada se preocupa por los posibles olores que puede generar su cuerpo en situación de enfermedad: la excesiva sudoración y los posibles olores de la boca procedentes de la acumulación y fermentación de restos de comida.
- Estimular la circulación sanguínea. El baño caliente o templado produce una vasodilatación periférica, lo que favorece el transporte sanguíneo y de nutrientes a todas las partes corporales.
- Conservar la integridad de la piel. La higiene y la hidratación, indirectamente, consiguen el mantenimiento de la integridad de la piel, que es tan importante para conseguir el resto de los objetivos.
- Favorecer el bienestar integral de la persona. El baño provoca una sensación de bienestar general al producir un efecto refrescante y relajante.
- Observar las características físicas y psíquicas de la persona. Uno de los mejores indicadores de que una persona en situación de alteración de salud empieza a recuperarse es la petición de arreglo personal, higiene, acicalamiento y cambio de ropa.

Mientras prestamos al usuario nuestros cuidados para la realización de la higiene y el aseo, debemos perseguir, además del logro de los objetivos inherentes a estas actuaciones, los siguientes:

- Fomentar la comunicación con el usuario.
- Observar cualquier signo que pueda ser indicativo de un problema de salud.
- Estimular la circulación.
- Valorar las propiedades físicas de la piel (color, temperatura, textura...).
- Conservar la integridad de la piel y prevenir problemas potenciales como las úlceras por presión (UPP).
- Determinar su grado de autonomía.
- Proporcionar bienestar y comodidad.
- Mejorar la autoestima y autoimagen del usuario.



12. Escribe las funciones del baño dentro de la higiene corporal.

El profesional debe conocer a fondo las patologías y las necesidades de la persona a la que cuida para adecuar el aseo a sus características individuales, es importante que el profesional conozca exactamente qué parte de la higiene puede realizar la persona de forma autónoma y con seguridad y para qué parte necesita ayuda. La selección del procedimiento dependerá del estado de salud de la persona que se encuentra en situación de dependencia y de sus posibilidades de movimiento. Así, antes de iniciar el aseo, el profesional tendrá en cuenta:

- Grado de dependencia del usuario, según diversas escalas utilizadas en el proceso de valoración. Nos orientará sobre la participación que el usuario podrá tener en el procedimiento.
- Estado emocional y mental del usuario.
- Hábitos y preferencias personales: temperatura del agua, tipo de jabón, horario...
- Patologías del usuario, para prevenir posibles complicaciones durante la realización del procedimiento.
- Explicar de forma clara al usuario el procedimiento a realizar y pedir su colaboración en todo lo posible para favorecer su independencia.
- Aprovechar el momento del aseo para realizar masajes suaves en las zonas sometidas a presión, mejorando así el riego sanguíneo. En ningún caso se masajearán zonas donde ya se haya iniciado una úlcera por presión (UPP).

Y durante el aseo:

- Preparar todo el material necesario antes de comenzar la higiene.
- Trasladar el material al lugar donde se va a realizar el procedimiento.
- Lavarnos las manos.
- Ofrecer al usuario la posibilidad de ir al baño: proporcionarle una cuña o botella, antes de comenzar la higiene, si ello fuese necesario.
- Mantener la intimidad del usuario en todo momento mediante cortinas o biombos.
- Favorecer la seguridad, comodidad y movilización del usuario encamado, realizando el procedimiento entre dos personas si fuese necesario.
- Aplicar la técnica de aseo prevista en el plan de cuidados individualizado del usuario (en bañera, en cama, aseo total o parcial...).
- Prestar especial cuidado a las vías y sondajes si el usuario los tuviere, evitando tracciones bruscas y previniendo desconexiones.
- Mantener una temperatura ambiente adecuada en la habitación durante la realización de la higiene, entre 22 y 24° C, evitando las corrientes de aire.
- Comprobar la temperatura del agua antes de comenzar el aseo. Salvo indicación contraria, estará entre 37 y 40° C.
- Utilizar jabón suave con pH neutro (pH de la piel ácido, aproximadamente de 5.5) que no irrite la piel.
- En el caso de la higiene al usuario encamado, evitar que éste esté totalmente desnudo durante el procedimiento, debiéndosele mantener cubierto con toalla, sabana o camisón.
- No mojar la cama innecesariamente. Escurrir bien la esponja y, si es necesario, colocar una toalla bajo el usuario.
- Realizar la higiene tantas veces como sea necesario durante el día, como mínimo una vez por la mañana, junto al cambio de sábanas.

Por otra parte, sería bueno tener presente estos consejos en la hora del aseo, pues puede convertirse en un momento difícil para el profesional y para la persona a la que cuida. Las reacciones de agitación, agresividad y tensión que aparecen con frecuencia suelen generar conflictos y mal ambiente:

- Respetar las opiniones y preferencias de la persona a la que se cuida.
- Descubrir sus capacidades y dejarla que realice todo aquello que pueda seguir haciendo.
- Encargarse solo de ayudar en el aseo y respetar su intimidad.
- Utilizar música relajante y evitar los ruidos desagradables.
- Preparar todo lo necesario con anterioridad.
- Justificar la necesidad de asearse dando razones convincentes.
- Reforzar los esfuerzos y los gestos de autonomía.
- Aprovechar el momento para conversar y buscar la distracción en los momentos difíciles.
- Fomentar los hábitos de higiene y establecer rutinas y horarios diarios.
- Explicar el procedimiento que se va a seguir antes de realizarlo.
- Prestar atención a las reacciones, los sentimientos y las necesidades.
- Evitar los conflictos y las situaciones difíciles.

2.1. Baño en bañera o ducha.

La ducha es la forma de aseo más adecuada, siempre que sea posible; si la situación no lo permite, se pueden utilizar otras alternativas como el baño o el aseo en la cama.

El baño en la ducha, sobre todo, está indicada en aquellos usuarios que pueden levantarse y cuyo nivel de autonomía es alto, dejando la bañera para usuarios de menor autonomía; gracias a ella contribuimos a mantener y estimular la independencia del usuario, así como a reforzar un hábito de autocuidado saludable. La ducha tiene un efecto estimulante, mientras que el baño, es más relajante.

Se debe contar con baños asistidos, y debemos cuidar las medidas de seguridad y proporcionar los apoyos materiales necesarios.

El material necesario será:

- Aceite de almendras, vaselina líquida o similar.
- Jabón líquido neutro.
- Esponja o manopla.
- Guantes de un solo uso no estériles.
- Toallas.
- Bolsa para residuos.
- Papel higiénico.
- Ropa del usuario.
- Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, desodorante, agua de colonia...).
- Registros de Enfermería.

Para el baño en la ducha, procederemos así:

- Contemplar en todo momento las normas descritas más arriba.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.



