

**Nota: Este documento contiene imágenes en mal estado.**

## **CAMILLAS IMPROVISADAS.**

### **TRANSPORTE EN CAMILLAS.**

El uso de una camilla no sólo facilita el transporte de lesionados, sino que además proporciona un viaje más seguro y cómodo. Para los que transportan al herido resulta más fácil y menos cansado, sobre todo si la distancia por recorrer es larga. Dadas las condiciones tan especiales del campo para el que van dirigidas todas estas instrucciones, cabe suponer que no se contará fácilmente con camillas reglamentarias, por lo que se tendrá que improvisar con medios de fortuna y de diversas maneras. A continuación se describen algunas.

#### **Camilla de varas y frazada**

Se consiguen dos varas gruesas de 1.75 m. de largo más o menos. Se tiende en el suelo una frazada y en el centro de ella se coloca una de las varas, luego se dobla la frazada sobre ésta y a continuación se pone la otra vara encima y a la mitad de la frazada, ya doblada, paralela a la primera. Finalmente, se cubre la segunda vara con otro doblado que se le da a la frazada.

#### **Camilla con una vara y una frazada**

Se coloca al herido sobre una frazada, se amarran los extremos de ésta y por abajo de los nudos se pasa una vara

gruesa y resistente de 2.50 m. de largo aproximadamente. Se levanta la vara con dos camilleros que la podrán suspender muy fácilmente sobre sus hombros.

#### Camilla de varas y camisolas

Se usan dos o tres camisolas o camisas resistentes, las varas se pasan a través de las mangas puestas al revés y las camisolas se abotonan de tal manera que cubran las mangas con las faldas.

#### Camilla de varas y sacos

Se descose el fondo de dos sacos (como los que se utilizan para las semillas) y se pasan las varas a través de ellos. También pueden ocuparse fundas de almohadas o bolsas de tela o yute.

#### Camilla de tabla

Cualquier tabla de tamaño apropiado (1.50 m. de largo y 40 cm. de ancho por lo menos) servirá como camilla, sobre todo si es para transportar a un lesionado de la columna vertebral. También puede improvisarse con una escalera o vigas unidas con travesaños, que se deberán acojinar adecuadamente con frazadas o algo similar para que no se lastime más el lesionado. (12)

---

(12) Cervantes, Eduardo; PRIMEROS AUXILIOS: LA OPORTUNIDAD DE SALVAR UNA VIDA. Trillas S.A. México D.F., México. Tercera edición. 1991. p.p. 184.

## Manera de transportar a un paciente en camilla y paso de obstáculos

La camilla debe arreglarse para recibir al paciente, al que se le abrigará adecuadamente.

Si se cuenta con ayudantes -cuatro-, éstos empujarán la camilla con una mano y la alzarán con el brazo estirado. En caso de que sean dos transportadores, lo anterior se hará con ambas manos.

La marcha se deberá iniciar con pasos diferentes para evitar el vaivén de la camilla, conduciendo al paciente con la cabeza hacia atrás y los pies hacia adelante.

### Pasos de obstáculos

- 1.- Si hay que subir una pendiente inclinada, la camilla deberá girarse para que la cabeza del herido vaya hacia adelante; los camilleros o el camillero delantero bajará la camilla casi a nivel del suelo, mientras que el posterior o trasero la levantará más o menos a la altura de los hombros, para que la camilla suba lo más horizontal que sea posible.
- 2.- Si hay que bajar un plano inclinado, deberá colocarse al paciente con los pies hacia adelante. El camillero de atrás bajará la camilla y el de adelante la subirá con el fin de conservar siempre la mejor horizontalidad para el compañero transportado.

- 3.- Si hay que brincar una cerca o una barda, el camillero de adelante apoyará las empuñaduras de la camilla en el obstáculo, brincaré al otro lado y, tomando sus empuñaduras, pasará al paciente hasta que las empuñaduras del otro compañero se apoyen nuevamente en el obstáculo. El segundo socorrista brincaré también el obstáculo y retomando sus empuñaduras, continuará la marcha con el primero con el herido. Para apoyar las empuñaduras, siempre deberá buscarse el sitio más firme del obstáculo o el menos alto.
- 4.- Si hay que pasar por un sitio estrecho (como una zanja) o para poder dar vuelta en una esquina, los camilleros levantarán la camilla por arriba de sus hombros.
- 5.- Si hay que pasar por un lugar de techo bajo, los camilleros se agacharán lo más posible y, si el caso lo requiere, arrastrarán la camilla por el suelo con extremo cuidado para proteger al herido.
- 6.- Si hay que pasar a pie un riachuelo, el transporte se deberá hacer lentamente para evitar que alguien resbale o caiga.
- 7.- Si hay matorrales que puedan arañar al paciente o se tiene que vadear un arroyo, la camilla deberá levantarse sobre los hombros.

8.- Si se cansan los camilleros, NO DEBERAN DUDAR para cambiarse de lugar o apoyarse la camilla en los hombros e ir alternando. <sup>(13)</sup>

---

<sup>(13)</sup> Idem, p.p. 185.

## FRACTURAS

### Generalidades

Las fracturas pueden deberse a múltiples causas, como caídas, golpes, aplastamientos, proyectiles de arma de fuego, etc.

Los síntomas principales son:

- A.- Dolor intenso.
- B.- Hinchazón y amoratamiento.
- C.- Deformidad del sitio donde se ubica la fractura.
- D.- Movilidad anormal del miembro y crepitación o crujido del hueso al movilizarlo.
- E.- Imposibilidad para mover el miembro fracturado.

Si el hueso no es visible, la fractura se llama simple o cerrada; pero si el hueso roto sale a través de la piel, la fractura se denomina abierta o expuesta. Esta última es más seria porque fácilmente se contamina con la tierra y la ropa del herido, independientemente de las lesiones internas producidas por el hueso roto en músculos, venas y/o arterias, etc.

El tratamiento inmediato de toda fractura consiste, fundamentalmente, en inmovilizar el hueso roto para evitar que los fragmentos o astillas, aun en caso de que la fractura sea cerrada, lesionen los tejidos y órganos

circunvecinos, lo cual aumentaría la gravedad de las lesiones. (14)

### FERULA

Es un instrumento sencillo, importantísimo y de gran utilidad, de forma recta, rígido y deseablemente plano, que sirve para contener u sujetar el miembro fracturado, impidiendo su movilidad.

#### Diferentes tipos de férulas:

- A.- Ser tan anchas como el miembro a ferular.
- B.- Abarcar más allá de las articulaciones vecinas, situadas por arriba y por abajo del hueso roto.
- C.- Estar acojinadas lo mejor posible en la superficie que estará en contacto directo con el miembro lesionado, para que no causen más daño ni obstruyan la circulación de la sangre.
- D.- Se debe de amarrar solo lo indispensable para mantenerlas fijas, porque con la hinchazón que sobreviene ulteriormente pueden quedar apretadas, lo cual causaría dolor adicional y dificultaría la circulación de la sangre en el miembro. Por tanto, este debe revisarse cada media hora más o menos y si

---

(14) Cook, John y otros; CIRUGIA EN EL HOSPITAL DE DISTRITO: OBSTETRICIA, GINECOLOGIA, ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA. Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). España. Publicación científica No. 535. 1989. p.p. 45 - 93.

hay dolor intenso, amoratamiento o enfriamiento de la extremidad, deberán aflojarse los amarres.

En cualquier circunstancia, nunca se intente reducir (componer) la fractura, porque los fragmentos, como ya se explicó, pueden ocasionar serias lesiones internas o convertir una fractura cerrada en una fractura expuesta. Procúrese solo enderezar con mucho cuidado el miembro fracturado, habiendo rasgado previamente la ropa.

Si la fractura es abierta o existe hemorragia interna, procédase, antes que cualquier otra cosa, a cohibirla o controlarla; luego cúbrase la herida preferentemente con un apósito esteril y por último inmovilícese el hueso roto.

Una vez terminada la atención de la fractura, deberá calmarse el dolor con algún medicamento analgésico. Si la fractura es abierta o expuesta, será necesario tomar, además, medicamentos contra una posible infección.

Si se supone que hay fractura en la cadera, fémur o columna vertebral, nunca se intente levantar al lesionado y mucho menos hacerle caminar, porque se corre un gran peligro al agravar las lesiones y precipitar el estado de choque.

Inmovilícese adecuadamente al lesionado y procúrese atención médica cuanto antes. (15)

---

(15) Cook, John y otros; CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL DE DISTRITO. Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). España. Publicación científica No. 521. 1989. p.p. 20 - 92.

## **"Cuidados que deben tenerse en el caso de fracturas"**

Ante una fractura se efectuará, en orden lo siguiente:

### **FRACTURA ABIERTA:**

- 1.- Descubrirla y examinar las lesiones.
- 2.- Cohibir la hemorragia.
- 3.- Cubrir la herida con apósito esteril.
- 4.- Inmovilizar la fractura con férula y/o vendaje.
- 5.- Calmar el dolor y prevenir la infección.
- 6.- Prevenir el estado de shock.

### **FRACTURA CERRADA:**

- 1.- Ubicarla lo más acertadamente posible.
- 2.- Inmovilizarla por medio de férula y/o vendaje.
- 3.- Calmar el dolor.
- 4.- Prevenir el estado de shock. <sup>(16)</sup>

## **FRACTURAS DEL CRANEO**

Por lo general, son ocasionadas por fuertes golpes en la cabeza y se manifiestan principalmente por algunos de los síntomas siguientes:

\* Pérdida parcial o total del conocimiento.

<sup>(16)</sup> Alvarez, Op. Cit. p.p. 146 - 161.

- \* Hemorragia por la herida, por los oídos o por la nariz (pueden combinarse estas manifestaciones).
- \* Hundimiento de los huesos del cráneo.
- \* Estado de shock.

Si el golpe no alcanzó a fracturar el cráneo, puede ocasionar únicamente conmoción cerebral que, sin dejar de ser altamente peligrosa, se manifiesta por la pérdida del conocimiento, por lo general de corta duración. A veces el paciente presenta vómito, en cuyo caso téngase cuidado y procurese conservarlo siempre con la cabeza ladeada, para prevenir la asfixia.

