



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Gálvez González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(4).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0363.php>

GUÍA DE ACTUACIÓN: HIGIENE DEL PACIENTE CRÍTICO

Autora:

María Gálvez González.

Enfermera asistencial. Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional Carlos Haya. Servicio Andaluz de Salud.

Correspondencia: María Gálvez González. Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Carlos Haya. Málaga (España).

Avda. Carlos Haya s/n, 29010-Málaga. Tel. 951291210

Versión julio de 2008

Próxima revisión: julio de 2009

Resumen

La higiene del paciente es una intervención básica de enfermería que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que constituye una importante medida de lucha contra las infecciones.

A pesar de la importancia que posee una adecuada higiene de los pacientes, la literatura sobre el manejo de esta técnica es escasa. La mayoría de los estudios sobre las prácticas de higiene se centran en el personal sanitario, no en los pacientes, y se limitan a los procedimientos de lavado de manos y control de infecciones. La bibliografía consultada para elaborar este documento destaca la necesidad de desarrollar investigaciones adicionales que nos ayuden implementar de forma adecuada este procedimiento, a la vez que subraya la importancia de que estas investigaciones sean desarrolladas por enfermeras.

Teniendo en cuenta esta limitación, se ha desarrollado una guía de actuación con la finalidad de dotar al profesional de enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos de una herramienta útil que le ayude a planificar y homogeneizar los cuidados y técnicas implicadas en la higiene del paciente. La población diana a la que se refieren las indicaciones de esta guía de actuación son pacientes en estado crítico, conectados a ventilación mecánica, con un grado de conciencia variable. No obstante, las recomendaciones contenidas en ella son extensibles a cualquier paciente encamado en el área hospitalaria.

Palabras claves

Higiene. Higiene hospitalaria. Higiene del paciente crítico. Cuidados de enfermería. Aseo.

Summary:

Patients' hygiene is a basic nursing intervention its aim is to provide well-being and comfort, as well as providing an important measure to avoid infections.

Adequate patients hygiene is of great importance, although there is not much literature about how to manage this technique. Most of the studies about hygiene practices are centred on the personnel, not the patients, and are limited to hand-washing procedures and infection control. The bibliography researched to elaborate this document, says that there is a need to develop additional investigations which can help us to carry out this technique correctly, and points out the importance of these investigation to be carried out by nursing personnel. Taking into account this limitation, we have carried out a clinical guide to provide the nursing staff who work in the Intensive Care Unit, a useful guide which will help them plan out the care and the techniques for the patients hygiene. This guideline is aimed for patients in the intensive care, connected to mechanical ventilation, with an unstable degree of consciousness. Although these recommendations can be used for any patient on bed-rest in any area in the hospital.

Key words: hygiene, hospital hygiene, intensive care patient hygiene, nursing care, bed-wash.

Guía de actuación: HIGIENE DEL PACIENTE CRÍTICO

Introducción

La higiene del paciente es una intervención básica de enfermería que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que constituye una medida de lucha contra las infecciones.^{1,2} Una correcta práctica de higiene se asocia a la disminución de la morbilidad y mortalidad de los pacientes hospitalizados, especialmente en el área de cuidados críticos, y está directamente relacionada con la reducción de las tasas de infecciones del tracto respiratorio y urinario, úlceras por presión, dermatitis, etc. Son numerosos los trabajos publicados en la comunidad científica anglosajona que destacan el importante papel de la enfermera como primera línea de defensa en la seguridad del paciente, así como la necesidad de instaurar protocolos de higiene basados en evidencia científica e investigaciones adicionales que nos ayuden a implementar los cuidados enfermeros básicos.^{3,4}

La realización de la higiene del paciente crítico no es una técnica exenta de riesgos. De hecho, se han descrito en la literatura numerosos eventos adversos durante el aseo del paciente crítico, tales como: hipotensión o hipertensión arterial, desaturación y desadaptación de la ventilación mecánica, hipertensión craneal, fibrilación auricular e incluso parada cardiorrespiratoria.⁵ Una labor fundamental del personal de enfermería que trabaja en las Unidades de Cuidados Intensivos es valorar correctamente los riesgos que para el paciente crítico supone la realización del aseo. Esta técnica debe aplicarse de forma racional y bajo estricta monitorización y control.

La literatura sobre el manejo de la higiene de los pacientes es escasa. La mayoría de los estudios sobre las prácticas de higiene se centran en el personal sanitario, no en los pacientes, y se limitan a los procedimientos de lavado de manos y control de infecciones.⁶ Teniendo en cuenta esta limitación, se ha desarrollado una guía de actuación con la finalidad de dotar al profesional de enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos, de una herramienta útil que le ayude a planificar y homogeneizar los cuidados y técnicas implicadas en la higiene del paciente. Su contenido está adaptado a los recursos de nuestros centros, así como a la evidencia científica hallada en la literatura.

Incluye siete subapartados, en los que se describen los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal, cabello y mucosas externas.

Objetivos

General:

-Satisfacer la necesidad de higiene del paciente crítico.

Específicos:

-Valorar directamente el estado de la piel en general, y de la piel que cubre las prominencias óseas, en particular.

-Prevenir lesiones y mantener la piel y mucosas limpias e íntegras.⁵

-Activar la circulación periférica.⁷

-Reducir la colonización bacteriana.¹

Recomendaciones generales

El profesional de enfermería responsable del enfermo crítico debe valorar el estado hemodinámico de éste antes de iniciar las prácticas concernientes a la higiene. En el caso de que exista inestabilidad hemodinámica está indicado desestimar el aseo hasta que se consiga el control hemodinámico. La elevada tasa de incidencia de eventos adversos descritos durante el aseo de este tipo de pacientes avala sobradamente esta decisión.²

También es necesario planificar cuidadosamente el tipo de movilización que se va a realizar durante el aseo, en base al diagnóstico de ingreso, prescripción de restricción de movimientos, estado actual del paciente y medidas de soporte vital requeridas. Este planteamiento previo nos ayudará a proveer los recursos materiales y personales necesarios para el cambio de ropa de cama, así como a evitar los eventos adversos derivados de la inadecuada movilización del paciente y la prolongación innecesaria del tiempo de aseo.

Igualmente es interesante investigar la historia clínica del paciente, en busca de posibles alergias al jabón u otros productos implicados en la higiene del paciente.

