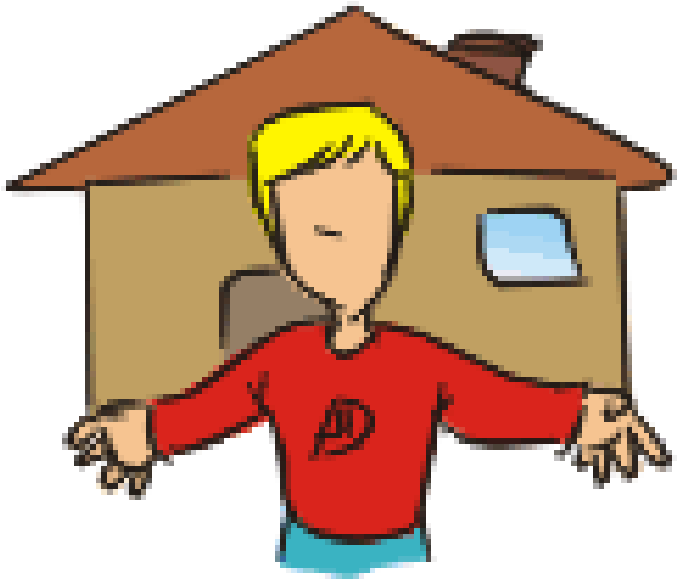
Cáritas
Diocesana de
Getafe

TALLER DE



"AYUDA A DOMICILIO"

Cáritas
Diocesana de
Getafe

INDICE DE CONTENIDOS

Objetivos, planificación y fases de la Ayuda a domicilio
Las caídas.
- Prevención y tratamiento, ayudas técnicas, fracturas de cadera

Higiene del encamado
- Cómo hacer una cama con el encamado
- Alimentación y nutrición

Movilizaciones
- Normas generales de elevación de cargas
- Movilización del paciente encamado
- Posturas correctas, protocolo de actuación

Cuidados paliativos
- Síntomas y signos del enfermo terminal, higiene, cuidados de la piel y de la boca, Problemas de eliminación, etapas psicológicas del morir

Primeros auxilios
- Principios generales

Lipotimia, epilepsia, insolación, hemorragias, heridas, shock, electrocución, coma, asfixia, intoxicación por ingestión, fracturas, esguinces, luxaciones, contusiones, traslado de accidentados, reanimación cardiopulmonar

Cáritas
Diocesana de
Getafe

AYUDA A DOMICILIO

Prestación en el domicilio que proporciona, mediante personal cualificado, unas actuaciones preventivas, formativas, rehabilitadoras y de atención a personas con dificultades para permanecer o desenvolverse en su medio habitual.

OBJETIVOS DE LA AYUDA A DOMICILIO

1. Lograr la autonomía personal atendiendo las dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria (ABVD).
2. Evitar el ingreso o el internamiento.
3. Favorecer el desarrollo de capacidades personales y hábitos de vida adecuados.
4. Favorecer la participación de las personas en la comunidad.
5. Servir de apoyo a las personas cuidadoras en el cuidado y atención.

PLANIFICACION Y FASES DE LA AYUDA A DOMICILIO

-Diagnostico.- Comienza cuando se solicita la Ayuda a Domicilio, se divide en:

a) Entrevista.- Es muy importante que durante ella este presente además de la persona demandante de la ayuda a domicilio, el cuidador principal.

b) Valoración.-Con los datos obtenidos, el Trabajador Social, tendrá en cuenta sobre todo:
   1) Capacidad funcional
   2) Situación sociofamiliar
   3) Situación de la vivienda habitual
   4) Situación económica

-Determinación de actuaciones básicas.-

a) De carácter domestico b) De carácter personal

a) De carácter domestico.- Van dirigidas al cuidado del domicilio y enseres, como apoyo a la autonomía personal y de la unidad de convivencia.
Estas actividades son:
-Alimentación:

-preparación de los alimentos.
-servicio de comida a domicilio.
-compra de los alimentos.

-Vestido:
-lavado de ropa
-repaso y ordenación de ropa
-planchado
-compra de ropa
-Mantenimiento de la vivienda.- Limpieza cotidiana y general.

b) De carácter personal.- Dirigidas a promover y mantener la autonomía personal y/o fomentar hábitos adecuados.

Estas actuaciones serán:

1) Relacionadas con la higiene personal:
-Planificación y educación en hábitos de higiene.
-Aseo e higiene personal.
-Ayuda en el vestir.

2) Relacionadas con la alimentación:
-Ayudar o dar de comer y beber.
-Control y educación en hábitos alimenticios.

3) Relacionados con la movilidad:
-Ayuda para levantarse y acostarse.
-Ayuda para la realización de cambios posturales.
-Ayuda para la movilidad dentro y fuera del domicilio.

4) Relacionadas con cuidados especiales:
-Incontinencias.
-Orientación temporo-espacial.
-Control de administración de tratamientos médicos.

5) Ayuda en la vida familiar y social:
-Acompañamientos fuera del domicilio.
-Apoyo en la organización domestica.
-Realización de actividades de ocio en el domicilio.

El personal de Ayuda a Domicilio, deberá mantener una escucha activa con la persona a la que presta el servicio de ayuda a domicilio, porque es muy importante que sea que capaz de detectar necesidades no observadas en la fase de diagnóstico y

comunicarlas a la persona responsable del servicio de ayuda a domicilio.

-Evaluación del programa.-

Consiste en la realización de una valoración sobre si se han conseguido o no los objetivos propuestos y si se han logrado con los recursos apropiados.

Concepto de salud-enfermedad

-Salud.- Según la OMS (1958), es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.

-Enfermedad.- Cualquier estado donde haya en deterioro de la salud del organismo humano.

Geriatría y gerontología

-Gerontología.- estudio de la vejez en la totalidad de las disciplinas científicas, filosóficas y artísticas sobre el envejecimiento.

-Geriatría.- rama de la medicina que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez.

Envejecimiento

Proceso por el que con el paso del tiempo, se pierde la capacidad del organismo para realizar sus funciones biológicas. Estro acarrea una mayor vulnerabilidad ante cualquier agresión externa o situación de estrés, llevando en último extremo a la muerte.

Valoración gerontológico

Valoración global y multidisciplinar para detectar problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambientales.

Factores de riesgo en la vejez

-Vivir solo
-Luto reciente
-Viudez reciente
-Hospitalización reciente
-Enfermedades incapacitantes
-Jubilación (sin preparación)
-Medicamentos de cuidados especiales
- Bajo nivel socioeconómico
-Disfunción familiar
-Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas)
-Sedentarismo
-Depresión
-Antecedentes de caídas.
-Barreras arquitectónicas
-Aislamiento social

LOS ANCIANOS TIENEN MAS PREDISPOSICION A PADECER INCAPACIDAD DEBIDO AL PROCESO NATURAL DEL ENVEJECIMIENTO

Cáritas
Diocesana de
Getafe

ESCALAS DE VALORACION

Las más utilizadas son:

-Katz.- se utiliza para hacer una valoración sobre la capacidad para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

-Pfeiffier.- Se utiliza para hacer una valoración del deterioro cognitivo-

-Norton.- Se utiliza para hacer una valoración del riesgo de úlceras por Presión.

CAIDAS

Las caídas en el anciano no son impredecibles o inevitables en la mayoría de los casos.

Factores de riesgo.- es necesario hacer una valoración multidisciplinar completa del anciano, de las capacidades funcionales, médicas y psicosociales, para crear un plan de seguimiento.

Las caídas son más frecuentes a partir de los 65 años, son también más frecuentes en mujeres y fue importante a tener en cuenta es que a mayor edad, las lesiones que se producen son más importantes.

