



TEMARIO CELADOR

SERVICIO MURCIANO DE SALUD

PARTE ESPECIFICA

TEMA 9

OPE 2025



INFO ABOUT RIGHTS

2109219309459

www.safecreative.org/work



AULA
CELADORES

BLOQUES DE CONTENIDO

1. Estatuto del personal no sanitario. Orden de 5 de julio de 1971.
2. El celador en su puesto de trabajo (I).
3. Prevención de enfermedades transmisibles en el medio hospitalario.



INDICE TEMA 9

Nº Página

1. ESTATUTO DEL PERSONAL NO SANITARIO.....	4
1.1. FUNCIONES JEFES DE PERSONAL SUBALTERNO	4
1.2. CELADORES	5
2. EL CELADOR EN SU PUESTO DE TRABAJO	8
2.1. EL CELADOR EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN	8
2.2. EL CELADOR EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA.....	13
2.3. LA MUERTE DEL PACIENTE	19
2.4. EL CELADOR EN ÁREAS QUIRÚRGICAS	24
2.5. EL CELADOR EN UNIDADES DE CRÍTICOS Y ÁREAS DE URGENCIAS.....	36
3. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL MEDIO HOSPITALARIO	43
3.1. NORMAS DE AISLAMIENTO Y PRECAUCIONES	43

1. ESTATUTO DEL PERSONAL NO SANITARIO.

Aprobado por Orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo. Retrotrae sus efectos el día 1 de mayo de 1971.

Categoría estatutaria de Personal de Servicios/Opción Celador-Subalterno

1.1. Art 14.1 FUNCIONES JEFES DE PERSONAL SUBALTERNO

Le corresponde la ejecución de las siguientes misiones, sin perjuicio de las que independientemente puedan confiársele por el Director Gerente y el Director de Gestión y Servicios Generales de la Institución.

- a) Ejercerá por delegación del Director de Gestión y Servicios Generales, la jefatura del personal de Celadores y ordenará y dirigirá el cumplimiento de su cometido.
- b) Instruirá convenientemente al personal a sus órdenes para que la realización de su trabajo sea eficaz y de calidad.
- c) Constatará que el personal de oficio y subalterno cumple el horario establecido en la Institución y permanece constantemente en su puesto de trabajo.
- d) Vigilará personalmente la limpieza de la Institución.
- e) Ejercerá el debido y discreto control de paquetes y bultos de que sean portadoras las personas ajenas a la Institución que tengan acceso a la misma.
- f) Mantendrá el régimen establecido por la Dirección para el acceso de enfermos, visitantes y personal a las distintas dependencias de la Institución.
- g) Cuidará del orden en el edificio, dando cuenta al Director de Gestión y Servicios Generales de los desperfectos o alteraciones que encuentre.
- h) Cuidará de la compostura y aseo del personal a sus órdenes, revisando y exigiendo que vistan el uniforme reglamentario.

i) Informará a los familiares de los fallecidos en la Institución sobre los trámites precisos para llevar a cabo los enterramientos y, en caso necesario, les pondrá en contacto con la oficina administrativa correspondiente para completar dicha información.

j) Realizará aquellas funciones de entidades análogas a las expuestas que les sean ordenadas por el Director Gerente o del Director de Gestión y Servicios Generales de la Institución.

1.2. Art 14.2 CELADORES

Según detalla el Estatuto en su artículo 14, las funciones a desarrollar por los Celadores son:

1) Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.

2) Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

3) Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se le encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.

4) Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles de servicio en general.

5) Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.

6) Vigilarán las entradas a la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.

7) Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.

8) Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.

9) Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que se encontraren en la limpieza y conservación del edificio y material.

10) Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas cuidando no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.

11) Vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes, evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución.

Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.

12) Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.

13) Ayudarán, asimismo, a la Enfermeras y Ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requiere un trato especial en razón de sus dolencias para hacerles la cama.

14) Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no pueden realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias.

15) *En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera. (ojo esta función por sentencia judicial ha sido adjudicada a los Auxiliares de enfermería)*

16) En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras.

17) Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las Supervisoras de planta o servicios o personas que las sustituyan.

18) Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la Enfermera o Ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.

19) Ayudarán a las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario.

20) Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.

21) Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándoles, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquéllas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los Médicos, Supervisoras o Enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.

22) Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia del enfermo.

23) También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

2. EL CELADOR EN SU PUESTO DE TRABAJO

2.1. EL CELADOR EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

➤ Características ambientales de las habitaciones.

Las condiciones ambientales en una habitación se refieren a **la temperatura, humedad, iluminación, ventilación y nivel de ruido que afectan el espacio y el bienestar** de las personas que lo ocupan.

Ruido: el **Real Decreto 1367/2007**, de 19 de octubre, que desarrolla la Ley 37/2003, de 17 de noviembre, **del ruido**, establece un índice acústico que no deberá superarse para el cumplimiento de los objetivos de calidad ambiental, tal que los edificios de uso hospitalario no rebasarán:

- **En zonas de estancia, los 45 dB de día y 35 de noche.**
- **En dormitorios, los 40 dB de día y 30 dB de noche.**

Ventilación: uno de los cometidos específicos de la instalación de acondicionamiento de aire es la reducción de la concentración de agentes contaminantes, tales como microorganismos, polvo, gases narcóticos, desinfectantes, sustancias odoríferas u otras sustancias contenidas en el ambiente.

Temperatura: según norma **UNE-100713:2005**, **en las unidades de hospitalización podrá oscilar entre los 24 y los 26 °C y la humedad relativa entre el 45 y el 55 %.**

Iluminación artificial: la iluminación en hospitales debe cumplir con dos objetivos básicos:

- 1º Garantizar unas condiciones óptimas para que el personal sanitario pueda llevar a cabo sus tareas correspondientes.
- 2º Lograr un ambiente, lo más confortable posible para el paciente, ya que está demostrado que una iluminación adecuada puede influir en su estado de ánimo, y, por tanto, en su proceso de recuperación.

Iluminación natural: la luz del sol directa es eficaz para aumentar la resistencia a las enfermedades, y se ha demostrado su valor terapéutico, además de influir en el estado de ánimo de los pacientes. También hay que tener en cuenta que una iluminación excesiva o que incida directamente sobre la cara del paciente puede ocasionar molestias y producir irritabilidad, nerviosismo, etc.

➤ Características físicas de las habitaciones

Espacio: con espacios suficientes entre las camas y entre estas y las paredes de la habitación, que permita la entrada y salida de camas sin dificultad y el paso de cualesquiera otros aparatos y carros.



La separación entre camas tendrá un mínimo de entre 1 y 1,20 metros. El paciente podrá ser atendido desde los laterales y el pie de la cama. Entre los pies de la cama y la pared podrá pasar otra cama.

Paredes y techos: las paredes estarán pintadas en colores claros y sin brillo, al objeto de no absorber la luz y que no produzcan reflejos molestos, y en condiciones de conservación e higiene adecuadas.

De las paredes tendremos luz individual, timbre de llamada al personal de enfermería con comunicación acústica y telefónica, tomas de oxígeno y vacío junto a la cabecera de la cama del paciente. **La altura mínima de los techos será de 2,5 metros.**

RESUMEN CONDICIONES AMBIENTALES EN UN CENTRO SANITARIO

Ruido:

En zonas de estancia, los 45 dB de día y 35 de noche.

En dormitorios, los 40 dB de día y 30 dB de noche.

Ventilación: reducción de la concentración de agentes contaminantes y con una temperatura entre los 24 y los 26 °C y la humedad relativa entre el 45 y el 55 %.

Iluminación artificial: Tiene que garantizar unas condiciones óptimas para que el personal sanitario pueda llevar a cabo sus tareas y logra un ambiente lo más confortable para el paciente, la iluminación natural mejora la resistencia a las enfermedades y el ánimo del paciente.

Espacio:

La separación entre camas tendrá un mínimo de entre 1 y 1,20 metros.

La altura mínima de los techos será de 2,5 metros.

➤ El Celador en el aseo del paciente

Las prescripciones comprendidas en el estatuto de personal sanitario no facultativo, no dejan lugar a dudas de cuál es la categoría profesional competente en cuanto al aseo del paciente se refiere. **Así el artículo 75.2. de dicha Orden de 26 de abril de 1973 señala que las funciones de los auxiliares de enfermería serán "realizar el aseo y limpieza de los enfermos, ayudando al Personal Sanitario Titulado, cuando la situación del enfermo lo requiera".**

Pero estas funciones asignadas a otras categorías no excluyen la posibilidad de intervención del celador en determinados supuestos. **Por lo cual, los celadores "ayudarán", asimismo a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón de sus dolencias, para hacerles las camas".** (Artículo 14.2.13.0 del estatuto de personal no sanitario).

De su lectura entendemos que, ante la falta de autonomía del paciente por diversos factores, el celador colaborará junto al resto de personal de la unidad, en la movilización del mismo, tanto en la cama como en el traslado a sillón.

Igualmente, "ayudará en la movilización del enfermo" cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda este ser movido solo por la Enfermera o Ayudante de planta (...) en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos" (artículo 14.2.18.0 del estatuto de personal no sanitario). Tarea asignada a los auxiliares de enfermería en cuanto que los mismos tienen entre sus funciones "llevar las cuñas a los enfermos y retirarlas" (art. 75.3. de la Orden de 26 de abril de 1973).

Estas tareas de colaboración en la movilización tienen su continuidad hasta ayudara las enfermeras y personas encargadas de amortajar a los enfermos fallecidos" (art. 14.2.19.0.).

Entre las funciones del celador se menciona en el art.14.2.16.0 que "excepcionalmente, lavarán y asearán a fas enfermos masculinos encamados, o que no puedan realizarlo por sí mismo" (art. 14.2.14.'), y "bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos" (art. 14.2.17.'), siempre atendiendo las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio.

➤ La vigilancia del acceso y estancia de familiares y visitantes

Las funciones asignadas a los celadores en su estatuto de personal no sanitario contienen preceptos relacionados tanto con el control de accesos, estancia y comportamiento de enfermos, familiares y visitantes. Así señalamos:

- "Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello"(art. 14.2.6.0).
- "Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución" (art. 14.2.8.0).
- "Vigilarán el acceso y estancia de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en las instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección " (art. 14.2.10.0).

Las personas autorizadas serán aquellas que gocen de tal condición en función de las instrucciones que la Dirección establezca, tal como el número de acompañantes, horarios de visita, de información médica, restricciones a menores, u otras situaciones como aislamientos en habitaciones, restricciones expresas a determinados visitantes, etc.

El derecho de acompañamiento de familiares y visitantes

Respecto al derecho al acompañamiento, señalar que "los usuarios y pacientes de los servicios sanitarios tienen derecho a estar acompañados **por, al menos, un familiar o personal de su confianza, excepto en los casos en que esta presencia, según criterios médicos, sea desaconsejable o incompatible con la prestación sanitaria**" (art. 22.1. Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia).