Además deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- La temperatura ambiental aconsejada se encuentra entre 22-25°C, evitando las corrientes de aire.¹
- La temperatura del agua que se aplique sobre el cuerpo y cuero cabelludo debe rondar los 38°C.⁸ No existe consenso sobre cual es la temperatura adecuada para asear a un paciente adulto. Los manuales consultados^{1,7,9} aconsejan una gama de valores que oscilan entre los 37 y los 46°C. No obstante, la mayor parte de los expertos recomiendan que la temperatura del agua con la que se vaya a asear a un paciente fluctúe entre 38-40°C ya que, si el agua que se usa en el lavado está demasiado caliente, podría originar un secado excesivo e innecesario de la piel.¹⁰
- Conviene realizar tantos cambios de agua y de guantes como sean necesarios durante la higiene del paciente. El aseo con palangana puede convertirse en un baño contaminante para la piel si no se cambia el agua las veces necesarias, o no se limpia de manera efectiva la palangana tras el aseo del paciente.^{8,11}
- Conviene usar jabón/champú neutro o ligeramente ácido, salvo indicación contraria. Los jabones dermatológicos existentes de forma

habitual en los hospitales de nuestro entorno suelen ser no perfumados, ricos en humectante y de pH neutro.⁸ También se usan para el aseo del paciente esponjillas desechables jabonosas con gel dermatológico y pH ligeramente ácido.⁸ La higiene con un producto jabonoso antiséptico no está recomendada, excepto en situaciones muy específicas como infecciones de la piel.¹²

- El aclarado del jabón o champú usado para el aseo debe ser minucioso.⁸ Los jabones pueden producir sequedad e irritación y transformarse en una sustancia insoluble si no se aclaran adecuadamente.¹⁰
- El secado posterior a la limpieza con agua y jabón se hace necesario para evitar la maceración y el enfriamiento excesivo del paciente. La piel debe secarse con suavidad, mediante pequeños golpecitos, sin frotar, y poniendo especial atención en los pliegues cutáneos y espacios interdigitales, para evitar dejar zonas húmedas.^{7,8,10}
- Los productos hidratantes deben aplicarse sobre la piel intacta, en la dirección del crecimiento del vello,⁸ de forma suave, con un ligero masaje que favorezca su absorción.¹⁰
- Los productos barrera se usan de forma habitual durante la higiene del paciente crítico. Son todos aquellos preparados que facilitan la protección de la piel, mediante la configuración de un revestimiento impermeabilizante ante el exceso de humedad o la acción irritante de orina, heces u otras sustancias con capacidad para comprometer la integridad de la piel. En nuestro medio existen diferentes tipos de productos barrera:¹⁰
 - o Óxido de zinc: probablemente es el producto barrera más comúnmente utilizado, por su accesibilidad, coste y tradición. Dificulta la inspección de la piel y su uso puede variar la capacidad de absorción y la adhesividad de los materiales utilizados sobre esas áreas. Genera resistencia firme para su retirada con métodos habituales de limpieza, siendo preciso la aplicación de aceites o sustancias oleosas. No debe usarse con signos de infección en la piel.
 - o Cremas de silicona: Son productos transparentes que facilitan la visualización de la piel. Su acción principal radica en su capacidad de repeler la humedad.
 - o Películas barrera: Protegen la capa córnea de la piel, engrosándola y formando una barrera impermeabilizante para los fluidos, pero permeable a gases. Al tratarse de un copolímero acrílico no irritante, sin contenido alcohólico, no provoca irritación ni dolor al contacto con lesiones abiertas o mucosas. Su efecto se mantiene hasta 72 horas después de su aplicación, inactivándose si se aplican junto a productos grasos o si se ejerce una fricción enérgica sobre la zona aplicada. Existen algunas variedades de películas barrera no poliméricas, que asocian soluciones alcohólicas o productos volátiles para favorecer el rápido secado, lo que puede generar dolor e

irritación al contacto con piel no íntegra, mucosas o heridas abiertas.

o Apósitos adhesivos: Algunos apósitos adhesivos, tales como films de poliuretano y apósitos hidrocoloides finos, pueden ser incluidos como productos barrera. No se deben obviar algunas complicaciones asociadas a su utilización, como el fácil enrollado desde sus bordes, su excesivo tensionado, la posibilidad de retener exudado o incluso la posibilidad de proliferación bacteriana, así como las posibles reacciones alérgicas.

- Tomar las medidas necesarias para evitar que se movilicen inadecuadamente los catéteres, tubos, drenajes y demás equipos que estén siendo utilizados para el soporte vital del enfermo.
- Adecuar la altura de la cama a la de los profesionales que van a realizar la técnica de aseo con el objetivo de conseguir posturas ergonómicas.
- En caso de que el paciente esté bajo aislamiento seguir las recomendaciones específicas del servicio de Medicina Preventiva y SIGA-SAS (Sistema Integral de Gestión Ambiental).

Recursos humanos y materiales

A.- Humanos

Enfermero/a. El/La enfermero/a es el/la responsable de la higiene del paciente crítico. El criterio de movilidad y tipo de movilización que se les realicen a los pacientes durante el aseo, depende directamente de la enfermera y de las prescripciones médicas. Las actividades necesarias para la realización de la higiene del paciente serán efectuadas por la enfermera y la auxiliar de Enfermería.

Auxiliar de Enfermería (AE). El/la AE colaborará con la enfermera en la higiene del paciente crítico realizando las actividades que le indique ésta, así como en la preparación y retirada del material usado durante el aseo.

Celador/a. El/la celador/a colaborará en la realización de la movilizaciones necesarias para efectuar la higiene según las indicaciones de la enfermera.

B.- Materiales

Los recursos materiales se detallarán esquemáticamente mediante una tabla en cada uno de los subapartados que componen la guía.

1.- Higiene de la superficie corporal

La técnica de higiene corporal usada en nuestro entorno es aquella en la que tradicionalmente se usa un recipiente con agua templada y jabón. Con respecto a este procedimiento no se han estudiado con detenimiento cuestiones relativas a sus efectos, alternativas, frecuencia óptima, técnica de lavado, tipo de secado de la piel y los distintos procedimientos para mantener la humedad de la piel.^{10,11}

Actualmente existen otras formas más innovadoras de realizar el aseo del paciente en cama, entre ellas destaca la realizada con toallitas similares a las usadas para la higiene del área genital de los bebés, que no precisa aclarado y que se ha mostrado efectiva en algunos estudios.¹³ En nuestro contexto asistencial, son productos de incipiente utilización que constituyen un medio alternativo para promover la higiene de la piel. Los estudios que contrastan los limpiadores de la piel con el agua y jabón proporcionan indicios de que los primeros tienen un uso terapéutico y unos beneficios económicos mayores, especialmente cuando se combinan con un emoliente.¹⁴ No obstante, los autores de resúmenes de evidencias científicas apuntan que son necesarias investigaciones adicionales que permitan valorar de forma adecuada el coste y la efectividad de este tipo de productos en el aseo del paciente encamado, comparado con el agua y jabón.^{8,10,11}

La evaluación del estado de la piel que se obtiene durante la realización de esta técnica, nos permite establecer las intervenciones de enfermería adecuadas a las características del enfermo, lo que se traduce en cuidados individualizados.

