

TEMA 3.
**CUIDADOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE
CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.**

Magdalena Jordán Valenzuela y Francisco Cordón Llera.

1. INTRODUCCIÓN.

La higiene personal es de gran importancia para todas las personas, debido a que su mantenimiento está directamente relacionado con la salud, ya que evita la aparición de determinadas enfermedades y, además, favorece el bienestar personal.

La familia y el Auxiliar de Enfermería desempeñan un papel primordial en la higiene de los pacientes, y muy particularmente en los pacientes con características especiales como es el caso de los enfermos de Alzheimer, debido a que éstos, en su gran mayoría, conforme avanza la enfermedad suelen ser dependientes para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria, entre las que se encuentra el aseo personal, alimentación, vestimenta, etc.

El entorno familiar deberá ser el encargado de fomentar los hábitos higiénicos, teniendo siempre en cuenta su intimidad y respetando sus costumbres personales, pero, intentando, en todo momento que estas tareas puedan ser realizadas con el mayor grado de independencia posible.

En temas anteriores, hemos podido ver distintas técnicas que aparecerán de nuevo en este capítulo, no obstante dada la importancia que tienen estas actuaciones por parte del personal Auxiliar de Enfermería hacia el paciente, hemos querido extraerlas de nuevo en un tema específico, para que su localización sea más fácil para su posible utilización práctica.

2. ASEO DEL PACIENTE CON ALZHEIMER

2.1. Paciente no encamado.

El modo de realizar una correcta higiene depende en muchos casos de las características de cada persona y, sobre todo, de las características e infraestructura de la vivienda. Por ello, se citan a continuación tres posibles formas para el aseo

personal cuya elección podrá variar dependiendo de los recursos, del grado de dependencia y de las preferencias personales.

Los utensilios necesarios para el aseo personal serán comunes tanto en el baño como en la ducha. En todos ellos emplearemos:

- Jabón suave.
- Champú suave.
- Esponja.
- Toallas.

A éstos podrán sumarse otro tipo de productos, que no solo contribuirán a una buena higiene, sino al bienestar y mantenimiento de su autoestima. Éstos son:

- Cremas hidratantes.
- Desodorantes.
- Colonias.
- Vestimenta adecuada.

2.1.1. Ducha.

La única diferencia con el baño es que tiene una duración menor y es un sistema de aseo por arrastre. La ducha es recomendable en aquellas personas sin ningún tipo de problema para entrar y salir o mantenerse de pie en la ducha, pero también puede ser aplicable a las personas que necesitan la ayuda de un profesional para entrar/salir o mantenerse de pie durante el tiempo que dure la ducha. En ambos casos:

1. Debe utilizarse agua caliente para la ducha y terminar con agua un poco más fría.
2. Coger la ducha teléfono y empezar pasando el agua por los pies y las piernas, e ir subiendo hacia arriba hasta llegar al pecho.
3. Comenzar el enjabonado desde las zonas más limpias a las más sucias.
4. No olvidar utilizar un champú suave para el aseo del cabello.
5. Realizar un buen aclarado.
6. El secado no debe realizarse frotando, sino aplicando pequeños toques, insistiendo en las regiones donde existan pliegues. Después del secado, puede aplicarse una crema hidratante cualquiera.

En el caso de que el paciente necesite ayuda debe proporcionársele:

- Seguridad psicológica, pues la cuestión del baño/ducha representa una actividad de riesgo, que les crea miedo y ansiedad.
- Seguridad física, mediante ciertos elementos de precaución como son: alfombrillas de goma adhesiva que evitan deslizamientos o caídas al quedar fijadas al fondo de la bañera, taburetes en los que se pueda permanecer sentado dentro de la bañera mientras se ducha.

2.1.2. Baño.

El baño no sólo representa otro modo más de realizar la higiene corporal, sino que también contribuye a favorecer la relajación y la estimulación de su circulación. Está recomendado igualmente a pacientes autosuficientes o que puedan necesitar alguna ayuda. Los pacientes que no son completamente independientes deben estar acompañados en el baño. Se les ayudará a llegar al baño y , una vez allí deberán colocarse los soportes o mecanismos de seguridad que faciliten su independencia al máximo. Estos mecanismos de seguridad son:

- Asiento en bañera: es el más económico, fácil de colocar y bastante útil. Se puede adquirir en establecimientos comerciales.
- Agarraderas de bañera adaptables: para la entrada en la bañera y evitar posibles caídas.
- Alfombrilla de baño adhesiva.

Una vez que el paciente esté en el baño:

1. Debe comprobarse que la bañera esté llena de agua al nivel adecuado.
2. Se comprobará que la temperatura esté entre 38° C y 39° C introduciendo un termómetro en el agua o utilizando el codo para valorar que está caliente el agua.
3. No debe permanecer más de quince minutos en la bañera.
4. Después de lavarse bien con jabón, el último aclarado deberá darse con un agua un poco más fría. De esta manera, se podrán cerrar los poros de la piel.
5. A continuación, debe secarse perfectamente toda la superficie del cuerpo del modo descrito con anterioridad.
6. Se hará hincapié en el secado de pliegues como son: pliegues de las mamas, abdomen, ingles, ombligo, pliegue del prepucio, espacios entre los dedos (espacios interdigitales). Con todo esto se evitarán la aparición de maceraciones (reblandecimiento de la piel), enrojecimientos y úlceras (heridas).
7. Seguidamente se recomienda aplicar un poco de colonia suave y crema para hidratar la piel. Además, se puede aprovechar este momento para dar un buen masaje (que ayuda a reactivar la circulación).

Una vez que el paciente haya salido del cuarto de baño, limpie la bañera, cuelgue a secar los paños y las toallas y déjelo todo en ordenado. A continuación se describen dos métodos para ayudar al paciente a entrar y salir del baño que para el Auxiliar de Enfermería pueden ser de gran utilidad:

Método primero:

1. Sitúese detrás del paciente y dígame que se agarre una muñeca contra la otra mano. Deslice las manos por debajo de sus axilas y tome sus antebrazos por delante de su cintura.

2. Deje que el paciente se introduzca en la bañera. Manteniendo la espalda recta, doble las rodillas y bájelo al asiento de baño o al suelo de la bañera.

