



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



DIRECCIÓN
DE ADMINISTRACIÓN
Y EVALUACIÓN
DE DELEGACIONES

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES
MÉDICAS

COMISIÓN NACIONAL
MIXTA DE
CAPACITACIÓN Y
ADIESTRAMIENTO

**MATERIAL DIDÁCTICO
PARA LA CATEGORÍA DE
CAMILLERO EN UNIDADES
HOSPITALARIAS
C.R. 02-2014**





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES
DEL SEGURO SOCIAL**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL



HOJA DE IDENTIFICACIÓN Y AUTORIZACIONES

NOMBRE DEL DOCUMENTO

MATERIAL DIDÁCTICO PARA LOS ASPIRANTES A LA
CATEGORÍA DE CAMILLERO EN UNIDADES HOSPITALARIAS
CLAVE C.R. 03-2012

SÍNTESIS DEL DOCUMENTO

CONTIENE LOS PRINCIPALES CONOCIMIENTOS, RESPECTO A LAS ACTIVIDADES QUE
EL ASPIRANTE A LA CATEGORÍA CAMILLERO EN UNIDADES HOSPITALARIAS, DEBE
CUMPLIR DE CONFORMIDAD CON LO SEÑALADO EN EL PROFESIOGRAMA
RESPECTIVO.

AUTORIZACIONES


DR. SALVADOR CASARES QUERALT
COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN SALUD


DR. JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO
COORDINADOR DE
UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

COMISIÓN NACIONAL MIXTA DE CAPACITACIÓN Y ADIESTRAMIENTO
REPRESENTACIÓN EJECUTIVA


C. P. LUCIO CORTÉS SUAZO
INSTITUCIONAL


ENF. ESP. MA. LORENA RIVERA VÁZQUEZ
SINDICAL



***Manual
para
la
categoría de
Camilleros
en
Unidades
Hospitalarias***





AUTORES

En la elaboración de este documento participó el personal del área de la salud adscrito al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Coordinadores Generales:

Coordinación de Educación en Salud.

Dr. Faustino Félix Espinoza
Jefe del Área de Capacitación en el Trabajo
División de Educación Continua

Dra. Ma. Teresa Ávalos Carranza
Jefa del Área de Programas Especiales
División de Educación Continua

Coordinación de Políticas en Salud.

Lic. Julia Echeverría Martínez
Jefe de la División de Programas de Enfermería

Lic. María Isabel López López
Coordinadora de Programas de Enfermería

Personal de Servicios Básicos

C. Alejandro López Rodríguez
UMAE Hospital de Gineco Obstétrica No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza"
Delegación Norte del Distrito Federal

C. Felipe Hernández Ferreira
UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 4 "Dr. Luis Castelazo Ayala"
Delegación Sur del Distrito Federal

C. Israel Guzmán Torrijos
UMAE Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 Centro Médico Nacional "La Raza"
Delegación Norte del Distrito Federal

C. José Trinidad Ramírez Guevara
UMAE Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI
Delegación Sur del Distrito Federal



Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. María Teresa García Flores
Jefa del Área de Planeación y Diseño
División de Apoyo a la Gestión

M.C. Sonia Patricia de Santillana Hernández
Coordinadora de Programas Médicos
División de Apoyo a la Gestión

M. en C. Adriana Calvo Lozada
Coordinadora de Programas de Enfermería
División de Apoyo a la Gestión

Coordinación de Atención Integral en Segundo Nivel

Dr. Jorge Alberto Mata López
Jefe de Área
Apoyo a la Gestión y Sistemas de Información

Dra. Hilda Lourdes Rivera Mendoza
Coordinadora de Programas Médicos

Lic. Irma Valencia Mendoza
Coordinadora de Programas de Enfermería

Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento

C.P. Lucio Cortés Suazo
Representante Institucional

C. Mónica García Hernández
Representante Sindical

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social

Dr. Cándido León Montalvo
Secretario de Trabajo del CEN del SNTSS

ÍNDICE

	Página
Introducción	9
Objetivo General	11
I. Introducción a la Categoría de Camillero	12
Objetivo específico	14
1.1 Antecedentes históricos	15
1.2 Estructura organizacional	18
1.3 Bases legales	22
1.4 Integración del personal de camillería con el personal de enfermería	23
1.5 Equipo y material de trabajo	29
1.6 Actividades del personal de camillería	36
II. Relaciones Humanas	38
Objetivo específico	40
2.1 Aspectos éticos, legales y desarrollo humano	41
2.2 Aspectos psicológicos	48
2.3 Comunicación	54
III. Movilización y traslado	58
Objetivo específico	60
3.1 Recomendaciones generales para el camillero	61
3.2 Reglas de seguridad para el camillero	61
3.3 Higiene de la columna vertebral	64
3.4 Técnicas	68
3.5 Traslado	86
IV. Calidad y seguridad para el paciente	98
Objetivo específico	99
4.1 Metas Internacionales de seguridad para el paciente	100
4.2 Infecciones asociadas a la atención en salud	102
4.3 Precauciones estándar	105

V. Traslado de pacientes con oxígeno, venoclísis, sondas y drenes	118
Objetivo específico	120
5.1 Equipo y precauciones en el traslado de pacientes con oxigenoterapia	121
5.2 Equipo y precauciones en el traslado de pacientes con venoclísis	123
5.3 Equipo y precauciones en el traslado de pacientes con sondas y drenes	124
VI. Principios básicos de RCP y primeros auxilios	126
Objetivo específico	128
6.1 Urgencias de primer contacto	129
6.2 Proceso del Triage en Urgencias médicas y Admisión continua	130
6.3 Evaluación primaria de la víctima	131
6.4 Evaluación secundaria de la víctima	133
6.5 Obstrucción de la vía aérea	136
6.6 Reanimación Cardiopulmonar	138
6.7 Hemorragias	143
6.8 Estado de Choque	146
6.9 Quemaduras	148
6.10 Fracturas	152
6.11 Intoxicaciones por sustancias peligrosas	159
6.12 Convulsiones y epilepsia	161
VII. Apoyo en caso de desastre	163
Objetivo específico	164
7.1 Definiciones	165
7.2 Etapa de preparación	165
7.3 Apoyo a pacientes en el lugar de los hechos	167
7.4 Apoyo en derrumbes y/o incendios	167
Referencias bibliográficas	170

INTRODUCCIÓN

La Coordinación de Educación en Salud de formas conjunta con la Comisión Nacional Mixta de Capacitación y Adiestramiento y la Comisión Nacional Mixta de Selección de Recursos Humanos, han elaborado el presente manual con el fin de presentar en forma objetiva y sistemática los procedimientos que debe realizar el personal de Camillería en Unidades Hospitalarias pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

El manual consta de siete apartados, que abordan los fundamentos, procedimientos y actividades a desarrollar por el personal de Camillería.

En el primer apartado se presentan los antecedentes históricos de Camillería, la estructura orgánica del IMSS, las bases legales, el profesigramas, el equipo y material necesarios, así como recomendaciones al personal de Camillería para el buen desempeño de sus funciones.

Segundo apartado contiene los fundamentos que norman la conducta ética que debe observar el personal de Camillería hacia los pacientes, familiares, personal de salud y sus pares. Así como las características psicológicas que presentan los pacientes hospitalizados, los elementos de la comunicación, sus tipos y barreras.

En el tercer apartado se abordan la temática de ejercicios físicos para el personal de Camillería, las técnicas de movilización y traslado, así como se enuncian las acciones para proporcionar al paciente un entorno seguro, durante el traslado y movilización,

Cuarto apartado contiene las Metas Internacionales de Seguridad para el Paciente, los factores de riesgo para las Infecciones asociadas a la atención en salud. de manera individual o en equipo, en diferentes escenarios , así como las precauciones estándar a cumplir en todos los momentos que se interactúe con los pacientes.

Y se presenta la técnica de lavado de manos con agua y jabón así como con alcohol en gel.



En el apartado cinco se hace mención del material y equipo, medidas y precauciones en la movilización y traslado de pacientes con oxigenoterapia, venoclísis, sondas y drenes.

En el apartado seis se enuncian los conceptos y el procedimiento de Reanimación Cardiopulmonar, los primeros auxilios a efectuar en hemorragias, fracturas, ahogamiento, quemaduras, intoxicaciones y crisis convulsivas.

Y el séptimo apartado describe las acciones a realizar por el personal de Camillería en caso de siniestro en las Unidades Hospitalarias.



OBJETIVO GENERAL

Contar con un documento institucional fundamentado en la normativa, que guíe el desempeño de las funciones del personal de la categoría de Camillero en Unidades Hospitalarias del Instituto Mexicano del Seguro Social.

I. INTRODUCCIÓN

A LA

CATEGORÍA

DE

CAMILLERO





Objetivo Específico

Que el personal de Camillería identifique los antecedentes históricos, estructura orgánica del IMSS, bases legales, equipo, material y el profesiograma de su categoría.

I.I ANTECEDENTES HISTÓRICOS

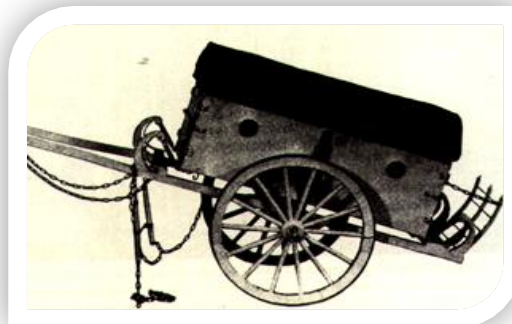
La historia de los camilleros está ligada al de las ambulancias, ya que la función sustantiva del personal de camillería es el traslado de los pacientes. Esto se da principalmente en los campos de guerra, cuando son trasladados los soldados heridos a los sitios donde se les proporcionarían los cuidados requeridos.

En tiempos muy antiguos, sin duda, los enfermos fueron llevados entre dos amigos quienes lo transportaban de la manera que a ellos les resultaba más conveniente. Si había una sola persona para transportarlo, seguramente lo hacía sobre sus espaldas. Probablemente el siguiente modo de transporte de los heridos o enfermos fue usando dos postes a los que se ataba fuertemente una hamaca.

Este tipo de camilla fue usado durante muchos, muchos años. Los postes eran colocados por debajo de los brazos y estos se apoyaban a lo largo de ellos.¹

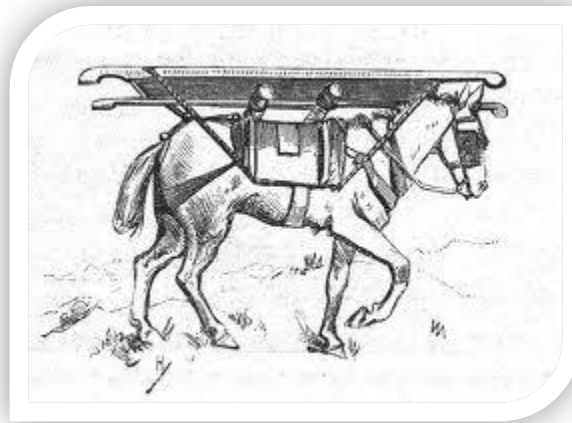
Después de la invención de la rueda, el hombre antiguo, cansado de cargar sobre sus espaldas al camarada herido, construyó una tosca carreta para aliviar su trabajo. Los primeros antecedentes sobre atención en vehículos específicos para personas en riesgo de salud tienen origen remoto y es difícil saber realmente cuando se usó por primera vez un vehículo para transportar una persona enferma o lesionada. El primer vehículo para el transporte de los enfermos fue probablemente construido cerca del año 900 A.C.

Durante todo el tiempo que duró la Edad Media existieron carretas para transportar cuerpos, usadas particularmente cuando poblaciones enteras sucumbían ante la peste, aunque el uso de esas carretas por lo general se limitaba a acarrear muertos.



¹<http://revistamedica.8m.com/misc4.htm>

Pocos cambios fueron registrados en los siguientes siglos, hasta que los Normandos llegaron a Inglaterra con su “litera a caballo” para el transporte de los inválidos. Ellos suspendían una cama de dos postes, los cuales se tomaban por sus extremos a dos arneses especiales, colocado uno en el caballo de adelante y otro en el de atrás. Ciertamente el paciente debía soportar una serie de saltos al ser transportado y seguramente en muchas oportunidades estos saltos eran fatales para los enfermos. Diferentes adaptaciones de este sistema fueron utilizadas hasta el siglo XVII.²



Importancia de la función del camillero.

El traslado y movilización de los pacientes, son procedimientos de suma importancia pero que conllevan riesgos tanto para el paciente como para el personal que lo realiza.

En primer lugar nos ocuparemos del paciente, esto debido a la patología que presente el paciente, ya que puede ser grave lo que requiere que primero se estabilice al paciente, antes de ser trasladado a otro servicio de la Unidad o incluso referirlo a otro Hospital, también el traslado puede ser a servicios que apoyan en el establecimiento del diagnóstico del paciente, como puede ser una interconsulta o los servicios auxiliares de diagnóstico, como son rayos x, ultrasonografía, medicina nuclear, etc.

²<http://santamariasandoval.blogspot.com>

Otro aspecto es la movilización, en muchas ocasiones por el estado de inestabilidad o enfermedad que el paciente presenta, no puede ser autosuficiente para realizar ciertas actividades, incluso las de auto cuidado, como son la higiene personal, o también porque parte del tratamiento sea la limitación de la movilidad, por lo que será necesario auxiliarlo para su movilización como sería en el caso del baño de esponja, en el cambio de la ropa de cama, evitar escaras y algunas otras, esto en coordinación con el personal de enfermería responsable del paciente.

Pero también puede implicar un riesgo para el equipo de salud, ya que si no se manejan adecuadamente los principios de mecánica corporal para la movilización del paciente o solicitar la ayuda de otro camillero para movilizar o trasladar al paciente, cuando se requiera por su estatura o peso, el camillero puede presentar algún daño ya sea temporal o permanente.

De ahí la importancia de que el personal de camillería tenga la capacitación necesaria, para realizar sus funciones con seguridad para el paciente y para el personal mismo.

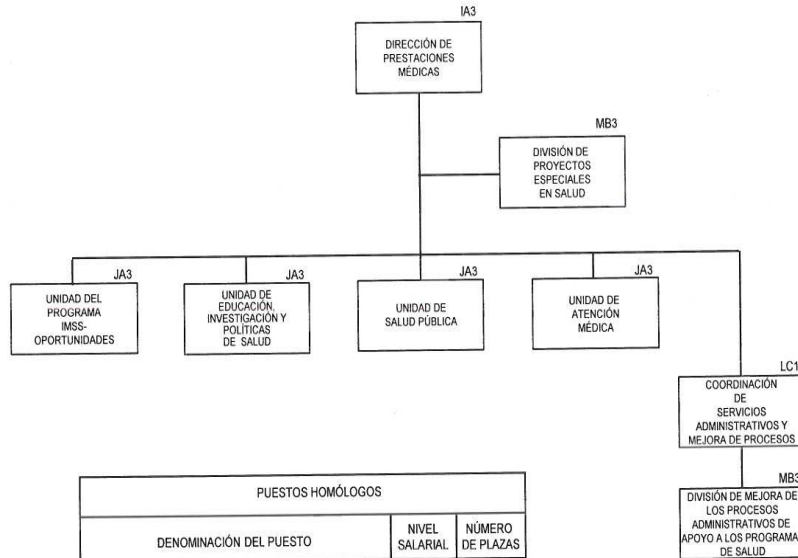
1.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ³



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
ESTRUCTURA DICTAMINADA
VIGENCIA: 1 DE ENERO DE 2014



II y IV



III y IV

PUESTOS HOMÓLOGOS		
DENOMINACIÓN DEL PUESTO	NIVEL SALARIAL	NÚMERO DE PLAZAS
• Coordinador de Asesores	LC1	1
• Asesor	MA3	3
• Secretario Particular	MA3	1
• Secretario Privado	MA2	1
• Coordinador Normativo	LC2	1
• Coordinador Normativo	LA1	1
• División	MA3	1
• División	MA1	3
Total		12

³ <http://intranet/Docs/Normas/DIR.%20PRESTACIONES%20MEDICAS/MANUALES/MANUALES%20DE%20ORG/2000-002-001.pdf>



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES
DEL SEGURO SOCIAL**



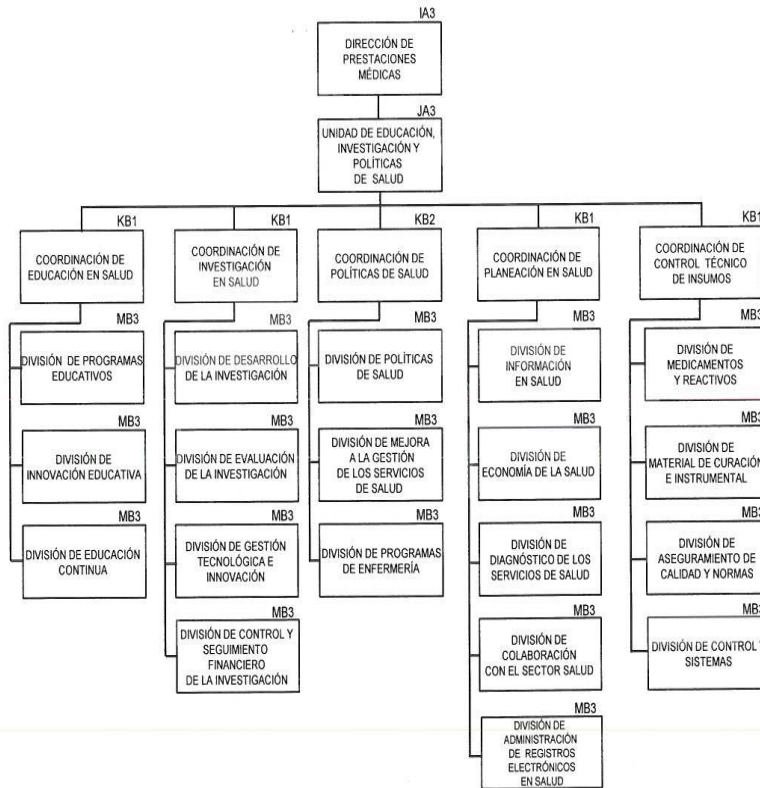
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
ESTRUCTURA DICTAMINADA
VIGENCIA: 1 DE ENERO DE 2014



II

III

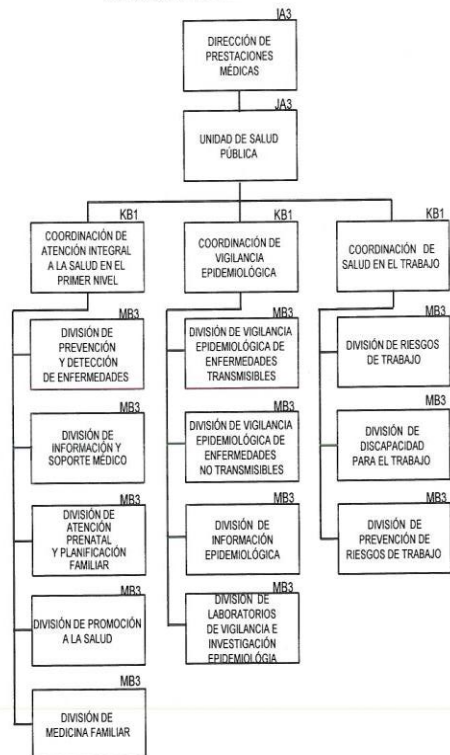
IV



II

III

IV





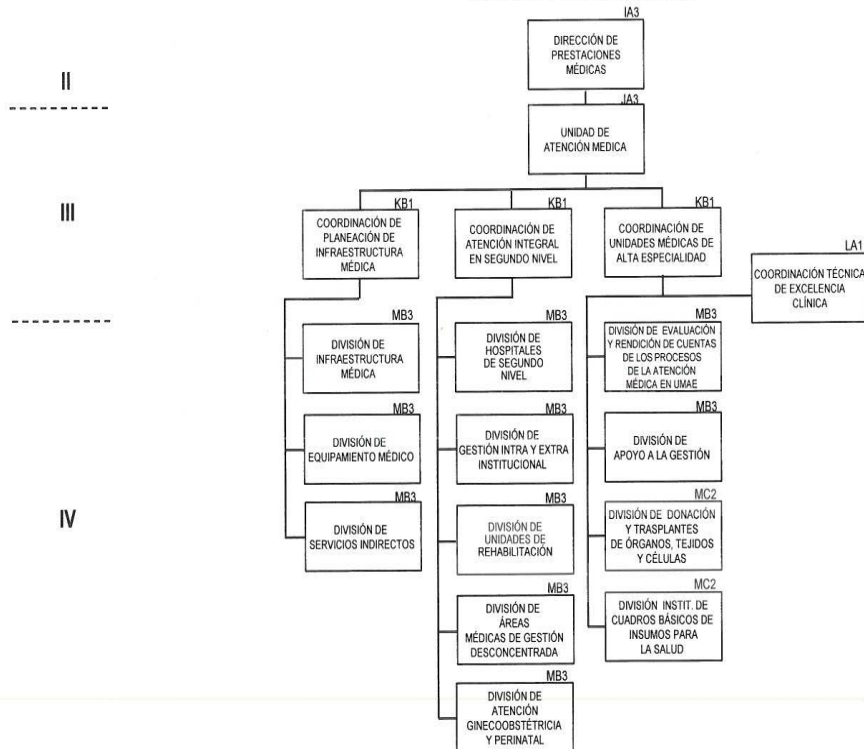
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES DEL SEGURO SOCIAL



MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA ESTRUCTURA DICTAMINADA VIGENCIA: 1 DE ENERO DE 2014



1.3 BASES LEGALES

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

El artículo 123, apartado A; Fracción XIII, a la letra dice:

“Las empresas, cualquiera que sea su actividad, estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores, capacitación, adiestramiento para el trabajo. La Ley reglamentaria los sistemas, métodos y procedimientos conforme a los cuales los patrones deberán cumplir con dicha obligación”⁴

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Capítulo III Bis, Artículo 153 A:

“Todo trabajador tiene el derecho de que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida y productividad, conforme a los planes y programas formulados, de común acuerdo, por el patrón y el Sindicato o sus trabajadores y aprobados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social”⁵

Artículo 153-D:

“Los cursos y programas de capacitación o adiestramiento de los trabajadores, podrán formularse respecto a cada establecimiento, una empresa, varias de ellas o respecto a una rama industrial o actividad determinada”⁶

CONTRATO COLECTIVO DE TRABAJO DEL IMSS

Cláusula 114. Capacitación y Adiestramiento

“El Instituto y el Sindicato, considerando esencial el desarrollo de los trabajadores, así como la elevación de su calidad de vida, acuerdan la permanente impartición de cursos de capacitación, adiestramiento, actualización y orientación para todos los trabajadores de base”

“El aprovechamiento en los cursos a que se refiere esta Clausula será objeto de evaluación”⁷

⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma DOF 09-02-12.

