

3. Úlceras por presión. Prevención y tratamiento.

Las úlceras por presión (UPP) o escaras, son zonas lesionadas de la piel, producidas por una presión constante de la zona a causa de permanecer en una misma posición durante mucho tiempo.

La gran mayoría de las úlceras por presión pueden ser evitables si se establecen las medidas de prevención adecuadas para evitar su aparición, ya que, el pronóstico del individuo se agrava enormemente.

3.1. Factores que favorecen la aparición de UPP. (Personas predispuestas).

3.1.1. Factores extrínsecos o externos.

Rozamiento	Deterioro de la piel por fricción entre la piel y cualquier superficie.
Efecto cizalla	Se produce cuando la piel permanece fija y el esqueleto se desplaza. Esta situación se produce frecuentemente cuando el cabecero de la cama está elevado y el usuario se desliza por efecto del peso.
Presión prolongada	Cuando la presión en la zona es elevada al igual que el tiempo de exposición. Se produce hipoxia, necrosis y rotura del tejido.
Piel húmeda	La piel húmeda es más vulnerable. Se incrementa la probabilidad de infección en las úlceras.
Pliegues y objetos extraños en la ropa	Migas, horquillas del pelo, etc.

3.1.2. Factores intrínsecos o internos.

En las personas sanas, la presión sobre la piel produce una sensación desagradable que hace que se cambie de posición, aunque se esté dormido. Sin embargo, la pérdida de sensibilidad cutánea impide al enfermo sentir dolor, y por tanto, la necesidad de cambiar de posición.

Edad: debido a la pérdida de elasticidad, turgencia y mala circulación, el 70-90% de las úlceras aparecen en pacientes mayores de 75 años.

- **Inmovilidad:** la inmovilidad hace que el paciente mantenga una presión prolongada. además la inmovilidad no favorece el riego sanguíneo.
- **Incontinencia:** la piel en contacto con la orina y heces se humedece y, es más vulnerable a la aparición de la UPP.
- **Estado nutricional:** en la persona delgada y también a causa de la deshidratación, disminuyen el tejido muscular subcutáneo y adiposo. no permiten mantener los tejidos. En la obesidad, se produce un aumento de la presión.
- **Enfermedades:** la diabetes mellitus o la enfermedad renal, son algunas de las enfermedades que pueden interferir en el proceso de curación de las UPP.

- **Déficit sensorial:** debido a la pérdida de sensación del dolor.
- **Causas vasculares:** estados de shock, arterioesclerosis, edemas, ausencia de reflejos vasomotores y alteraciones en la microcirculación.
- **Causas nerviosas:** se incluye la parálisis, que hace que la persona se mantenga siempre en la misma postura.

3.2. Estadios o clasificación.

El proceso de desarrollo de las UPP se divide en cuatro grandes estadios:

- **Estadio I:** la piel aparece rosada o enrojecida, sintiendo escozor en la zona. El enrojecimiento no desaparece al retirar la presión que se ejerce sobre la zona. afecta a la dermis y epidermis.



- **Estadio II:** disminución del grosor del tejido cutáneo. La piel se encuentra agrietada o aparecen vesículas. se encuentra afectada la epidermis y la dermis, y comienza a afectarse la hipodermis.



- **Estadio III:** pérdida de continuidad en la piel. Pérdida total del grosor de la piel con la aparición o no de necrosis del tejido subcutáneo. aparece exudado y si hay necrosis puede aparecer una costra de color negro denominada escara.



- **Estadio IV:** la piel presenta una úlcera necrótica extensa con afectación del tejido muscular, hueso y, a veces, vasos y nervios. aparece exudado abundante.



Algunos autores hablan de un estadio V, donde hay una afectación importante del hueso produciendo procesos como osteomielitis, osteítis, etc.

3.3. Zonas de aparición de las UPP.

Un apoyo prolongado, es todo aquel que sobrepase de las tres horas, por lo que las úlceras pueden aparecer en cualquier lugar del cuerpo, si los tegumentos (tejido orgánico que cubre el cuerpo de un animal o alguno de sus órganos internos), están cerca de una superficie ósea y según la posición del usuario. Las localizaciones más frecuentes según la posición del usuario van a ser zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo:

- **Decúbito supino:** occipucio, omóplatos, codos, sacro región glútea, espina dorsal y talón. El

sacro soporta la presión máxima.



POSICIÓN DE FOWLER

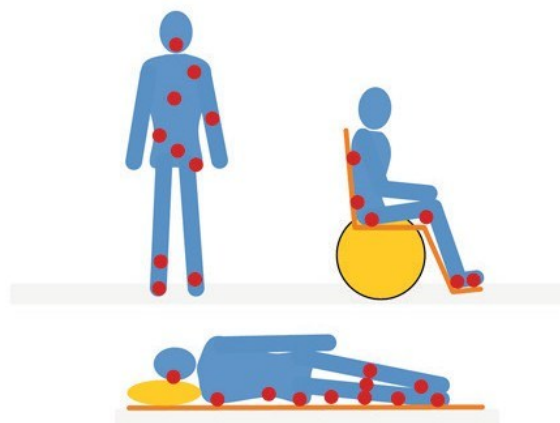
isquiática y codos.

- **Decúbito lateral:** oreja, hombros, acromion, costillas, trocánter mayor, cóndilo y maléolo y borde externo del pie.

- **Decúbito prono:** mejilla, oreja, acromion, senos (mujer) y órganos genitales en hombres, espinas ilíacas, costillas, codos, rodilla y dedos del pie.

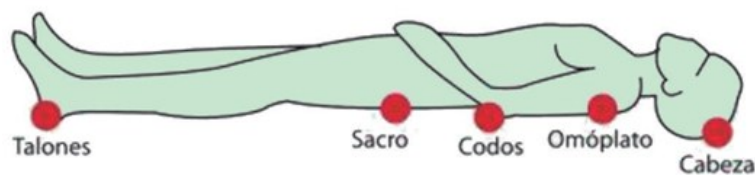
- **En sedestación:** omóplatos, isquion, coxis, trocánter, talones, metatarsianos.

- **En posición de Fowler:** talón, sacro, tuberosidad

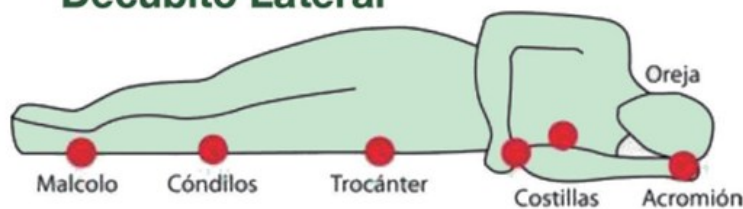


El 75 % de las úlceras por presión se localizan en el sacro (aprox. 40 %), talones (20 %) y tuberosidad isquiática (15%).