Método segundo:

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

2.2. Paciente encamado.

Está recomendado para personas que, por sí mismas, les es imposible realizar su aseo personal, bien por una inmovilización temporal o permanente. Para realizar este tipo de baño se necesitará la ayuda de, al menos, dos personas. Debe recordarse que si el paciente es una persona mayor tiene que lavarse todos los días, porque con ello se alivian los dolores, se reducen molestias e incluso se calman picores.

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

2.2.1. Normas generales para asearlo:

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

2.2.2. Material necesario para el aseo del paciente encamado.

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

- Gasas.
- Pinzas Kocher y de Duval.
- Cuña.
- Tijeras de punta roma para las uñas.
- Pasta de dientes, cepillo.
- Champú, peine, cepillo y secador para el pelo.

2.2.3. Procedimiento.

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

- El Auxiliar de Enfermería deberá lavarse las manos previamente y ponerse los guantes.
- Retirar la colcha y la manta de la cama, tapar al anciano con una manta de baño. El aseo se realiza por partes, haciendo enjabonado, enjuague y secado antes de pasar a la zona siguiente.
- En todos los pasos a seguir se colocará la toalla de forma que proteja a la almohada y a la cama.

El orden de lavado es el siguiente:

1. Cara, cuello y orejas: primero le preguntaremos si le gusta que le enjabonen la cara, en el caso de que se encuentre en condiciones, él mismo podría encargarse de estas tareas. Para proceder al lavado se moja una torunda en agua, cogiéndola con las pinzas para limpiar los párpados (una para cada ojo); seguidamente el pabellón auricular y posteriormente el contorno de la boca y aletas de la nariz. Finalmente, cara y cuello secándolos con otra toalla.
2. Brazos y manos: se coloca una toalla debajo y se lava de arriba hacia abajo. Aprovechando este momento metemos las manos en un recipiente con agua caliente, para facilitar la limpieza y cortado de las uñas. Se lavan las axilas y se aplica si es necesario desodorante.
3. Tórax: en las mujeres se limpiará y secará bien el pliegue submamario. Para limpiar la zona pectoral hay que tenerla descubierta el menos tiempo posible, o bien, hacerlo por debajo de la toalla que la cubre.
4. Abdomen: proceder igual que en todas las partes descritas.
5. Espalda y nalgas: colocar al paciente encamado en decúbito lateral con una toalla extendida a lo largo de la espalda. El lavado se hace también de arriba hacia abajo. Si no contamos con ayuda de nadie, es mejor que el paciente se vuelva de cara a nosotros para evitar el peligro de una caída de la cama. La piel se secará cuidadosamente para evitar enrojecimientos, aprovechando para observar la posible existencia de ampollas que indiquen la aparición potencial de una escara. Una vez bien seca la espalda el auxiliar podrá

- proceder a dar un pequeño masaje en la zona con movimientos circulares para activar la circulación.
6. Extremidades inferiores: se pone el pie del paciente en un recipiente con agua caliente como ocurría con la mano. Primero se lava un miembro siempre de arriba hacia abajo y después se hace lo mismo con el otro. Hay que secar muy bien los pliegues interdigitales.
 7. Periné: el cuidado perineal del baño en la cama es un proceso embarazoso para los pacientes, sobre todo si son ancianos, ya que la mayoría son bastante pudorosos, pero, también el propio profesional lo puede considerar así, particularmente si el paciente es del sexo contrario, los cuidados perineales se deben administrar eficazmente y de forma natural. El profesional siempre deberá usar guantes y de este modo se evitan infecciones. La higiene de la zona perineal-genital es muy importante para evitar sobreinfecciones, además de evitar la aparición de úlceras por decúbito provocadas por la incontinencia urinaria y/o fecal, procurando el auxiliar la higiene adecuada, secado e hidratación de la zona, evitando de este modo la aparición de escaras.

Durante la **higiene perineal** se deberán seguir los siguientes pasos:

Material necesario: para procurar el cuidado perineal-genital durante el baño en cama es necesario el siguiente equipo:

- Una palangana llena hasta las dos terceras partes de su capacidad con agua a 36-38° C.
- Jabón.
- Un paño.
- Una toalla de baño.
- Una sábana de baño.
- Guantes desechables.
- Polvos de talco o crema hidratante según necesidades.
- Torundas o bolas de algodón.
- Una bolsa impermeable para recoger el material utilizado y desechable.

Procedimiento:

1. *Prepare al paciente.* Explicar el procedimiento y observar si se siente incómodo o siente vergüenza (todo esto en pacientes conscientes). Compruebe si presenta molestias en la zona. Retire la sábana y descubra la zona genital doblando el camisón hacia arriba. Coloque una toalla de baño bajo las caderas del paciente de forma que con la parte de delante se pueda secar la zona anterior del perineo y con la de atrás la zona rectal. De este modo la toalla evita que se manche la cama
2. *Coloque y cubra adecuadamente al paciente y lave la zona interna de los muslos.*

- *Si es mujer*: Coloque a la mujer tumbada sobre la espalda con las rodillas flexionadas y las piernas abiertas. Cúbrale el cuerpo y las piernas con la manta de baño. Fije las puntas de la manta de baño sujetándolas a los tobillos. Seguidamente retire hacia atrás la parte media de la sábana dejando la zona púbica al descubierto, procurando que sea el menor tiempo posible para evitar enfriamientos y que resulte embarazosos para el paciente. Limpie y seque la cara interna de los muslos.
 - *Si es hombre*. Colocarlo en posición supina con las piernas ligeramente flexionadas y las caderas giradas hacia fuera. Póngase los guantes, lave y seque la cara interna de los muslos.
3. *Inspeccionar el área perineal*. Ya que se está procediendo a la higiene, es buen momento para inspeccionar la zona perineal y determinar existencia de inflamación, excoriación o hinchazón, especialmente entre los labios en las mujeres y los pliegues escrotales en los hombres. También será el momento de observar la existencia de flujo excesivo de los orificios perineales-genitales y la presencia de olores.
4. *Lavar y secar la zona de periné y genitales*.
- *Para mujeres*. Se limpiarán los labios mayores, abriéndolos, para lavar los pliegues que existen entre los labios mayores y los menores, ya que las secreciones que tienden a formarse alrededor de los labios menores facilitan el crecimiento bacteriano. Se usará otra parte del paño para cada toque, y se frotará desde el pubis hasta el recto. Enjuagar bien, pudiendo colocar al paciente sobre una cuña vertiendo el agua caliente con una jarra sobre la zona. Secar completamente el periné, poniendo especial atención a los pliegues entre los labios, ya que la humedad favorece el crecimiento de muchos microorganismos.
 - *Para hombres*. Lavar y secar el pene, usando toques firmes. Si el paciente no está circuncidado, retraer el prepucio para exponer el glande del pene, y limpiarlo, esto es necesario para evitar la acumulación de esmegma (secreción) bajo el prepucio ya que facilita el crecimiento bacteriano. Lavar y secar el escroto. Los pliegues posteriores del escroto se pueden limpiar al tiempo que las nalgas, el escroto suele estar más sucio que el pene a causa de su proximidad al recto; por ello se suele limpiar después del pene.
5. *Inspeccionar si están intactos los orificios perineales*. Inspeccionar en particular alrededor de la uretra en ancianos con sondas vesicales, ya que la sonda vesical puede producir excoriación alrededor de la uretra, y si es necesario poner ungüento protector.
6. *Limpiar entre las nalgas*. Ayudar al paciente y ponerlo del lado contrario al suyo. Poner especial atención en la zona anal y pliegues posteriores del

