

ADeN LEYNOFOR



El personal subalterno: Funciones Generales del Celador. Funciones de vigilancia. Funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo. Actuación en las habitaciones de los enfermos y las estancias comunes. Aseo del paciente. El Jefe de Personal Subalterno y sus funciones.

Personal subalterno

El personal subalterno se refiere a una categoría diversa de empleados cuyas funciones variarán según el puesto de trabajo que ocupen. Estas tareas suelen ser no técnicas y se llevan a cabo bajo supervisión.

En el contexto del sistema sanitario español, el personal subalterno desempeña diferentes roles, los cuales se dividen en escalas y cada una de ellas en clases.

a) La Escala General incluye la siguiente clasificación:

- Jefes de Personal Subalterno.
- Celadores.

b) La Escala de Servicio está compuesta por las siguientes clases:

- Fogoneros.
- Planchadoras.
- Lavanderas.
- Pinches.
- Limpiadoras.

Esta clasificación del personal que trabaja en el sistema sanitario en España fue establecida en el Estatuto de Personal No Sanitario.

Regulación jurídica

Después de la promulgación de la Constitución Española, el personal estatutario sanitario se regía por estatutos preconstitucionales, lo que llevó a la necesidad de actualizar y adaptar su régimen jurídico. Para ello, se promulgó la Ley 55/2003, el 16 de diciembre, que establece las normas básicas y aprueba el Estatuto Marco del personal estatutario sanitario, en conformidad con el artículo 149.1.18 de la Constitución Española.

Hasta hace poco tiempo, el personal que trabajaba en Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social estaba regulado por tres estatutos: el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social (Decretos 3160/1966 y 1873/1971), el Estatuto de Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 26 de abril de 1973) y el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 5 de julio de 1971).

Estos estatutos fueron publicados hace más de 50 años, por lo que cuando se promulgó la Ley 30/1984, de 2 de agosto, de Medidas para la Reforma de la Función Pública, se estableció que el personal regulado por estos tres estatutos se regiría por la legislación que se dictara al respecto. Así, la Ley 30/1984 mantuvo vigente el régimen estatutario de este personal.

Además, la Ley 14/1986, General de Sanidad, determinó que los profesionales sanitarios se regirían por el Estatuto Marco que el Gobierno debía aprobar. Los diferentes Reales Decretos de reestructuración del Ministerio de Sanidad, Consumo y las correspondientes Órdenes de delegación de atribuciones han ido detallando las competencias en materia de personal de los diversos órganos del Departamento.

Funciones del celador/a

El Celador es la primera persona con la que entran en contacto los pacientes y sus familias al llegar a una institución sanitaria, por lo que el modo en que se establezca este contacto puede generar una buena o mala impresión. Por esta razón, es fundamental que el personal Celador reciba una adecuada

formación, ya que desempeña múltiples servicios indispensables en el ámbito de las instituciones sanitarias.

Las funciones del Celador se encuentran establecidas en el Estatuto de Personal no Sanitario, concretamente en el artículo 14.2. Entre estas funciones se incluyen:

1. Tramitar o conducir de manera rápida las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos confiados por sus superiores, así como trasladar aparatos o mobiliario entre servicios cuando sea necesario.
2. Cumplir con los servicios de guardia asignados dentro de los turnos establecidos.
3. Realizar labores de limpieza excepcionales cuando no sean adecuadas o decorosas para ser realizadas por personal femenino, considerando factores como la ubicación, dificultad de manejo, peso de los objetos o áreas a limpiar.
4. Cuidar, junto con el resto del personal, de que los pacientes no hagan un uso inadecuado de los utensilios y ropa de la institución, evitando su deterioro y proporcionándoles instrucciones sobre el uso y manejo de persianas, cortinas y otros elementos de servicio.
5. Desempeñar el papel de ascensorista cuando se les asigne específicamente esa tarea o cuando las necesidades del servicio lo requieran.
6. Vigilar las entradas de la institución, permitiendo el acceso solo a las personas autorizadas.
7. Encargarse de la vigilancia nocturna tanto del interior como del exterior del edificio, asegurándose de que las puertas de los servicios complementarios estén cerradas.
8. Mantener constantemente el orden y silencio en todas las dependencias de la institución.
9. Informar a sus superiores inmediatos sobre cualquier desperfecto o anomalía que encuentren en la limpieza y conservación del edificio y el material.
10. Controlar el acceso y la estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los pacientes, permitiendo la entrada solo a personas autorizadas y asegurándose de que no traigan paquetes no autorizados por la dirección.
11. Supervisar el comportamiento de los pacientes y visitantes, evitando que los visitantes fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas, y tomando medidas para mantener el orden en la institución. Además, asegurarse de que los visitantes se desplacen solo por los pasillos y áreas necesarias para llegar a su destino específico.
12. Encargarse del traslado de los pacientes tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias.
13. Ayudar a las enfermeras y auxiliares en el movimiento y traslado de los pacientes encamados que requieran un trato especial al hacer las camas.
14. Realizar labores de lavado y aseo excepcionales en pacientes masculinos encamados o que no puedan hacerlo por sí mismos, siguiendo las instrucciones de las supervisoras de planta o servicio, o de las personas que las sustituyan legalmente en su ausencia.
15. En ausencia del peluquero o en casos urgentes, afeitarse a los pacientes masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en las áreas de su cuerpo que así lo requieran.
16. Auxiliar en los quirófanos en las tareas propias del Celador y cumplir con las instrucciones de los médicos, supervisoras o enfermeras.
17. Bañar a los pacientes masculinos que no puedan hacerlo por sí mismos, siguiendo las instrucciones de las supervisoras de planta o servicio, o de las personas que las sustituyan legalmente en su ausencia.
18. Ayudar en la colocación y retirada de cuñas para la recogida de excretas en pacientes que, debido a circunstancias especiales, no puedan ser movidos solo por la enfermera o el auxiliar de planta.
19. Asistir a las enfermeras o personas encargadas de amortajar a los pacientes fallecidos, encargándose del traslado de los cadáveres al depósito de cadáveres.

20. Ayudar en la realización de autopsias en tareas auxiliares que no requieran el uso de instrumental sobre el cadáver. Además, limpiar la mesa de autopsias y la sala correspondiente.
21. Cuidar de los animales utilizados en quirófanos experimentales y laboratorios, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándolos antes y después de las pruebas experimentales, siguiendo las indicaciones de los médicos, supervisoras o enfermeras que los sustituyan en su ausencia.
22. Abstenerse de hacer comentarios sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos a los pacientes con sus familiares y visitantes, y no proporcionar información sobre los pronósticos de las enfermedades. Siempre deben orientar las consultas hacia el médico responsable de la asistencia del paciente.
23. Realizar otras funciones similares a las mencionadas anteriormente que les sean asignadas por sus superiores y que no estén específicamente detalladas en el Estatuto.

El personal cuyas funciones no hayan sido desarrolladas de manera específica en el Estatuto las realizará de acuerdo con las características propias de su especialización.

Funciones del jefe de personal subalterno

El Jefe de Personal Subalterno, perteneciente al grupo de personal subalterno y en la misma escala general que los celadores, tiene las siguientes funciones según el Estatuto de Personal no Sanitario (artículo 14.1):

1. Dirigir y supervisar el cumplimiento de las tareas asignadas al personal de celadores, bajo la delegación del Director de Gestión y Servicios Generales.
2. Capacitar adecuadamente al personal a su cargo para garantizar la eficacia y calidad en su trabajo.
3. Verificar que el personal de oficio y subalterno cumpla con el horario establecido y permanezca en su puesto de trabajo.
4. Supervisar personalmente la limpieza de la institución.
5. Controlar discretamente los paquetes y objetos transportados por personas ajenas a la institución que tengan acceso a ella.
6. Mantener el orden y controlar el acceso de pacientes, visitantes y personal a las diferentes áreas de la institución, siguiendo las directrices establecidas por la dirección.
7. Reportar al administrador cualquier desperfecto o alteración que se encuentre en el edificio.
8. Velar por el aspecto y la higiene del personal a su cargo, asegurándose de que vistan el uniforme reglamentario.
9. Informar a los familiares de los fallecidos sobre los trámites necesarios para los entierros y, en caso necesario, ponerlos en contacto con la oficina administrativa correspondiente para brindarles información adicional.
10. Realizar otras funciones similares a las mencionadas anteriormente que les sean asignadas por el Director Gerente o el Director de Gestión y Servicios Generales de la institución.

Estas son las principales responsabilidades y tareas del Jefe de Personal Subalterno, aunque también puede recibir instrucciones adicionales de los directivos mencionados.

Funciones de vigilancia. Funciones de asistencia al personal sanitario facultativo y no facultativo

El personal sanitario en las instituciones sanitarias, tanto facultativo como no facultativo, realiza funciones propias de su categoría, como asistencia médica, cuidados de enfermería e investigación. El Estatuto de Personal No Sanitario asigna a los celadores funciones de asistencia al personal sanitario en el ejercicio de sus tareas.

Estas funciones de asistencia implican que la mayoría de las tareas del celador son de "auxilio" o "ayuda" al personal sanitario, aunque también puede realizar algunas tareas de manera autónoma

bajo la indicación del personal sanitario. Estas funciones no son de carácter sanitario y el celador las realiza bajo la dependencia del personal sanitario.

Las tareas realizadas por los celadores en los centros sanitarios incluyen:

- Ayudar en el aseo de los pacientes hospitalizados.
- Colocar y retirar cuñas para la recogida de excretas en casos especiales en los que el paciente no pueda ser movido por la enfermera o ayudante de planta.
- Asistir a las enfermeras y ayudantes de planta en el movimiento y traslado de pacientes encamados que requieren un trato especial debido a sus dolencias al hacer las camas. La responsabilidad siempre recae en la enfermera.
- Brindar apoyo al personal técnico especialista en la realización de placas con equipos portátiles.
- En ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, afeitar a los pacientes masculinos que serán sometidos a intervenciones quirúrgicas en las áreas que lo requieran. En otros casos en los que no haya peluquero y en áreas sin celadores, la auxiliar de enfermería o enfermera realizarán esta tarea.
- Acompañar al personal de enfermería en el traslado de niños ingresados fuera de las unidades infantiles.
- Tramitar o entregar de inmediato comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos confiados por los superiores, así como trasladar aparatos o mobiliario entre diferentes servicios según sea necesario.
- Asistir a las parturientas al entrar al quirófano, colocando las perneras si es necesario.
- Ayudar en la administración de anestesia epidural a las parturientas cuando sea necesario.
- Ayudar a colocar a los pacientes en mesas de exploración, placas radiográficas, etc.
- Asistir al personal de enfermería en la medicación o curación de pacientes que no colaboran, como niños, pacientes encamados o enfermos mentales. El celador siempre debe cumplir sus funciones sin excederse (traer el carro de curas, sujetar al paciente, colocarlo en una determinada posición, etc.).
- Ayudar al personal médico en pruebas que requieran sujetar a niños, como punciones lumbares o extracciones medulares.
- Ayudar en el aseo e inmovilización de pacientes recién operados en la sala de despertar.
- Ayudar a colocar a los pacientes en la mesa de quirófano antes de ser intervenidos.
- Colaborar en la reducción de pacientes psiquiátricos agitados.
- Acompañar a pacientes y personal de enfermería en paseos de pacientes psiquiátricos.
- Inmovilizar o sujetar mecánicamente a pacientes mentales agitados cuando sea necesario, bajo la indicación del personal sanitario.
- Sujetar a pacientes que recibirán lavados gástricos o suturas.
- Ayudar al personal sanitario en la colocación de yesos en pacientes traumatizados cuando sea necesario.
- Ayudar al personal sanitario en la preparación de cadáveres.
- Ayudar a cambiar de posición a los pacientes ingresados que lo requieran debido a su estado.
- En Atención Primaria, colaborar en tareas organizativas e informativas asignadas por el equipo que no requieran un nivel específico de cualificación, como trasladar historias clínicas a las consultas y otros documentos.

