



REVISIONES

Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos

Hygiene: basic care that promotes comfort in critically ill patients

*Carvajal Carrascal, Gloria **Montenegro Ramírez, Juan David

*Doctora en Enfermería (DNS). Profesora Asistente. Facultad de Enfermería y Rehabilitación - Universidad de La Sabana. Chía, Colombia..E-mail: gloria.carvajal@unisabana.edu.co **Enfermero (BSN). Estudiante de Maestría, Facultad de Enfermería y Rehabilitación - Universidad de La Sabana. Instructor asistente, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Colombia.

Palabras clave: Higiene; comodidad; cuidado crítico; enfermería

Keywords: Hygiene; comfort; critical care; nursing

RESUMEN

Los pacientes hospitalizados en entornos críticos requieren la provisión de cuidados de enfermería para satisfacer sus necesidades básicas. Las intervenciones encaminadas a satisfacer las necesidades de higiene son cuidados de enfermería, inherentes al rol profesional y que actualmente se omiten o delegan por considerarlas de poco valor, sin tener en cuenta que constituyen indicadores de resultado en los pacientes y de la calidad de atención en las unidades de cuidado crítico.

Objetivo: Analizar la importancia social, disciplinar y teórica de la higiene como un cuidado básico de enfermería requerido por los pacientes críticos y su relación con la comodidad a la luz de la teoría propuesta por Kolcaba.

Método: Revisión de la literatura y selección de artículos en las bases de datos ISI -Web of Knowledge, Scopus, Science Direct, Proquest, Ebsco, Medline, Ovid, Scielo y de otras fuentes como documentos no publicados y páginas web. La revisión incluyó 3 estudios cualitativos, 27 cuantitativos, 1 estudio mixto, 40 piezas documentales y 4 editoriales publicados por profesionales de enfermería y otras áreas de la salud.

Resultados: Los resultados se organizaron en 4 categorías así, cuidados básicos de enfermería en entornos críticos, higiene como cuidado básico para los pacientes críticos, higiene y comodidad y necesidades de investigación.

Importancia clínica: Es indispensable que el profesional de enfermería asegure la satisfacción de las necesidades de higiene de los pacientes, así se proporciona seguridad, comodidad y bienestar. Durante la provisión de los cuidados de enfermería se presenta una oportunidad para que el profesional de enfermería se comunique con el paciente, evalúe el estado físico y psicológico, identifique posibles ansiedades y temores, planifique los cuidados y brinde una atención individualizada.

ABSTRACT

Patients who are hospitalized in critical care settings require nursing care to meet their basic needs. These interventions are integrated as indicators of patient outcomes and quality of care in critical care units.

Objective: To analyze the social relevance and disciplinary nature of hygiene, as basic nursing care required for critically ill patients.

Method: A literature review and article selection from the ISI-Web of Knowledge, Scopus, Science Direct, Proquest, Ebsco, Medline, Ovid, and SciELO databases and other sources, such as unpublished documents and web pages. This review included 3 qualitative studies, 27 quantitative studies, 1 mixed study, 40 documentary works, and 4 editorials that were published by nursing professionals and health professionals in other areas.

Results: The results were divided into the following 4 categories: basic nursing care in critical care settings, hygiene as basic care for critically ill patients, hygiene and comfort, and research recommendations.

Clinical Relevance: It is essential that nursing professionals satisfy patients' hygiene needs and thus provide for their safety, comfort, and welfare. There is an opportunity during the delivery of nursing care for nursing professionals to communicate with patients, assess physical and psychological states, identify potential anxieties and fears, plan patient care, and provide individual attention.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes hospitalizados en entornos críticos requieren la provisión de cuidados para satisfacer sus necesidades básicas. Las intervenciones desarrolladas por los profesionales de enfermería se constituyen en indicadores de resultado en los pacientes y de la calidad del cuidado en las unidades de cuidado intensivo.

En las unidades de cuidado crítico, la severidad en la condición de los pacientes, la polifarmacia, la realización de diferentes procedimientos diagnósticos y tratamientos invasivos y el transporte o traslado, son factores que las convierten en áreas de mayor riesgo para complicaciones, eventos adversos o situaciones inesperadas que puedan comprometer la vida y la satisfacción del paciente ⁽¹⁾.

