

TEMA 11

EL CELADOR EN SU PUESTO DE TRABAJO I. EL CELADOR EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN, BLOQUE QUIRÚRGICO Y EN LAS UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS.

1.- EL CELADOR EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

El Celador de Planta u Hospitalización requiere de las mismas aptitudes que en el de Celador de urgencias, pero las funciones son mucho más variadas, ya que, el trabajo en planta, así lo requiere:

- Se hace cargo de los enfermos que llegan a la planta
- Dirige al enfermo a la habitación designada ayudando a encamarlo al personal auxiliar sanitario llevando el carro o camilla a su procedencia
- Traslada a los enfermos en la cama al servicio designado por el médico
- Ayuda a lavar a los enfermos masculinos
- Afeita a los enfermos en aquellas zonas en las que se va a intervenir, en caso de ausencia de peluquero
- Coloca y quita "cuñas", ayudando a la enfermera cuando, por circunstancias, no pueda hacerla sola
- Atiende las órdenes del médico o enfermera respecto a la distribución de la "farmacia pesada"
- Traslada aparatos y material
- Retira de los almacenes el material de la planta que haya sido autorizado, así como entrega el de desecho
- Conserva y vigila el material y enseres de la institución
- Impide que los enfermos y acompañantes hagan mal uso del material
- Controla la entrada y salida de visitantes en planta
- Enseña, si es necesario, a usar bien los ascensores
- Invita a abandonar la institución a todos aquellos visitantes que no justifiquen su permanencia en las mismas con educación y buenas formas
- Lleva informes verbales o escritos a los servicios que le sean ordenados procurando hacerla con diligencia y rapidez
- Transporta y coloca la botella del oxígeno a la cabecera del enfermo
- Ayudará a las enfermeras a amortajar a los fallecidos vistiéndolos con una sábana antes de trasladarlos al mortuorio. El cadáver debe ser retirado con discreción en una camilla procurando que los demás pacientes no se enteren de la muerte

- Dará cuenta por escrito a sus superiores de cualquier anomalía en la conservación del edificio o material.

2.- **EL CELADOR EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO**

2.1 **Introducción**

El quirófano es una de las áreas, dentro de la Institución Sanitaria, en la que los Celadores desempeñan funciones propias. La zona quirúrgica es bastante compleja en cuanto al material y equipo que se utilizan, por lo que se requiere que los Celadores guarden una serie de normas en el desarrollo de su actividad. El trabajo que se hace en quirófano es distinto del trabajo que se realiza en el resto del hospital.

Como sabemos, los avances de la medicina y cirugía han permitido un desarrollo importante del número de intervenciones y de aparatos y material quirúrgico. Por ello, se requiere que el personal esté formado en la labor a desarrollar en el área quirúrgica. De ello, hablaremos en el presente temario. No obstante, no podemos olvidar que, en cuanto a posición y a material que se debe usar, siempre tiene la última palabra el facultativo que intervenga. Debido a múltiples cuestiones, la posición final puede variar en cuanto lo aquí expuesto. Siempre que esto suceda, se nos indicará antes de empezar o mientras se prepara al paciente. Cuando terminemos de colocar al paciente, nunca está de más preguntar al facultativo, anestesista si está bien o necesita algo en especial.

2.2 **Normas de actuación en los quirófanos**

2.2.1 **Concepto de quirófano**

El quirófano es el área de la Institución Sanitaria donde se realizan las operaciones quirúrgicas.

La cirugía se define como la parte de la medicina que tiene como fin curar, paliar o diagnosticar enfermedades así como reparar o mejorar las posibles secuelas por medio de intervenciones manuales.

La intervención quirúrgica se puede clasificar de diferentes maneras:

— Atendiendo al objetivo que se persigue con realización, la intervención se clasifica en:

1. Diagnóstica: para determinar la causa de los síntomas (por ejemplo, extraer un fragmento de tejido para una biopsia).
2. Curativa: resección de la parte enferma (por ejemplo, extirpación de una masa tumoral).
3. Reparadora o reconstructiva: fortalecer zonas debilitadas, volver a unir zonas que se encuentran separadas, corregir deformidades, etc.
4. Estética: mejorar el aspecto.

5. Paliativa: aliviar los síntomas (por ejemplo, el dolor) sin curar la enfermedad.

6. Explorativa o exploradora: como por ejemplo, una laparotomía exploratoria para observar los órganos de la cavidad abdominal después de un traumatismo abdominal severo.

— Según su complejidad, la cirugía se puede clasificar en:

1. Cirugía de bajo riesgo.
2. Cirugía de alto riesgo.

— Según el grado de contaminación de los tejidos, se clasifican en:

1. Limpia: cuando no se penetra en vía respiratoria, tubo digestivo, tracto genitourinario o cavidad orofaríngea ni se accede a tejidos infectados. Son aquellas heridas que cicatrizan con una primera intervención. El riesgo de contaminación es exógeno.

2. Limpia-contaminada: cuando se penetra en cavidades comunicadas en el exterior.

3. Contaminada: son las heridas abiertas recientes (menos de 4 horas), operaciones con alteraciones de técnica estéril.

4. Sucia o desinfectada: cuando se trata de heridas traumáticas no recientes (más de 8 horas) con tejido desvitalizado.

— Según el tiempo, se clasifican en:

1. Emergente. Decimos que existe una emergencia cuando existe un peligro evidente para la vida del paciente, por lo que la actuación debe ser inmediata. Por lo tanto, la cirugía emergente es aquella que ha de realizarse con rapidez para salvar la vida del paciente.
2. Urgente. El paciente requiere una atención quirúrgica que no puede demorarse más de 24/48 horas.
3. Electiva. Este tipo de cirugía es la que se puede o no realizar, no tiene consecuencias graves para el paciente.
4. Programada. La cirugía que se planifica con antelación.

Otro concepto importante es el concepto de “**perioperatorio**”. El perioperatorio es el tiempo que transcurre desde que un paciente va a ser intervenido, se prepara la intervención, se realiza la misma y el paciente es dado de alta en el hospital. El perioperatorio tiene las siguientes fases:

1. Preoperatoria: es la fase que antecede a la intervención. Comienza con la preparación del paciente y finaliza cuando éste es colocado en la mesa de operaciones. Algunos autores sitúan el inicio de esta fase en el momento de decidir que se va a intervenir quirúrgicamente al paciente.

2. Transoperatoria: es la fase que transcurre desde que el paciente es colocado en la mesa de operaciones hasta que abandona el quirófano. También se denomina acto quirúrgico y se puede desarrollar a su vez en cinco fases.

- a. sección y separación de tejidos.
- b. unión de los tejidos para conseguir cicatrización.
- c. hemostasia
- d. exploración operatoria.
- e. cirugía endoscópica.

3. Postoperatoria: es la fase que precede a la intervención. Comienza con el traslado del paciente a la sala de reanimación/recuperación (también conocida como sala de despertar) y finaliza cuando el paciente es dado de alta.

2.2.2 Estructura y organización del bloque quirúrgico

El bloque quirúrgico está funcional y físicamente diferenciado del resto del hospital. Se compone de un conjunto de instalaciones acondicionadas y equipadas para poder realizar en ella intervenciones quirúrgicas. Es el conjunto de dependencias donde están ubicados los quirófanos, vestuarios, pasillos, zona de lavado y esterilización. Es una zona de especial riesgo para la transmisión de una infección hospitalaria -nosocomial- por lo que hay que extremar las medidas de higiene y suelen situarse en una zona tranquila y poco transitada del hospital.

Atendiendo a las normas de asepsia y antisepsia, se divide en varias áreas con diferentes tipos de restricciones en lo referente a la actuación del personal, enfermeros y material.

— Área de intercambio.

- En esta área se encuentra el área de recepción de pacientes, los despachos, los vestuarios y la sala de estar del personal:
 - Los almacenes: existen en el bloque quirúrgico para guardar el material de quirófano, aparatos, sueros, camillas, farmacia, etc.
 - Zona de descanso del personal: son salas acondicionadas para el descanso del personal entra cada intervención.
 - Zona de vestuarios: poseen dos puertas, por una se accede con ropa de calle y por la otra se sale al pasillo de quirófano con el traje de quirófano. Existen vestuarios para los profesionales que forman parte del equipo de quirófano y otros para los pacientes que llegan en régimen ambulatorio.
 - Zona de recepción de pacientes: es la sala donde se instala y permanecen los enfermos que vienen en cama o camilla hasta que se les traslada a la camilla quirúrgica. Esta zona también es denominada transfer o zona de transferencia de camas. Las camas vacías se depositan en la esclusa.

— Área limpia.

- Para estar en esta sala es necesario el uso de gorro y calzas. Este espacio pertenece al pasillo limpio y el almacén de material estéril.

— **Área estéril o aséptica.**

- En esta área es necesario el uso de gorro, calzas o mascarilla, incluso cuando no se esté realizando ninguna intervención. Está formada por los quirófanos, zona de lavado quirúrgico y áreas de preparación del instrumental estéril:
 - Sala de lavado de manos quirúrgico: es la sala anexa a quirófano en la que el personal que intervendrá en la operación realiza el lavado de manos quirúrgico.
 - Sala intermedia: es el almacén o dependencia anexa al quirófano que se comunica con éste a través de una ventana. En este almacén se guardan las cajas de instrumentación, el material fungible y sueros de uso frecuente en intervenciones. En cada quirófano suele haber una sala intermedia que estará asistida por un auxiliar de enfermería, la cual trasladará el instrumental y suministrará el material necesario durante la intervención.

— **Área sucia o área séptica.**

- Es un área adyacente al quirófano o pasillo de circulación por la que se va eliminando todo el material sucio procedente de la intervención. No se necesita indumentaria especial.

— **Área de antequirófano.**

- Es la sala anexa al quirófano que sirve para proporcionar atención y asistencia al paciente, así como llevar a cabo los cuidados que requiera antes de ser operado. Es el lugar donde se queda la cama del paciente al pasarlo a la mesa de operaciones. En este lugar debe permanecer el celador durante la intervención, estando atento a todo lo que se le pudiera requerir.

— **Área de reanimación.**

- Es la zona donde se recibe a los pacientes una vez que se ha practicado la intervención quirúrgica, dándoles los cuidados y asistencia necesaria hasta que se recuperen de la anestesia y estén en condiciones de su traslado a planta. Este ante quirófano debe tener: a) tomas de oxígeno y de vacío, b) cuadro de enchufes eléctricos y c) comunicación directa con el quirófano.

En este recinto suele estar el calentador de sangre y sueros y una mesa auxiliar. Hay centros en los que el paciente es anestesiado en esta sala y pasa dormido e intubado a la mesa de operaciones. En este caso, en el ante quirófano habrá todo lo necesario para la anestesia e intubación del paciente. En esta dependencia se estará ya quirúrgicamente vestido y con la mascarilla colocada.

Los ante quirófanos suelen ser de 2 tipos, dependiendo de si el paciente va a ser anestesiado e intubado en esta sala o no, y dependiendo de ello estará provisto de más o menos aparataje.

Por otro lado, desde el punto de vista del acceso al quirófano y en función de la vestimenta necesaria, se divide el área quirúrgica en varias zonas. Los celadores destinados al área de quirófano tienen acceso a todas sus áreas, por lo que deben de conocer cuáles son las prendas que deben de llevar en cada momento.



<p>1. ZONA SIN LIMITACIONES O NEGRA</p>	<p>Zona sin restricciones, zona sucia. Se permite el acceso con ropa de calle. Zona de acceso exterior-interior. Zona de intercambio, donde se encuentran los vestuarios del personal que trabaja en el área del quirófano. Zona de descanso de dicho personal.</p>
<p>2. ZONA SEMILIMITADA O GRIS</p>	<p>Zona semi-restringida, zona limpia. El acceso del personal debe ser con uniforme adecuado. Uso obligatorio de gorro y calzas (estas deben ser la primera prenda que debe colocar el personal que accede a esta zona). En esta zona, a su vez, se encuentran ubicadas las zonas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De limpieza y desinfección del instrumental - De empaquetado para la esterilización - De descanso del personal - Los almacenes del quirófano
<p>3. ZONA LIMITADA O BLANCA</p>	<p>Zona restringida, zona estéril. Limitada sólo a personal autorizado, para evitar el aumento de microorganismos ambientales. Es obligatorio el uso del uniforme adecuado para esta área: gorro, calzas y mascarilla quirúrgica. En ésta se encuentran ubicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los quirófanos - Antequirófano - Zonas de lavado de manos estéril - Almacén de material estéril

2.2.3 Equipo quirúrgico

El equipo que atiende al paciente durante el periodo operatorio puede dividirse en dos categorías básicas:

1. Miembros lavados estériles.

Son los siguientes:

- a. Cirujano.
- b. Ayudantes del cirujano.
- c. Enfermera instrumentista.

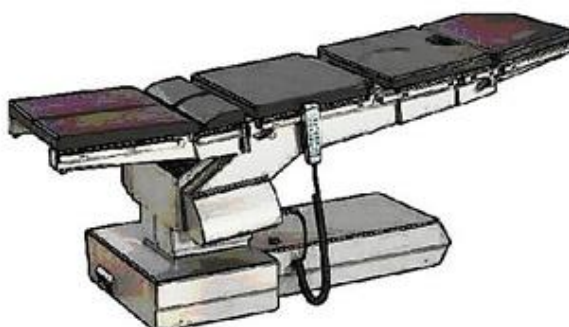
2. Miembros no estériles.

- a. Anestesia.
- b. Enfermero/a circulante: asiste al paciente a su llegada al quirófano, está pendiente de las constantes vitales, perfusiones endovenosas, etc. durante la intervención y sirve de intermediario entre los miembros estériles y no estériles.
- c. Auxiliar de enfermería: permanece en la zona intermedia y entrega a la enfermera circulante lo que le solicite.
- d. Otros: enfermera de apoyo al anestesia, celador, limpiadora, etc

En cuanto a los elementos habituales que nos podemos encontrar en la sala de operaciones son:

1. Mesa quirúrgica o mesa de operaciones. En ella se coloca al enfermo para ser operado. Está provista dispositivos para modificar la altura (autoelevables) y las articulaciones (articulada), que además consta de diversos accesorios para colocar al paciente (correas para brazos, muñecas, tabla branquial, soporte de hombros, etc). El colchón puede estar cubierto de caucho conductor. Es imprescindible que disponga de toma tierra.