El trabajo en equipo

El grupo de trabajo

Concepto

Para que un número de personas pueda considerarse un grupo, deben estar presentes ciertos elementos y circunstancias:

1. Decisión voluntaria y consciente por parte de sus miembros de lograr un objetivo común, que será el propósito principal del grupo.
2. Integración perfecta de todos los miembros, de manera que sus características estén equilibradas para lograr la mayor homogeneidad posible.
3. Existencia propia del grupo, lo que significa que tiene una identidad separada y distinta a la de sus miembros.

En resumen, se puede definir un grupo como un conjunto de individuos que actúan en conjunto para alcanzar un objetivo común.

Funcionamiento

La dinámica de un grupo de trabajo puede analizarse desde dos perspectivas:

- Subjetiva: Se consideran factores como la adecuación personal para una mejor integración con los demás miembros, la identificación con el objetivo del grupo, la capacidad y eficacia en la ejecución del trabajo, y la actitud entusiasta ante los desafíos y la resistencia frente a la frustración.
- Objetiva: Se enfoca en las características de la actividad, incluyendo la definición clara y conocida por todos los miembros del objetivo a alcanzar, la generación de soluciones a través de la contribución y sugerencias de los miembros, la toma de decisiones por parte del líder considerando las diferentes ideas planteadas, la ejecución del trabajo por cada miembro, y la prevención de conflictos entre ellos.

En resumen, el estudio de la dinámica de un grupo de trabajo implica considerar tanto los aspectos subjetivos relacionados con la actitud y disposición de los miembros, como los aspectos objetivos que se refieren a la planificación, ejecución y resolución de problemas dentro del grupo.

El trabajo en equipo

Conceptos

El trabajo en equipo es la forma de funcionamiento deseada por las organizaciones modernas. Se distingue del simple trabajo en grupo al implicar una colaboración estrecha y un objetivo común. Mientras que un grupo se compone de personas que realizan sus tareas individualmente, un equipo está formado por personas interrelacionadas que se organizan para alcanzar un objetivo específico.

En un equipo, la coordinación y el establecimiento de estándares comunes son esenciales para lograr una estrecha colaboración y cohesión entre los miembros. A diferencia de los grupos de trabajo, donde cada miembro puede tener su forma de funcionar, en un equipo se valora la igualdad y se reconoce que todas las categorías laborales son necesarias para alcanzar el objetivo.

Es importante destacar que en los equipos multidisciplinarios de salud, muchas veces existe desconocimiento sobre su funcionamiento, ventajas y dificultades. Sin embargo, su utilidad es evidente y las dificultades suelen tener soluciones simples. Es fundamental promover y fomentar un verdadero trabajo en equipo entre los profesionales de la salud para mejorar la atención y los resultados.

Importancia y utilidad del trabajo en equipo

El trabajo en equipo es más eficaz que el trabajo individual para resolver problemas complejos. Implica que todas las personas estén orientadas hacia una meta común, logrando sinergia y alcanzando mejores resultados que si cada uno trabajara por separado.

Un equipo se diferencia de un grupo en que en el equipo hay una coordinación y responsabilidad conjunta del trabajo realizado por cada miembro. El ejemplo de una orquesta ilustra cómo el sonido de cada instrumento por separado no se compara con el resultado de todos tocando en conjunto de forma coordinada.

El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportes individuales, requiere de una colaboración coordinada en la ejecución de un proyecto donde todos son responsables del resultado final, a pesar de realizar tareas diferentes.

En el ámbito de la salud, un equipo sanitario, como el que trabaja en un área quirúrgica, necesita de la intervención coordinada de varios profesionales para que una intervención quirúrgica sea exitosa. Cada miembro realiza su aporte específico, pero todos se necesitan mutuamente para actuar.

El trabajo en equipo en el ámbito de la salud es esencial debido a la complejidad del fenómeno de la salud, que requiere diferentes perspectivas y talentos colectivos. Todos los miembros del equipo tienen como objetivo último la mejora de la salud de la población y deben valorar y apreciar los conocimientos y habilidades de los demás.

El trabajo en equipo disminuye la carga de trabajo, produce mejores resultados, mejora la calidad de los resultados, optimiza los recursos, aumenta la motivación de los profesionales y brinda una mayor satisfacción al paciente y su familia.

Para que un equipo sea eficiente, debe ser complementario, coordinado, valorado, motivado, comunicativo, comprometido, propiciar el aprendizaje colaborativo, generar confianza y empatía, y estar cohesionado.

En resumen, el trabajo en equipo potencia la capacidad de resolver problemas complejos, aprovechando la sinergia y coordinación de los miembros hacia una meta común. En el ámbito de la salud, es fundamental para ofrecer una atención de calidad y mejorar los resultados.

Proceso de integración

A la hora de constituir un equipo de salud, existen factores que facilitan su desarrollo y contribuyen al éxito en la consecución de sus objetivos.

1. **Número de participantes:** Se recomienda que los grupos sean reducidos, alrededor de 10 personas, para evitar carecer de recursos o volverse poco operativos.
2. **Participación y consenso:** Es importante mantener una participación equilibrada de todos los miembros, fomentando la expresión de todos los puntos de vista. Las reuniones frecuentes y provechosas estimulan la participación y comunicación de todos.
3. **Objetivos y reglas establecidas:** Además de los objetivos institucionales, es necesario definir objetivos propios del equipo que sean realistas y conocidos por todos. También se deben establecer procedimientos, guías de actuación y reglas de funcionamiento adaptadas a la realidad del equipo.
4. **Clima favorable:** Es fundamental partir de una actitud favorable al trabajo en equipo para lograr un clima de trabajo cordial y transparente. Otros factores como la edad, la formación y la experiencia laboral también pueden influir.

5. Roles y responsabilidades: Cada miembro debe ser consciente de sus habilidades, comprender su rol y el de los demás, y conocer las responsabilidades asociadas. Los roles y responsabilidades se utilizan para evaluar el rendimiento del equipo.
6. Autoevaluación: Los equipos eficaces realizan autocrítica periódicamente y revisan su desempeño. Las reuniones de autoevaluación deben incluir tanto aspectos positivos como negativos.
7. Tipos de equipos de trabajo: Existen diferentes tipos de equipos en el ámbito de la salud. Los equipos interdisciplinarios reúnen profesionales de diferentes disciplinas con un objetivo común. Los equipos multidisciplinarios son grupos de personas con formaciones y experiencias diversas que trabajan en conjunto por un período de tiempo. Los equipos transdisciplinarios involucran especialistas de diferentes áreas que interactúan y comparten conocimientos para resolver problemas. Los equipos pluridisciplinarios permiten el estudio de un objetivo desde varias disciplinas sin perder las características propias de cada una.

En resumen, la constitución de un equipo de salud exitoso implica considerar el número de participantes, fomentar la participación y el consenso, establecer objetivos y reglas claras, crear un clima favorable, definir roles y responsabilidades, realizar autocrítica y considerar el tipo de equipo más adecuado para el contexto.

Los equipos multidisciplinarios: ventajas y dificultades

En el ámbito de la sanidad, no todos los grupos de profesionales constituyen un equipo y no todas las actividades requieren equipos multidisciplinarios. Hay tareas simples que pueden ser realizadas de forma autónoma por un solo profesional, sin necesidad de la participación de otros. Sin embargo, actividades complejas que abarcan diferentes aspectos requieren la formación de equipos multidisciplinarios con especialistas en cada área.

La creación y funcionamiento de un equipo de trabajo multidisciplinario es un proceso laborioso que se reserva para actividades de alto nivel de complejidad. Un ejemplo claro son los Equipos de Atención Primaria en el campo de la salud, que se encargan de diversos aspectos, como la asistencia sanitaria, la promoción de la salud, la educación sanitaria y los estudios epidemiológicos.

La formación de un equipo de trabajo pasa por diferentes etapas, desde el inicio con ilusión y relaciones cordiales, hasta el acoplamiento de los miembros y la madurez del equipo. Sin embargo, también pueden surgir dificultades, como la dilución de responsabilidades, la lentitud en la respuesta, las diferencias en la consideración de los miembros, las actitudes individuales, la dificultad para mantener la cohesión y el pensamiento de equipo.

A pesar de las dificultades, el trabajo en equipos multidisciplinarios es fundamental para asegurar la atención integral de los pacientes y brindar un trato de calidad. Es necesario establecer claridad en las responsabilidades, tomar decisiones de manera eficiente, mantener la cohesión y evitar el pensamiento de equipo que puede limitar la visión global.

En resumen, no todos los grupos de profesionales constituyen equipos y no todas las actividades requieren equipos multidisciplinarios. La formación y funcionamiento de un equipo de trabajo multidisciplinario es un proceso complejo, pero es esencial para abordar actividades de alta complejidad y garantizar una atención integral de calidad.

Roles

En los equipos, además de las funciones oficiales asignadas, existen roles que pueden facilitar o dificultar el funcionamiento del grupo. Cada miembro del equipo tiende a desarrollar ciertos roles, que pueden cambiar con el tiempo. Se distinguen roles funcionales y disfuncionales.

Los roles disfuncionales están orientados a satisfacer intereses individuales y pueden causar dificultades en el equipo. Ejemplos de roles disfuncionales son el crítico, que es destructivo sin aportar soluciones; el negativo, que tiene una visión pesimista; y el pícaro, que se aprovecha de los demás.

Los roles funcionales se dividen en roles de producción y de mantenimiento. Los roles de producción contribuyen al desarrollo y la productividad del grupo. Ejemplos de roles funcionales de producción son el iniciador, que está dispuesto a probar cosas nuevas; el activador, que impulsa proyectos; y el intelectual, que aporta claridad teórica.

Los roles de mantenimiento contribuyen a mantener la cohesión del grupo y crear un ambiente agradable. Ejemplos de roles funcionales de mantenimiento son el empatizador, que tiene habilidades en relaciones humanas; el gracioso, que alivia la tensión y crea un ambiente cálido; y el positivo, que impulsa al equipo hacia el éxito y contagia entusiasmo.

Cada uno de estos roles puede desempeñarse de manera positiva o negativa, dependiendo de cómo se utilicen y de la dinámica del equipo. Es importante reconocer y fomentar los roles funcionales que contribuyen al trabajo en equipo efectivo y abordar los roles disfuncionales para minimizar su impacto en el grupo.

El liderazgo en el grupo

Consideraciones generales

La dirección en una organización se divide en jefatura y mando, donde la primera se refiere a la estructura formal y la segunda a la capacidad de influir en otros. Esto lleva a distinguir entre jefe y líder. El mando y liderazgo tienen como objetivo dirigir eficazmente el comportamiento de otros hacia los objetivos de la organización. El liderazgo se puede analizar desde perspectivas psicológicas y sociológicas, considerando las cualidades individuales y la interacción dentro del grupo. Un líder en una institución sanitaria es aquel con la capacidad de guiar, orientar y proporcionar criterios a un grupo de celadores. El liderazgo puede ser definido en términos de rasgos individuales, conductas, influencia sobre otros y percepción de la legitimidad de la influencia.

Características que deben reunir los líderes

El líder debe poseer varias características como decisión, iniciativa, responsabilidad, inteligencia, capacidad y experiencia profesional, equilibrio emocional, integridad moral, aptitud para el trato, sentido práctico y capacidad organizativa. Sus funciones incluyen definir la misión y el papel del grupo, infundir el espíritu del grupo y ordenar y controlar los conflictos internos. El líder debe trabajar hacia la consecución de los objetivos de la organización y el bien común, adecuarse al grupo, aplicar reglas y principios de relaciones humanas, elogiar en lugar de reprender, interesarse por los problemas individuales y del grupo, informar adecuadamente, buscar la participación en las decisiones y obtener el apoyo de superiores y subordinados. El éxito del líder se mide por la capacidad para orientar, motivar y guiar a los subordinados, logrando que respondan a sus intentos. El líder debe tener autoridad legítima, conocimientos técnicos, poder coercitivo y premiador, y ser atento a los intereses del grupo. Para dirigir eficazmente, se requiere formar un equipo eficaz con objetivos claros y cooperativos, comunicación abierta y precisa, confianza y apoyo entre los miembros, aprovechamiento de las capacidades de los miembros, manejo constructivo del conflicto y procedimientos adecuados de toma de decisiones y solución de problemas. El líder desempeña funciones y habilidades como planificar, iniciar, controlar, apoyar, informar y evaluar.

