

[Guía de Actuación Procedimientos de Enfermería]

[Capítulo V: Relacionados con el aseo e higiene del paciente].AUTORES:

DIRECTOR DE ENFERMERÍA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD ALICANTE. HOSPITAL GENERAL: Dr. D. Miguel Ángel Fernández Molina.

ENFERMERO Y GERENTE DE AULASALUD: D. Federico Juárez Granados.

SUPERVISORAS DEL HGUA:

Dña. M^aCarmen Gozalves Manzanera.

Dña. Nieves Izquierdo García.

Dña. Rosario Perales Pastor.

ENFERMERAS DEL HGUA:

D. Félix Avendaño Córcoles

Dña. Rosa del Pilar Berenguer Grau.

Dña. Trinidad del Castillo García.

Dra. Dña. Manuela Domingo Pozo.

Dña. Luisa Juan Baño.

Dña Rosa Ana Montoyo Antón.

Dña. Nieves Prieto Castelló.

Dña. Ana Isabel Sabater Sala.

MATRONAS HGUA. D.Francisco Javier Gómez Robles.

ADJUNTOS DE ENFERMERÍA DEL HGUA: D. Francisco Vicente Blanes Compañ y Dña. M^a José Muñoz Reig.

GRABACIONES REALIZADAS POR: AULASALUD, Formación, Desarrollo e Innovación S.L.



CAPÍTULO V: PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON EL ASEO Y LA HIGIENE

5.1 HIGIENE DEL PACIENTE AUTÓNOMO

DEFINICIÓN:

Conjunto de actividades de supervisión y evaluación, que realiza la enfermera, de las medidas higiénicas que lleva a cabo el paciente para preservar su piel limpia y en buen estado

OBJETIVO:

- Prevenir alteraciones en la piel.
- Prevenir infecciones.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Estimular la circulación sanguínea

EQUIPO

- Toallas.
- Cuña, palangana.
- Artículos de higiene personal: tijeras de uñas, material de afeitado, cepillo, peine, colonia.
- Silla o taburete.
- Alfombra antideslizante

MATERIAL

- Pijama o camisón limpio
- Jabón neutro, crema hidratante
- Bolsa para residuos
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Observar el estado de higiene y valorar la frecuencia habitual de higiene general.
- Explorar los factores culturales que puedan estar influenciando en las creencias sobre el significado, frecuencia y forma de llevar a cabo la higiene.
- Comunicar al paciente la necesidad del baño y cómo ha de llevarse a cabo, teniendo en cuenta las creencias y valores culturales sobre la higiene, detectadas con anterioridad.
- Proporcionar todo el material necesario para la higiene.
- Indicar al paciente que no cierre por dentro el aseo por si la enfermera ha de ayudarlo. Señalar el timbre del aseo y explicarle su funcionamiento por si requiere ayuda.
- Evaluar si las medidas higiénicas llevadas a cabo por el paciente han sido efectivas.
- Registrar en la documentación de enfermería incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- Recomendarle medidas de seguridad para evitar caídas.
- Comprobar que la ducha esté en las debidas condiciones de higiene y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Núñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [Monografía en Internet] Hospital Universitario de la Princesa. Madrid 2005. [citado en 16 junio del 2006] Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- La Unidad del paciente [Consultado el 9 de abril de 2010] Disponible en: www.mcgraw.hill.es/bcv/guide/capitulo/8448140893.pdf
- Sánchez Ortiz A. La Unidad del usuario. [Consultado el 9 de abril de 2010] Disponible en: www.escolo.lliurex.es/binary/611/fites807/unidad_del_usuario.html
- Sáez Soto A.R., Avellano Morata C., Hernández Ruipérez M.M., Campos Aranda M., López Montesinos M.J. Evaluación de procedimientos de Enfermería en el Hospital General Universitario de Murcia. Enfermería Global. Mayo 2003. Nº 2; p.1-5. [Consultado el 9 de abril de 2010] Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/artivle/viewfile/656/688>
- Gálvez González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas. 2008:4(4). [Consultado el 9 de abril de 2010] Disponible en: www.index-f-com/lascasas/documentos/lco363.php
- Kovacs FM et al. Cuidados integrales al paciente encamado (II). Rev ROL Enf. 2007; 30(9): 623-626.
- Hernández Ruiz A. et al. Cuidados integrales al paciente encamado. Rev ROL Enf. 2007. 30(5):389-392
- Lavado del cabello al paciente encamado. [Consultado el 24 de marzo de 2010] Disponible en: www.enferurg.com/protocoloschus/305.pdf .2003
- Preparación de la cama ocupada disponible. [Consultado el 24 de marzo de 2010] Disponible en: www.enferurg.com/protocoloschus/201.pdf .2003
- Higiene paciente encamado. [Consultado el 24 de marzo de 2010] Disponible en: www.enferurg.com/protocoloschus/302.pdf 2003
- Bibliografía General

