



# TEMARIO ESPECÍFICO CELADORES

Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana  
Ed. 2021



TEMARIO ESPECÍFICO

Celadores

Instituciones Sanitarias de la Generalitat Valenciana

Ed. 2021

© Beatriz Carballo Martín (coord.)

© Ed. TEMA DIGITAL, S.L.

ISBN: 978-84-942320-5-3

DOCUMENTACIÓN PARA OPOSICIONES (Servicios de Salud)

Depósito Legal según Real Decreto 635/2015

*Prohibido su uso fuera de las condiciones  
de acceso on-line o venta*

## **TEMARIO ESPECÍFICO**

Tema 1.- El personal subalterno: funciones del celador y del jefe de personal subalterno. Funciones de asistencia al personal estatutario sanitario.

Tema 2.- La actuación del celador en unidades de urgencias. Sistemas de clasificación de pacientes. El transporte de enfermos en ambulancias. Dispositivos de urgencias.

Tema 3.- Traslado y movilidad de pacientes. Posiciones anatómicas básicas. Técnicas de movilización de pacientes. Medios auxiliares.

Tema 4.- Higiene y aseo del paciente. Precauciones de aislamiento. Tipología. Medidas de prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Tema 5.- La higiene personal del celador. El lavado de manos. Equipos de protección individual (EPIs). Criterios generales de indicación.

Tema 6.- Actuación en las habitaciones de los enfermos y las estancias comunes.

Tema 7.- La actuación del celador en su relación con los familiares de los enfermos. Elementos de la comunicación paciente-celador-familia. La indumentaria y los signos identificativos.

Tema 8.- La actuación del celador en los quirófanos. Posicionamiento y prevención de lesiones. Normas de higiene. La esterilización.

Tema 9.- La actuación del celador en los Servicio de Medicina Intensiva y Reanimación.

Tema 10.- La actuación del celador en relación con los pacientes fallecidos. Actuación en las salas de autopsias y los mortuorios.

Tema 11.- La actuación del celador en los Servicios de Psiquiatría en relación con el enfermo mental. Procedimientos de sujeción.

Tema 12.- La actuación del celador en el Almacén y el Servicio de Farmacia.

Tema 13.- Protección radiológica. Fundamentos, clasificación de zonas, señalizaciones y normas generales. Detectores, tipos y aplicaciones. Barreras y prendas de protección. Medidas de la radiación. Dosimetría.

Tema 14.- Gestión de residuos sanitarios. Clasificación, gestión, transporte, eliminación y tratamiento de los residuos.

Tema 15.- Planes de Autoprotección, planes de emergencia y medidas de emergencia. Definiciones. Clasificación de centros. Normativa. Mantenimiento y actualización. Realización de simulacros. Evacuación en casos de incendio y alarma. Medios de extinción.

Tema 16.- Conceptos básicos de Seguridad y Salud en el trabajo. Riesgos laborales y medidas preventivas de la categoría de celador. Origen del riesgo.

Tema 17.- Prevención de agresiones en el entorno sanitario. Recomendaciones generales ante una situación de conflicto.

NOTA DE LA REDACCIÓN: *La redacción de los temas ha tenido en cuenta la bibliografía oficial hecha pública por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública para esta convocatoria.*

-o-o-o0o-o-o-

## **TEMA 1.- EL PERSONAL SUBALTERNO: FUNCIONES DEL CELADOR Y DEL JEFE DE PERSONAL SUBALTERNO. FUNCIONES DE ASISTENCIA AL PERSONAL ESTATUTARIO SANITARIO.**

### **1.- LA CATEGORÍA PROFESIONAL DE CELADOR/A**

Según el Diccionario de la Real Academia, un celador es la persona destinada por la autoridad para ejercer la vigilancia. También suele definirse como la persona que tiene por oficio vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden o hacer otras tareas de apoyo en un establecimiento público.

La categoría de celador tiene larga tradición en el ámbito sanitario, conceptuándolo como un profesional muy polivalente con labores complementarias y de apoyo en todos los ámbitos de la atención sanitaria: admisión, urgencias, quirófanos, consultas médicas, habitaciones de enfermos, apoyo administrativo, suministros, información general, etc. El Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971) clasificó la categoría del celador dentro del Personal Subalterno, que se componía de una Escala General (Jefe de Personal Subalterno, y Celadores), y de otra Escala de Servicios (fogoneros, planchadores/as, limpiadores/as, pinches, etc).

Posteriormente el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud clasifica esta categoría dentro del personal estatutario de gestión y servicios, personal que desempeña funciones de gestión o desarrollo de profesiones u oficios que no tengan carácter sanitario. Y dentro de este personal, se incluye al celador en “*Otro personal*”: categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria, o título o certificado equivalente.

Por su parte, el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, por el que se regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud y el procedimiento de su actualización, considera equivalentes las categorías profesionales de Celador/a y Celador/a Subalterno.

### **2.- FUNCIONES DEL CELADOR/A**

El Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad estableció las funciones de las distintas categorías del personal no sanitario. Si bien el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud derogó la normativa anterior, su disposición transitoria sexta dispuso que “*se mantendrán vigentes, en tanto se procede a su regulación en cada servicio de salud, las disposiciones relativas a categorías profesionales del personal estatutario y a las funciones de las mismas*”.

