
TEMARIO ESPECÍFICO AUXILIAR DE AYUDA A DOMICILIO



EMVIPSA

ÍNDICE

Tema 1. Definición, Objetivos y Actuaciones de SAD

Tema 2. Derecho y deberes de SAD

Tema 3. Código Ético Auxiliares SAD

**Tema 4. Normas de Régimen interno y funcionamiento SAD
EMVIPSA**

Tema 5. Técnicas de aseo e higiene personal

Tema 6. La alimentación

**Tema 7. Prevención de lesiones dorsolumbares en tareas con
personas de movilidad reducida**

**Tema 8. Manual de Acogida Prevención Riesgos Laborales
Emvipa**

EMVIPSA

TEMA 1. DEFINICIÓN, OBJETIVOS Y ACTUACIONES DEL SAD

DEFINICIÓN

El Servicio de Ayuda a Domicilio es una prestación, realizada preferentemente en el domicilio, que proporciona, mediante personal cualificado y supervisado, un conjunto de actuaciones preventivas, formativas, rehabilitadoras y de atención a las personas y unidades de convivencia con dificultades para permanecer o desenvolverse en su medio habitual.

OBJETIVOS

El Servicio de Ayuda a Domicilio pretende conseguir los siguientes objetivos:

- a) Promover la autonomía personal en el medio habitual, atendiendo las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
- b) Prevenir y evitar el internamiento de personas que, con este servicio, puedan permanecer en su medio habitual.
- c) Apoyar a las unidades de convivencia con dificultades para afrontar las responsabilidades de la vida diaria.
- d) Favorecer el desarrollo de capacidades personales y de hábitos de vida adecuados.
- e) Promover la convivencia de la persona en su grupo de pertenencia y con su entorno comunitario.
- f) Favorecer la participación de las personas y de las unidades de convivencia en la vida de la comunidad.
- g) Atender situaciones coyunturales de crisis personal o convivencial.
- h) Servir como medida de desahogo familiar apoyando a las personas cuidadoras en su relación de cuidado y atención.

ACTUACIONES DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Según la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en la comunidad Autónoma de Andalucía, la prestación del servicio comprende las siguientes actuaciones:

- Actuaciones de carácter doméstico.
- Actuaciones de carácter personal.

Actuaciones de carácter doméstico

Son aquellas actividades y tareas que van dirigidas fundamentalmente al cuidado del domicilio y sus enseres como apoyo a la autonomía personal y de la unidad de convivencia.

Estas actuaciones se podrán concretar, entre otras, en las siguientes actividades:

a) Relacionadas con la alimentación:

- 1.^a Preparación de alimentos en el domicilio.
- 2.^a Servicio de comida a domicilio.
- 3.^a Compra de alimentos con cargo a la persona usuaria.

b) Relacionados con el vestido:

- 1.^a Lavado de ropa en el domicilio y fuera del mismo.
- 2.^a Repaso y ordenación de ropa.
- 3.^a Planchado de ropa en el domicilio y fuera del mismo.
- 4.^a Compra de ropa, con cargo a la persona usuaria.

c) Relacionadas con el mantenimiento de la vivienda:

- 1.^a Limpieza cotidiana y general de la vivienda, salvo casos específicos de necesidad en los que dicha tarea será determinada por el personal técnico responsable del servicio.
- 2.^a Pequeñas reparaciones domésticas. En éstas quedarán englobadas aquellas tareas que la persona realizaría por sí misma en condiciones normales y que no son objeto de otras profesiones.

Actuaciones de carácter personal

Son aquellas actividades y tareas que fundamentalmente recaen sobre las personas usuarias dirigidas a promover y mantener su autonomía personal, a fomentar hábitos adecuados de conducta y a adquirir habilidades básicas, tanto para el desenvolvimiento personal como de la unidad de convivencia, en el domicilio y en su relación con la comunidad.

Estas actuaciones se podrán concretar, entre otras, en las siguientes actividades:

a) Relacionadas con la higiene personal:

- 1.^a Planificación y educación en hábitos de higiene.
- 2.^a Aseo e higiene personal.
- 3.^a Ayuda en el vestir.

b) Relacionadas con la alimentación:

- 1.^a Ayuda o dar de comer y beber.
- 2.^a Control de la alimentación y educación sobre hábitos alimenticios.

c) Relacionadas con la movilidad:

- 1.^a Ayuda para levantarse y acostarse.

2.^a Ayuda para realizar cambios posturales.

3.^a Apoyo para la movilidad dentro del hogar.

d) Relacionadas con cuidados especiales:

1.^a Apoyo en situaciones de incontinencia.

2.^a Orientación temporo-espacial.

3.^a Control de la administración del tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud.

4.^a Servicio de vela.

e) De ayuda en la vida familiar y social:

1.^a Acompañamiento dentro y fuera del domicilio.

2.^a Apoyo a su organización doméstica.

3.^a Actividades de ocio dentro del domicilio.

4.^a Actividades dirigidas a fomentar la participación en su comunidad y en actividades de ocio y tiempo libre.

5.^a Ayuda a la adquisición y desarrollo de habilidades, capacidades y hábitos personales y de convivencia.

TEMA 2. DERECHOS Y DEBERES DEL USUARIO

DERECHOS

Las personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio tienen derecho a:

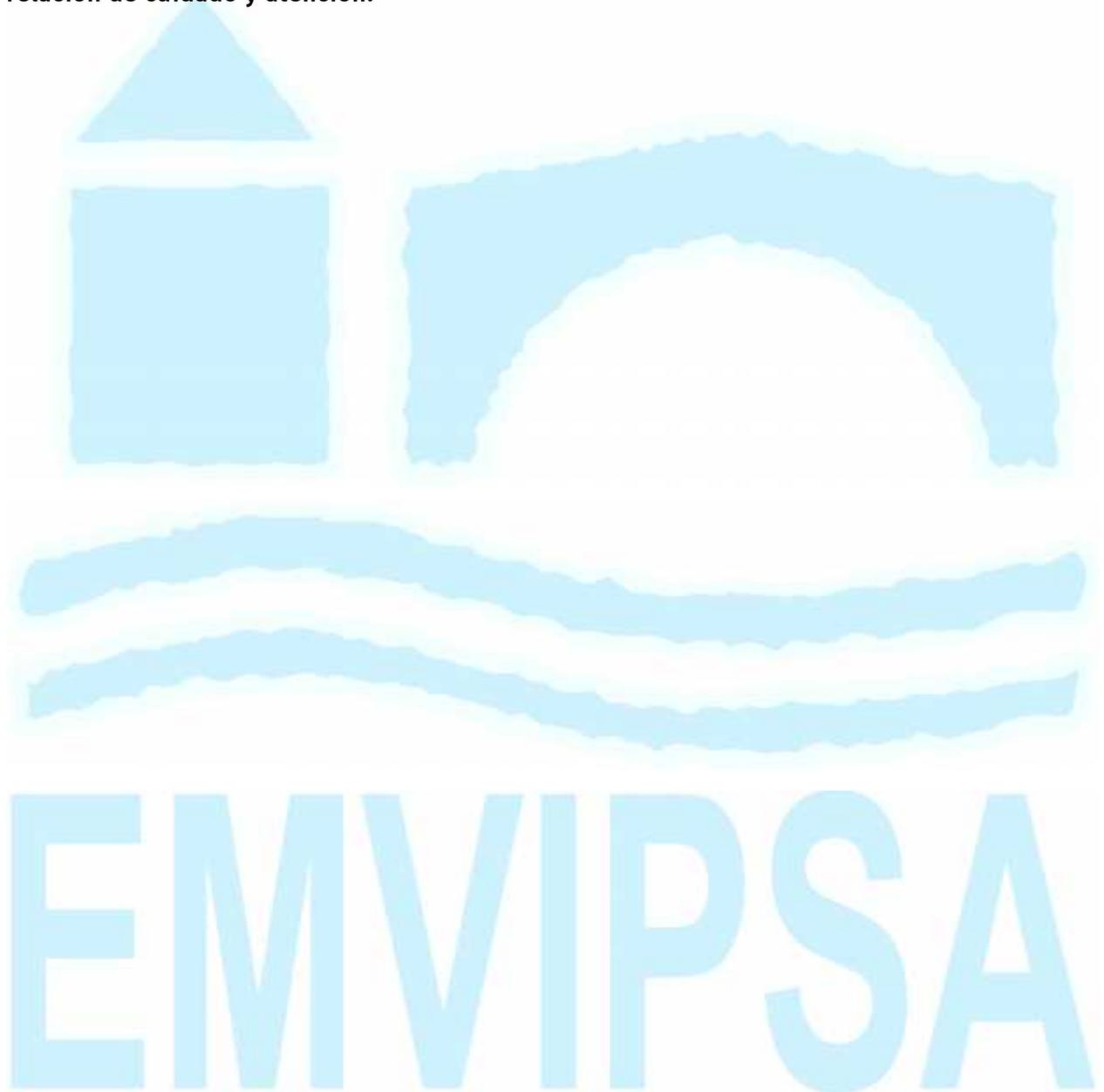
- a) Ser respetadas y tratadas con dignidad.
- b) La confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- c) Recibir una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas.
- d) Recibir adecuadamente el servicio con el contenido y la duración que en cada caso se prescriba.
- e) Recibir orientación sobre los recursos alternativos que, en su caso, resulten necesarios.
- f) Recibir información puntual de las modificaciones que pudieran producirse en el régimen del servicio.
- g) Ser informados sobre el estado de tramitación de su expediente.
- h) Ser oídos sobre cuantas incidencias relevantes observen en la prestación del servicio, así como a conocer los cauces formales establecidos para formular quejas y sugerencias.
- i) Cualesquiera otros que les reconozcan las normas vigentes.

DEBERES

Las personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio tienen los siguientes deberes:

- a) Aceptar y cumplir las condiciones que exige el servicio.
- b) Facilitar el ejercicio de las tareas del personal que atiende el servicio, así como poner a su disposición los medios materiales adecuados para el desarrollo de las mismas.
- c) Mantener un trato correcto y cordial con las personas que prestan el servicio, respetando sus competencias profesionales.
- d) Corresponsabilizarse en el coste del servicio en función de su capacidad económica personal.
- e) Informar de cualquier cambio que se produzca en su situación personal, familiar, social y económica que pudiera dar lugar a la modificación, suspensión o extinción del servicio.
- f) Comunicar con suficiente antelación cualquier ausencia temporal del domicilio que impida la prestación del servicio.

- g) No exigir tareas o actividades no incluidas en el Programa Individual de Atención o en el proyecto de intervención.
- h) Poner en conocimiento del técnico responsable del servicio cualquier anomalía o irregularidad que detecte en la
- h) Servir como medida de desahogo familiar apoyando a las personas cuidadoras en su relación de cuidado y atención.