### Tratamiento

- A.- Fóngase al paciente comodamente sentado, con la cabeza levantada en forma ligera si la cara se muestra normal o colorada, y baja si la cara está pálida. Desde luego, esto se hará si el paciente no perdió el conocimiento.
- B.- Si el lesionado perdió el conocimiento, acuéstesele y manténgase ladeada su cabeza. Extráiganse de su boca piezas dentarias postizas o cualquier otro cuerpo extraño.
- C.- Aplíquese frío sobre la cabeza, con trapos mojados o preferentemente empleando hielo.

D.- No se den estimulantes ni bebidas, si no es bajo vigilancia de alguna persona experimentada; mucho menos se haga si el enfermo está inconsciente.

E.- Prevenga el estado de shock.

*"En caso de herida en el cuero cabelludo por lo general de sangrado abundante, hágase un vendaje compresivo en el que se utilice de preferencia venda elástica."(17)*

### FRACTURAS DE LA MANDIBULA INFERIOR

En este tipo de fracturas hay dolor, imposibilidad para mover la quijada y, con ello, para masticar, beber, tragar y hablar, además de que la boca permanece entreabierta escurriendo saliva; asimismo, hay hemorragia por las encías y deformidad de la arcada dentaria e incluso pérdida de algunos dientes y/o muelas.

#### Tratamiento

A.- Con la palma de la mano empujese suavemente hacia la mandíbula del paciente, tratando de juntar los dientes superiores con los inferiores.

B.- Mantengase esta posición por medio de un vendaje.

---

(17) Boswell, Johns; MANUAL DE SUPERVIVENCIA (EL LIBRO DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS). Editorial Martínez Roca. Barcelona, España. Capítulo 5. 1992. p.p. 70.

C.- Si hay hemorragia o vómitos, quítese el vendaje, sosteniendo la mandíbula con la mano y colóquese la cabeza baja y de lado. Cuando hayan pasado estas molestias, aplique nuevamente el vendaje.

### FRACTURA DE CLAVICULA

Si se fractura o se luxa, el paciente no podrá levantar el brazo por encima del hombro ni apoyarse sobre el codo o la mano; en este caso, el hombro está más abajo que el del lado opuesto y generalmente se pueden apreciar al tacto los extremos del hueso roto. Cuando se trata de luxación acromioclavicular (articulación de la clavícula con el homoplato o paleta), también se aprecia un levantamiento de la piel adelante del hombro.

#### Tratamiento

- A.- Colóquese el antebrazo sobre el pecho y hágase un vendaje adecuado.
- B.- Mientras sea posible el vendaje, improvisese el cabestrillo o simplemente hágase que el lesionado introduzca el antebrazo por un lado de la botonadura de la camisa.
- C.- Téngase presente que se debe procurar la mejor inmovilización y con ella la mayor seguridad que

permitira al lesionado protegerse y hasta disponer de sus manos para colaborar a su traslado y protección.

### FRACTURA DE COSTILLAS

En este tipo de fractura hay severo dolor que aumenta con las respiraciones, al toser y tratar de acostarse y levantarse el lesionado. Si estan lesionados los pulmones, además hay tos con sangre.

#### Tratamiento

- A.- Véndese adecuadamente. Si hay tos con sangre, y por tanto se plantea lesión en los pulmones, no se aplique el vendaje o faja.
- B.- Colóquese semisentado al paciente para facilitarle la respiración y procúrese evitarle toser.

### FRACTURA DEL BRAZO

#### Tratamiento

- A.- Colóquense en el lesionado dos férulas (una esterna y otra interna o por lo menos la externa) que vayan del hombro hasta el codo y sujétense con dos pequeños vendajes circulares, anulando por la cara externa.

B.- Póngase el brazo del fracturado en posición de descanso y el antebrazo en ángulo recto, de manera que descanse sobre el cabestrillo suspendido del cuello o con la ayuda de la abertura de la camisa, como en el caso de la clavícula.

### FRACTURA DEL CODO

#### Tratamiento

- A.- Si el brazo está recto, colóquese una férula posterior que se extienda del hombro al dorso de la mano del fracturado.
- B.- Cuidadosamente hágase un ángulo de 90° con el antebrazo del lesionado y utilícese un cabestrillo.

### FRACTURA DEL ANTEBRAZO O DE LA MUÑECA

En este caso, uno o ambos huesos del antebrazo pueden estar fracturados o rotos. Cuando la fractura sea solamente en uno, el hueso sano servirá como férula natural y el lesionado podrá efectuar algún movimiento. Cuando la fractura sea en los dos huesos, se apreciarán casi todos los síntomas de las fracturas, ya descritos.

### Tratamiento

- A.- Manténgase el antebrazo del fracturado de tal manera que el codo quede flexionado hasta la posición normal (90 en relación con el brazo) con la palma de mano hacia el pecho.
- B.- Colóquense una férula posterior y otra anterior que se extiendan desde el codo hasta cerca de la punta de los dedos y amarrense las férulas con vendajes circulares. Recuérdese que pueden utilizarse como férulas, satisfactoriamente, ya sea revistas o periódicos enrollados, varas, etc.
- C.- Hágase que el antebrazo del fracturado descanse en cabestrillo o utilizando la camisa.

## FRACTURAS DE LA MANO

### Tratamiento

- A.- Colóquese una férula anterior que se extienda de la mitad del antebrazo hasta más allá de los dedos y sujétese la misma con vendaje.
- B.- Sosténgase la férula con un cabestrillo que sobresalga del codo y con la palma de la mano hacia abajo.

## FRACTURA DE LOS DEDOS

### Tratamiento

- A.- Colóquese una pequeña férula, por abajo del dedo, la cual deberá extenderse desde la palma de la mano hasta un poco más del tamaño del dedo.
- B.- Hágase un vendaje adecuado.

## FRACTURA DE LA PELVIS (CADERAS)

En este tipo la fractura hay dolor intenso alrededor de la cadera, sobre todo al presionar los huesos (iliacos). Existen casos en que la vejiga esta lesionada.

### Tratamiento

- A.- Colóquese al paciente boca arriba sobre una superficie plana. Si hay que movilizarlo a otro lugar, puede arrastrársele pero con mucha precaución, haciendo tracción por las axilas.
- B.- Procédase a la inmovilización, para lo cual colóquese al fracturado boca arriba en una camilla o en el sistema de tabla indicado para las fracturas de la columna vertebral. (VER ANEXOS).

*"En este tipo de fractura, además de los síntomas comunes de toda fractura, se siente una hendidura en el nivel de la rodilla (rótula)."*<sup>(18)</sup>

### Tratamiento

- A.- Extendiéndose la pierna y colóquese una férula posterior de 10 cm. de ancho aproximadamente, que vaya desde las asentaderas hasta el pie, acojinado atrás de la rodilla y del talón.
- B.- Amárrese la férula en el nivel del tobillo, en la parte superior del muslo y exactamente por arriba y por abajo de la rodilla. (VER ANEXOS).

### FRACTURAS DE LA PIERNA

Si la tibia y el peroné están rotos, se pueden apreciar todos los síntomas de la fractura; pero si sólo está roto el peroné (hueso delgado y externo), los síntomas generalmente están atenuados porque la tibia sirve como férula al hueso roto.

### ¡ Atención !

*"Las fracturas en el nivel del tobillo frecuentemente son confundidas con una simple torcedura."*

---

<sup>(18)</sup> Greenspan, Lorne; ABBREVIATED INJURY SCALE AND SEVERITY SCORE: A SCORIGN CHART. The Journal of Trauma. Volume 25, No. 1. 1985. p.p. 60.

*"Las fracturas de la pierna son muy comunes y bastante peligrosas, ya que no es raro que se hagan expuestas, porque como los huesos están inmediatamente debajo de la piel, la rompen durante el transporte si no se inmovilizó la pierna de manera adecuada."*(17)

### Tratamiento

- A.- Enderécese la pierna del fracturado y hágase tracción con ella cuidadosamente hasta alinearla.
- B.- Colóquense dos férulas, una externa y otra interna, que abarquen desde el tercio superior del fémur hasta el tobillo o más allá del pie si la fractura es en el tercio inferior de la pierna.
- C.- Almohadillas perfectamente en el nivel de la lesión, del tobillo y de la rodilla.
- D.- Si fuese necesario, al terminar la inmovilización del miembro lesionada, amárresele junto con el sano.

No se deberá mover al lesionado que tenga una pierna fracturada, a menos que sea indispensable. En este caso, júntense las piernas del herido y amárense por lo menos en dos puntos: arriba y abajo de la fractura. Tómese al herido por los hombros y júlesele en línea recta. No debe rodarse al paciente ni movérsele hacia los lados. Ya a esguardo, hágase el ferulado correcto en la pierna lesionada. (VER ANEXOS).

---

(17) *Idea*, p.p. 62.

## FRACTURA DEL PIE Y/O DE SUS DEDOS

Este tipo de fractura suele deberse a aplastamientos, descartar que en un salto se pise en terreno especialmente accidentado o empedrado.

### Tratamiento

- A.- Quítense la bota (o zapato) y el calcetín del herido; si es necesario, córtense.
- B.- En la planta del pie del herido colóquese una férula (tabla) que se extienda desde el talón hasta un par de centímetros más allá de los dedos y aplíquese un vendaje que, sin estar muy apretado, proporcione seguridad y firmeza. (VER ANEXOS).

## FRACTURA DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Este tipo de fractura es muy peligroso porque si no se maneja con debido cuidado, puede lesionar la médula espinal o agravar la lesión que originalmente se haya causado a la persona, causando parálisis de los miembros inferiores si el daño ocurre en la espalda (espinazo) o en la cintura (VER ANEXOS) y de los miembros superiores e inferiores si el daño ocurre en el cuello. Puede darse el caso de que pase de la lesión a la muerte.

## Síntomas

Cuando la lesión se acompañe de seccionamiento de la médula espinal, el paciente no puede levantarse y si está consciente, generalmente se queja de dolor en la espina y/o tiene dificultad para mover alguno de sus miembros. Las lesiones suelen producirse por caídas, golpes, aplastamientos o por proyectiles de arma de fuego.

Si no se tiene la plena seguridad de que existe una fractura en la columna vertebral, pero existen ciertos datos que permiten suponerla, procédase como si se tratara de fractura.

