

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ASEO DEL PACIENTE INTUBADO

**Servicio:** Dirección de Enfermería  
**Fecha de entrega:** Diciembre 09  
**Destinatario:** Unidad de Cuidados Intensivos  
**Reg:** PCE PT 019

<b>CONTROL DE MODIFICACIONES</b>		
<b>DESCRIPCION</b>	<b>Nº Versión</b>	<b>Fecha Edición</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Carolina Blanco Martín</li> <li>- Cristina Cid Ferrero</li> <li>- Fátima Trinidad Sepúlveda</li> <li>- Francisca Gracia Puerto</li> <li>- Milagros Gómez García</li> <li>- Isabel González Alcaide</li> <li>- Irene Llorente Fernández</li> <li>- Rosario Morales Hernández</li> <li>- Javier Gasco Ortega</li> <li>- Sonia Patiño Freire</li> <li>- Paula Peinado Montellano</li> </ul>	<b>1</b>	<b>Diciembre 2009</b>

<b>Revisado: Grupo de Respiratorio</b> <b>Fecha:</b> <b>Firma:</b>	<b>Aprobado: Dirección Enfermería</b> <b>Fecha: Diciembre 09</b> <b>Firma:</b>
--	--

## A) Introducción

La higiene es una necesidad básica del ser humano encargada del estudio de los medios para conservar la salud. Se relaciona con el cuidado personal del individuo (limpieza, prevención de alteraciones de la piel, prevención de infecciones, etc...).

## B) Ámbito y alcance

Aplicación de cuidados de enfermería en el aseo del paciente intubado. Este procedimiento se realizará, siempre que el estado del enfermo y la unidad lo permita, a primera hora de la mañana. En caso contrario se hará a lo largo del día.

## C) Objeto

- Eliminar el sudor, secreciones y excreciones corporales que fomentan la proliferación de microorganismos.
- Valorar el estado de la piel y mucosas.
- Conservar la integridad y buen estado de la piel.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Proporcionar bienestar y relajación al paciente.
- Evitar infecciones.
- Fomentar el descanso, relax, refrescar y relajar la tensión y el cansancio muscular.

## D) Desarrollo

### Recursos materiales

- Guantes de un solo uso.
- Jabón neutro. (*En paciente con aislamiento de contacto, jabón antiséptico según procedimiento de aislamiento*).
- Esponjas desechables.
- Palangana.

- Toallas.
- Loción o crema para masaje.
- Colonia.
- Peine.
- Ropa limpia para la cama (sábanas, fundas de almohada, entremetidas...)
- Bolsa de ropa sucia.
- Material de afeitado.

### **Recursos humanos**

- Enfermero.
- Auxiliar de enfermería.
- Celador.

### **Procedimiento**

a).- Pautas generales.

Justo antes de realizar el lavado, se deben seguir las siguientes pautas:

- Preservar la intimidad del paciente, utilizando los medios necesarios (cortinas, biombos, etc.)
- Conservar la temperatura ambiente del Box, evitando las corrientes de aire.
- Informar al paciente del procedimiento que se le va a realizar (si el paciente esta consciente).
- Preparar el material necesario para el aseo y situarlo a nuestro alcance.
- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en decúbito supino, si la patología del paciente lo permite, teniendo especialmente cuidado de no producir desconexiones accidentales (drenajes, vías, tubo endotraqueal...), evitando las movilizaciones innecesarias.

- Consideraciones sobre el paciente intubado. Posición de la enfermera responsable, lateralización, cuidados del tubo durante el aseo y otras peculiaridades del paciente portador de TOT.....

b) Aseos por zonas corporales:

El orden al que se procede por zonas corporales durante el lavado, será el siguiente:

1. Cara: Realizar con agua sin jabón para evitar irritación ocular y cutánea y secar con movimientos circulares.
2. Cuello y orejas: Lavar con agua y jabón neutro; aclarar y secar.
3. Extremidades superiores: Lavar la zona con agua y jabón, por el siguiente orden: brazo, mano, axila. Aclarar con abundante agua y secar con movimientos circulares para activar la circulación sanguínea. Se prestará mayor atención en el secado de la zona interdigital para evitar maceraciones, proliferación de microorganismos, sequedad cutánea, etc.
4. Tórax y mamas: lavar la zona con agua y jabón, realizando para ello movimientos circulares; aclarar y secar prestando especial atención a los pliegues cutáneos y mamarios.
5. Abdomen: lavar haciendo hincapié en la zona umbilical y pubiana; aclarar y secar.
6. Extremidades inferiores: si es posible, flexionar las rodillas del paciente para facilitar su limpieza en sentido descendente, desde la ingle hasta el muslo, la pierna y el pie. Aclarar y secar con cuidado en los pliegues interdigitales.
7. Región perineal: cambiar el agua.