"Derecho especialmente garantizado a los menores y, en general, a los usuarios y pacientes que pertenezcan a colectivos que merezcan especial protección, y tan solo podrá limitarse cuando su ejercicio perjudique u obstaculice de forma grave y evidente su tratamiento" (art.22.2. Ley 3/2009, de 11 de mayo).

También "se vigilará especialmente que, durante el proceso del parto, sea efectivo el derecho de toda mujer a que se facilite el acceso al padre o a cualquier otra persona designada por ella para estar presente, salvo cuando las circunstancias no lo hicieran aconsejable, circunstancias que serán explicadas a los afectados de manera comprensible" (art. 22.3. Ley 3/2009, de 11 de mayo).

En los enfermos con procesos terminales habrá una "especial admisión respecto al derecho de acompañamiento, así como en el derecho a asistencia religiosa" rt.19.c Ley 3/2009, de 11 de mayo).

El derecho de confidencialidad del estado del paciente

De estas funciones de vigilancia anteriormente mencionadas, consideraremos una de manera especial, que mereció su inclusión como punto a tener en cuenta en las funciones del celador:

- El celador ".se abstendrá de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo" (art. 14.2.22.0).

Dicho de modo más explícito, se cuidará de comentar con familiares y visitantes cualquier juicio sobre la naturaleza de la enfermedad del paciente basado en la valoración de sus síntomas y signos (diagnósticos) al que por razón de su trabajo haya tenido acceso; tampoco sobre aquellas técnicas o procedimientos que se empleen sobre el paciente con el 'objeto de obtener datos o información diagnóstica (exploraciones); ni aquellas medidas bien farmacológicas, dietéticas o quirúrgicas encaminadas a curar o aliviar una enfermedad (tratamientos); igualmente cualquier juicio con respecto a la importancia, duración y secuelas del proceso patológico que ha determinado que una persona permanezca en una institución sanitaria (pronóstico), señalando siempre que dicha información deberán obtenerla del médico encargado de la asistencia al enfermo, hacia quién orientaremos las consultas que nos hagan al respecto referente a los pacientes.

El paciente tiene derecho "a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público (artículo 10.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad).

Así, en los supuestos en que el celador, en alguna circunstancia, se haga cargo de la historia clínica de un paciente, y como conjunto de documentos relativos al proceso asistencial del paciente, no podrá permitir que ni paciente ni familiares del mismo accedan al contenido de la misma, orientando igualmente su necesidad de consulta a los facultativos encargados de la asistencia del mismo.

La identificación del personal

La Orden de 9 de marzo de 1993, de la Consejería de Administración Pública e Interior implanta el "distintivo personal" en espacios en los que se produce una interacción entre los ciudadanos y empleados públicos/especialmente con funciones de recepción, comunicación o información, en casos tales como Museos, Bibliotecas, Archivos, Registros, Oficinas de información, Atención hospitalaria, etc. Este irá prendido en la ropa del empleado y su rotulación reflejará el nombre, apellidos y función pública, de forma que permita al ciudadano leerlos a una distancia no inferior a la considerada de respeto, aproximadamente un metro y veinte centímetros. Asimismo, podrá llevar impreso el logotipo de Identidad Institucional de la Consejería u Organismo Autónomo y la indicación gráfica de que se conoce algún idioma en los servicios que así lo requieran.

Los colores del distintivo que identifican a los trabajadores en el Servicio Murciano de Salud son, y que pueden diferir del resto de Servicios de Salud, son:

- Facultativos: Amarillo.
- Farmacéuticos: Granate.
- Fisioterapeutas: Marrón.
- Enfermería: Azul.
- Técnicos: Naranja.
- Auxiliares: Verde.
- Administrativos: Violeta.
- Celadores: Gris.



2.2. EL CELADOR EN UNIDADES DE PSIQUIATRÍA

Especial referencia a los pacientes con agitación/agresividad

Los pacientes atendidos en un hospital pueden presentar episodios de agitación y agresividad que pueden suponer un riesgo para sí mismos o para otras personas. Mediante una serie de actuaciones regladas, conseguiremos un abordaje adecuado y eficaz de las conductas.

A veces existe la necesidad terapéutica, ética y legal de utilizar medidas restrictivas en beneficio del paciente en el contexto de un plan de tratamiento.

Estas medidas requieren que se garantice el respeto a la dignidad de la persona, el cumplimiento de sus derechos fundamentales y los que le asisten en la normativa vigente.

Las medidas deben ser aplicadas por todo el equipo de profesionales, y debe iniciarse cuando se detectan los primeros indicios de que el paciente está entrando en una situación de pérdida de control.

Identificación del paciente inquieto o agitado

Texto editado por:
Jose Mula Cruz

La identificación de estos signos y síntomas que pueden indicar que un paciente está inquieto y puede desencadenarse un episodio de agitación.

- Expresión facial tensa y enfadada, contacto visual prolongado.
- Hiperactividad, aumento de la inquietud, paseos constantes por la unidad.
- Signos de ansiedad: respiración rápida, jadeos, pupilas dilatadas.
- Aislamiento, irritación.
- Mutismo, negativa a comunicarse, o bien elevación del tono de voz. Uso de lenguaje malsonante.
- Discusión con otros residentes o personal. Golpes contra la mesa y objetos.

Actuación según fases

1. **Fase preliminar:** recomendaciones generales y cuidados del entorno.
2. **Fase aguda:** desactivación verbal, contención farmacológica, aislamiento terapéutico e inmovilización terapéutica.
3. **Fase de resolución:** cuidados posteriores.

Indicaciones de la contención

- Prevenir autolesiones, daños a otras personas o al entorno.
- Evitar interferencias en el plan terapéutico (auto retirada de vías, SNG, SV...).
- Evitar fugas en pacientes de riesgo.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico considera que existen criterios clínicos de indicación.

PERSONAL QUE INTERVIENE

FACULTATIVO

- Máximo responsable (autoriza inmovilización).
- Informa al paciente y familiares.
- Decide su finalización

ENFERMERO/A

- Dirige la contención y coordinación.
- La indica en ausencia del facultativo.
- Responsable del instrumental.
- Responsable de los cuidados y control, posterior.

TCAE

- Coopera y participa en los cuidados
- Se ocupa de la custodia y mantenimiento de los instrumentos de la contención.

CELADOR

- Colabora en la contención y posterior transporte.

SEGURIDAD.

Este procedimiento está contraindicado:

- Cuando no exista indicación.
- Si la situación se puede resolver mediante la contención verbal o farmacológica.
- Se utiliza como castigo o refuerzo negativo.
- Cuando la inmovilización terapéutica está condicionada por antipatía hacia el paciente.
- Para el descanso del personal sanitario.
- Cuando no exista personal suficiente.

Duración: Lo más breve posible, no debiendo superar nunca las 8 horas. Puede ser prorrogada por un nuevo período mediante autorización expresa de un facultativo y siempre considerando la valoración del personal de Enfermería.

La indicación de contención mecánica la hará el médico responsable del paciente o el facultativo de guardia.

Enfermería está expresamente autorizada a iniciar el procedimiento de contención ante una situación de riesgo inminente para el paciente o para su entorno, debiendo comunicárselo al médico inmediatamente o con la menor demora posible para recibir su conformidad, que deberá ser por escrito y en el plazo máximo de 1h.

Inmovilización

Reducción: decúbito supino se sujeta a nivel de los hombros, antebrazos y por encima de las rodillas y tobillos.

Cada persona sujetará una extremidad. Un quinto miembro controlará la cabeza de manera que no pueda lesionarse o golpear a algún miembro del equipo.



Traslado: Para trasladar al paciente que no colabore y esté agitado y/o violento se realizará sujetándolo por las piernas, a la altura de las rodillas, y por los brazos, alrededor de los codos con apoyo bajo los hombros. Hay que tener en cuenta que no deben forzarse las articulaciones más allá de los límites fisiológicos.



Recursos humanos

- El número de personas óptimo para realizar la contención mecánica es de 5.
- Una para cada extremidad y otra para sujetarle la cabeza.
- Si es posible, pedir ayuda al personal de seguridad.

La persona que dirige la inmovilización terapéutica es la que protege la cabeza del paciente, el resto de los miembros del equipo sujetan cada una de las extremidades superiores e inferiores. Los puntos de retención deben estar cerca de las articulaciones mayores, para así disminuir el riesgo de fracturas y esguinces.

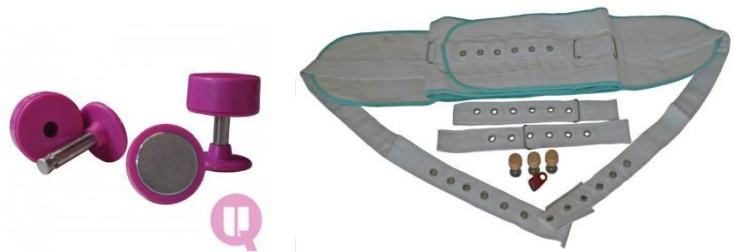
Se preparará la cama, colocando la sujeción de cintura en la misma previamente, asegurando que la cama esté frenada. El cabecero ha de permanecer elevado (Fowler o Semi-Fowler) para disminuir el riesgo de aspiraciones y permitir el contacto con el medio.

El personal que va a asistir en la contención debe retirar de sus bolsillos todos aquellos utensilios que puedan ser utilizados por el paciente para provocar agresiones contra él mismo o contra el personal.



- La sujeción completa, implica inmovilización del tronco y las 4 extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las 4 extremidades en diagonal. MSD y MII – MSI y MID.
- La sujeción parcial, implica la inmovilización del tronco y 2 extremidades. Primero se coloca el cinturón abdominal y después las 2 extremidades en diagonal MSD y MII ó MSI y MID.

El sistema más seguro en el ámbito Hospitalario, es el que utiliza una Llave magnética para cerrar las sujeciones. De este modo, ni el paciente ni ninguna persona sin autorización, puede manipular la sujeción.



Funciones del celador en la unidad de psiquiatría

- Participar en la contención mecánica y farmacológica.
- Participar en la descontención mecánica.
- Estará atento a la identificación de los signos de alarma en el paciente y ponerlo en conocimiento del personal de enfermería responsable.
- Colaborará en la aplicación de técnicas de desescalada de la agresividad.
- Control de acceso a la unidad, tanto dentro como fuera de los horarios establecidos, número de acompañantes por paciente, restricciones a determinadas visitas, objetos prohibidos, etc.
- Atender las necesidades básicas de los enfermos.
- Control y orientación a pacientes y visitantes.
- Procurar orden y armonía entre los pacientes.
- Cualquier otra tarea propia de las funciones generales del celador.

Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco.

Artículo 7. Prohibición de fumar.

Se prohíbe fumar, además de en aquellos lugares o espacios definidos en la normativa de las Comunidades Autónomas, en:

- Centros de trabajo públicos y privados, salvo en los espacios al aire libre.
- Centros y dependencias de las Administraciones públicas y entidades de Derecho público.
- Centros, servicios o establecimientos sanitarios, así como en los espacios al aire libre o cubiertos, comprendidos en sus recintos.

Disposición adicional octava. Centros o establecimientos psiquiátricos de larga estancia.

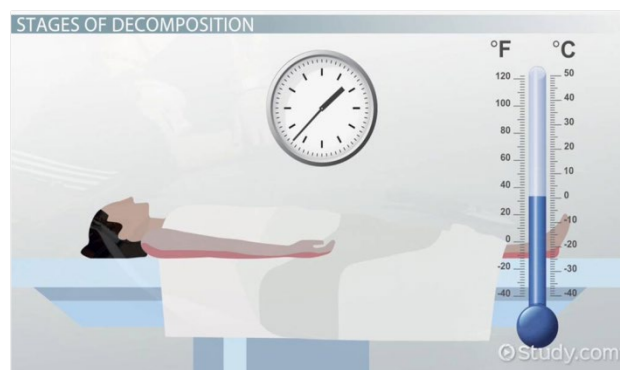
En los establecimientos psiquiátricos de media y larga estancia se permite fumar a los pacientes en las zonas exteriores de sus edificios al aire libre, o en una sala cerrada habilitada al efecto, que habrá de estar debida y visiblemente señalizada y contar con ventilación independiente o con otros dispositivos para la eliminación de humos.»

2.3. LA MUERTE DEL PACIENTE

La expresión latina exitus es empleada generalmente en medicina y ciencia forense, significa "salida". Se utiliza como sinónimo de muerte, defunción, deceso, óbito, fallecimiento.

Fenómenos cadavéricos y su evolución

Como fenómenos cadavéricos se entienden los cambios que se suceden en el cuerpo a partir del momento en que se extinguen los procesos bioquímicos vitales, al verse este sometido a la acción de diversas influencias.

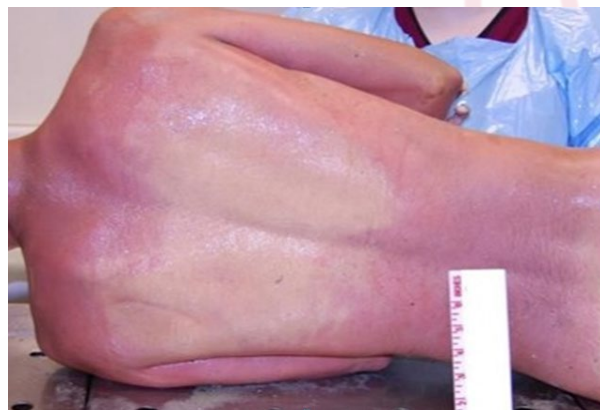


Enfriamiento del cadáver o algor mortis, debido al cese de la actividad metabólica hasta alcanzar la temperatura del medio ambiente. El enfriamiento se inicia por los

pies, manos y cara que están fríos unas dos horas después de la muerte. Los órganos abdominales profundos conservan el calor incluso 24 horas. Influyen factores como la causa de la muerte, las características individuales y los factores ambientales.

Deshidratación cadavérica. Este proceso puede traducirse como desecación cutánea y de los músculos, mucosas y ojos, más llamativos y evidentes, debido a la pérdida de líquido por la evaporación que conlleva.

Aparición de livideces (hipostasia post mortem o livor mortis). Se produce en el momento en que la sangre queda sometida a la ley de la gravedad. Son manchas de color rojo violáceo que aparecen en la piel de la parte más declive del cadáver. En un cadáver en decúbito supino, la evolución de las livideces suele ser de 20 a 45 minutos en la región posterior del cuello y de 10 a 12 horas ocupando todo el plano inferior.



Rigidez cadavérica (rigor mortis). Inmediatamente después de la muerte se produce un estado de relajación y flacidez de los músculos del cuerpo. Pero al cabo de cierto tiempo se inicia este lento proceso de contractura muscular que se inicia alrededor de las dos horas tras la muerte. La rigidez es completa a las 8-12 horas, alcanza su máxima intensidad a las 24 horas e inicia su desaparición en 36-48 horas.

La putrefacción cadavérica es un signo tardío, consistente en la modificación de los tejidos con origen bacteriano. Generalmente no se manifiesta antes de las 24 horas, comúnmente hay que esperar unas 36 horas, y su exponente inicial es una mancha verde abdominal por la acción del ácido sulfhídrico en la descomposición de los tejidos.

Tanatopraxia: es toda práctica mortuoria que permite la conservación y exposición del cadáver, mejorar la imagen de los fallecidos.

Tanatopsia, autopsia y necropsias post mortem: consiste en la disección y examen del cuerpo de una persona fallecida para determinar la causa de defunción o la presencia de un proceso patológico.

Cadáver: el cuerpo humano durante los cinco primeros años siguientes a la muerte. Ésta se computará desde la inscripción de defunción en el Registro Civil.

Restos cadavéricos: lo que queda del cuerpo humano una vez transcurridos los cinco años siguientes a la defunción y siempre que hayan terminado los fenómenos de destrucción de la materia orgánica.

Restos humanos: partes del cuerpo humano de entidad suficiente, procedentes de abortos a partir de la semana catorce, amputaciones o mutilaciones que afecten a extremidades o miembros a partir del nivel metacarpiano o metatarsiano. Quedan excluidos por tanto, los dedos de manos y pies, así como apéndices, órganos y vísceras.

Existen las amputaciones clínicas (diabetes, arteriosclerosis, tumores, infecciones...) y las procedentes de accidentes (los "miembros catastróficos"). Cuando acaba la operación, si el tamaño del miembro es grande, se entrega envuelto al celador, este lo mete en una nevera portátil y lo lleva a la nevera de la morgue.

"un enfermo que tiene una amputación tiene el derecho a decidir si quiere enterrarla o incinerarla y, si se trata de un accidente, siempre se espera a que este esté consciente para preguntarle. Si se trata de una operación programada se le pregunta directamente".

En fin, se trata prácticamente como si de un óbito se tratara y las actuaciones posteriores dependerán del deseo expresado por el paciente o la familia.

- <https://www.vice.com/es/article/8gje8k/brazos-piernas-amputados-hospitales-espana>

Editado: José Mula Cruz

La preparación del cadáver (amortajar)

Consiste en proporcionar los cuidados técnicos necesarios al objeto de preparar el cadáver para su velatorio y posterior inhumación o cremación. La actuación del celador en dicha tarea será la de **"ayudar a las enfermeras o personas encargadas de amortajar a los enfermos fallecidos"** como así establece el artículo 14.2.19.0 del estatuto de personal no sanitario en las instituciones sanitarias.

Nunca se debe iniciar la preparación del cadáver si no ha sido examinado por el médico y realizadas las pruebas que certifiquen la defunción.

El facultativo informará a los familiares del fallecimiento y dejará un tiempo prudencial para despedirse en el servicio. Avisar al sacerdote si lo expresa la familia. Avisar a la familia si no estuvieran presentes.

Procedimiento de preparación

- Se preparará el cuerpo con la mayor intimidad, mediante la colocación de cortinas o biombos, en los supuestos de que el fallecido comparta habitación con otro paciente.
- Se hará acopio de guantes, bata desechable, mascarilla, carro de curas, toallas, sábanas o mortaja, etiquetas, útiles de aseo y vendas.
- Se colocará en decúbito supino con la cama en posición horizontal. Retirar almohadas, excepto la cabecera. Los brazos a ambos lados del cuerpo, tobillos juntos.
- Cerrar los párpados. Colocación de prótesis dentales si tuviera. Sellar los labios, con aerosol o colocar una venda que sujete la mandíbula hacia arriba, enrollada alrededor de la cabeza.
- Se desconectará de los aparatos y retirarán las sondas y catéteres, colocando apósitos secos en cualquier herida o drenaje.
- Se taponarán todos los orificios naturales con algodón donde sea probable que el cadáver pierda secreciones.
- Se retirarán los objetos personales del fallecido en bolsa identificativa para entrega a los familiares y se procederá a su lavado y secado.
- Envolver en una sábana limpia y en un sudario. La mortaja se define como la vestimenta que envuelve al cadáver para su enterramiento.
- Limpieza de la habitación.

El traslado del cadáver

- Identificación correcta del cadáver.
- Traslada el cadáver a la camilla de traslado.
- Introduce el cadáver en un sudario, ciérralo y tápalo con una sábana.
- Despeja pasillos y curiosos, principalmente el resto de pacientes, invitándolos

a pasar a sus habitaciones o a las estancias comunes hasta que se haya pasado con el cadáver.

- Se realizará con la mayor discreción posible, dejando preparadas las vías de evacuación del cadáver para evitar retrasos innecesarios.
- Se realizará por un lugar poco frecuentado y de forma discreta.
- No se hará el traslado acompañados por los familiares del difunto. Bajo ningún concepto se informará a la familia sobre el fallecimiento, derivando dicha información hacia el personal facultativo. Posteriormente, el Jefe de Personal Subalterno informará a los familiares sobre los trámites precisos para llevar a cabo los enterramientos y en caso necesario, los pondrá en contacto con el servicio de atención al paciente del centro hospitalario.
- El cadáver será trasladado según la normativa vigente: Decreto 2263/1974, de 20 de julio, por el que se aprueba el reglamento de policía sanitaria mortuoria, y la Orden de 7 de junio de 1991, de la Consejería de Sanidad, por la que se dictan normas sobre Policía Sanitaria Mortuoria en la Región de Murcia.

Trámites para el enterramiento/cremación



El artículo 14.1.9.0 de la Orden de 5 de julio de 1971 establece como función del Jefe de Personal Subalterno "informar a los familiares de los fallecidos en la Institución sobre los trámites precisos para llevar a cabo los enterramientos y en caso necesario, les pondrá en contacto con la oficina administrativa correspondiente para completar dicha información".

Cabe señalar que tales contingencias se pueden producir en horas en las que las oficinas administrativas, e incluso el Jefe de Personal Subalterno, están fuera de su jornada laboral. En tal caso, puede señalarse al encargado de turno de celadores como el celador asignado para dichas tareas y una vez producido el fallecimiento del paciente en la institución, se presentaría ante los familiares más cercanos al mismo con el objeto de ofrecerles colaboración, si la necesitaran, referente a la agilización de las gestiones necesarias a la retirada del cadáver del hospital y su posterior enterramiento o incineración.