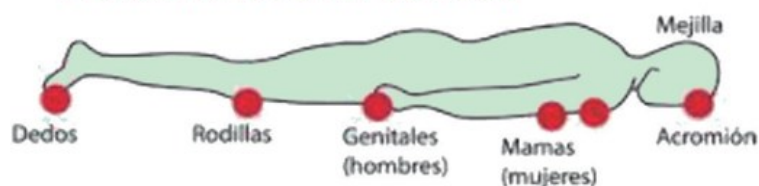
Decúbito Supino/Dorsal



Decúbito Lateral



Decúbito Prono/Ventral



Las úlceras iatrogénicas hacen referencia a las úlceras por presión que salen en otras partes del cuerpo, como:

- La boca, debido al uso inadecuado y continuo de los tubos endotraqueales.
- La nariz, debido a las sondas nasogástricas o a las mascarillas de oxígeno.
- Meato urinario, debido a las sondas vesicales.
- Muñecas y pies, debido a los medios de sujeción mecánica, etc.

3.4. Métodos para valorar el riesgo de aparición de UPP.

La **Escala de Norton** sirve para valorar el riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Al ingresar al paciente en un centro sanitario, se debe realizar una valoración, donde se utilizan este tipo de escalas.

Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total	4. Ninguna
3. Débil	3. Apático	3. Con ayuda	3. Disminuida	3. Ocasional
2. Malo	2. Confuso	2. Sentado	2. Muy limitada	2. Urinaria
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble incontinencia

Actividades	Bajo	Moderado	Alto	Observaciones
Examen de la piel	Diario	Diario	Diario	Prominencias ósea, puntos de apoyo, upp antiguas, sequedad, eritema, maceración, etc.
Higiene de la piel	Diario. Ácidos grasos hiperoxidados AGHO 2 veces/día.	Diario. AGHO 2 veces/día.	Diario. AGHO 2 veces/día.	- Agua tibia. - Jabón pH = 5-5.5 - No usar alcoholes, colonias.
Cambios posturales	Cada 4 horas	Cada 2-3 horas	Cada 2-3 horas	- Valorar individualmente el paciente y su confort. - Evitar contacto directo de prominencias óseas y daños por fricción y cizalla. - No sobrepasar los 30° de la inclinación del cambio postural.
Protección talones	Talonera hidrocelular (noche)	Talonera hidrocelular	Talonera hidrocelular	

Actividades	Bajo	Moderado	Alto	Observaciones
Superficie de apoyo	Estáticas	Dinámicas	Dinámicas	
Sedestación		Sobre cojín viscoelástico. Duración: <4 horas.	Sobre cojín dinámico. Duración: <2 horas.	No usar borreguitos, ni superficies tipo flotador.
Medición de riesgo	Cada 7 días	Cada 7 días	Cada 7 días	Hipotensión prologada.

Cada uno de los 5 parámetros se puntúa de 1 a 4, de modo que la puntuación máxima sería de 20 y la mínima de 5.

- Puntuación de 5 a 9: riesgo muy alto
- Puntuación de 10 a 12: riesgo alto
- Puntuación de 13 a 14: riesgo medio
- Puntuación mayor de 14: riesgo mínimo/no riesgo

Otra escala muy utilizada para valorar los riesgos de padecer úlceras por presión es la **Escala de Braden**.

Percepción sensorial. Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1 Limitado completamente	2 Muy limitado	3 Limitado levemente	4 Sin impedimento
Humedad. Grado de humedad de la piel	1 Constantemente húmeda	2 Muy húmeda	3 Ocasionalmente húmeda	4 Raramente húmeda
Actividad. Grado de actividad	1 Encamado	2 Permanece en un sillón	3 Ocasionalmente camina	4 Camina siempre
Movilidad. Control posición normal	1 Completamente inmóvil	2 Muy limitada	3 Limitada levemente	4 Sin limitación
Nutrición. Patrón de ingesta diaria	1 Completamente inadecuada	2 Probablemente inadecuada	3 Adecuada	4 Excelente
Fricción y roce. Roce la piel con las sábanas	1 Presente	2 Potencialmente presente	3 Ausente	

Niveles de riesgo	Alto riesgo	≤ 12
	Riesgo moderado	≤ 14
	Riesgo bajo	≤ 16

3.5. Prevención de las UPP.

Siempre se deben prevenir la aparición de las úlceras, ya que existen medidas para ello. En el caso de que ya existan, se abordarán con tratamiento médico y/o quirúrgico.

3.5.1. Tratamiento preventivo.

Las medidas preventivas están destinadas tanto a evitar la formación de las úlceras, como su extensión. Irán encaminadas hacia cuatro áreas principales:

Combatir los efectos de la presión

- **Restricción del encamamiento.** Evitar el encamamiento del usuario. cuando no se pueda, se vigilarán las zonas de mayor presión. En períodos de sedestación (sentado) se efectuarán movilizaciones horarias y, si fuese posible, se enseñará al usuario a realizar pulsiones (contraer y relajar) cada 15 minutos.
- **Cambios posturales.** debe establecerse un plan de cambios posturales, la frecuencia será cada 2-3 horas. se vigilará la piel, se movilizará al usuario, se evitarán las arrugas en la ropa de la cama, no se arrastrará al usuario en el cambio. si las zonas enrojecidas de la piel no recobran su color normal tras 5 minutos, deben realizarse los cambios con mayor frecuencia.

Dispositivos que disminuyen la presión

Existen determinados sistemas (físicos o mecánicos) utilizados para evitar o disminuir la presión sobre las diferentes partes del cuerpo.

- **Medios físicos:** protectores locales que se colocan en las prominencias óseas, principalmente en codos y talones (taloneras, protectores de algodón, esponja, celulosa, cojines, almohadas, etc.).
- **Dispositivos mecánicos:** hace referencia a colchones antiescaras de agua, de aire fluidificado, de plumas, de látex, camas oscilatorias, etc. no es conveniente utilizar flotadores, porque en vez de reducir la presión, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con ellos, produciendo además un efecto compresor.



Mejorar la circulación sanguínea de la zona comprimida

- **Deambulación precoz:** el ejercicio físico activo estimula la circulación y con ello la vascularización de los tejidos, por lo que siempre que sea posible debe haber una colaboración por parte del usuario. cuando la persona dependiente no pueda colaborar, se realizarán movilizaciones pasivas.
- **Masaje:** indicado cuando la piel no esté enrojecida.
- **Termoterapia:** el calor tibio (de forma controlada) produce vasodilatación y aumento de flujo sanguíneo, aumentando el aporte de nutrientes y oxígeno.
- **Electro-magneto-terapia:** mejora de la circulación mediante la estimulación eléctrica y magnética de la piel.
- **Rayo láser:** las curas mediante el uso del rayo infrarrojo o la llamada terapia láser, favorece la cicatrización del proceso ulceroso.



Higiene correcta

Higiene diaria con agua tibia y jabón suave y secado a fondo, (sobre todo en los pliegues cutáneos). Con esto se evita la proliferación de bacterias patógenas y la aparición de escoriaciones. Después, se puede aplicar crema hidratante, glicerina o solución emoliente (sustancia usada como medicamento para ablandar una dureza, tumor o inflamación, suavizando y protegiendo la piel). Durante el aseo deben observarse los puntos de apoyo.

