

**E-3 COLOCACIÓN Y RETIRADA DE LA CUÑA**

Fecha de revisión: 27 Oct 2010

Responsables de revisión	Puesto que desempeña
Florez Almonacid Clara Inés.	Enfermera Unidad de Investigación e innovación de Cuidados.
Leonor Padilla Obrero.	Coordinadora de Salud Mental.
M <sup>a</sup> Ángeles Turrado Muñoz	Jefa de Bloque de Hospitalización.
Romero Bravo Ángela.	Jefe de bloque Unidad de Investigación e innovación de Cuidados.

**1. OBJETIVOS:**

- Facilitar la eliminación intestinal y urinaria en el paciente con problemas de movilidad que no puede hacer uso por sí mismo del inodoro.
- Prevenir caídas de los pacientes.
- Enseñar al enfermo hábitos higiénicos.

**2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES:**

- El cuidado perianal se define como los cuidados de la piel de la región entre la vulva y el ano en las mujeres y el escroto y ano en los hombres, esencial para prevenir infecciones del tracto urinario, lesiones de la piel, reducir la susceptibilidad a la ulceración por presiones, promover la comodidad y seguridad del paciente.
- El uso regular de jabón y agua para limpiar la piel puede secar la piel y aumentar su pH. Si se hace con exceso de celo, el jabón y el agua puede ser un factor en la deterioro de la epidermis, en lugar de aliviar, aumenta el riesgo de dermatitis perineal o infección secundaria. (Nivel IV)
- El nivel de movilidad y los niveles de seguridad son necesarios para tomar la decisión de usar el water (inodoro). (Nivel IV)
- Un 60% de los pacientes no pueden lavarse las manos después de usar un orinal o inodoro en el ámbito hospitalario, a pesar de que lo harían si estuvieran en su hogar. (Nivel IV)
- Las posibles razones para que los pacientes no puedan lavarse las manos incluyen: (Nivel IV)
  - Falta de conocimiento sobre la importancia de la higiene de manos.
  - Incapacidad o el acceso a las instalaciones.
  - El personal no ofrecer ayuda.
  - Restricciones físicas e Incapacidad

## 2. EVIDENCIA CIENTIFICA Y PRECAUCIONES: (continuación)

- La renuencia para solicitar al personal sanitario porque parecen demasiado "ocupados".
- Los pacientes prefieren usar cuña por el miedo a caerse, el riesgo de caídas se asocia con:
  - Ser mayores de 65 años. (Nivel I)
  - Estado Mental: las Alteración de la cognición, incluyendo confusión o desorientación. (Nivel I)
  - Historia de las Cataratas: Los estudios demuestran que un 16 a un 17% de los pacientes hospitalizados que se han caído se caen de nuevo. Un porcentaje de pacientes que se han caído anteriormente son más propensos a caerse más. (Nivel I)
  - Medicamentos: Por lo general, los medicamentos del sistema nervioso central (por ejemplo, sedantes) se identifican como un precursor de la caídas. (Nivel I)
  - La movilidad (incluido el déficit de fuerza muscular, marcha, equilibrio y coordinación): La fuerza muscular es fundamental para mantener el equilibrio y la fiabilidad en el movimiento. Se ha sugerido que la disminución de la fuerza del cuerpo es especialmente significativa, es un factor de riesgo modificable (Nivel I)
- Cualquiera que sea su edad y capacidad física, los pacientes deben ser capaces de elegir usar el baño en privado y el equipo sanitario debe estar disponible y ser suficiente para lograrlo. (Nivel IV)
- Los pacientes: que necesitan ayuda deben ser capaces de solicitar y recibir ayuda oportuna y rápida y no deben ser dejados en una silla con orinal o una cuña más tiempo del necesario. (Nivel IV)
- Los equipos para las transferencias y para la movilidad son esencial para el acceso a un inodoro, deben estar fácilmente disponibles y se deben utilizar de manera que respeten la dignidad del paciente y eviten la exposición no deseada. (Nivel IV)
- Los pacientes que requieran ayuda para la eliminación se les debe garantizar: (Nivel IV)
  - La seguridad: los pacientes que son incapaces de usar el baño solo, se les debe ofrecer el uso de un aseo con equipo de seguridad apropiado y con la supervisión, si es necesario.
  - La privacidad y la dignidad debe ser preservada en todo momento, especialmente en los enfermos en cama.
  - Lenguaje respetuoso: Las conversaciones con los pacientes y familiares deben ser respetuoso, especialmente con respecto a los episodios de incontinencia.

## 3. EQUIPAMIENTO NECESARIO:

- Empapador-cubrecamas.
- Esponja.
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.

