





HIGIENE DEL PACIENTE CRÍTICO

Olga Ceballos Gallardo. Mayo 2019

- 
- La higiene se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo personal y comodidad del paciente, ya sea dependiente o independiente, para mejorar su confort y prevenir lesiones cutáneas, e incluye procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

- 
- 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.

- 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.

- 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.

OBJETIVO GENERAL

- Satisfacer la necesidad de higiene del paciente crítico.

OBJETIVOS 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.
- Activar la circulación periférica.
- Reducir la colonización bacteriana.

RECURSOS HUMANOS

- ENFERMERA/O. Es el responsable de la higiene del paciente crítico y del criterio de movilidad y tipo de movilización durante el aseo según prescripción médica.
- AUXILIAR DE ENFERMERIA. Colabora con la enfermera en la higiene así como la preparación y retirada del material utilizado para el aseo.
- CELADOR. Colabora en la realización de las movilizaciones según las indicaciones de la enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- Palangana
- Agua a temperatura adecuada
- Guantes desechables
- Esponjas jabonosas o manoplas
- Sábanas
- Bolsa para la ropa sucia
- Peine
- Compresas
- Champú
- Artículos de aseo personal (cepillo de dientes, desodorante, colonia, crema hidratante)


Si el paciente está intubado / traqueostomizado:


- Sondas de aspiración
- Sistema de aspiración
- Enjuague bucal con clorhexidina
- Cinta de sujeción del TET
- Cinta y almohadilla de sujeción de traqueostoma
- Gasas
- Suero fisiológico 0,9% para el lavado ocular

RECOMENDACIONES

- Valorar previamente el estado hemodinámico y respiratorio del paciente y asegurarnos que se puede realizar la higiene sin causar ninguna inestabilidad.
- Valorar el tipo de movilización del paciente (bandeja, bloque ...)
- Prestar atención a la hora de manejar pacientes con sistemas intravenosos y/o arteriales, Drenajes ventriculares, Sistemas de monitorización intracraneal invasiva u otros dispositivos.

- Proteger la intimidad del paciente durante el aseo, cerrar la puerta del Box y no destaparlo innecesariamente.
- Comprobar la temperatura adecuada del agua
- Cambiar las esponjas/manoplas cuando sea necesario
- Aclarar y secar bien prestando atención a los pliegues cutaneos
- Secar mediante golpecitos, sin frotar.
- Valorar el estado de la piel durante la ejecución del procedimiento y registrar las lesiones detectadas

- 
- 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).
 - Adecuar la altura de la cama a la de los profesionales que van a realizar la técnica del aseo con el objetivo de conseguir posturas ergonómicas.

- 
- Aplicar crema hidratante sobre la piel intacta.
 - Aplicar Ácidos grasos hiperoxigenados en prominencias óseas como medida de prevención de UPP.
 - NO TIRAR la ropa sucia al suelo, depositarla en las bolsas de ropa directamente
 - La higiene siempre debe realizarse con presencia de la Enfermera y la Auxiliar y ayudarse del Celador para las movilizaciones.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- En caso de que el paciente este consciente, explicar el procedimiento, pidiendo su colaboración para fomentar la independencia.
- Colocar al paciente en decúbito supino. No bajar el cabecero, salvo el tiempo estrictamente necesario.
- Si el paciente tiene SNG y se esta administrando dieta enteral, se pausa la dieta y se coloca la SNG a bolsa durante el procedimiento.

PROCEDIMIENTO

- La higiene se realizará en el turno de mañana y cada vez que el paciente lo requiera.
- 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.
- Situar el material en una mesita al lado del paciente.
- Comprobar la temperatura del agua.

- Lavado higiénico de manos y colocación de guantes desechables.
- Colocar al paciente en posición adecuada para iniciar el aseo, normalmente en decúbito supino con la cabecera de la cama elevada.
- 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, etc

- Vigilar estrechamente las constantes hemodinámicas y el estado respiratorio del paciente durante todo el procedimiento de aseo.
- **El lavado se realizara con clorhexidina jabonosa**
- Realizar el lavado desde las zonas más limpias a las menos limpias.
- 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 presión intracraneal elevada o inestable, estado respiratorio que no permite lateralizaciones, fractura de pelvis o cadera, fracturas costales,,,

- **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.