TEMA 3. CÓDIGO ÉTICO AUXILIARES SAD

1. Respeto a la dignidad de la persona usuaria, sin olvidar en ningún momento su valor como persona, sean cuales sean su situación y sus circunstancias.
2. El auxiliar debe tener una actitud de amabilidad hacia los hogares en los que trabaja, persigue unos objetivos de eficacia de acuerdo con los intereses de las familias, con las exigencias de la misión social que le ha confiado la empresa para la que trabaja y conforme a sus principios profesionales.
3. Ofrecer una actitud cercana y de confianza, con empatía, pero sin faltas de respeto ni paternalismos.
4. Potenciar, tanto como sea posible, su facultad para tomar decisiones sobre su propia vida.
5. Reconocer las diferencias que encuentra en cada uno de los hogares, sean de nacionalidad, de religión, de opinión política o de formas de vida, asegurando a cada individuo la misma calidad de servicio y adaptando su propia forma de trabajo.
6. El auxiliar de ayuda a domicilio nunca tiene que imponer sus propias opiniones respecto a un aspecto determinado, sino que sugerirá aquello que crea más oportuno y, cuando menos, utilizarán sus conocimientos profesionales (argumentar, poder de convicción) por que la situación o las tareas se desarrollen de la forma más adecuada.
7. Respeto al hogar del usuario, es importante evitar gastos, ruidos innecesarios (luces encendidas sin necesidad, grifos abiertos, golpes, etc.).
8. Determinados objetos poseen un valor simbólico y afectivo que el profesional que cuida en domicilio evitará cambiar de lugar, y será cuidadoso cuando tenga que manejarlos. Es importante consultar a los usuarios antes de deshacerse de cualquier objeto que les pertenezca.
9. Absoluta observancia del secreto profesional, cuidando la confidencialidad de toda la información personal y médica, incluso una vez finalizada la relación profesional.
10. Guardar silencio sobre todas las informaciones privadas que afectan a la vida íntima del núcleo familiar.
11. Máxima discreción en el desarrollo del trabajo, evitando comentarios personales y manteniendo una actitud imparcial, sin emitir juicios.
12. No hacer comentarios sobre otros usuarios de los que se sea responsable.
13. El auxiliar de ayuda a domicilio será una persona discreta, tanto en el exterior como dentro de la familia. Esto implica:
 - Evitar comentarios de nuestra vida privada.

- Mantener actitudes imparciales, no evidenciando ningún tipo de posicionamiento, tendencia o simpatía especial por los miembros de la familia del usuario. Tenemos que evitar emitir juicios u opiniones.
 - Es importante no hacer comentarios en los hogares de los usuarios sobre diferentes asuntos de los que somos responsables.
 - Tenemos que ser prudentes respecto a temas económicos externos a la propia administración del usuario del servicio.
14. Se evitará cualquier tipo de conflicto o de tensión con la persona atendida y el entorno afectivo, tratando de llegar a soluciones consensuadas. Si no se logra, se informará a la supervisora o coordinador del servicio.
 15. El profesional rehusará cualquier tarea o actividad que el usuario imponga y que no esté contemplada en sus actividades profesionales.
 16. Se mantendrán informados a los usuarios de manera detallada y puntual, de la gestión, cambios y evolución de la prestación buscando la eficacia del Servicio.
 17. Ante cualquier incidencia de relevancia, será necesario el contacto directo con el coordinador del servicio.
 18. Testimoniar a juicios no es compatible con el ejercicio de la profesión de auxiliar de ayuda a domicilio. Caso que un trabajador sea citado como testigo tendrá que poner en conocimiento de la autoridad judicial y de los interesados esta incompatibilidad.
 19. Evitar el contacto con el usuario fuera del horario laboral y no facilitar medios de contacto personales.
 20. Ninguno de los profesionales implicados en la gestión deberá aceptar el recibo de cualquier tipo de gratificación, donación o contraprestación económica en concepto de servicios prestados.
 21. No aceptar propinas, regalos, ni favores de los usuarios.
 22. No aceptará nunca la llave del domicilio si no es previamente establecido por los Técnicos del Ayuntamiento y por el Coordinador de la empresa, a través de la firma de documento expreso por parte de los usuarios.
 23. En ningún caso, se podrá entrar en el domicilio del usuario sin estar presente el titular del mismo.
 24. El auxiliar de ayuda a domicilio tiene que ser puntual. Debemos ser conscientes que si somos impuntuales que estamos disponiendo del tiempo de una persona sin su consentimiento.
 25. No fumar ni comer en el domicilio del usuario.
 26. El Auxiliar debe ser una persona muy pulcra y meticulosa respecto a su higiene personal (ropa, cuerpo, ...), ya que como educadores de hábitos, debemos ser un modelo a

seguir para el usuario del Servicio de Ayuda a Domicilio. Es importante el aseo de nuestras manos al iniciar cada servicio y consultar con el usuario donde prefiere que nos sequemos (en una toalla común o en una colocada a tal efecto para nosotros).

27. El uniforme se utilizará, de forma obligatoria, siempre que el auxiliar esté atendiendo al personal usuario.
28. Garantizar la seguridad tanto del usuario y su familia, como del propio trabajador, utilizando adecuadamente guantes, material estéril, gel desinfectante, etc. Es totalmente imprescindible realizar las curas con guantes estériles.
29. Se deberán cumplir las medidas de Seguridad e Higiene que se marquen desde el Departamento de Prevención de Riesgos Laborales de nuestra empresa.
30. El personal auxiliar de ayuda a domicilio se esforzará en mantener la independencia de las personas y promover su autonomía:
 - Dando a las personas que le confían atenciones vigiladas, sin sustituir a sus familiares.
 - No imponiendo sus propios valores, sino sugiriendo la diversidad de otros medios.
 - Adaptándose, tan cómo sea posible, a los comportamientos y hábitos de la familia.
 - Compartiendo las tareas, dejando toda posición de superioridad o de familiaridad.
31. Se evitará cualquier tipo de conflicto o de tensión con la persona atendida y el entorno afectivo, tratando de llegar a soluciones consensuadas. Si no se logra, se informará a la supervisora o coordinar del servicio.
32. El auxiliar de ayuda a domicilio debe ser consciente de sus funciones y no hacer ni más ni menos que aquello que su profesión exige. Llevará a cabo sus objetivos en interés de las familias y del colectivo al que pertenece.
33. El auxiliar de ayuda a domicilio es responsable de la aplicación de sus métodos de trabajo, de la forma de sus intervenciones y del tipo de relación que se establece con las personas.
34. Mantener permanentemente una actitud de deseo de mejora de los conocimientos y la formación, buscando constantemente el perfeccionamiento de los procedimientos y técnicas que se utilizan.
35. Las faltas de asistencia deberán estar justificadas a través de documento oficial y comunicarse con la mayor antelación posible a la supervisora y coordinador del servicio.

TEMA 4. NORMAS DE REGIMEN INTERNO Y FUNCIONAMIENTO DEL SAD EMVIPSA

Para la mayor comodidad en el desempeño de nuestro trabajo, se establecen las siguientes directrices en cuanto a la organización del servicio:

- 1.- Comunicar cualquier incidencia que surja en la prestación del servicio de forma inmediata al coordinador.
- 2.- Queda totalmente prohibido el cambio de horario en la prestación del servicio sin la autorización previa del coordinador del mismo.
- 3.- Los permisos de asuntos propios deberán ser solicitados al coordinador del servicio, mediante la solicitud oportuna, con una antelación mínima de 7 días laborables (excepto excepciones de urgencia). El disfrute necesitará de trabajo previo de tres meses por cada día de libre disposición.
- 4.- En caso de baja médica por enfermedad común, deberá presentar el correspondiente parte médico, así como los partes de confirmación oportunos, en la sede central de EMVIPSA.
- 5.- En caso de ausencia en su puesto de trabajo por acudir a cita médica, deberá ser avisado el coordinador del servicio en el mismo momento en el que sea notificado. A su vez, deberá solicitar permiso firmado y presentar justificante de asistencia médica en la sede central de EMVIPSA.
- 6.- El personal podrá ser sancionado por la empresa, debido a incumplimientos laborales que se graduarán en faltas y sanciones.
- 7.- Las faltas se graduarán en faltas leves, graves y muy graves, según artículo 55, 56 y 57 del convenio colectivo.

Ausencias:

En caso de ausencia a su puesto de trabajo por enfermedad o accidente, el trabajador/a será responsable de avisar y notificar su ausencia a la empresa. Hasta que no tenga documento acreditativo de la baja, deberá avisar cada día de su ausencia, hasta que entregue documento que justifique la misma.

Acompañamientos a usuarios a centros médicos:

En caso de acompañamiento a usuarios a centros médicos, la familia de los mismos debe estar al corriente de dicho acompañamiento, siendo éste siempre dentro de nuestro horario de intervención. En caso de que una vez se acompañe al usuario a un centro médico previa autorización de la familia y este acompañamiento se prolongue más allá de nuestro horario de actuación, tendremos que avisar a nuestra supervisora, la cual dará las indicaciones oportunas a seguir por el/la auxiliar.

El horario de atención de oficina es de 7:30 a 15:00 y a partir de este horario y hasta las 21:00, todos los días del año, en caso de urgencia, se debe llamar a los teléfonos de las supervisoras de zona.



TEMA 5. TÉCNICAS DE ASEO E HIGIENE PERSONAL

La higiene es una necesidad básica, es decir, que debe ser satisfecha para que el individuo pueda conseguir un completo estado de bienestar físico, mental y social.

Por higiene entendemos los procedimientos empleados en la prevención y conservación de la salud e incluye todos los hábitos saludables de vida, como dietas, posturas corporales, ejercicio, aseo, etc.

Como aseo personal entendemos las medidas higiénicas que la persona toma para mantener limpia y en buen estado la piel y sus anejos, conseguir bienestar y un aspecto agradable, además de evitar la aparición de infecciones.

A través del aseo obtenemos una serie de beneficios, tales como:

Eliminar las células muertas de la epidermis, que se descaman continuamente.

Limpiar la piel del exceso de grasas, sudor, suciedad y polvo del ambiente.

Evitar una excesiva proliferación bacteriana que favorece la infección.

Estimular la circulación sanguínea.

Mantener la piel en buenas condiciones para que pueda realizar correctamente sus funciones. Provocar sensación de confort y bienestar y ayudar al descanso.

Mientras préstamos al usuario/a nuestros cuidados para la realización de la higiene y el aseo, debemos perseguir, además del logro de los objetivos inherentes a estas actuaciones, los siguientes:

Fomentar la comunicación con el paciente.

Observar cualquier signo que pueda ser indicativo de un problema de salud.

Estimular la circulación.

Valorar las propiedades físicas de la piel (color, temperatura, textura...).

Conservar la integridad de la piel y prevenir problemas potenciales como las úlceras por presión (UPP).