Si el paciente está consciente, pregúntesele dónde tiene dolor y si puede mover sus manos y pies.

No se mueva al herido ni se le flexione la cabeza, porque puede agravársele la lesión y causarle la muerte.

Si el lesionado está inconsciente, extrémense las precauciones y trátesele como lesionado grave. Si hay necesidad de desplazarlo, levántesele como se muestra en las figuras del Anexo, luego procédase a inmovilizarlo en forma cuidadosa y adecuada.

Para levantarlo del suelo, hacen falta tres personas a un mismo lado con una rodilla en tierra y metiendo las manos por debajo del accidentado. Se le levantará a pulso manteniéndole rigurosamente horizontal y, puestos ya de pie, se le mantendrá igualmente horizontal. En esa posición de cuchara, podrá llevarsele de un lugar a otro o poner en el suelo una camilla otra persona y los socorristas volver a

bajarlo, muy despacio y siempre manteniendo la horizontalidad perfecta.

En el caso de fractura en la cervical, el paciente en camilla no debe usar ningún tipo de almohada. <sup>(20)</sup>

### PROTOCOLO DE INMOVILIZACION Y MANEJO DE TRAUMAS DE COLUMNA

Cuando se sospecha víctima con lesión de columna y ésta no se va a transportar inmediatamente:

- 1.- Si la víctima está consciente, se le debe explicar que no debe tratar de movilizarse por sí misma, especialmente la región cervical.
  
- 2.- Si se encuentra boca arriba (decúbito supino), se le puede colocar en la concavidad de la región lumbar algo blando que conserve esta concavidad. Si la víctima se encuentra boca abajo (decúbito prono) no hay necesidad de colocar nada.

Igualmente se debe proceder para la región cervical, se levantan los hombros ligeramente, y se pasa un pequeño rollo de tela (aproximadamente una toalla para las manos) que permita mantener la región cervical discretamente

---

<sup>(20)</sup> Cervantes, Op. Cit. p.p. 122 - 134.

hiperextendida. No se deben efectuar maniobras de hiperextensión, flexión ni rotaciones laterales.

Inmovilizar la región cervical, lo cual se puede lograr colocando a cada lado, bolsitas llenas de arena o tierra. (21)

### Transporte

#### Posición boca - arriba:

- 1.- La víctima en esta posición debe de ser transportada en una superficie dura, que puede ser una camilla, una puerta, una tabla ancha. La superficie de transporte debe de ser más larga que el paciente al menos 10 cm. en la cabeza y en los pies.
- 2.- Para colocar la víctima en la camilla se requieren entre 2 y 4 personas.

Cuando se trata de lesión de la columna no cervical, se procederá con un equipo de cuatro hombres y en lesiones de la región cervical podrá procederse con equipo de dos hombres.

- 1.- Una persona será la encargada de la camilla y las otras tres serán las encargadas de la movilización del paciente a la camilla.

---

(21) Lewis, Victor; FACIAL INJURIES ASSOCIATED WITH CERVICAL FRACTURES: RECOGNITION, PATTERNS AND MANEAGEMENT. The Journal of Trauma, Volume 25, No. 1. 1985. p.p. 90 -93.

- 2.- Los hombres encargados del paciente, se situarán, con una rodilla en tierra, a los pies y a un lado de la víctima, mientras el encargado de la camilla se coloca al frente de ellos.
- 3.- Colcando sus manos a nivel del torso del paciente, procederán a levantarlo en forma coordinada, de forma que el encargado de la camilla la pueda deslizar y quede debajo del paciente. Se procederá por parte de los que sustentan el paciente a depositarlo encima de la camilla en forma suave, evitando movimientos bruscos. No olvidar la colocación del rollo de la tela que conserve la concavidad a nivel lumbar.
- 4.- En el caso de una víctima con lesión de la columna cervical, se puede trabajar en equipo de dos personas, que procederán a colocar una tabla junto a la víctima. El primero de ellos sujetará con sus manos la cabeza y el cuello, mientras el otros tomando la víctima por los hombros y la cadera la arrastrará suavemente hasta colocarla en la tabla.

#### Posición boca - abajo:

- 1.- En caso de lesión de columna no cervical, el paciente puede ser transportado sin cambiarlo de posición, utilizando las técnicas antes descritas.

En caso de lesión de la columna cervical, el primer hombre será el encargado de la cabeza y el cuello de la

víctima, mientras el segundo dará la vuelta a la víctima y procederán a colocarlo sobre la camilla, colocando el rollo de tela debajo de la región cervical como ya se explicó. (22)

## FRACTURA EN EL CUELLO

### Tratamiento

- A.- Se procederá al levantamiento del paciente en la misma forma descrita anteriormente hasta colocarlo en una camilla.
- B.- La barba deberá quedar directamente hacia arriba sobre la camilla sin almohada, procurando fijar la cabeza por medio de dos almohadillas hechas con trapos o dos piedras envueltas aunque sea con papeles, colocadas lateralmente a fin de impedir toda flexión o rotación de la cabeza. (VER ANEXOS).

También se puede inmovilizar el cuello por medio de revista o periódicos con los cuales se haga una férula circular que apoye en los hombros del herido y llegue a la parte inferior de la mandíbula. Si se contara con dos polainas de lona, éstas envolverían al cuello, usando cordones para atrlas. Finalmente, las manos se amarrarán

---

(22) Luce, John M; MEDICAL MANEAGEMENT OF SPINAL CROD INJURY. Critical Care Medicine. Volume 13, No. 2. 1985. p.p. 126 - 129.

sobre el pecho y se efectuará el transporte lo más lento posible.

## TRANSPORTE DE LOS ENFERMOS QUEMADOS

El transporte de los pacientes quemados incluye ambos de la escena del desastre al sitio primario de atención y de este a un centro donde se pueden atender los pacientes con lesiones mayores, recalcando que en todo el proceso se atenderán primero los con sospecha de lesión respiratoria, quemaduras producidas por electricidad y quemaduras extensas. Dado que los pacientes con quemaduras, la mayoría de ellos son estables inmediatamente después del accidente, el transporte se hará en una forma organizada, raramente es necesaria la velocidad, puede hacerse uso de automoviles y algunas veces es necesario el uso de ambulancias. Todas las ropas deben ser retiradas, luego se hará una irrigación con agua y se cubre todo el cuerpo con sábanas limpias. En el sitio del desastre la persona que atiende primero al paciente se dará cuenta de los signos vitales, evaluará la extensión y profundidad de la lesión, y observará la posibilidad de lesión respiratoria, asegurando una adecuada ventilación. Si debe viajar más de una hora para llegar al hospital, se le colocará una vía venosa con una solución con electrolitos. Si se sospecha intoxicación con monóxido de carbono, se administra oxígeno; y si hay dificultades con las vías aéreas, las personas que están atendiendo a estos pacientes deberán estar en capacidad de colocar un tubo endotraqueal el cual será salvador. El paciente debe ser estabilizado en el sitio primario de atención sabiendo que

estas primeras horas son críticas en cuanto al paso de líquidos y electrolitos. Luego si el paciente requiere ser trasladado a otro centro más especializado, lo ideal es que vaya acompañado por un médico quien estará al cuidado de la vía respiratoria y del paso expedito de los líquidos y de otros detalles como el paso de sonda nasogástrica, aplicación de analgésicos, etc. Con respecto a estos últimos, una vez hecho el triaje inicial, deberá aplicarse el que se tenga disponible pues la queja inicial y básica del paciente es el dolor.

Para hacer una analgesia adecuada es preferible utilizar, en las quemaduras mayores y moderadas, la vía venosa buscando una efectiva y rápida acción dado que estos pacientes tienen un déficit en el flujo capilar.

## CONCLUSIONES

Para nadie es raro que los accidentes automovilísticos ocupan un lugar importante en la casística de los desastres, y que la gran mayoría son por causas humanas.

Según el Pr. M. Arnaud (citado por T. Alvarez y Colab en su libro Manual Básico de Socorrismo y Atención Médica en Desastres). El mayor porcentaje de las muertes ocurren en la primera hora (10% morirán en el acto mismo del accidente y el 50% morirán en el tiempo transcurrido entre el accidente y la llegada al hospital). En nuestro país la causa más común de trauma raquímedular son los causados en accidentes automovilísticos. Sin embargo, apesar de que estos datos son alarmantes no solo en el caso de un accidente automovilístico, sino también en otros tipos de accidentes como lo es también en los desastres, vemos la falta de capacitación del personal médico y paramédico en la atención inicial, durante el transporte y al ingreso en un centro hospitalario, y la falta de coordinación más que de buena voluntad, de parte del Estado en propiciar las directrices apropiadas para evacuar este gran problema que ha existido por muchos años.

Sabiéndose que en la gran mayoría de las veces los desastres no se avisan, ni en relación al tipo (terremoto, inundaciones, incendio, etc.), ni al lugar (zonas urbanas o rurales), ni a la cercanía o no a centros hospitalarios, como tampoco en las características de la población

afectada, es fundamental que la organización de los servicios de salud, tanto a nivel local, regional y nacional, esté preparada para hacer frente al gran número de eventualidades que pueden presentarse.

El transporte efectivo y seguro es fundamental dentro del manejo integral realizado en situaciones de emergencia. El control adecuado de los principales factores que amenazan la vida, bien sean circulatorio, respiratorio o térmicos, deben lograrse, hasta donde sea posible, antes de la evacuación. Durante el transporte deben mantenerse estables las funciones vitales y vigilar atentamente cualesquier condición que agrave el estado de los lesionados, para en lo posible tratar de solucionarlos.

El transporte primario transfiere los lesionados del sitio del desastre al hospital más cercano, sea de atención primaria o secundaria, donde se prestan cuidados básicos de reanimación u otros, de acuerdo a su disponibilidad. El transporte secundario lleva los lesionados del hospital primario o secundario a un hospital de atención terciaria donde deben solucionarse los problemas más complejos, debido a que disponen de equipos y especialistas en todas las disciplinas. Durante el transporte debe evitarse la realización de maniobras bruscas. Dichas actividades se deberán hacer en una forma que no atribuya a agravar su estado.