La práctica habitual es que, una vez autorizados por los familiares, el encargado de turno designado recogerá el "certificado médico de defunción" firmado por el facultativo responsable del paciente fallecido, indispensable para la retirada del

cadáver, y se pondrá en contacto con la empresa de servicios funerarios que tenga a bien designar la familia, ya sea porque tuviera contratada una póliza de decesos con una compañía de seguros, o bien porque no teniéndola, la contratasen en el momento con la que ellos estimasen más adecuada.

En aquellos supuestos en que la familia no pudiese contratar los servicios de la funeraria, se dará traslado de los hechos a los servicios de atención al usuario de la institución. En estas circunstancias se traslada el cadáver a las cámaras frigoríficas del mortuorio a la espera de que dichas oficinas gestionen el enterramiento.

Otras circunstancias a tener en cuenta son aquellas en que el facultativo no tuviera certeza en cuanto a las causas de la muerte del paciente y quisiera aclarar las mismas mediante la realización de una autopsia clínica. En tal caso, el médico informará a la familia del fallecido de tal circunstancia solicitando su autorización, además de firmar la solicitud de examen post mortem. En tal caso, trasladaremos el cadáver a la sala de autopsias junto con la documentación correspondiente, quedando postergados los trámites de enterramiento a la finalización de la autopsia.

2.4. EL CELADOR EN ÁREAS QUIRÚRGICAS

➤ EL ÁREA QUIRÚRGICA

Es un conjunto de locales e instalaciones específicamente acondicionadas y equipadas, selectivamente aisladas del resto del hospital, que constituyen una unidad física y funcional mente diferenciada, cuya finalidad es ofrecer un lugar idóneo para tratar quirúrgicamente al enfermo.

Características de la sala quirúrgica

Las superficies de un quirófano deben ser lisas, no porosas, sin juntas, fáciles de limpiar. Suelos antideslizantes, conductores, sin ventanas, con materiales resistentes al fuego; y de tamaño entre 35-60 m². La presión siempre debe ser positiva respecto a las zonas adyacentes y comunicado con puertas correderas, para evitar corrientes. Por lo general, hay 2 tomas de oxígeno, 2 de óxido nitroso, 2 de aire medicinal y 2 de vacío.

RECUERDA. La combinación de humedad elevada y temperatura baja es deseable para evitar el crecimiento bacteriano y la deshidratación del tejido expuesto del paciente.

♣ T 20º -24º

♣ H 50% + - 10%

♣ Intensidad luz 20.000-127.00 lux

♣ Ventilación 15/20 por hora.

Grupo I cirugía normal 15 renovaciones/ hora

Grupo II cirugía especial (cardíaca) 20 renovaciones/ hora

La circulación del personal en el área quirúrgica se clasifica atendiendo a las normas de asepsia y antisepsia, se divide en cuatro áreas con diferente tipo de restricciones en lo referente a la circulación de personal, enfermos y material:

Área de intercambio, aislamiento o amortiguación (NEGRA): Es un área semipública en la que no es necesario el pijama de quirófano para circular por ella. Aquí encontramos el área de recepción de pacientes, los despachos, los vestuarios y la sala de estar del personal. En ella se prepara al paciente con la ropa especial para uso en quirófano.

Área limpia (GRIS): Para esta área es necesario el uso de gorro y calzas. A este espacio pertenece el pasillo limpio y el almacén de material estéril.

Área estéril (BLANCA): En esta área será necesario el uso de gorro, calzas y mascarilla, incluso cuando no se esté realizando ninguna intervención. Está formada por los quirófanos, la zona del lavado quirúrgico y las áreas de preparación del instrumental estéril.

Área sucia: Es un área adyacente al quirófano, por la que se va eliminando todo el material sucio procedente de la intervención. No necesita ninguna indumentaria.

➤ MATERIAL, MOBILIARIO Y APARATAJE DE QUIRÓFANO

Tanto el mobiliario como el equipo móvil han de estar en contacto con el suelo, y las ruedas de los aparatos móviles, como los puntos de apoyo de las patas del mobiliario sin ruedas, deben tener caucho conductor.



Cada quirófano debe tener los siguientes elementos:

- Mesa quirúrgica, y sus accesorios, en el centro de la sala, con un colchón de caucho conductor para colocar en posición adecuada al paciente. Imprescindible que tenga toma de tierra. Deberá permitir subirse, bajarse e inclinarse en cualquier dirección. Generalmente es hidráulica. Mesa de instrumental para la disposición ordenada del instrumental de la intervención.
- Mesas de Mayo (cigüeña) grande y pequeña para tener cerca del campo instrumental y carro con materias indispensables: suturas, apósitos, gasas estériles, etc.



- Mesa para material de uso en la intervención: batas, guantes, equipo de preparación, cajas de instrumental.
- Aparato de anestesia, con el instrumental y medicación adecuada, colocado en la cabecera del paciente.
- Lámpara quirúrgica doble.
- Monitores.
- Aspiradores de vacío, uno para anestesia y otro para el campo quirúrgico.
- Negatoscopio, situado en la pared a más de 1,5 metros del suelo.



- Cronómetro o reloj de pared, con segundero y de fácil lectura.
- Bisturí eléctrico, bombas de infusión, respirador y accesorios, juego de palas completo, ambú pulsioxímetro, laringoscopio y fonendoscopio. Aparato de ECG.
- Otros accesorios como soportes para sueros, cubetas para material de desecho con base de ruedas, cestos para la ropa sucia, recipiente para residuos orgánicos, etc.
- Taburetes giratorios y banquetas para ganar altura.
- Palos de goteo.
- Escabel.

Especial referencia a la mesa de quirófano

Las mesas son versátiles y se adaptan a las distintas posiciones requeridas en todas las especialidades quirúrgicas. Consisten en una tabla metálica de forma rectangular que descansa sobre una base hidráulica o eléctrica. La tabla se divide en tres o más secciones articuladas entre sí.



Básicamente, son las secciones de la cabecera, el cuerpo y las piernas. Cada una puede manipularse, flexionarse o extenderse hasta la posición deseada. Este proceso se denomina "romper la mesa". Las articulaciones se denominan "quebradura". La sección de la cabecera y pies es desmontable y permiten la incorporación de otros accesorios necesarios en función de la intervención.

El colchón tendrá al menos 8 cm de grosor.

Accesorios de la mesa de quirófano

Soportes a las guías de deslizamiento: estos se fijan a las guías de deslizamiento laterales y en ellos se meten otros accesorios, como el arco de anestesia, soporte para brazos, perneras etc.

Arco de anestesia: en la cabecera de la mesa se fija una barra de metal que sostiene los paños quirúrgicos fuera de la cara del paciente, separando el área estéril de la no estéril. Se coloca tras la anestesia y colocación del paciente. Es desde donde el anestesista controla al paciente.



Apoya brazos: el brazo del paciente se sitúa en posición anatómica para prevenir la presión sobre el nervio cubital y la rotación anormal del hombro. Se coloca una correa de sujeción a la altura de la muñeca.

Correa para brazo o muñeca: con al menos 3,8 cm de anchura, se sitúan alrededor de las muñecas sujetando los brazos al apoyabrazos. Deben estar firmes, pero sin ejercer presión.

Perneras: en ellas descansarán las piernas del enfermo, cuidando mucho de no provocar compresión en el nervio ciático que pasa por la zona poplítea. Sostienen las piernas en posición de litotomía. Indispensables en algunas intervenciones de ginecología, urología, cirugía perianal, etc.



➤ Colocación del paciente en la mesa quirúrgica

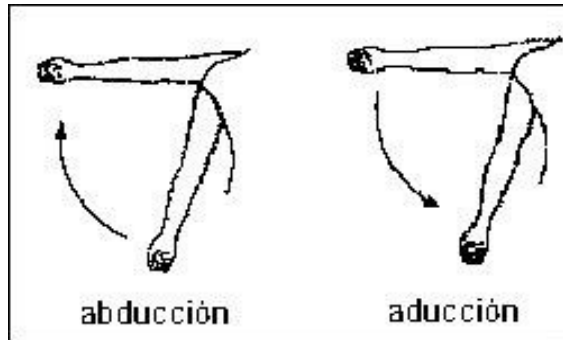
Medidas generales:

La posición del paciente viene determinada por el procedimiento a realizar, teniendo en cuenta la elección de la vía de acceso por parte del cirujano y la técnica para administrar la anestesia. La enfermería circulante es responsable, junto con el anestesiólogo y el cirujano, de la posición quirúrgica del paciente ayudados por el celador.

Es una responsabilidad compartida entre todos los miembros de un equipo. En posiciones complejas o pacientes obesos, el plan de cuidados incluirá la necesidad de contar con más ayuda adicional para mover al paciente.

- El paciente estará en ayunas, sin objetos personales, laca de uñas, prótesis, llevará el brazalete de identificación y se dispondrá de la historia clínica.
- Antes de colocar al paciente sobre la mesa se debe haber comprobado que esta funciona en todas sus posiciones y dispone de todos los accesorios necesarios.
- Respeta el pudor del paciente evitando la exposición innecesaria de su cuerpo.
- Los pacientes se mantendrán con gorro y calzas durante el proceso del acto quirúrgico, siempre que no interfiera con el tipo de operación.
- El personal de enfermería evaluará la situación; sondas, catéteres, etc. Reubica los goteros, sondas, sistemas de drenaje, etc. Siempre quedarán visibles.
- Proveerse de suficiente ayuda para mover al paciente con seguridad.
- No se posiciona ni se mueve al paciente hasta que el anestesista comunique que es seguro hacerlo.
- Mantén la camilla frenada en prevención de caídas y ajustada a la altura de la mesa quirúrgica o cama.
- El paciente no debe tener las piernas y los tobillos cruzados, ni las manos debajo de las nalgas.

- El ángulo de abducción del brazo no será mayor de 90° con relación al cuerpo.



- Hacer el traslado despacio y con cuidado al objeto de evitar lesiones al paciente.
- Mantén siempre la alineación de cuello y columna para prevenir la lesión de la columna cervical y proteger la vía aérea.
- Mantén al paciente seco y caliente.
- No tocarás el campo estéril.
- Las camas de los pacientes no deben entrar en el quirófano.

➤ EL PERSONAL DE QUIRÓFANO

Por las funciones de sus miembros el equipo se divide en equipo estéril y no estéril:

1. Equipo estéril:

- Cirujano.
- Ayudante del cirujano (Enfermero instrumentista)

Estos miembros del equipo se lavan las manos y antebrazos con técnica de lavado quirúrgico, se ponen batas y guantes estériles, y tienen acceso al campo estéril. El campo estéril está en la zona del quirófano en contacto con el paciente.

