



amb tu + prevención

GUÍA PRÁCTICA DE:



geriátricos

Y LA PREVENCIÓN EN EL TRABAJO







geriátricos





La guía que usted tiene en sus manos tiene como finalidad ser una herramienta útil, tanto para el delegado de prevención, como para todos los trabajadores de los centros geriátricos.

A través del presente documento se ofrece una información básica sobre algunos riesgos, tanto generales, como individuales, que se dan en los centros geriátricos y sobre todo riesgos de tipo ergonómico, a los que están expuestos aquellos profesionales del ámbito asistencial implicados en la atención a las personas de tercera edad. Del mismo modo se ofrecen las principales medidas preventivas a adoptar para evitar o disminuir los riesgos del sector geriátrico y sobre todo, las posibles lesiones dorso-lumbares generadas por la carga física a la que están sometidos estos profesionales.

El material pretende que cada trabajador a través de los Delegados de Prevención conozca los riesgos y medidas preventivas de cada uno de los procesos donde están implicados, haciendo que les sirva de ayuda en el camino de crear un entorno más seguro en su trabajo.



INDICE

INTRODUCCIÓN

1

1



2

OBJETIVOS

5

CONTENIDO

3

9





4
CONCEPTOS BÁSICOS DE
GERIATRÍA

13



5
RIESGOS COLECTIVOS
Y ESPECÍFICOS

31

6
VIGILANCIA DE LA SALUD

97

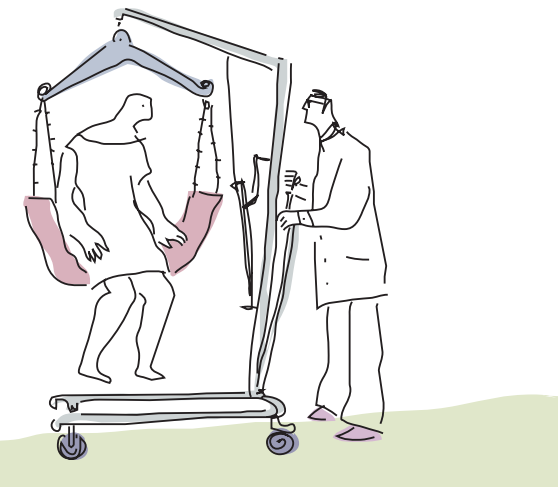


7
SEÑALIZACIÓN, MANTENIMIENTO
Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS

105

8
MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

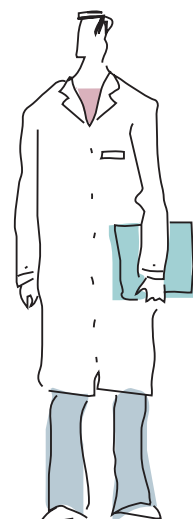
119





geriátricos

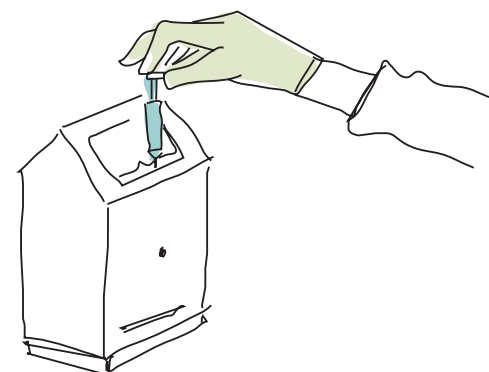
Y LA PREVENCIÓN EN EL TRABAJO



1

INTRODUCCIÓN

1



2

OBJETIVOS

5



3

CONTENIDO

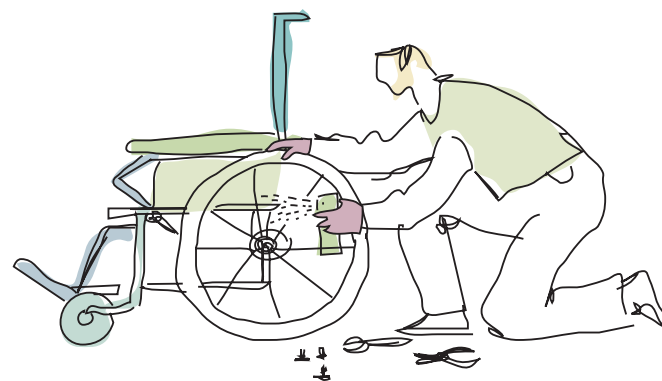
9



4

CONCEPTOS BÁSICOS DE GERIATRÍA

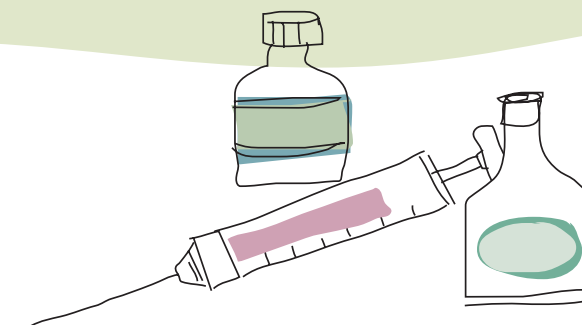
13



5

RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

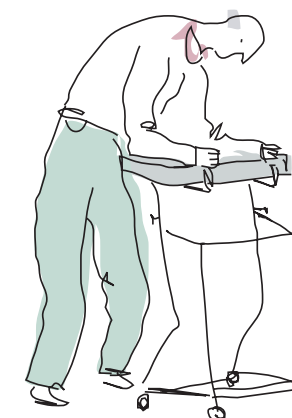
31



VIGILANCIA DE LA SALUD

97

6



7

SEÑALIZACIÓN, MANTENIMIENTO Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS

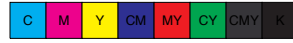
105

8

MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

119



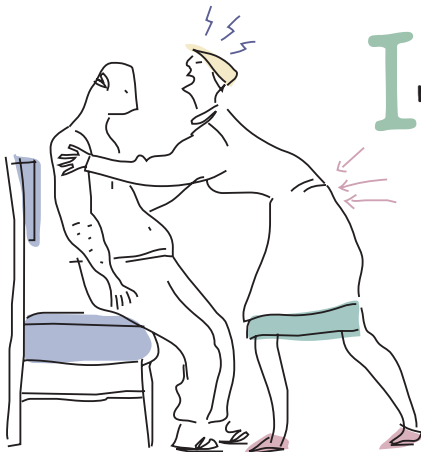


1.introducción





INTRODUCCIÓN



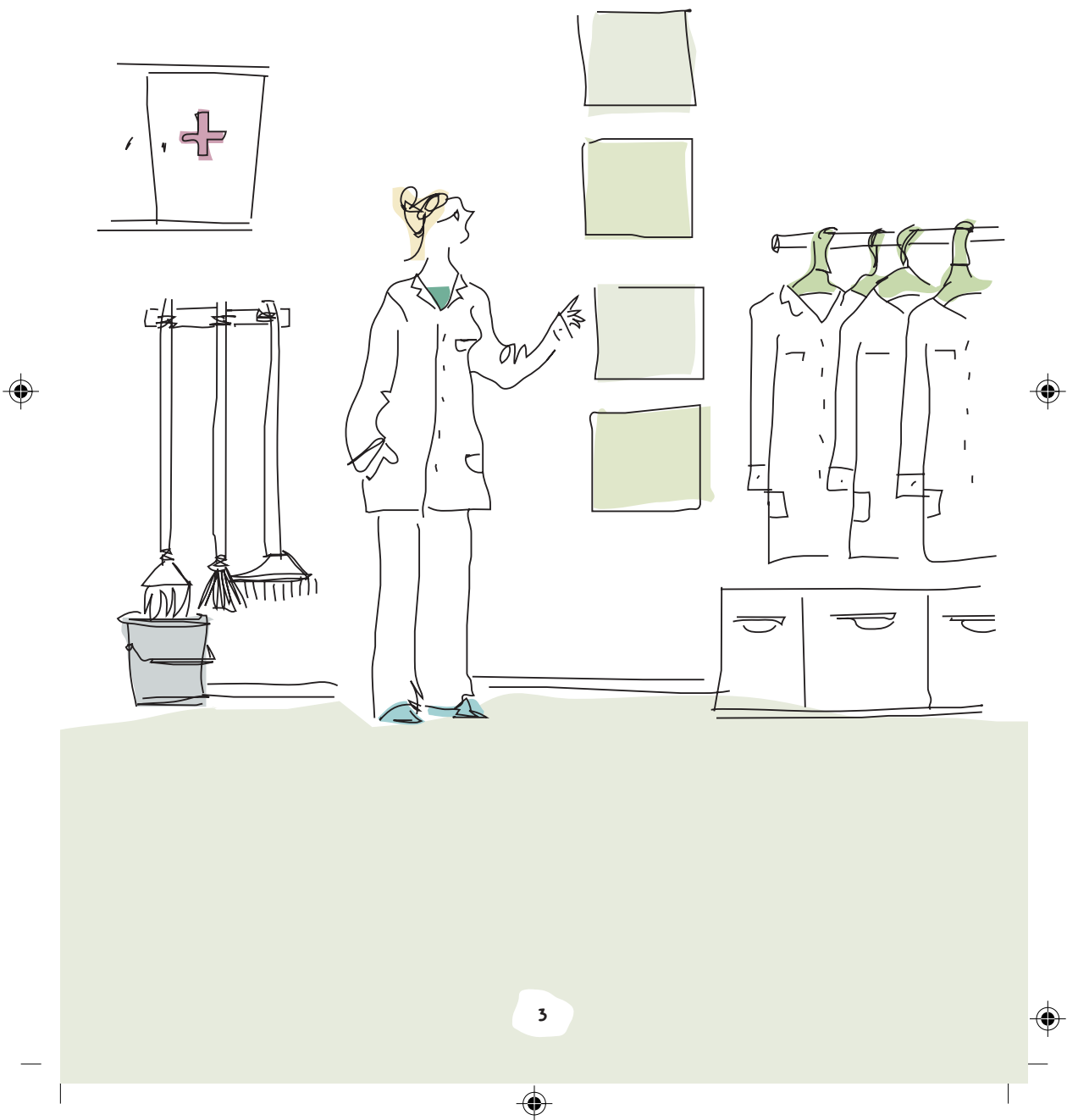
INFORMAR SOBRE LOS RIESGOS ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD LABORAL DE CUIDADOS ASISTENCIALES A PERSONAS MAYORES EN CENTROS GERIÁTRICOS ES NECESARIO PARA ELEVAR LOS NIVELES DE SEGURIDAD Y PROTEGER LA SALUD DE TODOS LOS TRABAJADORES.

DICHA INFORMACIÓN SE ESTRUCTURA A PARTIR DE LA DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS, PUESTOS DE TRABAJO, TAREAS, RIESGOS ASOCIADOS Y POSIBILIDADES PREVENTIVAS CON EL CONVENCIMIENTO DE QUE EL CONOCIMIENTO DE TODO ELLO CONTRIBUYE A EVITAR EFECTOS NOCIVOS SOBRE LA SALUD DEL TRABAJADOR.





geriátricos
Y LA PREVENCIÓN EN EL TRABAJO







2.objetivos



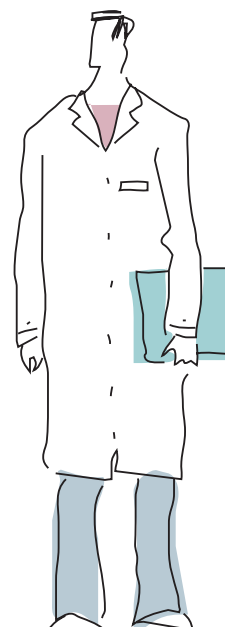
OBJETIVOS

GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD A LOS TRABAJADORES DE CENTROS GERIÁTRICOS A MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA INFORMACIÓN DEL RIESGO Y MEDIDAS PREVENTIVAS.

EVITAR O REDUCIR LOS EFECTOS ACUMULATIVOS SOBRE LA SALUD DE FACTORES DE RIESGO MEDIANTE EL CONOCIMIENTO O FORMACIÓN.

INFORMAR SOBRE HÁBITOS SALUDABLES DE VIDA LABORAL.

HAY QUE INFORMAR SOBRE
HÁBITOS SALUDABLES DE
VIDA LABORAL

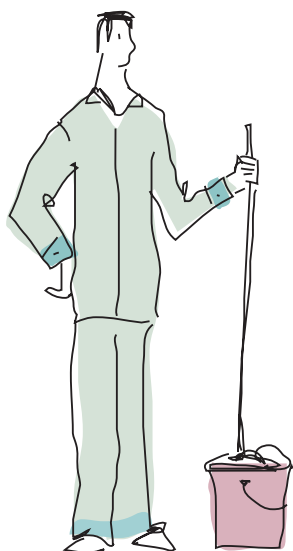




geriátricos

Y LA PREVENCIÓN EN EL TRABAJO

HAY QUE GARANTIZAR
LA ACCESIBILIDAD
A LOS TRABAJADORES DE CENTROS
GERIÁTRICOS A MEDIDAS DE
PREVENCIÓN



HAY QUE PROMOCIONAR LA
SALUD MEDIANTE LA
INFORMACIÓN DEL RIESGO Y
MEDIDAS PREVENTIVAS





3.contenido





CONTENIDO

ESTA GUÍA ESTÁ DIVIDIDA EN LAS SIGUIENTES PARTES:

I

EN LA PRIMERA PARTE SE DESCRIBEN LOS CONCEPTOS BÁSICOS DEL TRABAJO EN CENTROS GERIÁTRICOS Y LA RELACIÓN ENTRE EL DESEMPEÑO DE LA TAREA Y LOS RIESGOS ASOCIADOS.

II

EN LA SEGUNDA PARTE SE UTILIZAN FICHAS ESQUEMÁTICAS SOBRE RIESGOS GENERALES O COLECTIVOS, ASÍ COMO FICHAS DE RIESGOS MÁS ESPECÍFICOS DE LA ACTIVIDAD O TAREAS ASISTENCIALES GERIÁTRICAS.

III

EN LA TERCERA PARTE SE EXPONEN CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA VIGILANCIA DE LA SALUD.

IV

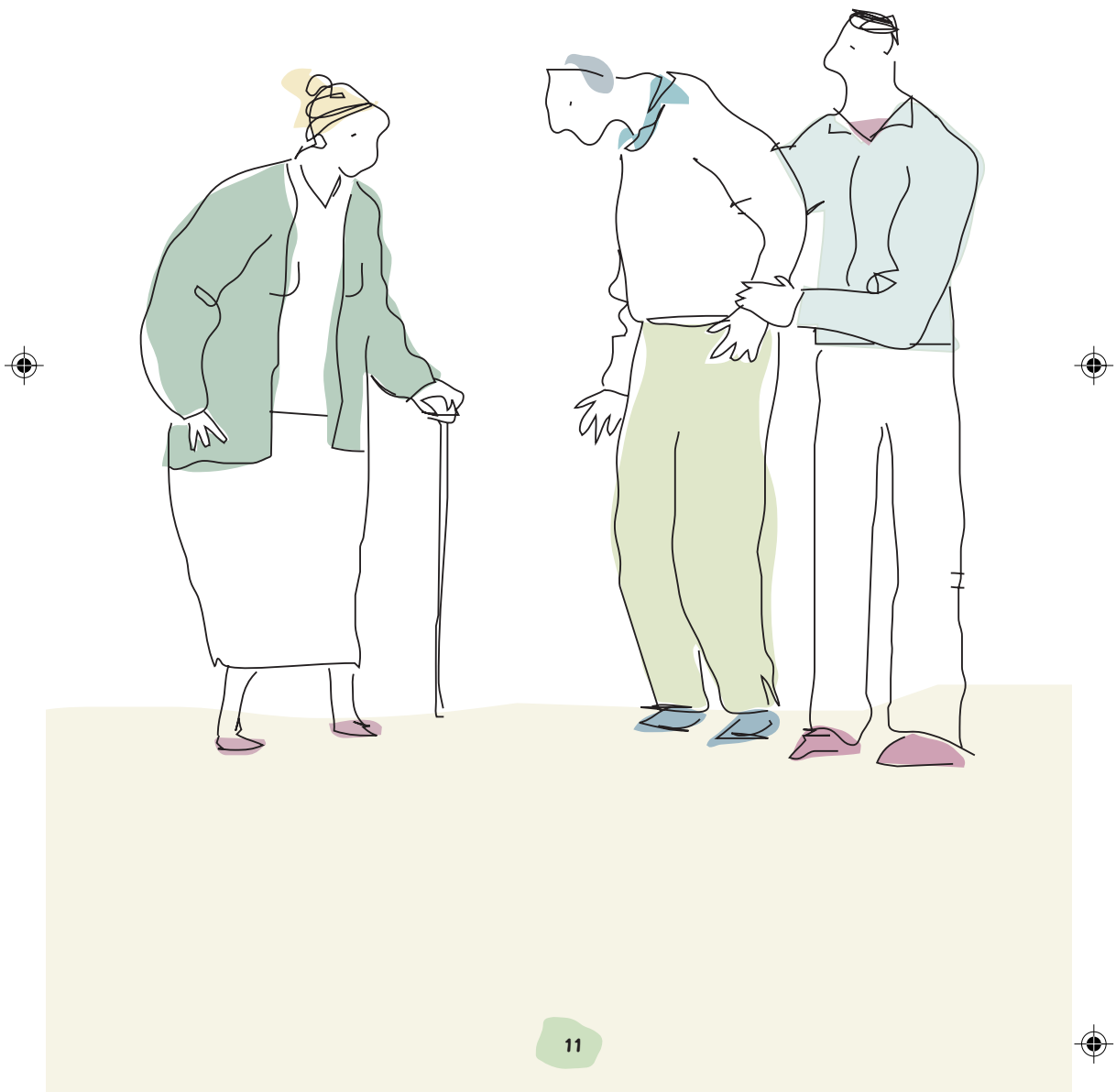
EN LA CUARTA PARTE SE EXPONEN CONCEPTOS DE SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS.

V

EN LA ÚLTIMA PARTE SE PRESENTAN LAS PRÁCTICAS CORRECTAS DE MANIPULACIÓN DE ANCIANOS Y ENFERMOS.



geriátricos
Y LA PREVENCIÓN EN EL TRABAJO







4. conceptos básicos de geriatría

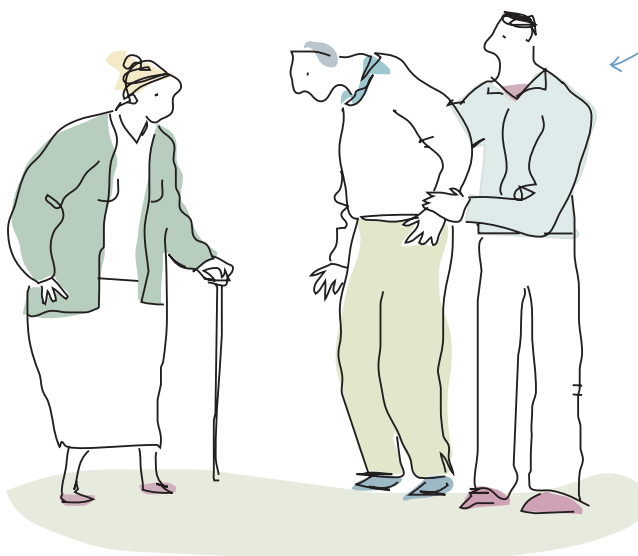


4. CONCEPTOS BÁSICOS DE GERIATRÍA

4.1. GERIATRÍA, GERONTOLOGÍA, ORGANIZACIÓN Y PARTICULARIDADES DEL TRABAJO EN CENTROS GERIÁTRICOS

> ¿QUÉ ES LA GERIATRÍA?

La Geriatría es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **la rama de la medicina que estudia la patología clínica, tratamiento y reintegración del mayor**, en todos los procesos de enfermedad o ausencia de ella, donde las alteraciones debidas a la edad contribuyen de manera decisiva en su desarrollo.



LA GERIATRÍA
ES LA RAMA DE
LA MEDICINA QUE
ESTUDIA LA
PATOLOGÍA
CLÍNICA,
TRATAMIENTO Y
REINTEGRACIÓN
DEL MAYOR



> ¿QUÉ ES LA GERONTOLOGÍA?

La OMS aprecia la Gerontología como **la ciencia que se ocupa del estudio de los aspectos relacionados con el envejecimiento de la población** y sus manifestaciones sociológicas, ambientales, psicológicas y necesidades sanitarias que requieren la intervención multidisciplinaria de personal especializado en la atención al mayor.

LA GERONTOLOGÍA ES LA CIENCIA QUE SE OCUPA DEL ESTUDIO DE LOS ASPECTOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN



> ¿CUÁLES SON LA ORGANIZACIÓN Y LAS PARTICULARIDADES DEL TRABAJO EN CENTROS GERIÁTRICOS?

La actividad laboral en los centros geriátricos **gira alrededor de personas que necesitan ser cuidadas en diversos grados de asistencia**, que van, desde la que se ofrece a personas con buena salud, autosuficientes, y/o, activas//os, hasta personas enfermas/os, o no autosuficientes, o dependientes y que requieren cuidados asistenciales especializados.

Se entiende por **anciano dependiente a aquel que no puede realizar los actos de la vida cotidiana por sí sólo**, necesitando por lo tanto la ayuda o cuidados de otra persona.

De forma general, la organización de estos centros asistenciales especializados **se estructura en unidades funcionales interrelacionadas** como muestra el siguiente organigrama.



CONCEPTOS BÁSICOS DE GERIATRÍA

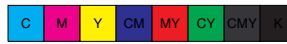
DIRECTOR DE RESIDENCIA



Con frecuencia, **el área de mantenimiento y servicios se subcontrata con empresas especializadas**, cuyo servicio requiere supervisión de la calidad para evitar exposición a riesgos (como sucede con los servicios de desinsectación higiénica).

COM FRECUENCIA, EL ÁREA DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS SE SUBCONTRATA CON EMPRESAS ESPECIALIZADAS, CUYO SERVICIO REQUIERE SUPERVISIÓN DE LA CALIDAD PARA EVITAR EXPOSICIÓN A RIESGOS





4.2. PROCESOS, PUESTOS DE TRABAJO, TAREAS Y RIESGOS EN EL TRABAJO GERIÁTRICO

PROCESOS DEL TRABAJO ASISTENCIAL EN CENTROS GERIÁTRICOS.
LAS ACTIVIDADES MÁS IMPORTANTES
EN LOS CENTROS GERIÁTRICOS SON:

1 GESTIÓN DE ADMISIÓN

2 ATENCIÓN SANITARIA POR EQUIPO MÉDICO

3 SUPERVISIÓN DE ENFERMERÍA

4 CUIDADO E HIGIENE PERSONAL

5 REHABILITACIÓN

6 ASISTENCIA SOCIAL Y ACTIVIDADES DE OCIO

7 SERVICIO DE ALIMENTACIÓN

8 MANTENIMIENTO Y SERVICIOS

9 TRANSPORTE A CENTROS HOSPITALARIOS U OTROS



CONCEPTOS BÁSICOS DE GERIATRÍA

PUESTOS DE TRABAJO Y TAREAS EN EL TRABAJO GERIÁTRICO



Como hemos mencionado antes, es frecuente la subcontrata de servicios de mantenimiento, además de las actividades de ocio, y la permanencia en el centro de profesionales como la fisioterapeuta y la asistencia social muchas veces no es a tiempo completo. Ello dependerá de las características del centro, es decir si es una residencia, un centro hospitalario propiamente dicho o un centro para cuidados de día, y del número de residentes.



geriátricos
Y LA PREVENCIÓN EN EL TRABAJO





CONCEPTOS BÁSICOS DE GERIATRÍA

RIESGOS LABORALES EN LA ASISTENCIA GERIÁTRICA

En la aproximación a los riesgos laborales a los que están expuestos todos los trabajadores de un geriátrico, **hay factores de riesgos colectivos** a los que todos, en un momento u otro, pueden estar expuestos. Estos riesgos colectivos son:

1. Riesgo de incendio del centro.

Se puede producir básicamente en la cocina del centro o en los paneles eléctricos del centro.

El fuego es una reacción química entre un combustible y un comburente, que se produce con la intervención de una energía de activación suficiente. Un fuego puede iniciarse en cualquier parte de una cocina: en una instalación eléctrica en mal estado o sobrecargada, debido a la existencia de focos de calor cercanos a materiales fácilmente combustibles, a calentamiento excesivo de aceites...

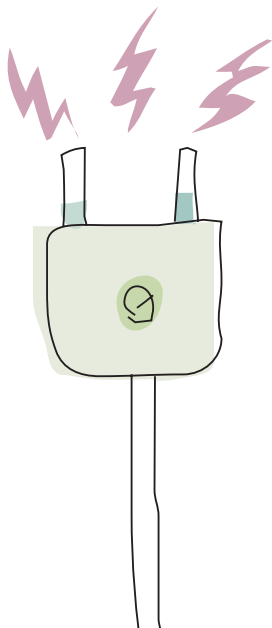


Según el tipo de fuego, se puede producir un mayor o menor grado de asfixia, intoxicación por humo, lesiones múltiples, quemaduras por fuego, etc.

2. Riesgo de contactos eléctricos.

Lo podemos encontrar en cualquier parte del centro y ocurre por la mala utilización de la maquinaria y del equipamiento eléctrico vario y generalmente debido a fallos de los equipos (derivaciones) o instalaciones (mal protegidas o aisladas), etc.

Las lesiones que se pueden producir son graves o muy graves, según la intensidad de la corriente, como calambres, contracciones musculares, irregularidades cardíacas, fibrilación ventricular, etc., hasta poder ocasionar la muerte del afectado si se dan ciertas circunstancias (manos mojadas, fallo de los diferenciales, etc.)





3. Riesgo de caídas y golpes.

Las caídas que se pueden producir en este sector son normalmente al mismo nivel (para el personal asistencial, médicos, trabajadores sociales, animadores, personal de limpieza, etc)) y a distinto nivel para el personal de mantenimiento y transporte.

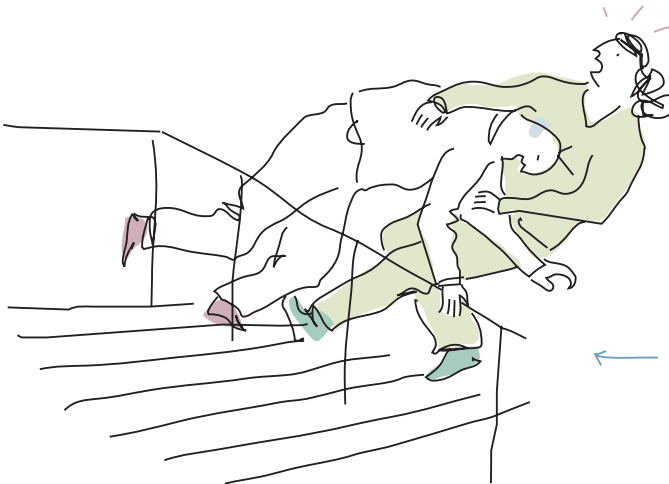
La probabilidad de que se produzca alguna caída depende bastante del estado general del centro (grasas, aceites, orina, fluidos biológicos, etc. en el suelo), por lo que se deberán extremar las precauciones.

Las consecuencias de este tipo de caídas son en la mayoría de los casos, lesiones leves como heridas, contusiones, rozaduras, torceduras, luxaciones, esguinces, etc., producto del impacto del cuerpo en movimiento y a veces lesiones graves como fracturas, etc.



Las caídas pueden afectar a todo el personal, pero tienen mayor probabilidad de ocurrencia en tareas de mantenimiento, limpieza y manipulación de pacientes.

LAS CONSECUENCIAS DE ESTE TIPO DE CAÍDAS SON EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LESIONES LEVES COMO HERIDAS, CONTUSIONES, ROZADURAS, TORCEDURAS, LUXACIONES, ESGUINCES, ETC.