- Enjabonar, aclarar y secar la parte posterior.
- 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.
- Aplicar productos barrera en caso necesario
- Acomodar al paciente en la postura más adecuada
- Desenredar el pelo. Cuando el/la paciente tenga el pelo largo, dejar el cabello recogido.
- Perfumar la ropa de cama con colonia de baño (opcional). No aplicar colonia directamente sobre la piel del paciente.

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.

PROCEDIMIENTO

- 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.
- Preparación del material y situarlo al lado de la cama en una mesita auxiliar.
- Lavado higiénico de manos y colocación de guantes desechables.

- Posicionar al paciente en decúbito supino con la cabeza en ligera hiperextensión.
- Colocar una bolsa de plástico y varios empapadores debajo de la cabeza, sujetándolos con los hombros del paciente.
- Introducir suavemente los tapones de algodón en los oídos.
- Comprobar la temperatura del agua.
- Proteger los ojos con una toalla o paño desechable antes de aplicar champú al pelo del paciente.
- Mojar la cabeza hasta que se empape todo el cabello.

- Aplicar el champú con acondicionador friccionando el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
- Aclarar y escurrir el pelo con ayuda de una de las toallas para eliminar el exceso de agua.
- Retirar la bolsa que hemos usado para recoger el agua procedente del lavado.
- Retirar los tapones de los conductos auditivos.
- Desenredar el pelo y envolver la cabeza en la otra toalla.

- 
- Recolocar y acomodar al paciente en la postura más adecuada.
 - Recoger todo el material usado y la ropa sucia.
 - Lavado higiénico de manos del todo el personal implicado en el lavado de cabeza del paciente.
 - Registrar en la historia de enfermería la técnica efectuada y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

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.

MATERIAL


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

PROCEDIMIENTO

- Preparación del material y situarlo al lado de la cama en una mesita auxiliar.
- Lavado higiénico de manos y colocación de guantes desechables.
- Posicionar al paciente en decúbito supino.
- Cargar jeringas con suero fisiológico.
- Usar diferentes guantes, jeringas y gasas para cada ojo.

- Valorar el estado de la superficie corneal, prestando especial atención a los signos de infección, irritación, hematomas, etc.
- Limpiar los párpados y pestañas con suero fisiológico y gasa estéril.
- 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, usando gasas diferentes para cada ojo.

- Cerrar y abrir los párpados suavemente y repetir el lavado las veces que sea necesario.
- Cerrar los párpados y secar con gasa estéril.
- Administrar colirio o pomada oftalmológica epitelizante en el borde interno del párpado inferior, evitando que el dispensador roce la mucosa palpebral o conjuntiva.
- Poner gasa estéril sobre cada párpado si fuera necesario. Los pacientes en coma, sedorrelajados o conectados a ventilación mecánica deben permanecer con los ojos cerrados a fin de evitar úlceras corneales.

- 
- Recoger todo el material usado.
 - Lavado higiénico de las manos de todo el personal implicado en la higiene ocular.
 - Registrar en la historia de enfermería la técnica, el estado de la superficie corneal y cualquier incidencia que haya podido surgir durante su desempeño.

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.

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.

MATERIAL NECESARIO

- Guantes desechables
- Suero fisiológico
- Jeringas de 1cc
- Gasas o pañuelos de celulosa
- Equipo de aspiración
- Esparadrapo hipoalérgico
- Sonda de aspiración 12Ch
- Bastoncillos de algodón

PROCEDIMIENTO

- Preparación del material y situarlo al lado de la cama en una mesita auxiliar.
- Lavado higiénico de manos y colocación de guantes desechables.
- Posicionar al paciente en decúbito supino o semi-sentado.
- Aspirar secreciones.
- Retirar los esparadrapos de fijación de la sonda.
-

- Limpiar las fosas nasales con hisopo o torunda empapada en suero salino, con ligeros movimientos de arriba abajo y de dentro a fuera.
- Si es preciso, instilar mediante una jeringa unas gotas de suero fisiológico en cada fosa nasal para reblandecer las secreciones y humedecer las mucosas.
- Limpiar la superficie externa de la sonda con una gasa.
- Secar la zona perinasal y la superficie externa de la sonda.