La mesa quirúrgica puede ser fija o disponer de ruedas, según la especialidad de quirófano (ginecología, traumatología, etc) existirán diversos modelos de mesa y accesorios.

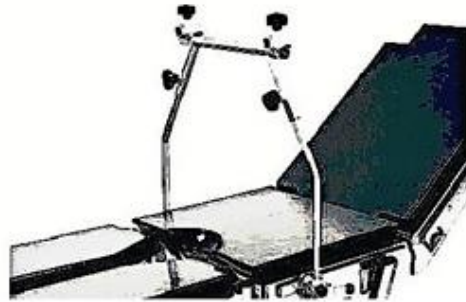


- Cama o camilla donde es colocado el paciente para realizarle una intervención quirúrgica. Existen diversos modelos, específicos para cada tipo de cirugía.
- La mesa quirúrgica se divide en planos para facilitar la posición adecuada del paciente sobre ella.

2. Arco de anestesia: es un accesorio metálico que se fija a la mesa quirúrgica encima del paciente y permite separar la zona de anestesia de la zona de intervención o campo quirúrgico.

Arco de anestesia

- Accesorio metálico, que se fija a la mesa quirúrgica, quedando colocado encima del paciente.
- Permite separar la zona de anestesia de la zona de intervención o campo quirúrgico



3. Lámpara quirúrgica o cialítica: normalmente son dos y se encuentran suspendidas en el techo, por encima de la mesa quirúrgica. Pueden ajustarse con libertad en cualquier posición o ángulo sobre la mesa. Deben estar diseñadas para dar luz focal y no producir sombras. Deben ser de fácil limpieza.



Lámpara Cialítica

- Equipo que produce la luz necesaria para la práctica de una intervención quirúrgica.
- Se sitúan suspendidas en el techo.

4. Lámparas supletorias; además de la iluminación general del quirófano y de las lámparas quirúrgicas, también se dispone de lámparas auxiliares provistas de ruedas para su desplazamiento, que pueden trasladarse por los distintos quirófanos.

5. Aparato de anestesia, también llamado carro o equipo de anesteria. Es un armario con ruedas que permite su desplazamiento; va equipado con diversos aparatos y material de anestesia, monitores cardíacos, pulxiosímetro, recipiente de gases, etc. Dispone de diversos compartimentos y cajones que contienen material variado para la anestesia, como laringoscopio, mascarillas oronasales, sondas nasogástricas y de aspiración, etc.

6. Sistema de aspiración, recipiente que se conecta con las tomas de vacío y sirve para aspirar sangre y secreciones del paciente durante la intervención.



Sistema de aspiración

Dispositivo que conecta con la toma de vacío y sirve para aspirar sangre y secreciones del paciente durante la intervención.

7. Mesa de instrumentación: también llamada mesa de riñón, es una mesa metálica provista de ruedas, en la cual la enfermera instrumental coloca el instrumental quirúrgico necesario para la intervención. Suele tener forma semicircular y se recubre con paños estériles durante la intervención.

Mesa de riñón

- Tiene una cubierta de forma semicircular.
- Se utiliza para colocar la ropa y los materiales necesarios para la cirugía.
- Se viste con el mismo procedimiento de la mesa de mayo, realizándose de forma séptica.



8. Mesa auxiliar: también llamada mesa mayo o cigüeña, es una mesa metálica provista de ruedas, donde se coloca material de uso continuo para la intervención (bisturí, separadores, pinzas, tijeras, batas, guantes, etc).

Mesa de mayo

- Mesa de quirófano, también llamada **mesa de cigüeña**, posee una sola pata regulable en altura.
- Su cubierta es una bandeja plana desmontable, donde se coloca el instrumental preciso que se va utilizar en la cirugía a realizar.
- Se situará encima del paciente y frente a la enfermera instrumentista.
- La mesa se viste con técnica aséptica.



9. Escabel: especie de taburete o banqueta sin respaldo utilizado en quirófano.

10. Armario con material indispensable, sirven para el almacenamiento de suturas, apósitos, sistemas de drenaje, bolsas recolectoras, etc.

11. Negatoscopio: es una pantalla provista de un sistema de iluminación que permite visualizar radiografías, tomografías y resonancias magnéticas del paciente.



Negatoscopio

- Aparato que se instala en la pared del quirófano y sirve para ver las placas realizadas al paciente.
- Se coloca en la pared próxima a la mesa quirúrgica.
- Está compuesto por un cristal esmerilado y de luces de gran intensidad que alumbran por detrás del dispositivo.

12. Bisturí eléctrico.

13. Carro de parada: también llamado carro soporte vital o de emergencia. Es un mueble con ruedas, donde podemos encontrar todo el material y la medicación necesaria para resolver una situación de extrema urgencia. Dispone de: tabla de parada cardiorrespiratoria, desfibrilador con palas, cardiocompresor, resucitador, respirador manual, material de intubación endotraqueal, etc.

Carro de parada

- Módulo indispensable dentro de un quirófano.
- Dotado de todo el material necesario para la actuación en caso de parada cardiorrespiratoria.



14. Aparatos de RX portátiles: permiten el estudio radiológico del paciente en el transcurso de la intervención.



Arco de quirófano

- Aparato de RX portátil.
- Permite realizar las radiografías precisas al paciente dentro del quirófano.
- Formado por un tubo emisor de RX y monitores de visualización de la imagen.

15. Instrumental: tijeras, bisturíes, pinzas, agujas de sutura, hilo de sutura, etc.



2.2.4 Riesgos relacionados con quirófano

a. Riesgos de infección relacionados con la intervención.

Durante la cirugía deben de seguirse determinadas reglas para crear y mantener un campo estéril y eliminar o reducir la contaminación:

1. Dentro del campo estéril debe usarse sólo material estéril. Si hay alguna duda sobre la esterilidad de un objeto, se considera no estéril.
2. Las batas del personal lavado se consideran estériles por delante, del hombro a la cintura y las mangas hasta cinco centímetros por encima del codo.
3. Las mesas cubiertas con paños se consideran estériles sólo en la superficie. Cualquier objeto que pase del extremo de la mesa se considera contaminado y no puede ser colocado otra vez sobre ésta.
4. Las superficies estériles deben contactar sólo con otras superficies estériles. Las personas lavadas deben mantenerse cerca del campo estéril y, si cambian de posición, deben girar cara a cara o espalda con espalda.
- 5 Los extremos de un paquete o contenedor estéril se consideran no estériles (los límites de lo estéril no están siempre definidos).
6. El campo estéril debe crearse lo más cerca posible del momento en que va a ser utilizado. El grado de contaminación es proporcional al tiempo que permanecen sin tapar las cosas. Las zonas estériles deben estar siempre a la vista, y una vez que se abren los paquetes de cosas que se van a utilizar, alguien debe permanecer en la habitación para asegurar la esterilidad.

b. Riesgos de lesión relacionados con el uso de material eléctrico.

La cirugía y la anestesia dependen en gran medida de aparatos eléctricos. Los peligros eléctricos más frecuentes son el fuego, la descarga eléctrica y las quemaduras. Las chispas provocadas por averías de equipos, electricidad estática o el uso de láseres y bisturíes eléctricos son posibles focos de ignición. Cuando en una intervención se utilicen láseres, todo el personal del quirófano y los pacientes deben utilizar protección ocular.

La protección frente a los peligros eléctricos obliga a un uso y mantenimiento adecuados de todos los equipos quirúrgicos, y al aislamiento y toma de tierra del paciente cuando se utiliza el bisturí eléctrico.

c. Riesgo de lesión relacionado con la posición del paciente.

Durante la intervención, en especial mientras se mantienen los efectos de la anestesia, el paciente no puede protegerse así mismo frente a ningún peligro, por lo que es el personal de quirófano quien debe prevenir las lesiones. Para ello:

- Se debe trasladar al paciente de la camilla a la mesa de operaciones correctamente.
- Comprobar la colocación adecuada del paciente en la mesa de operaciones, evitando posturas forzadas y asegurándonos una buena sujeción.
- Comprobar periódicamente la posición y los dispositivos de apoyo (correas, apoyacabeza...) durante la intervención.

d. Riesgo de alteración de la temperatura corporal relacionado con las condiciones quirúrgicas.

Debido a la exposición de la baja temperatura del quirófano, a la administración de líquidos intravenosos y a la reducción del metabolismo impuesta por la anestesia, muchos pacientes sufren una importante pérdida de calor corporal, con la consiguiente disminución de la temperatura central del organismo.

Para limitar la pérdida de calor se llevan a cabo distintas medidas:

- Colocar mantas calientes o térmicas al paciente cuando entra en quirófano.
- Aumentar la temperatura ambiente mientras el paciente se haya expuesto y se prepara la piel.
- Utilizar líquidos templados para las irrigaciones y administración intravenosa.

2.2.5 Funciones del celador en el quirófano.

Aunque en algunas instituciones dependerá de la administración del hospital en el marco jerárquico, el celador deberá colaborar en equipo con el resto de estamentos del quirófano, aceptando y acatando las órdenes que en su momento se le emitan. En general, las funciones del celador en el quirófano son las siguientes:

- a) 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.
- b) Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad donde se encuentren hasta el quirófano, sala de reanimación y viceversa, cuidando en todo

momento de que a cada paciente le acompañe su historia clínica, entregada al celador por la enfermera de la unidad de procedencia.

- c) Ayudarán al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones -a la enfermera circulante, que es la encargada del paciente-.
- d) Colaboran con el anestesista en posicionar al enfermo en la posición adecuada. Primero se coloca al paciente para ser anestesiado, y cuando el anestesista indique, se procederá a la colocación adecuada para la cirugía del paciente.
- e) Ayudarán a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran, siempre que el médico, supervisora o enfermera encargada lo solicite.
- f) Trasladarán los aparatos o mobiliario precisos para la intervención. Moverán dentro del quirófano el aparato de RX, ecógrafo, arco de anestesia, torre de laparoscopia, etc.
- g) Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.
- h) Transportarán documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención, al laboratorio, al banco de sangre (concentrado de hemáties y plaquetas), al servicio de anatomía patológica (biopsias), etc.
- i) Al igual que en todas las unidades de la Institución Sanitaria, el celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia.
- j) Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- k) Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontrarán en la limpieza y conservación del edificio y material.
- l) Trasladarán al mortuorio a los pacientes fallecidos durante la intervención. En caso de amputación de algún miembro al paciente, el celador transportará dicho miembro al mortuorio, siempre con la autorización del cirujano.
- m) En el traslado del paciente del quirófano a la sala de reanimación, éste irá con la cabeza lateralizada para evitar que los vómitos le ahoguen si no está despierto, los brazos y los codos irán por encima del cuerpo, nunca deben sobresalir de la cama, la cama la deslizará con suavidad.
- n) También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.
- o) Una de las funciones específicas del celador es la de rasurar: 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 requieran.

2.2.6 Vestimenta de aislamiento o quirúrgica.

ATUENDO DEL EQUIPO QUIRÚRGICO	
PERSONAL ESTÉRIL	<ul style="list-style-type: none"> • Uniforme quirúrgico (pijama de dos piezas) • Calzas • Gorro • Bata • Mascarilla • Guantes estériles
PERSONAL NO ESTÉRIL	<ul style="list-style-type: none"> • Uniforme quirúrgico (pijama de dos piezas) • Calzas • Gorro • Mascarilla • Guantes no estériles

El orden que debe seguirse a la hora de colocarse las prendas el personal estéril:

1º calzas; 2º gorro; 3º mascarilla; 4º bata; 5º guantes estériles.

2.2.6.1 El uso del gorro

Prenda que debe cubrir todo el cabello y tienen la función de evitar que los microorganismos del cabello lleguen al paciente.

Reglas de uso:

- Se debe poner antes de ponerse el pijama quirúrgico para evitar contaminarlo.
- Existen gorros de tela (reutilizables) y de papel (desechables). Se utilizan principalmente en los quirófanos, en las unidades con pacientes en situación crítica (transplantados, inmunodeprimidos, etc.) y en los aislamientos estrictos.
- Debe cubrir todo el pelo. En el caso de tener el pelo largo, es preciso recogerlo para después cubrirlo con el gorro.
- Los gorros de tela llevan unas cintas que se atan en la parte posterior de la cabeza. Los de papel llevan un elástico que se ajusta al contorno de la cabeza.

2.2.6.2 El uso de calzas

Las calzas se utilizan para cubrir el calzado. Debe ser la primera prenda que se coloque cuando entremos en la zona quirúrgica (semi-limitada).

Pueden ser de:

- a) Tela, se pueden reutilizar.
- b) Papel, son desechables

2.2.6.3 El uso de mascarilla

Impiden que los microorganismos expulsados al hablar, toser o respirar lleguen al paciente. Pueden ser de: a) Tela, reutilizables, b) Papel, desechables, las más utilizadas

Actualmente existen mascarillas que van provistas de un plástico protector para los ojos.

Las reglas de uso son las siguientes:

- Para su uso adecuado, se debe cubrir la nariz, la boca y el mentón, si el personal tuviera barba, deberá cubrirla toda.
- Se cambiará por otra cada vez que se humedezca.
- Existen mascarillas que se anudan (en la parte superior de la cabeza y en la parte posterior del cuello), y otras que se ajustan mediante goma elástica.
- Una mascarilla para una sola intervención quirúrgica.
- El uso de mascarilla es obligatorio:
 - En intervenciones quirúrgicas.
 - En todos los procedimientos en donde se manipulen sangre y fluidos corporales.
 - Cuando exista la posibilidad de salpicaduras, aerosoles o expulsión de líquidos contaminados con sangre.
 - Con pacientes con enfermedades contagiosas. Pacientes con aislamiento de contacto, estricto, protector y respiratorio.