Dada la complejidad de atención que demandan los pacientes ingresados a estas, se presentan desafíos para los profesionales de enfermería en términos del tipo de cuidado que deben brindar para cubrir todas sus necesidades y las de sus familias. Gestionar el cuidado de forma rutinaria sin valorar correcta y completamente al paciente puede afectar la atención individualizada y ocasionar alteraciones en la integridad, seguridad y satisfacción ^(2, 3).

El cuidado de enfermería para los pacientes críticos implica la realización de intervenciones básicas orientadas a suplir las actividades de la vida diaria, e intervenciones avanzadas que apoyan la recuperación de la salud o el mantenimiento de la condición clínica. Se incluye entre otros elementos brindar un ambiente de comodidad física y mental, favoreciendo aspectos como el descanso, el sueño, la nutrición, la higiene y la dignidad. Curtis y Wiseman indican que mantener estos elementos a través del cuidado es una responsabilidad fundamental de los profesionales de enfermería, porque tienen un impacto significativo en los resultados clínicos y la satisfacción de los pacientes ⁽⁴⁻⁷⁾.

Para ello se requiere profundidad en el conocimiento científico que apoya las intervenciones de enfermería y gran experticia clínica para proveer un cuidado individualizado, competente y adecuado ⁽³⁾. Es necesario entender que para dar respuesta a la singularidad de los problemas fisiológicos, psicológicos, emocionales que confluyen en los pacientes críticos se requiere un delicado equilibrio entre los componentes científico, técnico y humano del cuidado. Coyer, Wheeler, Wetzig y Couchman afirman que los profesionales deben utilizar todas sus capacidades para observar, proteger, y brindar un cuidado seguro que además promueva la comodidad y el bienestar ⁽⁸⁾.

Cabe anotar que la experticia y cualificación específica de los profesionales de enfermería en áreas como urgencias o cuidado intensivo y la modernización del cuidado ha causado que muchas enfermeras utilicen gran parte de su tiempo en el manejo de las últimas tecnologías o en tareas relacionadas indirectamente con el cuidado. Por ejemplo ocupan su tiempo en acciones administrativas como la obtención de suministros y equipos o en la coordinación del equipo interdisciplinario, disminuyendo así el tiempo de cuidado directo y favoreciendo la omisión o delegación del cuidado y sobre todo de los cuidados básicos ^(4,9)

METODOLOGÍA PARA LA REVISIÓN

Una búsqueda, selección y revisión crítica de artículos científicos y otros documentos originales relacionados con el tema fue realizada con base en los descriptores *higiene, comodidad, cuidado crítico y enfermería*. Los criterios considerados para la inclusión de la información en esta revisión fueron los siguientes: 1. Artículos originales publicados e indexados en las bases de datos ISI-Web of Knowledge, Scopus, Science Direct, Proquest, EBSCO, Medline, Ovid y SciELO, así como documentos no publicados; 2. Documentos publicados en inglés y español entre 1990 y 2014; 3. Fuentes que hicieran referencia a la higiene como cuidado básico de enfermería y 4. Fuentes que hicieran referencia a la relación entre higiene y comodidad.

Fueron seleccionados 75 artículos que cumplieron los criterios de inclusión: 3 estudios cualitativos, 27 estudios cuantitativos, 1 estudio mixto, 40 piezas documentales (descripciones teóricas, libros, revisiones de tema, revisiones de literatura, guías de cuidado) y 4 editoriales publicados por profesionales de enfermería y profesionales de otras áreas de la salud.

Después de la selección se realizó la lectura crítica de cada artículo o documento. La información de cada pieza se recopiló en una ficha que incluyó información relacionada con la descripción del problema, objetivos, metodología, resultados, conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Los resultados de la revisión se organizaron en 4 categorías: Cuidados básicos de enfermería en entornos críticos, higiene como cuidado básico, comodidad y recomendaciones para la investigación.

RESULTADOS

Cuidados básicos de enfermería en entornos críticos

En cualquier área de cuidado agudo médico o quirúrgico, la realización de cuidados básicos es esencial para los profesionales de enfermería, estos son funciones propias de su rol y la no realización de los mismos o su delegación puede ocasionar daño a

los pacientes ^(6,7). Burns lo menciona retomando a Nightingale, quien afirmaba que el buen cuidado básico de enfermería es el corazón de las prácticas de cuidado, razón por la cual es fundamental retomar la ejecución de las mismas ⁽¹⁰⁾. Se afirma que a mayor número de profesionales de enfermería, se espera mayor y mejor involucramiento en las actividades de cuidado básico, muestran su importancia, la necesidad de impedir su delegación y la necesidad apremiante de retomarlos como actividades centrales del rol profesional ⁽¹¹⁾.

