



HIGIENE Y CONFORT DEL PACIENTE

Introducción

La higiene es la ciencia de la salud y su mantenimiento. La **higiene** personal es el autocuidado que realizan las personas al realizar funciones como el baño, la evacuación, la higiene general del cuerpo y el acicalamiento.

La higiene es un asunto muy personal determinado por los valores y prácticas del individuo. Implica el cuidado de la piel, el pelo, las uñas, los dientes, las cavidades oral y nasal, los ojos, los pabellones auriculares y las zonas perineales-genitales.

Es importante para los profesionales de enfermería conocer exactamente cuánta asistencia necesita un paciente para su higiene. Los pacientes pueden precisar ayuda tras la micción o la defecación, tras el vómito y siempre que se ensucien, por ejemplo, por el drenaje de una herida o una sudoración profusa.

Factores que influyen en las prácticas de higiene

| | |
|--|---|
| <u>Cultura</u> : valor por la limpieza, ducha 1 o 2 v/día y otros 1 v/semana. Olor corporal ofensivo y normal en otras. | <u>Preferencias personales</u> : ducha o baño, en la mañana o en la noche. |
| <u>Religión</u> : Lavados ceremoniales | <u>Nivel de desarrollo</u> : niños aprenden higiene del hogar. Varían según edad. |
| <u>Ambiente</u> : economía influyente en disposiciones sanitarias (jabón, shampoo, loción, desodorante) | <u>Salud y energía</u> : ciertos enfermos incapaces de llevar a cabo su higiene. |

Cuidados higiénicos

Los profesionales de enfermería usan habitualmente los siguientes términos para describir los tipos de cuidados higiénicos.

El *cuidado matutino temprano* se proporciona a los pacientes cuando se levantan por la mañana. Este cuidado consiste en proporcionar un orinal o chata al paciente encamado, el lavado de la cara y de las manos y la administración de los medicamentos por vía oral.

El *cuidado matutino* se proporciona a menudo después de que los pacientes han desayunado, aunque puede hacerse antes del desayuno.

Suele incluir ayuda para las necesidades de evacuación, un baño o una ducha, el cuidado perineal, los masajes en la espalda y los cuidados de la boca, el cabello y las uñas.

Hacer la cama del paciente forma parte del cuidado matutino. Puede estar implicada la ayuda para las necesidades de evacuación, el lavado de la cara y de las manos, los cuidados orales y un masaje en la espalda. El *cuidado a demanda* se da cuando el paciente lo necesita. Por ejemplo, un paciente que es diaforético (suda mucho) puede necesitar baños y cambios de ropa de vestir y de cama más frecuentes.

Piel

La piel es el órgano de mayor tamaño del cuerpo. Cumple 5 funciones principales:

1. Protege los tejidos subyacentes de lesiones al evitar el paso de microorganismos. Primera línea de defensa.
2. Regula la T° corporal. El cuerpo se enfría mediante procesos de pérdida de calor a través del sudor, y por radiación y conducción del calor del cuerpo cuando se **vasodilatan** los vasos de la piel. El calor corporal se conserva a través de la falta de sudoración y la vasoconstricción de los vasos sanguíneos.
3. Secreta **sebo**, una sustancia oleosa que:
 - a) ablanda y lubrica el cabello y la piel
 - b) evita que el pelo se haga quebradizo
 - c) reduce la pérdida de agua de la piel
 - d) reduce la pérdida de calor a través de la piel
 - e) tiene una acción **bactericida** (muerte de bacterias).
4. Transmite sensaciones a través de los receptores nerviosos, que son sensibles al dolor, la temperatura, el contacto y la presión.
5. Produce y absorbe vitamina D junto a los rayos UV procedentes del sol que activan un precursor de la vitamina D presente en la piel.

La piel normal de una persona sana tiene microorganismos transitorios y residentes que no suelen ser perjudiciales.

Glándulas sudoríparas

Están en las superficies corporales excepto los labios y partes de los genitales. El cuerpo tiene de 2 a 5 millones, que están presentes ya en el nacimiento. Son más numerosas en las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las glándulas sudoríparas se clasifican en apocrinas y ecrinas.