Entre las normas que se deben observar en la colocación de la mascarilla, están las siguientes:

- Las manos han de estar lavadas antes de colocarse la mascarilla. • Evitar toser con la mascarilla puesta.
- Hablar lo imprescindible con la mascarilla puesta porque, tanto al toser como al hablar, se favorece la aparición de humedad.
- Nunca se debe colocar la mascarilla sin cubrir la nariz.
- Debe ajustarse a la cara lo mejor posible, mediante cintas o gomas. D- El uso de las gafas de protección

Se está generalizando el uso de gafas y pantallas como protección de la mucosa conjuntival. Se usan las gafas y pantallas cuando se utilizan técnicas que producen aerosoles, cuando hay riesgo de salpicaduras de sangre o de líquidos orgánicos. En la terapéutica con láser, en las electrocoagulaciones, al manipular nitrógeno líquido y siempre que se produzcan sustancias volátiles, partículas virales y micro gotas de sangre, es recomendable el uso de gafas y pantallas para evitar infecciones.

2.2.6.4 El uso de la bata

Las batas pueden ser de tela (reutilizables) o de papel (desechables). Estas últimas se utilizan actualmente con mayor profusión. La bata debe cubrir por completo el uniforme y llegar, al menos, por debajo de las rodillas. Los puños se ajustan mediante elásticos. Irá

cerrada por detrás, y por delante será totalmente lisa para evitar engancharse con cualquier cosa.

Entre las normas que debemos observar en el uso de la bata, están las siguientes:

- Utilizar una bata con cada enfermo
- No salir con la bata fuera del lugar concreto en el que ha sido utilizada
- Se usa en todos los casos en que existe peligro de contaminación del uniforme

2.2.6.5 Uso de guantes.

La norma general es que sean de látex y desechables. Son la **principal barrera** contra microorganismos infecciosos ya que evitan la transmisión de microorganismos al paciente.

Los guantes se utilizarán siempre que las manos vayan a estar en contacto con sangre, tejidos, secreciones.

La utilización de guantes por parte del personal sanitario y no sanitario evita la transmisión de microorganismo de un paciente a otro o de personal a paciente, acción que impide la infección nosocomial.

Es importante saber que los guantes son la última prenda que se coloca después de la bata y será la primera prenda que se quite y que el uso de guantes no excluye la necesidad de lavarse las manos, acción que se realizará siempre que se quiten.

Como hemos dicho, existen dos tipos de guantes:

- Guantes estériles: se emplean cuando se manipule instrumental estéril. Vienen empaquetados por parejas e identificados el derecho y el izquierdo, con el extremo proximal dado la vuelta para proteger la parte externa estéril durante su colocación. Los guantes estériles son de látex o de neopreno para todas aquellas personas que son alérgicas al látex.
- Los guantes no estériles son de látex, vinilo o nitrilo.

2.2.7 Normas de higiene

Podemos definir la higiene como el conjunto de acciones encaminadas para conseguir y conservar la salud. Podemos ver en ella dos vertientes: la higiene individual y la higiene social. La higiene individual se refiere al individuo como ser independiente y aislado, mientras que la higiene social trata de la salud pública o colectiva. Realmente es muy difícil la separación entre la higiene individual y la social pues no puede concebirse una sociedad higiénica si no lo son los individuos que la integran.

En una institución Hospitalaria o Ambulatoria, donde el contacto con los enfermos es constante, directa o indirectamente, la higiene es el punto clave que hay que cuidar hasta el más mínimo detalle. Recordemos que los microbios (seres microscópicos) son productores de muchas y graves enfermedades, y se multiplican con increíble rapidez en cuanto las condiciones ambientales lo permitan. Los microbios malignos o patógenos, por contagio (directo o indirecto) pueden llegar a instalarse en nuestro organismo en número suficiente para producir una infección. Las toxinas (sustancias venenosas producidas por los microbios patógenos) se extienden con la sangre, atacan y destruyen las células del organismo. Es conocido que el organismo reacciona contra la invasión de microbios

patógenos (los glóbulos blancos son las defensas naturales que atacan a los microbios patógenos y elaboran además antitoxinas, pero en muchas ocasiones esa reacción no es suficiente para vencer la enfermedad y es necesario recurrir a las defensas artificiales; sueros, antibióticos, etc.).

El aseo personal y la limpieza en los trabajadores sanitarios es de tal importancia que su descuido puede conllevar la transmisión de gérmenes patógenos. Los trabajadores en Instituciones Sanitarias, transportan papeles, materiales, objetos, camas, enfermos, que tal vez son portadores de microbios que, a su vez, pueden transmitir a otros pacientes o a su misma familia, por lo que la higiene y la desinfección debe presidir todos sus actos.

A la entrada al trabajo debe quitarse la ropa de calle y vestirse el uniforme reglamentario, cuidando lavarse bien las manos con agua y jabón, empleando cepillo de uñas para comenzar su labor. Las prendas de uniforme deben conservarlas siempre limpias cambiándose las mismas en caso de ensuciarlas por alguna circunstancia fortuita.

Por tanto, el profesional, debido al continuo contacto con los pacientes debe extremar las medidas de higiene, sabiendo que éstas son la suma de acciones beneficiosas para la salud actuando de forma global sobre determinados factores de riesgo con el objetivo de prevenir las infecciones nosocomiales.

Entre las medidas que se deben tomar, existen:

- **Medidas de eficacia probada**, como la esterilización, lavado o desinfección de manos, métodos de barrera (empleo adecuado de guantes, bata, etc.), vacunación del personal sanitario y no sanitario.
- **Medidas de eficacia razonable o eficacia lógica**, como las técnicas de aislamiento, la educación sanitaria, información, normas para controlar la contaminación microbiana en el quirófano, precauciones ante enfermedades infecciosas.
- **Medidas de eficacia dudosa o desconocida**, como la desinfección de suelos, paredes y superficies. Entre otras muchas más medidas, ayudarán a mantener una institución limpia de gérmenes.

Una de las zonas de especial riesgo para contraer una infección es el área quirúrgica debido al uso de instrumentación, ruptura de barreras naturales en la piel del paciente, etc., por lo que es muy importante cumplir con las normas higiénicas establecidas en esta zona.

En relación con las normas de higiene, hay dos conceptos muy importantes que debemos aprender: asepsia y antisepsia.

- Asepsia: Es el conjunto de técnicas que garantizan la ausencia de materia séptica (suciedad) o de microorganismos que ocasionan enfermedades (patógenos). Para evitar la contaminación y conseguir una adecuada asepsia se pueden utilizar:

Técnicas quirúrgicas adecuadas,

Esterilización del material quirúrgico,

Uso adecuado de indumentaria, de EPI, etc.

Las técnicas de asepsia se aplican antes, durante y después de una intervención quirúrgica y en todas las instalaciones sanitarias para mantenerlas libres de elementos infecciosos.

- Antisepsia: Método que consiste en combatir o prevenir padecimientos infecciosos destruyendo los microbios que los causan, para ello se utilizan compuestos químicos destinados a inhibir o destruir los microorganismos patógenos

Cuando nos referimos a la desinfección de la piel, mucosas o tejidos vivos, utilizaremos el término antisepsia y los productos utilizados antisépticos, por el contrario, para referirnos a la eliminación de bacterias en suelos, aparatos, paredes, mobiliario, etc. usaremos el vocablo desinfección y los productos utilizados para ello desinfectantes¹.

- Antiséptico. Sustancia química de aplicación tópica sobre los tejidos vivos (piel intacta, mucosas, heridas, etc.)
- Desinfectante: sustancia química que destruye los microorganismos y que se aplica sobre material inerte sin alterarlo de forma visible

2.2.7.1 Higiene de manos

La higiene de manos es cualquier medida adoptada para la limpieza de manos, con el fin de eliminar suciedad, materia orgánica y/o microorganismos mediante una acción física o mecánica. Las manos se consideran en clínica hospitalaria el principal vehículo de transmisión de microorganismos.

La higiene de manos es una de las medidas más importantes para evitar las infecciones relacionadas con la atención sanitaria.

Los momentos clave para realizar el lavado de manos son:

1. Al llegar al trabajo y terminar la jornada².
2. Después de estornudar, toser, limpiarse la nariz, etc. Es decir, después de cualquier acto en el que haya que hacer uso de las manos y pañuelos.
3. Antes de comer y al terminar.
4. Antes de tocar al paciente.
5. Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
6. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
7. Después de tocar al paciente
8. Después del contacto con el entorno del paciente (ropa sucia, cuñas, orinales, etc)

Es necesario recordar que, para realizar el lavado de manos de forma correcta las uñas deben ser cortas y no llevar ningún tipo de esmalte y no se debe de llevar reloj, pulseras, anillos, etc.

¹ Los antisépticos y los desinfectantes tienen el mismo objetivo pero diferente indicación

² El lavado reiterado de manos es una sobrecarga para la piel, ya que se elimina la grasa que protectora y pueden aparecer irritaciones. En consecuencia, conviene usar cremas protectoras para las manos al finalizar la jornada.

Según la tarea que se vaya a realizar, el lavado de manos se clasifica en:

1. Lavado de manos rutinario o preventivo: es aquel que debe de realizarse como una medida de higiene personal, después de las tareas habituales y cotidianas de la vida.
2. Lavado de manos especial: se diferencia del anterior en que precisa un mayor tiempo de dedicación, generalmente un minuto y se realiza con jabón antiséptico.
3. Lavado de manos quirúrgico: se debe de enjabonar las manos y antebrazos con jabón antiséptico durante dos minutos.

El lavado de manos debe realizarse, en la medida de lo posible, con jabón líquido en dosificador que no sea necesario pulsar con las propias manos. Lo preferible es realizar el lavado con agua fría. La técnica del lavado de manos es la siguiente:

Material: agua, jabón antiséptico, toalla desechable.

Procedimiento:

a) Lavado de manos rutinario de tipo preventivo:

1. Se aplica sobre las manos agua y jabón frotándolas entre 10 y 30 segundos, restando especial atención a los espacios interdigitales y las uñas. Los movimientos de lavado serán del brazo hacia los dedos.
2. Aclarado con agua templada.
3. Secado con toalla desechable de papel, desde la punta de los dedos hacia el codo.
4. Cerrar el grifo con el codo si tiene el dispositivo adecuado, o bien una toalla seca de papel.

b) Lavado de manos especial.

1. Se realizará con jabón antiséptico.
2. La duración será de 1 minuto.
3. Proceder según los pasos 2,3, y 4 del lavado de manos rutinario.

c) Lavado de manos quirúrgico.

1. Enjabonado con jabón antiséptico durante 2 minutos, aclarado con agua tibia.
2. Cepillado de uñas durante 30 segundos cada mano con un cepillo jabonoso, aclarado con agua tibia.
3. Enjabonado de 2 minutos, aclarando con las puntas de los dedos hacia arriba.
4. Secado por aplicación, sin frotar, con una toalla estéril.

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



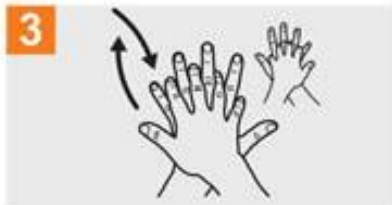
0 Mójese las manos con agua;



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;



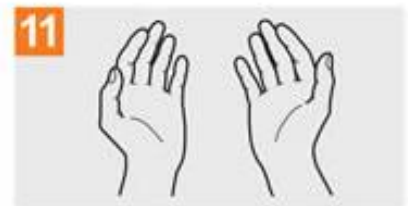
8 Enjuáguese las manos con agua;



9 Séquese con una toalla desechable;



10 Sirvase de la toalla para cerrar el grifo;



11 Sus manos son seguras.

¿Cómo desinfectarse las manos?

¡Desinfectese las manos por higiene! Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias

 Duración de todo el procedimiento: 20-30 segundos



Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies;



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.

3.- **EL CELADOR EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.)**

Los Celadores destinados en esta Unidad, deben estar muy bien preparados en el movimiento de los enfermos, ya que su movilidad no puede hacerse bruscamente. Deben permanecer uniformados como los celadores de quirófano cuando entren a la Unidad.

La Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.), también conocida como Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es un servicio altamente especializado en la asistencia, vigilancia y control de los pacientes en estado crítico. Se puede definir como un área específica del hospital, en la que, de una manera adecuada, se puede monitorizar, realizar los procedimientos diagnósticos, ayudar de forma controlada al mantenimiento de las funciones vitales, y administrar el tratamiento definitivo a aquellos pacientes cuya vida se encuentra en peligro a causa de enfermedades potencialmente reversibles. Su ubicación ha de ser dentro o muy próxima a la zona más técnico-asistencial del centro.

Debiendo tener fácil acceso desde la sección de urgencias, ya que es el punto de entrada normal para un enfermo grave.

En la UVI existen varias unidades especializadas identificadas según las patologías, dichas unidades reciben el nombre de Box o Boxes. Hay boxes para: -Cardiología. -Cirugía cardiovascular. -Sépticos (infecciosos). -Trasplantes. -Cirugía general. -Poli traumatizado -Grandes quemados, etc.

Por las características de los enfermos ingresados en ella, los celadores, deben estar muy bien preparados para realizar los cambios posturales de los pacientes de manera adecuada ya que su movilidad no puede hacerse bruscamente (ver técnicas de movilización de pacientes). Por otra parte, dado el estado de los pacientes, los celadores deben permanecer debidamente uniformados con bata aséptica cada vez que entren y salgan. Además, los celadores destinados a la unidad de vigilancia intensiva ayudarán a la enfermera y a las auxiliares en la movilización de los pacientes siguiendo sus indicaciones ya que la gravedad de estos pacientes lo exige.