⁵ Ley Federal del Trabajo. Última reforma DOF 09-04-12).

⁶ Ibídem

⁷ Contrato Colectivo de Trabajo 2011-2013

1.4 Integración del personal que realiza funciones de camillería con el personal de enfermería

Definición de integración:

La palabra **integración** tiene su origen en el concepto latino *integratio*. Se trata de la **acción y efecto de integrar o integrarse** (constituir un todo, completar un todo con las partes que faltaban o hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo). La **integración** como hecho social, implica la interacción del individuo en su entorno, la pertenencia a un grupo social con espíritu de solidaridad y respeto e interviniendo en su propia realidad con posibilidades de transformarla para su beneficio y el de la colectividad. Estar integrado socialmente significa, satisfacer las aspiraciones y necesidades, tanto personales como sociales, asumiendo la responsabilidad y las obligaciones que como miembro del equipo le corresponden.



¿Qué es un equipo multidisciplinario?

El equipo multidisciplinario es aquel que esté formado por un grupo de profesionales de diferentes disciplinas, donde uno de ellos es el responsable del trabajo que se lleva a cabo sin embargo, requiere del aporte del resto de los profesionales para obtener el logro de los objetivos comunes en donde el trabajo es compartido, la responsabilidad es de todos y cada quien tiene un campo de acción donde tenemos que tener una "integración armónica de un conjunto de individuos que interactúan en forma duradera, para el logro de uno o varios objetivos comunes, por medio de una autoridad técnica y administrativa que, aunque centralizada, considera la delegación de funciones".(1)

(1) Menenghello Julio: Pediatría, tomo 1, Inter-Médica Edición Buenos Aires, Argentina, Pág. 82.



Uno de los integrantes del equipo multidisciplinario es el personal profesional de enfermería.

¿Quién es un profesional en Enfermería?

Es aquel que presta un servicio a la sociedad en coordinación con otros profesionistas del área de la salud, a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades, así como de la rehabilitación de las personas que las padecen, basándose en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas reales o potenciales que los sujetos sanos o enfermos presentan, con el propósito de conservar y fomentar la salud.

Como profesión, la enfermería realiza acciones en tres niveles:

Primer Nivel de Atención. El profesional de enfermería actúa como enlace entre los servicios de salud y la población, ayuda a la comunidad a identificar los problemas referentes a la salud y a hacer conciencia para que ellos mismos elaboren respuestas tendientes a solucionar su problemática.

Segundo y Tercer Nivel de Atención. Participa activamente, tanto de forma independiente como interdependiente, con el resto del equipo de salud en las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Campos de Acción

- Resuelve problemas de salud de individuos, familias y comunidades, con una visión integral.

- Participa en la restauración de la salud en instituciones de primer y segundo nivel de atención.
- Participa y diseña programas de educación formal y no formal en el área de la salud.
- Organiza departamentos de salud en el área de enfermería.
- Diseña y desarrolla programas para instituciones educativas de salud.
- Realiza investigación básica y aplicada para crear conocimientos que solucionen problemas de salud, todo esto lo realiza integrándose al equipo multidisciplinario.



La integración del personal de enfermería es con el equipo multidisciplinario y con personal auxiliar que participará en la atención del paciente y así lograr un mismo objetivo de brindar una atención de calidad, eficiente, segura y libre de riesgos a cada uno de los derechohabientes, por esta razón el camillero juega un papel muy importante para el logro del objetivo ya que sus funciones y actividades de movilización y traslado en unidades de atención médica de segundo y tercer nivel, a los pacientes, cadáveres, órganos y tejidos en camillas marinas, de ruedas, manuales, incubadoras, camas, sillas de ruedas o cualquier dispositivo de traslado hospitalario que así lo requieran por indicaciones y supervisión de enfermería; responsable de la atención directa de los paciente (Enfermera Especialista, Enfermera General y Auxiliar de Enfermería General).



Integrándose también así a la línea de mando del personal Directivo de Enfermería que son las Directoras de Enfermeras, Jefes de Enfermeras, Subjefes de Enfermeras y Enfermeras Jefes de Piso, realizando con ellas todos los trámites administrativos como son: asignación de descansos, de servicio, programación de vacaciones, licencias con y sin sueldo, pases de entrada y salida.



Para el logro de la integración entre el personal de Enfermería y esta nueva categoría de camillero es sumamente importante que el personal de camillería conozca los principios que rigen al profesional de enfermería, pues no son exclusivos de dicha profesión, ya que están encaminados a proporcionar un trato digno y de calidad al paciente siempre respetando sus derechos basados en los siguientes principios:

Beneficencia y no maleficencia.- Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada.

Justicia.- La justicia en la atención se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano. Es un valor que permite

ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones.

Valor fundamental de la vida humana.- Este principio se refiere a la inviolabilidad de la vida humana, es decir la imposibilidad de toda acción dirigida de un modo deliberado y directo a la supresión de un ser humano o al abandono de la vida humana, cuya subsistencia depende y está bajo la propia responsabilidad y control.

Privacidad.- El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

Fidelidad.- Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.

Veracidad.- Se define como el principio ineludible de no mentir o engañar a la persona. La veracidad es fundamental para mantener la confianza entre los individuos y particularmente en las relaciones de atención a la salud. Por lo tanto, las enfermeras tienen el deber de ser veraces en el trato con las personas a su cuidado y con todo lo que a ella se refiera.

Confiabilidad.- se hace merecedor de confianza y respeto por sus conocimientos y su honestidad al transmitir información, dar enseñanza, realizar los procedimientos y ofrecer servicios o ayuda a las personas.

Solidaridad.- Es un principio indeclinable de convivencia humana, es adherirse con las personas en las situaciones adversas o propicias, es compartir intereses, derechos y obligaciones. Se basa en el derecho humano fundamental de unión y asociación, en el reconocimiento de sus raíces, los medios y los fines comunes de los seres humanos entre sí. Las personas tienen un sentido de trascendencia y necesidad de otros para lograr algunos fines comunes.

Tolerancia.- Este principio hace referencia a admitir las diferencias personales, sin caer en la complacencia de errores en las decisiones y actuaciones incorrectas. Para acertar en el momento de decidir si se tolera o no una conducta. Al personal de enfermería lo caracteriza la disciplina, por lo que el personal de camillería queda bajo la línea de mando de Enfermería, se le supervisará que cumpla con portar su uniforme correctamente, el uso de gafete, pulcritud en su persona, que se dirija tanto al personal multidisciplinario, pacientes y familiares con respeto.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SINDICATO NACIONAL DE TRABAJADORES
DEL SEGURO SOCIAL**



Todo esto con el objetivo de brindar una atención eficiente, de calidad, calidez segura y libre de riesgos a todos los derechohabientes en coordinación con el equipo multidisciplinario de las Unidades de Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social.

¹ Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros en México. 2001.

¹ Óp. Cit.

1.5 EQUIPO Y MATERIAL DE TRABAJO

A continuación se describirá el equipo y material necesario para el desempeño de las actividades del personal de camillería.

Uniforme

El uso del uniforme tiene un impacto social, representa a una institución, en este caso a una categoría y coadyuva al mejor desempeño de las funciones y una buena presentación, lo que genera seguridad en el paciente.

En el Reglamento de ropa de trabajo, en el **Artículo 3**, dice:

“El Instituto proporcionará uniformes al personal que de acuerdo con las actividades que señalan sus profesiogramas, lo requieran para el desempeño de sus labores encomendadas y para su buena presentación...”

Capítulo II. De las obligaciones de los Usuarios de Uniformes y Ropa de Trabajo.

Artículo 12. “Es obligatorio para el personal que haya sido dotado de uniformes o ropa de trabajo, de usarlos en el desempeño de las labores que le corresponden...”⁸



⁸ IMSS. Contrato Colectivo 2011-2013.

Apariencia personal

La credibilidad de una persona se construye a partir de la congruencia entre lo que ésta dice, lo que hace y lo que transmite su apariencia. Estos tres componentes son determinantes para la percepción que tienen de alguien quienes le rodean.

La imagen de una persona o institución derivan de la percepción que sobre éstas tengan quienes con ellas interactúan, entendida ésta como la sensación interior que resulta de una impresión producida por los sentidos. La percepción es generada por estímulos, que pueden ser verbales o no verbales. Estos últimos son aquellos que comunican sin palabras y provienen de infinidad de fuentes emisoras. Se relacionan principalmente con la vista, el olfato, el gusto y el tacto.

Debemos considerar que la formación de una imagen en la mente de los demás no es opcional, sino un fenómeno al que no podemos sustraernos. Hagamos o no algo por transmitir determinados mensajes con nuestra apariencia, en todas formas lo vamos a hacer.

El 83 por ciento de nuestras decisiones las tomamos como reacción a los estímulos que entran por los ojos. La percepción es meramente sensorial, se da en un lapso de unos cuantos segundos. Un *vistazo* deja en nosotros una primera impresión sobre una persona o una empresa, que generalmente es la que perdura, aunque posteriormente se reciban estímulos racionales que transmitan mensajes diferentes. De allí la importancia de cuidar en todo momento el aspecto personal.

Camillas

En medicina, camilla es un dispositivo utilizado tanto para transportar de un lugar a otro a un herido o para atender a un paciente enfermo en una consulta médica.



Tipos de camillas

Camilla rodante de hospital

La encontramos dentro de las áreas hospitalarias y se utiliza para trasladar, a los pacientes, dentro de las mismas instalaciones hospitalarias. Su altura es variable, pero generalmente es igual a la de las camas de los hospitales.



Carro camilla

Pesa de 18 a 20 kg. Es muy cómoda para el lesionado y su mayor utilidad es en hospitales y ambulancias.



Camilla militar

Pesa de 7 a 8 kg. Es muy utilizada en rescates, por ir el lesionado más seguro a mayores distancias y en terrenos escabrosos.



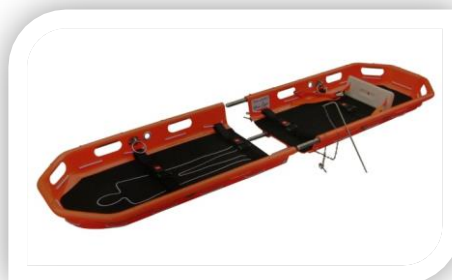
Camilla marina

Pesa de 2 a 4 kg. Su ventaja sobre las demás es su poco peso y se utiliza en las grandes ciudades, donde el espacio es muy reducido, (departamentos, vecindades, escaleras angostas, pasillos, etc.)



Camilla canoa

Pesa de 12 a 15 kg. Es utilizada en rescate de alta montaña, ya que es más segura para el lesionado a grandes alturas.



Camilla rígida o férula espinal larga

Pesa de 10 a 12 kg. Es muy útil para personas con probable fractura de columna vertebral



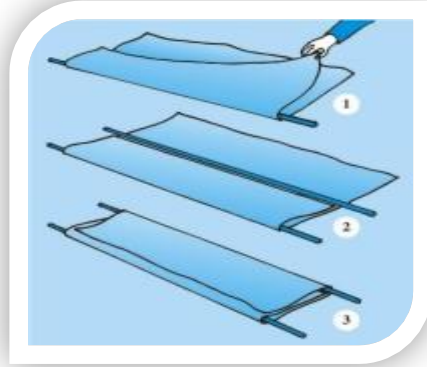
Férula espinal corta

Pesa de 6 a 8 kg. Es muy útil para personas con probable fractura de columna vertebral y también para aplicar RCP.



Camilla improvisada

Pesa según el material que se utilice. No es muy cómoda para el lesionado, pero nos es muy útil en ausencia de las demás camillas usuales.



Cuidados de las camillas

- * No pisarlas.
- * No lavarlas con sustancias que les cause daño, como gasolina, petróleo, etc.
- * Mantenerlas limpias.
- * Que su material no esté roto o luido.
- * Que las ruedas estén completas, aceitadas y sin obstrucción.

Silla de ruedas

Es una ayuda técnica, que consiste en una silla adaptado con cuatro ruedas. Equipo de fácil manejo que será utilizado en pacientes con problemas de bajo riesgo y al utilizarlo debemos observar:



Tipos de sillas de ruedas

Manuales.

Impulsadas por el propio ocupante que hace girar las ruedas traseras empujando los aros acoplados en el exterior de éstas. Se fabrican en dos modelos

principalmente - plegables (para ahorrar espacio y poder ser transportadas en maleteros y otros habitáculos similares) y rígidas. Muchos de ambos modelos están fabricados en materiales ultraligeros, como el aluminio de aviones y el [titanio](#) al carbono con un revestimiento de [Kevlar](#) para brindarle mayor durabilidad, y sobre todo ligereza, ya que su usuario debería ser capaz de levantarla y guardarla, consiguiendo así cierto grado de autonomía y autosuficiencia.



Rígidas

Eléctricas

Impulsadas por motores que son accionados por baterías recargables. El ocupante controla la silla por medio de una palanca de mando y un pequeño panel de control que da acceso a configurar la velocidad y, en algunos modelos, la posición del respaldo, asiento, reposapiés, etc, colocado en uno de los apoyabrazos. Para usuarios que no puedan utilizar las manos existen dispositivos controlables por la boca. Algunos tipos cuentan con frenos con la tecnología [ABS](#) y en ciertos casos especiales con un navegador satelital y una laptop con funciones de red activas también encargada de facilitar la movilidad del afectado.⁹

⁹ http://es.wikipedia.org/wiki/Silla_de_ruedas



Tanque de oxígeno

Este equipo nos proporciona el apoyo necesario para trasladar a pacientes que cursan con una insuficiencia respiratoria y requieren de oxigenoterapia, la cual se les aplicará con este equipo.



1. 6 ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE CAMILLERÍA

PROFESIOGRAMA

Camillero en Unidades Hospitalarias

- I. Catálogo Abierto de Requisitos para ocupar las Plazas del Tabulador: 4, 31, 32, 33, 35, 37 B, 40 y 46 A
- II. Catálogo Abierto de Relaciones de Mando: 3, 6, 9, 9 A y 19
- III. Catálogo Abierto de Movimientos Escalafonarios: 6

Actividades:

En unidades de atención médica de segundo y tercer nivel, durante su jornada laboral, las veces que sea necesario, bajo indicaciones y supervisión de enfermería, traslada y moviliza pacientes, cadáveres, órganos y tejidos en camillas marinas, de ruedas, manuales, incubadoras, camas, sillas de ruedas o cualquier dispositivo de traslado hospitalario. Realiza la entrega-recepción de los pacientes pendientes de movilización o traslado en las instalaciones del Instituto y cuando se requiera con el personal de ambulancias. Durante el traslado o movilización aplica las técnicas de mecánica corporal, vigila las condiciones clínicas del paciente, identifica signos de alarma y traslada o moviliza al paciente de manera inmediata para su atención integral; en su caso, participa bajo indicaciones, en el otorgamiento de primeros auxilios. Moviliza de manera segura al paciente en su cama, de su cama al equipo de traslado o cualquier dispositivo que se indique para la atención del paciente, así como del equipo de traslado al lugar de su área de atención y regresa al paciente a su cama, siendo responsable del proceso de movilización y traslado del paciente durante los estudios y tratamientos médico-quirúrgicos. Recibe y entrega las solicitudes, formatos, expediente clínico o documentos requeridos para la atención del paciente; moviliza y traslada al paciente que requiera baño de esponja o regadera con participación del personal de enfermería o familiar acompañante; vigila durante el traslado o movilización del paciente que los accesos vasculares, soluciones parenterales, sondas, drenajes y otros dispositivos no representen riesgos para el paciente; maneja, vigila y se cerciora que el tanque portátil de oxígeno se encuentre lleno y con el equipo necesario para el traslado seguro del paciente. Orienta a familiares y pacientes sobre el procedimiento de traslado y/o movilización. Reporta al Personal de Enfermería responsable del paciente cualquier situación anormal que se presente durante el traslado o movilización del paciente. Recibe, entrega y mantiene en buenas condiciones de limpieza e higiene el equipo de traslado; cambia sábanas y cobertores sucios por limpios de su equipo de traslado; revisa, detecta y reporta a su jefe inmediato los desperfectos y faltantes del equipo asignado para el traslado. Todo lo anterior según las normas, instructivos y procedimientos que el Instituto determine. Asiste a juntas, cursos de actualización y capacitación al área de trabajo que le indique el Instituto, para efectos de mejorar el desempeño de sus actividades y para la superación personal. Desarrolla las actividades administrativas inherentes a su categoría, utilizando el equipo y/o material de oficina que el Instituto determine.



II. RELACIONES HUMANAS





Objetivo específico

El camillero identificará las herramientas necesarias para establecer relaciones interpersonales con los pacientes y familiares con un enfoque ético y de respeto a los derechos de los pacientes.

2.1 ASPECTOS ÉTICOS, LEGALES Y DESARROLLO HUMANO

Derechos de los pacientes

El IMSS a través de la Dirección de Prestaciones Médicas destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer las demandas de estos, lo que implica respetar su dignidad y autonomía, para garantizar la confidencialidad y brindar una atención de calidad.

- Recibir atención médica adecuada.

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

- Recibir trato digno y respetuoso.

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustado a la realidad.

- Decidir libremente sobre su atención.

El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

- Ser tratado con confidencialidad.

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

- Recibir atención médica en caso de urgencia.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

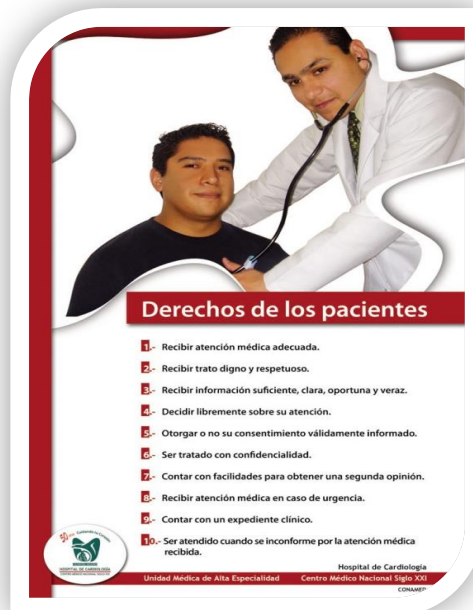
- Contar con un expediente clínico.

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.

- Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.¹⁰



Código de Conducta del Servidor Público en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El Código de Conducta para los Servidores Públicos del IMSS, tiene como base el Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de julio del 2002.

El servidor público que requiere la institución, deberá ser comprometido y con elevada vocación del deber y de servicio.

¹⁰<http://www.conamed.gob.mx>

Lealtad

Debe ser leal al Instituto Mexicano del Seguro Social y al Estado Mexicano. Debe ser fiel a los principios éticos expresados en el artículo 6, buscando el cumplimiento de sus fines con plena conciencia de servicio.

Eficiencia

Debe desempeñar las funciones propias de su cargo, en forma personal, con elevada moral, profesionalismo, vocación disciplina, diligencia, oportunidad y eficiencia para dignificar la función pública y mejorar la calidad de los servicios, sujetándose a las condiciones de tiempo, forma y lugar que determinen las normas correspondientes y de acuerdo con las siguientes reglas:

- a. Debe utilizar el tiempo laboral responsablemente, realizando siempre el mejor esfuerzo, en la forma más productiva posible, por lo que deberá ejecutar las tareas propias del cargo con esmero, la intensidad y el cuidado apropiados.
- b. Debe aportar la iniciativa necesaria para encontrar y aplicar las formas más eficientes y económicas de realizar las tareas, así como para agilizar y mejorar los sistemas administrativos y de atención a los usuarios, debiendo hacer del conocimiento de los superiores, las sugerencias y recomendaciones que considere convenientes para el mejoramiento del servicio.
- c. Debe contribuir y velar por la protección y conservación de todos los bienes que conforman el patrimonio del Instituto Mexicano del Seguro Social, estén o no bajo su custodia. El servidor público está obligado a cuidarlos responsablemente y a entregarlos cuando corresponda.
- d. Debe hacer uso razonable de los materiales y bienes que con motivo del desempeño de sus labores reciba, procurando el rendimiento máximo y el ahorro en el uso de esos recursos. Debe preservar la naturaleza y contribuir a la protección del medio ambiente.
- e. Los servidores públicos tienen el compromiso de ejercer su cargo o autoridad de manera responsable y sólo para las funciones y actividades que les hayan sido encomendadas.

Probidad

El servidor público debe desempeñar sus funciones con prudencia, integridad, honestidad, decencia, seriedad, moralidad, ecuanimidad y rectitud. Debe actuar con honradez tanto en ejercicio de su cargo como en el uso de los recursos institucionales que le son confiados por razón de su función. Debe repudiar, combatir y denunciar toda forma de corrupción.

