

1. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN/ ASISTENCIA DOMICILIARIA

La Real Academia de la Lengua Española, define el concepto *unidad* como *aquella propiedad de todo ser, en virtud de la cual no puede dividirse sin que su esencia se destruya o altere*. Llevando el enunciado al terreno sanitario, entenderemos que es vital la presencia de todos los elementos en sincronía para que se cumplan los objetivos, que en definitiva serán las funciones de la unidad en cuestión.

En este apartado se van a describir dos conceptos de unidad: la *unidad de enfermería* (lo que conocemos por servicios) y la *unidad del paciente* (lo que conocemos por el espacio que tiene asignado cada paciente en una habitación para su cuidado), ambos en el concepto hospitalario.

La asistencia domiciliaria será desarrollada en siguientes apartados.

1.1. ESTRUCTURA DE LA UNIDAD DE ENFERMERÍA

La *unidad de enfermería* es definida como el conjunto de departamentos y recursos materiales relacionados con el personal de enfermería, que se disponen para proporcionar los cuidados necesarios a los pacientes ingresados en un centro hospitalario. La unidad de hospitalaria contará con los siguientes *elementos*:

Control de enfermería o de planta: El mostrador debe estar situado en una zona estratégica con el fin de facilitar el trabajo y control de las distintas unidades del paciente que tiene asignadas a su cargo. Este lugar es de uso exclusivo del personal sanitario. En esta área se suelen conservar las historias clínicas de los pacientes hospitalizados y en ellas se describe la evolución de cada enfermo. En la actualidad es más frecuente encontrar dicha información informatizada haciendo más rápido y sencillo el seguimiento y control del paciente a través de un ordenador. También es la zona donde se atienden las llamadas de las diferentes habitaciones y es punto de información para familiares.



Fig. 1 Control de Enfermería

- *Habitaciones de los pacientes:* Incluyen una o varias unidades del paciente. Este concepto quedará definido más ampliamente en el siguiente punto.
- *Zona específica de registro de la información:* Es un lugar de trabajo para el personal sanitario donde se escriben y guardan documentos diversos relacionados con el paciente como historias clínicas, hojas de enfermería, pruebas complementarias, entre otros. Puede estar ubicada en el propio control o en un lugar próximo al mismo.
- *Almacén para la lencería:* Lugar donde se guarda la ropa de cama y el material limpio.
- *Almacén de materiales, productos sanitarios y farmacia:* Lugar donde se guardan los materiales imprescindibles para cubrir las necesidades asistenciales de los pacientes.
- *Office:* El lugar destinado a la preparación de algunas comidas para los pacientes. Suele estar comunicado con el servicio de cocina mediante un montacargas.
- *Sala de medicación:* Está destinada al almacenaje y preparación de la medicación habitual necesaria.
- Otros elementos:
 - Sala de usos múltiples:* Destinada, por ejemplo, al entretenimiento de los pacientes.
 - Sala de estar o de descanso:* Destinada al descanso del personal sanitario.
 - Sala para visitas y despacho médico.*
 - Aseos para el personal sanitario y visitas:* Ubicados y distinguidos debidamente.
 - Pasillos:* Comunican los diferentes elementos de la unidad de enfermería.

Funciones de la unidad de enfermería:

Las *funciones* más importantes de la unidad de enfermería son:

- Dar respuesta a las necesidades básicas de los pacientes.
- Garantizar su seguridad (física y psicológica).
- Aportar los medios necesarios para la aplicación de los procedimientos sanitarios.
- Potenciar y estimular el trabajo del personal sanitario, poniendo los medios adecuados para que el ambiente de trabajo sea eficaz y gratificante.

En el hospital habrá tantas unidades de enfermería como funciones y especialidades asistenciales se lleven a cabo en él. Cada unidad tendrá un determinado número de pacientes, un equipo sanitario formado por supervisor/a de enfermería, DUES (Diplomados Universitarios en Enfermería) y varios Auxiliares de Enfermería.

Dentro de la descrita unidad de enfermería y sus funciones, se han de destacar por el tema que nos ocupa, las funciones del *Auxiliar de Enfermería*, que vienen recogidas en los *artículos 74 al 84* junto con las prohibiciones referidas en el *artículo 85*, del *Estatuto de Personal Sanitario No Facultativo de la Seguridad Social*. Dicho estatuto se creó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de Abril de 1973 (publicado en el B.O.E. del 28 y 30 de Abril de 1973). Posteriormente un nuevo *Estatuto Marco* fue promulgado en atención a todo el personal estatutario del Sistema Nacional de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre), derogando los tres estatutos vigentes hasta la fecha aunque las funciones recogidas en el antiguo estatuto han continuado vigentes (según la Disposición Transitoria Sexta de la Ley 55/2003).

Según el artículo 74 del Estatuto: *corresponde a las Auxiliares de Enfermería ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia sanitaria en aquellos aspectos que no sean de la competencia del Personal Auxiliar Sanitario Titulado.*

A tales efectos, se atenderán a las instrucciones que reciban del citado personal que tenga atribuida la responsabilidad en la esfera de su competencia del Departamento o Servicio donde actúen las interesadas y, en todo caso, dependerán de la Jefatura de Enfermería y de la Dirección del Centro.

Igualmente cumplirán aquellas otras funciones que se señalen en los Reglamentos de Instituciones Sanitarias y las instrucciones propias de cada Centro, en cuanto no se opongan a lo establecido en el presente Estatuto.

En el Art. 75 del Estatuto quedan descritas las *funciones de las Auxiliares de Enfermería en los Servicios de Enfermería*, siendo estas:

- Hacer las camas de los enfermos, excepto cuando por su estado le corresponda al Ayudante Técnico Sanitario o Enfermera, ayudando a los mismos en este caso.
- Realizar el aseo y limpieza de los enfermos, ayudando al Personal Auxiliar Sanitario Titulado, cuando la situación del enfermo lo requiera.
- Llevar las cuñas a los enfermos y retirarlas, teniendo cuidado de su limpieza.
- Realizar la limpieza de los carros de curas y de su material.
- Recepción de los carros de comida y la distribución de la misma.
- Servir las comidas a los enfermos, atendiendo a la colocación y retirada de bandejas, cubiertos y vajilla, entendiéndose que dicha retirada se efectuará por el personal al que corresponda desde la puerta de la habitación de los enfermos.
- Dar la comida a los enfermos que no puedan hacerlo por sí mismos, salvo en aquellos casos que requieran cuidados especiales.
- Clasificar y ordenar las lencerías de planta a efectos de reposición de ropas y de vestuario, relacionándose con los servicios de lavadero y planta, presenciando la clasificación y recuento de las mismas, que se realizarán por el personal del lavadero.
- Por indicación del Personal Auxiliar Sanitario Titulado colaborará en la administración de medicamentos por vía oral y rectal, con exclusión de la vía parenteral. Asimismo podrá aplicar enemas de limpieza, salvo en casos de enfermos graves.
- Colaborar con el Personal Auxiliar Sanitario Titulado y bajo su supervisión en la recogida de los datos termométricos. Igualmente recogerán los signos que hayan llamado su atención, que transmitirá a dicho personal, en unión de las espontáneas manifestaciones de los enfermos sobre sus propios síntomas:

Colaborar con el Personal Auxiliar Sanitario Titulado en el rasurado de las enfermas.