La ropa de la cama será de tejidos naturales y siempre se mantendrá limpia, libre de sudor, secreciones, orina y heces. Se le lavará cada vez que defeque o se orine. Y en áreas donde no es posible evitar secreciones se utilizarán ungüentos protectores. No usar colonias, alcohol u otras sustancias que puedan irritar, secar sin frotar, apósitos protectores en las zonas de mayor fricción, uso de ropas holgadas y de tejidos naturales.

Acciones a nivel general

- **Control de la incontinencia:** siempre que un usuario tenga alguna alteración de este tipo, se utilizarán medios para minimizar el riesgo. se podrán utilizar:

- ✓ Sondas
- ✓ Dispositivos colectores
- ✓ Absorbentes de celulosa



- **Estado nutricional:** la alimentación debe ser equilibrada y rica en proteínas para facilitar la regeneración de tejidos (huevos, leche y carne). Los alimentos ricos en vitamina c, favorecen la cicatrización, y vitaminas a y b.
- **Hidratación adecuada:** es necesaria la ingesta de unos 1,5 litros/día de líquidos. También puede suministrarse en forma de gelatina. Los líquidos serán de alto contenido mineral y vitamínico.



Es fundamental el control de los estadios iniciales de ulceración por parte de los profesionales, así como la educación sanitaria del usuario y de sus cuidadores.

3.5.2. Tratamiento curativo

El tratamiento de las úlceras por presión conlleva una serie de dificultades dado que se trata de un tipo de lesión en la que se ha producido una importante destrucción de tejido. Por lo tanto, aun cuando la úlcera se presente, las medidas preventivas deben mantenerse para evitar que la lesión empeore o aparezcan otras nuevas. Esto implica a los cambios posturales, la higiene corporal, las fricciones y masajes, el cuidado de la ropa de cama y el mantenimiento de un estado nutricional saludable, al igual que las curas a nivel local (solamente en sobre el área dañado).

En este sentido, si la úlcera por presión presenta infección (algo bastante frecuente), el tratamiento consistirá en realizar curas a nivel local de la herida con antibióticos prescritos por el equipo médico y que se presentan en forma de pomadas, cremas, polvos granulados, ungüentos y apósitos oclusivos.

El material necesario para la realización de las curas dependerá del tipo de úlcera y está constituido por: guantes estériles, guantes no estériles, jabón antiséptico, suero, jeringuillas de distinto calibre, gasas, cremas, pomadas o productos farmacológicos elegidos según el tipo de úlcera, apósitos, bisturí, batea, tijeras, esparadrapo, algodón y vendas de algodón.

El procedimiento para llevar a cabo la cura de las UPP también dependerá del tipo de úlcera, aunque de manera genérica podemos establecer la siguiente forma:

1. Lavarse las manos y colocarse los guantes.
2. Descubrir la úlcera y valorar su aspecto.
3. Elegir el material más adecuado y limpiar abundantemente con jabón antiséptico.
4. Aclarar la herida mediante el uso de una jeringa de suero, aplicándolo siempre de dentro hacia fuera.
5. Secar la zona con gasas con pequeños toques y sin friccionar.
6. Después de secar la zona, desinfectar la piel íntegra que rodea la úlcera.
7. Aplicar el producto farmacológico indicado.
8. Cubrir la herida con gasas y esparadrapo o con un apósito especialmente indicado para el estadio en el que se encuentre la úlcera por presión.
9. Si es necesario, almohadillaremos la zona para disminuir, en lo posible, los efectos de la presión.

4. Tipos de camas, accesorios y lencería. Técnicas de realización de camas.

Una de las competencias del TASS es la realización de la cama del usuario siguiendo las técnicas oportunas. Para llevar a cabo este procedimiento de forma apropiada, debe conocer a fondo las limitaciones que presenta la persona dependiente y la técnica adecuada en función del tipo de cama.

4.1. Tipos de camas y actuación ante las mismas.

- **Cama metálica (de somier rígido o sin articulación):** es la menos ergonómica y por tanto, la menos utilizada en los centros sociosanitarios.
- **Cama articulada (somier articulado en dos o tres segmentos):** permite modificar la postura de la cabeza, el tórax, la pelvis y los miembros inferiores, mediante una manivela o electricidad. suele tener ruedas y un sistema de frenado. Es muy ergonómica y, por ello, la más común en las instituciones sociosanitarias y menos común en domicilios.
- **Cama ortopédica o traumatológica:** se compone de un marco que se fija en el cabecero y en el piecero y que cubre toda la cama. Está provista de un sistema que facilita la movilización o el pequeño cambio postural del usuario mediante un asa colgante (triángulo de Balka). El armazón para el volteo (Foster), está en desuso por la aparición de nuevas camas tecnológicas. Esta cama se emplea principalmente en usuarios politraumatizados.
- **Cama libro:** cama articulada que permite la angulación lateral.
- **Cama roto-test:** mantiene en un giro continuo al usuario. Es muy útil para la prevención de úlceras por presión ya que produce una disminución de los puntos de roce en el cuerpo del enfermo.



4.1.1. Accesorios de la cama



- **Barra de tracción:** sirve para facilitar la incorporación de enfermos con fracturas de miembros inferior y para facilitar determinadas posturas. El objetivo es asegurar una posición adecuada, evitar giros, caídas, etc.

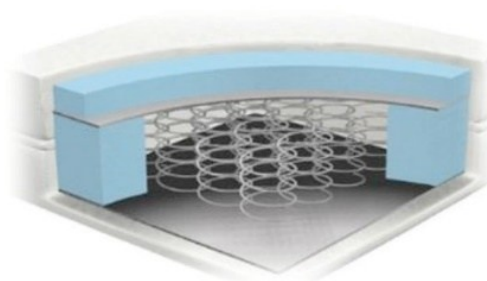
- **Centinelas de cama:** son almohadillas de polietileno hinchadas con aire y ubicadas a los lados de la cama con la finalidad de prevenir lesiones y caídas.

- **Arco metálico, de cama o férula de acero:** es un semicilindro amplio que se sitúa entre las sábanas bajera y encimera y cuya función es sostener la ropa de

la cama, para que no roce la piel.

- **Pupitre:** respaldo regulable compuesto por un marco metálico colocado a 45 °C, que ayuda a la persona a adoptar la posición de Fowler.
- **Almohada:** facilita a la persona encamada adoptar diferentes posiciones sin resbalar. siempre se utilizan varias para facilitar los cambios posturales.
- **Soporte para la bolsa de la orina:** es un rectángulo metálico, que se cuelga a un lado del marco del somier y en él se sujeta la bolsa que recogerá la orina evitando que la bolsa toque el suelo.
- **Empapadores:** similares a unas medias sábanas de material parecido al de los pañales de adultos. su finalidad es proteger la cama de la humedad y de la suciedad. Los más utilizados son de celulosa y desechables.
- **Colchón:** existe una gran variedad de colchones. Destacan:

- **Colchón de muelles:** en su núcleo se encuentra un bloque de muelles de alambre, cubierto por un elemento aislante sobre el que se deposita una tapicería de fibras de algodón y lana, cada una de ellas expuesta en una de las carillas del colchón. sus lados superior e inferior se diseñan para ser utilizados de diferente forma en verano e invierno. Este tipo de colchón es uno de los más económicos del mercado.



