

GRUPO DE PROTOCOLIZACIÓN

NECESIDAD DE HIGIENE, CUIDADOS DE LA PIEL Y VESTIDO



PROCEDIMIENTO

CODIGO



- Cama desocupada H.01
- Cama ocupada (cambio de ropa del paciente encamado) H.02
- Aseo del paciente encamado H.03
- Higiene y cuidados del paciente con ayuda parcial H.04
- Higiene en bañera / ducha H.05
- Lavado de cabeza en cama H.06
- Higiene ocular H.07
- Higiene bucal en el paciente encamado H.08
- Higiene y cuidados de genitales y zona perineal H.09
- Higiene de pies y uñas H.10
- Cambio de bata o pijama en pacientes con sueroterapia H.11
- Rasurado ante pruebas diagnosticas o intervenciones quirúrgicas H.12
- Higiene y cuidados de la piel del Recién Nacido H.13
- Higiene y cuidados del cordón umbilical H.14
- Higiene de cavidades en recién nacidos H.15
- Higiene y cuidados de la piel del niño de 0 a 4 años H.16
- Baño terapéutico para la piel en niños H.17

SUBGRUPO:

ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)

- Identificación de pacientes de riesgo. Evaluación y reevaluación en adultos H-UP.01
- Vigilancia de la piel en pacientes de riesgo H-UP.02
- Manejo de la humedad H-UP.03
- Alivio de la presión. Colocación del colchones y colchonetas de aire de presión alternante H-UP.04
- Cuidados generales (nutrición, y registro) H-UP.05
- Valoración del paciente H-UP.06
- Valoración de la lesión H-UP.07
- Cuidados piel perilesional H-UP.08
- Limpieza de la ulcera H-UP.09
- Procedimientos de desbridamiento H-UP.10
- Prevención y manejo de la infección H-UP.11
- Elección del apósito H-UP.12
- Colocación de los diferentes apósitos H-UP.13
- Cambio de los diferentes apósitos H-UP.14

PROCEDIMIENTO: CAMA DESOCUPADA	CODIGO H.01
---	------------------------------

OBJETIVO:

Preparar la cama del paciente en condiciones óptimas de higiene y comodidad que favorezcan la necesidad de reposo y sueño; facilitándole una base suave y sin arrugas.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Guantes de un solo uso
- Funda de colchón
- Manta.
- 2 sábanas
- 1 colcha
- 1 funda de almohada
- 1 empapador, entremetida o salvacamas.
- 1 cubrecamas
- Bolsa para ropa sucia.
- Manivela.

DESARROLLO:

1. Poner la ropa limpia sobre la silla o mesita del paciente.
2. Colocarse guantes de un solo uso.
3. Invitar o ayudar al paciente a salir de la cama en los casos que se encuentre ocupada y sea procedente el levantarlo.
4. Colocar la cama en posición horizontal.
5. Aflojar las ropas antes de retirarlas.
6. Deshacer la cama, depositando la ropa sucia directamente a la bolsa correspondiente.
7. Comprobar el buen estado de la funda del colchón.
8. Colocar funda del colchón ajustando los cuatro puntos y alisar.
9. Colocar las sábanas extendiéndolas sobre el colchón ajustando las cuatro esquinas de forma que no queden arrugas.
10. Colocar protección para la sábana inferior (empapador, entremetida, salvacamas, piel de oveja...) cuando sea necesario, cuidando que no queden arrugas ni dobleces.
11. Extender la sábana encimera, con el dobladillo hacia arriba plegando las esquinas inferiores
12. Cambiar funda de almohada, según sea necesario.
13. Colocar la colcha siguiendo el mismo procedimiento de la sábana encimera, incorporando manta en aquellos casos que se vea necesario.
14. Una vez cambiada la cama, acompañaremos y ayudaremos al paciente hasta dejarlo en posición adecuada y confortable, en aquellos casos que esto sea lo adecuado.
15. Retirarse los guantes.
16. Registrar los datos que sean pertinentes.

OBSERVACIONES:

- La cama puede estar desocupada y en espera de recibir un nuevo paciente (cama cerrada):
 - ❖ La cama cerrada, se encuentra limpia hasta la llegada de un nuevo enfermo (ver desarrollo del procedimiento 2,5-7,9,11-13). Si queremos abrir la cama, haremos un doblez de “abanico”, por el lado de mejor acceso.
 - ❖ Cuando la cama queda libre entre dos pacientes, habrá que valorar la conveniencia de la limpieza de la cama con agua y solución antiséptica.
- La cama puede estar asignada a un paciente, que por tener un grado de movilidad, dependencia y situación clínica adecuada le permite salir de la misma para hacerla, o bien que por motivos de estudios / pruebas éste se encuentre fuera de la unidad (cama desocupada)
- Hay que evitar la contaminación cruzadas a través de las ropas contaminadas, para lo cual hay que enrollar las ropas sucias sin grandes movimientos y colocándolas directamente en el cesto o bolsa de ropa sucia.

- Es conveniente buscar la posición y movimientos mas ergonómicos que eviten lesiones en los profesionales que realizan este procedimiento, para lo cual habrá que moverse alrededor de la cama de forma sistemática, alternando / cambiando de lado si es preciso.
- Las incubadoras deberán prepararse con las condiciones optimas de humedad y temperatura. Las cunas térmicas deberán también estar a la temperatura adecuada.
- Si es procedente, una vez cambiada la cama, acompañaremos y ayudaremos al paciente hasta dejarlo en posición adecuada y confortable.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. *Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.*
2. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios. Kozier Erb Bufalino. Interamericana - McGraw -Hill, 1993.*
3. *Técnicas de Enfermería. Esteban de la Torre, M.P. Potfero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.*
4. *Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud . Subdirección G. At. Especializada 1995.*
5. *Técnicas de Enfermería Clínica. Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.*
6. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica. Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.*
7. *Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme. SAS. Sevilla, enero 2.001.*
8. *Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2.001.*
9. *Manual de Procedimientos y Protocolos Hospital "Virgen de la Victoria" Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 6ª edición año 2.000.*
10. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico. Francisco Pedro García Fernández. Revista de Enfermería INQUIETUDES nº 27: (38-39. Julio 2.003.*
11. *Esteve Reig J, Mitjans Galitó J. Enfermería TÉCNICAS CLÍNICAS. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid. 1999.*

PROCEDIMIENTO: CAMA OCUPADA (CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE ENCAMADO)	CODIGO H.02
--	------------------------------

OBJETIVO:

Favorecer las necesidades de higiene, reposo, sueño y confort de los pacientes encamados, realizándole el cambio de ropa de cama en condiciones de higiene y comodidad.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Guantes de un solo uso
- Funda de colchón
- 1 manta
- 2 sábanas grandes
- 1 colcha
- 1 funda de almohada
- Entremetidas, empapadores, salvacamas.
- Bolsa para ropa sucia
- Manivela.

DESARROLLO:

1. Informar al paciente del cambio de ropa de cama que se va a realizar.
2. Proteger la intimidad del paciente durante el procedimiento.
3. Colocarse guantes.
4. Colocar la cama en posición horizontal, si la situación clínica del paciente lo permite.
5. Aflojar la ropa de cama.
6. Retirar colcha y manta, dejando la sábana de arriba, si están sucias, depositarlas directamente en la bolsa o carro correspondiente.
7. Colocar al paciente en posición decúbito lateral (procurando mantener la alineación corporal), enrollando la sábana inferior sucia y la entremetida hacia el centro de la cama.
8. Comprobar el buen estado de la funda del colchón
9. Colocar sábana inferior limpia, enrollándola hasta el centro de la cama y fijando las dos esquinas.
10. Colocar la entremetida, empapador, salvacamas, etc (si precisa), con el mismo procedimiento que la sábana inferior.
11. Girar al paciente hacia el otro lado ya limpio, retirando la sábana y salvacamas sucios que serán depositados directamente en la bolsa de ropa y residuos respectivamente.
12. Estirar la ropa limpia, remetiéndola debajo del colchón, ajustando las dos esquinas restantes y evitando arrugas.
13. Ayudar al paciente a colocarse en una posición cómoda y adecuada a su situación
14. Extender la sábana de arriba limpia sobre el paciente, retirando la sucia que colocaremos directamente en la bolsa de ropa sucia.
15. Colocación de manta y colcha, si precisa, doblando la parte superior de la sábana por encima.
16. Remeter la sábana encimera y la colcha en los pies con holgura para evitar presiones, posturas incómodas e incluso decúbitos.
17. Cambiar funda de almohada por una limpia.
18. Dejar al paciente con acceso al timbre y objetos personales.
19. Recoger el material.
20. Quitarse los guantes.
21. Anotar el procedimiento en los registros correspondientes.

OBSERVACIONES:

- Se ha de procurar mantener una temperatura adecuada de la habitación durante todo el procedimiento, evitando especialmente las corrientes de aire.
- La colocación del paciente en decúbito lateral requiere de la presencia de más de un profesional, cada uno situado en un lateral de la cama proporcionan seguridad al paciente.
- Se tendrá siempre presente la situación clínica del paciente, que puede ser que no aconseje el empleo de este procedimiento de movilización, habrá que valorar entonces si hacerlo de arriba hacia abajo o suspendiendo al paciente en bandeja, para lo cual habrá que utilizar todos los medios físicos y humanos necesarios.