Las **glándulas apocrinas**, localizadas sobre todo en las axilas y en las zonas anogenitales, comienzan a funcionar en la pubertad bajo la influencia de los andrógenos. Aunque producen sudor de forma casi constante, las glándulas apocrinas desempeñan un papel escaso en la termorregulación. La secreción de estas glándulas es inodora, pero cuando se descompone o actúan sobre ella las bacterias de la piel, adquiere un olor a almizcle desagradable.

Las **glándulas ecrinas** tienen importancia fisiológica. Son más numerosas que las apocrinas y se encuentran sobre todo en las palmas de las manos, las plantas de los pies y la frente. El sudor que producen enfría el cuerpo por evaporación. El sudor está compuesto de agua, sodio, potasio, cloro, glucosa, urea y lactato.

Valoración de enfermería

La valoración de la piel y las prácticas higiénicas del paciente comprenden:

- una **anamnesis** de enfermería para determinar las prácticas de cuidado de la piel que realiza el paciente, la capacidad para los autocuidados y los problemas de la piel antiguos o actuales.
- la valoración física de la piel.
- la identificación de los pacientes con riesgo de sufrir trastornos cutáneos.

Anamnesis

En general las culturas intentan disimular los olores naturales del cuerpo bañándose con frecuencia y usando desodorante, colonia o perfumes.

Los inmigrantes de otros países donde el agua escasea pueden bañarse menos que las personas de los países donde el agua es más accesible.

La evaluación de las capacidades de autocuidado del paciente determina el grado de asistencia de enfermería y el tipo de baño (p. ej., cama, bañera o ducha) más adecuado para el paciente. Son consideraciones importantes el equilibrio del paciente (para el baño y la ducha), la capacidad para sentarse sin apoyo (en la ducha o la cama), la tolerancia de la actividad, la coordinación, la fuerza muscular apropiada, el arco de movilidad articular adecuado, la visión y las preferencias del paciente. El conocimiento y la motivación también son esenciales.

Los pacientes cuya función cognitiva esté deteriorada o cuya enfermedad altere los niveles de energía y motivación suelen necesitar más ayuda. Es importante que el profesional de enfermería determine el nivel funcional del paciente y mantenga y promueva el mayor grado de independencia posible del paciente. Esto capacita también al profesional de enfermería para identificar el potencial de crecimiento y rehabilitación del paciente. Hay varios modelos de niveles funcionales de autocuidados.

Problemas comunes de la piel

La presencia de problemas cutáneos previos o actuales alerta al profesional de enfermería respecto a intervenciones de enfermería específicas o remisiones que el paciente pueda precisar. Muchos trastornos cutáneos tienen implicaciones para la higiene. El paciente puede describir estos problemas durante la recogida de la anamnesis o pueden observarse algunos durante la exploración física que le sigue.

Los problemas cutáneos comunes y las implicaciones para las intervenciones de enfermería se muestran en la siguiente tabla:

| Problema y aspecto | Implicaciones |
|--|--|
| Abrasión | Levantar, no arrastre al pte a lo largo de la cama. Movilizar de a 2 o más personas. |
| Sequedad excesiva | Usar jabón no irritante y de uso limitado, enjuagar bien. Motivar a la hidratación. |
| Dermatitis por amoníaco (del pañal) | Piel seca y limpia con pomada protectora. |
| Acné | Mantener piel limpia. Usar tratamiento. |
| Eritema | Lavar zona disminuyendo cantidad de moo. |
| Hirsutismo | Eliminar vello no deseado. Aumenta autoestima del pte. |

Examen físico

Cuando se asiste con el baño y otros cuidados higiénicos, el profesional de enfermería tiene a menudo la oportunidad de recoger datos sobre el color, la uniformidad del color, la textura, la turgencia, la temperatura, la integridad y las lesiones de la piel.

Entrevista de valoración

Realice en su cuaderno la siguiente entrevista a un compañero/a.

- ¿En qué momento suele ducharse o bañarse?
- ¿Qué productos higiénicos usa habitualmente?