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro del procedimiento de higiene	
Paciente limpio y seco	
Higiene bucal adecuada	

Cabello limpio	
Uñas cortadas y limpias	
Piel hidratada	
Dispone de material necesario para la higiene (jabón, toallas, etc.)	

HIGIENE DEL ENTORNO

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Higiene de la cama correcta (ropa adecuada, limpia, etc.)	
Vasos y mesillas limpios (sin restos de comidas ni medicamentos)	
Cuñas y botellas limpias (ausencia de olores, restos orgánicos, etc.)	
El entorno inmediato (suelos, mesillas, ventanas,...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no son utilizados	
Los aspiradores están limpios	

5.2 HIGIENE DEL PACIENTE DEPENDIENTE

5.2.1 HIGIENE DEL PACIENTE QUE REQUIERE AYUDA PARCIAL. PACIENTE NO ENCAMADO

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas higiénicas que realiza la enfermera al paciente cuando presenta limitación parcial para realizar su propia higiene.

OBJETIVOS

- Mantener la piel limpia y en buen estado la piel y sus anejos.
- Prevenir alteraciones de la piel.
- Prevenir infecciones.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Estimular la circulación sanguínea del paciente.
- Educar al paciente y familia sobre los cuidados de higiene.

OBJETIVO

- Alfombrilla antideslizante.
- Silla o taburete.
- Artículos de higiene personal: peine, cepillo, material de afeitado, colonia,

- desodorantes, etc.
- Toallas.
- Carro de recogida de ropa sucia.
- Cuña
- Palangana

MATERIAL

- Guantes no estériles.
- Esponjas con jabón.
- Jabón neutro.
- Crema hidratante.
- Pijama o camisón limpio.
- Bolsa de recogida de residuos
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Valorar el nivel de dependencia (Escala de Barthel)
- Realizar lavado de manos.
- Realizar la desinfección alcohólica de las manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente, cuidador y familia.
- Mantener una temperatura ambiente adecuada: 22-25º C
- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Proteger al paciente de caídas en ducha o bañera con agarraderas o barandillas, alfombra antideslizante, supervisión continua, etc.
- Ayudar al paciente a desvestirse.
- Colocarse los guantes.
- Preparar el agua a temperatura adecuada: 36-40 ºC.
- Proceder al lavado de la siguiente manera: primero la cara con agua sola y el resto del cuerpo de arriba abajo con esponja y jabón. Por último periné y genitales. Enjuagar con agua limpia y secarlo (hacer hincapié en las zonas de pliegue, debajo de las mamas, axilas y espacios interdigitales).
- Higiene de la boca.
- Higiene del cabello. Afeitado en hombres, respetando sus preferencias por la barba.
- Hidratar la piel con crema hidratante, haciendo hincapié en las zonas de roce y presión. Ayudar a vestirse.
- Dejar al paciente en una posición adecuada.
- Retirar el material en bolsas de ropa sucia.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Realizar la desinfección alcohólica de las manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente

OBSERVACIONES

- La higiene debe ser diaria.
- En pacientes con bajo nivel de dependencia está indicado el aseo en ducha

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Núñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [Monografía en Internet] Hospital Universitario de la Princesa. Madrid 2005. [citado en 16 junio del 2006]. Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro del procedimiento de higiene	
Paciente limpio y seco	
Higiene bucal adecuada	
Cabello limpio	
Uñas cortadas y limpias	
Piel hidratada	
Dispone de material necesario para la higiene (jabón, toallas, etc.)	

HIGIENE DEL ENTORNO

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Higiene de la cama correcta (ropa adecuada, limpia, etc.)	
Vasos y mesillas limpios (sin restos de comidas ni medicamentos)	
Cuñas y botellas limpias (ausencia de olores, restos orgánicos, etc.)	
El entorno inmediato (suelos, mesillas, ventanas,...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no son utilizados	
Los aspiradores están limpios	

Nota: se recomienda la auditoria después de la higiene del paciente y de la limpieza de la habitación.