- Cambio diario y tantas veces sea necesario.
- Colocar la ropa sucia en la bolsa correspondiente según normativa vigente en el Centro.
- Durante el procedimiento se han de vigilar vías venosas, sondas, catéteres, drenajes, etc. evitando tensiones y tirones de los mismos, que podrían afectar a su correcta colocación y permeabilidad.
- También mientras se realiza el procedimiento es momento para valorar, observar y comunicarse con el paciente.
- En los casos que se valore pertinente, habrá que valorar el uso de barandillas, buscando una relación eficaz y beneficiosa para el paciente, teniendo en cuenta la aportación que estos elementos pueden aportar a su seguridad, siempre valorando la situación clínica del paciente.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
2. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - McGraw -Hill, 1993.
3. *Técnicas de Enfermería.* Esteban de la Torre, M.P. Portero fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
4. *Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud .* Subdirección G. At. Especializada 1995.
5. *Técnicas de Enfermería Clínica.* Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
6. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica.* Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. *Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme.* SAS. Sevilla, enero 2.001.
8. *Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería.* Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2.001.
9. *Manual de Procedimientos y Protocolos Hospital "Virgen de la Victoria" Málaga.* Servicio Andaluz de Salud, 6ª edición año 2.000.
10. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico.* Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES* nº 27: (38-39. Julio 2.003.

PROCEDIMIENTO: ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO	CODIGO H.03
--	------------------------------

OBJETIVO:

Proporcionar al paciente encamado el aseo y confort necesarios para favorecer las necesidades de higiene y buen estado de hidratación de su piel, durante la hospitalización.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Guantes de un solo uso
- Palangana
- Esponja jabonosa de un solo
- Toallas
- Crema hidratante
- Colonia para el cabello
- Peine.
- Tijeras o alicates de uñas.
- Ropa hospitalaria (pijama, bata, camisón...).

DESARROLLO:

1. Informar al paciente del procedimiento a realizar.
2. Proteger su intimidad, manteniendo puertas y ventanas cerradas, aislando al paciente mediante cortina o biombo, cuando comparte la habitación con otros pacientes.
3. Colocarse guantes.
4. Preparar agua a temperatura adecuada.
5. Colocar al paciente en una posición cómoda (decúbito supino).
6. Desnudar al paciente, dejándolo cubierto parcialmente con la sábana.
7. Comenzar a lavar al paciente por la cara y terminar por los miembros inferiores, cambiando el agua y las esponjas todas las veces que se precise:
 - 7.1. Aseo de boca (H.08), oídos y ojos (H.07): la mayoría de los pacientes prefieren lavarse la cara, oídos y cuello ellos mismos, en esos casos debemos dejar que lo hagan.
 - 7.2. Descubrimos la zona del tórax y comenzamos lavando brazos, axilas, pecho y secamos bien; hidratamos la piel y la cubrimos. Cuando sea posible y el paciente lo desee acercar la palangana al borde de la cama y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secarle las manos.
 - 7.3. Lavado de abdomen, dando especial importancia a ombligo y pliegues (observando enrojecimiento).
 - 7.4. Cambiar el agua y esponjas, y continuar lavando miembros inferiores poniendo especial interés en los dedos de los pies que deberemos mantener bien limpios, secos e hidratados.
 - 7.5. La espalda y caderas la debemos lavar y secar con movimientos suaves pero firmes, proporcionando a la piel su fricción correspondiente.
 - 7.6. Lavado de genitales de delante hacia atrás y secar completamente para impedir irritaciones.
8. Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene (color: pálida, amarillenta, azulada; humedad: sequedad o aumento de la sudoración; temperatura: frialdad de ciertas zonas de la piel o calor en la piel; presencia de manchas, costras, heridas, etc...)
9. Secar bien la piel, poniendo especial atención en los pliegues (mamario, inguinal, etc...) evitando siempre arrastrar y frotar con la toalla, sino suavemente empujando.
10. Dar masaje en la piel con crema hidratante evitando hacerlo en áreas rojas o eritematosas.
11. Observar el estado de uñas, cortar y limpiar si es necesario.
12. Peinar al paciente y perfumar el cabello con colonia.
13. Colocar pijama / camisón limpio (siempre que se realice el aseo o se estime necesario).
14. Colocar al paciente en posición adecuada y situar el timbre al alcance del paciente.
15. Registrar el procedimiento y cualquier observación acerca del estado de la piel.

OBSERVACIONES:

- Los cambios de posición del paciente necesarios para realizar el aseo completo, estarán en función de su situación clínica (inmovilizaciones, intervenciones quirúrgicas, estado de conciencia, etc.). Mas frecuentemente de decúbito supino a lateral, pero también con incorporación del tronco o elevación en bandeja, en casos especiales.
- Comprobar el grado de autonomía del paciente fomentando el autocuidado, siempre con al ayuda y supervisión del personal de enfermería
- El aseo se realizará a diario y tantas veces como sea necesario. El tipo de baño, ducha o cama, y su frecuencia dependen de la condición física del paciente, sus hábitos personales, su actitud, el estado que guarda su piel, la cantidad de transpiración y la temperatura ambiental.
- El baño debe aprovecharse para someter a todas las articulaciones, activa o pasivamente a la amplitud normal de movimiento.
- El baño se realizará con rapidez (para que el agua no se enfríe o el paciente se fatigue), haciendo movimientos suaves y firmes pero sin brusquedad, evitando dar la impresión de apresuramiento.
- Nunca masajear la piel en prominencias óseas (Certeza B)
- Nunca masajear con alcohol o derivados (colonia), (Certeza C).
- Cuando las camas son regulables en altura, colocarlas antes de iniciar el procedimiento en la posición más alta, que permita realizarlo con la mayor ergonomía posible.
- Explicar y hacer participe al paciente y familia en la higiene es recomendable, especialmente cuando se aproxima el alta del paciente. Enfermería tendrá que valorar cuando es el momento oportuno para hacerlos partícipes y en que grado ha de ser dicha participación.
- Niveles de Certeza:
 - o **Certeza A o ALTA:** Existe una adecuada evidencia, basada en revisiones sistemáticas, metanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su utilización.
 - o **Certeza B o MEDIA:** Existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización, basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte o casos-control.
 - o **Certeza C o BAJA:** Existe evidencia, aunque *insuficiente para recomendar o desestimar su utilización, basada en estudios descriptivos, consensos, recomendaciones de expertos, casos clínicos, estudios cualitativos, etc.*

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
2. Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios. Kozier Erb Bufalino. Interamericana - McGraw -Hill, 1993.
3. Técnicas de Enfermería. Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
4. Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud . Subdirección G. At. Especializada 1995.
5. Técnicas de Enfermería Clínica. Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
6. Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica. Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme. SAS. Sevilla, enero 2.001.
8. Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2.001.
9. Manual de Procedimientos y Protocolos Hospital "Virgen de la Victoria" Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 6ª edición año 2.000.
10. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico. Francisco Pedro García Fernández. Revista de Enfermería INQUIETUDES nº 27: (38-39. Julio 2.003.*

PROCEDIMIENTO:	CODIGO
HIGIENE Y CUIDADOS DEL PACIENTE CON AYUDA PARCIAL	H.04

OBJETIVO: Proporcionar al paciente el aseo y confort necesario para favorecer las necesidades de higiene y buen estado de hidratación de su piel durante la hospitalización.
--

MATERIAL Y EQUIPO: Guantes Crema hidratante Palangana Esponja jabonosa de un solo uso Toalla Peine Colonia Tijeras o alicates de uñas
--

DESARROLLO: <ol style="list-style-type: none">1. Informar al paciente del procedimiento a realizar2. Proteger su intimidad. Mantener puertas y ventanas cerradas, aislando al paciente mediante cortina o biombo, cuando comparte la habitación con otros pacientes.3. Colocarse guantes.4. Preparar agua a temperatura adecuada.5. Colocar al paciente en una posición cómoda en función de su grado de dependencia.6. Desnudar al paciente dejándolo cubierto parcialmente con la sábana o una toalla seca.7. Comenzar a lavar al paciente por la cara y terminar por los miembros inferiores ayudándole o supliéndole en la higiene de aquellas zonas o áreas que le supongan mayor dificultad de autocuidado, cambiando el agua y esponjas todas las veces que se precise:<ol style="list-style-type: none">7.1. Ayudar / Suplir en el aseo de boca, oídos y ojos si precisa.7.2. Ayudar / Suplir en el aseo de Tórax si precisa, comenzando por brazos, axilas, pecho. Acercar la palangana al borde de la cama y permitir que se lave y seque las manos.7.3. Ayudar / Suplir en el aseo de abdomen si precisa, dando especial importancia a ombligo y pliegues (observando enrojecimiento).7.4. Ayudar / Suplir en el aseo de genitales si precisa, de delante hacia atrás y secando completamente para impedir irritaciones.7.5. Ayudar / Suplir en el aseo de miembros inferiores si precisa, poniendo especial interés en los dedos de los pies que deberemos mantener bien limpios, secos e hidratados.7.6. Ayudar / Suplir en el aseo de espalda y caderas.7.7. Observar el estado de uñas, cortar y limpiar si es necesario.7.8. Ayudar / Suplir al paciente a peinar y perfumar el cabello con colonia.8. Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene.9. Secar bien la piel, poniendo especial atención en los pliegues (mamario, inguinal, etc...) evitando siempre arrastrar y frotar con la toalla, sino suavemente empapando.10. Dar masaje en la piel con crema hidratante evitando hacerlo en áreas rojas o eritematosas.11. Ayudar / Suplir al paciente a colocarse pijama / camisón limpio (siempre que se realice el aseo o se estime necesario).12. Colocar al paciente en posición adecuada y situar el timbre su alcance.13. Registrar el procedimiento y cualquier observación referente al estado de la piel.

OBSERVACIONES: <ul style="list-style-type: none">▪ Fomentar / Reforzar el autocuidado procurando obtener mayor grado de autonomía del paciente, sin dejar de ayudarlo cuando sea necesario.▪ Cuando en los cuidados de higiene se implique la familia, el personal de enfermería debe asegurarse que éstos se ajustan y cubren las necesidades del paciente.▪ Explicar y hacer participe al paciente y la familia en la higiene es recomendable, especialmente cuando se aproxima el alta del paciente. Enfermería tendrá que valorar cuando es el momento oportuno para hacerlos partícipes y en que grado ha de ser dicha participación.