Por lo tanto, a falta de regulación propia por parte de cada Servicio de Salud autonómico, las funciones que recogió el Estatuto anterior respecto de la categoría de CELADOR/A son las siguientes:

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

## **TEMA 2.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN UNIDADES DE URGENCIAS. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES. EL TRANSPORTE DE ENFERMOS EN AMBULANCIAS. DISPOSITIVOS DE URGENCIAS.**

### **1.- EL CELADOR EN URGENCIAS HOSPITALARIAS**

#### **1.1.- CONCEPTOS GENERALES**

“URGENCIA” es la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte de sujeto que la sufre o de su familia (OMS). Por otra parte, “EMERGENCIA” es una situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente o la función de algún órgano.

Las Unidades de Urgencias Hospitalarias (UUH) se definen como una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinar, ubicada en un área específica del hospital, que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan condiciones de seguridad, calidad y eficiencia para atender a la urgencias y la emergencia.

#### **1.2.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LAS UUH**

La gestión de la emergencia se basa en la existencia de un sistema integral de urgencias y de un centro coordinador de urgencias sanitarias. El paciente que sufre un proceso que genera situación de emergencia puede ver mejorada su esperanza y calidad de vida si se desarrolla un sistema que garantice su atención lo más rápidamente posible, lo derive al centro más adecuado para la asistencia a su proceso agudo, evite demoras en la UUH (técnicas de “fast track”), y le proporcione el tratamiento más adecuado en el intervalo de tiempo en donde es más eficaz. Las TIC pueden facilitar la gestión de este sistema.

Se recomienda el desarrollo e implantación de un sistema integral de urgencias para la asistencia del paciente con ictus, politraumatismo y síndrome coronario agudo.

La UUH debe formar parte de un sistema de atención integral a la urgencia. La continuidad asistencial debe constituirse como el elemento nuclear del sistema, que inspira su organización y funcionalidad. Para lograr dicha continuidad asistencial es necesario avanzar en la integración funcional de los niveles e instituciones que intervienen en la atención urgente y disponer de protocolos de coordinación.

La integración del hospital local en redes regionalizadas, mejora la seguridad y equidad. Para ello es fundamental el uso de las TIC y el desarrollo de un sistema de movilidad / traslado urgente del paciente.

La UUH debe disponer de un sistema de triaje, validado, integrado en el sistema informático del hospital, que permita la rápida clasificación del paciente en función de su gravedad, asignándole un tiempo máximo de espera para ser atendido en el recurso apropiado.

## TEMA 3.- TRASLADO Y MOVILIDAD DE PACIENTES. POSICIONES ANATÓMICAS BÁSICAS. TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES. MEDIOS AUXILIARES.

### 1.- TRASLADO Y MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS

#### 1.1.- CONSEJOS PARA LA MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS

Siempre antes de movilizar a un paciente o al arrancar del lugar para transportarlo, deberemos hacernos una composición del lugar, es decir, una visualización rápida pero exhaustiva de qué es lo que tenemos que realizar antes de echar a andar o de movilizarlo. Un par de ejemplos:

-Ejemplo 1: Vamos al quirófano a recoger un paciente para llevarlo a la habitación, por lo que debemos:

- Adoptar las medidas preventivas necesarias
- Observar si la cama está enchufada a la pared. En caso de que así sea, desenchufarla.
- Observar si lleva redones, bolsas, etc y si sobresalen de la cama. Colocarlos por debajo y por dentro. Siempre sin estirar de ellos.
- Observar donde están colgados los sueros, en el techo o en la cama. Ponerlos en el portasueros de la cama.
- Suele venir bien, que una vez realizadas las tareas de comprobación, demos una vuelta alrededor de la cama, con cuidado por si acaso.
- Desfrenar la cama y llevárnosla.

Ejemplo 2: Vamos a levantar a un paciente

- Proteger su intimidad en todo momento. Cerrar la puerta de la habitación.
- Adoptar las medidas preventivas necesarias.
- Recabaremos información al personal de enfermería que nos acompaña, sobre su estado, lesiones, y valorar en consecuencia la movilización.
- Observar si lleva redones, bolsas, sueros, bombas de perfusión, etc Ponerlos en los lugares adecuados para que no nos molesten en el recorrido del levante. Nunca estirar de ellos.
- Concretar con el resto del equipo, el tipo de movilización a realizar y sincronizarla.
- Colocar una entremetida, funda de almohada o empapador en la silla donde le vamos a sentar.
- Tras levantarlo y sentarlo, colocarle una entremetida por encima de las piernas.

## **TEMA 4.- HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE. PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO. TIPOLOGÍA. MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA.**

### **1.- HIGIENE Y ASEO DEL PACIENTE**

#### **1.1.- CUESTIONES GENERALES**

Entre los hábitos y estilos de vida saludables figura una adecuada higiene para cualquier enfermo, ya se encuentre en su casa u hospitalizado, la higiene adquiere una gran importancia. Podemos decir que la Higiene es un conjunto de actividades que se realizan para aumentar y conservar la salud y prevenir enfermedades.

Distinguimos dos clases de higiene bien diferenciada: la higiene individual (conjunto de normas y hábitos encaminados a conservar la salud de la propia persona) y la higiene social (las normas aplicables a la comunidad), que contribuyen a una salud completa.

En una institución sanitaria, donde el contacto con los enfermos es constante, la higiene es el punto clave que hay que cuidar hasta el más mínimo detalle.