- ¿Qué productos cosméticos faciales utiliza?
- ¿Cómo y cuándo limpia los aplicadores y toallitas de maquillaje?
- ¿Qué producto higiénico o cosmético no usa por los problemas cutáneos que le produce?
- ¿Tiene problemas al realizar sus prácticas higiénicas? Si es así, ¿cuáles son?
- ¿Cómo puede el profesional de enfermería ayudarle mejor?
- ¿Tiene tendencia a la sequedad de la piel, el picor, las erupciones, los hematomas, la sudoración excesiva o la falta de sudoración?
- ¿Ha tenido antes lesiones en la piel o el cuero cabelludo?
- ¿Tiene alguna tendencia alérgica? Si es así, ¿cuál?

Luego de realizarla debe tener que...

- Las respuestas positivas a cualquiera de estas exige una mayor exploración en cuanto a la duración (¿cuándo empezó?); la frecuencia (¿con qué frecuencia lo padece?); la descripción de la lesión o la erupción; cualquier signo asociado, como la fiebre o las náuseas; los factores agravantes (p. ej., estación del año, estrés, trabajo, medicamentos, viaje reciente, vivienda, contacto personal); factores que lo alivian (p. ej., medicamentos, lociones, remedios caseros), y antecedentes familiares del problema.

Diagnóstico

Las dificultades encontradas por el paciente para realizar las actividades baño son la incapacidad para lavarse el cuerpo o partes de él, obtener o llegar a una fuente de agua y regular la temperatura o el flujo del agua. Las dificultades para vestirse y acicalarse comprenden la incapacidad para obtener, ponerse, quitarse o reemplazar prendas de ropa; y mantener el aspecto a un nivel satisfactorio. Los problemas de evacuación pueden implicar dificultades para llegar al inodoro o el orinal o para sentarse o levantarse de él. Además, el paciente puede experimentar problemas al manipularse la ropa para la evacuación, realizar una higiene adecuada, tirar de la cadena o vaciar el orinal. Las razones (causas o factores relacionados) de estos problemas son variadas (ver tabla “Factores que influyen en las prácticas de higiene”)

Causas de autocuidado deficiente

- Reducción o falta de motivación
- Debilidad o cansancio
- Dolor o molestias
- Deterioro perceptivo o cognitivo
- Incapacidad para percibir partes del cuerpo o relación espacial
- Trastorno neuromuscular u osteomuscular
- Restricción impuesta por causa médica
- Procedimiento terapéutico que limita la movilidad (p. ej., infusión intravenosa, yeso, etc.)
- Ansiedad acentuada
- Barreras ambientales

Planificación

Pueden incluir la ayuda a los pacientes dependientes en el baño, el cuidado de la piel y el cuidado perineal; dar un masaje en la espalda para favorecer la circulación; instruir a los pacientes/familiares sobre las prácticas higiénicas adecuadas y métodos alternativos para el vestido, y la demostración del uso del equipo de ayuda y las actividades adaptativas. Aunque las intervenciones de enfermería comentadas en este capítulo se centran en las medidas higiénicas, la causa de los diagnósticos de enfermería establecidos puede apuntar a otras intervenciones que favorezcan la circulación, promuevan la autoestima, restauren el estado nutricional, corrijan las deficiencias o excesos de líquido o eviten problemas asociados a la inmovilidad.

La planificación para asistir al paciente en la higiene personal comprende la consideración de las preferencias personales, la salud y las limitaciones del paciente; el mejor momento para prestar la asistencia, y el equipo, instalaciones y personal disponibles. Debe seguirse la preferencia personal (sobre cuándo y cómo bañarse, por ejemplo) mientras sea compatible con la salud del paciente y el equipo disponible.

Otra consideración para el profesional de enfermería es evaluar el nivel de comodidad del paciente con el sexo del cuidador. El cuidado higiénico, en particular el baño, puede ser embarazoso y estresante para individuos pudorosos. Las mujeres de ciertas culturas (p. ej., hindú, iraní, coreana, árabe y navajo) suelen ser pudorosas.