- El baño se realizará con rapidez (para que el agua no se enfríe o el paciente se fatigue), haciendo movimientos suaves y firmes pero sin brusquedad, evitando dar la impresión de apresuramiento.
- El aseo se realizará a diario y tantas veces como sea necesario.
- Nunca masajear la piel con alcohol o derivados (colonia), (Certeza C).
- El tipo de baño, ducha o cama, y su frecuencia dependen de la condición física del paciente, sus hábitos personales, su actitud, el estado que guarda su piel, la cantidad de transpiración y la temperatura ambiental.
- El personal de enfermería debe de realizar todas estas labores cuidando tanto la ergonomía del paciente como la suya propia.
- Niveles de Certeza:
 - o **Certeza A o ALTA:** Existe una adecuada evidencia, basada en revisiones sistemáticas, metanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su utilización.
 - o **Certeza B o MEDIA:** Existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización, basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte o casos-control.
 - o **Certeza C o BAJA:** Existe evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización, basada en estudios descriptivos, consensos, recomendaciones de expertos, casos clínicos, estudios cualitativos, etc.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
2. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - Mcgraw -Hill, 1993.
3. *Técnicas de Enfermería.* Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
4. *Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud .* Subdirección G. At. Especializada 1995.
5. *Técnicas de Enfermería Clínica.* Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
6. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica.* Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme. SAS. Sevilla, enero 2.001.
8. Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2.001.
9. Manual de Procedimientos y Protocolos Hospital "Virgen de la Victoria" Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 6ª edición año 2.000.
10. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico.* Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES* nº 27: (38-39. Julio 2.003.

PROCEDIMIENTO: HIGIENE EN BAÑERA / DUCHA	CODIGO H.05
---	------------------------------

OBJETIVO:

Proporcionar / fomentar la higiene y el confort del paciente, favoreciendo la relajación, el reposo y sueño del paciente.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Pijama / camisón
- 2 toallas
- Guantes de un solo uso
- Esponja jabonosa de un solo uso
- Champú
- Crema hidratante
- Colonia

DESARROLLO:

1. Informar al paciente del procedimiento y lugar donde se va a realizar.
2. Preparar todo el material necesario y comprobar la temperatura ambiente del baño.
3. Comprobar la temperatura del agua y ajustarla (43-46°). Si usamos bañera, llenarla hasta la mitad y comprobar la temperatura sumergiendo la muñeca o el codo.
4. Acompañar al paciente al baño o ducha, si lo precisa, y colocar sobre el suelo una toalla, para evitar deslizamientos.
5. Colocarse los guantes y ayudar al paciente a desvestirse si lo precisa y a entrar en la ducha o bañera.
6. Si es necesario, ayudarle a bañarse / ducharse y controlar al paciente con frecuencia si se ducha / baña solo.
7. Ayudar al paciente a salir de la ducha o bañera, si lo precisa
8. Comprobar que el paciente está seco y vestido de forma apropiada, ayudándole siempre que sea necesario.
9. Acompañarlo a su habitación.
10. Retirar la ropa sucia en las bolsas correspondientes.
11. Coordinar con el servicio de limpieza la disponibilidad del baño para otro paciente.
12. Registrar el procedimiento y observaciones de cómo ha tolerado el procedimiento, estado de la piel, resistencia del paciente, grado de autonomía, etc.

OBSERVACIONES:

- La temperatura del agua debe ser ajustada dependiendo de si es ducha o bañera. La ducha requiere menor graduación al ser de aplicación directa con la piel del paciente, mientras que la bañera requiere mayor graduación debido a la pérdida de calor progresivo que sufre el agua. Siempre se deberá comprobar la temperatura antes de la higiene para evitar molestias al paciente.
- El aseo se realizará a diario y tantas veces como sea necesario.
- El tipo de baño, ducha o cama, y su frecuencia dependen de la condición física del paciente, sus hábitos personales, su actitud, el estado que guarda su piel, la cantidad de transpiración y la temperatura ambiental.
- Es importante evitar accidentes, para lo cual se tomarán todas las medidas que eviten los deslizamientos (dentro y fuera de la bañera o ducha).
- Solicitar ayuda cuando el grado de dependencia del paciente así lo exija, lo cual evitará lesiones tanto en el paciente como en los profesionales.
- Explicar y hacer participe al paciente y la familia en la higiene es recomendable, especialmente cuando se aproxima el alta del paciente. Enfermería tendrá que valorar cuando es el momento oportuno para hacerlos partícipes y en que grado ha de ser dicha participación.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
2. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - McGraw -Hill, 1993.
3. *Técnicas de Enfermería.* Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
4. *Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud .* Subdirección G. At. Especializada 1995.
5. *Técnicas de Enfermería Clínica.* Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
6. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica.* Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. Manual de Procedimientos y Protocolos Hospital "Virgen de la Victoria" Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 6ª edición año 2.000.
8. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico.* Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES nº 27: (38-39. Julio 2.003.*

PROCEDIMIENTO: LAVADO DE CABEZA EN CAMA	CODIGO H.06
--	------------------------------

OBJETIVO:

Proporcionar al paciente encamado el aseo necesario para mantener la higiene del pelo y cuero cabelludo

Favorecer el bienestar, aumentar la autoestima, mejoran imagen corporal y prevenir la aparición de parásitos.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Silla
- Jarra con agua caliente
- Jarra con solución jabonosa
- Palangana
- Entremetidas impermeables
- Dos toallas de baño
- Una toalla de cara
- Bolitas / torundas de algodón
- Peine
- Secador

DESARROLLO:

1. Explicar al paciente el procedimiento a realizar y solicitar su colaboración.
2. Asegurarse de que no existe riesgo para lavar la cabeza del paciente.
3. Escoger un momento en que el enfermo se encuentre bien descansado.
4. Comprobar la temperatura de la habitación y que no existan corrientes de aire.
5. Lavarse las manos, colocarse guantes y organizar el equipo.
6. Preservar la intimidad del paciente.
7. Retirar el cabezal de la cama y retirar la almohada.
8. Bajar la cabecera de la cama y al paciente en decúbito supino, si lo tolera.
9. Retirar el cabezal de la cama y colocar una silla en la cabecera.
10. Desplazar al paciente para que la cabeza quede al borde de la cama, o situarlo en diagonal sobre la cama, en uno de los bordes laterales.
11. Descubrir al paciente, replegando la ropa de cama hasta la cintura y cubrir el tórax con una toalla, para evitar enfriamientos.
12. Colocar una entremetida impermeable bajo los hombros y cabeza del paciente.
13. Colocar la toalla de baño alrededor del cuello del paciente.
14. Colocar una entremetida desde la cabecera hasta la silla (debajo de la palangana) y extender el hule debajo de los hombros del paciente o colocar la tabla para lavado bajo el cuello y cabeza del paciente, cuando se disponga de ella.
15. Enrollar el hule en los laterales, haciendo un canal para que el agua corra por él hasta la palangana o cuando disponemos de tabla colocarla sobre la palangana para recoger el agua de lavado.
16. Advertir al paciente que mantenga los ojos cerrados y colocarle las torundas de algodón en los oídos.
17. Llenar jarra con agua tibia y verter poco a poco sobre el cabello.
18. Aplicar champú, friccionando bien el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
19. Enjuagar con agua tibia varias veces.
20. Repetir los pasos 12 y 13, si es necesario.
21. Sostener la cabeza del paciente y retirar el hule o la tabla de lavado.
22. Secar el pelo con la toalla.
23. Retirar la toalla del cuello del enfermo.
24. Retirar las torundas de algodón de los oídos.
25. Retirar los empapadores que cubrían al enfermo y estirar la ropa superior de la cama.
26. Cambiar el camisón / pijama si es preciso y peinar el pelo.
27. Levantar la cabecera de cama hasta el ángulo deseado.
28. Secar con secador de pelo y peinar el cabello.
29. Dejar al paciente con fácil acceso al timbre y objetos personales.
30. Recoger todo el equipo y lavarse las manos.
31. Registrar el procedimiento y observaciones.

OBSERVACIONES:

- Antes de iniciar el procedimiento, valorar la capacidad del paciente para tolerar el decúbito.
- Aquellos pacientes cuyo estado les permita sentarse en una silla pueden lavarse más cómodamente.
- Tener presente que la existencia de contraindicaciones tales como antecedentes cardíacos o vasculares, aumento de la presión intracraneal, incisiones en el cuero cabelludo, lesiones cervicales u otras contraindicaciones para la manipulación de la cabeza.
- Explicar y hacer participe al paciente y la familia en la higiene del cabello es recomendable, especialmente cuando se aproxima el alta del paciente. Enfermería tendrá que valorar cuando es el momento oportuno para hacerlos partícipes y en que grado ha de ser dicha participación.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
2. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - McGraw -Hill, 1993.
3. *Técnicas de Enfermería.* Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
4. *Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud .* Subdirección G. At. Especializada 1995.
5. *Técnicas de Enfermería Clínica.* Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
6. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica. Volumen 1 5ª edición actualizada.* B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. *Guía de Procedimientos para Enfermeras.* 2ª Edición. J. Smith-Temple, J. Young Johnson. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 2.000.
8. *Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme.* SAS. Sevilla, enero 2.001.
9. *Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería.* Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2.001.
10. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico.* Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES* nº 27: (38-39. Julio 2.003.

