

CARTILLA

PARA EL

CAMILLERO

DE LA

CRUZ ROJA

1955

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CHILENA

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CONTROL

Visitaçión de Imp. y Bibl.
23 SEP 1955
Depósito Legal

I. CONOCIMIENTO DEL MATERIAL SANITARIO

I. EL PAQUETE SANITARIO

Es un elemento de curación individual que debe llevar todo miembro de las Fuerzas Armadas, de las formaciones sanitarias y personal de la Cruz Roja que prestan su servicio en las zonas de territorio, expuestas a las contingencias de la guerra.

Su tamaño es de, más o menos, $0.12 \times 0.09 \times 0.03$ mt., lo que le permite ser llevado en un bolsillo o cosido a una prenda de vestuario de uso habitual, de manera que siempre esté a la mano de quién deba usarlo eventualmente.

En él encontramos:

- 2 apósitos esterilizados de más o menos 0.07×0.06 ;
- 1 venda común, doblada en plisado, de más o menos 0.07 por 4 mts.;
- 1 venda triangular de más o menos $0.9 \times 0.9 \times 1.3$ mt.;
- 1 tela impermeable de más o menos 0.21×0.15 ;
- 2 alfileres de gancho, envueltos en papel impermeable;
- 1 envoltura exterior de brin, de más o menos 0.21×0.15 , formando un paquete cerrado a costura fácil de descoser.

Los elementos van como sigue: la venda plisada entre los dos apósitos; éstos envueltos en la venda triangular; la tela impermeable formando saquete protector de los ya indicados; los alfileres de gancho entre la tela impermeable y el saquete exterior de brin.

Como el Paquete Sanitario contiene elementos esterilizados, sólo deberá ser abierto inmediatamente antes de su empleo.

2. VENDAS

Están destinadas a mantener en su sitio un apósito, férulas o tablillas, a formar cabestrillos o a contener hemorragias por compresión. Pueden ser hechas de tocuyo, de lienzo, de franela, de linón, de cambray o de tejido elástico.

Según sus formas, se distinguen:

- venda triangular (fig. 1).
- venda común en rollo (fig. 2).
- venda común plisada (fig. 3).
- venda en T (fig. 4).
- venda de fronda o 4 cabos (fig. 5).

3. EL TORNIQUETE

Es un dispositivo destinado a disminuir o a detener hemorragias, por compresión, en segmentos de los miembros superiores o inferiores. Se prepara con una venda común doble o triple, o con una venda triangular doblada en corbata, y con un vástago o bastoncillo de madera o metálico.

Para aplicarlo se dan una o dos vueltas completas con la venda (cuyo ancho mínimo será de 5 cm.) en el brazo o pierna afectado, a más o menos 10 cm. de la axila o ingle, según el caso (esta distancia se refiere a adultos bien formados). Se coloca en seguida el bastoncillo sobre el medio nudo o cruce de la venda y se le fija con un nudo cuadrado; se torsiona en seguida cuanto sea necesario, para producir la compresión. Finalmente, se le fija en su última posición, sea con los extremos sobrantes de la venda, sea con un trozo de venda complementario (figs. 6, 6-a, 6-b y 6-c).

4. LA CAMILLA

Es un elemento destinado al transporte de heridos o enfermos, sea a brazo, sea en carros o coches ambulancia, mediante dispositivos especiales.

a) **Camilla de tipo militar.** — Consta de dos pértigas de 2 a 2.20 mts. de longitud; dos cabezales de más o menos 0.60 mt.; de 4 patas o soportes de 0.15 a 0.20 mt. de altura, y de un rectángulo de tela fuerte, con alojamiento para las pértigas y cabezales, con una superficie útil de más o menos 0.70 x 1.90 mt. Hay modelos con cabezales metálicos o de madera, plegables o rígidos; los hay también fijos y desarmables.

b) **La Camilla improvisada.** — Al no disponerse de camilla tipo militar, se puede improvisar una camilla con dos pértigas y una frazada (fig. 7 y 7-a).

c) **La Litera improvisada.** — Para el traslado de ciertos tipos de heridos o enfermos, puede improvisarse una Litera con dos pértigas y cordel (fig. 8) y una silla corriente.

II CURACIONES Y VENDAJES

1. EL APOSITO

Es un elemento de curación preparado con gasa esterilizada y algodón, destinado a proteger la herida de violencia exterior y, especialmente, de agentes infecciosos externos. Su tamaño debe ser proporcionado a la superficie afectada por la herida.

El apósito se mantiene en su sitio de aplicación, sea con un vendaje, sea con tela adhesiva.

Para desprenderlo, en caso de curación o cambio, y si la gasa aparece muy adherida a los bordes de la herida, hay que emplear suavidad, humedeciéndolo con agua hervida o, lo que es mejor, con agua oxigenada o con una solución desinfectante adecuada. Si se emplea tela adhesiva, para desprenderla sin dificultad, puede emplearse un trozo de algodón empapado en bencina, que se aplica entre el borde de la tela y la superficie en que está adherido.

En el apósito no debe emplearse nunca gasa no esterilizada, ni gasa esterilizada sospechosa de haber perdido ésta condición.

La gasa se empleará plisada en dos o más dobleses, de manera que el algodón del apósito resulte completamente aislado de los bordes y campo de la herida.

El tamaño del apósito deberá garantizar que la gasa esterilizada cubra enteramente la herida. Por ningún motivo se aplicará sobre una parte de la herida el algodón o tela adhesiva.

2. VENDAJES

Al aplicar un vendaje, deberá tenerse gran cuidado de no dejarlo ni muy suelto ni muy compresivo.

En el primer caso, se corre el riesgo de que el apósito o elemento de curación empleado termine por resbalar y cambiar de ubicación, dejando en contacto con la herida a la venda (generalmente no esterilizada), o aún dejando a la herida en descubierto. En el segundo caso se corre el riesgo de provocar una dificultad circulatoria de la sangre, que puede causar fuertes dolores, edemas y aún gangrenas.

También debe tenerse cuidado de no usarse vendas húmedas, pues el tejido, al secarse, tiende a encogerse, lo que provoca una compresión exagerada, con los inconvenientes ya expuestos.

El nudo terminal de la venda debe ser fácil de hacer y deshacer; y, al apretarlo, no debe producir daño. Es recomendable emplear el **nudo cuadrado** o de rizo (fig. 9, 9-a y 9-b).

Al vendar un brazo o pierna, conviene dejar a la vista los extremos de los dedos; es la mejor manera de controlar si el vendaje no está demasiado apretado (amorotamiento de las uñas).

3. VENDAJE CON VENDA TRIANGULAR

a) **Vendaje de Cabeza.** — Se usa para mantener en su sitio a un apósito colocado en el cráneo, o frente, en especial cuando se trata de una curación extensa, o de varias heridas.

Se hace un doblez como de 5 cm. en la base del triángulo, y se coloca la venda sobre la cabeza, con el doblez hacia abajo

y afuera, bien centrado respecto de la frente, y su borde inferior inmediatamente encima de las cejas; el vértice de la venda queda colgando hacia atrás (fig. 10). Tomando, en seguida, los dos extremos o puntas de la venda, se rodea por atrás el cráneo, dejando libres las orejas, se cruzan las puntas, y se llevan nuevamente hacia la frente, donde se anudan (fig. 10-a). Colocando a continuación, una mano en el frontal, para sujetar allí la venda, se estira la parte libre por el vértice (que ha quedado colgante atrás) hasta dejar bien estirada la parte de la venda colocada sobre el cráneo, y, finalmente, se levanta el vértice, se le fija con un alfiler de gancho en el cruzamiento del vendaje, y se mete el sobrante tras el cruzamiento (fig. 10-b).

b) **Vendaje de mano o pie.** — Se usa cuando la lesión es extensa y debe mantenerse un apósito de gran tamaño.

Colocada la curación sobre la región lesionada, se coloca la mano (o pie) con la superficie sangrante hacia arriba, en forma tal, que la muñeca (o tobillo, según el caso), quede en la mitad de la base del triángulo (fig. 11). Se cruzan en seguida ambos extremos de la base, cuidando de hacer los pliegues necesarios para que no queden dobleces superfluos (fig. 11-a). Finalmente, se anudan los extremos después de haber rodeado la muñeca (o tobillo, según el caso), según fig. 11-b.

c) **Vendaje de pecho y espalda.** — Se emplea para mantener los apósitos sobre quemaduras o heridas en el pecho o espalda, y en algunos casos para mantener compresas húmedas, frías o calientes.

La técnica del vendaje que se indicará a continuación, se refiere al aplicado sobre el pecho. Para la espalda, basta con efectuar los movimientos inversamente.

Se coloca el centro del triángulo sobre el apósito o compresa, se llevan las puntas del vendaje alrededor del tórax, y se deja el vértice sobre el hombro del lado en que se haya colocado el apósito (o compresa) (fig. 12). Se atan, en seguida, ambas puntas de la venda (sobre la espalda), dejando una de las puntas lo más larga posible (fig. 12-a). La punta larga se lleva hacia

el vértice de la venda, y ambos se anudan sobre el hombro (fig. 12-b).

Puede dar buen resultado usar una segunda venda, doblada en corbata, envolviendo la base de la venda triangular.

d) **Vendaje de hombro y cadera.** — El de hombro se usa para sostener apósitos o curaciones sobre el hombro o parte superior del brazo, y el de cadera para sostenerlos en la parte superior de la cadera o del muslo.

Se requieren dos vendas: una triangular extendida, y una en corbata (se podrá emplear también, en reemplazo de esta última, una venda común).

Empleo en el hombro: Se unen ambas vendas, envolviendo con varias vueltas del vértice la parte media de la combata; se coloca en seguida esta parte media sobre el hombro afectado, y la corbata se hace pasar por la axila opuesta, anudando sus extremos firmemente; la venda triangular que ha quedado desplegada sobre el hombro se centra convenientemente, y con la tensión adecuada, se pasan sus dos puntas por debajo de la axila inmediata, se cruzan, y se rodea el brazo con tantas vueltas como lo permita la longitud de la venda, anudando finalmente las puntas (figs. 13, 13-a y 13-b).

Empleo en la cadera: Se siguen las mismas indicaciones de vendaje, rodeando con la corbata la cintura, y se continúa con el triángulo cruzando sus puntas por la ingle (fig. 14).