Trasladar, para su cumplimiento por los Celadores, las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia y objetos que les sean confiados por sus superiores.

En general, todas aquellas actividades que, sin tener un carácter profesional sanitario, vienen a facilitar las funciones del Médico y de la Enfermera o Ayudante Técnico Sanitario.

De los *artículos 76 al 84*, el Estatuto recoge las *funciones* del Auxiliar Sanitario en áreas específicas:

- Art. 76 - Funciones de los Auxiliares de Enfermería en los Departamentos de Quirófano y Esterilización.
- Art. 77 - Funciones de los Auxiliares de Enfermería en los Departamentos de Tocología.
- Art. 78 - Funciones de los Auxiliares de Enfermería en los Departamentos de Radio-Electrología.
- Art. 79 - Funciones de los Auxiliares de Enfermería en los Departamentos de Laboratorio.
- Art. 80 - Funciones de los Auxiliares de Enfermería en el Servicio de Admisión.
- Art. 81 - Funciones de los Auxiliares de Enfermería en el Departamento de Consultas Externas
- Art. 82 - Funciones de los Auxiliares de Enfermería en el Servicio de Farmacia
- Art. 83 - Funciones de los Auxiliares de Enfermería en la Unidad de Rehabilitación
- Art. 84 - Funciones de los Auxiliares de Enfermería en las Instituciones Sanitarias Abiertas (Ambulatorios).

En el *artículo 85*, se excluyen las distintas tareas no permitidas a los Auxiliares de Enfermería, quedando *prohibido* a los Auxiliares de Enfermería la realización de los siguientes cometidos:

- Administración de medicamentos por vía parenteral.
- Escarificaciones, punciones o cualquier otra técnica diagnóstica o preventiva.
- La aplicación de tratamientos curativos de carácter no medicamentoso.
- La administración de sustancias medicamentosas o específicas cuando para ello se requiera instrumental o maniobras cuidadosas.
- Ayudar al personal médico en la ejecución de intervenciones quirúrgicas.
- Auxiliar directamente al médico en las consultas externas.
- En general, realizar funciones de la competencia del Personal Auxiliar Sanitario Titulado.

1.2. LA HABITACIÓN DEL PACIENTE. CONDICIONES AMBIENTALES. MEDIOS MATERIALES QUE LA COMPONEN.

A. La habitación del paciente

La habitación del paciente está constituida por el espacio de la misma, mobiliario y material utilizados por y para el paciente durante su estancia en el centro hospitalario. Podemos afirmar por tanto, que el número de unidades del paciente habidos en un centro hospitalario es igual al número de camas. Estas variarán en función de las necesidades de cada paciente y del propio centro hospitalario.

En el caso de las habitaciones individuales, serán preservadas para aquellos pacientes que por su situación concreta de salud, requieren estar solos. Estos motivos pueden ser entre otros: enfermedad terminal, enfermedad psiquiátrica con riesgo de causar lesiones o molestias a otros pacientes, patología infectocontagiosa, inmunodepresión, procesos postoperatorios con riesgo de ser contagiados...

En habitaciones compartidas, cada unidad del paciente quedará delimitada físicamente por cortinas o biombos a fin de preservar la intimidad de los mismos.

En función de la edad del paciente y su patología, la unidad de enfermería organizará y dispondrá de una manera determinada la unidad del paciente. Por ejemplo, no será igual un paciente adulto que ingresa en una unidad de cuidados intensivos, que un niño que ingrese por una fractura de húmero en una unidad de traumatología pediátrica.

Las medidas de la habitación dependen del número de camas. Las *dimensiones* aproximadas son las siguientes:

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

El número máximo de camas por habitación no debe ser mayor a cuatro. El espacio entre las camas y estas con la pared, debe ir de 1 a 1,20 metros. Así se garantiza la atención correcta del paciente tanto desde los laterales como desde los pies de la cama. Además este espacio mínimo hará posible el acceso a camillas y camilleros para el traslado del paciente.

En el siguiente esquema, se describen las *características de la unidad del paciente tipo mínimas requeridas*:

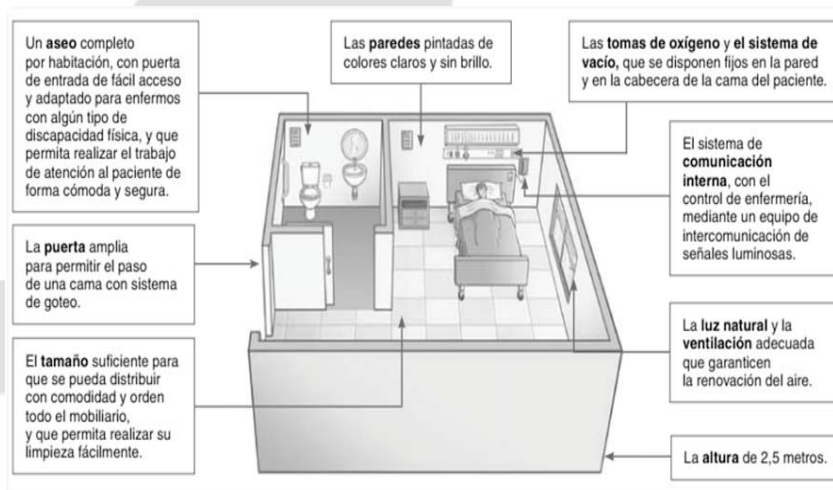


Fig.2 Estructura de la habitación del paciente

Como se ha mencionado, las unidades del paciente son distintas atendiendo a sus necesidades. A continuación, se describen *otros tipos de unidades del paciente*:

- **Unidad del Pediatría:** Pueden estar decoradas con motivos infantiles y colores que llamen la atención del niño y le alegren del ambiente hospitalario.
- **Unidad de Geriatría:** Habrán de tenerse en cuenta la eliminación de barreras arquitectónicas de la habitación y baño, así como un mayor espacio por paciente para el manejo de sillas y otros dispositivos para la deambulación y/o manejo del paciente (p. e. grúas de arrastre). Los aseos adaptados constan a su vez de los siguientes requerimientos: plato de ducha con suelo antideslizante y asideros en la pared. También las barras o asideros de sujeción estarán colocados en el inodoro para evitar riesgos de caída. Deben quedar también incluidos elevadores para el WC y asientos para ducha.