Los profesionales de enfermería deben respetar el pudor personal, ya sean varones o mujeres, y proporcionar la intimidad y sensibilidad adecuadas. Si es posible, intentar proporcionar un cuidador del mismo sexo. Los profesionales de enfermería deben proporcionar la asistencia que el paciente requiera, de forma directa o delegando esta tarea en otros profesionales de enfermería.

Planificación de los cuidados en el hogar

Para proporcionar una asistencia continua es importante que el profesional de enfermería evalúe las capacidades del paciente y de la familia de prestar esa asistencia y la necesidad de los servicios de referencia y de salud domiciliaria. Además, el profesional de enfermería debe determinar las necesidades de aprendizaje del paciente.

| Paciente y ambiente | Familia | Comunidad |
|--|--|--|
| <p>Valorar la capacidad del paciente de bañarse, regular la llave del grifo, vestirse y desvestirse, arreglarse y usar el inodoro.</p> <p>Determinar si hay necesidad de un asiento de bañera/ducha, un asidero de ducha, una superficie o alfombrilla antideslizante en la bañera o la ducha, barras en los lados de la bañera o un inodoro alto.</p> <p>Observar el mobiliario que obstruya el acceso al baño o al inodoro o una puerta demasiado estrecha para una silla de ruedas.</p> | <p>Determinar si hay sujetos disponibles y capaces de asistir en el baño, el vestido, el inodoro, el cuidado de las uñas, el lavado del pelo o la compra de objetos para la higiene y el arreglo personal.</p> <p>Evaluar si el cuidador necesita instrucción sobre cómo ayudar al paciente a salir y entrar en la bañera, sentarse y levantarse del inodoro y otros.</p> <p>Evaluar los efectos de la enfermedad del paciente sobre el estado económico, el papel como padres, las funciones de pareja, la sexualidad y las funciones sociales.</p> | <p>Explorar recursos que proporcionarán asistencia en el baño, el lavado de la ropa y el cuidado de los pies (p. ej., ayudas para la salud en el hogar, podólogo).</p> <p>Consultar a un trabajador social cuando sea necesario para coordinar la colocación de un paciente incapaz de permanecer en casa o de identificar los recursos comunitarios que le ayudarán a estar en su casa.</p> <p>Considerar una consulta con:</p> <ul style="list-style-type: none">a) un fisioterapeuta que evalúe, idee y mejore la función motora del paciente;b) un profesional de enfermería domiciliario que proporcione seguimiento a la asistencia, educación y apoyo, yc) un terapeuta ocupacional que ayude y desarrolle las capacidades para realizar las actividades de la vida diaria. |



33-1 ■ Silla de bañera/ducha en el hogar.

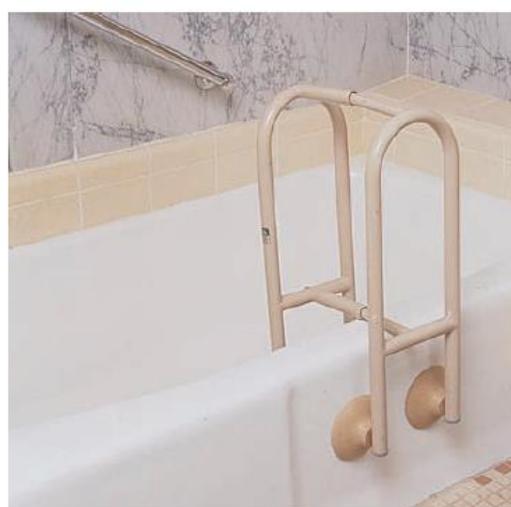


Figura 33-2 ■ Asideros en los laterales de la bañera.

Ejecución

El profesional de enfermería aplica las pautas generales de cuidado de la piel mientras proporciona uno de los diferentes tipos de baños disponibles para los pacientes.

Baño

El baño elimina el sebo acumulado, el sudor, las células cutáneas muertas y algunas bacterias. El profesional de enfermería puede apreciar la cantidad de sebo y células muertas producidas cuando observa a una persona tras quitarle un yeso que ha tenido puesta 6 semanas. La piel está costrosa, escamosa y seca por debajo del yeso. Suele ser necesario aplicar aceite durante varios días para eliminar los restos.