Hay que comprobar siempre si la compresión de la venda no es exagerada en torno del brazo, tomando el pulso en la muñeca del lado lesionado, a fin de asegurarse que la circulación no ha sido interrumpida o dificultada seriamente.

e) **Cabestrillo o sostén de brazo.** — Se coloca una punta de la venda triangular sobre el hombro sano, y se suelta la otra punta de manera que penda a lo largo del cuerpo; el vértice se lleva detrás del codo del brazo lesionado, y sosteniendo con una mano el antebrazo enfermo; con la otra,

se lleva la punta colgante hacia arriba del hombro del lado lesionado, y pasándola por detrás del cuello, se anuda con la otra punta colocada sobre el hombro del lado no lesionado; finalmente, estirando el vértice de la venda hacia atrás, se lleva a continuación hacia adelante, y pasando por encima del codo, se fija a la venda con un alfiler de gancho. Los extremos de los dedos deben quedar a la vista, fuera del cabestrillo, lo que permitirá posteriormente observar si la circulación es normal (fig. 15 y 15-a).

Cuando la lesión está en la mano o parte inferior del antebrazo, el cabestrillo deberá ajustarse hasta que la mano quede 10 ó 15 cm. más arriba que el nivel del codo.

f) **Vendaje de Cara.** — Se usa en caso de quemaduras o escaldaduras.

Se hace primeramente un nudo más o menos a 15 cm. del vértice de la venda; se coloca este nudo sobre la cabeza, y se lleva la base de la venda hacia abajo, por el lado de la zona que hay que vendar (fig. 16). A continuación se rodea el cuello con las puntas, dando tantas vueltas como la longitud de la venda lo permita, teniendo cuidado de dejar cubiertos el cuello, orejas y nuca. Si la cara ha resultado cubierta por el vendaje, se harán tres perforaciones, correspondientes a los dos ojos y a nariz (fig. 16-a).

4. VENDAJE CON VENDA TRIANGULAR EN CORBATA

Para hacer la corbata se lleva el vértice de la venda hacia la mitad de la base; en seguida se continúa doblando por mitad tantas veces como sea necesario, hasta dejar la corbata del ancho requerido.

a) **Vendaje en Cabeza u Oreja.** — Se usa especialmente para controlar hemorragias serias, por heridas en el cuero cabelludo, nuca o frente.

El centro de la corbata se coloca sobre el apósito, se llevan las puntas al lado opuesto de la cabeza, se cruzan, y se regresa con ellas al punto de partida, anudándola tan fuertemente co-

mo sea necesario, según se trate de mantener únicamente el apósito en su sitio, o contener una hemorragia (figs. 17 y 17-a).

b) **Vendaje en el Cuello.** — Se coloca el centro de la venda sobre el apósito, se cruzan ambas puntas por el lado opuesto, y se traen de nuevo al punto de partida, anudándolas suavemente (fig. 18).

c) **Vendaje en los Ojos.** — Se procede, como se indicó en el vendaje de cabeza, pero dando la inclinación necesaria para tapar el ojo lesionado.

Cuando la posición del apósito sobre un ojo obliga a dejar muy baja a la venda, y se quiere dejar libre el otro ojo, se emplea una tira suplementaria que, por sobre la cabeza, haga gancho justamente en el sitio del ojo no lesionado, y en el lado opuesto de la cabeza (fig. 19).

d) **Vendaje de brazo, antebrazo, pierna o muslo.** — El ancho de la venda se acondiciona al tamaño de la parte por cubrir. Se coloca una punta de la corbata cruzando en diagonal el brazo (antebrazo, pierna o muslo), a alguna distancia de la lesión, y con espirales se va envolviendo con la parte libre de la corbata, bajando hasta el codo (muñeca, tobillo o rodilla, según el caso). Las espirales se hacen con vueltas bien espaciadas, de manera de poder dar a lo menos dos vueltas superpuestas en el terminal del codo (muñeca, tobillo o rodilla, según el caso). Se vuelve a subir en seguida, hasta anudar ambas puntas de la venda en la parte superior del vendaje (figs. 20, 20-a, 20-b y 20-c).

e) **Vendaje en Carrillo, Pómulo u Orejas.** — Se comienza por cubrir el apósito con la parte media de la venda, se rodea con una de sus puntas la parte superior de la cabeza, y con la otra la barbilla o mentón; ambas partes de la venda se cruzan en el lado opuesto al apósito, y cambiando de dirección, en ángulo recto, se cruzan y se rodea la frente y nuca, anudando sus extremos (figs. 21, 21-a y 21-b).

f) **Vendaje de Codo o Rodilla.** — Está destinado a sostener un apósito en el codo o en la rodilla, sin suprimir el movimiento articular.

Primeramente se dobla el brazo (o pierna) en ángulo recto, siempre que esto no ocasione dolores excesivos, y se coloca la parte media de la venda sobre el codo (o rodilla), y en seguida, alisándola para que ajuste cómodamente, se llevan las puntas en torno del brazo (o pierna). Cruzándolas sobre el doblez del miembro, una parte de la venda se lleva hacia abajo y la otra hacia arriba, siempre en espiral, y, finalmente, se regresa hacia el punto de partida, y se anudan en la parte externa del miembro vendado (figs. 22, 22-a, 22-b y 22-c).

g) **Vendaje de la Mano.** — Se usa para sostener el apósito en la palma de la mano. Se emplea una corbata angosta, cuyo centro se coloca sobre el apósito, cruzando la palma y dejando libre el pulgar; mientras se sostiene la venda y el apósito, se lleva la punta de la venda del lado del pulgar, diagonalmente alrededor del dorso, y se vuelve por la raíz del dedo meñique, cruzando nuevamente la palma hasta el espacio entre el pulgar y el índice; en seguida, se toma la otra punta y se lleva alrededor del dorso hasta la base del pulgar, cruzando una vez más la palma hasta el lado del meñique, y nuevamente el dorso, pero volviendo ahora por el hueco entre el pulgar y el índice, desde donde se lleva en diagonal a la muñeca; finalmente, con la otra punta se rodea el dorso hasta la raíz del meñique, y después de algunas vueltas de ambas puntas sobre la muñeca, se anudan (figs. 23, 23-a, 23-b y 23-c).

5. VENDAJE CON VENDA DE ROLLO O PLISADA

a) **Generalidades.** — Son hechas de una tira de gasa de algodón esterilizada, enrolladas apretadamente o plisadas en dobleces. Cada uno de estos estilos se envasa generalmente de una manera adecuada a su forma, para asegurar su esterilidad. Sus dimensiones más comunes son, en lo ancho, 2.5 cm., 5 cm. y 7.5 cm. (1, 2 y 3 pulgadas), y en su longitud más o menos 5 mts.

Si no existieren vendas esterilizadas, se pueden improvisar

vendas no esterilizadas con tiras de sábanas u otras prendas de ancho adecuado, pero no habrá de olvidarse su condición al emplearse.

Las vendas de rollo o plisadas son especialmente adaptables al uso en las extremidades. Cuando se aplican, hay que tener especial cuidado de que todas sus vueltas estén uniformemente apretadas, pues existe la tendencia de apretar cada vuelta más que la anterior, y se puede llegar así a compresiones perjudiciales.

Cuando hay necesidad de aplicar un vendaje flojo, en previsión de inflamaciones, habrá que ayudar a la fijación de la venda con huinchas de tela adhesiva. También esta tela se puede usar para fijar la vuelta final de la venda.

Si no se dispusiera de tela adhesiva para fijar la vuelta final de la venda, ésta se rasga en su extremo, por mitad, en una longitud de 10 a 15 cm., y se hace con los dos cabos resultantes un nudo simple, para evitar que se siga rasgando, y, en seguida, llevándolos en direcciones opuestas, se anudan para finalizar el vendaje.

a) **Vendaje en espiral para Dedos.** — Se usa venda angosta (de 2,5 cm.). Con el dorso de la mano hacia arriba, se fija la venda con dos vueltas, una sobre otra, alrededor del dedo lesionado; en seguida, se hacen espirales hasta cubrir el área afectada, finalizando, sea con un trozo de tela adhesiva, sea partiendo el extremo de la venda en dos cabos, y anudándolos (figs 24 y 24-a).

Si el vendaje fuera para la base del dedo, se fijan dos vueltas, y en seguida se procede a inmovilizar la venda, llevándola a lo largo del dorso de la mano hasta la muñeca, donde se dan dos nuevas vueltas, para regresar al dedo, formando la llamada figura "en ocho", donde se repiten las dos espirales. Estas vueltas de vendaje se repiten tantas veces como sea necesario, finalizando con los dos cabos y nudo de muñeca (fig. 25).

c) **Vendaje para extremo del Dedo.** — Se comienza por las dos vueltas en espiral de fijación en la base del dedo afectado, y cuidando de no hacer arrugas, se

cambia la dirección de la venda, llevándola al vértice del dedo, haciéndola descender por el lado opuesto; se dobla nuevamente en la base del dedo, y se rehace el camino cuanta veces sea necesario; a continuación, se sigue con espirales que cubran la mayor parte del dedo, y, finalmente, se hacen una o dos vueltas en ocho hasta la muñeca, y se anuda allí (figs. 26 y 26-a).

d) **Vendaje en espiral para Miembros (con reversión)**. — Como los miembros tienen forma ligeramente cónica, el sistema de espiral debe combinarse con reversión de la venda.

Se empieza siempre con las dos vueltas de fijación en la parte más delgada o distal del segmento del miembro; entonces se inician las espirales hacia arriba, haciendo una reversión cada una o dos vueltas completas; cada vuelta debe cubrir a lo menos un tercio o la mitad de la anterior (figs. 27, 27-a y 27-b).

e) **Vendaje en ocho para Mano o Muñeca**. — Se fija la venda envolviendo la mano con dos vueltas, llevándola en seguida en diagonal hasta la muñeca; se da allí una vuelta, y se regresa en diagonal, pasando por la palma y hueco entre el pulgar y el índice, al dorso; de allí, y pasando por la raíz del meñique, se lleva nuevamente a la muñeca, regresando por la base del pulgar; estas vueltas sucesivas se repiten tantas veces como sea necesario (figs. 28 y 28-a).

f) **Vendaje en ocho para Tobillo**. — Se coloca el pie lesionado en igual posición que si la persona estuviera de pie, y se inicia el vendaje dando dos o tres vueltas por el arco y empeine del pie, con lo que se fija la venda; se lleva en seguida diagonalmente hacia atrás del empeine, para volver hacia abajo (arco) y dar una vuelta completa sobre el empeine, regresando a continuación hacia atrás del empeine. Estas vueltas se hacen cuantas veces sea necesario, y se termina fijando en torno de los tobillos, sea con alfiler de gancho, sea con los dos cabos y nudo (figs. 29, 29-a y 29-b).

g) **Vendaje en ocho para Cuello y Hombro.** — Se emplea en las heridas de la parte baja del cuello o sobre los hombros.