Responsabilidad

El servidor público es responsable de las acciones u omisiones relativas al ejercicio de su función, debiendo actuar con un claro concepto del deber, para el cumplimiento del fin encomendado. Es deber de todo servidor público responder sobre la forma en que cumple sus obligaciones, incluida la información suficiente sobre la administración de los bienes.

Proporcionar oportuna y verazmente la información solicitada por quien le compete la vigilancia y defensa de los derechos humanos.

Confidencialidad

El servidor público está obligado a guardar discreción y reserva sobre los documentos, hechos e información a que tenga acceso y conocimiento en razón al ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, observando los criterios y procedimientos para la clasificación de la información considerada como pública, reservada o confidencial, conforme a las disposiciones legales o institucionales aplicables.

Imparcialidad

El servidor público actuará sin conceder preferencias o privilegios indebidos a organización o persona alguna.

Su compromiso es tomar las mejores decisiones y ejercer sus funciones de manera objetiva, sin prejuicios personales y sin permitir la influencia indebida de otras personas.

Integridad

El servidor público debe conducirse en el desarrollo de sus funciones con honradez, rectitud, dignidad, decoro, poniendo en la ejecución de sus labores toda su capacidad, conocimiento y experiencia laboral. En cualquier circunstancia deberá actuar de tal forma que su conducta genere y fortalezca la confianza en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Conocer las leyes y reglamentos

El servidor público estará obligado a conocer y cumplir las normas jurídicas inherentes al ejercicio de las funciones que tenga conferidas, así como las que regulen el empleo, cargo o comisión que desempeñe, tales como: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley del Seguro Social y sus Reglamentos, Ley Federal del Trabajo, Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos, así como el Contrato Colectivo de Trabajo que rige las relaciones laborales del IMSS con sus trabajadores y en general las disposiciones legales aplicables en el ámbito de competencia de la Institución.

Objetividad

El servidor público debe emitir juicios veraces y objetivos sobre asuntos inherentes a sus funciones, evitando la influencia de criterios subjetivos o de terceros no autorizados por autoridad administrativa competente, debiendo abstenerse de tomar cualquier decisión cuando medie violencia moral que pueda afectar su deber de objetividad. Debe hacer caso omiso de rumores, anónimos y en general de toda fuente de desinformación que afecte la honra al servicio o la toma de decisiones.

Dignidad y respeto

El servidor público debe ser justo, cuidadoso, respetuoso, amable y considerado en su relación con los usuarios, con sus jefes, con sus subalternos y con sus compañeros. Debe comprender que su condición de servidor público del Instituto Mexicano del Seguro Social, implica asumir la más alta y delicada responsabilidad ciudadana que le encarga el Instituto Mexicano del Seguro Social para el servicio de la colectividad.

El servidor público, además del profesionalismo debe proporcionar un trato de calidad, que permita aminorar dentro de las posibilidades, el rigor de los apremios y necesidades de los usuarios.

Respetabilidad

El servidor público tiene el derecho a la dignidad, a la honra, al buen nombre, a la buena reputación y a la intimidad personal y familiar. Así como el deber de respetar esos derechos en los demás.

Armonía laboral

El servidor público debe promover un clima de armonía laboral, partiendo del respeto a las normas internas y programas que se implementen en materia de salud y medio ambiente, así como proyectar siempre una imagen positiva de sí mismo y de los compañeros de la institución, a fin de contribuir al desarrollo de la Cultura Organizacional.

Observar conducta adecuada en su empleo, tratando con respeto y rectitud a las personas con las que tenga relación, abstenerse de incurrir en agravio o abuso de autoridad.

No incurrir en actos de violencia, injurias o malos tratos en contra de compañeros o derechohabientes.

Superación

El servidor público debe promover la autoestima, reconociendo su valor como ser humano y servidor público procurando la superación personal y profesional que le permita incrementar sus conocimientos, experiencia y solidez moral.

Creatividad

Es deber del servidor público, apreciar el trabajo como un medio para fortalecer valores, por lo que debe cumplir sus labores con conciencia, en la plena medida de su potencial y de sus capacidades, reconociendo el rol que está llamado a realizar en su diaria labor. Por ello el servidor público, debe ser parte de las soluciones, usando responsablemente los recursos para plantear alternativas que permitan superar los obstáculos que surjan en el desempeño de la actividad laboral.

Actuar con transparencia y evitar el conflicto de intereses

El servidor público debe actuar en todo momento con absoluta transparencia y abstenerse de participar en procedimientos de contratación o en cualquier otro procedimiento decisorio, incluso en su fase previa de consultas e informes, cuando por su vinculación a personas o a las actividades que éstas realicen, se pueda comprometer su criterio y el desempeño imparcial de su empleo, cargo o comisión, por lo que deberá excusarse de intervenir en cualquier forma en la atención, tramitación o resolución de asuntos en los que tenga interés personal, familiar o de negocios.¹¹



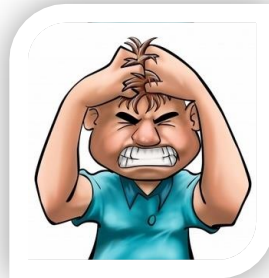
2.2 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

En la vida cotidiana, el ser humano emplea con frecuencia el sentido común, adquirido a través de su propia experiencia para explicar su comportamiento y el de los demás; sin embargo, esto no siempre resulta acertado y por tanto le es necesario contar con los conocimientos apropiados a fin de llevar a cabo una valoración real y objetiva.

¹¹<http://www.imss.gob.mx>

Dada la complejidad de la naturaleza humana, sólo mencionaremos algunos factores que nos permitirán conocer y entender el comportamiento de las personas con quienes tratamos.

- El hombre, por lo que respecta a su cuerpo y a sus funciones fisiológicas, pertenece al reino animal, sin embargo es la conciencia, la razón y la imaginación, aspectos que rompen la armonía de la vida animal, la cual está determinada por instintos.
- El hombre tiene que resolver problemas, pues generalmente no adopta una conducta de pasividad ante ellos para adaptarse, y así es como evoluciona, debido a los problemas y no a pesar de estos.
- El comportamiento del hombre se ve determinado también por situaciones objetivas como son sus deseos, sentimientos, emociones, aspiraciones, etc.



Las necesidades del hombre son de dos tipos:

1. Las primarias o biológicas, que permiten la sobrevivencia. Ejemplo: comer, defecar, dormir, etc.



2. Las sociales o secundarias, las enraizadas en la peculiaridad misma de su existencia y guían al individuo a la acción, pues nacen de la relación entre la situación y la condición humana.



El hombre es un ser social y se caracteriza por una irreprimible tendencia a la vida en comunidad, vive en ambientes cada vez más complejos y dinámicos, cuando un individuo establece contacto con otro u otros individuos, en ese momento inician las relaciones humanas de modo que, desde que nace está en continua relación con infinidad de personas a quienes se invita, se acepta o rechaza, según el impacto o la influencia que ejerzan sobre el individuo.

En cuanto a las relaciones humanas es importante no perder de vista que el desarrollo de éstas depende de cómo se perciben mutuamente los individuos. Precisamente de cómo es percibida la otra persona, depende la actitud inicial hacia ella, ya que en la mayoría de los casos la impresión sobre alguien se basa en informaciones *bastante incompletas*.

Las relaciones humanas son siempre el resultado de una relación más o menos libre, ya que algunas existen por necesidad u obligación y otras se basan exclusivamente en el aspecto mutuo de las personas. En estas relaciones existe un factor que es la base principal para que se pueda dar la *comunicación*.



Condiciones del paciente hospitalizado

Características psicológicas del paciente hospitalizado.

La hospitalización posee una serie de peculiaridades que la caracterizan como una forma específica de la situación de enfermedad, fundamentalmente por dos hechos: El primero, por lo que puede suponer el recurso a la hospitalización (enfermedad grave, necesidad de tratamiento quirúrgico, etc.).

El segundo, más importante, porque supone el ingreso del enfermo como objeto de asistencia en una institución compleja, que tiene una subcultura específica a la que el enfermo no pertenece y que está organizada para prestar cuidados técnicos eficaces a un número considerable de personas a la vez.

Las personas que ingresan a una unidad hospitalaria presentan algunas conductas características, generadas por ciertos procesos que viven durante la hospitalización y son las siguientes:

- a) La situación de **aislamiento** del enfermo, tanto por la separación del medio familiar y del resto de los enfermos, como por su confinamiento en un espacio reducido.



- b) La **despersonalización** del paciente. Por razones de organización, se produce un proceso de estandarización o uniformización: es lo que se denomina «desnudamiento». Al enfermo se le asigna un número, la ropa es remplazada por un pijama (uniforme hospitalario), y se le retiran casi todos los objetos personales, todo lo cual conduce a una pérdida de la identidad del

enfermo en cuanto a persona concreta, para transformarse en un objeto de asistencia.



- c) La **pérdida de intimidad**. El sujeto está siempre disponible para la totalidad del personal hospitalario, que tiene acceso a su habitación en cualquier momento y dispone de información sobre sus circunstancias.
- d) La **limitación de la movilidad** del paciente es manifiesta, ya que se le marcan unos espacios donde debe permanecer, habitualmente en la cama, y se le prohíbe circular libremente por otros lugares.



- e) En la institución hospitalaria están claramente **reglamentadas las actividades** del paciente: el horario de las comidas o visitas, el tiempo de descanso o el aseo personal.

- f) La **dependencia forzosa** del enfermo respecto al personal de la institución, ya que el enfermo debe recurrir a él en todo momento, en general al personal de enfermería, para satisfacer sus necesidades, aun cuando su nivel de invalidez no le impida hacerlo por sí mismo.

- g) Finalmente, una **información deficiente**; en muchas ocasiones no se facilitan datos al paciente, o no se le dan explicaciones suficientes, acerca de las normas de funcionamiento del hospital, su evolución clínica, la programación de exploraciones complementarias, etc.¹²

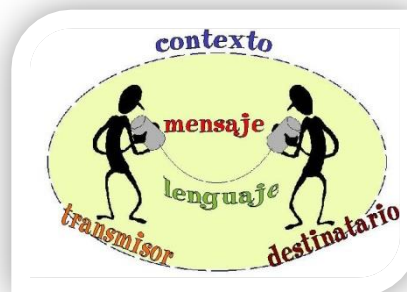
¹²<http://mcgraw-medico.mailxmail.com>

2.3 COMUNICACIÓN

La comunicación es un proceso de interacción social mediante el cual se conocen e intercambian experiencias, emociones, ideas, creencias, sentimientos, etc. Es tan importante, que de la claridad con que se logre depende en gran medida el éxito de cualquier actividad humana y en particular la relación entre los individuos. La comunicación es pues compartir experiencias, relacionarse, entender y ser entendido, dar y recibir conocimientos, provocar cambios, modificar conductas en, los demás y en uno mismo. Es todo sobre, el acto de provocar respuestas.

Los elementos de la comunicación son:

- I. *Emisor*: todo lo que está en el origen, en la fuente de los mensajes; es el que emite.
- II. *Receptor*: el que recibe los mensajes difundidos. Capta la información generada.
- III. *Mensaje*: es la información que se emite para ser recibida.
- IV. *Medio*: es aquello de lo que nos valemos para transmitir el mensaje.

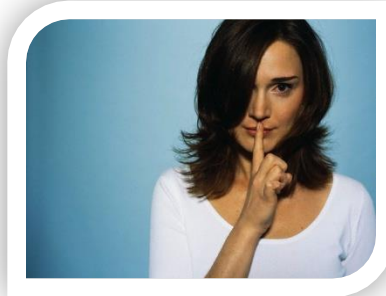


Tipos de comunicación

Comunicación no verbal

Corporal. El cuerpo se comunica por sí mismo mediante posturas, modos de mirar, de tocar, etc.

Por señales. Es la que se establece mediante sonidos y símbolos.



Comunicación verbal

Oral. Cara a cara y se efectúa entre dos o más personas en un lugar determinado.



A través de aparatos como el teléfono, grabadoras, TV., etc.

Escrita. A través de la escritura.



Como ya se ha mencionado, la comunicación es un proceso en el que no sólo se recibe información, también se dan respuestas y se transmiten mensajes; sin embargo, la comunicación se deforma o anula en ocasiones y algunas de las causas que lo provocan son las llamadas “barreras de la comunicación” y pueden ser de distintas clases:

- ✓ **FÍSICAS:** Deficiencias de los medios empleados en la transmisión y recepción de mensajes.
- ✓ **FISIOLÓGICAS:** Los trastornos o malestares fisiológicos: cansancio, hambre, defectos de pronunciación, oído, etc.
- ✓ **ADMINISTRATIVAS:** debido a la estructura y funcionamiento mismo de toda organización.
- ✓ **CULTURALES:** cuando se producen entre dos personas de diferentes niveles culturales. En éstos se encuentran los semánticos (significado de las palabras).
- ✓ **PSICOLÓGICAS:** manera de percibir los fenómenos, ocasionando deformaciones en el contenido de la información: estados emocionales, valores, prejuicios, etc.

La psicología es la ciencia que estudia el comportamiento, la mente y sus procesos. En el aspecto social estudia la conducta del individuo o grupo en la sociedad y la influencia de ésta sobre aquellos.

Debemos tomar en cuenta que el paciente a trasladar, es una persona con un padecimiento que le puede estar orillando a encontrarse en un estado de depresión, exaltación e incluso frustración; la cual se podría manifestar en forma de enojo, agresión o llanto, por lo que nuestro trato debe ser amable, cortés y respetuoso desde el primer contacto, con el fin de evitar conflictos con el paciente y sus familiares o acompañantes nunca olvidando que estamos llamados a servir.

La comunicación debe ser objetiva, es decir nos concretaremos de manera afable a cumplir con nuestro deber, evitando las opiniones personales y en caso de que sea el paciente o familiar quien origine la "charla", nos concretaremos a escuchar con atención y educación; la retroalimentación será en la medida en que el paciente lo permita.

Es conveniente dirigirse a las personas llamándolas por su nombre y mirándolas a los ojos, inspirando así confianza.

Con el fin de cumplir de manera eficaz en nuestra labor será preciso modificar algunos hábitos como es el fumar mientras se asiste al paciente, ya que esto no sólo es ofensivo, sino que representa una fuente de contaminación, alto riesgo de infección en caso de que la ceniza llegara a caer en una herida abierta, así como provocar tos a un post-operado o problemas respiratorios.

La función del camillero es una labor que requiere de esmero, cuidado, atención, cortesía, educación y sobre todo amor al trabajo y un deseo ferviente de servir a los demás.

El camillero que presta sus servicios en unidades hospitalarias, debe encontrarse en buen estado de salud física y mental, pues constantemente sus actividades le mantendrán en contacto directo con individuos en los que deberá poner en práctica lo ya aprendido y esto le permitirá realizarlo de manera eficaz y con calidad.

III.
MOVILIZACIÓN
Y
TRASLADO





Objetivo específico

El camillero Identificará y aplicará las recomendaciones y reglas de seguridad así como las técnicas de movilización y traslado, tanto Individuales como en pareja o en grupo, de acuerdo a las condiciones físicas de la paciente y de las áreas.

3.1 RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL CAMILLERO

- ☺ Deberá infundir confianza y bienestar al lesionado, de esta manera acrecentará las buenas relaciones con todo el personal del hospital y público en general.
- ☺ Revisar que las camillas, sillas de ruedas y el material y equipo se encuentren en buen estado y funcionando.
- ☺ No brincar por encima del paciente.
- ☺ Brindar un trato digno y de respeto al derechohabiente y sus familiares.
- ☺ Conducirse con rectitud, integridad y honradez.
- ☺ Brindar confianza y seguridad al paciente y familiares.

3.2 REGLAS DE SEGURIDAD PARA EL CAMILLERO.

A fin de efectuar las acciones al movilizar y trasladar pacientes, se deben observar las siguientes reglas de seguridad personal para evitar lesiones en sí mismo y/o al paciente.

- a) No portar anillos, relojes, esclavas, pulseras, cadenas o cualquier otro objeto que pueda causar lesiones al paciente o a sí mismo al efectuar la movilización y el traslado.



- b) Usar faja, fajilla o cinturón especial para efectuar cargas, para reducir la posibilidad de sufrir lesiones graves.



- c) Cerciorarse de que las agujetas del calzado estén bien amarradas, pues de lo contrario se puede sufrir un accidente durante el desempeño de nuestras funciones.



- d) Conserve comunicación constante con el paciente, a fin de coordinarse en las acciones que llevarán a cabo.



- e) Utilice guantes en aquellas maniobras que exista riesgo de contagio o cambios climatológicos, conservando así la seguridad personal y la del paciente.



- f) Porte su gafete de identificación en un lugar visible, para brindar seguridad al paciente y a su familia, además de facilitarnos el acceso a los otros servicios de la unidad hospitalaria.



- g) Conocer su propia fortaleza, de acuerdo al paciente, si este es obeso, de talla muy grande, etc.; con la finalidad de pedir apoyo en caso de no poder trasladarlo, repartiendo las cargas de peso y así evitar un accidente.



3.3 HIGIENE DE LA COLUMNA VERTEBRAL

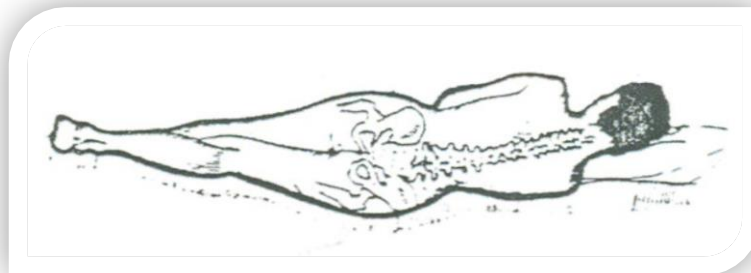
Durante el desempeño de nuestro trabajo, siempre debemos considerar que nuestra integridad física está en riesgo, por lo tanto, adoptaremos conductas encaminadas a conservar nuestra integridad y por tanto la seguridad del equipo interdisciplinario y del propio paciente.

La práctica de un buen ejercicio físico, forma parte de la vida cotidiana de todas las personas, es importante conocer los principios básicos de la mecánica corporal, para ser aplicados y así adquirir eficacia y elegancia en los movimientos, con esto los músculos requieren de menor esfuerzo y los desplazamientos serán más suaves.

Con el fin de evitar riesgos de lesiones en la columna vertebral, es necesario realizar ejercicios que fortalezcan los músculos de la espalda, además de emplear las técnicas adecuadas para realizar actividades de carga.

A continuación se describen recomendaciones para mantener una columna sana:

La cama donde descansamos no deberá ser demasiado blanda, ya que lo contrario aumenta la curvatura normal de la espalda y se incrementa la tensión muscular de la misma.

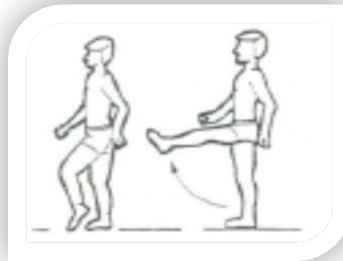


Un colchón duro proporciona un soporte a la columna y por tanto desaparece la resistencia muscular, la columna se ve corregida y el descanso será placentero.



Los ejercicios a ejecutar deberán realizarse a diario; en un principio serán en periodos cortos y de poca intensidad, aumentando cada día hasta efectuar series de diez ejercicios como máximo. Antes de efectuar los ejercicios, es necesario practicar calentamiento, por un lapso de cinco a diez minutos.

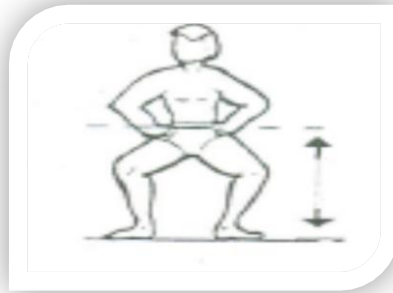
a) Levantamiento alterno de las piernas al frente (flexionadas o extendidas), series de diez repeticiones.



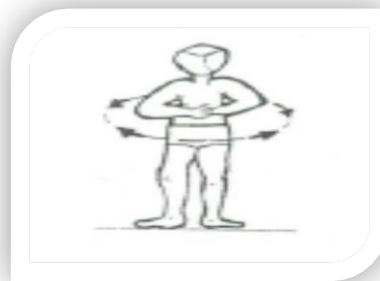
b) Giro circular de brazos extendidos hacia el frente y hacia atrás. Se repite en forma inversa. Serie de diez repeticiones hacia cada sentido.



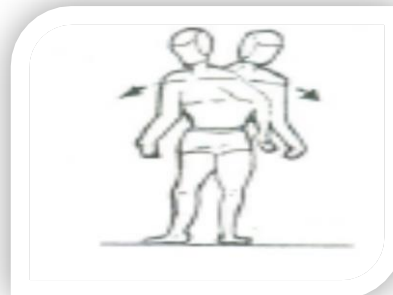
c) Manos hacia la cintura y muelleo sobre las piernas separadas lateralmente, de arriba hacia abajo. Serie de diez repeticiones.



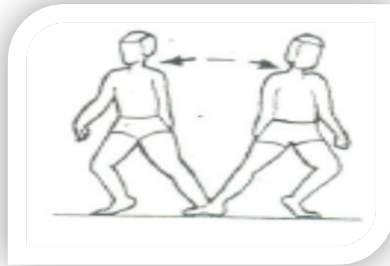
d) Manos entrelazadas al frente con flexión de los brazos, girando el tronco de izquierda a derecha y de derecha a izquierda alternando. Serie de diez repeticiones.



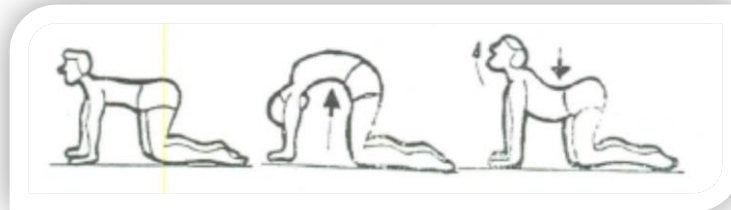
e) Flexiones laterales del tronco sin mover las piernas. Serie de diez repeticiones.



