

Atención inmediata del celador en el servicio de urgencias

1. INTRODUCCIÓN

La actuación del personal de un Servicio de Urgencias (servicio de urgencias) determina de manera clara la evolución posterior de la mayoría de los enfermos con patología urgente que acuden a un hospital.

Cada profesional ya sea médico, auxiliar, administrativo... es fundamental y necesario para proporcionar una actuación rápida y eficaz ante cualquier urgencia. Por ello, es preciso unificar criterios que facilitan el aprendizaje, agilizan la estancia del enfermo en urgencias, evitan olvidos y justifican una determinada actitud, protegiendo frente a posibles reclamaciones de los usuarios que no prosperarán si se ha actuado según un protocolo de actuación.

Este capítulo no pretende más que ser una ayuda en la práctica diaria del personal de enfermería, y más concretamente del Auxiliar de Enfermería.

2. CONCEPTO DE URGENCIA Y EMERGENCIA

Hablamos de **URGENCIA** ante una situación por la que la persona **cre**e que necesita asistencia sanitaria, independientemente de si existe riesgo para su vida o no.

Una **EMERGENCIA** sería aquella situación por la que la persona puede perder la vida o quedar con secuelas irreversibles si no es atendido con rapidez.

Así pues, una EMERGENCIA correspondería a 2 tipos de situaciones:

1. Situaciones de diagnóstico evidente que exigen una actuación terapéutica inmediata para salvar la vida del enfermo. Ej.: parada cardiorrespiratoria, rotura de un vaso de grueso calibre...
2. Situaciones o síndromes que pueden causar la muerte del paciente en poco tiempo si no se inicia un tratamiento rápidamente. En estos casos hay que hacer lo antes posible un diagnóstico basado en la etiología para descartar esas causas mortales y / o iniciar tratamiento. Ej.: paciente en coma, paciente en estado de shock...

Todo aquello no considerado emergencia, lo llamaremos URGENCIA. Así hablamos de urgencia ante:

1. Situaciones sin riesgo vital inmediato pero sí en un período de tiempo corto, si no se diagnostican y tratan precozmente. Ej.: apendicitis.
2. Situaciones sin riesgo vital en un plazo breve, pero que necesitan de un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico para evitar la diseminación de la enfermedad a la comunidad. Ej.: paciente con tuberculosis activa.
3. Situaciones banales en las que el médico debe actuar inmediatamente para tranquilizar al enfermo o familiares, indicándoles que los síntomas que presentan carecen de importancia.
4. Urgencias sociales: la falta de asistencia social adecuada obliga muchas veces a actuar ante situaciones «no médicas».
5. Urgencias por deficiente asistencia extrahospitalaria que inducen al enfermo a consultar de forma urgente por problemas que no se presentarían con una adecuada estructura sanitaria tanto en Atención Primaria como hospitalaria.

3. DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA

A modo de ejemplo, podemos mencionar el estudio aleatorio realizado por un hospital madrileño en el que concluyen en que los Servicios de Urgencias (servicio de urgencias) hospitalarios están sobrecargados por enfermos con patología no urgente o que, al menos, presentan una urgencia que podría solucionarse fuera del hospital.

Como referencias estadísticas, en dicho estudio realizado a 399 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de dicho hospital se encontró que se examinaron:

- 2 urgencias vitales (0'5%).
- 22 urgencias inmediatas (5'5%).
- 103 urgencias ordinarias hospitalarias (26%).
- 161 urgencias ordinarias no hospitalarias (40%).
- 4 urgencias sociales (1%).

- 36 urgencias por deficiente Atención Primaria (9%).
- 71 no presentaban urgencia (18%).

Sólo el 20% venían referidos por un médico, llegando el resto por decisión propia. Esto supone que en España se incrementa cada año la demanda del servicio de urgencias siendo atendidos más de 13 millones en los Servicios de Urgencias Hospitalarios.

Diversos estudios mencionan además que este incremento de la demanda tiene un pico horario comprendido entre las 11 h. y las 14 h. y un 2º pico a las 16 h.

Así pues, y dada la mala utilización y sobrecarga de los servicios de urgencias, se hace necesario unificar criterios, realizar protocolos... para proporcionar una actuación adecuada y rápida ante cualquier situación.

4. BREVE REPASO HISTÓRICO Y DESARROLLO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Sin duda, el papel de la Enfermería en términos generales es uno de los elementos claves del Sistema Sanitario, puesto que el grueso de los cuidados tanto a pacientes como a familiares y el apoyo psicológico a ambos es labor puramente de enfermería.

El desarrollo de la enfermería se produjo hace mucho tiempo, pero el avance en la Medicina de Urgencias no se llevó a cabo en nuestro país hasta hace pocos años.