-Valoración médica.- Se basa en la historia clínica, con antecedentes personales, enfermedades activas y tratamientos que sigue.

-Valoración funcional.-Se hace con las escalas de valoración. A mayor nivel de dependencia, mayor riesgo de caídas. Cuando se sufre una caída, aumenta el riesgo de tener más caídas por la perdida de autoconfianza (síndrome postcaída).

-Evaluación mental.-Las patologías más importantes como factor de riesgo son: delirium, deterioro cognitivo, trastorno amnésico, depresión, alteraciones del comportamiento y síndrome postcaída.

-evaluación social.- Se valorara:

a) Núcleo familiar o cuidador principal.-Son causa de inmovilidad, dependencia y sobreprotección.
b) Situación de la vivienda.- Iluminación, tipo de suelo, escaleras, alfombras, objetos a nivel bajo, mobiliario, accesibilidad al cuarto de baño.

c) Situación del entorno.-Estado de las calles, existencia de rampas, ascensores, tiempo para cruzar semáforos, etc.

Tras el ingreso en un centro sanitario o residencial, son más habituales las caídas los primeros días por no controlar el entorno en el que están. Dentro de la exploración médica del anciano, la exploración física es muy importante porque va encaminada la exploración de los aparatos relacionados con la independencia del anciano. Dentro de esta exploración, las patologías que pueden aumentar al riesgo de caída son:

- Párkinson.- Por alteración de la marcha, rigidez, hipoactividad psíquica, motora y parálisis muscular.
- Accidente cerebro-vascular (ACV).- Por disminución del tono muscular.
- Deformidades de grandes articulaciones (artrosis), con disminución del tono muscular.
- Disminución de la agudeza visual.

PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LAS CAIDAS EN EL ANCIANO

↳ Prevención primaria.- Son las medidas para evitar la caída.

1. Educación para la salud y promoción de los hábitos de vida saludables. Se debe:
   - Mantener un campo de visión amplio al transportar objetos y no cargar demasiado.
   - Al coger algo del suelo es mejor arrodillarse.
   - Mantener dentro de lo posible una buena forma física.
   - Tener en buen estado gafas, bastones, andadores muletas, etc.
   - Calzado con suela antideslizante, tacón bajo, calzado cerrado.
   - Informar al médico de los efectos secundarios producidos por medicinas.
2. Disminución del riesgo ambiental.- Muy importante que donde se desenvuelve el anciano reúna unos requisitos que puedan evitar caídas. Los más importantes son:
   - Buena iluminación.
   - Evitar alfombras o que tengan superficie antideslizante.
   - Evitar tener objetos por el suelo
   - Evitar suelos encerados.
   - Evitar cables por el suelo.
   - Colocar barras en el baño y barandillas en pasillos.
   - Todo debe estar al alcance para evitar tener que usar escaleras o tener que agacharse demasiado.

- Prevención secundaria.- Es la que se hace una vez que ya se ha producido la caída y ve todos los detalles por los que se ha producido y evitar los riesgos para que no se produzcan otras caídas.

- Prevención terciaria.- Son las medidas rehabilitadoras para disminuir las secuelas físicas y psíquicas tras la caída. Las medidas rehabilitadoras se hacen basándose en:

1. Tratamiento y rehabilitación de complicaciones: contusiones, heridas, síndrome postcaída.
2. Fisioterapia y rehabilitación de marcha y equilibrio: se enseña a caminar disminuyendo progresivamente las ayudas técnicas. Se comienza en llano y más tarde rampas y escaleras.
3. Aprender a levantarse.- Con ello evitamos deshidratación, hipotermia, etc.

   La técnica para levantarse es:

   - Partiendo de la postura de decúbito supino (boca arriba), extender los brazos al frente.
   - Cruzar las piernas.
   - Impulsarse con los brazos moviéndolos de un lado a otro hasta estar en decúbito prono (bocabajo).
   - Colocarse a cuatro patas e intentar desplazarse hasta un objeto que sirva de apoyo.
   - Con ayuda del apoyo, colocar un pie en el suelo en posición de caballero, la pierna contraria sobre el suelo y coger impulso para levantarse.
4. Psicoterapia del síndrome postcaída.- Evitar protecciones excesivas para evitar la dependencia. Poner siempre metas alcanzables y motivar al anciano.

AYUDAS TÉCNICAS

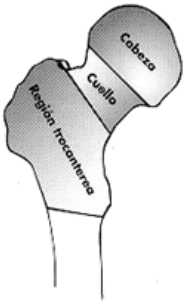
1. En el baño.- En los baños, es donde más aumenta el riesgo de caídas, las principales ayudas técnicas que tenemos son:
   a. Tabla de bañera.- Permite sentarse dando soporte durante el aseo.
   b. Zapatillas antideslizantes.- Tienen una suela de goma que evita deslizamientos.
   c. Barras de apoyo.-Son muy importantes no solo en el baño, sino también en los pasillos.

2. Prevención de inestabilidad.- Ante problemas de estabilidad, se deben usar andadores, muletas o bastones.
3. Prevención en el hogar.- Mobiliario adaptado, zonas bien iluminadas, no objetos en el suelo, no alfombras o que tengan antideslizante.

FRACTURAS DE CADERA

La cadera soporta tres veces el peso del cuerpo en condiciones normales.

Las fracturas se producen en el extremo superior del fémur (cuello del fémur y región trocantérea), suelen ser caídas aparentemente sin importancia y que están muy condicionadas por la osteoporosis.



Las fracturas de cadera son más frecuentes en mujeres por que la osteoporosis es más frecuente en ellas. Para retrasar la aparición de osteoporosis, se debe tomar una dieta equilibrada, rica en proteínas, rica en vitamina D (ayuda a la absorción del calcio), tomar estrógenos (mandados por el médico), así como ejercicio físico.

CARACTERÍSTICAS DE LA FRACTURA DE CADERA

Tras una caída con fractura de cadera, el anciano refiere dolor intenso que a veces se irradia a la zona inguinal e incapacidad funcional, presenta rotación externa (punta del pie hacia fuera) y acortamiento del miembro afectado.

Ante todo esto lo mejor que podemos hacer es no moverle, abrigar y avisar a los servicios de urgencia.

TRATAMIENTO

La cirugía es la indicación básica de las fracturas de cadera.

Si es de cuello (debajo de la cabeza), se extirpa la cabeza del fémur y se coloca una endoprotesis. Con la endoprotesis se puede comenzar con la recuperación funcional de manera inmediata ya que cuanto antes se movilice y camine, los resultados son mejores.

Si la fractura es de la región trocánteres (por debajo del cuello), se colocan tornillos, placas o clavos para dar estabilidad. Pueden comenzar con la rehabilitación funcional cuanto antes mejor.

Cáritas
Diocesana de
Getafe

HIGIENE DEL ENCAMADO

Los principales objetivos de la higiene del encamado es mantener la piel integra, evitar enfermedades y lesiones de la piel, aumentar la comodidad de la persona, mejorar su aspecto físico y favoreceremos su integración.

MATERIAL NECESARIO

-Palangana.
-Toalla.
-Esponja.
-Crema hidratante.
-Peine.
-Crema hidratante.
-Guantes desechables.

TÉCNICA

Lo primero que debemos hacer siempre es explicar lo que vamos a hacer. Intentaremos dentro de lo posible que la persona a la que vamos a lavar nos ayude. Debemos preservar la intimidad de la persona, para ello lo que debemos hacer es solo descubrir la zona en la que estamos realizando el aseo, dejando cubiertas el resto.