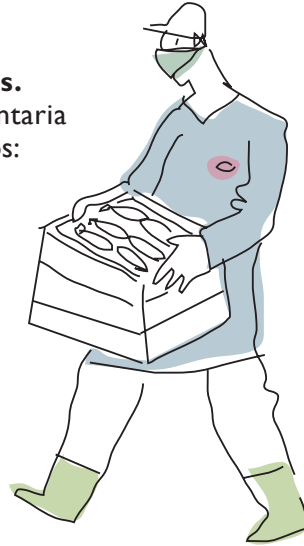




CONCEPTOS BÁSICOS DE GERIATRÍA

4. Riesgo de intoxicaciones alimentarias.

Para que se produzca una intoxicación alimentaria es necesario que existan tres elementos básicos: el agente causal (normalmente bacteriano), los alimentos (que permitan la reproducción de las bacterias) y las personas susceptibles. Las principales vías de intoxicación son: por contacto con alimentos crudos, por la manipulación de alimentos, por contacto con objetos contaminados, etc. Los principales alimentos sensibles son: los alimentos que llevan huevos crudos y se consumen sin tratamiento con calor (por ejemplo, la mayonesa), las carnes de ave y las carnes picadas, los pescados y mariscos en general, la leche y los derivados lácteos, los productos de pastelería y las ensaladas y ensaladillas.



A la hora de utilizar estos productos se debe tener máximo cuidado para que todo este fresco, para evitar de esta manera que se produzcan graves intoxicaciones entre el personal asistencial y sobre todo entre el personal que acude al geriátrico.

5. Riesgo de intoxicaciones por exposición a sustancias químicas, como suele ocurrir en actividades de desinsectación del centro, sin las adecuadas medidas preventivas.

6. Riesgos Psicosociales: Normalmente el estrés se relaciona con factores comunes del entorno de trabajo, pero en la asistencia geriátrica se diferencia por sus formas características como aquellas ligadas a la atención directa a la persona mayor, que afecta a la unidad funcional de asistencia diaria. Existe también el estrés provocado por la turnicidad, que tiene efectos nocivos en los enfermeros y auxiliares de enfermería.

7. Otros riesgos: Hoy en día todos los trabajadores están expuestos a accidentes in itinere, pero su probabilidad es mucho más elevada en las personas encargadas del transporte de ancianos.



La siguiente tabla pretende mostrar la asociación entre proceso asistencial, puesto de trabajo y su contenido o tareas y los riesgos asociados a ellas.

PROCESO	PUESTOS DE TRABAJO	TAREAS	RIESGOS
1. Gestión de Admisión	Director de residencia Administrativos	Gestión y organización. Atención a usuarios. Gestión administrativa. Gestión de actividades.	Fatiga visual por uso de pantallas de visualización de datos (PVD). Estrés.
2. Atención sanitaria por equipo médico	Médicos	Dirección de la atención sanitaria. Atención médica. Prescripción de pautas de medicación.	Fatiga visual por uso de PVD. Exposición a agentes biológicos. Estrés.
3. Supervisión de Enfermería	Enfermeras	Informes del estado del mayor al equipo médico. Supervisión de auxiliares de enfermería. Administración de medicación.	Sobreesfuerzos por manipulación de personas. Fatiga visual por uso de PVD. Exposición a agentes biológicos.
4. Cuidado e higiene personal	Auxiliares de enfermería	Higiene personal Alimentación Medicación	Contactos eléctricos. Estrés Turnicidad Agresiones verbales o físicas.
5. Rehabilitación	Fisioterapeutas	Rehabilitación pautada Diseño de actividades para mantener autonomía física	
6. Asistencia social y actividades de ocio	Asistente social Animadores sociales Terapeutas ocupacionales	Gestiones asistencia social Actividades de ocio	Estrés Sobreesfuerzos musculares. Riesgo biológico



CONCEPTOS BÁSICOS DE GERIATRÍA

PROCESO	PUESTOS DE TRABAJO	TAREAS	RIESGOS
7. Servicio de alimentación	Cocineros/as	Elaboración de la comida.	Quemaduras. Sobreesfuerzos musculares. Cortes y heridas. Dermatitis.
8. Mantenimiento y servicios	Técnico de mantenimiento Personal de limpieza	Mantenimiento del centro. Limpieza del centro.	Exposición a sustancias químicas. Contactos eléctricos. Exposición a agentes biológicos. Golpes y caídas. Sobreesfuerzos musculares.
9. Transporte a centros hospitalarios u otros	Chofer Ayudante	Transporte del mayor y con frecuencia personal acompañante.	Accidentes de tráfico Sobreesfuerzos musculares. Estrés.

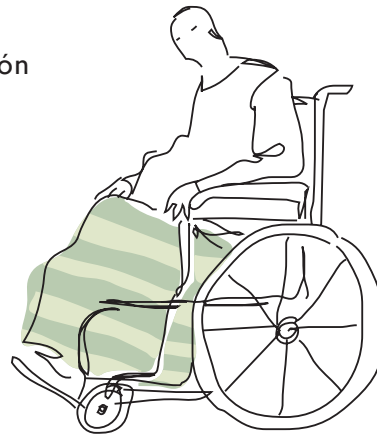
En el estudio de los riesgos de un centro geriátrico es básico considerar el concepto de "dependencia", que incluye también a aquellos ancianos que poseen "competencia social" (Daichman, 1994), ya que poseen suficiente capacidad mental para poder realizar elecciones, pero que están incapacitados para hacer cosas por sí mismos, de tal modo que necesitan asistencia. Esta categoría de ancianos se tiene que diferenciar de la categoría de personas dependientes física y psíquicamente.

A PARTE DE ESTA DIFERENCIACIÓN SE TIENEN QUE CONTEMPLAR DOS ASPECTOS MUY IMPORTANTES A LA HORA DE ANALIZAR LOS RIESGOS PARA EL PERSONAL ASISTENCIAL DE LOS GERIÁTRICOS:

- 1 LAS CONDICIONES GENERALES DE SEGURIDAD E HIGIENE DE LOS LUGARES DE TRABAJO DONDE SE PRESTAN LOS SERVICIOS SANITARIOS Y DE ASISTENCIA AL ANCIANO.
- 2 LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO PARA EVITAR RIESGOS PARA LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DEL TRABAJADOR.



Esta diferenciación, así como la exposición a riesgos propios de cada una de las actividades profesionales de los trabajadores de los centros geriátricos, debe considerarse **a la hora de iniciar acciones preventivas orientadas a la identificación, eliminación, o disminución del/los riesgos laborales.**



LA ACTIVIDAD LABORAL DE ASISTENCIA Y CUIDADOS SAMITARIOS EN GERIATRÍA GIRA ALREDEDOR DEL ESTADO DE SALUD DEL MAYOR QUE DETERMINA EL TIPO DE CUIDADOS Y ATENCIONES ESPECIALIZADAS.

Las actividades de los trabajadores de los centros geriátricos implican riesgos de accidente o enfermedad, relacionados con las condiciones de seguridad, higiene, ergonomía y psicología, por ello los diferentes tipos de trabajos asistenciales **requieren un estudio multidisciplinario de los riesgos, junto con una vigilancia médica adecuada que garantice la protección de la salud del trabajador.**

LOS DIFERENTES TIPOS DE TRABAJOS ASISTENCIALES REQUIEREN UN ESTUDIO MULTIDISCIPLINARIO DE LOS RIESGOS



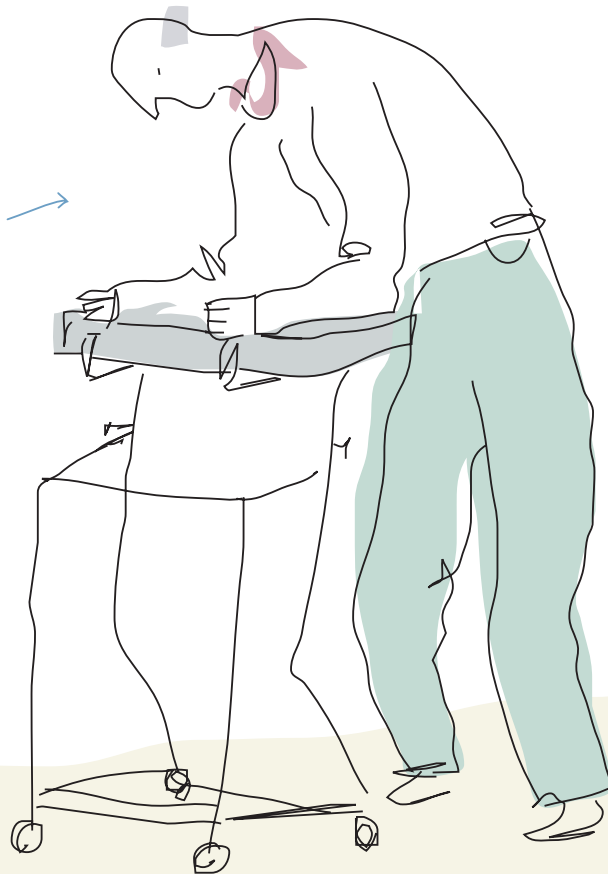


CONCEPTOS BÁSICOS DE GERIATRÍA

Cada uno de los riesgos asociados a las condiciones de trabajo se dan en la mayoría de los trabajos, aunque **dependiendo del tipo de actividad puede aumentar más la exposición a determinados riesgos.**

LOS CUIDADOS DE ANCIANOS SANOS, ACTIVOS Y AUTOSUFICIENTES SON DIFERENTES A LOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS QUE NECESITAN LOS ANCIANOS CON DEPENDENCIA FÍSICA Y/O PSÍQUICA.

LOS ANCIANOS CON DEPENDENCIA FÍSICA O PSÍQUICA REQUIEREN CUIDADOS ESPECIALES





EJEMPLO:

El siguiente ejemplo ilustra la integración entre riesgos, medidas preventivas y consejos médicos en la actividad de geriatría.

ACTIVIDAD: ASISTENCIA A USUARIOS



FACTORES DE RIESGO

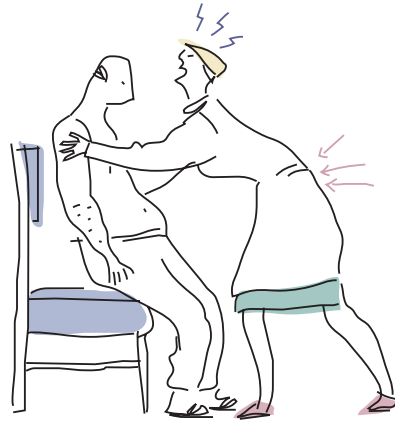
- > Escaleras con peldaños o barandillas en mal estado
- > Superficies deslizantes
- > Falta de mantenimiento y limpieza del suelo
- > Calzado inadecuado

MEDIDAS PREVENTIVAS

- > Comprobar que las escaleras se hallen en buen estado
- > Cuidado del suelo
- > Calzado antideslizante
- > Mantener un nivel adecuado de limpieza y orden
- > Eliminar las escaleras y elementos usados como apoyo que no reúnan la suficiente estabilidad.



CONCEPTOS BÁSICOS DE GERIATRÍA



RIESGO 2:
SOBRESFUERZOS
MUSCULARES POR
SOBRECARGA

FACTORES DE RIESGO

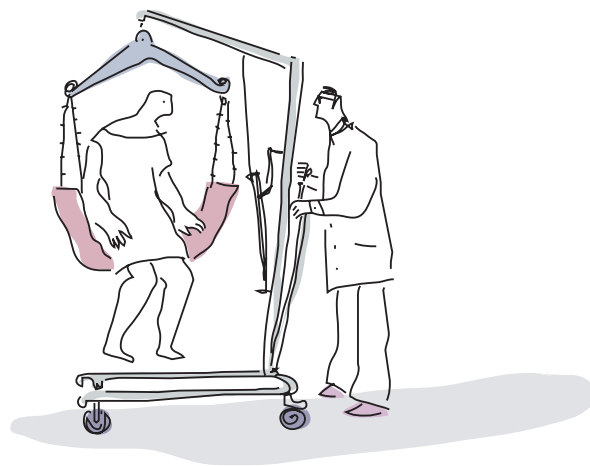
- > Escasez de ayudas mecánicas y sistemas de carga.
- > Condiciones ergonómicas inadecuadas.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- > Ayudas mecánicas (grúas de levantamiento, camas automáticas, etc).
- > Mantener una temperatura de confort en el centro geriátrico.
- > Práctica de normas de manipulación de pacientes.

CONSEJOS MÉDICOS

Practicar deporte o actividades que ayuden a mantener un buen estado físico. Reforzar la musculatura de la columna vertebral. Beber agua a menudo durante el trabajo para mantener la hidratación necesaria. Mantener una alimentación equilibrada para prevenir la obesidad ya que dificulta la manipulación de cargas.

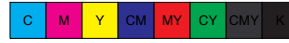




geriátricos
Y LA PREVENCIÓN EN EL TRABAJO







5. riesgos colectivos y específicos





5. RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

TODA ACTIVIDAD LABORAL ENTRAÑA RIESGOS DE CARÁCTER COLECTIVO A LOS QUE PUEDEN ESTAR EXPUESTOS TODOS LOS TRABAJADORES Y RIESGOS ESPECÍFICOS O INDIVIDUALES PROPIOS DE UNO U OTRO PUESTO DE TRABAJO.

LA SECCIÓN QUE A CONTINUACIÓN INICIAMOS ESTÁ CONFORMADA POR FICHAS QUE ILUSTRAN RIESGOS GENERALES O COLECTIVOS Y RIESGOS ESPECÍFICOS O INDIVIDUALES, MEDIDAS PREVENTIVAS Y CONSEJOS MÉDICOS LABORALES.

5.1. FICHAS TÉCNICAS DE RIESGOS GENERALES (COLECTIVOS)

Las fichas técnicas de riesgos generales incluyen los conceptos de riesgos generales, sus causas, medidas preventivas y consejos médicos generales para su aplicación en el trabajo geriátrico. Los riesgos generales incluyen:

- > **Riesgo de Incendios.**
- > **Riesgo de contactos eléctricos.**
- > **Riesgo de caídas y golpes.**
- > **Riesgo de sobreesfuerzos musculares.**
- > **Riesgo de agentes biológicos.**
- > **Riesgos por exposición a sustancias químicas: Plaguicidas.**
- > **Riesgos psicosociales.**





RIESGOS COLECTIVOS. IDENTIFICACION DEL RIESGO: INCENDIO

Un incendio es un fuego fuera de control que puede ocasionar pérdidas de vidas humanas y de bienes materiales.

CAUSAS

El incendio se inicia con la presencia simultanea de tres elementos:

- > **El combustible**
- > **El comburente**
- > **El foco de calor**



MEDIDAS PREVENTIVAS

- Aislamiento y control de fuentes de incendio como material combustible, bombonas de oxígeno, alcohol, instalaciones eléctricas.

- **Provisión de medios de lucha contra el fuego, como:**

- > **Extintores clase A, B y C**
- > **Mangueras**
- > **Rociadores automáticos de agua**

- **Formación de los trabajadores** para garantizar un uso correcto de los medios de lucha contra el fuego.





RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

En caso de incendio, el centro geriátrico debe estar preparado para:

- > **Eliminar de forma segura focos o conatos de incendios.**
- > **Activar el plan de emergencia**
- > **Notificar al apoyo exterior: Bomberos y centros asistenciales**
- > **Evacuación ordenada.**

CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

La inhalación del humo produce irritación e inflamación de mucosas que se manifiesta con síntomas como: **tos, mucosidad, irritación ocular.**

Tras exposición a humo se recomienda:

- > Respirar a través de una **maskarilla húmeda.**
- > Lavar la nariz y los senos **con una solución salina.**
- > Utilizar **lagrimas artificiales** ante sequedad, quemazón o picor ocular.
- > Si persiste la tos o los jadeos, **acuda rápidamente al médico** para evitar los efectos nocivos a largo plazo.
- > **Beber abundantes líquidos** hasta que la orina sea clara. (Cuidado en caso de diabetes o hipertensión. Consulte a su médico).
- > **Humidificar la nariz con un spray nasal**, mejor con una fórmula sin conservantes, ni aditivos.
- > Si hay contacto de la mucosa ocular con cenizas u otro material, **irrigar inmediatamente los ojos con agua fría** al menos durante 10 minutos.
- > **Las quemaduras deben tratarse de forma inmediata**, enfriándolas con agua fría durante 20 minutos. Cubra las quemaduras con gasa seca y deje las cubiertas puestas durante el traslado a atención médica especializada.



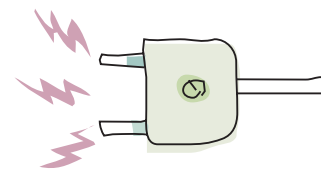


RIESGOS COLECTIVOS IDENTIFICACION DEL RIESGO: CONTACTOS ELÉCTRICOS

Podemos definir el riesgo eléctrico como la **posibilidad de circulación de la corriente eléctrica a través del cuerpo humano.**

CAUSAS

- > **Contacto directo:** El contacto directo es el que tiene lugar con las partes activas del equipo (cables eléctricos, enchufes, etc.)
- > **Contacto indirecto:** El contacto indirecto es el que tiene lugar con masas que accidentalmente están sometidas a tensión (cualquier parte metálica de una maquinaria).



MEDIDAS PREVENTIVAS

- > **Vigilar que el entorno de trabajo sea seguro** y mantener en buenas condiciones las conexiones eléctricas de timbres de llamada, aparatos eléctricos, interruptores.
- > **Retirar del uso todo aparato que se sospeche que presente algún problema**, y colocarlo en lugar seguro con una etiqueta de "no usar", en espera de ser revisado por personal competente.
- > **Utilizar equipos eléctricos homologados.**
- > **Revisar periódicamente los interruptores diferenciales** del centro, por parte del personal responsable y competente.
- > **Desconectar de la red eléctrica** las herramientas y equipos antes de proceder a su limpieza, ajuste o mantenimiento.
- > **Los cables de alimentación tendrán aislamiento seguro** y sin deterioro.



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

- > **Todas las conexiones se harán por medio de clavijas normalizadas.**
- > **No se tirará del cable de utilización para desenchufar equipos eléctricos.**
- > **No realizar trabajos eléctricos sin ser capacitado y autorizado para ello.**

CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

EFFECTOS DE LA CORRIENTE ELÉCTRICA EN EL CUERPO HUMANO:

Los accidentes eléctricos producen en el cuerpo efectos directos, que van desde quemaduras de diverso grado hasta muerte por asfixia o paro cardíaco, y también efectos indirectos, como golpes contra objetos o caídas de diversa gravedad.

CORRIENTE

HASTA 1 V	Imperceptible para el hombre.
DE 2 A 3 V	Sensación de hormigueo.
DE 3 A 10 V	La corriente no es mortal. El sujeto logra normalmente desprenderse del contacto.
DE 10 A 50 V	Puede provocar asfixia en caso de exposición excesiva.
DE 50 A 500 V	Peligrosa, puede ocasionar la muerte por paro cardíaco en función de la duración del contacto.
MÁS DE 500 V	Se reduce a la posibilidad de paro cardíaco y aumenta la parálisis cerebral.



El tratamiento médico de urgencia en accidentes eléctricos es inmediato, de ahí la necesidad de formar socorristas bien entrenados entre los compañeros de trabajo.

MEDIDAS DE ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE ELÉCTRICO:

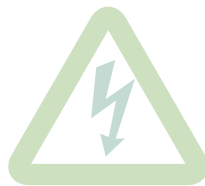
ACCIDENTE POR BAJA TENSIÓN:

- > **Cortar la corriente eléctrica si es posible.**
- > **Evitar separar al accidentado directamente y especialmente si se está húmedo; apartarlo con una silla o algún material aislante.**
- > **Si el accidentado está pegado al conductor, cortar éste con herramientas de mango aislante.**

ACCIDENTE POR ALTA TENSIÓN:

- > **Cortar la subestación correspondiente.**
- > **Prevenir la posible caída, si se está en alto.**
- > **Separar la víctima con auxilio de pértiga aislante y estando provisto de guantes y calzado aislante y actuando sobre banqueta aislante.**
- > **Librada la víctima, deberá intentarse su reanimación inmediatamente, practicándole la respiración artificial y el masaje cardíaco. Si está ardiendo, utilizar mantas o hacerle rodar lentamente por el suelo.**

DEBEN COLOCARSE CARTELES INFORMATIVOS SOBRE RIESGOS ELÉCTRICOS EN LOS LUGARES CON POTENCIAL PELIGROSO DE ESTA NATURALEZA



COMENTE A SU MÉDICO CUALQUIER ALTERACIÓN DE LA SALUD QUE EXPERIMENTE DESPUÉS DE UN CONTACTO ELÉCTRICO. PUEDE SER IMPORTANTE



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

RIESGOS COLECTIVOS. IDENTIFICACION DEL RIESGO: CAÍDAS Y GOLPES

Las caídas, tanto a distinto nivel como al mismo nivel, son un riesgo presente en el trabajo geriátrico.

Existen muchos factores de riesgos asociados a las caídas y sus consecuencias pueden producir lesiones leves, graves e incluso mortales.

CAUSAS

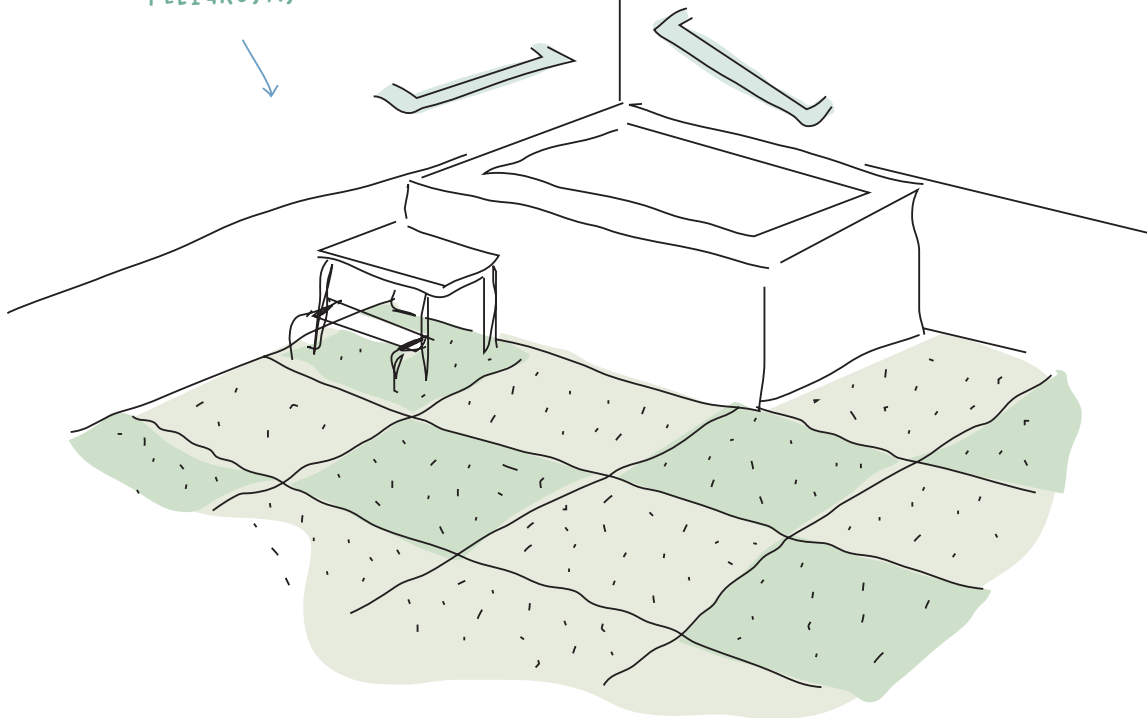
- > **Falta de orden, limpieza y mantenimiento** de los lugares de uso común.
- > **Mala disposición de las instalaciones** del centro.
- > **Falta de revestimientos antideslizante** en los sitios convenientes.

LAS CAÍDAS, TANTO A DISTINTO NIVEL COMO AL MISMO NIVEL, SON UN RIESGO PRESENTE EN EL TRABAJO GERIÁTRICO





HAY QUE USAR
SUPERFICIES
ANTI-DESIZANTES
EN LAS ZONAS MÁS
PELIGROSAS



MEDIDAS PREVENTIVAS

- > Las zonas de uso especial más susceptibles de caídas, tales como los baños, trayectos de desplazamiento frecuente, etc. deben estar provistas con **superficies antideslizantes**.
- > **Se recomienda un diseño adecuado de los trayectos de desplazamiento** de trabajadores y usuarios del centro. En su defecto, el riesgo debe estar debidamente señalado.
- > **Limpieza correcta y mantenimiento periódico** de las superficies de desplazamiento.
- > **Mantenimiento periódico de los medios de transporte** de enfermos.
- > **Usar calzado con suela antideslizante** tipo botín.

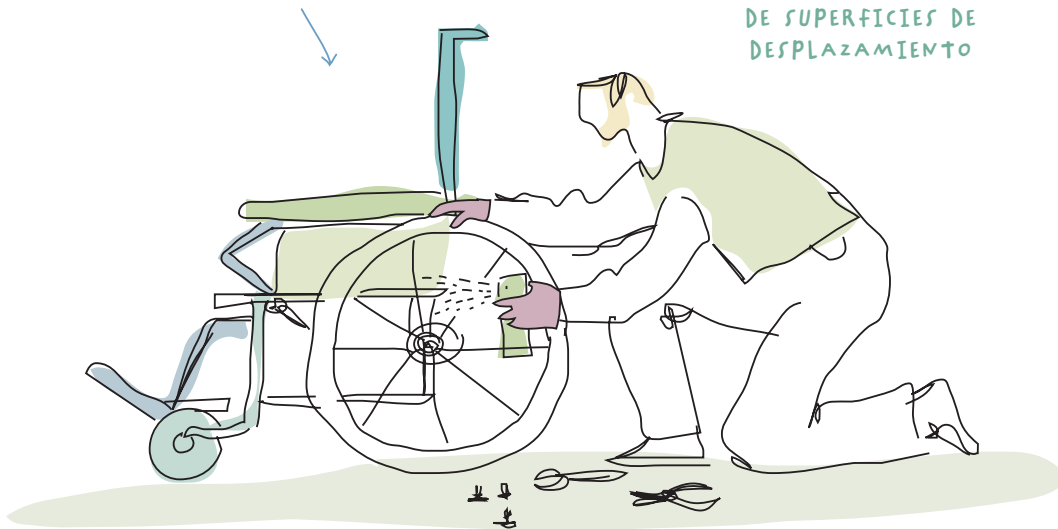


RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

USAR CALZADO CON SUELA ANTIDESLIZANTE TIPO BOTÍN



MANTENIMIENTO PERIÓDICO DE MEDIOS DE TRANSPORTE DE ENFERMOS



LIMPIEZA CORRECTA Y MANTENIMIENTO PERIÓDICO DE SUPERFICIES DE DESPLAZAMIENTO

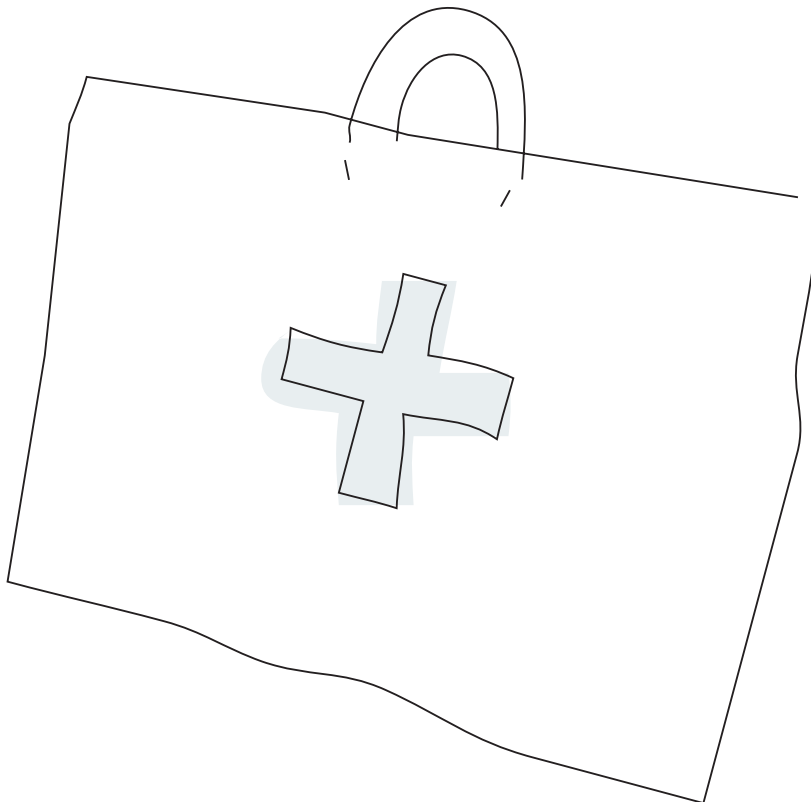


CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

Una de las consecuencias de la lipotimia son las CAÍDAS, que en ocasiones pueden tener consecuencias importantes.