Fig. 3. Baño adaptado a la situación del paciente

- *Unidades con características especiales:* en estos casos se adaptarán todo o parte del equipamiento, además de disponer de otro tipo de utensilios, equipos y aparatos propios de cada servicio, necesarios para proporcionar los cuidados adecuados a estos pacientes. Ejemplos de unidades especiales son: cuidados intensivos, obstetricia, pediatría, traumatología, quemados, oncología, cirugía, etc.

B. Condiciones ambientales

Las habitaciones hospitalarias deben reunir una serie de condiciones ambientales que van a repercutir, de manera directa, en el estado de salud y en la evolución del paciente. Estas tendrán una mayor repercusión sobre el paciente, como son las atmosféricas, iluminación, insonorización y la limpieza.

1. Atmosféricas.

- *Temperatura:* La temperatura ambiente de la unidad de hospitalización debe estar entre 20-22 °C, aunque puede variar en las diferentes zonas del hospital. Así, en los pasillos estará entre 20-21 °C, en las consultas externas entre 21-23 °C, en los quirófanos entre 25-28 °C, etc. Se regula mediante termómetros o termostatos que se disponen en las unidades de los pacientes, los pasillos, las dependencias especiales, etc. Muchos hospitales disponen de circuitos cerrados de ventilación, que llevan incorporado un sistema automático de control de la temperatura. Es importante que se realice un correcto mantenimiento y limpieza de los sistemas de control de la temperatura para evitar la contaminación de los sistemas de refrigeración, sobre todo la Legionella.
- *Humedad:* Los valores del grado de humedad que se consideran óptimos oscilan entre el 40 y el 60 %. El control se hace mediante el uso de higrómetros que se colocan en la unidad del paciente, los pasillos y las dependencias especiales. En algunos estados patológicos, como ciertas afecciones respiratorias, un grado de humedad relativa bajo (10 al 20 %) resulta más cómodo para el paciente. La humedad del aire y otros gases se mide con un higrómetro (Fig.4). El descenso del grado de humedad va a favorecer por lo general la diseminación de los microorganismos que afectan al sistema respiratorio, y el aumento de la misma agrava las enfermedades que afectan al corazón y al sistema circulatorio.



Fig. 4. Higrómetro

- *Ventilación y pureza del aire:* La ventilación se realiza, normalmente, abriendo las ventanas y la puerta durante cortos espacios de tiempo, siendo suficiente para renovar el aire de la habitación con 10-15 minutos. A ser posible, esta actividad se realizará conjuntamente con el cambio de ropa de cama y limpieza de la habitación, evitando corrientes de aire. Para ello se utilizarán dispositivos como los biombos para evitar que aire incida de forma directa sobre el paciente. Actualmente existen circuitos cerrados de aire acondicionado o sistemas de climatización, para esta tarea, y por el contrario no deben abrirse las ventanas de las habitaciones para ventilar, pues el aire está en constante renovación y, si se abriera la ventana, se producirían descompensaciones en el circuito del aire.

2. Condiciones de iluminación.

Las condiciones de iluminación repercuten de manera directa en el bienestar y en la evolución de la enfermedad del paciente. La iluminación en los centros sanitarios puede ser de dos *tipos*:

- *Luz natural:* Es la producida por los rayos del sol. Debido a sus efectos terapéuticos físicos y psíquicos, es la que se recomienda siempre que sea posible. Algunos especialistas calculan que una habitación bien iluminada es aquella que tiene un espacio de ventanas proporcional en superficie a la cuarta parte del suelo aproximadamente.
- *Luz artificial:* Se refiere a la iluminación eléctrica. Su diseño se establece para cubrir necesidades distintas de uso en la unidad del paciente.

Esta luz podrá ser directa o indirecta en diferentes intensidades. Así podrá ser utilizada para la exploración de un paciente, para leer, para administrar medicación, etc. Durante la noche, el piloto de emergencia se quedará encendido para tener un mínimo de iluminación que evite accidentes a los pacientes.

Dentro de este apartado citaremos el sistema de intercomunicación, que permite la transmisión de información entre la unidad del paciente y el control de enfermería.

El sistema de comunicación queda formado por tres *elementos básicos*:

- *Transmisor:* Unidad del paciente. Suele activarse mediante un botón o pulsador que se sitúa cerca del cabecero de la cama y que permite un buen acceso para el paciente.
- *Canal de transmisión:* Sistema eléctrico que sirve de enlace entre fuente y destino.
- *Receptor:* Control de enfermería. La recepción llega en señal acústica y/o visual y se interpreta como una llamada en demanda de ayuda.



Fig.5. Modelo de un sistema de comunicaciones

3. Condiciones de insonorización

En ruido ambiental se expresa en decibelios (dB). Un nivel de ruido por encima de los límites establecidos se considera tóxico o contaminante, produciendo fatiga física y trastornos nerviosos o emocionales.

En el entorno hospitalario el ruido puede provenir del exterior y/o del interior:

- *Ruido exterior*: Son ruidos provenientes de la calle y a veces vienen también acompañados de vibraciones.
- El problema puede ser paliado con sistemas de doble acristalamiento y perfiles aislantes que además de disminuir el ruido ayudan al ahorro de energía así como a mantener de forma óptima la temperatura de la habitación.
- *Ruido interior*: Se produce como consecuencia del tránsito de personas en los pasillos y de la actividad laboral del propio centro sanitario. En los centros sanitarios existen normas dispuestas para evitar este tipo de factor contaminante. El personal sanitario será el encargado de hacer que se cumplan. Dichas *normas* pueden enumerarse de la siguiente manera:
 - Respetar los carteles de recomendación de *silencio*.
 - Hablar en tono moderado y evitar risas llamativas o escandalosas.
 - Moderar el volumen de la televisión o la radio de las habitaciones.
 - Controlar la utilización de los teléfonos móviles.
 - Abrir y cerrar las puertas con cuidado, evitando los golpes.
 - Desplazar el mobiliario suavemente y sin arrastrarlo.
 - Utilizar calzado de suela flexible o de goma para evitar desplazamientos ruidosos.

- Realizar el transporte de material evitando golpear las paredes, los muebles o las puertas.



Fig. 6. Zueco homologado para ámbito hospitalario



Fig.7. Cartel de recomendación del silencio

4. Limpieza

Mantener condiciones de limpieza óptimas es básico a fin de evitar la diseminación de microorganismos al mismo tiempo que garantizar la comodidad y confort del paciente.