- Nos lavaremos las manos siempre antes y después de realizar la técnica.
- Tendremos todo el material preparado.
- Comprobaremos la temperatura del agua (36°C-39°C).
- Colocaremos la cama y a la persona en horizontal siempre que sea posible.
- El orden de lavado será:
  1º. Cara, cuello y orejas.
  2º. Extremidades superiores.
  3º. Tórax y abdomen.
  4º. Extremidades inferiores.
  5º. Genitales y región perineal.
  6º. Espalda, glúteos y ano.
- Lavado de genitales.- Al lavar los genitales en los hombres se debe lavar bien el glande, dejando después el prepucio hacia arriba para evitar inflamaciones. En las mujeres lavar siempre desde delante hacia atrás, separando los labios para lavar bien la vulva y asÍ evitar infecciones de orina.
- Corte de Uñas.- En las manos se cortaran en redondo y en los pies en cuadrado.
- Lavado bucal.- En los encamados inconscientes, el lavado de boca es muy importante.

Material:

- Guantes desechables.
- Vaso de agua.
- Vaso de antiséptico bucal.
- Gasas.
- Pinzas.
- Toalla.
- Palangana o batea.
- Vaselina

Técnica: -Lavado de manos antes y después de la realización de la técnica.
-Ponerse guantes desechables.
-Incorporar si es posible al encamado (posición de Fowler).
-Colocar la batea o palangana y la toalla debajo de la barbilla.
-Hacer una torunda con una gasa y cogerla con la pinza.
-Mojar la torunda con agua y antiséptico.
-Limpiar toda la boca.
-Secar el exterior de la boca.
-Poner vaselina en los labios.

COMO HACER UNA CAMA CON ENCAMADO

Material:

- Guantes desechables.
- Dos sabanas.
- Entremetida.
- Funda de almohada.
- Colcha.
- Manta.

Técnica:

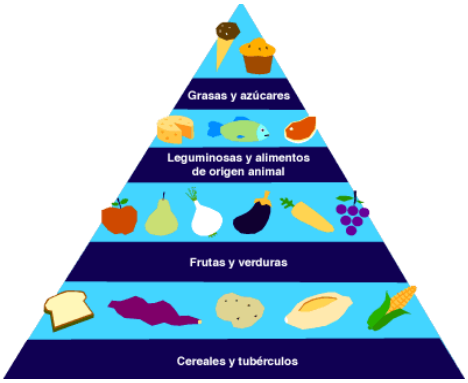
- Lavado de manos antes y después de realizar la técnica.
- Ponernos guantes desechables.
- Informar a la persona de lo que le vamos a hacer.
- Tener precaución para evitar posibles caídas de la cama. Lo más recomendable es hacer la cama entre dos personas.
- Colocar, si es posible, la coma en horizontal.
- Retirar colcha, manta y sabana encimera.
- Si es posible retirar almohada.
- Colocaremos a la persona en decúbito lateral.
- Enrolláremos la ropa sucia, desde el borde de la cama donde nos encontramos, hacia la espalda del paciente.
- Empezaremos a hacer la cama por el lado contrario al que se encuentra la persona.
- Colocaremos la sabana bajera limpia enrollándola hacia el centro de la cama. Se fija la sábana.
- Colocar la entremetida hasta la espalda, igual que la sabana bajera.
- Dar la vuelta al paciente de manera que se situé encima de la ropa limpia, en decúbito lateral.
- Se retira la ropa sucia y se hace la otra mitad de la cama desenrollando la ropa limpia.
- Estirar bien sabana y entremetida limpias, evitando arrugas y fijarlas bien.

- Colocar a la persona en decúbito supino (boca arriba).
- Extender la sabana encimera limpia, la manta y la colcha, remeter, dejando holgura a los pies para facilitar el movimiento y evitar posturas inadecuadas, Cambiar funda de almohada y colocarla.

ALIMENTACION Y NUTRICION

Alimentación: Proceso voluntario a través del cual aportamos al organismo energía y nutrientes necesarios para el mantenimiento de la actividad física y el desarrollo, crecimiento y renovación de tejidos.

Nutrición: Proceso biológico en el que el organismo asimila los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, crecimiento y mantenimiento de las funciones vitales.



PIRAMIDE ALIMENTICIA

1.- De manera ocasional:

Consumir de manera ocasional productos ricos en azúcares simples (golosinas, dulces, refrescos, etc.), tampoco abusar de los que tienen un alto contenido en grasas saturadas y ácidos grasos trans (bollería industrial, repostería, snaks o patatas chips).

2.- Cada semana:

Legumbres: 3-4 veces a la semana. Pollo y huevos: 3-5 huevos a la semana. Carnes magras 3-4 raciones a la semana.

Embutidos y carnes rojas: Son ricos en grasas saturadas, colesterol, sodio y alto contenido calórico. Se debe limitar su consumo.

Frutos secos: Son una alternativa a las proteínas animales, pero se debe tener presente su alto valor calórico. Sus grasas son ricas en ácidos grasos Monoinsaturados (buenos para el corazón).

Conservas de pescado: Tienen ácidos grasos Omega 3, pero alto contenido en sal y contenido graso si son en aceite.

3.-Cada día:

2-3 raciones de lácteos.

Cereales (pan, pasta, arroz, etc.), patatas, legumbres. Son los hidratos de Carbono y deben ser entre el 50%-60% de las calorías totales de la dieta.

5 piezas diarias entre frutas, verduras y hortalizas.

Aceite de oliva preferentemente. Las grasas no deben superar el 30% de la Ingesta diaria.

Agua.- Es fundamental para mantener la hidratación adecuada del organismo.

Será entre 1'5 -2 litros al día.
Se debe realizar una actividad física de al menos 30 minutos al día a una intensidad moderada.

FUNCIONES DE LOS NUTRIENTES

- Glúcidos o Hidratos de Carbono.- Tienen una función energética, aportan energía a las células.
- Lípidos o grasas.- Tienen una función energética.
- Proteínas.- Función plástica, aportan elementos regeneradores celulares.
- Vitaminas.- Función reguladora, aportan elementos que regulan el buen funcionamiento de los elementos y procesos de la célula.
- Sales minerales.- Función reguladora y plástica. Algunas de las sales Minerales son socio, potasio hierro y calcio.

LA DIETA EN EL ANCIANO

Es diferente a la habitual debido a que las características y necesidades (cantidad), son distintas. Las calorías deben ser entre 1900-2100 al día. Debe tener un equilibrio nutricional, tener vitaminas, calcio, fibras, además será necesario que el anciano tome el sol para la mejor absorción del calcio.

Condicionantes que modifican la dieta: En casi todos los ancianos se dan problemas de movilidad del tracto digestivo, dificultad al tragar, aumento de gases, aumento de problemas de estreñimiento, problemas de dentición y disminución de la salivación, disminución de la agudeza visual (condiciona a la hora de ir a comprar los alimentos por la dificultad para ir a la compra), disminución del gusto del olfato y del gusto.

Condicionantes por problemas de salud.- Diabetes, hipertensos, problemas cardiacos, reuma, alteraciones hepáticas, etc.
Se debe tener en cuenta que también los medicamentos utilizados para estas patologías pueden dar problemas gástricos o intestinales y pueden interferir en la absorción de vitaminas, proteínas, etc.

Características de la dieta del anciano.-

- Los alimentos deben de ser de fácil masticación y deglución.
- Comidas no copiosas, mejor aumentar el número de tomas.
- Composición variada y equilibrada.
- Tomar abundantes productos lácteos.
- Baja cantidad de azúcar y sal.
- Utilizar preferentemente alimentos con grasas poliinsaturadas como el

- aceite de oliva y los pescados.
- Aumentar la ingesta de fibra en forma de cereales integrales.
- Mantener una ingesta diaria de líquidos de al menos 1'5 litros.