El enfermero instrumentista es responsable de conservar la integridad, seguridad y eficiencia del campo estéril durante toda la operación.

2. Equipo no estéril:

- Anestesiólogo.
- Enfermero circulante.
- Otros técnicos.
- Auxiliar de enfermería.
- Celador.

Estos miembros del equipo no tienen contacto con la zona estéril. Trabajan por fuera y alrededor de ella. Deben asumir la responsabilidad de conservar la técnica estéril durante la operación y pueden manejar elementos y equipos no estériles.

La indumentaria quirúrgica



Se utilizará una vestimenta diferente y exclusiva al resto del personal del hospital. La ropa debe ser de algodón, con tejido que dificulte el paso de los microorganismos. Actualmente proliferan las batas de tipo desechable de papel impermeable. Los colores no producirán reflejos ni enmascararán el color rojo de la sangre. El verde es el usado con más frecuencia.

Pijamas: anchos, cómodos y de algodón. Deben cambiarse a diario o en caso de necesidad. Nadie debe salir del área quirúrgica con pijama verde. Si por una emergencia se sale con el mismo, deberá cambiarse al volver a entrar a l quirófano.



Gorro: cubrirá el pelo totalmente. Se coloca en vestuario antes de entrar en el área quirúrgica, no quitárselo en ningún momento. Son piezas de papel o tela, de diferentes modelos, desechables o reutilizables, debe cubrir totalmente el cabello y siempre se coloca antes del lavado de manos.



Mascarillas quirúrgicas. Su objetivo es evitar que el personal sanitario y los pacientes infectados (o sospechosos de estarlo) transmitan agentes infecciosos. Estas mascarillas están diseñadas para filtrar el aire exhalado. Su misión es proteger a quienes están a tu alrededor, evitando la dispersión vírica al estornudar, toser o hablar. Deben tener un mecanismo que permita ceñirla estrechamente sobre nariz, boca y barbilla a quien la lleva puesta.

Por cuestiones de comodidad e higiene, se suele recomendar no usar la mascarilla durante más de 4 h. En caso de que se humedezca o deteriore por el uso, se recomienda sustituirla por otra.

Si se va a realizar un lavado quirúrgico de manos, la mascarilla se colocará siempre antes de efectuar el lavado de manos, pues no es estéril.

Zuecos: los ideales han de ser de goma por su fácil limpieza y secado, resistentes al calor, antiestáticos, antideslizantes, preferiblemente que agarre el pie. Su uso es exclusivo de la zona quirúrgica, no debe tener roturas, estarán siempre limpios. Si el personal sale del quirófano con los zuecos, al volver se colocará unas calzas sobre los mismos hasta que estos puedan lavarse.

Calzas: son unas fundas usadas en quirófanos y otras áreas estériles para cubrir el calzado y evitar con ello la contaminación al acceder a estas zonas. Son impermeables y antideslizantes, cubrirán totalmente el calzado y no se utilizarán para deambular fuera del quirófano. Deben cambiarse cuando estén mojadas o cuando se abandone la zona quirúrgica.

Las calzas deben colocarse sin tocar el calzado y evitando romperlas, y es lo primero que hay que ponerse para acceder a un área estéril. También se usa las calzas para aislar los pies de un paciente en determinados tipos de cirugía.

Delantales plomados: para la protección ante la exposición a radiaciones ionizantes.

Protectores de tiroides y gafas plomadas: cuando la exposición a las radiaciones es muy cercana.

Gafas: para la protección ante salpicaduras en el campo quirúrgico o durante el lavado de instrumental. Las gafas para laser protegen los ojos de dichas fuentes.

Guantes: equipo de protección personal que crea barrera de protección frente a microbios, protegiendo tanto a trabajadores como a pacientes. Se usará n guantes para la manipulación de todos los pacientes, cambiándose entre pacientes e incluso entre diferentes procedimientos en el mismo paciente. Los tipos más comunes de guantes son:



De látex: barrera efectiva frente a agentes patógenos sanguíneos y otros agentes infecciosos. Buena resistencia a la rotura y a los pinchazos accidentales.



De vinilo: indicados para tareas de bajo riesgo y corta duración, para tareas con nula o baja exposición a sangre u otros fluidos corporales. Mayor permeabilidad y menor resistencia que el látex. Mejor adaptabilidad a la mano.



De nitrilo: alta resistencia a agentes biológicos, rotura y pinchazos. Indicados para la manipulación de productos químicos tóxicos, limpieza de agentes biológicos de alto riesgo y limpieza y saneamiento de materiales contaminados.

El tiempo estimado de frecuencia de cambio en los guantes no estériles es entre 15 y 30 minutos y después de cada procedimiento. El uso de guantes no sustituye la necesidad de lavarse las manos antes de su uso. Su uso prolongado puede generar sudoración y lesiones incluso en piel sana.

Batas: debe cubrir por completo el uniforme y llegar, al menos, por debajo de las rodillas, cerrada por detrás y lisa para evita renganches. No se usará fuera de los límites del quirófano. Resistentes a la penetración de líquidos y sangre, cómodas, y no producir calor excesivo. Serán estériles en el campo quirúrgico y maniobras anestésicas. Se cruzarán por la espalda.

- Estériles para el campo quirúrgico.
- No estériles para protección de salpicaduras.

La secuencia generalizada de colocación de estas barreras higiénicas sería:

1. Calzas
2. Gorro
3. Mascarilla
4. Gafas o pantalla ocular
5. Bata
6. Guantes.

Para su retirada la secuencia sería al contrario, primero guantes, bata etc.....

➤ **FUNCIONES DEL CELADOR**

En los quirófanos "auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que fuesen ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras" (artículo 14.2.16.º del Estatuto de Personal no Sanitario de 1971).

- Recoger al paciente para su traslado a quirófano junto con la historia clínica y resto de pruebas preoperatorias, para lo cual, a vista del parte diario de quirófano y en coordinación con quienes realizan las intervenciones, vayan llevando a los enfermos en el orden y con la premura que le sea solicitada.
- Señalar a familiares y acompañantes del paciente dónde deben permanecer para su localización e información médica.
- Colaborarán en el rasurado del paciente.
- La mesa quirúrgica y sus accesorios se preparan en las posiciones acordes a la operación que se vaya a realizar al paciente, siguiendo las instrucciones del personal responsable.
- Los pacientes se colocan en colaboración con el personal responsable en la posición quirúrgica acorde con la patología de los mismos, extremando las medidas de seguridad y evitando agravar la situación del paciente, para que se pueda realizar la operación.

- Durante la intervención quirúrgica también se moviliza el paciente en colaboración con el personal responsable, salvaguardando las condiciones de asepsia del centro sanitario.
- Finalizada la intervención colaborará en su traslado a su cama.
- Desplazar el aparataje voluminoso al interior del quirófano y devolver a su lugar una vez finalizado su uso y limpieza (almacén de equipos).
- Trasladar al paciente al lugar correspondiente (Reanimación, CMA) y más tarde, a su habitación junto con su documentación.
- Permanecerán a disposición del equipo quirúrgico. Son el nexo de unión con el exterior del área.
- Transportarán muestras y/o documentos al lugar o servicio correspondiente.
- Depositar los sacos de ropa en los contenedores habilitados.
- Orden y control con los arcos, soportes para brazos, tablas deslizantes, camillas, etc.

En general, "realizan las labores de auxilio mecánico y de esfuerzo físico que les corresponda como al posicionamiento y la colocación del paciente sobre la mesa quirúrgica, siempre siguiendo las instrucciones impartidas por el personal sanitario y bajo la presencia y supervisión de este.

PROTOCOLO Y FUNCIONES DEL CELADOR EN EL HOSPITAL DE LOS ARCOS (EJEMPLO)

- Dar soporte al resto del equipo quirúrgico y ser nexo de unión con el exterior del área.
- Se encargan del traslado de los pacientes desde su lugar de ingreso, hasta el quirófano y viceversa, estando a disposición del equipo quirúrgico.
- Desplazan el aparataje voluminoso y/o pesado al interior del quirófano, y lo devuelven a su lugar de origen cuando finaliza su uso en el quirófano, (arco, delantales,..).
- Ayudar a sacar el mobiliario del quirófano. Colocar el pedido de sueros cuando llega de farmacia.
- Pasan al paciente a la mesa quirúrgica junto con la enfermera, colocando al paciente en la posición adecuada, siempre bajo la supervisión de la enfermera

circulante. Una vez finalizada la intervención se le avisará para el traslado del enfermo a su cama.

- Llevarán las muestras biológicas y traerán sangre del banco cuando se precise. Siempre con los elementos de transporte adecuados y destinados para ello (nevera, etc....).
- El horario de entrega de muestras será a las 10h y 14:30h. Ayudará a la auxiliar en el transporte del material a Esterilización.
- Mantendrán limpios los transferes utilizados para el traslado de los enfermos y ordenadas las camillas. Al finalizar la jornada las camillas deben quedar ordenadas en la espera de camas.
- Mantendrán ordenados todos los soportes utilizados en las mesas de los quirófanos de las distintas especialidades en los almacenes y estanterías destinadas a tal fin.
- Se asegurará al finalizar la jornada quirúrgica, que todo queda dispuesto para su uso.
- Al finalizar la jornada revisarán los quirófanos para que todos dispongan de los elementos necesarios:
 - Arcos para la mesa.
 - Soportes para brazos.
 - Almohadillas, etc.

2.5. EL CELADOR EN UNIDADES DE CRÍTICOS Y ÁREAS DE URGENCIAS.

La UCI se localizará en una zona clara mente diferenciada y con acceso controlado. Como unidad de hospitalización especial, requiere una conexión espacial y funcional más directa con otros servicios, tales como el bloque quirúrgico y su zona de recuperación, urgencias, radiodiagnóstico, etc. La conexión con laboratorio puede solucionarse mediante una instalación de tubo neumático para el envío de muestras y la recepción de resultados por medios electrónicos.



Habitación/box del paciente

Las dimensiones permitirán acceder al paciente alrededor de la cama, incluido la cabecera, por al menos tres personas. También permitirá accesibilidad para la ubicación de equipos. No se recomiendan las salas abiertas por cuestiones de privacidad, ambientales y tratamiento y control de infecciones.

Dichas salas permitirán un control visual directo del paciente mediante elementos de vidrio frontales y laterales y las habitaciones más distantes del control de enfermería pueden visualizarse mediante cámaras de video vigilancia. También dispondrán de sistemas que permitan en caso necesario la privacidad en el interior del box de cada enfermo. Las habitaciones de aislamiento dispondrán de una superficie útil mínima recomendada de 24 m² y de una antesala para la preparación del personal de 6 m².