Durante las décadas de los 50 y 60, se promueve el desarrollo hospitalario principalmente a nivel tecnológico y en las especialidades hospitalarias, quedando la asistencia prehospitalaria a las urgencias limitada a una rápida evacuación al centro hospitalario más cercano, no al más apropiado, sin asistencia "in situ" ni durante el traslado. Esto incrementaba el número de muertes evitables mediante una actuación rápida y eficaz durante los primeros momentos en los que la mortalidad era mayor.

Al final de la **década de los 60** comienzan a plantearse y desarrollarse los **Sistemas Integrales de Emergencias (SIE)** en USA. Ya en **1973** se crea el **Emergency Medical System** en USA, y a lo largo de esta década se implantan SIE en Francia, Alemania, Canadá e Israel.

Es en **1988** cuando en España el Defensor del Pueblo denuncia las carencias existentes en la asistencia a las urgencias. En **1990** la Comisión Parlamentaria para el Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Comisión Abril), propone la puesta en marcha de **SISTEMAS AUTONÓMICOS DE EMERGENCIAS**, recomendando la creación de empresas públicas.

Desde las transferencias a las Comunidades Autónomas de las competencias sanitarias, quedan encomendadas a dichos organismos autonómicos la organización, gestión y administración de las urgencias sanitarias. En el año 1991, Europa a través de la Decisión

del Consejo de las Comunidades Europeas de 29 de Julio de 1991, establece la obligación de los Estados miembros de introducir el número telefónico 112 en las respectivas redes telefónicas públicas, así como en las redes digitales de servicios integrados y en las de los servicios públicos móviles, como número único de llamada de urgencia europeo.

España introduce esta obligación Europea, a través del Real Decreto 903/1997, de 16 de junio, por el que se regula el acceso, mediante redes de telecomunicaciones, al servicio de atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico 112.

Todas las comunidades españolas adquieren este número para atender las situaciones de urgencias.

5. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y ÁREA DE OBSERVACIÓN

5.1. DISPOSICIÓN ESPACIAL. DISTRIBUCIÓN ARQUITECTÓNICA.

El Servicio de Urgencias debe encontrarse en la planta baja o en la planta sótano del hospital. Debe distribuirse en un plano horizontal en todas sus dependencias y estar comunicado verticalmente con el resto de los servicios del hospital, principalmente bien comunicado con servicios especiales como U.C.I., farmacia, banco de sangre, quirófano, laboratorio, diagnóstico de imagen... debido al estado crítico y a la necesidad de tratamiento urgente de algunos de los pacientes atendidos por el servicio de urgencias.

Se comunica con el resto del hospital por escalera de acceso y dos ascensores, uno de ellos de uso exclusivo para enfermos y urgencias.

La unidad debe constar de las siguientes áreas:

1. Área de admisión y recepción de pacientes.
2. Área de información S.I.U.
3. Área de consultas de urgencias.
4. Puesto de celadores de urgencias.
5. Sala de espera de pacientes y acompañantes.
6. Aseos para pacientes y acompañantes.
7. Sala de espera de pacientes con sueroterapia.
8. Área de descanso de personal de enfermería.
9. Área de descanso de personal facultativo.
10. Aseos para personal.
11. Dormitorio de médicos residentes.
12. Vertedero. Cuarto de limpieza.
13. Zona de almacén.

Además, en el mismo nivel debe encontrarse el servicio de radiología de urgencias, laboratorio de urgencias, hospital de día, quirófano de urgencias, sala de cuadro eléctrico, climatizadores, bomba de aire acondicionado y galería de servicios.

A continuación, describiremos cada una de estas partes:

5.1.1. **ÁREA DE RECEPCIÓN DE LOS USUARIOS.**

El **área de recepción** se compone de las siguientes partes:

- Entrada de ambulancias.
- Entrada para enfermos deambulantes.
- Hall o zona de recepción con almacén de sillas y camillas.
- Área de admisión y recepción de urgencias.
- Puesto de celadores de urgencias.
- Sala de espera de pacientes y acompañantes.
- Aseos para pacientes y acompañantes.
- Área de información al usuario (SIU).
- Zona de triage.

El acceso a urgencias debe realizarse mediante un camino independiente del resto de la entrada del Hospital. La zona de recepción es compartida para enfermos y familiares, el personal de admisión está dispuesto para la toma de datos para la elaboración de la hoja de asistencia. La entrada al Servicio debe ser exclusiva para los pacientes y el personal que los atiende.

- **SALA DE ESPERA DE LOS FAMILIARES.** Amplia y con mobiliario adecuado para soportar esperas de varias horas, con línea intrahospitalaria de teléfono, megafonía interna y cabina telefónica externa, televisión, aseos y máquinas de aguas y refrescos.