Objetivos de la limpieza hospitalaria

- Disminuir la mayor cantidad de microorganismos contaminantes y suciedad del medio ambiente.
- Conocer la norma de higiene hospitalaria y su importancia en la transmisión de infecciones.

Generalidades de limpieza

- El método de limpieza variará según los sectores del hospital, tipo de superficie a ser limpiada, cantidad y características de la suciedad presente.
- La eliminación física de los microorganismos por lavado con agua, detergente y trapo limpio es más importante que el efecto de la solución desinfectante.
- No se recomienda el uso de desinfectantes en aerosol o pulverización además de no ofrecer ventajas en la limpieza, es más costoso y tóxico para el personal.
- Bajo ningún concepto se deben mezclar productos ya que esto puede generar un vapor tóxico que dañe a quien lo utiliza, además de inactivar la acción desinfectante.
- No utilizar métodos secos (plumeros, escobillón, escobas, etc.), pues sólo se consigue diseminar la suciedad. Para evitar remover el polvo será necesaria la limpieza en medio húmedo.
- En los suelos, con anterioridad al fregado, se recogerá la suciedad existente en ellos con un utensilio de limpieza provisto de un paño húmedo. Después se procede al fregado. Para ello deberá de llevar un carrito con dos cubos (uno con agua y jabón y otro con agua y lejía para aclarar, esta a una concentración a poder ser del 40%). Para realizar el fregado por este sistema son necesarias dos mopas o fregonas. El agua de los cubos deberá cambiarse después realizado el trabajo al final de cada habitación; el fregado se realizará en zig-zag y se dejará el suelo bien seco. Todo ello, después de fregado deberá dejarse bien seco, especialmente en pasillos para evitar caídas u otro tipo de accidentes.

Los carros para transportar los útiles de limpieza deberá de llevar doble cubo, bayetas, bolsa para residuos, jabón, lejía, etc. El detergente a utilizar será lejía u otro indicado y recomendado por el Servicio de Medicina Preventiva.

Para efectuar la limpieza dividimos el hospital en distintas áreas: de Alto Riesgo, de Medio Riesgo y de Bajo Riesgo.

Alto Riesgo	Riesgo Medio	Bajo Riesgo
Quirofanos, paritorios, UCI, Reanimación, neonatos	Zona de hospitalización	Déspachos
Laboratorio de Microbiología	Laboratorio de A. Patológica	Almacenes
Hemodiálisis, Oncología	Sala de extracciones	Oficinas
Zona de pacientes inmunodeprimidos	Consulta y zonas de exploración	Pasillos
Zona de esterilización	Cocinas y dependencias	

Tabla 3. Tipos de riesgo según zonas del hospital.

Se realizará limpieza siempre que sea necesario y así se requiera por el personal de la planta u otra dependencia. Una vez al día en se limpiarán las zonas de bajo riesgo y dos veces al día en aseos. Las áreas de alto y medio riesgo se limpiarán según el protocolo que se tenga establecido a tal efecto.

Cuando se da de alta al paciente, debe realizarse una limpieza más exhaustiva de la unidad, y de todo el material que tenga que ser reutilizado (si es necesario desinfectarlo y esterilizarlo). Al realizar la *limpieza de la habitación*, hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Debe hacerse diariamente y siempre que sea necesario.
- Hay que preparar con antelación todo el material necesario.
- Siempre que sea posible, se debe realizar con las ventanas abiertas, pero hay que evitar las corrientes de aire.
- No olvidar que uno de los mejores desinfectantes es la lejía.

Como se hace referencia en el artículo 75 del Estatuto, dentro de las funciones de las Auxiliares de Enfermería, quedan recogidas actividades de limpieza relacionadas con el paciente tales como el aseo e higiene, recogida de bandeja, retirada de excrementos, vómitos u otros desechos corporales, organización de la ropa en la lencería, limpieza de carros de curas y medicación, etc.

En relación a la limpieza, cabe citar, aunque brevemente, la necesidad de eliminación de residuos. Está regulada por una normativa estatal, aunque en algunas comunidades autónomas existe además una legislación propia. La legislación correspondiente a residuos sanitarios se puede consultar en las páginas oficiales de cada comunidad, dentro del departamento de Residuos de la Consejería de Medioambiente.

C. Mobiliario y material de la habitación del paciente

Como se decía, la unidad del paciente estará constituida por el elemento principal que es la cama, el espacio que ocupa y el mobiliario y materiales que a continuación se describen. Esta composición variará en función de las unidades, si son especiales (UCI) o generales (habitación tipo).

El mobiliario ha de ser de colores claros para no enmascarar la suciedad y estar constituido por materiales lavables que no absorban la suciedad. Por ejemplo, no estarían indicados muebles de madera, tapicerías, moquetas, cortinas de tela, etc.

Respecto a los materiales de uso personal del paciente como vasos, peines, botellas de orina, etc., se tiende a que sean desechables, como método de prevención de infecciones.



Fig. 8. Mobiliario de la habitación del paciente

- *Mesilla y/o mesa de cama:* Situada junto a la cama, sirve para acceder a objetos o utensilios que el paciente pueda necesitar, de forma cómoda. Suelen tener un sistema de regulación para darles la altura deseada. También se usan para comer tanto en la cama en distintas posiciones, como en el sillón.
- *Silla o sillón:* Se utilizan como lugar de descanso para los pacientes independientes y para la movilización de los dependientes. Suelen disponer de brazos y reposapiés, también pueden llevar un dispositivo regulable para la colocación de la bandeja de la comida.
- Se sitúan junto al paciente, al lado contrario de la mesilla y cerca de la cabecera de la cama, para que pueda sentarse fácilmente sin necesidad de desplazarse.
- Siempre que el espacio lo permita, se debe disponer de una silla o sillón para el acompañante, que tenga las mismas características.
- *Papelera o cubo:* Suele colocarse dentro del aseo y se utiliza para recoger los desechos (basura, papeles, etc.) generados por el paciente a excepción de los residuos sanitarios o biológicos. Lleva una bolsa de plástico en su interior para facilitar su recogida y limpieza.
- *Porta sueros:* Soporte para sueros y bolsas de medicación. Los porta sueros pueden estar fijos a la cama o pueden ser móviles, facilitando así la movilidad del paciente.
- *Lámpara:* Generalmente anclada en la pared. Suele formar parte del panel de cabecera hospitalario, que incluye otros elementos tales como las tomas de oxígeno y vacío, sistema de intercomunicación con el control de enfermería, enchufes diversos para aparataje, etc.