La higiene general del enfermo crítico se hace en turno de mañana y cada vez que las necesidades del paciente así lo requieran.

En la tabla 1 se enumeran los recursos materiales necesarios para el desempeño de esta técnica.

Recursos materiales Higiene superficie corporal	Guantes desechables	Solución antiséptica diluida para higiene genital (Clorehixidina al 0.05 %)
	Doble recipiente: uno para agua jabonosa (palangana) y otro para agua de aclarado (jarra)	Crema hidratante- Producto barrera
	Agua templada	Ácidos grasos hiperoxigenados
	Jabón dermatológico/esponjillas desechables	Bolsa para recoger la ropa sucia. En caso de que el enfermo esté bajo aislamiento, el tipo de bolsa usada para recoger la ropa se ajustará a las indicaciones detalladas por el servicio de Medicina Preventiva.
	Compresas estériles	Ropa de cama

	Toalla	Peine
	Colonia de baño	Lejía

Tabla 1. Recursos materiales: Higiene superficie corporal.

Procedimiento

a) Comprobar las constantes hemodinámicas, y en caso necesario ajustar las dosis de fármacos para conseguir una óptima adaptación del paciente a la ventilación mecánica, ausencia de dolor y control hemodinámico.

b) Preservar la intimidad del paciente.

c) Preparación del material:

- Situarlo al lado de la cama del paciente.
- Comprobar la temperatura del agua.

d) Lavado higiénico de manos (Anexo 1) y colocación de guantes desechables.

e) Colocar al paciente en posición adecuada para iniciar el aseo, normalmente en decúbito supino.

f) Retirar las líneas de monitorización o tratamiento que puedan entorpecer el aseo del paciente y que no sean imprescindibles, tales como manguito de presión arterial no invasiva, medias de compresión intermitente, patucos para la prevención de úlceras por presión, accesorios para elevación de miembros inferiores o superiores, etc.

g) Vigilar estrechamente las constantes hemodinámicas y el estado respiratorio del paciente durante todo el procedimiento de aseo.

h) Enjabonar, aclarar y secar por partes. Siempre que la piel del paciente lo tolere, para enjabonar lo más indicado es usar esponjillas desechables y frotar suavemente ⁽¹⁾. Las esponjillas que entran en contacto con la piel del enfermo no deben ser sumergidas de nuevo en el agua del aseo con el objetivo de evitar la contaminación de ésta.

i) Realizar el lavado en el siguiente orden (desde las zonas más limpias a las menos limpias):

- Ojos*
- Cara (con agua sola, no usar jabón).
- Orejas
- Cuello
- Brazos y axilas
- Manos

- Tórax y abdomen
- Parte anterior de extremidades inferiores
- Genitales*

*La higiene de ojos, cavidad oral y genitales merece especial atención, por ello se explican detalladamente en otros apartados de la guía.

j) Cambiar el agua de enjabonado.

k) Movilizar al paciente a una postura que permita el aseo de la parte posterior del cuerpo y el cambio de ropa de cama, siguiendo las prescripciones de restricción de movimientos, y teniendo en cuenta la patología de ingreso y el estado actual del paciente. Los cambios de la ropa de cama tienen lugar en las posiciones que se describen a continuación:

- Decúbito lateral derecho/izquierdo: es la posición más usada para el cambio de ropa de cama. La elección del decúbito derecho o izquierdo se realiza siguiendo los criterios de estado respiratorio (atelectasia, etc.) y número de dispositivos situados en cada lado de la cama del paciente.
- Semifowler: el paciente se mantiene boca arriba y el cambio de ropa de cama tiene lugar desde la cabeza a los pies. Este tipo de movilización para el cambio de ropa de cama se usa en los pacientes con presiones intracraneales elevadas o inestables, estado respiratorio que no permite lateralizaciones, fractura de pelvis o cadera, fracturas costales, y siempre que la enfermera lo considere necesario en base al estado del paciente. En este caso son necesarios al menos dos celadores. El elevado coste en recursos humanos que precisa este tipo de técnica dificulta su realización y suele prolongar el tiempo de aseo.
- Decúbito supino: el paciente permanece tumbado en la cama, sin elevación de la cabecera y la movilización tiene lugar en bloque. Este tipo de movilización es imprescindible en pacientes que tengan lesiones medulares o vertebrales, grandes fracturas de pelvis con fijadores externos y, en general, cualquier tipo de patología que requiera una gran restricción de movimientos. Para la realización del cambio de la ropa de cama en decúbito supino es necesario el uso de una grúa que facilite la realización de la técnica adecuadamente. El elevado coste en tiempo, recursos materiales y humanos que requiere este tipo de técnica dificulta su práctica y alarga el tiempo de aseo.

l) Enjabonar, aclarar y secar la parte posterior. El orden adecuado es:

- Cuello
- Espalda
- Glúteos
- Parte posterior extremidades inferiores
- Región anal

m) Cambiar la ropa de cama. Colocar la ropa sucia directamente en la bolsa destinada a tal fin, no dejándola nunca sobre el suelo ni sobre el mobiliario.

n) Aplicar productos barrera en caso necesario.

o) Aplicar loción hidratante en la parte posterior y anterior del cuerpo. Antes de aplicar la loción hidratante está recomendado el cambio de guantes desechables, con el objetivo de evitar la propagación de bacterias.⁸

p) Administrar ácidos grasos hiperoxigenados en los puntos de presión.¹⁵ Los ácidos grasos hiperoxigenados han demostrado su efectividad en el incremento de la hidratación de la piel ante la fricción, presión y humedad, mejorando al mismo tiempo la circulación capilar de zonas isquémicas, por lo que constituyen una parte integrante del tratamiento de prevención de las UPP en el paciente crítico. Se administran cada ocho horas y se aprovecha para su administración la hora del aseo.

q) Acomodar al paciente en la postura más adecuada, asegurándonos de que no quedan arrugas en la cama.

r) Desenredar el pelo. Cuando el/la paciente tenga el pelo largo, dejar el cabello recogido.

s) Perfumar la ropa de cama con colonia de baño (opcional). No aplicar colonia directamente sobre la piel del paciente.

t) Colocar las líneas de monitorización o tratamiento que se hayan retirado para facilitar el aseo.

u) Recoger todo el material usado y la ropa sucia. Una vez limpia la palangana, desinfectarla con lejía.

v) Lavado higiénico de manos del todo el personal implicado en el aseo del paciente.

w) Registrar en la historia de enfermería la técnica efectuada y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

2.- Higiene genital

Los pacientes a los que se dirigen las pautas de actuación descritas en esta guía son incontinentes y portan sonda vesical.