- Explicar al usuario el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- La ayuda que el profesional deberá prestar dependerá en todos los casos del grado de dependencia del usuario.
- Preparar el equipo necesario, colocándolo a nuestro alcance o al del usuario, según el grado en que éste vaya a participar.
- Ayudar al usuario a sentarse en un asiento de ducha (si lo precisa) y preparar el agua de la ducha a la temperatura adecuada.
- Ayudar al usuario a secarse, supervisando que no queda humedad en las zonas de la piel de mayor riesgo.
- Ayudar al usuario a vestirse, si esto fuese necesario.
- Recoger el equipo, ordenar el baño y acompañar al usuario a la habitación.
- Anotar las observaciones, si las hubiera, en la historia del usuario (lesiones, constantes vitales, etc.).

Para el baño en la bañera, procederemos así:

- Contemplar en todo momento las normas generales más arriba descritas.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.
- Explicar al usuario el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Llenar la bañera con agua caliente, comprobando con un termómetro que la temperatura se encuentra entre los 38° y 40°.
- Proporcionar ayuda al usuario para desnudarse y entrar en la bañera. Si fuese necesario, utilizar ayudas técnicas como la grúa para mantener la seguridad física del usuario y disminuir las lesiones por sobrecarga en el profesional.
- Atender las necesidades del usuario mientras realiza su aseo, observando su piel y otros aspectos.
- Recoger y ordenar el baño.
- Anotar las observaciones, si las hubiera, en la historia del usuario (gráfica de constantes vitales u hojas de evolución).



Es muy importante saber que, en los casos en los que el usuario no necesite ayuda, el profesional podrá ocuparse de otras tareas mientras éste se ducha, pero siempre manteniendo una actitud vigilante ante cualquier eventualidad que pudiera surgir y asegurándose que el timbre de alarma está al alcance de éste por si tuviese que pedir ayuda. El profesional nunca dejará solos en el baño a usuarios que padezcan demencia (p.e. Alzheimer).

2.2. Baño en la cama.

Este tipo de higiene está indicada en aquellos usuarios que, conservando o no la movilidad, deben permanecer encamados. Es conveniente que esta técnica se realice entre dos profesionales, para aumentar la seguridad del usuario y disminuir el tiempo empleado. Hay que realizar el aseo diario tantas veces como lo precise el usuario.

El material que se precisa es:

- Aceite de almendras, vaselina líquida o similar.
- Jabón líquido neutro.
- Esponja o manopla.
- Guantes de un solo uso no estériles.
- Dos toallas, preferiblemente, una grande y otra de lavabo.
- Palanganas con agua caliente (entre 38° y 40° C).
- Cuña/botella.
- Bolsa para residuos.
- Papel higiénico.
- Ropa del usuario.
- Ropa de cama.
- Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, desodorante, agua de colonia...).
- Registros de Enfermería.

Se debe proceder de la siguiente manera:

- Contemplar en todo momento las normas generales descritas con anterioridad.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.
- Explicar al usuario el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Estar seguros, antes de iniciar el proceso, de que la temperatura ambiente es adecuada y de que no existen corrientes de aire.
- Ofrecer la cuña/botella al usuario antes de comenzar la higiene.
- Retirar la ropa que cubre la cama y colocar una toalla encima del usuario.
- Desnudar al usuario, que estará en decúbito supino (si no hay contraindicaciones), y colocar la ropa sucia en la bolsa habilitada para tal efecto sin hacer movimientos bruscos.
- La secuencia concreta de lavado será siempre enjabonar una zona y aclarar y secar bien antes de comenzar con otra zona, insistiendo en los pliegues cutáneos (axilas, ingles, bajo las mamas, entre los dedos, etc.).
- El lavado se hará en el siguiente orden:
 - Afeitado: si puede, lo realizará el propio usuario. Si no, se llamará al peluquero o lo realizará el profesional (siempre que esté capacitado).
 - El lavado se realizará de arriba hacia abajo y de limpio a sucio; por regla general, el orden será: ojos; cara y orejas; cuello y hombros; brazos y manos; axilas; tórax y mamas; abdomen; piernas y pies; espalda; nalgas; y por último, región genital.
- En todas las zonas, excepto en los ojos y la cara, se empleará jabón.
- Sólo se dejará expuesta la zona que se esté lavando, manteniéndose las otras cubiertas.
- Si el aseo se realiza entre dos personas, una enjabona y enjuaga y la otra seca.



- Cambiar el agua las veces que sea necesario, sobre todo, antes de lavar la zona genital.

- Después de lavar y secar la parte frontal del usuario, procederemos a colocar al usuario en decúbito lateral para la higiene adecuada de la espalda y la región glútea. Este momento es

- adecuado para realizar masajes en las zonas de presión y aplicar crema hidratante.
- Colocar de nuevo al usuario en decúbito supino para proceder al lavado de la zona genital, insistiendo en el secado de los pliegues cutáneos.
 - En los varones, lavar genitales externos, testículos y pene; se bajará el prepucio y se lavará el glande, se secará y se cubrirá nuevamente.
 - En las mujeres, lavar los labios externos y el meato urinario, siempre de arriba hacia abajo.
 - Aplicar crema hidratante mediante pequeños masajes.
 - Vestir al usuario.
 - Colaborar con el usuario en el aseo de la boca; o bien, realizarlo nosotros mismos.
 - Cambiar la ropa de la cama, siguiendo el protocolo de técnicas de realización de cama abierta ocupada que se explica en el apartado 2 de este Módulo y acomodar al usuario.
 - Recoger el equipo y ordenar el cuarto.
 - Retirar los guantes y lavar las manos.
 - Avisar al personal de limpieza para que arregle el cuarto de baño.
 - Registrar en la historia del usuario las observaciones pertinentes (lesiones, constantes vitales...).

Es importantísimo que, antes de marcharnos, nos aseguremos de que el usuario se queda colocado en una posición cómoda.



13. Describe con tus palabras los materiales necesarios y el procedimiento a llevar a cabo para realizar la higiene total de un usuario encamado.

2.3. Baño de personas con alzhéimer.

El baño es un momento que se complica aún más cuando la persona a la que se cuida sufre algún tipo de demencia; la desorientación y la confusión propias del síndrome pueden hacer que durante el baño la persona se agite y se muestre agresivo. En estos casos es de especial relevancia que el profesional cuide el entorno para hacerlo seguro y tranquilo.

Se debe seguir una serie de recomendaciones que permitirán al usuario asimilar el procedimiento más fácilmente:

- Planear el baño a una hora que el usuario se encuentre tranquilo y hacer de esta hora una rutina; utilizar música y luz relajantes.
- Preparar todo el material antes de comenzar el aseo.
- Ser amable y respetuoso con el usuario, para transmitirle confianza; utilizar un tono de voz dulce y agradable.
- Explicarle el procedimiento con paciencia y repetirle aquellos puntos que le produzcan mayor ansiedad; utilizar el contacto con la piel como medio de comunicación.
- Reducir el miedo del usuario haciendo uso de ayudas tales como asiento en la ducha, barras para el agarre o alfombras antideslizantes; no realizar gestos bruscos y rápidos.
- Mantener, siempre que sea posible, al mismo profesional para realizar el aseo.
- Nunca dejar a la persona sola en el baño. Mantenernos vigilantes y prestarle toda la ayuda que necesite.