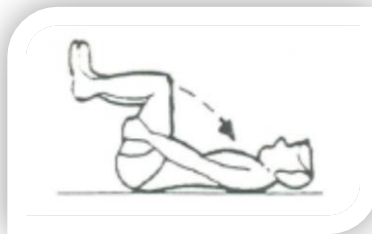
f) Sentadillas con una pierna. Estando de pie, se separan las piernas y haciendo flexión en una de ellas nos inclinamos, haciendo muelleo en esta, alternando con la otra. Serie de diez repeticiones.



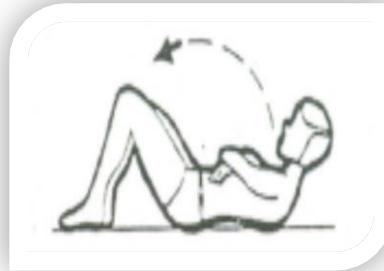
g) Posición en cuatro puntos (a gatas), levantar la espalda y pegar la barbilla al pecho, bajar la espalda y extender la cabeza hacia atrás. Serie de diez repeticiones.



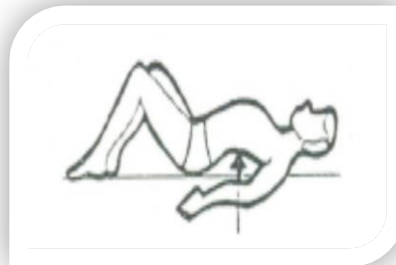
h) Acostado boca arriba, manos en los muslos y flexionando las piernas arriba, pegarlas al tórax y extenderlas. Serie de diez repeticiones



i) Acostado boca arriba con las piernas flexionadas y con los brazos cruzados al pecho, levantar el tronco a una posición de sentado. Serie de diez repeticiones.



j) Acostado boca arriba, con los brazos extendidos lateralmente levantar la espalda sin despegar los glúteos y los hombros de la superficie. Serie de diez repeticiones.



3.4 TÉCNICAS

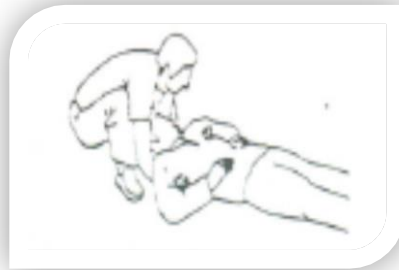
Levantamiento y traslado de pacientes boca arriba

Esta es la técnica más común en los casos donde no existen, fracturas en la columna vertebral, cadera y extremidades inferiores.

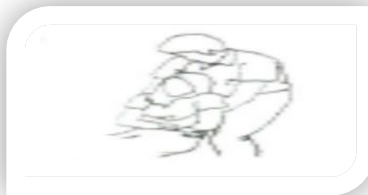
a) Se coloca a la cabeza del paciente, levantándola ligeramente para colocar las manos detrás de los hombros.



b) Las manos se deslizan por debajo de las axilas hasta entrelazarlas a la altura del pecho, si el paciente es masculino.

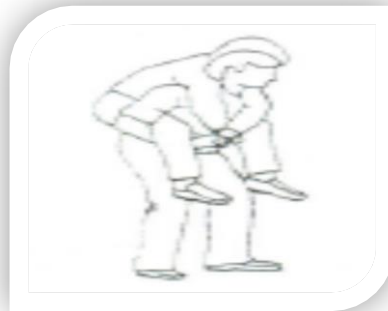


c) Cuando el paciente sea mujer, las manos se deslizarán hasta tomar sus brazos a la altura de la muñeca en forma cruzada.



Levantamiento de caballito

El paciente se sube con las piernas abiertas sobre la espalda del camillero y éste abraza con ambos brazos las piernas y los brazos del paciente. Si el paciente está consciente, puede agarrarse del camillero.



Levantamiento de cuna

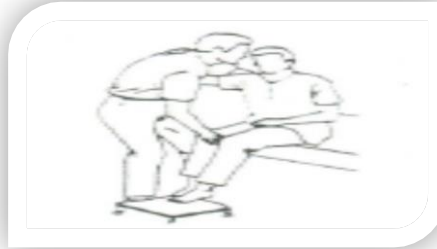
El camillero cargará al paciente lateralmente; un brazo lo pasa por la espalda y el otro por las piernas. El paciente se abrazará del cuello del camillero (el paciente debe ser menor peso al del camillero).



Movilización y traslado del paciente que puede caminar

Se recomienda que este traslado se efectúe tomando en consideración la complejión tanto del camillero como del paciente.

a) El camillero se coloca lateralmente junto al paciente quien pasará un brazo por el cuello del primero.



b) El camillero pasará una de sus manos por la espalda del paciente, buscando un punto de apoyo a la altura de la cintura para ayudarlo a ponerse de pie.



c) Una vez levantado el paciente, el camillero coloca una de sus piernas frente a las de aquel para evitar que se caiga mientras se estabiliza.



d) Una vez sujeto firmemente el paciente, se procede al traslado. Caminar con pasos cortos y con el pie contrario al del paciente.



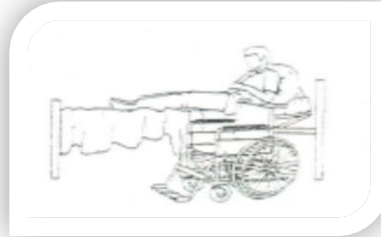
Esta técnica se utiliza frecuentemente en pacientes dados de alta en el hospital, pacientes embarazadas y pacientes con problemas menores.

Movilización y traslado de pacientes de la cama hacia la silla de ruedas

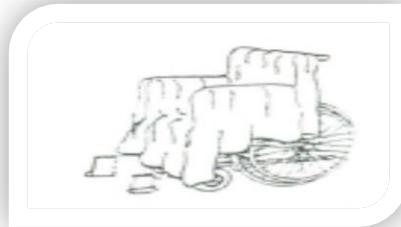
a) Trasladar la silla de ruedas al servicio donde se encuentra el paciente, asegurándose del buen estado.



b) La silla de ruedas se coloca paralela a la cama, poniéndole el freno para asegurar que no ruede y subir los estribos.



c) En la silla de ruedas se pone un cobertor a sábana estándar, colocándola extendida para cubrir el asiento con la parte media y los extremos fuera de ella para cubrir al paciente.



c) Coloque el banco de altura en la parte central baja de la cama.



e) Deslice al paciente a la orilla de la cama y con movimientos de rotación saque las piernas fuera de la cama, apoyándolas en el banco de altura.



f) Parándose de frente al paciente, indíquele que apoye sus manos sobre sus hombros y coloque sus manos en las axilas, con los dedos pulgares apuntando hacia arriba, de manera que pueda sostenerlo ayudándolo a ponerse de pie.



h) Con un movimiento de rotación, colocar al paciente frente a la silla de ruedas.



- i) Sentar al paciente lentamente, procurando que siga apoyándose en los hombros del camillero.



- j) Cubrir al paciente con los extremos de la sábana o cobertor que previamente se colocó en la silla de ruedas.



- k) Quitar el freno de la silla y bajar los estribos para colocar los pies del paciente.



- I) Mover la silla de la cama y proceder a efectuar el traslado, respetando las indicaciones recibidas por el personal médico.



NOTA: Para movilizar al paciente de la silla de ruedas a la cama, se procederá en forma inversa a partir del inciso "j" y tomando en cuenta como primer punto, la preparación de la cama, según indicaciones médicas.

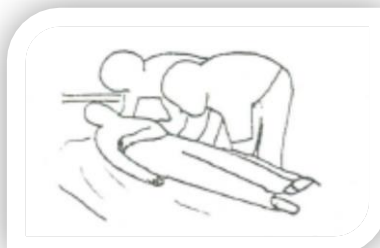
Técnicas por pareja

1.- Movilización y traslado de pacientes en forma manual

a) Paciente acostado con impedimento

Para este tipo de pacientes se aplica la técnica denominada CABECERA-PIES, y los movimientos deben ser coordinados de la siguiente manera:

- I. El que está en la cabeza, abraza por la espalda y por debajo de las axilas al paciente, cruzando los brazos al frente, tomando con la mano derecha la izquierda del paciente y con la mano izquierda la derecha del mismo.
- II. El que se encuentra a los pies tomará ambas piernas de los tobillos, una en cada mano dándole la espalda al paciente.



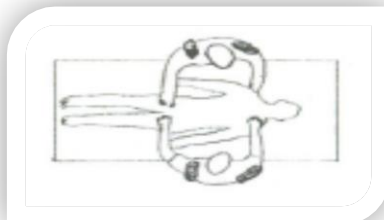
Una vez realizado el levantamiento, se procede al traslado caminando al frente el que va a los pies del paciente



Como variante, se contempla, que si el paciente puede cruzar las piernas, éstas se tomarán con una mano y la otra nos servirá de apoyo durante el traslado.



Estas técnicas se aplican en distancias cortas y terminan con la colocación del paciente en la cama o camilla, centrándolo para evitar que se caiga.



b). Paciente que puede sentarse.

Las técnicas que se aplican a este tipo de pacientes, se denominan "SILLA DE MANOS", siendo con movimientos coordinados.

SILLA DE PULSADOR para pacientes inconscientes:

- Los camilleros entrelazan sus brazos tomándose de los hombros (respaldo).
- Se pulsan los otros brazos tomándose de las muñecas (asiento).



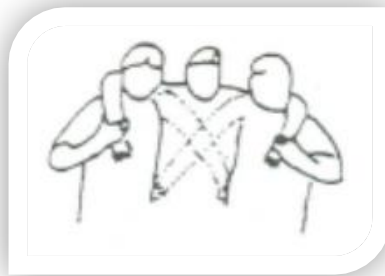
- Se coloca al paciente entre los camilleros pasando sus brazos por el cuello.
- Se procede al levantamiento y se traslada al equipo (silla, camilla o cama).



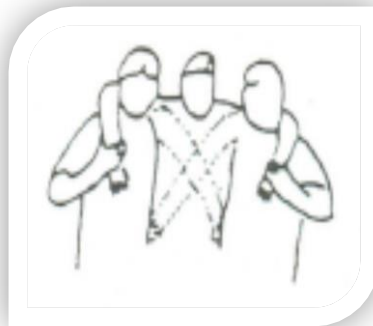
c) Paciente que puede apoyarse

La técnica que se aplica a este tipo de paciente se le denomina **MULETA HUMANA**.

Los camilleros se colocarán a los lados del paciente, pasando sus brazos por la espalda, tomándolo por la cintura o por la axila.



El paciente abraza a los camilleros por encima de sus cuellos, para realizar el traslado, se debe de caminar con pasos cortos y lentos.

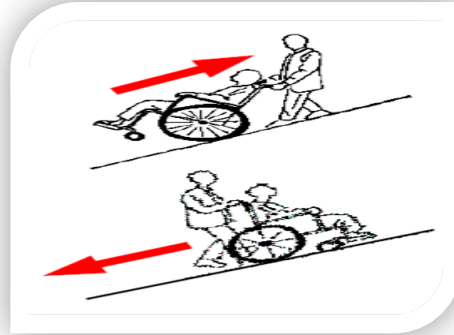


Movilización y traslado de pacientes con equipo

Traslado del paciente en silla de ruedas

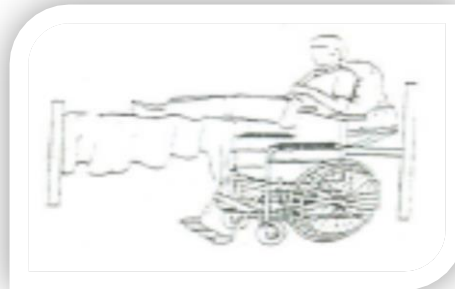
- Cuando se traslada a un paciente en silla de ruedas ésta se empuja desde la parte posterior, tomándola por los asideros. Recuerde que la espalda del camillero debe permanecer recta durante el procedimiento. Existen varias circunstancias en estos traslados que deben tenerse en cuenta:
- Entrada a un ascensor.- El camillero debe entrar al ascensor de espaldas y tomando la silla por los asideros, tira de ella hacia el interior del ascensor.
- Salida de un ascensor.- se da la vuelta a la silla dentro del ascensor. El camillero sale del ascensor de espaldas y tomando la silla por los asideros, tira de ella hacia fuera del ascensor. Cuando las dimensiones del ascensor no permiten girar la silla, se podrá salir de frente. No es lo correcto porque el paciente puede caer hacia delante.
- Subida y bajada por rampa poco inclinada.- Se realiza del mismo modo que en llano, es decir, empujando hacia delante. Tenga precaución al descender la rampa e incline su cuerpo un poco hacia atrás con el fin de hacer contrapeso.
- Subida por una rampa muy inclinada.- el camillero subirá la rampa de espaldas, tomando la silla por los asideros. La silla irá inclinada hacia atrás de tal forma que sólo se apoya en las dos ruedas posteriores. El camillero debe mirar con frecuencia hacia atrás para evitar colisiones y asegurarse de la dirección que lleva.
- Bajada por una rampa muy inclinada.- El camillero toma la silla por los asideros y baja la rampa de espaldas. Las cuatro ruedas de la silla se apoyan en la rampa. El camillero debe mirar con frecuencia hacia atrás para evitar colisiones y asegurarse de la dirección que lleva.

- Subida por una rampa muy inclinada



- Bajada por una rampa muy inclinada

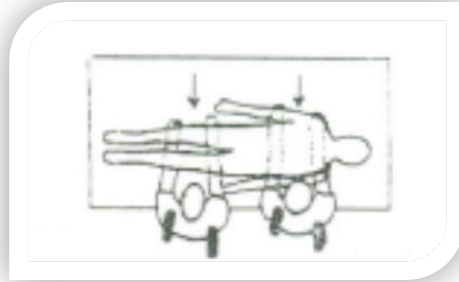
Coloque la silla de ruedas paralela a la cama o camilla del hospital, asegurando los frenos y subiendo los estribos.



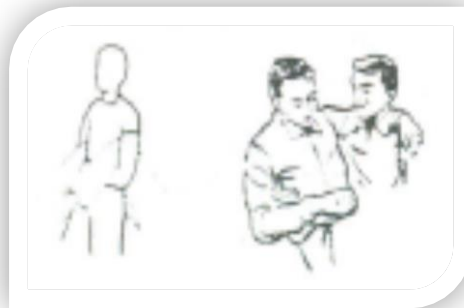
Sobreponga la sábana y/o cobertor en la silla de ruedas. (Vestir silla).



Si el paciente **NO** puede apoyarse, se girará para sentarlo en el borde de la cama.



Un camillero pasará lateralmente sus brazos por la espalda del paciente tomándolo de las axilas y el otro lo tomará de los tobillos.



Ya sujetado se levanta y se traslada depositándolo en la silla



NOTA: Para trasladarlo de la silla a la cama o camilla hospitalaria, se procede inversamente a las acciones ya vistas /ambos casos).

La movilización y traslados de pacientes en este tipo de equipo, obedece a los espacios por donde se transitará. Las técnicas para subir al paciente son similares a las ya vistas; para su utilización en los traslados, se debe de:

- Desplegar la camilla hasta donde se encuentra el paciente sin golpearla.
- Tomarla por los extremos, con las palmas de las manos hacia arriba.
- Conserve la espalda recta y/o flexione las piernas, dependiendo del nivel de la cama o:
- Iniciar el traslado sincronizadamente con el mismo pie y llevando al paciente con la cabeza por delante (excepto en escaleras).

Paciente que coopera

Bajar las barandillas de la camilla rodante, para que no constituyan un obstáculo al realizar el traslado.

Coloque la camilla, ya vestida, paralela y bien pegada a la cama o camilla hospitalaria, procurando que queden a la misma altura.

Los camilleros se colocan, uno de cada lado, tanto de la camilla como de la cama del paciente y le solicitarán al mismo, que apoyándose en sus codos y talones, levante su cadera y la desplace, en repetidas ocasiones, hasta la camilla rodante. Los camilleros efectuarán una traba mecánica con sus cuerpos, para evitar que se desplacen tanto la cama como la camilla. Ya con el paciente en el centro de la camilla, se suben las barandillas y se cubre al paciente con una sábana y/o cobertor, colocándole los cinturones de seguridad. Desplace la camilla en sentido que la cabeza del paciente vaya siempre por delante.

Nota: Es importante verificar siempre que la camilla quede armonizada con la cama o camilla hospitalaria, esto es, cabecera con cabecera, para que el traslado se realice adecuadamente y en un momento determinado, se le pueda dar posición al paciente.

La movilización de un paciente en la camilla rodante, se realizará con la cabeza por delante, excepto en escaleras, rampas y banquetas. Únicamente los cadáveres viajan con los pies por delante.

Paciente que requiere ayuda

Baje las barandillas de la camilla rodante y colóquela paralela a la cama o camilla hospitalaria, procurando mantener la misma altura y la relación cabecera - cabecera. Los camilleros se colocan a los lados, tanto de cama como de la camilla, ejerciendo una traba mecánica con sus cuerpos.

Con la sábana que vista el colchón de la cama o camilla, serán sujetados los extremos de la misma, los cuales se harán rolo en las manos de los camilleros, hasta que se hayan aproximado lo más posible al cuerpo del paciente. De forma sincronizada a la voz de mando, los camilleros levantarán y trasladarán al paciente hacia la camilla rodante. Se suben las barandillas y se cubre al paciente con una sábana o un cobertor, sin olvidar colocar los cinturones de seguridad.

Se procede al traslado del paciente, circulando, como ya se mencionó, con la cabeza del mismo por delante.

Nota 1: En todos los casos, siempre se efectuarán los referidos traslados con movimientos coordinados, suaves y observando no golpear las camillas y sillas de ruedas contra cualquier otro objeto o el mismo inmueble.

Nota 2: para pasar al paciente de la camilla a la cama, se procederá en forma inversa.

a) Movilización y traslado de pacientes con fractura de columna vertebral en forma manual.

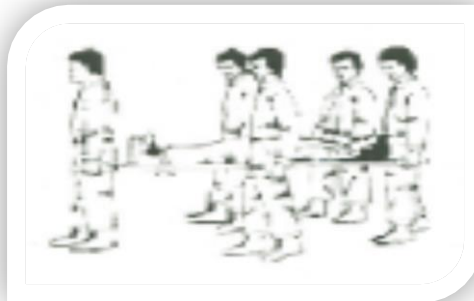
Paralelo a cabeza y pies

- El levantamiento debe hacerse con un mínimo de seis y hasta doce participantes. Antes de realizar este levantamiento, se tienen que identificar los antecedentes para estar seguros que es fractura de columna y colocarle un collarín y efectuarlo con mucho cuidado.
- Si no se cuenta con una camilla rígida, se deberá improvisar una, una vez en ella, se deberán llenar los huecos en cuello y región lumbar con trapos o ropa. No olvidar que los camilleros que se encuentran tanto en la cabeza como en los pies, antes de hacer el levantamiento, son los primeros en sujetar al paciente y los últimos en soltarlo.



b) Movilización y traslado de pacientes en camilla plegable (marina militar).

La movilización con este equipo, obedece a los espacios por donde se transitará. Las técnicas para subir al paciente a estas camillas, serán similares a las ya vistas en técnicas de pareja y de grupo.



Este equipo debe de sujetarse por los herrajes y con la palma de las manos hacia arriba.



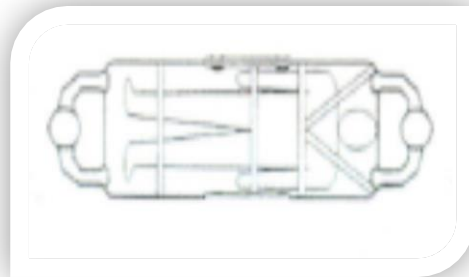
NOTA: Al desplegar estas camillas, se debe tener cuidado con la lona y la camilla, a fin de no rasgar una o golpear la otra.

3.5 TRASLADO

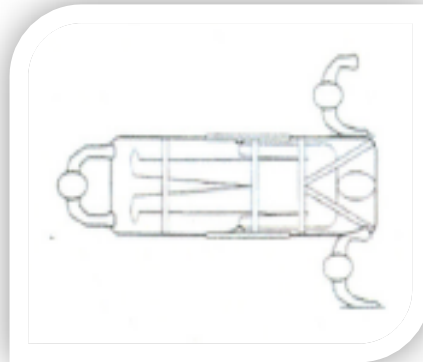
Una vez establecido el paciente en la camilla, se procederá a llevarlo a los servicios de la unidad hospitalaria, procurando no desbalancear el peso del paciente, distribuyendo el peso en el número de camilleros que participan en el traslado.

Se debe caminar siempre con la cabeza del paciente por delante.

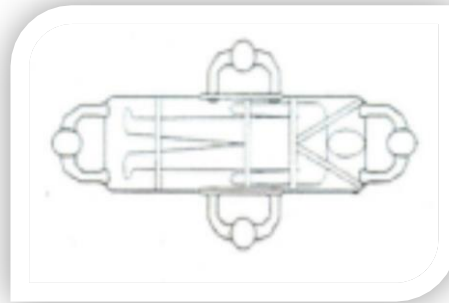
- a) Cuando son dos camilleros, deberá ir uno al frente y el otro en la parte posterior y llevar el mismo paso al caminar.



- b) Cuando son tres camilleros, deberán ir dos al frente y otro en la parte posterior de la camilla.



c) Cuando sean cuatro camilleros, estos cubrirán los cuatro lados de la camilla o las cuatro esquinas de esta.