PROCEDIMIENTO:	CODIGO
HIGIENE OCULAR	H.07

OBJETIVO:

Proporcionar / promover en el paciente los cuidados necesarios para mantener una higiene adecuada de la zona ocular.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Gasas estériles.
- Guantes.
- Jeringas.
- Suero fisiológico.
- Solución / pomada oftálmica prescrita.

DESARROLLO:

1. Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar.
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Lavado de manos.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocarse los guantes.
6. Colocar al paciente en posición adecuada para poder realizar el procedimiento (decúbito supino, Fowler).
7. Lavado mediante irrigación:
 - Cargar la jeringa con suero fisiológico.
 - Abrir los párpados del paciente con los dedos de una mano, con la otra irrigar suavemente con 5ml. de suero fisiológico, desde el lagrimal hacia fuera.
 - Secar con gasas estériles.
 - Cambiar de jeringa y realizar la maniobra en el otro ojo.
8. Lavado sin irrigación:
 - Humedecer dos o más gasas en suero fisiológico.
 - Limpiar deslizando la gasa sin presionar por el surco interparpebral desde el ángulo interno al externo del ojo.
 - Desechar gasa sucia.
 - Secar con gasa estéril limpia.
 - Repetir el mismo procedimiento en el ojo contrario.
9. Aplicar solución / pomada oftálmica, según prescripción.
10. Dejar al paciente en una postura cómoda con acceso al timbre y objetos personales.
11. Retirar el material.
12. Retirarse los guantes.
13. Lavado de manos.
14. Observar y registrar características de la secreción ocular.

OBSERVACIONES:

- Si existe exudado ocular el lavado se realizará por el surco interparpebral desde el ángulo interno al externo (de lo más limpio a lo más sucio). De esta forma se evita la contaminación del otro ojo y del conducto lacrimal.
- Repetir el procedimiento según necesidad utilizando cada vez una gasa nueva.
- En la profilaxis de la oftalmia del Recién Nacidos se atenderá a la pauta establecida en la unidad (una sola aplicación de pomada de Eritromicina en cada ojo al ingreso).
- En pacientes con alteración de conciencia, comatosos, pérdida de reflejos u otros problemas neurológicos, así como en neonatos en incubadora (especialmente incubadoras que no tienen humedad), hay que prestar especial atención a la apertura permanente de los ojos, pues puede verse favorecida la sequedad y posible aparición de úlceras corneales.
- Explicar y hacer partícipe al paciente y la familia en la higiene ocular es recomendable, especialmente cuando se aproxima el alta del paciente. Enfermería tendrá que valorar cuando es el momento oportuno para hacerlos partícipes y en que grado ha de ser dicha participación.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. *Manual de Cuidados Intensivos Neonatales.* J. Galleguillos, M.V. Olavarría. Ed. Mediterráneo 1987 (Santiago de Chile)
2. *Técnicas de Enfermería Clínica. Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.*
3. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica. Volumen 1, 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.*
4. *Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2.001.*
5. *Manual de Procedimientos y Protocolos Hospital "Virgen de la Victoria" Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 6ª edición año 2.000.*
6. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico. Francisco Pedro García Fernández. Revista de Enfermería INQUIETUDES nº 27: (38-39. Julio 2.003.*

PROCEDIMIENTO:	CODIGO
HIGIENE BUCAL EN EL PACIENTE ENCAMADO	H.08

OBJETIVO:

Proporcionar al paciente encamado los cuidados necesarios para satisfacer una higiene bucal adecuada, que favorezca su bienestar y evite infecciones, sequedad, grietas, malos olores y sabores.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Guantes
- Vaselina
- Toalla
- Riñonera
- Cepillo dental
- Dentífrico
- Vaso o recipiente
- Solución antiséptica
- Pinza
- Depresor
- Gasas
- Aspirador, si precisa

DESARROLLO:

1. Informar al paciente y a la familia el procedimiento que vamos a seguir y la importancia del mismo.
2. Solicitar su colaboración cuando se estime que dicha colaboración puede fomentar la autonomía y el autocuidado del paciente y los conocimientos de la familia.
3. Preparar todo el material necesario.
4. Preservar la intimidad del paciente durante el procedimiento.
5. Colocarse guantes.
6. Valorar el grado de autonomía y la posibilidad de participar en su autocuidado.
 - A.- Si el paciente puede lavarse por si mismo:
 - o Se le incorporará y se le proporcionará vaso con agua, riñonera, cepillo dental y dentífrico para el aseo bucal.
 - o Se le ofrecerá ayuda cuando sea preciso, teniendo en cuenta su demanda y sus necesidades.
 - B.- Si el paciente no puede lavarse por si mismo:
 - o Colocarlo en una posición de comodidad y seguridad. Cuando el nivel de conciencia está descendido, colocar la cabeza lateralizada.
 - o Colocar una toalla alrededor del cuello.
 - o Aspirar secreciones si es preciso.
 - o Pasar torunda empapada en antiséptico bucal por toda la cavidad (dientes, encías, lengua...), teniendo la precaución de escurrir la torunda en el borde del vaso o recipiente que estemos utilizando.
 - o Repetir cambiando de torunda las veces que veamos necesarios hasta eliminar restos y secreciones.
 - o Secar los labios. Si existen costras aplicar vaselina.
7. Retirar el material.
8. Retirar guantes y mascarilla.
9. Registrar el procedimiento.

OBSERVACIONES:

- Si el paciente lleva prótesis, retirar y actuar según protocolo
- La utilización de vaselina es una medida muy adecuada para evitar la sequedad de las mucosas (labios), pero que requiere ciertas precauciones cuando se aplica a pacientes con oxigenoterapia, donde debería valorarse su uso ya que alguna fuente bibliográfica menciona que puede ser inflamable, no existiendo evidencia de que esto suceda sólo por la asociación de la vaselina y oxígeno.

- En pacientes con el estado de conciencia alterado, prestar especial atención para evitar aspiraciones del antiséptico oral.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
- Explicar y hacer participe al paciente y la familia en la higiene bucodental es recomendable, especialmente cuando se aproxima el alta del paciente. Enfermería tendrá que valorar cuando es el momento oportuno para hacerlos partícipes y en que grado ha de ser dicha participación.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
2. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - McGraw -Hill, 1993.
3. *Técnicas de Enfermería.* Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
4. *Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud .* Subdirección G. At. Especializada 1995.
5. *Técnicas de Enfermería Clínica.* Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
6. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica.* Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme. SAS. Sevilla, enero 2.001.
8. Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2.001.
9. Manual de Procedimientos y Protocolos Hospital "Virgen de la Victoria" Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 6ª edición año 2.000.
10. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico.* Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES* nº 27: (38-39). Julio 2.003.
11. *Cuidados para la salud en la higiene bucodental.* María de los Ángeles Fernández Romo. *Revista de Enfermería INQUIETUDES* nº 27 (11-20). Julio 2.003.

PROCEDIMIENTO:	CODIGO
HIGIENE / CUIDADOS DE GENITALES Y ZONA PERINEAL	H.09

OBJETIVO:

Proporcionar al paciente los cuidados y conocimientos necesarios para mantener una higiene adecuada de los genitales y de la zona perineal.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Agua templada
- Solución Jabonosa Antiséptica
- Solución de Bencidamina
- Guantes
- Toallas
- Cuña
- Compresas
- Salvacamas

DESARROLLO:

1. Informar a la/el paciente del procedimiento que vamos a realizar y obtener su colaboración.
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Preservar al máximo la intimidad de la/el paciente.
4. Lavarse las manos y colocarse guantes.
5. Colocar al paciente / la en decúbito supino.
6. Desnudar al paciente / la y cubrirlo parcialmente con una sábana.
7. Cuando el paciente es un hombre:
 - Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas ligeramente separadas, flexionadas y en rotación externa, disponiendo un salvacamas y una cuña bajo las nalgas.
 - Lave los genitales externos, pene y testículos.
 - Enjuagar y secar
 - Si el paciente no está circuncidado bajar el prepucio y lavar el glande. Secar suavemente y subir de nuevo el prepucio, para evitar edemas (parafimosis).
 - Después lave y limpie el escroto y la zona perianal.
 - Enjuagar y secar.
8. Cuando la paciente es una mujer:
 - Colocar a la paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y separadas (en abducción), ayudándole si no puede realizarlo por sí misma.
 - Colocar un salvacamas y una cuña bajo las nalgas y cubrirla con una sábana.
 - Limpiar los labios mayores, irrigar desde el pubis hacia el recto con la solución jabonosa antiséptica a temperatura templada.
 - Separar y limpiar los pliegues entre los labios mayores y los menores, desde el pubis hacia el recto, repitiendo en este orden si es necesario.
 - Enjuagar y secar bien desde el pubis hacia el recto.
 - Limpiar el área rectal desde la vagina hacia el ano con un solo movimiento. Proceder del mismo modo para enjuagar y secar.
9. Retirar la cuña eliminando su contenido.
10. Registrar en la hoja de evolución de cuidados las observaciones que sean pertinentes.

OBSERVACIONES:

- Mantener una temperatura adecuada, evitando pasos y corrientes de aire en la habitación.
- Inspeccionar el meato uretral y alrededores en pacientes con catéteres vesicales, ya que se pueden producir escoriaciones.
- En mujeres:
 - I. La exposición mínima reduce la vergüenza y proporciona calor.
 - II. Las secreciones que tienden a acumularse entre los labios menores facilitan la proliferación bacteriana.