2.4. Cuidado de los pies de personas con diabetes.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles de azúcar (glucosa) en sangre elevados; a la glucosa que circula por la sangre se le llama glucemia.

El aumento de glucemia es el resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o en ambas. La insulina es una hormona que fabrica el páncreas y que permite que las células utilicen la glucosa de la sangre como fuente de energía.

Un fallo de la producción de insulina, de la acción de la misma, o de ambas cosas, genera un aumento de los niveles de glucosa en la sangre (hiperglucemia); de no controlarse adecuadamente, a largo plazo, la presencia continua de glucosa alta en la sangre puede provocar alteraciones en la función de diversos órganos, especialmente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.

Las personas que sufren diabetes mellitus son más propensas a tener problemas en los pies. La diabetes puede ocasionar daño a los nervios (neuropatía diabética), lo que puede hacer que el usuario sea menos capaz de percibir una lesión o presión en los pies, siendo posible que no note dicha lesión hasta que se presente un daño o infección grave.

La diabetes, además, cambia la capacidad del cuerpo para luchar contra las infecciones. El daño producido en los vasos sanguíneos, secundario a la diabetes, provoca que llegue menos sangre y oxígeno a los pies. Debido a esto, pequeñas llagas o heridas de la piel pueden convertirse en úlceras cutáneas más grandes y profundas que provocan problemas a nivel muscular u óseo. En estos casos más graves incluso puede llegar a ser necesaria la amputación del miembro afectado como última medida.



Como medida preventiva, se pueden llevar a cabo los siguientes cuidados en el pie de la persona diabética:

- Revisar los pies todos los días. Inspeccionar el empeine, las plantas, los talones y los espacios interdigitales. Controlar la aparición de durezas, heridas, ampollas, uñas encarnadas...
- Lavar los pies todos los días con agua tibia y jabón suave. Para ello:
 - Si el usuario es autónomo, hacer que pruebe la temperatura del agua con los dedos de las manos o el codo antes de sumergir los pies en ella. Como hemos apuntado más arriba, el usuario con diabetes puede tener una sensibilidad menor en los pies y no percibir si el agua está demasiado caliente, produciéndose quemaduras con facilidad.
 - Secar suavemente y por completo los pies, en particular entre los dedos, ya que hay más riesgo de infección en las áreas húmedas.
 - La piel de los pies puede reseca y resquebrajarse, causando heridas que pueden infectarse. Después del baño, aplicar loción hidratante, vaselina o aceites.
- Una vez realizado el baño de pies, es el momento adecuado para cortar las uñas, ya que el agua las ablanda. Procederemos a cortarlas siguiendo una línea recta, intentando evitar que la uña pueda encarnarse, lo cual es un mayor problema en los usuarios diabéticos, debido a la mala evolución de sus heridas.
- Las medias y los calcetines deben ser de algodón, transpirables y muy holgados, de forma que no compriman la pierna ni presionen ninguna zona del pie, ya que ello haría que disminuyera la circulación.

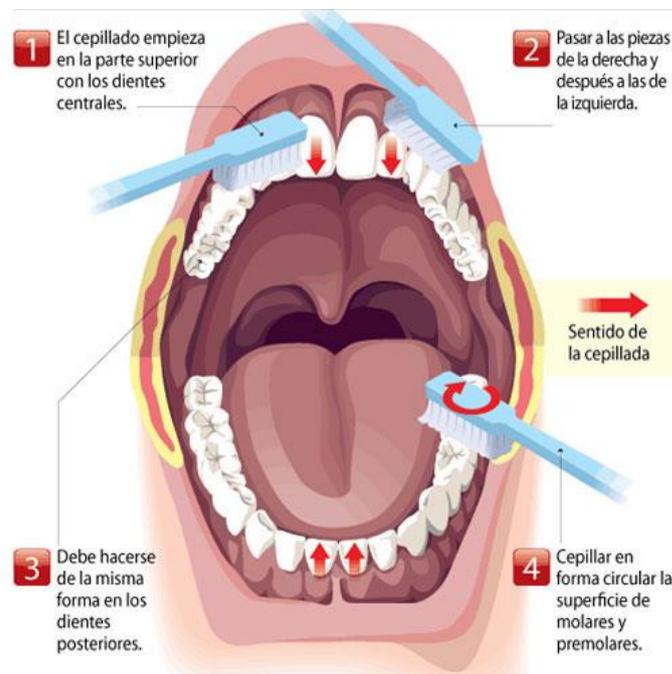
- El calzado elegido debe ser cómodo, de tacón bajo, puntera ancha y de material transpirable para evitar la humedad excesiva.
- El usuario debe evitar sentarse con las piernas cruzadas o pararse en una misma posición durante un tiempo prolongado.

Es muy importante que, debido al enorme riesgo que ello entraña, el cortado de uñas en el pie diabético solamente se realice cuando el médico lo haya autorizado expresamente.

2.5. Higiene bucal.

La higiene bucal tiene como objetivos mantener una limpieza apropiada en la cavidad oral; evitar caries, sequedad, malos olores, o grietas en lengua y labios; y prevenir la aparición de infecciones.

Se deberá estimular al usuario a que la realice él mismo, pero es evidente que las indicaciones para realizar la higiene de la boca dependerán del estado de consciencia y la dentición de la persona.



El material que se necesita:

- Vaso con agua.
- Guantes de un solo uso no estériles.
- Toalla.
- Cepillo de dientes, dentífrico y colutorio.
- Palangana.
- Antiséptico bucal.
- Depresor y gasas estériles.
- Bálsamo labial hidratante.
- Bolsa para residuos.
- Registros de Enfermería.

Procedimiento a seguir:

- Contemplar en todo momento las normas generales ya descritas.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.

- Si el usuario está encamado, y no está contraindicado, elevar la cabecera de la cama hasta una posición de sentado o semi-incorporado (posición Fowler o semi-Fowler).
- Si el usuario está consciente, pero no es capaz de realizar la higiene bucal por sí mismo:
 - Explicar al usuario el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
 - Cepillar los dientes realizando un movimiento de barrido para eliminar los residuos.
 - Limpiar la cara externa e interna, superior e inferior de los dientes y muelas de ambas mandíbulas, así como la lengua.
 - Facilitar un vaso de agua para el aclarado de la boca, que echará en la palangana, para luego repetir el proceso con el colutorio.
 - Aplicar bálsamo labial hidratante.
- Si el usuario está inconsciente:
 - Colocar la cabeza del usuario ladeada.
 - Preparar una gasa enrollada en un depresor, empapada en antiséptico bucal.
 - Limpiar toda la boca, repitiendo el proceso con varias gasas.
 - Aclarar la boca con agua (jeringa 10 cc.) aspirando el contenido al mismo tiempo.
 - Aplicar bálsamo labial hidratante.
- Si el usuario utiliza dentadura postiza:
 - Explicar al usuario el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
 - Retirar la dentadura con una gasa, moviendo con suavidad la placa superior.
 - Depositarla en una batea para su cepillado y aclarado posterior.
 - Limpiar la boca enjuagándola con antiséptico bucal o, si esto no es posible, con una gasa impregnada.
 - Limpiar la dentadura con cepillo de dientes y dentífrico y, a continuación, introducirla en un vaso con agua hasta ser recolocada.
- Reinstalar al usuario en posición cómoda.
- Recoger el equipo y ordenar el cuarto.
- Anotar en la historia del usuario las observaciones si las hubiese.
- Retirar los guantes y lavar las manos.