Determinar su grado de autonomía.

Proporcionar bienestar y comodidad.

Mejorar la autoestima y autoimagen del paciente.

Antes de iniciar el proceso se tendrán en cuenta los siguientes factores en el usuario/a:

Grado de dependencia: Según diversas escalas utilizadas en el proceso de valoración. Nos orientará sobre la participación que el usuario/a podrá tener en el procedimiento.

Estado emocional y mental

Hábitos y preferencias personales: Temperatura del agua, tipo de jabón, horario...

Patologías: Para prevenir posibles complicaciones durante la realización del procedimiento.

En la realización del proceso del aseo hay que tener en cuenta:

Preparar todo el material necesario antes de comenzar la higiene.

Trasladar el material al lugar donde se va a realizar el procedimiento.

Lavarnos las manos.

Ofrecer al paciente la posibilidad de ir al baño: proporcionarle una cuña o botella, antes de comenzar la higiene, si ello fuese necesario.

Mantener la intimidad del paciente en todo momento mediante cortinas o biombo.

Favorecer la seguridad, comodidad y movilización del paciente encamado, realizando el procedimiento entre dos personas si fuese necesario.

Aplicar la técnica de aseo prevista en el plan de cuidados individualizado del usuario (en bañera, en cama, aseo total o parcial...).

Prestar especial cuidado a las vías y sondajes si el paciente los tuviere, evitando tracciones bruscas y previniendo desconexiones.

Mantener una temperatura ambiente adecuada en la habitación durante la realización de la higiene, entre 22 y 24º C, evitando las corrientes de aire.

Comprobar la temperatura del agua antes de comenzar el aseo. Salvo indicación contraria, estará entre 37 y 40º C.

Utilizar jabón suave con pH neutro (pH de la piel ácido, aproximadamente de 5.5) que no irrite la piel.

En el caso de la higiene al paciente encamado, evitar que éste esté totalmente desnudo durante el procedimiento, debiéndose mantener cubierto con toalla, sábana o camisón.

No mojar la cama innecesariamente. Escurrir bien la esponja y, si es necesario, colocar una toalla bajo el paciente.

Realizar la higiene tantas veces como sea necesario durante el día, como mínimo una vez por la mañana, junto al cambio de sábanas.

Procedimiento a seguir:

A. Para baño en bañera o ducha

Este tipo de higiene está indicada en aquellos pacientes que pueden levantarse y cuyo nivel de autonomía es alto. Gracias a ella contribuimos a mantener y estimular la independencia del paciente, así como a reforzar un hábito de autocuidado saludable. En muchos casos, es útil contar con baños asistidos. Debemos cuidar las medidas de seguridad y proporcionar los apoyos materiales necesarios.

Material necesario:

1. Aceite de almendras, vaselina líquida o similar.
2. Jabón líquido NEUTRO.
3. Esponja o manopla.
4. Guantes de un solo uso no estériles.
5. Toallas.
6. Bolsa para residuos.
7. Papel higiénico.
8. Ropa del usuario/a.
9. Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, desodorante, agua de colonia...).

IMPORTANTE: En los casos en los que el paciente no necesite ayuda, el profesional podrá ocuparse de otras tareas mientras éste se ducha, pero SIEMPRE manteniendo una actitud vigilante ante cualquier eventualidad que pudiera surgir y asegurándose que el timbre de alarma está al alcance de éste por si tuviese que pedir ayuda. El profesional NUNCA dejará solos en el baño a pacientes que padezcan demencia (p.e. Alzheimer).

B. Para el baño en la cama

Este tipo de higiene está indicada en aquellos usuarios/as que, conservando o no la movilidad, deben permanecer encamados. Hay que realizar el aseo diario tantas veces como lo precise el paciente. La higiene del paciente no tiene sólo como finalidad proporcionar al individuo el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y comodidad, sino también, prevenir alteraciones de la piel (estimulando la circulación sanguínea) e infecciones.

Material necesario:

1. Aceite de almendras, vaselina líquida o similar.
2. Jabón líquido NEUTRO.
3. Esponja o manopla.
4. Guantes de un solo uso no estériles.
5. Dos toallas, preferiblemente, una grande y otra de lavabo.

6. Palanganas con agua caliente (entre 38° y 40° C).
7. Cuña/botella.
8. Bolsa para residuos.
9. Papel higiénico.
10. Ropa del usuario/a
11. Ropa de cama.
12. Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, desodorante, agua de colonia...).

Procedimiento:

Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.

Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.

Estar seguros, antes de iniciar el proceso, de que la temperatura ambiente es adecuada y de que no existen corrientes de aire.

Ofrecer la cuña/botella al paciente antes de comenzar la higiene.

Retirar la ropa que cubre la cama y colocar una toalla encima del paciente.

Desnudar al paciente, que estará en decúbito supino (si no hay contraindicaciones), y colocar la ropa sucia en la bolsa habilitada para tal efecto.

La secuencia concreta de lavado será siempre enjabonar una zona y aclarar y secar bien antes de comenzar con otra zona, insistiendo en los pliegues cutáneos (axilas, ingles, bajo las mamas, entre los dedos, etc.).

El lavado se hará en el siguiente orden: El lavado se realizará de arriba hacia abajo y de limpio a sucio; por regla general, el orden será: ojos; cara y orejas; cuello y hombros; brazos y manos; axilas; tórax y mamas; abdomen; piernas y pies; espalda; nalgas y por último región genital.

Sólo se dejará expuesta la zona que se esté lavando, manteniéndose las otras cubiertas.

Si el aseo se realiza entre dos personas, una enjabona y enjuaga y la otra seca.

Cambiar el agua las veces que sea necesario, sobre todo, antes de lavar la zona genital.

Después de lavar y secar la parte frontal del paciente, procederemos a colocar al paciente en decúbito lateral para la higiene adecuada de la espalda y la región glútea. Este momento es adecuado para realizar masajes en las zonas de presión y aplicar crema hidratante.

Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino para proceder al lavado de la zona genital, insistiendo en el secado de los pliegues cutáneos.

En los varones, lavar genitales externos, testículos y pene; se bajará el prepucio y se lavará el glande, se secará y se cubrirá nuevamente.

En las mujeres, lavar los labios externos y el meato urinario, siempre de arriba hacia abajo.

Aplicar crema hidratante mediante pequeños masajes.

Vestir al usuario/a.

IMPORTANTE: Antes de marcharnos, nos aseguraremos de que el paciente se queda colocado en una posición cómoda.

Procedimiento generalmente complementario a la higiene del paciente encamado, es el lavado del cabello en la cama.

El lavado de cabeza debe ser realizado mínimo una vez por semana si no existe contraindicación, o cuando el usuario/a o el profesional lo consideren necesario.

Material necesario:

1. Champú y crema suavizante.
2. Guantes de un solo uso no estériles.
3. Toallas.
4. Palangana y jarras con agua caliente (entre 38º y 40ºC).
5. Empapadera.
6. Silla.
7. Algodón.
8. Secador de mano.
9. Bolsa para residuos.
10. Artículos de higiene corporal (peine o cepillo, agua de colonia...).

Procedimiento.

Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.

Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.

Comprobar que la temperatura ambiente es adecuada y de que no existen corrientes de aire.

Poner la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino.

Retirar el cabezal de la cama.

Situar al paciente al borde de la cama

Colocar la empapadera bajo los hombros del paciente.

Poner una toalla alrededor del cuello del paciente y algodones taponándole los oídos.

Colocar la palangana debajo de la cabeza del paciente, sobre la silla.

Proceder al lavado con champú.

Aclarar abundantemente con agua.

Volver a aplicar champú y a aclarar.

Aplicar crema suavizante si fuese necesario y enjuagar.

Secar bien el pelo con la toalla.

Retirar los algodones de los oídos.

Peinar y secar con un secador de mano si fuese necesario.

IMPORTANTE: El lavado del cabello se realizará **ANTES** del lavado del cuerpo. El profesional, antes de marcharse de la habitación, se asegurará de que el paciente se queda colocado en una posición cómoda.

Baño de personas con Alzheimer

A algunas personas con la enfermedad de Alzheimer no les supone ningún problema el asearse o bañarse; sin embargo, a otras les puede provocar confusión y miedo. Por ello, es importante preparar este momento, debiendo seguir una serie de recomendaciones que permitirán al paciente asimilar el procedimiento más fácilmente:

Planear el baño a una hora que el paciente se encuentre tranquilo y hacer de esta hora una rutina.

Preparar todo el material antes de comenzar el aseo.

Ser amable y respetuoso con el usuario/a, para transmitirle confianza.

Explicarle el procedimiento con paciencia y repetirle aquellos puntos que le produzcan mayor ansiedad.

Reducir el miedo del usuario/a haciendo uso de ayudas tales como asiento en la ducha, barras para el agarre o alfombras antideslizantes.

NUNCA dejar a la persona sola en el baño. Mantenernos vigilantes y prestarle toda la ayuda que necesite. En muchos casos es posible que el enfermo de Alzheimer requiera para realizar esta tarea mayor tiempo que en pacientes que padezcan otra discapacidad.

Aseo de los pies de personas con diabetes

Las personas que sufren diabetes mellitus son más propensas a tener problemas en los pies. La diabetes puede ocasionar daño a los nervios (neuropatía diabética), lo que puede hacer que el paciente sea menos capaz de percibir una lesión o presión en los pies, siendo posible que no note dicha lesión hasta que se presente un daño o infección grave. La diabetes, además, cambia la capacidad del cuerpo para luchar contra las infecciones. El daño

producido en los vasos sanguíneos, secundario a la diabetes, provoca que llegue menos sangre y oxígeno a los pies. Debido a esto, pequeñas llagas o heridas de la piel pueden convertirse en úlceras cutáneas más grandes y profundas que provocan problemas a nivel muscular u óseo. En estos casos más graves incluso puede llegar a ser necesaria la amputación del miembro afectado como última medida.

Como medida preventiva, se pueden llevar a cabo los siguientes cuidados en el pie de la persona diabética:

1. Revisar los pies todos los días. Inspeccionar el empeine, las plantas, los talones y los espacios interdigitales. Controlar la aparición de durezas, heridas, ampollas, uñas encarnadas, etc.
2. Lavar los pies todos los días con agua tibia y jabón suave. Para ello: Si el paciente es autónomo, hacer que pruebe la temperatura del agua con los dedos de las manos o el codo antes de sumergir los pies en ella. Como hemos apuntado más arriba, el paciente con diabetes puede tener una sensibilidad menor en los pies y no percibir si el agua está demasiado caliente, produciéndose quemaduras con facilidad.
3. Secar suavemente y por completo los pies, en particular entre los dedos, ya que hay más riesgo de infección en las áreas húmedas.
4. La piel de los pies puede researse y resquebrajarse, causando heridas que pueden infectarse.