- III. La limpieza de la zona rectal desde la vagina hasta el ano y la zona posterior de las nalgas puede hacerse en decúbito lateral.
- IV. Cuando existen episiotomías o menstruación aplicar la compresa perineal de delante hacia atrás, si es necesario.
- V. En algunos casos será recomendable indicar a la enferma que deje la zona libre de prendas que dificulten el paso de aire para así favorecer la cicatrización.
- VI. En el posparto observar los loquios (aspecto, cantidad, olor...).
- VII. La Higiene perineal se realizará cada 12 horas
 - En hombres:
 - I. Retraer el prepucio y limpiar el glande es necesario para retirar el esmegma que se acumula bajo el pliegue y favorece el crecimiento bacteriano.
 - II. El escroto tiende a estar mas sucio que el pene por su proximidad con la zona anal, por esto, se limpia habitualmente después del pene.
 - III. La limpieza del escroto y de la zona anal puede hacerse en decúbito lateral.
 - Explicar y hacer participe al paciente y la familia en la higiene bucodental es recomendable, especialmente cuando se aproxima el alta del paciente. Enfermería tendrá que valorar cuando es el momento oportuno para hacerlos participes y en que grado ha de ser dicha participación.
 - La Bencidamina es un antiinflamatorio ginecológico que actúa sobre la inflamación respetando la normal capacidad de defensa y de cicatrización de los tejidos, reduciendo el edema y las modificaciones degenerativas. En el preparado comercial Rosalgín ® la preparación de la solución se realiza disolviendo el contenido de dos sobres en un litro de agua tibia.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
2. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - McGraw -Hill, 1993.
3. *Técnicas de Enfermería.* Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
4. *Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud .* Subdirección G. At. Especializada 1995.
5. *Técnicas de Enfermería Clínica. Vol. 1 B.* Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
6. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica. Volumen 1* 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. *Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme.* SAS. Sevilla, enero 2.001.
8. *Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería.* Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 2.001.
9. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico.* Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES nº 27: (38-39. Julio 2.003.*

PROCEDIMIENTO:	CODIGO
HIGIENE DE PIES Y UÑAS	H.10

OBJETIVO:

Proporcionar una higiene y cuidados de pies y uñas adecuada, aumentando su confort y bienestar, evitándole infecciones o lesiones de los pies y uñas.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Palangana
- 2 esponjas jabonosas de un solo uso
- 2 toallas
- Guantes de un solo uso.
- Vaselina
- Loción hidratante
- Tijeras o alicates de uñas

DESARROLLO:

1. Informar al paciente del procedimientos que vamos a seguir.
2. Preparar todo el material necesario.
3. Colocar al paciente en posición adecuada preservando su intimidad.
4. Colocarse guantes y examinar el pie para determinar si existen lesiones, enrojecimiento y zonas secas o agrietadas.
5. Llenar palangana con agua tibia.
6. Ayudar al paciente ambulante a sentarse en la silla, al paciente encamado colocarlo en posición supina o semifowler colocando almohada en el hueco poplíteo.
7. Colocar aislante plastificado en el suelo o al pie de la cama.
8. Introducir un pie en el recipiente durante 10 minutos.
9. Lavar el pie con jabón frotando las áreas encallecidas con la esponja.
10. Retirar el pie y colocarlo sobre una toalla, secando con suavidad especialmente entre los dedos.
11. Observar la piel y aplicar crema hidratante o vaselina.
12. Cambiar el agua del recipiente y proceder a repetir la operación con el pie contrario.
13. Cortar las uñas de los pies rectas una vez limpios.
14. Colocar al paciente en una posición cómoda.
15. Recoger todo el material.
16. Registrar todas las observaciones.

OBSERVACIONES:

- Si existe infección ungueal, o afección vascular periférica, comunicar al facultativo antes de proceder al corte de las uñas.
- La limpieza de las uñas se puede realizar con un cepillo de cerdas suaves, lo que facilita la limpieza de las zonas y pliegues de difícil acceso.
- Explicar y hacer participe al paciente y la familia en la higiene es recomendable, especialmente cuando se aproxima el alta del paciente. Enfermería tendrá que valorar cuando es el momento oportuno para hacerlos partícipes y en que grado ha de ser dicha participación.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
2. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - Mcgraw -Hill, 1993.
3. *Técnicas de Enfermería.* Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
4. *Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud.* Subdirección G. At. Especializada 1995.
5. *Técnicas de Enfermería Clínica.* Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
6. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica.* Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme. SAS. Sevilla, enero 2.001.
8. Manual de Procedimientos y Protocolos Hospital "Virgen de la Victoria" Málaga. Servicio Andaluz de Salud, 6ª edición año 2.000.
9. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico.* Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES nº 27: (38-39. Julio 2.003.*

PROCEDIMIENTO: CAMBIO DE BATA O PIJAMA EN PACIENTE CON SUEROTERAPIA	CODIGO H.11
--	------------------------------

OBJETIVO:

Prestar los cuidados necesarios en el cambio de ropa del paciente portador de accesos venosos/arteriales o fluidotepia, proporcionándole comodidad y seguridad.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Guantes de un solo uso
- Ropa hospitalaria (camisón, pijama, bata...).
- Ropa de cama, si es preciso.
- Bolsa para ropa sucia.
- Manivela.

DESARROLLO:

1. Informar al paciente del procedimientos que vamos a realizar.
2. Solicitar su colaboración en razón a su grado de dependencia y movilidad.
3. Colocarse guantes de un solo uso.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar la cama en posición más adecuada, para la realización del procedimiento.
6. Examen previo de la localización del acceso venoso, así como de la eficacia el sistema de fijación.
7. Abrir las lazadas o botones que tenga la prenda de ropa que vamos a retirar.
8. Retirar primero la ropa del brazo que no tiene el acceso venoso.
9. Se baja la ropa por el brazo que tiene la canalización, pasando la manga por el tubo del sistema de perfusión, vigilando que no existan tensiones ni acodaduras en el equipo.
10. Coger el envase de solución y pasarlo por la manga, manteniéndolo en la misma posición que colgado, evitando que exista reflujo del paciente al frasco.
11. Colocar el envase en su soporte.
12. Retirar la ropa sucia directamente a la bolsa o contendor preparado para tal fin.
13. Colocamos frente al paciente la ropa limpia que le vamos a poner.
14. Coger el envase y pasarlo a través de la manga por la parte interior en dirección al puño, manteniendo el frasco en posición vertical y por encima del brazo.
15. Ayudar a introducir el brazo del paciente y el equipo de infusión por la manga evitando las tensiones y acodaduras.
16. Colgar el recipiente en el soporte.
17. Ayudar a introducir el otro brazo por la otra manga de la bata, pijama o camisón.
18. Asegurar las cintas o botones de la ropa.
19. Comprobar la fijación y permeabilidad del acceso venoso, así como el ritmo de infusión.
20. Comprobar la necesidad de cambiar ropa de cama.
21. Dejar al paciente en una posición cómoda y con acceso al timbre y sus objetos personales.
22. Retirar el material usado y los guantes.

OBSERVACIONES:

- Cuando existen accesos venosos/arteriales, periféricos o centrales, se hace necesario adecuar la ropa del paciente a la localización, tipo y número de accesos de los que es portador. En este sentido habrá que buscar aquellas ropas hospitalarias que garantizando la intimidad y comodidad del paciente no interfieran en la viabilidad de los accesos vesonos/arteriales y en los sistemas de perfusión.
- Explicar y hacer participe al paciente y la familia en los cambios de ropa puede ser recomendable cuando esto fomente la comodidad y el grado de independencia del paciente. Esto debe ser valorado por Enfermería que tendrá que ver cuando, cuanto y en que momento debe de implicarse al paciente/familia, ajustando su participación al juicio clínico.

- Diagnósticos NANDA relacionados:
 - ❖ 00109 Déficit de autocuidados: vestido / acicalamiento.
- Referencias de intervenciones de Enfermería (NIC):
 - ❖ Vestir. 1630
 - ❖ Ayuda con los autocuidados: Vestir / arreglo personal. 1.802

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios. Kozier Erb Bufalino. Interamericana - Mcgraw -Hill, 1993.*
2. McCloskey, Joanne C.; Bulechek, Gloria M.; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Editorial Síntesis. Madrid. 1999.

PROCEDIMIENTO: RASURADO ANTE PRUEBAS DIAGNOSTICAS O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	CODIGO H.12
---	------------------------------

OBJETIVO:

Proporcionar al paciente una higiene adecuada de una zona de piel y descender el riesgo de infección; preparando la piel y eliminando el vello de la zona sobre la que se va a practicar una exploración diagnóstica o intervención quirúrgica.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Guantes.
- Gasas.
- Rasuradora de un solo uso.
- Máquina eléctrica para cortar el cabello.
- Empapadores.
- Recipiente con agua templada.
- Jabón.
- Toalla.

DESARROLLO:

1. Confirmar el tipo de exploración / intervención que se le va a practicar al paciente y la zona que ha de ser rasurada (el tipo y extensión de la preparación y rasurado de la piel depende del tipo de exploración / intervención que se va a realizar) comprobando si existe alguna prescripción al respecto.
2. Informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar.
3. Preparar el material junto al paciente, decidiendo que materiales son los más adecuados al paciente y a la zona a rasurar.
4. Examinar cuidadosamente la zona a tratar para detectar la presencia de lesiones, (erupciones, tumoraciones, inflamaciones, infecciones, etc.) que pudieran contraindicar el rasurado de la zona.
5. Comprobar que el paciente no es alérgico a ninguna de las soluciones que vamos a utilizar.
6. Determinar la zona que va a ser tratada, que ha de ser lo suficientemente amplia para dar cabida a la incisión, incisiones adicionales, drenajes, ostomías, etc.
7. Colocarse guantes.
8. Colocar al paciente en la posición adecuada según la zona que vaya a rasurarse.
9. Proteger la intimidad del paciente, descubriendo únicamente la zona a preparar (cuando se realiza con maquinilla o cuchilla se pueden ir exponiendo zonas pequeñas de unos 15 cm. cada vez).
10. Rasurado:
 - I. En seco (con rasuradora de un solo uso / con maquina eléctrica).
 - o Colocar un paño bajo la zona a preparar.
 - o Comprobar que la zona está seca.
 - o Mantener la piel tensa, ejerciendo tensión desde una zona cercana a donde se aplica la maquinilla.
 - o Retirar el vello con la maquinilla suavemente y sin ejercer presión (la presión puede producir abrasiones especialmente sobre prominencias óseas).
 - o Cuando se realiza con cuchilla, mantenerla en un ángulo de unos 45º con respecto a la piel.
 - o Seguir la orientación del vello suele facilitar el procedimiento y ocasiona menos molestias al paciente.
 - o Realizar movimientos cortos y limpiar la maquinilla con frecuencia, cambiándola si es preciso.
 - o Desplazar el paño, procurando que el vello cortado no se expanda por la cama, camilla o lugar donde se está realizando el procedimiento.
 - II. Afeitado húmedo.
 - o Colocar un paño impermeable bajo la zona a preparar.
 - o Limpiar bien la piel con una solución jabonosa.
 - o Mantener la piel tensa, ejerciendo tensión desde una zona cercana a donde se aplica la maquinilla.