Se dan dos vueltas de fijación en la parte alta del brazo más inmediato al apósito, y se lleva la venda desde la axila hacia arriba, en diagonal sobre el hombro, se rodea el cuello, y se vuelve a la axila cruzando la venda en ocho sobre el mismo hombro. Este movimiento se repite cuantas veces sea necesario, hasta cubrir el apósito. Si fuera posible, se podría intercalar alguna vuelta completa en el cuello. Se finaliza fijando el extremo del vendaje con alfiler de gancho o con los cabos y nudo, sea en torno del brazo, sea en torno del cuello, alejado de la zona herida (figs. 30, 30-a y 30-b).

h) **Vendaje de spica para la Ingle.** — Se usa para heridas en la ingle o regiones inmediatas; sirve para contener hemorragias moderadas, por presión, excepto cuando está comprometida la femoral. Se emplea de preferencia vendas de 7.5 cm. de ancho. Se inicia con dos o tres vueltas de fijación, en la parte superior del muslo, y se lleva desde allí la venda diagonalmente (siguiendo el pliegue de la ingle) hacia la cadera, dando una vuelta por la cintura; a continuación se la lleva hacia abajo, también diagonalmente, hasta rodear el lado externo del muslo y regresar por la entrepierna; estas vueltas se repiten cuantas veces sea necesario (figs. 31, 31-a y 31-b).

6. VENDAJE DE FRONDA O CUATRO CABOS

Estas vendas deben su nombre a su aspecto. Están constituidas por un rectángulo central y dos cabos en cada extremo. Cuando se cruzan los cabos de cada extremo, se forma en el centro de la venda una pequeña bolsa que se presta especialmente para su uso en la nariz y en el mentón o barbilla.

Se prepara con una venda ancha (de 7.5 a 20 cm.) de más o menos 1 mt. de longitud, que se rasga en cada extremo, dejando entero en el centro el tamaño necesario.

a) **Vendaje de Nariz o Mentón.** — Se aplica el apósito en la herida, y se coloca en seguida el centro de la venda sobre el apósito; a continuación se llevan los dos cabos superiores hacia abajo, rodeando con ellos el cuello y anudándolos; y los inferiores se llevan hacia arriba rodeando la cabeza y anudándolos donde mejor se sostengan, vista la curvatura de la cabeza (figs. 32 y 32-a).

Este vendaje no debe usarse cuando se trate de fracturas del maxilar.

7. APRETADOR O FAJA

Cuando se precisa un vendaje de gran área, para heridas del abdomen o tórax, la forma más adecuada es el apretador o faja, de una tela rectangular de 0.30 a 0.45 cm. de ancho, por 1 ó 2 mts. de largo.

Después de colocado el apósito, si el herido está tendido, se coloca la faja bajo la espalda (con el mayor cuidado que el caso requiera) y en seguida se envuelve el abdomen con los extremos, fijando el terminal de la venda al resto con alfileres de gancho (fig. 33).

Se puede emplear una toalla grande.

III. PRIMEROS AUXILIOS

1. LAS HERIDAS Y SUS CUIDADOS

a) **Generalidades.** — Una herida es la falta de continuidad o rotura de la piel o de la mucosa que tapiza las cavidades del cuerpo.

Las principales variedades de heridas son: las superficiales o escoriaciones; las cortantes; las contusas y las penetrantes.

b) **Heridas Superficiales o Escoriaciones.** — Se producen por fricción o raspadura de la piel contra una superficie dura (como, por ejemplo, con una caída). Son fácilmente infestables.

c) **Heridas Cortantes.** — Son producidas por cualquier instrumento de filo, como navaja, cuchillo, trozo de vidrio, etc. Sangran en forma más o menos abundante, según la importancia del vaso sanguíneo, que alcance a ser seccionado. Sin embargo, los tejidos vecinos al corte son escasamente destruídos, pues los bordes de la herida son netos.

Por esta misma razón, el peligro de infección es menor que en otro tipo de heridas.

d) **Heridas Contusas.** — Son determinadas por instrumentos romos o sin filo, como piedras, palos, o caídas sobre superficies duras. Generalmente la hemorragia no es muy importante, por la irregularidad de los bordes de la herida. El peligro de infección es grande.

e) **Heridas Penetrantes.** — Son causadas por instrumentos con punta, tales como clavos, agujas, puñal, etc. Ordinariamente este tipo de heridas sangra muy poco, salvo que haya sido alcanzado un vaso importante. Son difíciles de limpiar y se infectan fácilmente.

2. LA INFECCION

Toda rotura de la piel (o de una mucosa) es una puerta de entrada para los diversos gérmenes exteriores. La penetración, desarrollo y multiplicación de los microbios en una herida da lugar a una serie de alteraciones, tanto locales como generales.

Los síntomas locales son: aumento de volumen, enrojecimiento, calor y dolor, o sea, la inflamación, que muchas veces llega a la formación de pús.

Los gérmenes o microbios son organismos infinitamente pequeños, que sólo pueden ser vistos con ayuda del microscopio, o aparato lenticular de gran aumento. Existen alrededor del hombre en todos los medios del universo, y, por consiguiente, pueden contaminar en cualquier momento, a través de la piel, con cualquier contacto extraño.

Al penetrar en una herida, pueden alcanzar el torrente circulatorio, determinando los cuadros septicémicos, que son verdaderos envenenamientos de la sangre.

No importa el tamaño de la herida; por pequeña que sea, siempre será enorme el número de gérmenes que pueden penetrar.

De allí la necesidad de cubrir, cuanto antes sea posible, la herida con un apósito esterilizado.

3. PRIMEROS AUXILIOS EN CASO DE HERIDAS QUE SANGRAN POCO

La intervención del Camillero Cruz Roja en esta clase de heridas es elemental. Su papel principal es prevenir la entrada de gérmenes en ellas, mientras el herido es recogido y enviado al sitio donde recibirá una atención médica definitiva.

No debe tocar la herida con las manos, ni con instrumento o material que no esté perfectamente limpio. Sólo usará gasa o apósito esterilizado.

No debe intentarse el lavado inmediato de la herida; y si aparece como absolutamente indispensable retirar de la herida astillas, trozos de vidrio o pedazos de género, deberá hacerlo en la forma más cuidadosa posible, empleando gasa esterilizada como auxiliar, de manera que en ningún momento los dedos lleguen a tomar contacto directo con la herida y sus bordes.

En principio, sólo debe aplicar un apósito que cubra completamente a la herida, aplicando sobre él un vendaje contensivo, de modo que el apósito no resbale posteriormente.

No debe tratar de retirar los coágulos que se encuentren en la herida, así como los apósitos o compresas que ya hayan sido colocados.

4. PRIMEROS AUXILIOS EN CASO DE HERIDAS CON HEMORRAGIA ABUNDANTE

a) *Generalidades.* — El primer deber del Camillero es tratar de detener la hemorragia. La pérdida de la mitad de la sangre del cuerpo, siempre es fatal. Hay ocasiones en que la pérdida de 1 litro puede también llegar a serlo.

El Camillero debe tener presente que no hay excusa alguna de la muerte de un paciente por una hemorragia externa (es decir, cuando la sangre sale hacia el exterior a través de la herida), si está presente una persona que tiene dedos y conocimientos para emplearlos en tal caso.

En caso de hemorragia interna (o sea, cuando la sangre se vacía en las cavidades internas del cuerpo), al camillero no le corresponde otra cosa que apresurar cuanto sea posible la intervención del médico. Este tipo de hemorragias es posible reconocerlo por la extrema palidez del herido, el descoloramiento de sus labios, la frialdad de sus extremidades, la rapidez y debilidad de su pulso, y su estado de postración y tendencia a la fatiga.

Las hemorragias externas pueden ser arteriales, venosas o capilares.

b) **A r t e r i a l e s .** — Son determinadas por la ruptura o cortadura de una arteria, y es la más difícil de dominar. La sangre sale a chorro de intensidad variable, en relación con el pulso, y es de un color rojo vivo o claro. En ciertos casos, cuando la cortadura es en una arteria profunda, la intermitencia del chorro puede atenuarse, y aun aparecer como chorro continuo; pero mantiene su color característico.

c) **V e n o s a s .** — Se producen por la ruptura o cortadura de una vena. La sangre sale en chorro continuo, y es de un color rojo oscuro, con tendencia al negro. En algunos casos, cuando la vena lesionada está muy vecina a una arteria, ésta le transmite sus latidos, y la sangre puede salir con intermitencias; pero siempre es reconocible por su color característico.

d) **C a p i l a r .** — Es aquella que se produce por la ruptura de los vasos más pequeños, llamados capilares, y se presenta en toda la extensión de la superficie de una herida, sin punto preciso de salida.

Cuando hay ruptura de un vaso sanguíneo por una violencia exterior, sin alcanzar a romper la piel, se produce una

acumulación de sangre por debajo de la piel, en el tejido graso o celular subcutáneo.

Cuando hay compromiso de un vaso importante, la acumulación de sangre da lugar a la formación de un pequeño tumor llamado hematoma; y cuando la causa es la ruptura de un vaso más pequeño, la sangre se reparte o se infiltra en los tejidos dando una coloración oscura denominada equimosis.

Estas lesiones no tienen importancia para el Camillero, y en la gran mayoría de los casos desaparecen por absorción; y si hay algún tratamiento, éste corresponde al Médico.

e) **Acción del Camillero.** — La primera tarea del Camillero es retirar la ropa que sea necesaria, de manera que la herida quede completamente a la vista.