Preparación de la comida.- Lo más habitual es preparar los alimentos triturados, las frutas se pueden dar en compota y también en zumos.
La forma de preparación debe ser al horno, plancha o hervidos evitando las frituras por el exceso de grasas. Se puede recurrir a la mezcla de alimentos en un solo puré para lograr la dieta equilibrada.

CUIDADOS PALIATIVOS

Según la OMS, los cuidados paliativos son la atención específica, activa e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familiares, atendiendo a todas sus necesidades.

Los criterios para considerar a un paciente como terminal son:

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento especifico.
- Pronostico de vida menos de 6 meses.

Podemos decir entonces que los cuidados paliativos son las terapias utilizadas para aliviar una dolencia, pero que no la cura.

Los cuidados que se den no deben provocar ni posponer la muerte, pero deben mejorar la calidad de vida del enfermo y aceptar la muerte como un proceso natural e inevitable.

La fase terminal de una enfermedad, afecta al enfermo y a sus familiares.

SIGNOS Y SINTOMAS DEL ENFERMO TERMINAL

Síntoma.- Alteración orgánica o funcional solo apreciable por el paciente.
Signo.- Síntoma objetivo de una enfermedad.
Los principales signos y síntomas son:

a) Alteraciones de la circulación sanguínea.
   - Piel pálida y fría sobre todo en pies y manos.
   - Cianosis en labios y punta de dedos.
   - Pulso débil, rápido e irregular.
   - Disminución de la tensión arterial.

b) Alteraciones en la respiración
   - Respiración lenta (bradipnea)
   - Respiración rápida (taquipnea)
   - Respiración irregular (Cheyre-Stokes)

c) Alteraciones musculares.
   - Flacidez generalizada.
   - Pérdida del control de esfínteres.
   - Mandíbula caída.

d) Alteraciones oculares.
   - Pupilas dilatadas (midriasis)

HIGIENE

Se debe cubrir esta necesidad intentando que el paciente no llegue a sentirse dependiente de los demás.

- Se intentara asearle cuando se encuentre más animado.
- Se respetara su intimidad.
- Dejaremos que elija su ropa y complementos.
- Realizaremos las actividades siempre sin prisa y con cuidado.

CUIDADOS DE LA PIEL

Uno de los principales problemas dela piel son las Ulceras por Presión provocadas por el encamamiento prolongado y a una presión mantenida sobre una superficie más o menos dura. Muy importante son los Cambios Posturales y el almohadillado de las zonas con más riesgo de Ulceras por Presión. Es recomendable el uso de colchones antiescaras.

Las principales precauciones que debemos tener son:

- Mantener la piel siempre limpia, seca e hidratada. Al resecarse la piel, la queratina se descama, quedando la dermis expuesta a agresiones y perdida de agua, siendo entonces menos resistente a lesiones y menos turgente.
- Utilizaremos jabones con Ph neutro y toallas suaves.
- Utilizar, si es posible, empapadores entre el paciente y el colchón para evitar humedades.
- Utilizar cremas hidratantes después del baño. A mayor concentración en las cremas de aceite o grasas, más efectivas serán por su mayor poder humedificante.
- Evitar la humedad sobre todo en los pliegues cutáneos y región inguinal, estas zonas pueden aparecer maceradas, exudativas, mal olientes (infección micotica) y enrojecidas.

CUIDADOS DE LA BOCA

Las lesiones en la cavidad oral son muy importantes, pues pueden perjudicar la nutrición oral (malnutrición, anorexia, caquexia) y problemas de comunicación.

Los principales cuidados que debemos tener con la boca son:

- Mantener una buena higiene mediante el cepillado de dientes y lengua después de cada comida.
- Mantener mucosa y labios limpios e intactos.
- Evitar la boca seca (Xerastomia), para ello se puede chupar hielo, masticar chicle, tomar helados, chupar trozos de piña, hielo con zumo de limón más agua, tomar pequeños y frecuentes tragos de agua.

- Aplicar soluciones desbridantes, cuya finalidad es quitar costras y ablandar la suciedad de la lengua y mucosas.

Formulas de soluciones desbridantes:

- ✓ 3/4 partes de bicarbonato y 1/4 parte de agua oxigenada.
- ✓ 3/4 partes de suero fisiológico y 1/4 parte de agua oxigenada.
- ✓ Aplicar soluciones antisépticas. Se usan en el tratamiento de la gingivitis (inflamación de las encías), estomatitis (inflamación de la mucosa de la boca), aftas (vesículas pequeñas y luego ulceración blanquecina en la mucosa de la boca), micosis (infección por hongos) y complicaciones de quimioterapia y/o de radioterapia.

PROBLEMAS DE ELIMINACION

1. ***INTESTINAL***:
   a. **Estreñimiento**.- Disminución del número de deposiciones de menos de tres veces por semana, con heces secas y duras.

- *Causas*:
  - Medicación con opioides (codeína y morfina).
  - Dieta pobre en fibra.
  - Anorexia e inapetencia.
  - Deshidratación.
  - Dolor.
  - Disminución de la actividad física.
  - Encamamiento.
  - Abdomen globuloso.
  - Nauseas y vómitos.
  - Molestias y dolor abdominal.
  - Obstrucción intestinal
  - Diarrea por rebosamiento.

- *Problemas que genera*:
  - Anorexia por sensación de estomago lleno.
  - Lengua sucia y seca.
  - Halitosis (mal aliento)
  - Flatulencia.
  - Fecalomas (material fecal en el intestino grueso).

- *Tratamiento*:
  - Dieta rica en fibra.
  - Aumento de líquidos.
  - Control de deposiciones, no más de tres días sin hacer.
  - Movilización del paciente.
  - Masajes circulares en el abdomen.

- Laxantes mandados por el médico. No dejaremos de darlos aunque cese el estreñimiento o el paciente se volverá a estreñir, salvo que comience con diarrea.
- Enemas, siempre pautados por el médico.
- No hacer esperar al paciente cuando refiera necesidad de evacuar.

b. **Diarrea**.- Aumento de la frecuencia y del contenido de agua de las heces.

- Sus *causas* pueden ser por laxantes o por impactación fecal (desbordamiento) entre otras.
- *Tratamiento*:
  - Dieta astringente.
  - Medicación pautada por el médico.
  - Enema si procede (por rebosamiento).
  - Higiene adecuada de la zona perianal.

c. **Incontinencia**.- Incapacidad para controlar la expulsión de heces.

- Su *causa* es la debilidad de esfínteres el aumento de presión intraabdominal (tos, risa, etc.).
- *Tratamiento*: -Colocación de pañal y/o protección en la cama.

2. ***URINARIA***:

Se debe valorar la frecuencia, cantidad, olor y color de la micción.

A. Anuria.- Se da sobre todo en preagonía, agonía y sedación por fracaso orgánico.
B. Retención.- el paciente no puede orinar.
C. Incontinencia.- Incapacidad de retener orina. Puede deberse a la propia patología, infecciones, diuréticos, etc.

Términos relacionados con la orina:

- **Tenesmo vesical**: deseo continuo de orinar.
- **Poliuria**: Aumento de la cantidad de orina.
- **Oliguria**: Disminución de la cantidad de orina.
- **Anuria**. Ausencia de orina.

Cáritas
Diocesana de
Getafe

ETAPAS PSICOLOGICAS DEL MORIR

Fueron descritas por la Doctora Kübler-Ross.
No todos los pacientes pasan por todas las etapas.

1) Negación y aislamiento:

Es la resistencia y negación ante la muerte. Suelen preguntarse "¿Por qué yo?" ante el comienzo de la enfermedad y puede aparecer muchas veces. El paciente busca opiniones de varios médicos y prueban distintos medicamentos.