Estructura general y composición de una Unidad de paciente.

Definición

Se denomina **unidad del paciente** al conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario

- En las **habitaciones con varias camas**, cada unidad puede aislarse mediante biombos o cortinillas para asegurar y respetar la intimidad de la persona.
- En las **habitaciones individuales**, se considera unidad del paciente a todo el contenido y el espacio físico de la propia habitación.
- En una **unidad de hospitalización** habrá tantas unidades del paciente como número de camas.
- El número de camas por habitación (o número de unidades del paciente) varía de un hospital a otro.

Características estándar

El **motivo de ingreso** y la **edad del paciente** son factores determinantes que hay que tener en cuenta en la organización y disposición de la unidad de hospitalización.

Las medidas de la habitación dependen del número de camas (número de unidades del paciente) de que se disponga; las dimensiones aproximadas son las siguientes:

- Habitaciones individuales (1 cama): las medidas deben ser de unos 10 m².
- Habitaciones dobles (2 camas): las medidas deben ser de unos 14 m².
- Habitaciones triples (3 camas): las medidas deben ser de unos 18-20 m².

El número máximo de camas por habitación no será superior a cuatro y existirá la posibilidad de aislamiento visual entre ellas (mediante la utilización de biombos o cortinas).

La distancia entre las camas y entre la cama y la pared será tal que posibilite la atención al paciente por ambos laterales y los pies de la cama, permitiendo, además, el paso de una camilla y el camillero:

- Debe ser lo suficientemente grande para que pueda distribuirse de forma cómoda y ordenada todo el mobiliario y que permita realizar su limpieza fácilmente.
- La altura debe ser como mínimo de 2,5 m (altura estándar de los techos).
- Las puertas tendrán amplitud suficiente para permitir, como mínimo, el paso de una cama con sistema de goteo.
- Debe haber un aseo completamente disponible por habitación, con puerta de entrada de fácil acceso y adaptado para enfermos con algún tipo de discapacidad física. Las dimensiones deben permitir realizar el trabajo al personal de enfermería de forma cómoda y segura, y con espacio suficiente para maniobrar con medios auxiliares.
- Dispondrán de luz natural y ventilación adecuada que garantice la renovación del aire.
- Posibilidad de una toma de oxígeno y otra de vacío.
- Estará dotada de un sistema de comunicación interna, que garantice que el personal sanitario pueda dar una respuesta rápida a la llamada de los pacientes.
- Las paredes se pintarán de colores claros y sin brillo, para que no absorban la luz ni produzcan reflejos molestos para el paciente. Es importante que se mantengan en perfectas condiciones de limpieza y conservación, pues esto influye directamente en la calidad de la asistencia.

Unidad del paciente no estándar

Cada unidad hospitalaria se diseña teniendo en cuenta el tipo de pacientes que va a acoger; de este modo, podemos diferenciar los siguientes tipos de unidades:

- **Unidad de pediatría:** en este caso es importante que se diseñe y decore con colores especiales o con motivos que llamen la atención del niño y le resulten alegres y atractivos (por ejemplo, puede llevar escenas de dibujos animados en sus paredes, variedad de colores, etc.).
- **Unidad de geriatría:** si se trata de pacientes inválidos, dependientes de una silla de ruedas o de otro tipo de dispositivo de ayuda, las habitaciones deben diseñarse con mayor espacio disponible y con acceso de entrada a la habitación y al baño adecuado y suficiente para que pueda pasar la silla de ruedas, carros, camillas, grúas de arrastre, grúas de cama, etc. Además, dispondrán de aseos adaptados para discapacitados (semIndependientes); es decir, que lleven plato de ducha (en lugar de bañera), con suelo antideslizante y asideros en la pared. También estarán provistos de barras o asideros de sujeción para facilitar el uso del inodoro, sin que haya riesgos para los pacientes.
- **Unidades con características especiales:** medicina intensiva, obstetricia, pediatría, traumatología, quemados, radioterapia, etc.
En estas unidades, debido a las características especiales de los pacientes, hay que adaptar todo o parte del equipamiento. Además, deben disponer de otro tipo de utensilios, equipos y aparatos diferentes que son necesarios para proporcionar los cuidados adecuados y necesarios.

Mobiliario de la unidad del paciente

El mobiliario que debe formar parte de una habitación hospitalaria depende del tipo de unidad de que se trate.

Existen grandes diferencias entre una habitación de servicios especiales (unidad de vigilancia intensiva (UVI), coronarias, diálisis, etc.) y una de hospitalización general (medicina interna, cirugía).

Todo el mobiliario debe estar fabricado con materiales de colores claros, para que no se enmascare la suciedad y sea fácilmente lavable, pues puede ser una importante fuente de infección.

- **Cama:** Sirve para acoger al paciente, por lo que debe estar en perfectas condiciones de conservación y mantenimiento, para que permita la correcta acomodación del paciente.irá provista con toda la ropa de cama necesaria.
Debe colocarse en la habitación de manera que tenga tres de sus lados libres, para facilitar el trabajo del personal sanitario (cambios posturales, aseo del paciente, aplicación de cuidados, etc.).
Se dispone de forma que el cabecero este en contacto con la pared, pero sin que se ubique debajo de la ventana, ni próxima a la puerta (para no impedir el acceso a la habitación o al aseo).
Tendrá las medidas necesarias para favorecer el descanso y bienestar del paciente, y facilitar la realización y aplicación de los cuidados necesarios.
Es importante que sean articuladas y con un plano regulable en altura y fácilmente manejables en su movilización, por lo que deben disponer de ruedas.
- **Mesilla:** Se sitúa junto a la cama, de forma que sea accesible, para que el paciente pueda coger cualquier objeto o utensilio que necesite.
En muchos centros sanitarios se utilizan modelos de mesillas extensibles y regulables en altura y posición, que pueden transformarse a su vez en mesa auxiliar para apoyar las bandejas de la comida y adaptarse al paciente para favorecer su comodidad.
- **Mesa de cama:** Sirve para depositar sobre ella las bandejas de la comida. Por su especial diseño, permite regular su altura, adaptándola al paciente, de forma que pueda comer semiincorporado y con mayor comodidad. También se denomina carro-bandeja.

- **Silla y/o sillón:** Se utilizan como lugar de descanso para aquellos pacientes independientes o para aquellos en que sea posible su movilización. Deben ser cómodos y estar tapizados con material de alta durabilidad y de fácil limpieza y desinfección.
Se colocan junto al paciente, al lado contrario de la mesilla y cerca de la cabecera de la cama, para que pueda sentarse fácilmente sin necesidad de desplazarse.
Siempre que el espacio lo permita, se debe disponer también de una silla o sillón para el acompañante, que presentara las mismas características que la silla o sillón de los pacientes (deben ser cómodos y de material fácilmente lavable).
Se colocan en la habitación de manera que no interfieran en el acceso a la cama ni al aseo, y que permitan al paciente desplazarse por la habitación con comodidad.
- **Armario:** Se utiliza para guardar la ropa y otras pertenencias del paciente, y también una manta de repuesto por si el paciente la necesita. Suele incluir alguna percha.
- **Lámpara:** Generalmente está fijada a la pared para que no ocupe espacio. Se utiliza en exploraciones, para lectura o como luz indirecta. No se utilizan lámparas en las mesillas, para evitar riesgos de accidente.
- **Biombo:** Se emplea para separar una cama de otra, es decir, cada unidad del paciente, dentro de una misma habitación. Su objetivo es mantener y preservar la intimidad de los pacientes.

Además del mobiliario descrito, en cada habitación hospitalaria se debe disponer de:

- **Sistema de comunicación** interna con el control de enfermería, mediante un equipo de intercomunicación de señales:
 - .1. Acústicas (timbre): cada vez menos utilizado, para evitar ruidos.
 - .2. Luminosas: su manipulación hace que se encienda una luz específica en el panel del control de enfermería, y así el personal sanitario pueda dar una respuesta rápida a la demanda del paciente.
- **Luz de paso:** Para ver por la noche; es necesario en caso de que el paciente necesite levantarse.
- **Tomas de oxígeno y bomba de vacío,** que se disponen fijas en la pared y en la cabecera de la cama del paciente.

Elementos sanitarios de la unidad del paciente

Además del mobiliario descrito, al paciente se le debe proporcionar una serie de materiales o productos para favorecer su comodidad en la realización de las actividades diarias de higiene personal, alimentación y eliminación de excrementos, y para facilitar la ejecución de los cuidados diarios que este necesite.

El material que hay que incluir en una unidad tipo puede clasificarse en:

- **Material de uso habitual**
 - o Un vaso y botella de agua.
 - o Otro vaso para la realización de la higiene bucal (en el cuarto de baño).
 - o Una palangana para la limpieza del paciente.
 - o Una cuña o botella para la recogida de las heces y orina (en pacientes encamados). o Recipientes adecuados para las recogidas de muestras, cuando sea necesario.
 - o Pijama o camisón y, ocasionalmente, bata (depende del hospital).
 - o Guantes.
 - o Un paquete de pañuelos desechables o de gasas.
 - o Termómetro para medición de la temperatura.
 - o Depresores linguales para inspección bucofaringea.
 - o Ropa de cama (sábanas, almohadón, protector, empapador, manta y colcha).
- **Material de higiene personal**
 - o Jabón líquido(gel).
 - o Esponja (actualmente se utilizan jabonosas y de un solo uso). o Peine.

- o Toallas.
- o Crema hidratante.
- o Papelhigiénico.

Otros materiales

- **Férulas de acero o arco de cama:** dispositivo que se coloca sobre el paciente para que la ropa de cama no descansa directamente sobre su cuerpo.
- **Pupitre:** es un respaldo regulable, formado por un arco metálico, que se utiliza para ayudar al paciente a adoptar la posición de Fowler.
- **Almohadillas:** permiten que el paciente pueda adoptar distintas posiciones con comodidad y sin resbalarse.
- **Centinelas de la cama:** son almohadillas de polietileno, que contienen aire en su interior (infladas) y que se colocan a los lados de la cama para evitar lesiones o caídas del paciente.
- **Marco de Balkan:** sistema de barras metálicas ensambladas que se colocan sobre la cama articulada, que permiten la sujeción de correas, poleas y triángulos, y del equipo necesario de tracción para el uso del paciente que presente algún tipo de traumatismo.
- **Barras de tracción:** van colocadas en el marco de Balkan y se utilizan para facilitar la incorporación del paciente; están indicadas en pacientes con fracturas de miembros inferiores.
- **Pie de gotero:** se dispone adaptándolo a la cabecera de la cama, o bien como dispositivo independiente.
- **Equipos o dispositivos para la movilización o desplazamiento del paciente:** silla de ruedas, grúas de arrastre, de cama, de bipedestación, muletas o bastones, andadores, etc.

Condiciones medioambientales

Los factores medioambientales que repercuten directamente y en mayor medida sobre el bienestar y la comodidad del paciente son las condiciones atmosféricas, de iluminación y de insonorización.

Condiciones atmosféricas

Los factores relacionados con las condiciones atmosféricas que tienen una mayor incidencia en la salud son cuatro: la temperatura, la humedad, el movimiento del aire y ventilación y la pureza del aire.

- **Temperatura**

Generalmente, la temperatura ambiente que debe tener la unidad de hospitalización oscila entre 20-22º C.

Las personas reaccionan de manera diferente a las condiciones atmosféricas, por lo que se ha establecido una temperatura que puede considerarse ideal para todas ellas.

Temperaturas inferiores a estas pueden hacer que el paciente sienta frío y temperaturas superiores a las establecidas hacen que se sienta incomodo por el efecto del calor. En ambos casos, se siente molesto y en condiciones inadecuadas para sentir bienestar.

La temperatura controlada es fundamental para favorecer la remisión de los procesos patológicos. Se regula mediante termómetros o termostatos que se disponen en las unidades de los pacientes, pasillos, dependencias especiales, etc., y que detectan y avisan (en ocasiones) de las variaciones bruscas de temperatura que ocurran en algunas zonas del hospital.

Los hospitales disponen de circuitos cerrados de ventilación, que llevan incorporado un sistema automático de control de la temperatura, adecuándola a las necesidades que se hayan programado previamente.