- **Colchón de látex:** se caracteriza por un núcleo de látex y acolchado, con orificios para que pase el aire. Tiende a adaptarse mejor a la morfología de la persona ya que no es tan rígido.

Existen dos tipos de látex: el natural y el sintético. El natural se adapta mejor al cuerpo de la persona que el sintético.

- **Colchón de viscoelástica:** es el más adecuado para utilizar en personas inmovilizadas. El material que lo constituye permite al cuerpo adaptarse y acoplarse perfectamente, ya que copia la forma del cuerpo como un molde. Evita las zonas de presión que dificultan la circulación por lo que es adecuado para largos períodos en cama.



- **Colchón de agua y bolas de poliuretano:** no se utilizan mucho hoy en día. Se coloca encima de un colchón normal. La temperatura adecuada es de 30 °C. Las bolas actúan como aislante para evitar la sensación de frío del agua.

- **Colchón de agua:** se caracteriza por tener en el núcleo celdas estancas rellenas de agua. Está protegido por un material vinílico y recubierto por una tapicería que aísla, minimiza el ruido del agua ante la movilización e incrementa la percepción de confortabilidad. La percepción térmica de este colchón es mucho más fresca que en cualquiera de los anteriormente descritos.



- **Colchón de espuma:** está fabricado con un centro de espuma de poliuretano, recubierto simplemente por una funda de tela aislante. Algunos están laminados con capas de diferentes espumas. Este tipo de colchones no es recomendable para usuarios que deben permanecer mucho tiempo encamados.

- **Colchón de aire, antiescaras o alternating:** su diseño es similar al de las colchonetas de playa. Posee unas celdas que se llenan de aire alternando, para así cambiar los puntos de apoyo de la persona. Suelen ofrecer varios niveles de dureza y con frecuencia puede ajustarse inflándolo o desinflándolo.

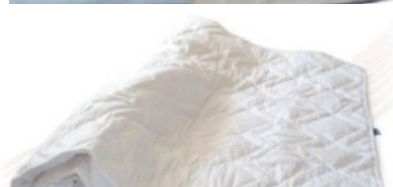
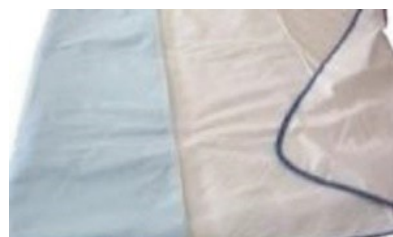


4.1.2. Ropa de cama

La cama deberá hacerse con la ropa apropiada a la estación del año y a las condiciones ambientales de la propia habitación. Se utilizarán materiales fáciles de lavar, de colores claros y resistentes, con poca probabilidad de producir arrugas y que pesen poco. La ropa de cama estará compuesta por:

- **Cubre colchón:** funda impermeable utilizada para cubrir el colchón protegiéndolo de la humedad.
- **Sábanas bajera y encimera:** deberán ser sustituidas cada vez que se ensucien o mojen.
- **Entremetida:** sábana que se sitúa bajo la pelvis del usuario y el hule. Es de tamaño inferior a la bajera. su misión es proteger. También se puede utilizar para desplazar a la persona hacia la cabecera de la cama cuando se ha ido resbalando y se encuentra cerca de los pies de la cama.
- **Manta de algodón o lana:** no debe estar en contacto con la piel del enfermo.
- **Funda de almohada:** debe ser cambiada al menos diariamente, además de cada vez que sea necesario.
- **Colcha o cubrecama:** se coloca cubriendo la manta.

Generalmente es blanca.



4.2. Técnicas de realización de camas.

A la hora de la realización de las camas se debe tener en cuenta:

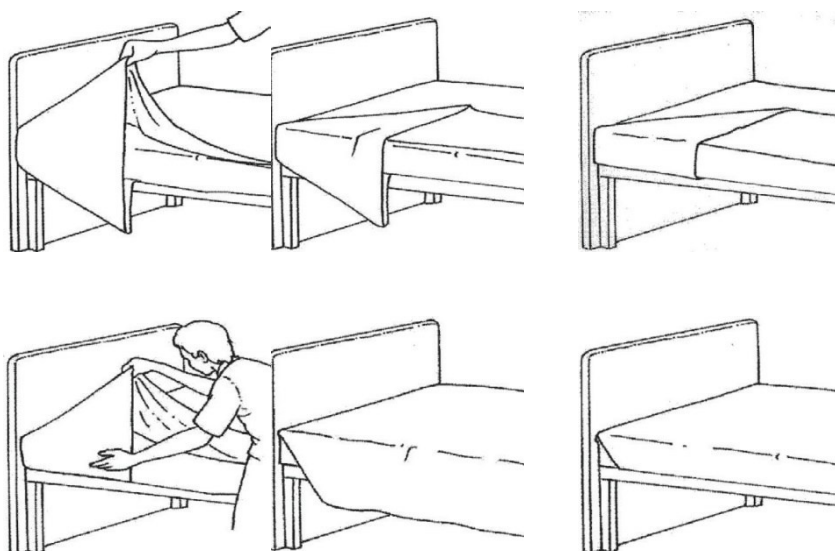
- Se debe evitar la sacudida de la ropa, tanto la limpia como la sucia, para evitar el movimiento de las partículas de polvo y los posibles microorganismos.
- Se evitará el contacto de ropa sucia con la ropa limpia.
- El arreglo de la cama se realizará por las mañanas, coincidiendo con la higiene del usuario.
- La ropa de la cama se cambiará con cierta frecuencia, según los protocolos de la institución.

4.2.1. Protocolo de realización de una cama cerrada.

Una cama cerrada es toda aquella que permanece vacía, es decir, que el usuario puede movilizarse y bajarse de la cama para que el auxiliar pueda proceder con la realización de la misma. El protocolo de actuación de una cama cerrada es el siguiente:

1. Preparar el material: funda de colchón (si se precisa), dos sábanas (bajera y encimera), entremetida, colcha, funda de almohada, mantas (si se precisan), bolsa para la ropa sucia y guantes desechables.
2. Lavarse las manos y ponerse guantes desechables.
3. Se coloca la cama en posición horizontal, frenada y a una altura cómoda para la realización.
4. Se retira la colcha y manta y se doblan.
5. Se retira la ropa sucia y se introduce en la bolsa de ropa sucia.
6. La sábana bajera se extiende sobre el colchón.
7. Se ajusta por la cabecera de la cama y se finaliza por los pies. La sábana se ajusta en forma mitra, inglete o pico.
8. Posteriormente se ajustan los laterales, garantizando que no queden arrugas ni pliegues.

