
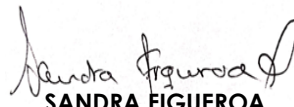
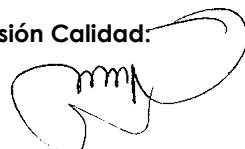
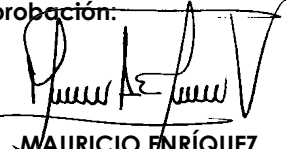

	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION	Código: PT-AIN-008
		Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 1 de 10


Elaboración:  ALEJANDRA PEÑA Líder UCI	Revisión Técnico/Científica:  SANDRA FIGUEROA MARTÍNEZ Coordinación de Calidad y Servicios de Apoyo	Revisión Calidad:  CRISTIAN JIMÉNEZ QUINTERO Profesional de Calidad y Riesgos	Aprobación:  MAURICIO ENRÍQUEZ VELÁSQUEZ Director Ejecutivo
--	--	---	---



	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION	Código: PT-AIN-008
		Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 2 de 10

FECHA	VERSIÓN	DESCRIPCIÓN DE CAMBIO
03 de julio de 2025	00	Se transfiere desde Procesos Misionales con código PTIPS-GAI-UCI-13 PROTOCOLO BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS versión 0 al Proceso AIN bajo nueva codificación, versión, fecha de actualización y control de firmas a partir de los nuevos responsables de acuerdo al IN-GDC-001 Instructivo Elaboración y Control de Información Documentada, versión 03 del 25 de enero de 2025 numeral 7.1 Aprobación del documento. Se realizan las siguientes MODIFICACIONES: 1.Se ANEXA EN EL PROTOCOLO DE BAÑO DE PACIENTES la clorhexidina



	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION	Código: PT-AIN-008
		Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 3 de 10

1. OBJETIVO

Garantizar la higiene corporal de los pacientes críticos, reduciendo la carga microbiana y previniendo lesiones cutáneas durante el baño en la Unidad de Cuidados Intensivos de Red MEDICRON IPS - Hospital San José de Túquerres.

2. ALCANCE

Aplica a todos los pacientes atendidos en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos de RED MEDICRON IPS - Hospital San José de Túquerres.

3. MATERIALES, EQUIPOS E INSUMOS

- Cubeta con agua con la temperatura adecuada.
- Esponjas desechables o paños con y sin jabón.
- Toalla.
- Guantes desechables.
- Crema hidratante.
- Ropa de cambio de cama
- Clorhexidina al 2%
- Pañales
- Fixomull para cambio de fijaciones de venopunciones
- Tegaderm para cambio de fijaciones de catéter venoso central y línea arterial (En caso de ser necesario, la curación será realizada por Enfermería)

4. RIESGOS Y COMPLICACIONES


4.1 Riesgos

- Infecciones asociadas al baño por inadecuada técnica de asepsia o antisepsia.
- Caídas del paciente por manipulación inadecuada, falta de dispositivos de sujeción o errores en el manejo corporal.
- Lesiones cutáneas (excoriaciones, quemaduras térmicas) por uso inadecuado de materiales o temperatura del agua.
- Exposición a hipotermia por inadecuado control de temperatura ambiental o del agua.

4.2 Complicaciones

- Deterioro del estado cutáneo debido a patologías previas (ej. dermatitis, úlceras por presión, alteraciones inmunológicas).
- Intolerancia hemodinámica al movimiento por comorbilidades cardiovasculares o respiratorias.
- Dolor o exacerbación de síntomas por enfermedades musculoesqueléticas preexistentes.



	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION	Código: PT-AIN-008
		Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 4 de 10

- Alteraciones metabólicas transitorias (p. ej., descompensaciones en pacientes críticos) que pueden coincidir con el procedimiento de baño.

5 DEFINICIONES

- **Aseo personal de paciente:** Son las medidas de higiene que se realizan a un paciente con la finalidad de mantener el estado de la piel en excelentes condiciones, incluidos genitales y demás zonas íntimas.
- **Paciente crítico:** Persona que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia.
- **Aseo en cama:** Procedimiento que se realiza a aquellos pacientes que deben permanecer en la cama por condiciones de su patología.
- **Baño en cama:** Paciente puede mantener movilidad en la cama, pero no puede levantarse de ella, colabora en la realización del baño y en los cambios posturales durante la higiene.
- **Baño completo en cama:** El paciente se encuentra encamado y sin movilidad por lo cual el auxiliar deberá realizar el procedimiento, desde el aseo del cabello a todas las partes del cuerpo, en conjunto con otro compañero que apoyará el desarrollo de la actividad. En pacientes intubados el baño será acompañado por personal de Fisioterapia
- **Baño parcial:** Se realiza el aseo de zonas específicas del paciente, como un aseo genital antes de un paso de sonda; aseo de cabello; aseo de cara, ojos y oídos.
- **Baño en ducha:** Se realiza siempre que el paciente pueda incorporarse de la cama y se realizara en la ducha con la ayuda del auxiliar.