Para prevenir las lipotimias es conveniente:

- > **Realizar pausas de trabajo sentado** después de realizar trabajos en posición de pie prolongada.
- > **Evitar situaciones que generen estrés emocional**, porque el estrés actúa como desencadenante de cuadros de lipotimia.
- > **Evitar los ambientes calurosos.**
- > **Realizar una correcta alimentación y descanso.**





RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

RIESGOS COLECTIVOS.

IDENTIFICACION DEL RIESGO: SOBRESFUERZOS

Los sobreesfuerzos musculares tienen diversas causas, desde la manipulación de pesos y personas, hasta posturas estáticas incorrectas, mantenidas durante prolongados períodos de tiempo.

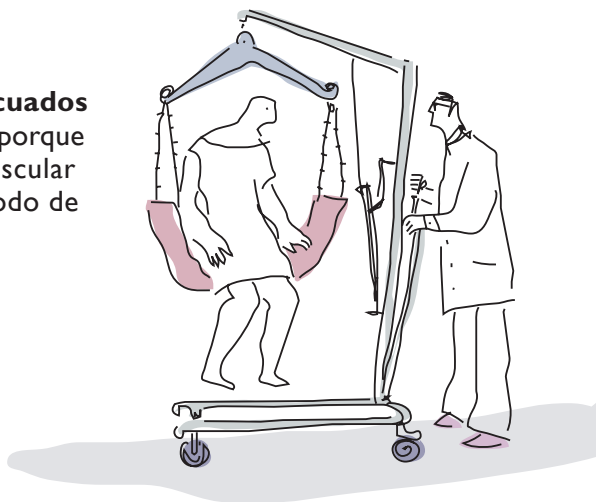
En todo trabajo que implica riesgos dorso lumbares deben aplicarse criterios de higiene postural, conforme al **Real Decreto 487/1997, del 14 de abril, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorso-lumbares para los trabajadores.**

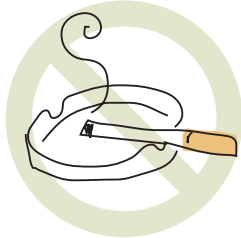
UNA CARGA ES CUALQUIER OBJETO SUSCEPTIBLE DE SER MOVIDO.

La manipulación de cargas se aplica también a las personas que **por incapacidades físicas dependen del apoyo y manipulación manual** de otra persona.

CAUSAS

- > **Los ciclos de trabajo inadecuados son causa de sobreesfuerzos** porque no permiten la recuperación muscular antes de iniciar el siguiente periodo de trabajo.
- > **Puestos de trabajo mal diseñados.**
- > **La falta de recursos técnicos en sistemas de cargas** (grúas, camillas, sillas de rueda, etc.) aumenta la exposición del trabajador a sobreesfuerzos.





> **La postura incorrecta** que genera tensiones en la zona dorso-lumbar de la columna.

> **El tabaquismo afecta a la nutrición del disco intervertebral** y reduce el transporte de nutrientes y oxígeno al interior del disco intervertebral.

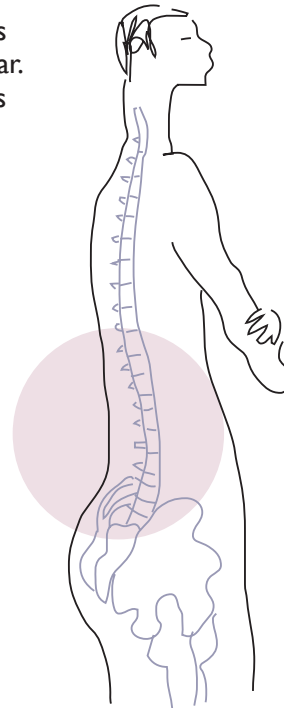
> **Los aspectos psicosociales, como el trabajo monótono**, realizado con agobio de tiempo y el escaso apoyo social por parte de compañeros y superiores, contribuyen también a la incidencia de dolores dorso-lumbares.

> **Estatura y sobrepeso**

> **Aptitud física:** La buena resistencia de los músculos de la espalda previene la aparición inicial del dolor lumbar.

> **Defectos estructurales:** Los defectos congénitos de las vértebras, así como las diferencias de longitud entre las piernas, pueden dar lugar a cargas anormales sobre la columna.

LA BUENA RESISTENCIA DE LOS MÚSCULOS DE LA ESPALDA PREVIENE LA APARICIÓN INICIAL DEL DOLOR LUMBAR



MEDIDAS PREVENTIVAS

> El trabajo de manipulación de mayores **debe realizarse con los métodos adecuados de manipulación de cargas** y realizar correctamente dicha manipulación.

> **Realizar formación práctica de higiene postural** en manipulación de enfermos.

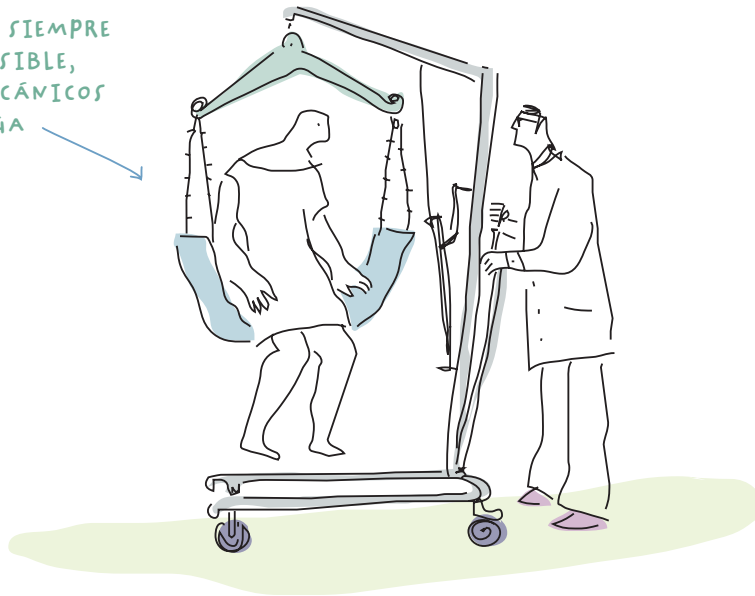
> Las **fajas anti-lumbago** únicamente deben utilizarse bajo prescripción médica, nunca como prevención.

> Se recomienda que haya **un trabajador asistencial por cada 9 mayores/usuarios, o por cada 5-6 usuarios** en función de las características de los mismos (si son dependientes al 100% o no).



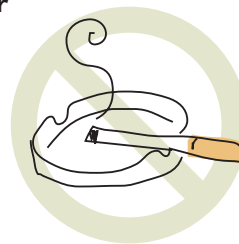
RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

SE DEBEN USAR SIEMPRE
QUE SEA POSIBLE,
SISTEMAS MECÁNICOS
DE CARGA



CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

- > Se deben usar, siempre que sea posible, sistemas mecánicos de carga.
- > **Evitar el consumo de tabaco.**
- > **Tomar suficiente cantidad de líquido,** preferentemente agua (2 – 2,5 litros/diarios).
- > Conviene a la columna vertebral **mantener el peso estable** y dentro de la normalidad: para ello deben evitarse excesos dietéticos, a la vez que se mantiene una actividad física de manera regular.
- > **Practicar técnicas de relajación muscular.**

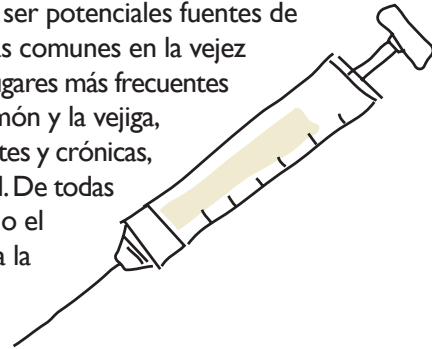


HAY QUE EVITAR EL
CONSUMO DE TABACO



RIESGOS COLECTIVOS. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: AGENTES BIOLÓGICOS

La exposición a agentes biológicos en geriátricos es **propia de la actividad**, ya que es **inevitable** que los usuarios puedan ser potenciales fuentes de contaminación. Las enfermedades infecciosas más comunes en la vejez son la gripe, el Herpes Zoster, la hepatitis B y los lugares más frecuentes de infección en las personas mayores son el pulmón y la vejiga, en donde dichas infecciones tienen a ser recidivantes y crónicas, significando un riesgo para el trabajador asistencial. De todas maneras, no se deben obviar enfermedades como el SIDA o la Hepatitis C que se extienden por toda la población, y por tanto, también a los ancianos.



CAUSAS

Contacto con:

- > Microorganismos (bacterias, virus, hongos, etc.) que pueden originar infección, alergia o toxicidad.
- > Cultivos celulares
- > Endoparásitos humanos.

Se pueden clasificar según riesgo de infección:

GRUPO	Causan enfermedad al hombre	Riesgo contagio trabajador	Propagable la colectividad	Profilaxis o tratamiento	EJEMPLOS
Grupo 1	POCO PROBABLE				
Grupo 2	PUEDE CAUSAR ENFERMEDAD	POSIBLE	POCO PROBABLE	SÍ	Helicobacter pylori, Legionella, Candida, Albicans
Grupo 3	ENFERMEDAD GRAVE	PELIGRO SERIO	RIESGO DE PROPAGACIÓN	SÍ	Tuberculosis, Hepatitis B y C, VIH
Grupo 4	ENFERMEDAD GRAVE	PELIGRO SERIO	MUY PROBABLE	NO	Virus de Lassa, Ebola.

En los geriátricos, lo común es encontrarse con agentes de grupo de riesgos 1, 2 y 3.

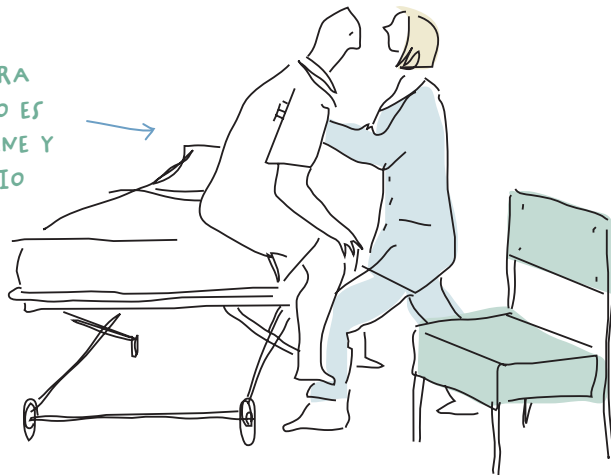


RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

Este contacto puede darse mediante:

- > Contacto con **fluidos biológicos** durante tareas asistenciales como cura de úlceras, cambio de pañales, contacto con secreciones bronquiales o durante las actividades de limpieza en contacto con orina, heces, vómitos, etc.
- > **Contacto intravenoso:** mediante pinchazo accidental de material cortante infectado (agujas, bisturí, cánulas, etc.) de los usuarios al trabajador. Por ejemplo: virus Hepatitis C o SIDA
- > **Vía aérea:** mediante la inhalación de microorganismos espirados por los usuarios durante la respiración. Por ejemplo: bacilos de tuberculosis.
- > **Contacto vía dérmica:** provocado por enfermedades de la piel, contagiosas por contacto. Por ejemplo: candidiasis.

UNA CONDICIÓN
DETERMINANTE PARA
EVITAR EL CONTAGIO ES
UNA CORRECTA HIGIENE Y
LIMPIEZA DEL MEDIO
AMBIENTE



MEDIDAS PREVENTIVAS

Las medidas de prevención dependen de la clasificación según riesgo de infección.

Grupo 1: Precauciones Universales

Grupo 2/3/4: Mayor especificidad de las medidas de prevención.

PRECAUCIONES UNIVERSALES

Es la estrategia fundamental para la prevención del riesgo laboral para todos los microorganismos que se encuentran en la sangre. **El principio básico es que la sangre y otros fluidos corporales deben considerarse potencialmente peligrosos.**



Debe considerarse que no existen pacientes de riesgo, sino **maniobras o procedimientos de riesgo**, por lo que se han de adoptar precauciones utilizando las barreras protectoras adecuadas en todas las maniobras o procedimientos en los que exista la posibilidad de contacto con la sangre y/o fluidos corporales a través de la piel o las mucosas.

Se pueden distinguir las siguientes precauciones universales:

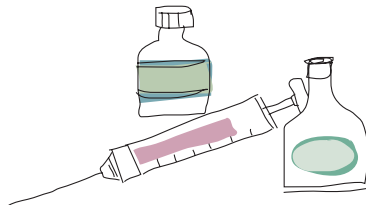
- > Vacunación (inmunización activa).
- > Normas de higiene personal.
- > Elementos de protección de barrera.
- > Cuidado con los objetos cortantes.
- > Esterilización y desinfección correcta de instrumentales y superficies

Vacunación:

Deberá vacunarse a todo el personal que desarrolle su labor en ambientes que tengan contacto, tanto directo como indirecto, con la sangre u otros fluidos biológicos de otras personas infectadas. Por tanto, **TODO** el personal del geriátrico, sea asistencial o no, ya que el personal no asistencial también puede tener contacto indirecto. La vacunación es voluntaria y no debe suponer ningún coste al trabajador.

De forma general, los tipos de **vacunas más recomendadas** en trabajadores expuestos a agentes biológicos son:

- Hepatitis A y B
- Tétanos
- Difteria
- Varicela
- Sarampión
- Parotiditis



El servicio de vigilancia de la salud es quien debe asesorar sobre la vacuna más conveniente a cada puesto de trabajo y cada trabajador según sus características personales, sus ventajas y desventajas y es quien debe administrarla.

Normas de higiene personal:

- > Cubrirse las heridas y lesiones de las manos con **apósito impermeable** al iniciar el trabajo. Si se tienen heridas que no se puedan tapar, se debe evitar el contacto directo con los pacientes.



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

- > **Lavarse las manos** con agua y jabón líquido al comenzar y terminar la jornada y después de realizar cualquier actividad con riesgo, aunque se hayan usado guantes.
- > En situaciones de alto riesgo, emplear **sustancias antimicrobianas** (jabones tipo Hibiscrub® (clorhexidina)).
- > **No comer, beber, ni fumar** en el área de trabajo.

Elementos de protección de barrera:

Se deben utilizar en actividades con posible contacto directo con la sangre o los fluidos corporales de los pacientes. Los más comunes son guantes, mascarillas y batas.

> **Guantes:** se deben utilizar cuando el trabajador tenga heridas no cicatrizadas o lesiones en la piel; cortes, quemaduras, úlceras, etc; si maneja sangre, fluidos corporales, tejidos, etc; al entrar en contacto con piel no intacta y mucosas y al manejar objetos, materiales o superficies contaminados; al realizar procesos invasivos (poner una sonda, catéter, etc.); si el paciente tiene una infección en la piel, al manipular al paciente y su ropa.

> **Mascarillas y protección ocular:** para evitar salpicaduras de sangre y otros fluidos corporales que afecten a mucosas de ojos, nariz o boca del trabajador.

> **Batas:** cuando pueda darse un contacto con la sangre y otros fluidos orgánicos, que puedan afectar a la ropa del trabajador.

Cuidados con los objetos cortantes y punzantes:

> Tener **precaución** en la utilización del material cortante (agujas, bisturí, cánulas, etc.) durante y después de su utilización y en los procedimientos de limpieza y eliminación.

> **No volver a encapsular** las agujas, ni manipular los objetos cortantes contaminados. Depositarlos en los contenedores apropiados con tapa de seguridad y disponer de éstos en los lugares de trabajo. Evitar su llenado excesivo.

> El personal que manipule los **objetos cortantes** se responsabilizará de su **eliminación**.

Desinfección y esterilización de instrumentos y superficies.

Correcta higiene y limpieza del medio ambiente de trabajo y de los elementos de trabajo. Dicha limpieza se realizará con los productos adecuados en función del



grupo de riesgo, se redactarán las **instrucciones de desinfección** en las que consten los desinfectantes y las diluciones (cantidad de producto diluido en agua) que se deban emplear.

Los instrumentos de trabajo no desechables (pinzas, tijeras, kogers, etc) deben **esterilizarse**. Con esto, se produce la destrucción de todos los gérmenes, incluidos las esporas bacterianas que pueda contener un material.

EL CONTACTO CON AGENTES BIOLÓGICOS DURANTE TAREAS DE LIMPIEZA PUEDE SER CAUSA DE CONTAGIOS



MEDIDAS PREVENTIVAS GRUPO DE RIESGO, 2, 3 Y 4.

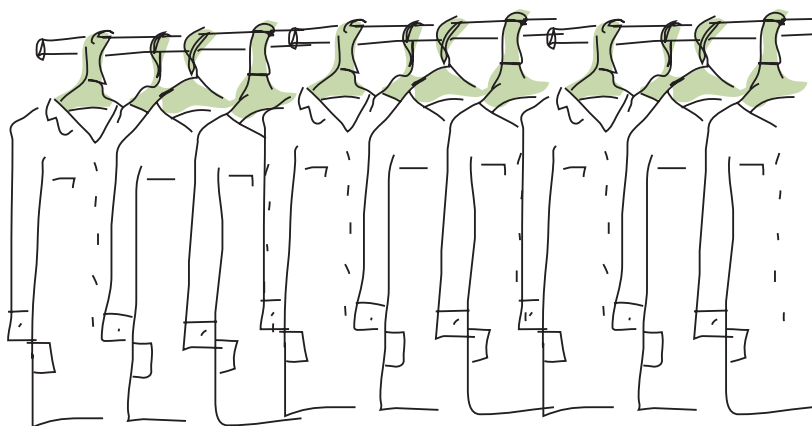
En primer lugar, se deben **cumplir con los requisitos de las medidas universales** y además se deben mantener una serie de normas específicas al agente biológico presente. Por tanto, es imprescindible que los servicios médicos del centro, informen de las medidas de prevención a tomar en cada caso. Por ejemplo, si es un agente biológico que se propaga por vía aérea, se dispondrá de protección respiratoria.

> **Aislamiento del foco de infección.** En determinadas patologías puede ser necesario aislar a los pacientes para evitar el contagio de trabajadores y terceros. Se limitará el número de trabajadores con acceso a la habitación y éste se realizará con todas las medidas de protección adecuadas. Por ejemplo: pacientes con tuberculosis en fase activa o MARSAs.



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

- > **Uso de equipos de protección individual.** Además de los guantes, puede ser necesario utilizar otros equipos como mascarillas. Se debe escoger el equipo individual dependiendo del agente biológico presente. Por ejemplo, mascarilla tipo HEPA en patología tuberculosa. En ambiente sanitario a menudo se confunden los equipos que evitan la contaminación al paciente: material estéril, guantes estériles, mascarilla quirúrgica, etc. con los equipos de protección individual de los trabajadores: guantes de protección, mascarilla con filtro HEPA (es un filtro que impide el paso de partículas. La elección del tipo de filtro se debe realizar dependiendo del tamaño del agente biológico), etc. Los equipos deben almacenarse de forma adecuada y verificarse su buen funcionamiento.
- > Los trabajadores dispondrán de **10 minutos** para su **aseo personal** antes de la comida y otros **10 minutos antes de abandonar el trabajo.**
- > **La ropa y los equipos de trabajo** que puedan estar contaminados por agentes biológicos deberán guardarse en lugares que no contengan otras prendas. El empresario se responsabilizará del lavado, descontaminación de la ropa de trabajo y los equipos de protección, quedando rigurosamente prohibido que los trabajadores se lleven los mismos a su domicilio para tal fin.
- > Los centros de trabajo deben tener **protocolos** de actuación en caso de **accidentes con agentes biológicos.** Se considera "exposición" o "accidente", el contacto con sangre u otros fluidos biológicos, a través de inoculación percutánea (pinchazo con jeringuilla u otros) o contacto con una herida abierta, piel intacta o mucosas, durante el desarrollo de actividades laborales. Se debe notificar a Vigilancia de la Salud, al Servicio de Prevención o, en su defecto al responsable inmediato, todos y cada uno de los accidentes que se produzcan.





- **Pinchazo.** Es el accidente más frecuente. Como primera acción, se recomienda limpiar la herida con agua y jabón, provocando una pequeña hemorragia y desinfectar la superficie con povidona yodada al 10%.
 - **Salpicadura mucosa conjuntiva.** Debe limpiarse con suero fisiológico durante 15/20 minutos.
- En ambos casos, se debe acudir según el protocolo de la empresa, al servicio de emergencia de la Mutua y recibir el tratamiento médico profiláctico necesario en cada caso.
- > Información y formación de los trabajadores en los riesgos por agentes biológicos en su centro de trabajo y cómo prevenirlos; uso de equipos de protección individual, su mantenimiento, protocolo de accidente, etc.

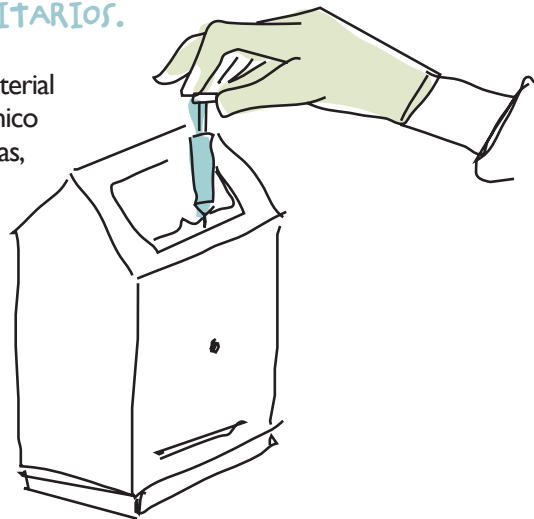
TRATAMIENTO DE RESIDUOS SANITARIOS.

Se define como residuo sanitario aquel material rechazado porque su utilidad o manejo clínico se dan acabados definitivamente (agujas, gasas, tejidos, etc.).

Se clasifican en:

Tipo I. Asimilables a residuos municipales.

No plantean exigencias especiales en su gestión. Por ejemplo: cartón, papel, material oficinas, cocinas, talleres, jardinería y residuos pacientes no infecciosos no incluidos en tipo II y III.



Tipo II .Residuos sanitarios no específicos.

Se deben tomar medidas de prevención para riesgo biológico durante la manipulación, recogida, almacenamiento y transporte (únicamente en el ámbito del centro sanitario). Por ejemplo: material curas, yesos, ropa, material de un solo uso contaminado con sangre, secreciones y/o excreciones (algunos).

Tipo III. Residuos sanitarios específicos o de riesgo.

Se deben tomar medidas de prevención para riesgo biológico durante la manipulación, recogida, almacenamiento, transporte, tratamiento y eliminación dentro y fuera del centro generador. Es un riesgo para la salud laboral y para la salud pública. Tipos:



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

- **Residuos sanitarios infecciosos:** capaces de transmitir enfermedades infecciosas.
- **Residuos anatómicos:** cualquier resto anatómico humano.
- **Sangre y hemoderivados en forma líquida:** recipientes que contengan sangre, hemoderivados, líquidos biológicos (siempre líquidos).
- **Agujas, material cortante y punzante:** agujas, pipetas, bisturí...
- **Vacunas vivas y atenuadas.**

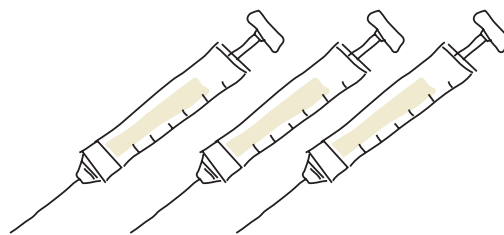
Tipo IV .Residuos tipificados en normativas singulares.

Disponen de requerimientos especiales por cuestión higiénica o medioambiental y se deben controlar dentro y fuera del centro generador. Tipos:

- **Citostáticos:** medicamentos, material contaminado con citostático.
- **Restos sustancias químicas:** pilas, termómetros, disolventes, reactivos químicos, baños revelado radiografía, medicamentos, lubricantes.
- **Medicamentos caducados.**
- **Aceites minerales y sintéticos.**
- **Residuos con metales.**
- **Residuos radiactivos:** recogida/eliminación exclusiva ENRESA.
- **Restos anatómicos humanos con entidad:** cadáveres y restos con entidad procedentes de abortos, operaciones quirúrgicas (gestión regulada).

CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

- > **Realice la/as vacunación/es de forma periódica** o según calendario previsto.
- > **Ayudar al sistema inmune, consumiendo frutas y verduras** con alto contenido en vitamina C (por ejemplo, naranjas, mandarinas, cerezas, etc.)
- > **Evitar cambios bruscos de temperatura** que favorecen la aparición de cuadros gripales.





RIESGOS COLECTIVOS. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS

Los **plaguicidas** son un variado número de **sustancias químicas** que el hombre utiliza para **proteger** a las personas, los animales y las plantas de los efectos negativos de otros seres vivos.

Una **plaga** es un **conjunto de seres vivos** que, por su abundancia y/o sus características, pueden ocasionar **problemas** sanitarios, molestias, perjuicios o pérdidas económicas a las personas.

CAUSAS

Para el control de plagas, tradicionalmente se utilizaban los plaguicidas como primera línea de actuación, incluso de forma periódica preventiva sin detectarse ningún problema de plaga. Esto causó diversos accidentes de gravedad, geriátricos incluidos, debido a la incorrecta aplicación de estos productos químicos.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Actualmente, la tendencia es utilizar el método de la **Lucha Integrada** que se define como el uso coordinado de la información sobre la plaga y sobre el medio ambiente, con los métodos de control de plagas disponibles, para prevenir niveles inaceptables de los daños ocasionados por las plagas, mediante los medios más económicos y con el menor riesgo a las personas, sus propiedades y el medio ambiente. Por tanto, se priorizan las medidas para evitar plagas como orden y limpieza, control y buen mantenimiento de las estructuras del edificio (sellar grietas, revisar tuberías, formación de los usuarios, etc.). Si finalmente, el responsable técnico de la empresa de control de plagas establece la necesidad de aplicar plaguicidas se deben priorizar las medidas que generen menos riesgo para las personas. Se debe comprobar que la empresa de control de plagas está inscrita en el registro de la Generalitat de Catalunya.