Es muy recomendable que, si existe mucha salivación o secreciones bucales, se recomienda aspirarlas antes de realizar la higiene bucal al usuario.

2.6. Limpieza de pliegues corporales.

A la hora de realizar la higiene diaria, debemos prestar especial atención a la limpieza de los pliegues corporales, así como a su posterior secado, para evitar que la humedad se acumule en esas zonas y lleguen a irritarse o macerarse.

Los grupos de personas en los que vamos a encontrar mayor incidencia de pliegues corporales son los ancianos y las personas obesas.

2.7. Limpieza de zonas de riesgo.

2.7.1. Lavado de ojos.

Material que utilizaremos:

- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Dos jeringas de 10 cc. o solución salina en monodosis.

- Guantes no estériles.
- Bolsa para residuos.
- Registros de Enfermería.

Seguiremos el siguiente procedimiento:

- Contemplar en todo momento las normas generales ya descritas.
- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.
- Si el usuario está consciente, explicarle el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Si el usuario está encamado, y no está contraindicado, elevar la cabecera de la cama hasta una posición de sentado o semi-incorporado (posición Fowler o semi-Fowler).
- Humedecer una gasa con solución salina y limpiar desde el lagrimal al ángulo externo de cada ojo, hasta que quede limpio de secreciones. Utilizar una gasa distinta para cada ojo.
- Durante este proceso el usuario permanecerá con los ojos cerrados.
- Cargar dos jeringas con 10 cc. de suero fisiológico (una para cada ojo) o utilizar solución salina en monodosis.
- Mantener la cabeza ladeada en relación con el ojo que vamos a lavar.
- Abrir los párpados del usuario con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra aplicar suero fisiológico desde el lagrimal a su zona externa, utilizando una jeringa paracada ojo y evitando tocar los párpados o la córnea.
- Secar con una gasa estéril cada ojo.
- Administrar tratamiento si estuviese prescrito.
- Cerrar suavemente los párpados.
- Colocar al usuario en una posición cómoda.
- Recoger el equipo y ordenar el cuarto.
- Retirar los guantes y lavar las manos.
- Anotar observaciones en la historia del usuario si fuese preciso.

Algo a tener muy en cuenta es que, si el usuario está inconsciente, mantendremos sus ojos siempre cerrados para favorecer el nivel adecuado de humedad de la córnea y dejar los ojos tapados con gasas impregnadas en suero fisiológico, que serán cambiadas cada dos horas; siempre se utilizará una gasa distinta para cada ojo.

2.7.2. Lavado de genitales.

El material que utilizaremos será:

- Palangana con agua tibia (35°-36° C).
- Jabón neutro o esponja jabonosa.
- Esponja (si no se usa la esponja jabonosa).
- Toalla.
- Pañal o empapadera.
- Guantes no estériles.
- Bolsa para residuos.
- Registros de Enfermería.

Así procederemos:

- Contemplar en todo momento las normas generales ya descritas.
- Preservar la intimidad del usuario (con biombos, cortinas...).

- Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.
- Si el usuario está consciente, explicarle el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Colocar al usuario en decúbito supino.
- Descubrir el área genital y colocar la cuña bajo la zona pélvica del usuario.
- Si usa pañal, podemos o bien retirar el pañal y colocarle la cuña debajo para realizar la higiene; o bien, lavarlo utilizando el pañal de empapadera, teniendo cuidado, si está sucio, de no manchar de nuevo la zona ya limpia.
- Verter sobre los genitales agua jabonosa y limpiar la zona con la esponja, siempre de la zona más limpia a la más sucia (de pubis a ano).
- En el hombre: después de limpiar los pliegues inguinales (pliegues cutáneos que se forman en la ingle), y el escroto, retraer el prepucio¹⁸ para limpiar el glande, el pene y terminar en el ano. No olvidar cubrir el glande tras su secado.
- En la mujer: tras limpiar los pliegues inguinales, insistir en los labios mayores y menores, separándolos para limpiar el meato urinario, la zona vaginal y el ano.
- Aclarar con agua.
- Si es preciso, colocar al usuario en decúbito lateral para completar la higiene.
- Retirar el pañal, si fuese el caso, o la cuña.
- Secar muy bien la zona, haciendo hincapié en los pliegues cutáneos y siguiendo el orden antes explicado para la limpieza.
- Colocar un nuevo pañal o ropa interior si procede y vestir al usuario.
- Acomodar al usuario.
- Recoger y reordenar el cuarto.
- Retirar los guantes y lavarse las manos.
- Anotar incidencias en la historia del usuario.

2.8. El aseo de la cara.

Una vez realizada la higiene de los ojos y la boca, se procederá al aseo de la cara.

El protocolo seguirá este proceso:

- Lavar la cara solo con agua siguiendo este orden:
 - Párpados.
 - Labios.
 - Nariz.
 - Orejas.
- Secar adecuadamente.
- Realizar el aseo del cuello.

Si la persona necesita afeitarse o depilarse, es conveniente realizar la actividad en la primera fase del aseo antes de comenzar con ninguna otra zona corporal.

Animar a la persona a cuidar su aspecto, mejorará su autoestima. Se debe respetar la estética y la personalidad de la persona a la que se cuida y preguntarle si quiere mantener su barba, bigote o perilla antes de afeitarse.

Es preciso utilizar utensilios seguros para evitar riesgos de accidentes.

2.9. El aseo de los brazos, el tronco y las piernas.

El aseo del tronco y las extremidades se realizará descubriendo solo la zona que se va a lavar. Una vez limpia, se cubrirá con una de las toallas limpias.

- Protocolo del aseo de los brazos:
 - Colocar una toalla bajo uno de los brazos.
 - Enjabonar mano, brazo y axila siguiendo ese orden.
 - Aclarar y secar perfectamente.
 - Repetir con el otro brazo.
- Protocolo del aseo del tronco:
 - Descubrir el tronco, enjabonar, aclarar y secar perfectamente.
 - Tener especial cuidado con los pliegues de debajo de las mamas, pues son zonas de frecuente aparición de úlceras e infecciones de la piel.
 - Tapar el tronco y descubrir el abdomen.
 - Enjabonar, aclarar y secar perfectamente. Prestar especial interés a los pliegues de las ingles y el ombligo.
 - Cubrir con una toalla limpia.
- Protocolo de la higiene de la espalda (la espalda será la última zona de la higiene de la persona encamada):
 - Situarse en el lado de la cama hacia donde se voltee a la persona.
 - Realizar un volteo en dirección de lejos a cerca.
 - Colocar una toalla a lo largo de la espalda.
 - Lavar la zona de arriba abajo, enjuagar y secar adecuadamente.
 - Hidratar con crema o aceite de almendras y dar un masaje.
 - Colocar el pañal antes de volver a colocar a la persona boca arriba.
- Protocolo del aseo de las piernas:
 - Colocar una toalla bajo una de las piernas y enjabonar pie, pantorrilla y muslo siguiendo ese orden para estimular la circulación de retorno.
 - Aclarar y secar perfectamente y repetir con la otra pierna.