2) Ira:

Al no poder mantener la negación, pasa a la ira y a la rabia. El paciente necesita comprensión. También en esta fase se da el "¿por qué yo?".

3) Negociación:

Es la etapa del "Bueno sí, pero…". El paciente regatea, "Si pudiera vivir hasta…". Es un periodo apropiado para hacer testamento.

4) Depresión:

El paciente necesita estar a solas y prepararse emocionalmente.

5) Aceptación:

Se puede ver el fin con cierto grado de silenciosa espera a veces desprovista de emociones.

"DOCTOR, HAY ALGO QUE UD. NO ME HA QUERIDO DECIR?"

Cáritas
Diocesana de
Getafe

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

Normas generales de elevación de cargas

1. Separar los pies, uno al lado del objeto y otro detrás;
2. A partir de la posición de agachados (posición de sentados), mantener la espalda derecha (que no siempre es vertical);
3. Una espalda derecha hace que la espina dorsal, los músculos y los órganos abdominales estén en alineamiento correcto;
4. Se minimiza la comprensión intestinal que causa hernias;
5. Cuello y cabeza deben seguir la alineación de la espalda;
6. Dedos y manos han de extenderse por el objeto para ser levantados con la palma. Los dedos solos, tienen poca potencia;
7. Acercarse al objeto, brazos y codos al lado del cuerpo. Si los brazos están extendidos, pierden mucha de su fuerza. El peso del cuerpo está concentrado sobre los pies. Comenzar el levantamiento con un empuje del pie trasero;
8. Para evitar la torsión del cuerpo, pues es la causa más común de lesión de la espalda, se ha de cambiar el pie delantero en la dirección del movimiento;
9. Si el objeto es demasiado pesado para una persona, deben coordinarse entre ellos contando, uno, dos, tres, arriba.

Movilización del paciente encamado

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.

PACIENTE NO COLABORADOR: Realizar la movilización entre 2 personas.

1. Colocarse cada persona a un lado de la cama, frente al enfermo;
2. Debemos colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas;
3. Retirar la ropa superior de la cama así como la almohada del paciente;
4. Las auxiliares o celadores introducen un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo. Sujetan al paciente y lo levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada;
5. NOTA: 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 4 es mejor realizarlo con la ayuda de una entremetida.

También se pueden colocar las dos personas al mismo lado de la cama, de esta forma:

1. La primera persona coloca un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo del tórax;
2. La segunda persona desliza sus brazos a la altura y por debajo de la región glútea;
3. Entonces elevan cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.

PACIENTE COLABORADOR: En este caso con una sola persona basta.

1. Nos colocaremos junto a la cama del enfermo, frente a él y a la altura de su cadera;
2. Decirle al enfermo que se agarre a la cabecera de la cama y flexionando sus rodillas, coloque la planta de los pies apoyando sobre la superficie de la cama;
3. Entonces colocamos nuestros brazos por debajo de las caderas del paciente;
4. Se le pedirá al paciente que haciendo fuerza con sus pies y brazos intente elevarse;
5. Es entonces cuando la auxiliar o el celador -con sus brazos- debe ayudar al enfermo a subir hacia la cabecera;
6. Si el paciente se encuentra bastante ágil, puede realizar él solo esta movilización.

Movilización del paciente ayudados por una sábana

Se realiza entre dos personas, situados uno a cada lado de la cama.

1. 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. Para ello 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.
4. 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.

Movilización del paciente hacia un lateral de la cama

El Auxiliar de Enfermería o Celador se coloca en el lado de la cama hacia el cual va a trasladar al enfermo:

1. Colocar un brazo debajo del hombro del paciente, sujetándolo sobre la axila opuesta;
2. Colocar el otro brazo por debajo de la cadera, desplazándolo hacia la otra cadera;
3. Si el enfermo es corpulento debe realizarse entre dos personas;
4. Movilizarlo con cuidado a la posición deseada.

Giro del paciente encamado de Decúbito Supino a Decúbito Lateral

El Auxiliar o Celador debe colocarse en el lado de la cama hacia el que va a girar el enfermo:

1. En primer lugar, se desplaza al paciente hacia el lado de la cama contrario al decúbito deseado, para que al girarlo quede el paciente en el centro de la cama.
2. Se le pide al paciente que estire el brazo hacia el lado que va a girar el cuerpo y que flexione el otro brazo sobre el pecho;
3. Se le pide que flexione la rodilla del miembro que va a quedar por encima;
4. A continuación el auxiliar o el celador debe colocar uno de sus brazos por debajo del hombro y el otro por debajo de la cadera;
5. Girar al paciente hacia el lado en que se encuentra el auxiliar o celador, dejándole colocado en decúbito lateral.
6. NOTA: En la posición de Decúbito Lateral hay que tomar precauciones con orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres y maleolos para que no se produzcan úlceras por presión.

Forma de sentar o incorporar al paciente en la cama

Para sentar un enfermo en la cama, si ésta es articulada como son prácticamente todas, basta dar vueltas a la manivela correspondiente hasta que la elevación de la cama haga que el enfermo se encuentre cómodo y en una postura adecuada a su estado.

Para levantarle los hombros, el Auxiliar o Celador se coloca de cara al enfermo y de lado con respecto a la cama. El pie más cercano se coloca atrás y la mano más lejana se pasa por detrás de los hombros del enfermo balanceando el cuerpo hacia atrás, bajando las caderas verticalmente de forma que el peso pase de la pierna de delante a la de atrás.

Forma de sentar al paciente en el borde de la cama

1. El Auxiliar o Celador 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;
2. Con esta mano hace que la cadera y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama;
3. Con el otro brazo ayuda a erguir el tronco;
4. En el momento en que se ha sentado, se le debe tomar el pulso y luego se le colocan la bata y las zapatillas.

Pasar al paciente de la cama a la camilla

CON DOS PERSONAS

1. Una realiza la movilización del enfermo y la otra se asegura de fijar la camilla para que no se mueva y de ayudar a la primera;
2. *La camilla se coloca paralela a la cama y bien pegada a ésta;*
3. Previamente se habrán sacado la entremetida y el hule (salvacamas) tras haber retirado la sábana encimera y las mantas hacia los pies;
4. Una de las dos personas se coloca en el lado externo de la camilla, en el centro, y tira de la entremetida hacia sí, mientras la otra se coloca en la cabecera sujetando al enfermo por los hombros, levantándolos y acercándole hacia la camilla;
5. Una vez que el enfermo está colocado en la camilla, se le tapa con las sábanas y mantas y se arreglan el hule y la entremetida.

CON TRES PERSONAS

1. Si el enfermo no puede moverse en absoluto serán necesarias tres personas;
2. *La camilla se coloca perpendicular a la cama, con la cabecera de la camilla tocando los pies de la cama;*
3. Las tres personas se sitúan frente a la cama, adelantando un pie hacia la misma;
4. Doblan las rodillas al unísono y colocan sus brazos bajo el paciente: el primero, uno por debajo de la nuca y hombros y el otro en la región lumbar; el segundo, uno bajo la región lumbar y otro debajo de las caderas, y el tercero, uno debajo de las caderas y el otro debajo de las piernas;
5. Después vuelven al paciente hacia ellos haciéndole deslizar suavemente sobre sus brazos. Éstos se mantienen cerca del cuerpo para evitar esfuerzos inútiles;

6. Se levantan, giran los pies y avanzan hacia la camilla, luego doblan las rodillas y apoyan los brazos en la misma. Los movimientos han de ser suaves y simultáneos para dar seguridad al enfermo y evitar que se asuste.