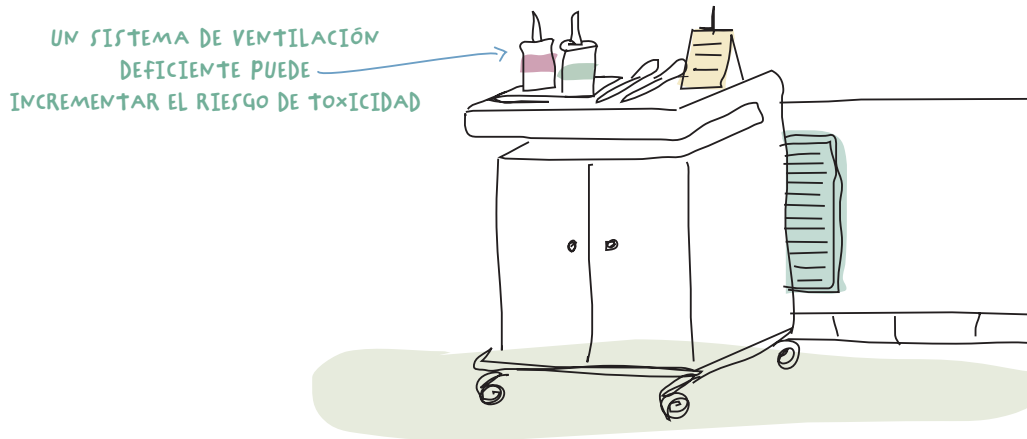
RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

En el caso de **aplicar medidas químicas**, esta empresa debe aportar información sobre el plaguicida que utilizará, su número de registro de plaguicidas, la zona y la técnica de aplicación del producto, las medidas de precaución y seguridad que se adoptarán antes, durante y después del tratamiento, el término de seguridad del plaguicida (periodo de tiempo que ha de transcurrir desde que se ha aplicado el plaguicida hasta que se puede entrar en la zona afectada), la fecha en la que se efectuará y el nombre del técnico responsable de la aplicación, así como el de los auxiliares que intervendrán en la aplicación.

La **empresa usuaria** por su parte, debe evaluar el riesgo, teniendo en cuenta la información recibida, tomar las medidas de precaución y seguridad, por ejemplo: desconectar los sistemas de aire acondicionado, etc., asegurarse que no hay trabajadores, ni pacientes, ni productos alimentarios, ni utensilios que puedan ser afectados. Comunicar la aplicación a todo el personal e informar de las actuaciones y pasos a realizar en caso de accidentes o incidente: medidas de emergencia, primeros auxilios, comunicación de síntomas, etc.

EFFECTOS PARA LA SALUD.

Las consecuencias de la exposición a plaguicidas pueden ser muy variadas y dependen entre otros factores del tipo de producto utilizado, la cantidad del producto, el tiempo de exposición, la propia persona expuesta, etc.





Problemas **dermatológicos**: aumento de sudor, picores, erupción cutánea, y color azulado en la piel.

Problemas **neurológicos** tales como mareos, dolores de cabeza, temblores, depresión y pérdida de conciencia, nerviosismo, convulsiones, desmayos, gesticulaciones, parálisis y rigidez en los miembros, pérdida de fuerza.

Problemas **oculares** tales como visión borrosa y lagrimeo.

Problemas **cardio-respiratorios** como palpitaciones, sensación de ahogo, tos, aumento de expectoración, dolor torácico, pitos y roncros.

Molestias y problemas **digestivos** como salivación, molestias faríngeas, náuseas y vómitos, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento.

Y de forma crónica, Síndrome por exceso de estrógenos (alteraciones del ciclo menstrual, impotencia masculina, etc.), Síndrome neuropsicológica (cefalea frontal, reflejos disminuidos, pérdida de fuerza, etc.) Síndrome de estimulación de la autoinmunidad, Síndrome de hipersensibilidad química (los afectados no pueden estar cerca de productos químicos; ambientadores, desodorantes, etc.)

CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

En caso de emergencia, retirar del lugar contaminado al accidentado, tomando las medidas de precaución necesarias para que no se produzcan más accidentados. Avisar a los servicios de urgencia y darles toda la información disponible sobre la sustancia química y su aplicación.



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

RIESGOS COLECTIVOS IDENTIFICACION DEL RIESGO: RIESGO PSICOSOCIAL

La legislación sobre prevención de riesgos laborales **incluye entre estos a los riesgos de carácter psicosocial.**

En un centro geriátrico hay ocupaciones en las que estos riesgos son más relevantes, pero inicialmente ha de considerarse como un riesgo colectivo. Podemos encontrarnos con diferentes factores de riesgo según el grupo laboral, factores que son capaces de deteriorar la calidad de vida laboral o grado de satisfacción, así como la salud física y mental de todos sus trabajadores que atienden a personas mayores.

CAUSAS

- > **Condiciones físicas** del puesto de trabajo.
- > **Estilo de dirección** y organización del trabajo.
- > **Ubicación** del centro de trabajo.
- > **Escasa motivación económica.**
- > **Características del usuario mayor:** La exigencia física o mental del trabajo es diferente, según se trate de usuarios enfermos y/o dependientes o usuarios sanos y/o independientes.
- > **Sobrecarga de trabajo** (la carga de trabajo debe planificarse según los ratios establecidos para este colectivo).
- > **Relaciones interpersonales conflictivas** y comunicación insuficiente.
- > **Horarios de trabajo.**
- > **Conflicto de roles.**
- > **Carencias formativas.**

EL CONFLICTO DE ROLES
PUEDE SER UNA DE LAS
CAUSAS DEL RIESGO
PSICOSOCIAL





geriátricos Y LA PREVENCIÓN EN EL TRABAJO

MEDIDAS PREVENTIVAS

- > **Mejora de condiciones físicas del trabajo:** Diseño ergonómico de puestos con suficiente espacio e iluminación.
- > **Organización del trabajo.**
- > **La carga de trabajo debe planificarse** respetando los ratios establecidos para el colectivo.
- > Los turnos de trabajo deben permitir a todo el personal del centro **tener las horas de sueño necesarias.**



- > **Conciliación de la vida laboral y socio-familiar.**



- > **Formación y entrenamiento en prácticas de afrontamiento al estrés.** Relajación física y mental.
- > **Crear y mantener mecanismos de apoyo social** para todo el personal del centro.

CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

- > **El efecto de los riesgos psicosociales en la salud es amplio y diverso,** pero hoy se está de acuerdo en que la actividad física disminuye de forma significativa el efecto del estrés en el organismo, por ello se recomienda la práctica regular de ejercicio físico.
- > **Conviene mantener un horario regular en las comidas.**
- > **Inicie su trabajo tras alimentarse bien para evitar estados de irritabilidad asociados a estados de hipoglucemia.**



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

5.2. RIESGOS ESPECÍFICOS

ADEMÁS DE LA EXPOSICIÓN A RIESGOS COLECTIVOS, EL TRABAJADOR QUE REALIZA TRABAJOS ASISTENCIALES ESTÁ EXPUESTO A RIESGOS ESPECÍFICOS EN RELACIÓN CON SU OCUPACIÓN EN PARTICULAR EN EL CENTRO GERIÁTRICO.



UN EJEMPLO DE LO ANTERIOR ES EL/LA ENFERMERO/A, CUYA ACTIVIDAD LABORAL LO EXPONE MÁS AL CONTACTO CON RIESGOS BIOLÓGICOS, MÁS ESPECÍFICAMENTE A PINCHAZOS CON AGUJAS, SOBRESFUERZOS POR MANIPULACIÓN DE ENFERMOS Y RIESGOS PSICOSOCIALES, COMO AGRESIONES VERBALES Y RELACIONES INTERPERSONALES.

A CONTINUACIÓN, CADA RIESGO ESPECÍFICO SE EXPONE CON SUS CAUSAS, SUS MEDIDAS PREVENTIVAS, CONSEJOS MÉDICOS LABORALES Y LA OCUPACIÓN O PUESTO DE TRABAJO QUE SE ENCUENTRA EXPUESTA AL RIESGO.





RIESGOS ESPECÍFICOS HIGIÉNICOS

A. IDENTIFICACION DEL RIESGO: EXPOSICIÓN A SUSTANCIAS QUÍMICAS



PUESTOS DE TRABAJO EXPUESTOS:

PERSONAL ASISTENCIAL
PERSONAL DE LIMPIEZA Y
MANTENIMIENTO

En el mundo sanitario y en los geriátricos en particular, a menudo se utilizan productos químicos sin que sean considerados como tales y sin tener la precaución necesaria. Por ejemplo, los medicamentos son productos químicos, que para los pacientes son beneficiosos, pero para el personal pueden provocar perjuicios. Así mismo, los productos de desinfección y de limpieza también deben ser tratados como

productos químicos, con riesgos que pueden provocar problemas para la salud de los trabajadores.

EJEMPLO DE SUSTANCIAS QUÍMICAS EN GERIÁTRICOS:

- > **Glutaraldehído:** usado para la esterilización de material clínico delicado y superficies. Es irritante de vías aéreas altas, puede producir dermatitis y es sensibilizante.
- > **Pentamidina:** para el tratamiento de neumonía, administrada mediante nebulizador. Puede provocar efectos irritativos de vías aéreas altas e incluso asma.
- > **Mercurio:** procedente de la rotura de termómetros o manómetros. Puede producir desde leves alteraciones digestivas, gingivitis, anorexia, hasta desordenes neurológicos graves.
- > **Compuestos citostáticos** para el tratamiento de cáncer. Pueden producir efectos mutagénicos, carcinogénicos o teratogénicos (que producen alteraciones en el material genético, cáncer y alteraciones en las células reproductivas que pueden producir malformaciones en la descendencia).
- > **Lejía:** para la desinfección de los lugares de trabajo. Puede ser tóxico e irritante.



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

Por tanto, es **imprescindible** que los trabajadores tengan conciencia de los productos químicos que utilizan en su trabajo, **conozcan sus riesgos** y las **medidas de prevención** para cada uno de ellos.

Estos productos pueden ser tóxicos, nocivos, irritantes, sensibilizantes y dependen de la dosis, el tiempo de exposición, la vía de entrada al organismo, etc.

Esta información se puede encontrar en la **etiqueta del producto**, junto a una serie de símbolos o dibujos que identifican los peligros de la sustancia que contiene el envase:



Explosivo: Sustancias químicas que reaccionan violentamente, produciendo explosiones. El detonante puede ser un golpe de calor, una chispa, una llama o un golpe.



Inflamable: Se trata de un producto que arde a temperatura inferior a 0° si es extremadamente inflamable o a 21° C si es fácilmente inflamable.



Comburente: producto que ayuda a la combustión de otros productos, ayudando a mantener el fuego. Los comburentes alimentan la combustión de los productos inflamables y, por tanto, deben estar separados unos de otros.



Tóxico: las sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea en pequeña cantidad pueden provocar efectos agudos o crónicos e incluso la muerte.



Nocivo: las sustancias y preparados que, por inhalación, ingestión o penetración cutánea puedan provocar efectos agudos o crónicos e incluso la muerte.



Corrosivo: producto que provoca quemaduras o lesiones en la piel o las mucosas, ya que destruye los tejidos.



Peligroso para el medio ambiente: producto que afecta al medio ambiente, siendo tóxico para los animales o las plantas. Puede afectar a la tierra o al aire.

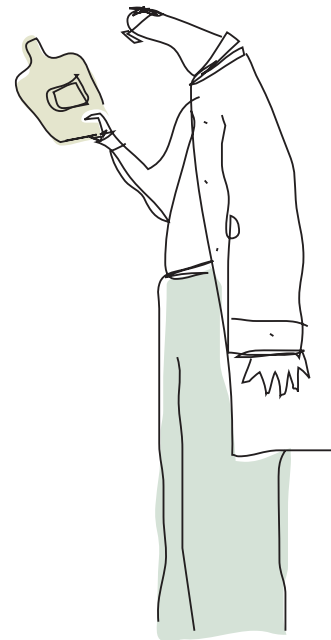


Todo recipiente que contenga un producto químico peligroso debe llevar obligatoriamente, una etiqueta bien visible en su envase en el idioma oficial del estado, con la siguiente información:

- nombre de la sustancia o del preparado
- nombre , dirección y teléfono del fabricante o importador.
- **Frases R:** que permiten complementar e identificar determinados riesgos mediante su descripción. Por ejemplo: R36. Irrita los ojos R40. Posibilidad de efectos irreversibles. R 10. Inflamable
- **Frases S:** a través de consejos de prudencia establecen medidas preventivas para la manipulación y utilización. Por ejemplo: S2. Manténgase alejado del alcance de los niños. S15. Conservar alejado del calor. S 29. No tirar los residuos por el desagüe.

Para completar la información de la etiqueta, en los puestos de trabajo también se debe disponer de la **Ficha de Seguridad Química**. Dicha ficha debe facilitarse obligatoriamente con la primera entrega de un producto químico peligroso y se compone de 16 apartados que incluyen la información disponible de acuerdo con las directrices indicadas en la normativa:

- Proporcionan datos que permiten **identificar el producto** y al fabricante o suministrador, así como un número del teléfono donde efectuar consultas de emergencia.
- Informan sobre los **riesgos y peligros del producto** respecto a:
 - Inflamabilidad y reactividad.
 - Toxicidad
 - Posibles lesiones por inhalación, ingestión o contacto dérmico.
 - Ecotoxicidad.
- **Forman al usuario** del producto sobre:
 - Comportamiento y características.
 - Correcta utilización (manipulación, almacenamiento, eliminación, etc.)
 - Controles de exposición
 - Medios de protección (individual o colectiva) a utilizar en el caso de que el control no fuera del todo eficaz o en caso de emergencia.





RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

- Actuaciones a realizar en caso de accidente: extintores adecuados contra incendio, control y neutralización de derrames, etc.



LOS PRODUCTOS QUÍMICOS SE ALMACENARÁN EN UN LUGAR ADECUADO, PROTEGIDO DEL CALOR Y DEL SOL

CAUSAS

- > Desconocimiento de la capacidad dañina de los productos químicos.
- > Manipulación inadecuada de productos químicos.
- > Formación insuficiente sobre las medidas preventivas a tomar durante su utilización.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- > Tener acceso y saber interpretar la **etiqueta y la ficha de seguridad** química de los productos que se utilicen.
- > Mantener el producto en su **envase original**, conservando legible su etiqueta.



- > Utilizar **equipos de protección** adecuados a cada producto, según su ficha de seguridad química; guantes, mascarilla, máscara facial, etc.
- > **Lavado de manos** después de cualquier actividad que implique exposición o contacto con productos químicos.
- > Realizar los **procedimientos de trabajo** de forma segura, siguiendo los protocolos de trabajo del centro.
- > Establecer la **prohibición de fumar, comer y beber** durante la manipulación de productos químicos.
- > **No oler** los productos químicos.
- > **Almacenar** los productos químicos en un lugar adecuado, protegido del calor y del sol y en estanterías de altura accesible a los trabajadores. Mantener las cantidades imprescindibles.
- > Exponer de forma visible el **protocolo de emergencia** ante derrames y contacto con productos químicos y primeros auxilios.
- > Los trabajadores deben recibir **información y formación** del riesgo de los productos químicos utilizados y cómo prevenirlos.





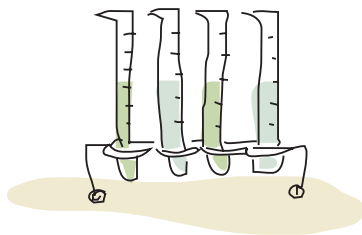
RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

LOS PRODUCTOS QUÍMICOS SON NECESARIOS EN LA VIDA LABORAL Y COTIDIANA, PERO USARLOS DE FORMA SEGURA ES VITAL.



> Las medidas para los primeros auxilios y la auto asistencia se deben explicar cuidadosamente a todos los trabajadores expuestos al riesgo, mediante SECCIONES formativas prácticas, en las que se definan las situaciones en que será necesario intervenir con atención médica de urgencia y cuáles serán las medidas que deberán aplicarse en tales intervenciones.



← LOS PRODUCTOS QUÍMICOS SON NECESARIOS EN LA VIDA LABORAL Y COTIDIANA, PERO USARLOS DE FORMA SEGURA ES VITAL

> Durante la manipulación de productos químicos no deben llevarse lentes de contacto, ya que en caso de accidente por salpicaduras o vapores, pueden fundirse y aumentar el riesgo de lesiones oculares.

> El secado de las manos es preferible hacerlo con papel desechable o secadores de aire, lugar de toallas.

CUALQUIER SÍNTOMA O ALTERACIÓN DE LA SALUD QUE SE RELACIONE CON EL/LOS PRODUCTOS QUÍMICOS DEBE COMENTARSE A SU SERVICIO DE SALUD LABORAL.





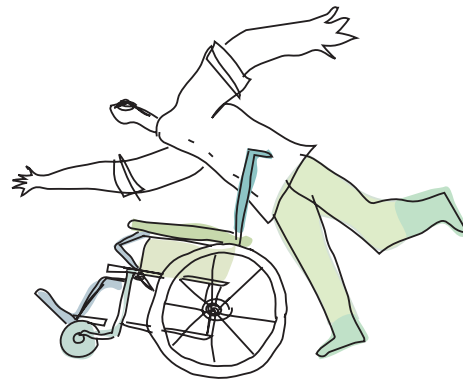
RIESGOS ESPECÍFICOS DE SEGURIDAD

B. IDENTIFICACION DEL RIESGO: GOLPES CONTRA OBJETOS

PUESTOS DE TRABAJO
EXPUESTOS:
TODO EL PERSONAL

CAUSAS

- > **Dimensiones insuficientes** de los lugares de trabajo.
- > **Mala disposición del mobiliario** con relación a las áreas de desplazamiento en el trabajo con medios mecánicos, como sillas de ruedas.
- > **Iluminación insuficiente.**



MEDIDAS PREVENTIVAS

- > **Dimensionar adecuadamente los lugares de trabajo.**
- > **Organizar el mobiliario de forma que facilite los desplazamientos habituales de trabajo.**
- > **Iluminación adecuada** a la actividad.
- > **Mantener orden y disposición de objetos** o equipos de trabajos.
- > **Las habitaciones del centro deben tener las dimensiones mínimas** requeridas en centros de la tercera edad.



HAY QUE ORGANIZAR EL
MOBILIARIO DE FORMA QUE
FACILITE LOS DESPLAZAMIENTOS
HABITUALES DE TRABAJO



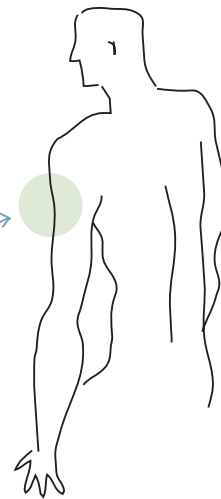
RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

Los golpes contra personas u objetos pueden producir aplastamiento y rotura de vasos sanguíneos de músculos. **La gravedad depende en su mayor parte de dónde se ha recibido el golpe.**

NO CONFUNDIR CONTUSIÓN (DAÑO QUE RECIBE UNA PARTE DEL CUERPO POR UN GOLPE QUE NO CAUSA HERIDA EXTERIOR) CON HEMATOMA, YA QUE ESTE ÚLTIMO ES EL SÍNTOMA VISIBLE QUE PUEDE SER CAUSADO POR UNA CONTUSIÓN, PERO TAMBIÉN POR UNA FRACTURA, UNA LUXACIÓN, UN DESGARRO MUSCULAR.

NO CONFUNDIR CONTUSIÓN
CON HEMATOMA



> **Aplicar frío** (no hielo), seguido en ocasiones de un vendaje compresivo que no debe mantenerse más de 20 minutos.

> Si no hay lesión cutánea, **aplicar una pomada o un spray** antiinflamatorio y antidolor.

> Si el golpe se ha recibido en una pierna, ésta **debe mantenerse en alto durante algunas horas.**

> **No aplicar masajes.**

> Ante golpes que ocasionan contusiones graves o leves, pero cuyos síntomas persisten, **debe consultarse inmediatamente al médico.**

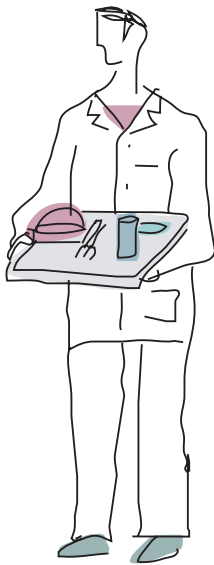
ANTE GOLPES QUE OCASIONAN CONTUSIONES GRAVES O LEVES, PERO CUYOS SÍNTOMAS PERSISTEN, DEBE CONSULTARSE INMEDIATAMENTE AL MÉDICO





C. IDENTIFICACION DEL RIESGO: EXPLOSIÓN DE BOMBONAS DE OXIGENO

PUESTOS DE TRABAJO EXPUESTOS: TODO EL PERSONAL



CAUSAS

- > **Mala organización y mantenimiento** del lugar de almacenamiento o utilización de bombonas de oxígeno.
- > **Proximidad de bombonas de oxígeno a materiales inflamables** y/o productos inadecuados
- > **Disposición inadecuada de las instalaciones** del centro.

MEDIDAS PREVENTIVAS

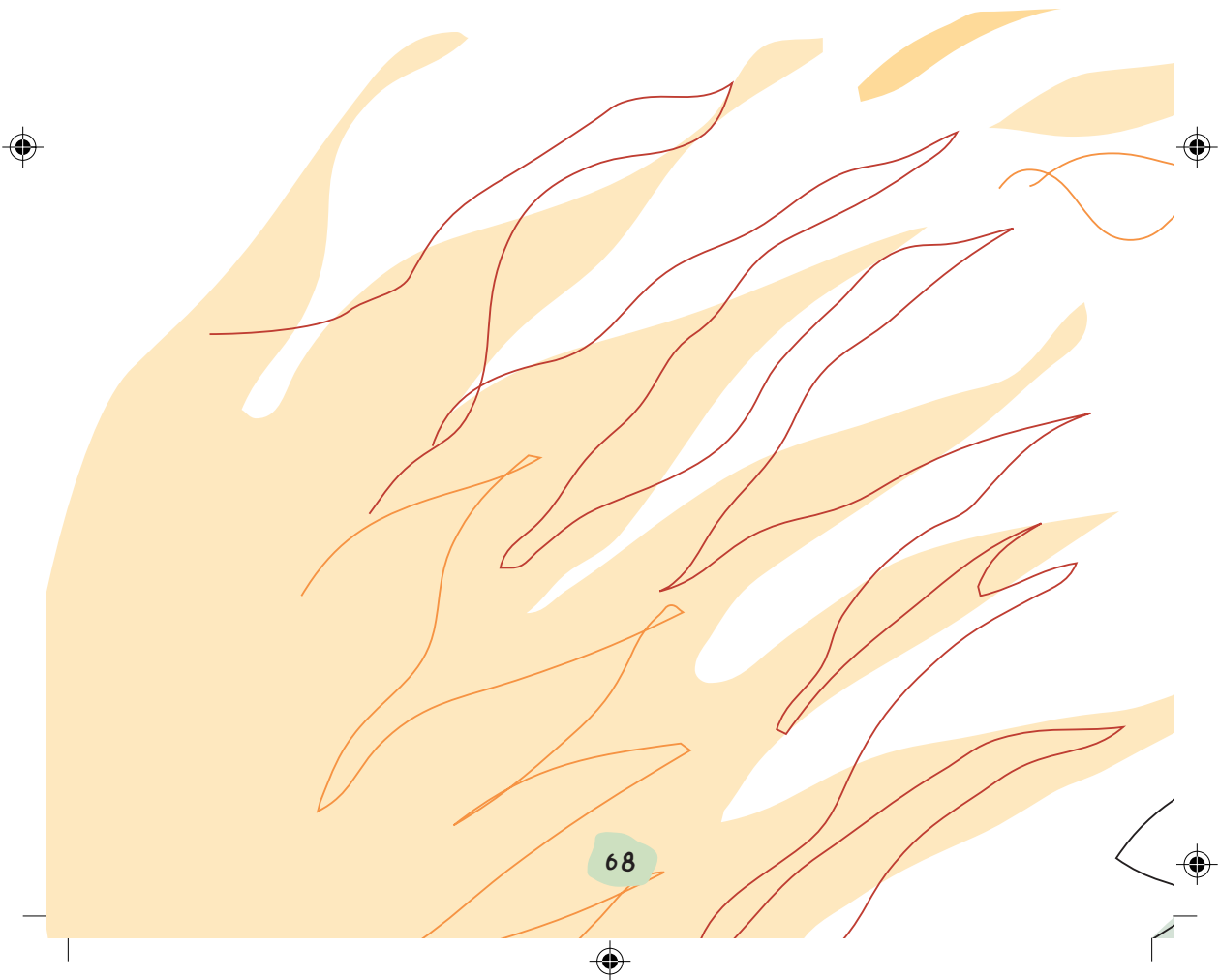
- > **Evitar siempre el uso de materiales inflamables** en proximidad a las bombonas de oxígeno.
- > **Realizar el mantenimiento y la limpieza con productos adecuados** que no sean inflamables, ni pastosos.
- > **Evitar el uso de productos grasos:** cremas, vaselinas, pomadas ante la exposición al oxígeno comprimido.
- > **Revisar y comprobar periódicamente el buen estado** de funcionamiento de los sistemas de ventilación de las habitaciones.
- > **Los depósitos de oxígeno deben estar en sitios ventilados** adecuadamente y a mínimo 2 metros de distancia de fuentes de calor y de llamas.
- > **Explicar a los residentes** o pacientes que deban utilizar bombona de oxígeno, los riesgos y las medidas de prevención de su uso. Controlar que los usuarios hacen un buen uso de las botellas. Por ejemplo: no fumar cerca de la bombona”.





RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

- > Las habitaciones donde se usan con mas frecuencia depósitos de oxígeno **deben tener extintores a fácil alcance.**
- > Los depósitos de oxígeno deben permanecer y transportarse **siempre en posición vertical.**
- > **Los filtros de entrada de aire deben limpiarse** una vez por semana.
- > **Debe desconectarse el dispensador de oxígeno** y cerrarlo cada vez que deje de usarse.
- > **Se establecerán unos periodos de calibración y mantenimiento** de los aparatos para asegurar su correcto funcionamiento, según indique el fabricante.

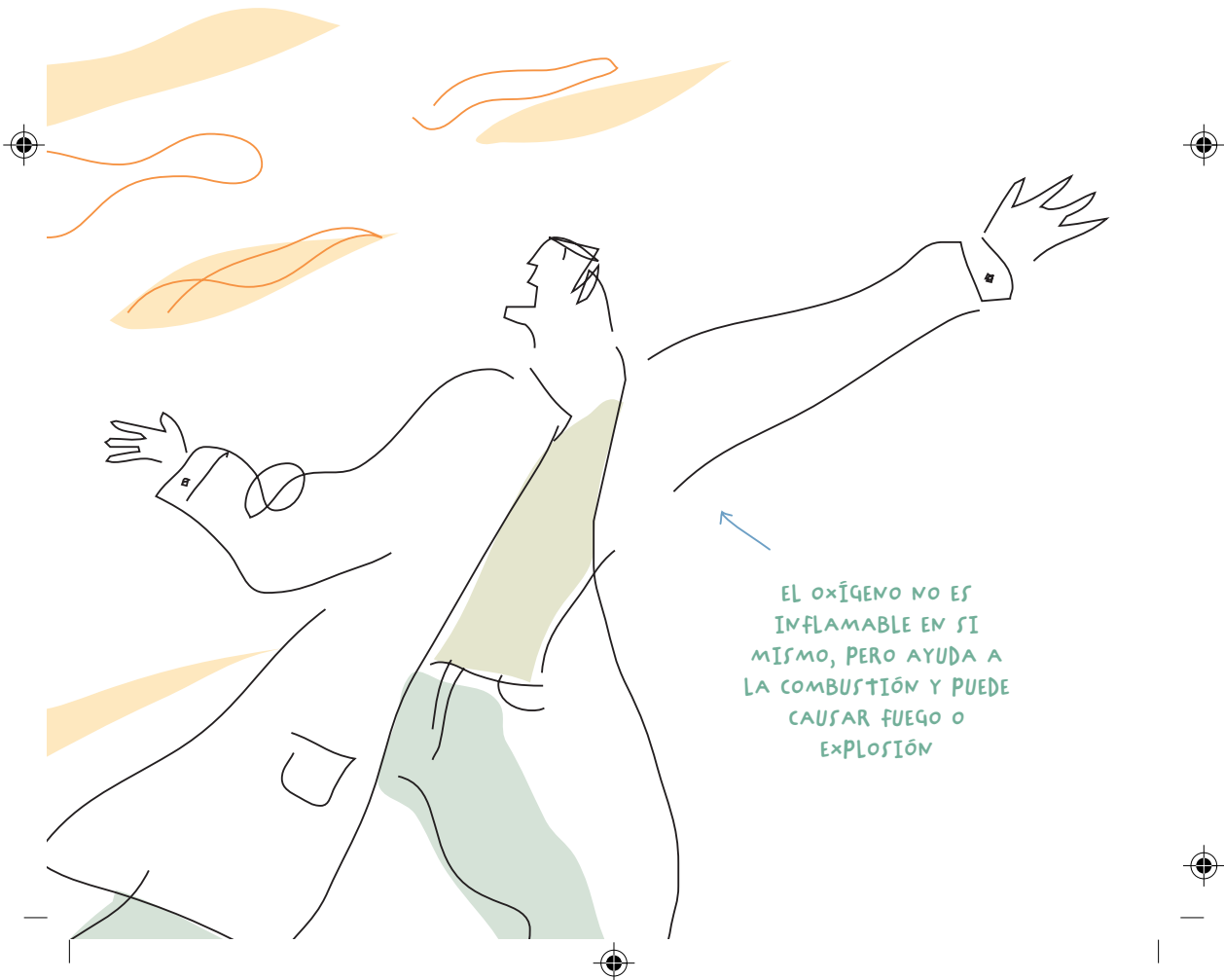


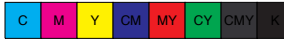


CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

El oxígeno es un gas incoloro, inodoro e insípido, por lo que la presencia de una atmósfera sobreoxigenada no es detectable por los sentidos, además de no producir efectos fisiológicos que puedan delatar su presencia en la atmósfera.