Después del baño, aplicar loción hidratante, vaselina o aceites.

5. El calzado elegido debe ser cómodo, de tacón bajo, puntera ancha y de material transpirable para evitar la humedad excesiva.

IMPORTANTE: Debido al enorme riesgo que ello entraña, el cortado de uñas en el pie diabético SOLAMENTE se realizará cuando el médico lo haya autorizado expresamente.

Higiene bucal.

La higiene bucal tiene como objetivos mantener una limpieza apropiada en la cavidad oral; evitar caries, sequedad, malos olores, o grietas en lengua y labios; y prevenir la aparición de infecciones. Se deberá estimular al paciente a que la realice él mismo.

Según el nivel de dependencia, vamos a diferenciar tres grados de intervención del profesional en este proceso: en usuario/a consciente, inconsciente y con dentadura postiza.

Material necesario:

1. Vaso con agua.
2. Guantes de un solo uso no estériles.
3. Toalla.
4. Cepillo de dientes, dentífrico

5. Palangana.
6. Antiséptico bucal.
7. Depresor y gasas estériles.
8. Bálsamo labial hidratante.
9. Bolsa para residuos.

Procedimiento si el usuario/a está consciente, pero no es capaz de realizar la higiene bucal por sí mismo:

Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.

Cepillar los dientes realizando un movimiento de barrido para eliminar los residuos.

Limpiar la cara externa e interna, superior e inferior de los dientes y muelas de ambas mandíbulas, así como la lengua.

Facilitar un vaso de agua para el aclarado de la boca, que echará en la palangana, para luego repetir el proceso con el enjuague bucal.

Aplicar bálsamo labial hidratante

Procedimiento si el usuario/a está inconsciente:

Colocar la cabeza del paciente ladeada.

Preparar una gasa enrollada en un depresor, empapada en antiséptico bucal.

Limpiar toda la boca, repitiendo el proceso con varias gasas.

Aclarar la boca con agua (jeringa 10 cc.) aspirando el contenido al mismo tiempo.

Aplicar bálsamo labial hidratante

Procedimiento si el usuario/a utiliza dentadura postiza:

Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.

Retirar la dentadura con una gasa, moviendo con suavidad la placa superior.

Depositarla en una batea para su cepillado y aclarado posterior.

Limpiar la boca enjugándose con antiséptico bucal o, si esto no es posible, con una gasa impregnada.

Limpiar la dentadura con cepillo de dientes y dentífrico y, a continuación, introducirla en un vaso con agua hasta ser recolocada.

Limpieza de zonas de riesgo.

A continuación, expondremos los pasos a seguir para una buena higiene de dos zonas muy delicadas del cuerpo humano, como son los ojos y los genitales.

Material necesario:

1. Gasas estériles.
2. Suero fisiológico.
3. Dos jeringas de 10 cc. o solución salina en monodosis. -
4. Guantes no estériles.
5. Bolsa para residuos.

Procedimiento higiene ojos:

Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.

Si el paciente está consciente, explicarle el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.

Si el paciente está encamado, y no está contraindicado, elevar la cabecera de la cama hasta una posición de sentado o semi-incorporado

Humedecer una gasa con solución salina y limpiar desde el lagrimal al ángulo externo de cada ojo, hasta que quede limpio de secreciones.

Utilizar una gasa distinta para cada ojo. Durante este proceso el paciente permanecerá con los ojos cerrados.

Cargar dos jeringas con 10 cc. de suero fisiológico (una para cada ojo) o utilizar solución salina en monodosis.

Mantener la cabeza ladeada en relación con el ojo que vamos a lavar.

Abrir los párpados del paciente con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra aplicar suero fisiológico desde el lagrimal a su zona externa, utilizando una jeringa para cada ojo y evitando tocar los párpados o la córnea.

Secar con una gasa estéril cada ojo.

Administrar tratamiento si estuviese prescrito.

Cerrar suavemente los párpados.

Procedimiento lavado de genitales:

Material necesario:

1. Palangana con agua tibia (35^o-36^o C).
2. Jabón neutro o esponja jabonosa.
3. Esponja (si no se usa la esponja jabonosa).
4. Toalla.

5. Pañal o empapadera.

6. Guantes no estériles.

7. Bolsa para residuos.

Procedimiento:

Preservar la intimidad del paciente (con biombos, cortinas,...).

Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario. Si el paciente está consciente, explicarle el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.

Colocar al paciente en decúbito supino

Descubrir el área genital y colocar la cuña bajo la zona pélvica del paciente.

Si usa pañal, podemos o bien retirar el pañal y colocarle la cuña debajo para realizar la higiene; o bien, lavarlo utilizando el pañal de empapadera, teniendo cuidado, si está sucio, de no manchar de nuevo la zona ya limpia.

Verter sobre los genitales agua jabonosa y limpiar la zona con la esponja, siempre de la zona más limpia a la más sucia (de pubis a ano).

En el hombre: después de limpiar los pliegues inguinales (pliegues cutáneos que se forman en la ingle), y el escroto, retraer el prepucio para limpiar el glande, el pene y terminar en el ano. No olvidar cubrir el glande tras su secado.

En la mujer: tras limpiar los pliegues inguinales, insistir en los labios mayores y menores, separándolos para limpiar el meato urinario, la zona vaginal y el ano.

Aclarar con agua.

Si es preciso, colocar al paciente en decúbito lateral para completar la higiene.

Retirar el pañal, si fuese el caso, o la cuña.

Secar muy bien la zona, haciendo hincapié en los pliegues cutáneos y siguiendo el orden antes explicado para la limpieza.

Colocar un nuevo pañal o ropa interior si procede y vestir al usuario/a

Acomodar al usuario/a

Técnicas para el posicionamiento en la cama.

Para movilizar al paciente encamado debemos tener en cuenta su estado y conocer si puede colaborar con nosotros o no es posible su ayuda para cambiarlo de postura.

Usuario/a no colaborador/a:

1. Realizar la movilización entre 2 personas.
2. Colocarse cada persona a un lado de la cama, frente al enfermo.

3. Debemos colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas.
4. Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente.
5. Las auxiliares introducen un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo.
6. Sujetan al paciente y lo levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada.
7. A la hora de movilizar al paciente a la posición deseada es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas para lo cual el paso es mejor realizarlo con la ayuda de una entremetida.
8. También se pueden colocar las dos personas al mismo lado de la cama, de esta forma: La primera persona coloca un brazo por debajo de los hombros del usuario/a y el otro brazo por debajo del tórax; La segunda persona desliza sus brazos a la altura y por debajo de la región glútea; Entonces elevan cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.

Movilización del usuario/a ayudados por una sábana.

1. Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama. Para esta técnica nos ayudaremos de una "entremetida" que es una sábana doblada en su largo a la mitad.
2. Se la colocaremos al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.
3. Colocaremos al enfermo en decúbito lateral, lo más próximo a un borde de la cama y meteremos la "entremetida" por el lado contrario al que está girado, luego lo volveremos al otro lado y sacaremos la parte de "entremetida" que falta de colocar. Una vez colocada la "entremetida", se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando las fricciones.

Incorporar al usuario:

1. Indique al usuario/a que ponga sus brazos a los lados con las palmas de las manos sobre la cama. Así el usuario puede empujar para proporcionar fuerza adicional.
2. Mirando hacia la cabecera, el profesional se sitúa a un lado de la cama a la altura de la cadera del usuario. El profesional debe buscar una base de apoyo amplia, con el pie más alejado hacia delante, y el peso del cuerpo sobre el pie.
3. El profesional coloca su brazo más alejado sobre el hombro más alejado del usuario. El profesional debe poner su mano libre sobre la cama, cerca del otro hombro del usuario, úselo para empujar durante el levantamiento.
4. Tirando con un brazo y empujando con el otro, levante el usuario, a la vez que cambia el peso de pie. A su vez, el usuario empujará con sus manos (si es posible).
5. Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

Movimiento del usuario a la orilla de la cama:

1. Frenaremos la cama (si dispone de cama articulada) y la colocaremos en posición horizontal (sin angulación) retiraremos las almohadas y destaparemos al usuario.
2. Nos colocaremos en el lado de la cama hacia el que queremos desplazar al usuario, y colocaremos el brazo más próximo del usuario sobre su tórax.
3. Pasaremos nuestro brazo bajo la cabeza y cuello hasta agarrar el hombro más lejano y, con el otro brazo, cogemos, bajo su cuerpo, la zona lumbar.
4. Una vez trabado con ambos brazos, tiraremos simultánea y suavemente del usuario hacia la orilla de la cama.
5. Una vez desplazada esta parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos y procederemos a desplazar al usuario hacia la orilla de la cama.

Sentar al usuario en el borde de la cama:

1. El auxiliar adelanta un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodea los hombros del enfermo, y el otro lo coloca en la cadera más lejana del enfermo (también puede situarse por debajo de los muslos, sujetando la pierna distal.)
2. Con esta mano hace que la cadera y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama, y con el otro brazo ayuda a erguir el tronco. Estos pasos deben realizarse en un solo movimiento.

Subir al usuario hacia la cama:

1. Si el usuario coopera, le retiraremos la almohada con cuidado.
2. Con el usuario acostado, le diremos que flexione las rodillas, apoyando ambos pies en la cama, y le pediremos que se agarre al cabecero de la misma con ambas manos.
3. Le pasaremos el brazo más cercano al usuario por debajo de la espalda a la altura de los hombros, sujetándole el hombro más alejado de nosotros, y el otro brazo se le pasará por debajo de los muslos.
4. Una vez preparados, indicaremos al usuario que realice fuerza hacia arriba, ayudándose de sus manos agarradas al cabecero, y de sus piernas apoyadas el colchón, a la vez que nosotros colaboramos en el movimiento, hasta que quede bien colocado.
5. Le colocamos la almohada.

Si el usuario no colabora, se pierde realizar el movimiento con la sábana entremetida, pero es necesaria la actuación de dos personas. Otra posibilidad entre dos personas en movilización es sujetando cada una de ellas un hombro y un muslo, situamos ambos a cada lado de la cama. Vigilar en ambos casos la posición corporal mientras se realiza la técnica, utilizando como fuerza motriz las piernas, iniciando el movimiento con las rodillas flexionadas y con el pie más cercano al cabecero mirando en dirección al movimiento y manteniendo la espalda recta.

RECOGIDA DE ELIMINACIONES

Medios y materiales para la recogida de excretas.