6 DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES


6.1 Precauciones

- Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada.
- Tener especial precaución con el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos.
- Durante todo el procedimiento, mantener la puerta y la ventana cerradas, proteger la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente.

6.2 Recomendaciones

- Mantener cabecera mínima en 30 grados
- Valorar el estado de la piel durante la ejecución del procedimiento, si encuentra alguna lesión, informar a jefe de enfermería, y dejar registro en historia clínica
- Cambiar agua y esponjas tantas veces como sea necesario, especialmente para el



	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION		Código: PT-AIN-008
			Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Fecha de aprobación:
			8 de julio de 2025 Página: 5 de 10


lavado de genitales y periné.

- Garantizar un baño y secado extremo, para disminuir el riesgo de dermatitis y proliferación de bacterias, así como lesiones de piel provocadas por humedad
- Para el secado, utilizar toallas limpias y poner especial cuidado en pliegues cutáneos. No frotar en pieles especialmente delicadas.
- La utilización de doble recipiente, uno para el agua jabonosa y otro para el agua de baño, está indicada en todos los pacientes de UCI
- Evitar que queden arrugas en la ropa de cama.
- La ropa sucia, colocarla directamente en la bolsa, no dejarla nunca en el suelo ni sobre el mobiliario.
- Seguir las recomendaciones específicas establecidas para situaciones especiales (aislamientos, cuidados pre quirúrgicos, etc.).
- Evitar que el procedimiento se prolongue innecesariamente.
- Realizar esta técnica entre dos personas.
- Tener cuidado con dispositivos vasculares, en caso de sonda vesical, pinzarla durante el baño
- La ducha del paciente encamado se realizará diariamente o según solicitud de familiares, y el baño de pacientes intubados se realizará en la noche en compañía de personal de fisioterapia.

6.1 BAÑO DE PACIENTE EN CAMA

ID	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Lavarse las manos y colocarse guantes	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
2	Procurar dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se vaya a lavar, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar la intimidad del paciente	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
3	Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias, utilizando clorhexidina al 2%	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
4	<p>Iniciar el baño en el siguiente orden:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Cara (sólo con agua), orejas y cuello. *Extremidades superiores, tórax y axilas, con especial atención a axilas, región submamaria y espacios interdigitales. *Abdomen y extremidades inferiores, insistiendo en las áreas umbilical, inguinal, hueco poplíteo y espacios interdigitales. *Genitales y periné: lavar desde el pubis hacia el periné sin retroceder. *Desechar la esponja. *Continuar con una esponja nueva por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal. 	Personal de Enfermería	Nota de enfermería




	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION		Código: PT-AIN-008
			Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Fecha de aprobación:
			8 de julio de 2025 Página: 6 de 10

	*Desechar la segunda esponja.		
5	Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama e irla sustituyendo progresivamente por la limpia	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
6	Aplicar una pequeña cantidad de crema hidratante con un ligero masaje hasta su total absorción	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
7	Terminar de hacer la cama con ropa limpia	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
8	Colocación de pañal <ul style="list-style-type: none"> Colocar al paciente en decúbito lateral Ajustar la parte trasera del pañal a la espalda del paciente en la posición adecuada. Girar al paciente hacia la posición de decúbito supino y terminar de colocar el pañal ajustando las fijaciones 	Personal de Enfermería	Nota de enfermería

6.2 BAÑO DEL PACIENTE NO ENCAMADO

ID	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Valorar el grado de dependencia del paciente, para facilitarle la ayuda o supervisión durante el procedimiento	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
2	Recomendarle medidas de seguridad, para prevenir caídas accidentales y recordarle la existencia del timbre por si precisa solicitar ayuda.	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
3	Facilitarle el material necesario y comprobar que la ducha está en las debidas condiciones de higiene y seguridad	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
4	Utilizar para el baño clorhexidina al 2%	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
5	Una vez finalizada la ducha poner especial atención en el suelo mojado para prevenir caídas tanto de pacientes como de personal y señalar la habitación en la que se ha realizado la	Personal de Enfermería	Nota de enfermería



	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION	Código: PT-AIN-008
		Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 7 de 10

	ducha.		
6	La ducha del paciente no encamado se realizará diariamente o según solicitud de familiares	Personal de Enfermería	Nota de enfermería


6.3 HIGIENE ORAL – PACIENTE CONCIENTE INDEPENDIENTE

ID	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Colocar al paciente en posición Fowler. Si no puede incorporarse, colocar la cabeza hacia el lado del auxiliar	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
2	Proteger el tórax del paciente y la cama con un empapador y colocar una riñonera debajo de la barbilla del paciente.	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
3	Explicarle la técnica de cepillado si es necesario. Cepillar los dientes en sentido encía-diente; las caras oclusales (o de masticación) se cepillan con movimientos horizontales. Terminar cepillando la lengua y la cara interna de las mejillas	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
4	Proporcionar al paciente un vaso con agua para que se enjuague la boca y una riñonera para recoger los líquidos de enjuague	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
5	Darle una toalla o pañuelo desechable para secarse la boca	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
6	Ofrecer un antiséptico bucal si lo tiene.	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
7	Secar e hidratar los labios	Personal de Enfermería	Nota de enfermería