14. Según tu opinión, indica si son verdaderas o falsas las siguientes afirmaciones.

- El profesional se planteará la conveniencia de no ayudar en la higiene más de lo estrictamente necesario.
- El aseo se realizará con poca luz para preservar la intimidad del usuario.
- Las lociones que cambien su aspecto deberán ser desechadas.
- Los productos para el aseo se pueden pasar a un envase más pequeño para ahorrar espacio en el armario.

3. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión.

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones que se producen en la piel y en los tejidos que están por debajo de ella, provocadas por la presión de una superficie dura que está en contacto con una parte del cuerpo.

Popularmente se las conoce como «llagas» y aparecen cuando una persona está en la misma postura sobre una superficie dura durante largos períodos de tiempo; evidentemente, tienen más riesgo de padecerlas las personas que permanecen mucho tiempo en cama o sentadas en una silla y tienen dificultades para cambiar de postura por sí mismas. Además, otros factores incrementan el riesgo porque aumentan la vulnerabilidad de la piel a las lesiones:

- La humedad (la orina, las heces, el sudor y los exudados) irrita la piel.
- La malnutrición y la escasa ingesta de líquidos debilitan los tejidos.
- Las enfermedades de los sistemas circulatorio y respiratorio disminuyen la oxigenación de los tejidos.
- Las enfermedades neurológicas disminuyen la sensibilidad; un grupo especial de usuarios de riesgo son los lesionados medulares
- La edad avanzada.

Aparecen por la presión que soporta una zona del cuerpo (generalmente una prominencia ósea) de manera constante durante mucho tiempo, lo cual produce la disminución del riego sanguíneo y del aporte de oxígeno a los tejidos.

En los primeros momentos de su aparición, se observa un enrojecimiento de la piel en la zona de apoyo, que no desaparece al suprimir la presión; este enrojecimiento puede evolucionar hasta convertirse en una herida profunda, que puede llegar a afectar al músculo y al hueso. También es posible que, en lugar de enrojecimiento, aparezca directamente una ampolla.



Lo más frecuente es que aparezcan en las zonas de prominencias óseas, como las caderas, los talones, la espalda y la parte inferior de la espalda (sacro).

Las úlceras constituyen un serio problema, ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro en la calidad de vida del usuario. Sus causas pueden ser generalmente detectadas con antelación, pudiendo aplicarse medidas preventivas que eviten su aparición, ya que una vez generadas, suelen ser de manejo complicado y evolución tórpida (torpe o lenta). La aparición de úlceras por presión es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados por los profesionales sanitarios, de ahí que una buena praxis sea la mejor medida preventiva.

Existen cuatro estadios en la evolución de la úlcera, que son:

Grado I: Alteración observable de la piel. Existe un eritema que no recupera su coloración habitual al aliviar la presión durante 30 minutos. La epidermis y la dermis están afectadas, pero no destruidas. Encontramos cambios en la temperatura de la piel (aumento de temperatura cutánea), en su consistencia (induración o edema) y en las sensaciones (dolor o escozor).



superficial con abrasión, flictenas y erosión.

• **Grado II:** Úlcera superficial con erosiones o ampollas y desprendimiento de la piel. Existe pérdida parcial del grosor de la piel y de su continuidad afectando a la epidermis y a la dermis. Se percibe una úlcera



Grado III: Úlceras superficiales abiertas. Pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo (dermis e hipodermis) aunque no traspasa la fascia muscular subyacente (vaina o membrana blanquecina que envuelve los músculos, constituida por fibras de colágeno). Aparece una escara gruesa, de bordes evidentes, negruzcos y muy adheridos. Puede haber exudado.

• **Grado IV:** Úlcera de cráter profundo. Pérdida total del grosor de la piel, que tiene forma de excavación profunda con tunelizaciones, fístulas, trayectos tortuosos y cavernas. La lesión se extiende hacia el interior, donde aparece destrucción muscular, ósea y de estructuras de sostén (tendones y cápsula articular). Exudado abundante y necrosis de tejidos.



Se pueden adoptar medidas preventivas de la aparición de úlceras por presión:



- Valorar de forma periódica la piel para evitar el riesgo de aparición de úlceras por presión.
 - Utilizar jabón neutro en la higiene diaria del usuario.
 - Poner especial atención en los pliegues cutáneos y en los espacios interdigitales, a la hora de aclarar y secar al usuario.
 - No utilizar pomadas ni polvos.
 - Mantener siempre una buena hidratación de la piel.
 - En las zonas de riesgo, siempre que no existan heridas, realizar masajes muy suaves con crema hidratante o aceites.
- Respecto a la ropa de cama, mantener las sábanas siempre limpias, secas y sin arrugas. Utilizar colchones antiescaras si existe la posibilidad.
 - Realizar cambios posturales frecuentes (cada 3-4 horas).
 - Colocar almohadillado en prominencias o salientes óseos con riesgo de fricción (patucos, etc.) En las zonas de presión, pueden colocarse apósitos preventivos.
 - Vigilar sondas, vías, drenajes, evitando la presión constante sobre una zona determinada.
 - Levantar al usuario de la cama y colocarlo en el sillón o silla de ruedas adoptando posturas adecuadas para prevenir el cizallamiento, si no está contraindicado.
 - En cuanto a la alimentación: dieta hiperproteica, rica en vitamina C y aporte abundante de líquidos.

Para la atención de todas las úlceras, se seguirán unas normas básicas, que son:

- Realizar lavado de manos.
- Usar guantes de un solo uso estériles.
- Usar set de curas estéril.
- Limpiar la herida siempre con suero fisiológico a chorro.
- Secar sin arrastrar.
- No usar ningún tipo de antiséptico.
- El contacto directo del tejido vivo con el aire, facilita la oxigenación y evita la gangrena.
- Si hay que cubrir la herida, hacerlo con un apósito estéril y fijarlo a la piel, si es preciso, con esparadrapo hipo-alérgico.

Existen unas normas generales para la limpieza de las úlceras por presión:

- Limpiar la lesión cada vez que se haga la cura (bajo prescripción médica, una vez al día o cada varios días, si se utilizan apósitos con tratamiento específico), se manche o se desprenda el apósito.
- Utilizar suero fisiológico como norma, con irrigación suave que favorezca el arrastre de microorganismos y desechos.
- No utilizar soluciones antisépticas, ya que enlentecen la regeneración celular y la mayoría son citotóxicos (agentes o sustancias tóxicas para la célula, que suprimen sus funciones o le provocan la muerte).

