



## **1. Definición**

Cuidados de enfermería, protocolizados y de calidad, dirigidos a mantener limpios la piel, el cabello, los dientes, las uñas y mucosas del paciente encamado asegurando la máxima seguridad para el paciente.

## **2. Objetivos**

- Realizar una valoración física de la piel.
- Estimular la circulación.
- Proporcionar confort y colaborar en el mantenimiento del estado de bienestar físico y psíquico
- Mantener en las mejores condiciones posibles la piel.

## **3. Información al paciente/familia/acompañante**

1. El personal de enfermería, explicará la atención que se va a prestar y pedirá la colaboración del paciente y/o familia.
2. El personal de enfermería, instruirá a la familia y/o cuidador a realizar la higiene del paciente inmovilizado, para garantizar la continuidad de los cuidados.

## **4. Personas Necesario**

- Enfermera y TCAE, y/o personal de apoyo.

## **5. Material Necesario**

- 1 Par de guantes no estériles.
- 1 Palangana.
- 3 Esponjas jabonosas.
- 2 Toallas.
- 1 Crema hidratante.
- 1 Paquete de gasas.
- 2 Bastones de higiene bucal.
- 1 Camisón.
- Ropa de cama.
- 2 Empapadores.
- 1 Pañal (si precisa).
- Carro de ropa sucia

## **6. Descripción del Procedimiento**

- El personal de enfermería entrará en la habitación todo el material enumerado en el

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018

Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018

Fecha de próxima revisión: 2021



punto anterior.

- El personal de enfermería informará al paciente y/o familia/cuidador, sobre lo que se va a realizar al paciente.

- El personal de enfermería asegurará una temperatura ambiental agradable. Cerrará puertas y ventanas. Colocará cortina separadora si fuera necesario.
- El personal de enfermería se lavará las manos y se pondrá los guantes.
- El personal de enfermería preparará la palangana con agua templada.
- El personal de enfermería colocará al paciente en decúbito supino, ligeramente incorporado siempre que sea posible, y la cama horizontal.
- El proceso de lavado se realizará siempre, según la secuencia siguiente, secando meticulosamente al finalizar cada fase:

**1. Ojos:** Limpiar con gasas impregnadas en suero fisiológico desde la parte interna (lagrimal), hacia la parte externa del ojo y se secan con cuidado. Se utiliza una gasa diferente para cada ojo.

**2. Cara, orejas y cuello:** Lavar con agua (sin jabón). Para limpiar cavidades (fosas nasales, etc.), utilizar una gasa humedecida en agua templada.

**3. Boca:** Humedecer unas gasas en solución antiséptica, enrolladas en un depresor o usar bastoncillos de glicerina en el caso de que el paciente no pueda lavarse los dientes. Limpiar el interior de la boca; paladar, encías, lengua, dientes y cara interna de los carrillos.

**4. Desnudar al paciente,** dejando expuesta la zona que se está lavando, evitando tenerlo totalmente desnudo, respetando su intimidad. Introducir la ropa sucia directamente en los sacos de los carros.

**5. Brazos, axilas y manos:** Observar con especial cuidado, las uñas, cepillándolas y cortándolas si fuera necesario.

**6. Tronco:** En las mujeres lavar y secar cuidadosamente las regiones submamarias.

**7. Abdomen:** Prestar especial atención a los pliegues cutáneos.

**8. Extremidades inferiores:** Lavar y secar correctamente las piernas. Lavar, cepillar y recortar las uñas, cuando sea necesario, insistiendo en los espacios interdigitales.

**9. Genitales:** En la mujer, siempre de arriba hacia abajo y por este orden: pubis, labios mayores, menores y meato urinario, secando insistiendo en los pliegues. Y en el hombre, retraer el prepucio y limpiar glande y escroto, secando y volviendo a recubrir el glande para no producir una parafimosis.

**10. En pacientes con sonda vesical,** después de la limpieza perineal, limpiar la sonda desde el meato hasta unos 10 cm. Aplicar clorhexidina. Evitar el reflujo de la orina.