9. Se colocan el empapador y la sábana entremetida a lo ancho de la cama.
10. Después se coloca la sábana encimera, dicha sábana sólo se ajusta a los pies formando el ángulo mitra, y los laterales se dejan colgando a ambos lados de la cama. muy importante que la sábana esté centrada.
11. Luego se colocan la manta y colcha. En la parte de arriba se recubre con un doblez la sábana encimera.
12. A continuación, se colocará la funda de la almohada.



4.2.2. Protocolo de realización de una cama ocupada.

La cama ocupada es aquella que permanece ocupada por el usuario, es decir, cuando el usuario que se encuentre en ella no pueda movilizarse y el recambio de la ropa de cama haya que realizarlo con él en la misma. La realización de la cama se realiza a la vez que se le realiza la higiene. Normalmente el auxiliar solicitará la ayuda de otra persona.

Material

- Funda de colchón (si se necesita)
- Dos sábanas (bajera y encimera)
- Entremetida
- Colcha
- Funda de almohada
- Mantas (en el caso de que se precisen)
- Bolsa para ropa sucia
- Guantes desechables



Protocolo

1. Se prepara el material y se deja sobre una silla en correcto orden.

2. Lavarse las manos y colocarse guantes desechables.
3. Informar al usuario y solicitar su colaboración.
4. La cama se coloca en posición horizontal y a una altura adecuada para la persona que va a realizar la cama. si fuese una habitación compartida para preservar la intimidad del usuario se colocarán biombos.
5. Se retira la colcha y la manta. se doblan y se colocarán en la silla.
6. Si la sábana encimera no está sucia, se utilizará para cubrir al usuario. si la sábana estuviese sucia, en este caso utilizaríamos una toalla del baño.
7. Se retirará la almohada, dejándola sobre la silla.
8. Se coloca al usuario en posición de decúbito lateral, de forma que quede sujeto por uno de los auxiliares y descanse en un lado de la cama. El otro técnico recogerá la entremetida, el empapador y la sábana bajera desde el lado más lejano de la cama hacia el cuerpo del usuario.
9. Extender la sábana bajera en el lado libre del colchón desde la cabeza a los pies de forma que quede bien centrada. Sujetarla bajo el colchón en la cabeza y los pies, y hacer en ambas esquinas el doblez en forma de mitra. recoger el resto de sábana limpia enrollándola hacia el usuario, procurando que no queden arrugas.
10. Colocar el empapador y la entremetida en el tercio medio de la cama, fijándolos bajo el colchón. El resto se recoge próximo al cuerpo del usuario.
11. Entre los dos técnicos cambiar de posición al usuario, girándolo hacia el lado contrario de forma que quede acostado en la otra orilla de la cama ya limpia.
12. Un técnico sujeta al usuario y el otro técnico extiende bien la bajera, el hule y la entremetida, estirándolas para evitar que se formen arrugas.
13. Retirar la ropa sucia e introducirla en la bolsa de sucio.
14. Fijar la ropa en las esquinas mediante mitra en la sábana inferior.
15. Colocar al usuario en decúbito supino, con la cabeza sobre la almohada, en la que se ha puesto un almohadón limpio.
16. Extender la sábana encimera limpia al tiempo que se recoge la sábana sucia que cubría al usuario en sentido longitudinal.
17. Ajustar la ropa bajo el colchón con holgura suficiente para no presionar los pies. Poner después la manta y la colcha, haciendo las esquinas de media mitra. adaptar la parte superior de la lencería sobre los hombros del usuario.
18. Ordenar la habitación y retirar la ropa sucia.
19. Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Observaciones

- Asegurar la intimidad del usuario mediante la utilización de biombos si la habitación es compartida, así como el cierre de puertas y ventanas.
- Condiciones ambientales adecuadas de la estancia, evitando corrientes o enfriamientos.
- Se separarán las sábanas sin sacudir ni airear excesivamente para no hacer evidentes las manchas o la diseminación de partículas o microorganismos.
- Se realizará el cambio de lencería prestando especial atención a la ropa usada, de manera que no manche o contamine la limpia.
- Mantener en todo momento al usuario cubierto con una sábana o una entremetida.

5. Cuidados del paciente incontinente y colostomizado.

La incontinencia consiste en que el usuario presenta una pérdida de orina y heces de manera involuntaria, es decir, no es capaz de controlarlo.

Son muchas las causas que pueden contribuir a la presencia de trastornos en la eliminación: el envejecimiento fisiológico y sus cambios anatómicos y funcionales, pluripatología, polifarmacia, modificaciones físicas y mentales, y factores ambientales que rodean al anciano.

Los escapes de orina o heces, pueden producirse en situaciones cotidianas, como al estornudar, al reír, al realizar un esfuerzo físico, etc.

Es un trastorno en el que hay que prestar especial atención a los cuidados, ya que supone una limitación en sus actividades y sobre todo en las relaciones sociales.

5.1. Cuidados del usuario con incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, normalmente producida en un momento y lugar no adecuados y que provoca en la persona que la sufre un problema higiénico, social y psíquico, así como una importante limitación de su actividad laboral, educacional, familiar e individual.

El envejecimiento por sí mismo no explica el problema. Se unen también las transformaciones fisiológicas junto con la presencia de otros factores, como:

- **Transformaciones del aparato genitourinario:** alteraciones de la vejiga (disminución de capacidad, divertículos...), de la uretra (disminución de células, de presión de cierre...), el crecimiento prostático, disminución de células vaginales, fibrosis y debilidad en el suelo pélvico...
- **Transformaciones del aparato locomotor:** la movilidad reducida junto con un medio que la dificulte aumentan la probabilidad de padecer dependencia en relación a la eliminación urinaria.
- **La hidratación inadecuada:** la falta de hidratación hace que disminuya la producción de orina en la vejiga, reduciendo la estimulación nerviosa sensitiva a nivel de la vejiga, cuyo efecto es volver a la persona incontinente.
- **La polifarmacología:** el número elevado de fármacos predispone a las alteraciones de las funciones urinarias: algunos aumentan la frecuencia y el volumen de la orina (como los diuréticos), otros disminuyen la sensación de la necesidad de orinar (como los sedantes), etc.

5.1.1. El cuidado.

- Recomendarle el mantenimiento de una higiene escrupulosa. Para ello se utilizarán pañales, compresas, sondajes vesicales, colectores penéanos...
- Evitar amonestar al usuario por su incontinencia, genera estrés en el usuario.
- Evitar la ingesta de sustancias que favorezcan la micción.

- Adquirir hábitos miccionales, intentando que orine cada dos horas como máximo.

5.1.2. Dispositivos de ayuda.

- **Los colectores peneanos:** son dispositivos que envuelven el pene adhiriéndose a su base. Es una estructura parecida a la de un preservativo. En su extremo constan de una prolongación tubular para conectar a la bolsa colectora. Los colectores deben cambiarse a diario, y la bolsa se cambiará tantas veces como fuese necesario.
- **Los sondajes vesicales:** son tubos estériles que se introducen hasta la vejiga y se fijan. Estos tubos se conectan con una bolsa recolectora de orina.