La higiene del área genital posee un papel central en el área de cuidados críticos, puesto que los cuidados estrictos de esta zona reducen las infecciones del tracto urinario y la dermatitis perianal.

La higiene genital se realiza mínimo una vez al día, coincidiendo con la higiene diaria del paciente y como parte integrante de ésta.

En la tabla 2 se exponen los recursos materiales necesarios para la ejecución de esta técnica.

Recursos materiales Higiene genital	Guantes desechables	Compresa estéril
	Esponjillas desechables	Clorhexidina diluida al 0.05%
	Jarro con agua templada	Empapadores

Tabla 2. Recursos materiales: Higiene genital.

Procedimiento

Las prácticas son diferentes en hombres y mujeres, y siempre se inician colocando un empapador o cuña en el área genital, de forma que nos permita recoger el agua procedente del aclarado.

Hombres

- a) Lavar los genitales externos, pene y testículos por arrastre, con agua y jabón.
- b) Retraer el prepucio hasta dejar al descubierto el glande y el surco balano-prepucial.
- c) Enjabonar y aclarar la zona del glande, surco balano-prepucial, la zona de inserción del catéter urinario y la parte externa de la sonda, hasta eliminar todos los restos de jabón.⁷
- d) Desinfectar la zona de inserción del catéter urinario con una solución antiséptica diluida (clorhexidina al 0.05%).
- e) Secar suavemente la zona con una compresa estéril.
- f) Subir de nuevo el prepucio para evitar edema de glande.

Mujeres

- a) Lavar por arrastre los genitales externos desde delante hacia atrás y desde dentro hacia fuera.
- b) Separar los labios mayores de los menores de forma que permita valorar correctamente la vulva.
- c) Enjabonar y aclarar desde delante hacia atrás toda la zona genital, especialmente el área de inserción del catéter urinario y la parte externa de éste.
- d) Desinfectar la zona de inserción del catéter urinario con una solución antiséptica diluida (clorhexidina al 0.05%).
- e) Secar suavemente la zona desde dentro hacia fuera y desde arriba hacia abajo con una compresa estéril.

Nota: Durante el aseo genital se suele valorar y realizar el cambio de sonda vesical siguiendo los protocolos de cada unidad.

3.- Lavado de cabeza

El cuidado y limpieza del cuero cabelludo es una técnica reglada que se reserva para aquellas situaciones clínicas en las que el paciente, aún estando en estado crítico, permanezca estable hemodinámicamente y, además, permita preferiblemente la posición de Roser o, en su defecto, decúbito supino con la cama en ligero trendelenburg.

Este procedimiento se realiza al menos una vez en semana, preferentemente, coincidiendo con la higiene diaria del paciente.⁷

En la tabla 3 se detallan los recursos materiales necesarios para la realización de esta técnica.

Recursos materiales Lavado de cabeza	Guantes desechables	Peine
	Jarra	Secador
	Agua templada (38-40 °C)	Tapones para proteger los conductos auditivos o torundas de algodón
	Champú con acondicionador	Varios empapadores
	2 Toallas	2 Bolsas grandes de plástico

Tabla 3. Recursos materiales: Lavado de cabeza.

Procedimiento

- a) Comprobar las constantes hemodinámicas y, en su caso, ajustar las dosis de fármacos para conseguir una óptima adaptación del paciente a la ventilación mecánica, ausencia de dolor y control hemodinámico.
- b) Preparación del material y situarlo al lado de la cama en una mesita auxiliar.
- c) Lavado higiénico de manos y colocación de guantes desechables.
- d) Posicionar al paciente en decúbito supino con la cabeza en ligera hiperextensión. Para ello retirar la almohada, coger la sábana bajera y subir al paciente.
- e) Colocar una bolsa de plástico y varios empapadores debajo de la cabeza, sujetándolos con los hombros del paciente.
- f) Introducir suavemente los tapones de algodón en los oídos.
- g) Comprobar la temperatura del agua.

h) Proteger los ojos con una toalla o paño desechable antes de aplicar champú al pelo del paciente.⁶

i) Mojar la cabeza hasta que se empape todo el cabello.

j) Aplicar el champú con acondicionador friccionando el cuero cabelludo con las yemas de los dedos. En caso necesario realizar una segunda aplicación.

k) Aclarar y escurrir el pelo con ayuda de una de las toallas para eliminar el exceso de agua.

l) Retirar la bolsa que hemos usado para recoger el agua procedente del lavado.

m) Retirar los tapones de los conductos auditivos.

n) Desenredar el pelo y envolver la cabeza en la otra toalla.

o) Terminar de secar el cabello con ayuda de un secador.

p) Recolocar y acomodar al paciente en la postura más adecuada.

q) Recoger todo el material usado y la ropa sucia.

r) Lavado higiénico de manos del todo el personal implicado en el lavado de cabeza del paciente.

s) Registrar en la historia de enfermería la técnica efectuada y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

4.- Higiene de uñas

El procedimiento de higiene de uñas se debe realizar con cautela, puesto que son muchas las complicaciones que pueden derivarse del corte incorrecto de éstas. La frecuencia con la que deben cortarse las uñas varía de unas personas a otras, por regla general se recomienda un corte semanal¹⁶ coincidiendo con el aseo diario del paciente.

En la tabla 4 se muestran los recursos materiales necesarios para la ejecución de esta técnica.

Recursos materiales Higiene uñas	Guantes desechables	Palangana con agua templada/ compresas húmedas
	Esponjillas desechables/ jabón dermatológico	Tijeras de punta roma
	Cepillo de uñas	Quita esmalte/algodón

	Toalla	Crema hidratante
--	--------	------------------

Tabla 4. Recursos materiales: Higiene de uñas.