escroto en los hombres. Limpiar el ano con papel higiénico antes de lavarlo, si es necesario. Secar bien la zona. Poner ungüentos protectores, como vaselina, en el caso de que fuese necesario.

7. *Documentar cualquier valoración significativa, tal como enr ojecimiento, hinchazón o flujo.* Aprovechando el momento del baño en cama, y una vez finalizado, podemos proceder a dar crema hidratante corporal y , a la vez, dar masajes que estimulen la circulación en la piel y faciliten el retorno venoso. Se puede aprovechar para dar masajes en la espalda y hacer “clapping”, que consiste en dar palmadas suaves y alternativas en la espalda (con la mano ahuecada en forma de cuchara) desde abajo, sin llegar más debajo de las costillas, hacia arriba, favoreciendo así que el paciente expulse las secreciones de los bronquios, al desprenderse éstas de sus paredes por las vibraciones que producen las palmadas. Nunca debe olvidarse inspeccionar bien la piel, durante el baño en cama, sobre todo en zonas de apoyo como en talones, espalda, coxis o rabadilla. Si existe enrojecimiento en alguna de estas zonas deberá informarse a la enfermera o al médico.

2.3. Cuña y botella: procedimiento e higiene.

Pero, si bien, el baño en cama es embarazoso para los pacientes, también lo es ofrecer la cuña y la botella en la cama para que realicen sus necesidades, a los pacientes encamados. Además, el Auxiliar de Enfermería tiene dos razones importantes para ofrecer una cuña o botella; la primera para que el paciente elimine los desechos y la segunda para que se normalice el intestino. También es importante que cubra la cuña, la saque de la unidad del enfermo y la lleve al cuarto de servicio, lo más rápidamente posible, cada vez que el paciente orine o defeque.

2.3.1. Cómo ofrecer la cuña:

Procedimiento:

- Ofrezca al paciente la cuña.
- Cúbrela con un suapel y llévela junto a la cama.
- Ponga al enfermo en privado.
- Doble hacia atrás la ropa de la cama.
- Suba la bata para descubrir al paciente, pero mantenga la parte inferior de su cuerpo cubierta con la sábana superior o la manta.
- Pida al paciente que doble las rodillas y póngale los pies con las plantas encima del colchón. Si es necesario, ayude al paciente a levantar el cuerpo deslizando su mano debajo de la parte inferior de su espalda para levantarlo. Colocar la cuña en posición.
- Vuelva a cubrir al enfermo.

- Eleve el respaldo de la cama.
- Ponga el papel higiénico y el cordón del timbre donde el paciente los pueda alcanzar con facilidad.
- Pídale que llame cuando haya terminado.
- Salga del cuarto, si no hay ninguna contraindicación.
- Después de un tiempo razonable o cuando llame el paciente, vuelva al cuarto, ayúdele a levantar las caderas y retire la cuña.
- Cubra la cuña inmediatamente.
- Ayude al paciente si está incapacitado a limpiarse por sí mismo. Ponga al paciente de lado. Limpie la región anal con papel higiénico y después lave los genitales y séquelos.
- Compruebe si el médico ha ordenado que se guarde una muestra.
- Lleve la cuña al cuarto de baño.
- Revise el excremento por si tiene aspecto anormal.
- Vacíe la cuña, quitando el suapel donde se han depositado las heces, y tírelas al contenedor, la cuña la limpia con agua y jabón, dejándola después secar en su lugar original.
- Lávese las manos.
- Regrese al cuarto del paciente y colóquelo en su posición.
- Corra las cortinas.

En el caso de las mujeres la cuña se usa además de para defecar, para orinar.

2.3.2. *Cómo dar el orinal: botella.*

Procedimiento:

El procedimiento es similar al anterior.

- Diga al paciente lo que va hacer (varón).
- Saque el orinal de donde esté guardado.
- Póngale en privado y doble hacia atrás la ropa de la cama.
- Ponga el orinal cerca del paciente, donde pueda alcanzarlo con facilidad.
- Salga de la habitación, si está permitido, pero asegurándose de que el paciente alcanza el cordón del timbre.
- Regrese a la habitación después de un tiempo razonable o cuando el paciente llame al timbre.
- Quite el orinal.
- Ofrezca al paciente un recipiente donde lavarse las manos.
- Compruebe si se necesita muestra.
- Corra la cortina.
- Antes de vaciar la botella, observe la orina por si hubiera anomalías.

- Vacíe el contenido del orinal al retrete, enjuague la botella con agua y jabón y déjela en el lugar indicado.
- Lávese las manos.

2.4. Cuidados e higiene del cabello.

Con la higiene del cabello se pretende:

- Conservar limpio el cabello.
- Ofrecer comodidad.
- Activar la circulación del cuero cabelludo.
- Mejorar la imagen que el paciente tiene de sí mismo.
- Prevenir la aparición de parásitos.

La frecuencia con la que los pacientes necesitan lavarse el pelo es muy individual, dependerá en gran parte de las actividades del paciente y de la cantidad de grasa segregada por el cuero cabelludo. El pelo graso tiende a parecer más apelmazado, y la persona lo nota sucio, y se encuentra incómoda. El cuidado del cabello mejora la autoimagen.

2.4.1. Higiene del cabello de un paciente encamado.

Material necesario:

- Manta de baño (suapel).
- Toalla.
- Champú.
- Secador.
- Peine.
- Palangana.
- Algodones.