En seguida aplicará un apósito sobre la superficie sangrante de la herida, presionándolo firmemente, y relajando la presión al cabo de un rato para comprobar si la hemorragia ha sido detenida.

Si esto se ha logrado, el apósito será mantenido sobre la herida con un vendaje conveniente. Durante el traslado del herido, conviene mantener una frecuente vigilancia, por si hay nueva hemorragia.

Si la hemorragia no es detenida por la aplicación y compresión del apósito, habrá que recurrir al Torniquete o a la Presión Manual o Digital.

f) **El Torniquete.** — Es siempre un medio peligroso, y sólo debe usarse cuando la hemorragia no puede ser detenida por otros medios.

Detiene toda la afluencia de la sangre en la región interesada, y si la circulación es detenida por largo tiempo, puede aparecer la gangrena; como consecuencia menor, y cuando se aplica en los miembros superiores, puede aparecer una parálisis que, aunque momentánea, resulta muy molesta al paciente.

Por eso es recomendable que cada 15 ó 20 minutos sea aflojado, pero sin quitarlo de su sitio.

Si al aflojarlo persistiere la hemorragia, habrá que apretarlo nuevamente; en caso contrario, se le podrá dejar aflojado,

pero sin descuidar la obligación de vigilancia, pues la hemorragia puede volver en cualquier momento.

Es indispensable asegurarse que el torniquete está suficientemente apretado, para impedir la salida de la sangre; pues de lo contrario puede ser contraproducente y aumentar la hemorragia.

El Camillero jamás debe cubrir el torniquete con vendaje o férulas: siempre debe estar a la vista, para su mejor vigilancia y más fácil manipulación.

g) **La presión manual o digital.** — Sólo puede ser aplicada cuando se conocen bien los “puntos de presión”, lo que requiere una práctica que el Camillero no debe descuidar.

A continuación se indican los puntos de presión que todo Camillero debe conocer:

—Para las arterias de la cabeza y cuello:

1— en el cuello, al lado de la tráquea, contra el hueso que queda detrás, o sea la columna vertebral; se emplea solamente en último recurso, pues puede producir la inconsciencia y aun alteraciones más graves.

2— entre la órbita y la oreja, contra el cráneo.

3— Más o menos a 3 cms. del ángulo del maxilar inferior, donde una gruesa rama cruza el hueso maxilar.

—Para las arterias del hombro y brazo:

4— tras el extremo interior de la clavícula, presionando hacia abajo contra la primera costilla.

5— en el lado interno del brazo, a medio camino entre el hombro y el codo.

—Para las arterias de los miembros inferiores:

6— en la parte media de la ingle, donde pasa la arteria sobre el hueso de la pelvis.

—Para la arteria occipital:

7— en la parte posterior de la cabeza, a 4 dedos de la oreja.

—Para la arteria axilar:

8— encontrándose bajo la articulación del hombro, dificulta mucho el empleo de la presión digital; se recomien-

da aplicar una almohadilla dura, del tamaño de una bola de billar, hundiéndola en la axila con un vendaje apretado.

—Para la arteria braquial:

9— en caso de urgencia, y al no haber manifestaciones de fractura, se hace presión con un cuerpo duro que se coloca en el dobléz del codo, y que se sostiene por la flexión del brazo en ese sitio.

—Otros puntos de presión:

10— a 3 cms., más o menos, arriba del puño, del lado del pulgar.

11— a igual distancia, arriba del puño, del lado del meñique.

12— al nivel del lado interior del pie, debajo del tobillo correspondiente.

13— en la parte media del pie, debajo de su garganta.

IV. RESPIRACION ARTIFICIAL

1. GENERALIDADES

Los ahogados, las víctimas de sofocación, de electrocución, de gases de alumbrado, de gases deletéreos o de combate, los de narcóticos, etc., pueden presentar un estado llamado de asfixia, que es un estado transitorio entre la vida y la muerte. El paciente aparece inconsciente, y las palpitaciones de su corazón o movimientos de respiración no pueden ser evidenciados por los métodos ordinarios.

Este estado transitorio es de corta duración; a menudo sólo de algunos minutos. En consecuencia, la intervención del Camillero debe ser inmediata.

La tentativa de reanimación de la víctima debe comenzar en cuanto haya sido librada del accidente y colocada en sitio seguro, sin perder tiempo en preparativos inútiles ni en búsqueda de material alguno. El método de reanimación debe ser aplicado por una sola persona, sin que el trabajo la agote, aun en el caso de que deba hacerlo por varias horas. Aunque la víctima aparezca como aparentemente sin vida, hay que aplicarle el

método de reanimación que obre a la vez sobre la respiración y sobre el corazón.

La Liga de Sociedades de Cruz Roja ha recomendado, como el más sencillo y eficaz, el Método de **HOLGER-NIELSEN**.

2. METODO HOLGER-NIELSEN

a) Se desabotona inmediatamente la parte de la vestimenta del accidentado, que apriete o comprima. Cuando es del caso, se procede a limpiar la boca del lodo u otras materias que se hayan introducido.

b) Hay que dejar a otras personas el cuidado de telefonar llamadas de urgencia. No hay que intentar movimientos destinados a producir una devolución inmediata del agua ingerida.

c) Se coloca el accidentado sobre su vientre, cuidando que su frente quede en reposo entre sus manos; y la boca y la nariz libres.

d) Se hace salir la lengua del accidentado, dándole varias palmadas entre los hombros.

e) Se toma la posición de trabajo. Se coloca una rodilla cerca de la cabeza del accidentado, y el pie contrario próximo al cuello (arrodillarse sobre una rodilla). El eje del operador debe ser el mismo que el del paciente.

En seguida, el operador se inclina hacia adelante, con sus brazos estirados, de manera que las palmas de sus manos queden sobre los omóplatos del paciente (los puños sobre las crestas de los omóplatos). Esta es la posición de partida.

f) El operador se inclina hacia adelante, con sus brazos extendidos, hasta que éstos queden verticales. La presión que debe resultar de este movimiento debe ser ligera, sin forzar (10 a 15 kgs. bastan). Este movimiento produce la espiración y debe durar más o menos 2 a 3 segundos.

g) A continuación se corren las manos del operador hacia los codos del paciente, y con un pequeño movimiento de tracción, llevando un poco hacia atrás su tronco, el operador levanta unos 10 a 15 cms. los codos y hombros del accidentado. Se produce así el movimiento de inspiración, que debe durar 2 a 3 segundos.

h) En seguida, se vuelven a colocar los brazos del accidentado en tierra, y las manos del operador sobre los omóplatos del paciente, para volver a recomenzar los movimientos de espiración e inspiración.

Estos movimientos se repiten cuantas veces sea necesario. La serie espiración-inspiración toma más o menos 8 segundos, y debe producir 9 respiraciones completas por minuto.

i) Mientras los operadores no hayan tomado bien el ritmo de los movimientos, se les recomienda contar: 1, 2, 3 (espiración) —CAMBIO—, 4, 5, 6 (inspiración) —CAMBIO—; y así sucesivamente. Al decir: uno, dos, tres, se hace el movimiento de presión sobre los omóplatos; al decir CAMBIO, se corren las manos hacia los codos del accidentado; al decir: cuatro, cinco, seis, se hace el movimiento de levantar los codos y hombros del paciente; al decir nuevamente CAMBIO, se llevan las manos a los omóplatos. Naturalmente que esta cuenta no debe ser rápida (de segundo en segundo).

j) Si el paciente no da signos de vida, hay que continuar el trabajo de reanimación durante 5 a 6 horas, hasta la aparición de los signos de muerte, o hasta la llegada del Médico que certificará la defunción.

k) En cuanto el accidentado comienza a dar síntomas de vida (ligeros movimientos, coloración normal de ciertas partes de la piel, como por ejemplo en las orejas), hay que cesar los movimientos de presión sobre los omóplatos, y continuar únicamente los movimientos de levantar y bajar los brazos, según se indicó en el acápite g). Con estos movimientos, la frecuencia de la respiración completa sube a 12 por minuto.

l) Si además de la asfixia el accidentado presenta herida en el tórax, no hay que producir los movimientos de presión, sino solamente los movimientos de levantar y bajar los brazos, conforme lo dicho en el acápite g).

m) Si hay lesiones en los brazos, y en el pecho o espalda, sólo se hará el movimiento de levantar los hombros del accidentado, levantándolo desde las axilas.

n) Con los niños de más de 4 años, o con mujeres débiles, la presión sobre la espalda debe ser reducida (a 6 ó 7 kgs. más o menos). Esta reducción se puede obtener apoyando sobre los

omóplatos solamente las yemas de los dedos del operador, doce veces por minuto.

o) Con los niños de menos de 4 años, y con los bebés, la presión debe ser mucho menor (1 a 2 kgs.), bastando apoyar los pulgares del operador, y levantando muy poco los hombros. Se debe tratar de obtener unas 15 respiraciones por minuto, que es lo que corresponde a estos niños.

p) Una vez obtenido el buen resultado con el tratamiento de la asfixia, se procederá a proporcionar al accidentado las demás atenciones que requiera.

(Ver figura 34).

3. METODO HOWARD

Se coloca al accidentado en posición de decúbito-dorsal, con una almohada bajo el tórax, y la cabeza baja.

El operador se coloca a caballo, de rodillas, frente al enfermo, y ejerce presiones rítmicas en la base del tórax, a razón de 18 a 20 por minuto.

Si hay un operador auxiliar, conviene mantener los brazos del accidentado extendidos hacia atrás de la cabeza, o levantados.

Al presionar la base del tórax se produce la espiración; al soltarla, la inspiración.

En lo demás, rigen las prescripciones generales indicadas en el método Holger-Nielsen. (Ver fig. 35).

4. METODO LABORDE

Este método se emplea cuando por las heridas o fracturas que presenta el accidentado, no son aplicables los dos métodos anteriores.

Consiste en tomar firmemente la lengua del paciente, sea con una pinza, sea con una compresa, sea con un pañuelo, y efectuar tracciones rítmicas, con movimientos suaves pero a fondo, razón de 18 a 20 por minuto. (Ver fig. 36).

V. TRANSPORTE DE HERIDOS O ENFERMOS

I. GENERALIDADES

La importancia de un transporte adecuado de un herido o enfermo, es considerable. Un transporte sin los cuidados especiales que exige el método usado, puede agravar el estado de la víctima, y hasta producir el caso fatal.