Pero el baño excesivo puede interferir con el efecto lubricante pretendido del sebo, lo que produce sequedad en la piel. Esta es una consideración importante, en especial en los ancianos, que producen menos sebo.

Además de limpiar la piel, el baño estimula la circulación. Un baño templado o caliente dilata las arteriolas superficiales, lo que lleva más sangre y más nutrientes a la piel. El frotado vigoroso tiene el mismo efecto. El frotado con golpes suaves y largos desde las partes distales a las proximales de las extremidades (desde el punto más lejano del cuerpo

hacia el más cercano) es particularmente eficaz para facilitar el flujo venoso a no ser que haya algún trastorno subyacente (p. ej., un coágulo sanguíneo) que lo impida.

El baño también produce una sensación de bienestar. Es refrescante y relajante y con frecuencia mejora la moral, el aspecto y la autoestima.

Algunas personas toman una ducha matutina por su efecto estimulante y refrescante. Otros prefieren un baño a última hora de la tarde porque es relajante. Estos efectos son más evidentes cuando la persona está enferma. Por ejemplo, no es infrecuente que los pacientes que han pasado una noche inquieta o sin dormir se sientan relajados, cómodos y somnolientos después de un baño matutino.

El baño ofrece una oportunidad excelente al profesional de enfermería de evaluar a cada paciente. Se puede observar el estado de la piel del paciente y trastornos físicos como el edema sacro o erupciones. Mientras se ayuda al paciente a tomar un baño, también puede evaluar las necesidades psicosociales del paciente, como su orientación en el tiempo y su capacidad de enfrentarse a la enfermedad. También pueden evaluarse las necesidades de aprendizaje, como la necesidad del paciente diabético de aprender a cuidarse los pies.

CATEGORÍAS

Se dan dos categorías de baño a los pacientes: de limpieza y terapéutico. Los baños de limpieza se realizan sobre todo con fines de higiene e incluyen estos tipos:

- **Baño completo en la cama:** El profesional de enfermería lava todo el cuerpo de un paciente dependiente en la cama.
- **Baño en la cama con ayuda del paciente:** Los pacientes confinados a la cama son capaces de bañarse a sí mismos con la ayuda del profesional de enfermería en la espalda y quizá los pies.
- **Baño parcial (baño abreviado).** Sólo se lavan las partes del cuerpo del paciente que pudieran producir molestias u olor si se descuidaran: la cara, las manos, las axilas, la zona perineal y la espalda. Se omiten los brazos, el tórax, el abdomen, las piernas y los pies. El profesional de enfermería proporciona esta asistencia a pacientes dependientes y ayuda a los pacientes autosuficientes confinados a la cama a lavarse la espalda. Algunos pacientes ambulatorios prefieren darse un baño parcial en el lavabo. El profesional de enfermería puede ayudarles a lavarse la espalda.
- **Baño en bañera:** Los baños en bañera se prefieren a menudo a los baños en la cama porque es más fácil lavar y aclarar en una bañera. Las bañeras también se usan para los baños terapéuticos. El grado de asistencia que el profesional de enfermería presta depende de los pacientes. Estas bañeras reducen mucho el trabajo del profesional de enfermería levantando a los pacientes para meterlos y sacarlos de la bañera y ofrecen más beneficios que un baño con esponja en la cama.

Los baños de esponja se aconsejan en el recién nacido porque los baños diarios en la bañera no se consideran necesarios. Después del baño, el lactante debe secarse inmediatamente y envolverse para evitar la pérdida de calor. Es necesario advertir a los padres que la capacidad del lactante de regular la temperatura corporal todavía no se ha desarrollado por completo. Los lactantes sudan muy poco y los tiritones comienzan a una temperatura menor que en los adultos; por tanto, los lactantes pierden más calor antes de empezar a tiritar. Además, como el área superficial del cuerpo del lactante es muy grande en relación a la masa corporal, el cuerpo pierde calor con rapidez.