Medidas de seguridad

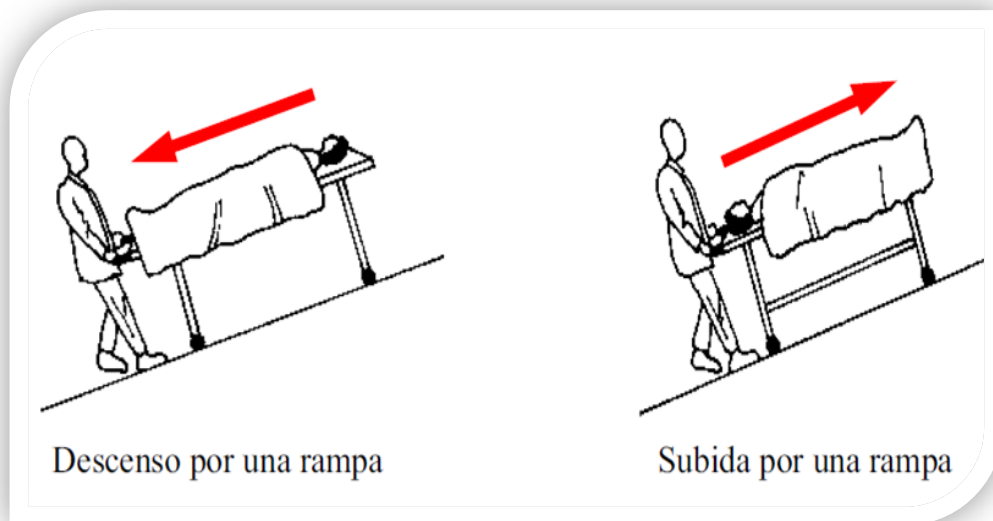
- Asegurar que el paciente vaya cómodo en la camilla.
- Cuidar que los familiares no entorpezcan el traslado

Traslado del paciente en camilla

Siempre que se deba mover la camilla, se han de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Colocarse detrás de la cabeza del enfermo y se empuja la camilla agarrándola por los asideros.
- Cuando se empuje la camilla, caminaremos hacia delante de modo que el paciente vaya de cara al sentido de la marcha.-
- Con nuestro cuerpo y en todo momento protegeremos la cabeza del paciente.
- Al tomar un ascensor empujar la camilla hacia al interior entrando primero los pies y, mientras el ascensor se está moviendo, permanecer en la cabecera.

- Cuando salgamos del ascensor tiraremos de la camilla hacia nosotros y sacaremos primero la cabeza.
- Si en el desplazamiento es necesario atravesar alguna rampa de deben ajustar los cinturones de seguridad y extremar las precauciones.
- Si van a descender una rampa, sitúese por los pies de la camilla, de espaldas a la pendiente y de frente al paciente. Esta es una de las pocas situaciones en las que debe colocarse a los pies de la camilla. Descenderá la pendiente marcha atrás, con cuidado de no tropezar con ningún obstáculo. El paciente irá de cara al movimiento descendente de la camilla.
- Si va a subir una rampa, sitúese detrás de la cabecera y de frente a la pendiente. Subir la pendiente marcha adelante. El paciente irá de cara al movimiento ascendente de la camilla

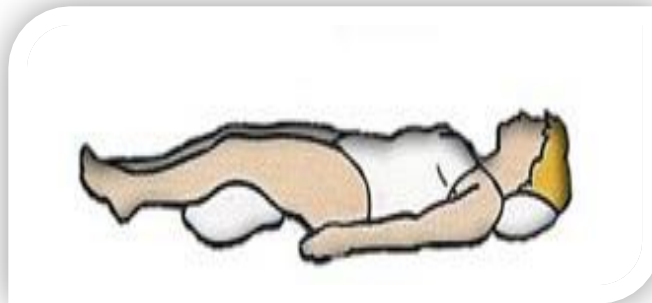


Posición del paciente para su traslado

Es la colocación del paciente para ayudarlo en el proceso de estabilización, diagnóstico, tratamiento, comodidad y seguridad, considerando el estado de conciencia, padecimiento o lesión.

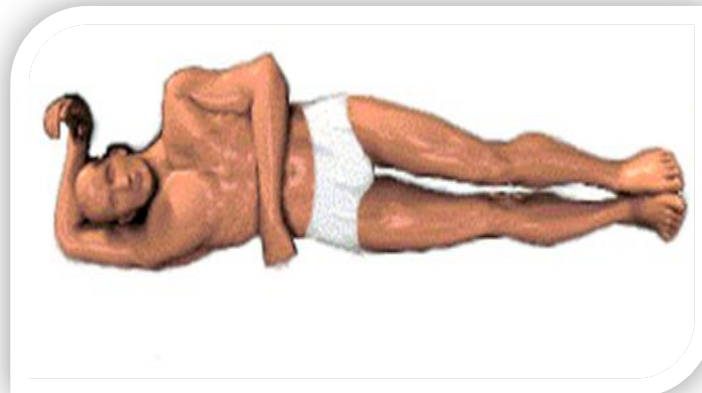
Posición decúbito dorsal o supina (acostado boca arriba)

El paciente se encontrará acostado sobre su espalda y podrá tener las piernas ligeramente flexionadas, cubriéndolo con una sábana y recostándolo sobre una almohada.



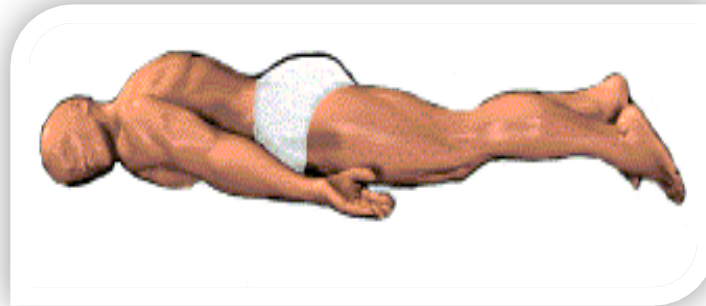
Posición en decúbito lateral (acostado lateralmente)

El paciente se encuentra acostado lateralmente, generalmente del lado contrario de la lesión, con las piernas extendidas o flexionadas, al igual que los brazos.



Posición en decúbito inconscientes ventral (boca abajo) para pacientes

Se coloca al paciente recostado boca abajo, con una pierna flexionada, colocando cabeza de lado y sobre el brazo contrario a la pierna flexionada.



Posición de Trendelenburg (la cabeza por debajo del nivel del cuerpo en posición supina)

Esta posición se utiliza en pacientes anestesiados, en estado de choque o con problemas de hipotensión, para favorecer la afluencia de sangre al cerebro.

Se elevan las piernas del paciente a una altura que sobrepase el nivel de la cabeza.



Posición de Fowler (sentado)

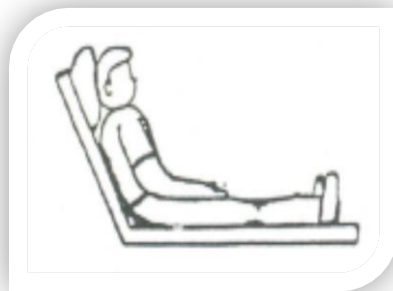
Para pacientes con problemas cardíacos o respiratorios.

El paciente se sienta cómodamente y podrá llevar las piernas flexionadas o extendidas.



Posición de Semi Fowler (Semi-sentado)

Para pacientes rehabilitados y en condiciones normales.



Al igual que en el caso anterior, el paciente se sentará cómodamente.

Posición ginecológica

Se coloca a la paciente semi-acostada y se cubre con una sábana.

En caso de prestar ayuda al parto, se colocará a la paciente con las piernas separadas y flexionadas.



c) Entrega de paciente en el servicio de envío

Al entregar a un paciente en un servicio del área hospitalaria, se debe avisar en el área de control las condiciones en que se encuentra el paciente, así como el diagnóstico con que fue enviado, entregando, de requerirse, la documentación correspondiente, notificando si sucedió alguna alteración durante el traslado, depositando al paciente en donde se indique, recuperando el equipo utilizado.

d) La movilización del paciente quirúrgico

El paciente puede llegar a la esclusa, transfer del quirófano o antequirófano en silla de ruedas, en camilla y raramente andando. Los pasos que se debe efectuar el paciente desde la cama a la camilla del quirófano son:

1.- Cuando el paciente puede colaborar.

- a) Indique lo que tiene que hacer
- b) Coloque juntas la cama y la camilla. Frene las ruedas
- c) Adopte las precauciones necesarias con las sondas, drenajes, la bolsa de diuresis y soluciones parenterales.
- d) Invítelo para que se desplace a la camilla
- e) Ponga cómodo al paciente

Si el paciente no puede colaborar.

- Indique lo que va a realizar
- Coloque y frene la cama y camilla
- Sitúe una sábana bajo el paciente de modo que pueda jalar de ella (con el fin de arrastrar al paciente hacia usted)
- Coloque los brazos del enfermo sobre su tórax o a lo largo del cuerpo
- Adopte las precauciones necesarias con las sondas, drenajes, la bolsa de diuresis y sueros, si existen
- Tire del paciente hacia usted

Participación en el baño del paciente postrado y/o crítico.

Un paciente postrado se define como aquella persona que requiere de apoyo, guía y supervisión total en actividades domésticas (según índice de Katz), como por ejemplo bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse o alimentarse, entre otras.¹³

Paciente crítico: se define por la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.¹⁴

¹³www.gerontologia.org

¹⁴http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_1_03/mie12103.htm

En cualquiera de los dos casos, los pacientes son dependientes de otros para la satisfacción de sus necesidades primarias, como son alimentación, higiene, eliminación, movilización por lo que uno de los cuidados que proporciona el personal de enfermería a este tipo de pacientes es el baño en la propia unidad del paciente, que es conocido como “baño de esponja”, para la realización de este procedimiento se hace necesaria la participación del personal de camillería, como un apoyo para la movilización durante el baño.

El baño de esponja se conceptualiza como la limpieza general que se proporciona a un paciente en su cama cuando no le está permitido o no puede bañarse en la regadera.

El papel fundamental del personal de camillería es colaborar con el personal de enfermería en la realización de este procedimiento, ya que una sola enfermera no puede movilizar sola a un paciente, esto se debe que para realizar la higiene del paciente el procedimiento del baño se realiza por etapas y para ofrecer un aseo total, se hace necesario movilizar al paciente sobre cada uno de sus costados para el aseo y posteriormente para el cambio de la ropa de cama.

Si bien el camillero participa en este procedimiento, es importante que lo haga siempre respetando la individualidad e intimidad de los pacientes.



Medidas de sujeción.

Los pacientes como consecuencia de algunas patologías pueden agitarse. Esta agitación puede poner en peligro la seguridad para él mismo y el entorno; o poner en peligro su programa terapéutico. De aquí viene la necesidad a veces de una “Contención Mecánica” o “Inmovilización”.

Para modificar estas circunstancias se recurre excepcionalmente a lo que llamamos “**contención mecánica**” generalizando en medidas de restricción de movimientos.

Es la sujeción física de un paciente, como medida extrema para evitar daños al propio paciente, a otras personas y el entorno físico que lo rodea.

Esta sujeción es una medida extrema y siempre buscando la limitación del daño que el propio paciente puede ocasionarse, ya que puede arrancarse las sondas o drenajes que tenga, con lo que puede ocasionarse un traumatismo o un sangrado abundante que ponga en riesgo su vida.

La sujeción debe estar indicada por el médico responsable del paciente, deberá observar precauciones para evitar que esta ocasione problemas de circulación o laceración en la piel, sobre todo en pacientes seniles, donde la piel se encuentra adelgazada.

La participación del camillero en estas medidas de protección consiste en auxiliar al personal de enfermería, en el momento de aplicar las medidas de sujeción y que el personal no vaya a sufrir alguna agresión por parte del paciente.



Preparación post mortem

Son los cuidados que se proporcionan al cuerpo de un paciente una vez que se ha confirmado su defunción, el objetivo es preparar el cuerpo para que presente un aspecto digno.

Este procedimiento es de la competencia del personal de enfermería, pero como sucede en el baño de esponja es necesaria la colaboración del camillero para la preparación del cuerpo, ya que es necesario movilizarlo, para retirar las sondas y drenes que pueda tener, así como para realizar medidas higiénicas si fuera el caso.

Una vez concluida la preparación e identificación del cuerpo, se traslada al paciente al servicio de patología con las hojas institucionales para dicho traslado, las que serán proporcionadas debidamente llenadas por la enfermera responsable del paciente o la enfermera jefe de piso.

Los cadáveres se trasladan, normalmente, en camillas mortuorias, con el cabezal a 0° y cubiertos en su totalidad por una sábana, deben ir identificados correctamente y sin ninguna pertenencia personal.



IV.
CALIDAD
Y
SEGURIDAD
PARA
EL PACIENTE



Objetivo específico

El camillero identificará las acciones a ejecutar para brindar un entorno seguro y libre de riesgos en la movilización y el traslado de los pacientes.

4.1 Metas internacionales de seguridad para el paciente.

El propósito de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia, como en el conocimiento de expertos.

1. Identificar correctamente a los pacientes.

Objetivo: Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.



2. Mejorar la comunicación efectiva

Objetivo: Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.



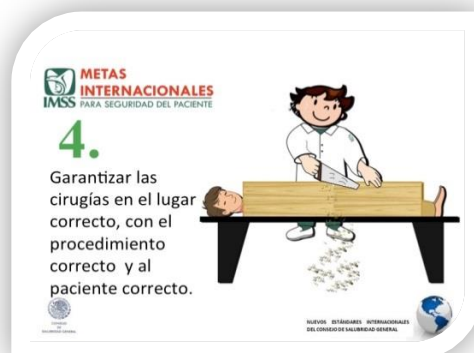
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo

Objetivo: Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados



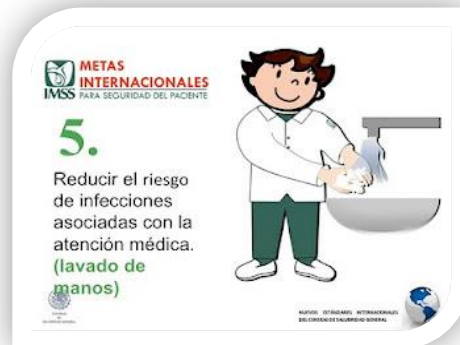
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Objetivo: Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.



5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica

Objetivo: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de higiene de manos.



6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Objetivo: Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.¹⁵



4.2 Infecciones asociadas a la atención en salud

Las infecciones asociadas a la atención de en salud (IAAS), antes conocidas como infecciones nosocomiales, se definen como “una infección localizada o sistémica que se desencadena a partir de una reacción adversa a la presencia de uno o varios agente(s) infeccioso(s) o sus toxina(s), sin que haya evidencia de su presencia previa a la admisión en el centro de atención en salud respectivo”.¹⁶

¹⁵<http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/EstandaresCertificacixnHospitales2011.pdf>

¹⁶ Unahalekhaka, A. Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención en salud.

Usualmente, se considera que una infección corresponde a una IAAS si se manifiesta al menos 48 horas después de la admisión.

Factores de riesgo para IAAS

Huésped. Afectan el riesgo de una persona a la exposición y resistencia a la infección. Los pacientes al llegar a una unidad hospitalaria generalmente tienen un mal estado de salud, bajas defensas contra bacterias y otros agentes infecciosos. La edad avanzada, el nacimiento prematuro y la inmunodeficiencia constituyen un riesgo general.

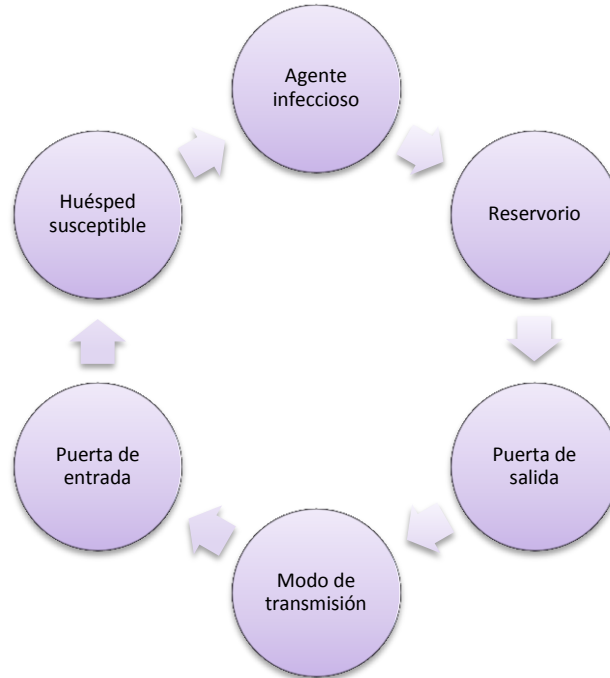
Agente. Este puede ser una bacteria, virus, hongo o parásito. La mayor parte de las IAAS se asocian a una bacteria o virus.

Ambiente. En esta categoría entran los factores extrínsecos que afectan ya sea al agente infeccioso o al riesgo de una persona de verse expuesta a este agente. Los factores ambientales incluyen el ambiente animado e inanimado que rodea al paciente.

El ambiente animado se refiere al personal de atención en salud, otros pacientes en la misma unidad, familia y visitas. El ambiente inanimado incluye el instrumental y equipos médicos, así como las superficies ambientales. Otros factores son las condiciones de salubridad, limpieza de la unidad, temperatura y humedad, así como las técnicas de diagnóstico y maniobras terapéuticas empleadas.

Cadena de infección

Una infección resulta de la interacción entre un agente infeccioso y un huésped susceptible. La cadena de infección consta de los siguientes eslabones: agente infeccioso, reservorio, puerta de salida, modo de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible.



Cadena de infección

Vías de transmisión de las IAAS

Los modos de transmisión de una IAAS son los siguientes:

Por contacto. El contacto es el modo de transmisión de IAAS más importante y frecuente y se divide en contacto directo, contacto indirecto y transmisión por gotitas.

- *Contacto directo.* Implica contacto entre superficie corporal y superficie corporal, así como la transferencia física de microorganismos entre un huésped susceptible y una persona infectada o colonizada.
- *Contacto indirecto.* Involucra el contacto entre un huésped susceptible y un objeto intermedio, habitualmente inanimado, como en el caso de instrumental contaminado, agujas, apósitos o guantes contaminados, que no se cambian al tocar un paciente y posteriormente a otro.
- *Por gotitas.* Ocurre cuando un reservorio humano genera gotitas, principalmente al toser, estornudar o hablar, o durante la realización de ciertos procedimientos. La transmisión ocurre cuando la persona infectada expele gotitas con patógenos a través del aire y éstas se depositan en el cuerpo del huésped, a menos de un metro de distancia.

Aérea. Ocurre por diseminación de núcleos en el aire, que se originan en gotitas evaporadas cuyos microorganismos permanecen en suspensión aérea por largos períodos de tiempo, o partículas de polvo que contienen el agente infeccioso (partículas de polvo o descamaciones cutáneas), que pueden ser inhalados por pacientes en la misma sala o a distancias mayores del paciente emisor.

Por vehículo. Se aplica a microorganismos que se transmiten vía objetos contaminados, como alimentos, agua, medicamentos, dispositivos y equipamientos médicos, juguetes y productos biológicos como sangre, tejidos u órganos.

Por vector. Sucede cuando vectores como mosquitos, moscas, ratas y otras alimañas transmiten microorganismos. Y esta puede darse a través de la contaminación simple vía vectores animales o artrópodos, o su penetración bajo la piel. Esta vía juega un rol menor en la transmisión de IAAS.

Para evitar la diseminación de infecciones se deben realizar acciones como el uso de las medidas de precaución estándar, que son aplicables a cualquier tipo de enfermedad y no solo se protege al paciente, también al personal del equipo de salud.

Pero la medida más eficaz es el **lavado de manos**, siempre y cuando se realice conforme a la técnica establecida.

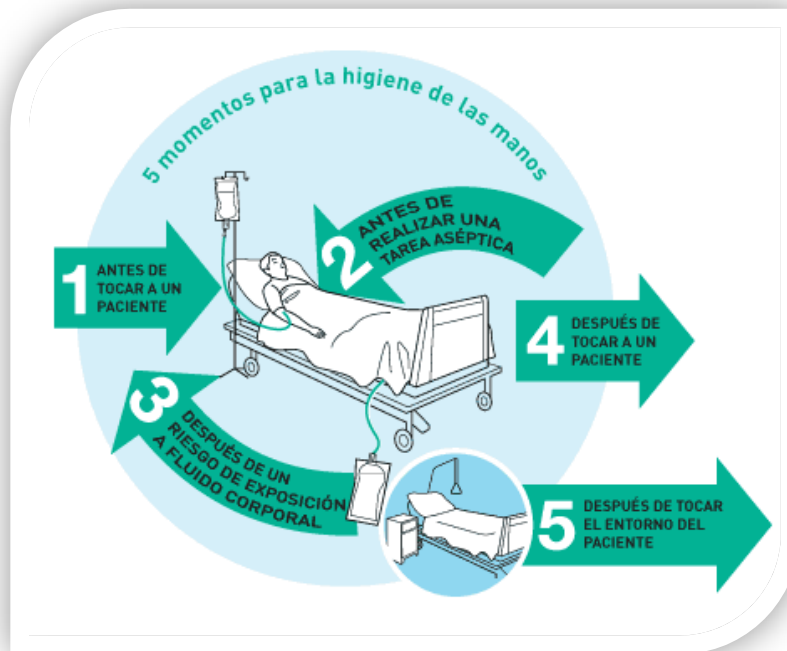
4.3 Precauciones estándar.

Las precauciones estándares tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas. Son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes.

La higiene de las manos es un componente principal de las precauciones estándares y uno de los métodos más efectivos para prevenir la transmisión de agentes patógenos asociados con la atención de la salud.