Procedimiento:

1. Colocar al paciente en posición de Roser. Se acerca al paciente al lateral de la cama o a la cabecera si ésta se puede bajar, de forma que la cabeza quede colgando fuera de la cama.
2. Retirar la ropa de la cama que cubre al enfermo hasta la cintura y taponarlo con una manta de baño.
3. Se coloca una toalla sobre los hombros, alrededor del cuello. Ponerle algodones en los oídos.
4. Colocar el hule en forma de canalón o herradura desde la cabeza al suelo donde se sitúa una palangana grande o un cubo, que recogerá el agua que caiga.

5. Se le moja el cabello y a continuación se le aplica champú friccionando el cuero cabelludo y el cabello con las dos manos dando un masaje con las puntas de los dedos y no con las uñas. Separe bandas de pelo de tal manera que todo el cuero cabelludo se llene de jabón y reciba masaje.
6. Aclare perfectamente con abundante agua caliente.
7. Retirar el hule y la palangana.
8. Secarle el pelo con una toalla, peinar y secar después con un secador. Hay instrumentos para peinar específicamente a personas con ciertas enfermedades incapacitantes, por ejemplo, peines con mangos lagos, con los que se les podrá estimular a estas personas para que se peinen ellas mismas diariamente.
9. Verificar que la lencería de la cama y pijama o camisón no estén mojados.
10. Volver a colocar al paciente en la posición adecuada.

2.5. Cuidado de las manos.

Así, de este modo, deberemos dar una serie de consejos de utilidad que sirvan al paciente para preservar la salud de sus manos y uñas:

1. Las uñas se aconsejarán cortarse cada 15 días, siempre teniendo en cuenta las preferencias del paciente, ya que si es mujer, quizás le guste tenerlas más largas.
2. Se cortarán con unas tijeras de punta roma.
3. Si no está capacitado, por ejemplo, porque en personas ancianas, pacientes de Parkinson, dificultades visuales, etc., el corte de las uñas lo realizará un familiar o el profesional adecuado.
4. No deberá cortarse más allá del borde donde terminan los dedos, y el corte deberá ser ligeramente redondeado, evitando ángulos vivos.
5. Después del corte se empleará una lima para pulir el borde de las uñas.
6. Los desechos que se acumulan bajo las uñas se aconsejarán limpiarlos con un algodón con agua oxigenada.
7. No deben utilizarse nunca, objetos cortantes o punzantes, como cuchillas, hojas de afeitar, limas metálicas o tijeras con punta.

Material necesario:

- Un cortauñas o tijeras de punta roma.
- Una lima de uñas.
- Un palito de naranja para empujar la cutícula hacia atrás.
- Loción de manos o vaselina.
- Una palangana con agua a 37° C para sumergir las manos si las uñas son muy duras.

Procedimiento:

- Se sumerge una mano en la palangana con agua unos minutos.
- Después se saca la mano y se seca.
- Luego se corta la uña por encima de la punta del dedo.
- Después se lima la uña para pulir el borde.
- Se evitará recortar o excavar dentro de las uñas y de las esquinas laterales.
- Empujar la cutícula hacia atrás teniendo cuidado de no lesionarla.
- Cualquier anormalidad detectada bien en la uña o en pliegues ungueales se registrará.
- Seguir con la otra mano de igual modo.

Pero además, tenemos que tener en cuenta que en reposos prolongados en cama, se pueden producir acúmulos de piel en las manos, al igual que en los pies. Si esto se produjera, debe extenderse vaselina en las manos y protegerlas con vendas, de esta manera se irán desprendiendo por sí solas las capas de piel. Será además muy importante que tras haber cortado las uñas, vigilando los espacios interdigitales y la piel de las manos, apliquemos una crema hidratante que proporcione la hidratación necesaria a la piel del paciente, evitando que se reseque y escame.

2.6. Cuidado de los pies.

El pie es una parte fundamental del cuerpo porque permite andar y mantener una vida activa e independiente. Al llegar a una edad avanzada, el pie es más delicado, por lo que su cuidado tiene que ser más exhaustivo, evitando así dolencias que puedan llevar a una persona a un estado de dependencia por el simple hecho de no poder andar.

El mantenimiento adecuado de los pies es de gran importancia a la hora de permitir el desplazamiento y el desempeño de una vida activa. La higiene de los pies debe realizarse diariamente. La piel del pie requiere un minucioso cuidado, ya que al tenerlo encerrado en el calzado la mayor parte del día, se facilita el acúmulo de secreciones y el aumento de la transpiración, creando el medio ideal para el crecimiento de gérmenes que pueden llegar a producir infecciones.

Estas secreciones son más intensas entre los dedos. Esto, unido a la escasa aireación de la zona y al efecto del calor, convierte a estos espacios interdigitales en un lugar privilegiado para el desarrollo de bacterias y hongos.

Por todo esto, es recomendable lavarse los pies muy bien una vez al día, preferentemente por la noche. El lavado, tanto el material como el procedimiento se puede considerar similar al del lavado de manos. Se realizará con agua y jabón neutro, aclarando los pies con agua fría, sin olvidar los espacios interdigitales. Antes de meter los pies en el agua, debe comprobarse la temperatura con un termómetro de baño, ya

que un agua demasiado caliente puede provocar quemaduras, la temperatura del agua no debe superar los 35° C.

El lavado no debe prolongarse más de cinco minutos para evitar el reblandecimiento de la piel. Para fortalecer los tejidos es recomendable sumergir los pies en agua fría al final del baño o bien aclararlos con agua fría. Una vez finalizado el baño debe secarse minuciosamente los pies, ya que la humedad puede favorecer la aparición de grietas, infecciones y hongos. En el caso de presentar problemas específicos como callos, hongos, etc..., serán tratados por el profesional correspondiente.

Además, frotar el pie con alcohol o con colonia después del baño aumentará la vitalidad del pie y disminuirá la transpiración, lo que ayudará a mantener los pies cómodos a lo largo del día.

2.7. Cuidado de la boca.

El cuidado de la boca es muy importante, ya que la boca es una de las partes menos limpias del cuerpo, considerando el número de bacterias presentes. La boca es el orificio más grande del cuerpo; por ello está expuesta con mucha frecuencia al aire, es el lugar natural por donde entran y se acumulan las bacterias, por lo que la boca es una de las partes más importantes del cuerpo que debe mantenerse limpia. Lavarse la boca y cepillarse los dientes elimina las partículas de alimentos y reduce el número de bacterias, al menos temporalmente. Si la boca no está limpia, las bacterias crecen, se diseminan y pueden ser causa de infección.