➤ ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UCI:

- Vigilarán el acceso a la Unidad de familiares y visitantes durante dichos períodos de visita, e impidiendo a los mismos el acceso fuera del horario establecido, orientándolos hacia dichas bandas horarias, no permitiendo la introducción de comida, bebida y de ningún tipo de medicación.
- Al igual que el resto de personal, durante los horarios de visita cuidarán de que los familiares y visitantes de pacientes vestan la indumentaria adecuada (bata verde desechable) para acceder a la Unidad.
- Los celadores destinados en esta Unidad, al igual que el resto de personal de la unidad, deben estar preparados en la movilización y traslado los enfermos.

Cuando movilizamos a un paciente asistido por ventilación mecánica, siempre debe estar presente un enfermero que vigile los sistemas y conexiones del respirador, tubos y cánulas para evitar que en ningún momento se interrumpa o altere la ventilación. Existirá máxima coordinación entre todos los componentes del equipo, extremando las medidas de seguridad y evitando agravar la situación del enfermo.

- Colaboración con los técnicos de radiología en la movilización de aquellos pacientes del servicio que precisen la correcta preparación en tales procedimientos.
- Traslado del paciente de alta en UCI a las diferentes plantas de hospitalización acompañados por el personal de enfermería.
- Cualquier otra tarea comprendida dentro de las funciones del celador.

➤ **EL CELADOR EN ÁREAS DE URGENCIAS:**

Se define la Urgencia sanitaria como aquella situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente y que requiere atención médica inmediata. Es preciso diferenciar entre Urgencias y Emergencias o urgencias vitales, considerando estas últimas como unas situaciones con riesgo vital inminente.

La atención médica de urgencias comprende:

- La evaluación inicial de los pacientes para determinar los riesgos para su salud y, en caso de ser necesario, la clasificación de los mismos para poder priorizar la asistencia sanitaria que precise.
- La realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios.
- Monitorización, observación y reevaluación de los pacientes cuando su situación lo requiera.
- Información y asesoramiento a pacientes o, en su caso, acompañantes sobre las medidas a adoptar tras finalizar dicha atención.
- El transporte sanitario, asistido o no asistido, según requiera la situación clínica de los pacientes.

EL ÁREA PREASISTENCIAL COMPRENDE

Acceso/Entrada: claramente señalizado, amplio, anchas aceras, cubierto, que permita el cómodo acceso tanto para vehículos como para personas y que facilite el transporte sanitario. Debe constar de una doble vía en una sola dirección. Aparcamiento que permita un breve estacionamiento. Sala de espera de familiares. Urgencias.

Recepción: zona de recepción y descarga de pacientes suficientemente iluminada, con cierre de puertas automático. Cerca de la sala de espera de pacientes con patología banal y de la sala de espera de familiares. Se ubica el estar de celadores, almacén de sillas de ruedas y camillas, un punto de información de usuarios y familiares, ventanilla de admisión, cuartos de aseo, máquinas expendedoras de bebidas, comida rápida y teléfono público. Personal de ambulancias y vigilantes de seguridad.

Admisión: registra los datos de filiación, registro de pacientes, control de camas libres y formalización de ingresos. Desde la misma se dirige al usuario a la zona de triaje.

Editado: José Mula Cruz

EL TRIAJE. TIPOS

Es un término que procede del francés (en español existe la palabra 'triar', que significa "escoger, separar o entresacar") y que se utiliza en el ámbito médico para clasificar a los pacientes en función de la urgencia con que deban ser atendidos. Se trata, en definitiva, de organizar a las personas a las que atender en función de los recursos existentes y de las necesidades de estos individuos.

No existe un único sistema de 'traje' en el mundo: el Sistema Español de (SET) y el Sistema de Manchester (MTS) son los dos sistemas normalizados de mayor implantación en nuestro país. Eso sí, normalmente los hospitales distinguen entre cinco niveles distintos de gravedad y, sea cual sea el sistema de traje utilizado (existen varios modelos), todos coinciden con estos cinco niveles de priorización:

Sistema de Manchester (MTS):

Prioridad 1, atención Inmediata (identificados con el color Rojo),

Prioridad 2, atención Muy Urgente, entre 10-15 min , (color Naranja),

Prioridad 3, atención Urgente, antes de 60 min (color Amarillo)

Prioridad 4, atención Menos Urgente, antes de 120 min (color Verde)

Prioridad 5, atención No Urgente, antes de 240 min (color Azul)

Clasificación de emergencias (triaje de Manchester)

Método para la clasificación de los pacientes priorizando la gravedad y la urgencia de los casos

Nivel	Tipo de urgencia	color	Tiempo de espera
1	RIESGO VITAL INMEDIATO	ROJO	Atención de forma inmediata
2	MUY URGENTE	NARANJA	10-15 MINUTOS
3	URGENTE	AMARILLO	60 MINUTOS
4	NORMAL	VERDE	2 HORAS
5	NO URGENTE	AZUL	4 HORAS

El triaje es realizado con mayor frecuencia por enfermería, sin embargo, otros sistemas defienden que debe ser un médico experimentado de urgencias el encargado de realizarlo. Algunos estudios concluyen que el triaje de enfermería con apoyo médico es más eficiente que el triaje de enfermería aislado.

➤ ACTUACIÓN DEL CELADOR EN URGENCIAS

El celador de la misma puerta de urgencias, respecto a los pacientes:

- Recepción y ayuda a los pacientes que vengan ambulantes, en vehículos particulares o transporte sanitario.
- Traslado de pacientes que venga impedidos.
- Transporte en silla de ruedas o camillas.
- Traslado al paciente al mostrador de Admisión para la toma de datos de

filiación y donde deberán esperar para la asistencia.

- En los supuestos en que su estado de salud no permita demora, traslado a la zona de triaje para valoración sanitaria.
- Si se trata de una urgencia vital, traslado a la sala de hemodinámica o reanimación cardiopulmonar y aviso al personal sanitario mediante timbre de emergencia.
- Respecto a los visitantes:
- Solo permitirá el acceso a urgencia a los visitantes autorizados. Impedirá el acceso de visitantes conforme al régimen interno de la institución, y a trabajadores desde urgencias a los servicios de hospitalización, salvo excepciones autorizadas.
- Información general de tipo no sanitario (localización de dependencias, horarios, etc.). No darán información asistencial.
- Exigir el comportamiento adecuado respecto a las normas de convivencias, como no fumar en dependencias, guardar decoro, no levantar la voz en exceso, uso adecuado de instalaciones, etc.
- Avisar a familiares para información médica.
- Respecto a los materiales:
- Custodia de las sillas de ruedas y camillas en stock para atender a pacientes impedidos.

El resto de celadores en urgencias:

- No permitir el paso de personas no autorizadas bien a zonas del mismo servicio o de paso hacia otros.
- Traslado de pacientes para la realización de pruebas diagnósticas, ingreso a hospitalización, o unidades especiales, etc.
- Traslado de cadáveres al mortuario.
- Colaborar en la nueva acomodación del paciente que acuda a urgencias mediante servicio de ambulancia.
- Dar Información general de tipo no sanitario. No darán información asistencial.
- Acomodar a los pacientes en los diversos boxes.

- Vigilarán el comportamiento de los mismos para que se respeten las normas e instrucciones de carácter general, tales como no fumar, guardar silencio, y buen uso de instalaciones.
- Traslado de aparataje, mobiliario, documentos y objetos.
- Colaborar en la movilización de pacientes.
- Colaborar en la inmovilización de pacientes; tanto para la extracción de muestras para diagnóstico, curas quirúrgicas, suturas, como por contención por prescripción médica.
- Colaborar en tareas de movilización de pacientes para la colocación de yesos o cualquier técnica traumatológica si se les requiere.
- Atención a la sala de reanimación cardiopulmonar.
- Colaboración con el personal sanitario en general.
- Controlar la deambulaci3n innecesaria de pacientes y acompañantes por el área de urgencias.
- Traslado de pacientes de alta hasta el lugar correspondiente.
- Traslado de la lencería y sacos de ropa sucia hasta el lugar que proceda.
- Traslado de las comunicaciones verbales que se le encomienden.
- Recogida de pedidos en almacenes y/o farmacia en los supuestos que así les venga atribuido.
- ~~Rasurado de enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas por ausencia del peluquero.~~
- Comunicar al compañero la ausencia del servicio.
- Cualquier otra funci3n recogida en la Orden de 5 de julio de 1971.
- Especial referencia al paciente crítico.
- Colaborar en el traslado sin demora hasta la ambulancia situada en zona de entrada al quirofanillo de urgencias o "Sala de hemodinámica".
- En colaboraci3n con el resto del equipo en el traslado de camilla del paciente.
- Hacer sonar el avisador acústico de emergencia.
- Colaborará en la instauraci3n de la contenci3n y transporte del paciente e

instrumental.

- Permanecer en la sala hasta que el médico o enfermero responsables lo consideren oportuno.
- Mantener en lugar cercano a la sala a los familiares del enfermo atendido en emergencia y a la formalización de datos de filiación en Admisión de Urgencias.
- Atender las necesidades de bala de oxígeno, monitor portátil, ascensor de urgencias, etc.
- Trasladar al paciente a la unidad señalada por el médico (UCI, quirófano, camas de observación).
- Advertir la posible ausencia al compañero ante la existencia de un traslado a otro servicio.
- Devolver el aparataje de traslado a su lugar de procedencia.

3. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL MEDIO HOSPITALARIO

3.1. NORMAS DE AISLAMIENTO Y PRECAUCIONES

Básicamente, las recomendaciones que se siguen para prevenir la transmisión de la mayor parte de las infecciones que ocurren en un hospital (Infección nosocomial) es la que se contrae durante, o como consecuencia, de la atención sanitaria, la que el paciente no presenta cuando ingresa en el hospital y que ocasiona un aumento de la morbilidad y la mortalidad, prolongando la estancia hospitalaria se dividen en dos tipos:

- Las precauciones estándar, para el cuidado de todos los pacientes y diseñadas para reducir el riesgo de transmisión de patógenos.
- Las precauciones basadas en la transmisión, diseñadas para reducir el riesgo de transmisión por vía de gotas, aérea y de contacto.