El motivo de fijar criterios de evaluación sin tener de base un procedimiento elaborado de

higiene del entorno es debido al objetivo de proporcionar un entorno confortable y limpio para que su estancia hospitalaria sea lo más agradable posible.

5.2.2 HIGIENE DEL PACIENTE EN CAMA

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas higiénicas que realiza la enfermera cuando el paciente presenta limitación para realizar su propia higiene y requiere estar encamado.

OBJETIVOS

- Mantener limpia y en buen estado la piel y sus anejos
- Prevenir alteraciones de la piel e infecciones.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y comodidad.
- Educar al paciente, cuidador y familia en los cuidados de higiene

EQUIPO

- Sábanas limpias.
- Toallas.
- Palangana o cuña.
- Artículos de higiene personal: peine, cepillo, colonia, desodorante, etc.
- Carro de recogida de ropa sucia.

MATERIAL

- Guantes no estériles
- Esponjas con jabón desechables
- Jabón ph neutro o ligeramente ácido (Nivel de evidencia C)
- Crema hidratante (Nivel de evidencia C)
- Productos de protección para prevención UPP: ácidos grasos hiperoxigenados (Nivel de evidencia A).
- Bolsa de recogida de residuos
- Pijama o camisón limpio
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Valorar nivel de dependencia (Escala de Barthel)
- Realizar lavado de manos.
- Realizar la desinfección alcohólica de las manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente, cuidador y familia.
- Mantener una temperatura ambiente adecuada: 22-25º C
- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Proteger al paciente de caídas.

- Ayudar al paciente a desvestirse.
- Colocarse los guantes.
- Preparar el agua a temperatura adecuada: 36-40 °C.
- Colocar al paciente en decúbito supino, desnudar al paciente y cubrirle los genitales
- Introducir la ropa sucia en bolsas no tirar al suelo ni dejar sobre el mobiliario).
- Proceder al lavado de la siguiente manera: primero la cara con agua sola y el resto del cuerpo desde las zonas más limpias a las menos limpias abajo con esponja y jabón. Por último periné y genitales. Enjuagar con agua limpia y secarlo con suavidad y sin frotar (hacer hincapié en las zonas de pliegue, debajo de las mamas, axilas y espacios interdigitales).
- Acercar la palangana a las manos del paciente, incorporarlo y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secar las manos
- Hidratar la piel con crema hidratante con suave masaje (Nivel de evidencia C), haciendo hincapié en las zonas de roce y presión. Aplicar si fuera necesario productos de protección para prevención UPP (ácidos grasos hiperoxigenados) (Nivel de evidencia A).
- Movilizar al paciente a decúbito lateral para realizar el aseo de la parte posterior del cuerpo.
- Aprovechar para realizar el cambio de la ropa de la cama
- Realizar fisioterapia respiratoria (clapping, vibración, etc.) y colocar dispositivos de prevención de úlceras por presión, si precisa.
- Vestir al paciente con el pijama limpio.
- Higiene de la boca.
- Higiene del cabello. Afeitado en hombres, respetando sus preferencias por la barba. Peinar al paciente y facilitarle sus artículos de aseo personal como colonia, desodorante, etc.
- Observar el estado de las uñas, limpiar y cortar si es necesario.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y adecuada.
- Recoger al material.
- Retirarse los guantes y realizar lavado de manos.
- Realizar la desinfección alcohólica de las manos.
- Registrar en la documentación de enfermería, el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- Realizar el aseo diario tantas veces como precise el paciente.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo libre. Para vestirlo se comenzará por el brazo portador de la vía.
- Si el paciente lleva una infusión intravenosa para quitarle la bata o pijama hospitalario se procederá de la siguiente forma:
 1. Extraer completamente la manga del brazo sin la infusión y llevarla hasta el sistema de suero conectado al brazo con la infusión.
 2. Sujetar el recipiente por encima del brazo del paciente, tirar de la manga hacia arriba sobre el recipiente para quitar la prenda usada.
 3. Colocar la manga de la bata limpia del brazo con la infusión sobre el recipiente como si fuera una prolongación del brazo del paciente y pase el recipiente por el puño de la manga.
 4. Volver a colocar el recipiente. Deslizar cuidadosamente la bata sobre el sistema del gotero y la mano del paciente.