El oxígeno puede impregnar las ropas de los trabajadores sin que exista señal física de ello, no es inflamable en si mismo, pero ayuda a la combustión y puede causar fuego o explosión.

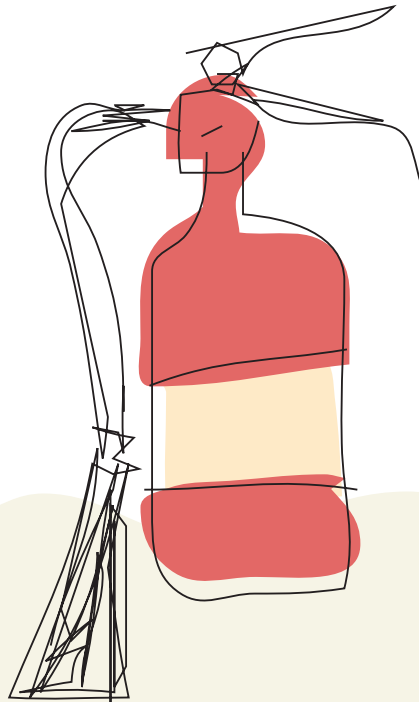




RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

Actuación en el caso de incendio por oxígeno:

- > **Eliminar la alimentación de oxígeno.**
- > Se puede apagar el fuego por oxígeno mediante **agua a chorro y extintores de clase C y de polvo polivalente..**
- > **Si una persona arde en presencia de una atmósfera sobreoxigenada, no podrá ser auxiliada penetrando en dicha zona, debido al riesgo de que la persona que penetre, empiece a su vez a arder espontáneamente. Se recomienda en ese caso rociarlo con el agua proveniente de una manguera o de cubos, situándose a una distancia de seguridad.**
- > **Se dispondrá de duchas y baños de seguridad.**





RIESGOS ESPECÍFICOS DE ERGONOMIA

D. IDENTIFICACION DEL RIESGO: SOBRESFUERZOS MUSCULARES

PUESTOS DE TRABAJO
EXPUESTOS:
MÉDICOS/AS, ENFERMEROS/AS,
CUIDADORES GERIÁTRICOS

La manipulación de cargas se aplica también a las personas que por incapacidades físicas dependen del apoyo y manipulación manual de otra persona.



La consecuencia de una manipulación inadecuada es el **sobreesfuerzo muscular**, que en el trabajo geriátrico es un riesgo a tratar de una manera especial. Éste riesgo implica no solo manipular una carga de forma manual o mecánica, sino que implica asistir a personas bien sea en situación de enfermedad o incapacidad, situación que conlleva con frecuencia carga psicosocial para el trabajador.

Tenemos entonces una situación de riesgo de sobreesfuerzo, con dolor en la zona dorso-lumbar de la columna vertebral, acompañada por riesgo psicosocial.



En el trabajo asistencial de geriatría, la manipulación de cargas es una tarea que se efectúa con frecuencia a lo largo de los turnos de trabajo, por lo cual ciclos inadecuados de trabajo sumados a la manipulación continua de cargas, son factores de riesgos que se potencian entre si, dando lugar a lesiones osteomusculares.



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

CAUSAS

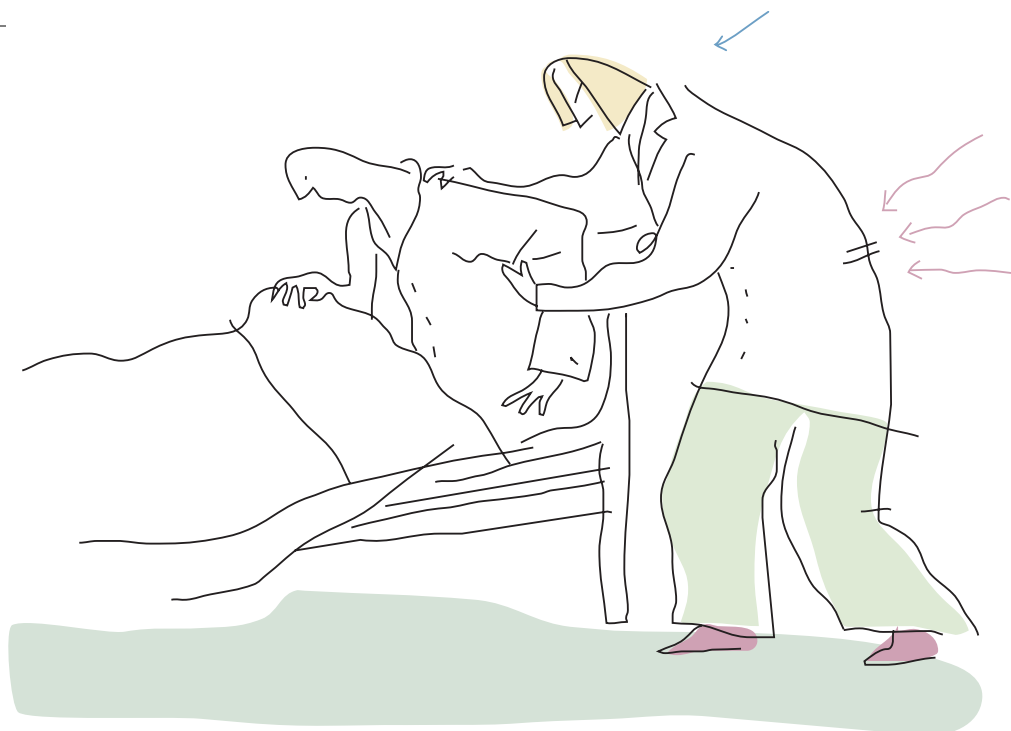
La dependencia física de personas de la tercera edad hace que **aumente el riesgo de sobreesfuerzos** durante la ejecución de tareas asistenciales de manipulación de ancianos que comportan en especial movimientos de:

- > **Levantamientos**
- > **Sostén**

Se trata de posturas inestables, realizadas de forma repetitiva a lo largo del turno de trabajo y según las necesidades del usuario, con la **consiguiente sobrecarga del aparato osteomuscular y riesgo dorso-lumbar**.

> **Los ciclos de trabajo inadecuados son un factor de riesgo muscular**, ya que no permiten al músculo recuperarse antes del siguiente periodo de trabajo, y así van iniciándose procesos de lesión muscular.

LAS POSTURAS INESTABLES CONLLEVAN LA CONSIGUIENTE SOBRECARGA DEL APARATO OSTEOMUSCULAR Y RIESGO DORSO- LUMBAR





LESIONES MUSCULARES



EL ESTRÉS Y LOS TRASTORNOS MUSCULARES PARECEN ESTAR ÍNTIMAMENTE RELACIONADOS

> **La presión de tiempo.** Es un factor de riesgo de estrés, que resulta especialmente dañino en trabajos donde se realiza manipulación manual de cargas. Si no se realizan los descansos adecuados, se dificultan los procesos de reparación del músculo.

El estrés y los trastornos musculares parecen estar íntimamente relacionados.

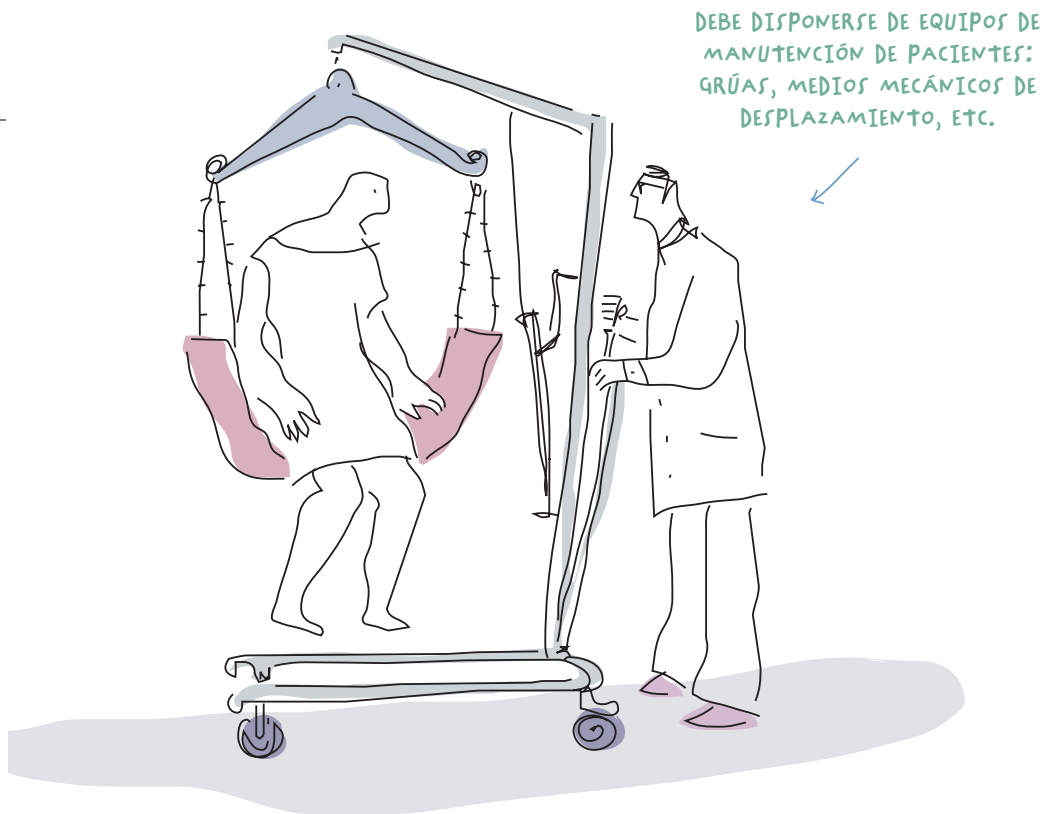


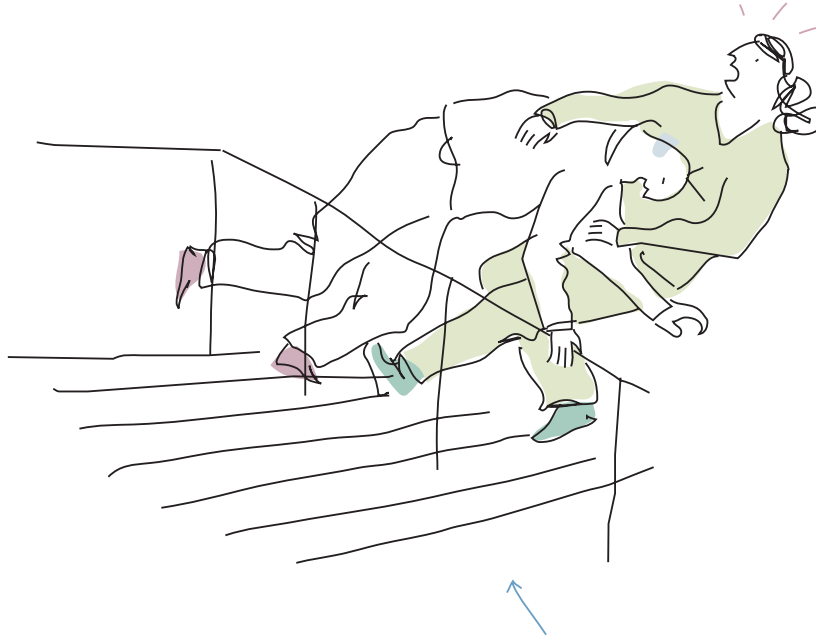
RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

MEDIDAS PREVENTIVAS

“LAS MEDIDAS PREVENTIVAS ASOCIADAS A CRITERIOS ERGONÓMICOS RECLAMAN UNA ESPECIAL IMPORTANCIA EN EL TRABAJO GERIÁTRICO”.

> **Debe disponerse de equipos de manutención de pacientes tipo grúas, medios mecánicos de desplazamiento, camas articuladas posicionables, que disminuyan todo tipo de sobrecargas musculares que tienen su origen en el peso que se manipula o en las posturas de riesgo que deben adoptarse para manipularlas; o por la combinación de ambos factores de riesgo.**





PONER EN PRÁCTICA NORMAS DE HIGIENE POSTURAL, EN ESPECIAL AQUELLA QUE NOS RECUERDA QUE HAY QUE EVITAR HACER LEVANTAMIENTOS O MANIPULACIÓN DE CARGAS EN POSICIÓN DE DESEQUILIBRIO DEL CUERPO

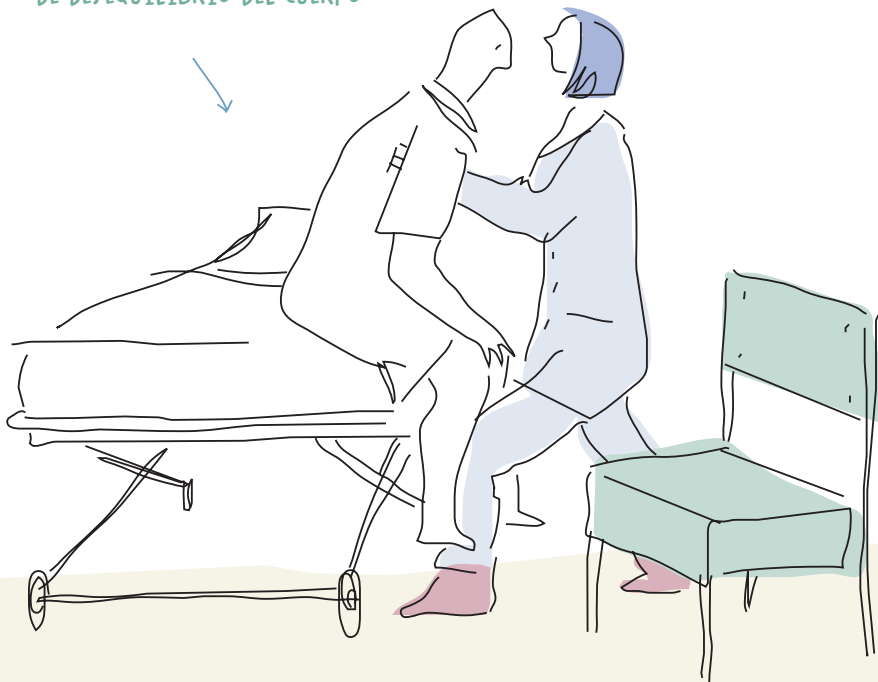
- > **Implantar programas de prevención multidisciplinario del riesgo**, de forma que junto a la optimización de medios mecánicos, se realice una buena organización del trabajo, respetando los ratios establecidos y los turnos, en especial en trabajadores que cubren el turno de noche.
- > **El ratio de personal de atención directa por usuario, debe seguir lo estipulado por el Decreto 202/2000.** El ratio de personal de atención directa por usuario del centro debe ser de 1/9, 1/5 ó 1/6, variando de acuerdo a las características de los usuarios.
- > **Iniciación y mantenimiento de Programas médico preventivos de higiene postural en la empresa.**



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

- > **Poner en práctica normas de higiene postural**, en especial aquella que nos recuerda que hay que evitar hacer levantamientos o manipulación de cargas en posición de desequilibrio del cuerpo.
- > El ratio aplicable a personal de atención directa por usuario incluye a: **personal cuidador, personal sanitario, monitores de actividades y personal de trabajo social**. No obstante, no deben eludirse medidas preventivas en las demás actividades laborales del centro geriátrico.

EVITAR HACER
LEVANTAMIENTOS O MANIPULACIÓN
DE CARGAS EN POSICIÓN
DE DESEQUILIBRIO DEL CUERPO

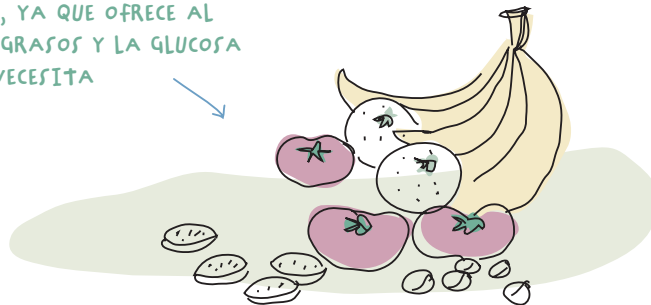




CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

> **Una dieta balanceada mejora la actividad física**, ya que ofrece al músculo los ácidos grasos y la glucosa que él necesita de forma simultánea para realizar el trabajo muscular. Aporta además electrolitos como el sodio, el potasio, el cloro y el magnesio, además de proteínas y vitaminas.

UNA DIETA BALANCEADA MEJORA LA ACTIVIDAD FÍSICA, YA QUE OFRECE AL MÚSCULO LOS ÁCIDOS GRASOS Y LA GLUCOSA QUE ÉL NECESITA



> **La disminución de potasio se asocia con debilidad muscular.** Alimentos en la dieta como naranjas, bananas y tomates ayudan a recuperarla.

> **Hidratarse es fundamental**, ya que perdemos agua por medio del sudor durante la actividad física.

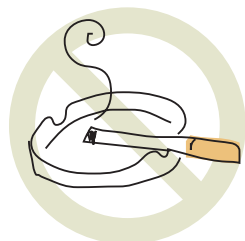
> **Realizar actividad física para mantener la flexibilidad y elasticidad del cuerpo**, tipo Pilates, yoga, thai chi....

> **Relajarse con la familia**, los amigos.

> **Relajarse mediante técnicas más específicas de relajación muscular** ayuda en la recuperación del tono muscular, después de lesiones por contracturas mantenidas.

> **Practicar una postura correcta** en todas las actividades cotidianas.

> **NO FUMAR:** El tabaco ES PERJUDICIAL para el músculo.



HAY QUE EVITAR EL CONSUMO DE TABACO YA QUE ES PERJUDICIAL PARA LA MUSCULATURA



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

E. IDENTIFICACION DEL RIESGO: PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS (PVD)

PUESTOS DE TRABAJO
EXPUESTOS:
PERSONAL DE
ADMINISTRACIÓN

CAUSAS

> El uso de pantallas de visualización de datos en puestos de trabajo mal diseñados incrementa el riesgo de sobreesfuerzo muscular y visual del trabajador, debido a los movimientos de cabeza y ojos, reacciones de las pupilas y pulsaciones de teclado, que se debe realizar durante la actividad frente a ordenadores.

> Aunque no es la actividad laboral principal de este colectivo de trabajadores, sí es un factor de riesgo a tener en cuenta, ya que se suma al riesgo de sobreesfuerzo por manipulación de pacientes.

MEDIDAS PREVENTIVAS

> **Diseño ergonómico del puesto de trabajo**, que garantice la acomodación del ordenador a las capacidades y condiciones de los trabajadores que lo usan en los diferentes turnos.

> **Nivel adecuado de iluminación general**, que no provoque deslumbramientos o reflejos.

> **Alejar los focos de ruido del puesto de trabajo.**

> Es aconsejable trabajar con una **temperatura ambiental entre 19° y 24°C** y una humedad relativa entre el 40% y 70%.

> **Formación en higiene postural** y práctica de las posturas de trabajo adecuadas.

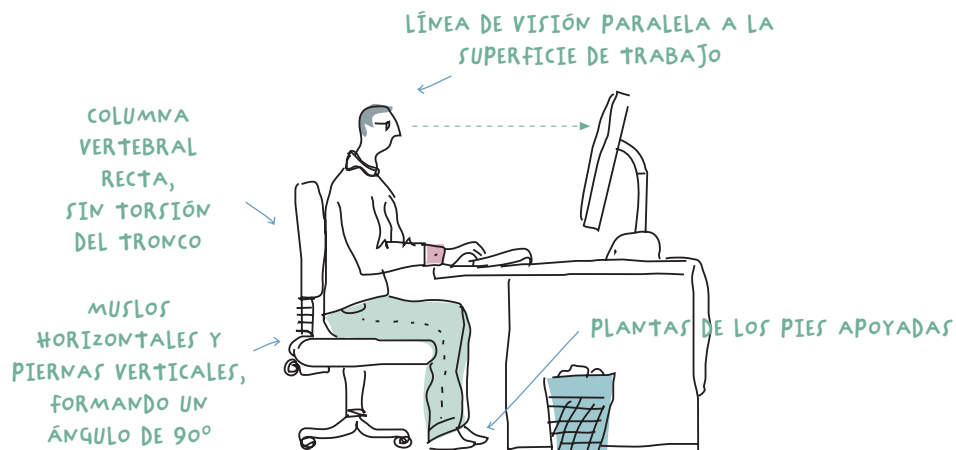




- > Emplear **elementos auxiliares** si fuera necesario:
 - Reposapiés**, para los trabajadores que una vez regulado su puesto de trabajo en referencia con la silla y la mesa, no llegan al suelo y necesitan tener un apoyo.
 - Atriles** para pasar datos al ordenador.
 - Reposamuñecas** para favorecer la correcta alienación de la muñeca con el teclado.
 - Auriculares para teléfono** si se realizan tareas ofimáticas y telefónicas simultáneamente.

LA POSTURA ES LA ORGANIZACIÓN DE HUESOS, MÚSCULOS, ARTICULACIONES Y TENDONES DEL CUERPO. PUEDE ADOPTARSE LA QUE SE DESCRIBE A CONTINUACIÓN, PERO TAMBIÉN CUALQUIER OTRA QUE NO SUPONGA SOBRESFUERZOS:

- > **Muslos horizontales y piernas verticales**, formando un ángulo de 90°.
- > **Brazos verticales y antebrazos horizontales**, formando un ángulo recto desde el codo.
- > **Antebrazo y mano en línea recta.**
- > **Manos relajadas**, sin extensión, ni desviación lateral.
- > **Columna vertebral recta**, sin torsión del tronco.
- > **Plantas de los pies apoyadas.**
- > **Línea de visión paralela** a la superficie de trabajo.
- > **Cuerpo no aprisionado** entre la silla y la mesa.
- > Organización del trabajo que permita **intercalar pausas de descanso** a lo largo del turno laboral.





RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

CONSEJOS MÉDICOS LABORALES

Los síntomas referidos por los trabajadores que utilizan ordenadores van desde **trastornos visuales como picores, visión borrosa, dolores a nivel cervical, dorso-lumbar y muñecas** hasta estrés, que afectan su salud y causan bajas laborales y disminución del rendimiento laboral.

El origen de esta sintomatología se asocia al abuso o a un mal uso del ordenador, haciendo que por ejemplo algunas deficiencias visuales progresen a lesiones más o menos graves.

- > **El primer consejo médico-laboral es realizar una revisión oftalmológica.**
- > **Si ya sufre algún problema en la visión**, es mejor utilizar corrección visual especialmente destinada al uso del ordenador, según indique su oftalmólogo.
- > **Descansos de cinco minutos cada hora.** Durante estas breves pausas enfoque la visión en escenas lejanas.

DESCANSOS
DE CINCO
MINUTOS
CADA HORA





EJERCICIOS OCULARES:

1. SIN PRESIONAR, CIERRE LOS OJOS CON LA PALMA DE LAS MANOS.
2. SIÉNTESE CORRECTAMENTE Y DIRIJA LA MIRADA AL FRENTE.
3. SIN GIRAR EL CUELLO, DIRIJA LA MIRADA HACIA LA IZQUIERDA Y HACIA LA DERECHA.

EJERCICIOS PARA MUÑECAS Y DEDOS:

PARA ALIVIAR EL DOLOR Y PREVENIR INFLAMACIONES COMO LA TENDINITIS, CONVIENE LAVARSE LAS MANOS FRECUENTEMENTE CON AGUA FRÍA; ELLO AYUDARÁ A LA CIRCULACIÓN.

CONVIENE LAVARSE
LAS MANOS FRECUENTEMENTE
CON AGUA FRÍA,
ELLO AYUDARÁ A LA
CIRCULACIÓN





RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

MEDIDAS ERGONÓMICAS DE PREVENCIÓN EN LOS ESPACIOS DE TRABAJO



Los espacios de trabajo donde se realizan a menudo las tareas del personal sanitario, mayoritariamente no están diseñados para el confort de los trabajadores, sino de los pacientes. Hay que tomar medidas para que los trabajadores puedan adaptar al máximo su puesto de trabajo, teniendo en cuenta sus medidas antropométricas. Estas recomendaciones son aplicables a todos los espacios de trabajo, habitaciones de los pacientes, box de enfermería, control, almacén, etc.

- > Los **objetos** que han de manejarse están situados de forma que el trabajador pueda mantener una **buena postura**.
- > Hay **espacio suficiente** para que el trabajador pueda realizar los



movimientos que exija el trabajo y cambio de posturas.

> En trabajo horizontal se ha de disponer los materiales, equipos de trabajo en la **“zona operativa de trabajo”**. Esto es la zona comprendida entre 0.5 y 2 metros alrededor del cuerpo y es donde deben situarse la mayor parte de los objetos que hay que utilizar para el desarrollo de las actividades diarias.

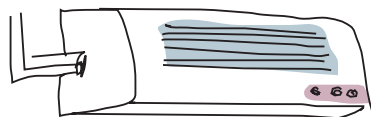
> Disponer de los **materiales** que se utilizan habitualmente ordenados y situarlos de forma que permita realizar el menor esfuerzo y posturas forzadas para alcanzarlos. También se gana tiempo y mayor eficacia en el desarrollo de las tareas y disminución de la carga mental.

> Situar la **altura de trabajo** para evitar inclinaciones forzadas del tronco. La posición es adecuada cuando permite mantener el antebrazo en posición horizontal o ligeramente inclinado hacia abajo.

> Dejar **espacio para las piernas**, tanto en el trabajo sentado, como en el trabajo de pie.

> El **asiento** debe poder regularse en altura y respaldo, con base de apoyo estable, superficie casi plana y borde redondeado, material de revestimiento transpirable, flexible y reposabrazos.

> Los niveles de confort ambiental se mantendrán con una **temperatura** entre 18 y 22°C y con **humedad** relativa entre el 40 y 60%, **velocidad del aire** entre 0.4 y 0.5 m/s.





RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

RIESGOS ESPECÍFICOS PSICOSOCIALES

F. IDENTIFICACION DEL RIESGO: ESTRÉS

PUESTOS DE TRABAJO EXPUESTOS:
 ENFERMEROS/AS,
 CUIDADORES GERIÁTRICOS,
 PERSONAL AUXILIAR

En el trabajo en el centro geriátrico son varios los factores de riesgo psicosocial que pueden afectar a los trabajadores. La sobrecarga de trabajo debido los elevados ratios enfermos/cuidador, las deficientes condiciones de trabajo, los horarios excesivos y un largo etcétera, hacen que sea necesario trabajar en implantar medidas de carácter organizativo para prevenir sus consecuencias.