- **ADMISIÓN DE URGENCIAS.** Zona administrativa dotada de líneas internas y externas de teléfono, terminales del sistema informático, fax y comunicación directa con la zona asistencial. En ella, se lleva a cabo la recepción del paciente, toma de datos personales...

- **ZONA DE TRIAGE.** Área destinada a la clasificación de los pacientes que acuden al servicio de urgencias, dotada de espacio para albergar varias camillas, sillas y sillones de enfermos, será de uso exclusivo de pacientes y personal destinado a esta función, debe estar comunicada con: la entrada de urgencias (hall), por pasillo interno a urgencias y a la zona asistencial.

- **SERVICIO DE INFORMACIÓN (SIU).** En él se encontrará un profesional que se encargará de mantener informados a los pacientes y familiares, así como de responder a todas las dudas que tengan. Será dicho profesional quien entre a las consultas a preguntar al médico e informarse de los pacientes.

5.1.2. Zona de consultas de urgencias.

La zona está dotada de las siguientes consultas:

- **CONSULTA UNO O DE PRIMERA ASISTENCIA.** En comunicación directa con la sala de Triage y situada frente al cuarto de Reanimación Cardio-Pulmonar (RCP). Su situación estratégica es la responsable de que la consideremos como zona de primer nivel asistencial.

- **SALA DE RCP.** En ella podemos encontrar todo el material necesario para la atención del paciente crítico: respiradores, desfibriladores, monitores, bombas de infusión, diverso material para intubación, colocación de vías y drenajes, medicación de urgencias, carro de paradas, lavabo, almacén, etc. Estará ubicada en el primer tramo de la zona asistencial, frente a la consulta.

- **CONSULTA DE TRAUMATOLOGÍA.** Independientemente del traumatismo, todos los pacientes con esta patología se atenderán en esta sala. En ella existe una zona de preparación de yesos y material específico de traumatología.

- **CONSULTA DE CIRUGÍA.** Dispone de armario con medicación y material específico de esta especialidad.

- **CONSULTA DE MEDICINA INTERNA.** Aquí se ven los pacientes derivados por el médico de puerta hacia esta especialidad. Dispone de monitorización de pacientes y electrocardiógrafo.

- **CONSULTA DE ESPECIALIDADES.** Una se dedica fundamentalmente a las especialidades de oftalmología y ORL, con dotación básica en cuanto a material e instrumental junto a lámpara de hendidura, sillón de exploración y material específico. Hay tantas consultas como especialidades, según directrices de cada hospital.

Elementos comunes para todas las consultas:

- Camilla de exploración.
- Vitrina acristalada.
- Mesa tipo escritorio. Cuatro sillas.
- 1 Portasueros, aspirador de pared, toma de oxígeno.
- Teléfono, negatoscopio.
- Lavabo, dispensador de papel y de jabón situados en la pared.
- Carro de curas.
- Mesa para preparación de medicación, estantería para material fungible.
- Apoyabrazos para extracciones sanguíneas.

5.1.3. Área de observación (hospital de día).

Está comunicada con el área de hospitalización y Servicio de Urgencias y debe constar de varias zonas independientes dotadas cada una con:

- 1 cama separada del resto por biombos o similares.
- 1 monitor (presión no invasiva, saturación de O₂ y ECG).
- Toma de oxígeno y aspiración, mesilla individual y timbre.

Debe contar con carro de paradas con desfibrilador, zona de lavado y preparación de la medicación, negatoscopio, mostrador para control de enfermería, estanterías para medicación y lencería, almacén, servicios...

Pasan al área de observación:

- Enfermos sin diagnóstico claro, para ver la evolución en las horas siguientes. Ej.: dolor torácico de causa no evidente.
- Enfermos que necesiten un tratamiento urgente encamados durante unas horas, esperando una evolución favorable. Ej.: broncoespasmo, insuficiencia cardíaca de moderada gravedad...
- Enfermos que deben observarse en las siguientes horas para detectar la aparición de posibles complicaciones. Ej.: una primera crisis convulsiva.
- Enfermos con diagnóstico claro y buen estado en los que la evolución inicial es impredecible.
- Enfermos pendientes de ingresar sin cama libre.

5.1.4. Servicios internos.

- Despacho de supervisora.
- Despacho médico de guardia.
- Vestuarios personal.
- Sala de reuniones.
- Despacho jefe de sección.
- Almaneces.
- Ascensores.
- Salida de emergencia...

5.2. PERSONAL DE LA UNIDAD.

Personal sanitario	Personal no sanitario
Facultativos: 50. <ul style="list-style-type: none"> - Médicos de puerta: 9. - Médicos residentes de puerta: 15. - Médicos especialistas: 26. Enfermeras: 19. Auxiliares de Enfermería: 6.	Celadores: 24. Limpiadoras: 4.