Fig. 9. Torre de iluminación con toma de oxígeno.

Lámpara: Generalmente anclada en la pared. Suele formar parte del panel de cabecera hospitalario, que incluye otros elementos tales como las tomas de oxígeno y vacío, sistema intercomunicación, enchufes diversos para aparataje, etc.

Los *materiales de uso habitual de la unidad del paciente* se describen en la tabla 4.

1.3 LA CAMA HOSPITALARIA. TIPOS DE CAMAS. ACCESORIOS. TIPOS DE COLCHONES. ROPA DE CAMA.

a) La cama hospitalaria

La *cama* se define como el lugar o plaza que ocupa el paciente hospitalizado (enfermo o no, puede ser un ingreso para estudio), destinada a su descanso y que facilita las diversas técnicas sanitarias que se vayan a aplicar. Está formada por el conjunto del propio mueble y todo lo que la complementa: colchón, sábanas, almohada, manta, etc. Sirve para acoger al paciente durante el tiempo de estancia (a veces, largos periodos de tiempo dependiendo del motivo de ingreso), y por ello tiene que estar en perfectas condiciones de conservación y mantenimiento garantizando su confort. Una unidad que es limpia, segura y cómoda contribuye a la capacidad de reposo y sueño del paciente y a una sensación de bienestar que influirá directamente en la recuperación.

La cama se coloca en la habitación de manera que tenga tres de sus lados libres, para facilitar el trabajo del personal sanitario (cambios posturales, aseo del paciente, aplicación de cuidados, etc.). También se evitará la ubicación de la cama debajo de ventanas o próximas a las puertas, ya que impediría el acceso a las mismas.

Material para mesilla y cama	Material de higiene personal	Otros materiales en función de la patología
<ul style="list-style-type: none"> • Vasos • Palangana • Cuña o botella • Pañuelos desechables • Agua apta para beber 	<ul style="list-style-type: none"> • Jabón líquido • Esponja de un sólo uso con jabón • Peine • Crema hidratante • Agua de colonia • Papel higiénico 	<ul style="list-style-type: none"> • Arco de cama: evita que las sábanas rocen al paciente. Se usan para prevenir pie equino o UPP en dedos. • Estribos (descritos en la cama de Judet). • Almohadas o cojines para cambios posturales • Material ortoprotésico (sillas de ruedas, muletas, férulas antirotación...) y de movilización y desplazamiento del paciente (grúas de arrastre, colchones transfer, etc.). • Portasueros. • Percha para bolsas de diuresis, drenajes y otros líquidos. • Barandilla de cama. • Protectores de barandillas de cama. • Habrá muchos otros accesorios para la unidad del paciente.
<p>Ropa de cama y del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sábanas • Sabanetas, entremetidas • Empapadores desechables • Pijamas • Absorbentes o compresas si está indicado • Toallas • Manta • Colcha • Almohada • La ropa de cama ha de ser lo suficientemente amplia para ajustarse al colchón y de un tejido resistente a lavados (se usan productos fuertes para su limpieza y desinfección), sin llegar a ser ásperos. 		

Tabla 4. Materiales de uso habitual del paciente. Elaborada por la autora.

1. Características de una cama

Han de ser articuladas para poder modificar la posición según plano inclinado deseable. Será útil para los cambios posturales, momento del aseo, de la comida, necesidad por la patología concreta (por ejemplo posición de Fowler para pacientes con dificultad respiratoria), etc. La articulación puede estar basada en 1, 2 o 3 segmentos. El movimiento se puede ejecutar de forma manual (manivela, sistema en desuso) o eléctrica o motorizada (manejo a través de un mando que puede ser fijo o móvil).

- Tablero delantero o cabecero, desmontable con facilidad al igual que el trasero si es posible.
- Bloqueo de ruedas centralizado o individual.
- Ligeras de peso para movilizarlas con facilidad, pero al mismo tiempo resistentes y duraderas, ya que van a ser ocupadas por muchos pacientes distintos y de muy distintas características.
- Deben llevar un colchón lavable e impermeable. En pacientes con riesgo de UPP (úlceras por presión) o que las padezcan, deberá instalarse un colchón antiescaras.
- Posibilidad de adaptar barandillas para aumentar la seguridad de los pacientes y evitar accidentes y caídas.
- Las ruedas deben ser de goma o similar y que aíslen de la humedad o de posibles fugas eléctricas.
- Las dimensiones de las camas suelen estar estandarizadas con las siguientes medidas:
 - 90-105 cm de altura.
 - 190-200 cm de longitud.
 - 70 cm de altura sin colchón.
- Las ruedas deben ser de goma o similar y que aíslen de la humedad o de posibles fugas eléctricas.

2. Tipos de cama

En general podrían clasificarse en dos grandes *grupos*:

Camas de descanso.

- *Camillas de exploración*: se utilizan para la exploración y transporte del paciente en hospitales, unidades móviles, centros de salud, etc. Deben cubrirse con una sabanilla que se cambiará por cada uso. Las camillas pueden ser rígidas o articuladas en varios puntos. También las camillas de exploración pueden ser especiales para un tipo de actuación como las ginecológicas.



Fig. 10. Camilla de exploración rígida sin ruedas



Fig. 11. Camilla de exploración fija



Fig. 12. Camilla de exploración con ruedas articulada (con sistema de frenos para evitar accidentes)



Fig. 13. Camilla de unidad móvil (exploración, tratamiento y traslado)



Fig. 14. Silla para exploración ginecológica

La descripción de las camas de descanso ha sido realizada al inicio del tema, recordando que están destinadas a pacientes que van a permanecer en el hospital durante un cierto tiempo y que deben garantizar su bienestar durante el tiempo de convalecencia. Además de las camas de descanso estándar que son las más comunes (cama metálica de somier rígido y cama articulada), existen *otro tipo de camas para situaciones específicas* que van a adaptarse a necesidades muy concretas de determinados pacientes:

- *Cama ortopédica, traumatológica o de Judet.*

Consta de un marco metálico llamado *arco de Balkan* que va de la cabeza a los pies sujetando varias varillas metálicas situadas por encima de la cama. Estas varillas llevan poleas por las que pasan cuerdas que soportan pesas.

Dicho juego de pesas aplica fuerzas sobre un hueso, músculo o articulación, permitiendo la reeducación y movilización de extremidades. Así se consigue alinear extremidades fracturadas, evitar deformaciones en el caso de parálisis y mejorar el dolor en traumatismos osteoarticulares.

En el *arco de Balkan* se suele enganchar un estribo que le sirve al paciente para cambiar de posición. Se emplea en traumatología (fracturas, parálisis, luxaciones, pacientes politraumatizados...).