Dada la continua omisión o delegación de cuidados como el favorecimiento de la deambulación, la alimentación, la enseñanza, la planificación del alta, el apoyo emocional, la higiene, la vigilancia, la movilización, el cuidado de la cavidad oral y el cuidado de los catéteres, Kalish los define como cuidados perdidos ⁽⁹⁾. La realización oportuna de estos por parte de profesionales disminuye la ocurrencia de resultados negativos como infecciones asociadas al cuidado de la salud o lesiones de piel, aspectos que se asocian significativamente con morbilidad, mortalidad y costos para el sistema de salud ⁽⁴⁾.

Un estudio desarrollado por McGuckin, Shubin y Hujcs demostró la relación entre la ejecución de cuidados básicos por profesionales de enfermería y resultados positivos en los pacientes. Además se indica que estos poseen un amplio conocimiento relacionado con la implementación de acciones como higiene de manos, higiene oral, preparación preoperatoria de la piel, baño en cama, cuidados relacionados con la incontinencia pero un menor conocimiento asociado con la documentación del impacto del resultados de estas acciones ⁽¹²⁾. En la misma línea Vollman y Kalish indican que es fundamental que los profesionales de enfermería retomen el cuidado básico, midan el impacto positivo en los pacientes y los resultados derivados de la delegación o no realización ^(6,7,9).

El buen cuidado de enfermería exige suficiencia en la dotación de personal, dada su relación directa con resultados positivos en los pacientes ^(13,14), suministros adecuados, equipos, tiempo, protocolos, seguimiento y documentación. Sin embargo Kalish nota que además de estos elementos, para proporcionar cuidados básicos de calidad se necesita una actitud clara y positiva del profesional acerca de cómo este trabajo compete a su rol de cuidador ^(9,11).

Higiene como cuidado básico para los pacientes críticos

Los cuidados relacionados con la higiene son actividades fundamentales características del rol que desempeñan los profesionales de enfermería, son altamente valorados por los pacientes de las unidades de cuidado intensivo y son indicadores que influyen en la percepción de la calidad de la atención por parte de las familias ⁽⁴⁾.

La higiene del paciente es una intervención que tiene como objetivos proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que actúa como una medida preventiva contra las infecciones. Las intervenciones orientadas a cubrir la necesidad de higiene brindan un contexto adecuado para que los profesionales de enfermería valoren al paciente en aspectos como estabilidad de la condición clínica, cambios en el estado de la piel y en la cavidad oral, permeabilidad de la vía aérea, nivel de dependencia, movilidad, estado nutricional, patrón de sueño y experiencias de dolor, entre otros (percepción de su condición o estado de ánimo, necesidades psicosociales). A partir de esta valoración, es posible establecer medidas que protegen al paciente de riesgos y

amenazas^(4, 15, 17) Mientras se brinda este cuidado, el profesional de enfermería debe preservar la independencia del paciente, asegurar su intimidad, mostrarle respeto, favorecer la expresión de necesidades e involucrarle en el autocuidado, de esta manera se contribuye a la comodidad, la seguridad, el bienestar y la dignidad del individuo^(3, 15-19). Se documenta que preservar la dignidad del paciente en estas intervenciones contribuye a la comodidad emocional y esta a su vez a la recuperación⁽²⁰⁾.

Cabe señalar que los pacientes deben recibir el nivel de asistencia que necesitan para satisfacer sus necesidades individuales de higiene personal, este aspecto puede variar entre individuos y culturas, dado que depende de factores culturales socioeconómicos, conocimientos de salud e higiene, edad, estado físico y psicológico^(15, 21-23). Al respecto, la literatura muestra que por ejemplo el momento del baño, puede ser placentero o estresante según los valores, creencias, cultura, estado mental y experiencias pasadas de los pacientes; para algunos es fuente de placer, rejuvenecimiento y lujo, mientras que por otros puede ser interpretado como un comportamiento agresivo que ocasiona angustia o temor. Muchos pacientes experimentan ansiedad, miedo e insatisfacción relacionada con la técnica utilizada en los procedimientos de higiene, aspecto que se elige en la mayoría de los casos a juicio del profesional y no de las necesidades o preferencias de los pacientes^(8, 24-27).