La higiene de los pacientes hospitalizados recae, como norma general, en la figura del auxiliar de enfermería, ayudado por los celadores y bajo la supervisión de la enfermera. Por este motivo el celador debe conocer los tipos de aseo que se le pueden proporcionar a los pacientes y la forma de realizarlos.

El Aseo del Paciente es la limpieza y lavado del cuerpo y mucosas externas para proporcionar comodidad y bienestar al paciente.

Los objetivos del aseo en paciente hospitalizado son:

- Ofrecer buenos hábitos de higiene al paciente hospitalizado.
- Mejorar la calidad de vida del enfermo.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Ayudar al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Conservar la integridad de la piel, previniendo de esta forma las lesiones que se pudieran producir en la piel y mucosas.
- Reducir el desarrollo bacteriano que favorece la aparición de infecciones.
- Eliminar las células muertas y suciedad (la piel sucia de orina o excrementos corre el riesgo de macerarse e infectarse) evitando el mal olor. -Disminuir la temperatura corporal en casos de fiebre.



## **TEMA 5.- LA HIGIENE PERSONAL DEL CELADOR. EL LAVADO DE MANOS. EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPIS). CRITERIOS GENERALES DE INDICACIÓN.**

### **1.- LA HIGIENE PERSONAL DEL CELADOR**

#### **1.1.- INTRODUCCIÓN**

La higiene, limpieza y desinfección constituyen, sin duda, algunas de las medidas más evidentes en la prevención de infecciones dentro del entorno sanitario. Aunque son actividades con no muy alto reconocimiento en los centros asistenciales, su valor y contribución a la calidad asistencial es más que evidente, y cada vez se apuesta más por su integración real en la práctica clínica.

Tanto la limpieza como la desinfección son considerados procedimientos no clínicos básicos y fundamentales para la actividad normal de cualquier centro hospitalario, suponiendo un gran despliegue de recursos humanos y económicos. Asimismo, implican la participación de profesionales de diferentes ámbitos y especialidades, actuando desde la validación de los métodos hasta la financiación o ejecución de los servicios.

Mientras que la limpieza y desinfección están constituidas por procedimientos bien establecidos y de aplicación homogénea por los profesionales, la higiene personal, en cambio, se caracteriza por su subjetividad e individualidad, formando parte de la cultura personal de cada uno de los profesionales, pacientes o familiares. Por ello, los especialistas en medicina preventiva y control de infecciones han realizado enormes esfuerzos para que todos los profesionales de los centros sanitarios cuenten con la formación adecuada en materia de higiene.

Por tanto, y entendiendo que el ámbito de la higiene hospitalaria engloba la higiene personal, limpieza y desinfección, se puede afirmar que es un aspecto complejo, con multitud de actores y variantes, y con un grado de concienciación relativamente bajo por encontrarse dentro de un entorno asistencial, donde prima la atención sanitaria del paciente. Sin embargo, esto no le impide a la higiene hospitalaria contribuir a la calidad del proceso asistencial y a la seguridad de pacientes y profesionales.

Por otro lado, cabe destacar que este ámbito sufre un marcado estancamiento tecnológico, empleándose los mismos métodos desde hace décadas a pesar de que haya habido cambios en los componentes y materiales empleados.

Los nuevos retos a afrontar por un sistema sanitario, cada vez más sensibilizado, harán que previsiblemente se potencie la innovación y adopción de nuevas metodologías con el único fin de mejorar la calidad asistencial y seguridad del paciente.

Toda institución orientada al público -como es un Hospital- debe presentar una imagen adecuada. Su descuido es un factor negativo en la percepción de la calidad por parte de los usuarios. Una bata sucia, una barba descuidada, el vello pectoral asomando por la camisa desabrochada, un mal olor corporal, pueden arruinar el imprescindible clima de confianza con los pacientes. Tampoco se trata de disfrazarse, sino de vestir y asearse correctamente y en consonancia con nuestra forma de ser.

## TEMA 6.- ACTUACIÓN EN LAS HABITACIONES DE LOS ENFERMOS Y LAS ESTANCIAS COMUNES.

### 1.- FUNCIONES DEL CELADOR

Las funciones del celador en las habitaciones de los enfermos y estancias comunes son:

- Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Vigilarán el acceso y estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando que no se introduzcan en la Institución más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
- Asimismo, tendrán a su cargo que los visitantes que no tengan acceso especial despejen las habitaciones y las plantas a la hora establecida.
- Vigilarán el comportamiento de los enfermos y los visitantes, evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
- Tendrán a su cargo el traslado de enfermos para la realización de pruebas complementarias o consultas, no abandonándoles hasta que la persona responsable de las citadas pruebas o consultas se haga cargo de ellos.
- Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de planta al movimiento, aseo y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón a sus dolencias, para hacerles la cama.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia al enfermo.

## **TEMA 7.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS. ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN PACIENTE-CELADOR-FAMILIA. LA INDUMENTARIA Y LOS SIGNOS IDENTIFICATIVOS.**

### **1.- RELACIONES CON EL ENFERMO Y SUS FAMILIARES**

El Celador debe tener siempre en cuenta que no hay dos personas iguales en el mundo e intentar comprender a quién está tratando. Esta actitud del Celador hacia las personas es de suma importancia, pues para el público ese empleado representa a la Institución misma y el concepto que tenga de él, es el que tendrá de la propia Institución. Por la peculiaridad del trabajo del Celador, debe tener en cuenta que en determinados momentos llega a ser alguien vital para quien le consulta o necesita, y sea éste familiar o paciente, por lo tanto debe tener muy en cuenta el efecto de sus actos hacia dichas personas.