Procedimiento

- a) Preparación del material y situarlo al lado de la cama en una mesita auxiliar.
- b) Lavado higiénico de manos y colocación de guantes desechables.
- c) Si el/la paciente lleva laca o esmalte de uñas, retirarlos con un algodón impregnado en quitaesmalte.
- d) Poner las manos y/o pies del paciente en remojo, en la palangana con agua y jabón dermatológico. Si esta maniobra no fuera posible, aplicar compresas húmedas.
- e) En caso necesario, usar cepillo para desincrustar todos los restos de suciedad.
- f) Secar de forma rigurosa los pies o las manos, haciendo especial hincapié en los espacios interdigitales.
- g) Cortar las uñas de las manos en forma ovalada y las de los pies en línea recta. El corte debe ser limpio, no se deben cortar trozos de uña por arrancamiento o tracción ni dejar bordes irregulares. Tampoco está indicado cortar excesivamente el borde libre de la uña cercano a la piel ni retirar la cutícula.¹⁶
- h) Aplicar crema hidratante.
- i) Recoger todo el material usado y la ropa sucia. Desinfectar la palangana con lejía.
- j) Lavado higiénico de manos del todo el personal implicado en la higiene de uñas del paciente.
- k) Registrar en la historia de enfermería la técnica y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

5.- Higiene bucal

La neumonía asociada a ventilación mecánica es la principal causa de morbilidad y mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos. La colonización bacteriana de la flora de la mucosa orofaríngea es la fuente más notable de infección del tracto respiratorio y sucede rápidamente tras la intubación endotraqueal.³ Una estrategia clave para el control de la infección respiratoria es reducir el número de bacterias en la orofaringe, lo que puede conseguirse por medio de la higiene de la cavidad oral, de ahí la importancia de

un buen cuidado bucal en la prevención de la neumonía asociada a ventilación mecánica en pacientes intubados.^{3,17}

A pesar de que se ha demostrado que una higiene bucal estricta es una medida adecuada para la disminución de la colonización oral por diversos microorganismos patógenos, no se han desarrollado guías exhaustivas que definan las acciones a llevar a cabo para obtener una higiene oral óptima, con lo cual dicha actividad está sujeta a una gran variabilidad entre diferentes centros y los distintos profesionales que la realizan.¹⁸ La lógica señala que la aplicación de antisépticos para la higiene bucal tiene efecto sobre la mucosa orofaríngea, pero no sabemos si la administración de este tipo de productos tiene o no influencia en la prevalencia de infecciones de la cavidad oral o de vías respiratorias.¹⁹

La bibliografía consultada pone de manifiesto una gran variabilidad de prácticas, intervenciones, frecuencia y modos de uso de los antisépticos en la higiene de la cavidad oral, centrándose especialmente en el uso de la clorhexidina como químico principal para los cuidados. Dada la heterogeneidad de los estudios, es difícil llegar a una recomendación para la práctica clínica basada en evidencias.²⁰ No obstante, los autores de una revisión de evidencias sobre cuidados bucales en pacientes intubados, publicada en el año 2006 en la revista Evidentia,¹⁷ realizan una serie de recomendaciones que quedan reflejadas en la tabla 5, y terminan su artículo destacando la necesidad de realizar investigaciones adicionales que permitan conocer cuáles son el método y el antiséptico más efectivos en la higiene de la cavidad oral, al igual que ya han hecho otros investigadores de la comunidad científica anglosajona.²⁰

Sistema	Recomendación	Ventajas/Desventajas
Limpieza mecánica con sticks o cepillado de dientes	Limpieza mecánica con sticks o cepillado de dientes	Método barato/ Riesgo de extubación
Enjuague rutinario con antiséptico oral	No recomendado	No se muestra superior al suero fisiológico
Enjuague con gluconato de clorhexidina al 0,12%	Recomendado en el preoperatorio de pacientes sometidos a cirugía cardíaca	Barato y de fácil aplicación
Gel de Clorhexidina al 2% o Clorhexidina + colistina 2%	Reduce y atrasa la aparición de neumonía asociada a ventilación	Eficaz frente a gram negativos

La povidona yodada al 5% en enjuagues asociada a un antibiótico (sistémico).	No recomendado	Eficaz frente a gram negativos
Hexetidina	No recomendado	Buen resultado a corto plazo pero a la larga modifica el pH de la boca. No se muestra superior al suero fisiológico.
<p>Aspectos a considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La frecuencia de la higiene bucal condiciona el estado de la boca. - Mejores resultados en acciones combinadas, en un programa específico de higiene bucal, con personal entrenado. - Importancia de la presentación y concentración del antiséptico. 		

Tabla 5. Recomendaciones en la higiene de la cavidad oral (tomado de Evidentia 2006 sep-oct; 3(11.)

El procedimiento de higiene bucal se realiza con suavidad para no producir lesiones en encías y mucosas. De forma reglada se hace una vez por turno y cada vez que la situación del paciente así lo requiera. La higiene bucal de la mañana se hace coincidir con el aseo diario del paciente.

En la tabla 6 se especifica el material necesario para el desempeño de esta técnica.

Recursos materiales Higiene bucal	Guantes desechables	Cinta para fijación de tubo endotraqueal
	Vaso de plástico	Clorhexidina 0.2%- Gel de clorhexidina al 2%
	Depresor lingual	Vaselina
	Gasas	Equipo de aspiración
	Sondas aspiración 14 CH	Cánula Yankawer
	Jeringa 20 CC	Empapador/toalla/sabaneta /entremetida

Tabla 6. Recursos materiales: Higiene bucal.