En principio, todo transporte debe ser resuelto por un Médico, o en su defecto, por una persona con instrucción de enfermería avanzada. Pero pueden presentarse circunstancias en que un Camillero se vea constreñido a resolver.

En tales casos, conviene tenerse en cuenta las siguientes indicaciones generales:

- a) — primeramente hay que proporcionar los Primeros Auxilios que el caso requiera, y aflojar todas las prendas de ropa apretadas del paciente, antes de proceder a su traslado; hay que abrigarlo con una manta o frazada, salvo en el caso que el rostro se presente muy enrojecido, y el cuerpo muy caliente.
- b) — el tipo del transporte a emplear depende en mucho de la lesión del accidentado, del material con que se cuente, y de la mayor o menor urgencia de transporte que el caso aconseje.
- c) — cuando el accidentado está en peligro de perder la vida, o de recibir nuevas lesiones, como en el caso de incendio, derrumbes, bombardeos, etc., habrá que proceder a un inmediato transporte, por lo menos hasta dejarlo en un sitio seguro.
- d) — los seriamente lesionados o enfermos, deberán ser transportados en camillas, o en posición horizontal, salvo casos en que hay que alzar algo a la víctima, para facilitar su respiración.
- e) — en principio, no hay que precipitarse a transportar a un accidentado o enfermo, si hay posibilidades de llegada de un Médico al sitio mismo del accidente, o si se anuncia la llegada de una ambulancia. En tales casos, un Cami-

llo sólo prestará las atenciones de Primeros Auxilios que correspondan a sus conocimientos.

- f) — todos los casos de fractura evidenciada o probable, requieren la dirección de un Médico para el transporte; si esto no fuera posible, el caso deberá tratarse con el máximo de cuidado. Muchas agravaciones pueden ocurrir a causa de un trato inadecuado.
- g) — en caso de serias lesiones en la espalda o en la cabeza, el accidentado debe ser colocado de costado, sobre su lado menos comprometido.
- h) — cuando se trata de un accidente en vía pública, lo más absurdo y reprochable es introducir a la víctima en cualquier coche, y llevarla a gran velocidad al centro asistencial más próximo. Lo que procede es tenderla en una camilla, y si no hay posibilidades de la concurrencia de una ambulancia, habrá que utilizar para el transporte un vehículo en el que pueda ser introducida una camilla normalmente (station-wagon de asientos desmontables, camioneta, etc.).
- i) — hay que extremar la atención con los lesionados de la cabeza. En un Hospital, el principal tratamiento de tales casos es el reposo absoluto; esto indica de por sí cuál debe ser la característica del traslado.

2. TRANSPORTE A BRAZO

El transporte a brazo es de obligado empleo cuando no se dispone de material, o cuando éste no puede llegar oportunamente al sitio mismo del accidente. No puede usarse sino en recorridos limitados.

a) **Acarreo por las extremidades.** — No puede usarse en caso de fractura; se emplea corrientemente en caso de vértigos, agotamiento, etc., o cuando las lesiones son de poca importancia, pero suficientes para dificultar o impedir la marcha del accidentado.

Actúan 2 camilleros (Nos 1 y 2). El N^o 2 pasa sus brazos bajo las axilas del accidentado, el pecho del N^o 2 en contacto

con la espalda de aquél. El N^o 1 se coloca delante y dando la espalda al N^o 2 (después que éste ha cruzado sus manos sobre el pecho del herido), y pasa sus antebrazos bajo la articulación de las rodillas. Hecho ésto, ambos camilleros se enderezan, y proceden al traslado (fig. 37).

b) *Silla de dos manos*. — Actúan dos camilleros. Ambos se hincan a cada lado del paciente. Uno pasa un brazo alrededor de la espalda del accidentado, y el otro brazo bajo el muslo; su compañero hace iguales movimientos. Con un impulso suave de los brazos colocados en la espalda del paciente, se levanta el tronco, y cada camillero afianza su mano en el hombro de su compañero (mano izquierda de uno en el hombro derecho del otro, y viceversa). En seguida cada camillero afirma su otra mano bajo las piernas del accidentado, en la muñeca de su compañero; después de lo cual ambos se levantan simultáneamente y quedan en situación de partida (fig. 38).

c) *Silla de tres manos*. — Este acarreo se usa para transportar pacientes lesionados en una o ambas piernas, pero que pueden usar sus brazos.

Los dos camilleros se colocan cara a cara tras el accidentado. Si éste tiene su pierna izquierda lesionada, el Camillero de este lado deja su mano izquierda libre, y su derecha va a formar nudo con las dos manos del otro Camillero (fig. 39). Si se trata de la pierna derecha, los camilleros cambian sus movimientos de mano.

Desde esta posición, los camilleros se agachan hasta el suelo, hasta permitir que el paciente pase sus brazos en torno del cuello del Camillero correspondiente; de éstos, aquel que ha dejado una mano libre, toma la pierna afectada del accidentado; y ambos camilleros se incorporan y se ponen de pie en la forma más cuidadosa posible; rompen, en seguida, la marcha con el pie del lado del paciente.

d) *Silla de cuatro manos*. — Se emplea en caso semejante al anterior, pero cuando no es indispensable sostener una de las piernas heridas del accidentado. Las manos se cru-

zan (fig. 40), y en lo demás se procede como en el caso anterior.

Este método se impone especialmente cuando la víctima no tiene heridas ni en las piernas ni en los brazos.

3. CARGA DEL BOMBERO

Este método sólo puede ser usado por camilleros de cierta fortaleza física y habilidad, y para alejar rápidamente de un sitio de peligro a un accidentado en estado inconsciente, siempre que no haya fracturas apreciables en el tronco o extremidades.

El Camillero coloca boca abajo al accidentado, y se sitúa del lado de la cabeza, dando frente a la víctima; en seguida pasa sus manos por las axilas del paciente, y lo levanta hasta dejarlo ligeramente hincado (fig. 41).

El accidentado tiende a caer, debido a su estado de inconsciencia, por lo que se le debe sostener, manteniéndolo apoyado al cuerpo del Camillero.

Una vez de rodillas el paciente, el Camillero (que tiene sus brazos en torno del tronco de la víctima) sostiene firmemente con su brazo y mano derecha, y con su otra mano pasa el brazo izquierdo del accidentado en torno de su cuello, de manera que la axila del paciente quede sobre el hombro derecho del Camillero (fig. 41).

Este, que hasta el momento ha estado hincado, endereza su pierna izquierda, afianza bien de la cintura al paciente, y con un esfuerzo lo menos violento posible, ambos (el Camillero y el paciente) quedan de pie.

Como el accidentado tiende a caer, el Camillero con sus dos piernas sostiene la izquierda de aquél; suelta entonces el brazo izquierdo del accidentado que sostenía con su mano izquierda, (fig. 41 a) y rápidamente se agacha, de manera que el paciente caiga sobre su hombro derecho.

Enderezándose, rodea con su brazo derecho la pierna derecha del accidentado, y con su mano derecha toma el brazo derecho del paciente (fig. 41 b). Queda así en posición de marcha.

4. TRANSPORTE EN CAMILLA

a) Generalidades. — En principio, cada Equipo de Camilleros debe disponer de una Camilla tipo Militar. Si esto no ocurriere, habrá que preparar una camilla improvisada (figs. 7 y 7-a) con dos pértigas y una frazada. También se puede improvisar una camilla con dos pértigas y dos sacos quintales, estos dos últimos con perforaciones en los extremos de su fondo, para pasar las pértigas.

En última instancia, podrán emplearse tableros de puerta, hojas de ventana, etc.

Si no se dispusiera de pértigas, podrá improvisarse una camilla con una frazada ancha, cuyos bordes laterales se enrollan hasta dejar en su parte central sólo el ancho indispensable para tender al accidentado. El transporte de heridos en esta clase de camilla requiere un equipo de 6 camilleros (3 a cada lado).

Todos estos tipos de camillas improvisadas deben ser probadas antes de colocar allí el accidentado.

En la mayor parte de los casos, se recomienda atar los pies del lesionado, y algunas veces convendrá atar también las manos.

En días fríos, cuando la víctima debe esperar la llegada o la preparación de la camilla, convendrá envolverlo de inmediato en una frazada. Para los casos difíciles, es decir para los seriamente lesionados, se recomienda el siguiente procedimiento:

—se pliega la frazada en pliegues no mayores de 15 cms. y se coloca a lo largo y próxima al accidentado,

—a lo menos, 2 de los camilleros se sitúan dejando al paciente entre ellos y la frazada ya en pliegues, y hacen girar suavemente el cuerpo del paciente hasta dejarlo casi de costado (cara hacia los camilleros).

—otros dos camilleros, que han quedado del lado de la frazada, colocan a lo menos la mitad de los pliegues en el sitio que ha quedado en descubierto al girar el cuerpo del accidentado,

—en seguida, los dos primeros camilleros vuelven a colocar de espalda al paciente, quedando éste sobre los pliegues corridos de la frazada,

—los dos últimos camilleros repiten el giro del cuerpo del paciente, pero en sentido contrario al anterior, con lo cual quedan al descubierto los pliegues corridos de la frazada.

—los dos primeros camilleros despliegan la parte de la frazada recién descubierta, y se procede a envolver al accidentado.

b) **T r a n s p o r t e c o n 4 c a m i l l e r o s .** — Comprende dos tiempos: el encamillamiento, y el transporte propiamente dicho.

Los camilleros se numeran del 1 a 4, siendo el N^o 1 el más alto, pues le corresponde llevar la parte alta de la camilla, y el N^o 4 debe ser el Jefe de Equipo y, por lo tanto, el más apto.

ENCAMILLAMIENTO

Llegado el Equipo a las proximidades del accidentado, los N.os 1 y 3 preparan la camilla, y los N.os 4 y 2 van a prestar los Primeros Auxilios.

Listo ya el paciente para ser encamillado, el N^o 4 ordena: ¡Encamillar!

Los N.os 1 y 3 llevan la camilla al lugar plano más próximo al paciente, de manera que quede bien horizontal.