Existen diversos medios y materiales para la recogida de excretas (orina y heces):

A. Para la eliminación de orina:

1. Los usuarios válidos deben hacer siempre la eliminación en el W.C.
2. Los usuarios con problemas de movilidad o que deban permanecer encamados.
3. Botella para los hombres y cuña para las mujeres.
4. Si el usuario presenta incontinencia. Las cuñas son soportes que se pueden colocar bajo los glúteos y que permiten la recogida de orina de mujeres y de heces tanto de hombres como de mujeres. Las botellas son dispositivos que favorecen la recogida de orina en hombres, ya que posibilita la introducción del pene en el mismo. En el momento actual existen botellas con un cuello diferente y de uso femenino que se colocan entre las piernas evitando el tener que elevar la pelvis (muy apropiadas para fracturas de cadera) y mujeres (botella especial femenina).
5. Silla inodoro: válida para el aseo. Incontinencia urinaria, se pueden utilizar empapadores o pañales, sobre todo por la noche.
6. Sondaje vesical: Debe evitarse en la medida de lo posible.

B. Para la eliminación fecal:

1. Los usuarios válidos deben hacer siempre la eliminación en el W.C.
2. Los usuarios con problemas de movilidad o que deban permanecer encamados: cuña para los hombres y para las mujeres.
3. Silla inodoro.
4. Si el usuario presenta incontinencia fecal se pueden utilizar pañales, sobre todo por la noche.

Eliminación de excretas

La eliminación de las excretas se realizará de manera adecuada: los residuos de cuñas y botellas a través del WC de la misma manera que se haría si el usuario fuera autónomo, asegurando la correcta limpieza y desinfección del material utilizado. Los pañales, absorbentes..., serán depositados en bolsas de basura correctamente cerradas y eliminadas por los medios domésticos habituales. Lo mismo ocurre con las bolsas de orina de sondajes vesicales.

Normas higiénico-sanitarias

Se deben extremar las medidas de precaución: Siempre se utilizarán guantes, lavado frecuente de manos con jabón, y en especial cada vez que entren en contacto con el usuario.

El riesgo de transmisión de infecciones es elevado, fundamentalmente a través de las heces, por lo que habrá que extremar la precaución para su eliminación.

Tanto durante la ayuda para la colocación de los dispositivos como en su retirada se debe ser muy cuidadoso para, por un lado no hacer daño al usuario y por otro no derramar el contenido del mismo.

Se mantendrá tapada la zona genital dentro de lo posible y si comparte habitación se colocará un biombo para preservar la intimidad del paciente

En usuarios/as con sondaje vesical, asegurar la limpieza tanto de la sonda como del meato urinario, que junto con la zona perineal debe limpiarse diariamente con agua y jabón. La zona de la piel más cercana a la sonda debe desinfectarse con soluciones antisépticas (retrayendo el prepucio en el caso de los hombres para asegurar la higiene del glande, y separando los labios del órgano de la mujer). La sonda debe desinfectarse diariamente con torundas impregnadas en una solución antiséptica limpiadora.

Mantenimiento de la higiene y presencia física personales

El mantenimiento de la higiene y de la presencia física de las personas dependientes debe ser cuidada con esmero, tanto por lo que afecta a su salud física, como por el bienestar físico y psíquico que proporciona.

En cuanto a las condiciones de salud adecuadas que proporciona una higiene correcta, decir que evita la aparición de infecciones y otro tipo de lesiones y problemas de salud (lesiones de piel por contacto continuado con desechos orgánicos...). Dado que la inmensa mayoría de las personas dependientes son usuarias de pañal y sedentarias, se debe incrementar la higiene de la zona para evitar la maceración y tendencia a la ulceración. La piel se puede definir como el órgano vital que funciona como barrera protectora entre las vísceras, órganos y músculos que constituyen al ser humano y el medio externo. Por otro lado, el usuario que se siente limpio y que tiene un aspecto personal cuidado, mejora su estado físico y psíquico. Es por ello igualmente importante atender al vestido y acicalado de la persona, en cuanto que mejorará la atención que reciba. Deberán proporcionar ropas limpias, cómodas y de su gusto, cambiándole tantas veces como sea necesario, cuidando del aseo del cabello, uñas, afeitado en hombres y uso de adornos (si es factible y no supone riesgos) en las mujeres, de tal forma que el usuario/a pueda sentirse arreglado y con buen aspecto físico.

El hecho de que el servicio se preste en el domicilio o que el usuario permanezca en él todo el día, no es óbice para dejar de prestar atención a estos aspectos.

Respeto por la intimidad de la persona dependiente y sus familiares

Siempre se debe tener en cuenta, incluso cuando el grado de deterioro es muy significativo que el respeto a la intimidad de la persona dependiente y de sus familiares es un derecho fundamental de cualquier persona.

La intimidad del usuario durante el aseo requiere especial atención. Se respetará al máximo su legítimo pudor a mostrar su desnudez o las partes más íntimas de su cuerpo. Asimismo, durante el aseo se mantendrá cubierta toda aquella zona que no se esté limpiando. La limpieza tras la eliminación se realizará asegurando al máximo la intimidad para asegurar el mantenimiento de la dignidad del mismo.

Mientras tenga la cuña o la botella se le dejará en soledad y cubierto para que no sienta presión o falta de decoro.

El profesional de atención domiciliaria en el ejercicio de su labor invade la “esfera personal” o zona íntima de los usuarios, por lo que a la hora de realizar las técnicas y cuidados es preciso ser muy cuidadoso y respetuoso, informando en cada momento de qué se va a hacer, cómo, durante cuánto tiempo y para qué.

TEMA 6. LA ALIMENTACIÓN

Las personas mayores son más susceptibles que los adultos jóvenes a los trastornos nutricionales y mayormente debido no solamente a un solo factor sino a una combinación de factores:

- A. El envejecimiento va acompañado de una serie de cambios fisiológicos que modifican los requerimientos nutritivos y que modifican además la utilización de los alimentos por el organismo.
- B. La coexistencia de enfermedades físicas y/o mentales frecuentes a esta edad pueden incrementar o disminuir por un lado los requerimientos nutricionales y por otro pueden limitar la capacidad individual para obtener la adecuada alimentación.
- C. El aislamiento social que puede aparecer como resultado de la enfermedad o del envejecimiento o los cambios culturales, puede limitar el acceso a los alimentos apropiados.
- D. La gran cantidad de personas mayores que viven con ingresos miserables que no les permite adquirir alimentos suficientes

Los objetivos de las dietas para las personas mayores y convalecientes son:

1. Las dietas serán sencillas y de fácil preparación.
2. Los alimentos tendrán una presentación vistosa y agradable.
3. Fraccionar la dieta en 4 ó 5 comidas diarias.
4. La cena poco abundante.
5. Moderar el consumo de café y de bebidas excitantes.
6. No abusar de licores y bebidas edulcoradas.
7. Mantener en lo posible los hábitos y gustos personales.

Las necesidades nutricionales de las personas mayores con un estado de salud óptimo no deben diferir mucho de las de las personas adultas. Sin embargo, el estado nutricional de las personas mayores puede verse alterado por diferentes causas:

1. Dietas muy restrictivas.
2. Alimentación monótona o poco apetitosa.
3. Alteración de la estructura de la boca.
4. Disminución de las papilas gustativas y de la capacidad olfativa.
5. Disminución de las secreciones salivares, dificultad en la deglución.
6. Tránsito esofágico más lento.

7. Menor secreción ácida en el estómago.
8. Frecuente intolerancia a la lactosa.
9. Presencia de patología asociada y medicación.
10. Aislamiento social y problemas económicos.
11. Incapacidad física para la selección y preparación de los alimentos. Habrá que atender también a diversos tipos de necesidades:

A. Energéticas: Por el natural proceso de envejecimiento se produce la pérdida celular y reducción del metabolismo, que se traduce en una pérdida de vigor y estado de salud. Entre los 20-80 años, el metabolismo se reduce un 3% cada año. Y además las personas mayores reducen la intensidad de la actividad física, por lo que habrá que adecuar la dieta a estas nuevas necesidades energéticas.

B. Proteínicas: A medida que aumenta la edad disminuye la masa muscular y aumenta la grasa corporal.

C. Necesidades de grasas: Las grasas son importantes como preventivas de la arteriosclerosis y los beneficios de los niveles adecuados de colesterol. Se debe reducir el consumo de grasas saturadas pero no se debe ser excesivamente restrictivo.

La alimentación en la persona convaleciente

Uno de los principales factores de restablecimiento es la dieta. Si el enfermo ha sufrido una operación quirúrgica, en el hospital se le ha establecido una dieta progresiva, desde la sueroterapia, pasando por dieta líquida (infusiones, caldos y zumos de frutas poco ácidos), después por alimentos de muy fácil digestión y texturas fluidas (yogures, galletas, jamón york, fiambre de pavo, huevo pasado por agua o en tortilla), dieta elaborada y dirigida por profesionales.

Una vez en el domicilio llega el vacío de información. La alimentación durante la convalecencia debe tener las siguientes características:

1. Variada y equilibrada pero con matices.
2. Una dieta suave y de fácil digestión.
3. Se debe repartir la ingesta en tomas frecuentes y de poco volumen, cada 2-3 horas aprox, unas 5-6 comidas diarias.
4. Conviene establecer los horarios de las comidas de acuerdo con las tomas de la medicación prescrita, ya que hay algunos alimentos que interaccionan con determinados fármacos. Por ejemplo, los analgésicos y antiinflamatorios conviene administrarlos junto con alimentos para evitar problemas gástricos.
5. Se recomiendan preferiblemente alimentos de texturas blandas, poco grasos y con poca fibra. Y en cantidades moderadas.

Consideración por la situación específica alimentaria y nutricional de cada persona dependiente.

Los menús deben ser individualizados y atendiendo a la situación basal de cada usuario/a y a su patología.

"Reglas de oro" de la OMS para la preparación higiénica de los alimentos

1. Elegir alimentos tratados con medios higiénicos.
2. Cocinar bien los alimentos.
3. Consumir inmediatamente los alimentos cocinados.
4. Guardar cuidadosamente los alimentos cocinados.
5. Recalentar bien los alimentos cocinados.
6. Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados.
7. Lavarse las manos a menudo.
8. Mantener escrupulosamente limpias todas las superficies de la cocina.
9. Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y otros animales.

Es de suma importancia que el profesional de ayuda a domicilio conozca los principios básicos de nutrición de personas dependientes y la manera de facilitarles el acceso a una alimentación de calidad y que satisfaga sus necesidades para lograr una correcta nutrición.

Una de las funciones primordiales del auxiliar es asegurar todos los procesos de alimentación en que el usuario presente carencias o dificultades, como el aprovisionamiento, cocinado. La propia situación de dependencia puede llevar a que algunos usuarios, por comodidad u otras circunstancias, desatienden la función de alimentación.

Los auxiliares se enfrentan diariamente al problema de preparar los alimentos en el domicilio, lo que muchas veces provoca no contar con los medios suficientes. Algunos inconvenientes son:

1. Falta de medios, sobre todo de utensilios de menaje.
2. Avería en la instalación de gas o no reposición de la bombona de butano.
3. Ausencia de materias primas: por no facilitar el usuario el dinero necesario o encontrarse en una situación económica delicada, teniendo que comprar alimentos más económicos y de menor calidad.
4. Los hábitos del usuario, que ejercen presión sobre el auxiliar para que prepare únicamente los platos que son de su agrado, por lo que no existen ni la rotación ni la variedad de menús necesaria.