Fig. 15. Cama articulada

- Cama circoeléctrica o electrocircular

La forman dos armazones metálicos circulares, unidos por un plano rígido metálico que gira sobre los anteriores. Van a ser indicadas para inmobilizaciones completas en una posición y postura normales. Puede adoptar cualquier posición: vertical, horizontal, inclinada en todos los ángulos y boca abajo. Se le pueden colocar accesorios tales como cintas de sujeción, barandillas u otros dispositivos para mantener la posición elegida. Está provista de un interruptor que permite un movimiento circular que puede ser manejado por el propio paciente.

Se puede afirmar que es un tipo de cama cuyo objetivo es evitar las úlceras por presión en pacientes que requieren largos periodos de inmobilización absoluta teniendo la ventaja de permitir cierta independencia en algunos movimientos. Algunos ejemplos: lesiones de columna, grandes quemados, politraumatizados...

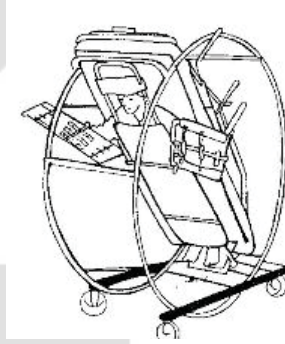


Fig. 16. Cama circoeléctrica

- *Cama Rototest*

Es una cama que mantiene al paciente sujeto mientras gira constantemente, distribuyendo los puntos de presión. Permite giros y cambios de posición laterales y longitudinales. Para este tipo de camas se emplean armazones o sujeciones laterales, de la cabeza, de los pies y para el giro, así como almohadillas amortiguadoras.

Se puede definir como una terapia cinética que facilita la pronta rehabilitación del paciente inmovilizado por politraumatismo con columna inestable, traumatismo craneo encefálico y postoperatorio de cirugía de columna a cualquier nivel.

También va dirigido a la prevención y tratamiento de las complicaciones propias de la inmovilidad, aun cuando se tenga tracción en cualquier parte del cuerpo, de forma simultánea con el movimiento.



Fig. 17. Cama Rototest

- *Incubadora*

La incubadora es una cabina acristalada donde se mantiene al bebé prematuro y que cumple varios *objetivos*:

- Ayudarle a mantener su temperatura corporal.
- Evitar que se contamine.
- Facilitar que se pueda ver todo su cuerpo para observar eventuales complicaciones.
- Facilitar que reciba aire enriquecido con oxígeno.

Está formada por una parte mecánica (chasis y cúpula) y una parte eléctrica (será la que controle los parámetros de temperatura, humedad, etc.).

Para que un neonato sea ingresado en la unidad de cuidados intensivos neonatales y requiera de una incubadora, se deben dar alguna o más de estas *circunstancias*:

- Ser prematuro: Menos de 34 semanas de gestación.
- Recién nacidos de muy bajo peso al nacer: < 1500 grs.
- Inmadurez pulmonar (patología frecuente en bebés muy prematuros al nacer).

Permite la manipulación del neonato desde el exterior, a través de unas aperturas a modo de guantes o puertas. La cámara donde se encuentra el bebé es transparente para permitir el correcto control y observación.

La humedad, la temperatura y la concentración de oxígeno pueden ser controladas con precisión por el sanitario mediante los dispositivos que tiene la incubadora.

Las incubadoras, además de un material básico de atención sanitaria, pueden estar provistas de material más complejo, como respiradores, monitores, cámaras de nebulización, aspiradores... (material de cuidados intensivos). Pueden tener ruedas para su transporte.



Fig. 18. Incubadora para recién nacidos prematuros

3. Accesorios de la cama hospitalaria. Colchones y ropa de cama

Los accesorios de una cama hospitalaria, van a ser aquellos elementos compatibles que, formando parte del sistema *cama*, añadirán prestaciones de bienestar o simplemente harán que cumpla su funcionalidad.

Almohadas: La almohada suele ser de espuma, blanda y de poco grosor, con el fin de facilitar los cambios posturales. Recordemos que la inclinación del paciente se modifica con la manipulación de la cama articulada (bien manual o eléctrica o a motor).

Colchones: Los colchones pueden ser de muchas formas y estructuras distintas. Deben tener como denominador común una funda semipermeable, ser fácilmente lavables y transpirables. Los *más utilizados* son:

- *Látex:* El látex aporta poca firmeza y gran adaptación del cuerpo, por lo que mantiene distendido músculos y articulaciones. Esto va a favorecer el mantenimiento de la masa muscular. Se limpian bien y son transpirables. Su calidad dependerá del porcentaje de mezcla que lleve en su composición con espuma. El látex se extrae de una planta llamada *Hevea brasiliensis*, pero se puede conseguir de manera sintética en laboratorio. Son los que se usan más en la actualidad.
- *Espuma:* Están formados por 3 módulos de espuma cortados en 48 bloques cada uno. Reduce roces, fricciones sobre la piel y menor presión en prominencias óseas. Su composición tiene como desventaja poca capacidad de transpiración y dificultad en la elección de la densidad del mismo (según peso del paciente, puede resultar duro o blando, pudiendo generar dolores osteoarticulares y UPP si no se hacen cambios posturales).
- *Colchón de esferas fluidificadas:* Contiene esferas de vidrio muy finas que se mueven el interior del colchón gracias a movimientos de aire. Esto favorece el cambio de puntos de presión.
- *Colchón alternating o antiescaras:* Consta de dos sistemas de compresores de aire independientes formados por tubos que se hinchan y deshinchan alternativamente. Cuando un sistema de tubos neumáticos está lleno de aire, el otro no. Así se consigue un masaje que favorece la circulación de la sangre y los cambios de puntos de presión.
- *De goma, con tubos o celdillas:* Este colchón es menos utilizado, ya que podemos decir que el anterior es la forma evolucionada de este. De otra forma, sería el mismo sistema sólo que se mantiene siempre hinchado y se suele hacer de manera manual (se puede poner como ejemplo gráfico, una colchoneta de playa).
- *Otros tipos:* Muelles, de agua, de agua con bolas de poliuretano.