Los celadores trasladarán los aparatos y el material necesario haciéndolo con cuidado para no deteriorarlos. Transportarán y colocarán, cuando no exista instalación centralizada, la botella de oxígeno a la cabecera del enfermo, bajo la vigilancia de la enfermera, adaptando el manómetro y abriendo la botella

4.- **EL CELADOR EN URGENCIAS**

4.1 **Unidad de urgencias**

La unidad de Urgencias hospitalaria depende del Servicio de Cuidados Críticos y Medicina intensiva del hospital. En la unidad de urgencias se distinguen las siguientes zonas y áreas de trabajo:

- a) Área de admisión de enfermos
- b) Área de espera de pacientes y acompañantes
- c) Área de boxes: son cuartos o habitaciones de reconocimiento de pacientes, dotados con el instrumental suficiente para la práctica de la medicina de urgencias
- d) Área de observación: es la zona en que los enfermos quedan encamados para observación clínica de su proceso, antes de decidirse su ingreso en planta de hospitalización o el alta
- e) Área de SVB (soporte vital básico)
- f) Área de emergencias.
- g) Área de asistencia específica de algunas especialidades
- h) Despacho de responsables médicos y de enfermería.

¿Qué tipo de asistencia sanitaria prestas las unidades de urgencia?

Todas las especialidades médicas con que cuente el hospital son susceptibles de ser atendidas por el Servicio de Urgencias, al menos, integradas en otras especialidades más generales (por ejemplo, el médico internista de urgencias atenderá las urgencias de reumatología, dermatología, endocrinología, etc...).

La asistencia sanitaria prestada por la unidad de urgencias del hospital comprende:

- Régimen ambulatorio: asistencia en urgencias y alta al domicilio.
- Régimen de observación: permanencia en cama en sala de observación durante un máximo de 24 horas, para ser dado de alta a domicilio o pasar a ingresar en planta de hospitalización.

Por tanto, no se incluye la asistencia urgente domiciliaria.

4.2 Personal de urgencias

El personal de urgencias puede clasificarse de la siguiente manera:

- a) Responsables:
 - Un coordinador médico de urgencias.
 - Una supervisora de enfermería.
 - Un jefe de personal subalterno.

- b) Personal facultativo:
 - Facultativo no especialista.
 - Médico/s de urgencias hospitalarias.
 - Médico/s general/es de familia de hospital: son los llamados “médicos de puerta”, prestan sus servicios exclusivamente en el Servicio de Urgencias del hospital. Su tarea fundamental es prestar a los pacientes la primera

asistencia médica y derivarlos, en su caso, al médico especialista que corresponda. Tratan y resuelven la mayoría de las urgencias.

- Facultativo en formación: son los llamados MIR, que están recibiendo formación de especialistas en el hospital durante varios años. Entre los servicios que prestan, están las urgencias.
- Facultativos especialistas del hospital: son los facultativos especialistas de área y médicos adjuntos que realizan guardias médicas en las unidades de urgencia del hospital y en otras unidades hospitalarias. Atienden las urgencias que les remiten los médicos de puerta.

c) Personal sanitario no facultativo:

- Enfermeros (ATS/DUE).
- Técnicos especialistas.
- Auxiliares de enfermería.
- Enfermero/a supervisor/a de urgencias

d) Personal administrativo: se encuentran en admisión en urgencias.

e) Otro personal no sanitario: celadores de urgencias.

f) Personal de Servicio de Atención al Paciente.

El personal facultativo presta servicios en urgencias en régimen de guardias médicas, por módulos de 17 o 24 horas, en tanto que el resto del personal sanitario y no sanitario presta sus servicios de urgencias del hospital en turnos rotatorios de mañanas, tardes o noches.

4.3 Unidades de urgencias extra-hospitalarias

4.3.1 Servicio normales de urgencias y servicios especiales de urgencias

Son los dispositivos que prestas asistencia sanitaria de urgencias no especializada entre las 17h y las 9 h del día siguiente, así como las 24 horas los domingos y festivos, hasta las 9 horas del día siguiente. Se ubican en instalaciones propias o en los Centros de Salud y Centros de especialidades (ambulatorios) a partir de las 17 h.

Los servicios especiales de urgencia (en adelante SEU) cubren la asistencia de las poblaciones más importantes (capitales de provincia y grandes núcleos de población) contando con mayores recursos humanos y materiales.

Los servicios normales de urgencias (en adelante SNU) cubren la asistencia de las poblaciones que cuentan con ambulatorios y otras que, con un alto volumen de población, cuentan sólo con consultorios.

En las poblaciones de ámbito rural sin cobertura de urgencias SNU/SEU, son los propios médicos generales de los consultorios los que se encargan también de la asistencia sanitaria urgente, ambulatoria y domiciliaria, entre las 17 y las 9, mediante turnos.

La asistencia de los SNU y de los SEU comprende: 1) la asistencia ambulatoria en el propio centro sanitario; 2) la asistencia domiciliaria en el domicilio del propio paciente.

En consecuencia, no incluye la asistencia en régimen de internamiento, que sólo se presta en hospitales. Para la asistencia a domicilio los SNU/SEU cuentan con su propia flota de transporte: ambulancias o vehículos no ambulancias conducidos por celadores-conductores.

Por otro lado, en cuanto al personal de las unidades de urgencia extrahospitalaria debemos señalar que, aparte de la estructura administrativa y directiva correspondiente, están formados por: 1) médicos generales de familia; 2) enfermeros (ats/due); 3) celadores, conductores y celadores-conductores.

El personal de los SNU/SEU pertenece a un dispositivo sanitario propio y no al ambulatorio o consultorio en donde pueden desarrollar su labor. De este modo, la población protegida por dichos centros sanitarios es atendida tanto en asistencia ambulatoria ordinaria como en la domiciliaria y la urgente por el médico general y el resto del personal de dicho centro.

4.3.2 Servicios de urgencias de atención primaria (SUAP) o Puntos de Atención Continuada (PAC)

Los centros de salud están abiertos al público e incluyen servicio de urgencias. La asistencia continuada de urgencias se prestará por el personal de los Equipos de Atención Primaria de la Zona de Salud, del centro de Salud, en turnos rotativos. La asistencia de urgencias comprende tanto lo que se presta en el propio centro como la domiciliaria. Las urgencias de los Centros de Salud no incluyen régimen de internamiento, sólo ambulatorio y domiciliario

El personal que presta servicios de urgencia de los Centros de Salud es el propio personal del Equipo de Atención Primaria de la Zona de Salud:

- Médicos generales de familia.
- Enfermeros y otro personal de enfermería.
- Personal no sanitario (celadores, entre ellos).

4.3.3 Funciones de los Celadores en las Unidades de Urgencias Extrahospitalarias

Además de las funciones generales de los celadores, en las unidades de urgencias extrahospitalarias se encargan de funciones administrativas (dado que no existe este personal en los SUAP/APC). Por tanto:

- Toman los datos del paciente, así como reflejar el motivo de su consulta.
- Verificar los datos de la tarjeta sanitaria.

- Recoger vía telefónica los avisos que se producen para la atención médica domiciliaria.
- Velar por el buen funcionamiento del servicio.
- Hablar con los pacientes explicando la situación del equipo sanitario (si están atendiendo a un paciente de gravedad, deben esperar).
- Facilitar la hoja de reclamaciones.
- Derivar urgencias a otros dispositivos sanitarios en situaciones de máxima urgencia.
- No abandonará su puesto cuando esté solo en el servicio por ausencia del equipo sanitario.

4.4 La actuación del Celador en la entrada de Urgencias

En la unidad de urgencias es donde se existen más dispositivos sanitarios y, por tanto, el mejor lugar desde donde se puede observar la totalidad de las tareas del celador. Debido a la variedad de casos que se producen en urgencias, el celador en la puerta de urgencias debe tener flexibilidad y adaptabilidad. Sus funciones son:

- Recibir a los pacientes, saliendo a su encuentro, acompañándolos cuando puedan deambular por su propio pie o acomodándolos en una silla de ruedas. Por ejemplo, si un paciente llega con una rotura de rodilla, el celador la acomodará en la silla de ruedas con el soporte adecuado para inmovilizar la parte afectada.
- Trasladar al paciente al mostrador para la admisión. En caso de que su estado de salud no permita la identificación y la toma de datos, o pasará directamente a triaje³ o a la consulta del médico que proceda.
- Mantener la entrada de urgencias provista de carros y camillas, así como cubrir éstas con sábanas y retirarla si hubiera sido usada.
- Cuidar de que el paciente acuda a la zona de boxes o consulta acompañado sólo por el número de personas permitido.
- Permitir el acceso sólo a personas autorizadas para ello.
- Controlar que los acompañantes autorizados a permanecer dentro de la zona de boxes o consultas con el familiar asistido no accedan a otras zonas no autorizadas.
- Orientar al familiar que solicite información hacia el control o a hacia el médico responsable.

³ Una vez que el paciente está inscrito en el servicio de urgencias, será evaluado, idealmente por personal médico o de enfermería, en una zona denominada DE TRIAGE O CLASIFICACIÓN DE PACIENTES, donde se valorará la gravedad de su patología, y en base a ella se determinará la prioridad con la que será atendido.

El objetivo del triaje deber ser determinar la necesidad de tratamiento, la rapidez en su aplicación y el lugar de administración. Existen diferentes tipos de triaje

Nivel de gravedad	Nivel de urgencia	Tiempo de atención	Color
Nivel 1	Emergencia	Inmediata	Rojo
Nivel 2	Muy urgente	15 min	Naranja
Nivel 3	Urgente	30 min	Amarillo
Nivel 4	Menor urgente	60 min	Verde
Nivel 5	No urgente	120 min	Azul

- Cuidar de que los pasillos permanezcan despejados.
- Indicar a los acompañantes que pasen a la sala de espera.
- Traslado de pacientes a (pie, camilla o silla de ruedas, según su estado):
 - Sala de espera.
 - Sala de yesos.
 - Sala de observación.
 - Radiología.
 - Consultas externas.
 - Servicios diagnósticos.
 - Cualquier otra unidad a la que se remita al enfermo para hacerle pruebas.
- Traslado de parturientas a paritorio o zona de urgencias de tocoginecología.
- Traslado de pacientes encamados para ingreso en planta.
- Traslado de pacientes a quirófano de urgencias.
- Revisar balas de oxígeno que se emplean en los traslados.
- En caso de no haber cama para un paciente que deba ingresar, el Celador deberá traer una desde la unidad del hospital en que se localice.
- Avisar a los familiares de los pacientes que ingresan en planta para que los acompañen.
- Traslado de documentos: hojas interconsulta, cursar analíticas, pedidos de almacén, fungibles, lencería, farmacia, etc y partes de mantenimiento.
- Traslado de material a Urgencias: almohadas, mantas, instrumentación médica.
- Colaborar en la inmovilización y sujeción mecánica de los enfermos mentales agitados.
- Prestar ayuda en la preparación de cadáveres y traslado de fallecidos hasta el tanatorio del hospital y colocación de cadáveres en cámaras frigoríficas.

4.5 El transporte de enfermos

El transporte sanitario es aquel que se realiza para el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o por otra razón clínica en vehículos acondicionados para ello. El transporte de enfermos es una tarea permanente dentro del sistema sanitario que requiere de la dotación de medios adecuados y suficientes y de la cualificación de los profesionales.

Las condiciones en las que se realice el traslado dependen del pronóstico del enfermo, por esto, las actuaciones de los profesionales que se encargan de esta tarea están cada vez más protocolizadas.

Clasificación de los tipos de transporte según distintos criterios de clasificación:

- Según el carácter del transporte: primario, secundario y terciario.
 - Transporte primario: aquel que se realiza desde el lugar donde se produce la emergencia (domicilio, lugar público, etc) hasta el hospital o centro sanitario. Es transporte

primario porque el paciente toma por primera vez contacto con los equipos sanitarios, con independencia del medio de transporte que se emplee (terrestre, marítimo, aéreo...) o la gravedad del accidente.

- Transporte secundario: aquel que se realiza entre dos centros sanitarios. Admite muchas variantes: a) el enfermo se dirige desde un centro a otro para recibir tratamiento o realizar alguna prueba específica; b) el enfermo puede trasladarse al centro de la zona geográfica que le corresponda por haber tenido la necesidad de asistencia sanitaria en otro lugar geográfico (ej, accidente en Cádiz y zona de residencia Almería; 3) el enfermo puede trasladarse a un centro concertado o privado.
- Transporte terciario: aquel que se produce dentro del propio centro hospitalario. Por ejemplo, desde una planta de medicina hasta la sala de ecografías.
- Según la urgencia vital: emergente, urgente o demorable.
 - Transporte de emergencia: se realiza con pacientes que necesitan atención sanitaria de manera inmediata. El traslado debe hacerse con prioridad absoluta en el momento en el que se da el aviso.
 - Transporte urgente: se realiza con pacientes con patologías que pueden entrañar riesgo vital o disfunción orgánica grave, pero en los que en principio no se supone que de forma inmediata esté en peligro su vida o la aparición de secuelas invalidantes. El traslado debe hacerse con prontitud.
 - Traslado demorable: son todos aquellos que no precisan de activación inmediata de los sistemas de transporte. Pueden subdividirse en no urgentes y programables.
 - No urgentes: aquellos realizados con pacientes en situación clínica estable. Ej, traslado de un punto geográfico a otro, pacientes dados de alta que necesitan ser trasladados a domicilio, etc.
 - Programados: aquellos que se realizan a centros sanitarios de manera periódica: hemodiálisis, rehabilitación, radioterapia, etc.
- Según el medio de transporte: terrestre, aéreo o marítimo.

- La elección de un medio u otro se realizará en función de distintos factores: gravedad de patología, distancia hasta lugar de destino, recursos disponibles, coste...

Una vez clasificados los tipos de transportes, es hora de recordar una serie de recomendaciones que nos permiten hacer el traslado más cómodo y seguro para el paciente. Estas recomendaciones son:

- Fijar vía venosa y sondas.
- Evitar cambios innecesarios de camillas.
- Inmovilizar, si procede, columna vertebral y miembros.
- Colocar adecuadamente al paciente según la patología y con la cabeza en el sentido de la marcha.

