




CAPÍTULO V



Procedimientos relacionados con el aseo e 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.

• Objetivos:

- 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.
- Alfombrilla 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.

• **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	
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
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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. 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.

• **Equipo:**

- Alfombrilla antideslizante.
- Silla o taburete.
- Artículos de higiene personal: peine, cepillo, material de afeitado, colonia, desodorantes, etc.
- Toallas.
- Carro de ropa sucia.
- Cuña, palangana.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Esponjas sin jabón.
- Jabón neutro.
- Crema hidratante.
- Pijama o camisón limpio.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener una temperatura ambiente adecuada: 24-25° C
- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Proteger al paciente de caídas con 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: 35-36 ° C.
- 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, bajo 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.
- 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 o bañera.

• **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	
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
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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 y familia en los cuidados de higiene.

• **Equipo:**

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

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Esponja desechable con y sin jabón.
- Jabón neutro.
- Crema hidratante.
- Pijama o camisón limpio.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener la temperatura del agua 35-36°C (temperatura ambiente 24-25°C).
- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Proteger al paciente de caídas.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Desnudar al paciente y cubrir con una sábana los genitales.
- La ropa sucia introducirla en bolsas de ropa sucia (no tirarla al suelo).
- Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias.
- Comenzar a lavar al paciente por la cara, con agua y sin jabón. Secar.
- Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar. Se ha de enjabonar friccionando suavemente con movimientos circulares.
- Acercar la palangana a las manos del paciente, incorporarlo y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secar las manos.

- Cambiar el agua, jabón y esponja.
- Continuar lavando el tórax. En las mujeres incidir en la zona submamaria, continuar con el abdomen. Enjuagar y secar.
- Lavar extremidades inferiores, prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
- Cambiar el agua, jabón y esponja.
- Lavar genitales y zona anal. Enjuagar.
- Secar bien la piel.
- Hidratar la piel con crema hidratante con suave masaje.
- Realizar fisioterapia respiratoria (clapping, vibración, etc.) y colocar dispositivos de prevención de úlceras por presión, si precisa.
- Vestir al paciente con el pijama limpio.
- 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.
- Realizar lavado de 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 hospitalaria se procederá de la siguiente forma:
 1. Extraer completamente la manga del brazo sin la infusión y llevarla hasta el tubo 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 bata 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 tubo y la mano del paciente.
 5. Deslizar el brazo y el tubo por la manga, procurando no tirar del tubo.
 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, 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	
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
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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.

5.2.3. 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:**

- Peine o cepillo.
- Toallas.
- Palangana y una jarra.
- Secador de mano.
- Silla.
- Lavacabezas.

- **Material:**

- Champú (antiparásitos si fuera necesario)
- Crema suavizante.
- Empapador.
- Guantes no estériles.
- Torundas de algodón.
- Bolsa de ropa sucia.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- 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 35-37 ° 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.
- 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

• **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
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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.

5.2.4. 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.

• **Equipo:**

- Vaso con agua.
- Palangana.
- Toalla.
- Equipo necesario para la aspiración de secreciones.

• **Material:**

- Cepillo dientes.
- Dentífrico.
- Colutorios.
- Depresor, gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Bálsamo labial hidratante.
- Mascarilla protectora.
- Material necesario para la aspiración de secreciones.
- 1 Jeringa de 10 c.c.
- 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 o empapador.
 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.
 3. Limpiar la cavidad oral. 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.
 - 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:**

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

• **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
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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.

5.2.5. Higiene de los ojos

- **Definición:**

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

- **Objetivo:**

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

- **Equipo:**

- Batea.

- **Material:**

- Gasas estériles.
- Guantes no estériles.
- 2 Jeringas de 10cc. estériles.
- Solución salina estéril a temperatura ambiente.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- 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. 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.
- 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.

• **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	
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
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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.

5.2.6. 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 o palangana.
- Toallas

• **Material:**

- Compresas higiénicas, gasas y torundas.
- Pañal-braga.
- Guantes no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja desechable con y sin jabón.
- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de 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 35-36° 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. 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. Pedir 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 área rectal desde la vagina a 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.

• **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	
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
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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.

5.2.7. Cuidados de las uñas

- **Definición:**

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

- **Objetivos:**

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

- **Equipo:**

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

- **Material:**

- Jabón neutro, antiséptico si precisa.
- Guantes desechables.
- Acetona si precisa.

- Crema hidratante.
- Algodón.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- 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 30-32° C.
- Proteger cama con el empapador.
- Colocarse los guantes no estériles.

- **PIES:**

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

- **MANOS:**

1. Sumergir las manos en agua unos 2 minutos máximo para evitar maceraciones.
 2. Cortar uñas de forma ovalada, dejando sobresalir como mínimo de la base de la uña 10-15 mm. Valorar la decisión del paciente.
 3. Retirar restos de suciedad dentro de las uñas.
 4. 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.

• **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	
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
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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.

5.3. CAMBIO DE ROPA DE LA CAMA

5.3.1. Cambio de ropa de la cama en el 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.

• **Objetivo:**

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:**

- Empapador.
- Guantes desechables.
- Bolsa 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.
- 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

• **Criterios de evaluación:**

Higiene del entorno

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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.

5.3.2. 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.

• **Objetivo:**

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 25-26° 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.

• **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:**

Higiene del entorno

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
La higiene de la cama es correcta (ropa adecuada, limpia)	
Los vasos y mesillas están limpios (sin restos de comidas y medicamentos).	
Las cuñas y botellas están limpias (ausencia de olores, sarro y restos orgánicos).	
El entorno inmediato (suelos, mesillas...) se mantiene sin ropa sucia o material clínico usado.	
Los vasos humidificadores de oxígeno están limpios y se han retirado si no se utilizan.	
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.