Fig. 19. Colchón de goma espuma



Fig. 20. Colchón de látex



Fig. 21. Colchón aternating o antiescaras



Fig. 22. colchón de esferas fluidificado

Ropa de cama

- *Cubrecolchón*. Es una funda que cubre al colchón con características de impermeabilidad y ajustable a las cuatro esquinas. Su función es proteger el colchón de la humedad y la suciedad procedentes de la eliminación de secreciones del paciente.
- *Sábanas*. Suelen ser de algodón o tejido similar. En servicios como urgencias, diálisis o consultas, suelen emplearse sábanas desechables. Son necesarias unas sábanas bajas y otras encimeras. Las sábanas bajas se doblan a lo largo, y con el derecho hacia el interior. Las sábanas encimeras se doblan a lo ancho, y con el revés hacia el interior.
- *Entremetida*. Son sábanas de menor tamaño de forma rectangular o sábanas bajas dobladas por la mitad y que se colocan en el centro de la cama, a la altura de la pelvis. Su función suele ser facilitar los cambios posturales de los pacientes de movilidad limitada o nula, facilitar el movimiento del paciente para el aseo y cambios de pañal y también para recolocar al paciente hacia la cabecera de la cama, cuando este ha resbalado. Se puede decir que estas serían las funciones actuales de la entremetida o sabaneta, siendo en tiempos anteriores un protector de cama o salvacamás para evitar manchar y/o mojar la ropa de cama de orina, heces o secreciones. Hoy día se utilizan para este fin los salvacamás desechables.



Fig. 23. Entremetida o cubrecolchón

Manta. Como el resto de la ropa de cama, ha de ser de color claro. Su tejido debe resistir los lavados frecuentes y tener poco peso al mismo tiempo que debe abrigar lo suficiente. Se dobla a lo ancho.

Colcha o cubrecama. Es la pieza que cubre las sábanas y la manta. Debe ser resistente a los lavados y de colores claros. Generalmente es blanca. Se dobla a lo ancho, y con el lado derecho hacia el interior.

Funda de almohada y almohadón. Como las sábanas deben ser de algodón o de un material similar.

La funda está directamente en contacto con la almohada y se cierra mediante una cremallera u otro sistema. El almohadón se coloca sobre la funda y ha de cambiarse siempre que sea necesaria y al menos una vez al día.

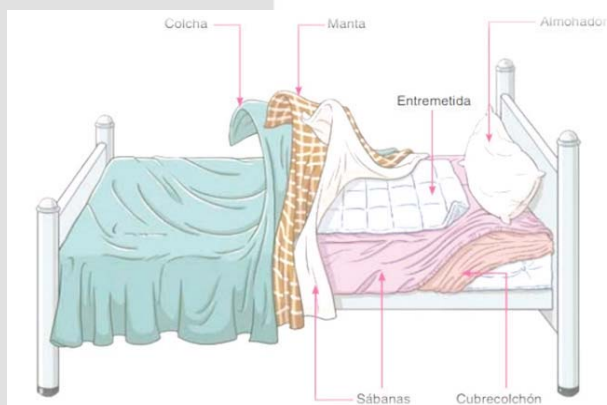


Fig. 24. Partes de la cama del paciente

1.4. TÉCNICAS PARA HACER LA CAMA HOSPITALARIA DOMICILIARIA: OCUPADA, DESOCUPADA Y QUIRÚRGICA

Existen normas generales para el arreglo de la cama así como procedimientos concretos en determinadas situaciones. Estas *normas generales* son:

- La ropa se cambiará a diario cada mañana coincidiendo con el aseo del paciente, además de cuando se moje o manche.
- Los carros de ropa sucia y limpia serán distintos. Los carros de ropa sucia se dejarán en el pasillo para evitar la propagación de microbios. En la habitación se pondrá una bolsa para la recogida de la ropa sucia del o de los pacientes para a continuación depositarla en el carro *sucio*. El carro de ropa limpia dispondrá de ropa de cama, ropa para el paciente y material de aseo (antes descrito).
- Antes del aseo se le informa al paciente del procedimiento, que se realizará con la cama en horizontal si no existe contraindicación médica.
- La ropa de cama no debe sacudirse. Como se ha mencionado, las sábanas vienen dobladas de una forma concreta para permitir su extensión

y colocación correctas con la máxima rapidez y comodidad para el paciente, cuando este se encuentra acostado.

- Se utilizará el biombo o cortina para preservar la intimidad del paciente durante el momento del aseo y otra intervención que exponga dicha intimidad a terceros.
- Se aplicarán medidas de prevención como la limpieza de manos y el uso de guantes.

A continuación se exponen los procesos operativos para la *realización de las camas hospitalarias*:

Protocolo cama abierta y cerrada

Una vez la cama se encuentra desocupada, se retirará la ropa doblándola encima de la cama por la mitad, cogiendo su extremo superior y llevándolo hacia abajo. Luego, se hace otro doblado de izquierda a derecha o viceversa. Esta técnica tiene la finalidad de evitar esfuerzos innecesarios por parte del personal auxiliar y evitar el airear la ropa.

A continuación se separa la ropa que se va a volver a utilizar de la que no. Por ejemplo, si la colcha y la manta están limpias, se ponen aparte.

La sábana superior, la inferior y la entremetida se retiran y se enrollan todas juntas con la funda de almohada y se meten en una bolsa o en el recipiente destinado a la ropa sucia.

Cambiarnos los guantes para evitar contaminar la ropa limpia con microorganismos de la sucia.

a. Para colocar la sábana inferior

Se sitúa doblada encima de la cama y se va extendiendo hacia arriba y hacia abajo, de forma que quede centrada. Se debe tener precaución de que no queden arrugas que puedan convertirse en zonas de presión sobre la piel. Las esquinas deben quedar bien remetidas. Si no se trata de sábanas ajustables, se doblarán las esquinas en forma de mitra.

Para ello, se remeten bien los lados y en la esquina, levantar el borde superior de manera que se forme un triángulo. Después, remeter la parte inferior y, por último, dejar caer la parte superior y remeterla. Existen varios enlaces en los que ver en vídeo la descripción de la técnica en mitra. Sería el momento de situar el hule (si va a ser necesario) encima de la cama, extendiéndolo a ambos lados de la misma, cuidando de que los bordes queden bien remetidos. El hule ha de quedar ubicado en el centro para que cubra la zona que va desde la espalda hasta las rodillas del paciente. La sábana entremetida se coloca encima del hule siguiendo el mismo procedimiento que para éste.

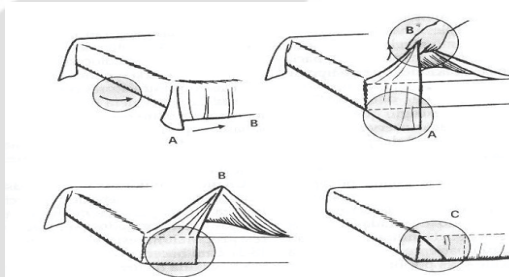


Fig. 25. Forma de hacer una cama hospitalaria

b. Para colocar la sábana superior

De la misma forma que se hizo con la inferior, teniendo en cuenta que el revés debe quedar hacia arriba y que sólo se remeterán en forma de mitra las esquinas de los pies de la cama. Se realizará la misma operación con la manta y la colcha. Es conveniente que todas las piezas de cama que caen encima del paciente no queden demasiado ajustadas. Los laterales de toda la ropa de cama (excepto la sábana inferior) no se remeterán y el extremo superior de la sábana se doblará hacia abajo cubriendo la manta y la colcha. A continuación, se colocará la funda de la almohada de forma que coincidan los extremos de ésta con los de la almohada, y se estirará bien para que quede sin arrugas. Por último, colocar la almohada en la cabecera de la cama.