- o Mantener la cuchilla en un ángulo de unos 45° con respecto a la piel.
- o Generalmente es más fácil realizar los movimientos en la dirección de crecimiento del cabello.
- o Realizar movimientos cortos.
- o Aclarar con frecuencia la cuchilla.
- o Retirar con un papel o paño el exceso de cabello ya cortado que puede molestar en la progresión del rasurado.
- o Desplace el paño y enjabone cuantas veces sea necesario hasta completar el rasurado de toda la zona.

11. Inspeccionar bien la zona rasurada para comprobar la integridad.

12. Limpiar y desinfectar la zona rasurada, si procede.

13. Retirar y desechar los materiales en las bolsas o contenedores correspondientes.

14. Registrar el procedimiento.

OBSERVACIONES:

- La eliminación del cabello de la zona operatoria no es siempre recomendable. Si lo es cuando interfiere con la exploración / intervención quirúrgica, (Certeza A).
- El rasurado forma parte, junto con otras medidas (P.01, P.02, P.03) de la correcta preparación quirúrgica de pacientes sometidos a pruebas o intervenciones quirúrgicas.
- La enfermera como responsable de los cuidados del paciente, coordinará la preparación quirúrgica, determinando quien y en que momento se realizará el rasurado, atendiendo a:
 - ❖ Disponibilidad de barbero.
 - ❖ Carácter programado o urgente de la prueba o intervención.
 - ❖ Complejidad del rasurado y zona anatómica a rasurar.
- Debe tenerse en cuenta que el rasurado de algunas zonas (genitales) puede suponer vergüenza o reparo para el paciente, para lo cual habrán de articularse todas las medidas que protejan su intimidad.
- Enfermería debe verificar que el rasurado de la piel se ajusta a las necesidades de la exploración / intervención en cuanto a zona, extensión y ausencia de lesiones, sin olvidar aquellos pacientes que lo han realizado previamente a su ingreso.
- El rasurado mecánico (maquinilla, cuchilla) ocasiona mayores microlesiones y microtraumatismos, lo cual puede asociar un aumento de contaminación bacteriana y aumento del riesgo de infección en la zona rasurada, dado cual sería aconsejable que lo realizara personal experto o con experiencia.
- Debe de realizarse lo más cercano al momento de la exploración / intervención. El afeitado que se realiza inmediatamente antes de la intervención se asocia con tasas de infección quirúrgica menores que cuando se realiza 24 horas antes.
- Debe realizarse en una zona asistencial, pero fuera de la sala donde se va a realizar la exploración / intervención.
- El riesgo de producir traumatismos (cortes, rozaduras, lesiones microscópicas...) está presente especialmente en el rasurado con maquinillas y cuchillas manuales, hecho éste que puede favorecer un mayor índice de infección.
- Otros métodos alternativos a la maquinilla manual son las máquinas eléctricas que no producen tanta erosión ya que cortan el pelo a una pequeña distancia de la piel, siempre y cuando su manipulación sea suave.
- La eliminación del vello debe hacerse con maquinillas eléctricas antes de la intervención en lugar de con maquinilla de afeitar manual o cremas depilatorias (Certeza A).
- El rasurado
- Niveles de Certeza:
 - Certeza A o ALTA:** Existe una adecuada evidencia, basada en revisiones sistemáticas, metanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su utilización.
 - Certeza B o MEDIA:** Existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización, basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte o casos-control.
 - Certeza C o BAJA:** Existe evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización, basada en estudios descriptivos, consensos, recomendaciones de expertos, casos clínicos, estudios cualitativos, etc

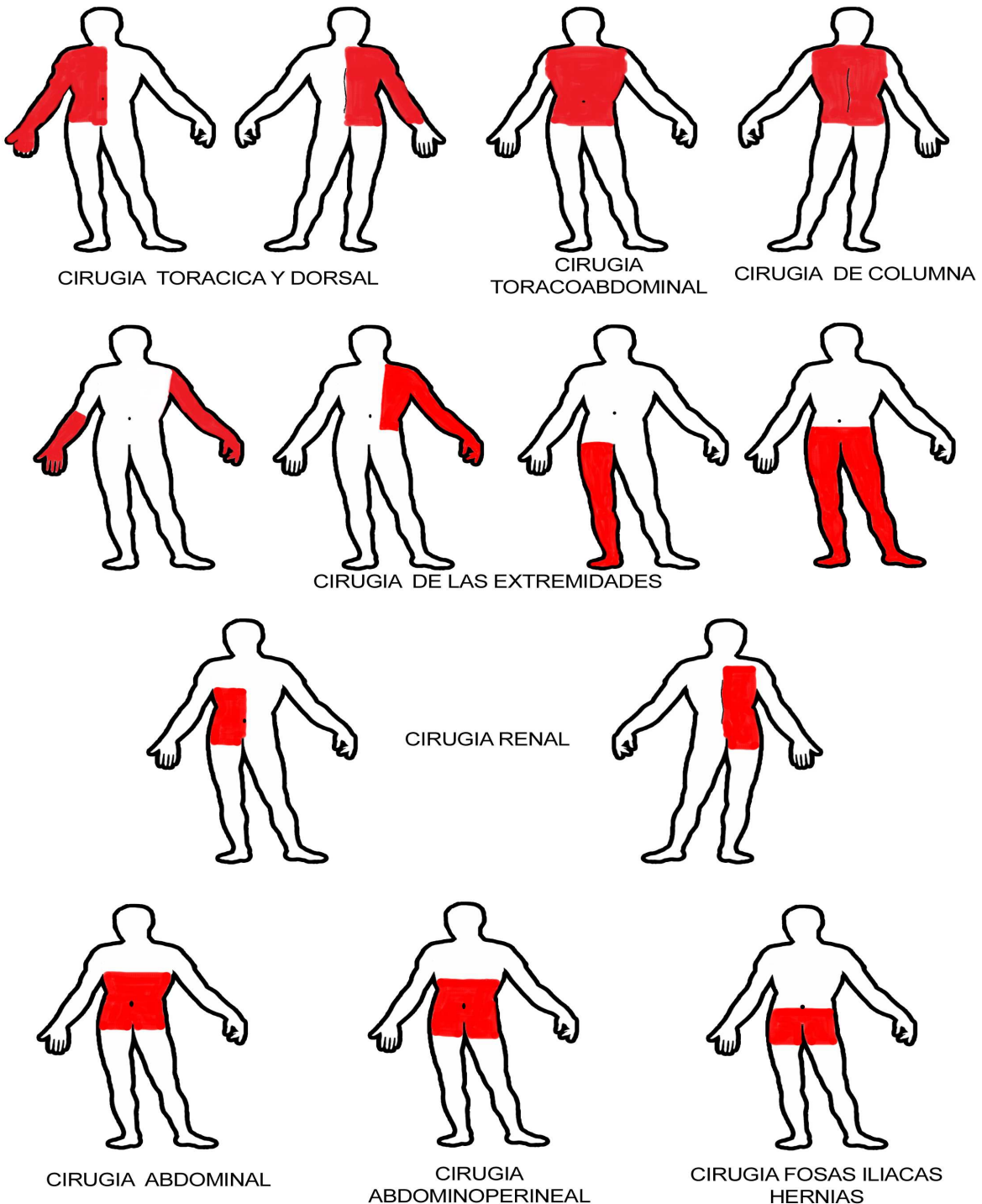
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
2. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - McGraw - Hill,

1993.

3. *Técnicas de Enfermería*. Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
4. *Signo II Club de Enfermería. Manual D. General Insalud*. Subdirección G. At. Especializada 1995.
5. *Manual de Protocolos y Procedimientos de Enfermería*. Dirección de enfermería: Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba 1998.
6. *Técnicas de Enfermería Clínica*. Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica*. Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
8. *Borrador de la norma para prevención de la infección quirúrgica*. Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS). 1998.
9. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico*. Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES* nº 27: (38-39. Julio 2.003.
10. *Plan de Vigilancia y Control de las Infecciones Nosocomiales en los Hospitales del S.A.S. MEDIDAS DE CONTROL PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS*. Servicio Andaluz de Salud. Junio 2002.
11. Guillamet Lloveras A, Jerez Hernández J M. *Enfermería quirúrgica PLANES DE CUIDADOS*. Springer Verlag Ibérica. Barcelona. 1999.
12. Esteve Reig J, Mitjans Galitó J. *Enfermería TÉCNICAS CLÍNICAS*. McGRAW-HILL-INTERAMERICANA. Madrid. 1999.