Es importante destacar que la técnica de lavado de manos se realiza en 5 momentos:

- 1) Antes del contacto directo con el paciente.
- 2) Antes de un área antiséptica o manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes.
- 3) Después del contacto con fluidos o secreciones corporales.
- 4) Después del contacto directo con el paciente.
- 5) Después del contacto con objetos en el entorno del paciente.



TÉCNICA DE LAVADO DE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN

Mójese las manos con agua.



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir toda la superficie de la mano.



Frótese las palmas de las manos entre sí.



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



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



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



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



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



Enjuáguese las manos con agua.



Séquelas con una toalla de un solo uso.



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo.



...una vez secas, sus manos son seguras.



TÉCNICA DE HIGIENE DE LAS MANOS CON SOLUCIONES ALCOHOLADAS

Deposite en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.



Frótese las palmas de las manos entre sí.



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



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



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



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



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



...una vez secas, sus manos son seguras



Guantes

Úselos al tocar sangre, fluidos orgánicos, secreciones, excreciones, mucosas, piel lesionada.

Cámbielos entre tareas y procedimientos en el mismo paciente después del contacto con material potencialmente infeccioso.

Quíteselos después del uso, antes de tocar elementos y superficies no contaminadas y antes de ir a otro paciente. Realice higiene de las manos inmediatamente después de quitárselos.



Protección facial (ojos, nariz y boca).

Use (1) una mascarilla quirúrgica o de procedimientos y protección ocular (visor ocular, gafas protectoras) o (2) un protector facial para proteger las membranas mucosas de los ojos, la nariz y la boca durante actividades que pueden generar salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones.



Bata

Su uso protege la piel y evitar ensuciar la ropa durante actividades que pueden generar salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos orgánicos, secreciones, o excreciones.

Quítese la bata sucia cuanto antes y realice técnica de lavado de manos.

Tenga cuidado al manipular agujas, escalpelos y otros instrumentos o dispositivos afilados.



Higiene respiratoria

Las personas con síntomas respiratorios deben aplicar las medidas de control:

Cubrirse la nariz y la boca al toser/estornudar con un pañuelo desechable o mascarilla, eliminar los pañuelos desechables y mascarillas usados y realizar higiene de las manos después del contacto con secreciones respiratorias.

Limpieza ambiental

Realice los procedimientos adecuados para la limpieza de rutina y desinfección de superficies del entorno y otras superficies que se tocan con frecuencia.

Ropa blanca

Manipule, transporte, y procese la ropa blanca usada de modo que se logre: Prevenir exposiciones de la piel y membranas mucosas y la contaminación de la ropa.

Eliminación de desechos

Asegure la eliminación segura de desechos.

Trate los desechos contaminados con sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones como desechos clínicos, en conformidad con los reglamentos locales.

Los tejidos orgánicos y los desechos de laboratorio que están directamente asociados con procesamiento de muestras también deben tratarse como desechos clínicos.

Elimine de acuerdo a las normas establecidas los artículos desechables.

Equipo para atención de pacientes

Manipule el equipo manchado con sangre, fluidos orgánicos, secreciones y excreciones de forma tal que se prevengan exposiciones de la piel y las membranas mucosas, contaminación de la ropa y el traspaso de agentes patógenos a otros pacientes o al ambiente.

Limpie, desinfecte y vuelva a procesar el equipo reutilizable apropiadamente antes de usarlo con otro paciente.¹⁷

Traslado de pacientes con ventilador mecánico

Requiere especial atención durante el traslado, los pacientes con ventilación mecánica ya que son de mayor complejidad y es aquí donde aparecen complicaciones severas.

Este tipo de pacientes son muy inestables, para su traslado primero debe estabilizarse, nunca se deben trasladar únicamente con el camillero, se integra un equipo multidisciplinario para su traslado, debe estar integrado por el médico, la enfermera, el inhala terapeuta y el camillero (en su caso 2 camilleros).

Se debe contar con una bolsa mascarilla (ambú) para facilitar su traslado, ya que si permanece conectado al ventilador esto dificulta aún más su traslado, uno de los accidentes más comunes en este tipo de pacientes, es la extubación accidental, por lo que antes de iniciar la movilización del paciente es necesario que el personal de enfermería revise la fijación de la cánula, así como su permeabilidad.

¹⁷http://www.who.int/csr/resources/publications/10_EPR_AM2_E7_SPAN_LR.pdf

El camillero debe haber verificado que el tanque de oxígeno para el traslado se encuentre en óptimas condiciones, para disminuir los riesgos para el paciente, al pasarlo de la camilla a la cama, se debe realizar entre dos camilleros, ya que se debe colocar la camilla al mismo nivel de la cama, para con un movimiento de deslizamiento se pase al paciente a la cama.



***V. TRASLADO
DE
PACIENTES
CON OXÍGENO,
VENOCLÍISIS,
SONDAS Y DRENES***





Objetivo específico

Identificar el material, equipo y las precauciones para el traslado de pacientes con oxigenoterapia, venoclísis, sondas y drenes.

5.1 EQUIPO Y PRECAUCIONES EN EL TRASLADO DE PACIENTES CON OXIGENOTERAPIA

Oxigenoterapia. Medida terapéutica que trata la administración de oxígeno a concentraciones mayores que el del medio ambiente y el control de su eficacia, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia. Por tanto, con la oxigenoterapia aumentamos la concentración de oxígeno que siempre será mayor al 21 %.

Cilindro.- Para la administración de oxígeno fuera de las instalaciones médicas, se puede disponer de cilindros de aluminio portátil, lleno de oxígeno a una presión superior a las 2,000 libras por pulgada cuadrada y contienen aproximadamente 360 litros.

La duración de un cilindro depende de la presión del propio gas y de la frecuencia con que se administre (litros por minuto).

Válvula. Los cilindros, cuentan con una válvula en la cual por medio de una conexión se asegura el regulador de presión, el que debe ajustarse perfectamente en los agujeros de la válvula.

Regulador. Este dispositivo puede tener uno o dos indicadores (manómetros), en los cuales se lee en uno la presión que contiene el tanque (lbs. /plg²) y en el otro la cantidad de oxígeno que está suministrando (litros/min.). Su manejo es por medio de una perilla, la cual nos permite abrir o cerrar la válvula, regulando así el paso del oxígeno; se debe recordar que antes de suministrar el oxígeno, se debe dejar escapar por un lapso de un segundo, para quitar cualquier partícula o basura que se encuentre en la válvula.

Manómetro de salida. Es un contador de presión calibrado que indica la frecuencia de la salida de oxígeno en litros/minuto.



Humectador o humidificador. Si el oxígeno de los cilindros se utilizara en su estado natural, podría secar rápidamente las membranas mucosas, garganta y pulmones. Sobre las membranas reseca se forman costras duras que llegan a obstruir el paso del aire en las vías respiratorias, por consiguiente, el oxígeno que se suministra por largo tiempo debe humedecerse. Normalmente un humectador no es otra cosa que un recipiente con agua adaptado al manómetro de salida. La operación humectante es sencilla: el oxígeno burbujea a través del agua y el contacto con ella lo humedece.



Precauciones

1. No golpear los cilindros.
2. Por ningún motivo, aplicar aceite o grasa a las conexiones del cilindro.
3. Al manejar el equipo deben tenerse las manos limpias y libres de aceite o grasa.
4. La posición del cilindro invariablemente debe ser vertical.
5. Si se suministra oxígeno a incubadora, no debe de exceder del 40%.
6. Seguir indicaciones médicas.
7. Para la limpieza del equipo, utilizar únicamente agua y franela.
8. No fumar cerca del equipo de oxígeno. **ES ALTAMENTE FLAMABLE**

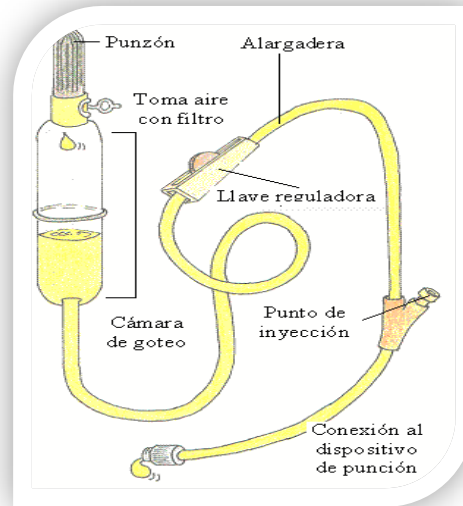


5.2 EQUIPO Y PRECAUCIONES EN EL TRASLADO DE PACIENTES CON VENOCLÍISIS

VENOCLISIS. Infusión de un líquido a un paciente a través de un acceso vascular.

Dentro de los traslados nos encontramos a pacientes con terapia fluida intravenosa, que es práctica común en los hospitales para vía permeable en la aplicación de medicamentos al sistema cardiovascular en forma inmediata.

Para la vigilancia de venoclisis o infusión de fluido intravenoso, es necesario conocer el equipo con que se suministra, el cual consiste en los siguientes elementos:



Durante el traslado pueden presentarse algunos problemas, **el más frecuente es la oclusión de la venoclísis.**

Para evitar esto, se debe cerrar la llave de flujo antes de movilizar al paciente, lo que impedirá que haya retorno sanguíneo, en el caso de que exista retorno, debido a que no se cerró la llave de flujo, se irrigará la línea con solución hasta permeabilizar la venoclísis, **nunca realizar la mala práctica de ejercer presión sobre el vaso sanguíneo, retorciendo una parte de la línea, ya que al ejercer esta presión podemos causar la ruptura del vaso sanguíneo y un dolor intenso al paciente.**

Al ubicar al paciente en su unidad, se deberá colgar la solución verificando su permeabilidad, si esta no estuviera permeable se deberá avisar al personal de enfermería responsable del paciente, para que tome las medidas pertinentes.

NOTA: Nunca coloque el recipiente sobre o entre las piernas del paciente.

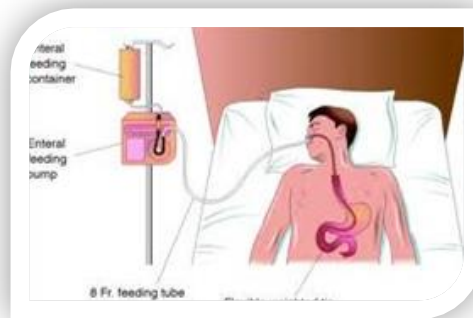
5.3 EQUIPO Y PRECAUCIONES EN EL TRASLADO DE PACIENTES CON SONDAS Y DRENES

Tubos o elementos destinados a evacuar líquidos o gases acumulados en una cavidad corporal.

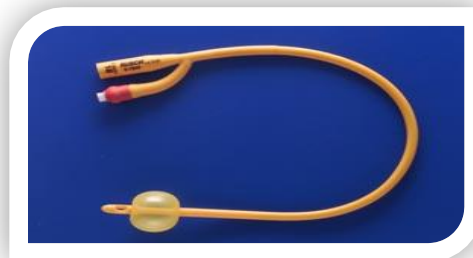
Tienen propósitos curativos y profilácticos, ya que favorecen la eliminación de posibles residuos pos intervención y disminuyen el riesgo de infección

Tipos de sondas

Sondas nasogástricas. Sondas introducidas por nariz o boca, su objetivo es drenar líquido o aire de la cavidad gástrica, realizar lavados gástricos con fines terapéuticos o la introducción de líquidos, alimentos o medicamentos a la cavidad gástrica cuando por el estado del paciente no puede tener una ingesta por vía oral.



Sonda Foley. Este tipo de sondas sirven para drenar la orina de la vejiga y debe permanecer a una altura menor de los genitales del paciente. La bolsa recolectora debe sujetarse a los herrajes de la camilla, procurando que el tubo flexible no salga de la misma. Se debe vigilar que la sonda no se salga ni desgarrar la uretra del paciente. **NO trate de colocarla o introducirla de nuevo**, únicamente doble o presione la sonda y eleve a un nivel superior de la bolsa para que no se invierta y se derrame la orina en el piso, cubra los genitales del paciente e infórmelo rápidamente al médico o enfermera encargado indicándole la hora en que sucedió el problema.



***VI. PRINCIPIOS
BÁSICOS
DE
REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR
Y
PRIMEROS
AUXILIOS***





Objetivo específico

Que el camillero identifique los principios básicos de la reanimación cardiopulmonar y primeros auxilios, para colaborar con el personal de salud, al presentarse un evento de urgencia durante el traslado de los pacientes.

6.1 URGENCIAS DE PRIMER CONTACTO

Son los cuidados inmediatos que se le proporcionan a una persona que ha sufrido un accidente o una enfermedad repentina en tanto es atendido por un médico o personal especializado.

Evaluación de la escena

Esto se realiza tratando de identificar todo tipo de riesgos:

Riesgos presentes. Son los que ya existen en el lugar de la urgencia, si no son considerados pueden afectar tanto al auxiliador como a la víctima.

Riesgos potenciales. Son aquellos que pueden suceder durante la acción de atención y salvamento de los lesionados y que generalmente son provocados por una falta de planeación de la atención.

Para lo que debe realizar acciones, que son:

1. Se debe observar a la víctima y todo el entorno del lugar. Una vez que se ha evaluado el lugar de la escena, se determina si el lugar es seguro para el auxiliador y la víctima.
2. Buscar indicios del tipo de accidente y de las lesiones que las víctimas puedan tener, la escena a menudo ofrece las respuestas. Toda información es importante a ayudará a elaborar un plan de acción especialmente cuando las víctimas están inconscientes o no se cuente con personas que informen lo sucedido.
3. observar más allá de la víctima, ya que puede haber otra persona accidentada.
4. identificarse como persona capacitada en primeros auxilios, con la víctima y los expectadores.
5. Si hay espectadores averiguar que pasó, si conoce a la víctima, vio el momento en que ocurrió el accidente y también puede apoyar yendo a pedir ayuda.

6. antes de administrar los primeros auxilios, si la víctima está consciente solicitarle el permiso para ayudarla. Si está inconsciente, el permiso es implícito.
7. Al iniciar los cuidados, aplicar la atención en la palabra del lesionado, platicar con él hará que se sienta atendido.

Para la víctima observar las siguientes recomendaciones:

- Dar prioridad a los problemas cardiorespiratorios y fuertes hemorragias.
- Revisar a la víctima cuidadosamente de cabeza a pies.
- Si no hay peligro, no mover al lesionado hasta conocer sus lesiones.

6.2 PROCESO DEL TRIAGE EN URGENCIAS MÉDICAS O ADMISIÓN CONTINUA

Uno de los objetivos de la aplicación del Triage para clasificar a los pacientes que acuden a los servicios de Urgencias o Admisión Continua, es unificar las actividades operativas y administrativas para la atención médica en el Área de Clasificación de Pacientes (Triage) del Servicio de Admisión Continua o Urgencias de las Unidades Médicas Hospitalarias.

Este formato de clasificación de pacientes (Triage), está diseñado para determinar la prioridad con la que se debe dar atención a los usuarios externos del Servicio.

La clasificación de los pacientes es realizada por el Médico no Familiar, responsable del Área de Clasificación de Pacientes, quien llenará un formato, en el cual al final dará un total de puntos, de acuerdo al resultado el paciente tendrá la siguiente clasificación.

<i>Puntaje</i>	<i>Color</i>
> 30	Rojo
21 - 30	Naranja
11 - 20	Amarillo
6 -10	Verde
0 - 5	Azul

Fuente: Manual 2430-003-034

De acuerdo al puntaje y el color con el que se clasificó al paciente.

<i>Clasificación</i>	<i>Color</i>
Reanimación	Rojo
Emergencia	Naranja
Urgencia	Amarillo
Urgencia Menor	Verde
Sin Urgencia	Azul

- Fuente: Manual 2430-003-034

6.3 EVALUACIÓN PRIMARIA DE LA VÍCTIMA

El reconocimiento primario es una exploración rápida donde se verifican las alteraciones que constituyen una amenaza a la vida de la víctima. Y se centra en los tres sistemas de vida.

- Sistema neurológico. (Técnica AVDI)
- Sistema respiratorio. (Técnica ABC)
- Sistema Circulatorio. (Técnica ABC)

Se determina estado de consciencia ubicándolo con método AVDI

A: La persona se encuentra **Alerta**, habla fluidamente, fija la mirada al explorador y está pendiente de lo que sucede en torno suyo.

V: La persona presenta respuesta **Verbal**, aunque no está alerta puede responder coherentemente a las preguntas que se le realicen y responde cuando se le llama.

D: La persona presenta respuesta solamente a la aplicación de algún estímulo **Doloroso**, como presionar fuertemente alguna saliente ósea, como el esternón.

I: La persona no presenta ninguna de las respuestas anteriores, está **Inconsciente**.

VERIFICACIÓN DEL A.B.C.

A: “Airway” abrir vía aérea y control de cervicales.

B: “Breath” ventilación.

C: “Circulación” circulación y control de hemorragias.

A: Que la vía aérea esté abierta y sin riesgo de obstrucción. Se abre la boca mediante elevación de la mandíbula y desplazamiento lento de la mandíbula en busca de cualquier obstrucción de la vía aérea, en caso de encontrarse un cuerpo sólido a nuestro alcance lo retiramos haciendo un barrido de gancho con el dedo índice, si el hallazgo son secreciones o cualquier otro fluido se podrá utilizar cualquiera de los dispositivos de aspiración.

Todo paciente traumatizado es sospechoso de lesión medular cervical hasta que se demuestre lo contrario, por lo tanto, las maniobras anteriormente descritas deben realizarse con el cuello en posición neutra y con la menor movilización posible.

B: Se evalúa que la ventilación esté presente. Se utiliza la mnemotecnia:

-Ver: El pecho del paciente. (Si sube y baja).

-Escuchar: La respiración.

-Sentir: El aire que sale por la boca o nariz.

Hay que determinar si respira por sí solo, con qué frecuencia y que tan profundas son las respiraciones.

C: Se determina la presencia de signos de circulación, como el pulso o la coloración de la piel, si está pálido, azulado y la temperatura corporal. Y revisar si presenta alguna hemorragia evidente.



6.4 EVALUACIÓN SECUNDARIA DE LA VÍCTIMA

Este reconocimiento va a consistir en la cuantificación de los signos vitales y de otras lesiones que no constituyen una amenaza inmediata a la vida de la víctima, pero que pueden desencadenar un problema mayor sino se corrige de inmediato.

Signos Vitales.

Es el conjunto de manifestaciones objetivas que dan indicios de vida en un individuo, estos son los siguientes:

Frecuencia respiratoria: número de respiraciones por minuto.

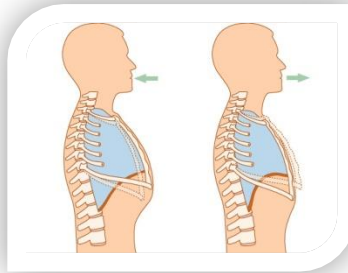
Frecuencia cardíaca: número de latidos del corazón por minuto.

Pulso: Reflejo del latido cardíaco en la zona distal del cuerpo.

Tensión Arterial: La fuerza con la que el corazón late.

Temperatura corporal del paciente. Cantidad de calor que presenta el cuerpo humano y es cuantificable.

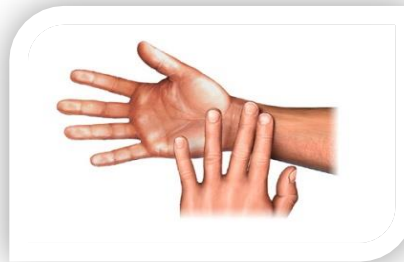
Frecuencia Respiratoria. Al igual que en la evaluación primaria se toma usando la mnemotecnía VES (ver, escuchar, sentir) contando cuántas ventilaciones da por minuto la persona. Éste es el único signo vital que uno mismo puede controlar por lo que es importante no decirle al paciente que se va a valorar para que no altere su patrón ventilatorio.



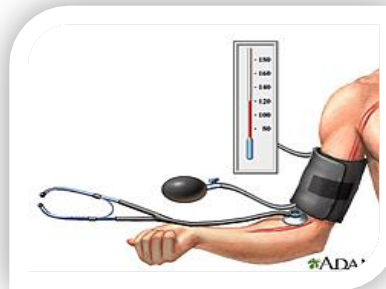
Frecuencia Cardíaca. Se toma con un estetoscopio (o colocando el oído sobre el punto citado) el cual se coloca a la altura del quinto espacio intercostal en la línea media claviclar, es decir, a la altura del pezón izquierdo inclinándolo un poco hacia la izquierda, al igual que la frecuencia respiratoria se cuenta cuántas veces late el corazón en un minuto.



Pulso. Es la fuerza transmitida del latido cardiaco a la pared de las arterias. Debemos contabilizar cuántas pulsaciones hay en un minuto colocando suavemente los dedos índice y medio sobre el sitio explorado, nunca utilizar el pulgar. Existen diferentes zonas para tomar el pulso, siendo estas regiones áreas determinadas donde las arterias son superficiales y por lo tanto palpables.



Presión Arterial. Es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.



Temperatura. Es el nivel de calor del cuerpo, el cual está dado en un rango promedio de 36.5 a 37.5 grados centígrados. Existen dos clases de termómetros: oral y rectal.

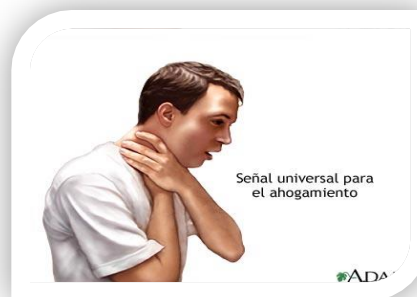


6.5 OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA

Paciente consciente

Sólo la obstrucción de la vía aérea superior (laringe y tráquea), por objetos sólidos como: alimentos o cuerpos extraños, puede resolverse por la maniobra de Hemlich, abajo descrita.

Si la persona tose débilmente o tiene un sonido agudo al respirar o si no puede hablar, respirar ni toser con fuerza, se puede estar atragantando.