Procedimiento

a) Preparación del material y situarlo al lado de la cama en una mesita auxiliar.

b) Lavado higiénico de manos y colocación de guantes desechables.

c) Posicionar al paciente en semifowler. También se puede realizar esta técnica dejando al paciente en decúbito supino. Es aconsejable retirar la almohada y situar un empapador, entremetida o toalla debajo de la cabeza hasta los hombros, para evitar que se humedezca y ensucie la ropa de cama.

d) Examinar la mucosa bucal (dientes, encías, lengua, paladar y paredes laterales) observando signos de infección, color de la lengua, presencia de restos de alimentos, sarro y sequedad de labios (7).

e) Lavado con aspiración de la cavidad oral. La auxiliar de enfermería llena la jeringa con la solución antiséptica y lo vacía en la cavidad oral, mientras la enfermera realiza una aspiración intermitente y suave de la misma. Esta operación se repite tantas veces como haga falta.

f) Humedecer unas gasas o torundas en la solución antiséptica elegida. Con ayuda del depresor o una pinza, limpiar la encía superior, después la inferior y a continuación el interior de la boca: cara interna de las mejillas, lengua y dientes. Cambiar las gasas tantas veces como sea necesario.

g) Volver a repetir el lavado con aspiración descrito en el punto e)

h) Secar la cara y cuello de las salpicaduras que se hayan producido durante el lavado de boca.

i) Retirar con precaución la cinta que sujeta el tubo endotraqueal. Mientras una persona sujeta el tubo endotraqueal, la enfermera colocará una cinta nueva y lubricará con vaselina los labios. La cinta debe quedar lo suficientemente firme como para que sea efectiva la fijación del tubo, pero sin producir lesiones en las comisuras labiales, labios, cuello, cara, etc. evitando que quede enrollada.

La fijación excesiva del tubo endotraqueal puede comprometer el retorno venoso desde la cabeza, pudiendo incrementar la presión intracraneal e intraocular. El aumento de la presión intracraneal tiene consecuencias directas, inmediatas y posteriores, sobre el estado del paciente, que deben ser tenidas en cuenta. El incremento de la presión intraocular se traduce en edema conjuntival, lo que lleva a un cierre inadecuado del párpado, y aumento de la sequedad de la córnea, con el consecuente compromiso de la integridad de la superficie ocular.²¹

j) Colocar gasas protectoras en las comisuras labiales.

k) Recolocar y acomodar al paciente en la postura más adecuada.

l) Recoger todo el material usado.

m) Lavado higiénico de las manos de todo el personal implicado en la higiene de la cavidad oral.

n) Registrar en la historia de enfermería la técnica, el estado de la mucosa oral y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

6.- Higiene y cuidados oculares

Los pacientes inconscientes, sedados o inmovilizados, representan un grupo con elevado riesgo de presentar complicaciones oculares, que pueden abarcar desde infecciones leves de la conjuntiva hasta lesiones y úlceras graves de la córnea. Este tipo de pacientes dependen de la higiene y cuidados oculares realizados por el personal de enfermería para mantener la integridad de la superficie ocular.²¹

Aunque el cuidado de los ojos se percibe como un procedimiento sencillo, se aplica con frecuencia de maneras diferentes en las distintas instituciones. Las medidas para el mantenimiento de la superficie ocular son variadas y van desde una limpieza sencilla del párpado, hasta la oclusión de los párpados, con el objetivo de lograr un cierre adecuado del ojo.²¹

El procedimiento de higiene y cuidados oculares se realiza con suavidad evitando rozar la conjuntiva para prevenir úlceras y lesiones corneales. De forma reglada se hace una vez por turno y cada vez que la situación del paciente así lo requiera. La higiene ocular de la mañana se hace coincidir con el aseo diario del paciente.

En la tabla 7 se puntualiza el material imprescindible para la ejecución de esta técnica.

Recursos materiales Higiene ocular	Guantes desechables	Suero fisiológico
	Jeringas de 5-10cc	Gasas estériles
	Pomada/colirio oftalmológica epitelizante	Esparadrapo hipoalérgico

Tabla 7. Recursos materiales: Higiene ocular

Procedimiento

a) Preparación del material y situarlo al lado de la cama en una mesita auxiliar.

b) Lavado higiénico de manos y colocación de guantes desechables.

c) Posicionar al paciente en decúbito supino. También se puede realizar esta técnica dejando al paciente en semifowler y retirando la almohada de la cabeza. Si la situación del paciente lo permite, la cabeza debe quedar inclinada hacia atrás.

d) Cargar jeringas con suero fisiológico.

- e) Usar diferentes guantes, jeringas y gasas para cada ojo.
- f) Valorar el estado de la superficie corneal, prestando especial atención a los signos de infección, irritación, hematomas, etc.
- g) Limpiar los párpados y pestañas con suero fisiológico y gasa estéril.
- h) Separar los párpados con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra mano instilar suero fisiológico en el interior del lagrimal, nunca dejándolo caer desde lo alto, ni directamente sobre la córnea o el globo ocular. El ojo se limpia desde el ángulo interno hacia el externo,^{1,22} usando gasas diferentes para cada ojo.
- i) Cerrar y abrir los párpados suavemente y repetir el lavado las veces que sea necesario.
- j) Cerrar los párpados y secar con gasa estéril.
- k) Administrar colirio o pomada oftalmológica epitelizante en el borde interno del párpado inferior, evitando que el dispensador roce la mucosa palpebral o conjuntiva.
- l) Poner gasa estéril sobre cada párpado y sujetar con esparadrapo antialérgico. Los pacientes en coma, sedorrelajados o conectados a ventilación mecánica deben permanecer con los ojos cerrados a fin de evitar úlceras corneales.
- m) Recolocar y acomodar al paciente en la postura más adecuada.
- n) Recoger todo el material usado.
- o) Lavado higiénico de las manos de todo el personal implicado en la higiene ocular.
- p) Registrar en la historia de enfermería la técnica, el estado de la superficie corneal y cualquier incidencia que haya podido surgir durante su desempeño.

7.- Higiene de las fosas nasales en los pacientes portadores de sonda nasogástrica

La mayor parte de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos son portadores de sonda nasogástrica, especialmente aquellos que están conectados a ventilación mecánica o permanecen inconscientes. En estos casos se hace necesaria la instauración de un plan de cuidados que permita la adecuada higiene de las fosas nasales y prevenga la aparición de úlceras por presión asociada a este tipo de dispositivos.

El procedimiento de higiene de las fosas nasales se efectúa con delicadeza, para no producir lesiones en la mucosa. Normalmente se realiza una vez al día, haciéndola coincidir con el aseo diario del paciente.