El profesional sanitario deberá encargarse de los cuidados de la bolsa de recolección de orina, teniendo en cuenta que:

- La bolsa no se levanta por encima de la vejiga.



- Si el usuario deambula, se puede sujetar la bolsa de orina a su tobillo, ocultándola bajo la ropa. Si el usuario está encamado, se colocará en los bajos de la cama, sin tocar el suelo.
- Los pañales: para su correcta colocación se deberá elegir el tamaño adecuado. Se deben cambiar cada 3 o 4 horas.

Cambio de la bolsa de diuresis

Material

Bolsa de orina, gasas estériles, antiséptico, pinza de Kocher, batea y guantes desechables.

Procedimiento

1. Lavarse las manos y colocarse guantes.
2. Se explica al usuario la técnica a realizar.
3. Se pinza la sonda con las pinzas.
4. Separar la bolsa de la sonda.
5. Quitar el capuchón a la bolsa nueva y conectar a la sonda.
6. Colocar la bolsa en el soporte del borde de la cama.
7. Observar la orina y anotar la cantidad y las incidencias.



5.2. Cuidados del usuario con incontinencia fecal.

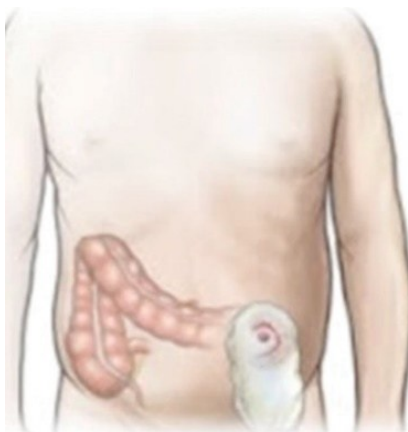
La incontinencia fecal es la incapacidad para controlar la salida del gas y las heces por el ano. Se produce ante la incapacidad de controlar el estímulo fecal, lo que causa la emisión involuntaria de las heces. Los dispositivos utilizados en estos casos son los absorbentes.

En una persona colostomizada (aquella que ha sido objeto de una intervención quirúrgica para realizar una apertura artificial del intestino delgado o grueso a la pared abdominal [estoma]), puede verse incontinencia fecal que podrá ser temporal o permanente. En estos casos el usuario suele llevar una bolsa adherida a la piel para favorecer la recogida de las eliminaciones.

El cambio de bolsa se realizará tantas veces sea necesario y el aseo y la higiene de la piel para prevenir lesiones se realizará con agua y jabón neutro.

Existen diferentes tipos de bolsas de colostomía:

- Bolsas de una pieza:
 - Bolsa cerrada.
 - Bolsa abierta.
- Bolsas de dos piezas:
 - Bolsa cerrada.
 - Bolsa abierta.



Las bolsas abiertas tanto de una pieza, como de dos piezas permiten el vaciado de las deposiciones sin necesidad de despegar la bolsa de la piel.

Protocolo de cambio de bolsa de colostomía

1. Informar al usuario de la técnica a realizar.
2. Preparar el material. Lavar las manos y poner guantes desechables.
3. Retirar la bolsa sucia, despegando desde el borde superior al borde inferior, sujetando la piel con las manos.
4. Lavar la zona con agua templada y jabón neutro, observando el estado del estoma (color, diámetro, aspecto...). El estoma se limpiará desde la parte interior a la exterior.
5. Secar cuidadosamente la zona e hidratar la piel con crema hidratante.
6. Colocar la bolsa nueva, pegando desde la parte inferior a la parte posterior del estoma.
7. Colocar al usuario en una posición cómoda.
8. Posteriormente recoger el material y lavarse las manos.

6. Prevención y control de infecciones.

Para la prevención y control del riesgo de infecciones y de transmisión y propagación de enfermedades, existe una serie de precauciones universales que deben ser adoptadas con cualquier usuario.

El objetivo de las precauciones universales se basa en evitar cualquier exposición a la sangre o a los fluidos corporales de los usuarios. Así, entre las precauciones universales están los métodos de barrera, los métodos de limpieza, los procedimientos para la eliminación del material contaminado y la vacunación del personal.

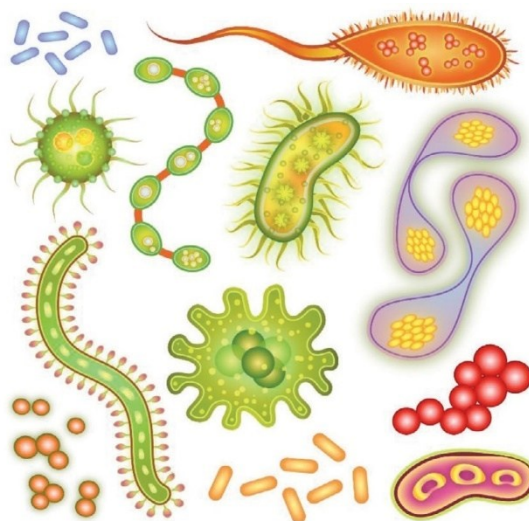
Los métodos de barrera evitan el contacto directo del profesional con la sangre y con otros fluidos corporales o tejidos del usuario gracias al uso de materiales adecuados que sirven de barrera. Dichos materiales son guantes, mascarillas, gorros, batas, calzado de seguridad y gafas. Estos métodos no sólo sirven para evitar el riesgo de infección y contagio de los propios profesionales de atención directa, sino también para prevenir el riesgo de transmisión de infecciones de estos a los usuarios del servicio.

El auxiliar de ayuda a domicilio ha de extremar las medidas de precaución cuando maneje objetos punzantes o cortantes (jeringuillas, maquinillas de afeitar...) como norma general, nunca se debe encapuchar agujas ya utilizadas y será el profesional que ha empleado el material punzante quién se encargue de la correcta eliminación de los materiales.

Entre los métodos de limpieza están las medidas de higiene de los trabajadores y del material sanitario. El lavado de manos es una de las medidas de higiene fundamentales en los trabajadores. En el caso de tener pequeñas heridas, éstas deben estar correctamente desinfectadas y cubiertas con un apósito cuando se utilicen guantes.

Existen dos tipos de lavado de manos:

- **Lavado de manos higiénico:** consiste en eliminar la suciedad y la flora bacteriana transitoria que se depositan en las manos tras cualquier manipulación. Para llevar a cabo esta limpieza, es necesario utilizar agua, jabón con pH neutro y una toalla limpia al ser posible de papel desechable.
- **Lavado de manos antiséptico:** que además de eliminar la suciedad, la materia orgánica y la flora bacteriana transitoria de las manos, elimina la flora residente, es decir, aquella que está permanentemente en la superficie de la piel. Para llevar a cabo esta limpieza, emplearemos un producto antiséptico jabonoso que suele contener clorhexidina o povidona yodada o un derivado del alcohol.