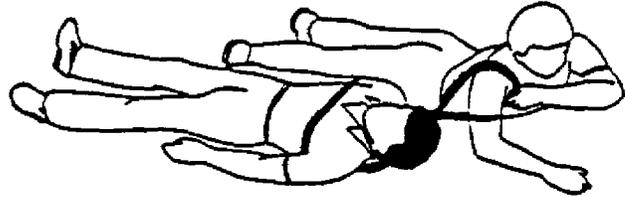
Para finalizar podemos concluir que la atención de las urgencias médicas, por parte del personal que presta sus

servicios paramédicos, requiere de una cuidadosa preparación en Técnicas Básicas de Primeros Auxilios, así como también se deben de acatar y cumplir los protocolos establecidos.

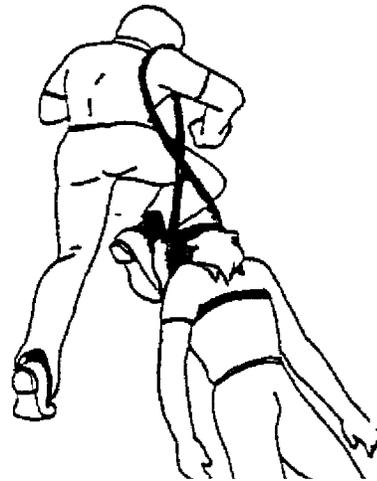
## BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, Tiberio; **MANUAL BASICO DE SOCORRISMO Y ATENCION MEDIA EN DESASTRES.** Medellín, Colombia. Tercera edición. 1990. Volumen 2. p.p. 131 - 179.
- Bergeron, J. David; **FIRST RESPONDER.** Prentice - Hall, Inc. New Jersey, U.S.A. Segunda edición. 1993. p.p. 331 - 342.
- Boswell, Johns; **MANUAL DE SUPERVIVENCIA (EL LIBRO DE LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS).** Editorial Martínez Roca. Barcelona, España. Capítulo 5. 1992. p.p. 61 - 118.
- Cervantes, Eduardo; **PRIMEROS AUXILIOS: LA OPORTUNIDAD DE SALVAR UNA VIDA.** Trillas S.A. México D.F., México. Tercera edición. 1991. p.p. 122 - 185.
- Cook, John y otros; **CIRUGIA GENERAL EN EL HOSPITAL DE DISTRITO.** Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). España. Publicación científica No. 521. 1989. p.p. 1 - 92.
- Cook, John y otros; **CIRUGIA EN EL HOSPITAL DE DISTRITO: OBSTETRICIA, GINECOLOGIA, ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA.** Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). España. Publicación científica No. 535. 1989. p.p. 45 - 120.
- Greenspan, Lorne; **ABBREVIATED INJURY SCALE AND SEVERITY SCORE: A SCORIGN CHART.** The Journal of Trauma. Volume 25, No. 1. 1985. p.p. 60 - 64.
- Memorias; **PRIMER SIMPOSIO INTERNACIONAL DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES.** Gobierno del Estado de México, Instituto de Salud del Estado de México, Subdirección de Urgencias. Ediciones SUEM. p.p. 94 - 241.
- Lewis, Victor; **FACIAL INJURIES ASSOCIATED WITH CERVICAL FRACTURES: RECOGNITION, PATTERNS AND MANEAGEMENT.** The Journal of Trauma. Volume 25, No. 1. 1985. p.p. 90 - 95.
- Luce, John M; **MEDICAL MANEAGEMENT OF SPINAL CROD INJURY.** Critical Care Medicine. Volume 13, No. 2. 1985. p.p. 126 - 131.
- Ministerio de Sanidad y Consumo; **MANUAL DE ATENCION MEDICA DE EMERGENCIA: EN SITUACIONES DE DESASTRES NATURALES O PRODUCIDOS POR EL HOMBRE.** Organización Panamericana de

- d) Tirarse boca abajo a un lado del herido y pasar un brazo a través de la banda hasta apoyarla sobre el hombro.



- e) Procédase al arrastre.

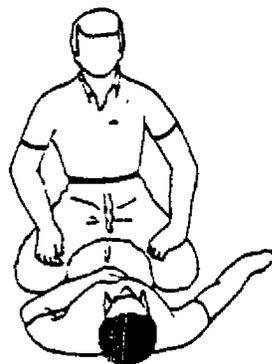


#### Arrastre de bombero

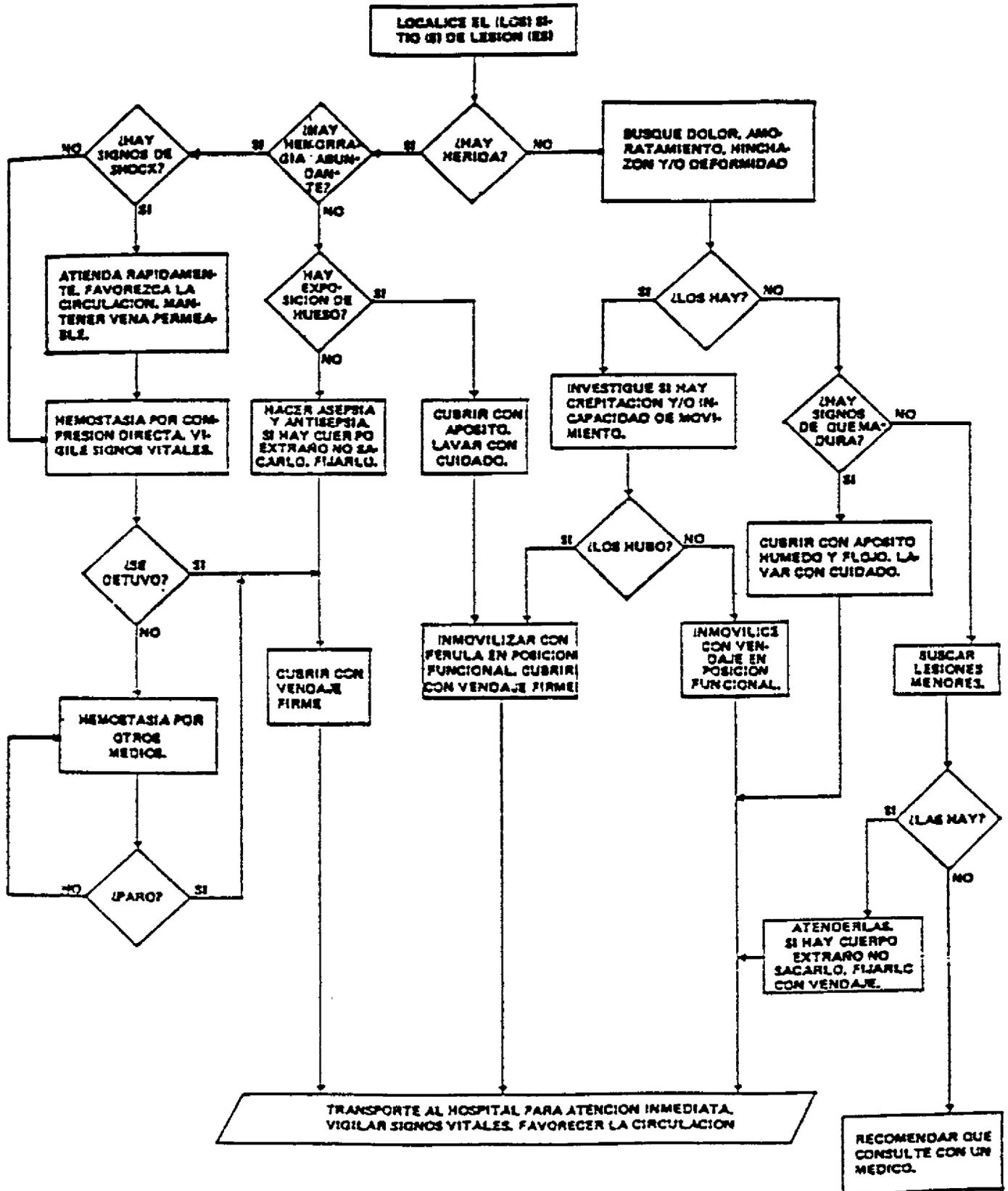
#### ¡Atención!

*No deberá efectuarse este arrastre cuando se presientan fracturas en el cuello o miembros superiores.*

- a) Colóquese boca arriba al auxiliado. Montarse a la altura de sus caderas, mirando hacia su cabeza.



# LESIONES DE LAS EXTREMIDADES



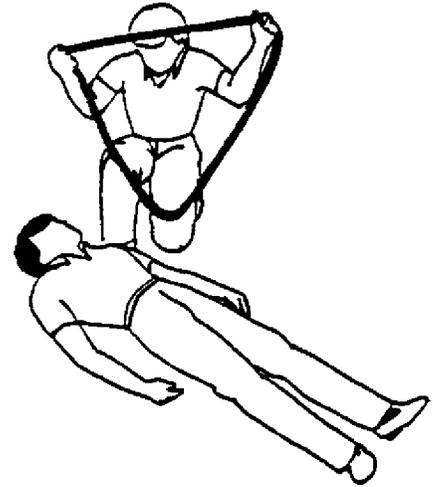
### Arrastre con cinturones

**¡Atención!**

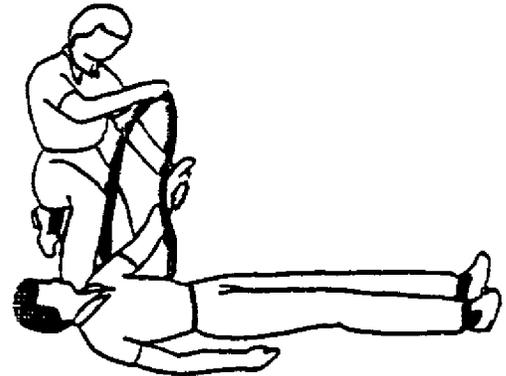
Este tipo de arrastre no deberá hacerse *cuando haya fractura en el cuello.*

En este tipo de arrastre debe hacerse lo siguiente:

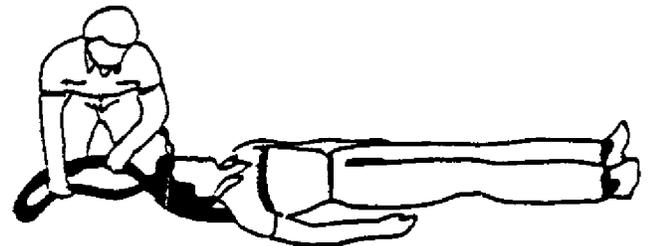
- a) Unir dos cinturones o dos correas para formar una amplia banda; colocar al herido boca arriba.