- **Ducha:** Muchos pacientes ambulatorios son capaces de usar la ducha y sólo necesitan una mínima ayuda del profesional de enfermería. Los pacientes que residen en instituciones de estancias largas reciben a menudo la ducha con la ayuda de una silla de ducha. Las ruedas de la silla de ducha permiten transportar a los pacientes de la habitación a la ducha. La silla de ducha también tiene un asiento de tipo orinal para facilitar la limpieza de la zona perineal del paciente durante el proceso de la ducha.



Figura 33-3 ■ Una silla de ducha.

El agua del baño debe percibirla el paciente de un templado cómodo. Las personas varían en su sensibilidad al calor; la temperatura debe ser generalmente de 43 °C a 46 °C. La mayoría de los pacientes verificará una temperatura adecuada. Los pacientes con una circulación disminuida o problemas cognitivos no serán capaces de verificar la temperatura. Por

tanto, el profesional de enfermería debe comprobar la temperatura del agua para evitar en el paciente quemaduras del agua demasiado caliente.

El agua de un baño de cama debe cambiarse cuando se ensucie o enfríe.

Los baños terapéuticos se dan buscando efectos terapéuticos, como para aliviar piel irritada o tratar una zona (p. ej., el perineo). En el agua pueden ponerse medicamentos. Un baño terapéutico se toma generalmente en una bañera llena a la mitad o a un tercio. El paciente permanece en el baño un tiempo determinado, a menudo de 20 a 30 minutos.

Si se van a tratar la espalda, el tórax y los brazos del paciente, es necesario introducir estas zonas en la solución. La temperatura del baño suele incluirse en la orden: pueden ordenarse 37,7 °C a 46 °C en los adultos y suelen ordenarse 40,5 °C en los lactantes.

TÉCNICA DE BAÑO DE UN PACIENTE ADULTO O INFANTIL

Objetivos

- Eliminar microorganismos transitorios, las secreciones y excreciones corporales y las células muertas de la piel
- Estimular la circulación de la piel
- Favorecer un sentido de bienestar
- Producir relajación y comodidad
- Evitar o eliminar olores corporales desagradables

Valoración

- Estado de la piel (color, textura y turgencia, presencia de manchas pigmentadas, temperatura, lesiones, excoriaciones, abrasiones y hematomas)
- Factores físicos o emocionales (p. ej., fatiga, sensibilidad al frío, necesidad de control, ansiedad o miedo)
- Presencia de dolor y necesidad de medidas complementarias (p. ej., un analgésico) antes del baño
- Arco de movilidad de las articulaciones
- Cualquier otro aspecto de la salud que pueda afectar al proceso de baño del paciente (p. ej., movilidad, fuerza, conocimiento)
- Necesidad de uso de guantes limpios durante el baño

Equipo

- Lavatorio con agua templada (de 43 °C a 46 °C)
- Jabón
- Manta de baño, dos toallas de baño, manopla, bata o pijama limpios o la ropa necesaria, ropa de cama y toallas adicionales, si es necesario
- Guantes, si es adecuado (p. ej., presencia de líquidos corporales o lesiones abiertas)
- Artículos de higiene personal (p. ej., desodorante, talco, lociones)
- Equipo de afeitado
- Mesa para el equipo de baño
- Cesto de ropa sucia

Realización

1. Antes de realizar el procedimiento, preséntese y verifique la identidad del paciente usando el protocolo de la institución. Explique al paciente lo que va a hacer, por qué es necesario y cómo puede cooperar. Comentar con el paciente el plan de baño y explicar cualquier procedimiento con el que el paciente no esté familiarizado.

2. Realizar la higiene de las manos y observar los procedimientos de control de la infección adecuados.

3. Proporcionar al paciente intimidad corriendo las cortinas alrededor de la cama o cerrando la puerta de la habitación. Algunas instituciones proporcionan carteles indicadores de la necesidad de intimidad.

Razón: La higiene es un asunto personal.

4. Preparar al paciente y el ambiente:

- Invitar a un familiar u otra persona allegada a que participe si lo desea.
- Cerrar las ventanas y las puertas para asegurarse de que la habitación está a una temperatura agradable.

Razón: Las corrientes de aire aumentan la pérdida de calor del cuerpo por convección.