5. Deslizar el brazo y el tubo por la manga, procurando no tirar del sistema de suero.
6. Ayudar al paciente a colocarse la otra manga.
7. Comprobar que la velocidad de goteo de la infusión es la adecuada

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Núñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [Monografía en Internet] Hospital Universitario de la Princesa. Madrid 2005. [citado en 16 junio del 2006]. Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- Guía de Práctica Clínica de Enfermería: prevención y tratamiento de úlceras por presión y otras heridas crónicas. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2008.

5.2.3 LAVADO DE CABEZA EN CAMA

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas higiénicas, que realiza la enfermera, para mantener la higiene del cabello en un paciente encamado

OBJETIVOS

- Proporcionar al paciente encamado el aseo necesario para mantener la higiene del pelo y cuero cabelludo.
- Proporcionar bienestar al paciente.
- Evitar la proliferación de parásitos.
- Activar la circulación sanguínea del cuero cabelludo

EQUIPO

- Guantes no estériles
- Recipiente o dispositivo para lavado
- Taburete o silla
- Peine o cepillo
- Toallas
- Palangana

MATERIAL

- Champú
- Crema suavizante/mascarilla
- Empapador
- Torundas de algodón
- Bolsa de recogida de ropa sucia
- Bolsa de residuos

PROCEDIMIENTO

- Valorar la situación basal del paciente, la inexistencia de contraindicaciones para llevar a cabo la técnica
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente, cuidador o familia sobre el procedimiento a realizar (Grado C)
- Solicitar la colaboración del paciente, familia y/o cuidador.
- Mantener temperatura ambiente adecuada 25-26 ° C.
- Evitar corrientes de aire.
- Proteger al paciente de caídas.
- Colocarse los guantes
- Poner la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino.
- Retirar cabezal de la cama.
- Colocar al paciente en el borde de la cama en posición de Roser (decúbito supino y cabeza colgando por la parte superior de la cama).
- Colocar el empapador debajo de los hombros del paciente.
- Poner una toalla alrededor del cuello y las torundas de algodón taponando los oídos.
- Colocar la palangana o lavacabezas debajo de la cabeza del paciente, sobre una silla.
- La temperatura del agua de la jarra ha de ser de 37-40 ° C. Proceder al lavado.
- Aclarar abundantemente con agua. Aplicar crema suavizante y enjuagar.
- Secar bien con una toalla. Peinar y secar con un secador de mano.
- Retirar las torundas de algodón de los oídos.
- Cambiar la ropa del paciente o de la cama si se ha mojado.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- Realizar el lavado de cabeza mínimo 1 vez por semana si no existe contraindicación, o cuando el paciente o la enfermera lo considere necesario.
- El lavado de cabeza con palangana debido a la posición de Roser, está contraindicado en algunos casos:
 1. Aumento de la presión intracraneal.
 2. Pérdida de líquido cefalorraquídeo.
 3. Incisiones abiertas en cuero cabelludo.
 4. Lesiones cervicales.
 5. Traqueotomía.
 6. Dificultad respiratoria

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Nuñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [monografía en Internet] Hospital Universitario de la princesa. Madrid 2005.[citado en 16 junio del 2006] Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- Bibliografía General

5.2.4 HIGIENE DE LA BOCA

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería en la cavidad bucal cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene.

OBJETIVOS

- Mantener la cavidad oral del paciente limpia para evitar sequedad, malos olores, grietas en labios y lengua.
- Prevenir infecciones.
- Eliminar agentes productores de placas y bacterias.
- Fomentar la comodidad del paciente.

EQUIPO

- Vaso con agua
- Palangana
- Toalla
- Equipo de aspiración de secreciones

MATERIAL

- Cepillo de dientes
- Dentífrico
- Colutorios
- Depresor
- Toallitas desechables
- Gasas estériles
- Guantes no estériles
- Mascarilla protectora
- Bálsamo labial hidratante
- Jeringa de 10 cc.
- Contenedor de prótesis dental (si precisa)
- Babero desechable o empapador
- Bolsa de recogida de residuos
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Valorar la autonomía del paciente y fomentar el autocuidado.
- En pacientes autónomos: informar y facilitar el material necesario.
- En pacientes conscientes que precisan ayuda:
 1. Realizar lavado de manos.
 2. Preparar el material
 3. Preservar la intimidad del paciente.
 4. Informar al paciente.
 5. Solicitar la colaboración del paciente y familia.
 6. Colocarse guantes y mascarilla.