En el caso de personas mayores, las enfermedades bucodentarias pueden considerarse como consecuencia en parte del envejecimiento general de los tejidos. En sentido más limitado pueden atribuirse a la suma de lo pequeños, locales, y a veces, irreparables daños que con el tiempo sufren las estructuras bucales. El efecto del envejecimiento suele ser más pronunciado en la boca que en cualquier otra parte del cuerpo.

Material necesario:

- Toalla.
- Recipiente para vómitos.
- Depresores de lengua.
- Esponjas de gasa o aplicadores.
- Dentífrico, colutorio.
- Lubricante, como vaselina, glicerina o crema.
- Bolsa.

Procedimiento:

- Diga al enfermo lo que va a hacer Incluso cuando el enfermo de Alzheimer esté en su fase más avanzada y parezca estar inconsciente.

- Colóquese al lado de la cama, y vuelva la cara del enfermo en dirección hacia usted. Ponga una toalla sobre la almohada y debajo de una parte de su cara. Ponga la riñonera para vómitos en la toalla.
- Pida al enfermo que abra la boca. Si se encuentra en su fase más avanzada, se mantendrá la boca abierta haciendo presión en la lengua con un depresor. No utilice los dedos para mantener la boca abierta.
- Humedezca los aplicadores con el colutorio. Utilice la mano libre para introducir los aplicadores en la boca y limpie perfectamente el interior y el techo de la boca, los dientes y la lengua. Cambie los aplicadores con frecuencia.
- Tire los aplicadores usados y otros materiales a la bolsa.
- Use agua limpia para enjuagar los aplicadores fuera de la boca del enfermo. Mantenga la cabeza del paciente en tal posición que cualquier exceso de líquido pueda salir de la boca a la riñonera para vómitos.
- Seque la cara del paciente con una toalla. Entonces, utilizando uno o dos aplicadores, aplique una pequeña cantidad de lubricante sobre los labios, la lengua y el interior de la boca del enfermo. Esto hace que los tejidos se mantengan húmedos. Si no se hace esto, tenderán a secarse y a producir una capa mucosa mucho más rápidamente.

Habrá que tener en cuenta que la boca y los dientes necesitan más cuidados cuando una persona está enferma que cuando una está sana. La boca de una persona enferma suele tener mal sabor y la siente como “llena de pelusa” a causa de la enfermedad y de la mala higiene, lo que repercute sobre las ganas de comer del paciente. La lengua puede estar cubierta por una capa grisácea que quita el apetito. Por otra parte, con el buen cuidado de la boca se siente limpio y fresco. Puede satisfacerse mejor con los alimentos y puede descansar más cómodamente. Recuerde que el cuidado e higiene de la boca es una parte fundamental de la higiene de la mañana y de la tarde.

En cuanto a los cepillos de dientes pueden modificarse, ya que se le pueden insertar mangos accesorios, que pueden agarrarse con facilidad y seguridad. También pueden ser muy útiles los cepillos automáticos, sobre todo en pacientes con artritis o dificultades de movimiento, y también valen para limpiar los dientes aislados. Otro tipo de cepillos son los de cabeza pequeña.

Si bien, tenemos que tener presente la importancia de tener los dientes y lengua bien limpios mediante un cepillado adecuado de ambos, se evitará la aparición de caries y de mal aliento, como mínimo se deberá hacer una vez al día, con posteriores enjuagues con antisépticos.

2.8. CUIDADO Y LIMPIEZA DE LOS OJOS.

Normalmente, los ojos no requieren cuidados especiales ya que el líquido lacrimal está lavando continuamente los ojos, y los párpados y pestañas impiden la entrada

de partículas extrañas. Sin embargo, en ciertas ocasiones sí son necesarios cuidados especiales en los ojos como cuando se trata de pacientes encamados e inconscientes.

En los pacientes de Alzheimer en fase avanzadas puede estar ausente el reflejo del parpadeo y el exceso de secreciones puede acumularse en los párpados, además las personas que utilizan prótesis oculares también pueden requerir cuidados y asesoramiento por parte del personal de Enfermería (enfermeras y auxiliares).

Es necesario ablandar y retirar las secreciones secas que se acumulan en las pestañas. Para ablandar las secreciones secas el Auxiliar de Enfermería colocará una bola de algodón esterilizado empapado con agua esterilizada o en suero salino en el borde de los párpados.

Luego, limpia las secreciones sueltas desde el canto interno del ojo hacia el externo, para impedir que las partículas y el líquido drenen por el saco lagrimal y el conducto nasolagrimal. Si el paciente está inconsciente y no tiene reflejo de parpadeo o no puede cerrar los párpados del todo, hay que impedir que la córnea se seque e irrite. Si lo ordena el médico, se aplicará colirio lubricante. También se puede poner un parche en el ojo afectado.

2.9. Cuidado y limpieza de orejas.

La pérdida auditiva en la persona mayor es a menudo un proceso gradual. La pérdida puede considerarse inevitable a medida que pasan los años y para lo que no existe ayuda real.

Los oídos requieren una higiene mínima. Los ancianos que tienen exceso de cerumen requieren que se elimine con la mayor suavidad posible. La piel del conducto auditivo es sumamente frágil y sensible, por lo que no deben introducirse objetos que lo dañen. Aquellos que tienen audífonos pueden requerir nuestra ayuda.

2.9.1. Limpieza del oído y extracción de cerumen.

El paciente será derivado por el facultativo para que el personal de enfermería realice este procedimiento de extracción de cerumen. Por tanto, aunque la extracción de cerumen es una técnica de enfermería el Auxiliar de Enfermería ayudará a la enfermera a realizar la técnica. En pacientes con EA, solo tendría sentido la realización de este procedimiento en las primeras etapas en las que aún el paciente interacciona con las personas que le rodean.

Material necesario.

- Jeringa (10 o 20 ml.).
- Agua o suero a temperatura corporal.
- Batea en forma de riñón.

- Guantes limpios (no es una técnica estéril).
- Toalla o papel absorbente de un solo uso.
- Otoscopio.

Procedimiento.

Colocaremos al paciente sentado y protegeremos su ropa por encima del hombro correspondiente al oído taponado.

Si el paciente es autosuficiente, el mismo podrá sujetar la bandeja, en caso contrario el personal Auxiliar de Enfermería hará este cometido.