- Ofrecer al paciente una cuña u orinal y preguntarle si desea usar un inodoro o silla con orinal. Razón: El agua caliente y la actividad pueden estimular la necesidad de evacuar. El paciente se sentirá más cómodo después de evacuar y es aconsejable hacerlo antes de limpiar el perineo.
- Animar al paciente a realizar la mayor cantidad de cuidados de sí mismo que pueda. Razón: Esto alienta la independencia, el ejercicio y la autoestima.
- Durante el baño evaluar todas las zonas de la piel con cuidado.

PARA UN BAÑO DE CAMA

5. Preparar la cama y colocar al paciente del modo adecuado.

- Colocar la cama a una altura de trabajo cómoda. Bajar la barandilla en el lado cercano a usted. Mantener la otra barandilla subida. Ayudar al paciente a acercarse a usted. Razón: Esto evita estirarse y esforzarse de forma indebida y favorece una buena mecánica corporal.
- Colocar una manta de baño sobre la sábana superior. Quitar la sábana superior que está debajo de la manta de baño comenzando en los hombros del paciente y moviendo la sábana hacia los pies del paciente. Pedir al paciente que agarre y sujete la parte superior de la manta de baño mientras tira de la sábana hacia los pies de la cama. Razón: La manta de baño proporciona comodidad, calor e intimidad. Nota: Si se va a reutilizar la sábana, colóquela sobre la silla situada al lado de la cama. Si se va a cambiar, colóquela en el cesto de la ropa sucia, no en el suelo.
- Quite la bata del paciente mientras le mantiene tapado con la manta de baño. Coloque la bata en el cesto de la ropa sucia.



1 Retirada de la sábana superior desde debajo de la manta de baño.

6. Haga una manopla de baño con un paño de baño. Razón: Una manopla retiene agua y calor mejor que un paño agarrado con la mano y evita que los extremos del paño goteen sobre la piel. Véase el método triangular y el método rectangular.



A



B



C



D

2 Realización de una manopla de baño, método triangular. **A.** Colocar la mano encima del paño de baño; **B.** Doblar la esquina superior sobre la mano. **C.** Doblar las esquinas laterales sobre la mano; **D.** Plegar la segunda esquina debajo del paño sobre la palma para asegurar la manopla.

(Al Dodge, Pearson Education/PH College)



A



B



C

3 Realización de una manopla de baño, método rectangular. **A.** Coloque la mano sobre el paño de limpieza y pliegue un lado sobre la mano. **B.** Doble el segundo lado sobre la mano. **C.** Doble la parte superior del paño y pléguelo debajo del lado doblado contra la palma para asegurar la manopla.

7. Lavar la cara. Razón: Comenzar el baño en la zona más limpia y trabajar hacia abajo hacia los pies.

- Colocar la toalla por debajo de la cabeza del paciente.

- Lavar los ojos del paciente con agua sólo y secarlos bien. Usar una esquina separada del paño para cada ojo. Razón: Usar esquinas separadas evita transmitir microorganismos de un ojo al otro.

Limpia desde el canto interno al externo. Razón: Esto evita que las secreciones entren por los conductos nasolagrimal.

- Preguntar si el paciente desea que se use jabón en la cara. Razón: Los jabones tienen un efecto secante, y la cara, que está expuesta al aire más que otras partes del cuerpo, tiende a secarse más.
- Lavar, aclarar y secar la cara, oídos y cuello del paciente.
- Retirar la toalla de debajo de la cabeza del paciente.

8. Lavar los brazos y las manos. (Omitir los brazos en un baño parcial.)

- Colocar una toalla debajo del brazo alejado de usted. Razón: Impide que la cama se moje.
- Lavar, aclarar y secar el brazo elevando el brazo del paciente y apoyando la muñeca y el codo del paciente.
- Use golpes largos y firmes desde la muñeca al hombro, incluyendo la zona de la axila. Razón: Los golpes firmes de las zonas distales a las proximales favorece la circulación al aumentar el retorno venoso.

- Aplicar desodorante o talco si se desea.