En cuanto a las posiciones especiales del transporte:

Tipo de instalación	Indicaciones	Contraindicaciones	Control y precaución
Decúbito supino Piernas extendidas	Víctimas graves Algunos heridos graves	Inconscientes Algunos heridos en tórax	Nivel de consciencia
Decúbito supino Piernas flexionadas	Heridas en abdomen	Inconscientes	Estabilidad de miembros inferiores
Decúbito supino. Piernas elevadas	Hipovolemia Shock	Inconscientes	Estabilidad del paciente en camilla
Posición lateral	Alternancia de nivel de consciencia	Algunos heridos de tórax	Estabilidad del paciente en camilla
Semisedestación (cabeza elevada 30°)	Heridos de tórax, conscientes. Trastornos de ventilación. Traumatismos craneoencefálicos.	Trastorno de consciencia. Shock	Estabilidad del paciente en camilla. Nivel de consciencia
Sedestación	Heridos muy leves. Edema agudo de pulmón		Control global para ver empeoramiento.

4.5.1 Traslado de neonatos

El traslado de niños recién nacidos requiere que se tengan en cuenta los siguientes aspectos:

- Ruido excesivo: un sonido permanente superior a 80db puede incrementar la desaturación de oxígeno en la sangre arterial del neonato.
- Vibración: la vibración durante el transporte tiene un efecto incierto sobre él, pero puede dificultar en gran medida su observación.
- Temperatura ambiente variable: las condiciones ambientales pueden influir notablemente en la temperatura del neonato, haciendo indispensable el control riguroso en un ambiente término neutro.

Para el traslado de neonatos en situación crítica se tienen que emplear estrategias que reduzcan al mínimo el impacto que el traslado puede tener sobre él:

- Estabilizar al neonato antes de transportarlo, empleando para ello el tiempo y medios necesarios.
- Anticiparse al agravamiento, preparando al paciente no sólo para solucionar problemas ya instaurados, sino para prevenir dificultades y complicaciones que puedan surgir durante el transporte.
- Preparar minuciosamente el vehículo con los medios necesarios para prestar un adecuado cuidado al neonato.
- Vigilar electrónicamente el mayor número posible de parámetros fisiológicos.

4.5.2 Pacientes psiquiátricos

Estos pacientes presentan especiales dificultades en el manejo previo y durante el traslado. En los casos de agitación psicomotriz será precisa la contención física y, en muchos casos la administración de fármacos que produzcan sedación.

No se debe iniciar el traslado de un paciente agitado hasta que se ofrezcan garantías de seguridad imprescindibles para su realización.

4.5.3 Embarazadas

En el caso de mujeres gestantes, lo importante en el traslado es asegurar la comodidad del paciente; para traslados por patologías de carácter general, se atenderá de forma general a instalarla en función de su patología, pero si el traslado sobreviene como consecuencia de su embarazo, la colocación seguirá las indicaciones de la siguiente tabla:

Enfermedad- situación	Posición
Hemorragia vaginal	Descenso de cabeza (trendelenburg)
Síndrome de compresión de la vena cava inferior	Tronco elevado. Decúbito lateral izquierdo.
Edema, proteinuria, hipertensión arterial (preclampsia)	Elevación de la cabeza. Decúbito lateral izquierdo.
Parto inminente	Decúbito dorsal plano o sobre el lado izquierdo. Elevación de cabeza. Flexión máxima de las piernas
Prolapso del cordón umbilical	Descenso de la cabeza (trendelenburg)

4.6 Las funciones del celador en la ambulancia

Las ambulancias son los vehículos que han sido acondicionados para el transporte de personas que no pueden valerse por sí mismas. En estos vehículos encontramos dos zonas: la cabina de conducción y la cabina asistencial. Como norma general, en las ambulancias deberá ir un celador que será el encargado de bajar o subir a la ambulancia a los enfermos. Este celador se sentará durante el transporte del paciente junto a éste en el asiento destinado para él y será el que informe al personal sanitario titulado de cualquier anomalía que pueda sufrir el enfermo durante el transcurso del transporte. Por tanto, el celador se considera como un miembro del equipo de transporte de los pacientes hacia el centro asistencial y, como miembro, deberá colaborar con el equipo.

Podemos destacar como sus funciones:

- Informará al paciente trasladado o en su caso a las personas responsables que lo acompañen, el motivo de su traslado y hacia el lugar al que se dirigen
- Ayudará al equipo de la ambulancia a la movilización y la preparación que se necesite para el paciente
- Se encargará de preparar el informe y documentación clínica necesaria para entregársela al hospital receptor del enfermo
- Tratará al paciente con el debido respeto. Siempre se respetará en cualquier caso la intimidad del paciente, incluso en los casos en los que el paciente se encuentre en estado de inconsciencia. Además deberá abstenerse de realizar algunos comentarios acerca de la situación, sobre todo si se encuentran acompañantes con el enfermo

Hemos comentado anteriormente, que el celador estará atento a cualquier circunstancia que se pueda producir en el paciente durante el traslado avisando al personal sanitario que los acompañe. En cuanto a estas situaciones que se puedan producir, las funciones del celador serán:

- Reconocer la naturaleza de las lesiones que posea el enfermo o la enfermedad que padezca.
- Evaluar la gravedad de la situación.
- Movilizar al paciente con seguridad y rapidez.
- Ante un caso de emergencia vital, realizará las maniobras de soporte vital básico, evitando siempre cualquier lesión sobreañadida.
- Cuando exista una emergencia respiratoria, podrá abrir y mantener permeable la vía aérea procurando siempre la ventilación y oxigenación.
- Podrá realizar la respiración boca a boca si fuese necesario ayudando al personal cualificado para ello.

Los celadores tendrán unos conocimientos no sanitarios en relación con las ambulancias:

- Deberán conocer cuáles son las normas de circulación.

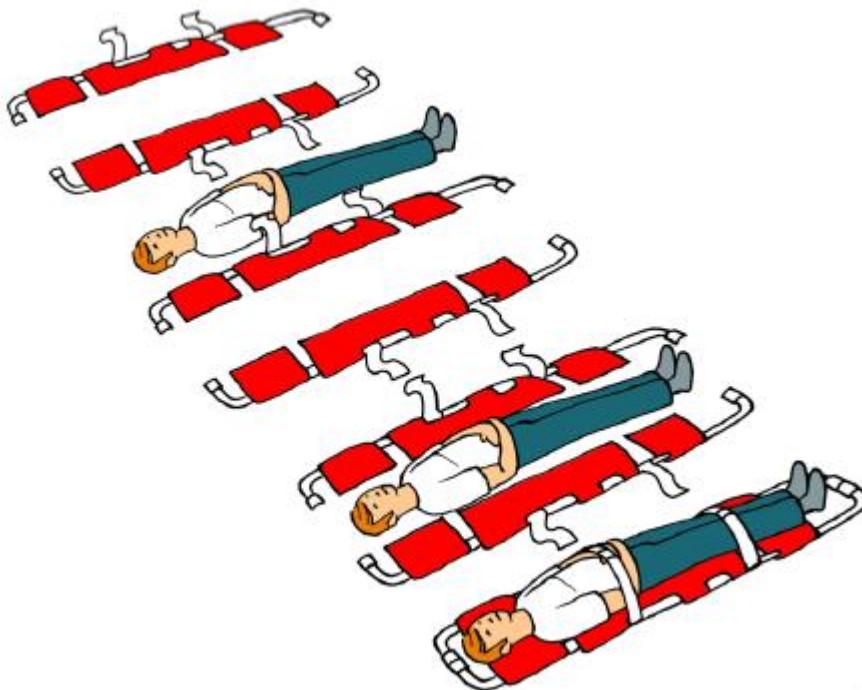
- Conocerán cuales son las características del vehículo así como conocer los materiales y aparatos que se llevan, cuáles son sus funciones y en qué lugar de la ambulancia se ubican.
- Se encargarán de que todo funcione correctamente, para en caso que no sea así, avisar al supervisor. Para ello, supervisarán las luces, pilotos, sirenas... También observarán que el material que se lleva en la ambulancia funcione correctamente.
- Se encargarán de comprobar la existencia del material y de reponer el necesario, como pueden ser sábanas y mantas, papel secante, jabón, bolsas de basura...
- Mantendrán la limpieza y desinfección tanto interior como exterior del vehículo.

4.7 Posiciones del transporte

Cualquier movilización que se realice con un enfermo para trasladarlo, independientemente del medio de transporte que es utilice, debe ser realizada de forma planificada y meticulosa, extremando los cuidados de inmovilización de columna y miembros. Un miembro del equipo debe de permanecer en todo momento en el compartimento asistencial junto al enfermo. En las transmisiones de información hay que cuidar la confidencialidad y la intimidad del paciente, poniendo atención en los comentarios que puedan hacerse. Durante el trayecto, se deben de monitorizar las funciones vitales del enfermo.

4.7.1 Uso de camilla de cuchara y el traslado a la ambulancia

El empleo de las camillas de cuchara o tijera se limita al traslado de enfermos politraumatizado hasta su lugar de transporte (ambulancia, helicóptero, etc.) para luego ser depositado sobre el medio de transporte elegido.



La primera maniobra a realizar es medir la camilla de tijera. Para ello, la colocaremos sin desmontar junto al paciente y la alargaremos hasta conseguir la medida más oportuna. La camilla debe sobresalir al paciente y no el paciente a la camilla.

La segunda maniobra será desarmar en dos la camilla, situando cada parte al lado del paciente. La parte más estrecha se reserva para los miembros y la parte más ancha para el tronco.

En un primer momento, habrá que girar al enfermo hasta la posición decúbito supino, para lo cual se necesitarán al menos tres personas.

- El operador con más experiencia se encargará de dirigir la maniobra y de abrir la vía aérea. Será el responsable de traccionar y controlar la columna cervical durante la obra, manteniendo inmovilizada la cabeza mediante una ligera tracción.
- El segundo operador colocará el collarín cervical (en caso de traumatismo) y alineará los miembros superiores e inferiores y se situará de rodillas junto al enfermo en el lado hacia el que vaya a realizar el giro.

El segundo y el tercer operador introducirán sus manos por el lado del paciente opuesto al que se vaya a realizar el giro, el segundo sujetará a la altura de los hombros y cadera y el tercero a la altura de la espinilla, para poder rotar el tronco hacia sí mismo. Con el cuerpo semirrotado, se introducirá la primera mitad de la camilla, dejando nuevamente al enfermo en la posición original.

A continuación, se realizará la misma operación pero desde el lado opuesto, con lo que tendremos situado al enfermo sobre la camilla.

En la última parte de la operación, cerramos los anclajes superiores e inferiores de la camilla y sujetaremos al enfermo a ella al menos con tres correas. Con la ayuda de las asas, trasladamos al enfermo hasta la ambulancia y, una vez allí, será colocado en sentido longitudinal a la marcha (con la cabeza en el sentido de ésta en las ambulancias e indistintamente en los helicópteros). Una vez colocado, lo sujetaremos con las correas de la camilla de la ambulancia, proporcionando así un mínimo movimiento del paciente en la camilla y logrando que la columna esté totalmente derecha.

4.7.2 Posiciones básicas de traslado

Las posiciones básicas en las que se puede trasladar al enfermo son las siguientes:

- a) Tronco semi-incorporado.

Es como la posición de Fowler o semifowler (dependiendo del grado de inclinación) y se utiliza sobre todo para trasladar a enfermos con patologías respiratorias (asma, enfisema, bronquitis, edemas de pulmón, etc) y para los que han sufrido traumatismo.

b) Decúbito supino: sobre todo para trasladar a enfermos en los que se sospeche un posible traumatismo medular.

c) Decúbito supino con piernas flexionadas: se emplea para trasladar a enfermos con dolor o traumatismos abdominales.

d) Posición antishock: pacientes con hipoglucemia o hipotensión. Cumple la misma función que la posición trendelenburg pero es más cómoda para el traslado.

e) Posición antitrendelenburg: requiere de la sujeción axilar y pélvica y se emplea en posibles TCE y fracturas de columna.

f) Posición lateral de seguridad (SIM): se emplea en pacientes con bajo nivel de consciencia, para mantener despejada la vía aérea y prevenir la aparición y posible aspiración de vómitos.

g) Decúbito lateral izquierdo: se emplea en pacientes embarazadas a partir de los 6 meses, en las que el tamaño del útero pueda comprimir la vena cava provocando el síndrome de hipotensión en decúbito supino.

4.8 Criterios de actuación del celador en urgencias frente a traumatismos, heridas, quemaduras y asfixia

4.8.1 Traumatismos

Los traumatismos son lesiones corporales internas o externas, provocadas de forma involuntaria, violenta e inesperada por un agente externo, cada uno de ellos produce lesiones diferentes en el organismo. La palabra traumatismo deriva del griego trauma, que significa herida. Traumatismo es toda lesión orgánica producida por agentes mecánicos, físicos o químicos.

Atendiendo a esta definición se tiene una forma de clasificar los traumatismos, según el agente responsable:

- Traumatismos mecánicos. Son producidos por el choque o impacto violento del cuerpo contra elementos duros externos o a la inversa: aplastamientos, arrancamientos, distorsiones, choques, etc.

Las lesiones más características son las contusiones y las heridas y pueden también quedar afectadas todas las estructuras hísticas, desde la superficie hasta el propio hueso (como es el caso de las fracturas). También se incluyen roturas vasculares, musculares, tendinosas, nerviosas, etc.

Dentro de este grupo, y aunque el agente etiológico no provenga del exterior, se pueden incluir las lesiones por acción muscular: fracturas por contracción enérgica, esguinces, etc.