El N^o 4 se coloca a la altura de la cadera del costado más herido del accidentado, y los otros 3 camilleros en el lado contrario, dando cara al N^o 4: el N^o 1 se coloca a la altura del hombro del paciente, el N^o 2 frente al N^o 4 y el N^o 3 frente a las rodillas del caído.

Alcanzada esta posición, los camilleros hincan una rodilla; con movimientos suaves, el N^o 1 introduce sus manos bajo el paciente, de manera que uno de sus brazos quede bajo el cuello, cabeza y hombros, y el otro bajo la parte superior de la espalda; el N^o 2 pasa un brazo bajo la cintura, y el otro bajo la parte superior de los muslos del accidentado; y el N^o 3 pasa un brazo bajo las rodillas y el otro bajo los tobillos.

Entretanto, el N^o 4 ayuda al N^o 2, o cuida especialmente alguna región o miembro lesionado.

Terminados estos movimientos de apresto, el N^o 4 ordena: ¡alzar!, a cuya voz los camilleros se incorporan suave y simultáneamente, en dos tiempos; 1) llevando al accidentado hasta dejarlo sobre los muslos de los camilleros (figs. 42 y 42 a), que están hasta ese momento hincados, con una rodilla en tierra; 2) levantándose los 3 camilleros hasta quedar de pie.

En ese momento, si el terreno lo permite, el N^o 4 va a buscar rápidamente la camilla, y la coloca en sitio y posición adecuada, junto a los otros camilleros. En caso contrario, hay que acercar la camilla cuanto se pueda, y los camilleros 1, 2 y 3 marchan hasta colocarse inmediatos a ella.

A la voz de ¡bajar!, dada por el N^o 4, el accidentado es descendido despacio y cuidadosamente al centro de la camilla, dedicando especial cuidado a la parte lesionada.

TRANSPORTE

Terminados los movimientos anteriores, los camilleros ocupan su posición de transporte, es decir: el N^o 1 entre las dos asas o puños de la camilla, que debe ir a mayor altura (lo que depende de la lesión del accidentado); el N^o 2 se coloca en el extremo contrario; ambos con frente al eje de marcha. Los N.os 3 y 4 se colocan a ambos lados de la camilla, y a la altura de la parte media (las camillas militares tienen un sacado en la tela, que permite empuñar las pértigas por su parte media).

A la voz de ¡marchar!, que da el N^o 4, todos los camilleros rompen la marcha simultáneamente.

Al romper la marcha, se recomienda que los camilleros N.os 1, 2 y 4 lo hagan con el pie izquierdo, y el N^o 3 con el derecho, pues la marcha militar con compás produce en la camilla un vaivén que es conveniente evitar.

Si durante el recorrido se hace necesario cambiar de puesto, el N^o 4 ordena: ¡para cambiar, alto! Los camilleros hacen alto, depositan cuidadosamente la camilla en tierra; el más alto de los camilleros laterales (N.os 2 y 4) va a reemplazar al N^o 1, y el otro al N^o 3, intercambiándose los puestos. En seguida, el N^o 4

da las órdenes sucesivas de: ¡cargar! y ¡marchar!, procediéndose como se dijo antes.

Si hay un nuevo cambio, se deshace el inmediatamente anterior, y así se continúa hasta llegar a la ambulancia o puesto de Primeros Auxilios (fig. 43).

Durante el traslado, habitualmente el paciente va con los pies hacia delante, pero hay que invertir esta posición cuando se suben escaleras, caminos muy pendientes, etc., y mientras dure la subida.

En principio, la posición del accidentado en la camilla debe ser aquella que no agrave su estado. Corrientemente convendrá levantarle un poco la cabeza con un rollo de ropa si no hay una almohada pequeña disponible. Se hace excepción cuando el paciente va en estado de choque (shock) o cuando hay posibilidades de que sobrevenga.

Si el terreno por recorrer es accidentado, convendrá que uno de los camilleros se adelante para reconocer la mejor ruta.

Para cruzar obstáculos, cuevas pronunciadas, escaleras, etc., se tendrá cuidado de mantener horizontal la camilla, para lo cual el camillero N^o 3 se correrá para reforzar la tarea de aquel que deba hacer el mayor esfuerzo. En tal caso, cada cual toma un puño o asa de la camilla.

c) **T r a n s p o r t e c o n 3 c a m i l l e r o s .** — En caso de que el Equipo cuente sólo con tres camilleros, el N^o 3 deberá ser el jefe, y en todo lo demás, los movimientos prescritos para los N.os 1, 2 y 3 anteriormente, serán los mismos que correspondan a este equipo.

La única variante reside en que, para mayor seguridad, cuando se alce el accidentado, convendrá que los camilleros, al terminar el primer tiempo, es decir cuando el paciente quede sobre los muslos de los camilleros, éstos hagan girar suavemente el cuerpo del herido hasta que su pecho quede vis a vis del pecho del camillero correspondiente.

En seguida los camilleros, por movimientos laterales, se aproximan a la camilla y proceden al encamillamiento.

d) **Traslado de una camilla a la cama.**—Si el accidentado ha sido trasladado en camilla hasta el sitio mismo en que se va a atender u hospitalizar, la camilla se lleva hasta el lado del lecho en que se colocará al paciente. Los N^o 1, 2 y 3 quedan inmediatos a la camilla, en su costado opuesto al lecho, y el N^o 4 al otro lado de la camilla, frente al N^o 2.

A continuación, los N^o 1, 2 y 3 se hincan, y repiten el movimiento de alzar (ver la parte correspondiente en el acápite b), precedidos de los movimientos que se indicaron para encamillar. Al quedar el accidentado en los muslos de los camilleros N^o 1, 2 y 3, el N^o 4 retira rápidamente la camilla y, en seguida, se coloca frente al N^o 2 para ayudar a levantarse a sus compañeros; hecho ésto, el N^o 4 pasa al costado opuesto del lecho, y los otros tres avanzan, simultáneamente, y depositan con suavidad al paciente, en lo cual ayuda también el N^o 4.

Si hay sólo 3 camilleros en el equipo, se procederá como se ha indicado para los N^o 1, 2 y 3, y se pedirá a un familiar que retire la camilla antes de colocar al accidentado en el lecho.

5. COLOCACION DE LA CAMILLA EN LA AMBULANCIA

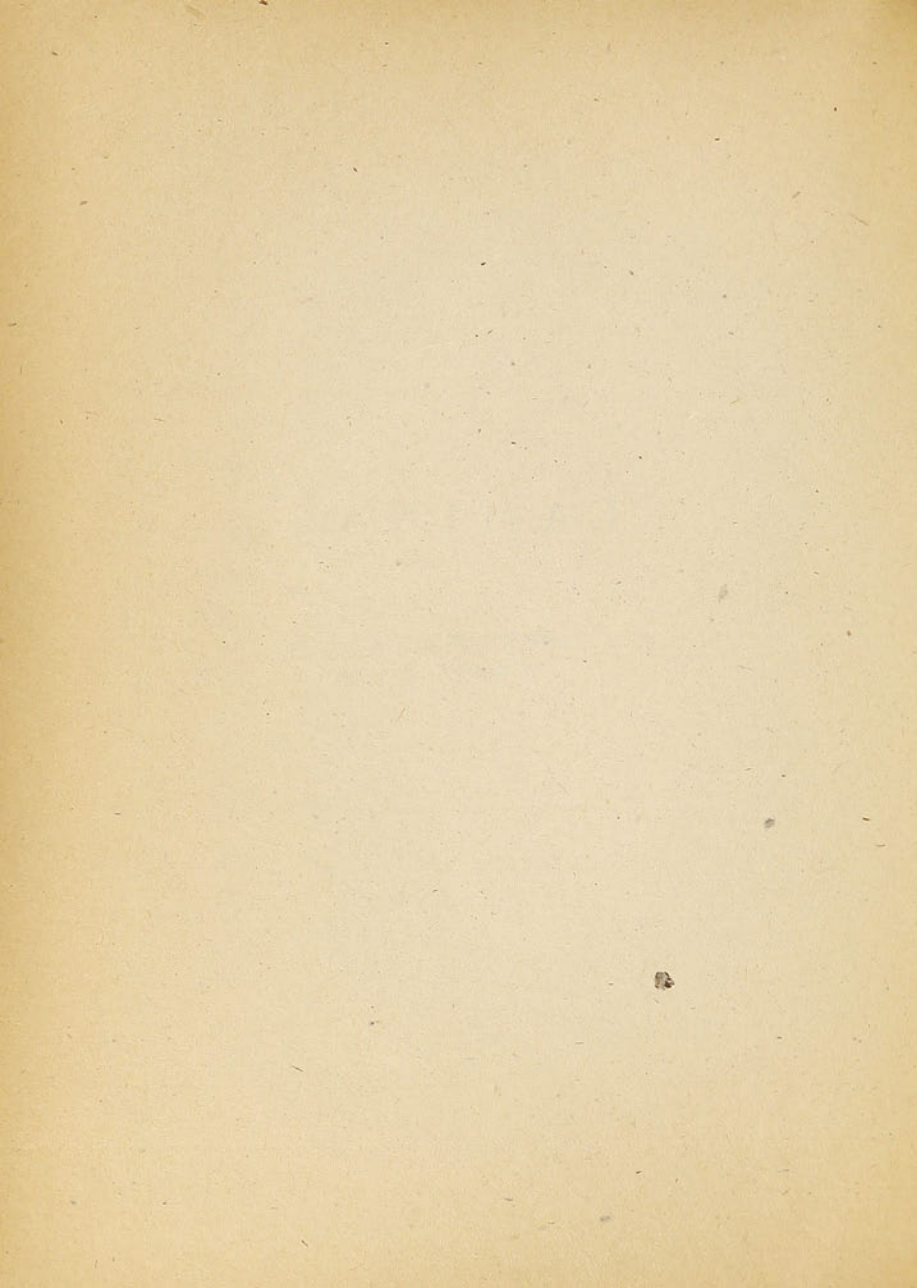
Llevada la camilla hasta las inmediaciones de la ambulancia, se deposita en el suelo, y el N^o 1 procederá a abrir la puerta posterior, si el personal propio de la ambulancia no lo hubiere hecho. En seguida procederá a subir a ella, para preparar el alojamiento de la camilla.