5. La desconfianza del usuario a que el profesional de ayuda a domicilio maneje su dinero para las compras.

Ante la aparición de este tipo de situaciones, el auxiliar de ayuda a domicilio deberá ponerlo cuanto antes en conocimiento del Coordinador del servicio, para que juntamente con los Servicios Sociales competentes y mediante una actuación conjunta, diseñar una actuación que reconduzca la situación en beneficio del usuario.

UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS DE ALIMENTACIÓN

Alimentación por vía oral, enteral

Es probable que nos encontremos en nuestra práctica diaria con personas que son incapaces por sí mismos de ingerir alimentos por vía oral o bucal. Determinados pacientes dependientes requerirán de una ayuda total por nuestra parte; otros contarán con dispositivos para la alimentación por patologías que impidan el acto voluntario de la masticación, el reflejo de la deglución o enfermedades neurológicas/mentales avanzadas.

Dependiendo del caso, la alimentación del paciente se podrá llevar a cabo por:

A. Alimentación por vía oral: a través de la cavidad bucal.

La alimentación por vía oral (a través de la boca) es la primera elección en la alimentación de los usuarios. Es el que mejor prepara los alimentos para su posterior procesado, supone el mantenimiento de la autoestima y satisfacción del usuario al poder disfrutar más de los alimentos. Las personas mayores son un grupo con un elevado riesgo de atragantamiento por alimentos. El hecho de tener su sistema muscular y sus reflejos debilitados agrava la situación. Además, y muy a menudo, son personas que viven solas, por lo que un episodio de este tipo puede resultar fatal. Es por ello fundamental vigilar el estado dentario de los usuarios y su capacidad de deglución. En caso de tener las funciones de masticación disminuidas, resulta preferible, bajo prescripción médica, optar por una alimentación blanda o semilíquida.

Algunos de los alimentos que más se relacionan con episodios de atragantamiento son frutos secos, jamón, embutidos como chorizo o salchichón, sobre todo si tienen piel, lonchas de bacón, trozos grandes de carne, calamares, pulpo, quesitos, aceitunas, cerezas, huesos de frutas, palomitas de maíz, caramelos y chicles. Además de evitar estos alimentos, conviene tener otras precauciones, como cortar los alimentos en trozos pequeños, y masticar la comida en forma lenta y cuidadosa, sobre todo si se usa dentadura postiza.

B. Alimentación enteral: por vía digestiva, a través de distintos dispositivos de ayuda, como la sonda nasogástrica (SNG) o la sonda de gastrostomía.

Consiste en la administración de los alimentos necesarios para conseguir un soporte nutricional adecuado por vía digestiva, ya que el paciente no es capaz de ingerirlos por vía oral debido a alguna patología (oncológica o cancerígena, neurológica, o gastrointestinal). Para su administración es necesario el uso de dispositivos de ayuda llamados sondas, con cuya utilización se suprimen las etapas bucal y esofágica de la digestión.

Existen distintos dispositivos para la administración de la nutrición enteral. Los factores que deben tenerse en cuenta para su elección son: la duración estimada del tratamiento, la patología del enfermo y sus preferencias

Si se prevé que el período de tiempo que se administra la administración enteral no va a ser muy prolongado, está indicada la utilización de sondas nasogástricas.

Las sondas nasogástricas: Son tubos de diámetro pequeño y material plástico más o menos flexible que permiten el paso de la nutrición enteral sin dificultad. Estos dispositivos son colocados por un profesional sanitario a través de uno de los orificios nasales y llegan hasta el estómago pasando por el esófago. Quedan fijados mediante esparadrapo a la nariz y pueden permanecer un tiempo prolongado (desde 15 días a 6 meses, dependiendo del material)

Si se considera que la duración de la nutrición enteral va a ser muy prolongada, se puede optar por colocar sondas o catéteres de gastrostomía. La colocación de dicha sonda es un procedimiento quirúrgico que se realiza bajo anestesia. Se coloca un tubo corto, flexible y de poco diámetro que posee un globo al final que, al llenarlo de agua, sirve de anclaje, a través de una incisión hasta llegar directamente al estómago

Una vez que el facultativo decide aportar al paciente los nutrientes necesarios por vía enteral, es necesario seleccionar la dieta basada en las necesidades fisiológicas, la capacidad digestiva y la estimación de los requerimientos nutricionales del paciente. Pueden administrarse desde alimentos triturados hasta preparados comerciales líquidos o en polvo.

Los tres métodos más empleados para la administración de la alimentación enteral son:

1. **La infusión continua:** A través de bomba infusora, que es el aparato que regula la cantidad y velocidad de líquido a infundir. Tiene como desventaja que el paciente está casi todo el día conectado a la nutrición enteral.
2. **La infusión intermitente:** También a través de bomba infusora. Es útil en muchos casos. Se basa en la infusión a una velocidad mayor durante períodos de unos 30 minutos, administrando 4 ó 5 tomas al día.
3. **Administración a través de jeringa y de forma manual.** La alimentación puede ser una dieta líquida o triturada y suele coincidir con las horas de alimentación.

Alimentación por Sonda Nasogástrica (SNG) o Gastrostomía de forma manual. Material necesario:

1. Guantes no estériles.
2. Tapón de SNG.
3. Un vaso con agua.
4. Toalla.

5. Servilletas.
6. Jeringa de 50 cc.
7. Alimentación (triturada o preparado comercial).

Procedimiento.

Preparar todo el material necesario y llevarlo a la habitación.

Lavarse las manos y colocarse los guantes.

Informar al usuario/a del procedimiento que vamos a realizar.

Colocar al usuario/a sentado o en posición Fowler. Comprobar la correcta colocación de la sonda (SNG y de gastrostomía).

Retirar el tapón de la sonda, teniendo en cuenta que en la sonda de gastrostomía el tapón suele estar integrado; mientras que en la SNG, el tapón es independiente.

Aspirar con la jeringa de 50 cc el contenido gástrico residual que pueda existir en el estómago, observando la cantidad y las características del mismo.

Conectar de nuevo la jeringa llena de 30-50 cc de agua a la sonda y verter el contenido para limpiar la sonda.

Repetir el paso anterior ahora con el alimento, de forma lenta y a un ritmo constante, todas las veces que sea necesario hasta acabar la dieta.

Evitar la entrada de aire al estómago durante la administración.

Limpiar la sonda con 30-50 cc de agua al terminar la administración, pinzarla con los dedos (para evitar que entre aire o salga el alimento introducido) y colocar el tapón.

Mantener al paciente en posición Fowler durante 1 h. después de la administración para evitar reflujos de contenido gástrico.

Comprobar siempre la temperatura del alimento, que debe estar templada o a temperatura ambiente, ya que va directamente al estómago.

Recordar tapar el extremo de la sonda con el tapón correspondiente para evitar la entrada de aire al estómago o la salida de la alimentación administrada.

Posturas del usuario que facilitan la ingesta.

A la hora de la alimentación, el usuario debe adoptar la posición más fisiológica y cómoda, para evitar así posibles complicaciones, como el atragantamiento o la broncoaspiración, y facilitar la digestión. Esta posición debe ser la de sentado. En pacientes encamados, se procederá a colocar al usuario en posición Fowler, ayudándonos de almohadas o cojines que mantengan dicha posición, siendo realmente útil contar con una cama articulada para realizar esta movilización. Así, en la posición Fowler el paciente permanece sentado, con el cabecero de la cama a 45°. Las piernas se colocan en semiflexión, con la posibilidad de una almohada bajo las rodillas y la colocación de un tope almohadillado en los pies. Las camas

articuladas de 3 segmentos permiten, además de elevar la cabecera, ajustar el segmento pélvico y el piecero, evitando que el paciente se resbale.

Ayudas Técnicas para la ingesta

En el mercado hay miles de ayudas técnicas tanto para la preparación como para la ingesta de los alimentos. Algunos de ellos:

- A. Vaso ergonómico: Idóneo para personas con artritis o movilidad reducida de la cabeza, cuello, o extremidades superiores.
- B. Vaso de alimentación con tetina regulable: La tetina puede colocarse vertical o en una posición angulada, en la que se requiere menor inclinación de la cabeza.
- C. Plato ergonómico (Manoy): Plato con fondo en pendiente, ideal para personas que sólo pueden utilizar una mano.
- D. Cubiertos flexibles: Mango blando y de gran diámetro para agarrarlo cómodamente y con seguridad. Tiene una sección flexible para poderlo doblar en cualquier ángulo, muy útil para personas con movilidad reducida en la muñeca

Apoyo a la ingesta

El profesional de ayuda en el domicilio debe asegurarse de que el usuario realiza una alimentación y nutrición adecuadas. Para ello debe prestar atención no sólo al usuario, sino también deberá actuar como educador y orientador de la familia y de los cuidadores habituales.

Deberá explicar y enseñar el manejo de las diferentes ayudas técnicas existentes para la ingesta, así como todos los aspectos necesarios para que el alimento llegue en correctas condiciones de temperatura, textura y sabor, de forma que al usuario le resulte atractivo el acto de comer.

TEMA 7. PREVENCIÓN DE LESIONES DORSOLUMBARES EN TAREAS CON PERSONAS DE MOVILIDAD REDUCIDA

Introducción

Las tareas que requieren la manutención de personas con movilidad reducida y especialmente el trabajo hospitalario y geriátrico, conlleva una carga física estática y dinámica muy importante, encontrándose este colectivo entre los más afectados por trastornos o dolores de espalda, tanto en personal de edad avanzada como en trabajadores jóvenes y de mediana edad. La carga estática se refiere a posturas fijas mantenidas con o sin peso adicional y la carga dinámica a todo lo que implica movimiento.

La dificultad inherente a la movilización de personas enfermas o disminuidas físicamente nace, no sólo del hecho de que se trata de movilizar personas y no objetos, sino también de la enorme variedad de situaciones que se dan. Nos encontramos con personas que casi pueden valerse por sí mismas, otras que no se valen pero que pueden colaborar con quien les ayuda (semidependientes) y otras que son totalmente dependientes para realizar cualquier movimiento.

Uno de los factores de riesgo para la salud del trabajador, que implican las tareas de movilización de personas, es el desconocimiento de las técnicas de movilización y de los principios fundamentales para realizar una adecuada manipulación manual de carga. Nuestro objetivo en este caso es indicar los movimientos básicos en la movilización de personas, incidiendo en la adopción de las posiciones corporales adecuadas que minimicen la exposición al riesgo y que permitan realizar el menor esfuerzo físico necesario para el desarrollo de las tareas. Para prevenir la aparición de lesiones o dolores de espalda es fundamental que los trabajadores respeten los principios básicos en la movilización de personas, conozcan los movimientos esenciales y los realicen correctamente.