- Traumatismos físicos. Son producidos por agentes físicos: calor (quemaduras), frío (congelaciones), explosiones (blast injury, efectos de la compresión y descompresión de la onda expansiva), electricidad (electrocución), radiaciones (radiodermatitis, lesiones radioactivas, etc).
- Traumatismos químicos. Son los producidos por contacto con productos: caústicos (causticación), gases de guerra (asfixiantes, vesicantes, lacrimógenos, etc.), ácidos (vitriolaje).

4.8.2 La contusión

Una contusión es una lesión traumática que se produce por golpe, compresión o choque sin que haya pérdida de la solución de continuidad de la piel o de las mucosas (éstas ceden sin romperse, debido a su elasticidad), es decir, sin que haya rotura de piel, aunque sí rotura de vasos sanguíneos. Por tanto, se considera una herida cerrada.

Según la profundidad se clasifican en leves y graves:

- Contusión de 1º grado o leve, el golpe produce rotura de capilares y pequeños vasos sanguíneos superficiales, lo que origina un eritema, el típico “cardenal” de color violáceo, provocando dolor al tacto. (ej. El chichón).
- Contusión de 2º grado, el golpe es más fuerte, provocando la rotura de vasos sanguíneos mayores, causando un hematoma, la zona se inflama causando dolor.
- Contusión de 3º grado, son los más característicos en accidentes de tráfico, causados por golpes que pueden llegar a provocar la necrosis de la zona afectada, esta se manifiesta fría, dura e inflamada por la falta de riego sanguíneo. También pueden provocar fracturas y daños de órganos internos.

Criterios de actuación frente a una contusión:

- Contusión en el tórax: dolor y dificultad para respirar, pérdida de fuerzas, mareos y hasta pérdida de conocimiento son los síntomas que aparecen cuando se lesionan los órganos que hay en el tórax. Si hay asfixia, se coloca en posición semisentado. Si predominan los mareos, o hay pérdida de conocimiento, debe colocarse tendido boca arriba con los pies ligeramente más elevados que la cabeza, y abrigarlo.
- Contusión en la espalda: ante un golpe intenso en la espalda (caída desde una altura, accidente de tráfico) siempre hay que sospechar lesión de la columna

vertebral, por lo que hay que evitar cualquier movimiento que suponga doblar o girar la columna de la víctima.

- Contusión en el abdomen: ante un golpe intenso en el abdomen siempre hay que sospechar la posibilidad de rotura de alguna de las vísceras que contiene (bazo, hígado, riñón, etc.), lo cual se manifiesta por dolor y signos de hemorragia interna (palidez, sudor frío, mareos y hasta pérdida de conocimiento).

En ocasiones, un fuerte golpe en el vientre apenas presenta síntomas en un principio, a pesar de que se haya roto un vaso sanguíneo y esté produciendo una hemorragia; por ello, cualquier golpe intenso en el vientre, aunque la víctima se encuentre bien, debe ser valorada por el facultativo correspondiente. Hasta que es atendida y valorada, hay que acostar a la víctima con los pies ligeramente más elevados que la cabeza y abrigarla. No darle nada de beber.

4.8.3 Heridas

Las heridas son lesiones que producen rotura de la piel, con peligro de que surjan infecciones por contaminación microbiana. Clínicamente, las heridas se manifiestan por: dolor, hemorragia y separación de los bordes de la herida.

Existen distintos tipos de heridas que se pueden clasificar en función de distintos criterios:

— Según el grado de integridad de la piel: heridas abiertas (cuando la piel o la superficie de la membrana está abierta) o herida cerrada (cuando los tejidos están dañados sin que haya habido rotura de la piel).

— Según el grado de contaminación: a) heridas limpias; b) heridas sucias y; heridas contaminadas

— Según la naturaleza del agente agresor:

a) heridas incisivas: producidas por elementos cortantes, tienen cortes limpios y tendencia a la hemorragia;

b) heridas contusas abiertas: se producen por choque violento contra la piel de objetos, como por ejemplo, una piedra. A pesar del golpe, la integridad de la piel se conserva;

c) heridas contusas cerradas: se producen cuando a pesar del golpe, se conserva la integridad de la piel;

d) heridas abrasivas: se producen por el resultado de una fricción. Solamente afecta a la piel. Un ejemplo de este tipo de herida son las que se producen cuando se extrae capa superficial de la piel para preparar una cicatriz y;

e) heridas punzantes: producida por un instrumento que penetra en la piel y el tejido interno;

f) heridas mixtas o complejas: son aquellas en las que intervienen varios agentes causantes, por ejemplo, heridas por mordeduras, aplastamiento, armas de fuego, asta de toro, etc.

4.8.4 Criterios de actuación ante una hemorragia externa

Los criterios de actuación ante una hemorragia externa son los siguientes:

a) Medidas generales:

- Colocar al herido en **posición de shock**.
- **Hacer presión fuerte con la mano sobre la herida**. Si se dispone del material, hacer la presión con un apósito formado por gasas o un trozo de tela limpia, sujetándolo con una venda o tiras de tela (la cura no debe ser tan apretada que el miembro se ponga frío o violáceo, o que desaparezca el pulso más abajo de la cura).
- **El miembro herido se coloca en posición elevada**, apoyándolo, por ejemplo, sobre un vestido enrollado.
- **No sacar un objeto que esté clavado** pues puede estar taponando un vaso sanguíneo roto y al extraerlo se puede ocasionar una hemorragia grave.
- **Si pasados 15 minutos de compresión directa** con la mano la hemorragia no cede: comprimir fuertemente con la mano la arteria más cercana, entre la herida y el corazón.
- Si existe **herida perforante en el pecho** la mejor postura de traslado es en semisentado, para que pueda respirar mejor. No dar nada por boca.
- Si la herida es en el vientre **no se debe intentar introducir las vísceras**. Cubrir con gasas estériles y trasladar con las piernas flexionadas. No dar nada por boca.

b) Torniquete

Se entiende por torniquete al **dispositivo que, mediante presión, se utiliza para detener completamente la circulación de un vaso sanguíneo** en una extremidad.

La colocación de un torniquete es excepcional, pues suprime la circulación sanguínea y puede provocar la muerte de la zona sin sangre, lo que obliga a la amputación.

El torniquete está indicado cuando:

- La sangre sale en chorro abundante, a borbotones, y tenemos que realizar otros gestos de urgencia en el mismo herido o atender urgentemente a otros heridos
- El herido tiene un miembro totalmente arrancado (amputación)

El torniquete debe quedar **siempre visible**, sin ocultarlo con mantas o vendas.

Poner la letra T pintada en la frente de la víctima (con lápiz de labios), o en un papel muy visible. Anotar también la hora en que se ha puesto.

El torniquete **se coloca en el brazo o en muslo**, pues es donde las arterias se comprimen mejor (no colocarlo en la pierna o en el antebrazo pues los músculos de esa zona impiden que se comprima eficazmente las arterias). **¡No aflojar nunca un torniquete, pues hay peligro de muerte fulminante!**

4.8.5 Conducta ante una hemorragia interna

Se entiende por hemorragia interna **la que tiene lugar en el tórax o abdomen** a consecuencia de un traumatismo cerrado (golpe), por una herida, o de forma espontánea (úlceras de estómago).

Si la sangre sale al exterior a través de un orificio natural (boca, ano) se habla de **hemorragia exteriorizada**.

¿Qué signos deben hacer sospechar una posible hemorragia interna?

- Traumatismo reciente en tórax o abdomen.
- Piel pálida, fría y sudorosa.
- Respiración rápida.
- La víctima habla de forma incoherente (no se le entiende).
- Mareo o pérdida de conciencia.

¿Qué hacer ante una posible hemorragia interna?

- **Prevenir el shock:** acostar al herido en posición lateral de seguridad, bien abrigado.
- **No darle nada** por boca.

Todo golpe intenso en cabeza, tórax o abdomen puede ocasionar una hemorragia, aunque en las primeras horas el accidentado apenas tenga síntomas.

Las posiciones de transporte de pacientes con heridas exteriorizadas son las siguientes:

Tipo	Descripción	Posición en el transporte
Otorragia	Salida de sangre por el oído (nunca taponar)	Posición lateral de seguridad del lado del oído que sangra.
Epíxtasis	Salida de sangre por nariz (se puede usar agua oxigenada para taponar)	Sentado con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante
Hemoptisis	Salida de sangre por la boca procedente del aparato respiratorio	Posición fowler
Hematemesis	Salida de sangre por boca procedente del aparato digestivo	Posición lateral de seguridad
Metrorragia	Salida de sangre por la vagina	Posición decúbito supino con las piernas extendidas y cruzadas, también llamada Fritzt.
Rectorragia	Salida de sangre por ano	Sentado con las piernas flexionadas.

Hematuria	Salida de sangre a través de la orina	Sentado con las piernas flexionadas.
-----------	---------------------------------------	--------------------------------------

4.8.6 Quemaduras

La quemadura es la destrucción de los tejidos por el efecto de un agente térmico, eléctrico, químico o radioactivo. Clínicamente se distinguen tres grados de quemaduras:

- Primer grado, que afecta exclusivamente a la epidermis
- Segundo grado, que a su vez se subdividen en: superficiales (afecta a epidermis y parte de la dermis) y profundas (lesión de la dermis, tono pálido y la mínima tracción despega con facilidad algún folículo piloso)
- Tercer grado, se produce por destrucción total de la piel y de los elementos dérmicos.

Una vez hecha la valoración clínica por el facultativo, los pacientes con quemaduras deben de recibir unas medidas de cuidado especiales:

- a. Mantener la vía aérea permeable, favoreciendo con oxígeno una buena ventilación.
- b. Controlar las constantes vitales, instaurando sondas nasogástricas y vesical para medir la diuresis.
- c. Las medidas locales a aplicar consisten en:



- Retirar ropas y cubrir con sábana estéril o limpia.
- Baño/lavado aséptico con agua a chorro.
- No aplicar pomada sobre zona quemada.
- Colocar apósito estéril con tul graso y vendaje funcional, si fuese preciso.

4.8.6.1 Criterios de actuación frente a quemaduras

Los criterios de actuación frente a quemaduras más generales son los siguientes:

- Retirar anillos, reloj, pulseras y cualquier otro objeto cercano a la zona quemada antes de que aparezca la inflamación.
- No aplicar pomada ni cualquier otra sustancia “antiquemaduras”; solo el personal sanitario puede aplicarla en casos muy concretos.
- Para el dolor y la inflamación se aplica frío durante 10 minutos, mediante una bolsa con hielo envuelta en un paño húmedo. Nunca aplicar hielo directamente sobre una zona inflamada pues se puede ocasionar lesiones por frío
- Si la quemadura está sucia, se limpia con agua a chorro durante 5 minutos.
- Si las ropas están ardiendo, impedir que la víctima corra; envolverla en una manta o revolverla por el suelo.
- La regla general es no desnudar a un quemado: sólo se desnuda al quemado si sus ropas están empapadas de líquidos hirvientes o de vapor, y cuando los trajes o ropa interior son sintéticos y continúan ardiendo sin llama aparente. De todos

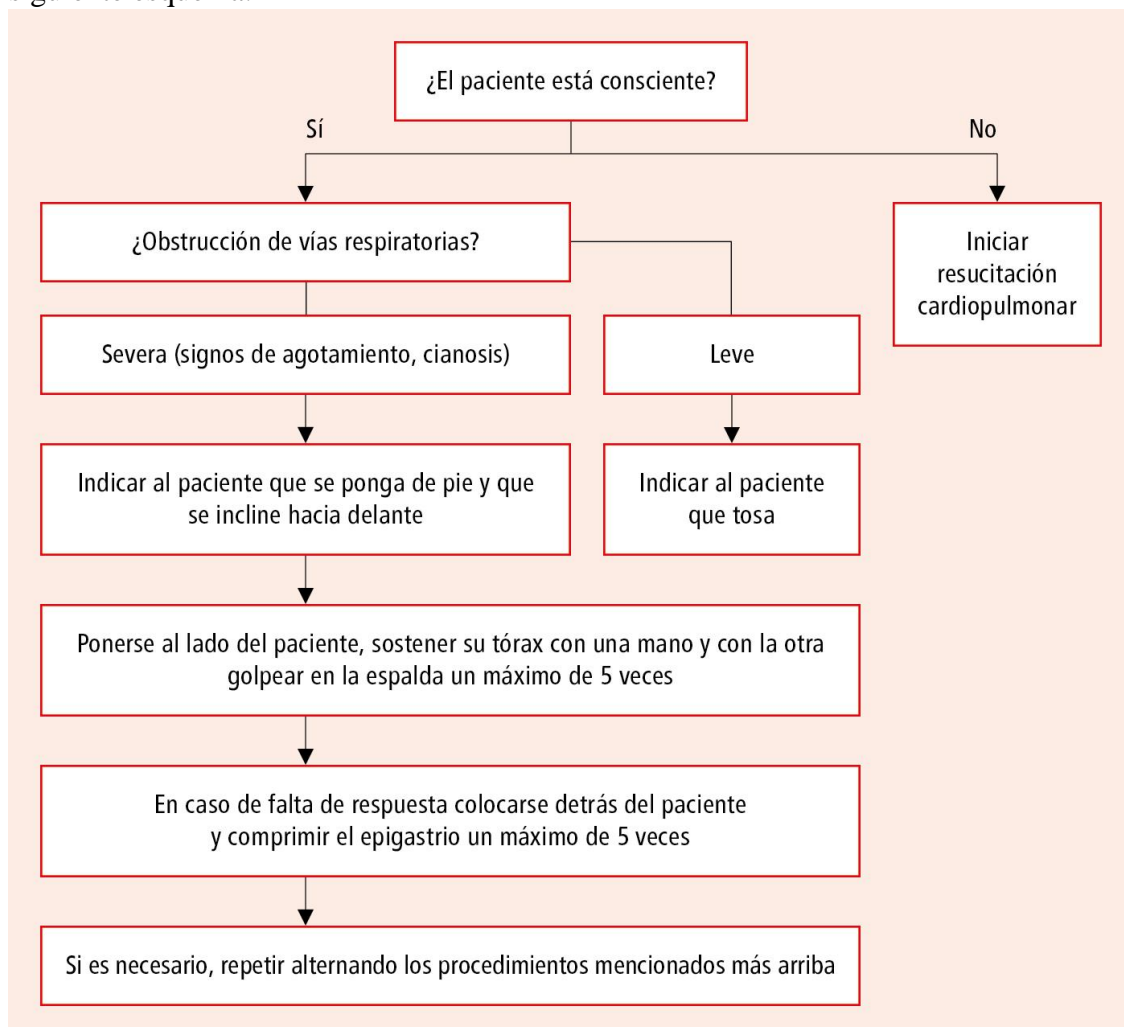
modos, no quitar la última capa de ropa en contacto con la piel y seguir rociando con agua fría (las quemaduras son estériles y las ropas las protegen).