Vías de transmisión de los microorganismos:

Por contacto: es el modo más frecuente de transmisión de infecciones nosocomiales. Presenta dos subgrupos:

- **Contacto directo:** implica el contacto directo entre la superficie corporal de una persona infectada o colonizada con un huésped susceptible. (Sarna)
- **Contacto indirecto:** supone el contacto directo del huésped susceptible con un objeto contaminado. (Hepatitis)

Por gotas: gotitas generadas por la persona infectada que contienen microorganismos impulsados a corta distancia a través del aire, pero que no permanecen suspendidas en el mismo. Diámetro superior a 5 μ . (Meningitis, paperas)

Por el aire o aerosoles: partículas de diámetro igual o inferior a 5 μ y que se pueden dispersar a través de corrientes. Requieren una especial manipulación del aire y del sistema de ventilación. (Gripe, COVID 19)

Por artículos contaminados, como el agua, alimentos, medicamentos, aparatos y equipos. (cólera)

Por vectores, a través de organismos vivos. (mosquito que transmite la malaria)

Las precauciones o medidas específicas que se han de adoptar para disminuir el riesgo de transmisión son:

1. Precauciones estándar

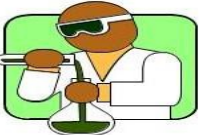
PRECAUCIONES ESTANDAR
DEBEN SER UTILIZADAS EN TODOS LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS



LAVAR LAS MANOS
Antes y después del contacto con el paciente, sangre o líquidos corporales



USAR GUANTES
Antes del contacto con sangre, líquidos corporales, secreciones y artículos contaminados y lavar las manos después de retirar los guantes.



USAR MASCARILLA Y LENTES
En procedimiento que generen salpicaduras y aerosoles de sangre y líquidos corporales



USAR BATA
En procedimientos que generan salpicaduras, para evitar el contacto con piel y ropa, o al transportar y procesar la ropa sucia



USO DE RECOLECTORES
Los punzo cortantes deben depositarse en los contenedores, después de su uso

Están diseñadas para su aplicación a **todos los pacientes atendidos en los hospitales independientemente de su diagnóstico o presunto estado de infección.**

Se aplica cuando se prevé o existe la posibilidad de contacto con sangre, todos los fluidos corporales (excepto sudor), piel no intacta, membranas, mucosas, secreciones y excreciones (excepto sudor, lágrimas).

A estas precauciones estándar o generales se añaden las precauciones basadas en la vía de transmisión y que tienen como objetivo proteger a todas las personas del hospital, enfermos, trabajadores o visitantes, de los microorganismos, transmisibles eliminados por un paciente determinado .

Estas precauciones se han agrupado en cuatro:

- a) Precauciones de transmisión aérea
- b) Precauciones de transmisión por gotas
- c) Precauciones de transmisión por contacto
- d) Precauciones de protección. Aislamiento inverso

Precauciones por transmisión aérea:

Partículas infecciosas presentes con tamaño inferior a 5μ (aerotransportadas). El mecanismo de transmisión se realiza por gotículas o partículas de polvo que contienen el agente infeccioso y que flotan libremente en el aire ambiental o se depositan en el piso o mobiliario con capacidad infectante que puede durar largos periodos de tiempo. Además de las precauciones estándar:

- Habitación individual con presión negativa si es posible.
- Puerta cerrada.
- El paciente permanecerá en la habitación, y usará mascarilla quirúrgica en caso de necesidad de salir.
- Si el aislamiento es **ESTRICTO** por (tuberculosis, varicela, sarampión, aspergillus) el personal y visitas deben utilizar protector respiratorio FFP2.



Precauciones por gotas:

Tamaño superior a 5 μ . La transmisión se origina por el contacto con las mucosas o la conjuntiva de gotas de gran tamaño que contienen microorganismos. Se produce cuando el paciente habla, tose, estornuda y durante la aplicación de ciertas técnicas como broncoscopios y aspirado de secreciones. Tales gotas no permanecen suspendidas en el aire y viajan normalmente a distancias menores de un metro. Además de las precauciones estándar:

- Habitación individual o agrupación de casos.
- Puerta cerrada, Personal y visitas deben utilizar mascarillas quirúrgicas, Mascarilla protector FFP2 a menos de un metro del paciente (meningitis, neumonía, escarlatina).



Precauciones por contacto:

La infección puede ocurrir por contacto directo o por medio de objetos contaminados. En general basta con extremar las precauciones estándar. Uso de bata, mascarilla y protección ocular si se prevén salpicaduras o contacto estrecho y ante maniobras invasivas (herpes, difteria, pediculosis, sarna, hepatitis A).

Aislamiento protector-inverso: consiste en proteger a los pacientes seriamente inmunodeprimidos de los microorganismos transportados por otros enfermos, por el personal sanitario, visitas, familiares y los que existan en el medio ambiente.

1. Habitación individual, con presión positiva y preferiblemente con antesala. La puerta deberá permanecer cerrada.
2. Extremar las medidas de asepsia y antisepsia en todos los cuidados de enfermería, Guantes, bata, mascarilla, gorro y calzas antes de entrar en la

habitación.

3. Esfigmomanómetro, fonendoscopio y termómetros de uso exclusivo para el paciente mientras dure el aislamiento.
4. Lavado de manos con jabón antiséptico antes y después de entrar en contacto con el paciente o con su entorno.
5. Limpieza y desinfección diaria de la habitación debe ser extremadamente prolija.
6. Restringir el número de profesionales que atiendan al paciente, así como el número de visitantes.
7. Uso de material estéril.



Precauciones de protección. Aislamiento protector-inverso:

Consiste en proteger a los pacientes seriamente inmunodeprimidos de los microorganismos transportados por otros enfermos, por el personal sanitario, visitas, familiares y los que existan en el medio ambiente.

- 1- Habitación individual, con presión positiva y preferiblemente con antesala. La puerta deberá permanecer cerrada.
- 2- Extremar las medidas de asepsia y antisepsia en todos los cuidados de enfermería, guantes, bata, mascarilla, gorro y calzas antes de entrar en la habitación.
- 4- Esfigmomanómetro, fonendoscopio y termómetros de uso exclusivo para el paciente mientras dure el aislamiento.
- 5- Lavado de manos con jabón antiséptico antes y después de entrar en contacto con el paciente o con su entorno.

- 6- Limpieza y desinfección diaria de la habitación debe ser extremadamente prolija.
- 7- Restringir el número de profesionales que atiendan al paciente, así como el número de visitantes.
- 8- Uso de material estéril.

Precauciones de protección:

La habitación de aislamiento

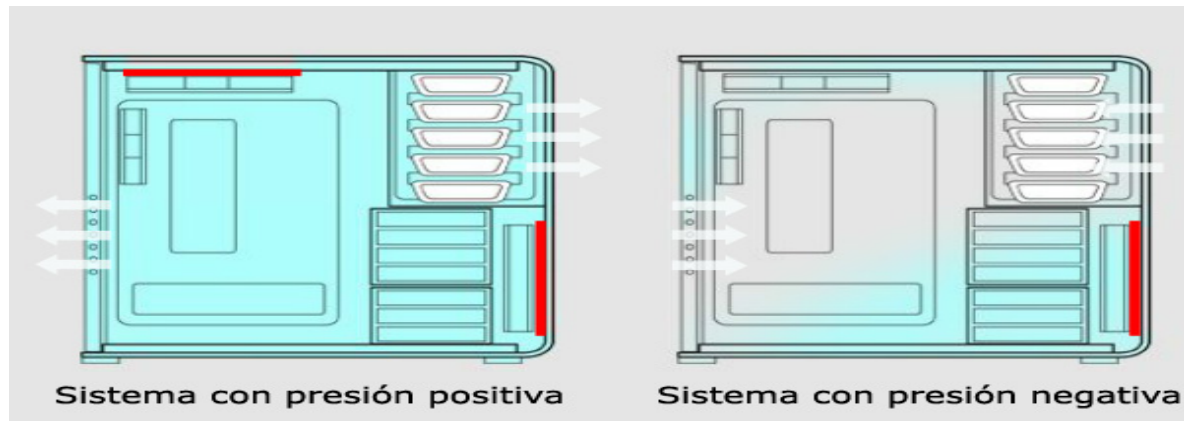


El paciente aislado será hospitalizado en habitaciones de aislamiento, como su nombre indica, y que están orientadas a evitar o disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades en los hospitales. El paciente permanecerá aislado en dicha habitación por prescripción médica mientras recibe asistencia sanitaria, bien para evitar que el paciente se contagie mientras dura

su internamiento, o bien para que su infección pueda transmitirse a otros.

La habitación de presión negativa es usada como método de contención de los contaminantes de un paciente que se encuentra dentro de la sala, que puede ser un emisor de patógenos nocivos que se transmiten por la vía aérea, como hongos, virus, bacterias, mohos, levaduras o gases, entre otros. Para conseguir que esta estancia esté aislada de la ventilación del resto de habitáculos del centro tiene un sistema individual de filtrado del aire

La habitación cuya presión es positiva tiene una finalidad completamente contraria a la negativa. En este caso, se utilizan como una estancia para el cuidado de pacientes que están inmunocomprometidos o, por ejemplo, con VIH o quemaduras importantes, los cuales necesitan un ambiente que esté libre de posibles patógenos ambientales.



Tipos de protección respiratoria

- Mascarillas higiénicas

Mascarillas quirúrgicas

FPP2



Mascarilla higiénica:

Su finalidad es evitar la transmisión de agentes infecciosos de la persona que la lleva.

- Las mascarillas higiénicas son un complemento a las medidas de distanciamiento físico e higiene recomendadas por el Ministerio de Sanidad en el contexto de la pandemia de la COVID-19.
- Pueden ser lavables y la duración de su eficacia la determina el fabricante.

Las mascarillas quirúrgicas:

Son las que acostumbramos a ver en ambientes clínicos.

- Su objetivo es evitar que el personal sanitario y los pacientes infectados (o sospechosos de estarlo) transmitan agentes infecciosos.
- Estas mascarillas están diseñadas para filtrar el aire exhalado, Su misión es proteger a quienes están a tu alrededor, evitando la dispersión vírica al estornudar, toser o hablar.

- Por cuestiones de comodidad e higiene, se suele recomendar no usar la mascarilla durante más de 4 h.
- En caso de que se humedezca o deteriore por el uso, se recomienda sustituirla por otra.

Este tipo de mascarillas son Equipos de Protección Individual (EPI).

se recomiendan fundamentalmente para su empleo por profesionales para crear una barrera entre un riesgo potencial y el usuario.

- **Las mascarillas EPI tienen como finalidad filtrar el aire inhalado evitando la entrada de partículas contaminantes en nuestro organismo.**
- **Según su eficacia de filtración pueden ser de tres tipos: FFP1, FFP2, y FFP3.**
- **Por cuestiones de comodidad e higiene, se suele recomendar no usar la mascarilla durante más de 4 h.**
- **En caso de que se humedezca o deteriore por el uso, se recomienda sustituirla por otra.**

En el aula virtual se puede consultar documento del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre las mascarillas o a través del siguiente enlace:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/030520_GUIA_COMPRA_MASCARILLAS.pdf

Traslado intrahospitalario de pacientes con medidas de aislamiento

De contacto:

- Limitada su salida a lo imprescindible
- Se taparán las zonas contaminadas y las lesiones cutáneas no cicatrizadas con apósitos limpios, o se cubrirá al paciente con bata y sábana limpias, cubriendo la lencería normal de la cama, antes de proceder al traslado.
- El celador será informado de las características del traslado (solo usará batas y guantes),
- El paciente no precisa mascarilla. Se aconseja que la cama del paciente vaya cubierta por completo con sábana limpia tapando toda la lencería de la cama

del paciente. Otro celador acompañará al que efectúe el traslado para apoyarlo en tareas tales como llamar ascensores, abrir puertas, etc.