Maniobra de Hemlich

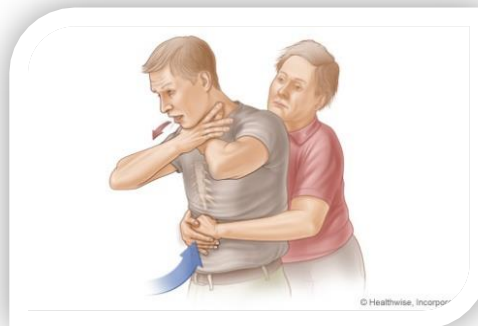
Pararse detrás de la víctima y si está de pie ábrale las piernas y coloque su pie en medio, coloque sus brazos alrededor de la cintura de la víctima. Hacer un puño con una mano. Colocar el lado del pulgar del puño en medio del abdomen de la víctima, dos dedos por arriba del ombligo y muy por debajo del extremo inferior del esternón.

Agarrar el puño con la otra mano. Con los codos des-pegados de la víctima, presionándole el abdomen con el puño, con movimientos rápidos y ascendentes.

Al presionar, asegurarse que el puño esté directamente en medio del abdomen de la víctima.



Presionar repetidas veces. Hasta que se despeje la obstrucción o hasta que la persona quede inconsciente. Hay que pensar en cada presión como un intento separado y único por desalojar el objeto



Cómo presionar a una víctima consciente embarazada

Mientras la persona está parada o sentada, hay que pararse detrás de ella y poner los brazos por debajo de las axilas y alrededor del pecho. Colocar el lado del pulgar del puño en medio del esternón. Cerciorarse que el puño esté justo en medio del esternón, y sobre las costillas. Asegurarse también que el puño no está cerca del extremo inferior del esternón.

Tomarse el puño con la otra mano y presionar.

Presionar repetidas veces hasta que se despeje la obstrucción o hasta que la persona quede inconsciente. Hay que pensar en cada presión como un intento separado para desalojar el objeto.



Cuándo dejar de presionar

Se debe dejar de presionar el abdomen o el pecho tan pronto como la víctima arroje el objeto o si la persona comienza a respirar o a toser. Hay que observarla y cerciorarse que el objeto haya salido de la vía respiratoria y que la persona respira libremente.

Y cuando el paciente haya perdido la consciencia. Hay que tener en cuenta también que al presionar el abdomen o el pecho se pueden causar lesiones internas.

6.6 REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

El paro cardiorrespiratorio es la interrupción repentina y simultánea de la respiración y el funcionamiento del corazón. Puede producirse el paro respiratorio

y el corazón seguir funcionando, pero en pocos minutos puede sobrevenir el paro cardiaco, cuando no se presta el auxilio inmediatamente. Cuando el corazón no funciona normalmente la sangre no circula, disminuye el aporte de oxígeno a todas las células, provocando un daño en los tejidos conforme pasa el tiempo.

Reanimación Cardiopulmonar (RCP)

Es el conjunto de técnicas manuales y mecánicas que se le aplican a una persona que ha sufrido paro cardiorrespiratorio, con el objetivo de:

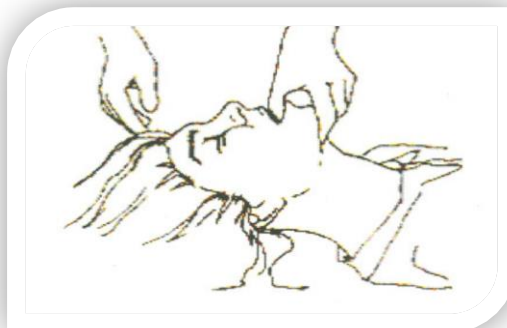
1. Mantener los pulmones oxigenados cuando la respiración se ha detenido.
2. Mantener la sangre circulando y llevar oxígeno a todas las partes del cuerpo.

Pasos para la RCP

a) ABRIR VÍA RESPIRATORIA

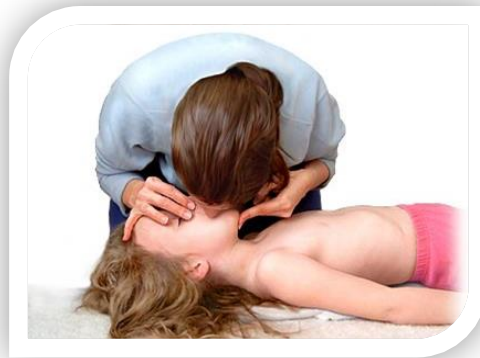
Realizar hiperextensión del cuello del paciente tanto como sea posible.

- Coloque la mano en la parte posterior del cuello y la otra en la frente.
- Levante el cuello con una mano e hiperextienda la cabeza, presionando la frente con la otra mano.
- La cabeza deberá mantener esta posición en todo momento.
- Si el paciente no vuelve a respirar espontáneamente, se deberá aplicar la siguiente maniobra:



b) Respiración boca a boca

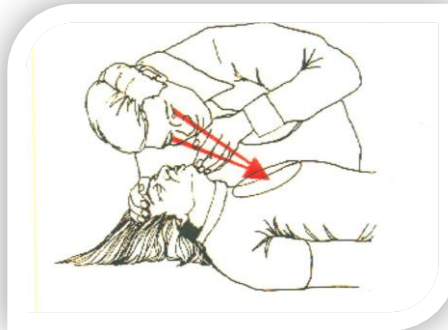
- Se coloca al lado del paciente.
- Una mano será colocada en la parte posterior del cuello del paciente para mantener la cabeza hiperextendida tanto como sea posible.
- Apretar los orificios de la nariz con el pulgar y el índice de la otra mano.
- Abrirle bien la boca y soplar profundamente.
- Sellar la boca del paciente.
- Apartarse y permita que el paciente exhale pasivamente, mientras observa el movimiento del tórax.
- Este ciclo se repite una vez cada cinco segundos, mientras persista la insuficiencia respiratoria.



Se puede asegurar que la respiración es adecuada si en el momento de cada respiración observa:

- El tórax se expande y relaja.
- Experimenta en su propia vía respiratoria la resistencia y adaptabilidad de los pulmones del paciente.

- Escucha y siente escaparse el aire durante la exhalación. La primera maniobra de ventilación deberá consistir de cuatro insuflaciones rápidas, completas y profundas efectuadas sin permitir que los pulmones se depriman entre una y otra.

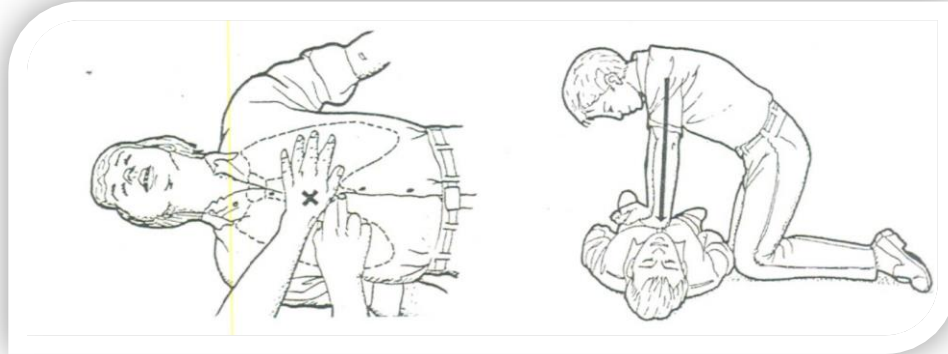


Compresión cardiaca externa

Consiste en la aplicación rítmica de presión sobre el medio inferior del esternón; debe acompañarse siempre de respiración artificial.

TÉCNICA:

- El paciente debe estar en posición horizontal y acostado sobre una superficie firme (tierra, piso, soporte para columna, etc.).
- Colocarse junto al paciente y poner la palma de la mano paralela del medio inferior del esternón.
- Colocar la otra mano sobre la primera (puede entrelazar los dedos).
- Mantener los brazos rectos y ejercer presión casi verticalmente, hacia abajo.
- Las compresiones se efectuarán en forma regular suave e ininterrumpida.

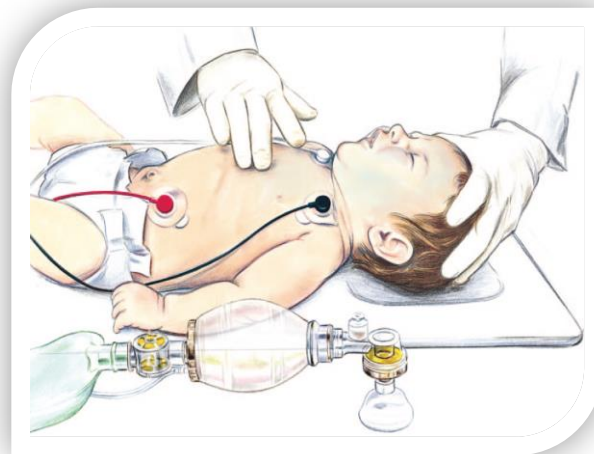


Pacientes pediátricos

En el caso de niños pequeños, sólo se utiliza la palma de una mano y con los infantes los puntos del índice y del dedo medio.

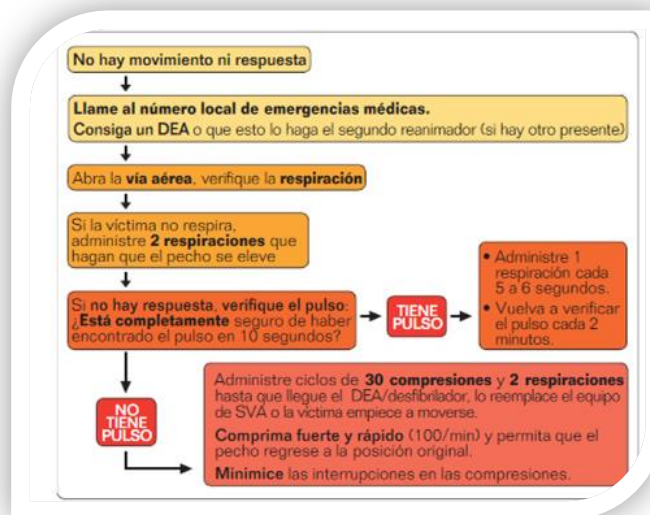
Durante la reanimación cardiopulmonar, la reacción de las pupilas debe examinarse periódicamente ya que es la mejor indicación de que el cerebro del paciente está recibiendo sangre oxigenada.

Asimismo el pulso carotideo deberá palparse periódicamente para comprobar la efectividad de la compresión cardiaca externa.



Cuando dejar de dar R.C.P.

- Cuando la persona tenga pulso y respire.
- Cuando llegue la ayuda y los servicios médicos se hagan cargo del lesionado.
- Cuando lo indique un médico.
- Cuando esté muy cansado para continuar.



6.7 HEMORRAGIAS. Es la pérdida de sangre debido a una agresión a los conductos o vasos sanguíneos

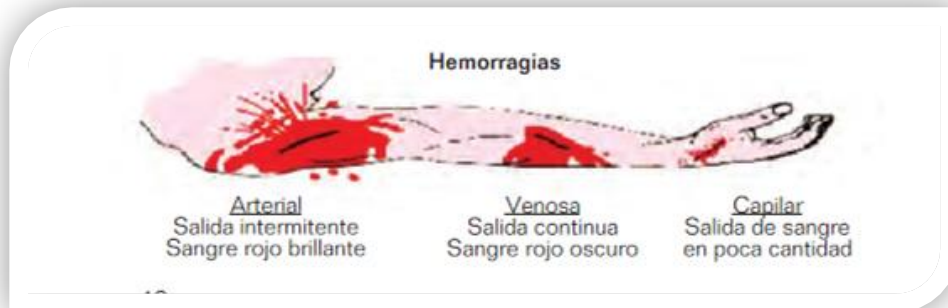
Clasificación de las hemorragias

Arterial: Identificada por su color brillante y la sangre sale conforme al latido cardiaco.

Venosa: Identificada por su color rojo oscuro y su salida es continua.

Capilar: Identificada por escasa salida de sangre (puntilleo) comúnmente se presenta en las excoriaciones.

Mixta: Observada en las heridas en las que fueron lesionadas tanto las arterias como las venas.

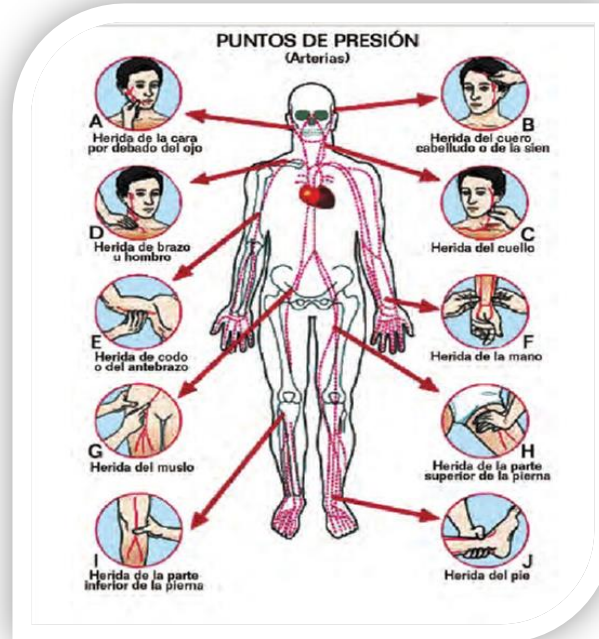


Métodos de contención

Presión directa. Realizarla con un lienzo limpio colocándolo sobre la herida y presionando firmemente con la palma de la mano. Si la sangre se filtra a través de la compresa no quitar, aplicar una segunda compresa y continuar presionando.

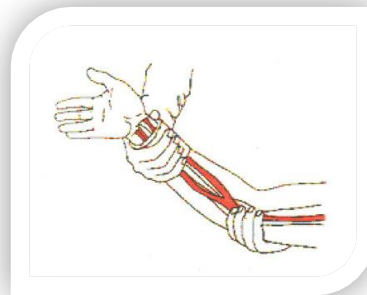


Presión indirecta. Realizarla comprimiendo la arteria más cercana entre la herida y el corazón. Para ello se cuentan con los siguientes puntos de presión indirecta.



Evaluación de la extremidad

Una extremidad que esté sangrando intensamente deberá elevarse por encima del nivel del corazón de la víctima, sin dejar de ejercer una presión directa o indirecta.



Crioterapia

Consiste en la aplicación de lienzos fríos, hielos envueltos para lograr una vasoconstricción. Colaborando con el organismo en su acción de defensa ante una lesión.

Torniquete

Es el último recurso que se aplicará para contener una hemorragia, utiliza un trozo de tela de 10 cm. de ancho, dándole una vuelta completa alrededor del miembro afectado. Se coloca de 5 a 10 cm. por arriba de la herida anudándola y colocando un trozo de madera sobre el nudo hecho y girando hasta conseguir una presión uniforme. Se deja por espacio de 15 minutos máximo.



6.8 ESTADO DE CHOQUE

Es el estado de deficiencia circulatoria generalizada en todos los tejidos, ocasionado por diversos factores, como: traumatismo, enfermedades cardíacas, reacciones alérgicas o infecciones severas.

Clasificación

Choque hipovolémico: causado por la pérdida de líquidos corporales, lo que ocasiona que disminuya el volumen de sangre circulante y provoca el CHOQUE.

- **Hemorragia externa.** Heridas abiertas que provocan pérdida de sangre.
- **Hemorragia interna.** Los órganos desgarrados o lacerados, las úlceras y fracturas cerradas.
- **Deshidratación.** Pérdida de líquidos por vómitos y diarrea.

Choque cardiogénico: es consecuencia del funcionamiento inadecuado del corazón. La circulación apropiada de la sangre depende de la actividad continua y eficiente del corazón, pero algunas enfermedades debilitan al músculo cardíaco y disminuyen su rendimiento.

Choque neurogénico: lo provoca la pérdida del control del sistema nervioso cuando la médula espinal es lesionada en un accidente, las vías nerviosas que conectan al cerebro con la musculatura lisa de los vasos sanguíneos hacen que se pierda la capacidad de constricción ocasionando vaso dilatación.

Choque anafiláctico: se produce cuando una persona tiene contacto con algo a lo que es alérgico. Las causas que provocan una reacción alérgica pueden ser:

- Picadura de insecto.
- Sustancias ingeridas.
- Sustancias inhaladas.
- Sustancias inyectadas.

Choque séptico: ocurre en caso de infección grave cuando las toxinas que se incorporan al torrente sanguíneo producen un efecto tóxico en los vasos, afectando a la circulación.

Signos y síntomas

- Frecuencia cardíaca elevada.
- Respiración rápida y superficial.
- Piel pálida, húmeda y fría.
- Un sentimiento de angustia extrema.
- Sed.
- Alteración de la conciencia.
- Pulso rápido y poco perceptible.
- Sudoración fría y pegajosa.
- Estremecimiento y temblores.
- Tensión arterial baja.
- Pupilas dilatadas (midriáticas) en ojos apagados y sin brillo.

Tratamiento de urgencia

- Mantener vías respiratorias libres.
- Verificar la respiración.
- Controlar hemorragias externas.
- Verificar el pulso.
- Colocar en posición de choque.

- Mantener la temperatura corporal.
- Aflojar la ropa.
- Mantenerlo consciente, haciéndole plática.
- No hablarle de la gravedad de sus lesiones, ni permitirle que las vea.
- Investigar la causa del CHOQUE.



6.9 QUEMADURAS

Es toda agresión térmica a la piel por la acción del calor. Por su origen pueden ser causadas por agentes de diversa naturaleza:

Físicos. Son agentes que producen quemaduras por contacto directo con una fuente de calor o por calor radiante.

Calor seco o flama. Además de su acción lesiva, puede incendiar la ropa, aumentando la extensión y gravedad de la quemadura. Suelen pegarse a la superficie del cuerpo, provocando lesiones de mayor profundidad.

Calor húmedo (líquidos a temperaturas elevadas, vapor). Suelen originar quemaduras extensas, cuya profundidad dependen de la temperatura y densidad del líquido.

Sólidos incandescentes. Al ponerse en contacto con la superficie corporal, originan lesiones profundas y poco extensas (caídas sobre estufas, contacto con la plancha).

Fricción. En accidentes industriales, pueden producir quemaduras con frecuencia, interesan a nivel local todo el espesor de la piel.

Eléctricas. Estas quemaduras son producidas por contacto con un conductor eléctrico, la lesión será causada por el calor y el paso de la corriente a través de los tejidos.

Químicos. Se producen por el contacto de los tejidos con determinadas sustancias químicas.

Radioactivos. Son las debidas a la acción de las radiaciones ionizantes sobre los tejidos.

Clasificación

Quemaduras de primer grado

Estas quemaduras afectan únicamente las capas externas de la piel. Se caracterizan por presentar:

- * Enrojecimiento de la piel.
- * Tumefacción.
- * Extrema sensibilidad.
- * Dolor y ardor.



Quemaduras de segundo grado

Estas quemaduras afectan la región dérmica superficial (epidermis, dermis, fascia superficial y región reticular). Se caracterizan por presentar:

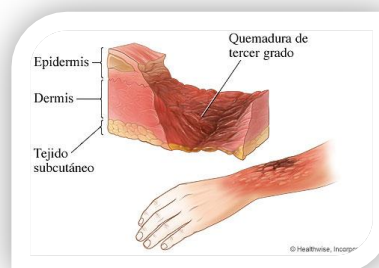
- * Enrojecimiento de la piel, con partes blanquecinas.
- * Dolor y ardor intenso y localizado.
- * Aparición de ampulas.
- * Extremada sensibilidad.
- * Tumefacción.



Quemaduras de tercer grado

Estas quemaduras afectan a todos los estratos de la piel. Se caracterizan por presentar:

- * Piel pálida, serosa.
- * No existe dolor por la lesión de los nervios.
- * Necrosis y carbonización de los tejidos.
- * Aparición de ampulas alrededor de esta quemadura.



Tratamiento general de urgencia

- ☺ Tranquilizar al lesionado.
- ☺ Colocar la parte lesionada bajo el chorro suave de agua y sumergir 15 min. O más si persiste el dolor (**sólo en quemaduras de primer grado**).



- ☺ Colocar al lesionado en posición cómoda, sin que la quemadura tenga contacto con algún objeto.
- ☺ Retirar cuidadosamente artículos o ropa ajustada que compriman la zona quemada, antes que esta se empiece a inflamarse.
- ☺ Retirar cualquier prenda que esté caliente, enfriándola con agua, siempre y cuando no esté adherida a la piel.
- ☺ Cubrir el área lesionada con un apósito estéril o un lienzo limpio y fijar con un vendaje.



- ☺ Inmovilizar las extremidades quemadas, evitando que se pegue piel con piel.

- ☺ Dar tratamiento preventivo para estado de choque.
- ☺ Si la víctima está consciente, darle a beber agua para reponer líquidos perdidos.
- ☺ Si la respiración y las contracciones cardiacas se detienen, aplicar inmediatamente las técnicas de reanimación cardiopulmonar.
- ☺ Trasladar a la víctima al Hospital inmediatamente.

6.10 FRACTURAS

Fractura. Es la pérdida de la continuidad del tejido óseo.

Clasificación

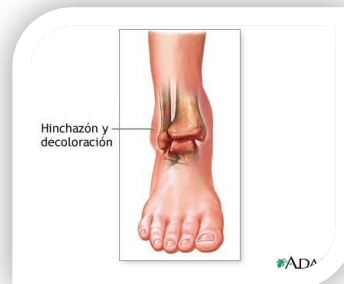
De acuerdo a los mecanismos productores, las fracturas se pueden clasificar en:

1. Por violencia.
2. Por esfuerzo.
3. Por enfermedad.

Esguince. Es la distensión excesiva de los ligamentos en una articulación.