El estrés laboral es el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo.



CAUSAS

- > **Condiciones de trabajo incorrectas:** iluminación, ruido, vibraciones, temperatura, humedad, ambientes contaminados, situaciones potencialmente peligrosas.
- > **Contenido de la tarea:** carga mental, falta de control de autonomía, de iniciativa personal sobre la tarea, así como en la elección de los tiempos de descanso.
- > **Organización del trabajo:** jornada de trabajo, promoción y



desarrollo profesional, malas relaciones interpersonales, ritmo de trabajo impuesto, ambigüedad de rol, conflictividad de rol, estilos de dirección y supervisión inadecuados, demandas de trabajo excesivas, existencia o no de cauces adecuados de comunicación con superiores y compañeros de su entorno laboral, inestabilidad en el empleo, realización de tareas peligrosas.

> **Personalidad del trabajador:** comportamiento del individuo ante el estrés, aspiraciones, expectativas laborales, formación, condición física, hábitos de salud.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Básicamente las medidas preventivas del estrés van en dos direcciones; modificación de la organización del trabajo y actuación a nivel individual sobre la respuesta de los trabajadores al estrés. Esta segunda opción, por sí misma, no obtiene resultados positivos duraderos, sino que viene acompañada de la modificación de la organización del trabajo, es decir, el origen principal del problema.

Medidas organizacionales:

- > **Planificación del trabajo** adecuando a las características del trabajador.
- > **Colaboración de los trabajadores** en la planificación y preparación de las tareas.
- > **Información, formación y sensibilización** de los trabajadores.
- > Crear **canales de comunicación** para que los trabajadores aporten ideas a las cuestiones relacionadas con su trabajo.
- > Asignar **tareas con sentido, estimulantes** y que permitan del desarrollo de los trabajadores.
- > **Buen clima social.**
- > Impartir **consignas de trabajo claras**, así como, las funciones, recursos, responsabilidades, definición de roles para evitar conflictos.
- > Informar sobre la **organización general** del hospital y sus objetivos.
- > **Flexibilización de horarios.** Autogestión del ritmo de trabajo. Posibilidad de realizar pausas en lugar adecuado para ello.

Medidas personales:

- > Realizar formación o terapia de afrontamiento del estrés.
- > Técnicas de relajación, etc.



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

9. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: BURN OUT o SÍNDROME DEL QUEMADO

PUESTOS DE TRABAJO EXPUESTOS:
 ENFERMEROS/AS,
 CUIDADORES GERIÁTRICOS,
 PERSONAL AUXILIAR

CONCEPTOS BÁSICOS.

El **síndrome del burnout o del quemado** consiste en un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por cansancio, sentimientos de desamparo, desesperanza, vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente, que incluyen baja autoestima, sentimientos de inferioridad, ineficacia e incompetencia y que es generado por **la exposición crónica** a un tipo de estrés laboral que aparece específicamente en aquellos profesionales que suponen una **relación interpersonal intensa** con los beneficiarios del propio trabajo, en este caso, los pacientes.

La **despersonalización** es el factor determinante del síndrome del quemado. Se trata de una actitud negativa hacia otras personas, especialmente a los pacientes y a los propios compañeros. Se les termina por tratar como a un objeto.





CAUSAS

- > **Sobrecarga** de trabajo
- > Aburrimiento. Falta de **estimulación**.
- Crisis en el desarrollo de la **carrera profesional**.
- condiciones económicas**.
- expectativas de **refuerzo** y altas expectativas de **castigo**.
- frente a filosofía humanista que se recibe durante la formación sanitaria.
- de una **alta implicación** en las realidades a las que prestan ayuda.
- psíquica**, aquella que se da por el contacto con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

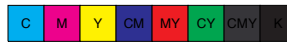


MEDIDAS PREVENTIVAS

Al igual que en el estrés, las medidas preventivas están divididas en medidas organizacionales y medidas individuales.

Medidas organizacionales:

- > Evitar las **cargas de trabajo** excesivas que ocasionen agotamiento y alteraciones, así como la falta de calidad del servicio.
- > **Soporte social**, fomentando actuaciones como información, formación, charlas entre equipos de trabajo, etc. Crear grupos de autoayuda y de trabajo de los aspectos emocionales.
- > Establecer **sistemas de acogida** con tutorías y orientación profesional, detección de problemas, resolución de conflictos, participación en la toma de decisiones, etc.
- > **Flexibilizar horarios**. Autonomía en los ritmos de trabajo.
- > Proporcionar **información y feedback** sobre el desarrollo y resultados del trabajo por parte de supervisores.
- > Establecer líneas claras de **responsabilidad**.
- > Mejorar los canales de **comunicación**.
- > **Vigilancia** de la salud para una detección precoz.



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

Medidas individuales:

- > **Reaprender** a interpretar y a manejar la realidad.
- > **Reestructuración** cognitiva.
- > **Entrenamiento** en solución de problemas en asertividad, en manejo eficaz del tiempo, en desarrollo de estrategias de control, etc.





IV. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: ACOSO PSICOLÓGICO O MOBBING

PUESTOS DE TRABAJO EXPUESTOS:
ENFERMEROS/AS,
CUIDADORES GERIÁTRICOS,
PERSONAL AUXILIAR

MOBBING O ACOSO PSICOLÓGICO

Situación en la que una o varias personas ejercen una violencia psicológica extrema, de forma **sistemática y prolongada** en el tiempo sobre alguna persona en su lugar de trabajo con la finalidad de destruirla psicológicamente y socialmente y provocar así su **renuncia** o inducirla a la **dimisión**.



Esta definición, de Heinz Leymann, es la más utilizada y acota la situación ya que establece que debe ser sistemática; como mínimo una vez a la semana y prolongada en el tiempo, como mínimo durante seis meses.

Las conductas de acoso son sutiles y variadas y por separado no presentan en sí importancia, pero en conjunto pueden destruir progresivamente la personalidad y la autoestima del hostigado hasta anularlo física, psíquica y socialmente.

FORMAS DE EXPRESIÓN DEL MOBBING.

I. Ataques a la víctima a través de medidas organizacionales: designarle los peores trabajos o los más denigrantes, trabajos innecesarios, monótonos y repetitivos, designarle tareas por debajo de sus calificaciones o habilidades o por encima, no asignar trabajo, no proporcionar la información necesaria o dar información errónea



RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

para la ejecución de su trabajo, asignar tareas en las que siempre se dependa de alguien, exceso de trabajo; establecer términos de trabajo imposibles de cumplir, etc. Tácticas de desestabilización: cambios de puesto de trabajo sin aviso previo, intentos persistentes de desmoralizar o retirar ámbitos de responsabilidad sin justificación, devaluaciones relacionadas con la edad, control estricto, etc.

2. Aislamiento social: restricción de la posibilidad de comunicación por parte de los superiores o de los compañeros, trasladarlo a un puesto de trabajo aislado, ignorar a la persona, no dirigirle la palabra, excluirla de las fiestas y otras actividades sociales.

3. Ataques a la esfera personal: críticas constantes a su vida privada. Intimidación a través de llamadas telefónicas, abrir su correspondencia, ridiculizar a la víctima imitándola o burlándose de algún defecto personal, se ataca sus actitudes y creencias políticas y/o religiosas.

4. Violencia física: acoso o violencia sexual, amenazas de violencia física, maltrato físico.

5. Agresiones verbales: gritar o insultar, críticas permanentes al trabajo y amenazas.

6. Difusión de rumores falsos y difamación personal y/o profesional: atribución de errores cometidos por los otros: comentarios maliciosos y atribución de falsas enfermedades principalmente mentales, inducción al error (tergiversación de datos y manipulación de la información)

CAUSAS

La voluntariedad de una persona o personas para acosar a un trabajador es impredecible para una empresa. Pero ésta debe garantizar unas **condiciones organizativas** que dificulten las prácticas acosadoras. Existen unas características de la organización de la empresa que favorece el acoso psicológico:





- > Organizaciones con un **método de trabajo** y producción extremadamente **pobre**.
- > Con ausencia de **interés y apoyo** por parte de los superiores.
- > Ausencia de posibilidades de **promoción**.
- > Con existencia de múltiples **jerarquías** o de líneas jerárquicas poco o mal definidas.
- > Con puestos de trabajo desdibujados, frecuentes **reestructuraciones** en la empresa
- > Con flujos pobres de información
- > **Ambigüedad de rol**.
- > Sin ningún interés por el **bienestar** del trabajador; estilos de supervisión autoritarios, cargas de trabajo excesivas, escasas posibilidades de participación, malas relaciones personales, etc.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- > Establecer una **declaración de principios** y la política empresarial con respecto al acoso, incorporándolo al régimen disciplinario.
- > Determinar un método de análisis y **resolución de conflictos** colectivo o interpersonal dentro de la empresa.
- > Potenciar la participación de los **representantes de los trabajadores** en este tema y en general a riesgos psicosociales.
- > Diseñar una política de **comunicación** fluida, transparente, justa, participativa, especialmente en los procesos de promoción y selección.
- > Estructurar y concretar las **funciones y responsabilidades** de los puestos de trabajos. Evitar la conflictividad y la ambigüedad de rol.
- > **directivos en habilidades sociales** en comunicación, asertividad, empatía, técnicas de trabajo en equipo y técnicas de resolución de conflictos.
- > Incrementar niveles de **autonomía**, capacidad de decisión y control sobre el propio trabajo.





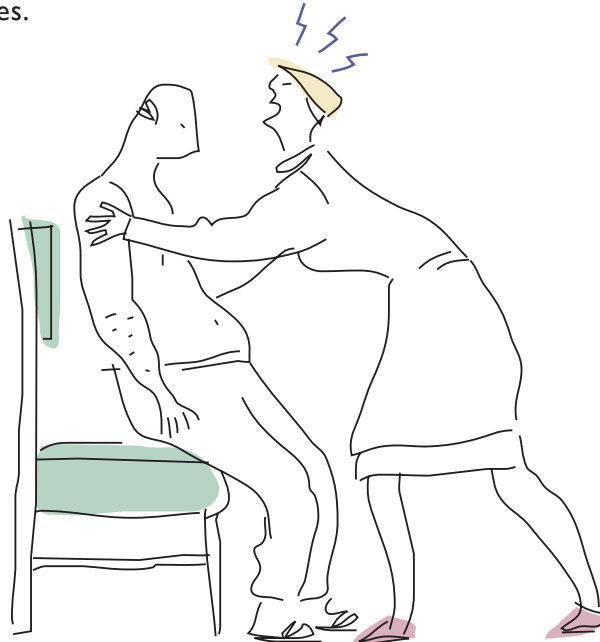
RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

I. IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO: VIOLENCIA EN EL TRABAJO

PUESTOS DE TRABAJO EXPUESTOS:
 ENFERMEROS/AS,
 CUIDADORES GERIÁTRICOS,
 PERSONAL AUXILIAR

Los trabajadores de geriátricos al trabajar con personas pueden llegar a sufrir la violencia que muestra la persona que recibe un servicio. El personal se encuentra en riesgo constante ya que surge de la **interacción con usuarios insatisfechos** del servicio o simplemente de la situación de ingreso, sea voluntario o involuntario.

Los insultos, gritos, malos modales, acoso sexual o incluso violencia física deben ser eliminados del puesto de trabajo. Se debe desterrar la idea de que en ciertas ocupaciones, como el trabajo en geriátricos, es inherente la aceptación de un cierto grado de violencia como parte del trabajo. Se deben plantear medidas para prevenir estas situaciones.





MEDIDAS PREVENTIVAS:

- > La organización debe implantar una **política de no violencia**, donde se persiga cualquier hecho de violencia en el trabajo.
- > **Registro de incidentes y accidentes** para el estudio de sus causas e implantar medidas preventivas.
- > Instalar **sistemas de protección** en salas con más riesgo, por ejemplo psicogeriatría.
- > **Información y formación** a los trabajadores sobre violencia en el trabajo.
- > **Instruir a los trabajadores sobre:** el trato con residentes y familias abusivas y agresivas, las causas de las conductas violentas y la agresión, gestión de habilidades personales positivas, manejo de conflictos, como ofrecer un trato cuidadoso con el usuario, mecanismos de apoyo y atención tras el incidente.
- > Tener **áreas de reducción y aislamiento** de residentes agresivos.





RIESGOS COLECTIVOS Y ESPECÍFICOS

J. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO: TURMICIDAD Y MOCTURMIDAD.

PUESTOS DE TRABAJO EXPUESTOS:
 ENFERMEROS/AS,
 CUIDADORES GERIÁTRICOS,
 PERSONAL AUXILIAR

En los geriátricos, excepto en los centros de día, se utiliza un sistema de trabajo continuo, esto es, 24 horas al día de servicio. Se ha de diferenciar entre el trabajo nocturno y el trabajo a turnos.

- > **Trabajo nocturno:** desde las 10 de la noche a las 6 de la mañana.
- > **Trabajador nocturno:** habitualmente parte no inferior a 3 horas dentro del horario nocturno.
- > **Trabajo a turnos:** en equipo. Horas diferentes en días o semanas

Los principales problemas del trabajo a turnos y nocturnos son las alteraciones que se producen por invertir **los ritmos circadianos** y las de **orden social**, por incompatibilidad de horarios. Esto puede derivar en fatiga crónica, irritabilidad en el carácter y alteraciones en el sistema digestivo.

MEDIDAS PREVENTIVAS

- > **Reducir el trabajo nocturno** y acortar turno de noche con un máximo de 35 h semanales.
- > Evitar **rotaciones** semanales.
- > **Evitar las jornadas largas** (9-12 horas) tolerable carga de trabajo.
- > Realizar el **cambio turno** de mañana entre las 7 y 8 h.
- > Dotar de **horarios flexibles**. Pausas de trabajo.
- > Evitar cambios bruscos de turno y sin previo aviso.
- > Establecer **fin de semana libres** al mes y tiempo de descanso con 2 días consecutivos.
- > **Establecer un sistema hacia delante.** Las rotaciones deben realizarse Mañana-tarde-noche, con descanso entre turnos y sino noche-tarde-mañana.



- > No es recomendable el trabajo nocturno en trabajadoras **embarazadas** o con problemas digestivos, inestabilidad emocional e insomnio.
- > **Reducir carga de trabajo** por las noches.
- > Cada turno debe incluir un tiempo para tomar una comida caliente, para lograr una alimentación adecuada.
- > Realizar **vigilancia de la salud** para comprobar que los trabajadores no tienen efectos negativos provocados por el trabajo a turnos o nocturno.
- > **Formación e información** de los riesgos y las medidas de prevención.







6.vigilancia de la salud



VIGILANCIA DE LA SALUD

La vigilancia de la salud es una parte de la medicina que, utilizando una serie de técnicas y datos de salud de manera sistemática y periódica, vigila la **repercusión de las condiciones de trabajo sobre la salud de la población trabajadora**, y sirve para conocer o detectar cambios en el estado de salud de los trabajadores o de un colectivo.

OBJETIVOS

Existen 2 tipos de objetivos: los individuales y los colectivos.

Individuales:

Están relacionados con el reconocimiento médico que sufre el trabajador.

1. La detección precoz de las repercusiones de las condiciones de trabajo sobre la salud
2. La identificación de los trabajadores especialmente sensibles.
3. La adaptación de la tarea al individuo.

Colectivos:

Permiten valorar el estado de salud general de los trabajadores de la empresa. Los objetivos son:

1. Establecer prioridades de actuación en materia de prevención.
2. Motivar en la empresa la revisión de las actuaciones preventivas en función de los resultados.
3. Evaluar la eficacia del plan de prevención de riesgos laborales aplicado hasta el momento, a través de la evolución del estado de salud del colectivo de trabajadores.





¿QUIÉN REALIZA LA VIGILANCIA DE LA SALUD?

La debe realizar personal sanitario, con la formación adecuada, esto es, un médico especialista en **medicina del trabajo** o diplomado en medicina de empresa y un ATS / Diplomado Universitario en **Enfermería de Empresa**. El personal destinado a realizar la vigilancia de la salud estará integrado dentro de los servicios de prevención de la empresa. Además, pueden participar otros profesionales sanitarios con la formación, competencia y acreditación necesarias.

No hay que confundir asistencia sanitaria con vigilancia de la salud. Con frecuencia, en geriátricos vinculados a hospitales, ciertos reconocimientos los realizan facultativos de la propia entidad. Por ejemplo: vigilancia del riesgo biológico en caso de un accidente (pinchazo accidental) la realiza el responsable de enfermedades infecciosas. En estos casos, el comité de seguridad y salud y los propios trabajadores deben estar de acuerdo y es muy importante velar por la intimidad de los trabajadores y la documentación relativa a su estado de salud. Esta documentación no debe ir por los cauces habituales de historias clínicas de pacientes, sino que debe limitarse el acceso al médico que le esté atendiendo y a su médico del trabajo.



El **empresario**, o la gerencia del geriátrico únicamente debe estar informado de las **conclusiones de la vigilancia** de la salud en torno a:

- > La **aptitud** del trabajador para desarrollar las tareas correspondientes a su puesto de trabajo.
- > La necesidad de introducir o mejorar las **medidas de protección** o de prevención.
- > Cuando el trabajador dé su **consentimiento** expreso.



VIGILANCIA DE LA SALUD

¿CUÁNDO SE REALIZA LA VIGILANCIA DE LA SALUD?

- > Cuando un trabajador se incorpora a un **nuevo trabajo** o cuando se le asignan áreas específicas que comportan nuevos riesgos, debe realizarse una evaluación inicial de su estado de salud.
- > Tras una **ausencia prolongada** del trabajador por motivos de salud, para descartar el origen profesional de la afección y recomendar una acción apropiada para proteger a los trabajadores.
- > **Periódicamente**, (cada año, cada dos, cada seis meses, etc.) dependiendo de los riesgos y de la normativa al respecto. Por ejemplo, la periodicidad de las revisiones médicas de personas en contacto con radiaciones ionizantes es anual.

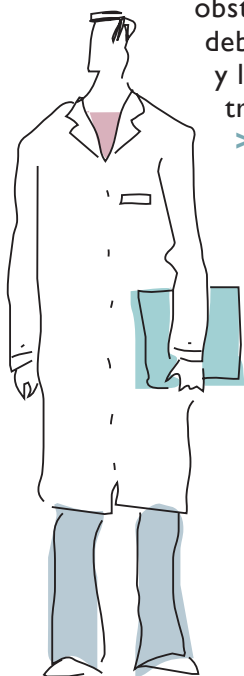
VOLUNTARIEDAD

La vigilancia de la salud debe ser voluntaria. El trabajador es libre de elegir someterse o no a los reconocimientos médicos. No

obstante, hay algunos casos en los cuales el trabajador debe someterse al reconocimiento médico obligatorio, y la empresa debe avisar a los representantes de los trabajadores cuando:

- > La **evaluación** de los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores sea **imprescindible**.
- > El estado de salud del trabajador pueda constituir un **riesgo para él mismo o para terceros**.
- > Cuando exista una **disposición legal** relacionada con la protección de riesgos específicos y actividades especialmente peligrosas (radiaciones ionizantes, ruido, etc.)
- > Siempre se debe elegir el reconocimiento o **pruebas** que sean **menos molestas** para el trabajador y que sean proporcionales al riesgo.

Los datos derivados de la vigilancia de la salud nunca deben ser utilizados con finalidad discriminatoria ni en perjuicio del trabajador.

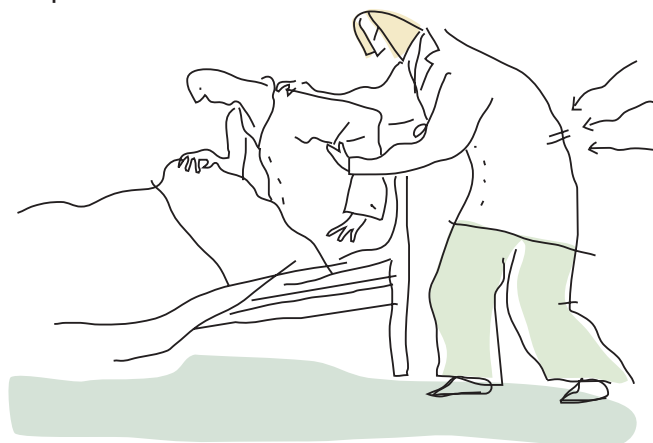




PERSONAS ESPECIALMENTE SENSIBLES

La vigilancia de la salud también puede considerarse como un instrumento para tratar singularmente al trabajador y detectar aquellas características personales o estado biológico conocidos que le haga especialmente susceptible a los factores de riesgo existentes en su puesto de trabajo futuro o actual.

Por todo ello, la vigilancia de la salud será una herramienta imprescindible para determinar aquellos puestos de trabajo que no pueden ser ocupados por trabajadores de especial sensibilidad, menores de edad y/o mujeres embarazadas, o establecer, en su caso, medidas especiales.



El médico de atención primaria o especialista puede diagnosticar una enfermedad pero es el médico de medicina de empresa quien determina si, en el puesto determinado de trabajo de ese trabajador con dicha enfermedad, puede ser trabajador especialmente sensible o no. Por ejemplo: dos trabajadores con lesiones de hernia discal. Uno realiza trabajos administrativos y el otro es celador. El médico, mediante el estudio de la salud de los trabajadores y la evaluación de riesgos puede determinar que el administrativo no es personal especialmente sensible y el celador si, por tanto, se deberán implantar medidas preventivas específicas en su puesto de trabajo. Por ejemplo: no realizar manipulación manual de cargas ni de pacientes.



VIGILANCIA DE LA SALUD

PROTOCOLOS

El Ministerio de Sanidad y Consumo publicó una serie de protocolos de recomendación de vigilancia de la salud para determinados riesgos. De todas maneras, es el facultativo responsable, médico del trabajo, quién debe determinar el protocolo que se aplicará a cada puesto de trabajo según la evaluación de riesgos.

Estos protocolos se pueden consultar en:

<http://www.msc.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/vigiTrabajadores/protocolos.htm> y los relacionados con el trabajo sanitario en un geriátrico son:

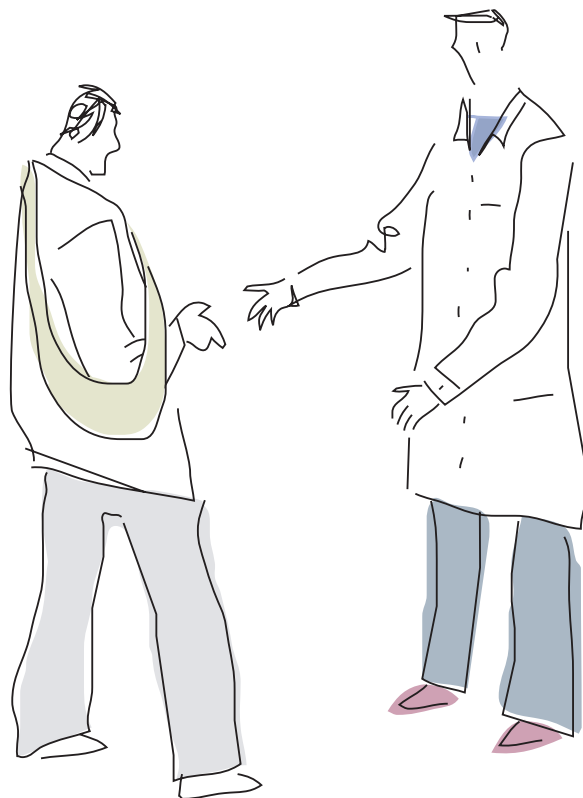
- Agentes biológicos
- Agentes citostáticos
- Alveolitis alérgica extrínseca
- Asma laboral
- Dermatitis laboral
- Agentes químicos
- Plaguicidas
- Manipulación manual de cargas
- Movimientos repetidos
- Neuropatías
- Pantallas de visualización de datos
- Posturas forzadas

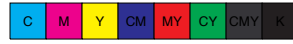




Para la aplicación de estos protocolos, habitualmente se realiza una historia laboral y una exploración física y analíticas si fuera necesario buscando signos de alteración de la salud. Esta exploración puede realizarla el médico del trabajo, no es necesario que la realice un médico especialista. Por ejemplo: revisión del aparato locomotor por un traumatólogo.

Los Factores Psicosociales no disponen de recomendación de Protocolo de Vigilancia de la Salud por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. Habitualmente, se realiza la vigilancia de la salud de aspectos relacionados con factores psicosociales, mediante **cuestionarios** (Ejemplo: test de salud total), o **entrevistas dirigidas** para advertir problemas de salud provocados por factores de riesgo psicosocial.







7. señalización, mantenimiento y extinción de incendios



7. SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD, MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS

7.1. SEÑALIZACIÓN DE SEGURIDAD

Los centros geriátricos, tal y como lo hemos expuesto hasta ahora, incluyen una multitud de riesgos que se pueden originar en el uso de la energía calórica, en la electricidad o en las mismas personas y materiales en movimiento.

Cuando no es posible evitar todos estos riesgos, se aconseja llamar la atención con suficiente antelación y de forma comprensible sobre objetos o situaciones que pueden comportar riesgo, **pero no debe olvidarse que ésto nunca elimina el riesgo.**





Se entiende por **señalización de seguridad** el conjunto de estímulos que condicionan la actuación del individuo que los recibe frente a unas circunstancias que se resaltan.

La señalización , como muchas de las técnicas e instrumentos que se emplean en prevención de riesgos laborales, está legalmente regulada.

En el marco legal se establecen los criterios para la utilización de la señalización, la formación e información que ha de darse al respecto y las condiciones generales de aplicación, así como los procedimientos y medios que se deben poner en práctica para señalar los riesgos de los lugares de trabajo de cualquier tipo de empresa.

La señalización se debe utilizar para:

- > **Llamar la atención sobre riesgos**, prohibiciones u obligaciones.
- > **Alertar** sobre situaciones de emergencia.
- > **Facilitar la localización de equipos** e instalaciones.
- > **Orientar** en maniobras peligrosas.

Se recomienda tener en cuenta lo siguiente:

- > El tipo de señales, su emplazamiento y cantidad, **se hará de la forma que resulte más eficaz.**
 - > Para no dificultar la eficacia de la percepción o comprensión, **no se usaran otros elementos que las señales normalizadas.**
 - > **Las señales no se podrán utilizar para transmitir mensajes distintos** a los que constituyen su objetivo.
 - > **Se mantendrán hasta que finalice la situación** que motivó su implantación.
 - > **Es necesario prever un procedimiento de mantenimiento** y limpieza.
- precisar de una fuente de energía, **se ha de disponer de una alimentación de emergencia.**





**SEÑALIZACIÓN, MANTENIMIENTO
Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS**

Normalmente, en un centro geriátrico se ha de señalar:

- > Accesos a zonas **que estén limitadas** a personal autorizado.
- > **Situaciones de emergencia** y /o instrucciones de protección.
- > **Equipos de protección contra incendios**, salidas y recorridos de evacuación y situación de primeros auxilios.
- > Situaciones que así lo requieran **como consecuencia de la evaluación de riesgos**.

La selección de señales se realizará en función de:

- > **Extensión de la zona a señalar** y número de trabajadores afectados.
- > **Tipo de riesgos y circunstancias** que han de señalizarse.
- > **Factores que pueden disminuir su eficacia**.

Una vez seleccionadas las señales, se han de elaborar instrucciones para que su uso sea efectivo. Dichas instrucciones han de informar sobre:

- > **Emplazamientos u operaciones** en los cuales se han de utilizar señales.
- > **Instrucciones para su correcta interpretación.**
- > **Instrucciones de mantenimiento.**
- > **Limitaciones de uso.**





Los tipos de señales existentes son:

- > **Prohibición.** Prohíben todo comportamiento que provoque un peligro.
- > **Obligación.** Obligan a un comportamiento determinado.
- > **Advertencia.** Advierten de un peligro.
- > **Salvamento.** Indican actuaciones seguras en caso de producirse una situación de peligro.
- > **Auxiliar.** Texto que, junto con la señal, complementa la información de aquélla.