En este sentido, la literatura indica que existe poca claridad o evidencia acerca de la manera como los profesionales de enfermería priorizan o toman decisiones relacionadas con las necesidades de higiene y las técnicas usadas para cubrir dicha necesidad. En la práctica, se observan actividades rutinarias, mecánicas e instrumentales que no consideran las condiciones y contextos del paciente y que son desarrolladas por personal auxiliar o recién titulado. En muchos casos, las intervenciones de enfermería responden a las rutinas y necesidades de los profesionales y los servicios^(4, 5).

Castledine sugiere que algunos aspectos asistenciales del cuidado de enfermería son vistos como poco atractivos por considerarse desagradables, repetitivos y físicamente exigentes⁽²¹⁾. Delegar la tarea del baño en cama, actividad orientada a la higiene y la comodidad, a un miembro auxiliar del equipo puede dar lugar a que el profesional de enfermería responsable del cuidado no obtenga información vital para el mismo y pierda la oportunidad de mejorar la relación enfermera-paciente^(7,19). Adicionalmente, Fawcett indica que esta tarea ahora se considera delegable y de poco valor aunque antes se pensaba que era una actividad “sagrada” que fomenta la intimidad entre la enfermera y el paciente, permite valorar de forma integral y completa, orientar el plan de cuidado y facilitar el espacio para iniciar la educación y otras intervenciones de enfermería^(4,15,28)

Por ejemplo, algunos estudios reportan que el tiempo en el cual se ejecuta el baño en cama varía entre profesionales de enfermería y entre instituciones, no hay consenso respecto al tiempo y duración del baño, ni documentación del impacto negativo de esta práctica en los pacientes. En algunas instituciones, los profesionales de enfermería bañan a los pacientes en la noche o en la madrugada por razones como la carga laboral y factores organizacionales que apoyan esta práctica como por ejemplo las rondas médicas, la intervención de profesionales del equipo interdisciplinario, el traslado a tratamientos y procedimientos y las restricciones de personal para asistir el baño en otros momentos del día. Estas razones son contrarias a las necesidades y preferencias de los pacientes, haciendo necesario revisar la gestión del cuidado en

los entornos críticos a favor de las necesidades, el bienestar, la seguridad y la comodidad de los pacientes ^(8, 24, 29-32)

Ahora bien, la priorización de las medidas de higiene en un paciente crítico e inestable es también un reto para los profesionales de enfermería. En algunos casos, la interrupción del sueño, la estabilidad hemodinámica, la labilidad a las manipulaciones y la regulación de la temperatura pueden ser más relevantes para la condición clínica del paciente, razón por la cual es de vital importancia la valoración y el juicio del profesional en estas situaciones ^(4, 8, 24, 30).

Aunque el baño es una técnica habitual y rutinaria, su realización no está exenta de riesgos para el estado del paciente ^(33, 34). La higiene corporal es una intervención que debe realizarse con estricta monitorización y control, aún más en el caso particular del paciente en estado crítico en quien se deben evitar eventos adversos ⁽³⁰⁾. Robles indica que el baño del paciente ha sido identificado como uno de los momentos en el que se presentan más eventos adversos, principalmente durante su ejecución o una hora después del mismo, razón por la cual se hace necesaria la intervención del profesional de enfermería, en la prevención, el reporte y la búsqueda de un plan de mejoramiento que disminuya la morbimortalidad del paciente crítico relacionada con este procedimiento ⁽³⁴⁾. La revisión de la literatura reporta alteraciones en la presión arterial, desaturación, desadaptación de la ventilación mecánica, hipertensión intracraneal, alteración de la frecuencia cardíaca, de la saturación periférica de oxígeno, de la saturación venosa de oxígeno, de la presión de cuña pulmonar, fibrilación ventricular y paro cardiorrespiratorio ^(3, 25, 29,30, 33-36).