- Con el objeto de disminuir el riesgo de transmisión de microorganismos, los pacientes también deben ser informados acerca de la forma de transmisión de su enfermedad para obtener colaboración por su parte.

Por gotas:

- Limitada su salida a lo imprescindible.
- Aún dentro de la habitación, se coloca al paciente mascarilla quirúrgica, bien ajustada a la superficie facial.
- El celador será informado de que es suficiente con aplicar las medidas estándar, manteniendo al paciente con la mascarilla quirúrgica bien colocada y en el caso de utilizar protección respiratoria sería mascarilla quirúrgica.
- Se informa al servicio a dónde va el paciente del tipo de precauciones a adoptar.

Aéreo:

- Limitada su salida a lo imprescindible.
- Se coloca al paciente una mascarilla quirúrgica, bien ajustada, dentro de la habitación.
- Se informa al celador de que es suficiente con aplicar las medidas estándar, mantener al paciente con la mascarilla quirúrgica bien colocada y la utilización del mascarilla de alta eficiencia FFP2. -Se añade el uso de guantes en el caso de varicela y herpes zóster diseminado.
- Se informa al servicio a dónde va el paciente del tipo de precauciones a adoptar

MEDIDAS A SEGUIR POR TIPO DE AISLAMIENTO DEL PACIENTE				
PERSONA QUE LO TRASLADA	AÉREO	GOTAS	CONTACTO	PROTECTOR
HIGIENE DE MANOS Antes y después del contacto con el paciente	Si	Si	Si	Si
BATA	No	No	Si	No
GUANTES	No	No	Si	No
PROTECCIÓN RESPIRATORIA Mascarilla quirúrgica o Respirador FPP2- FPP3	Respirador FPP2	Mascarilla quirúrgica	No	Mascarilla quirúrgica
PACIENTE	AÉREO	GOTAS	CONTACTO	PROTECTOR
HIGIENE DE MANOS Antes de salir de la habitación	Si	Si	Si	Si
GUANTES	No	No	No	No
PROTECCIÓN RESPIRATORIA Mascarilla quirúrgica o Respirador FPP2- FPP3	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla quirúrgica	No	Respirador FPP3

ESPECIAL REFERENCIA AL LAVADO DE MANOS (OMS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda utilizar diferentes soluciones y productos dependiendo del grado de suciedad.

- Cuando las manos no estén visiblemente sucias se recomienda limpiarlas con un antiséptico a base de alcohol simplemente frotándolas. Se recomienda utilizar preparados (líquidos, en gel o en espuma) destinados a la higiene de las manos con al menos un 60% de alcohol. La OMS aconseja este método para descontaminar las manos ya que:
 - Es más rápido: se secan de inmediato sobre la piel, por lo que no es necesario el uso de papel ni toalla.
 - La piel de las manos tolera mejor este método, ya que un antiséptico lleva menos químicos que el jabón.
- Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o visiblemente manchadas con sangre u otros líquidos corporales, o bien cuando haya sospechas fundadas o pruebas de exposición a organismos con capacidad de esporular (IB) (esporas), así como después de ir al baño.

- Sin embargo, no todos los jabones son iguales. Se pueden encontrar pastillas de jabón o jabón líquido. Aunque la composición pueda ser muy similar, se recomienda preferentemente el uso del jabón líquido ya que es mucho más fácil encontrar este tipo de productos con desinfectantes antibacterianos.
- La pastilla de jabón, en cambio, presenta una mayor tendencia a resecar la piel y tiene una mayor exposición a las bacterias. Sin embargo, es una opción más ecológica y también puede tener un componente antibacteriano.

El **procedimiento** a seguir para lavarse las manos correctamente según la OMS es:

- Aplicar el producto (jabón o solución antiséptica) en la palma de la mano
- **Frotar ambas palmas** de las manos extendiendo el producto.
- Entrelazar los **dedos** y frotar los **dorsos** de las manos haciendo **movimientos de rotación**.
- No hay que olvidar las **uñas** ni las **muñecas** para asegurar una correcta higiene.
- **En el caso de usar jabón, enjuagar las manos y secarlas.**

Limpia tus manos

CON AGUA Y JABÓN

 Duración de este procedimiento: **40-60 segundos**



0 Mójese las manos con agua.



1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.



2 Frótese las palmas de las manos entre sí.



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.



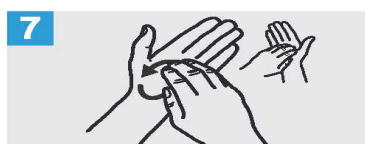
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.



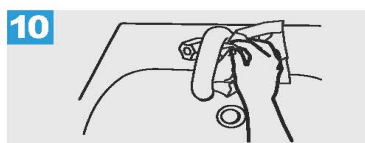
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.



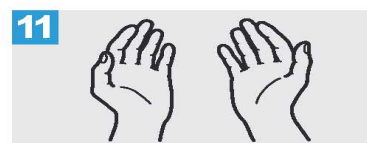
8 Enjuáguese las manos con agua.



9 Séquese con una toalla desechable.



10 Sírvese de la toalla para cerrar el grifo.



11 Sus manos son seguras.

Tener las manos limpias reduce la propagación de enfermedades como COVID-19

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Conócelo. Prepárate. Actúa.
www.paho.org/coronavirus

Lavado de manos clínico

1. Mojar las manos con agua tibia.
2. Aplicar dos pulsaciones del dosificador **y enjabonarse manos y muñecas durante 30 segundos**. Ten en cuenta frotar palma contra palma, dorsos y entrelazar los dedos.
3. Enjuagar con abundante agua.
4. Secar las manos con una toallita desechable. Recuerda cerrar el grifo con esta toalla para evitar una posible contaminación.



Lavado de manos quirúrgico

Es importante tener en cuenta que, antes de iniciar el protocolo de lavado de manos quirúrgico, es necesario retirar anillos, relojes y pulseras ya que pueden actuar como reservorio de gérmenes.

El objetivo del lavado de manos quirúrgico es la eliminación de la flora transitoria y en el máximo de flora residente de las manos. Básicamente es tratar de conseguir un alto grado de asepsia antes y después de una cirugía.

El protocolo de lavado de manos quirúrgico tiene los siguientes pasos:

1. **Humedecer las manos, antebrazos y codos. Aplicar 2 pulsaciones del dosificador en el codo de la mano.**
2. **Enjabonarse manos, antebrazos y codos, frotar con movimientos circulares, también entre los dedos. Realizar este proceso desde las manos hasta los antebrazos.**

3. Cepillar las uñas con un cepillo estéril durante 2 minutos y 30 segundos.

Enjuagar abundantemente.

4. Aplicar de nuevo una dosis de jabón y enjabonar manos, antebrazos y codos.

Realizar movimientos circulares desde las manos hasta los codos.

5. Enjuagar las manos desde las uñas hasta los codos y secar con una toalla estéril.



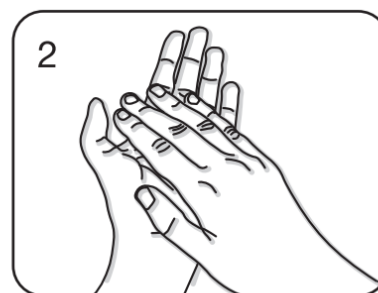
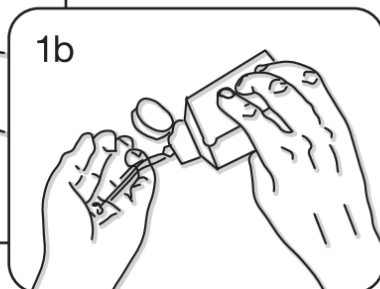
Antes de ponerse los guantes para intervenciones quirúrgicas:

- No llevar uñas artificiales, ni largas, mantener el borde natural de las uñas por debajo de 6 mm de longitud.
- Quitar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado.
- Utilizar un cepillo de uñas y agua corriente para retirar los restos de debajo de las uñas.
- Antes de poner los guantes para realizar un procedimiento quirúrgico, se deben frotar las manos y antebrazos con jabón antiséptico entre 2-6 minutos, y secarlos bien.
- Cambio periódico en intervenciones prolongadas.

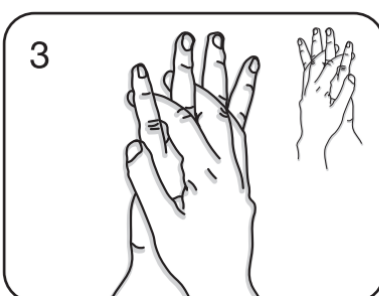
Técnica de higiene de las manos con preparaciones alcohólicas



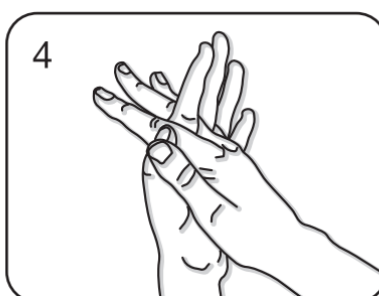
Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies a tratar.



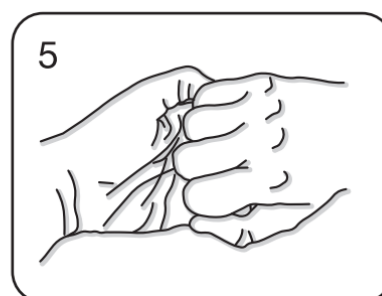
Frótese las palmas de las manos entre sí.



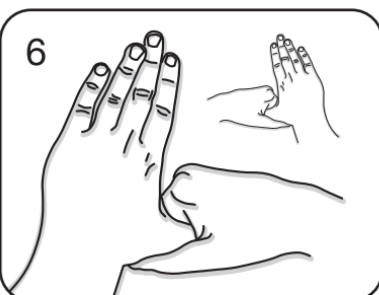
Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.



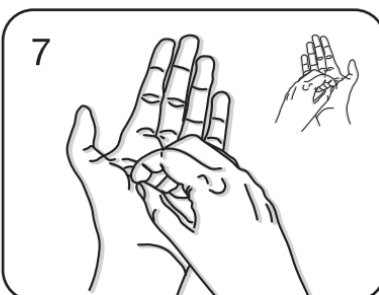
Frótese las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



Una vez secas, sus manos son seguras.

Temario: José Mula Cruz