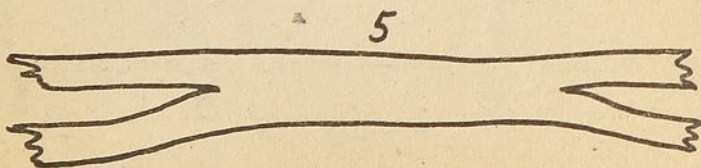
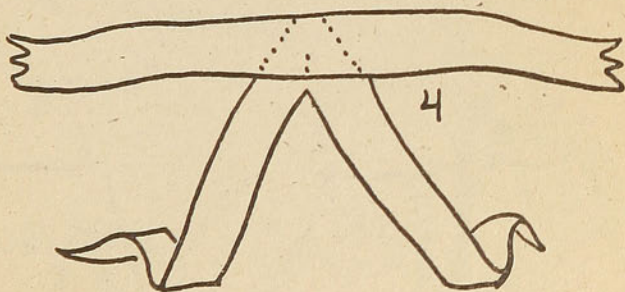
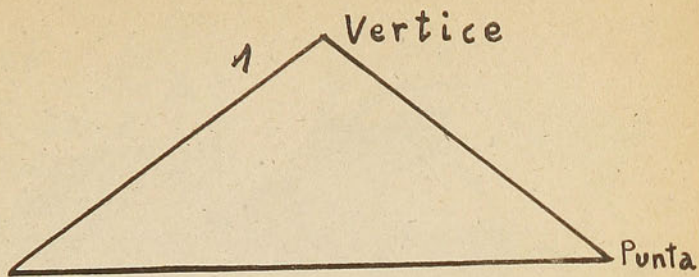
Terminado esto, el Jefe del Equipo ordena: “¡subir la camilla!”. El N^o 2 mantiene su lugar (entre las asas de la camilla; lado posterior) y los N^o 3 y 4 empuñan cada cual una asa delantera de la camilla y un punto de la pértiga correspondiente, con una abertura de brazos que no impida los movimientos posteriores. El N^o 1 queda en el interior de la ambulancia, en espera de poder ayudar.

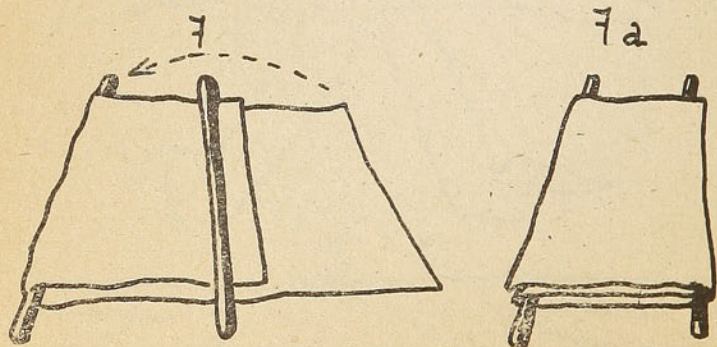
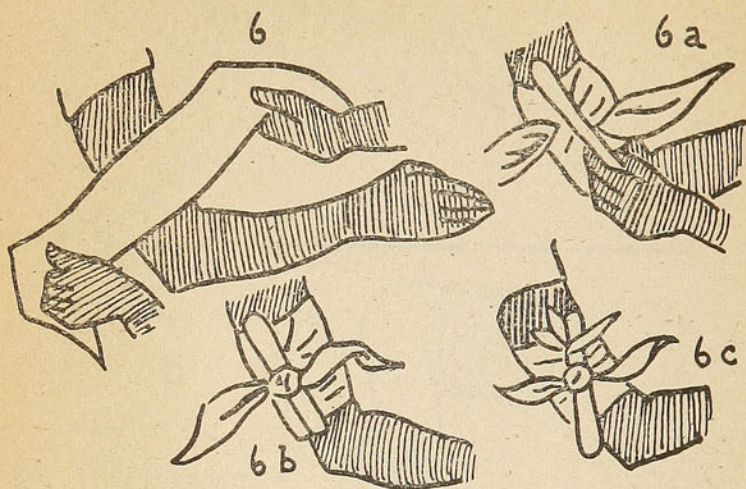
A la orden de “¡alzar!”, los N^o 4, 3 y 2 levantan la camilla en forma simultánea, conservándola cuidadosamente en la horizontal. A la voz de “¡colocar!”, la camilla se lleva a la ambulancia y se introduce en ella con ayuda del N^o 1.

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CHILINA

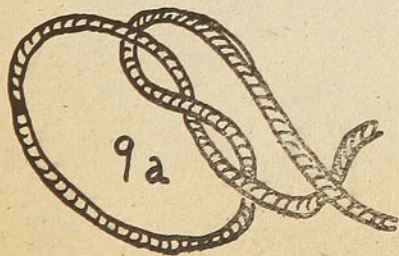
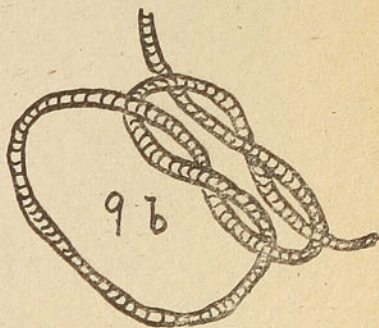
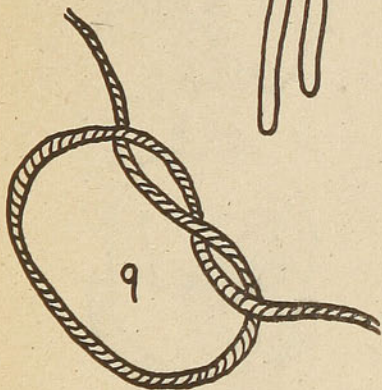
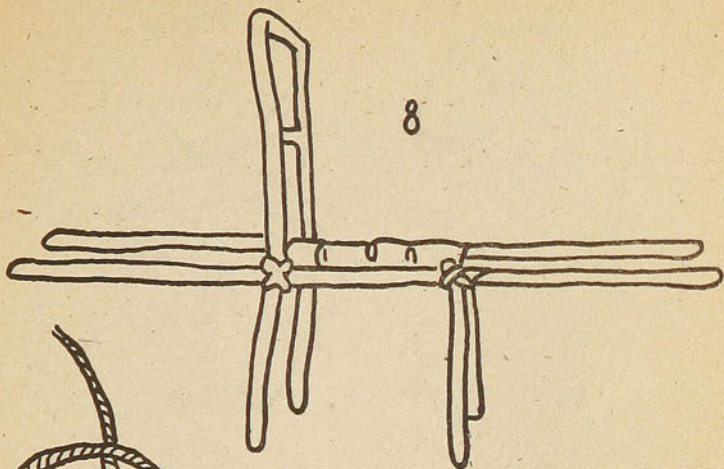
L A M I N A S



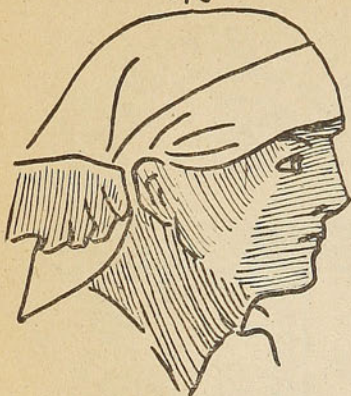




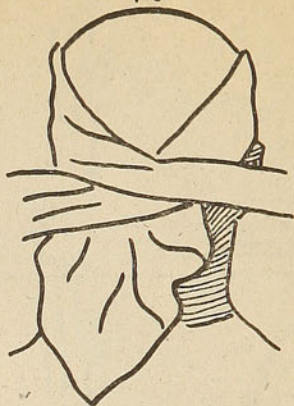
8



10



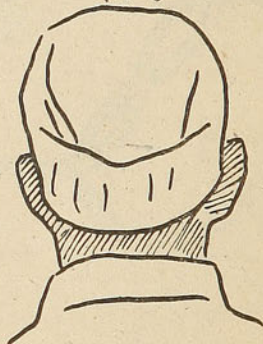
10



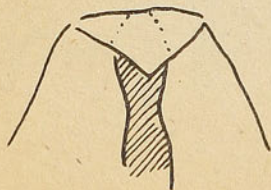
10 a



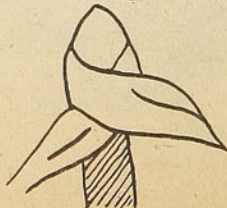
10 b



11

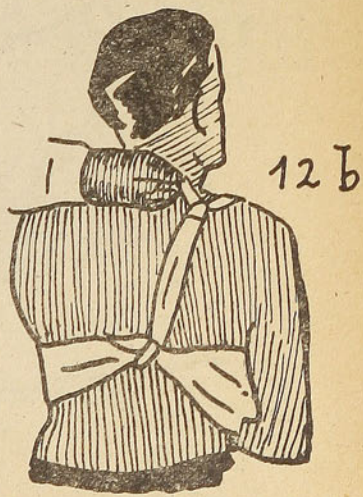
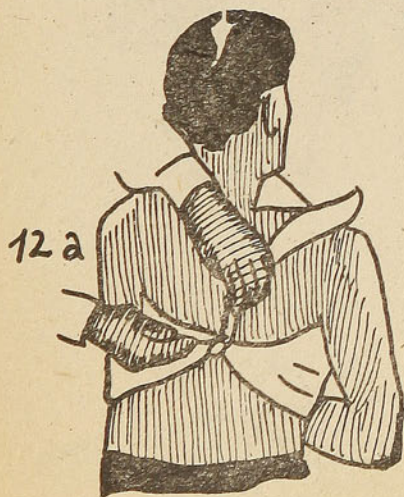
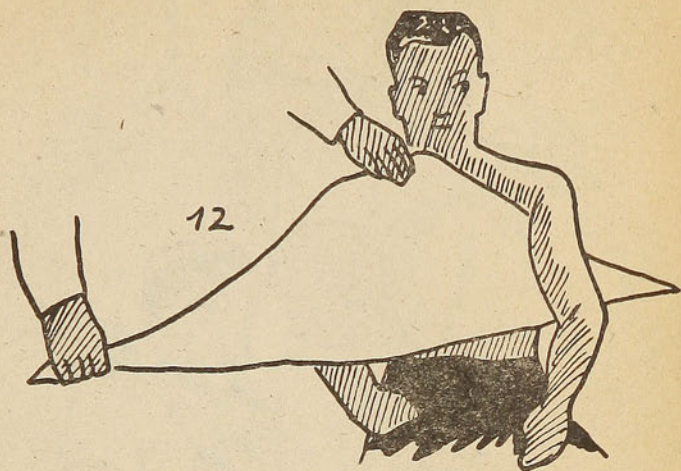