TAREAS DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES DENTRO DE LA UNIDAD:

• MÉDICOS.

- Anamnesis e historia del paciente.
- Exploración de pacientes.
- Prescripción de tratamientos.
- Maniobras de RCP avanzada.
- Cura de heridas de cirugía mayor y menor ambulatoria.
- Canalización de vías venosas centrales.
- Punciones articulares.
- Realización de vendajes funcionales.
- Extracción de cuerpos extraños (ojos, oídos).
- Reducción de luxaciones articulares.
- Inmovilización de miembros lesionados...

• PERSONAL DE ENFERMERÍA.

– Supervisora de urgencias:

- Depende de la dirección de enfermería y su actuación está coordinada por el coordinador de urgencias.
- Dirige y controla al equipo de enfermería, celadores y limpieza que desarrollan su actividad en urgencias, realizando las mismas funciones que la supervisora de otras áreas.
- Controla y vela por el mantenimiento de las instalaciones y recursos materiales del servicio de urgencias.
- Promueve y dirige la formación continuada del personal a su cargo, en colaboración con el coordinador de urgencias y formación continuada.
- Actualiza el manual de procedimientos.

– Enfermeras/os.

- Recepción y valoración inicial del enfermo.
- Información a pacientes y acompañantes.
- Educación sanitaria a pacientes y acompañantes.
- Movilización y manejo de pacientes.
- Canalización de vías venosas periféricas.
- Toma de constantes vitales.
- Cura de heridas y quemaduras, vendajes funcionales.
- Realización de ECG.
- Maniobras de RCP avanzada.
- Administración de oxigenoterapia y aerosolterapia.

- Aspiración de secreciones.
- Sondaje uretral y nasogástrico.
- Velar en todo momento por el bienestar físico y psíquico del enfermo durante su estancia en el servicio de urgencias.
- Administración de medicación indicada por el médico de urgencias.

– Auxiliares de Enfermería.

Funciones (según Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, art. 74-84):

- Aseo de pacientes dentro de la unidad.
- Limpieza y desinfección del instrumental, así como de carro de curas y de parada.
- Tareas de limpieza y orden de las vitrinas, estanterías y demás aparataje de la unidad.
- Colaborar con las enfermeras/os en el cuidado de los enfermos de Urgencias, así como en la realización de técnicas de enfermería como curas, vendajes, extracciones de sangre...
- Manejo de muestras biológicas y sanguíneas.
- Movilización de pacientes: ayudar al paciente a acomodarse en la camilla de exploración e incluso ayudar a desvestirse si fuera necesario.
- Función organizativa: no debemos permitir la entrada de más de un familiar (según protocolo hospitalario) acompañando al paciente, ya que entorpece la asistencia.
- Reposición del material (tanto sanitario como administrativo) y medicación de las consultas.
- Clasificar y ordenar la lencería a efectos de reposición. Recepción y organización de material de almacén.
- Manipulación de contenedores de material Biosanitario.

• CELADORES.

- Recibir, movilizar y transportar a los enfermos dentro del área de urgencias y los desplazamientos a otras áreas.
- Mantenimiento de los medios de transporte de enfermos (sillas, camillas).
- Ayudar al personal de seguridad en su cometido.
- Colaborar en el manejo, sujeción e inmovilización de enfermos.
- Acompañar a enfermos a otras áreas del hospital.
- Realizar el traslado de muestras biológicas al laboratorio y recogida de los resultados.

- LIMPIADORAS.
 - Limpieza y desinfección de superficies.
 - Retirada de residuos sólidos asimilables a urbanos.
 - Retirada de residuos biosanitarios.
 - Manejo de sustancias corrosivas e irritantes.
- PERSONAL ADMINISTRATIVO.
 - Recoger los datos de filiación de los enfermos de urgencias y cumplimentar todos los datos administrativos y de registro que deban recogerse.
 - Preparar y tramitar los partes judiciales.
 - Recoger, archivar y custodiar los informes de alta de urgencias.
 - Tramitar el traslado a otros centros y las ambulancias.
 - Realizar los certificados de estancia o presencia en el servicio de urgencias.
 - Informar a enfermos y familiares de procedimientos administrativos.
 - Localizar a los pacientes que no estén acompañados.
 - Colaborar con el coordinador de urgencias en todas las labores de secretaría.

5.3. OBJETIVOS GENERALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

El **objetivo fundamental** es solucionar el problema por el que consulta el enfermo. El hallazgo de una patología asociada puede ser muy importante, pero no es el objetivo de la actuación en urgencias. La actitud debe ser solucionar el problema, no determinar la causa, con excepción de afecciones que requieran tratamiento urgente. Es fundamental tomar decisiones rápidamente, ya que un retraso puede suponer poner en peligro la vida del paciente.