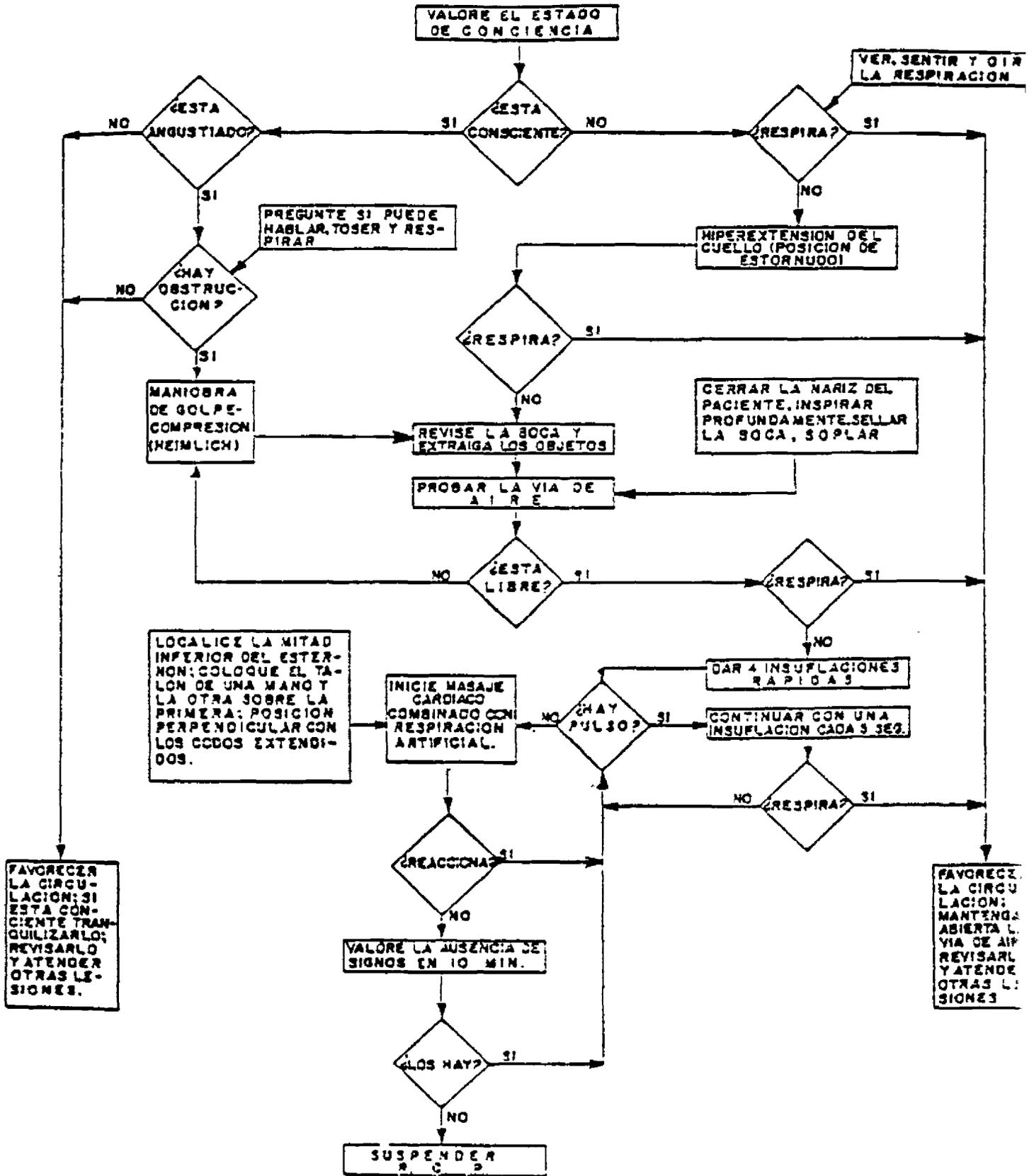
- b) Pasar los brazos del herido a través de la banda, de modo que ésta quede sobre el pecho y pase por debajo de las axilas del herido.



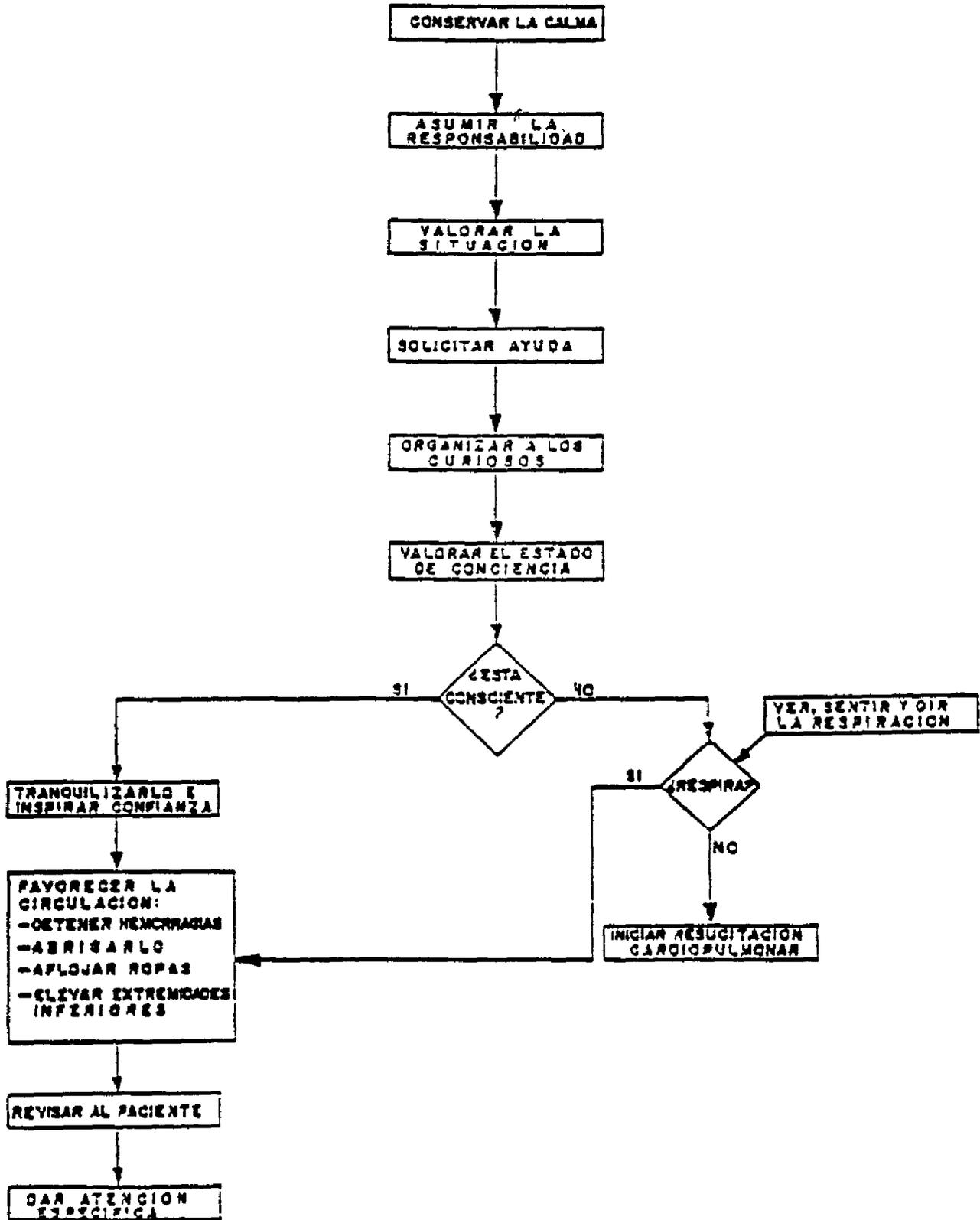
- c) Cruzar la banda formada por los dos cinturones o correas, en forma de ocho, por atrás de la cabeza del herido.



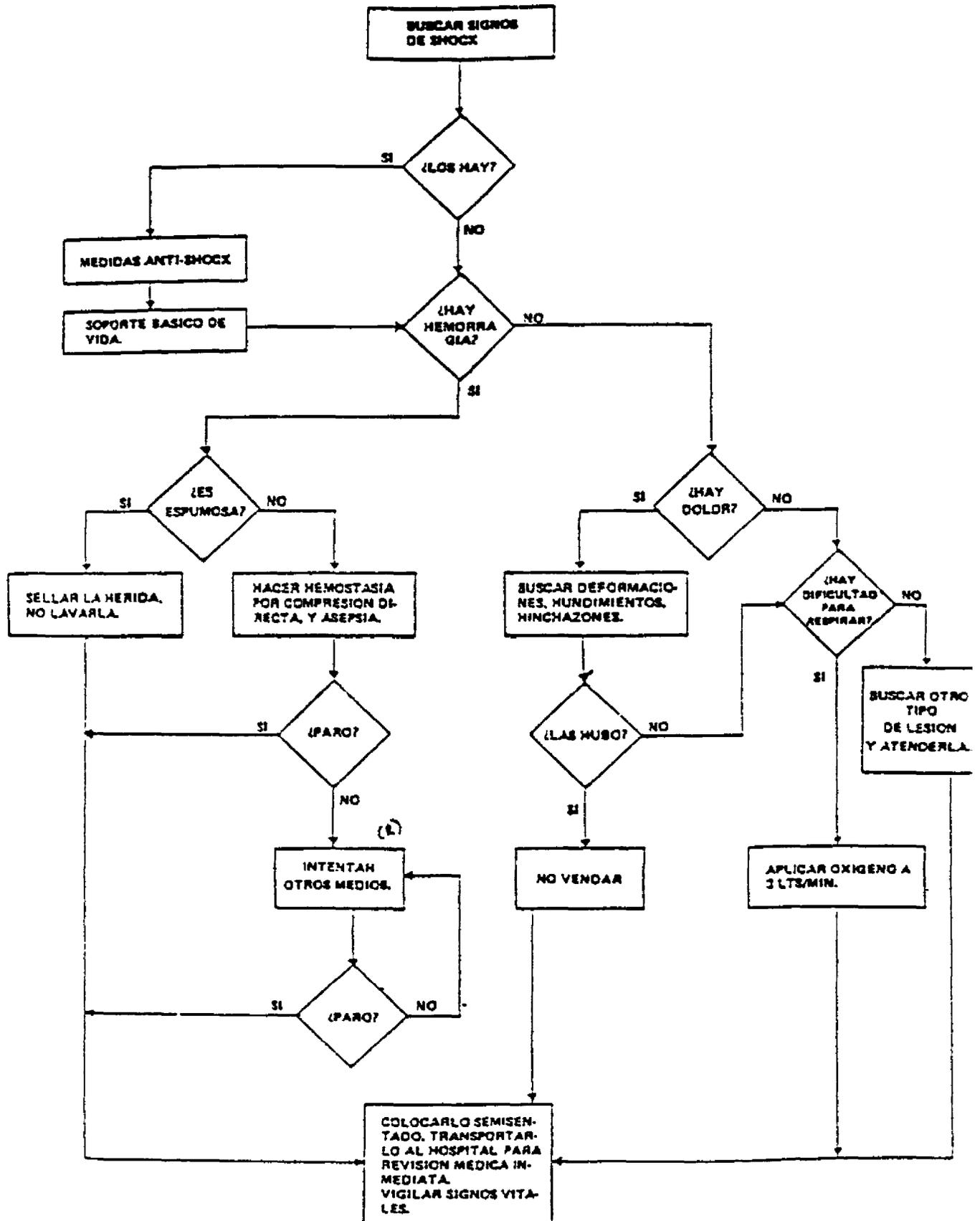
RESUCITACION CARDIO-PULMONAR (R. C. P.)