Pasar al paciente de la cama a la silla de ruedas

1. Lo primero que hay que hacer es fijar las ruedas. Si aún así hay peligro de que la silla se mueva harán falta dos personas, una de las cuales sujetará la silla por el respaldo para evitar su movimiento;
2. Si la cama está muy alta se colocará un escalón que sea firme y que tenga una superficie suficiente para que el enfermo se mueva sin caerse;
3. El paciente se sentará al borde de la cama y se pondrá, con la ayuda del Auxiliar, la bata y las zapatillas (de forma que no se le salgan con facilidad);
4. Si el paciente no puede hacer solo los movimientos necesarios para sentarse al borde de la cama se le ayudará de la manera indicada en Forma de sentar al paciente en el borde de la cama;
5. *La silla se coloca con el respaldo en los pies de la cama y paralela a la misma;*
6. El Auxiliar o Celador se coloca frente al enfermo con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro;
7. El paciente pone sus manos en los hombros del auxiliar o celador mientras éste lo sujeta por la cintura;
8. El enfermo pone los pies en el suelo y el Auxiliar o Celador sujeta con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente del enfermo para que no se doble involuntariamente;
9. El Auxiliar o Celador gira junto con el enfermo y, una vez colocado frente a la silla, flexiona las rodillas de forma que el enfermo pueda bajar y sentarse en la silla. Cuando la silla no es de ruedas se procede en la misma forma, pero el peligro de que la silla se mueva es inferior.

Fig. 1

PARTES DE UNA SILLA DE RUEDAS:

1.-Empuñadura . 2.-*Respaldo* . 3.-*Asiento* 4.-*Apoya-brazos* . 5.-*Aro propulsor* . 6.-*Rueda propulsión* . 7.-*Freno* . 8.-*Reposapiés* . 9.-*Plataforma reposapiés* . 10.-*Horquilla* . 11-*Rueda de dirección*

Cáritas
Diocesana de

MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS

Si adoptas **POSTURAS CORRECTAS** en la movilización y traslado de enfermos:

- Tu espalda no te dolerá
- Te cansarás menos
- El enfermo será más autónomo

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL DOLOR DE ESPALDA

SOLICITA AYUDA EN LOS MOMENTOS DIFÍCILES

UTILIZA LOS MEDIOS MECÁNICOS DISPONIBLES

REALIZA LOS EJERCICIOS DE RELAJACIÓN EN LAS PAUSAS

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES
INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

ANEXO I:

Protocolo de actuación

(Las profesionales sanitarias hacen sentirse bien)

1. DEFINICIÓN Y OBJETIVO

- DEFINICIÓN:
  - Elemento auxiliar del que dispone el personal sanitario para movilizar al enfermo dependiente con la mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para él y para sus cuidadores.
- OBJETIVO:
  - Movilizar a los pacientes que requieren ayuda total con menor esfuerzo para el personal sanitario.

2. RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

- RECURSOS MATERIALES:
  - Grúa para movilización de pacientes (Figura 1)
  - Arnés (Figura 2)
  - Guantes
- RECURSOS HUMANOS:
  - Enfermera
  - Auxiliar de Enfermería
  - Celador

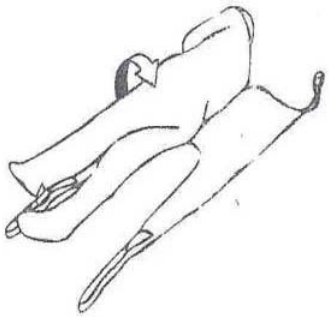
Figura 1

Figura 2

3. PREPARACIÓN DEL PERSONAL Y DEL PACIENTE

- PREPARACIÓN DEL PERSONAL:
  - Lavarse las manos.
  - Ponerse los guantes.
- PREPARACIÓN DEL PACIENTE:
  - Informar al paciente de lo que se le va a hacer y pedir su colaboración (si es posible).
  - Preservar su intimidad en todo momento.

Figura 4



4. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Frenar la cama y colocarla en posición horizontal.

Métodos de Colocación del Arnés:

1. EN DECÚBITO LATERAL

Girar al enfermo en Decúbito Lateral (en enfermos con FRACTURA DE CADERA, colocar una almohada doblada entre las piernas, para evitar que las junte), colocar el arnés y una entremetida si el enfermo no la tuviese hacia la mitad, luego hacerlo girar hacia el Decúbito contrario y acabar de estirar el arnés y entremetida, como en la figura 4.

ES MUY IMPORTANTE QUE en enfermos con FRACTURA DE CADERA las PIERNAS queden SEPARADAS: por eso se entrecruzan las cintas del arnés (Figura 6)

Luego las bandas de las piernas, se pasan por debajo de ambas piernas y se entrecruzan, la de la pierna derecha para colgar en el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda en el gancho derecho.

2. DESDE LA POSICIÓN DE SENTADO

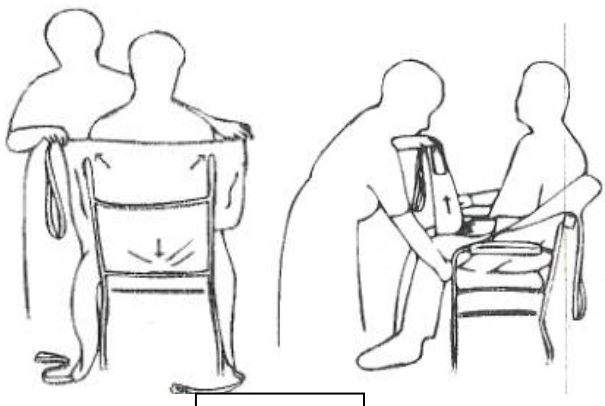


Figura 5

Incorporar al enfermo hasta la posición de sentado, colocar el arnés de arriba-abajo, por debajo de una sábana entremetida -del mismo modo que se hace si el enfermo está sentado en una silla-, hasta la altura de la cintura, como se ve en la figura 5.

Acostar de nuevo al enfermo y

hacer pasar las bandas de las piernas, justo por debajo de los muslos y cruzarlas como se explicó arriba en el método de Decúbito Lateral.

Una vez colocado el arnés al enfermo por uno u otro método, elevar un poco el brazo de la grúa, y acercar a la cama o silla desde donde se desee movilizar al enfermo y colocar las bandas más cortas (hombros) en los enganches del lado correspondiente o en la percha supletoria si se dispone de ella, en la posición más corta, es decir, más cercana al cuerpo del arnés. Y a continuación las bandas más largas (piernas) en la posición más alejada, o sea, la de la punta de la banda y entrecruzarlas de modo que la derecha se coloque en el enganche izquierdo y la izquierda en el derecho; así el enfermo, irá más sentado al elevarlo (figura 6).

NOTA: en enfermos con FRACTURA de CADERA, en el momento en el que el enfermo está con el arnés puesto y elevado sobre la cama, para el traslado a la silla o sillón o viceversa, es conveniente, sujetarle la pierna operada, para mantener la alineación del miembro y restarle dolor.

Elevar con suavidad, hasta una altura de separación entre la cama y el enfermo, ABRIR LAS PATAS DE LA GRÚA PARA AUMENTAR EL RADIO DE ESTABILIDAD DE LA MISMA (figura 3) y procurar mayor seguridad en el traslado; transportar al enfermo, hasta el sillón o viceversa; situar encima del sillón y descender, hasta la posición de sentado, uno de los auxiliares procurará que quede bien sentado tirando de las agarraderas amarillas (figura 2) de las que dispone el propio arnés.

En el supuesto de que el enfermo necesite sujeción adicional y pudiendo dejarle puesto el arnés, se usarán las bandas largas de las piernas, para sujetar en los brazos del sillón, de este modo el enfermo no se escurrirá del sillón con tanta facilidad.