### 3. EQUIPAMIENTO NECESARIO: (continuación)

- Pañal-braga, si es necesario.
- Bolsa de residuos, si es necesario
- Papel higiénico.
- Registros de enfermería.
- Toallita de celulosa.

### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

1. Evalúe el nivel del paciente para el autocuidado; sólo proporcione la ayuda necesaria para satisfacer los requisitos de higiene y seguridad.
2. Informe al pacientes/ familiar sobre el procedimiento a realizar. (Grado C)
3. Estimule al paciente, según su estado de salud, a usar el water y a participar en el autocuidado e involucre a los miembros de la familia o cuidadores cuando sea necesario.
4. Prepare el material necesario.
5. Realice higiene de las manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
6. Solicite su ayuda siempre que sea posible, incluya al cuidador o familiar si es posible.
7. Preserve la intimidad del paciente mediante un biombo o cortina.
8. Colóquese los guantes.
9. Prepare material y trasládalo al lado del paciente.
10. Ofrezca la botella para orinar si el paciente es hombre.
11. Coloque empapadores-cubrecamas si el paciente lo precisa.
12. Coloque la cuña:
  - **PACIENTES CON MOVILIDAD**
    - Sitúe al paciente en decúbito supino, con la cabecera de la cama elevada.
    - Retire la ropa de cama.
    - Pida al paciente que flexione las rodillas y eleve las caderas.
    - Coloque la mano más cercana debajo del sacro para ayudar en la elevación.
    - Introduzca la cuña bajo los glúteos y asegurar que esté bien centrada.
  - **PACIENTES SIN MOVILIDAD**
    - Coloque la cama del paciente en posición horizontal.
    - Retírele la ropa de cama.
    - Sitúelo en posición en decúbito lateral.
    - Coloque la cuña bajo las nalgas apoyando el lateral de esta en la cama.
    - Gírelo sobre su espalda con la cuña firmemente colocada en las nalgas.
    - Compruebe que la cuña esté centrada bajo el paciente.

#### 4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO (continuación):

- o Cúbralo con la sábana superior
- 13. Proporciónese el papel higiénico.
- 14. Realice higiene perianal, si es necesario.
- 15. Retírese los guantes.
- 16. Realice lavado de manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
- 17. Déle tiempo y proporcione el timbre para que avise cuando finalice.
- 18. Colóquese los guantes.
- 19. Retire la cuña y observe las características de la orina y/o deposición.
- 20. Traslade la cuña al sitio destinado para la limpieza.
- 21. Ayúdele en la limpieza y/o higiene de los genitales, si es necesario.
- 22. Ayúdele a colocarse la ropa interior o pañal-braga, si es el caso
- 23. Ayúdele o proporciónese los elementos para la higiene de las manos.
- 24. Cambie el empapador-cubrecamas si es necesario y deje la ropa de cama bien colocada.
- 25. Deje al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre o teléfono y objetos personales.
- 26. Mida la diuresis
- 27. Realice limpieza y desinfección de la cuña.
- 28. Recoja el material.
- 29. Retírese los guantes.
- 30. Realice lavado de manos con un jabón antiséptico, o utilice una solución hidroalcohólica. (Nivel I)
- 31. Enseñe: al paciente y cuidador familiar la importancia lavarse las manos después de usar la cuña y la higiene perineal.
- 32. Registre las características de la deposición y/o la diuresis.

#### 5. BIBLIOGRAFÍA:

- Best practices: *evidence-based nursing procedures Lippincott Williams & Wilkins*. Second. Edition 2007.
- British Geriatrics Society: *Ensuring patient dignity when accessing and using toilets*. Nursing Time 2007 vol: 103, issue: 17, page no: 23  
<http://www.nursingtimes.net/nursing-practice-clinical-research/ensuring--patient-dignity-when-accessing-and-using-toilets/201892.article>
- Carstens Jane [Hygiene: Management](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson Mc, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH

## 5. BIBLIOGRAFIA (continuación):

*Interventions for preventing falls in the elderly* Cochrane Database Syst Rev 2008;4:1-112

- Gould D, Chudleigh JH, Moralejo D, Drey N. *Interventions to improve hand hygiene compliance in patient care*. Cochrane Database Syst Rev.2007:2.
- Mackenzie, L. et al: *Assessing hand hygiene in older people's care settings*. This is an extended version of the article published in Nursing Times 2008; 104: 32, 30-31
- Moreland J, Richardson J, Goldsmith C, Clase C. *Muscle Weakness and Falls in Older Adults*. J Am Geriatr Soc 2004;52:1121-1129
- Stomski Norman: [Falls: Risk Factors in the Elderly](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2010
- Syah Afrainin Nu. [Hand Hygiene: Alcohol-Based Solutions](#). JBI Database of Evidence Summaries. 2009