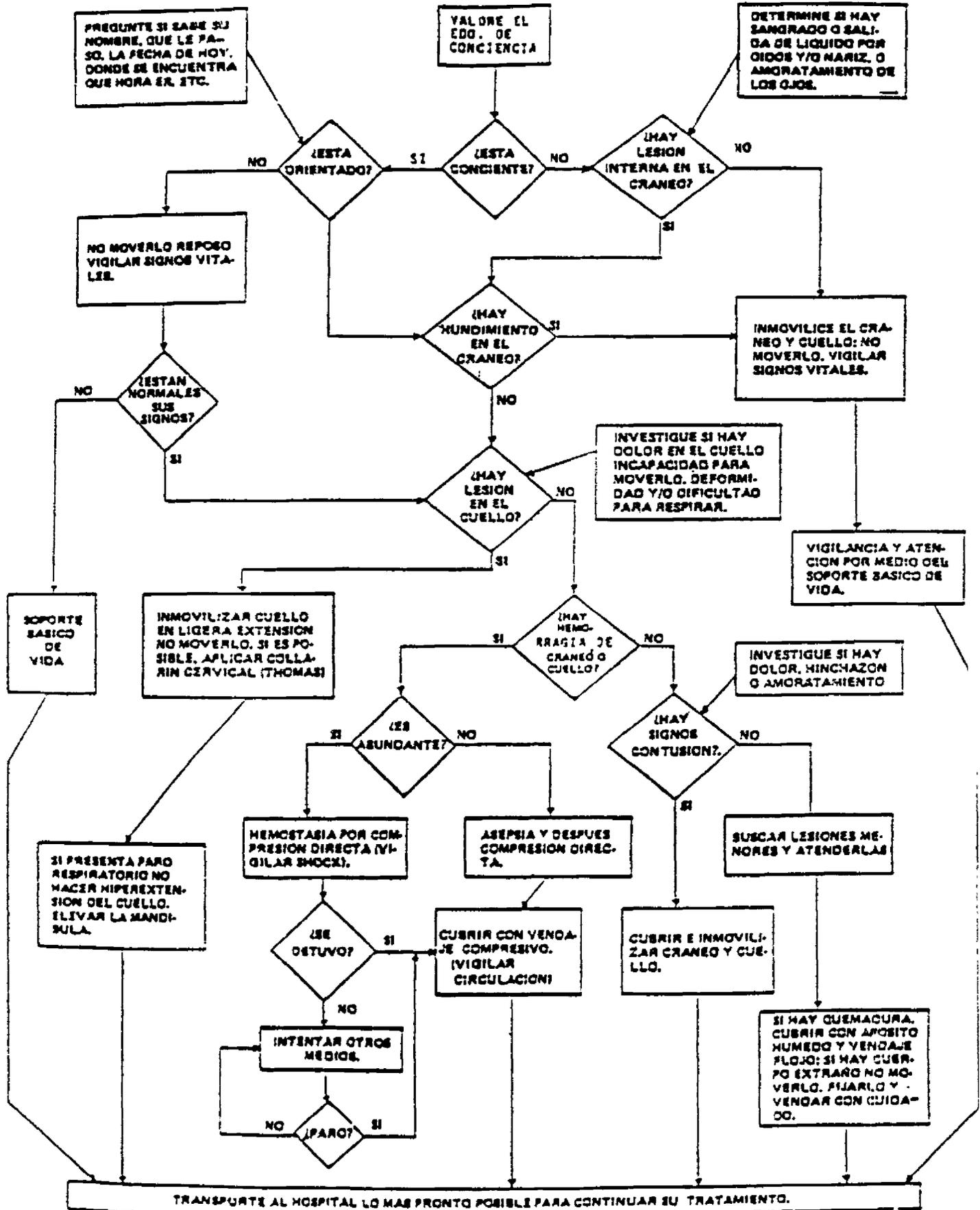
NORMAS GENERALES DE ATENCION MEDICA PRE-HOSPITALARIA  
(DECALOGO)



# LESIONES DEL TORAX



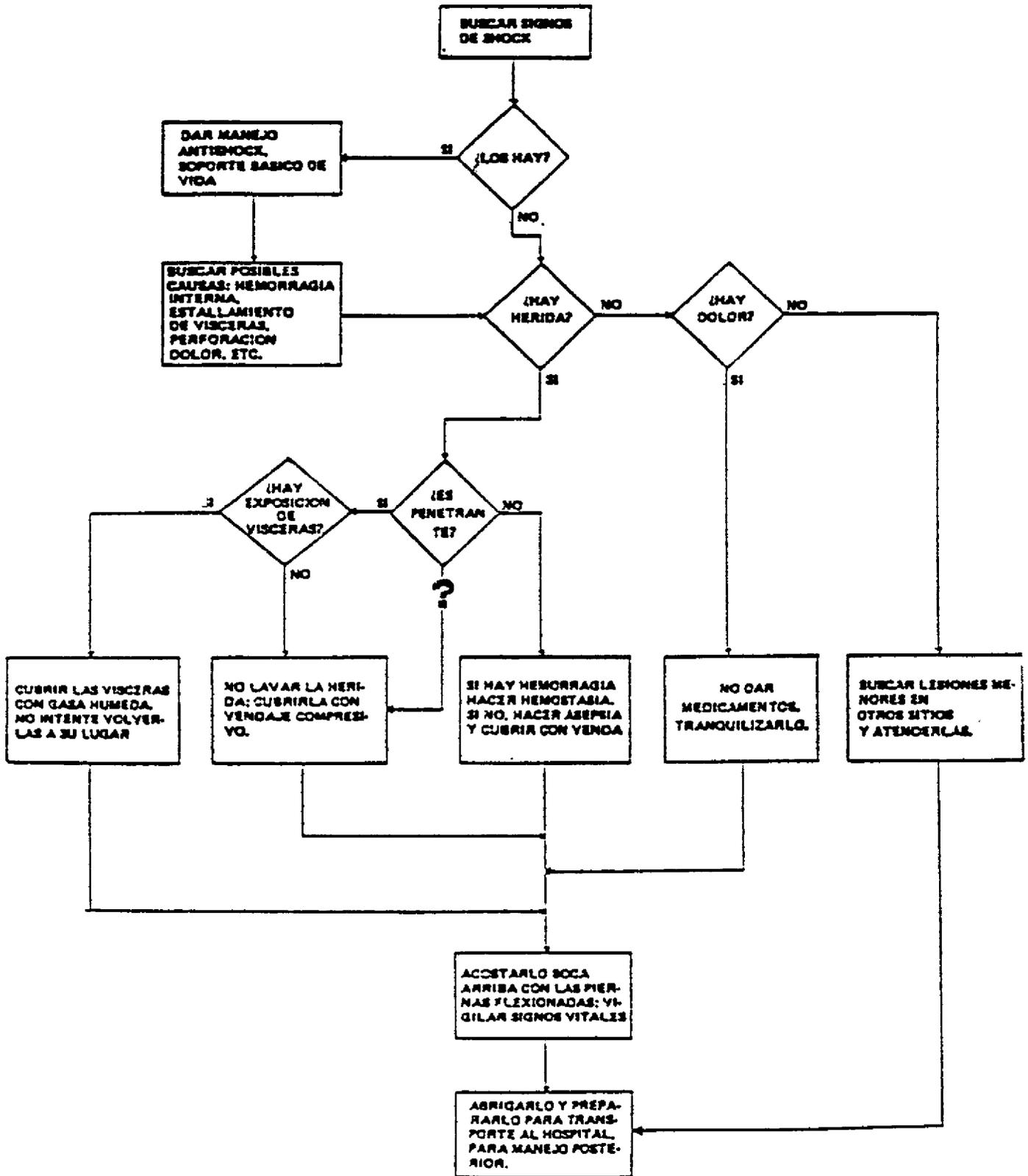
# LESIONES DE CABEZA (CRANEO Y CARA) Y CUELLO