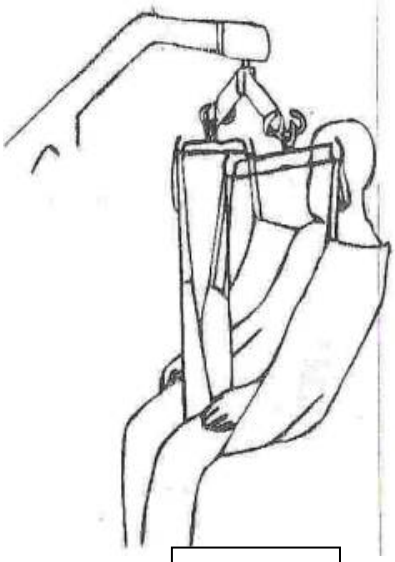


Figura 6

Cáritas
Diocesana de
Getafe

ANEXO II:

Videos sobre movilización e inmovilización de pacientes

http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones_videos.htm

Cáritas
Diocesana de
Getafe

PRIMEROS AUXILIOS

Los principios básicos del socorrismo son:

1.- Proteger: protegernos nosotros mismos y al accidentado, señalizando el accidente para evitar otros.

2.- Avisar: avisar a los servicios de emergencia con claridad y con la mayor precisión posible del lugar del accidente y del número de personas accidentadas.

3.- Socorrer: para ello lo primero que debemos hacer es una evaluación del herido.

PRINCIPIOS GENERALES DE LOS PRIMEROS AUXILIOS

1. Estar tranquilo pero actuar rápidamente
2. Hacer una composición del lugar.
3. No mover al herido salvo que lo hagamos para aplicar los primeros auxilios, evitar agravamiento de las heridas y para protegerle de un nuevo accidente.
4. Examinar al herido.
5. No hacer nada más que lo indispensable.
6. Mantener al herido caliente.
7. No dar de beber nunca a una persona inconsciente.
8. Tranquilizar a la victima.
9. No dejar solo a un accidentado ya que su estado se puede agravar.

LIPOTIMIA

Perdida brusca del conocimiento con una duración de entre 2-3 minutos.

Tratamiento:

- Aflojar la ropa en cuello, pecho y cintura.
- Tumbarlo en posición de trendelembürg (con las piernas más elevadas quela cabeza)

EPILEPSIA

Enfermedad caracterizada por la presencia de crisis convulsivas.

Tratamiento:

- Retirar todos los objetos que puedan dañar al enfermo.
- Colocar algo blando debajo de la cabeza para evitar que se dañe.

- Poner en la boca algo no excesivamente duro que evite que se muerda la lengua.
- Después de la crisis convulsiva, el paciente suele quedarse dormido, entonces le colocaremos en Posición Lateral de Seguridad (PLS).

INSOLACIÓN

Accidente provocado por la exposición prolongada al sol.

Tratamiento:

- Poner al accidentado a la sombra.
- Ponerle compresas frías y darle agua si esta consciente.
- Si esta inconsciente evacuar a un hospital en PLS.

HEMORRAGIAS

Salida de sangre, por una rotura accidental o espontánea de un vaso sanguíneo. La salida de la sangre puede ser al exterior o dentro del organismo.

Las hemorragias las clasificamos en:

- Hemorragias externas.
- Hemorragias internas.

Ante estos dos tipos de hemorragias lo que debemos hacer es:

- Mantener al accidentado tumbado en posición de trendelembürg.
- Tratar de localizar la hemorragia después detenerla mediante compresión en la misma.

HEMORRAGIA EXTERNA

Tratamiento.

- tumbar al herido.
- Presionar con los dedos o con la palma de la mano sobre el punto que sangra, si la hemorragia cesa colocaremos un vendaje compresivo.

Si la hemorragia no cesa, deberemos hacer presión sobre la arteria más cercana, siempre presionando por encima de la herida.

- Hemorragia en cuello: Carótida.
- Hemorragia en hombro: Retroclavicular.
- Hemorragia en brazo: arteria humeral (cara interna del brazo)
- Hemorragia en muslo: arteria femoral (ingle).

- Hemorragia en pierna: arteria poplítea (detrás de la rodilla)
- Comprimir la arteria contra el hueso lo más cerca posible de la herida.
- No aflojar el punto de compresión.
- Mantener al herido tumbado
- Si la hemorragia es en un miembro, mantenerlo elevado.

TORNIQUETE

Solo lo colocaremos.

- cuando el socorrista este solo y necesite atender a otros accidentados de gravedad.
- En caso de miembros aplastados o seccionados.

- El torniquete se coloca entre el corazón y la herida.
- Una vez colocado no lo aflojaremos nunca.
- El torniquete siempre debe mantenerse a la vista, colocándole si no vamos a estar un rotulo con el nombre de herido, hora y minuto de colocación.

HEMORRAGIA INTERNA

Tratamiento:

- Vigilar al accidentado para detectar signos de colapso (palidez, sed, frío, taquicardia).
- Mantenerlo tumbado.
- Abrigarlo.
- Evacuar a un centro sanitario lo antes posible

HERIDAS

Lesión de la piel y de los diferentes órganos producida por cortes, desgarros, contusiones, etc.

Las heridas se clasifican en:

- Incisas: Producidas por un objeto cortante
- Contusas: Producidas por un objeto romo. Generalmente son hemorragias internas.
- Especiales:
  - Mixtas o incisocontusas.
  - Punzantes.
  - Mordeduras.
  - Con arrancamiento.

HERIDAS SIMPLES

Tratamiento:

- Lavarnos las manos.
- Limpiar la herida del centro hacia el exterior, con jabón o antiséptico.
- Poner un apósito o vendaje compresivo.

HERIDAS GRAVES

Tratamiento:

- Taponar la herida con gasas limpias o compresas
- Vendaje compresivo pero sin interrumpir la circulación sanguínea.
- Traslado a un centro sanitario.

HERIDAS DE TORAX

Tratamiento:

- Colocar al herido sentado o acostado sobre el lado de la herida.
- Cubrir la herida con varias capas de gasas o compresas.
- Traslado a un centro sanitario.
- Si la herida es por un objeto que continúa clavado no quitarlo.

HERIDAS DE ABDOMEN

Tratamiento:

- Herida pequeña.-Tapar con una gasa o compresa grande, sujetar con esparadrapo y traslado a un centro sanitario.
- Herida grande.- Si el intestino sale al exterior, no meterlo, solo taparlo con un paño húmedo a ser posible estéril. Si el objeto que produce la herida, continua clavado no retirarlo. No dar nada de comer o beber.

Traslado a un centro sanitario.

SHOCK

Estado de insuficiencia circulatoria periférica aguda causada por una alteración de la regulación circulatoria o pérdida de sangre (shock hipovolemico).

Signos y síntomas:

- Accidentado pálido
- El accidentado tiene frío.
- Pulso acelerado y difícil de localizar a nivel de las pequeñas arterias. Si no lo encontramos trataremos de localizarlo en la carótida.

Tratamiento:

- Colocaremos al accidentado tumbado, si esta inconsciente le colocaremos en PLS.
- Posición de Trendelembürg.
- Trataremos de localizar si la causa es una hemorragia externa y si es así actuaremos sobre ella.
- Mantener si es posible tapado al accidentado.
- Traslado a un centro sanitario.

ELECTROCUCION

Tratamiento:

- Cortar la corriente eléctrica, antes de de tocar al accidentado, en caso de que no sea posible, aislarlo utilizando un objeto que no sea conductor de electricidad (palo, papel de periódico, etc.)
- No utilizar nunca objetos metálicos.
- En caso de parada cardiorrespiratoria, iniciaremos RCP.
- Traslado a un centro sanitario.

COMA

Perdida de conocimiento profundo, que no se recupera espontáneamente.