6.4 PACIENTE INCONSCIENTE O CON ALTO GRADO DE DEPENDENCIA:

ID	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Colocar al paciente en posición decúbito lateral o con la cabeza ligeramente girada a un lado, si no hay contraindicaciones. Quitar la almohada.	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
2	Colocar el empapador debajo de la cabeza del paciente y poner la riñonera bajo su cara.	Personal de Enfermería	Nota de enfermería




	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION	Código: PT-AIN-008
		Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025 Página: 8 de 10

3	Preparar una torunda con gasa no estéril y pinza de punta roma. Impregnarla con antiséptico bucal (Clorhexidina) y limpiar la cara interna de las mejillas, lengua, encías, dientes y labios. Se utilizarán tantas gasas como sean necesarias para una higiene total. Si fuera necesario se irrigará con una jeringa de 20 cc mientras se aspira con la sonda a la altura de la faringe	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
4	Para mantener abierta la cavidad bucal debe utilizarse el depresor lingual.	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
5	Al finalizar la técnica hidratar los labios con vaselina o crema hidratante si lo tiene.	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
6	El procedimiento debe ser realizado por personal de Enfermería y fisioterapia	Personal de Enfermería	Nota de enfermería

6.5 ASEO GENITAL FEMENINO:


ID	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Colocar al paciente en posición ginecológica (decúbito supino con las piernas flexionadas y abiertas) si es mujer y en decúbito supino con piernas separadas si es hombre	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
2	Dejar al descubierto la zona genital, cubriendo el resto del cuerpo	Personal de enfermería	Nota de enfermería
3	Colocar un protector en la cama	Personal de enfermería	Nota de enfermería
4	Higiene genital masculina: <ul style="list-style-type: none"> Enjabonar el pene, los testículos, el periné, la región perianal y el pliegue interglúteo. Retraer el prepucio y limpiar el glande y el surco balano-prepucial realizando movimientos circulares desde el meato hacia fuera. Utilizar una esponja cada vez. 	Personal de enfermería	Nota de enfermería



	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION		Código: PT-AIN-008
			Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Fecha de aprobación: 8 de julio de 2025
			Página: 9 de 10

	<ul style="list-style-type: none"> Aclarar con abundante agua y colocar el prepucio en su posición original. Secar la zona suavemente. <p>Higiene genital femenina:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lavar el pubis y los labios mayores. Separar los labios mayores con una mano y con la otra lavar, de arriba abajo y de dentro hacia fuera, los labios menores, vestíbulo perineal y región anal utilizando esponja para cada maniobra. Aclarar con agua y secar cuidadosamente 		
5	Secar, insistiendo en los pliegues interdigitales.	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
6	Hay que proteger la intimidad del paciente	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
7	El pañal se puede colocar en la posición de decúbito supino; hay que pedir al paciente que flexione las rodillas y apoye los pies en la cama	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
8	Indicar al paciente que levante la cadera; si no puede, levantar entre dos auxiliares	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
9	Pasar el pañal por debajo del paciente y situarlo en la posición adecuada.	Personal de Enfermería	Nota de enfermería
10	Ajustar el pañal a la cintura y cerrar las fijaciones	Personal de Enfermería	Nota de enfermería



	PROCESO ATENCION SERVICIO DE INTERNACION		Código: PT-AIN-008
			Versión: 01
	PROTOCOLO PARA EL BAÑO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS		Fecha de aprobación:
			8 de julio de 2025 Página: 10 de 10

6.6 CUIDADO DE LAS UÑAS:

ID	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	EVIDENCIA
1	Proteger la cama con un empapador bajo la mano o el pie, según la zona de la que se trate.	Personal de enfermería	Nota de enfermería
2	Lavar la mano o el pie con una esponja desechable	Personal de enfermería	Nota de enfermería
3	Secar, insistiendo especialmente en los pliegues interdigitales	Personal de enfermería	Nota de enfermería
4	Cortar las uñas de las manos siguiendo la forma del dedo y rectas las de los pies, asegurándonos de que la tijera o el cortaúñas sobresale por el lecho ungueal antes de iniciar el corte, para evitar la formación de picos que darían lugar a una onicocriptosis o uñas encarnadas	Personal de enfermería	Nota de enfermería
5	Si tras el corte en recto de las uñas de los pies las esquinas de estas sobresalen, se pueden limar ligeramente, sin entrar en ningún caso en el lecho ungueal	Personal de enfermería	Nota de enfermería
6	Si la uña es muy gruesa, se puede limar por encima, para disminuir el grosor, antes de realizar el corte	Personal de enfermería	Nota de enfermería

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Higiene y antisepsia cutánea diaria en el paciente crítico, E. Díaz, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España 2019
- Protocolo De Higiene Del Paciente, Clínica Sant Antoni 2018
- Modelo de adaptación de Roy en el baño en cama, José Manuel Flórez Ramos, 2016