La enfermera visualizará el tapón de cerumen. Una vez localizado comenzarán las irrigaciones de suero o agua a temperatura corporal. Introducirá la jeringa en el oído externo, dirigiendo el chorro hacia la pared del tímpano, para evitar perforarlo por la presión ejercida por el líquido introducido. El auxiliar colaborará con la enfermera facilitándole los materiales, vaciando la batea cuando esté llena y ayudando a la enfermera en todo lo que requiera la situación.

Una vez realizado el lavado, la enfermera analizará de nuevo con el otoscopio la eficacia del procedimiento. Se secará el conducto auditivo con una gasa o con un algodón, y se le retira la protección puesta al inicio. Si tras la visualización del oído después de la técnica el tapón no sale, se le dan nuevas recomendaciones o se deriva de nuevo a su facultativo.

10. CUIDADOS DE LA IMAGEN PERSONAL.

La imagen personal es muy importante para todas las personas, y no por el hecho de ser mayor hay que restarle importancia. Los enfermos de Alzheimer descuidan sus cuidados personales conforme avanza la enfermedad, pero no por ello debemos de dejar de realizarle cuidados que él/ella se realizarían si estuviesen capacitados, para estar bellos, de ahí la importancia de desarrollar este apartado.

10.1. Afeitado.

- Se le afeitará con máquina eléctrica o con maquinilla manual.
- Si el paciente se vale por sí mismo, se le dará los útiles que necesite (maquinilla, espuma, agua y loción) para lo que lo haga él mismo.
- Si el inconveniente que hay es que le tiemblan las manos, se le facilitará una maquinilla eléctrica.
- Si ninguna de las dos cosas puede ser llevada a cabo, el cuidador, en este caso el Auxiliar de Enfermería le afeitará dándole después loción con las palmas de las manos en pequeños toques.

Material:

- Palangana con agua caliente.

- Brocha de afeitarse y crema o barra de afeitarse.
- Toalla para la cara.
- Espejo.
- Pañuelos de papel.
- Loción para después del afeitado.
- Talco para la cara (según preferencias).

Procedimiento:

- Explique a la persona mayor lo que va a hacer.
- Ponga buena luz de manera que alumbré totalmente la cara del paciente.
- Levante la cabecera de la cama, si está permitido.
- Ponga el material en la mesilla de noche.
- Extienda una toalla debajo de la barbilla del paciente.
- Ponga algo de agua caliente en la cara del paciente para ablandar la barba.
- Aplique jabón de afeitarse, espuma o barra de afeitarse generosamente sobre la cara.
- Con los dedos de una mano sostenga la piel de la cara para que pueda afeitarse en dirección donde crece el pelo. Empiece a los lados de la cara y vaya avanzando hacia los lados de la cara y vaya avanzando hacia abajo sobre los carrillos. Continúe cuidadosamente sobre la barbilla. Afeite hacia arriba la piel por debajo de la barbilla. Use pasadas cortas, pero firmes.
- Enjuague la maquinilla frecuentemente.
- Tenga cuidado cuando afeite regiones debajo de la nariz y alrededor de los labios. Estas regiones son especialmente sensibles.
- Si hace un corte en la piel del enfermo, aplique antiséptico.
- Una vez que haya terminado con la maquinilla, lávele la cara y el cuello para quitar la espuma que quede. Seque perfectamente la piel con toalla o con pañuelos de papel.
- Aplíquese la loción para después del afeitado y talco. Esto ayuda a tener la piel suave. Utilice un espejo para mostrar al paciente los resultados del afeitado.
- Limpie y guarde el material.
- Quítese los guantes y lávese las manos.

En el caso de pacientes femeninas, se utilizan una serie de métodos para eliminar el vello facial como son: la cera, las pinzas, el afeitado con una maquinilla, también puede teñirse con crema decolorante o agua de limón, la aplicación de cremas depilatorias queda indicada para otras zonas corporales menos sensibles.

- Si se utiliza la cera se hace de la siguiente forma: se vierte cera templada en el área donde se encuentra el vello y al tirar de ella, sale el vello de raíz.
- Las pinzas generalmente se utilizan para las cejas, bigote, etc. aunque esto puede llevar bastante tiempo si el vello es abundante, y hay que repetirlo a las dos o tres semanas.

- El afeitado es otra alternativa aunque generalmente se utiliza solo para las piernas y axilas, es un sistema barato y eficaz, pero se tiene que repetir con frecuencia.
- El uso de cremas depilatorias puede estar contraindicado, porque el vello se elimina a través de una acción química de la crema sobre el vello, y esto unido a que la piel de la mujer mayor es más delicada, puede llegar a provocar la aparición de reacciones alérgicas. No está indicada para eliminar el vello facial.

10.2. Vestido adecuado. Ayudar a vestirse y desvestirse.

Es muy importante para los pacientes seguir vistiéndose bien y a su gusto, para así mantener su imagen personal y aumentar su autoestima. Además, es un factor importante el vestirse solo siempre que esta persona pueda, porque así continuará valiéndose por sí misma y aumenta su autonomía, y con ello su satisfacción, porque se siente más útil. Por eso, debemos facilitarle esta tarea y adecuar la ropa a las características de la persona mayor.

10.2.1. Dificultad para vestirse.

Al principio, el paciente de Alzheimer no presenta dificultad para vestirse y, por tanto, sus ropas son normales y no necesitan ningún cambio en ellas. En cuanto al color, debemos animar a las personas mayores a que dejen el color negro y se vistan como quieran.

Conforme avanza la enfermedad, se les hace difícil el moverse para vestirse, por lo que una tarea tan sencilla como abrocharse un botón puede llegar a ser un verdadero suplicio para ellos.

Para estos casos está muy recomendado el uso de velcro en la ropa que facilita mucho la tarea de vestirse y desvestirse. Puede ser utilizado como sustituto de botones, cremalleras, etc. En los estadios iniciales de Alzheimer, en los que el paciente aún es autosuficiente, aconsejamos:

- Los corchetes del sujetador deben colocarse en la parte delantera.
- Los trajes deben tener las cremalleras en un lugar visible y de fácil acceso.
- Si ya tiene ropa con cremallera de difícil acceso, se puede atar un pequeño cordón a ésta para que se pueda tirar mejor de ella.
- Puede usar cremalleras para la parte inferior de los pantalones, para ubicar en esa zona lo mejor posible los sistemas colectores de orina.
- En los armarios sólo debe haber ropa de la estación del año que corresponda.
- Es conveniente identificar la ropa de los cajones y armarios con pequeños carteles.
- La ropa tiene que ser fácil de lavar flexible, fácil de abrochar y desabrochar

10.2.2. *El vestido en pacientes encamados.*

Los pacientes encamados tienen que ser vestidos por la familia o los cuidadores, porque ellos mismos no pueden hacerlo. Para facilitar la tarea se utilizan camisones con aberturas delanteras. Estos camisones están diseñados para hacer más fácil la exploración del paciente, además de que son más fáciles a la hora de cambiarlos.