DOCUMENTO ANEXO:



PROCEDIMIENTO:	CODIGO
HIGIENE / CUIDADOS DE LA PIEL DEL RECIÉN NACIDO	H.13

OBJETIVO:

Proporcionar al Recién nacido los cuidados de la piel necesarios para satisfacer las necesidades de higiene, manteniendo una buena hidratación, favoreciendo el confort y previniendo alteraciones.

MATERIAL Y EQUIPO:

Toalla
Gel
Esponja de un solo uso
Ropa de cuna: 3 sábanitas, un suapel, 2 mantitas
Ropa de niño: camisita y pañal
Solución jabonosa
Gasa
Crema hidratante
Colonia
Cepillo de niño
Balanza y papel secante

DESARROLLO:

1. Preparar el material de aseo, ropa de cuna y de niño.
2. Lavarse las manos siempre antes de tocar a un niño.
3. Comprobar que la temperatura ambiente sea la adecuada, cerrando puertas y evitando corrientes de aire.
4. Preparar la balanza, colocando sobre ella papel secante y pesar al recién nacido sin ropa.
5. Controlar que la temperatura del agua sea adecuada
6. Introducir al recién nacido en la bañera colocando nuestra mano izquierda (diestros) en su nuca.
7. Humedecer la esponja y proceder a la higiene según el siguiente orden: cabeza, cuello tórax, axilas, brazos y manos, abdomen, piernas y pies teniendo especial cuidado en los pliegues y en los espacios interdigitales.
8. Proceder a la higiene de la zona genitoanal, limpiando primero las zonas laterales y por último desde el centro hacia el ano.
9. Girar al niño colocando la mano y el antebrazo izquierdo (diestros) sujetando el tórax y proceder a la higiene de dorso, nalgas y extremidades.
10. Aclarar el jabón y colocar al recién nacido sobre la toalla, envolviéndolo tapando cabeza y extremidades.
11. Secar cuando sea posible con un paño tibio y especial cuidado en pliegues y espacios interdigitales y cordón umbilical, lo que evitará pérdidas de calor y erosiones.
12. Proceder a la higiene del cordón umbilical según el protocolo H.14.
13. Aplicar crema hidratante.
14. Vestir al recién nacido y la cunita.
15. Acomodar al recién nacido en la cunita en decúbito lateral hasta que el ombligo haya cicatrizado; posteriormente en decúbito supino o lateral.
16. Retirar ropa sucia.
17. Realizar lavado de manos.
18. Registrar acciones realizadas y observaciones en los registros correspondientes.

OBSERVACIONES:

- El primer baño se realizará pasadas las primeras 24 horas tras el nacimiento, salvo que el juicio clínico de la enfermera le aconseje lo contrario motivado por las particularidades que presente el RN.
- Utilizar bañerita en incubadora
- Colocar el pañal por debajo del muñón del cordón ya que facilita su cicatrización.
- La posición decúbito lateral permite que circule más aire alrededor del cordón, facilita el drenaje de la mucosidad oral y es más cómoda, aunque existen autores que en los últimos tiempos recomiendan la posición de decúbito supino frente al prono y lateral para prevenir/disminuir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.
- El lavado de genitales y glúteos es conveniente realizarlo cada cambio de pañal, para eliminar residuos de orina o heces.
- El momento del baño se puede aprovechar para inspeccionar la piel, color, la temperatura y las características generales que presenta.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Cuidados Intensivos Neonatales. J. Galleguillos, M.V. Olavarría. Ed. Mediterráneo 1987 (Santiago de Chile).
2. Técnicas de Enfermería Clínica. Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
3. Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica. Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
4. Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme. SAS. Sevilla, enero 2.001.
5. Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico. Francisco Pedro García Fernández. Revista de Enfermería INQUIETUDES nº 27: (38-39. Julio 2.003.
6. De Alba Romero C, De la Cruz Bertolo J, Rodríguez Díaz R, López Maestro Mª, Guillén Martín S. ¿Prono frente a qué?. An Esp Pediatr. 2002. 57(6): 554-7.
7. Figueras Aloy J, García Alix A, Alomar Ribes A, Blanco Bravo D, Esqué Ruiz MT, Fernández Lorenzo JR. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. Anales de Pediatría. Agosto 2001. 55(02): 141-145.

PROCEDIMIENTO: HIGIENE / CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL	CODIGO H.14
---	----------------------------------

OBJETIVO:

Proporcionar los cuidados necesarios al cordón umbilical del recién nacido para satisfacer las necesidades de higiene y confort, favoreciendo su cicatrización y evitando complicaciones.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Gasas estériles
- cuentagotas
- Solución A o B según prescripción:
- Solución A: Alcohol al 70%
- Solución B: Mercurocromo y Alcohol en dilución 1:1

DESARROLLO:

1. Preparar todo el material necesario.
2. Comprobar que la temperatura ambiente sea adecuada y que no existen corrientes de aire.
3. Lavado de manos.
4. Colocarse guantes.
5. Coger al niño de su cuna y colocarlo sobre la mesa o camilla.
6. Descubrir el cordón umbilical.
7. Observar el color, olor, textura y características que presenta.
8. Traccionar suavemente el cordón y observar la presencia de secreciones.
9. Colocar una gasa en la base del cordón.
10. Aplicar la solución alcohólica o antiséptica que corresponda, comenzando por el extremo distal del muñón realizando un movimiento circular y terminar en la zona de inserción cutánea.
11. Envolver el cordón con una gasa estéril.
12. Colocar el cordón hacia arriba.
13. Colocar al niño en posición decúbito lateral, si no existe contraindicación.
14. Registrar la actividad anotando las características del cordón.

OBSERVACIONES:

- La ligadura y asepsia del cordón umbilical debe realizarse con pinza estéril y desechable.
- La higiene y cuidados del cordón umbilical deberán realizarse dos o tres veces al día tras el cambio de pañal y hasta la caída del cordón y cicatrización umbilical. Cuando esto no fuese posible, se realizará al menos una vez cada 24 horas coincidiendo con el baño del lactante.
- Colocar el pañal por debajo del muñón del cordón ya que facilita su cicatrización.
- La posición decúbito lateral permite que circule más aire alrededor del cordón, facilita el drenaje de la mucosidad oral y es más cómoda, aunque existen autores que en los últimos tiempos recomiendan la posición de decúbito supino frente al prono y lateral para prevenir/disminuir el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante.
- La aplicación de antisépticos yodados, tanto en la madre antes del parto como en el niño recién nacido, puede contribuir a una sobre carga yodada incontrolada en el niño, por lo que su uso debe ser bien ponderado en el periodo perinatal. La asepsia del cordón parece que no debe ser realizada con soluciones yodadas.
- Sobre la base de un estudio de revisión de estudios aleatorizados y cuasi-aleatorizados que comparan el cuidado tópico del cordón sin cuidado de rutina y comparaciones entre diferentes métodos de cuidado del cordón umbilical (CERTEZA A) podemos destacar:
 - Algunos neonatos presentan alto riesgo de infección en el hospital (incluidos los prematuros y los internados en unidades de cuidados intensivos), dado el mayor riesgo de sepsis que pueden sufrir, el uso de antisépticos tiene pocas probabilidades de ser nocivo y, por el contrario, es factible que reduzca la posibilidad de infección nosocomial, por lo que no parece haber razón para suspender su uso en estas situaciones de mayor riesgo de infección.
 - En uno de los estudios analizados se compara el uso de alcohol con la ausencia de cuidados umbilicales específicos (Dore 1998), encontrando que la caída del cordón se produce con una anterioridad significativa (1,64 días) cuando se usa alcohol.

- Gran parte de la inquietud de las madres y de los trabajadores de la salud se relaciona con la incertidumbre acerca del proceso normal de secado y caída del cordón umbilical, incluidos su apariencia y el olor propio de la descomposición de los tejidos. El uso de antisépticos se asoció con una reducción de la preocupación en la madre por el cordón umbilical.
 - No podemos estar seguros de cuál es la mejor práctica para el cuidado del cordón umbilical en las instituciones de los países desarrollados. No hay ningún indicio que sugiera que sea nocivo preocuparse sólo por mantener la limpieza del cordón. No se conocen los agentes más apropiados (alcohol, antisépticos o antibióticos; polvos, soluciones o ungüentos) para su uso habitual y con qué frecuencia debe aplicarse. Tampoco se sabe cuál es el mejor método para limpiar la zona del cordón. Se requiere todavía una investigación adecuada que documente el proceso normal del desprendimiento del cordón.
- Niveles de Certeza:
 - **Certeza A o ALTA:** Existe una adecuada evidencia, basada en revisiones sistemáticas, metanálisis o ensayos clínicos aleatorios para recomendar o desestimar su utilización.
 - **Certeza B o MEDIA:** Existe evidencia para recomendar o desestimar su utilización, basada en ensayos clínicos no aleatorios o estudios cohorte o casos-control.
 - **Certeza C o BAJA:** Existe evidencia, aunque insuficiente para recomendar o desestimar su utilización, basada en estudios descriptivos, consensos, recomendaciones de expertos, casos clínicos, estudios cualitativos, etc

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Manual de Cuidados Intensivos Neonatales. J. Galleguillos, M.V. Olavarría. Ed. Mediterráneo 1987 (Santiago de Chile)
2. J. Román, S. Llanes y otros." Antisépticos Umbilicales: Revisión". Revista Pediatría Rural y Extrahospitalaria. Volumen XXVI; Nº 236, Febrero 1996: pg 14.
3. J. Perapoch López, S. Salcedo y otros. "Colonización umbilical en recién nacidos normales. Estudio comparativo de cuatro métodos de antisepsia umbilical". Anales Españoles de Pediatría. Volumen 39; Nº3: 195-198. Septiembre 1993.
4. Técnicas de Enfermería Clínica. Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
5. Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica. Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
6. Manual de Procedimientos, Dirección de Enfermería. Área Hospitalaria de Calme. SAS. Sevilla, enero 2.001.
7. Joanne C. McCloskey, Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Editorial Síntesis. 1.999.
8. Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico. Francisco Pedro García Fernández. Revista de Enfermería INQUIETUDES nº 27: (38-39. Julio 2.003.
9. Arena Ansotegui J,Emparanza Knörr JL. Los antisépticos yodados no son inocuos Anales de Pediatría. Julio 2000. 53(01): 25-29.
10. De Alba Romero C, De la Cruz Bertolo J, Rodríguez Díaz R, López Maestro Mª, Guillén Martín S. ¿Prono frente a qué?. An Esp Pediatr. 2002. 57(6): 554-7
11. Figueras Aloy J, García Alix A, Alomar Ribes A, Blanco Bravo D, Esqué Ruiz MT, Fernández Lorenzo JR. Recomendaciones de mínimos para la asistencia al recién nacido sano. Anales de Pediatría. Agosto 2001. 55(02): 141-145.
12. Zupan J, Garner P. Cuidado tópico del cordón umbilical en el nacimiento (Translated Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software.
13. DORE 1998. Dore S, Coulas S, Hamber :, Gadjacs S, Buchan D, Stewart M, Cowan D, Jamieson L. A comparison of two methods of newborn cord care: natural drying and alcohol cleaning. JOGNN. In press.