Signos:

- Perdida de movilidad voluntaria.
- Perdida de sensibilidad.
- Existe latido cardiaco y respiración espontánea.

Tratamiento:

- Colocar al accidentado en PLS
- Aflojar la ropa.
- Tapar al accidentado.
- No dar de comer ni de beber.
- Traslado a un centro sanitario.

ASFIXIA

Situación en la que el oxigeno no llega o lo hace mal a las células del organismo.

Las causas más frecuentes son:

- presencia de un cuerpo extraño.
- Paro cardiaco.
- Intoxicación por gases.

Tratamiento:

- Si existe un cuerpo extraño lo retiraremos.

- Si se debe a una intoxicación por gases, pondremos al accidentado en un ambiente sin gases tóxicos.
- Aflojaremos la ropa.
- Si esta inconsciente, colocar una mano sobre la nuca y la otra en la frente basculando la cabeza hacia atrás suavemente, con esto logramos liberar la garganta obstruida por la caída de la lengua hacia atrás.
- Colocar al accidentado en PLS
- Si la asfixia se produce por la presencia de un cuerpo extraño en garganta colocaremos al accidentado boca arriba, nos colocaremos detrás de el y con la palma de la mano encima del ombligo y la otra mano sobre la primera, efectuaremos un movimiento rápido hacia adentro y hacia arriba para que el impulso del aire libere las vías respiratorias, esta maniobra puede realizarse de pie, sentado o acostado. Esta técnica se conoce como Maniobra de Heimlich.

- Si no respira después de extraer el cuerpo extraño, iniciaremos la respiración artificial.
- Comprobar el pulso en la carótida y si no lo localizamos iniciaremos RCP.

INTOXICACION POR INGESTION

Tratamiento contra alcalinos (lejía, amoniaco, sosa caustica, etc):

- Dar un vaso de agua para diluir el toxico.
- Dar un segundo vaso de agua con vinagre o zumo de limón.
- Nunca provocaremos el vomito.

Tratamiento contra ácidos (clorhídrico, nitrico, etc):

- Dar un vaso de agua para diluir el toxico.
- Dar un segundo vaso de agua con leche o bicarbonato).
- Nunca provocar el vomito.

FRACTURAS

Rotura de un hueso.
Pueden ser abiertas y cerradas.
Síntomas:

- Impotencia funcional.
- Dolor.
- Chasquido o crepitación.
- Hinchazón-tumefacción.

Fractura abierta:
Es la que esta complicada con una herida.
Tratamiento:

- Detener la hemorragia si existe
- Tapar la herida.
- Inmovilizar la fractura (Se inmoviliza con férula que abarque una articulación por arriba y otra por debajo de la lesión)

Fractura de columna vertebral:
Tratamiento:

- Mover lo menos posible al lesionado.
- Si tenemos que trasladarlo, lo haremos sobre una superficie dura (puerta, tabla, etc.), evitando que flexione la columna vertebral.

ESGUINCE

Desgarro incompleto de la capsula articular o ligamentos, sin rotura.
Tratamiento:

- Frío.
- Inmovilización.
- Traslado a centro sanitario.

LUXACION

Desplazamiento de un extremo del hueso fuera de la articulación.
Tratamiento:

- Frío.
- Elevar la extremidad.
- Inmovilizar sin colocar férula hasta que se haya reducido la luxación.
- Traslado a un centro sanitario.

CONTUSIONES

Lesiones de las partes blandas o del tejido muscular que no se acompaña de perdida de continuidad de la piel.

Tratamiento:

- Frío para reducir la tumefacción y equimosis (hematoma).
- Reposo.

TRASLADO DE ACCIDENTADOS

El transporte deberá hacerse siempre en camilla y si no disponemos de ella, se improvisara. La colocación del accidentado en la camilla se puede hacer de dos maneras:

1. Método de la cuchara.- 3 personas se colocan al lado del accidentado, arrodillan una pierna e introducen sus manos por debajo del cuerpo del accidentado y lo izan a la vez, mientras una cuarta persona coloca la camilla por debajo del cuerpo.

2. Método del puente.- 3 personas se colocan de forma que el accidentado, tendido en el suelo, quede entre sus piernas. Pasaran sus manos por debajo de las pantorrillas y muslos, otro por debajo de la cintura y región lumbar y el tercero por debajo de hombros y nuca. A la voz de uno de ellos izan los tres a la vez el cuerpo en un bloque, mientras una cuarta persona introduce la camilla por debajo del cuerpo del accidentado y entre las piernas de los socorristas. Para terminar depositan al accidentado en la camilla como si fuese un bloque.

REANIMACION CARDIOPULMONAR (R.C.P.)

Maniobras que tienen como objetivo restablecer la respiración y el latido del corazón para garantizar el aporte mínimo de oxigeno a los órganos vitales (cerebro y corazón).

Muy importante iniciarla lo antes posible y que no transcurran más de 3-4 minutos desde el momento en el que se produce la parada cardiorrespiratoria (P.C.R.).

Cáritas
Diocesana de
Getafe

Modo de actuar ante una P.C.R.:

- Comprobar el estado del accidentado, hablándole o moviéndole con suavidad.
- Si esta consciente preguntarle que le ha ocurrido y buscar hemorragias, etc.
- Si esta inconsciente lo primero es pedir ayuda pero sin abandonar al accidentado.
- Colocarle en posición de R.C.P.: Decúbito supino sobre una superficie dura.
- Nos colocaremos arrodillados a un costado del accidentado a la altura de sus hombros.
- Procederemos a la apertura de la vía aérea mediante la maniobra frente-nuca-mentón.

Técnica: desplazaremos la cabeza hacia atrás con una mano sobre la frente mientras con la otra sostenemos la barbilla hacia arriba. Tendremos cuidado al hacer la hiperextension del cuello y nunca la haremos si sospechamos de fractura de columna.

Comprobaremos la no presencia de cuerpos extraños en la boca y si los tiene procederemos a extraerlos utilizando el dedo índice como se fuese un gancho.

- Comprobaremos si el paciente respira mirando si su pecho se mueve, colocando el oído a la altura de su nariz para tratar de oír su respiración.
- Si el accidentado respira lo colocaremos en P.L.S. para evitar que la vía respiratoria se obstruya.
- Si el accidentado no respira iniciaremos el boca-boca
- Taparemos la nariz del accidentado y comenzaremos con 2 insuflaciones.
- Si se trata de un niño podremos cubrir con nuestra boca su boca y nariz al mismo tiempo.
- Trataremos de localizar el pulso en la carótida (cuello), mientras mantenemos la abertura de la vía respiratoria. La arteria carótida la podemos localizar colocando los dedos sobre la Nuez y desplazándolos hacia un lado.
- Si tiene pulso pero no respira procederemos a realizar solo la respiración boca-boca unas 12-14 veces por minuto (aproximadamente 1 vez cada 5 segundos).
- Si no tiene pulso iniciamos el masaje cardiaco.

Técnica:

- Colocaremos al accidentado sobre una superficie dura
- Localizaremos el apéndice xifoides del externos (parte más baja del esternón) y sobre el colocaremos el talón de una mano y sobre esta colocaremos la otra mano.
- Haremos una presión firme sobre el pecho a un ritmo de entre 60-80 veces por minuto.
- Al terminar cada compresión dejaremos que el pecho regrese a su posición.
- Si el accidentado es un niño el número de compresiones será mayor entre 100-110 veces por minuto, la presión también será menor, bastara con una mano para los niños y con dos dedos para los lactantes.
- Con dos reanimadores haremos 2 insuflaciones por cada 30 compresiones
- Con un solo reanimador haremos 2 insuflaciones por cada 15 compresiones