- Una parte descubierta (manos, pies, cara) que ha recibido un líquido hirviendo, debe ser inmediatamente rociada con agua fría.

En todas las quemaduras graves el accidentado debe ser acostado horizontalmente con las piernas ligeramente elevadas, abrigado y tranquilizado.

4.8.7 Asfixia

La asfixia se presenta cuando alguien no puede respirar porque la garganta o la tráquea (vía aérea) están bloqueadas con alimento, un juguete u otros objetos. Las vías respiratorias de una persona que se está asfixiando pueden estar bloqueadas provocando que no llegue suficiente oxígeno a los pulmones. Sin oxígeno, el daño cerebral puede ocurrir en tan solo 4 a 6 minutos. En caso de asfixia, los criterios de actuación sigue el siguiente esquema:



1. Respiración ruidosa con la voz conservada (obstrucción parcial de las vías respiratorias superiores) → indicar al paciente que tosa intensamente y observarlo.

2. **Imposibilidad de hablar** (indica obstrucción casi total), **conciencia conservada** → actuar inmediatamente. Colocarse al lado izquierdo del paciente (personas zurdas del lado derecho) y un poco detrás.

Poner la mano izquierda sobre el tórax del paciente y con la derecha inclinarlo fuertemente hacia abajo. Golpear enérgicamente con la eminencia palmar en la zona interescapular comprobando si el cuerpo extraño aparece en la cavidad oral; en caso contrario repetir un máx. 5 veces.

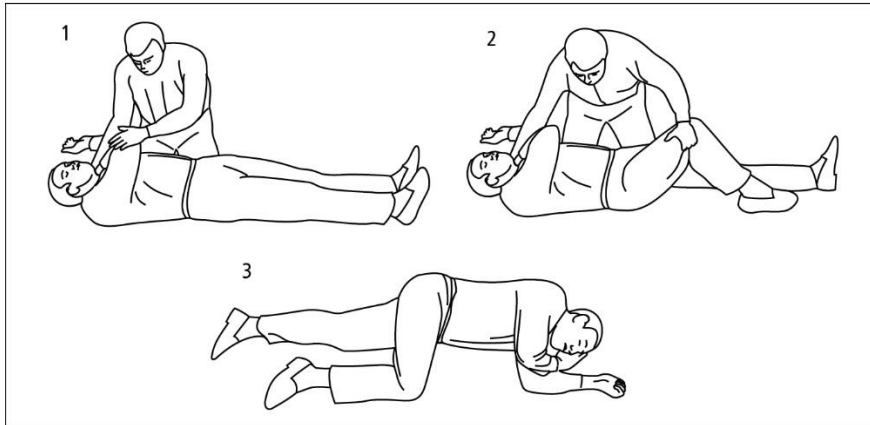


Si aún no hay resultados → colocarse detrás, rodear al paciente con los brazos por debajo de sus axilas, colocar el puño izquierdo un poco por debajo del apéndice xifoides, agarrarlo con la mano derecha y desplazar ambas manos muy enérgicamente hacia sí y hacia arriba, para lograr un aumento de presión dentro del tórax mediante presión sobre el diafragma

Si la persona atragantada es una mujer con embarazo avanzado o una persona con una obesidad significativa, colocar las manos en la parte inferior del esternón, de forma similar a como se realiza en las maniobras de reanimación. Si es necesario, repetir un máx. 5 veces, luego alternar con series de 5 golpes en la espalda.



3. **Paciente inconsciente** → llamar una ambulancia, colocar al paciente en decúbito dorsal, comprimir rítmicamente la parte media del esternón con la profundidad de 5-6 cm y con frecuencia 100-120/min. Después de 30 compresiones del esternón flexionar la cabeza del paciente hacia atrás y verificar si el cuerpo extraño se encuentra en la cavidad oral o en la garganta. Si es así, intentar retirarlo hacia afuera con un dedo teniendo cuidado de no empujarlo más profundamente. No temer ser mordido: un paciente profundamente inconsciente está flácido y no consigue morder. Continuar la compresión de la caja torácica y los intentos de retirar el cuerpo extraño. Una alternativa es colocar al paciente en posición lateral de seguridad y comprimir su costado desde arriba.



4. **Niño <1 año** → Mirar el interior de la boca y si vemos el objeto extraño se extrae con el dedo meñique doblado en forma de gancho (nunca meter el dedo si no se observa el cuerpo extraño pues podemos empujar hacia dentro el objeto y empeorar la situación).

En caso de que no veamos el objeto, colocar al niño sobre el antebrazo con la cabeza hacia abajo, agarrando la mandíbula (no el cuello) con el dedo pulgar y el índice. Con la muñeca de la otra mano golpear en la zona interescapular y comprobar si el cuerpo extraño se visualiza. 1



Si 5 golpes no dan resultado, colocar al niño en decúbito dorsal y con 2 dedos comprimir enérgicamente la zona media del esternón, con una frecuencia de 100-120/min a una profundidad de ~1/3 de la dimensión anteroposterior del tórax, comprimir máx. 5 veces, comprobar si el cuerpo extraño se visualiza; en ausencia de resolución del cuadro repetir las maniobras.



En caso de pérdida de conciencia, continuar la resucitación.

5. **Niño mayor** → sentarse y colocar al niño sobre las rodillas con la cabeza hacia abajo. En esta posición golpearlo un máx. 5 veces en la zona interescapular. En caso de falta de mejoría alternar ambos procedimientos, repitiendo 5 veces cada uno hasta que den resultados o hasta la pérdida de conciencia. En caso de pérdida de conciencia → iniciar la resucitación. Una alternativa consiste en comprimir los costados de la caja torácica del niño flexionado sobre las rodillas



Observaciones generales:

- No presionar sobre las costillas sino sobre el abdomen. El aumento de presión en el abdomen hace que el diafragma suba y comprima los pulmones, lo que a su vez hace que aumente la presión en las vías respiratorias.
- Una vez que la víctima comienza a respirar por sí sola hay que vigilarla hasta que sea atendida por el servicio de urgencias, pues es posible que el cuerpo extraño o parte de él haya pasado a los bronquios y pueda repetirse los signos de obstrucción.
- Un niño que ha sufrido atragantamiento por comida y la ha expulsado es conveniente que sea estudiado por el pediatra, pues con frecuencia algunos trozos de comida pasan a los bronquios y causan problemas respiratorios.

Importante:

- Se entiende por “atragantamiento leve” cuando la víctima todavía hace algún ruido con la garganta (pasa algo de aire; es una obstrucción parcial). En este caso lo indicado es pedirle que tosa hasta que expulse la causa de la obstrucción.
- Un atragantamiento es grave cuando deja de hacer ruido con la garganta (obstrucción completa). Si la víctima está de pie o sentada, inclinarla lo máximo hacia delante y dale 5 fuertes palmadas en la espalda entre las escápulas. Si persistiera la obstrucción, aplicar la maniobra de Heimlich.
- Si la víctima es una persona muy obesa o está embarazada y claramente las compresiones abdominales son ineficaces, se sustituyen éstas por compresiones sobre el tórax.

5.- **NOCIONES GENERALES DE PRIMEROS AUXILIOS.**

Los primeros auxilios son aquellas actuaciones que se realizan a un accidentado o a un enfermo repentino en el mismo lugar de los hechos, hasta que es atendido por los servicios sanitarios. Los objetivos de los primeros auxilios son:

- Evitar la muerte
- Evitar el agravamiento de las lesiones
- Aliviar el dolor y la ansiedad
- Facilitar la llegada del equipo médico.

Las normas básicas generales que hay que tener presentes en los primeros auxilios son:

- Mantener la **calma**: actuar con rapidez, pero sin precipitación.
- La **protección de las víctimas** y de los socorristas es una prioridad.
- En caso de emergencia llamar a los facultativos correspondientes lo antes posible.
- **En caso de duda** sobre una actuación, mejor no hacer nada.
- ¡La atención al **paro cardiorrespiratorio y la compresión de una hemorragia** deben hacerse antes del examen completo!.
- **Tranquilizar** a la víctima.
- **No dejar nunca sola** a una víctima.
- **No administrar bebidas**, alimentos o medicinas.
- Ante una hemorragia externa importante lo primero es **comprimir sobre la herida**.
- **No hacer comentarios** sobre el estado de la víctima.
- **No obligar a la víctima a levantarse o moverse:**
 - A un accidentado de carretera (o cualquier politraumatizado), no se le desplaza, no se le mueve, ni se le toca.
 - Si hay peligro de repetición del accidente (oscuridad, curva en la carretera, etc.), debe trasladarse a los pocos metros de distancia que lo pondrán en lugar seguro.

5.1 Técnica de reanimación cardiopulmonar

En primer lugar, tenemos que distinguir entre dos conceptos:

- Se llama **Parada cardiorespiratoria (PCR)**, o **Parada cardiopulmonar (PCP)**, o Paro cardíaco, al cese brusco e inesperado, y potencialmente reversible, de la respiración y de la función de bombeo cardíaco.

- Se llama **Reanimación Cardio Pulmonar (RCP)** a las maniobras que se aplica a una persona en parada cardiorespiratoria al objeto de llevar suficiente oxígeno a sus órganos vitales, especialmente al cerebro. RCP básica es aquella que debido a su sencillez y eficacia debería ser conocida por todos los ciudadanos; consiste en masaje cardíaco y respiración artificial. No requiere aparatos ni medicinas. Permite mantener a la víctima con vida durante unos pocos minutos hasta que llegue el Servicio de Emergencias RCP avanzada es aquella que requiere administración de fármacos y líquidos, diagnóstico electrocardiográfico y tratamiento de la fibrilación ventricular.

Si no se actúa eficazmente, una parada cardiorespiratoria causa lesiones cerebrales irreversibles al cabo de 3 minutos, y la muerte sobreviene a los 5 minutos de no llegar sangre al cerebro.

¿Cuáles son las principales causas de parada cardiorespiratoria?

En adultos:

- Insuficiencia coronaria aguda: infarto de miocardio, arritmias
- Ataque cerebral: trombosis, embolia y hemorragia cerebral
- Traumatismo craneal
- Descarga eléctrica
- Shock. Ahogamiento
- Corte de digestión (hidrocución)
- Intoxicaciones por gases, drogas o medicamentos
- Crisis asmática

En niños:

- Sofocación.
- Atragantamiento.
- Ahogamiento.
- Traumatismos.
- Descarga eléctrica.
- Muerte súbita del lactante.
- Crisis asmática.

¿Cuándo no está indicada la RCP?

- Cuando existen signos de muerte biológica (rigidez, livideces).
- La parada cardiorespiratoria es consecuencia de enfermedad terminal.
- La víctima lleva más de diez minutos sin haber recibido la RCP.

Excepciones: la hipotermia, el ahogamiento y la intoxicación por barbitúricos son casos en los que puede ser útil la RCP a pesar de haber transcurrido más de diez minutos en parada cardiorespiratoria.

¿Qué es la cadena de vida o cadena de supervivencia?

Se llama **cadena de vida o cadena de supervivencia** al conjunto de actuaciones que deben seguirse ante una parada cardiorespiratoria. Para que sea eficaz es imprescindible la rapidez, no saltarse ningún eslabón de la cadena y seguir el siguiente orden de actuación:

1. **Hacer el diagnóstico de parada cardiorespiratoria.**
2. **Avisar al equipo de emergencias.**
3. **Realizar la RCP básica.**
4. **RCP avanzada.**

¿Cuáles son los signos de parada cardiorespiratoria?

La víctima presenta el aspecto de muerte aparente, el cual se caracteriza por: -pérdida de conocimiento -ausencia total de respiración -ausencia de latidos cardíacos

¿Cómo actuar ante una parada cardiorespiratoria?

A. Posición de diagnóstico y reanimación:

- **Víctima en el suelo boca arriba**, estirada, con los brazos junto al cuerpo
 - **Socorrista de rodillas** a un costado del paciente, a la altura de los hombros
- Efectuar las maniobras **evitando torcer o doblar el cuello y la columna**, especialmente si hay sospecha de golpe en la cabeza o en la espalda.

B. Despejar de obstáculos la vía aérea para facilitar la reinstauración de la respiración espontánea:

1. **Abrirle la boca y extraer con dos dedos cualquier cuerpo extraño** que dificulte o impida la respiración (dentadura postiza, trozo de comida, caramelo).
2. **Echarle la cabeza hacia atrás con suavidad** (la colocación de una almohadilla de ropa doblada en la parte de atrás del cuello facilita mantener esta postura).

¡Este simple gesto puede hacer que la víctima empiece a respirar espontáneamente!, pues deja liberada la garganta que está obstruida por la lengua (en estado de inconsciencia, los músculos de la lengua se relajan y ésta cae hacia atrás taponando la garganta).

3. **Aflojar la vestimenta** que dificulte la respiración (camisa, corbata, sujetador, cinturón).
4. **Dejar al descubierto el pecho** para poder observar sus movimientos y poder aplicar masaje cardíaco si fuese preciso.

C. Diagnosticar la pérdida de conocimiento: se basa en que la víctima no responde a estímulos:

- Gritarle (¿cómo se llama?, ¿qué le pasa?)
- Sacudirle suavemente.
- Pellizcarle.
-

Si el paciente habla algo o efectúa algún movimiento de respuesta, indica que no existe pérdida de conocimiento (ni parada cardiorespiratoria).