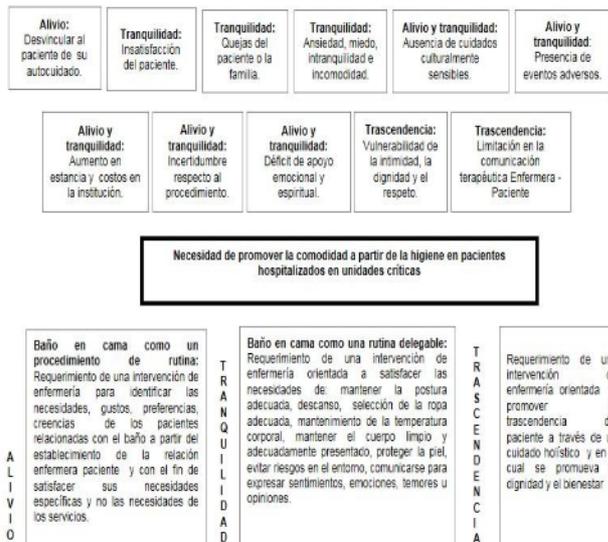
Higiene y comodidad

Si los cuidados relacionados con la necesidad de higiene se realizan con el fin favorecer la comodidad y el bienestar, es fundamental ir más allá de la descripción de la técnica o el procedimiento y sus beneficios hacia la revisión de una visión teórica que la fundamente ^(15, 17, 19, 33). Al respecto, la Teoría de la Comodidad propuesta por Kolcaba indica que los profesionales de enfermería deben demostrar el resultado de técnicas simples o cuidados básicos sobre la comodidad de los pacientes ⁽³⁷⁾.

Kolcaba definió la comodidad como “la satisfacción (activa, pasiva o cooperativa) de las necesidades básicas humanas de alivio, tranquilidad o trascendencia que surgen de las situaciones del cuidado de la salud que son estresantes”. Se define además como el estado en que se libera el cuerpo de estímulos sensoriales o ambientales desagradables. Es descrita como un constructo bidimensional, la primera dimensión definida como la experiencia de tener una necesidad específica, consta de tres estados, alivio, tranquilidad y trascendencia; la segunda dimensión definida por el contexto en el cual se produce dicha necesidad y corresponde al contexto físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental ^(37, 38).

La figura 1 fue elaborada a partir de los resultados de la revisión y en un intento de relacionar los aspectos empíricos de la teoría que subyace al concepto de comodidad; muestra un árbol de problemas que relaciona los elementos teóricos y prácticos que enlazan las intervenciones para satisfacer la necesidad de higiene con las dimensiones de comodidad propuestas por Kolcaba. En el centro se presenta el problema que integra los dos conceptos, en la parte inferior las causas o razones por las cuales no se promueve la comodidad a partir de la higiene y en la parte superior las consecuencias de esta situación.

Figura 1. Aspectos prácticos y teóricos entre higiene y comodidad a la luz de la Teoría de Kolcaba



Necesidades de investigación

A pesar de la importancia de realizar los procedimientos de higiene en términos de efectos clínicos y promoción del bienestar y la comodidad la literatura sobre el manejo de las técnicas y sus efectos es limitada. La mayoría de los estudios sobre las prácticas de higiene se centran en el personal de salud, no en los pacientes y se limitan a la descripción de los elementos instrumentales del procedimiento. Al respecto indican que los cuidados relacionados con la necesidad de higiene más desarrollados son higiene oral, higiene perianal, lavado de manos, sin embargo, se observa deficiente documentación de resultados e impacto y poco reflejo del cuidado de enfermería individualizado ^(15, 39)

Se evidencian piezas de investigación y documentales relacionadas con uso de agentes limpiadores, higiene oral y su impacto y asociación con morbilidad y mortalidad por neumonía asociada al ventilador ⁽⁴⁰⁻⁵⁶⁾. También numerosos artículos relacionados con la higiene de las manos y control de infecciones ⁽⁵⁷⁻⁶⁴⁾ y programas de control de infecciones ⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾.

Se documentan algunas necesidades de investigación relacionadas con los efectos de la delegación de los cuidados básicos y con el establecimiento de prácticas de cuidado como estándares de atención de enfermería basada en la evidencia ^(6,57). Adicionalmente se requieren estudios que determinen el tiempo y duración apropiada de las actividades de higiene, el impacto de la práctica del baño en cama en la condición del paciente, las características organizacionales que definen esta práctica, la toma de decisiones respecto al baño y la documentación de los efectos de estas medidas ^(8,24).

Existe limitada evidencia que documente los resultados fisiológicos del baño en diferentes momentos de la ventilación mecánica del paciente crítico y del impacto del baño en la duración del destete de la ventilación mecánica ^(5,33).