Es importante que se realice el mantenimiento y la limpieza de los sistemas de control de la temperatura con el mayor rigor posible, ya que con gran facilidad se producen contaminaciones de los sistemas de refrigeración, sobre todo por Legiónela.

La temperatura ambiente puede variar en función del lugar o la zona del hospital en que nos encontremos. Así tenemos:

Zona	Temperatura en ° C
Pasillos	20-21
Unidad del Paciente	20-22
Consultas Externas	21-23
Quirófano	22-25

- **Humedad**

Es la cantidad de agua que permanece mezclada con el aire del medio ambiente.

Los valores del grado de humedad que se consideran óptimos para la mayoría de las personas en el ambiente hospitalario oscilan entre el 40 y el 60 %

Se controla mediante el uso de higrómetros que se colocan en la unidad del paciente, los pasillos y las dependencias especiales.

- **Renovación del aire y ventilación**

El acondicionamiento consiste en hacer que el aire de los hospitales, residencias, hogares, edificios públicos, etc., consiga tener unas características casi iguales a las del aire libre.

Se evitará que se originen corrientes de aire. Es recomendable el empleo de biombos que, colocados entre la ventana y la cama del paciente, eviten que el aire le llegue de forma directa.

En los hospitales existe un circuito cerrado de aire acondicionado o sistemas de climatización, no deben abrirse las ventanas de las habitaciones para ventilar, pues el aire está en constante renovación y, si se abriera la ventana, se producirían descompensaciones en el circuito del aire.

En los quirófanos estas renovaciones son entre 15 y 20 veces por hora.

Iluminación e insonorización:

- **Iluminación**

Las condiciones de iluminación repercuten de manera directa en el bienestar del paciente y por lo tanto en su proceso de recuperación.

La iluminación en los centros sanitarios puede ser de dos tipos: natural y artificial.

o **Luz natural:** Es la producida por los rayos solares; por sus propiedades curativas, desinfectantes, térmicas, etc., es la más indicada para el cuidado y la recuperación de los enfermos.

Algunos especialistas en la materia opinan que una habitación está bien iluminada si tiene un espacio de ventanas igual, en superficie, a casi la cuarta parte del suelo.

o **Luz artificial (iluminación eléctrica):** Se usa normalmente en las unidades de hospitalización y está diseñada de forma que pueda ser utilizada según las necesidades. Puede adaptarse para que proporcione luz indirecta, como luz de foco directo para el examen del paciente, luz para leer o luz muy débil.

Durante la noche debe quedar un piloto encendido en la pared, para que la habitación no quede a oscuras y el paciente pueda ver si tiene necesidad de levantarse.

Además, se debe disponer en la habitación de un sistema eléctrico, colocado en la cabecera de la cama, que se active para llamar al control de enfermería; lleva un piloto para que sea visible en la oscuridad. Cuando el paciente lo activa, se enciende una luz de un color determinado (prefijado por el hospital), que en el control de enfermería se identifica como una llamada en demanda de ayuda.

- **Insonorización**

Los investigadores han demostrado que el ruido ambiental, expresado en decibelios (dB), tiende a producir fatiga física y trastornos nerviosos o emocionales.

En los hospitales es frecuente el empleo de materiales absorbentes del ruido en techos y pasillos, cocinas, comedores, cuartos de trabajo y controles de enfermería.

Muchas instituciones están sustituyendo los antiguos sistemas acústicos de alarma o de llamada (altavoces, intercomunicadores) por sistemas ópticos de aviso que emplean luces, tanto en los paneles del control de enfermería como en las habitaciones de los pacientes, cuarto de curas, lencería, office y cualquier otra sala de la planta para evitar los riesgos derivados de la exposición continua a determinados ruidos.

El ruido que se genera en el entorno hospitalario puede provenir del exterior o del interior (del propio centro sanitario).

o **Ruido exterior:** Se produce, generalmente, como consecuencia de la realización de obras, circulación, sonidos de sirenas de ambulancias, coches de la policía y otra serie de actividades, que en muchos casos, además, pueden llevar asociada la producción de vibraciones.

Estos ruidos resultan inicialmente inevitables, pero en muchas entidades sanitarias se tiende a colocar sistemas de aislamiento en las ventanas, que tienen como objetivo mitigar los efectos negativos derivados del ruido y de las vibraciones, ya que todos estos factores pueden influir en el estado emocional de los pacientes.

o **Ruido interior:** Se produce como consecuencia del tránsito de personas en los pasillos y de la actividad laboral del propio centro sanitario. Para intentar evitar este tipo de ruidos, con el fin de que el trabajo habitual resulte lo menos ruidoso y molesto posible, es importante tener en cuenta una serie de aspectos.

Según las normativas referentes al nivel tolerable de ruidos en el ambiente hospitalario, en términos generales, este no debe ser superior a los 25 dB.

Para evitar la producción de ruidos, es importante que el personal sanitario cumpla con las siguientes normas:

- Respetar los carteles de recomendación de silencios.
- Hablar en tono moderado, nunca a gritos o en tono de voz alto, ni con risas llamativas o escandalosas.
- No permitir que en las habitaciones se escuche la televisión o la radio con un volumen elevado.
- Controlar la utilización de los teléfonos móviles.
- No golpear las puertas al entrar o salir de la habitación.
- Desplazar el mobiliario suavemente y sin arrastrarlo.
- Utilizar calzado de suela flexible o de goma para evitar desplazamientos ruidosos (taconeos).
- Realizar el transporte de las camas, sillas de ruedas, carros, pies de goteo, etc., con cuidado, evitando hacer ruido o golpear las paredes, los muebles o las puertas.

Es importante, siempre que sea posible, que a las visitas se les recomiende el cumplimiento de estas normas.

Higiene y limpieza de la unidad del paciente

Los auxiliares de enfermería son los responsables de la higiene personal del paciente, así como de mantener la cama en condiciones idóneas para facilitar su comodidad.

Al personal de limpieza para que friegue el suelo y limpie los muebles para evitar la diseminación de microorganismos

Al realizar la limpieza, hay que tener en cuenta:

- La limpieza de la habitación se hará diariamente y todas las veces que sea necesario para mantenerla en perfectas condiciones de higiene y limpieza.

- Antes de iniciar el proceso, es importante tener preparado todo el material necesario para la limpieza.
- Se realiza, siempre que sea posible, con las ventanas abiertas, pero evitando las corrientes de aire.
- No hay que olvidar que la lejía es el mejor desinfectante, aunque actualmente haya en el mercado una gran variedad de productos que consiguen los mismos resultados y tienen un olor más agradable.
- Cuando se da de alta al paciente, debe realizarse una limpieza más exhaustiva de todos los muebles que forman parte de la unidad, así como de todo el material que tenga que ser reutilizado; en algunos casos será necesario desinfectarlo y esterilizarlo.

La unidad de enfermería

Conjunto de departamentos y recursos materiales relacionados con el personal de enfermería, que se disponen para proporcionar los cuidados necesarios a toda persona que ingresa en un centro hospitalario.

En el hospital hay tantas unidades de enfermería como funciones y especialidades asistenciales se realicen en él. A cada una de ellas se le asigna:

- Un determinado número de pacientes.
- Un equipo de personal sanitario formado por un supervisor/a de enfermería, varios diplomados en enfermería y/o enfermeros/as, varios auxiliares de enfermería.

Cada unidad de enfermería consta de los siguientes elementos:

- **Control de enfermería o de planta:** está ubicado en una zona estratégica, para facilitar el trabajo y control de las distintas unidades del paciente que tiene asignadas a su cargo. Generalmente se compone de un mostrador, un sistema de intercomunicación con las habitaciones, medios informáticos, etc.
- **Habitaciones de los pacientes:** incluyen una o varias unidades del paciente.
- **Zona específica de registro de la información:** donde se guardan las hojas de enfermería, historias clínicas y otros documentos. Se ubica en el propio control o en algún lugar próximo al mismo.
- **Zona de almacén:** donde se guarda la ropa de cama y el material limpio.
- **Almacén de materiales y productos sanitarios:** donde se guardan los materiales imprescindibles para cubrir las necesidades asistenciales de los pacientes.
- **Office:** es el lugar destinado a la preparación de algunas comidas para los pacientes (zumos, infusiones, leche, etc.). Suele estar comunicado con el servicio de cocina mediante un montacargas.
- **Sala de usos múltiples:** en algunos centros sanitarios se dispone de salas especiales para el entretenimiento de los pacientes, sobre todo en aquellos casos que requieren una larga estancia en el hospital.
- **Sala de estar o de descanso:** para el personal sanitario, provista del mobiliario necesario.
- **Aseos** para el personal sanitario: de uso exclusivo.
- **Sala para recibir visitas:** dispuesta, también, con el mobiliario necesario para mantener un buen estado de confort.
- **Despachos:** de utilización diversa.
- **Cuartos de baño:** para el uso de todo el personal que pasa por el hospital. Deben estar claramente identificados para facilitar su localización.
- **Espacio o cuarto:** para guardar los dispositivos, aparatos y equipos de movilización y desplazamiento de los pacientes: bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas, grúas, etc.
- **Espacio o cuarto:** donde guardar, por ejemplo, el carro de paradas, el electrocardiograma, etc.

- **Pasillos:** que comunican los diferentes elementos de la unidad de enfermería. Serán lo suficientemente amplios para que puedan desplazarse con facilidad las camas, carros, camillas, sillas de ruedas, etc. Además, permitirán el tránsito de todo el personal.

Tipos y técnicas de hacer la cama hospitalaria

La cama hospitalaria es el lugar de reposo en el que un paciente puede pasar, según su enfermedad, la mayor parte de las horas del día.

Características:

- En general, están hechas de tubos huecos, que se pueden lavar cómodamente para facilitar su limpieza y desinfección.
- Suelen estar equipadas con ruedas móviles en cada pata y con un sistema de freno para bloquearlas. Esto facilita el desplazamiento, tanto en el interior de la unidad en que está ingresado el paciente como de un servicio a otro.
- El somier puede estar dividido en uno, dos o tres segmentos móviles, que pueden cambiar de posición al ser accionados con una manivela.
- Las dimensiones de la cama suelen ser:
 - **90-105 cm de anchura.**
 - **190-200 cm de longitud.**
 - **70 cm de altura (sin colchón).**
- El **colchón** más utilizado es, generalmente, de muelles de una sola pieza y semirrígido, con refuerzos laterales para que sirva de soporte al cuerpo. Existen, sin embargo, otro tipo de colchones que se utilizan en situaciones concretas.
- Se suele cubrir el colchón con una funda semipermeable y flexible para protegerlo de las posibles secreciones del paciente.
- La **ropa de cama** ha de ser lo suficientemente amplia para poder sujetarla correctamente al colchón. Debe ser resistente a lavados frecuentes, pero no áspera.

Tipos de camas

Según las necesidades específicas de los pacientes, se emplean diferentes tipos de camas.

Tenemos 2 tipos de camas: de **descanso**, destinadas a la estancia del paciente por largos periodos de tiempo y **camas o camillas de exploración**.

Camas de descanso

A. Cama metálica de somier rígido

Consta de un somier rígido, sin articulaciones. En algunos modelos puede elevarse la parte de la cabeza mediante una manivela.

B. Cama articulada

Es la que más se utiliza en los hospitales y consta de un somier metálico articulado, formado por dos, tres o cuatro segmentos móviles que se accionan con una manivela situada en los pies o los laterales de la cama. En las camas motorizadas la movilización se realiza a partir de un mando eléctrico.



Cada articulación permite dividir la cama en dos segmentos, Por lo tanto, la cama con dos articulaciones tiene tres segmentos y la cama con tres articulaciones, cuatro segmentos. En la de tres

segmentos el superior soporta la cabeza y la espalda, el central es para la pelvis y el inferior para las extremidades inferiores. En la de cuatro segmentos se diferencia una posibilidad de movilización más, bien en la cabeza/hombros, bien en las rodillas. Este tipo de camas facilita la acomodación del paciente y los 25 cambios posturales.