En las Instituciones Sanitarias, nuestro trato directo con el ciudadano tiene que extremarse al máximo, procurando por todos los medios humanizar estas relaciones entre el empleado y el público. Debemos intentar desterrar esa sensación de que las personas son un número en ciertas instituciones. Hay que tener siempre claro que necesitan comprensión, amabilidad, corrección y atención.

Además, el Celador siempre debe tener muy presente que va a tratar en muchos casos a personas que sufren y que por lo tanto su comportamiento delante de ellos o sus familiares ha de ser siempre muy humano y delicado.

El enfermo, casi siempre, se encuentra deprimido por los problemas que la enfermedad le acarrea a él y a su familia, y además para ésta es un momento muy difícil, las preocupaciones por su estado de salud, por quién va a ocuparse de él, etc. ... son muy grandes. Todo esto hace que en éstas circunstancias el enfermo y los familiares se hacen mucho más susceptibles y detectan con mayor facilidad los pequeños detalles; un simple despiste por parte del Celador al entrar en el Hospital es suficiente para crear un estado de desánimo.

El enfermo ha de ser tratado con amabilidad y corrección, prestándole la máxima atención de tal forma que crea que sólo nos interesan sus problemas, por tanto hay que ser pacientes, saber escuchar, tener cuidado de no herir su sensibilidad ni sus sentimientos. En ningún momento nos debemos creer superiores y no debemos demostrar ese despotismo que a veces se nota a través de conversaciones poco amables; dando la impresión que quién manda es el personal del hospital y que los enfermos y familiares son simples números que están ahí, pero que podría haber otros tranquilamente.

Dentro de las relaciones con familiares y pacientes está la faceta de la información, que es importantísima ya que con una mala o insuficiente información se puede producir fácilmente la pérdida de un derecho, o la demora en una asistencia sanitaria.

La información al público debe ser siempre clara, completa, amable y sencilla para poder ser entendida por cualquier persona. Los trámites administrativos, la burocracia y el papeleo son los problemas que más detestan los usuarios; por ello debemos poner nuestra mejor voluntad en aquellas cosas más difíciles de entender para evitar roces y suspicacias con los mismos.

## **TEMA 8.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS. POSICIONAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LESIONES. NORMAS DE HIGIENE. LA ESTERILIZACIÓN.**

### **1.- PAUTAS GENERALES DE COMPORTAMIENTO EN LOS QUIRÓFANOS**

Los temores o miedos ante las intervenciones y el propio entorno quirúrgico transforman los quirófanos en uno de los lugares que más estrés e incertidumbre generan, tanto en el paciente como en sus familiares. La aplicación de unas sencillas normas contribuye a convertir el acto quirúrgico en algo menos traumático:

- Recibir al paciente en el interior del quirófano, llamarle por su nombre, presentarnos ante él e iniciar una conversación que contribuya a la expresión de sus emociones, acompañándola de frases tranquilizadoras.
- Procurar que el paciente esté cómodo. Las mesas quirúrgicas son duras y estrechas, se lo explicaremos y facilitaremos su comodidad en la medida de lo posible.
- Procuraremos que no tenga frío proporcionándole los medios para ello.
- Respetaremos su intimidad, procurando no descubrirle el cuerpo por completo hasta que esté dormido o sea estrictamente necesario.
- Mientras esté despierto, le informaremos de lo que estamos haciendo para contribuir a calmar su ansiedad. De este modo, en las intervenciones en las que el paciente esté despierto, se le debe ir informando de la evolución.
- Seremos cuidadosos con los comentarios que hagamos, sobre todo mientras el paciente pueda escucharnos.
- En el caso de intervenciones quirúrgicas largas, se saldrá periódicamente a informar a los familiares.
- Finalizado el acto quirúrgico, el cirujano informará al paciente si está consciente, e inmediatamente informará a los familiares
- Se proporcionará la información en el lugar adecuado, respetando la confidencialidad, utilizando un lenguaje adecuado y con vestuario quirúrgico limpio.

### **2.- EL CELADOR EN LOS QUIRÓFANOS**

En los quirófanos el Celador cumple una función complementaria y auxiliar del trabajo del personal sanitario (cirujanos, anestesistas, enfermeros, etc.), y en algunos casos son las mismas que las que tienen en una planta hospitalaria:

## TEMA 9.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS SERVICIO DE MEDICINA INTENSIVA Y REANIMACIÓN.

### 1.- LA MEDICINA INTENSIVA

La Comisión Nacional de Medicina Intensiva define la especialidad como aquella parte de la Medicina que se ocupa de los pacientes con disfunción actual o potencial de uno o varios órganos que representan una amenaza para su vida y son susceptibles de recuperación.