Finalmente, también es necesario probar el efecto de las intervenciones encaminadas a satisfacer la necesidad de higiene sobre el nivel de comodidad de los pacientes^(8,68,69).

CONCLUSIÓN

La promoción de la comodidad del paciente a través de intervenciones de enfermería es un componente fundamental del cuidado que brindan los profesionales que se desempeñan en entornos críticos. Teniendo en cuenta que uno de los objetivos principales de la realización de los procedimientos de higiene es el logro de resultados relacionados con comodidad y bienestar, es importante indicar que la comodidad del paciente es un objetivo terapéutico de la práctica de enfermería y una función primaria de enfermería.

Los pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidado Crítico tienen muchas necesidades de comodidad en las dimensiones física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental. Estas deben ser resueltas por los profesionales de enfermería como cuidadores primarios del paciente en el entorno hospitalario. Los procedimientos realizados para satisfacer las necesidades de higiene son cuidados básicos que promueve la comodidad, inmersa en la rutina diaria de los cuidados básicos de enfermería y que si se realiza de manera correcta transmiten contacto individual y presencia⁽⁷⁰⁾.

Por lo tanto, los profesionales de enfermería deben asegurar que las necesidades esenciales de higiene de los pacientes se cumplan, no solo a expensas de la ejecución correcta de una técnica sino también a partir de intervenciones de enfermería sustentadas desde el conocimiento de enfermería, que están de acuerdo con las políticas institucionales y que promueven la dignidad y el respeto a todos los pacientes⁽¹⁵⁾.

REFERENCIAS

1. Gutierrez I. Indidencia de efectos adversos en una unidad de medicina intensiva. *Revista de Calidad Asistencial*. 2007;22(6):277-86.
2. Benner P. Caring for the silent patient. *Am J Crit Care*. 2002;11(5):480-1.
3. Quiroz S. Alteraciones hemodinámicas del paciente crítico cardiovascular durante la realización del baño diario. *Medicina - Universidad Pontificia Bolivariana*. 2012;31(1):19-26.
4. Curtis K. Back to basic - Essential nursing care in the ED, Part 2. . *Australian Emergency Nursing Journal*. 2008;11(2):95-9.
5. Laverde O. Proyecto sobre capacitación del personal de enfermería del servicio de hospitalización de la Clínica Universitaria Teleton en la búsqueda de la comodidad de los pacientes al realizar el baño en cama. Documento Interno: Clínica Universitaria Teleton.; 2009.
6. Vollman K. Back to the fundamentals of care: why now, why us! *Aust Crit Care*. 2009;22(4):152-4.
7. Vollman K. Interventional patient hygiene: proactive (hygiene) strategies to improve patient's outcomes. *AACN News*. 2005;22(8).
8. Coyer FM, Wheeler MK, Wetzig SM, Couchman BA. Nursing care of the mechanically ventilated patient: what does the evidence say? Part two. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(2):71-80.

9. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2006;21(4):306-13; quiz 14-5.
10. Burns S. A return to the basics: "Interventional Patient Hygiene" (A call for papers). *Intensive and Critical Care Nursing.* 2012;28(4):193-6.
11. Cho SH, Yun SC. Bed-to-nurse ratios, provision of basic nursing care, and in-hospital and 30-day mortality among acute stroke patients admitted to an intensive care unit: cross-sectional analysis of survey and administrative data. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(8):1092-101.
12. McGuckin M. Interventional patient hygiene model: Infection control and nursing shared responsibility for patient safety. *American Journal of Infection Control.* 2008;36(1):59-62.
13. Clarke SP. Registered nurse staffing and patient outcomes in acute care: looking back, pushing forward. *Med Care.* 2007;45(12):1126-8.
14. Kane R. The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care.* 2007;45(12):1195-204.
15. Downey L, Lloyd H. Bed bathing patients in hospital. *Nurs Stand.* 2008;22(34):35-40.
16. Golzales G. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico 2008.
17. Potter P. *Fundamentos de Enfermería* Madrid - España: Elsevier; 2007.
18. Young L. Community care: the clean fight. *Nurs Stand.* 1991;5(35):54-5.
19. Salvadores P. *Manual de Fundamentos de Enfermería Cuidados Básicos.* Barcelona: Ariel; 2002.
20. Matiti MR, Trorey GM. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *J Clin Nurs.* 2008;17(20):2709-17.
21. Castledine G. The 'Been There, Done That' attitude. *Br J Nurs.* 2005;14(20):1103.
22. Health. Do. *Essence of care: Patient-focused benchmarks for clinical governance.* London 2003.
23. Perez Ruiz I. Deficit total o parcial de autocuidados en la higiene. *Enfermería Clínica.* 2002;12(3):127-32.
24. Coyer FM, O'Sullivan J, Cadman N. The provision of patient personal hygiene in the intensive care unit: a descriptive exploratory study of bed-bathing practice. *Aust Crit Care.* 2011;24(3):198-209.
25. De Lima Lopes J. Comparación del nivel de ansiedad entre el baño de ducha y el realizado en la cama en pacientes con infarto agudo del miocardio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2010;18(2):80-7.
26. Lakeman R. The ethics of bathing. *Nurs N Z.* 1996;2(2):13-5.
27. Larson EL, Ciliberti T, Chantler C, Abraham J, Lazaro EM, Venturanza M, et al. Comparison of traditional and disposable bed baths in critically ill patients. *Am J Crit Care.* 2004;13(3):235-41.
28. Fawcett J. On bed baths and conceptual models of nursing. *J Adv Nurs.* 2003;44(3):229-30.
29. Canals MP. Higiene corporal del enfermero crítico. Efectos Adversos. *ROL de enfermería.* 2010;33(4):8-14.
30. Celik S, Oztekin D, Akyolcu N, İşsever H. Sleep disturbance: the patient care activities applied at the night shift in the intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2005;14(1):102-6.
31. Dunn H, Anderson MA, Hill PD. Nighttime lighting in intensive care units. *Crit Care Nurse.* 2010;30(3):31-7.
32. Tamburri LM, DiBrienza R, Zozula R, Redeker NS. Nocturnal care interactions with patients in critical care units. *Am J Crit Care.* 2004;13(2):102-12; quiz 14-5.
33. G G. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico 2008.

34. Robles M. Frecuencia de eventos adversos durante el aseo del paciente crítico. *Enfermería Intensiva*. 2002;13(2):47-56.
35. Nagasawa Y, Komori S, Sato M, Tsuboi Y, Umetani K, Watanabe Y, et al. Effects of hot bath immersion on autonomic activity and hemodynamics: comparison of the elderly patient and the healthy young. *Jpn Circ J*. 2001;65(7):587-92.
36. Sorimachi M, Ozawa M, Ueda H, Ebato S, Kawamura K, Ando H, et al. Comparisons between hemodynamics, during and after bathing, and prognosis in patients with myocardial infarction. *Jpn Circ J*. 1999;63(7):527-32.
37. Kolcaba KY. A theory of holistic comfort for nursing. *J Adv Nurs*. 1994;19(6):1178-84.
38. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept comfort. *Image J Nurs Sch*. 1991;23(4):237-40.
39. Inan NK, & Dinc, L. Evaluation of nursing documentation on patient hygienic care. *International Journal of Nursing Practice*. 2013;19(1):81-7.
40. Silvestri DL, McEnery-Stonelake M. Chlorhexidine: uses and adverse reactions. *Dermatitis*. 2013;24(3):112-8.
41. Rubin C, Louthan RB, Wessels E, McGowan MB, Downer S, Maiden J. Chlorhexidine gluconate: to bathe or not to bathe? *Crit Care Nurs Q*. 2013;36(2):233-6.
42. Dove S. Chlorhexidine gluconate baths in the intensive care unit to reduce hospital-acquired central catheter-associated bloodstream infections. *Critical Care Nurse*. 2012;32(2).
43. Chamberlain D, Hillier B, Wilson C, King L. Preventing ventilator-associated pneumonia through oral care, product selection, and application method: a literature review. *AACN Adv Crit Care*. 2013;24(1):38-58.
44. Andrews T, Steen C. A review of oral preventative strategies to reduce ventilator-associated pneumonia. *Nurs Crit Care*. 2013;18(3):116-22.
45. Johnson K. One evidence based protocol doesn't fit all: Brushing away ventilator associated pneumonia in trauma patients. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2012;28(5):280-7.
46. Dale C, Angus JE, Sinuff T, Mykhalovskiy E. Mouth care for orally intubated patients: a critical ethnographic review of the nursing literature. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(5):266-74.
47. Berry AM, Davidson PM, Masters J, Rolls K, Ollerton R. Effects of three approaches to standardized oral hygiene to reduce bacterial colonization and ventilator associated pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised control trial. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(6):681-8.
48. Berry AM, Davidson PM, Nicholson L, Pasqualotto C, Rolls K. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27(4):180-5.
49. Browne JA, Evans D, Christmas LA, Rodriguez M. Pursuing excellence: development of an oral hygiene protocol for mechanically ventilated patients. *Crit Care Nurs Q*. 2011;34(1):25-30.
50. Stonecypher K. Ventilator-associated pneumonia: the importance of oral care in intubated adults. *Crit Care Nurs Q*. 2010;33(4):339-47.
51. Hingston CD, Cole JM, Hingston EJ, Frost PJ, Wise MP. Oral hygiene and nosocomial pneumonia in critically ill patients. *Chest*. 2010;137(1):237-8; author reply 8.
52. Kelly T. Review of the evidence to support oral hygiene in stroke patients. *Nurs Stand*. 2010;24(37):35-8.
53. Jones DJ, Munro CL. Oral care and the risk of bloodstream infections in mechanically ventilated adults: A review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008;24(3):152-61.