5.4. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES: EL TRIAGE.

Al llegar un enfermo al servicio de urgencias él o un acompañante pasará por Admisión de Urgencias para dar los datos de afiliación. Allí se le hará el impreso para el informe clínico y las "etiquetas adhesivas", que se pasan al control de enfermería o en su defecto a la Consulta 1. Allí, se le realizará una primera clasificación.

Esta primera clasificación puede ser mediante Triage o bien mediante cualquier otro método (según protocolo hospitalario).

TRIAJE: es un método de clasificación de pacientes basado en el pronóstico vital. Con ello, conseguimos establecer un orden de prioridad a la hora de atender a los enfermos. Se utiliza también fuera del ámbito hospitalario. Las categorías establecidas son:

- **Tarjeta roja:** extrema urgencia. Si no se actúa inmediatamente la persona puede fallecer.

- **Tarjeta amarilla:** urgencia diferida. Lesiones que si no se tratan se pueden convertir en críticas.
- **Tarjeta verde:** pacientes leves. Lesiones que no comprometen la vida.
- **Tarjeta azul:** urgencia sobrepasada. Lesiones incompatibles con la vida.
- **Tarjeta negra:** fallecidos.

Otra clasificación de pacientes

- **Enfermo traumatológico:** paciente con traumatismo simple. Es visto por el médico de urgencias, descarta lesiones asociadas y solicita radiografías si precisa antes de ser atendido por el especialista en traumatología.
- **Enfermo politraumatizado:** paciente con agresión externa y más de una lesión, o una única lesión grave. Estos enfermos pasan directamente a la sala de RCP, son evaluados inicialmente por el médico de urgencias que avisará al cirujano o anestesista para que siga con la atención sanitaria.
- **Enfermo quirúrgico:** enfermo con herida no asociada a politraumatismo. Pasan directamente al cuarto de curas (si existe).
- **Enfermos médicos y enfermos no clasificables:** el resto de enfermos no incluidos en los grupos anteriores, son vistos por el médico de urgencias en los cuartos de exploración o sala de RCP según parezca su estado de gravedad.

5.5. INFORMACIÓN, COMUNICACIÓN Y APOYO AL PACIENTE Y FAMILIA. AL PACIENTE.

El tema de la comunicación e información al paciente y familia es tarea del médico que lo atiende. Es él quien debe informar al paciente acerca de su estado de salud y progreso de su enfermedad. Pero es tarea nuestra informarles acerca de los procedimientos y cuidados que se le van a realizar para reducir la ansiedad generada.

Podemos de igual modo proporcionarles información sobre su propio autocuidado para promover conductas de salud eficaces y eficientes o para modificar aquellas otras que no lo son.

La comunicación debe ser la oportuna, tiene que ser positiva, específica y orientada al presente y futuro. Debe tenerse en cuenta el sentido de la beneficencia, es decir, comunicar de forma veraz, pero sin perjudicar al enfermo.

En ciertas situaciones especiales de dolor, ansiedad, depresión... el paciente puede afectarse muy negativamente.

Nunca debemos mentir al paciente, pero en ocasiones se puede eludir la verdad, evitando contestaciones a preguntas indirectas, pero siempre esperando el momento oportuno para decirle la verdad.

En el caso de solicitar consentimiento informado, debemos mantener una actitud neutral para no influir en la decisión del paciente.

A LA FAMILIA.

El proceso de información y comunicación con la familia comienza con la acogida al paciente/familia en la unidad. Debemos establecer una relación de confianza con la familia que facilite su adaptación al servicio de urgencias, se sientan informados y participes en el cuidado emocional y físico del paciente y puedan expresar sentimientos y pensamientos, desvelando temores o falsas concepciones (tanto de la situación real como potencial del estado del paciente).

Es interesante poder identificar al cuidador principal, pues posiblemente sea quien más información aporte del paciente y de su enfermedad.

Debemos considerar a la familia como punto de apoyo del enfermo, la enfermedad y la hospitalización pueden verse como situaciones amenazadoras que pueden alterar la dinámica familiar y provocar miedo, ansiedad... sentimientos que se acentúan con la falta de información. Evitaremos caer en la monotonía de no informar, pero nunca crear una dependencia mayor de la necesaria con el equipo de salud.