El procedimiento es el siguiente:

- Lávese las manos y póngase los guantes.
- Diga al paciente lo que va a hacer.
- Ponga en privado al paciente.
- Desate las cintas del camisón. Al mismo tiempo, tenga al paciente sobre un lado con la espalda hacia usted, o desate las cintas a la altura del cuello.
- Si está inconsciente tendrá que tomar las cintas que están debajo de su cuello para desatarlas.
- Quite el camisón.
- Ponga el camisón limpio que tiene listo, desdóblelo y colóquelo en el pecho del paciente.
- Quite el pijama sucio por las mangas. Si uno de los brazos del paciente está lesionado o en malas condiciones, primero quite la manga del lado opuesto.
- Amontone la manga del camisón con sus manos y llévela hasta la axila. Así usted puede meter la mano del enfermo a través de toda la manga en un tiempo.
- Si el enfermo no puede sostener su brazo en alto, meta usted la mano a través de la manga, tome la mano del enfermo con la suya y deslice la manga en la muñeca y brazo del paciente. Haga lo mismo en los dos brazos. Tire después del camisón, hacia abajo sobre el pecho del paciente.
- Quite el camisón sucio sacándolo debajo del limpio. Pida al paciente que de la vuelta sobre un lado de la espalda hacia usted, y si no lo puede hacer dele usted la vuelta.
- Ate las cintas del camisón limpio.
- Tome el camisón sucio y póngalo en la ropa para la lavandería.
- Quítese los guantes y lávese las manos.

11. NORMAS GENERALES PARA HACER UNA CAMA NO OCUPADA.

Para hacer una cama no ocupada se necesita el siguiente equipo:

- Cubierta para el colchón.
- Sábana inferior.
- Sábana adicional de caucho o plástico.
- Sábana adicional de algodón.
- Sábana superior.

- Una o dos mantas.
- Una o dos almohadas con fundas.
- Un cobertor.

El procedimiento es el siguiente:

- Colocación de la cama. Se ajusta la cama hasta su nivel más alto.
- Cubierta del colchón. Coloque la cubierta del colchón con el extremo abierto hacia los pies de la cama. Dóblela en los pies de la cama y alise y estire la cubierta por los dos lados.
- Sábana inferior. Remeta la sábana por debajo de la cabecera del colchón. Haga las esquinas en forma de mitra y remeta la sábana por debajo del colchón.
- Cómo se hace la esquina en forma de mitra. Levante un borde de la sábana de manera que quede recta hacia abajo, deje una esquina doblada en la parte de arriba del colchón, remeta la porción colgante debajo del colchón y remeta la parte doblada debajo del colchón.
- Sábana adicional de caucho o de plástico. Los bordes deben estar colgando al mismo nivel, remeta la sábana adicional.
- Sábana adicional de algodón. Remeta la sábana adicional.
- Sábana superior. Remétala en los pies, haga la esquina en forma de mitra en el lado donde se encuentre.
- La funda de la almohada. Póngale la funda a la almohada asegurándose de que los bordes y las esquinas están apretados.
- Terminado de la cama. Coloque la almohada en la cabecera de la cama, baje la cama a su posición normal, y asegúrese de que las ruedas están vueltas y fijas.

12. CÓMO HACER LA CAMA OCUPADA.

La parte más difícil de hacer una cama ocupada es colocar las sábanas suavemente y tirantes bajo el enfermo, de tal manera que no hagan arrugas que puedan irritar la piel del paciente. Si el enfermo de Alzheimer tiene movilidad conservada y aún colobara puede ser suficiente una sola persona para hacer la cama, pero si tiene la movilidad limitada dado el avance de la enfermedad, será necesario la presencia de dos personas para esta actuación.

Necesitará el siguiente **equipo** para hacer una cama ocupada:

- Una o dos sábanas limpias.
- Una sábana adicional.
- Manta de baño.
- Una almohada.
- Manta limpia y extendida si fuera necesario.

- Bolsa o cesto para la ropa.

Procedimiento:

- Lleve su equipo al lado de la cama.
- Diga al paciente lo que piensa hacer.
- Coloque la ropa sobre la silla en el orden en que la utilizará. Es decir, la última cosa que se ponga en la cama se colocará sobre la silla.
- Aísle al paciente para que no se le vea.
- Baje la cabecera hasta que la cama esté lisa si se puede.
- Si el paciente no se puede sentar , abrácele y levántele, de tal modo que pueda quitar la almohada.
- Ponga la almohada sobre la silla con la ropa blanca encima de ella.
- Doble el cobertor en los pies de la cama.
- Tome la manta y quítela de la cama, después dóblela y colóquela en el respaldo de la silla.
- Si el colchón se ha deslizado fuera de su lugar , se coloca en la posición apropiada.
- Cubra temporalmente al paciente.
- Quite la sábana usada de la parte de arriba y colóquela en el respaldo de la silla. En ocasiones, tendrá que utilizar esta sábana como sábana inferior , cuando vuelva a hacer la cama.