En la tabla 8 se enumeran los recursos materiales para la realización de este procedimiento.²²

Recursos materiales Higiene fosas nasales	Guantes desechables	Suero fisiológico
	Jeringas de 1cc	Gasas o pañuelos de celulosa
	Equipo de aspiración	Esparadrapo hipoalérgico
	Sonda de aspiración 12Ch	Bastoncillos de algodón

Tabla 8. Recursos materiales: Higiene fosas nasales

Procedimiento

- a) Preparación del material y situarlo al lado de la cama en una mesita auxiliar.
- b) Lavado higiénico de manos y colocación de guantes desechables.
- c) Posicionar al paciente en decúbito supino o semi-sentado.
- d) Aspirar secreciones (en caso de que sea necesario).
- e) Retirar los esparadrapos de fijación de la sonda.
- f) Limpiar las fosas nasales con hisopo o torunda empapada en suero salino, con ligeros movimientos de arriba abajo y de dentro a fuera. Usar una gasa impregnada en suero salino para limpiar la zona perinasal.
- g) Si es preciso, instilar mediante una jeringa unas gotas de suero fisiológico en cada fosa nasal para reblandecer las secreciones y humedecer las mucosas. Evitar manipulaciones que puedan provocar hemorragias nasales.
- h) Limpiar la superficie externa de la sonda con una gasa.
- i) Secar la zona perinasal y la superficie externa de la sonda.
- j) Fijar la sonda. Al fijar la sonda, evitar que ésta se apoye en el ala de la nariz y rotar el punto de sujeción, para evitar lesiones dérmicas.
- k) Recolocar y acomodar al paciente en la postura más adecuada.
- l) Recoger todo el material usado.
- m) Lavado higiénico del manos.
- n) Registrar en la historia de enfermería la técnica y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

Bibliografía

- 1 Cassan A, Coderch de Lassaleta J, Domínguez F, Ruiz X, Sánchez Cabezudo C. Higiene del enfermo. En: José Luis Seco, coordinador. Enciclopedia Larousse de la Enfermería. 1º edición. Barcelona: Planeta; 1994. p. 1206-1207.
- 2 Iza Zabala A. Eventos adversos durante el aseo del enfermo crítico [en línea]. REMI. 2002, oct; 2(10). En:< <http://remi.uninet.edu>> [Consultado: 24 jun 2008].
- 3 McGuckin M, Shubin A, Hujcs M. Interventional patient hygiene model: infection control and nursing share responsibility for patient safety. AJIC. 2008, Feb; 36 (1): 59-62.
- 4 Vollman K, Garcia R, Miller L. Interventional patient hygiene: proactive (hygiene) strategies to improve patients' outcomes.
- 5 Robles Rangil P et al. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. Enferm Intensiva. 2002, abr-jun; 13 (2): 47-56.
- 6 Henstridge V. Resumen de Evidencia: Higiene- Manejo [en línea]. The Joanna Briggs Institute 2006 agosto.
En:<http://es.jbiconnect.org/acutecare/docs/cis/es_html_viewer.php> [Consultado: 25 jun 2008].
- 7 Pérez Ruiz IM, Muñoz París MJ, Pérez Galdeano A. Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. Enferm Clínica. 2002, may-jun; 12(3): 127-132.
- 8 Caruana E. Resumen de Evidencia: Adultos mayores: baño y cuidado de la piel [en línea]. The Joanna Briggs Institute 2007 abril.
En: <http://es.jbiconnect.org/acutecare/docs/cis/es_html_viewer.php> [Consultado: 25 jun 2008].
- 9 Koziar B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM. Manual clínico de fundamentos de enfermería. Madrid: Mcgraw-Hill Interamericana; 1999.
- 10 García Fernández FP et al. Incontinencia y úlceras por presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 10. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Madrid; 2006.
- 11 Larson EL et al. Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. AJCC. 2008, may; 13(3): 235-241.
- 12 Larson EL. Hygiene of the skin: When is clean too clean? Emerging Infectious Diseases. 2001; 7(2): 225-230.
- 13 Sheppard CM, Brenner PS. The effects of bathing and skin care practices on skin quality and satisfaction with innovate products. Journal of Gerontological Nursing. 2000, Oct; 26 (10): 36-45.

- 14 Collins F, Hampton S. The cost-effective use of BagBath: a new concept in patient Hygiene. *British Journal Of Nursing*. 2003; 12(16): 984-990.
- 15 García Fernández FP et al. Guía de Práctica clínica para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla: Artefacto;2008.
- 16 Osete Baños S. ¿Cómo cortas correctamente las uñas? *Cuid y Educ* 2006 may; XI: 18-19. Disponible en: <http://www.seapremur.com/Revista_Mayo_2006/revista_Mayo_2006.htm> [ISSN 1695-663X] [consultado el 3/07/2008].
- 17 Fernández Romero F, Martínez Ques AA. La utilización de antisépticos en la higiene bucal de pacientes intubados conforme a la evidencia. *Evidentia* 2006 sep-oct; 3(11). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n11/252articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. [Consultado: 26 jun 2008].
- 18 Carmona Monge FJ. Mejora del cuidado oral en pacientes sometidos a ventilación mecánica [Cutler CJ, Davis N. Improving oral care in patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2005; 14: 389-395]. *REMI*. 2005, oct; 5 (10). En:< <http://remi.uninet.edu>> [Consultado: 25 jun 2008].
- 19 Pascual Benito MI, Lerena Plaza E. ¿Es necesario realizar la higiene bucal con antisépticos orales y/o antimicóticos en pacientes sometidos a intubación orotraqueal? *Evidentia* 2005 enero-abril; 2(4). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/103articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. [Consultado: 26 jun 2008].
- 20 Garcia R. A review of the possible role of oral and dental colonization on the occurrence of health care-associated pneumonia: underappreciated risk and a call for interventions. *AJIC*. 2005, Nov; 33(9): 527-541.
- 21 Building MG. Cuidados de los ojos en los pacientes de cuidados intensivos. *Best Practice*) 2002; 6(1): 1-6. Actualizado: 10-04-07. Disponible en <<http://www.joannabriggs.edu.au> > [ISSN: 1329-1874] [Consultado el 30 de junio de 2008].
- 22 Manual de Protocolos y Procedimientos. Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Unidad de Proceso Enfermero. Málaga, 2004 (8ª edición). Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0010.php>> [Consultado el 27 de junio de 2008].

Agradecimientos

A Pepe Vallejo, bibliotecario del Hospital Carlos Haya, por su asesoramiento y ayuda en la búsqueda bibliográfica.

Anexo 1

Lavado higiénico de manos

La contaminación de las manos del personal sanitario es uno de los principales mecanismos de transmisión de la infección hospitalaria. La contaminación por microorganismos patógenos se produce habitualmente cuando éstos se encuentran presentes en la piel, las mucosas del paciente o en superficies de su entorno y son transferidos, por contacto directo, a las manos del personal sanitario, siendo éstas el vehículo de transmisión a otro paciente.