C. Cama ortopédica, traumatológica o de Judet

Consta de un marco, llamado marco de Balkan, que sujeta unas varillas metálicas, situadas por encima de la cama, para acoplar unas poleas que, mediante cuerdas, soportan diferentes sistemas de pesas. Para realizar la tracción, uno de los extremos se aplica al paciente y en el otro se colocan las pesas.



Una tracción es una técnica terapéutica que aplica fuerza sobre un hueso, músculo o articulación. Puede ser cutánea o esquelética. En la primera, la fuerza se ejerce sobre la piel, y en la segunda, sobre los huesos, a partir de clavos quirúrgicos, alambres, etc. Los objetivos de esta técnica son:

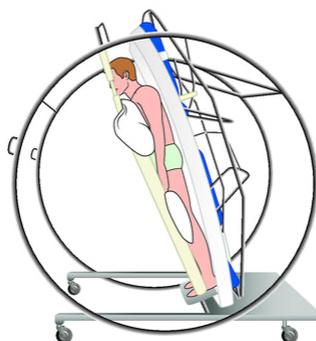
- Alinear una extremidad fracturada.
- Evitar deformaciones, en el caso de parálisis
- Aliviar el dolor de un traumatismo osteoarticular (fractura, luxación, etc.).

En general, estas camas son adaptaciones sobre la cama articulada en la que se coloca el marco de Balkan. También está provista de un “estribo” o triángulo de Balkan, que permite al paciente moverse ligeramente para incorporarse o cambiar de posición.

Se utiliza, sobre todo, en traumatología, con pacientes que sufren fracturas, luxaciones, parálisis de las extremidades, politraumatismos.

D. Cama electrocircular o de Stryker.

Está formada por dos armazones metálicos circulares, unidos entre sí por un plano rígido que gira sobre los anteriores.



La cama puede adoptar cualquier posición: horizontal, vertical, inclinada en todos los ángulos y boca abajo. Además, esta provista de un interruptor que permite un movimiento lento en sentido circular y puede ser manejado por el propio paciente.

Pueden acoplarse soportes para los pies, barandillas laterales, cintas de sujeción y cualquier otro elemento que facilite los cambios de presión en la superficie corporal, evitando así las úlceras por presión. Se utiliza en grandes quemados, politraumatizados o en lesiones medulares, es decir, en casos de inmovilización a largo plazo.

E. Cama o armazón de Foster

Es un modelo de cama más antiguo que la cama electrocircular. Consta de dos armazones, uno anterior y otro posterior, que llevan acoplados unas cintas de sujeción, las cuales se atan para mantener al paciente inmovilizado mientras se realizan las maniobras de cambio de posición (supino-prono). El giro o volteo se realiza gracias al sistema giratorio de que consta. Permite ejercer tracción sobre la cabeza, los pies o ambos, mientras se realiza la maniobra de cambio de posición.



Este tipo de cama está indicado también para evitar las úlceras por presión en pacientes que deben permanecer inmovilizados durante largos periodos de tiempo, como ocurre con los enfermos con lesiones en la columna vertebral.

F. Cama roto-rest

Es una cama que mantiene al paciente sujeto pero girando constantemente, por lo que reduce los puntos de presión. Se utiliza para prevenir la aparición de úlceras por presión.

Para este tipo de camas se emplean los siguientes accesorios:

- Armazón o sujeción laterales.
- Armazón o sujeción de la cabeza.
- Armazón o sujeción de los pies.
- Armazón o sujeción para el giro.
- Almohadillas amortiguadoras.



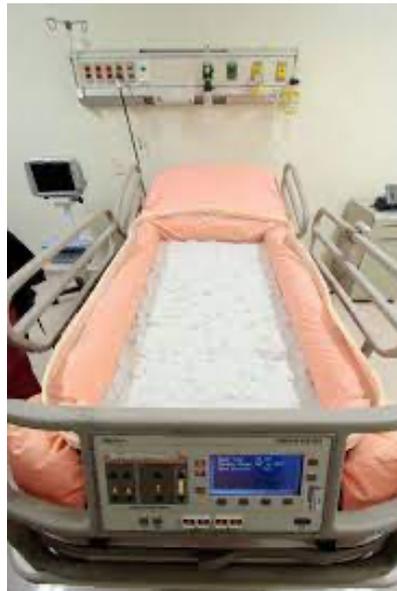
G. Cama libro

Se utiliza con pacientes que permanecen inmovilizados durante largos periodos de tiempo. Su aspecto es semejante al de la cama articulada, pero permite la angulación lateral y, por lo tanto, la modificación de las zonas de apoyo del cuerpo.



H. Cama de levitación o cama clinotron.

Es un tipo de cama hospitalaria poco habitual que tiene indicación para grandes quemados y pacientes con úlceras por presión muy extensas. Esta cama tiene un soporte de flujo de aire caliente a presión que mueve unas bolitas que hacen flotar la tela de poliéster. En la imagen de la izquierda se muestra la cama sin la tela que recubre el material y se aprecia el burbujeo que provoca el flujo de aire, dando la sensación que sea un producto líquido, aunque el material realmente tiene textura de arena fina.



Con este sistema de aire disminuye la presión del paciente contra la tela de la cama y al mismo tiempo tiene efecto terapéutico, ya que favorece la circulación sanguínea, de ese modo propiciamos la cicatrización de las heridas y se previenen posibles problemas de tromboembolismo, entre otros.

I. Cama Gatch:

Cama articulada eléctrica la cual permite la incorporación del paciente de decúbito supino a posición de sentado.



J. Incubadora

Cama que se emplea para mantener a los recién nacidos prematuros en un ambiente adecuado de temperatura y humedad, con el fin de asegurar sus condiciones de vida. Permite la manipulación del bebé desde el exterior a través de unos dispositivos a modo de guantes o puertas.

Se pueden regular con precisión la humedad, la temperatura y la concentración de oxígeno.

Permiten monitorizar al recién nacido (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura), así como conectar a un respirador, hacer aspiración de secreciones si se precisa, utilizar la unidad nebulizadora, aplicar la lámpara de luz azul (hiperbilirrubinemia), etc.

La cámara donde se coloca al bebe es de material transparente, lo que facilita tanto el aislamiento como su control y observación. Suele ir acoplada sobre un mueble metálico, con compartimientos que permiten guardar el material necesario para el cuidado de estos niños.

Hay incubadoras provistas de ruedas que facilitan el desplazamiento en aquellos casos en que sea necesario y algunas van equipadas, incluso, con todo el material necesario para prestar cuidados intensivos.



Existen distintos tipos de incubadoras más o complejas según para el uso que se vayan a destinar, desde las de las unidades generales hasta las de vigilancia intensiva. En ellas se crea un microentorno apropiado para el niño, con un sistema llamado servo control, que permite mantener la temperatura en un rango prefijado entre 36,2 y 36,8 grados.

Camillas de exploración

Son camas de exploración y transporte que se utilizan en los consultorios de hospitales, centros de salud, etc. Deben cubrirse con una sábanilla antes de colocar al paciente, que será cambiada después de su utilización. Pueden ser rígidas o articuladas.

A. Rígida

Tiene una estructura de tubo metálico hueco, sobre la que se asienta un colchón con base rígida, recubierto de piel o de algún material similar fácilmente lavable.

Puede llevar ruedas para facilitar su desplazamiento, en cuyo caso deberá estar provista de un sistema de freno que bloquee las ruedas.

B. Articulada

Es una estructura de tubo metálico hueco, sobre la que se asienta un colchón con base móvil. Suelen tener una sola articulación, situada a nivel de la cabeza, que se puede elevar hasta 90° respecto al plano de la cama.

Accesorios de la cama hospitalaria

Son los elementos (incluido el colchón) que pueden colocarse en la cama para facilitar la estancia, la higiene, la comodidad y el bienestar del paciente.

Almohadas y colchones

A. Almohadas

Suelen ser de espuma, blanda y baja, destinada a facilitar los cambios posturales y la acomodación del paciente. En general, se dispone de más de una almohada por paciente.

B. Colchones

Pueden ser de diversas formas y estructuras. Estos diferentes modelos tienen como objetivo contribuir a la prevención de las úlceras por decúbito. Los más importantes son los siguientes:

- **Colchón de muelles:** era el más usado tradicionalmente en los hospitales. En función de su utilización, puede ser de una o varias piezas. Es duro, semirrígido y con refuerzo lateral, para mantener la postura anatómica correcta y evitar deslizamientos laterales.
- **Colchón de látex:** hoy día se utilizan cada vez más, por constituir una buena base para el reposo del paciente.
- **Colchón de espuma:** se deja vencer más fácilmente por el peso del cuerpo. Puede ser de una pieza o estar seccionado en bloque (40-50 bloques). Favorece la comodidad y el acoplamiento del paciente, repartiendo la presión del cuerpo, evitando la excesiva fricción y roce en la piel. Prácticamente, hoy día no se usa.
- **Colchón de goma, con tubos o celdillas:** se llena de aire y se coloca sobre la cama. Su finalidad, al igual que los otros, es la de evitar las úlceras por presión.
- **Colchón de agua:** es de material plástico y lleva en su interior agua a 37°. La cantidad de agua debe estar en relación con el peso del paciente, para que así la presión de su peso se distribuya por una mayor superficie. Se llena con aproximadamente 100 litros de agua. Se usa para prevenir las úlceras por presión. Se utiliza poco.
- **Colchón de agua con bolsas de poliuretano:** lleva en su interior agua mezclada con bolsas de poliuretano, lo que reduce el volumen acuoso. Las bolsas, al ser menos densas que el agua, se mantienen flotando en la superficie, actuando como aislante, por lo que, cuando el agua se enfría, evitan la sensación de frío en el paciente. Se coloca sobre el colchón normal. Puede ser de una única pieza o de varias. Se cubre con la sabana bajera. El volumen de agua por colchón varía entre 10-12 litros.
- **Colchón de esferas fluidificado:** está formado por esferas de vidrio muy finas que se mantienen en movimiento gracias al aire insuflado entre ellas, lo que permite repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo del paciente, experimentando sensación de estar flotando.
- **Colchón alternating o antiescaras:** consta de una serie de tubos neumáticos que se hinchan y deshinchan alternativamente mediante el funcionamiento de dos motores. Mientras están hinchados los tubos de número par, los de número impar permanecen deshinchados,

invirtiéndose automáticamente el ciclo cada cuatro minutos. Este tipo de colchón, al desplazar los puntos de apoyo, evita la presión y, además, realiza un masaje continuo.

Ropa de cama

- **Cubrecolchón:** es una cubierta impermeable y ajustable en las cuatro esquinas que se utiliza para proteger el colchón de la humedad y suciedad procedentes de la eliminación de secreciones del paciente.
- **Sábanas:** generalmente son de algodón o material similar. Se utilizan cada vez más las de puntos ajustables. En servicios como urgencias, diálisis o consultas suelen emplearse sábanas desechables. Son necesarias una sábana bajera y una encimera.
 - Sábana bajera se dobla a lo largo, y con el derecho hacia el interior. o sábana encimera se dobla a lo ancho, y con el revés hacia el interior.
 - Entremetida: es del mismo tejido que las sábanas. Cuando se utiliza, debe cubrir por completo el hule, para evitar que este en contacto con el paciente. Se coloca en el centro de la cama, a la altura de la pelvis. Puede utilizarse también para desplazar al paciente hacia la cabecera de la cama, cuando este ha resbalado. Hoy día, prácticamente siempre se utilizan salvacamás desechables.
- **Manta:** suele ser de color claro. Su tejido debe resistir los lavados frecuentes y tener poco peso. Debe abrigar
- sin pesar. Se dobla a lo ancho.
- **Colcha o cubrecama:** es la pieza que cubre las sábanas y la manta. Debe ser resistente a los lavados y colores claros. Generalmente es blanca. Se dobla a lo ancho, y con el lado derecho hacia el interior.
- **Funda de almohada y almohadón:** son de algodón o material similar. La funda está directamente en contacto con la almohada y se cierra mediante una cremallera u otro sistema.
- **Almohadón:** se coloca sobre la funda y ha de cambiarse siempre que sea necesario y al menos una vez al día.