En el tratamiento de las UPP hay varios aspectos a tener en cuenta:

- Tratamiento según el estadio de la UPP:
 - Estadio I. Aceite hiperoxigenado. Apósito hidrocoloide extrafino. No masajear la zona enrojecida.
 - Estadio II. Apósito hidrocoloide absorbente. Si existe cavidad: apósito hidrocoloide absorbente y pasta hidrocoloide. Si existe tejido necrótico: desbridar.
 - Estadios III y IV. Apósito hidrocoloide absorbente y pasta hidrocoloide (rellenar 3/4 partes de la cavidad). Retirar por completo toda la pasta hidrocoloide de las curas anteriores. Si el exudado es muy abundante, colocar un apósito de hidrofibra y un apósito hidrocoloide absorbente. Si existe tejido necrótico: desbridar. No utilizar cura oclusiva si están expuestos los tendones y los huesos: usar apósitos tradicionales (apósito estéril no transparente). En las úlceras con mal olor, apósitos de carbón activado.

Si la úlcera apareciera infectada, NO se indica cura oclusiva. Se recomienda la limpieza con suero fisiológico cada 12 horas.

- Desbridamiento: El desbridamiento es la extirpación de tejido muerto de la úlcera. Puede ser de dos tipos:
 - Mecánico o quirúrgico, que se realiza con ayuda de unas pinzas y tijeras o bisturí, liberando la herida de materia muerta siempre desde la zona central hacia fuera.
 - Químico, con pomadas desbridantes.
- Apósitos:
 - Elegir el apósito adecuado para la UPP en estos procedimientos reviste gran importancia, ya que desempeñará la triple función de ser el medio de administración del tratamiento que vamos a aplicar (gel, pomada antibiótica, desbridante o cicatrizante adecuada para el tratamiento eficaz de la UPP), y ayudar al almohadillado de la zona y a mantendrá aislada.
 - El apósito deberá elegirse según el estado en que se encuentre la UPP.
 - Características adecuadas del apósito:
 - Biocompatible.
 - Protege la herida de agresiones externas.
 - Mantiene el lecho de la herida continuamente húmedo y la piel circundante seca.
 - Elimina y controla los exudados mediante la absorción.
 - Se adapta a la zona de la lesión y es de fácil colocación y retirada.



Pasamos ya a explicar la técnica de cura de una úlcera por presión; el material necesario será:

- Carro de curas con el siguiente material: suero fisiológico, gasas y compresas estériles, apósitos estériles no transparentes, desbridantes (cremas a base de colágeno), pasta hidrogel, set de cura estéril con pinzas y tijeras, bisturí, esparadrapo hipoalérgico... También, aceite hiperoxigenado, apósitos de carbón activado, apósitos de hidrofibra, apósitos

hidrocoloides absorbentes de varios tamaños, apósitos hidrocoloides extrafinos de varios tamaños, pasta hidrocoloide y suero fisiológico para lavar.

- Campo estéril (pañó estéril de papel o tela).
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Bolsa para residuos.
- Registros de Enfermería.

En cuanto al procedimiento a seguir:

- Preparar el carro de curas y llevarlo a la habitación del usuario.
- Lavar las manos y colocar los guantes no estériles.
- Informar al usuario del procedimiento y proporcionarle intimidad.
- Valorar la úlcera: localización, clasificación según estado, tipo de tejido, cantidad de exudado, dolor y signos de infección local.
- Tras la valoración inicial y antes de proceder a la cura, colocarse los guantes estériles y situar el campo estéril bajo la zona a curar.
- Realizar la limpieza.
- Proceder a realizar la cura, según el grado de afectación y siguiendo el protocolo del centro.
- Acomodar al usuario en postura adecuada evitando las presiones sobre la zona ulcerada.
- Recoger y reordenar el cuarto.
- Retirar los guantes y lavarse las manos.
- Registrar el procedimiento realizado en la gráfica del usuario.

3.1. Higiene corporal.

La higiene general cuando haya UPP, se realizará siguiendo las pautas anteriormente descritas, prestando especial atención a las zonas de presión y prominencias óseas. Su objetivo principal es mantener intacta la piel del usuario.

Una buena higiene y secado facilitarán la prevención de úlceras por presión, además de proporcionar comodidad y bienestar al usuario. Para ello, será necesario:

- Realizar el aseo general una vez cada 24 horas, poniendo en práctica higienes parciales siempre que sea preciso.
- Utilizar agua tibia, aclarando y secando la piel sin realizar fricción.
- Usar jabones con potencial irritativo bajo, generalmente hipoalergénicos de pH neutro (pH de la piel, aproximadamente, 5.5).
- Mantener la piel del usuario limpia y seca en todo momento, vigilando incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.
- Examinar la piel del usuario a diario, prestando especial atención, sobre todo, a las zonas de presión y a las áreas enrojecidas o endurecidas.
- No utilizar alcoholes sobre la piel (colonias, alcohol de romero...).
- Aplicar loción hidratante con un suave masaje hasta su completa absorción.
- Evitar la formación de pliegues o arrugas en las sábanas.
- Se recomienda colocar protecciones (apósitos y taloneras) y almohadas en las zonas de presión.

3.2. Protección de la piel.

Los dispositivos de alivio de presión se utilizan en usuarios que presentan úlceras por presión o tienen riesgo de padecerlas. Son superficies especiales de apoyo que han sido diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciéndola o aliviándola, habiendo disponibles en el mercado distintos productos de este tipo, como colchones antiescaras, taloneras, apósitos hidrocelulares, películas de poliuretano, cojines de asiento... También podremos utilizar para el mismo fin material no específico, como almohadas, cojines y toallas, que bien utilizados pueden producir el mismo efecto deseado.

No obstante, debemos hacer hincapié en que estos dispositivos constituyen un material complementario que en ningún momento sustituirá el resto de cuidados, tales como movilización o cambios posturales, una buena higiene, nutrición e hidratación.

3.3. Cambios posturales.

Son las diferentes posiciones que debe adoptar el cuerpo y es necesario alternarlas continuamente para la prevención de complicaciones posteriores; su objetivo es conseguir una buena alineación de todas las partes del cuerpo y una distribución uniforme del peso corporal.

Normalmente, se indican en usuarios encamados, los cuales obtienen, a partir de ellas, los siguientes beneficios:

- Prevención de úlceras por presión.
- Evitar la rigidez articular y la pérdida de tono muscular.
- Facilitar la eliminación de secreciones, la aparición de trombos circulatorios..., favoreciendo la función cardiovascular y respiratoria.
- Evitar complicaciones como el estreñimiento (debido a la falta de ejercicio y la inmovilidad) o las infecciones urinarias, cuya aparición se ve favorecida por el encamamiento prolongado y el uso de pañales.

Los cambios posturales deben ajustarse a una planificación, la cual vendrá establecida en el plan individualizado de cuidados del usuario, y determinada por las necesidades concretas de éste; independientemente de lo anterior, los cambios deberán ser realizados, por norma general, cada 2-3 horas (en periodos de sedestación, posición Fowler o semi-Fowler) evitando el arrastre, comprobando las zonas de presión, eliminando el contacto directo de las prominencias óseas entre sí, evitando arrugas o pliegues en la ropa y facilitando la comodidad y alineación del usuario.