D. Diagnosticar la ausencia de respiración:

Una vez echada la cabeza de la víctima hacia atrás y comprobado que no tiene cuerpos extraños en la boca, el socorrista **acerca su oído a la boca de la víctima, observándole el pecho**, y durante no más de 10 segundos:

- Escucha si existe ruido de respiración.
- Siente si existe salida de aire.
- Observa si existe movimiento en el pecho o en el abdomen.
- **Si no hay respiración:** implica que hay parada cardíaca, por lo que hay que pedir ayuda inmediata a Emergencias Sanitarias y comenzar la RCP.
- **Si respira**, se coloca en posición lateral de seguridad hasta que llegue el Servicio de Urgencias (no dejar de vigilar al paciente por si apareciera parada respiratoria).

Recordar que en la respiración boca a boca hay que cerrar los orificios nasales.

RCP en pacientes con pulso

→Publicaciones científicas indican que basta con que haya pérdida de conocimiento y ausencia de respiración (o ésta sea ineficaz) para que se deba iniciar la reanimación cardiopulmonar, aunque exista pulso, pues éste desaparecerá rápidamente ante la ausencia de respiración.

¿Cómo se realiza la reanimación cardiopulmonar?

A) Hay sólo un socorrista.

Pedir ayuda de otras personas:

- **Si hay varias personas presentes**, señalar a una persona para que llame al equipo de emergencia.
- **Si la víctima y el socorrista están solos**, gritar pidiendo ayuda: si no acude nadie, el socorrista hará 2 ciclos de masaje cardíaco (1 minuto aproximadamente) y seguidamente lo interrumpirá para llamar al Servicio de Emergencias (no parar el masaje durante más de 1 minuto).

Mientras llega la ayuda, se realiza el masaje cardíaco y la respiración artificial del siguiente modo:

- El socorrista extiende sus brazos perpendicularmente a la víctima, colocando el talón de una mano en la mitad del esternón y la otra mano encima.
- Seguidamente aprieta el esternón dejando caer el peso del cuerpo, haciendo una presión que ocasione un descenso de unos 5 cm.
- La frecuencia debe ser de 100-120 compresiones por minuto (dos compresiones por segundo).
- Después de cada 30 compresiones se hacen 2 insuflaciones.
- Cada 30 compresiones + 2 insuflaciones se le llama 'ciclo'.
- Cada 5 ciclos (dos minutos) se hace una pausa de 5 segundos para comprobar si la víctima respira espontáneamente.

B) Hay dos socorristas

Uno hace la respiración artificial y otro hace el masaje cardíaco.

- El primer socorrista realiza 30 compresiones (a un frecuencia aproximada de 100-120 por minuto).
- Seguidamente, el segundo socorrista efectúa 2 insuflaciones.
- Nuevamente el primer socorrista efectúa 30 compresiones.
- Seguidamente, el segundo socorrista efectúa 2 insuflaciones, y así sucesivamente.
- Cuando el primer socorrista indica que está cansado, se intercambian las funciones.
- Cada 5 ciclos hacer una pausa de 10 segundos y observar si respira espontáneamente.
- Cuando la víctima comience a respirar por sí misma, colocarla de costado ("posición lateral de seguridad"), y vigilar la respiración hasta que llegue la ayuda.

Tener siempre presente que el aviso al equipo de emergencia es una actuación prioritaria.

¿Cómo se realiza la RCP en un niño?

1. Colocación de víctima y socorrista: igual que en el adulto.

2. Diagnóstico de la parada cardiorespiratoria: igual que en el adulto.

3. Masaje cardíaco:

Lactantes (0 a 12 meses)

- Cabeza del lactante ligeramente echada hacia atrás.
- Colocar las yemas de los dedos índice y medio sobre el esternón, en la línea que une las dos tetillas.
- Presionar el esternón para que descienda 2-3 cm., a una frecuencia aproximada de 100-120 compresiones por minuto.
- Seguidamente se efectúan 5 insuflaciones.
- Continuar con 30 compresiones seguidas de 2 insuflaciones, y así sucesivamente.
- Cada 5 ciclos hacer una pausa de 5 segundos para ver si respira espontáneamente.

Cuando el lactante comience a respirar por sí mismo, colocarlo de costado (posición lateral de seguridad) y vigilar la respiración hasta que llegue la ayuda.

Niños mayores de 1 año

- Colocar el talón de una mano en la mitad del esternón y colocar la otra mano en la frente del niño para mantener la cabeza inclinada hacia atrás.
- Presionar el esternón para que descienda 2-3 cm., a una frecuencia aproximada de 100 compresiones por minuto.
- Seguidamente se efectúan 2 insuflaciones.
- Continuar con 30 compresiones seguidas de 2 insuflaciones, y así sucesivamente.
- Cada 5 ciclos hacer una pausa de 5 segundos para ver si respira espontáneamente.

Cuando el niño comience a respirar por sí mismo, colocarlo de costado (posición lateral de seguridad) y vigilar la respiración hasta que llegue la ayuda.

¿Hasta cuándo continuar con la RCP?

Nunca debe interrumpirse la RCP, salvo en alguna de las siguientes situaciones:

- **Cuando la víctima comience a respirar espontáneamente** (cada 5 ciclos de RCP hacer una pausa de 10 segundos y observar si respira).
- Cuando **después de 30 minutos** realizando la RCP la víctima continúa sin respiración espontánea.
- **Cuando llegue el equipo de urgencias.**
- Cuando **el agotamiento haga imposible continuar** con la reanimación.

Anexo complementario sobre recepción de pacientes en urgencias:

El siguiente anexo está enfocado para la ampliación de conocimientos en cuanto a la recepción de pacientes en urgencias más allá de las funciones del cuerpo de celadores en esta fase de la atención.

El servicio de Urgencias tiene como principal característica el hecho que su trabajo sea “a demanda”. Por tanto, los pacientes pueden ingresar en el servicio de urgencias de diversos modos:

1. Por iniciativa propia: cuando el propio paciente cree necesario acudir al servicio de urgencias para resolver su situación. No es la situación ideal, pues cualquier malestar debería ser valorado en primer lugar en atención primaria, bien por el médico de cabecera o por el médico de PAC (punto de atención continuada), para que valore si la urgencia que dice tener el paciente es real o simplemente sentida, y se puede solucionar en su domicilio con un tratamiento adecuado.
2. Derivados desde su médico de cabecera: acude inicialmente a su centro de salud y es el facultativo que lo atiende quien decide que su problema no puede ser atendido de modo ambulatorio, normalmente por la necesidad de que sean realizadas más pruebas para poder fijar un diagnóstico adecuado al malestar que refiere el paciente. El médico también lo puede derivar por considerar que está ante una situación de gravedad que precise atención especializada, o para solicitar una segunda opinión de un médico especialista (cuando la situación no puede esperar una consulta ordinaria) para un correcto tratamiento ambulatorio.

Derivado por los servicios de urgencias y emergencias extrahospitalarios: en estos servicios de urgencias son fundamentalmente el PAC y el 112. Existe en atención primaria un servicio de urgencias de 24h, que es funcionante todos los días de la semana, incluidos festivos. Este servicio, llamado PAC (punto de atención continuada), sirve muchas veces para hacer cribaje de aquellos pacientes que precisan atención, percibida por ellos como urgente, y quieren ser vistos por un médico para que les indique cómo deben actuar. El médico de PAC hace una primera valoración del individuo, y decide si la patología que tiene es susceptible de ser tratada en casa o precisa derivación al servicio de urgencias de hospital. También los servicios de emergencia del 112 harán un cribaje de situaciones urgentes, bien llevándolas a un PAC para una primera valoración por un médico de atención primaria o bien derivándolos directamente a un servicio de urgencias hospitalario por considerar que la atención necesaria ha de ser especializada

Según el modo en el que el paciente llega al servicio de urgencias, podrá ser recibido de diferentes maneras:

- a) Cuando el paciente entra por su propio pie, deberá ser el celador el primer personal que lo recibe. Él ha de confirmar que el paciente acude al servicio de urgencias, y será su función acompañarlo a la zona de admisión para que él o su acompañante realicen el registro de los datos personales, lo que corresponderá a un ingreso en el servicio de urgencias. Si el paciente necesita algún medio de transporte por presentar alguna dificultad en la deambulación o su estado de salud dificulta que se mantenga en pie, el celador lo colocará en una silla de ruedas o en una camilla, según lo considere necesario. En estos casos, el celador facilitará la documentación al servicio de admisión de dicho paciente, si es que el mismo no cuenta con ningún familiar que lo pueda realizar.
- b) Si el paciente llega al servicio de urgencias en ambulancia, será el técnico sanitario que vino con él en la ambulancia quien se dirija a admisión para facilitar los datos personales del mismo. Aunque depende del protocolo de cada hospital, en general el paciente llegará en camilla, y antes de ser movilizado a una camilla o silla del servicio de urgencias, personal médico o de enfermería hará una primera valoración del paciente, y recibirán toda la información que les faciliten el personal de la ambulancia. El celador deberá estar atento al momento en que se le indique que se cambie de camilla al paciente, para llevarlo a una sala de espera o a un box de urgencias, según sea necesario.

Una vez que el paciente está inscrito en el servicio de urgencias, será evaluado, idealmente por personal médico o de enfermería, en una zona denominada DE TRIAGE O CLASIFICACIÓN DE PACIENTES, donde se valorará la gravedad de su patología, y en base a ella se determinará la prioridad con la que será atendido.

El objetivo del triaje deber ser determinar la necesidad de tratamiento, la rapidez en su aplicación y el lugar de administración. Existen deferentes niveles de triaje:

1. AGUDOS CRÍTICOS (NIVEL I): la supervivencia del individuo o de alguno de sus órganos depende de una asistencia inmediata. Incluimos dentro de este nivel:

- a. Cirugía: traumatismos, quemaduras graves, abdomen agudo,...
- b. Medicina Interna: PCR, shock, ingestión masiva de tóxicos, coma, enfermedades coronarias,...
- c. Traumatología: politraumatismos, fracturas abiertas,...
- d. Pediatría: trastornos respiratorios agudos, ingestión de tóxicos,...
- e. Psiquiatría: psicosis aguda, intentos autolíticos,...

2. AGUDOS NO CRÍTICOS (NIVEL II): su asistencia ha de ser urgente, pero no hay una amenaza vital severa: ´

- a. Medicina general: infecciones de vías urinarias, respiratorias o gastrointestinales.
- b. Cirugía menor: traumatismos menores, heridas, absesos.
- c. Traumatología: problemas articulares, fracturas.

d. Psiquiatría: estados de ansiedad, abuso de drogas.

e. Máxilo-facial: problemas dentarios, fractura facial.

3. NO AGUDOS, NO CRÍTICOS (NIVEL III): demandada a veces por otros médicos o por el paciente y su familia, su asistencia es más orientadora y tranquilizadora que terapéutica.

Al servicio de urgencias también pueden llegar pacientes que ya hayan sido cribados por triage por parte del personal de urgencias extrahospitalarias. Esta situación se da en casos de accidentes con múltiples víctimas, que irán llegando a nuestro servicio según un orden de prioridad en la evacuación, para lo cual existen unas normativas admitidas internacionalmente, que tienen su expresión en un código de colores:

A) ROJO: extrema urgencia. Los pacientes serán clasificados en esta prioridad si reúnen tres criterios:

- ✓ Las lesiones son tales que dan lugar a una situación de shock y/o hipoxia, con peligro vital inmediato.
- ✓ El paciente puede ser estabilizado sin necesidad de una atención constante o de un nivel de cuidados intensivos.
- ✓ El paciente tiene unas posibilidades de supervivencia elevadas si se instaura un tratamiento inmediato y se transporta rápidamente.

A esta primera categoría corresponderían los pacientes con lesiones tales como: - Traumatismos craneales. - Obstrucción de las vías respiratorias. - Heridas abiertas de tórax. - Hemorragias externas severas

B) AMARILLO: los pacientes serán clasificados en prioridad amarilla si reúnen los siguientes criterios:

- ✓ El paciente presenta lesiones que dan lugar a una afectación sistémica, pero aún no está en una situación de hipoxia o shock que amenace su vida.
- ✓ El paciente puede esperar aparentemente 45 o 60 minutos en el lugar del accidente sin que corra un riesgo vital inmediato.

A esta segunda categoría corresponderán los pacientes que presenten lesiones tales como: - Heridas abdominales abiertas. - Sospecha de hemorragia interna. - Quemados. - Fracturas abiertas. - Pacientes de prioridad roja, resuelto su problema vital.

Podemos añadir una subcategoría denominada amarillo primo o amarillo II, que incluye a aquellos pacientes con lesiones múltiples y muy graves, basándonos en sus escasas posibilidades de supervivencia, independientemente de los cuidados que se les preste. Por tanto, se les relega a esta segunda categoría y no son transportados hasta después de aquellos pacientes graves con posibilidades razonables de supervivencia (grupo I o rojo).

Es importante recordar que los pacientes de categoría amarilla no son abandonados ni considerados como no urgentes. Son urgentes y deben ser tratados inmediatamente después de la categoría roja.

C) VERDE: son pacientes con lesiones localizadas que no tienen habitualmente afectación sistémica. En este grupo incluiremos a pacientes con lesiones tales como:

- ✓ Fracturas cerradas.
- ✓ Heridas que precisan sutura.
- ✓ Pacientes con alteraciones psíquicas. La experiencia demuestra que estos pacientes, con unos cuidados mínimos, pueden esperar incluso horas para recibir un tratamiento definitivo.

D) NEGRO: representa a aquellas víctimas que están muertas, teniendo en cuenta que en caso de catástrofe, toda persona que no responde a estímulos y que no tiene circulación espontánea es clasificada como muerta, sin realizar más exploraciones ni iniciar intentos de reanimación.