Una señal de seguridad es de mucha utilidad cuando:

- > No se puede eliminar el riesgo en el origen.
- > No se puede proteger mediante sistemas de protección colectiva.
- > No se puede proteger al trabajador mediante Equipo de Protección Individual (EPI).
- > Como complemento al resto de actuaciones preventivas.

Las señales de seguridad para centros y lugares de trabajo resultan de la combinación de una forma geométrica, colores (de seguridad y de contraste) y un símbolo o pictograma, a la que se atribuye un significado determinado y cuya comprensión debe ser universal.

- > **Color de seguridad.** Se considera color de seguridad cuando se utiliza junto con un símbolo o un texto, sobre una señal de obligación o de indicación de una consigna de prevención técnica.
- > **Símbolos o pictogramas.** Imagen o dibujo esquemático simple que describe una situación determinada y que concreta el significado de la señal. Su color está en función del de seguridad.
- > **Color de contraste.** Color que mejora y complementa al de seguridad. Mejora y resalta el contenido de la señal.
- > **Formas geométricas.** Formas prefijadas a las que se asignan unos significados, evitando así errores de interpretación a las personas daltónicas que tienen problemas para distinguir los colores.



SEÑALIZACIÓN, MANTENIMIENTO
Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS

Existen los siguientes tipos de señales de seguridad:

PROHIBICIÓN:

- > Prohíbe una acción susceptible de provocar peligro.
- > Forma redonda
- > Pictograma negro
- > Fondo blanco
- > Bordes rojos
- > Banda transversal roja

En un centro geriátrico podemos encontrarnos con las siguientes señales de prohibición:



Prohibido fumar



Prohibido fumar
y encender fuego



Entrada prohibida
a personas



Agua no potable

ADVERTENCIA:

- > Advierte de un peligro
- > Forma triangular
- > Pictograma negro
- > Fondo amarillo
- > Bordes negros

En un centro geriátrico podemos encontrarnos con las siguientes señales de advertencia:



Riesgo eléctrico



Peligro en general



Riesgo de tropezar



Caída a distinto nivel



OBLIGACIÓN:

- > Obliga a realizar un comportamiento determinado
- > Forma redonda
- > Pictograma blanco
- > Fondo azul
- > Borde blanco

En un centro geriátrico podemos encontrarnos con las siguientes señales de obligación:



Protección obligatoria de la vista



Obligación general (acompañada si procede, de una señal adicional)

INFORMACIÓN:

- > Proporciona una indicación de seguridad o de salvamento.
- > Forma rectangular
- > Pictograma blanco
- > Fondo rojo. Información contra incendios
- > Fondo verde. Información de salvamento o socorro

En un centro geriátrico podemos encontrarnos con las siguientes señales de información:



Manguera contra incendios



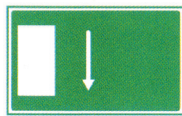
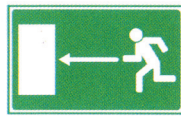
Escalera de mano



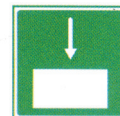
Extintor



Teléfono para la lucha contra incendios



Via/salida de socorro



Deben señalizarse las zonas en las que se identifiquen riesgos que no han podido evitarse, y realizar ejercicios para verificar el perfecto conocimiento de los símbolos utilizados por parte del personal.



SEÑALIZACIÓN, MANTENIMIENTO
Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS

7.2. MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Los dos tipos de mantenimiento más conocidos son:

MANTENIMIENTO CORRECTIVO

Y

MANTENIMIENTO PREVENTIVO

El mantenimiento correctivo es aquel que se lleva a cabo después de una avería, un incidente o un accidente, es decir se actúa una vez que se ha producido el daño.

El mantenimiento correctivo suele implicar la interrupción de la actividad productiva en momentos poco oportunos para poder arreglar el fallo.

El mantenimiento preventivo se realiza con vistas a prevenir averías y situaciones peligrosas.

Las operaciones se dirigen a objetivos precisos:

- > **Evitar el desgaste prematuro** de las maquinas o equipos.
- > **Detectar los deterioros y forzamientos de máquinas e instalaciones,** mediante técnicas que permiten apreciar vibraciones, corrosiones, balanceos, fatiga, impactos, etc.





VENTAJAS DEL MANTENIMIENTO PREVENTIVO

Se recomienda que la dirección del centro geriátrico invierta en mantenimiento preventivo, porque comporta una multitud de ventajas prácticas:

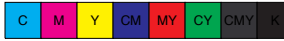
- > **Una prolongación de la vida** de las máquinas.
- > Unos costes de reparaciones **menos elevados**.
- > **Una mayor credibilidad** del servicio de mantenimiento.
- > **Una mayor motivación en el propio personal** de mantenimiento y en el personal en general.

Pero sobretodo:

**UNA MEJORA DE LA SEGURIDAD
Y DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS**

Puesto que la primera persona en sufrir las consecuencias de una rotura o una avería repentina es el trabajador que utiliza el equipo u opera la máquina (es decir el trabajador del centro o el operario de mantenimiento).





SEÑALIZACIÓN, MANTENIMIENTO
Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS

Debe programarse un mantenimiento preventivo del centro geriátrico que incluya:

- > **Instalaciones y dispositivos de seguridad.**
- > **Ventilación.**
- > **Temperatura.**
- > **Iluminación.**
- > **La limpieza periódica de los lugares de trabajo y de las instalaciones y dispositivos para garantizar las condiciones de higiene adecuadas.**
- > **La adecuada información, consulta y la participación de los trabajadores y de sus representantes en todas las medidas adoptadas.**

ES MUY IMPORTANTE LA ADECUADA INFORMACIÓN, CONSULTA
Y PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES Y DE SUS
REPRESENTANTES EN TODAS LAS MEDIDAS ADOPTADAS





7.3. EXTINCIÓN DE INCENDIOS

Las medidas preventivas que se tienen que tomar en cuenta para la extinción de incendios son:

El acceso a los medios de lucha contra el fuego debe mantenerse libre de cualquier obstáculo.

- Los medios de lucha contra el fuego estarán debidamente señalizados y habrá personal adecuadamente formado y adiestrado en el manejo de los medios existentes de protección contra incendios.

- Deben señalizarse de forma clara y visible a todo el personal los teléfonos de emergencia de:

BOMBEROS

PROTECCIÓN CIVIL

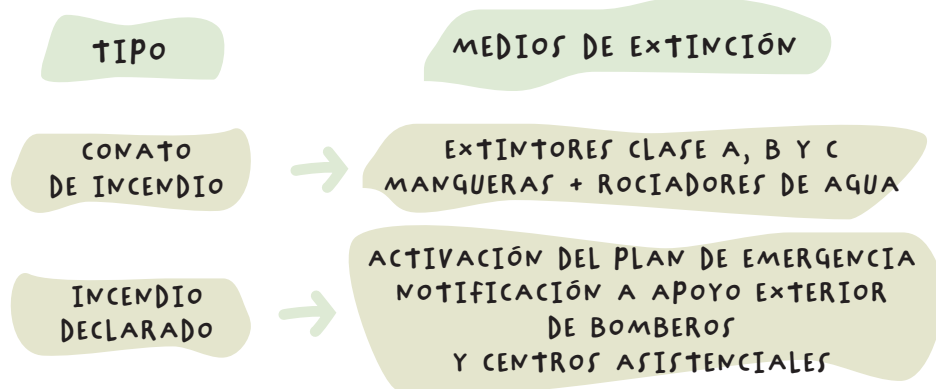
HOSPITALES

AMBULANCIAS



ACTUACIÓN ANTE UN INCENDIO

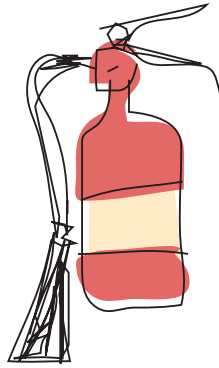
Al descubrir un incendio se dará la alarma al superior de inmediato. A continuación, se intentará apagar el fuego utilizando los extintores de incendio.



Si no se consigue extinguir el incendio, se evacuará la zona y se cerrarán todas las puertas que se vayan pasando.



SEÑALIZACIÓN, MANTENIMIENTO
Y EXTINCIÓN DE INCENDIOS



- > **No se utilizarán los ascensores** en caso de existir en el centro.
- > Si se encuentra bloqueado por el humo, **tendrá que salir gateando, arrastrándose por el suelo.**
- > En caso de que se le prenda fuego en la **ropa, se tirará al suelo y rodará sobre sí mismo.**
- > **Se debe tener en cuenta la duración de un extintor.** (30 segundos aproximadamente).

SE DEBE TENER EN CUENTA LA DURACIÓN
DE UN EXTINTOR
(30 SEGUNDOS APROXIMADAMENTE)

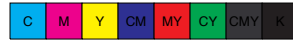




Para utilizar correctamente un extintor, se han de tener en cuenta los siguientes pasos:

1. DESCOLGAR EL EXTINTOR DE SU SOPORTE.
2. QUITAR EL PRECINTO DEL PASADOR TIRANDO HACIA FUERA (ÉSTE ESTÁ SITUADO EN LA PARTE DEL PROPIO EXTINTOR).
3. SITUARSE A UNA DISTANCIA DE 3 METROS DEL FUEGO.
4. APRETAR LA PALANCA DE LA VÁLVULA DE DESCARGA.
5. DIRIGIR EL CHORRO DE POLVO A LA BASE DE LAS LLAMAS Y A LA ZONA MÁS PRÓXIMA DE NUESTRA POSICIÓN.
6. REALIZAR UN MOVIMIENTO DE VAIVÉN (ZIGZAG)
7. AVANZAR HACIA EL FUEGO A MEDIDA QUE LAS LLAMAS SE VAYAN APAGANDO.
8. PARA CAMBIAR DE LA POSICIÓN DE ATAQUE INTERRUMPIR EL CHORRO DE POLVO DEJANDO DE PRESIONAR LA VÁLVULA.
9. SI EL FUEGO ES DE SÓLIDOS, UNA VEZ APAGADAS LAS LLAMAS ES CONVENIENTE ROMPER Y ESPARCIR LAS BRASAS CON ALGÚN UTENSILIO Y VOLVERLAS A MOJAR CON POLVO O AGUA.
10. RECARGAR EL EXTINTOR AUNQUE NO HAYA SIDO NECESARIO UTILIZARLO POR COMPLETO.

En los centros geriátricos se debe tener un Plan de Emergencia que tenga en cuenta que es un local de pública concurrencia con personas de movilidad reducida y que todos los trabajadores del mismo tengan conocimientos sobre la puesta en práctica del dicho plan en caso de emergencia. Estas situaciones son muy peligrosas, primero por la naturaleza en sí del incendio y segundo por el colectivo que está expuesto, que básicamente consta de personas mayores, dependientes y/o enfermos, que por si solos no se podrían evacuar de un edificio en llamas.





8. manipulación de enfermos

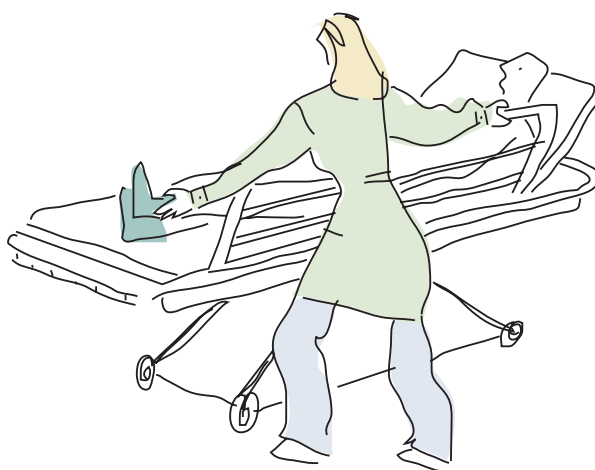




8. MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

El presente capítulo se centra en **el riesgo principal al que están expuestos los trabajadores del ámbito asistencial implicados en la movilización de personas con limitaciones físicas**; del mismo modo, también se ofrecen las principales medidas preventivas a adoptar para evitar o disminuir las posibles lesiones dorso-lumbares generadas por la carga física a la que están sometidos.

En este sentido, entendemos por carga física el conjunto de requerimientos físicos que son exigidos a un trabajador y, teniendo en cuenta que en el caso del personal asistencial, la mayor parte de su trabajo se basa en posibilitar la movilización de personas con limitaciones físicas (trasladar, ayudar a caminar, realizar cambios de posición, proceder a baños, mejorar el confort de pacientes, etc), **con las exigencias físicas y esfuerzo muscular que ello requiere, es evidente lo necesario que resulta para ellos disponer de unos principios básicos para poder manipular de la forma más saludable posible a lesionados, ancianos y personas con limitaciones físicas.**





8.1. FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICO

La aparición de lesiones músculoesqueléticas en los profesionales del ámbito sanitario depende de factores tan diversos como:

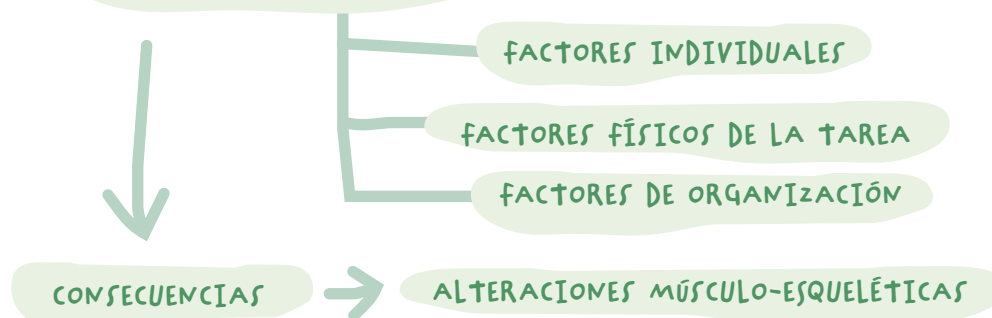
> **Factores individuales** como posibles enfermedades que se tengan en la columna vertebral, talla, peso, edad, nivel de formación y entrenamiento relacionado con la manipulación de personas con limitaciones físicas, antigüedad en el puesto de trabajo, hábitos de vida (alimentación desequilibrada, obesidad, sedentarismo, etc),etc.

> **Factores físicos de la tarea:** Además de la constante actividad de movilización de personas con problemas locomotores, también se han de añadir otro tipo de tareas en las que frecuentemente se adoptan posturas inadecuadas en limpieza de baños, realización de curas, cambios de sábanas, etc, transportar cargas como carros para la ropa de cama o comida, cajas de productos, etc.

> **Factores organizacionales:**

Se refieren a ritmo de trabajo acelerado, exceso de pacientes, problemas de plantilla referidos a la calidad del personal, la falta del mismo y a bajas no cubiertas, instalaciones y medios insuficientes o en mal estado, falta de protocolos de actuación, inexistencia de programaciones de turnos de trabajo y períodos de descanso, etc.

FACTORES DE RIESGO ERGONÓMICOS EN LA MANIPULACIÓN DE PERSONAS CON LIMITACIONES FÍSICAS





MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

8.2. PRÁCTICAS CORRECTAS DE MANIPULACIÓN DE LESIONADOS, ANCIANOS Y ENFERMOS CON LIMITACIONES FÍSICAS

En la **movilización de personas con limitaciones físicas**, se deben tener en cuenta tres fases:

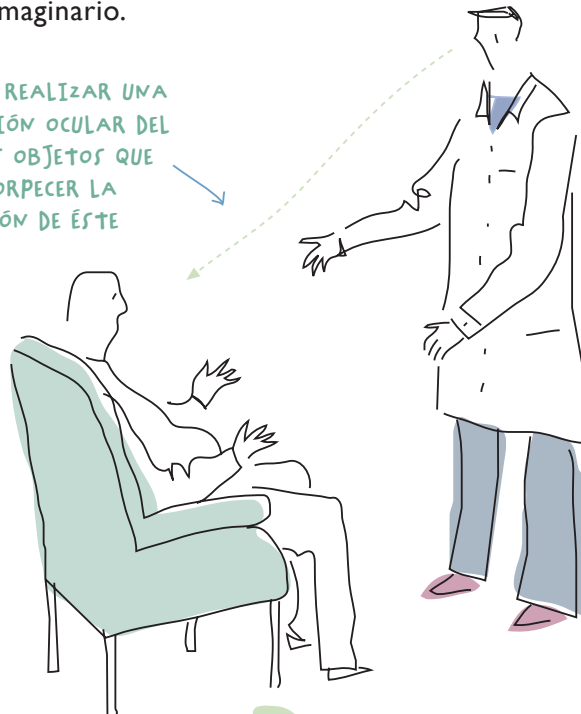
> PRIMERA FASE "ANTES"

Previamente a la movilización de personas con discapacidades locomotoras, el profesional asistencial deberá reflexionar antes de actuar, teniendo en cuenta una serie de consideraciones generales:

a) **Planificación de la movilización y observación del entorno:**

Realizar una rápida inspección ocular del paciente y los objetos que pueden entorpecer la movilización de éste, realizando al mismo tiempo un recorrido imaginario.

ES IMPORTANTE REALIZAR UNA RÁPIDA INSPECCIÓN OCULAR DEL PACIENTE Y LOS OBJETOS QUE PUEDEM ENTORPECER LA MOVILIZACIÓN DE ÉSTE





b) Valoración de la lesión y grado de participación del paciente:

Observar si la persona a movilizar es un paciente autónomo (Personas que casi pueden valerse por sí mismas y participan activamente en el desplazamiento de todo o una parte de su cuerpo), semi-dependiente (Personas que no se valen por sí mismas pero pueden colaborar con quien les ayuda, poseen un mínimo de tono muscular, principalmente en el cuello y cabeza), o dependiente (Personas totalmente dependientes para realizar cualquier movimiento preciso para satisfacer la más mínima necesidad), teniendo en cuenta que el grado de participación del paciente será mayor o menor en función del tipo de incapacidad y que ello, junto con el peso del paciente condicionará el esfuerzo muscular que realice el movilizador.



Después de valorar estos aspectos, el movilizador explicará al paciente los movimientos que va a realizar proporcionándole una orden única, clara y precisa. En este sentido es importante saber motivar al enfermo para que colabore al máximo y nunca escoger un movimiento que invalide al enfermo siquiera por razones de que querer ganar tiempo.

Se deben tener en cuenta aquellos residentes con **enfermedades mentales o demencias,** que pueden oponer resistencia a la manipulación, lo que incrementa el esfuerzo físico.



MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

c) Utilización de una vestimenta adecuada.

d) Paralelamente a estas consideraciones que Ud. debe tener en cuenta en todo momento, también es **obligatorio** que el servicio médico de su empresa lleve a cabo controles médicos periódicos a fin de examinar físicamente su espalda y diagnosticar posibles lesiones.

> SEGUNDA FASE "DURANTE"

Principios de mecánica corporal en la movilización de personas con limitaciones físicas.

A LA HORA DE MANIPULAR PERSONAS CON LIMITACIONES FÍSICAS, SIEMPRE DEBERÁ REALIZARLO DE MODO QUE ENTRAÑE EL MENOR RIESGO POSIBLE PARA USTED.
A CONTINUACIÓN EXPONEMOS UNA SERIE DE NORMAS GENERALES QUE DEBERÍA SEGUIR:

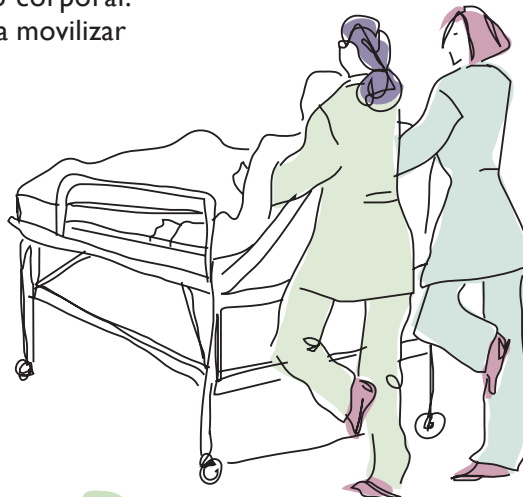
> En primer lugar y siempre que sea posible, **se mecanizará la movilización de personas con limitaciones físicas**, sobretodo en el caso de personas totalmente dependientes. Sólo en el caso de que ello no fuese posible, se procederá a la manipulación mediante técnicas manuales como se explicará más adelante.

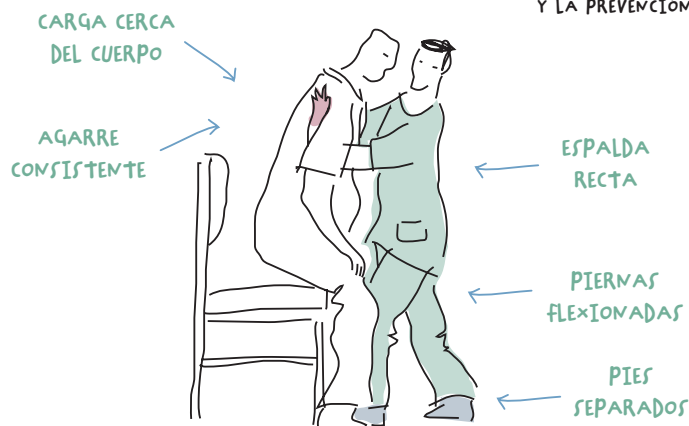
> Evite coger pesos **elevando los brazos más de 90°**.

> **En ningún caso** intente levantar cargas que pesen más de un tercio de su peso corporal.

> En los casos en que se deba movilizar a una persona con un peso superior a 50 kg, **siempre se realizará entre dos personas**.

> **Evite giros bruscos** y posturas forzadas.





Siga el método adecuado a la hora de movilizar a personas con limitaciones físicas:

- > **Espalda derecha:** La espalda ha de permanecer recta y ligeramente inclinada hacia delante. Ponga rígida la zona de los riñones y levante ligeramente la cabeza con el mentón hacia dentro.
- > **Piernas flexionadas:** Se utilizará la fuerza de las piernas; para ello se flexionarán las rodillas y las pantorrillas, sin sentarse sobre los talones. Además, se contraerán los músculos abdominales y glúteos para estabilizar la pelvis.
- > **Carga cerca del cuerpo:** Aprovechar el peso del cuerpo sosteniendo los objetos cerca del centro de gravedad. Cuanto más cerca esté la carga del cuerpo, menos esfuerzo se realizará.
- > **Agarre consistente:** Se sujetará firmemente el peso a manipular, agarrándolo siempre con las palmas de las manos y los dedos, nunca con las puntas de los dedos, ya que ello implicaría un sobreesfuerzo considerable.
- > **Pies separados:** Mantener los pies separados, uno ligeramente delante del otro, orientándolos en el sentido del desplazamiento que se vaya a efectuar; ello permitirá mantener el equilibrio. Si de lo contrario, usted junta los pies, podría desequilibrarse y estar expuesto al riesgo de caídas o sobreesfuerzos, y si por otro lado, usted separa exageradamente los pies, podría sufrir una lesión de hernia inguinal.
- > **Contrapeso del cuerpo:** Utilizar el contrapeso del propio cuerpo para aumentar la fuerza aplicada al movimiento y la inercia del cuerpo del paciente.
- > **Utilización de apoyos:** Ayudarse del máximo número de puntos de apoyo exteriores posible (mesa, camilla, silla, etc.)



MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

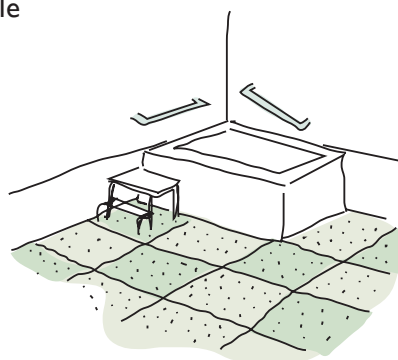
PRINCIPALES MEDIOS DE MANUTENCIÓN

Existen una serie de medios o ayudas para manipular personas con limitaciones físicas que deberán emplearse siempre que sea posible. Estos medios se pueden clasificar en Superestructuras, ayudas de manutención mecanizadas y ayudas de manutención manuales, además de las principales técnicas manuales de manipulación.

Siempre se debería partir de la base que lo prioritario sería disponer de unos elementos estructurales adecuados, paralelamente siempre que sea posible y las circunstancias lo permitan, se procederá a una manipulación mecanizada utilizando las ayudas mecánicas; si ello no puede ser, se utilizarán ayudas manuales, y en última instancia y en caso de no ser factible tampoco esta última opción, se procederá a la manipulación manual.

A) SUPERESTRUCTURAS:

Instalaciones fijas o elementos estructurales, como espacios suficientes en habitaciones donde sea posible maniobrar alrededor de las camas y utilizar ayudas mecánicas, puertas con suficiente anchura (evitar puertas de lavabo que abran hacia dentro), ausencia de barreras arquitectónicas, barras de apoyo escamoteables o adaptadores en duchas, bañeras y WC, etc, arcos balcánicos o trapecios, etc.



Ejemplo de incorporación en la cama de una persona físicamente discapacitada aprovechando una superestructura (trapecio):

Se da la orden a la persona a movilizar de que se sujete con las dos manos al trapecio, doble la rodilla activa y levante ligeramente la cabeza mirándose el vientre. Por otro lado, el cuidador o profesional asistencial coloca uno de sus brazos por debajo de las nalgas del paciente y el otro por debajo de los hombros para ayudarlo a incorporarse en la cabecera de la cama, mientras que al mismo tiempo el paciente hace fuerza con el talón tirando del trapecio.



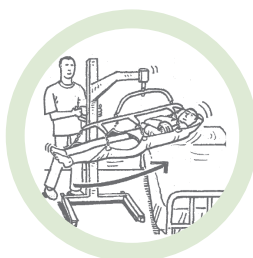
B) AYUDAS DE MANUTENCIÓN MECANIZADAS

Aparatos auxiliares generalmente motorizados, que permiten realizar la movilización de personas con problemas locomotores entrañando el menor peligro posible para la persona que deba realizar dichas movilizaciones. Suelen ser medios como camas articuladas, grúas elevadoras, silla de ruedas, auxiliares para levantamientos tanto en posición de sentado, como en tumbado, etc.

Si Ud. observa que los aparatos están en mal estado, comuníquelo a su superior jerárquico directo, para que éste tome las medidas oportunas.



GRÚA VERTICAL



GRÚA HORIZONTAL



AUXILIAR DE LEVANTAMIENTO



CAMA ARTICULADA

> **Los auxiliares para subidas o bajadas generalmente se utilizan para levantar o bajar discapacitados semidependientes que puedan incorporarse en el borde de la cama y puedan doblar caderas, rodillas y tobillos.**



MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

Ejemplo de elevación de una persona físicamente discapacitada mediante ayudas mecanizadas: grúa mecánica

El cuidador se sitúa a un lado del paciente y le coloca una toalla, almohada o similar bajo su cabeza; a continuación lo gira hacia un lado, tal y como se explica más adelante en las técnicas manuales de movilización, con el fin de colocarle la lona que posteriormente se sujetará a la grúa; se sujeta la lona en la grúa por los dos extremos correspondientes y se procede a su movilización, manteniendo la espalda recta en todo momento.





C) AYUDAS DE MANUTENCIÓN MANUALES

Elementos accesorios poco voluminosos y sencillos, que sirven de ayuda para que el profesional que deba realizar una manipulación de personas con problemas de locomoción realice un menor esfuerzo muscular. Suelen ser elementos como cinchas de elevación, toallas o sábanas, lonas de manutención, deslizadores, etc.