En aquellos casos en los que el usuario pueda realizar los cambios por sí mismo, se debe promover que los ejecute de forma continua; en caso de que por sí mismo no pudiera llevarlos a cabo, el profesional deberá ayudarle o hacerlos por él.

Como parte del protocolo para la prevención de la aparición de las UPP y de otras consecuencias negativas que se dan en el usuario encamado, las posiciones corporales se complementan con la utilización de medidas correctoras, como almohadas, sábanas, toallas enrolladas, cojines... que tienen como finalidad aliviar la presión de las zonas en riesgo y favorecer la alineación y comodidad del usuario.

Llegados a este punto, es totalmente imprescindible que el profesional de atención sociosanitaria conozca las posiciones básicas que adopta el usuario en la cama; son tres: decúbito supino, decúbito lateral y decúbito prono.

- Posición de decúbito supino.
El usuario se encuentra acostado sobre su espalda, con los brazos y las piernas extendidas, las rodillas ligeramente flexionadas y los pies en ángulo recto con respecto al cuerpo. Para conseguir la correcta alineación se pueden utilizar almohadas y cojines.

Esta posición es la que se emplea con mayor frecuencia, ya que en ella suele permanecer el usuario la mayor parte del tiempo que está en la cama; igualmente, se usa en los siguientes casos:

- Exploraciones médicas.
 - En el posoperatorio (dependiendo del tipo de cirugía).
 - En cirugía abdominal y torácica.
 - En cirugía de cara, cuello y hombro.
 - En cirugía vascular y en procedimientos ortopédicos y neuroquirúrgicos.
- Posición de decúbito lateral.

El usuario se encuentra acostado de lado, con la cabeza apoyada sobre la almohada y el brazo inferior flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza. El brazo superior está flexionado y apoyado sobre el cuerpo sobre la cama o sobre una almohada para facilitar la expansión torácica. La pierna inferior se halla con la rodilla ligeramente doblada y la pierna superior, flexionada a la altura de la cadera y de la rodilla. Los pies se sitúan en ángulo recto para evitar la flexión plantar.

Esta postura puede ser lateral izquierda o derecha, según la zona corporal sobre la que se esté apoyado. Se pueden utilizar, además, almohadas u otros dispositivos para favorecer la alineación corporal. Se utiliza esta posición en los siguientes casos:

 - Cambios posturales.
 - Higiene corporal.
 - Descanso.
 - Cambio de ropa de cama con usuario encamado.
 - En cirugía para toracotomías, cirugía renal y ortopédica.
 - Posición de decúbito prono.

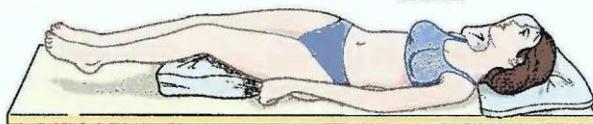
La persona se encuentra acostada sobre su abdomen, con la cabeza girada hacia uno de los lados y los brazos flexionados a ambos lados de la cabeza para lograr la expansión torácica. Los brazos también pueden estar alineados a lo largo del cuerpo. Esta postura se usa en usuarios sometidos a cirugía dorsal, con el fin de dar masajes en la espalda y realizar un plan de cambios posturales. En todas las posiciones se deben vigilar las posibles zonas de riesgo para evitar la aparición de úlceras por presión.

POSICIÓN SUPINA

Buena alineación del cuerpo

Se coloca una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

Una pequeña almohada sostiene la cabeza; la cabeza está alineada con respecto a la columna vertebral.



Los brazos relajados descansan a ambos lados del cuerpo.

POSICIÓN LATERAL

Vista de frente

Las almohadas sostienen el brazo y la cabeza.

La cabeza, en línea recta con la columna vertebral.



POSICIÓN PRONA

Buena alineación del cuerpo

Se puede colocar una pequeña almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.

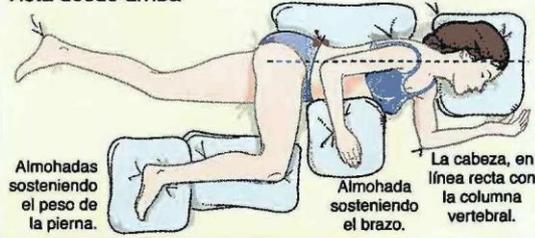
Se puede colocar una pequeña almohada por encima del nivel de las mamas para disminuir la presión.

Descansando la cabeza sobre el colchón se alivia la distensión de la espalda.



Vista desde arriba

Almohada en la espalda.



Almohadas sosteniendo el peso de la pierna.

Almohada sosteniendo el brazo. La cabeza, en línea recta con la columna vertebral.

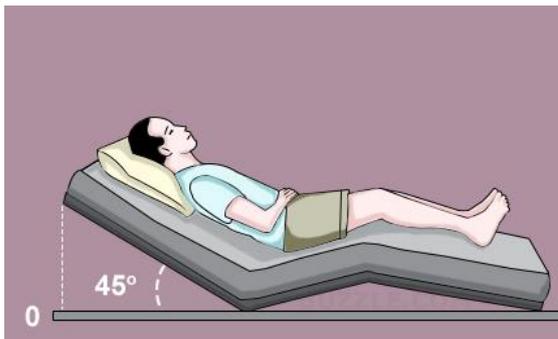
Según las circunstancias, el usuario puede adoptar otras posturas durante su permanencia en cama. Estas posiciones se suelen utilizar, por sus beneficios terapéuticos, para realizar exploraciones,

pruebas diagnósticas o determinadas técnicas. Estas posturas son: la posición de Fowler, ginecológica, litotomía dorsal, genupectoral, Sims y Trendelenburg.

- La posición de Fowler.

En esta posición la cabecera de la cama está elevada hasta formar un ángulo de 45°. El usuario está acostado con las rodillas flexionadas y los pies descansando sobre el plano horizontal de la cama. Se pueden colocar almohadas en el cuello, hombros, antebrazos, zona lumbar, muslos y tobillos para evitar tensiones, además de mejorar la comodidad del usuario. Se utiliza en los siguientes casos:

- Cuando haya que realizar cambios posturales.
- En usuarios con problemas respiratorios o cardíacos.
- Para facilitar actos como comer o leer en la cama.
- Para llevar a cabo exploraciones de cabeza, cuello, ojos, oídos, nariz, garganta y pecho.



- La posición semi-Fowler es una posición inclinada obtenida elevando la cabeza del lecho 25-40 cm, flexionando las caderas y colocando un soporte bajo las rodillas de modo que se doblen aproximadamente 90°, permitiendo así que el fluido en la cavidad abdominal se acumule en la pelvis. Es similar a la posición de Fowler, pero con la cabeza menos elevada; en la posición Semi-Fowler, el usuario está acostado en la cama en una posición supina con su cuerpo superior a 30 a 45 grados.