Otros accesorios

- **Barandilla o reja de seguridad:** es un protector metálico que se coloca en cada lado libre de la cama para evitar caídas del paciente. Puede abarcar toda la longitud lateral de la cama o solo la mitad superior. Generalmente, las barandillas tienen un mecanismo que permite bajarlas para facilitar el acceso al paciente sin necesidad de quitarlas.
- **Protectores de barandillas:** suelen ser bolsas de polietileno hinchadas de aire, almohadas, etc. Su función es evitar que los pacientes se lesionen. También se les llama “centinelas de cama”.
- **Cunas-tope:** son piezas triangulares acolchadas que sirven para mantener la estabilidad del paciente o de algún segmento del cuerpo. El mismo resultado puede obtenerse por medio de almohadas, cojines, sábanas o toallas dobladas.
- **Soporte para los pies:** el tradicional es un tablero que se ajusta a los pies o a un lado de la cama y sirve de apoyo a los pies del paciente.
- Para conseguir este objetivo, también se puede utilizar sacos de arena o toallas dobladas; actualmente se emplean férulas antirrotación, que constan de una superficie exterior de plástico duro y un interior almohadillado donde se introduce el pie, manteniéndolo inmovilizado y en posición correcta. Evita la flexión plantar y el pie en péndulo.
- **Arco de protección o arco de cama:** mantiene el peso de las ropas de la cama, evitando que rocen y ejerzan presión sobre el paciente.
- Al instalarlo es necesario tener en cuenta que la ropa de la cama necesita más holgura para cubrir al paciente hasta los hombros.
- **Tabla de cama:** también llamada tabla de fracturas. Se coloca bajo el colchón y se usa para pacientes con lesiones de espalda.

- Además, en cada planta de hospitalización suele haber una tabla junto al carro de paradas, que se coloca bajo el paciente para conseguir un plano duro cuando es necesario realizar el masaje cardiaco externo.
- **Soporte de sueros:** puede ser portátil (es decir, provisto de ruedas para su desplazamiento) o adaptable a la cama. Consta de un tubo metálico hueco, cuya parte superior termina en dos pequeñas perchas de las que se cuelgan las soluciones que se van a perfundir. La altura es regulable por medio de un dispositivo situado en el tubo vertical del portasueros. También los hay que cuelgan del techo.
- **Soporte de bolsa de diuresis:** se utiliza para sujetar la bolsa de diuresis y mantenerla colgada sobre el somier o borde de la cama.
- **Estribo o triángulo de Balkan:** permite que el paciente realice pequeños desplazamientos corporales dentro de la cama, como moverse ligeramente para incorporarse, cambiar de posición, etc. Se emplea en parapléjicos y en estancias prolongadas en la cama con limitación de la movilidad.

Técnicas de hacer de la cama

Normas generales

- La ropa de la cama se cambiará por la mañana, tras el baño o aseo del paciente, y además siempre que se manche o se moje.
- Antes de iniciar la técnica de arreglo de la cama, hay que tener preparado todo el material necesario.
- En el caso de que se preparen varios equipos para rehacer más de una cama, suele utilizarse un carro de ropa limpia (en el que se incluyen todos los equipos necesarios) y otro de ropa sucia (en el que se depositan las bolsas que contienen la ropa de cama retirada de cada paciente).
- Para evitar que estos carros sirvan de vehículo de transmisión de los microorganismos de un paciente a otro, se dejen en el pasillo, a la puerta de las habitaciones.
- Realizar el lavado higiénico de manos antes y después de llevar a cabo el procedimiento. Ponerse los guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente y, si no hay contraindicación, pedir su colaboración.
- Cuando el estado del paciente lo permita, colocar la cama en posición horizontal.
- El Cubrecolchón, la bajera y la entremetida no deben tener arrugas, ya que pueden producir molestias y favorecer la aparición de irritaciones y úlceras por roce o presión.
- La encimera, la manta y la colcha deben cubrir al paciente hasta los hombros. Se ajustan bajo el colchón, en la zona de los pies, sin remeterlas por los lados.
- Hay que procurar que la ropa de cama sucia no entre en contacto con el uniforme del auxiliar. Se depositará directamente en la bolsa que está dentro de la habitación o en el carro que está en la puerta, pero nunca se dejará en el suelo o sobre otra cama o silla que hubiera en la habitación.
- La ropa de cama retirada no debe agitarse en el aire para evitar la dispersión de los microorganismos.
- El arreglo de la cama debe hacerse con rapidez y precisión, pero evitando los movimientos bruscos cuando el paciente está en ella.
- Utilizar un biombo para proteger la intimidad del paciente, cuando sea necesario. y consejos

Procedimientos de arreglo de la cama

En este apartado describiremos los procedimientos apropiados para preparar una cama según la situación en que se encuentre el paciente, esto es:

- Cama cerrada (cama vacía, a la espera de un nuevo paciente).

- Cama abierta (en ella hay un paciente, pero no la ocupa en el momento de hacerla).
- Cama ocupada (el paciente permanece en ella).
- Cama quirúrgica (preparada para recibir a un paciente operado).

A. Cama cerrada

Es la cama del hospital que permanece vacía hasta la admisión de un nuevo paciente. La puede hacer un solo auxiliar de enfermería.

Antes de hacer la cama, hay que preparar el equipo necesario y lavarse las manos.

Se debe comprobar que la cama no está ocupada por ningún paciente. Si la ocupo un paciente infectocontagioso, es necesario utilizar una bolsa de sucio especial para la ropa, de un color determinado según las normas hospitalarias de tratamiento de objetos contaminados.

Técnica:

- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Colocar sobre una silla todo el material necesario en orden inverso a como se va a utilizar. Es decir, almohadón, funda de almohada, colcha, manta, sábana encimera, entremetida, empapador, sábana bajera y Cubrecolchón.
- Frenar las ruedas de la cama y colocarla en posición horizontal.
- Quitar la colcha y la manta. Si van a volver a utilizarse, doblarlas correctamente para hacer con ellas la cama.
- Retirar la ropa sucia, sin agitarla, doblándola o enrollándola sobre sí misma, y depositarla en la bolsa de sucio.
- Extender y fijar el Cubrecolchón.
- **Colocar la sábana bajera de forma que el derecho quede hacia arriba.** Debe dejarse el largo adecuado para poder fijarla bajo el colchón, remeter primero la cabecera y luego los pies, haciendo las esquinas en mitra o inglete, y remeter por los laterales. Para hacerla, se remete la sábana bajo el colchón mientras se levanta la sábana a unos 25-30 cm del extremo, con la otra mano; se deja caer esa parte de sábana; se remete toda bajo el colchón, estirando bien.
- **Situar la entremetida en el tercio medio de la cama, centrándola, y remetiéndola por los dos laterales del colchón,** si fuera preciso, se colocará el empapador sobre la entremetida, de forma que quede completamente tapado por ella. Tanto la bajera como la entremetida y el empapador deben quedar perfectamente estirados y sin arrugas.
- **Colocar la sábana encimera centrada, dejando el revés de la sábana hacia arriba.** Remeter la parte inferior bajo el colchón y dejar las esquinas, para hacerlas junto con la manta y la colcha. Aunque también puede hacerse pieza a pieza. La sábana puede extenderse en sentido longitudinal o bien transversal (estirando desde la cabeza hacia los pies). Puede extenderse como la sábana inferior.
- **Extender la manta de manera que la parte superior quede a la altura de los hombros a unos 20 cm del cabecero,** de la cama.
- Colocar la colcha y centrarla. Con la colcha, la manta y la encimera junta, se confecciona, en cada esquina de los pies del colchón, un borde mitra. En la parte superior, volver la sábana sobre la manta y la colcha, para hacer el embozo. La sábana superior, la manta y la colcha deben colgar por igual a los lados de la cama y no se deben remeter bajo el colchón.
- Después de comprobar el buen estado de la almohada, se coloca la funda y, sobre ella, el almohadón, dejándola en la cabecera de la cama.
- Comprobar que la ropa de la cama queda bien estirada.
- Ordenar la habitación y comprobar que el timbre funciona.
- Retirar la ropa usada y llevarla al cuarto de sucio o seguir el procedimiento de la institución (hospital).
- Quitarse los guantes y lavarse de nuevo las manos.

- En algunos hospitales, cuando la cama está cerrada, se dejan la encimera y la manta estiradas sobre el colchón, y con la colcha se cubre la almohada, hasta la llegada del paciente, aunque no suele ser lo habitual.

B. Cama abierta

Es aquella que corresponde a un paciente ingresado que la ocupa, pero que puede levantarse. La puede hacer un solo auxiliar de enfermería.

Técnica:

En general, el procedimiento se realiza siguiendo los mismos pasos descritos para la cama cerrada, pero deben tenerse en cuenta algunas diferencias:

- Después de extender la sábana encimera, es aconsejable dejar espacio para los pies del paciente. Uno de los medios para conseguirlo es hacer un pequeño pliegue o doblez en sentido transversal a la altura de los pies de la cama. Esto constituye una medida de comodidad al añadir un espacio adicional para los pies.
- Si el paciente volviera a ocupar la cama, se le abrirá, de forma que su acceso le resulte fácil.

Existen varias formas de abrir la cama:

- **En pico:** para ello se dobla el extremo superior de la sábana encimera, la manta y la colcha por el lado por donde va a acceder el paciente en sentido diagonal de la cama.
- **En abanico o fuelle:** se coge toda la ropa de cama superior (sábana encimera, manta y colcha) y se forman pequeños pliegues hasta llegar a los pies de la cama, de tal forma que el embozo quede accesible y mirando hacia la cabecera.
- **Doblada hacia los pies:** se dobla toda la ropa de cama superior hasta los pies de la cama (de tal forma que esta queda abierta) y, después, se vuelve el embozo hacia la cabecera.

C. Cama ocupada

En esta cama el paciente está dentro de la cama, por lo que se realiza en varias fases ya que hay que compatibilizarlo con el bienestar del paciente

Es importante:

- Informarse de la situación del paciente para saber si se le puede mover o si es necesaria la colaboración de la enfermera.
- Observar los equipos terapéuticos que tenga el paciente para evitar el riesgo de desconexiones, reflujos, extracción de catéteres, etc.
- Se realiza por dos auxiliares de enfermería.

Técnica:

- Preparar el equipo necesario y, después de lavarse las manos, llevarlo a la habitación del paciente, dejándolo sobre una silla como se describió para la cama cerrada.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes y la bata, si es preciso.
- Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar, pidiendo su colaboración.
- En caso de ser una habitación compartida, colocar un biombo para preservar la intimidad del paciente.
- Cada uno de los auxiliares de enfermería se situará a un lado de la cama y seguirá, simultáneamente, estos pasos:
 - Retirar la colcha, aproximando los bordes superior e inferior, e introducirla en la bolsa de sucio.
 - Hacer lo mismo con la manta. Si la colcha y la manta se van a reutilizar, doblarlas y colocarlas sobre una silla.
- Si la sábana encimera no está sucia, se afloja por los pies y se deja colocada sobre el paciente, para cubrirle mientras se arregla la cama. Se doblará hacia el paciente una parte de la sábana para que no estorbe mientras se realiza la técnica, asegurándose de que el paciente no queda destapado. También puede emplearse una manta de baño, o una toalla grande, que sustituya

a la sábana encimera (para lo cual se retira la sábana tirando de ella desde los hombros hacia los pies del paciente, a la vez que se extiende la toalla).

