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

| 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 |

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.

1. **ALCANCE**

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

1. 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)

1. **RIESGOS Y COMPLICACIONES**
   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.
  1. **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.
* Alteraciones metabólicas transitorias (p. ej., descompensaciones en pacientes críticos) que pueden coincidir con el procedimiento de baño.

1. **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.

1. **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 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.
  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 | Iniciar el baño en el siguiente orden:  \*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.  \*Desechar la segunda esponja. | Personal de Enfermería | Nota de enfermería |
| 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     * 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 |

* 1. **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 señalizar la habitación en la que se ha realizado la ducha. | Personal de Enfermería | Nota de enfermería |
| 6 | La ducha del paciente no encamado se realizará diariamente o según solicitud de familiares | Personal de Enfermería | Nota de enfermería |

* 1. **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 |

* 1. 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 |
| 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 |

* 1. 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:   * 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. * Aclarar con abundante agua y colocar el prepucio en su posición original. * Secar la zona suavemente.     Higiene genital femenina:   * 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 | Personal de enfermería | Nota de enfermería |
| 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 |

* 1. 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 |

1. 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