54. Berry AM, Davidson PM, Masters J, Rolls K. Systematic literature review of oral hygiene practices for intensive care patients receiving mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2007;16(6):552-62; quiz 63.
55. Berry AM, Davidson PM. Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22(6):318-28.
56. Stiefel KA, Damron S, Sowers NJ, Velez L. Improving oral hygiene for the seriously ill patient: implementing research-based practice. *Medsurg Nurs*. 2000;9(1):40-3, 6.
57. Makic MB, Martin SA, Burns S, Philbrick D, Rauhen C. Putting evidence into nursing practice: four traditional practices not supported by the evidence. *Crit Care Nurse*. 2013;33(2):28-42.
58. Marra A. Hand hygiene compliance in the critical care setting: a comparative study of 2 different alcohol hand rub formulations. *American Journal of Infection Control*. 2013;41(2):136-9.
59. Kilpatrick C, Murdoch H, Storr J. Importance of hand hygiene during invasive procedures. *Nurs Stand*. 2012;26(41):42-6.
60. van De Mortel TF, Kermode S, Prozano T, Sansoni J. A comparison of the hand hygiene knowledge, beliefs and practices of Italian nursing and medical students. *J Adv Nurs*. 2012;68(3):569-79.
61. Eveillard M, Raymond F, Guilloteau V, Pradelle MT, Kempf M, Zilli-Dewaele M, et al. Impact of a multi-faceted training intervention on the improvement of hand hygiene and gloving practices in four healthcare settings including nursing homes, acute-care geriatric wards and physical rehabilitation units. *J Clin Nurs*. 2011;20(19-20):2744-51.
62. Harne-Britner S, Allen M, Fowler KA. Improving hand hygiene adherence among nursing staff. *J Nurs Care Qual*. 2011;26(1):39-48.
63. Picheansathian W, Pearson A, Suchaxaya P. The effectiveness of a promotion programme on hand hygiene compliance and nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. *Int J Nurs Pract*. 2008;14(4):315-21.
64. Stone PW, Hasan S, Quiros D, Larson EL. Effect of guideline implementation on costs of hand hygiene. *Nurs Econ*. 2007;25(5):279-84.
65. Evans HL, McNamara E, Lynch JB, Chan JD, Taylor M, Dellit TH. Infection control for critically ill trauma patients: a systematic approach to prevention, detection, and provider feedback. *Crit Care Nurs Q*. 2012;35(3):241-6.
66. Kanouff AJ, DeHaven KD, Kaplan PD. Prevention of nosocomial infections in the intensive care unit. *Crit Care Nurs Q*. 2008;31(4):302-8.
67. Kleypas Y, McCubbin D, Curnow ES. The role of environmental cleaning in health care-associated infections. *Crit Care Nurs Q*. 2011;34(1):11-7.
68. Bernal D, Garzon N. *Eventos adversos durante la atención de enfermería en unidades de cuidado intensivo*: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
69. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort Theory: a unifying framework to enhance the practice environment. *J Nurs Adm*. 2006;36(11):538-44.
70. Kolcaba KY. Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatric Nursing*. 2006;27(2):85-91.

Recibido: 6 de julio 2015; Aceptado: 7 de Septiembre 2015

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia