

TÉCNICO EN
EMERGENCIAS
SANITARIAS

Evacuación y traslado de pacientes

COORDINADOR

F. José Gómez-Mascaraque Pérez

COORDINACIÓN TÉCNICA

Juan Antonio Barbolla García



Autores

Coordinador

Francisco José Gómez-Mascaraque Pérez

Enfermero de Emergencias Médicas. Jefe de División de Capacitación, Investigación y Calidad Asistencial de Protección Civil. Madrid

Coordinación técnica

Juan Antonio Barbolla García

Técnico en Emergencias Sanitarias. División de Capacitación, Investigación y Calidad Asistencial de Protección Civil. Madrid

Autores

María del Mar Alonso Sánchez

Enfermera de Emergencias Médicas. Jefe de División de Calidad. SAMUR-Protección Civil. Madrid

Óscar Casasano Merino

Técnico en Emergencias Sanitarias. SAMUR-Protección Civil. Profesor de Seguridad Vial. Madrid

Óscar Esquilas Sánchez

Técnico en Emergencias Sanitarias. Jefe de Equipo de Calidad.
SAMUR-Protección Civil. Madrid

Daniel González Rodríguez

Técnico en Emergencias Sanitarias. SAMUR-Protección Civil. Madrid

Jesús Martín Picazo

Técnico en Emergencias Sanitarias. SAMUR-Protección Civil. Madrid

Aixa Martín Torres

Enfermera de Emergencias Médicas. SAMUR-Protección Civil.
Alfárez Reservista. Madrid

José Luis Moreno Martín

Técnico en Emergencias Sanitarias. SAMUR-Protección Civil. Madrid

Mónica Penín López

Técnico en Emergencias Sanitarias. SAMUR-Protección Civil. Madrid

José Manuel Penín Peón

Técnico en Emergencias Sanitarias. Unidad de Transporte Psiquiátrico.
SAMUR-Protección Civil. Madrid

Francisco Romero Tamaral

Técnico en Emergencias Sanitarias. Encargado Central de Comunicaciones.
SAMUR-Protección Civil. Profesor de Seguridad Vial. Madrid

Agustín San Jaime García

Técnico en Emergencias Sanitarias. Jefe de Equipo Sección de Medios Técnicos
SAMUR-Protección Civil. Diplomado en Relaciones Laborales.
Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Madrid

Alberto Sánchez Rodríguez-Manzaneque

Técnico en Emergencias Sanitarias. Jefe de Equipo de Calidad.
SAMUR-Protección Civil. Madrid

María Isabel Vázquez García

Enfermera de Emergencias Médicas. SAMUR-Protección Civil. Madrid

Agradecimientos

Queremos dar las gracias a David Martínez y Vicente Bravo del Gabinete de Audiovisuales, por su intensa colaboración técnica.

Al Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid SUMMA-112, por habernos cedido las fotografías de transporte sanitario especial que aparecen en el Apartado 7 del Capítulo 3.

Índice

Capítulo 1

Acondicionamiento de espacios de intervención	13
1. Situaciones de emergencia y zona de actuación	14
2. Técnicas de protección de víctimas e intervinientes mediante la ubicación del vehículo asistencial en la zona de actuación	15
3. Material para generar un entorno seguro en la asistencia	25
4. Técnicas de situación, señalización y balizamiento.....	29
5. Procedimientos ante riesgos nuclear, radiológico, biológico y químico	31
6. Identificación de los riesgos de la actividad profesional	40
7. Equipos de protección individual.....	48
8. Técnicas de descarceración y acceso al paciente	57

Capítulo 2

Procedimientos de inmovilización y movilización.....	103
1. Inmovilización de pacientes	105
2. Movilización de pacientes.....	133

Capítulo 3

Conducción y seguridad vial	157
1. Conceptos básicos.....	158
2. Normativa reguladora	163
3. Normativa específica para vehículos prioritarios.....	164
4. Técnicas de conducción de vehículos prioritarios.....	167
5. Técnicas de conducción en situaciones climatológicas adversas	183
6. Técnicas de conducción ante problemas mecánicos.....	200
7. Fisiopatología del transporte sanitario	209
8. Transporte psiquiátrico agitado	224
9. Transporte de órganos y muestras biológicas	228
10. El transporte sanitario terrestre en las Fuerzas Armadas.....	239

Capítulo 4

Transferencia del paciente	261
1. Concepto y objetivo de la transferencia de pacientes	262
2. Transferencia verbal y documentada	262
3. Datos de la actuación de operativos y de filiación del paciente	266
4. Tipos de informes de asistencia de transporte sanitario.....	266
5. Codificación de síntomas y signos según la Clasificación Internacional de Enfermedades	274
6. Área de urgencia. Triage hospitalario.....	274
7. Funciones del Técnico relacionadas con la transferencia	275
8. Responsabilidad legal	276
9. Documentación asistencial y no asistencial con relevancia legal.....	281
Soluciones “Evalúate tú mismo”	291

CAPÍTULO

2

PROCEDIMIENTOS DE INMOVILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN

José Luis Moreno Martín, Alberto Sánchez Rodríguez-Manzanares

Sumario

1. Inmovilización de pacientes
 2. Movilización de pacientes
- Resumen, glosario, ejercicios y test de evaluación

¿Qué es el **espacio de intervención**? Es el lugar donde se realiza la primera atención a un paciente. ¿Por qué es importante? En ese lugar existen multitud de **riesgos y peligros**; unos son los que han ocasionado lesiones al paciente; otros son los propios del lugar de la intervención. Es muy importante conocer ese espacio para poder tener controlado el riesgo y así evitar lesionarnos o que se agraven aún más las lesiones que padezca el paciente.

Las **nuevas tecnologías** en el mundo de la automoción han desarrollado automóviles con nuevos sistemas de seguridad que evitan y reducen las lesiones corporales que puedan sufrir sus ocupantes a consecuencia de un accidente de tráfico. Junto con una implementación más eficaz de los servicios de emergencias y de salvamento, se produce una combinación de medios disponibles y modos de actuación cuyo resultado es un procedimiento de actuación conjunta entre los distintos servicios llamados a intervenir para solucionar el problema de los accidentes de tráfico con víctimas atrapadas con una calidad total en todos sus aspectos. El **rescate medicalizado** es un nuevo paradigma que se explica en esta materia.

En el ámbito de la ejecución, el alumno aprenderá a valorar el lugar de intervención para, una vez asegurado, dirigir sus esfuerzos, junto con los de bomberos, hacia donde se encuentren las víctimas accidentadas, de forma ordenada, para acceder a su interior, estabilizar a las víctimas, extraerlas y trasladarlas hasta la ambulancia, donde recibirán una nueva valoración y tratamiento mejorado.

También, tomando como inspiración los **métodos y los materiales** propios de esta especialidad, aprenderá a realizar las **técnicas de rescate medicalizado con medios de fortuna**.

I. SITUACIONES DE EMERGENCIA Y ZONA DE ACTUACIÓN

Una **situación de emergencia** es aquella en la que una o más personas necesitan una asistencia urgente. Esta asistencia puede ser sanitaria, de seguridad, de rescate o social.

El lugar donde se produce esa situación de emergencia es la **zona de actuación**. Lo más importante es la autoprotección, protegerse como interviniente y proteger a las víctimas.

Para lograrlo con eficacia hay que evitar la **visión de túnel**. Esto se produce cuando vemos tan solo el incidente, el foco, y perdemos la visión general del suceso. Debemos prepararnos para llegar hasta la zona de actuación.



Las situaciones donde una o más personas necesitan asistencia urgente, ya sea sanitaria, de seguridad, de rescate o social, se denominan emergencias.



RECUERDA QUE

La mesa de seguridad está constituida por un responsable de cada servicio interviniente, que toma las decisiones junto con el resto de una manera coordinada.



http://www.aranformacion.es/images/Archivos/AR3_I_39_C_1.PDF

Ley de Prevención de Riesgos Laborales

tes den las instrucciones necesarias. En este lugar es donde los jefes de la intervención tomarán las decisiones sobre los tiempos de descontaminación, neutralizante a emplear, zonificación o control sobre su personal interviniente, entre otras cosas.

6. IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

6.1. La prevención de riesgos laborales en la actividad del TES

Para poder dar una atención adecuada a los pacientes, el Técnico en Emergencias Sanitarias (TES) debe acceder, mantenerse y abandonar el lugar de la intervención en las mejores condiciones físicas y psíquicas posibles, evitando en todo momento ser una víctima más de la intervención. Esto podría acarrear básicamente dos problemas: por un lado las lesiones propias del Técnico o su equipo; y por otro la recarga del sistema asistencial, de manera que no solo él sufrirá las consecuencias por la falta de protección, sino también el resto de los componentes de la dotación, en detrimento de la calidad asistencial. Por tanto, **preservar la seguridad personal y la de su equipo** estará siempre presente en todas las actividades desarrollada por el TES, y será una de las obligaciones más importantes que este debe realizar.

Identificar y determinar los riesgos de la actividad profesional de la manera más precisa posible permite adoptar medidas para evitarlos o, al menos, disminuirlos y, en último lugar, protegernos de aquellos riesgos que no pudieran evitarse o disminuirse. Este campo de la seguridad laboral se denomina **prevención de riesgos laborales** (PRL), y está regulado, principalmente, por la Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), BOE núm. 269, de 10-11-1995, y su desarrollo normativo, y que entre otras obligaciones establece los principios de la acción preventiva.

La aplicación de los **principios de la acción preventiva** permitirá asegurar las intervenciones minimizando los riesgos.

Es importante indicar que hay ciertas actividades particulares en las que no se pueden aplicar estrictamente estas normas, aunque la LPRL prevé el desarrollo de normativa específica para la protección y seguridad de los trabajadores en estos casos. Dichas actividades son las desarrolladas en los siguientes ámbitos:

- 】 Policía, seguridad y resguardo aduanero.
- 】 Servicios operativos de Protección Civil y peritaje forense en los casos de grave riesgo, catástrofe y calamidad pública.
- 】 Fuerzas Armadas y actividades militares de la Guardia Civil.
- 】 Centros y establecimientos militares.
- 】 Establecimientos penitenciarios.



Preservar la seguridad personal y la del equipo estará siempre presente en todas las actividades desarrolladas por el Técnico en Emergencias Sanitarias, y será una de sus obligaciones más importantes.

INFORMACIÓN IMPORTANTE



Se revisará constantemente la estabilización del vehículo, sobre todo durante y después de cada acción que se realice sobre este (movimiento del sanitario en el interior, maniobras de apertura de huecos, maniobras de inmovilización de la víctima, durante la extracción definitiva del herido, etc.).

Dependiendo de la posición en la que se encuentre el vehículo, la estabilización se realizará de distintas formas, debido a que los riesgos y los objetivos son diferentes, así como el material a utilizar y su ubicación. También variará el número de puntos de apoyo necesarios.

Los supuestos y las posiciones pueden llegar a ser "infinitas". Se establecen unas **posiciones básicas de estabilización**, que permitirán actuar sobre cualquier otra distinta, una vez conocidas y practicadas estas:

1. Posición de marcha. Su objetivo es neutralizar los movimientos, delanteros, longitudinales y laterales. Es la posición más estable con el riesgo de derrames de aceite o combustible (Figura 39).



RECUERDA QUE

Toda acción de urgencia vital tiene prioridad a la extracción de la víctima, por lo que, en algunas ocasiones, la estabilización primaria se prolongará más en el tiempo que en circunstancias normales o más leves.

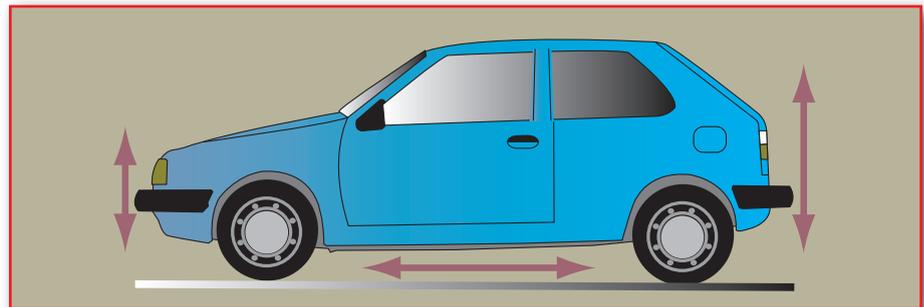


Figura 39. Estabilización básica en posición de marcha.

Para ello se utilizarán bloques de escalera, cuñas pequeñas, bloques cuadrados o tablones (Figura 40).



Figura 40. A. Cuña; B. Bloques cuadrados; C. Tablones.

Posición de volcado total con vuelo posterior

TABLA 7

Posición de volcado total con vuelo posterior Opciones de extracción de la víctima	
Víctima suspendida por el cinturón de seguridad	<p>1</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inmovilización de la columna con la férula espinal de tipo Kendrick – Sujeción del herido en la base del asiento – Corte del cinturón de seguridad – Abatimiento de su respaldo y del posterior (o anterior si está en el trasero) – Inserción del tablero espinal – Acondicionamiento del herido sobre el tablero – Liberación del tablero y volteo hasta la posición de decúbito supino – Extracción por el maletero o por los laterales
	<p>2</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inmovilización de la columna con la férula espinal – Fijación de la víctima a su asiento – Un sanitario se coloca debajo, en posición de gateo, hasta que su espalda quede a la altura del abdomen del herido – Se libera a la víctima sobre la espalda del sanitario (en decúbito prono) – El sanitario sale gateando del vehículo – En el exterior, se procederá a la movilización del herido al decúbito supino con el tablero espinal
	<p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inmovilización de la columna con la férula espinal – Fijación de la víctima a su asiento – Se colocan tres sanitarios de rodillas bajo la víctima, sujetándola con las manos – Descender al herido con suavidad hasta las rodillas en posición de bandeja (un sanitario mantendrá en todo momento control cervical manual) – Volteo en bloque manualmente hacia el pecho de los sanitarios – Movilizarlo de esta manera hasta el exterior – Insertar en las rodillas el tablero espinal para ubicar en decúbito supino al herido (Esta maniobra resulta complicada debido al espacio interior)
Víctima “en el suelo” (correctamente: sobre la cara interior del techo) del vehículo	<ul style="list-style-type: none"> – Abatimiento de los asientos para ampliar el espacio de trabajo – Inmovilización de la columna vertebral – Movilización de la víctima al decúbito supino, empleando el tablero espinal – Extracción al exterior

INFORMACIÓN IMPORTANTE



Advertencia: el tablero espinal no tiene que colocarse por completo sobre la víctima. Se puede aproximar e introducir levemente y, con movimientos firmes y coordinados, ir deslizando a la víctima hacia el tablero a la vez que se progresa con él hasta que se posicione completamente sobre este.



Todo material de inmovilización debe reunir las siguientes características: fácil de colocar, adaptable a todo tipo de pacientes, resistente y que permita el control del paciente.



Figura 2. Conjunto de dispositivos de inmovilización.

› **Material de inmovilización de columna vertebral y pelvis:**

- › Camilla de cuchara (a falta de otro elemento más apropiado).
- › Tablero espinal.
- › Chaleco espinal (dispositivo de salvamento de tipo Kendrick).
- › Colchón de vacío.
- › Cinturón pélvico.

› **Material de inmovilización de extremidades:**

- › Férulas moldeables.
- › Férulas hinchables o neumáticas.
- › Férulas de vacío.
- › Férulas rígidas.
- › Férulas de tracción.

A continuación pasamos a describir cada uno de estos dispositivos y su función específica.



Figura 3. Collarín cervical.

1.3.1. Material de inmovilización cráneo-cervical

› **Collarín cervical.** Es un dispositivo adaptable de gran firmeza, generalmente de plástico, con cierre de velcro que permite su colocación a distintos tamaños de cuello. Existen varios tipos de collarines: rígido (Philadelphia y Stifneck), semirrígido (Thomas) y blando. Sin duda el más efectivo es el collarín cervical rígido de tipo SOMI (suboccipital mentoniano inmovilizador) caracterizado por tener cuatro puntos de apoyo: mentoniano, clavículo-esternal, suboccipital y cervico-dorsal (Figura 3).

El collarín permite limitar los movimientos de flexoextensión de la cabeza pero no impide los movimientos de lateralización.



Figura 9. Circulación en vías con dos o más carriles.

Nunca demos por hecho que con tantas luces y sirenas nos han tenido que ver con mucha antelación. **Modera tu velocidad** en cruces, curvas, pasos de peatones, circulando en sentido contrario y **no bajes la guardia**, porque cuando circulas en servicio urgente, en cualquier momento puede saltar la sorpresa. Como dice el refrán: “más vale prevenir que curar”.

- 】 Carriles adicionales, circunstanciales de circulación.
- 】 Carriles destinados a vehículos de alta ocupación (VAO).
- 】 Vía con varias calzadas de circulación.
- 】 Calzadas en vías interurbanas con un solo carril de circulación.
- 】 Calzadas estrechas.
- 】 Vías estrechas por señalización de obras en la calzada.

Facilita poder cambiar de carril de forma más segura el:

- 】 Mantener una velocidad adaptada al tráfico y a las condiciones de la vía.
- 】 Mantener bajo control la circulación, por todos los lados, mediante la observación constante.

La calzada central es de doble sentido de circulación, donde se pueden encontrar varios carriles para el mismo sentido de la marcha. Tiene la gran ventaja de que podemos desplazarnos de un carril a otro con cierta facilidad e incluso poder invadir el sentido contrario. La calzada central es la más adecuada para circular cuando no haya que desplazarse lateralmente. Al disponer de varios carriles, facilita ir a una velocidad superior que en las calzadas laterales y además dispone de **varias alternativas de escape**.

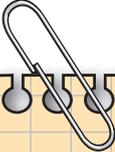


RECUERDA QUE

Para realizar cualquier maniobra, en especial el cambio de carril, debes comprobar la posición, distancia y velocidad de los vehículos que vienen detrás de la ambulancia; también hay que advertir la maniobra y realizarla con seguridad.

Recomendaciones

- › **Adecuar la velocidad** al tipo de vía y a las circunstancias del tráfico, teniendo en cuenta la necesidad de llegar al destino en un tiempo razonable a las exigencias de la demanda.
- › **Conducir de una manera uniforme**, evitando situaciones de riesgo.
- › Realizar continuos **cursos de reciclaje** dirigidos a un perfeccionamiento en el manejo de las ambulancias.



AMPLÍA TUS CONOCIMIENTOS

Velocidad limitada.

Esta velocidad suele estar fijada con carácter general, dependiendo del tipo de vía, por las características de los vehículos, estando señalizado en las vías públicas con sus correspondientes señales.

La velocidad limitada también puede estar impuesta en razón a las condiciones del TES conductor, cuando conduce su ambulancia en servicio urgente.

Si nos mantenemos dentro de los límites genéricos es hacerlo a una velocidad limitada.

Velocidad inadecuada.

Es una velocidad no adaptada a las circunstancias, es decir, aquella que, por razón de la vía, de las condiciones atmosféricas, del tráfico, del propio TES o del propio vehículo, impide que el conductor pueda ser dueño del movimiento del vehículo en cualquier momento y situación.

Velocidad adecuada.

Circular manteniendo siempre los límites genéricos de velocidad no significa circular a una velocidad segura:

- › Hay que adecuar la velocidad a las condiciones de la vía, del vehículo, del entorno y del propio Técnico. Por ejemplo, se puede circular a 120 kilómetros por hora en una autopista, por tanto estoy respetando los límites genéricos, pero si en la autopista está lloviendo, nevando, con mucho tráfico, etc., impone moderar la veloci-

En 1792, el Barón **Dominique Jean Larrey** fue un cirujano que, en las guerras napoleónicas, creó el transporte por ambulancia e introdujo los principios de la sanidad militar moderna, realizando los primeros triajes en los campos de batalla. Utilizaba carros de caballos para la evacuación rápida de los heridos hasta un hospital de campaña situado fuera del campo de batalla. El vehículo estaba formado por una cámara cerrada unida a un carro ligero de dos ruedas tirado por 2 caballos. Las sillas de los caballos fueron modificadas para llevar material sanitario. Esta fue considerada la primera ambulancia de la historia (Figura 54).

En **1966, J.F. Pantridge**, médico cardiólogo de la ciudad de Belfast, fue el impulsor de un sistema para la atención de pacientes con patología isquémica en ámbito prehospitalario. Utilizaba unas unidades móviles con equipos portátiles, un cardiólogo y una enfermera del hospital que se desplazaban hasta el domicilio del paciente, así se proporcionaba una atención especializada. Fue el principio de la primera UVI móvil (Figura 55).



Figura 54. Ambulancia de las guerras de secesión norteamericana.

Figura 55. Primeras ambulancias motorizadas.

7.3. Factores físicos que determinan cambios fisiológicos

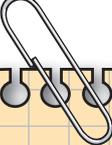
Dentro del traslado urgente de enfermos, no solo influye la conducción en el confort y empeoramiento de la salud del paciente, sino también algunos factores físicos externos, con efectos adversos, y que son los de detallamos a continuación (Tabla 1).

7.3.1. Cambios de velocidad

Se puede englobar en este grupo la **aceleración** y la **desaceleración**. El cuerpo humano se ha desarrollado con la influencia de la fuerza de la gravedad. Cuando se experimenta una fuerza superior o inferior a esta, puede provocar una alteración y aparecen, entonces, unos mecanismos de compensación.



Se recomienda el traslado del paciente sobre colchón de vacío y bien sujeto a la camilla de la ambulancia.



AMPLÍA TUS CONOCIMIENTOS

Real Decreto 411/1996, de 1 de marzo, por el que se regulan las actividades relativas a la utilización de tejidos humanos (BOE núm. 72 de 23-03-1996).

Artículo 17. Transporte de tejidos humanos.

El transporte de tejidos desde el banco hasta el centro implantador se efectuará:

1. A través de medios adecuados de transporte terrestre ordinarios.
2. Cuando excepcionalmente se precise de transporte aéreo se comunicará con la antelación necesaria a la Organización Autonómica de Trasplantes o en su defecto a la Organización Nacional de Trasplantes, y a esta siempre que sobrepase el ámbito de una comunidad autónoma.
3. El transporte se realizará en un sistema con capacidad para mantener las adecuadas características del tejido. Estos sistemas y condiciones de traslado se establecerán por el Banco, según el tipo de tejido a trasladar.
4. Se acompañará de la siguiente identificación y documentación:
 - 1.º Un etiquetado exterior en el que figure:
 - a) Tejido: tipo de tejido humano.
 - b) Procedencia y destino del paquete: instituciones involucradas con el nombre de los responsables del envío y la recepción, sus direcciones y teléfonos de localización.
 - c) Día y hora de salida del Banco.
 - d) Instrucciones de transporte.
 - 2.º La documentación que obligatoriamente deberá acompañar al envío será:
 - a) Descripción de las características del tejido y de las soluciones de preservación.
 - b) Relación de las pruebas efectuadas.
 - c) Instrucciones, en su caso, para la descongelación y la utilización.
 - d) Código del Banco que permita el seguimiento de los tejidos enviados. Este código se archivará en la historia clínica del receptor.

Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.

Artículo 13. Transporte de órganos humanos.

El transporte de órganos desde el centro extractor hasta el centro trasplantador se efectuará en las condiciones y medios de transporte adecuados, según las características de cada órgano, y se acompañará de la siguiente identificación y documentación:

INFORMACIÓN IMPORTANTE



Las **soluciones de preservación** pretenden disminuir y frenar todos los procesos de degradación celular y permitir que los órganos funcionen adecuadamente. Actualmente hay algunas líneas de investigación que han demostrado que tratando previamente un órgano con sangre, incluso a temperatura normal o cercana a lo normal antes de implantarlo, en vez de guardarlo exclusivamente en frío, se podría mejorar la función postrasplante.

El contenedor isoterma se precinta con la cinta oficial de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y es etiquetado con:

- › La etiqueta de los datos del hospital de procedencia y del hospital receptor (Figura 81).
- › La etiqueta oficial de la ONT (Figura 82).

Figura 81. Etiqueta identificativa.



Figura 82. Etiqueta identificativa.

Es muy importante no manipularlo bajo ningún concepto hasta que no vaya a ser utilizado.

Finalizado todo este proceso, el órgano está listo para ser transportado hasta el hospital en el que se efectuará el trasplante.

Durante el traslado del órgano, el Técnico de Transporte Sanitario debe asegurar que se mantengan las siguientes **condiciones** mediante un **correcto manejo** de la nevera, para evitar en todo momento:

- › Que esté expuesta a temperaturas extremas.
- › Que sufra movimientos bruscos o golpes fuertes.
- › Que sea manipulada de tal manera que pueda derramarse el contenido (mantenerla siempre en posición vertical).
- › Si ocurriera algún incidente, contactar con el teléfono de referencia y comunicándolo inmediatamente para su pronta solución.



<https://www.servicioemergencia.es/noticia/832/transporte-de-organos-para-trasplante-y-codigo-donante-en-asistolia>

RESUMEN

- ✓ Las medidas a adoptar en cuanto a la **inmovilización preventiva** de una persona accidentada se deben llevar a cabo como si se tuviera la certeza de que la lesión traumática existe.
- ✓ La **evaluación de un paciente** debe ser reglada y sistemática. No centrarse exclusivamente en el problema que pudiera parecer el principal.
- ✓ Se tendrá una sospecha fundamentada de **fractura** si al explorar una lesión observa signos y síntomas como dolor, deformidad e impotencia funcional.
- ✓ Toda extremidad inmovilizada debe mantener **buen relleno capilar y pulsos distales presentes**. De no ser así, se bajará la presión de la férula o se volverá a realizar la maniobra.
- ✓ La **técnica de inmovilización** y el **material empleado** para ella debe estar pensado y preparado antes de comenzar.
- ✓ Toda técnica en la que participen más de dos rescatadores debe ser **coordinada por una única persona**, que normalmente será la que se sitúe a la cabeza del paciente.
- ✓ La **movilización de un paciente** es una maniobra que debe ser cuidadosamente analizada, planificada y ejecutada. Todos los que participan en ella deben conocerla y realizar su parte, incluido el paciente, para su correcta realización.
- ✓ En ocasiones, debido a la condición del paciente de riesgo vital o a la inseguridad del escenario, es necesario realizar la **movilización de una forma rápida y sin material**, con las maniobras explicadas dentro de este capítulo, que minimizan los riesgos de movilización del eje cráneo-columna vertebral.
- ✓ Claramente, en estas situaciones **nada justifica el retraso** en la movilización del paciente. En la mayoría, la movilización se realizará de forma **reglada y cuidadosa**, como se ha explicado, para evitar agravar lesiones ya producidas o la aparición de nuevas.
- ✓ Es fundamental **conocer el material** de nuestra ambulancia y descubrir sus posibilidades. Es muy útil practicar su colocación con compañeros, estableciendo recordatorios para que algunas de las técnicas de menor uso no sean olvidadas.