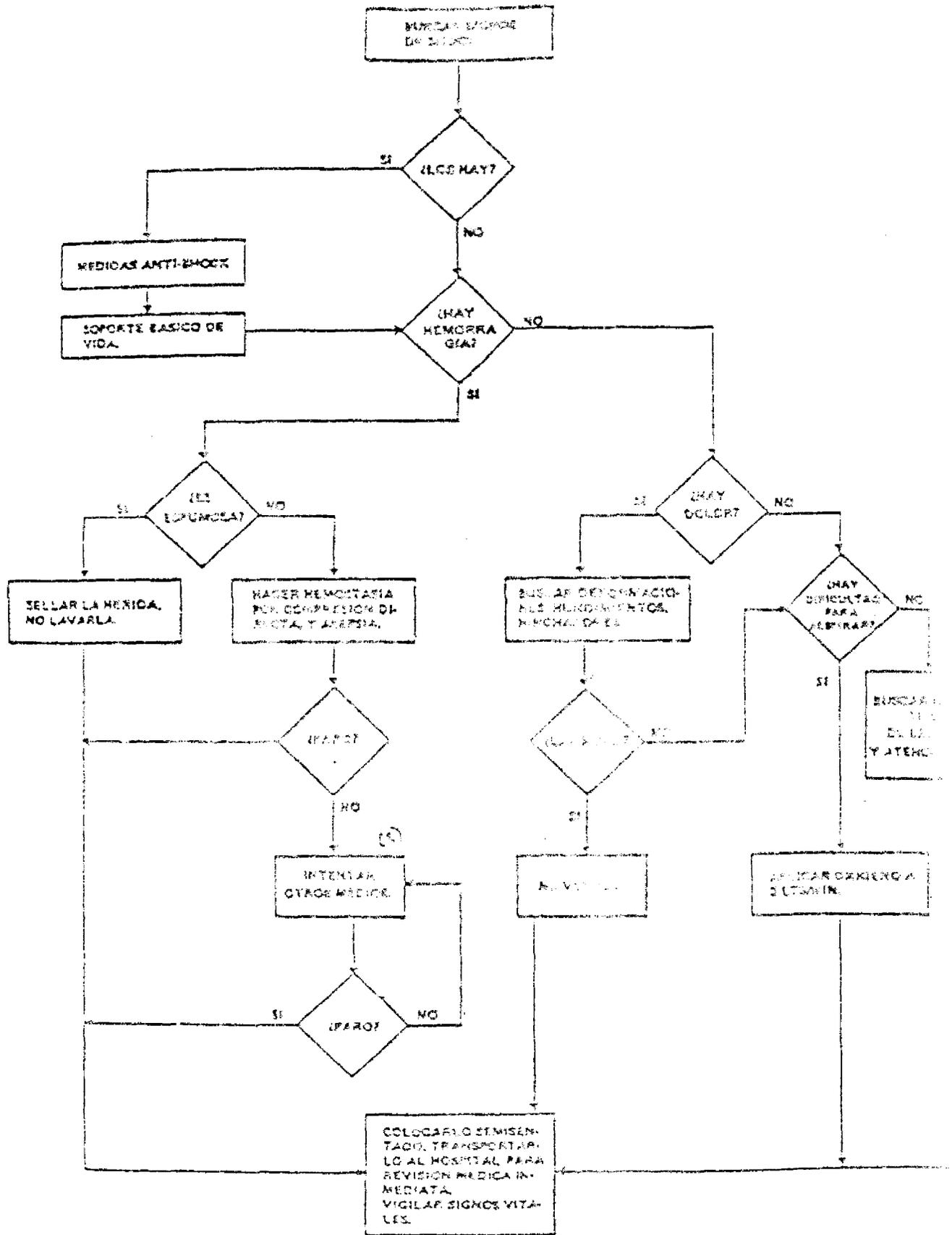


La Salud (O.F.S.). Madrid, España. 1959. p.p. 217 - 231.

Vargas Alvarado, Eduardo; **MEDICINA LEGAL**. Compendio de Ciencias Forenses para Médicos y Abogados. Tercera edición. Lehmann editores. San José, Costa Rica. p.p. 450 - 459.

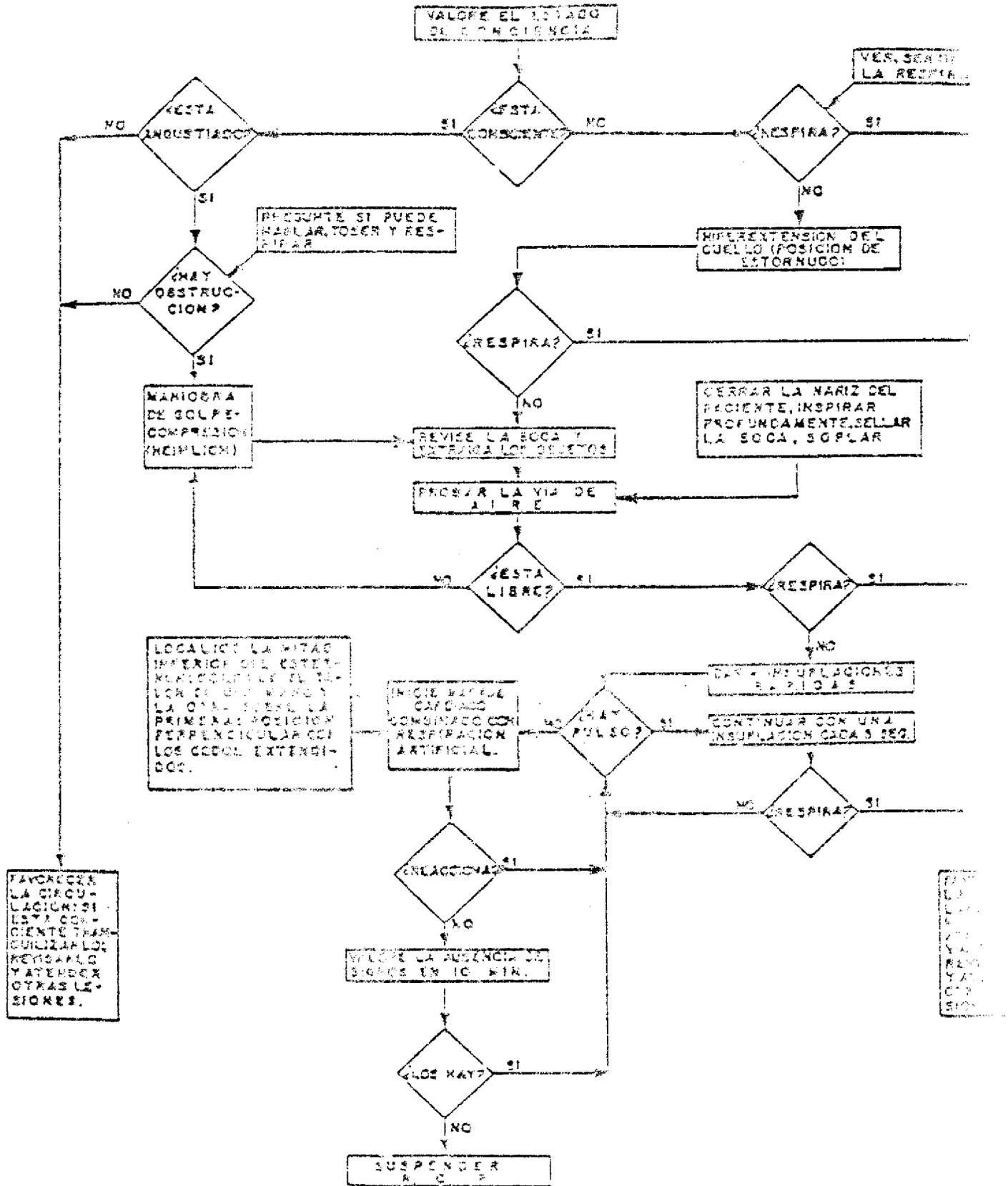
# LESIONES DEL ABDOMEN





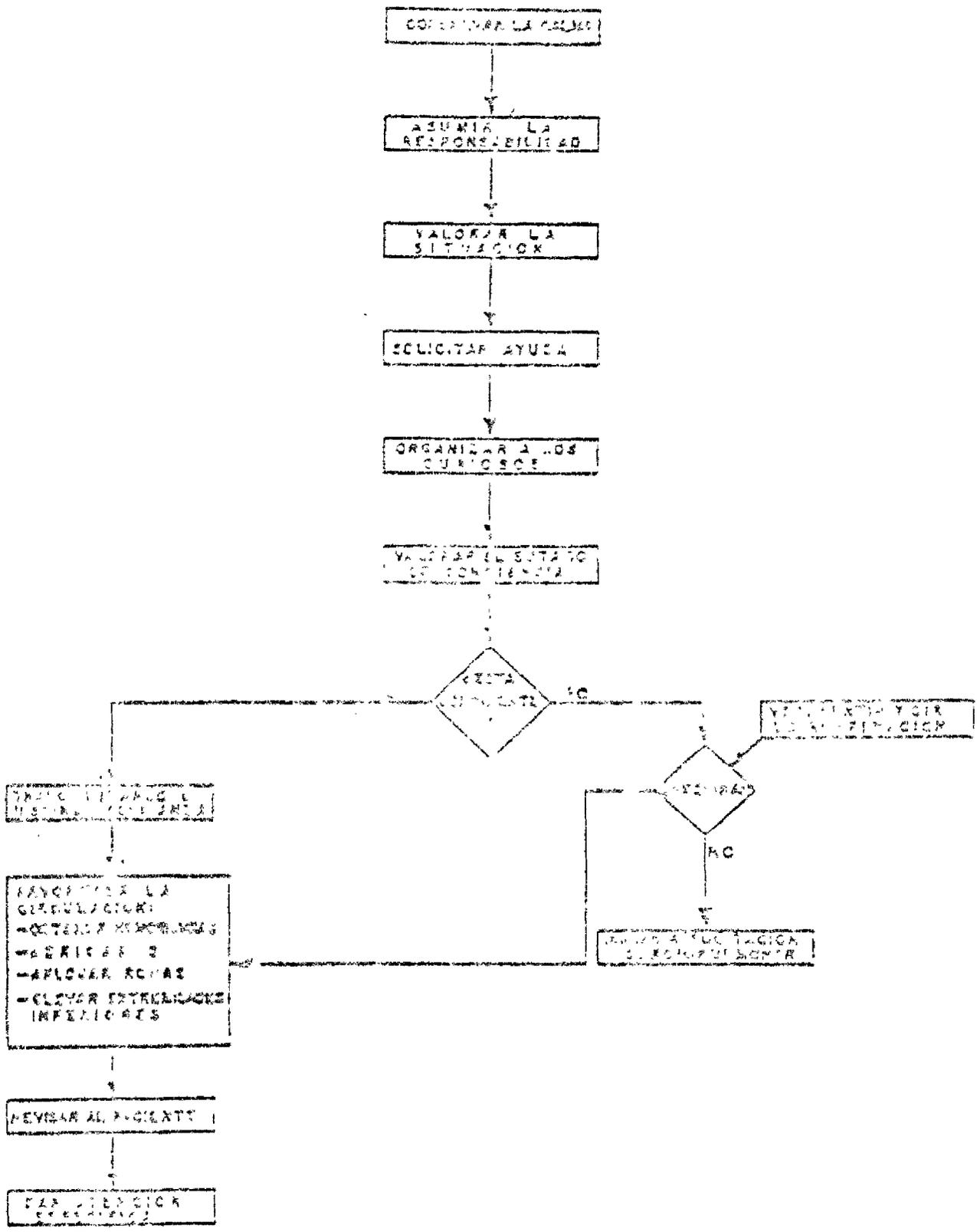


RESUCITACION CARDIO-PULMONAR (R. C. P.)





ALFABETIZACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOSPITAL  
(PSICÓLOGO)



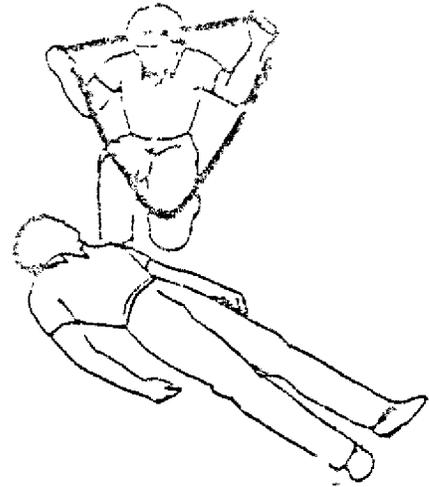
**Arrastre con cinturones**

**ATENCIÓN!**

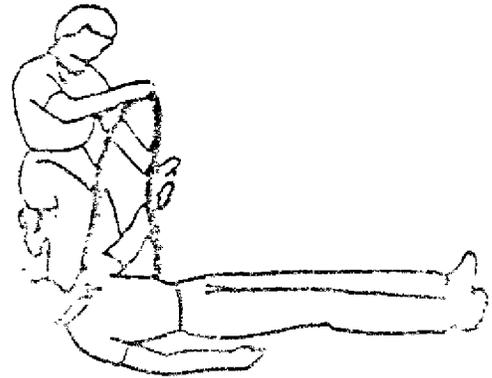
Este tipo de arrastre no deberá hacerse cuando haya fractura en el cuello.

En este tipo de arrastre debe hacerse lo siguiente:

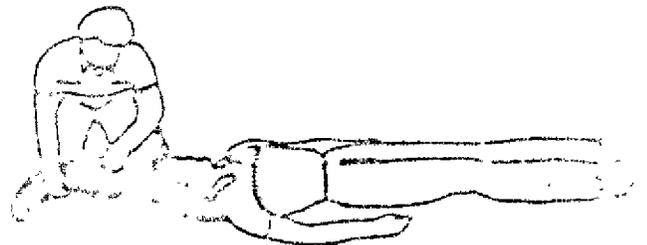
- a) Unir dos cinturones o dos correas para formar una amplia banda; colocar al herido boca arriba.



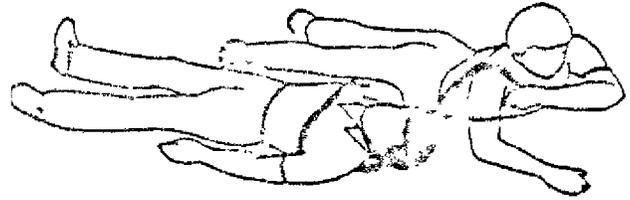
- b) Pasar los brazos del herido a través de la banda, de modo que ésta quede sobre el pecho y pese por debajo de las axilas del herido.



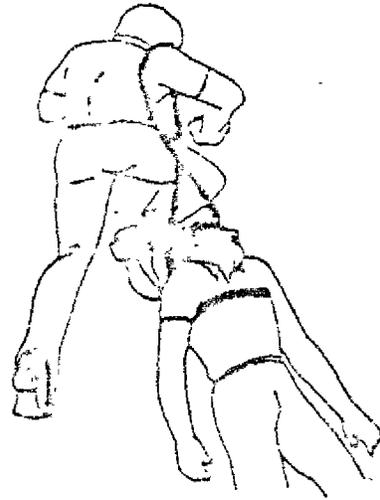
- c) Cruzar la banda formada por los dos cinturones o correas, en forma de ocho, por detrás de la cabeza del herido.



- d) Tirarse boca arriba a un lado del herido y pasar un brazo a través de la banda hasta apoyarla sobre el hombro.



- 
- e) Procédase al arrastre.



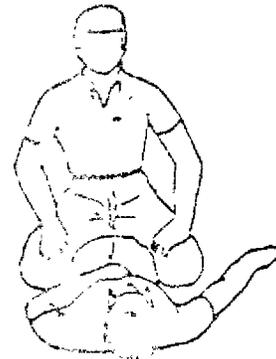
---

Arrastre de bombero

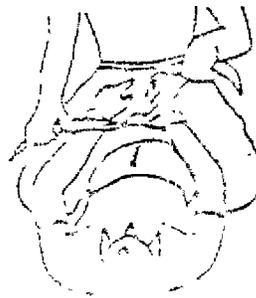
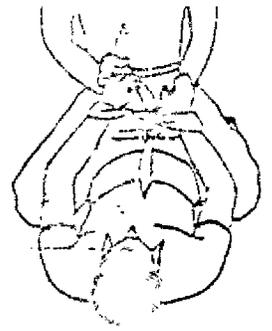
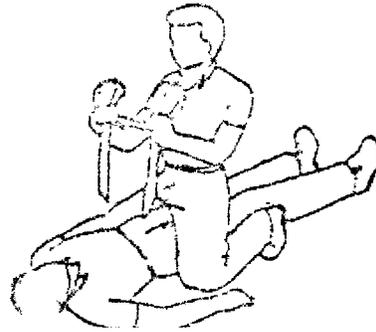
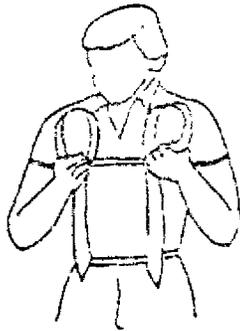
[Atención]

*No deberá efectuarse este arrastre cuando se presenten heridas en el cuello o en miembros superiores.*

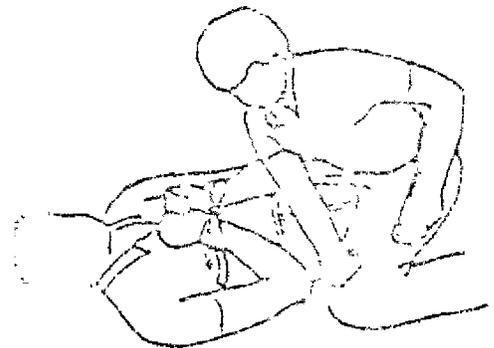
- a) Colóquese boca arriba al herido. Montarse a la altura de sus espaldas, mirando hacia su cabeza.



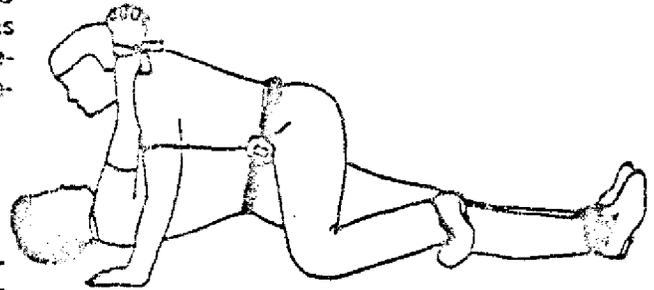
- A) Atar las muñecas del herido con una venda o cinta de 75 milímetros de ancho o 2 centímetros de ancho. En caso de no utilizar corchos de goma o alambre.



- 
- a) Una vez terminada del sujeción con el cerato se debe por medio de las respectivas técnicas.



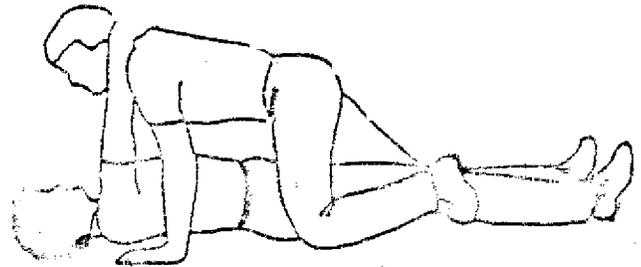
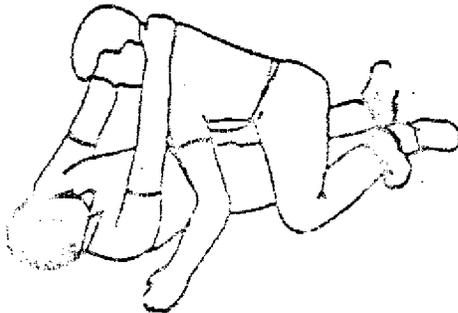
- d) Fájese la cabeza a través de los brazos del herido, los que, al estar unidos por las muñecas, forman un arco cerrado de tal modo que sus manos atadas quedan apoyadas sobre la parte posterior del cuello del auxiliador. Arrástrese al herido avanzando a gatas.



#### ¡Atención!

*Proteger la cabeza del auxiliado para que no sea arrastrada, levantando el auxiliador su cuerpo para que la cabeza del auxiliado cuelgue.*

- e) Si el herido está consciente y puede colaborar con seguridad, no es necesario sujetarle las muñecas; basta con que se cuelgue del cuello del que le arrastra.



---

## LEVANTAMIENTO Y TRANSPORTE

### Levantamiento 1 (de mochila)

- a) Colóquese al herido boca arriba con las piernas abiertas. Trábase otro cinturón con el del herido de tal modo que forme una banda.