Los ámbitos de actuación de la Medicina Intensiva son los Servicios de Medicina Intensiva, tanto los polivalentes como los dedicados a una sola especialidad, médicas y quirúrgicas, y otras áreas del Sistema Sanitario donde existan pacientes gravemente enfermos que requieran una atención integral. Como consecuencia de la progresiva demanda social que exige cada vez mayores niveles de asistencia, y del desarrollo profesional que permite asistir a los pacientes por encima de los límites convencionales, la Medicina Intensiva representa la aplicación de unos conocimientos, habilidades y aptitudes que significan el último escalón asistencial de un sistema de progresiva atención a los pacientes gravemente enfermos.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), de Medicina Intensiva (UMI) o de Vigilancia Intensiva (UVI), son los lugares fundamentales donde se realiza la labor asistencial de la especialidad. Se trata de Servicios Centrales de carácter polivalente, que funcionan en íntima conexión con los demás servicios hospitalarios y del Área de Salud. Para ello disponen de unas características de diseño arquitectónico, equipamiento técnico y personal cualificado peculiares. De igual modo, la atención propia de la Medicina Intensiva se puede aplicar también en el ámbito extrahospitalario, en cualquier lugar en que sean necesarias sus prestaciones, especialmente con motivo del transporte del paciente en situación crítica o en la atención sanitaria a las situaciones de emergencia extrahospitalaria de cualquier tipo.

La idea de concentrar a los enfermos críticos en un área común aparece hace algo más de 30 años, como consecuencia de los avances de la Medicina, que comienzan a hacer posible la recuperación de buen número de situaciones críticas, hasta entonces irreversibles. La idea se experimentó con éxito con motivo de los numerosos casos de insuficiencia respiratoria observados en las epidemias de poliomielitis que azotaron extensas zonas de Europa y Norteamérica en los años 5060 y en los heridos evacuados del campo de batalla en las guerras de Vietnam y Corea. Rápidamente se extendió a todo el ámbito de la patología grave en la mayoría de los hospitales de todo el mundo. Inicialmente fueron especialistas de procedencia diversa los que se ocuparon de la atención del paciente en estas nuevas Unidades, fundamentalmente anestesiólogos, internistas, cardiólogos y neumólogos. En los años siguientes, la evidencia de que los pacientes críticos procedentes de diversos orígenes tenían características fisiopatológicas y clínicas homogéneas, y la necesidad de asimilar nuevas estrategias terapéuticas y desarrollos tecnológicos, fueron justificando paulatinamente la configuración de la Medicina Intensiva como una nueva especialidad

En nuestro país, las primeras unidades de enfermos críticos, que iniciaron su aparición en los años 70, fueron llevadas por anestesiólogos, internistas, y en menor medida por cardiólogos y neumólogos. La necesidad de una atención específica y continuada de estos enfermos críticos fue el germen de la especialidad denominada

## TEMA 10.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS. ACTUACIÓN EN LAS SALAS DE AUTOPSIAS Y LOS MORTUORIOS.

### 1.- ACTUACIÓN DEL CELADOR EN RELACIÓN CON LOS PACIENTES FALLECIDOS

#### 1.1.- EL FALLECIMIENTO

La muerte de un paciente en un hospital es un acontecimiento que suele ocurrir en Unidades de Cuidados Paliativos, Urgencias, y en menor medida en cualquier otro área de un hospital, donde el paciente estará siempre acompañado de las personas allegadas que quieran permanecer con él.

Una vez fallecido, se comprobará por el personal sanitario, mediante la técnica más útil y fiable, los signos inequívocos de muerte, generalmente mediante un registro electrocardiográfico durante el tiempo que el médico responsable de certificar la muerte del paciente estime necesario. Esta comprobación de la inactividad cardíaca y respiratoria puede completarse con otras pruebas si el facultativo lo desea.

Hay que tener en cuenta que los pacientes sedados pueden presentar pausas respiratorias por apneas prolongadas. En ocasiones pueden suceder episodios de catalepsias en algunos pacientes, de donde surge la necesidad de descartar cualquier confusión con la situación de muerte aparente.

Una vez que el facultativo ha certificado la muerte del enfermo e informado a la familia, conviene que ésta permanezca con la persona fallecida durante un tiempo, el que ellos necesiten, para manifestar sus emociones por medio del llanto o el silencio respetuoso.

#### 1.2.- AMORTAJAMIENTO

El Estatuto del Personal no Sanitario establece que los celadores "ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario". Por tanto, la operación de amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función en auxiliares de enfermería («personas encargadas»). En ambos casos, el celador de planta se limita a colaborar en la práctica del amortajamiento, simplemente movilizándolo al cadáver para facilitar a los enfermeros la realización de su cometido.

El amortajamiento del cadáver consiste en la preparación del mismo para que pueda ser velado por los familiares antes de proceder a su entierro o incineración. Una vez que el médico ha certificado el fallecimiento del paciente, es cuando deben ser efectuados los cuidados *post mortem*. El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo de tiempo (para evitar que aparezca el rigor cadavérico) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuario.

Los cuidados deben aplicarse guardando la mayor asepsia e higiene por parte de los encargados. Es muy conveniente el uso de guantes, para evitar contaminación por fluidos.

## TEMA 11.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA EN RELACIÓN CON EL ENFERMO MENTAL. PROCEDIMIENTOS DE SUJECCIÓN.

### 1.- LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA

#### 1.1.- LA ENFERMEDAD MENTAL

Las enfermedades mentales afectan intensamente la calidad de vida de los enfermos y de las personas que los rodean. Durante toda la historia, la locura era lo único catalogado como enfermedad mental y su origen era asignado a fuerzas malignas, cuestiones morales o espirituales. Y fue hasta 1790, cuando los estudios del médico francés Philippe Pinel, llevaron a identificar a la Psiquiatría como una especialidad y a las enfermedades mentales como producto de diversos factores que van desde los orgánicos y funcionales hasta los emocionales.