Esta posición es buena para el usuario que recibe alimentos a través de un tubo.

- La posición ginecológica.

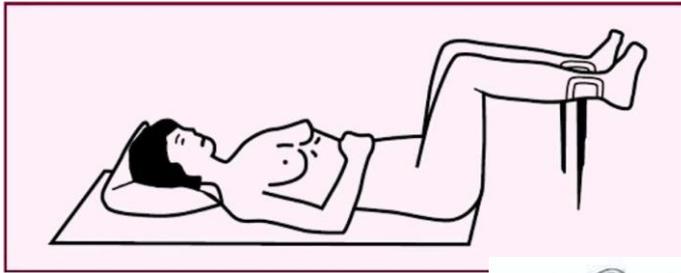
El usuario se encuentra en decúbito supino, las rodillas separadas y flexionadas y los pies apoyados sobre la cama. Se utiliza principalmente en:

- El lavado de genitales en la mujer.
- El sondaje vesical en la mujer.
- El examen de la pelvis.
- La exploración de las mujeres embarazadas.



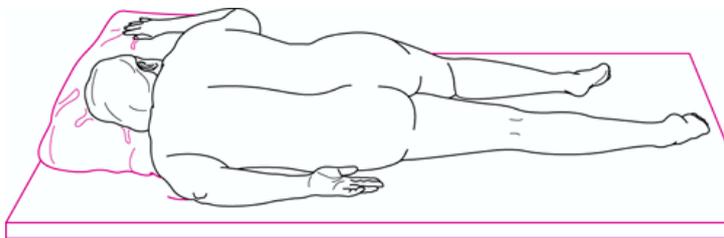
- La posición de litotomía dorsal.

El usuario se encuentra en decúbito supino, los muslos flexionados sobre la pelvis, las piernas flexionadas ligeramente sobre los muslos y las rodillas separadas. Las piernas se colocan sobre unos estribos que tienen las camillas ginecológicas. Se emplea en:



- Los exámenes ginecológicos.
- Los exámenes rectales y vesicales.
- El parto.
- Las intervenciones ginecológicas.
- La cirugía del periné y recto.
- La toma de muestras.
- La posición genupectural.

El usuario se coloca de rodillas sobre el plano de la cama o camilla, con la cabeza ladeada y apoyada sobre la cama o camilla, los antebrazos flexionados y las manos situadas delante de la cabeza, una encima de la otra. Esta posición es adecuada para las exploraciones rectales.



- Posición de Sims o semiprona.

El usuario está en decúbito lateral izquierdo, con el brazo izquierdo extendido detrás de la espalda y el brazo derecho, flexionado, cercano a la cabeza. La pierna izquierda se encuentra extendida

o ligeramente flexionada y la derecha flexionada y adelantada sobre la izquierda. Esta posición es recomendada:

- Para usuarios inconscientes.
- En la colocación de sondas rectales.
- En la administración de enemas.
- En exámenes rectales.

- La posición de Trendelenburg. El usuario está colocado en decúbito supino. Los pies de la cama o de la mesa de operaciones están elevados sobre el plano de la cabecera, de modo que la cabeza y el tronco del usuario se encuentran en una posición más baja que las piernas.



Esta posición se utiliza en los siguientes casos:

- Lipotimias o síncope, pues favorece el riego sanguíneo cerebral.
- Shock.
- Cirugía pélvica, ya que facilita la visión del campo operatorio al descender el paquete intestinal hacia el diafragma.



- Posición de Morestin, Trendelenburg invertida o antitrendelenburg.

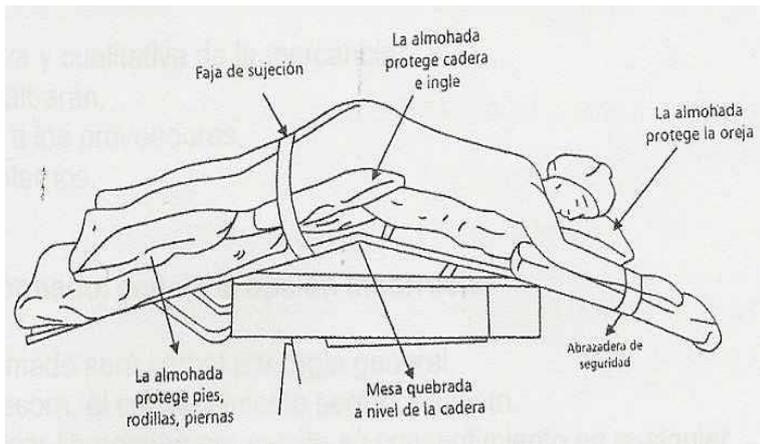
El usuario está en posición de decúbito supino, pero la cabeza y el tronco se encuentran en un plano superior al de las piernas. Es en realidad la postura inversa a la anterior. Se utiliza en los siguientes casos:

- En exploraciones radiográficas.
- En algunas intervenciones quirúrgicas del cuello (bocio).
- En cirugía de cabeza.
- En cirugía del diafragma y de la cavidad abdominal superior.
- Posición de Rose.

Es aquella en que el usuario se coloca en decúbito supino con la cabeza colgando.

Se utiliza en:

- Exploraciones faríngeas.
- Intubación endotraqueal.
- Intervenciones quirúrgicas



- Cirugía rectal.
- Cirugía coccígea.

de la parte superior del cuello.

- Posición de Kraske.
- Es una posición de uso en cirugía, también denominada posición de navaja. El usuario se encuentra en decúbito prono, con el abdomen, el tórax, la cabeza y los brazos a un lado del vértice; al otro lado se encuentran las piernas. En esta posición queda elevada la región glútea sobre el resto del cuerpo. Se utiliza en los siguientes casos:



15. Define lo que son las úlceras por presión (UPP) y realiza un esquema de su clasificación según los grados de afectación cutánea, las diferencias entre ellos y los cuidados relacionados.



16. Contesta verdadero / falso a las siguientes afirmaciones:

- La higiene en bañera o ducha está indicada en aquellos usuarios que pueden levantarse y cuyo nivel de autonomía es alto.

- La limpieza de los genitales siempre se realizará desde la zona más sucia a la zona más limpia.
- Los grupos de personas en los que vamos a encontrar mayor incidencia de pliegues corporales son los jóvenes y las personas delgadas.
- Las personas diabéticas son más propensas a tener problemas en los pies, tales como llagas o heridas.
- Los mecanismos externos que provocan la aparición de úlceras por presión son: presión, fricción y cizallamiento.
- Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal del profesional a la hora de movilizar al usuario y forman parte de la enfermería preventiva.



17. Señala si las siguientes frases relacionadas con la posición de Fowler son verdaderas o falsas:

- Tiene una elevación de la parte superior de unos 45 grados.
- Está indicada durante las actividades de manipulación.
- No se aconseja a usuarios con problemas cardíacos.



18. ¿Cuáles son las ventajas de que haya distintas posiciones corporales?



19. Busca información sobre otras posiciones corporales en que se pueda colocar al usuario.