Ejemplo de traspaso de una persona dependiente mediante ayudas manuales: deslizadores

El paciente está situado en la cama en posición boca arriba y con los deslizadores colocados correctamente (La colocación de los deslizadores se hará mediante la técnica de vuelta lateral explicada más adelante). Los cuidadores se colocarán uno al lado del otro, de cara al paciente en el lado de la camilla donde se deba trasladar al paciente.



TOALLA



TOALLA



SÁBANA



DESLIZADOR

El primer cuidador se sitúa en la zona de la cabeza del paciente teniendo como puntos de agarre la cabeza y por debajo de los hombros, el segundo cuidador se sitúa en la zona de las piernas y sujeta al paciente (mediante los deslizadores) por debajo de las nalgas y pantorillas. A continuación deslizarán al paciente hasta colocarlo en el lugar planificado. Es importante que durante esta acción los dos cuidadores mantengan la espalda recta y las rodillas pegadas a la cama.



MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

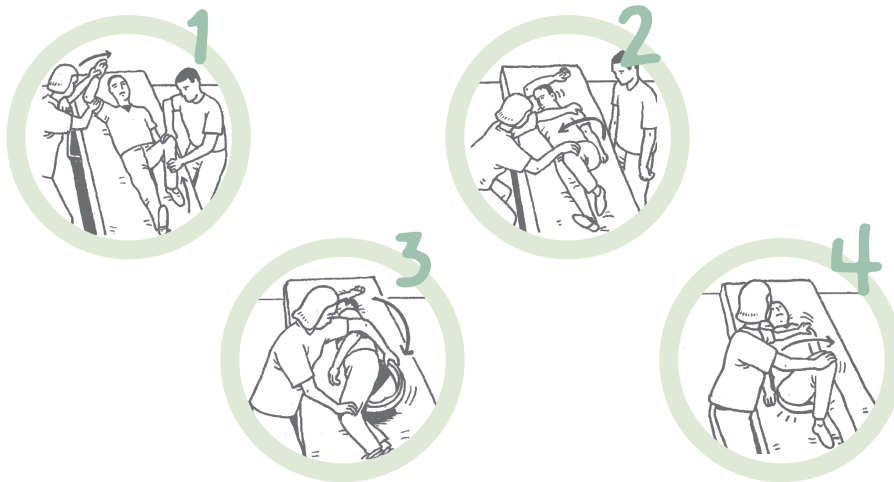
D) PRINCIPALES TÉCNICAS DE MANIPULACIÓN MANUAL

Entendemos por técnicas de manipulación de personas, el conjunto de procedimientos y recursos empleados para facilitar y favorecer los movimientos de las personas.

A continuación veremos las principales técnicas de manutención de pacientes con movilidad reducida, teniendo en cuenta que en alguna de ellas se ha hecho uso de una ayuda manual.

> **Vuelta lateral:** Cambio de sentido o de orientación de la posición del paciente, tumbado en un plano horizontal. Este movimiento se suele realizar para cambiar apósitos quirúrgicos, colocar una cuña, etc.

El cuidador o profesional asistencial se sitúa de pie frente al paciente, en el lado de la cama hacia el que se va a realizar la movilización. Retira el brazo más lejano del paciente y le coloca el cercano situándolo a la altura de los hombros. A continuación le flexiona la pierna del lado contrario al que se va a realizar el cambio de posición y presionandola ligeramente lo gira hacia el lado planificado. En esta misma posición se aprovecha para colocar la cuña, ejerciendo una fuerte presión sobre la misma dejando caer el peso del cuerpo del cuidador al mismo tiempo que se hace girar al enfermo moviendo su rodilla.





> **Levantamiento:** Verticalización del paciente (posición de tumbado a posición de sentado, posición de sentado a posición de pie, etc). El cuidador se sitúa en el lado hacia donde se levantará el paciente, le neutralizará el brazo más cercano y le cruzará las piernas.

A continuación, pasa un brazo por la espalda del paciente, se apoya en éste y pasa el otro brazo sobre las piernas. Con la mano que sujeta las piernas se tira y con la otra se empuja pivotando al paciente. Al acabar el movimiento, una mano sostiene la espalda y la otra sujeta las piernas apoyadas sobre el muslo del cuidador.





MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

> **Bajada:** Situaciones inversas a los levantamientos (posición de sentado a posición tumbado, posición de pie a posición de sentado). Los movimientos realizados son los mismos que se emplean en los levantamientos, pero a la inversa.



> **Enderezamiento:** Recolocación del paciente en situaciones donde está mal colocado en la cama, camilla o silla por haber resbalado hacia abajo.

ENDEREZAMIENTO TUMBADO BOCA ARRIBA POR UN SOLO CUIDADOR:

El profesional asistencial ha de subir al paciente hasta la cabecera de la cama, ya que éste ha ido deslizándose hacia abajo; para ello, se sitúa por detrás de la cabecera de la cama, colocándole al paciente una toalla o similar por debajo de las axilas y tira de los extremos de la toalla para enderezarlo.



ENDEREZAMIENTO TUMBADO BOCA ARRIBA POR DOS CUIDADORES:

Un cuidador coloca la palma de la mano cercana a la cabeza del paciente, apoyándose horizontalmente en la clavícula del segundo cuidador y realizando entre ambos con los brazos un “pórtico”. Los dos cuidadores situarán la mano que les queda libre bajo la nalga del paciente. Pedirán al paciente que se sujete al pórtico de los dos cuidadores mientras lo hacen pivotar hacia la parte superior de la cama.

ENDEREZAMIENTO SENTADO:

El cuidador se situará detrás del asiento del paciente con las rodillas en contacto con el respaldo, neutralizará los brazos del paciente. A continuación, el cuidador deslizará los brazos por debajo de las axilas del paciente sujetándose a los brazos de éste. Seguidamente empujará la espalda del paciente ayudándose de su esternón para separarlo del respaldo, después bajará su esternón contra la parte curva de la espalda del paciente y, con una acción envolvente y presionando el abdomen de éste, realizará una tracción hacia sí mismo.

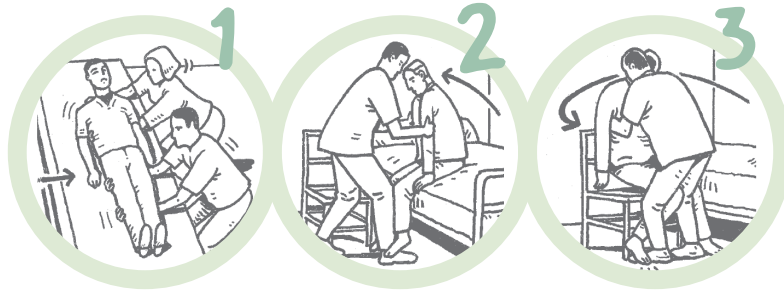




MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

> **Traslado:** Desplazamiento del paciente sobre la superficie donde se encuentra, sin realizar cambios de posición, ni de orientación.

Los dos cuidadores se sitúan en el lado de la cama hacia el que se va a efectuar el traslado, manteniendo la espalda recta y las rodillas pegadas a la cama. Un cuidador coloca las manos por debajo de las nalgas y debajo de las pantorillas, el segundo cuidador coloca las manos por debajo de los hombros y debajo de los riñones. A continuación, pivotarán al paciente hasta colocarlo en el lugar planificado.



> **Traspaso:** Desplazamiento del paciente de un lugar a otro lindante.

TRASPASO POR UN CUIDADOR:

Se sentará al paciente en el borde de la cama. (Si está tumbado y se ha de levantar, se seguirán los pasos explicados en la técnica de levantamiento). El cuidador sujeta al paciente por los dos brazos, ayudándole a ponerse en posición para iniciar el movimiento, mientras mantiene los dos pies separados, uno más adelantado que el otro.

A continuación, el cuidador rodea el tórax del paciente con sus brazos, al mismo tiempo que mantiene sus piernas flexionadas, bloqueando la pierna del enfermo mediante rodillas y pies. Se hace pivotar 90° el pie del paciente sobre el pie trabado del cuidador, para que quede colocado delante de la silla.



TRASPASO POR DOS CUIDADORES:

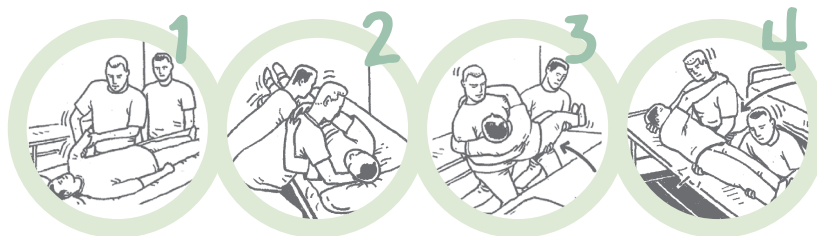
Se sentará al enfermo en el borde de la cama, de espaldas a la silla a la que se realizará el traspaso (según la técnica de levantamiento). A continuación, se situarán los cuidadores uno a cada lado del paciente, colocando los hombros por debajo de las axilas de éste, al mismo tiempo que sujetan al paciente por debajo de las nalgas para poder realizar el traspaso.



> **Transporte:** Desplazamiento del paciente de un lugar a otro con cierta distancia.

TRANSPORTE DE UN PACIENTE SEMIDEPENDIENTE MEDIANTE DOS CUIDADORES:

Se ordenará al paciente que rodee con un brazo la cintura y con el otro el cuello del primer cuidador (el cercano a su cabeza). Este primer cuidador sujetará al paciente con un brazo por encima del hombro y otro por debajo de la zona lumbar. El segundo cuidador sujetará al paciente con un brazo por debajo de las nalgas y otro por debajo de las pantorrillas.





MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

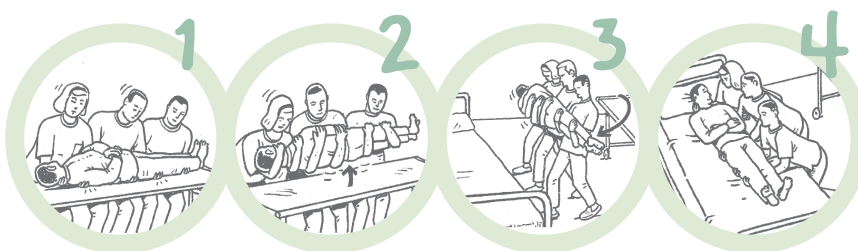
A continuación, se levantará al paciente en un bloque, se buscará el equilibrio y se mantendrá la espalda recta mientras se realiza el trayecto preestablecido. Al dejar al paciente en la camilla, los cuidadores pegarán los muslos en la camilla y bajarán con las rodillas flexionadas hasta que los codos toquen la camilla.

TRANSPORTE DE UN PACIENTE DEPENDIENTE MEDIANTE TRES CUIDADORES:

Se sitúan los tres cuidadores, uno al lado de otro, de cara al paciente. El primer cuidador se sitúa a nivel de la cabeza del paciente, el segundo cuidador a nivel de la pelvis y el tercer a nivel de las piernas de éste. Cada uno de ellos ha de tener claro los puntos de agarre del paciente, así el primer cuidador lo sujetará por debajo de la cabeza y en la zona de los omoplatos, el segundo lo sujetará con un brazo por debajo de la zona lumbar y otro por la zona dorsal, y el tercero sujetando las pantorrillas y los glúteos.

Una vez ubicados los puntos de agarre, el primer cuidador da la orden de subir al paciente de forma coordinada en un bloque entre los tres cuidadores. El cuerpo del paciente debe ir pegado lo máximo posible al cuerpo de los cuidadores. A continuación se desplazarán coordinando el paso según el trayecto establecido, hasta llegar al punto donde deba trasladarse el enfermo.

Para dejar al paciente, el primer cuidador deberá dar otra vez la orden de bajada. Al realizar esta acción, los cuidadores deberán pegar los muslos al borde de la camilla, bajar flexionando las rodillas y mantener la espalda recta en todo momento.





Si se transporta a un herido con camilla, el sentido de la marcha se realizará con la cabeza del enfermo por delante y la colocación de los dos cuidadores de modo que el cuidador de detrás esté mirando a la cabeza del paciente y a la espalda del cuidador situado delante.



En muchos casos podrá también utilizar **como método para moverse en las escaleras el transporte en silla (con respaldo)**, con el paciente siempre mirando “escaleras abajo” y sujetado a la silla si es posible mediante correas o algo similar.



Otro método recomendable cuando un accidentado no presenta lesiones serias y puede caminar por sí mismo es **“en muleta” sobre los hombros del cuidador**. Este método puede ser llevado a cabo por uno o dos cuidadores dependiendo de la corpulencia del cuidador, de la amplitud del local, etc. En este caso, el paciente coloca uno de sus brazos alrededor del cuello del cuidador y éste pasa su brazo libre alrededor de su cintura para lograr un soporte adicional.



El método de “Asiento sobre manos” también es un método eficaz para transportar a un lesionado, anciano o enfermo con limitaciones físicas. Este método consiste en improvisar un asiento uniendo las manos de dos cuidadores, tal y como se muestra en la imagen de al lado.





MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

> **Elevación:** Pasar al paciente del suelo a una superficie de mayor altura o ponerlo de pie.

ELEVACIÓN DEL SUELO DE UN PACIENTE DEPENDIENTE: TUMBADO SUELO- POSICIÓN DE PIE MEDIANTE DOS CUIDADORES

El primer paso es no precipitarse y buscar ayuda; a continuación se coloca una toalla o similar por debajo de las axilas del paciente. El cuidador situado de cara al paciente, mantiene las piernas flexionadas, con una de ellas trabando la pierna del paciente y la otra separada. El cuidador situado detrás del paciente mantiene también las piernas flexionadas, con los pies separados, uno hacia atrás. A continuación, los dos cuidadores proceden a elevar el paciente, tirando de los extremos de la toalla el cuidador de delante del paciente, y sosteniendo la espalda de éste, el cuidador de detrás. Seguidamente, cuando el paciente esté levantado, ambos cuidadores le bloquearán las piernas.

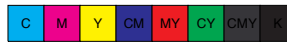


ELEVACIÓN DE SUELO DE UN PACIENTE DEPENDIENTE: TUMBADO SUELO A POSICIÓN TUMBADO EN UNA CAMA MEDIANTE TRES CUIDADORES:

Esta técnica se aplica improvisando una esfera de elevación haciendo uso de una sábana sólida y de longitud suficiente como ayuda manual; en este sentido, previamente a la movilización del paciente, se debe proceder con la sábana del siguiente modo:

Si se trata de una cama con altura regulable, ésta se bajará a la posición más baja y se colocará la sábana perpendicularmente sobre el colchón y echada hacia el paciente. Una vez realizados estos preparativos, se introduce el centro del extremo de la sábana entre el colchón y la barra de la cama, realizando con ésta un nudo fuerte que quedará sujeto a la barra del colchón.





Se coloca al paciente encima de la sábana (para colocarlo encima se tendrá que realizar la técnica de vuelta lateral), los tres cuidadores se situarán con las piernas flexionadas uno al lado del otro, de cara al paciente, de forma que uno quede situado en la zona de la cabeza, el segundo en el centro del cuerpo del paciente y el tercero en la zona de las piernas de éste.

Con la sábana crearán seis puntos de agarre: uno en la zona dorsal, dos en la zona lumbar, dos en la zona de las nalgas y uno en la zona de las pantorrillas, tal y como se refleja en el dibujo. Sobre el paciente se coloca una almohada larga o una manta enrollada en cilindro, de forma que abarque desde el mentón hasta la zona inguinal y se le neutralizarán los brazos para que la sujete.

A continuación, los tres cuidadores recogen la tela hasta entrar en contacto con el cuerpo del paciente, y sincronizadamente y manteniendo la espalda recta, se van levantando tirando de la sábana lo más alto posible, hasta que el paciente quede colocado en la cama.

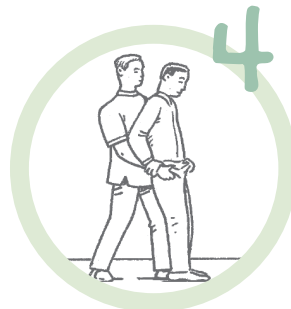




MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

ELEVACIÓN DE SUELO A CAMA: POSICIÓN SENTADO- DE PIE DE UN PACIENTE SEMIDDEPENDIENTE

El cuidador se sitúa por detrás del paciente, colocando los pies por ambos lados de la pelvis de éste y le ordena que coloque las manos sobre el suelo y mire en dirección a su vientre, a continuación realiza con la vestimenta del paciente un pliegue en forma de agarre realizado por delante y arriba del muslo del paciente. Seguidamente, el cuidador da la orden al paciente de que se agarre a este pliegue e inmediatamente lo levanta hacia sí mismo, lo suficientemente alto para que sus pies se desplacen hacia atrás; una vez realizada toda esta acción, el cuidador deberá equilibrarse situando un pie hacia atrás y empujando ligeramente la pelvis del paciente hacia delante.





EN LA TABLA QUE MOSTRAMOS A CONTINUACIÓN SE OFRECE UN RESUMEN DE LA FINALIDAD DE LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUE HEMOS DESARROLLADO A LO LARGO DE ESTE APARTADO.

TÉCNICA DE MOVIMIENTO	FINALIDAD
VUELTA LATERAL	HIGIENIZAR AL PACIENTE, CAMBIAR APÓSITOS QUIRÚRGICOS, COLOCAR CUÑA, HACER LA CAMA, COLOCACIÓN DE AYUDAS MECÁNICAS, CAMBIOS POSTURALES NECESARIOS, ETC.
LEVANTAMIENTO	DE POSICIÓN TUMBADO A POSICIÓN SENTADO: SUMINISTRAR COMIDA, SUMINISTRAR MEDICACIÓN, CAMBIOS POSTURALES NECESARIOS, ETC. DE POSICIÓN SENTADO A POSICIÓN DE PIE: AYUDAR A MANTENER EQUILIBRIO, AYUDAR A CAMINAR, ETC.
BAJADA	DE POSICIÓN SENTADO A POSICIÓN TUMBADO: ACOSTAR A LA PERSONA, CAMBIOS POSTURALES NECESARIOS, ETC. DE POSICIÓN DE PIE A POSICIÓN SENTADO: DESCANSOS O CAMBIOS POSTURALES NECESARIOS, AYUDAR A COLOCARSE CALZADO O VESTIMENTA, ETC.
EMDEREZAMIENTO TUMBADO BOCA ARRIBA	INCORPORAR EN LA CAMA, DESPLAZAMIENTO LONGITUDINAL HACIA LA CABECERA DE LA CAMA, ETC.
EMDEREZAMIENTO SENTADO	INCORPORAR EN EL ASIENTO.
TRASLADO	CAMBIOS POSTURALES NECESARIOS, PREPARACIÓN PARA REALIZAR UN TRASPASO O TRANSPORTE, ETC.
TRASPASO	DESPLAZAR AL PACIENTE DE UN LUGAR U OTRO LINDANTE: CAMA-SILLA, SILLA-CAMA, CAMA-CAMILLA, CAMILLA-CAMA, SILLA-WC, WC-SILLA, ETC.
TRANSPORTE	DESPLAZAR AL PACIENTE A LUGARES NO LINDANTES: BAÑO, SALAS DE REHABILITACIÓN, SALAS DE PRUEBAS MÉDICAS, HABITACIONES DIFERENTES, AMBULANCIA, ETC.
ELEVACIÓN	LEVANTAR A UNA PERSONA QUE HA CAÍDO AL SUELO.



MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

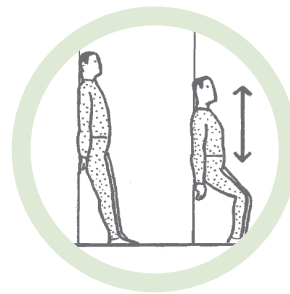
> TERCERA FASE "DESPUÉS"

Se recomienda mantener unos hábitos de vida saludables, basados en la práctica de ejercicio físico de forma regular, el control de peso alimentación equilibrada.

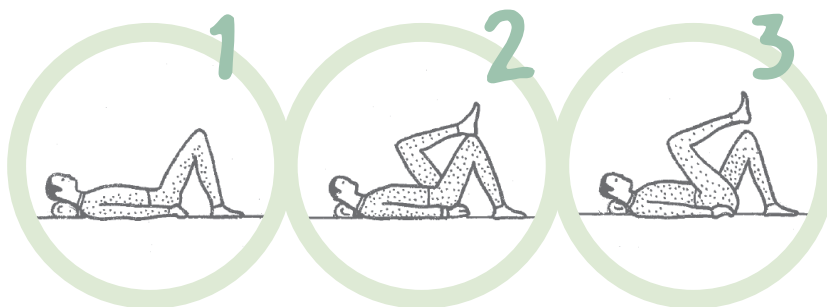
También es muy recomendable que se realicen ejercicios de relajación para disminuir contracturas musculares. Algunos de estos ejercicios son los siguientes:

A) EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

> **Primer ejercicio:** Apoyarse contra una pared, contraer los músculos abdominales y glúteos y deslizar despacio la espalda hacia abajo, hasta tocar en su mayor superficie el plano de la pared; las rodillas han de ir flexionándose progresivamente, hasta conseguir un ángulo de 90° sin despegar la espalda de la pared.

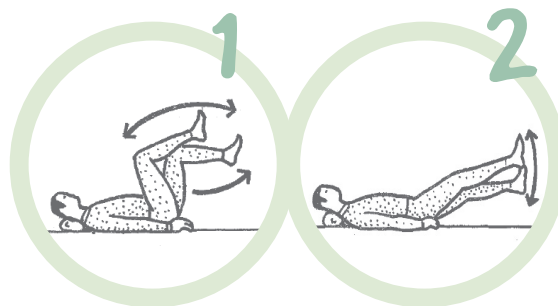


> **Segundo ejercicio:** Situarse en decúbito supino flexionando las rodillas. A continuación, apoyar una rodilla sobre el tórax y seguidamente la otra. La pelvis no debe elevarse. Finalmente, se llevan las dos rodillas contra el pecho cruzando las manos sobre las piernas y presionando los músculos del abdomen.

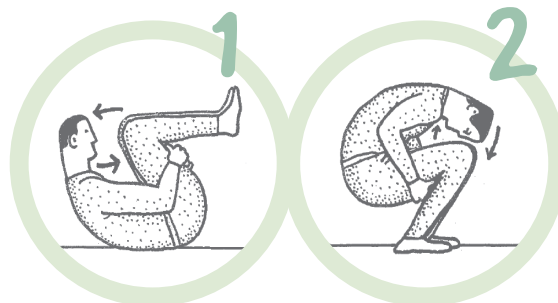




> **Tercer ejercicio:** Situarse en decúbito supino, realizando con las dos piernas y muslos movimientos de pedaleo. A continuación, ir descendiendo progresivamente las piernas, pero sin llegar hasta el suelo, para mantener la columna recta.



> **Cuarto ejercicio:** Situarse en decúbito supino, sujetándose las piernas con las manos por debajo de las rodillas. Tirar lentamente de las rodillas lo más hacia la barbilla posible y ponerse en cuclillas, acercando lentamente la cabeza lo más posible a las rodillas.



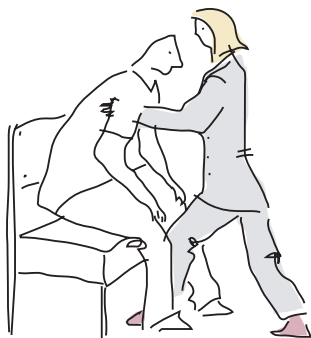
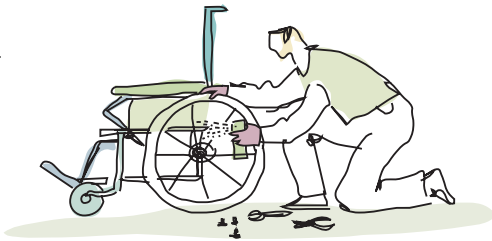
B) RECOMENDACIONES POSTURALES BÁSICAS

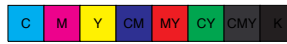
A lo largo de su jornada laboral y aunque existan momentos en los que no movilice lesionados, ancianos o personas con limitaciones físicas, intente adoptar posturas adecuadas.



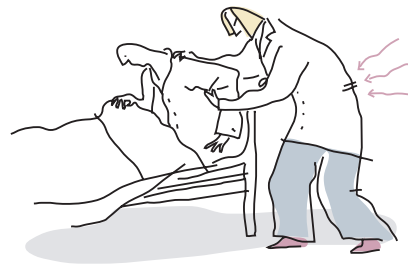
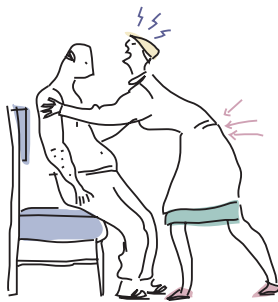
MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

POSTURAS BÁSICAS QUE DEBERÍA ADOPTAR





POSTURAS BÁSICAS QUE DEBERÍA EVITAR

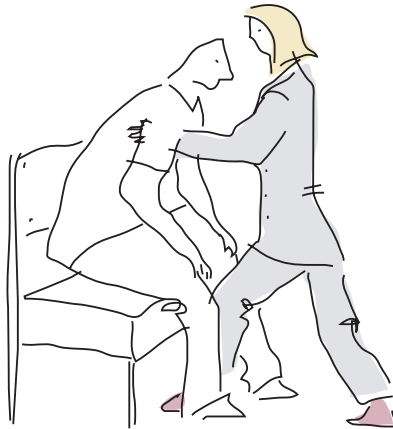




MANIPULACIÓN DE ENFERMOS

SIGA TAMBIÉN ESTAS RECOMENDACIONES EN LAS TAREAS COTIDIANAS QUE REALIZA:

	BUENOS HÁBITOS	MAJOS HÁBITOS
AL CAMINAR	CAMINE ADOPTANDO POSTURAS CORRECTAS: CABEZA ERGUIDA, MENTÓN CONTRAÍDO Y DEDOS DE LOS PIES DERECHOS.	NO UTILICE CALZADO DE TACÓN ALTO CUANDO ESTÉ DE PIE DURANTE LARGOS PERIODOS.
AL PERMANECER DE PIE	SI PERMANECE DE PIE DURANTE PERÍODOS PROLONGADOS, COLOQUE UN PIE MÁS ARRIBA QUE EL OTRO Y CAMBIE DE POSICIÓN A MENUDO.	INTENTE NO PERMANECER DURANTE ESPACIOS DE TIEMPO LARGOS EN UNA MISMA POSTURA.
AL CONDUCIR	REGULE EL ASIENTO DEL VEHÍCULO, SIÉNTESE DERECHO, TOMANDO EL VOLANTE COM LAS DOS MAMOS. COMO SOPORTE DE LA REGIÓN INFERIOR DE LA ESPALDA, UTILICE UN APOYO LUMBAR O UNA TOALLA ENROLLADA EN LA ESPALDA.	INTENTE NO SENTARSE MUY LEJOS DEL VOLANTE DE MODO QUE TENGA QUE ESTIRARSE PARA ALCANZAR EL VOLANTE Y LOS PEDALES.
AL SENTARSE	UTILICE SILLAS QUE POSEAN UN BUEN APOYO LUMBAR Y MANTENGA LA ESPALDA SIEMPRE RECTA, APOYADA FIRMEMENTE CONTRA EL RESPALDO.	NO SE DEJE CAER PESADAMENTE SOBRE EL ASIENTO. EVITE ARQUEAR O INCLINAR LA ESPALDA.
AL DORMIR	DUERMA SOBRE UN COLCHÓN FIRME. DUERMA DE COSTADO, COM LAS RODILLAS DOBLADAS O BOCA ARRIBA, COM UNA ALMOHADA DEBAJO DE LAS RODILLAS.	NO DUERMA SOBRE UN COLCHÓN BLANDO, HUNDIDO O SIN SOPORTE. SE DESACONSEJA DORMIR BOCA ABAJO, ELLO PODRÍA FACILITAR LA APARICIÓN DE LORDOSIS.





UGT

amb tu
+
prevenció