Muchas clasificaciones se han tratado de hacer desde entonces para ubicar los diferentes trastornos mentales, según las características, orígenes y efectos.

Las enfermedades mentales tienen en común el que las relaciones interpersonales y sociales se ven afectadas y las personas no pueden llevar una vida social adecuada, y su origen puede ser de varios tipos:

- Por problemas genéticos que presenten daño orgánico en alguna zona del cerebro que tiene que ver con el comportamiento y/o aprendizaje humano.
- Por trastornos orgánicos, funcionales o fisiológicos, provocados por diversos factores.
- Por algún problema sufrido en el cerebro, durante el parto.
- Por problemas ambientales, que pueden ser ocasionados por algún contaminante o como resultado de vivencias de situaciones violentas, emocionales, estresantes o traumáticas, sobre todo durante la infancia y adolescencia.
- Como resultado de un estilo de vida que implique situaciones educativas violentas o antisociales.
- Por problemas seniles que van deteriorando y limitando las funciones mentales.
- Por el uso y consumo de drogas o fármacos no recomendados.
- Como consecuencia de accidentes y lesiones cerebrales.

Así, entre los problemas mentales y en función de la gravedad y de su origen se pueden distinguir los ocasionados por daños orgánicos como el retraso mental, las enfermedades psicóticas y las neuróticas.

## TEMA 12.- LA ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL ALMACÉN Y EL SERVICIO DE FARMACIA.

### 1.- EL ALMACÉN

#### 1.1.- PRODUCTOS Y MERCANCÍAS

A la hora de hablar sobre productos y mercancías susceptibles de ser catalogados es imprescindible realizar una clasificación general del material que existe en una institución sanitaria, según sus características, duración y peligrosidad.

##### a) Según las características y duración:

- Material Fungible: Está caracterizado porque desaparece con el uso o se deteriora, suele ser frágil y tiene una vida corta. Son artículos por lo general desechables (de un solo uso) o bien reutilizables después de una limpieza o esterilización adecuada. Pertenecen a este tipo de material las sondas, bisturí, tijeras, pinzas, material de vidrio, etc.
- Material Inventariable: Son aquellos artículos con una vida larga, por lo que tienen un carácter definitivo. Son los que nutren el inventario de un centro. Se refiere al mobiliario en general como: camas, mesitas, lámparas, vitrinas, sillas de ruedas, aparataje y máquinas específicas (Rayos X, Scanner, TAC, etc).

##### b) Según su peligrosidad: Se clasifican con este criterio los productos que pueden ser susceptibles de ser portadores de infecciones a los paciente:

- Crítico: Es el material que requiere una asepsia total, como el instrumental que de manera temporal o definitiva va a permanecer en el interior del organismo: prótesis de cadera, válvulas cardíacas, marcapasos, stent, hilos de sutura, etc.
- Semicrítico: Son artículos que deben permanecer desinfectados, aunque no es imprescindible su esterilización, ya que habitualmente no se convierten en vías de transmisión de infecciones. Sin embargo se desinfectan porque son materiales con los que trabaja el personal sanitario (como las bateas).
- No Crítico: Son los artículos que deben estar rigurosamente limpios y en la medida de lo posible desinfectados. Es un material que no está en contacto directo con el interior del organismo, ni con sus vías de entrada, como la ropa de cama, platos y cubiertos, orinales, etc. No obstante, si estos materiales están en contacto con pacientes infecciosos, deben de ser desinfectados e incluso esterilizados cuidadosamente.



# TEMA 13.- PROTECCIÓN RADIOLÓGICA. FUNDAMENTOS, CLASIFICACIÓN DE ZONAS, SEÑALIZACIONES Y NORMAS GENERALES. DETECTORES, TIPOS Y APLICACIONES. BARRERAS Y PRENDAS DE PROTECCIÓN. MEDIDAS DE LA RADIACIÓN. DOSIMETRÍA.

## 1.- PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

### 1.1.- INTRODUCCIÓN

Toda la materia está formada por átomos. Cada átomo tiene un núcleo alrededor del cual se encuentran los electrones girando en determinadas órbitas. El núcleo contiene protones y neutrones. Todos los átomos de un mismo elemento químico tienen el mismo número de protones. Pueden, no obstante, tener diferente número de neutrones; entonces se llaman isótopos de ese elemento. El hidrógeno, por ejemplo, tiene tres isótopos: hidrógeno, deuterio y tritio.

Los átomos se identifican por el nombre del elemento y el número de protones más el de neutrones del núcleo. Por ejemplo: litio-7 es el átomo del elemento que tiene cuatro protones y tres neutrones en su núcleo.

Los átomos del mismo o de distinto elemento se pueden combinar formando moléculas; por ejemplo, un átomo de oxígeno y dos de hidrógeno forman una molécula de agua: H<sub>2</sub>O.

Los núcleos de ciertos átomos son inestables y se transforman en otros núcleos más estables dando lugar, por lo tanto, a átomos más estables. Estas transformaciones (llamadas también desintegraciones) se caracterizan por la emisión de partículas o energía y este fenómeno se conoce con el nombre de radiactividad, descubierta por Becquerel en 1886. Esas emisiones –también denominadas radiaciones– pueden ser principalmente de tres tipos: partículas alfa –constituidas por dos neutrones y dos protones–, partículas beta –electrones, tanto positivos como negativos, que se crean en el núcleo de los átomos mediante determinados procesos–, y finalmente la radiación gamma –constituida por fotones, es decir, radiación electromagnética similar a los rayos X y a la luz pero más energética–.