Principios básicos en la manutención manual de personas con movilidad reducida

Mantener la espalda recta y las piernas flexionadas, realizando los movimientos y levantamientos haciendo uso de los músculos de las piernas.



Aproximar la persona a movilizar (la carga) al cuerpo y mantenerla lo más cerca posible del cuerpo. Agarrar el cuerpo de la persona a movilizar de forma consistente.



Mantener los pies separados y uno ligeramente adelantado, proporcionando una base estable y amplia de apoyo.



Emplear el contrapeso del cuerpo y la inercia del cuerpo de la persona a movilizar para aumentar la fuerza aplicada.



Utilizar apoyos externos, como puede ser colocar una rodilla sobre la cama.



Para efectuar las movilizaciones es fundamental estimular a la persona a movilizar para que colabore.

Movimientos básicos en el manejo manual de personas con movilidad reducida

1 Cambio de posición de decúbito supino a decúbito lateral (Movilización por un trabajador)

- Colocarle los brazos cruzados sobre el pecho y la rodilla contralateral flexionada con el pie debajo de la rodilla de la otra pierna.



- Colocarse en el lateral de la cama con una pierna más adelantada.



- Hacer girar a la persona trasladando el peso del cuerpo de la pierna más adelantada a la situada detrás.



- En este giro puede realizarse empleando una entremetida desde el lado opuesto.



2 Incorporación en la cama (persona semidependiente) (Movilización por un trabajador)

- Con la rodilla sobre la cama sentado sobre ella y el pie del suelo ligeramente adelantado, coger a la persona por el brazo y la espalda.



- Trasladar el peso del cuerpo desde la rodilla apoyada en la cama a la pierna apoyada en el suelo a la vez que se incorpora a la persona.



- La persona a movilizar, consciente y colaboradora, ayudará flexionando las rodillas y apoyando los pies en la cama.



3 Incorporación en la cama (persona dependiente) (Movilización por dos trabajadores)

- Las piernas de la persona a movilizar se flexionan si es posible o se colocan una encima de otra.



- Situarse con una rodilla sobre la cama, con el otro pie en el suelo adelantado en dirección al final del movimiento y la mano libre cogida al cabecero de la cama. Los hombros de los trabajadores deben estar aproximados. Colocar el antebrazo por debajo de la axila de la persona a movilizar sujetando su espalda.

El movimiento se realiza trasladando el peso del cuerpo desde la pierna sobre la cama a la otra en el suelo, adelantando el cuerpo hacia el cabecero deslizando el brazo por encima del colchón.

4 Traslado de la cama a la silla (persona semidependiente) (Movilización por un trabajador)

- Situar la silla paralela y contigua a la cama, retirando el brazo interno de la silla y accionando el freno.



- Incorporar y sentar a la persona a movilizar en el borde de la cama: partiendo de decúbito supino se sitúa en decúbito lateral y bajando las piernas con un brazo, el sanitario con el otro brazo sujeta su espalda y lo incorpora a la vez que flexiona sus propias piernas.



Una vez la persona a movilizar está sentada y calzada, colocar los antebrazos cogiendo la espalda de la persona y colocar un pie trabando su pierna. El trabajador coloca los pies separados, uno junto a la persona y el otro en dirección al final del movimiento (a 90°). Mantener las piernas flexionadas.



- Estirar las piernas haciendo girar 90° el pie de la persona con el pie para que quede colocado delante de la silla.



Sentar a la persona flexionando las piernas y manteniendo la espalda recta y a la persona lo más próxima posible a nuestro cuerpo.



El movimiento contrario, de la silla a la cama, se realiza igual invirtiendo los movimientos.

5 Traslado de la cama a la silla (persona dependiente) (Movilización por dos trabajadores)

- Situar la silla paralela y contigua a la cama, retirando el brazo interno de la silla y accionando el freno.



Incorporar y sentar a la persona a movilizar en el borde de la cama.



- Los trabajadores sujetan la espalda del paciente por debajo de los hombros y con el otro brazo por debajo de los muslos (sillita de la reina) o bien usando una toalla.



- Los trabajadores mantienen las piernas separadas y flexionadas, al cargar, incorporan con fuerza las piernas, giran 90° y descargan al paciente en la silla flexionando las piernas.



- El movimiento contrario, de la silla a la cama, se realiza igual invirtiendo los movimientos.



6 Incorporación en la silla (Movilización por un trabajador)

- Colocar los pies de la persona a movilizar cerca de la silla y su cuerpo inclinado hacia delante con los brazos cruzados.



- Situarse detrás de la silla y las manos presionar el abdomen de la persona a movilizar cogiendo a la vez sus brazos. Con las piernas flexionadas, separadas y pegadas al respaldo de la silla, estirar las piernas inclinando el cuerpo hacia delante al tiempo que con las manos empujamos a la persona hacia atrás.



7 Levantar del suelo (Movilización por dos trabajadores)

Comprobar que la persona a movilizar no tiene ninguna lesión, si se sospechara se utilizaría una camilla de cuchara.



- Colocar los antebrazos del trabajador por debajo de los hombros de la persona a movilizar y las piernas flexionadas.



- Se estiran las piernas llevando el peso del cuerpo hacia atrás con una pierna desplazada. Al levantarse se apoya el peso del cuerpo en la pierna atrasada.



8 Traslado de la cama a la camilla (Movilización por 3 trabajadores en bandeja o 2 trabajadores con camilla de cuchara)

Si se realiza el traslado en bandeja la cama y la camilla se sitúan a 90° o paralelas si se emplea camilla de cuchara o sábana.

- Rodear a la persona a movilizar con un brazo por arriba y otro por abajo (cabeza, tronco y extremidades).



- Mantener las piernas flexionadas, pies separados y uno en dirección al movimiento.



- Cargar, estirar las piernas colocando a la persona cerca de nuestro cuerpo, descargándolo pegado a la camilla y flexionando las piernas.

TEMA 8. MANUAL DE ACOGIDA PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES EMVIPSA

El Manual se divide en dos documentos, este que está leyendo, que es una parte introductoria y general, donde se especifican todas las características comunes para todos los usuarios de la empresa, así como “**qué debo hacer**” cuando tengo un accidente o para recibir mi reconocimiento médico, y otra segunda parte, específica de los riesgos del puesto al que se va a incorporar, que se le entregará más adelante.

Esta parte del Manual es para todo el personal de EMVIPSA.
Aquí se responderá a las siguientes preguntas:

- “Cómo funciona y/o está organizada la prevención en esta empresa”
- “Cuáles son las obligaciones de EMVIPSA”
- “Cuáles son MIS obligaciones en prevención”
- “Cómo realizo mis consultas de prevención”
- “Qué debo hacer en caso de accidente”

Cómo funciona y/o está organizada la prevención en esta empresa

Esta Empresa organiza la Prevención de Riesgos Laborales a través del **Servicio de Prevención Propio (SPP)**.

Este Servicio responderá a todas sus preguntas y dudas sobre prevención, así como gestionará su reconocimiento médico y su formación en prevención de los riesgos relativos a su puesto de trabajo.

Servicio de Prevención Propio de EMVIPSA
C/ Francisco Labao Gámez, nº 9 Bajo.

29700. Vélez-Málaga

Horario: 07:30 a 15:00

e-mail de contacto: www.emvipsa.com

A nivel de consulta y participación de los trabajadores/as esta empresa dispone de un Comité de Seguridad y Salud.

“Cuáles son las obligaciones de EMVIPSA”

Esta empresa tiene el objetivo y la obligación de preservar la seguridad y salud de sus trabajadores/as. Para ello realiza, entre otras, las siguientes actividades preventivas, por medios propios o concertados:

- 1) Evaluación de riesgos de los puestos de trabajo y planificación de las medidas preventivas.
- 2) Formación e información de los riesgos.
- 3) Vigilancia de la Salud (reconocimientos médicos).
- 4) Entrega de Equipos de Protección Individual (EPI,s).
- 5) Investigación de accidentes.
- 6) Controles de las condiciones de trabajo.
- 7) Planes de emergencias,..

“Cuáles son MIS obligaciones como trabajador/a de EMVIPSA”

- 1) Realizar y/o asistir a la formación en PRL que determine la empresa.
- 2) Realizar el Reconocimiento Médico Inicial (y los periódicos obligatorios).
- 3) Informar a mi superior jerárquico de cualquier incidencia que ocurra en el trabajo, con el fin de evitar un accidente.
- 4) Colaborar en mi puesto de trabajo para evitar cualquier tipo de accidente.
- 5) Cumplir las normas de trabajo seguro.
- 6) Cuidar y mantener los equipos de protección individual que se me entreguen, así como informar de su caducidad (en su caso) para poder ser reemplazado.
- 7) Comunicar cualquier accidente a mi superior jerárquico de forma inmediata.

“¿Mi Reconocimiento Médico es público?”

No, el reconocimiento médico es confidencial. Esta empresa **NO** tendrá acceso a los datos confidenciales, solo recibirá un comunicado en el que indicará lo siguiente:

- Apto/a
- No Apto/a
- Apto/a con restricciones (ejemplo: apto/a con restricción de trabajar en altura).

No indicará el motivo de la restricción, así como ninguno de los resultados de analíticas ni diagnósticos médicos.

“¿Es obligatorio el Reconocimiento Médico?”

El Reconocimiento Médico Inicial, es obligatorio. Con este reconocimiento médico se puede establecer que el puesto de trabajo, así como las tareas y herramientas, no van a perjudicar la salud del trabajador/a y que éste está capacitado/a para realizar las tareas de su puesto.

En el caso del reconocimiento periódico, sólo es obligatorio en los siguientes puestos de trabajo:

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| Limpiador/a | Albañilería | Portitor/a |
| Fontanero/a | Trabajadores/as del Centro de Drogodependencia. | Trabajador/a del Punto Limpio Biocidas |
| Electricista | Trabajador/a Social | Técnicos/as de obra |
| Monitor/a deportivo | Notificador/a | Conductor/a |
| Jardinero/a | Pintor/a | Educador/a de Guardería (Puericultor/a) |
| Obra civil (todos los puestos) | Carpintero/a | Atención Temprana |

“Dónde y cuándo realizo el Reconocimiento Médico”

Para realizar el reconocimiento médico, una vez que se incorpore a su puesto de trabajo, será citado por el Servicio de Prevención de la empresa, indicándosele la hora y el lugar. Recuerde que tendrá que asistir en ayunas y a ser posible con copia de su historial médico, en caso de tener reconocida una minusvalía, no olvide entregar su certificado de minusvalía.