Existe un conjunto de recomendaciones generales que los auxiliares de ayuda a domicilio deben tener muy en cuenta a la hora de efectuar cualquier tipo de lavado de manos, y que son:

- No llevar uñas postizas ni esmaltes.
- Retirar los anillos, pulseras y relojes durante la aplicación de la técnica de lavado.
- Eliminar la suciedad alojada debajo de las uñas con un palito húmedo.
- Utilizar cremas hidratantes o lociones que prevengan la aparición de dermatitis y otras alteraciones de la piel, ya que un lavado de manos excesivo puede producir descamación irritación de las capas cutáneas de la piel.
- Usar dispensadores de jabón y soluciones antisépticas preferiblemente desechables.
- Emplear toallas de papel desechables para el secado. se desaconseja el uso de las toallas de algodón, ya que se consideran focos de infección.

El material de un solo uso tiene que ser desechado después de cada utilización y jamás debe reutilizarse. Para eliminar el material contaminado, existen contenedores específicos destinados a material punzante y cortante, material con fluidos biológicos, restos de tejido, etc. Estos contenedores pueden solicitarse a través del centro de salud que le corresponda al usuario.

La correcta vacunación de los trabajadores se considera una de las medidas más adecuadas en la prevención del riesgo biológico inherente al desarrollo de su labor asistencial. Por este motivo, cualquier trabajador que se encuentre en contacto directo o indirecto con sangre o fluidos corporales de los usuarios, debe estar correctamente inmunizado.

7. Cuidados postmortem. Finalidad y preparación del cadáver.

La muerte es el cese total y definitivo de todas las funciones vitales del organismo humano. Recibe distintos nombres: fallecimiento, éxitus, defunción, deceso, óbito.

El amortajamiento es la preparación del cadáver a través de algunos cuidados técnicos.

Material

- Mortaja o sudario para envolver el cuerpo.
- Vendas para atar las muñecas y tobillos, esparadrapo.
- Bata, mascarilla, recipiente con agua y jabón para lavar todo el cuerpo y esponja.
- Guantes, para realizar la técnica del lavado.
- Toalla para secar después de lavar el cuerpo.
- Material para curas.
- Algodón.
- Jeringas de 10 c.c.
- Pinzas y tijeras.

Protocolo

1. Verificar y confirmar el fallecimiento de la persona en el parte médico. se deberá colaborar con la enfermera responsable durante todo el proceso.
2. Solicitar a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento, ayudarles en todo lo necesario en esos difíciles momentos.
3. Lavarnos las manos y colocarnos guantes de un solo uso.
4. Preparar todo el material necesario.
5. Dejar el cuerpo en decúbito supino colocando la cama en posición horizontal si estaba levantada y se le deja una almohada.
6. Desconectar y retirar catéteres, drenajes, etc. que pudiera llevar el fallecido.
7. Realizar la higiene completa del fallecido. Lavarle la cara y afeitarse si hace falta, limpiarle las secreciones y peinarle.
8. Colocar en un carrito el material para curas y ayudar a la enfermera a taponar las salidas de sangre u otras secreciones, si las hay, y a colocar el apósito perineal tras un taponamiento rectal y vaginal si se precisaran.
9. Estirar las extremidades inferiores y colocar los brazos a lo largo del cuerpo. El cadáver debe quedar alineado.
10. Cerrarle los ojos bajando los párpados superiores tirando levemente de las pestañas. colocarle la dentadura si se le hubiera quitado anteriormente a la persona, y cerrarle la boca.
11. Sujetar la mandíbula del cadáver con un vendaje alrededor de la cabeza.
12. Entregar a la enfermera los objetos de valor retirados del fallecido (para su posterior entrega a los familiares) y ponerle una bata mortuoria o sudario. si la familia lo desea, se facilitará que puedan vestir con sus ropas al cadáver.
13. Sujetar los tobillos y las muñecas juntas con una venda o esparadrapo.

8. Técnicas de limpieza y conservación de prótesis.

8.1. Prótesis dentales.

Una prótesis dental es un elemento creado artificialmente para sustituir o restaurar la pérdida de piezas dentales (una o varias).

El cuidado y las medidas higiénicas en las piezas dentarias, son temas de gran importancia, puesto que se deben evitar en todo momento la aparición de infecciones y enfermedades en la boca del usuario (caries y lesiones premalignas):

- Después de cada comida debe lavar las prótesis y la boca.
- Las prótesis se deben limpiar, al menos una vez al día, con un cepillo especial para prótesis (de venta en farmacias) o un cepillo de uñas con cerdas de nailon, y un poco de pasta dentífrica o, mejor, jabón, para evitar la formación de sarro y el depósito de tinciones (manchas). después, aclarar muy bien con agua.
- Es especialmente importante la limpieza de las partes metálicas, sobre todo las que contactan con los dientes (cara interna o cóncava de los ganchos). Para ello, pueden frotarse con un bastoncillo empapado en alcohol, hasta que la superficie quede brillante. si quedan mate o deslustradas, es que están cargadas de placa bacteriana, que puede producir caries y desgastes debido a los ácidos que dicha placa produce. sin embargo, si están libres de placa, es decir, brillantes, no producen ni lo uno ni lo otro.
- Conviene quitar las prótesis para dormir, para que los tejidos descansen diariamente unas horas de la presión a que pudieran verse sometidos.
- Para evitar golpes y deformaciones mientras están fuera de la boca, conviene conservar las prótesis en agua, a la que puede añadir pastillas desinfectantes comercializadas para ese menester.
- Es conveniente usar la seda dental para limpiar entre los dientes, y enjuagarse la boca con colutorios fluorados, al objeto de prevenir la aparición de caries, sobre todo entre los dientes, donde el cepillo no limpia bien.
- Es aconsejable masajear las encías, para mejorar su riego sanguíneo y prevenir en lo posible su reabsorción.
- Siempre que aparezcan ulceraciones, dolor o inestabilidad de la prótesis, se deberá acudir de inmediato a revisión.
- Si surge algún problema, o en cualquier caso en que crea que se haya producido un hecho anormal, el profesional debe buscar ayuda de un especialista.
- Se debe realizar una revisión cada seis meses para observar el estado de los dientes y mucosas, detectar desgastes en los dientes y realizar las adaptaciones apropiadas para corregir los desajustes provocados por el cambio de forma de los maxilares y de la posición de los dientes, que siempre ocurren con el paso del tiempo.



8.2. Prótesis auditivas.

Los audífonos necesitan mantenerse secos. Los métodos para la limpieza de los audífonos varían dependiendo del modelo y la forma.



Algunos consejos para el cuidado de los audífonos

- Cuando no se usen, guardarlos en su estuche o caja, en un lugar seco y fresco, donde no puedan alcanzarlos los niños ni los animales domésticos.
 - No exponerlos nunca a condiciones de temperatura ni humedad muy alta.
 - No llevar el audífono cuando se someta a un tratamiento con ultrasonidos, rayos X o similar.
 - Apagarlo cuando no esté en uso, y retirar la pila cuando no se vaya a utilizar en un período largo de tiempo.
 - Cambiar las baterías regularmente.
- Evitar la utilización de laca para el pelo u otros productos capilares cuando lleve puesto los audífonos.