Los rayos X, como hemos mencionado, son radiación electromagnética, de más baja energía, de origen atómico y se producen como consecuencia de una reordenación de los electrones en las órbitas de la corteza, resultado de interacciones con origen en el exterior o en el interior del átomo.

Tanto las radiaciones ionizantes como los materiales radiactivos han formado siempre parte de nuestro entorno; no obstante, dada la incapacidad del ser humano para advertir su presencia mediante los sentidos, su descubrimiento no se produjo hasta finales del siglo XIX, época en la que comienza a disponerse de sistemas capaces de detectar su presencia; aprovechando el conocimiento de algunas de sus propiedades.

A las fuentes de radiaciones ionizantes como los rayos cósmicos, materiales radiactivos presentes en la corteza terrestre no alterada, en el aire o incorporados a los alimentos, e incluso sustancias radiactivas que se encuentran en el interior del organismo humano (K<sup>40</sup>, C<sup>14</sup>, etc), se las denomina radiaciones de fondo o naturales.

## TEMA 14.- GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS. CLASIFICACIÓN, GESTIÓN, TRANSPORTE, ELIMINACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS.

### 1.- GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS

#### 1.1.- CONCEPTO Y RÉGIMEN JURÍDICO

En las actividades sanitarias se generan residuos que pueden resultar de riesgo por su carácter infeccioso o peligroso. Por tanto tienen que gestionarse de forma adecuada desde su generación hasta su eliminación con el objeto de prevenir riesgos, no sólo laborales, sino también para el medio ambiente, garantizando así la protección de la salud pública y de los recursos naturales.

Se entiende por residuo sanitario cualquier sustancia u objeto sólido pastoso, líquido o gaseoso, contenido o no en recipientes, del cual su poseedor se desprenda o tenga intención o la obligación de desprenderse, generados por actividades sanitarias.

La mayor parte de los residuos sanitarios pueden ser gestionados como urbanos porque tienen características similares, mientras que un pequeño porcentaje, constituido por residuos contaminados biológica o químicamente y por residuos peligrosos, requiere un tratamiento específico para eliminar la potencial contaminación que podrían transmitir al medio ambiente.

Los residuos sanitarios se pueden generar en:

- Centros, servicios y establecimientos de atención sanitaria y sociosanitaria.
- Centros de investigación, análisis, experimentación y laboratorios.
- Centros y servicios veterinarios asistenciales.

En cuanto a su regulación jurídica, ya la Ley 42/1975, de 19 de noviembre, sobre desechos y residuos sólidos urbanos, reguló en su Capítulo II la eliminación de residuos. Posteriormente se dictó la Ley 20/1986, de 14 de mayo, Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos, que fue derogada por la Ley 10/1998, de 21 de abril, de Residuos, que a su vez ha sido sustituida por la Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados. A los efectos de esta Ley se entenderá por:

- a) «Residuo»: cualquier sustancia u objeto que su poseedor deseche o tenga la intención o la obligación de desechar.
- b) «Residuos domésticos»: residuos generados en los hogares como consecuencia de las actividades domésticas. Se consideran también residuos domésticos los similares a los anteriores generados en servicios e industrias.

Se incluyen también en esta categoría los residuos que se generan en los hogares de aparatos eléctricos y electrónicos, ropa, pilas, acumuladores, muebles y enseres así como los residuos y escombros procedentes de obras menores de construcción y reparación domiciliaria.

## **TEMA 15.- PLANES DE AUTOPROTECCIÓN, PLANES DE EMERGENCIA Y MEDIDAS DE EMERGENCIA. DEFINICIONES. CLASIFICACIÓN DE CENTROS. NORMATIVA. MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN. REALIZACIÓN DE SIMULACROS. EVACUACIÓN EN CASOS DE INCENDIO Y ALARMA. MEDIOS DE EXTINCIÓN.**

### **INTRODUCCIÓN**

Un Plan de Autoprotección es un documento que establece el marco orgánico y funcional previsto para un centro, establecimiento, espacio, instalación o dependencia, con el objeto de prevenir y controlar los riesgos sobre las personas y los bienes y dar respuesta adecuada a las posibles situaciones de emergencia en la zona bajo responsabilidad del titular de la actividad, garantizando la integración de éstas actuaciones con el sistema público de protección civil.

Por otra parte, un Plan de Actuación en Emergencia es un documento perteneciente al Plan de Autoprotección. Prevé la organización de la respuesta ante situaciones de emergencias clasificadas, las medidas de protección e intervención a adoptar, y los procedimientos y secuencia de actuación para dar respuesta a las posibles emergencias.

El Plan de Autoprotección tiene que ser elaborado por un técnico competente, capacitado para dictaminar sobre aquellos aspectos relacionados con la autoprotección frente a los riesgos a los que esté sujeta la actividad.

### **1.- REGULACIÓN ESTATAL**

Mediante Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, se aprobó la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia, en los términos siguientes.

**Ámbito de aplicación.**- Las disposiciones de este real decreto se aplicarán a todas las actividades comprendidas en el anexo I de la Norma Básica de Autoprotección aplicándose con carácter supletorio en el caso de las Actividades con Reglamentación Sectorial Específica, contempladas en el punto 1 de dicho anexo.