EJERCICIOS

- » E1. De forma individual, anota los inconvenientes que, sobre el paciente, acarrearía la carencia de una historia clínica. Realizar una puesta en común entre todos los alumnos de la clase.
- » E2. En un accidente de múltiples víctimas, tú tienes que transferir un paciente a un compañero que se va a encargar del traslado al centro hospitalario. Existe mucha carga asistencial y en 5-6 frases debes dar el máximo de información necesaria. Seleccionar las 5-6 cuestiones más importantes que debe saber tu compañero para informar al hospital receptor.
- » E3. Tú debes trasladar a un policía herido, armado con su pistola reglamentaria. Si debes actuar garantizando la seguridad para paciente e intervinientes y respondiendo al deber de custodia de los objetos personales del paciente, ¿qué medidas serían las más apropiadas en este caso?
- » E4. Tu unidad es requerida para atender a una paciente que presenta una crisis de ansiedad en su lugar de trabajo. En el punto, están presentes varios compañeros que han estado con ella hasta la llegada de la unidad, y te explican a tu llegada el cuadro presenciado.
Comenta las condiciones de entrevista ideales en este caso.



EVALÚATE TÚ MISMO

1. El fin último de la transferencia es:

- a) La transmisión, tanto del paciente como de su información clínica.
- b) La transmisión, tanto del paciente como de su información clínica, asegurando el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en el contexto de una atención segura en la que no se vea interrumpida la continuidad asistencial.
- c) La transmisión del paciente asegurando el cumplimiento de los objetivos terapéuticos en el contexto de una atención segura en la que no se vea interrumpida la continuidad asistencial.
- d) La transmisión a la cama del hospital sin registrar la filiación del paciente, ya que esta fase se realiza fuera del contexto sanitario.

**2. Los cometidos de la transferencia son:**

- a) Traspaso paciente, transmisión verbal de información, traspaso, informe asistencial, traspaso de objetos y registro en admisión.
- b) Traspaso paciente, traspaso informe asistencial, registro en admisión.
- c) Traspaso paciente, traspaso de objetos, traspaso informe asistencial y registro en admisión.
- d) Transmisión verbal de información, traspaso, informe asistencial, traspaso de objetos y registro en admisión.

3. ¿Cuál es el concepto de la seguridad clínica?:

- a) Es un componente de la atención sanitaria que garantiza la admisión del paciente en los centros hospitalarios.
- b) Es un componente de la atención sanitaria que garantiza la calidad de la atención prestada.
- c) Es un componente de la atención sanitaria que contabiliza los errores sanitarios.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

4. Las condiciones para que se produzca una transferencia de calidad deben contemplar aspectos básicos como:

- a) ¿Quién realiza la transferencia? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo? ¿Qué se transfiere?
- b) Ordenado y sistemático y solo en presencia de un familiar.
- c) ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Cómo?
- d) ¿Quién realiza la transferencia? ¿Qué se transfiere?

5. El informe de asistencia es:

- a) Un documento utilizado por cada servicio.
- b) Un documento en formato papel autocopiativo.
- c) Un documento normalizado utilizado por cada servicio para contabilizar el número de pacientes asistidos y trasladados.
- d) Es el documento normalizado, utilizado por cada servicio, creado para transmitir la información clínica necesaria para realizar la transferencia del paciente, y dar continuidad a la atención en el centro de destino.

6. El informe de asistencia es:

- a) La justificación legal de las actuaciones y el respaldo ante posibles reclamaciones de los usuarios del servicio.
- b) Es únicamente un documento esencial para la investigación.
- c) Es la justificación legal para la empresa.
- d) Es la justificación ante posibles reclamaciones por pérdidas de objetos personales de los pacientes.



SOLUCIONES

EVALÚATE TÚ MISMO



http://www.aranformacion.es/_soluciones/index.asp?ID=47