PROCEDIMIENTO: HIGIENE DE CAVIDADES EN RECIÉN NACIDOS	CODIGO H.15
--	----------------------------------

OBJETIVO:

Proporcionar al recién nacido los cuidados necesarios para satisfacer sus necesidades de higiene de las cavidades nasal, oral y auditiva, favoreciendo el buen estado e hidratación de las mismas.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Gasas estériles
- Suero Fisiológico

DESARROLLO:

1. Preparar todo el material necesario.
2. Realizar lavado de manos
3. Proceder a la higiene de la Cavidad Nasal:
 - 3.1. Introducir suavemente el extremo de una gasa humedecida en suero fisiológico, en una de las cavidades nasales realizando un movimiento rotatorio. Retirar y repetir con otra gasa el procedimiento en la cavidad contraria. Si esto no fuese posible, puede realizarse lavado con suero.
 - 3.2. Realizar hidratación y/o aspiración de las secreciones.
 - 3.3. Repetir el procedimiento si es necesario.
4. Proceder a la higiene de la Cavidad Oral:
 - 4.1. Limpiar con una torunda humedecida en suero fisiológico la encía y cara interior de la mejilla comenzando por la zona media de la encía superior y terminando en la zona media de la encía inferior. Desechar gasa
 - 4.2. Repetir el procedimiento en el lado opuesto
 - 4.3. Limpiar paladar y desechar gasa
 - 4.4. Limpiar lengua y desechar gasa
 - 4.5. Realizar aspiración de secreciones si es necesario
 - 4.6. Limpiar y humedecer labios
 - 4.7. Repetir procedimiento si es necesario
5. Proceder a la higiene de la cavidad auditiva:
 - 5.1. Enderezar pabellón auricular traccionando suavemente hacia arriba y hacia atrás e inspeccionarlo.
 - 5.2. Retirar secreciones del orificio externo del conducto auditivo externo y del pabellón auricular, con una gasa humedecida en suero fisiológico.
 - 5.3. Repetir el procedimiento en el otro orificio
 - 5.4. Repetir tantas veces como sea necesario
6. Registrar las actividades y observaciones.

OBSERVACIONES:

En caso de sequedad de mucosas, lubricar los labios teniendo precaución de no utilizar vaselina en pacientes con oxigenoterapia.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. *Manual de Cuidados Intensivos Neonatales*. J. Galleguillos, M.V. Olavarría. Ed. Mediterráneo 1987 (Santiago de Chile).
2. *Técnicas de Enfermería Clínica*. Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
3. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica*. Volumen 1, 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
4. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico*. Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES* nº 27: (38-39. Julio 2.003.

PROCEDIMIENTO:	CODIGO
HIGIENE / CUIDADOS DE LA PIEL DEL NIÑO DE 0 A 4 AÑOS	H.16

OBJETIVO:

Proporcionar a los niños hospitalizados los cuidados necesarios para satisfacer sus necesidades de higiene y confort, favoreciendo un buen estado de hidratación de la piel.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Bañera.
- Termómetro de baño.
- Jabón neutro.
- Crema.
- Toalla.
- Torundas de algodón.
- Esponja de un solo uso.
- Guantes.

DESARROLLO:

1. Preparar el material y la bañera.
2. Verificar una temperatura adecuada de la sala (entre 22 y 23 °C).
3. Comprobar la temperatura del agua del baño (entre 37 y 39 °C con termómetro de baño o en su defecto, con nuestro codo o muñeca).
4. Cerrar puertas y evitar corrientes de aire.
5. Colocarse guantes.
6. Desvestir al niño e introducirlo en la bañera.
7. Proceder a lavar al niño incluyendo la cabeza, utilizando una esponja de un solo uso distinta para la cara y el cuerpo. En la cara, no usar jabón, sólo agua.
8. Sacar al niño de la bañera.
9. Secar al niño con una toalla de uso exclusivo, prestando especial atención a los pliegues (parte posterior de orejas, ingles) evitando que queden húmedos.
10. Aplicar crema corporal.
11. Vestir al niño
12. Cepillar o peinar al niño.
13. Colocar al niño en su cama en una posición adecuada.
14. Registrar el procedimiento y las observaciones.

OBSERVACIONES:

El baño, no debe prolongarse para evitar la pérdida de calor.
Para el cuerpo se usarán jabones neutros.
No se recomienda el uso de polvos de talco.
Para secar humedad en orificios nasales y conductos auditivos no se usarán bastoncillos, sólo torundas de algodón o gasas (siempre en el exterior del conducto auditivo externo y del pabellón auricular).

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Enfermería Pediátrica. Marlow Redding
2. Cuidado y evolución del niño. El lactante. El niño de uno a tres años.
3. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
4. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - McGraw -Hill, 1993.
5. *Técnicas de Enfermería.* Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
6. *Técnicas de Enfermería Clínica.* Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
7. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica.* Volumen 1, 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
8. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico.* Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES* nº 27: (38-39. Julio 2.003.

PROCEDIMIENTO:	CODIGO
BAÑO TERAPÉUTICO PARA LA PIEL EN NIÑOS	H.17

OBJETIVO:

Proporcionar al niño hospitalizado el confort y la comodidad necesaria para satisfacer sus necesidades de bienestar, descanso, reposo y sueño, mediante baños terapéuticos.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Bañera
- Jabón neutro
- Cremas o lociones para la piel después del baño
- Toalla
- Torundas de algodón
- Soluciones para el baño Terapéutico prescritas.

DESARROLLO:

1. Preparar el material necesario.
2. Comprobar que la temperatura ambiente de la sala es adecuada. Evitar corrientes de aire.
3. Colocarse guantes.
4. Llenar la bañera hasta un tercio o la mitad de su capacidad con agua Tibia.
5. Añadir al agua las solución terapéutica indicada en la prescripción.
6. Desvestir al niño y retirar apósitos cuando sea necesario.
7. Sumergir al niño en el agua durante el tiempo prescrito (a menudo entre 20-30 minutos), especialmente la zona corporal a tratar específicamente (tórax, espalda, brazos...).
8. El resto del baño, será igual que el Protocolo de "Higiene del niño menor de 4 años" (Código H.16).
9. Cubrir las heridas cuando sea necesario.
10. Colocar al niño en su cama en una posición adecuada.
11. Registrar el procedimiento.

OBSERVACIONES:

Tipos de Baño Terapéuticos:

- **Salina:** Efecto refrescante. Limpia y disminuye la irritación de la piel
- **Harina de avena:** calma las irritación cutánea. Suaviza y lubrica la piel seca
- **Maicena:** calma la irritación de la piel
- **Bicarbonato Sódico:** efecto refrescante. Alivia la irritación
- **Permanganato Potásico:** limpia y desinfecta. Trata zonas infectadas de la piel

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA:

1. Enfermería Pediátrica.6º Edición. Volumen 2 (Cuidado y evolución del niño. El Lactante. El niño de uno a tres años). Dorothy R. Marlow, Bárbara a. Redding. Editorial Panamericana, Buenos Aires 1991.
2. Cuidado y evolución del niño. El lactante. El niño de uno a tres años.
3. Manual de Procedimientos de Enfermería. Departamento de Enfermería del Massachusetts General Hospital de Boston. Ed. Salvat Editores. 1989.
4. *Fundamentos de Enfermería. Procedimientos suplementarios.* Kozier Erb Bufalino. Interamericana - Mcgraw –Hill, 1993.
5. *Técnicas de Enfermería.* Esteban de la Torre, M.P. Portero Fraile. 3ª Edición. Ediciones ROL S.A. 1993.
6. *Proyecto de Intervenciones Iowa Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) 2ª Edición..* Editorial Síntesis, Consejo General de Enfermería. Madrid 1999.
7. *Técnicas de Enfermería Clínica.* Vol. 1 B. Kozier, G.Erb y otros. 4ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
8. *Fundamentos de Enfermería conceptos, proceso y práctica.* Volumen 1 5ª edición actualizada. B. Kozier, G. Erb y otros. McGraw-Hill Interamericana. Madrid 1999.
9. *Eficacia del frotamiento de las manos con una solución de base alcohólica frente al lavado estándar con un jabón antiséptico.* Francisco Pedro García Fernández. *Revista de Enfermería INQUIETUDES nº 27: (38-39. Julio 2.003.*