\*Lavado de genitales masculinos:

- Se procederá a la limpieza del glande, deslizando el prepucio hacia atrás, lavando la zona en forma circular. Aclarar y secar.

\*Lavado de genitales femeninos:

- Colocar la cuña (si la patología lo permite).
- Descubrir el área genital.
- Verter agua templada sobre la vulva.
- Separar los labios mayores y proceder la limpieza del meato y labios menores de arriba hacia abajo.
- Aclarar con abundante agua templada.
- Secar la zona genital.

✓ *Si el paciente es portador de sonda vesical, se debe lavar la zona con agua y jabón y un antiséptico apropiado, desde el meato urinario hacia el extremo distal de la sonda. Aclarar con suero fisiológico, haciendo hincapié en los restos acumulados en la zona de contacto del catéter con el meato urinario.*

8. Espalda y glúteos: cambiar el agua.

- Colocar al paciente en decúbito lateral, siempre que la patología lo permita.
- La enfermera se situará a la altura de la cabeza, y se encargará de la sujeción de los dispositivos invasivos durante la movilización, para evitar el desplazamiento indebido de los mismos.
- Lavar la parte posterior del cuello, espalda y glúteos
- Aclarar y secar valorando la integridad de la piel.
- Dar un suave masaje en la espalda durante uno a tres minutos aproximadamente, con movimientos circulares amplios y ascendentes usando crema hidratante o aceite corporal. De esta forma se activa la circulación y se disminuye la tensión muscular, previniendo las úlceras por presión.

✓ *Los masajes están contraindicados ante los primeros síntomas de eritema persistente, dado que la piel puede lesionarse con más facilidad.*

- Una vez realizado el aseo del paciente intubado, cambiar las sábanas, según el “procedimiento del paciente encamado” teniendo especial cuidado de los dispositivos invasivos; se mantendrá la piel hidratada aplicando crema, loción... y dejar al paciente acomodado en la posición adecuada.
- Recoger y desechar el material usado en las bolsas correspondientes. Ordenar y recoger el resto del material dejando la habitación ordenada.
- Lavarse las manos.
- Comunicar y registrar cualquier lesión o alteración de la piel o mucosas.

## E) Incidencias

### - Complicaciones

- Inestabilidad del paciente durante el aseo.
- Retirada accidental de catéteres, sondas, tubos traqueales, etc...

### - Observaciones

- El agua debe tener una temperatura adecuada, cambiándola cuando se enfríe o se ensucie, tantas veces como sea preciso
- Mantener la monitorización y vigilancia del paciente, valorando su tolerancia a la movilización
- El lavado debe ser rápido, evitando tirones y movimientos bruscos; se descubrirá sólo la parte que se esté aseando y el resto permanecerá cubierto.
- Evitar que la piel quede húmeda.
- Evitar mojar o humedecer los apósitos quirúrgicos, de vías, etc.
- Prestar especial atención al estado de las uñas; si es preciso, cortar

- El **lavado de cabeza** se hará si la patología lo permite, quedando establecido de forma programada los **sábados en el turno de mañana**.
- Al finalizar el aseo, sería aconsejable efectuar las curas y heridas del paciente (ulceras por presión, vías...).
- Registrar la actividad realizada en la gráfica.

## F) Bibliografía

- Enfermería de Cuidados Críticos. Hospital Alto Guadalquivir. Andujar. 2002.
- Auxiliar de Enfermería en UCI. Hospital Miguel Domínguez. Fecha edición 2001.
- Manual del técnico en cuidados auxiliares de enfermería. FAE. Marzo 2000.