- Si el paciente permanece en cama, el personal lo colocará en decúbito lateral.
- El personal de enfermería enrollará hasta la mitad de la cama, las dos sábanas sucias (bajera, travesera) y si es necesario, la funda del colchón. Colocar, por este orden, la sábana bajera, empapador, travesero, empapador pañal, en caso de que el paciente lo precise y estirar hacia el centro de la cama.
- La auxiliar de enfermería y/o personal de apoyo girará al enfermo, hacia el lado que está la ropa limpia, retirar las sábanas sucias y tensar las nuevas todo lo posible, para no dejar arrugas. Fijar la ropa en las esquinas y bajo el colchón.
- La auxiliar de enfermería y/o personal de apoyo colocará al paciente en decúbito supino con la cabeza sobre la almohada, en la que previamente habremos colocado una funda limpia.
- La auxiliar de enfermería y/o personal de apoyo extenderá la encimera y la colcha

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018

Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018

Fecha de próxima revisión: 2021



limpias y ajustará la esquina bajo el colchón, con la holgura suficiente para no presionar los pies.

- La auxiliar de enfermería y/o personal de apoyo dejará al paciente cómodo y en la posición correcta.
- La auxiliar de enfermería peinará al paciente.
- La auxiliar de enfermería desechará el material de un solo uso.

## **7. Complicaciones**

- Lesiones músculoesqueléticas o dolor por una inmovilización inadecuada.
- Erosiones e irritaciones cutáneas.
- Maceración de la piel por secado incorrecto.
- Infecciones cruzadas por mala práctica profesional.

## **8. Precauciones**

- Frenar la cama.
- Comprobar la temperatura del agua y cambiarla tantas veces como fuera necesario.
- No utilizar sobre la piel ningún tipo de alcoholes, aplicar cremas hidratantes y procurar su completa absorción.
- No mojar los apósitos que cubren heridas o vías venosas.
- Prevenir la desconexión accidental de sondas, drenajes, etc, durante la movilización.
- Valorar la situación del paciente (fatiga, cansancio, etc) para evitar un aseo de larga duración.

## **9. Criterios Normativos:**

- El personal de enfermería mantendrá la intimidad del paciente en todo momento.
- El personal de enfermería seguirá el orden descrito en el procedimiento, para la higiene de las distintas zonas corporales.
- El personal de enfermería comprobará la temperatura del agua.
- El personal de enfermería limpiará y secará exhaustivamente los pliegues cutáneos.
- El personal de enfermería informará al paciente y/o acompañantes.

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018

Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018

Fecha de próxima revisión: 2021



## **10. Criterios Explícitos**

Criterios de Evaluación	SI	NO	NO APPLICABLE
¿Están limpios y secos los pliegues cutáneos?			
¿Están limpias las uñas de los pies?			
¿Está limpio el interior de la boca?			
¿El paciente y/o acompañantes, manifiestan haber sido informados del procedimiento?			

## **11. Bibliografía**

- Guía para auxiliares y cuidadores del anciano. McGraw-Hill Interamericana. Rupiérez I., Lorente P.
- Auxiliar de Enfermería. McGraw-Hill Interamericana. Pérez E., Fernández A.
  - Procedimiento de Higiene Corporal. Hospital de Navarra. 2000.
  - Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. 2001

## **12. Bibliografía Revisión v. 0.1**

- [www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga\\_protocolos/](http://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/)
- Manual de Protocolos y Procedimientos de Enfermería. Hospital Reina Sofía. Córdoba. 2002

## **Revisión v.0.2**

- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual de Procedimientos Generales de Enfermería. Sevilla. Junio 2008. [Consultado el día 10 de Noviembre de 2011]. Disponible en: [http://intranet/enfermeria/manual\\_procedimientos\\_enfermeria.html](http://intranet/enfermeria/manual_procedimientos_enfermeria.html) - Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Estrategia para la seguridad del paciente. Sevilla. 2006. [Consultado el día 10 de Noviembre de 2011]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia\\_SP\\_20062010.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/estrategia/descargas/Estrategia_SP_20062010.pdf) - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE número 274 de 15/11/2002, páginas 40126 a 40132 (7 págs.). [Consultado el 31 de Enero de 2011] Disponible en: [http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases\\_datos/doc.php?id=BOE-A-200222188](http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-200222188) - Organización Mundial de la Salud. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Ginebra 2007. [Consultado el día 10 de Noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.ccforpatientsafety.org/Common/pdfs/fpdf/ICPS/>

Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018

Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018

Fecha de próxima revisión: 2021



## **13. Autores**

Equipo de enfermería de Hospitalización

## **14. Autores Revisión v0.2**

Comisión de Cuidados FHC 2018



Versión 0.3

Fecha de Revisión (v. 0.1) por la Comisión de Cuidados: 11/04/2018

Fecha de Implantación (v.0.1): 11/04/2018

Fecha de próxima revisión: 2021