- (Opcional) Colocar una toalla en la cama y poner un lavatorio sobre ella. Colocar la mano del paciente sobre el lavatorio.



4 Uso de una esquina separada del paño para cada ojo, limpiando de canto interno a canto externo.



5 Lavado del brazo más alejado usando golpes largos y firmes desde la muñeca a la zona del hombro.

Razón: Muchos pacientes disfrutan sumergiendo las manos en el lavatorio y lavándose ellas mismas. La inmersión afloja la suciedad debajo de las uñas. Ayudar al paciente lo necesario en el lavado, aclarado y secado de las manos, prestando una atención particular a los espacios que hay entre los dedos. Repetir con la mano y brazo más cercano a usted. Tener precaución si hay una vía intravenosa, y comprobar que fluye después de mover el brazo.

9. Lavar el tórax y el abdomen. (Omitir el tórax y el abdomen si es un baño parcial. Pero las zonas que hay debajo de las mamas de una mujer pueden necesitar baño si están irritadas o la paciente suda mucho debajo de las mamas.)

- Colocar la toalla de baño sobre el tórax. Doblar la manta de baño hasta la zona púbica del paciente. Razón: Esto mantiene al paciente caliente y evita exponer innecesariamente el tórax.
- Levante la manta de baño del tórax y bañe el tórax y el abdomen con su manopla usando golpes firmes y largos.
- Preste una atención especial a la piel que está debajo de las mamas y a cualquier otro pliegue de piel, sobre todo si el paciente tiene exceso de peso. Aclare y seque bien.
- Vuelva a colocar la manta de baño cuando se hayan secado las zonas.



10. Lave las piernas y los pies. (Omita las piernas y los pies en un baño parcial.)

- Exponga la pierna más alejada de usted doblando la manta de baño hacia la otra pierna con cuidado de mantener el perineo cubierto. Razón: Cubrir el perineo proporciona intimidad y mantiene la dignidad del paciente.
- Levante la pierna y ponga la toalla de baño por debajo de la pierna. Lave, aclare y seque la pierna usando golpes largos, suaves y firmes desde el tobillo a la rodilla y el muslo. Razón: Lavar de distal a proximal favorece la circulación al estimular el flujo venoso.
- Invierta las cubiertas y repítalo en la otra pierna.



- Lave los pies colocándolos en un lavatorio con agua.
- Seque los dos pies. Preste una particular atención a los espacios que hay entre los dedos. Si lo prefiere, lave el pie después de la pierna antes de lavar la otra pierna.
- Consiga agua caliente nueva ahora o cuando sea necesario. Razón: El agua puede estar sucia o fría. Como con el baño se eliminan las células cutáneas superficiales, el agua del baño de los pacientes de piel oscura puede estar oscura, pero esto no significa que el paciente esté sucio. Bajar la cama cuando se llene el lavatorio. Razón: Esto asegura la seguridad del paciente.



11. Lavar la espalda y después el perineo.

- Ayudar al paciente a colocarse en decúbito prono o de lado mirando al lado contrario a usted. Coloque la toalla de baño a lo largo de la espalda y las nalgas manteniendo al paciente tapado con la manta de baño en lo posible. Razón: Esto proporciona calor y evita exposiciones indebidas.
- Lavar y secar la espalda del paciente moviéndose desde los hombros a las nalgas y la parte superior de los muslos, prestando atención a los pliegues glúteos. Realizar un masaje en la espalda ahora o tras acabar el baño.
- Ayudar al paciente a adoptar el decúbito supino y determinar si puede lavarse la zona perineal de forma independiente. Si no puede, realizar técnica de aseo genital.



12. Ayudar al paciente con los objetos para arreglarse como el talco, la loción o el desodorante.

- Use el talco con moderación. Libere la menor cantidad posible a la atmósfera. Razón: Esto evitará irritar la vía respiratoria al inhalar el polvo. El exceso de talco puede endurecerse e irritar la piel.
- Ayudar al paciente a ponerse una bata o pijama limpios.
- Ayudar al paciente a cuidarse el pelo, la boca y las uñas. Algunas personas prefieren o necesitan cuidarse la boca antes del baño.