Para establecer una relación interpersonal con el paciente y/o familia debemos tener en cuenta:

- Elegir un entorno adecuado.
- Aliviar al paciente de malestares físicos (dolor, postura...).
- Prestar atención y clarificar los problemas.
- Tener una actitud empática: capacidad para transmitir al enfermo el deseo de comprenderle y ayudarle sin efectuar juicios de sus situaciones, pensamientos o emociones.
- Escucha activa: evitar interpretar, etiquetar, interrumpir, dirigir... Buscar confirmación.
- Respeto cálido: debemos aceptar activamente y valorar positivamente a la otra persona, aunque no nos identifiquemos con sus ideas, creencias y opciones.
- Un niño puede percibir los movimientos bruscos realizados por un adulto como una amenaza, por lo que hay que acercarse lentamente tras comunicarle nuestras intenciones. Un anciano tiene el discurso y la comprensión más lentos, por lo que necesitará más tiempo para la comunicación.

5.6. ENTRADA Y SALIDA DE PACIENTES.

Entrada del paciente.

Un paciente puede llegar:

- Por decisión propia.
- Por decisión médica:
 - Enviado por punto de urgencias de atención primaria.
 - Enviado por otro hospital.
 - Atendido por 061 o similar.

Sea cual sea la manera en que llega, debe ser acogido y atendido siguiendo unas normas básicas:

1. Si el paciente llega por propio pie: debemos proporcionarle un carrito
2. Si llega en ambulancia: se intentará evacuar de la camilla lo más rápidamente posible. Se pasarán inmediatamente los pacientes a camillas del hospital y en ellas se desplazarán a las diferentes dependencias (radiología, consulta de urgencias...), SALVO en los pacientes con traumatismo craneoencefálico, politraumatismos o fractura de pelvis que no se deberán mover de la camilla de la ambulancia hasta que el facultativo responsable lo autorice.
3. Los celadores en particular, y el resto del personal hospitalario en general, deberán colaborar en la bajada de los pacientes y liberación de las camillas.

Salida de pacientes.

Las llamadas a ambulancias para proceder a evacuar pacientes procedentes de consultas, áreas de encamamiento o Urgencias o trasladarlos a realizar pruebas diagnósticas se realizarán desde el **SIU** (*Servicio de Información al Usuario*) de urgencias donde se priorizarán los traslados en función de criterios clínicos, presión asistencial...

6. EL CELADOR EN URGENCIAS Y HOSPITAL DE DÍA (ÁREA DE OBSERVACIÓN)

6.1. CUALIFICACIÓN. ACTITUDES.

La formación del personal es un hecho reciente histórico que apenas tiene más de un siglo. La complejidad técnica de los servicios sanitarios y la necesidad de proporcionar unos cuidados de calidad, de acuerdo al derecho a la protección a la salud de la población avalada por la Constitución Española y la Ley General de Sanidad, implican una formación integral y continuada.

El trabajo en equipo, la habilidad de responder ante situaciones graves, trato agradable hacia los pacientes y acompañantes, paciencia, facilidad para soportar un aumento del estrés... en definitiva, ser un buen profesional a la vez de eficaz y efectivo... parecen características difíciles de conseguir. Con una buena formación de base, y

actividades formativas continuadas que pongan al día sobre los distintos procedimientos y protocolos de Urgencias, se mejorará no sólo la capacidad de respuesta del profesional sino la calidad asistencial en general.

6.2. TRABAJO EN EQUIPO. ASISTENCIA A PERSONAL DE ENFERMERÍA.

El trabajo en equipo es fundamental para los profesionales sanitarios, en particular para la enfermería. Podemos definir como equipo al grupo de personas organizadas para llevar a cabo un trabajo, tarea o actividad común. Un equipo para que sea eficaz debe tener las siguientes características:

- Debe llevar a cabo sus fines.
- Tener cohesión.
- Debe ser capaz de desarrollar y modificar su estructura para lograr la eficacia.

El equipo de salud sólo puede funcionar si hay respeto mutuo de los distintos profesionales que lo integran. Pero además, el trabajo en equipo debe tener correctamente definidos sus objetivos, metas y políticas de salud.

Para que el trabajo en equipo pueda funcionar ha de darse una serie de factores:

- La clarificación y aceptación del rol que debe desempeñar cada miembro.
- El nivel de control e influencia del líder.
- La aceptación de cada miembro del equipo por el resto de los miembros del mismo.
- La interposición de las necesidades y los objetivos del grupo a los individuos.

Elementos básicos para el trabajo en equipo:

- Objetivos e intereses profesionales comunes.
- Claridad en la formulación de los objetivos.
- El compromiso de los miembros del equipo en la consecución de dichos objetivos.
- Comunicación efectiva entre los miembros.
- Ambiente de trabajo productivo y creativo. Clima amistoso.
- Habilidades para resolver problemas.
- Integración del grupo.

7. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA CELADORES EN URGENCIAS

7.1. RELACIÓN DE RIESGOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS Y MEDIDAS A ADOPTAR.

Muchos son los riesgos existentes en los lugares de trabajo, y en especial en el ámbito hospitalario, debido al tipo de usuarios y a las tareas que se realizan. Si cabe, los profesionales del Servicio de Urgencias están especialmente expuestos a determinados riesgos que en otras dependencias hospitalarias se dan con menor frecuencia.

Además, según la categoría profesional, el nivel de riesgo es variable, yendo desde trivial a intolerable. A continuación enumeraremos los distintos riesgos sanitarios haciendo más hincapié en aquellos que afectan a los profesionales del servicio de urgencias y más concretamente a los celadores.

Según un estudio realizado sobre Condiciones de Seguridad y Salud en los lugares de Trabajo: unidad de consultas de urgencias del H.G.E. Ciudad de Jaén, relata que los riesgos encontrados en dicho servicio son los siguientes:

- Microclima: en relación a la iluminación, ventilación, espacio disponible, temperatura y humedad: determinadas condiciones de estas variables si no se encuentran dentro de valores correctos, pueden provocar disconfort, fatiga física y psíquica, fatiga visual por falta de iluminación, producción de accidentes... Con unas buenas condiciones ambientales y de microclima evitaríamos todos estos riesgos y disconfort para los operarios.
- Contaminantes físicos: se dividen en:
 - Radiaciones ionizantes.
 - Radiaciones láser.
 - Radiaciones ultravioletas.
 - Radiaciones electromagnéticas.
 - Ultrasonidos.
 - Ruido.

Cuando el manejo de las radiaciones es incorrecto o las medidas de protección son insuficientes, se pueden producir efectos sobre la salud del personal expuesto, aunque los avances técnicos y la posibilidad de producir daño para la salud de los trabajadores, obligan al hospital a adoptar medidas estrictas de protección. Los efectos que pueden producir son alteraciones de la piel (eritemas, oscurecimiento de melanina preexistente), efectos sobre el ojo (enrojecimiento, lagrimeo, conjuntivitis, queratitis...)... e incluso pueden llegar a un envejecimiento prematuro de la piel e incluso cáncer. El ruido no suele presentarse a niveles altos que supongan un riesgo para la salud, salvo otras dependencias como la lavandería, talleres, etc.

- **Contaminantes químicos:** los más usuales dentro del ámbito hospitalario son:
 - Citostáticos: usados para el tratamiento de tumores cancerígenos. Pueden provocar efectos locales como consecuencia del contacto directo con piel, mucosas y ojos así como efectos sistémicos.
 - Gases anestésicos: utilizados para la anestesia general. Pueden producir al personal expuesto alteraciones de la conducta, alteraciones hepáticas y renales, abortos y malformaciones congénitas, asma, laringitis...
 - Óxido de etileno: utilizado como agente esterilizante. Puede provocar intoxicaciones agudas (alt. gastrointestinales, alt. respiratorias, alt. hematológicas, reacciones anafilácticas, reacciones cutáneas...); e intoxicaciones crónicas (alt. neurológicas, alt. neurovegetativas, abortos, partos prematuros, cáncer...).
 - Formaldehído: como conservante en laboratorios de anatomía patológica e histológica. Produce a grandes concentraciones alteraciones respiratorias diversas, sensibilidad alérgica...
 - Mercurio: en termómetros, esfingomanómetros...
 - Sustancias causantes de dermatosis: el personal de enfermería, laboratorios y quirófanos, debido a los múltiples lavados, pueden sufrir el llamado "Síndrome de las manos secas" consistente en la aparición de sequedad intensa en el pulpejo de los dedos.
- **Contaminantes biológicos:** en muchas ocasiones, puede crearse en el ámbito hospitalario situaciones que favorecen la transmisión de enfermedades tales como SIDA, hepatitis, tuberculosis... aunque no siempre es fácil demostrar que se ha contraído en el ejercicio de la profesión.
- **Sobrecarga física:** las posturas mantenidas durante un tiempo prolongado favorecen la aparición de contracturas, hernias discales, artrosis... Los desplazamientos como el transporte de enfermos pueden producir fatiga física y la carga de pesos constante (muy frecuente en el hospital) facilita la aparición de lesiones lumbares.
- **Sobrecarga psíquica:** puede variar en función del ritmo de trabajo, horario, monotonía, trabajo en equipo, ambiente de trabajo, organización, situación socioeconómica... El estrés generado provoca irritabilidad, insomnio, aumento del apetito, mareos, cefaleas, pérdida de la memoria...

7.2. EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS Y MEDIDAS PREVENTIVAS.

7.2.1. Peligro: caída a mismo nivel.

Riesgo trivial para Facultativos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Celadores.

Riesgo tolerable para Limpiadoras.