No obstante, las Administraciones Públicas competentes podrán exigir la elaboración e implantación de planes de autoprotección a los titulares de actividades no incluidas en el anexo I, cuando presenten un especial riesgo o vulnerabilidad.

Quedarán exentas del control administrativo y del registro, aquellos centros, establecimientos o instalaciones dependientes del Ministerio de Defensa, de Instituciones Penitenciarias, de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, y Resguardo Aduanero, así como los de los órganos judiciales.

Cuando las instalaciones o actividades a las que se refiere esta Norma Básica dispongan de Reglamentación específica propia que regule su régimen de autorizaciones, los procesos de control administrativo

## TEMA 16.- CONCEPTOS BÁSICOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. RIESGOS LABORALES Y MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA CATEGORÍA DE CELADOR. ORIGEN DEL RIESGO.

### 1.- CONCEPTOS BÁSICOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

#### 1.1.- INTRODUCCIÓN

En la prevención de riesgos laborales la primera cuestión a tener en cuenta son las condiciones de trabajo, constituidas por cualquier aspecto del trabajo con posibles consecuencias negativas para la salud de los trabajadores, incluyendo, además de los aspectos ambientales y los tecnológicos, las cuestiones de organización y ordenación del trabajo.

Aunque tengamos en cuenta que la enfermedad no es algo extraño a la condición humana, sino que forma parte de su naturaleza, al igual que la salud, no es menos cierto que en el trabajo nos ponemos en relación con sustancias, materiales y máquinas peligrosas, con exigencias físicas forzadas, con condiciones ambientales y climáticas perjudiciales, etc.

Es posible evitar la enfermedad y la muerte injustas, en el sentido de evitables, de prematuras, y con estos adjetivos pueden calificarse la mayor parte de los daños derivados del trabajo.

Al respecto, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales define como condición de trabajo: *“cualquier característica del mismo que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud del trabajador”*. Quedan específicamente incluidas en esta definición:

- Las características generales de los locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles existentes en el centro de trabajo.
- La naturaleza de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia.
- Los procedimientos para la utilización de los agentes citados anteriormente que influyan en la generación de los riesgos mencionados.
- Todas aquellas otras características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador.

También influye en la salud las condiciones de empleo, el modo en que se presta el trabajo asalariado: los tipos de contratos, la jornada, el reparto de género de las tareas, la doble jornada..... Todos estos aspectos tienen mucho que ver con la calidad de vida y la salud. Cuando hablamos de salud laboral y, por lo tanto, de salud en el trabajo, hay que tener presentes todas estas circunstancias.

## **TEMA 17.- PREVENCIÓN DE AGRESIONES EN EL ENTORNO SANITARIO. RECOMENDACIONES GENERALES ANTE UNA SITUACIÓN DE CONFLICTO.**

### **1.- LAS AGRESIONES EN EL ENTORNO SANITARIO**

#### **1.1.- INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA**

La violencia laboral afecta prácticamente a todos los sectores y ocupaciones. La Organización Internacional del Trabajo considera que las profesiones relacionadas con el sector servicios, por el estrecho contacto que mantienen con las personas usuarias y clientes, tienen un mayor riesgo de sufrir agresiones.

El Observatorio Europeo de Riesgos Laborales incluye la violencia en el trabajo en el listado de riesgos emergentes en la atención sanitaria en todos los países de nuestro entorno, ya que, a pesar de no tratarse de un riesgo nuevo, genera una gran preocupación en el sector sanitario. (Observatorio Europeo de Riesgos Laborales, 2014).

En la Unión Europea, el sector de la salud ocupa el primer lugar en la exposición a la violencia y el acoso (EU-OSHA, 2014). En España, un 5% del personal que trabaja en el sector sanitario manifiesta haber sufrido una agresión física en el trabajo durante el último año (INSHT, 2017). En los Estados Unidos, se ha estimado que la tasa de violencia con baja laboral es cuatro veces superior en el personal de los servicios de salud que la registrada en otras profesiones (NIOSH, 2014).

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye como objetivo para la comunidad internacional un “trabajo decente” para todos los hombres y las mujeres, reduciendo desigualdades, garantizando una vida sana, y logrando la igualdad entre los géneros (ONU, 2015).

La violencia en el trabajo es inaceptable e incompatible con el “trabajo decente”. Afecta a las relaciones en el lugar de trabajo, a la salud, a la productividad y a la calidad de los servicios. Tiene repercusiones en la participación en el mercado de trabajo, con especial impacto para las mujeres (OIT, 2016). Un estudio realizado en Italia mostró que el 16 por ciento del personal abandona su empleo después de ser víctimas de violencia. El mismo estudio reveló que las mujeres tienen el doble de probabilidades de abandono del empleo que los hombres (Eurofound, 2015).

La violencia en el lugar de trabajo causa lesiones, daños psicológicos y pérdidas económicas. Las personas que han sido objeto de violencia física tienen tres veces más probabilidades de experimentar depresión y el doble de probabilidades de sufrir estrés (Eurofound, 2013).

Las agresiones tienen también un impacto negativo en la eficiencia de los sistemas sanitarios. Un entorno de trabajo inseguro deteriora la calidad de la asistencia dispensada. Se han demostrado vínculos claros entre violencia, absentismo y pérdida de productividad.

## **ANEXO I:**

### **MATERIALES Y EQUIPAMIENTO QUE TIENE QUE IDENTIFICAR UN CELADOR**

## **ANEXO II:**

# **GLOSARIO DE TÉRMINOS**