La correcta higiene de las manos es, por tanto, la principal medida de prevención de la infección hospitalaria. Sin embargo, numerosos estudios evidencian que el grado de cumplimiento de este sencillo procedimiento es muy bajo, oscilando según los estudios entre un 5 y un 81%⁽¹⁾. Las razones aducidas con mayor frecuencia para justificar el bajo grado de cumplimiento del lavado de manos son: a) falta de tiempo por presión asistencial; b) ausencia de un lavabo próximo; c) irritación de la piel por uso reiterado de jabones; d) desconocimiento del protocolo de lavado de manos; e) escepticismo respecto al valor de la higiene de las manos; f) creencia de que el uso de guantes obvia la necesidad de lavarse las manos, y por último, g) olvido^(1,2). También ocurre que en muchos casos el lavado no consigue el resultado deseado porque se realiza con una técnica incorrecta ⁽¹⁾.

Procedimiento

Se recomienda usar de 3-5 ml de jabón neutro (las válvulas automáticas suelen dispensar esta cantidad), aplicado sobre las manos previamente mojadas. Las caras anterior y posterior se enjabonan mediante fricción vigorosa y breve. Se incluyen las muñecas y se tiene especial cuidado con las uñas y espacios interdigitales. Esta suspensión jabonosa se aclara con abundante agua corriente. El secado de las manos se realiza con toalla de papel desechable, que se utiliza para cerrar el grifo si no se dispone de sistema automático de dispensación de agua ⁽³⁾.

El lavado de manos higiénicos dura aproximadamente 30 segundos (este tiempo abarca mojar las manos, aplicar el jabón, enjabonar, aclarar y secar), tiempo que permite realizar un efectivo arrastre de la flora transitoria o contaminante de las manos. Si las manos están visiblemente sucias deberá emplearse más tiempo ⁽³⁾.

En situaciones de lavado frecuente de manos se recomienda evitar el uso de agua caliente para prevenir dermatitis.

En la siguiente tabla se recogen las situaciones en las que es necesaria la realización del lavado de manos.

Antes y después	Antes	Después
<ul style="list-style-type: none"> • Explorar o estar en contacto directo con pacientes. • Curar heridas o drenajes, realizar punciones, aspirar secreciones respiratorias, tomar constantes, higiene del paciente... • Procedimientos invasivos que no requieran lavado quirúrgico de manos (sondaje nasogástrico...) • Preparar o administrar medicación. • Manipular o administrar alimentos. • Acudir al comedor, cafetería o ir al servicio. • Usar guantes. • Al empezar y finalizar el turno de trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar de procedimiento en el mismo paciente. • Manipular sistemas que deben permanecer estériles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contactar con objetos inanimados que estén alrededor del paciente. • Ensuciarse las manos de forma visible. • Retirarse los guantes. • Tener contacto con heces, secreciones, orina, etc. (aunque se hayan utilizado guantes). • Manejar material contaminado o potencialmente contaminado. • Toser, estornudar o limpiarse la nariz.

Uso de soluciones alcohólicas para la higiene de manos.

En los últimos años se ha conseguido incrementar el lavado de manos con la introducción y promoción de preparados con base alcohólica y sustancias emolientes (soluciones alcohólicas) que presentan numerosas ventajas: mayor capacidad antiséptica y rapidez de acción, fácil uso, ahorro de tiempo y protección dermatológica ⁽³⁾.

El lavado higiénico de manos puede sustituirse por una fricción con un preparado alcohólico que alcance toda la extensión de los dedos y las manos, siempre y cuando no estén visiblemente contaminadas por materia orgánica. Para garantizar la efectividad de la solución o gel alcohólico éste debe intercalarse con el lavado de manos con agua y jabón, ya que no se recomiendan más de 10 aplicaciones consecutivas ⁽³⁾. La cantidad necesaria de solución hidro-alcohólica para conseguir la efectividad del producto es de 3 a 5 ml.

1.-Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA. Hand Hygiene Task Force. MMWR. 2002; 51:1-56.RR16.

2.-Elola Vicente P et al. Programa de formación sobre la higiene de las manos. Estudio comparativo aleatorizado del lavado higiénico y el uso de soluciones alcohólicas. *Enferm Clínica* 2008 ene-feb; 18(2): 5-10.

3.-Salles M, Codina C. Lavado de manos. En: Higiene y antisepsia del paciente. Limpieza, desinfección y esterilización en el ámbito hospitalario. ACICI (Associació Catalana D'infermeres de Control D'infecció). Barcelona. 2005. p. 25-37.

Anexo 2

Guía de actuación en la higiene del paciente crítico. Cuadro resumen.

Recomendaciones generales:

- Valorar estado hemodinámico antes de iniciar procedimiento de higiene.
- Temperatura ambiental entre 22-25°C.
- Temperatura del agua entre 38-40°C.
- Jabón dermatológico/ champú /esponjillas desechables de pH neutro o ligeramente ácido.
- Aclarado minucioso.
- Secado mediante pequeños golpecitos, sin frotar y poniendo especial atención en los pliegues cutáneos y espacios interdigitales.
- Aplicación de productos hidratantes sobre la piel intacta, en la dirección del crecimiento del vello y de forma suave.
- Realizar tantos **cambios de agua y de guantes** como sean necesarios durante la higiene del paciente.
- Adecuar altura de la cama.

Procedimiento	Temporalidad	Pauta de actuación
Higiene superficie corporal	Cada 24 horas normalmente en turno de mañana	Valorar estado hemodinámico y tipo de movilización antes de iniciar procedimiento de higiene
Higiene genital	Cada 24 horas, coincidiendo con el aseo diario	Limpieza con agua y jabón + aclarado + desinfección con Clorhexidina al 0.05%
Higiene de las fosas nasales	Cada 24 horas, coincidiendo con el aseo diario	Suero fisiológico + esparadrappo hipoalérgico
Higiene ocular	Cada 8 horas	Suero fisiológico + pomada epitelizante + oclusión ocular (si necesario)
Higiene bucal	Cada 8 horas	Clorhexidina 0.2%/ Gel de Clorhexidina al 2% + vaselina
Higiene de uñas	Cada 7 días. Se realizará de forma reglada los sábados coincidiendo con el aseo diario	Limpieza con agua jabonosa y cepillo + corte redondo en manos/cuadrado en pies

Lavado cabeza	de	Cada 7 días. Se realizará de forma reglada los sábados coincidiendo con el aseo diario	Champú con acondicionador (pH neutro) + aclarado minucioso + secador
------------------	----	--	--