Acciones preventivas:

- Ordenación y recogida del material.
- Iluminación correcta de las zonas de trabajo.
- Zonas de paso, salidas... siempre libres de obstáculos.
- Mantenimiento de suelos limpios de restos de sangre, vómitos... y secos para evitar caídas.

7.2.2. Peligro: caída a distinto nivel.

Riesgo tolerable para Auxiliares de Enfermería, Celadores y Limpiadoras.

Acciones preventivas:

- Utilización de escaleras de mano con resistencia en lugar de cajones, sillas... no específicos para tales fines.
- Mantenimiento de las escaleras de mano y uso correcto de las mismas: no utilizar por más de dos personas simultáneamente, no transportar peso ni manipular cargas desde dichas escaleras.

7.2.3. Peligro: riesgos derivados de movilización, manejo de pacientes y cargas (sobreesfuerzos).

Riesgo tolerable para Limpiadoras.

Riesgo moderado para Enfermeras, Auxiliares de Enfermería y Celadores.

Acciones preventivas:

- Evitar la manipulación manual de cargas, mediante el uso de dispositivos mecánicos, automatización de los procesos.
- Utilización de grúas o dispositivos similares en la movilización de pacientes impedidos.
- Si el riesgo no puede evitarse, se informará a los trabajadores sobre los métodos apropiados para el manejo de cargas.

7.2.4. Peligro: riesgo de contacto eléctrico.

Riesgo tolerable para Facultativos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, Celadores y Limpiadoras.

Acciones preventivas:

- Aislamiento de las partes activas de la instalación e interposición de barreras, cubiertas... para evitar contactos fortuitos.
- Revisión periódica de las instalaciones y demás accesorios.

7.2.5. Peligro: riesgo de agresiones de enfermos o familiares.

Riesgo tolerable para Facultativos, Enfermeras y Celadores.

Riesgo trivial para Auxiliares de Enfermería.

Acciones preventivas:

- Información a pacientes y familiares.
- Presencia de guardias de seguridad en las inmediaciones.
- Separación física entre la sala de espera de los pacientes y la zona de consultas.

7.2.6. Peligro: riesgo de incendio y riesgo de explosión.

Riesgos moderados para todas las categorías.

Acciones preventivas:

- Revisiones periódicas de las balas de oxígeno y tomas centrales.
- Prohibición de fumar.
- Dotación de medios adecuados de protección contra incendios.
- Señalización de salidas de emergencia y vías de evacuación.
- Formación e información a los trabajadores acerca del plan de evacuación.

7.2.7. Peligro: riesgo de estrés.

Riesgo moderado para Facultativos y Enfermeras.

Riesgo tolerable para Auxiliares de Enfermería, Celadores y Limpiadoras.

Acciones preventivas:

- Evitar la monotonía y las acciones repetitivas.
- Favorecer la participación activa de todos los miembros del equipo, trabajo en equipo, satisfacción personal.
- Organización adecuada de horario, turnos, carga de trabajo.
- Ejercicio físico diario.

7.2.8. Peligro: choque contra objetos.

Riesgo tolerable para Celadores, Auxiliares de Enfermería y Limpiadoras.

Riesgo trivial para Médicos y Personal de Enfermería.

Acciones preventivas:

- Aplicación de la normativa sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo en cuanto a dimensiones del lugar, instalaciones, zonas de paso, etc.

8. CONCLUSIÓN

La organización y funcionamiento del servicio de urgencias influye no sólo en el proceso de los pacientes atendidos y en su evolución, sino en la estructura del hospital en términos generales. En los últimos años, se ha producido un incremento de la demanda de este tipo de servicios dada la mala utilización de los mismos, como método para "saltarse" las largas listas de espera existentes. Una buena información a la población, y formación de los trabajadores mejoraría la asistencia sanitaria dentro del servicio de urgencias.

Así pues, la formación continuada y mejora personal, el trabajo en equipo, así como la unificación de criterios son cuestiones que siempre debemos de tener presentes. En relación con lo anterior, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales da una gran importancia a la formación e información de los trabajadores en materia de Prevención de Riesgos Laborales en diversos artículos.

Los riesgos derivados de la realización de la profesión deben ser evitados, bien con la eliminación de los mismos (si se puede) como medida primordial, o bien mediante protección y adopción de acciones preventivas cuando el riesgo no puede ser paliado de otra manera. De igual modo, debemos estar al día en cuanto a los riesgos existentes en nuestro lugar de trabajo así como las medidas que ha adoptado la empresa con respecto a éstos, con el fin de evitar accidentes y prevenir posibles afecciones futuras.

El trabajo basado en el respeto mutuo y el buen trato de las personas deben ser características básicas dentro de una profesión como la de Celador.