7. Colocar al paciente sentado o semiincorporado.
 8. Cubrir tórax con toalla, empapador o babero.
 9. Cepillar dientes, lengua y encías.
 10. Enjuagar primero con agua limpia y luego con colutorio.
 11. Aplicar Bálsamo labial hidratante en labios
- En pacientes inconscientes:
 1. Posición con la cabeza ladeada
 2. Enrollar una gasa alrededor de unas pinzas y empapar con un antiséptico o utilizar cepillo dental.
 3. Limpiar la cavidad oral: primero encía superior, inferior, interior de la boca, cara interna de la mejilla, lengua y, por último, dientes. Cambiar la gasa a menudo.
 4. Aclarar la boca con agua (jeringa 10 c.c.) y aspirar.
 5. Secar los labios.
 6. Aplicar Bálsamo labial hidratante en los labios.
 - En pacientes con prótesis dental: retirar dentadura y enjuagarla con agua tibia y cepillarla. Dejarla en recipiente con agua o introducir en solución de hexetidina o clorhexidina durante 10 – 15 minutos para desinfectarla.
 - Dejar al paciente en una posición cómoda.
 - Recoger el material.
 - Retirar guantes y mascarilla.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente

OBSERVACIONES

Realizar la técnica con suavidad para no producir lesiones en mucosas y encías. Si existe mucha salivación o secreciones, aspirarlas antes de realizar la higiene.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Nuñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [monografía en Internet] Hospital Universitario de la princesa. Madrid 2005. [citado en 16 junio del 2006] Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- Bibliografía General

5.2.5 HIGIENE DE LOS OJOS

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería, encaminadas a mantener en buen estado los ojos.

OBJETIVOS

Proporcionar al paciente el aseo necesario para mantener, los ojos limpios y húmedos, evitando la irritación, infecciones, edemas parpebrales y erosiones corneales.

MATERIAL

- Batea
- Gasas estériles
- 2 jeringas de 10cc. estériles
- Envases monodosis de solución salina estéril a temperatura ambiente
- Bolsa de recogida de residuos
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Valorar Nivel de dependencia mediante Escala de Barthel.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material al lado de la cama.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Si el paciente está inconsciente colocarlo en posición decúbito supino o semi- fowler. Si el paciente está consciente en posición Fowler.
- Colocarse los guantes.
- Cargar las jeringas con solución salina fisiológica.
- Humedecer una gasa con solución salina y limpiar del ángulo interno al externo de cada ojo hasta que quede limpio de secreciones. Utilizar una gasa distinta para cada párpado y para cada ojo. Todo esto realizarlo con los párpados cerrados.
- Posteriormente, abrir los párpados del paciente con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra se instila solución salina fisiológica desde el lado opuesto del lagrimal. Utilizar una jeringa estéril para cada ojo o monodosis de suero fisiológico. Mantener siempre la cabeza ladeada del lado del ojo que se está lavando.
- Secar con una gasa estéril cada ojo.
- Cerrar suavemente los párpados.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

- Evitar durante el procedimiento la luz directa sobre los ojos del paciente.
- Realizar el cuidado ocular con suavidad evitando rozar la conjuntiva para prevenir úlceras y lesiones corneales.
- En pacientes inconscientes, aplicar crema epitelizante tras la limpieza. Dejar los ojos tapados con gasas húmedas de solución salina, renovar la gasa cada 2 horas o cuando se seque. La higiene completa de los ojos en estos pacientes se recomienda cada 8 horas.

- Si el paciente utiliza gafas, lentes de contacto o prótesis oculares se procederá al cuidado de los mismos una vez se finalice el procedimiento de la higiene.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Nuñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [monografía en Internet] Hospital Universitario de la Princesa. Madrid 2005. [citado en 16 junio del 2006] Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- Bibliografía General

5.2.6 HIGIENE DE LOS GENITALES

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas que realiza el personal de enfermería para conservar limpia y en buen estado la piel de la zona perineal, cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene.