“Dónde y cuándo recojo los resultados de mi Reconocimiento Médico”

Podrá recoger su reconocimiento médico a través de los medios o canales que ofrecerá el servicio de la vigilancia de la salud que en ese momento se encuentre prestando sus servicios para Emvipsa. Siempre podrá acudir al centro de trabajo de la empresa prestataria ubicado en la localidad para recoger dicho reconocimiento médico.

Los resultados de los reconocimientos médicos suelen tardar un mes.

“Qué debo hacer si no recibo los resultados por estos medios”

Si usted no recibiese los resultados por ninguno de los medios o canales que habilite la empresa prestataria de la vigilancia de la salud, o necesitase copia de uno de sus informes, podrá:

- a) Realizar una incidencia de su caso en el Servicio de Prevención Propio de esta empresa, en persona o por teléfono.
- b) La empresa prestataria de servicio de vigilancia de la salud:

DIRECCION: PASEO NUEVO, 19. BAJO 29700 VELEZ-MALAGA
TELEFONO: 952 801 341
HORARIO: LUNES A VIERNES 08:00-17:00 HRS.



“Qué debo hacer si no entiendo el resultado de mi Reconocimiento Médico”

Si usted no entiende bien el resultado de su reconocimiento médico puede hacer lo siguiente:

- a) Realizar la consulta a su Médico de Cabecera.

“Qué debo hacer en caso de que me ocurra un accidente de trabajo”

En caso de que usted sufra un accidente de trabajo deberá realizar las siguientes actuaciones:

- a) Si el accidente **es grave** o muy grave, y/o necesita asistencia urgente, diríjase al centro médico u hospitalario más cercano, informando que ha sido accidente de trabajo. Una vez que sea atendido diríjase al Servicio de Prevención de la empresa con el parte del centro médico u hospital, o llame por teléfono (*****) para informar del accidente. Deberá informar lo antes posible a su Jefe/a de lo ocurrido, personalmente o a través de un/a compañero/a de trabajo.
- b) Si el accidente **NO es grave**, deberá realizar estas actuaciones en el orden que se indica:
 - 1) Informar a su Jefe/a directo y solicitarle informe escrito de lo ocurrido (notificación de accidente).
 - 2) Con el informe de lo ocurrido deberá presentarse en las oficinas de EMVIPSA para

solicitar volante de asistencia.

3) La mutua concertada con la empresa es:

- CESMA



4) Con el volante de asistencia podrá ser atendido/a en el siguiente centro médico:



Delegación: Axarquía
C/ Puerta del Mar, 1, Local 3, 29740 Torre del Mar
cesmaaxarquia@mutuacesma.com

Atención al mutualista
Sr. Carlos A. Cano

Teléfono y fax
[951 283 022](tel:951283022) / [952 965 811](tel:952965811)

DE LUNES A VIERNES EN HORARIO DE 08:30 A 14:30HRS

Fuera de este horario, en caso de urgencia, deberá acudir a los centros concertados (Vithas Rincón Salud S.L.) o bien al Hospital Comarcal de la Axarquía.

VITHAS SALUD RINCÓN - Torre del Mar:



C/. San Andrés, 23
29740 Torre del Mar (Vélez-Málaga)
Teléfonos: [952 54 37 44](tel:952543744) / [951 00 01 00](tel:951000100)
De 8:00 a 22:00 horas, de lunes a viernes no festivos y de 9:00 a 15 los sábados no festivos.

“Qué formación debo realizar y cuándo”

El Servicio de Prevención Propio de riesgos laborales realizará la planificación de su

formación en prevención de riesgos laborales. Esta se realizará de forma presencial y en horario de trabajo.

Para ello es necesario que una vez que reciba este manual, en el justificante de entrega indique su teléfono y e-mail para facilitar el contacto a la hora de planificar su formación.

Le informamos que recibirá un diploma acreditativo de todos los cursos que realice, los cuales le servirán tanto para su acreditación en esta empresa, así como para procesos selectivos y concursos futuros.

“Cómo puedo realizar más formación en Prevención de Riesgos Laborales”

Si está interesado/a en realizar más formación en prevención de riesgos laborales, puede contactar con el Servicio de Prevención Propio de Emvipsa para que se le inscriba en los cursos on-line o a distancia que se tengan programados, así como solicitarlo mediante el Buzón de Sugerencias.

“Cómo comunicar una situación de riesgos”

En caso de querer realizar cualquier tipo de consulta sobre riesgos laborales, se pueden poner en contacto con:

- a) El Servicio de Prevención Propio de EMVIPSA:
- Teléfonos Servicio Prevención Propio: *****
 - Nota interior: dirigida al Servicio de Prevención Propio.
 - De forma presencial en horario de trabajo.
- b) Su Coordinador de Área.

Definición de accidente de trabajo “in itinere”

En Derecho laboral, se denomina accidente de trabajo in itinere al accidente ocurrido al trabajador durante el desplazamiento desde su domicilio hasta el lugar de trabajo, y viceversa, a condición de que el trabajador no haya interrumpido el trayecto por causas ajenas al trabajo.

“Factores que deben concurrir para que se considere accidente laboral “in itinere”

- Que se produzca en el recorrido habitual y normal desde el domicilio al lugar de trabajo y viceversa, con la finalidad principal y directa de acudir o volver a éste.
- Que se produzca dentro del tiempo que normalmente se invierta en el trayecto.
- Que no haya habido interrupciones entre el trabajo y el accidente por otras actividades de interés personal.
- Que el accidente se produzca en “misión”, esto es, que se produzca en el trayecto que el trabajador/a realice en cumplimiento de una misión (ejemplo un comercial que vaya a visitar a un cliente a su tienda o domicilio).
- Que el trayecto recorrido se realice en un medio de transporte habitual o normal, entendiéndose como tal el que habitualmente utilice el trabajador/a **y cuando éste no actúe con imprudencia grave o temeraria.**
- Y ahora, que el desplazamiento se produzca entre el domicilio familiar y el laboral en aquellos casos en los que el trabajador/a tenga su domicilio familiar en un sitio y el laboral en otro por exigencia de la movilidad geográfica de su empresa.

“Quiénes son personas especialmente protegidas”

La empresa garantizará de manera específica la protección de los trabajadores/as que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo. A tal fin deberá tener en cuenta dichos aspectos en las evaluaciones de los riesgos y, en función de éstas, adoptará las medidas preventivas y de protección necesarias.

Los trabajadores/as no serán empleados en aquellos puestos de trabajo en los que, a causa de sus características personales, estado biológico o por su discapacidad física, psíquica o sensorial debidamente reconocida, puedan ellos/as, los demás trabajadores/as u otras personas relacionadas con la empresa ponerse en situación de peligro o, en general, cuando se encuentren manifiestamente en estados o situaciones transitorias que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

Igualmente, la empresa tendrá en cuenta en las evaluaciones los factores de riesgo que puedan incidir en la función de procreación de los trabajadores/as, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan ejercer efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación, tanto en los aspectos de la fertilidad, como del desarrollo de la descendencia, con objeto de adoptar las medidas preventivas necesarias.

Por todo ello, si usted se encuentra en uno de estos casos, debe informar al Servicio de Prevención Propio (Prevención de Riesgos Laborales) para que realice una evaluación específica de su puesto y se tomen las medidas oportunas. Toda la información que reciba el Servicio de Prevención sobre su situación personal será confidencial.

“Primeros Auxilios”

Los primeros auxilios son la primera ayuda que se le presta al herido antes de ser atendido por el personal sanitario y trasladado a un centro asistencial, compruebe la existencia de un botiquín en su centro de trabajo.

¿QUÉ HACER EN CASO DE ACCIDENTE?

PROTEGER

- Después de cada accidente puede persistir el peligro que lo originó.
- Necesitamos hacer seguro el lugar, tanto para el accidentado como para nosotros.

ALERTAR

- Siempre que tenga que alertar a los servicios de emergencia diremos claramente:
 - Lugar - Tipo de accidente - Número de heridos - Nº teléfono y nombre.

TELÉFONO EMERGENCIAS EUROPEO: 112

SOCORRER

- Mantener la calma.
- No mover al herido a no ser imprescindible.
- Hacer sólo lo que sabemos.
- Realizar evaluación primaria y secundaria.
 - Evaluación primaria: consiste en comprobar conciencia, respiración, pulso y buscar posibles hemorragias.
 - Evaluación secundaria: buscar heridas, deformaciones, etc., en cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades.

“Reanimación cardiopulmonar (RCP)”

Cómo detectar la parada cardiorespiratoria y qué debes hacer.

Cuando tras un accidente en el hogar, y aunque no sepas la causa, veas que una persona está inconsciente y no respira espontáneamente, debes iniciar rápidamente las maniobras de "reanimación cardiopulmonar"

1 Asegura el lugar de los hechos Elimina los peligros que amenacen tu seguridad, la del paciente o la de las personas que ahí se encuentren.

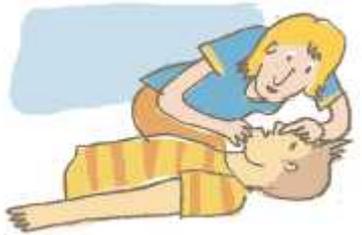
2 Comprueba el estado de consciencia de la víctima. Arrodíllate a la altura de los hombros de la víctima y sacúdelos con suavidad.

Acércate a su cara y pregúntale en voz alta si se encuentra bien:

Si responde: deja a la víctima en la posición en que se encuentra y pasa a realizar una valoración secundaria, poniendo solución a los problemas que vayas detectando.

Si no responde:

3 Pide ayuda sin abandonar a la víctima y colócale en posición de reanimación. Boca arriba con brazos y piernas alineados sobre una superficie rígida y con el tórax al descubierto.



4 Abre la vía aérea. Coloca una mano sobre la frente y con la otra tira del mentón hacia arriba, para evitar que la lengua impida el paso del aire a los pulmones.

5 Comprueba si la víctima respira normalmente manteniendo la vía aérea abierta (ver, oír, sentir durante no más de 10 seg.)



Si la víctima respira normalmente:

- Colócala en posición lateral de seguridad (PLS).
- Llama al 112 o busca ayuda.



- Comprueba periódicamente que sigue respirando.

Si la víctima no respira normalmente:

6 Pide ayuda, llama al 112 o pide a alguien que lo haga e inicia 30 compresiones torácicas en el centro del pecho.

7 Realiza 2 insuflaciones con la vía aérea abierta (frente-mentón) y la nariz tapada.

Si el aire no pasa en la primera insuflación, asegúrate de estar haciendo bien la maniobra frente-mentón y realiza la segunda insuflación, entre o no entre aire.

8 Alterna compresiones - insuflaciones en una secuencia 30:2 (30 compresiones y 2 insuflaciones) a un ritmo de 100 compresiones por minuto.

9 No interrumpas hasta que la víctima inicie respiración espontánea, te agotes o llegue ayuda especializada.