Signos y síntomas

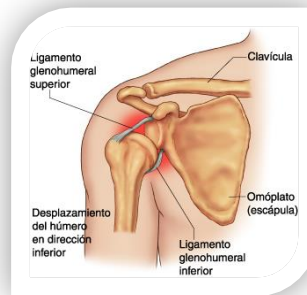
- * Dolor.
- * Enrojecimiento.
- * Hematoma.
- * Inflamación.
- * Entumecimiento.



Luxación. Es la separación de los huesos en una articulación.

Signos y síntomas

- * Dolor.
- * Enrojecimiento.
- * Hematoma.
- * Inflamación.
- * Entumecimiento.



Patrones de las fracturas.

- * Simple. Una fractura que no rompe la piel.
- * Expuesta. Una fractura que rompe la piel.



Signos y síntomas

Deformación. El desplazamiento de los extremos del hueso fracturado, provocan ondulaciones o protuberancias en las partes afectadas.

Impotencia funcional. es la incapacidad para realizar movimientos con los miembros lesionados, ocasionado por el dolor.

Dolor intenso y localizado. Producido por el roce o frotamiento del hueso roto con los músculos.

Crepitación ósea. Ruidos que se producen con el roce de los fragmentos del hueso fracturado.

Hemorragias. Consecuencia de la herida que se produce al romperse el hueso.

Inflamación. Reacción de los tejidos ante una lesión infecciosa o traumática.

Localización de las fracturas

Miembros torácicos

Son muy frecuentes, un gran porcentaje se presenta en niños, producidas durante juegos, las más comunes ocurren en el antebrazo, muñeca y mano.



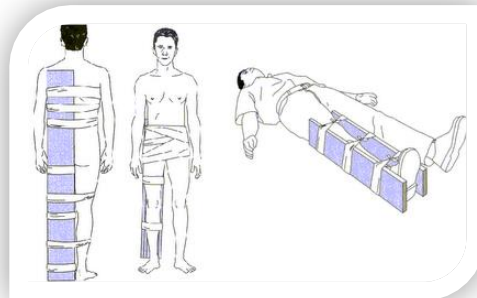
Miembros pélvicos.

Frecuentes en los niños, se producen por movimientos bruscos durante sus juegos, en mayor porcentaje se presentan en las piernas.



Inmovilizaciones

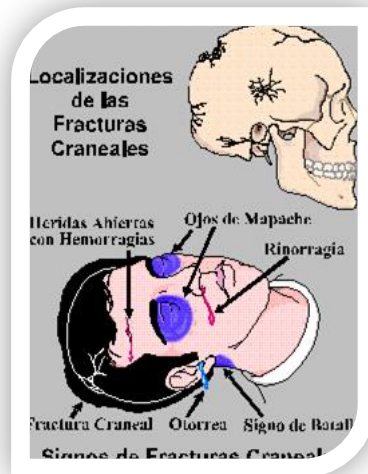
Se pueden utilizar diferentes materiales, entre ellos están; periódicos enrollados, tablas, cobijas, cartones, etc. Estos elementos se denominan férulas, sus dimensiones dependen de la parte a inmovilizar, la estatura de la persona. Lo más importante es lograr la inmovilización de la parte afectada, para evitar un mayor daño.



Fracturas especiales

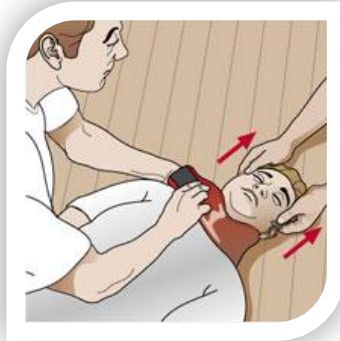
Cráneo. Las más peligrosas en esta región son las que ocurren en la base del cráneo, en algunos casos se puede identificar por:

- * Sangrado por los oídos, nariz y boca.
- * Amaratamiento de los párpados y atrás de las orejas.
- * Nauseas.
- * Vómito en proyectil.
- * Puede estar consciente o inconsciente.
- * Pupilas desiguales o ambas dilatadas.



Tratamiento de urgencia

- * Manejar el A.B.C.
- * Inmovilizar las cervicales.
- * Empaquetamiento.
- * Cuidar el estado de CHOQUE.
- * Transporte de inmediato.
- * Inmovilizar la columna vertebral con un collarín.



Tórax. Causadas por golpes fuertes sobre las costillas, algunas veces, sobre todo en niños, no se rompe en su totalidad el hueso, quedando unido en alguna de sus partes. A este tipo de fractura se le llama **“fractura en tallo verde”**



El principal peligro de las fracturas en el tórax es la perforación que pueden causar en pleura y pulmones.



Signos y síntomas

- * Amaratamiento en el área afectada.
- * Dificultad para respirar.
- * Puede presentar tos con salida de sangre color rojo brillante.

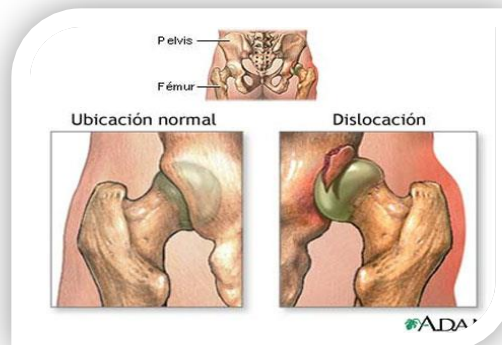
Tratamiento de urgencia

- * Manejar el A.B.C.
- * Apoyo ventilatorio.
- * No se recomienda férula en las costillas.
- * Colocar a la víctima en posición semifowler (**solo si no tiene lesión en la columna vertebral**).
- * Transporte de inmediato a la atención médica.

Pelvis. Se requiere de un gran traumatismo sobre esta región para producir la fractura, ya que los huesos que forman la pelvis tienen bastante resistencia por lo que requiere de un tratamiento especial.

Signos y síntomas

- * Priapismo.
- * Metrorragia.
- * Acortamiento de las extremidades.
- * Puede estar defecado u orinado.
- * Signo de corista.



Tratamiento de urgencia

- * Asegure el A.B.C.
- * Inmovilice en una camilla rígida.
- * Vigile es estado de CHOQUE.
- * Traslado a la atención médica.

6.11 INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS PELIGROSAS

Una intoxicación o envenenamiento es la agresión que sufre el organismo por introducción de un tóxico.

Tóxico. Es cualquier sustancia sólida, líquida o gaseosa que en concentraciones determinadas puede alterar el metabolismo. Un envenenamiento o intoxicación puede tener el mismo efecto sobre la circulación que un CHOQUE.

Una serie de venenos químicos contenidos en vegetales, como la estricnina afecta el sistema nervioso y circulatorio. Hay otros compuestos tóxicos que causan la muerte al deteriorar la función celular.

Formas de intoxicación

Ingestión. Alimentos, medicamentos o líquidos.

Inhalación. Gas, humo, vapores (gasolina, éter, amoníaco, etc.)

Inyección. Medicamentos, picaduras de insectos, mordeduras de serpiente.

Cutánea. Vegetales, ácidos, productos químicos.

Signos y síntomas generales

- * Fiebre.
- * Dolor de cabeza.
- * Mareos.
- * Nausea, vómito.
- * Inconsciencia.
- * Somnolencia.
- * Insuficiencia respiratoria.
- * Erupciones cutáneas.
- * Prurito.

- * Pupilas dilatadas.
- * Estado de CHOQUE.
- * Paro cardiorespiratorio (se puede presentar).
- * Inquietud generalizada.

Investigar:

- * Tipo de tóxico.
- * Tiempo transcurrido desde su ingesta o exposición al tóxico.
- * Dosis ingerida.



Tratamiento general de las intoxicaciones

- * Exploración general del paciente.
- * Tratamiento sintomática de soporte;
 - a. Monitorización respiratoria
 - b. Monitorización hemodinámica

Tratamiento de la intoxicación.

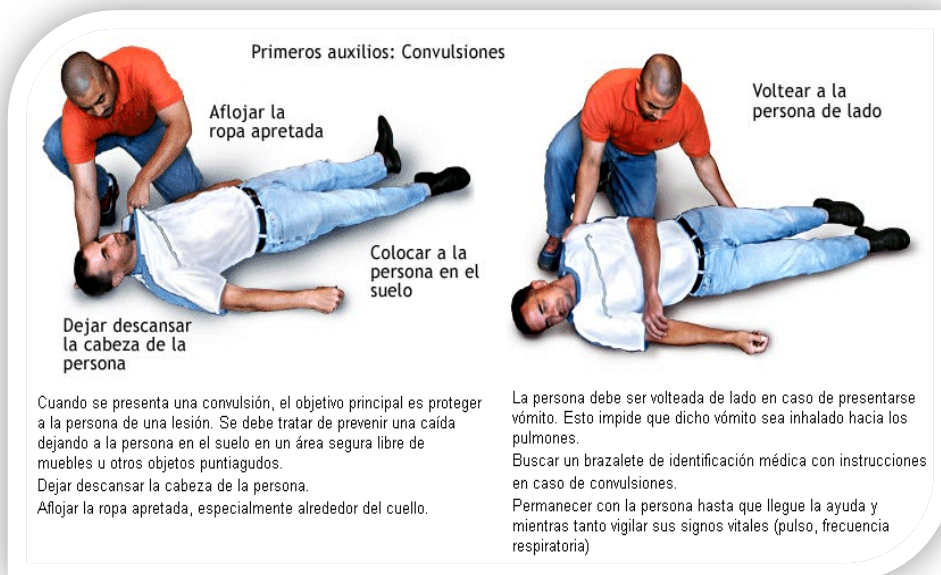
Antídotos. Sustancias capaces de neutralizar un tóxico o de oponerse a sus efectos en el organismo.

Antídoto	Indicación
Azul de metileno	Metahemoglobinemias 20%
Atropina	Insecticidas organofosforados Anticolinesterásicos
Anticuerpos antidigitálicos	Complicaciones graves de la intox. por digitálicos
Acetil. cisteína	Intoxicación por paracetamol Tetracloruro carbono
Edetato cobáltico	Cianuros
Nitrito sódico	Cianuros
Naloxona	Opiáceos
Obidoxima	Insects. organofosforados
Pralidoxina	Insects. organofosforados
Pirodoxina (vit b-6)	Isoniacida

El tratamiento será acorde al tipo de tóxico, al tiempo de ingestión o exposición y a la dosis ingerida.

6.12 CONVULSIONES Y EPILEPSIA

Una convulsión se presenta cuando el cerebro deja de funcionar normalmente a causa de una enfermedad, traumatismo, fiebre o infección. Esto puede causar la pérdida del control del cuerpo ocasionando convulsiones. La causa más frecuente es la epilepsia.



Una convulsión se caracteriza principalmente por contracciones musculares generalizadas en las extremidades y la cara.

La **Epilepsia** es una enfermedad crónica que se caracteriza por crisis repetidas, más o menos espaciadas en el tiempo, denominadas crisis epilépticas, debido a una carga eléctrica excesiva en las neuronas.

Tratamiento a seguir

- * Retirar cualquier objeto que pueda lesionar al paciente.
- * No acercarse mientras esté convulsionando.
- * colocar algún objeto suave, grande, acojinado, que no pueda pasar a la garganta, que sirva de mordedera para evitar caída de la lengua o amputación de esta.
- * Cuando haya concluido la convulsión aflojar la ropa y prevenir mordeduras.
- * no sujetarlo.
- * No tratar de abrir la boca en el momento de la convulsión.
- * Al término de una convulsión monitorear los signos vitales.
- * Prevenir la hipotermia.
- * Colocar en posición de recuperación.
- * trasladar al hospital más cercano.





VII.APOYO
EN
CASO
DE
DESASTRE



Objetivo específico

Identificar las acciones a realizar por el personal de Camillería en caso de desastres.

7.1 DEFINICIONES

Para reducir el riesgo y asegurar la respuesta adecuada y oportuna frente a los daños es indispensable que el sector salud disponga de planes y procesos de organización y coordinación.

Hay que diferenciar dos términos:

Catástrofe. Es un evento natural (sequía, inundación, huracán) o humano (conflicto armado, accidente nuclear), que actúa como detonante de una crisis.

Desastre. Consiste en el impacto de la crisis, en sus perniciosas consecuencias humanas, sociales y económicas, tales como: el hundimiento de los sistemas de sustento, hambrunas, las epidemias, el incremento de la mortalidad, la desestructuración de la sociedad, la alteración de sus normas éticas y sociales, etc.¹⁸

7.2 ETAPA DE PREPARACIÓN Y COMANDO DE ACCIÓN

Son las acciones para auto protegerse y proteger a personas de eventualidades naturales o causados por el hombre cuando éstas surgen y rebasan a los grupos organizados para la atención de pacientes.

a) ETAPA DE PREPARACIÓN

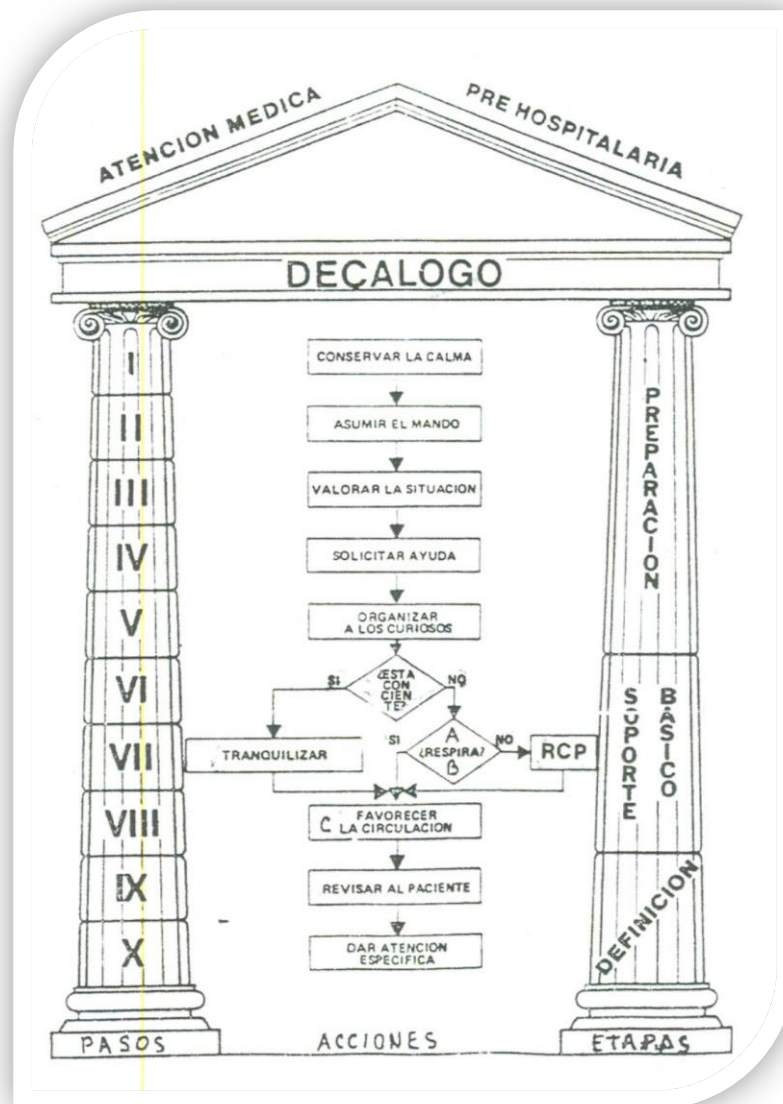
- Conservar la calma y serenidad ante los acontecimientos.
- Asumir el mando si no hubiera autoridad o acatar instrucciones.
- Evaluar la situación y recabar información.
- Solicitar ayuda o apoyo de especialistas.
- Organizar a los curiosos.

b) COMANDO DE ACCIÓN

Estas acciones se toman sólo si es la primera persona en el lugar del siniestro, en tanto llegan los bomberos o las autoridades correspondientes y consisten en:

¹⁸<http://www.dicc.hegoa.ehu.es>

- Colocar al personal en un área segura.
- Localizar un lugar en dónde proteger a los pacientes.
- Establecer el "triage" (clasificación de pacientes, del más grave al menos grave).
- Establecer el "tagging" (identificación de datos de pacientes, naturaleza de la lesión y prioridades otorgadas para el tratamiento y traslado).



7.3 APOYO A PACIENTES EN EL LUGAR DE LOS HECHOS

El apoyo será conforme a las lesiones que se presentan tomando en cuenta primeramente el estado del paciente, por ejemplo:

- Inconsciente.
- Semi inconsciente.
- Consciente.
- Cooperera.
- No coopera.

Teniendo esta información podemos decidir con que elementos le daremos el apoyo necesario al paciente para que: en primera instancia, retirarlo de la fuente de peligro y segunda, brindarle un cuidado inmediato.

7.4 APOYO EN DERRUMBES Y/O INCENDIOS

En estos tipos de siniestros nos encontramos a pacientes en diferentes posiciones y/o lugares de difícil movilidad, por lo tanto, existen técnicas para retirar al paciente de la fuente de peligro, tales técnicas son:

Técnicas de arrastre

Arrastre de bombero. Nos sirve para sacar a una persona consciente o inconsciente de un incendio. No debe tener fracturas.

- Acueste al paciente boca arriba y cruce sus brazos a la altura de las muñecas, sujetándolas con algo que no le produzca lesiones (vendas, pañuelos, etc.).
- Arrodílese frente a la frente y pase los brazos del paciente por su cuello.
- Gatee ayudándose con una mano y con la otra detenga la cabeza del paciente para que no se golpee.

Arrastre con sábana o manta. Está técnica se aplica a pacientes inconscientes y/o conscientes y se efectúa así:

- Coloque la sábana o manta enrollada a un costado y a lo largo del paciente dejando sin enrollar una tercera parte.
- Ladee al paciente en sentido contrario de la sábana y colóquela por debajo de este.
- Estire la sábana que está enrollada.
- Tome la sábana de las esquinas donde quedó la cabeza del paciente.
- Deslice al paciente levantando ligeramente la sábana para evitar que se golpee.

Arrastre de canguro o cangrejo. Al igual que las otras técnicas, se aplica pacientes inconscientes y conscientes de la forma siguiente:

- Acueste al paciente boca arriba.
- Colóquese a la cabeza del paciente y pase sus piernas por debajo de las axilas hasta las rodillas.
- Levántese levemente y camine hacia atrás apoyándose con los pies y manos.

Arrastre de cinturón o piola. Sirve para sacar a un lesionado consciente o inconsciente de partas bajas y estrechas, o que se encuentre bajo un vehículo o una balacera.

- Se pasa el cinturón o una cuerda por el pecho y axilas del paciente, tomando los puntos y amarrándolos a la cabeza de éste.
- Colóquese en el mismo sentido del paciente y pasamos el cinturón o cuerda por uno de los hombros.
- Camine a gatas arrastrando al paciente, teniendo cuidado de no golpearlo.

POSICIÓN DE SEGURIDAD

Es la posición en que se coloca a un paciente para evitarle mayor daño, contribuyendo a su recuperación.

Se realiza cuando el paciente se encuentra inconsciente o vomita procurando girarlo lentamente, formando un bloque rígido de cabeza cuello-tronco.

PROCEDIMIENTO

- ✓ Aflojar la bata de hospital.
- ✓ Limpiarle la boca de materiales extraños.
- ✓ Girarlo hasta quedar de costado.
- ✓ Colocarle la cabeza extendida hacia atrás.
- ✓ El brazo de abajo flexionado hacia atrás y el otro extendido hacia delante.
- ✓ La pierna de abajo flexionada y la otra extendida.

UTILIDAD

- Permitir la vía del aire libre de obstáculos.
- Evitar el ahogo por vómito.
- Proteger de movimientos innecesarios.
- Ayuda a su recuperación.
- Durante el traslado en camilla, es difícil que se caiga.
- No mover al paciente sin antes preguntar y/o cerciorarse de las heridas que tiene.
- Levantarlo y transportarlo con la técnica apropiada, de acuerdo a la lesión.
- Evitar los comentarios delante del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Busto, F. Enfermería y urgencias. ARAN. España, 2001.

<http://intranet/Docs/Normas/DIR.%20PRESTACIONES%20MEDICAS/MANUALES/MANUALES%20DE%20ORG/2000-002-001.pdf> (Consultada el 09 de abril de 2014).

<http://revistamedica.8m.com/misc4.htm>
(Consultada el 3 de febrero 2012).

<http://santamariasandoval.blogspot.com/2011/05/ambulancias-y-atencion-prehospitalaria.html>
(Consultada el 03 de febrero de 2012).

<http://www.conamed.gob.mx>
(Consultada el 03 de febrero de 2012)

<http://www.imss.gob.mx/SiteCollectionDocuments/migracion/Transparencia/Obligaciones/InformacionRelevante/CodConductaIMSS.pdf>
(Consultada el 04 de febrero 2012)

<http://mcgraw-medico.mailxmail.com>
(Consultada el 04 de febrero 2012)

www.gerontologia.org
(Consultada el 05 de febrero 2012)

http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol2_1_03/mie12103.htm
(Consultada el 05 de febrero 2012)

<http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/certificacion/estandares/EstandaresCertificacixnHospitales2011.pdf>
(Consultada el 05 de febrero 2012)

http://www.who.int/csr/resources/publications/10_EPR_AM2_E7_SPAN_LR.pdf
(Consultada el 06 de febrero 2012)

Documento basado en el manual para la categoría de camillero en vehículo de servicios ordinarios y programados.



<http://www.gestiopolis.com/organizacion-talento/trabajo-en-equipo-y-aspectos-fundamentales.htm>

(Consultada el 04 de febrero 2012)

<http://es.scribd.com/doc/63807287/51/Cuidados-de-los-diferentes-tipos-de-Camillas> (consultada el 13 de agosto 2012)

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/> (consultada el 13 de agosto 2012)