OBJETIVOS

- Mantener limpios los genitales del paciente para cubrir las necesidades de higiene y prevenir infecciones.
- Contribuir al bienestar y comodidad del paciente

EQUIPO

- Cuña
- Palangana
- Toallas

MATERIAL

- Compresas higiénicas, gasas y torundas
- Pañal-braga
- Guantes no estériles
- Bolsa de recogida de ropa sucia
- Esponja con jabón desechable
- Bolsa de recogida de residuos
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Realizar lavado de manos y desinfección alcohólica de las manos.
- Preparar material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Preparar el agua a una temperatura de 37-40º C.

- Evitar corrientes de aire.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Desvestir al paciente y cubrirlo con una sábana. Retirar el pañal si lo tuviera.
- Colocar la cuña.

- HOMBRE:

1. Lavar primero el pene y testículos. Enjuagar.
2. Retraer el prepucio del pene y lavar el glande. Enjuagar y secar. Subir de nuevo el prepucio a su posición para evitar edema de glande.
3. Poner al paciente en decúbito lateral.
4. Lavar zona anal con esponja distinta. Enjuagar de arriba hacia abajo. Secar bien.
5. Aplicar solución antiséptica si el paciente presenta sonda vesical o heridas.

- MUJER:

1. Solicitar a la paciente que flexione las rodillas o ayudarle si no puede.
2. Separar las piernas de la paciente.
3. Lavado de arriba hacia abajo de la zona perineal. Con agua y jabón y gasas o esponjas desechables. Primero lavar la parte externa de la vulva, luego labios mayores y menores, meato. Enjuagar a chorro y repetir mínimo dos veces.
4. Secar de arriba hacia debajo de forma suave. Evitar la humedad.
5. Colocar al paciente en decúbito lateral.
6. Limpiar el área rectal desde la vagina hasta el ano en un solo movimiento.
7. Aplicar antiséptico en caso de sonda vesical o heridas.

- Colocar pañal si precisa.
- Dejar al paciente en una posición cómoda,
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora, motivo, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

Comprobar que la ropa de la cama no quede arrugada ni mojada.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Nuñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [monografía en Internet] Hospital Universitario de la princesa. Madrid 2005.[citado en 16 junio del 2006] Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- Bibliografía General

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Criterios de evaluación	¿Consta?
	SI/NO
Registro del procedimiento de higiene genital	
Paciente limpio y seco	
Higiene genital adecuada	
Piel hidratada	
Dispone de material necesario para la higiene (jabón, toallas, etc.)	
Cuidados perineales realizados con eficacia y comodidad	
Región perineal limpia, sin olores, irritaciones ni secreciones	

5.2.7 CUIDADOS DE LAS UÑAS

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para el cuidado de las uñas.

OBJETIVOS

- Mantener la higiene y buen aspecto de las uñas.
- Evitar infecciones, ulceraciones y deformidades.

EQUIPO

- Palangana
- Toallas
- Cepillo de uñas, alicates o tijeras de punta roma, lima de uñas.

MATERIAL

- Jabón neutro
- Guantes desechables
- Quitaesmalte (si precisa)
- Crema hidratante
- Algodón
- Empapador
- Bolsa de recogida de residuos
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Valorar el nivel de dependencia mediante Escala de Barthel.
- Realizar lavado higiénico de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Preparar agua en una palangana a 30-32º C.
- Proteger cama con el empapador.
- Colocarse los guantes no estériles.

- PIES:

1. Si el paciente lleva laca o esmalte de uñas, retirar con algodón impregnado de quitaesmalte.
2. Lavar los pies con agua y jabón, sumergirlos para reblandecer durezas o si tienen mucha suciedad.
3. Enjuagar con agua a chorro.
4. Secar bien, sobre todo los espacios interdigitales con una toalla.
5. Valorar estado de los pies: durezas, úlceras, deformidades, temperatura y coloración, edemas y pulsos periféricos.
6. Realizar cuidados específicos si presenta úlceras por presión.
7. Limar durezas con suavidad.
8. Cortar uñas en línea recta.
9. Aplicar crema hidratante con un suave masaje.