Limpieza del molde y del audífono

- Las prótesis auditivas se pueden limpiar utilizando productos específicos que están pensados para asegurar una limpieza y desinfección a fondo sin dañar los moldes y los audífonos:
- Limpiar los contactos de la pila con un bastoncillo higiénico. no usar nunca disolventes ni objetos que puedan dañar el audífono.
- La humedad puede acumularse en su audífono, principalmente por la sudoración y las condiciones ambientales. Ésta puede dañar los circuitos electrónicos del aparato.

Cómo limpiar y desinfectar un molde

- Separar con cuidado el molde del audífono.
- Introducirlo en un recipiente con agua y un producto desinfectante, dejando actuar toda la noche.
- Enjuagar con agua, secarlo con una toalla y eliminar toda la humedad.
- El funcionamiento de los audífonos, especialmente los digitales, dependen en gran medida de las características de las pilas. Para obtener el mayor beneficio de un audífono es importante utilizar una pila de la mejor calidad posible.

La duración de las pilas depende de varios factores

- Características del audífono: cuanto más potente menos duración.
- Cómo esté regulado el audífono: aun siendo el mismo modelo pueden existir diferencias de



duración dependiendo de la pérdida auditiva y por lo tanto de cómo esté regulado.

- Cómo se utilice y qué cantidad de horas se use.
- Es importante que una vez se haya empezado una pila, utilizarla hasta que se agote, puesto que una vez quitado el precinto la pila se activa y su duración oscila entre 4 y 6 semanas, aunque no se utilice el audífono. Por ello no se podrá guardar para un uso futuro.
- Las pilas deben guardarse en un lugar seco y fresco y con su embalaje original. Es importante usar pilas nuevas. se puede controlar este factor mirando la fecha de caducidad que se encuentra en la parte posterior del embalaje.

9. Fomento de la autonomía de la persona dependiente y su entorno para la mejora de su higiene y aseo.

Todas las técnicas higiénicas y de aseo descritas deben ser conocidas y aprendidas por el auxiliar de ayuda a domicilio.

Uno de los indicadores de calidad de los cuidados consiste en fomentar al máximo el nivel de independencia y autonomía que el usuario pueda conservar. a este fomento de la autonomía se le conoce también como “fomento del autocuidado”.

Autocuidado es la asistencia que una persona se proporciona a sí misma con el objetivo de cubrir sus necesidades. algunos de los cuidados que habitualmente un individuo se presta de forma autónoma son el aseo y la higiene (lavarse, vestirse, peinarse, calzarse, maquillarse, etc.) así como la alimentación y el cuidado de la salud (hacer ejercicio, desinfectar una herida, etc.).

Cuando por razones de enfermedad o limitación una persona precisa de ayuda para llevar a cabo alguno de los cuidados, es importante que conserve la capacidad de autocuidarse en aquello que sí pueda. de esta forma, asume la responsabilidad de proporcionarse bienestar a sí misma, convirtiendo una actitud pasiva en una actitud activa.

Esta actitud activa favorece la mejora en la autopercepción de los individuos, lo cual incide positivamente en su autoestima. cuando pueden realizar tareas por sí solos, los usuarios se sienten útiles y competentes; sin embargo, cuando todo el peso de los cuidados básicos recae sobre otra persona, se manifiestan sentimientos de fracaso, inutilidad, incapacidad, frustración, etc.

Por todo esto, los usuarios dependientes deben mantener, dentro de sus posibilidades y limitaciones, un nivel óptimo de independencia que les permita llevar a cabo las tareas relacionadas con el cuidado de sí mismos y, en especial, de su aseo e higiene corporal.

En este sentido, el TASS que realice el aseo y la higiene del usuario, debe invitarle a que este realice por sí solo, aunque sea bajo su supervisión, todas las tareas que le sean posibles. Es de vital importancia que el usuario vea hasta donde es capaz de llegar. Y además, estas conductas han de ser reforzadas de manera positiva por parte del auxiliar.

En aquellos casos en los que el estado de salud del usuario supone una incapacidad física total, impidiendo cualquier tipo de colaboración, el auxiliar debe tratar de implicar a la familia o al cuidador principal en la tarea de higiene general. También es importante que los miembros de la unidad convivencial comprendan su grado de responsabilidad hacia el usuario, ya que el auxiliar difícilmente puede llevar a cabo las tareas de higiene por sí solo en estas circunstancias.

10. Resumen.

Hemos tratado en este tema cómo el mantenimiento de la higiene y el favorecimiento de la participación del usuario en ello, es uno de los puntos de mayor importancia en el apoyo al usuario, puesto que esto afecta en gran medida a su calidad de vida, contribuyendo así a su autonomía y autodeterminación.

El mantenimiento de estas actividades no solo retrasa el aumento del grado de dependencia del usuario, sino que mejora su autoestima, consiguiendo una actitud motivadora y positiva a realizar actividades por sí mismo.

El tema de las úlceras por presión reciben una mención especial mención, ya que un conocimiento exhaustivo de las características de la piel y de la producción de estas afecciones es muy necesario para garantizar el correcto ejercicio de las funciones del auxiliar de ayuda a domicilio. Las UPP son uno de los problemas más graves que podemos encontrar en la higiene y el cuidado.

El conocimiento de los utensilios por parte del profesional y del material a utilizar con la persona a la que da apoyo, es crucial a la hora de planificar su labor.

11. Actividades.

1. Completa la siguiente frase.

El cabello se debe lavar _____.

2. Las úlceras por presión son favorecidas por los siguientes factores. Señala 3 factores.

3. Indica si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:



La piel tiene 8 capas		
La capa intermedia de la piel se llama dermis		
Lesión de tamaño inferior a 0.5 cm de contenido purulento se llama quiste		
Pérdida superficial de la epidermis que cura sin cicatriz es una erosión		

4. Para prevenir las UPP podemos...

5. ¿Qué es un colector peneano?

6. Al hacer la cama lo más importante es sacudir la ropa. ¿Estás de acuerdo con esta afirmación? Razónalo:

7. Para prevenir infecciones podemos...

8. Señala tres consejos para el cuidado de los audífonos.

9. Completa la siguiente frase.

El colchón más adecuado para utilizar con personas inmovilizadas es un colchón...

10. Ordena el protocolo del baño.

- Dejar al usuario en una posición cómoda en la cama o el sillón.
- Proporcionar crema hidratante.
- Colocar la alfombra antideslizante en el suelo.
- Recoger el material y anotar las incidencias si las hubiera.
- Explicarle al usuario que es la hora del baño y pedir su colaboración.
- Solicitarle al usuario que realice su higiene de forma habitual.
- Preparar el material de aseo, teniendo cuidado de que esté al alcance del usuario.
- Incidir en la importancia de secar correctamente la piel.
- introducir la ropa sucia en la bolsa.