Una vez que se haya terminado la cama, se puede dejar en posición abierta o cerrada.

La *posición abierta* puede ser indicativa de que la cama está ocupada, además de facilitar al paciente la tarea de meterse en ella. Consiste en doblar hacia el centro una de las esquinas de la parte superior o bien doblar toda la parte superior hacia los pies de la cama.

La *posición cerrada* indica que la cama está libre. Consiste en hacer coincidir el borde superior de la ropa con la cabecera de la cama.

Protocolo cama ocupada

En ocasiones el/la Auxiliar de Enfermería tendrá que realizar el aseo del paciente y el cambio de ropa de cama con el paciente acostado por incapacidad (aguda o crónica, parcial o total) del mismo para levantarse. De ese modo anteriormente se le informará al paciente de que se va a proceder al aseo y se le irá indicando que ha de hacer en cada momento en la medida en la que pueda colaborar.

La cama se pone en horizontal y se quita la almohada, si no está contraindicado. No olvidar previamente, la limpieza de manos y ponerse los guantes con cada paciente.

Retirar la ropa que se encuentra por encima del paciente siguiendo el procedimiento explicado en el apartado anterior, a excepción de la sábana, que se dejará cubriendo al paciente para que no quede totalmente destapado. Si ésta estuviese sucia, se retirará también y se la sustituirá por una toalla de baño grande.

Colocar al paciente en decúbito lateral teniendo cuidado de que no se caiga (pediremos ayuda a otro compañero o colocaremos una barandilla en el lado hacia el que lo hemos desplazado).



Fig. 26. Realización de cama abierta ocupada

Enrollar la sábana entremetida, el hule impermeable y la sábana inferior hacia la espalda del paciente de forma que queden tan pegadas a éste como sea posible.

En la media cama que queda libre se inicia la colocación de la sábana bajera, doblando en el centro de la cama de forma vertical el resto de la sábana que luego se extenderá hacia el otro lado. También se colocará de igual forma en esta mitad de la cama el hule impermeable y la entremetida.

A continuación, se le hace rodar suavemente al paciente, para colocarlo en el decúbito lateral opuesto, de modo que quedará encima de la ropa limpia que ya se ha puesto doblada verticalmente en el centro de la cama. Ahora solo queda extender la ropa bajera, asegurando que quede bien estirada y sin pliegues. Para remeter y colocar la ropa encimera, se seguirá el mismo procedimiento que en el apartado anterior. Por último, se acomoda al paciente y se le pone la almohada.

- Protocolo cama quirúrgica

Son camas que van a ocupar pacientes postquirúrgicos (recién operados) o pacientes graves inconscientes. Son camas que han de tener un fácil acceso, ya que son pacientes que no van a colaborar nada, y camas en las que hay que proteger la ropa y el colchón.

La ropa de cama se va a colocar en una silla por ejemplo, en el siguiente orden:

- Colcha.
- Manta.
- Encimera.
- 2 Entremetidas.
- 2 Hules.
- Bajera.
- Funda de colchón o cubierta impermeable.

En primer lugar se coloca la funda de colchón. Si tiene cremallera se deja en los pies. La bajera se remete con las esquinas en mitra, primero cabecera y luego pies. Las dos entremetidas se colocan en el 1/3 superior de la cama. Con respecto a la encimera y a la manta, se desdobla de la cabeza a los pies pero no se hace mitra.

La colcha se coloca hasta la cabecera y se dobla el embozo de la encimera por encima del de la colcha al igual que los pies. Se forman dos *manguitos* iguales en ambos extremos de la cama, sin remeter la ropa de cama en los pies.

A.Manguito superior B.Manguito inferior

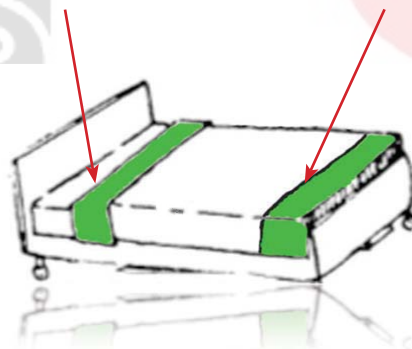


Fig. 27. Primer paso para hacer la cama quirúrgica

La cama quirúrgica se puede abrir mediante dos *técnicas*:

En triángulo o pico: Se cogen los picos *A* y *B* y se unen formando un triángulo en el centro de la cama. Después se pliega.

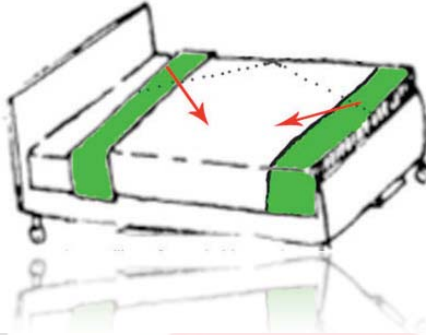


Fig. 28. Técnica en triángulo o pico

En abanico lateral: Se cogen los extremos *A* y *B* y se doblan al mismo tiempo de forma lateral y se vuelve a replegar como si fuese una persiana.

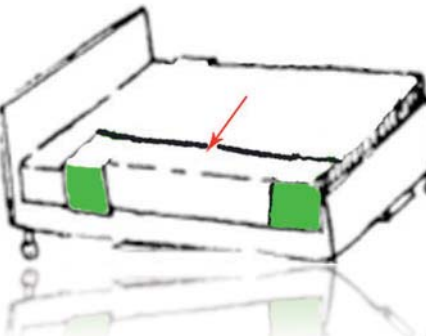
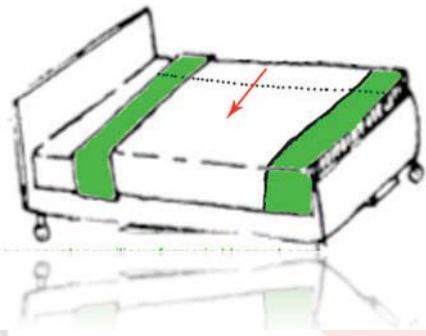


Fig. 29-30. Técnica en abanico lateral