- Retirar la almohada, dejándola apoyada sobre una silla o sillón, y quitar el almohadón. En determinadas situaciones puede dejarse para que el paciente esté más cómodo.
- Colocar al paciente en decúbito lateral, de forma que quede sujeto por uno de los auxiliares y descansa en un lado de la cama.
- El otro auxiliar recogerá la entremetida, el hule (si lo hubiera) o empapador y la sábana bajera desde el lado más lejano de la cama hacia el cuerpo del paciente. Puede hacerse pieza a pieza o todo junto en una sola maniobra.
- Extender la sábana bajera en el lado libre del colchón desde la cabeza a los pies de forma que quede bien centrada. Sujetarla bajo el colchón en la cabeza y los pies, y hacer en ambas esquinas (arriba y abajo) el doblez o esquina en mitra. Recoger el resto de sábana limpia, enrollándola hacia el paciente, procurando que no queden arrugas.
- Colocar la entremetida en el tercio medio de la cama, fijándola bajo el colchón. El resto se recoge próximo al cuerpo del paciente. Es opcional colocar sobre la entremetida un empapador o salvacamas, según la situación del paciente.
- Entre los dos auxiliares, cambiar de posición al paciente, girándolo hacia el lado contrario, de forma que quede acostado en la otra orilla de la cama (ya limpia).
- Un auxiliar sujeta al paciente, mientras el otro se cambia al otro lado y extiende bien las piezas de la cama (sábana bajera, hule y entremetida), estirándolas para evitar que se formen arrugas.
- Retirar la ropa sucia e introducirla en la bolsa de sucio.
- Fijar la ropa en las esquinas; para ello se hace la esquina de mitra en cabecera y pies con la sábana inferior.
- Colocar al paciente en decúbito supino, la cabeza sobre la almohada en la que se ha puesto un almohadón limpio.
- Extender la sábana encimera limpia, al tiempo que se recoge la pieza que cubría al paciente. Puede hacerse en sentido longitudinal o transversal. Ajustar la ropa bajo el colchón con una holgura suficiente para no presionar los pies del paciente.
- Poner después la manta y la colcha, haciendo las esquinas en mitra.
- Adaptar el embozo sobre los hombros del paciente, como se describe en la cama cerrada.
- Dejar al paciente cómodamente instalado.
- Ordenar la habitación y retirar la ropa sucia.
- Quitarse los guantes y lavarse de nuevo las manos.
- Comunicar las incidencias a la enfermera.

Se hará una valoración del paciente durante la realización de la técnica, se anotarán en la hoja de evolución o en el libro de observaciones de enfermería o en el registro informático específico cualquier dato hallado durante la realización de esta técnica.

D. Cama quirúrgica

Se llama también cama de anestesia o de posoperado. Es la cama que se prepara para recibir a un paciente que ha sido operado o a cualquier persona que haya sido anestesiada.

La cama podrá encontrarse **en la unidad del paciente, en la sala de reanimación posquirúrgica o cuarto de despertar**, etc. Estará colocada en posición horizontal. Además, se prepararán en la habitación aquellos sistemas que se prevea, o que se sepa, que va a necesitar el paciente.

El equipo necesario es el mismo que para realizar la cama cerrada, incluyendo, además, un paño de campo o una entremetida para la cabecera de la cama y, si fuera necesario, un empapador.

Técnica:

- Después de preparar el equipo, lavarse las manos y ponerse los guantes, se coloca la ropa de cama inferior (sábana, empapador y entremetida), según la técnica descrita para la cama cerrada o de la cama abierta.
- Extender la sábana encimera, la manta y la colcha (como se describe para la cama cerrada) sin remeter la ropa en los pies ni en los laterales de la cama.
- Hacer el embozo de la cabecera y el de los pies, doblando la colcha sobre sí misma, luego la manta y, por último, la sábana encimera.
- Retirar la almohada, con la funda y el almohadón cambiado, y colocarla sobre una silla (no sobre la cama).
- Preparar el paquete quirúrgico con la ropa que cubrirá después al paciente (sábana encimera, manta, colcha). Existen distintas formas de prepararlo. En general, consiste en doblar la ropa superior (en pliegues o en forma de abanico) desde el embozo hasta los pies del colchón o desde un lado hacia el lado contrario de la cama, dejando libre aquel por el que entrará el paciente. Puede dejarse así doblada sobre una orilla o sobre los pies de la cama. También puede abrirse en triángulo o pico: se cogen los extremos de cada embozo (cabeza y pies) y se pliegan sobre el centro de la cama, formando un triángulo. Se coge el pico del triángulo y se dobla hacia el lado abierto de la cama.
- El paño de campo se extiende en la parte alta de la cama, donde el paciente colocará la cabeza. La almohada no se coloca para evitar la broncoaspiración en el caso de que vomitase.
- Cuando se pasa el paciente a la cama, se desdoblan la sábana encimera, la manta y la colcha. Se hace un doblez a la altura de los pies para dejar espacio y se remete debajo del colchón, haciendo las esquinas de mitra.
- Además, se colocarán las rejas o barandillas de seguridad si el paciente lo requiere.

7.3. Actuaciones del celador/a en las habitaciones de los enfermos

Al comenzar su trabajo, el celador debe presentarse al supervisor de enfermería, quien es responsable del funcionamiento de la planta. Las funciones del celador incluyen cuidar los enseres y ropas de la institución, servir como ascensoristas cuando sea necesario, realizar labores de limpieza excepcionales, velar por el orden y silencio en las dependencias, informar sobre desperfectos y anomalías, controlar el acceso y estancias de visitantes autorizados, desalojar a las visitas durante la visita médica, vigilar el comportamiento de enfermos y visitantes, cuidar que los visitantes no deambulen innecesariamente, realizar traslados de enfermos, lavar y asear a enfermos masculinos encamados, ayudar en la colocación y retirada de cuñas para la recogida de excretas en casos especiales, y asistir en el amortajamiento y traslado de cadáveres al mortuario.

1. Objetivos de la higiene y el aseo

Definición de Higiene: Conjunto de actividades que una persona realiza para mantener limpios la piel, el cabello, los dientes, las uñas, etc.

Los objetivos por los que se realiza la higiene son.

- Evitar la acumulación de secreciones y la proliferación bacteriana, que favorece la aparición de infecciones
- Observar cualquier signo que pueda ser orientativo de un problema de salud (piel, sistema musculoesquelético, conducta, etc.).
- Conservar la integridad de la piel para que pueda realizar adecuadamente sus funciones.
- Eliminar células descamadas y suciedad, y evitar el mal olor.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Disminuir la temperatura corporal en casos de hipertermia.

- Contribuir a mantener o mejorar la autoestima del paciente.
- Mejorar su confort y bienestar.
- Favorecer la relación de ayuda, por la proximidad que requieren los procedimientos.

2. Actuación:

Para cualquiera de los procedimientos que se lleven a cabo es preciso tener en cuenta todas o algunas de las normas (según el procedimiento) que se exponen:

- Mantener una temperatura ambiente adecuada (**entre 22 y 24 °C**).
- **Comprobar la temperatura del agua que, salvo indicación contraria, estará entre 38 y 40° C.**
- Evitar las corrientes de aire.
- Preparar todo el equipo antes de comenzar, reuniendo lo necesario para el aseo, el paciente, la cama y el auxiliar de enfermería.
- Aislar al paciente del entorno, mediante un biombo fuera necesario.
- Utilizar jabones que no irriten la piel.
- En los pacientes varones, avisar al peluquero cuando sea necesario.
- En el paciente encamado, evitar tenerle totalmente desnudo, cubriéndole con una toalla o vistiéndole con el pijama o camisón, para respetar su pudor.
- No mojar la cama innecesariamente, protegerla colocando una toalla bajo el paciente y escurriendo bien la esponja.
- Favorecer la seguridad y movilización del paciente encamado realizando el aseo entre dos personas.
- Cuidar las vías y sistema terapéuticos del paciente durante el procedimiento para evitar desconexiones o reflujos.
- Seguir un orden, realizando sucesivamente, enjabonado, enjuagado, aclarado y secado.
- Estimular la colaboración del paciente durante la realización del aseo para favorecer su independencia.
- Aprovechar para dar un masaje en las zonas sometidas a presión (excepto si ya se inició una úlcera por presión), mejorando así el riego sanguíneo de la piel.
- Realizar el aseo tantas veces como sea necesario y al menos una vez al día, generalmente por la mañana, junto con el cambio de sábanas.

Procedimientos generales de aseo

El aseo se debe hacer a diario en pacientes hospitalizados para garantizar una higiene adecuada, proporcionando el material necesario y se estimulará al autocuidado.

Según las posibilidades de movilidad del paciente esta será:

Fuera de la cama:

Suelen realizarlo aquellos pacientes que pueden levantarse. La ducha tiene un efecto estimulante, mientras que el baño es más relajante.

Con ello se contribuye a conseguir las finalidades descritas y a mantener y estimular la independencia del paciente, así como a reforzar un hábito de autocuidado saludable. Deben cuidarse las medidas de seguridad y los apoyos materiales necesarios para determinados pacientes (ancianos y aquellos que tienen limitaciones de movilidad). Así, por ejemplo, se utilizarán alfombras antideslizantes, taburetes, barras de sujeción, asiento de ducha o bañera, grúa, etc.

La ducha tiene una duración menor y realiza una limpieza por «arrastre». Es un procedimiento muy cómodo cuando el paciente necesita de mucha ayuda o tiene un nivel de dependencia importante. En ambos casos, debe existir un timbre y el paciente no debe cerrar la puerta por dentro.

Material:

- Material para el aseo: jabón líquido, esponja o manopla, cepillo dental, dentífrico, vaso, peine, tijeras y colonia.
- Ropa de baño: una toalla para el cuerpo y otra para la cara.
- Ropa para el paciente: camisón o pijama, bata y zapatillas.
- Bolsa para la ropa sucia.

Técnica:

- En ducha:
 - Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar y recordarle las normas generales
 - Preparar el equipo necesario, colocándolo a su alcance.
 - Después de asegurarse de que tiene lo necesario a mano, se le ayudará a sentarse en un asiento de ducha (si lo precisa) y se le preparará la ducha con el agua a la temperatura adecuada.
 - Si el paciente no necesita ayuda, el auxiliar de enfermería puede realizar, entre tanto, otras tareas.
 - Al terminar, recoger el equipo, acompañar al paciente a la habitación y avisar al personal de limpieza para que limpie el cuarto de baño.
- En bañera:
 - Preparar el equipo y llenar la bañera con agua caliente, 38-40 grados (comprobando la temperatura con un termómetro de baño).
 - Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar y recordarle las normas generales.
 - La colaboración que preste el auxiliar de enfermería depende del grado de independencia del paciente. o Protegerse frente a lesiones por sobrecarga (utilización de grúas) y atender a la necesidad de seguridad física y psicológica que tenga el paciente.
 - Ayudar al paciente a desnudarse y entrar en la bañera.
 - Atender al paciente mientras realiza su aseo, observando su piel y otros aspectos.
 - Al finalizar ayudarlo a secarse, aplicarse crema hidratante, agua de colonia, a vestirse e instalarse de nuevo en su habitación.
 - Recoger el baño y avisar al servicio de limpieza.
 - Anotar las observaciones, si las hubiera, en la hoja de evolución de enfermería o libro de observaciones, o comunicárselo a la enfermera.

Paciente encamado:

Para pacientes que deben permanecer en cama, la técnica se debe hacer al menos con 2 profesionales, por seguridad.

Material:

- Para el aseo; jabón líquido, manopla o esponja jabonosa, dos palanganas con agua caliente (entre 40 y 46º C), equipo de aseo bucal, peine o cepillo, tijeras de punta roma, agua de colonia (si lo desea el paciente), cuña y loción hidratante.
- Ropa de baño: dos toallas grandes o mantas de baño y una toalla pequeña.
- Ropa para el paciente: camisón o pijama, bata y zapatillas si se precisan.
- Ropa para la cama: bajera, entremetida o empapador de celulosa, encimera, colcha y almohadón.
- Bolsa de sucio para la ropa que se retire.
- Roja para el auxilia: guantes desechables y batas.

Técnica:

Dejará expuesta solo la zona que se esté lavando. En todas las zonas, excepto en los ojos y la cara, se empleará jabón. La secuencia del lavado será enjabonar una zona (con una pequeña cantidad de jabón), aclarar y secar bien, insistiendo en los pliegues cutáneos (axilas, ingles, debajo de las mamas, espacios interdigitales, pliegue intergluteo, etc.).