- MANOS:

1. Si el paciente lleva laca o esmalte de uñas, retirar con algodón impregnado de quitaesmalte.
 2. Sumergir las manos en agua unos 2 minutos como máximo para evitar maceraciones.
 3. Cortar uñas de forma ovalada, dejando sobresalir como mínimo de la base de la uña 10-15 mm. Valorar la decisión del paciente.
 4. Retirar restos de suciedad dentro de las uñas.
 5. Aplicar crema hidratante.
- Dejar al paciente en una posición adecuada.
 - Recoger el material.
 - Retirar los guantes.
 - Lavarse las manos.
 - Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente

OBSERVACIONES

Especial cuidado en el corte de uñas en el paciente diabético.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Nuñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [monografía en Internet]Hospital Universitario de la princesa. Madrid 2005.[citado en 16 junio del 2006] Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- Bibliografía General

5.3 CAMBIO DE ROPA DE LA CAMA

5.3.1 CAMBIO DE ROPA DE LA CAMA EN PACIENTE AUTÓNOMO

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería encaminadas a mantener un correcto aseo e higiene de la cama del paciente.

OBJETIVOS

Preparar la cama en condiciones de higiene y comodidad para el paciente, evitando arrugas y pliegues en la cama

EQUIPO

- Sábana bajera.
- Sábana encimera.
- Funda de almohada impermeable.
- Funda de colchón impermeable.
- Almohada.
- Colcha.
- Manta

MATERIAL

- Guantes desechables
- Bolsa de recogida de ropa sucia
- Registros de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación.
- Colocarse los guantes.
- Colocar cama en posición horizontal.
- Retirar la ropa de la cama sucia, depositándola en la bolsa de ropa sucia.
- Colocar la funda de colchón y sobre ella la sábana bajera, extendiéndola y ajustándola a las 4 esquinas de forma que no tenga arrugas.
- Extender la sábana encimera, con el dobladillo hacia arriba y plegando las esquinas inferiores.

- Colocar colcha y manta siguiendo el mismo procedimiento que la sábana encimera.
- Colocar funda de almohada.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes
- Realizar lavado de manos.
- Anotar el procedimiento en los registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- No airear la ropa.
- No depositar la ropa sucia en el suelo o mobiliario.
- Frenar la cama.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Nuñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [monografía en Internet]Hospital Universitario de la princesa. Madrid 2005.[citado en 16 junio del 2006] Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- Bibliografía General

5.3.2 CAMBIO DE ROPA DE LA CAMA DEL PACIENTE ENCAMADO

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para mantener la cama del paciente encamado en condiciones de higiene y seguridad para el paciente.

OBJETIVOS

Realizar el cambio de ropa de cama para proporcionar bienestar e higiene al paciente encamado.

EQUIPO

- Almohadas.
- Colcha.
- Manta.
- Funda almohada impermeable.
- Funda colchón impermeable.
- Sábana bajera.
- Sábana encimera.

MATERIAL

- Bolsa ropa sucia.
- Empapador.
- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

PROCEDIMIENTO

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener una temperatura adecuada 25-26º C.
- Evitar corrientes de aire.
- Proteger al paciente de las caídas.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar la cama en posición horizontal, si el paciente lo tolera.
- Realizar higiene del paciente encamado.
- Aflojar la ropa de la cama.
- Retirar colcha y manta, si están sucias ponerlas en la bolsa de ropa sucia.
- Dejar la sábana encimera para no dejar al paciente al descubierto.
- Colocar al paciente en decúbito lateral.
- Enrollar la sábana sucia hacia el centro de la cama.
- Colocar la sábana bajera limpia enrollándola hasta el centro de la cama y fijando las dos esquinas.
- Colocar la entremetida y empapador, si precisa.
- Volver al paciente hacia el lado limpio, retirando la sábana sucia, entremetida y empapador. Depositar la ropa sucia en las bolsas destinadas a tal fin.
- Estirar la sábana y entremetida evitando arrugas, remeterlas por debajo del colchón y efectuar doblez en las dos esquinas.
- Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente.
- Colocar colcha y manta, si precisa.
- Doblar la parte superior de la sábana por encima de la colcha.
- Remeter con holgura la sábana encimera y colcha en los pies de la cama para evitar decúbitos y posturas inadecuadas.
- Quitar el almohadón sucio y sustituirlo por uno limpio.
- Dejar al paciente en una postura cómoda.
- Recoger material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, motivo, incidencias y respuesta del paciente.