Cambio de las sábanas inferiores:

- Levante las barandillas de la cama del lado opuesto donde está trabajando.
- Pídale al paciente que de la vuelta sobre un lado, o ayúdele a dar la vuelta con la espalda hacia usted. Asegúrese de que no se encuentra muy próximo al borde de la cama.
- Tire de la sábana adicional, de la de caucho o plástico y de la sábana inferior por el lado donde usted se encuentra, remetidas debajo del colchón. Dóblelas en dirección al paciente y apóyelas contra su espalda. Esto descubre su lado de la cama por debajo del colchón.
- Tome la sábana grande limpia que está sobre la silla o utilice la sábana de arriba que usted había quitado, y dóblela por la mitad a todo lo largo.
- Sin desdoblarla, colóquela en la cama, con el doblado puesto a lo largo de la mitad de la cama. Un extremo de la sábana deberá estar en los pies del colchón. Doble la mitad superior de la sábana hacia el paciente y remeta lo doblado debajo de su espalda y de la sábana de plástico. Remeta la sábana limpia inferior en el lado donde está usted. Haga la esquina en forma de mitra.
- Tire de la sábana de plástico hacia donde está usted; esta sábana queda encima de la sábana inferior limpia; enseguida, remétalas. Ponga la sábana

- adicional limpia, doblada por la mitad, y doble la mitad superior hacia el paciente, remeta lo doblado debajo de su espalda, tal como lo hizo con la sábana inferior. Remeta la sábana adicional. Suba los barandales laterales.
- Vaya haciendo el otro lado de la cama y baje la barandilla de ese lado. Ayude al paciente a girar sobre su “joroba” encima de las sábanas limpias.
 - Quite de la cama la sábana inferior y la sábana adicional.
 - Empuje la sábana inferior limpia hacia el borde de la cama. Remétala debajo del colchón en la cabecera y haga el doblez de la esquina. Tire de la sábana hacia los pies de la cama.
 - Tire hacia usted de las sábanas de plástico y de la sábana limpia de arrastre.
 - Entonces, remeta a un mismo tiempo las tres sábanas por debajo del colchón a lo largo de ese lado, y en toda la extensión hacia los pies de la cama.
 - Asegúrese de estirar de todas las sábanas, estirándolas hacia usted y remetiéndolas.

Cambio de la ropa superior:

- Tenga al paciente vuelto sobre su espalda.
- Extienda la sábana superior limpia encima de la manta de baño, con el dobladillo ancho hacia arriba. La mitad de la sábana coincidirá con la mitad de la cama. Asegúrese de que el dobladillo ancho queda casi en la cabecera del colchón. Pida al paciente que sostenga el dobladillo de la sábana limpia, si puede, mientras quita la sábana de baño, empujándola hacia los pies de la cama. Doble la sábana superior limpia, debajo del colchón, en los pies de la cama. Asegúrese de que deja suficiente lugar para que el paciente mueva los pies con libertad.
- Extienda la manta encima de la sábana. Asegúrese de que la mitad de la manta corre a lo largo de la mitad de la cama y que la manta es suficientemente grande para cubrir los hombros del enfermo.
- Remeta la manta en los pies de la cama. Haga la esquina de la manta en forma de mitra. Extienda el cobertor en la cama, en la misma forma. Doble el cobertor por debajo de la manta, en la cabecera de la cama, en la misma forma que lo ha hecho para una cama no ocupada; luego, doble la sábana, hacia atrás, encima de la manta y forme un manguito.
- Cambie la funda de la almohada y coloque la almohada debajo de la cabeza del enfermo. Si es necesario, abraza al enfermo y levántelo para colocar la almohada en su lugar.
- Levante el respaldo de la cama si el enfermo lo desea y es posible.
- Antes de salir, ponga el cordón del timbre donde el paciente pueda alcanzarlo. Ponga la mesilla de noche en un lugar donde el paciente pueda alcanzar fácilmente el agua y sus pertenencias personales.
- Lávese las manos.

13. TÉCNICAS PARA DAR DE COMER AL PACIENTE. DISTRIBUCIÓN DE LA COMIDA.

Cuando el Auxiliar entra la bandeja con la comida, debe acoplar al paciente para facilitar que pueda tomarla. Para ello es recomendable seguir unas recomendaciones como:

- Airear y ordenar la habitación.
- Lavarse las manos.
- Colocar al paciente en la posición que le sea más cómoda para comer.
- Colocar una servilleta alrededor del cuello del paciente.
- Proteger la ropa de la cama (sábanas y colcha) para que no se ensucien con la comida o caigan restos que pudiesen incomodar la estancia del paciente en la cama.
- Colocar la mesa y la bandeja.
- Comprobar que en la bandeja está todo lo necesario.
- Colocar el timbre cerca del paciente por si requiere usarlo para llamarnos.
- El Auxiliar estará presente mientras coma el paciente en los casos que sea necesario.
- En los casos que el Auxiliar deba dar la comida al paciente (por ejemplo, personas mayores que no tienen a ningún familiar o persona que le dé la comida) hay que tener en cuenta unas pautas como no dar sensación de prisa, ofrecer pequeñas cantidades de comida, dar la comida en el orden que prefiera el paciente, ofrecer líquidos, etc.
- En otras ocasiones, el Auxiliar puede encontrarse ante un paciente que requiere de una sonda nasogástrica para poder alimentarse. En ese caso, para dar la comida, hay que colocar al paciente en posición de Fowler para aspirar la comida con la jeringa de alimentación, introducir el alimento de manera lenta y continua (acoplado previamente la jeringa al extremo de la sonda). Cuando se ha introducido todo el alimento, irrigar la sonda con agua para lavarla e impedir que queden restos de comida en la luz. A continuación, se pinza la sonda, se retira el equipo y se observa la aparición de posibles incidencias (que se comunicarían al enfermero).

BIBLIOGRAFÍA.

Andrés Pérez Melero (editor). Guía de cuidados de personas mayores. Ed. Síntesis. T. 3/32-42. T 4/ 42-47. T13, 14, 15, 16/111-150.

Bárbara Kozier. Glenora Erb. Rita Olivieri. Enfermería fundamental. Conceptos procesos y prácticas. 4ª Ed. Tomo I. Cap. 22/539-582. Cap 27/ 721.

D.L. Carnevali. M. Patrick. Tratado de geriatría y gerontología. 2ª Ed. Interamericana. Pág: 194-223.

- El enfermero en casa. Cómo cuidar de los enfermos, minusválidos, niños y ancianos. Ed Grijalbo. 1982. Pag: 18-89
- Enfermera auxiliar. Manual del estudiante. Serie para Auxiliares Hospitalarias. Interamericana. Cap. III- Cap. VII.
- Misericordia García Hernández. María Pilar Torres Egea. Esperanza Ballesteros Pérez. Enfermería Geriátrica. Master de Enfermería. Paradigma. Pag: 25-56.
- Richard J. Ham. Philip D. Sloane. Atención primaria en geriatría. 2ª Ed. Mosby. Casos Clínicos. Pag: 505-512.
- Temario para las oposiciones de Auxiliar de Enfermería del SAS. Vol. II práctico profesional. 1998. T. 12/ 331-341.