- Preparar el equipo y el agua a la temperatura apropiada. Aplicar las normas generales descritas.
- Lavarse las manos.
- Explicar al paciente el procedimiento, pidiendo su colaboración.
- Situar el equipo junto a la cama del paciente.
- Ponerse los guantes.
- Asegurarse de que la temperatura ambiente de la habitación es adecuada y que no hay corrientes de aire. Para proteger la intimidad del paciente, colocar un biombo.
- Ofrecer la cuña al paciente antes de empezar.
- Retirar la ropa que cubre la cama y colocar en su lugar una manta de baño. Si es necesario, se colocará otra debajo para proteger la cama de la humedad.
- Desnudar al paciente (estará en decúbito supino, si no hay contraindicaciones). Introducir la ropa sucia en una bolsa o saco que estará en el suelo, al pie de la cama, sin hacer maniobras bruscas.
- El lavado se hará en el siguiente orden:
 - Afeitado; en el caso de los varones, si puede, lo hacen ellos mismo. Si no, se avisa al peluquero (en algunas ocasiones lo realiza el auxiliar de enfermería).
 - Ojos (del ángulo interno al externo). o Cara y orejas.
 - Cuello y hombros.
 - Brazo, manos y axilas.
 - Tórax y mamas.
 - Abdomen.
 - Piernas y pies.
 - Espalda y nalgas.
 - Región genital, debe hacerse hacia abajo y de delante hacia atrás.
- Si el aseo lo realizan dos personas, una enjabona y aclara y la otra seca.
- Las manos y los pies pueden introducirse en la palangana para lavarlos cómodamente.
- Cambiar el agua las veces que sea necesario.
- Después de limpiar y secar la parte anterior del cuerpo se coloca al paciente en decúbito lateral para lavar adecuadamente la espalda y las nalgas. Una vez limpias y secas estas zonas, se aplica un masaje o unas friegas con loción hidratante.
- Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino para la limpieza de la región perineal.
- Para ello colocarle la cuña bajo la pelvis, pidiéndole que la eleve, mientras se apoya en los talones, con las rodillas flexionadas
- **Siguiendo la pauta general, limpiar desde lo más limpio a lo más sucio, el agua debe resbalar desde el pubis hasta el ano.**
- **Se lavará de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera**
- En la mujer se insistirá en los labios mayores y menores, separándolos para limpiar la hendidura vulvar y el ano.
- En el varón, después de limpiar los pliegues inguinales y el escroto, se retraerá el prepucio para limpiar el glande y el canal balanoprepucial, terminando con el ano.
- En ambos casos se insistirá en el secado de los pliegues cutáneos.
- Aplicar crema hidratante sobre la piel, a la vez que aprovechamos para masajear (espalda, piernas, etc.), excepto si hay indicios del comienzo de una úlcera por presión.
- Después de finalizar el lavado hay que vestir al paciente con el camisón o pijama.

- Si tuviera una perfusión intravenosa, se introducirá en primer lugar la botella de suero y el brazo correspondiente.
- Para retirárselo, se haría al revés: primero el brazo libre y después el otro.
- Colaborar en el aseo de boca y pelo, si el paciente puede hacerlo él mismo. De no ser así, el auxiliar de enfermería realizará esta actividad.
- Cambiar o rehacer la cama y acomodar al paciente.
- Recoger el equipo y ordenar la habitación.
- Lavarse las manos y después notificar a la enfermera cualquier dato anómalo que se hubiera detectado o anotarlo en el registro correspondiente.

Aseo parcial

Hacen referencia al aseo de zonas concretas del cuerpo, que puede hacerse a la vez que el general y diario o en las circunstancias en las que sea necesario.

Limpieza de la boca y los dientes

Se realiza para mantener una higiene apropiada y para evitar caries e infecciones o el agravamiento de otras lesiones al eliminar la placa bacteriana.

Se debe estimular al paciente para que lo haga por sí mismo.

El **objetivo de la limpieza dental es el arrastre mecánico de la placa**, que se consigue con el cepillo dental, el hilo, la seda o la cinta dental.

Los colutorios o soluciones de enjuague bucal completan la limpieza eliminando gérmenes por su efecto antiséptico, pero no se deben usar de forma sistemática, sino de forma terapéutica o dentro de determinados protocolos preventivos.

Material:

- Cepillo dental.
- Pasta dental.
- Vaso con agua.
- Antiséptico bucal.
- Vaso para la dentadura postiza (si se precisa).
- Gasas.
- Pinza de disección o de kocher para hacer torundas.
- Depresor lingual
- Palangana o batea.
- Vaselina.
- Toalla.
- Guantes para el auxiliar de enfermería.

Técnica:

- Preparar el equipo.
- Lavarse las manos.
- Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar, pidiendo su colaboración.
- Si el paciente está encamado, y no está contraindicado, se elevará la cabecera de la cama.
- Ponerse los guantes.

A. Paciente consciente:

- Si no puede lavárselos él sólo: cepillaremos los dientes, desde las encías hasta la corona, realizando un movimiento de barrido para eliminar los residuos.
- Debe limpiarse la cara externa, interna y oclusal de los dientes y muelas de ambas mandíbulas, así como la lengua.

- El ángulo entre el cepillo y el diente será de 45 grados
- Se facilitará un vaso con agua para el aclarado de la boca, recogiéndolo en la palangana o batea. Después se aclarará de nuevo con el antiséptico bucal.
- La cara oclusal se limpia colocando el cepillo sobre ella y realizando movimientos en dirección horizontal, de atrás hacia delante.
- Dudará 3 minutos al menos

B. Paciente con dentadura postiza:

- Se retirará con una gasa moviendo con suavidad la plaza superior (para romper “el vacío” que esta tiene), depositándola en la batea para su cepillado y aclarado posterior.
- La boca se limpia enjuagándola con antiséptico bucal o, si el paciente no puede, con una torunda impregnada en antiséptico.
- Después se le volverá a colocar en la cavidad bucal o se introducirá en un vaso con agua, suero o preparado comerciales hasta su utilización.

C. Paciente inconsciente:

- **Colocarle la cabeza ladeada.** Preparar una torunda con una gasa y unas pinzas o una kocher. Mojarla con el antiséptico bucal sobre la batea, escurriendo el exceso de líquido con otra pinza. Limpiar toda la boca, repitiendo el proceso con varias torundas. En un paciente intubado, la higiene se realiza así o empleando una jeringa con solución antiséptica.
- Al terminar, se le secan los labios y se les aplica vaselina para mantener su hidratación y evitar grietas o fisuras.
- Recolocar al paciente y recoger el equipo empleado.
- Lavarse las manos y comunicar a la enfermera responsable lo observado para su anotación en el registro correspondiente.

Limpeza del cabello

El procedimiento que explicaremos será el que se realiza en cama:

Material:

- Champú.
- Cubo o palangana grande.
- Jarra con agua caliente.
- Dos toallas.
- Hule o plástico.
- Secador.
- Guantes.
- Peine o cepillo.

Técnica:

- Después de preparar el material y lavarse las manos, el auxiliar de enfermería informa al paciente de la técnica que se va a realizar, pidiendo su colaboración. Tendrá en cuenta las normas generales descritas.
- Colocar al paciente con la cabeza sobre la orilla de la cama, sin almohada apoyada sobre el hule (posición de **ROSER**), que se recoge alrededor de su cuello sujetándolo con una toalla enrollada a modo de collar.
- La parte distal del hule se introduce en el cubo o la palangana, formando un canal o embudo que facilita la recogida del agua.

- Mojar el pelo y aplicar una pequeña cantidad de champú, dar un masaje en el cuero cabelludo con las yemas de los dedos, frotando con el jabón toda su superficie.
- Enjuagar y repetir la operación.
- Secar con la toalla y retirar el equipo.
- Verificar que no queda humedad después de peinar y secar con el secador eléctrico o dejar pelo envuelto en una toalla.
- Recolocar al paciente, comprobando que no se ha mojado la ropa.
- El procedimiento termina con la recogida del material usado, el lavado de manos y la notificación a la enfermera responsable de los datos observados para su registro.

Pequeño aseo o lavado genital

La zona genital se lavar cuantas veces sea necesario a lo largo del día, se realiza según la técnica general de aseo en el paciente encamado.

Se lavará de arriba hacia abajo y de dentro hacia afuera.

Se estimulará al autocuidado, por lo que siempre que sea factible, se propondrá al paciente la posibilidad de realizarlo el mismo, proporcionándole el material necesario.

Si el paciente lleva una sonda vesical, se lava primero esta con suero fisiológico, desde el meato hasta la zona distal, NO SE DESINFECTA CON ANTISÉPTICO.

Aseo y cuidado de los pies y uñas

El cuidado de los pies se realiza no solo como objetivo de higiene sino también como objetivo de evitar aparición de heridas, llagas, grietas, etc.

Técnica:

- El aseo se realiza según la técnica general para el paciente encamado mediante inmersión de los pies en la palangana o bien con esponja mojada como el resto del cuerpo a pacientes que estén en cama;
- Después se secan escrupulosamente y se examinan las zonas aseadas.
- Se pueden emplearse arcos de cama, tablas para los pies, férulas antirrotación y almohadas o cojines que mantengan su posición correcta, para evitar complicaciones asociadas a la inmovilidad.
- Si hubiera que cortar las uñas, tras lavar los pies y manos, y una vez hayan estado en remojo se harán:
 - **Pies:** en rectángulo con los bordes por fuera de la piel.
 - **Manos:** en semicircular con los bordes por fuera de la piel.

Cuidados del paciente con pie diabético:

El pie diabético se origina porque la irrigación de las arterias periféricas que irrigan al pie o las extremidades inferiores se ve complicada por el daño de los nervios periféricos e infección. Así, debido a la oclusión de las arterias que llevan sangre a los pies, se produce gangrena.

El paciente para detectar signo de pie diabético, puede sentir en las piernas o los pies:

- Hormigueos.
- Ardor en la planta de los pies.
- Manchas de color café.
- Sensación de calor en los pies o por el contrario, pies muy fríos.
- Dolor durante las noches (el roce de las sábanas puede resultar molesto).

Los cuidados en el pie diabético son:

- Inspección ocular
- Se palparán los pulsos y la sensibilidad de los pies.

- Higiene diaria, no exceder de 5 a 6 minutos, realizar un buen secado, prestando especial atención a la zona interdigital.
- Comprobar la temperatura del agua con un termómetro de baño o con el codo, ya que es frecuente que en los pies se pueda haber perdido la sensibilidad y no se perciba la temperatura real del agua.
- Los calcetines y medias deben ser de tejidos naturales y sin costuras. No deben utilizarse medias o calcetines sintéticos, con elásticos o gomas.
- No aplicar fuentes de calor (estufas, braseros...).
- No caminar nunca sin calzado. Utilizar zapatillas amplias en lugares como la playa o piscina.
- Utilizar calzado adecuado (ancho y blando).
- Evitar andar descalzo.
- No apurar el corte de las uñas, sino hacerlo de forma recta y limarlas suavemente. Las heridas deben lavarse con agua y jabón y seguir las recomendaciones.
- Las uñas se deben cortar rectas, con tijera roma, para evitar que se encarnen, sin apurar el corte ni erosionar los dedos.
- No se debe autotratarse durezas ni callosidades. Se acudiría al podólogo como mínimo una vez al año.

Recogida de excretas con utilización de cuña y/o botella

Las cuñas son recipientes de plástico o acero utilizados para facilitar la micción y defecación de pacientes encamados. Se colocan debajo de la región glútea y genital del paciente. Hay cuñas especiales para pacientes con fracturas o inmovilidad. Los orinales se utilizan para la micción de varones encamados.

Es necesario preparar el material antes de usar la cuña, explicar el procedimiento al paciente y levantar la cabecera de la cama. La cuña se coloca debajo de los glúteos, asegurándose de que quede centrada bajo el paciente. Después, se tapa al paciente y se le deja en privacidad para evacuar. Una vez terminado, se retira la cuña, se vacía y se limpia adecuadamente. El orinal se coloca entre las piernas del paciente y se retira cuando haya terminado. Luego se mide la orina, se vacía y se limpia.

Cuñas y orinales

- Cuñas:
 - Utilidad para micción y defecación de pacientes encamados.
 - Especiales para pacientes con inmovilidad.
- Botella u orinal:
 - Utilizados para la micción de varones encamados.

Preparación del material

- Explicación del procedimiento al paciente
- Levantar la cabecera de la cama
 - Colocación de la cuña:
 - Posición del paciente
 - Colocación adecuada debajo de los glúteos
 - Retorno a la posición inicial y tapado del paciente
 - Uso de guantes desechables
 - Retiro y limpieza de la cuña
- Colocación y uso del orinal
 - Retiro, vaciado y limpieza del orinal