OBSERVACIONES

La movilización del paciente para la realización del cambio de ropa se realiza:

1. Decúbito lateral derecho/izquierdo (dependiendo de estado respiratorio del paciente, prescripción médica, etc.)
2. Semifowler: en pacientes con presiones intracraneales elevadas, fractur de pelvis, cadera o costillas. Se cambia la ropa de la cabeza a los pies.
3. Decúbito supino: en lesiones medulares, grandes fracturas de pelvis con fijadores externos, etc. El paciente se levanta en bloque por varias personas, no se lo mueve, y se cambia la ropa desde arriba hacia abajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Nuñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [monografía en Internet]Hospital Universitario de la princesa. Madrid 2005.[citado en 16 junio del 2006] Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- Bibliografía General

5.4 HIGIENE DEL ENTORNO DE LA UNIDAD DEL PACIENTE

La unidad del usuario, en general, es el conjunto formado por el espacio físico, el mobiliario del que se dispone para el paciente, para su tratamiento o recuperación. A nivel institucional, no tiene por qué coincidir con una habitación, ya que puede estar compuesta por varias camas, considerándose así varias unidades como por ejemplo en el Servicio de Urgencias.

COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD TIPO:

- Cama y lencería
- Ropa del usuario (pijama, bata o camisón)
- Accesorios de la cama (colchón, barandillas, bandeja de comida)
- férulas y soportes para los pies
- Centinelas o almohadas de sujeción
- Vaso de agua
- Caja de prótesis
- Mesita individual
- Lámpara de luz
- Timbre de alarma y comunicación por el interfono
- Silla o sillón del usuario
- Toma de oxígeno y de vacío en la pared
- Sistemas de movilización (sillas de ruedas, andador, grúa, etc.)
- Pañuelos desechables
- Guantes de goma
- Palangana
- Escabel
- Armario de ropa
- Cuña y/o botella
- Útiles de aseo personal
- Biombos de separación de las distintas unidades en una habitación compartida.

DEFINICIÓN

Conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería, entre las diversas actuaciones dirigidas al paciente, para preservar en buen estado el entorno de la unidad/habitación del paciente.

OBJETIVOS

- Prevenir infecciones
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente
- Mantener limpios y en buen estado el mobiliario, materiales y útiles sanitarios de uso del paciente.

PROCEDIMIENTO

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Observar el estado de higiene de la lencería del paciente.
- Explorar los factores culturales que puedan estar influenciando en las creencias sobre el significado, frecuencia y forma de llevar a cabo la limpieza.
- Comunicar al paciente la importancia de la no manipulación de material sanitario, si lo hubiera.
- Evaluar si las medidas higiénicas llevadas a cabo por el personal de limpieza han sido efectivas.
- Se retirarán todos aquellos materiales no necesarios o no institucionales como carteles, ropas de cama no adecuadas, etc.
- Registrar en la documentación de enfermería incidencias y respuestas del paciente.

OBSERVACIONES

- Valorar la frecuencia habitual de limpieza de la habitación.
- La higiene debe ser realizada diariamente, y todas las veces que sea necesario, por el personal de limpieza de la institución, cumpliendo las normas establecidas por el hospital.
- La habitación permanecerá libre de enseres personales y material sanitario usado.
- El material del baño del paciente debe estar en perfectas condiciones de uso.
- El mobiliario (cama, mesilla, sillón y silla del paciente) deberán cumplir las normas higiénicas y de confortabilidad necesarias para el uso del paciente.
- Se debe evitar la acumulación de las eliminaciones del paciente (vómitos, heces, orinas) ya que constituyen una fuente de infección nosocomial y de producción de olores desagradables que repercuten en el propio paciente, personal sanitario, otros pacientes, visitas, etc.
- En la retirada de excretas de deben tapar los recipientes de recogida y cerrar las bolsas de residuos para no diseminar olores ni gérmenes por el ambiente.
- Se debe realizar la retirada de excretas en las condiciones de seguridad e higiene más adecuadas para evitar el riesgo de posibles enfermedades infecciosas.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Nuñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. [monografía en Internet] Hospital Universitario de la princesa. Madrid 2005.[citado en 16 junio del 2006] Disponible en: www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/Higiene_paciente.pdf
- Bibliografía General

HIGIENE DEL ENTORNO

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Higiene de la cama correcta (ropa adecuada, limpia, etc.)	
Vasos y mesillas limpios (sin restos de comidas ni medicamentos)	
Cuñas y botellas limpias (ausencia de olores, restos orgánicos, etc.)	
El entorno inmediato (suelos, mesillas, ventanas,...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no son utilizados	
Los aspiradores están limpios	
Las paredes están libres de manchas y/o carteles no institucionales	

Nota: se recomienda la auditoria después de la higiene del paciente y de la limpieza de la habitación.