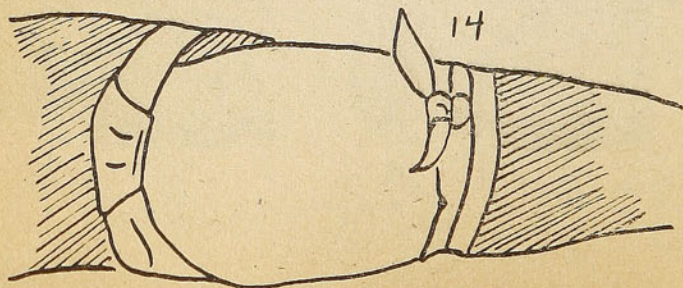
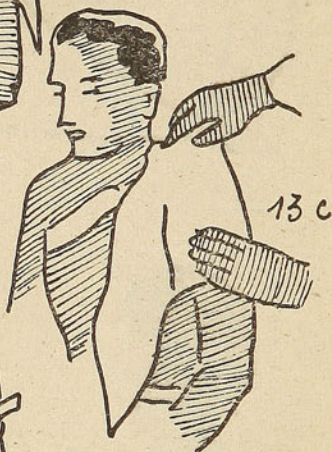
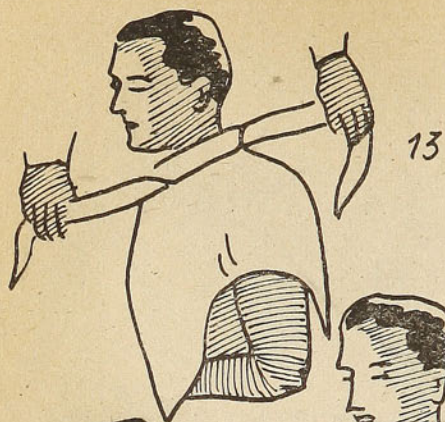
11a

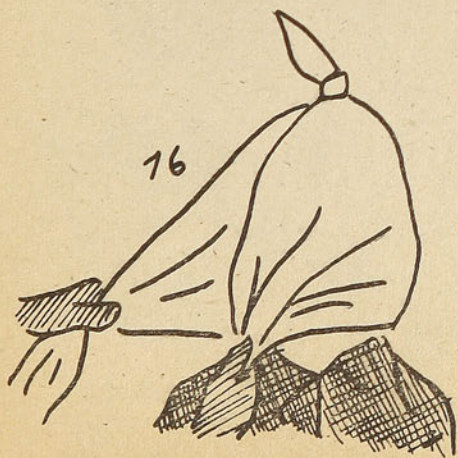
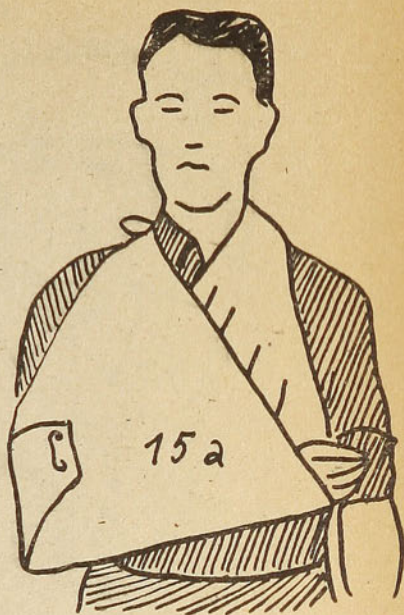


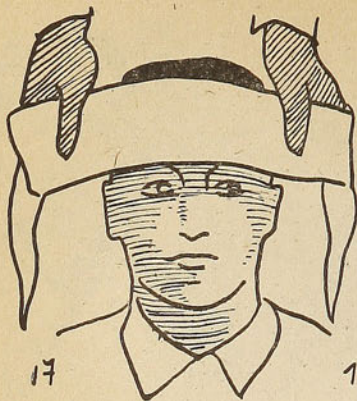
11 b











17



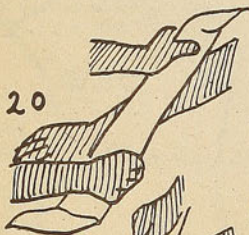
17 a



18



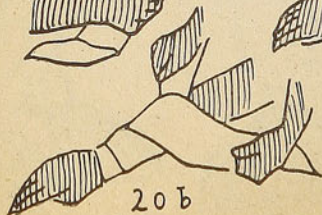
19



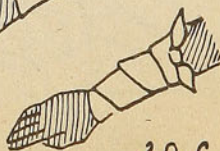
20



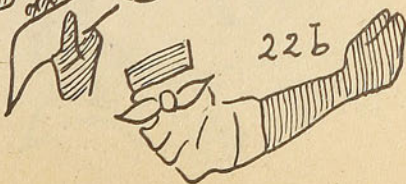
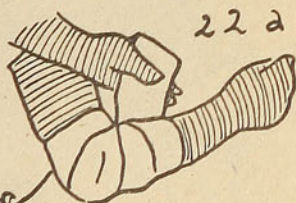
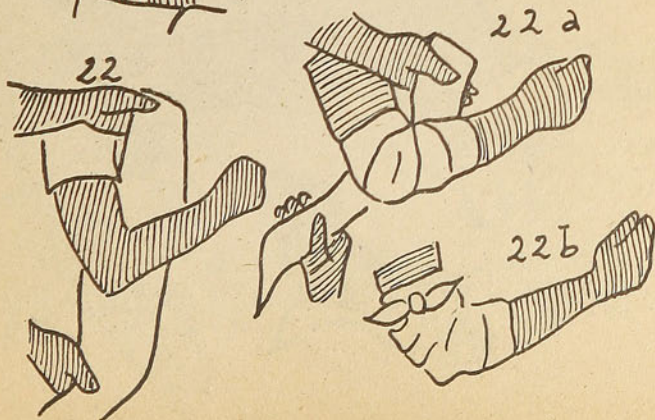
20 a

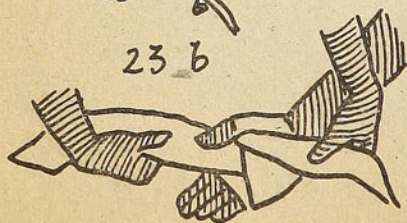
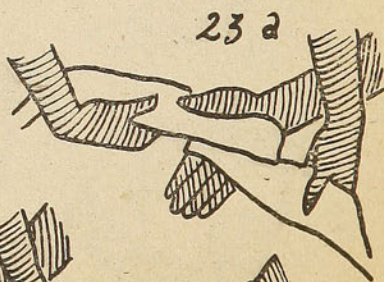
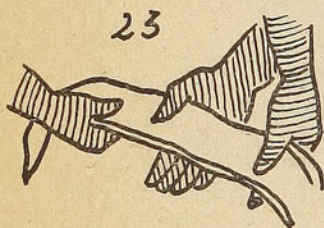
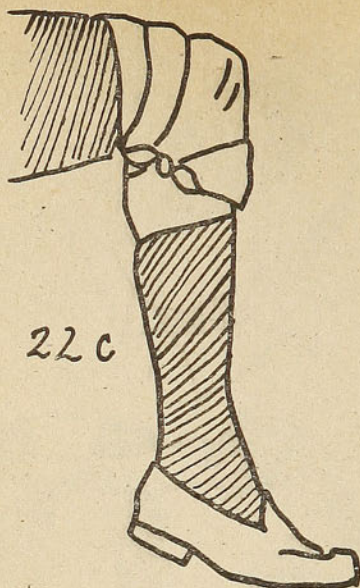


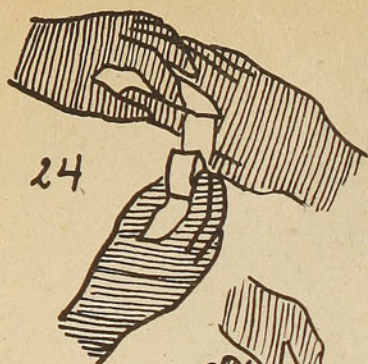
20 b



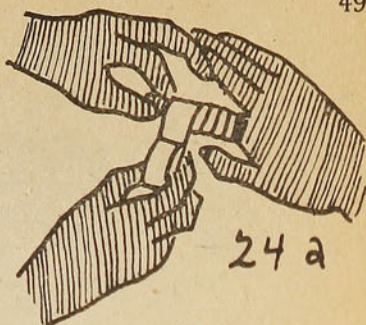
20 c



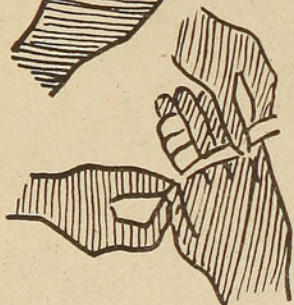




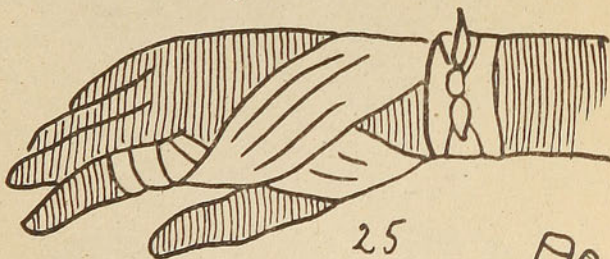
24



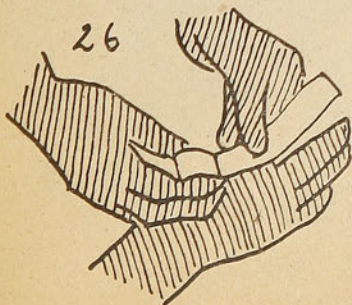
24 a



24 b



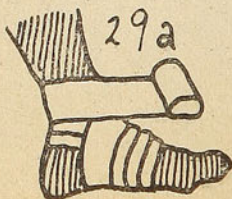
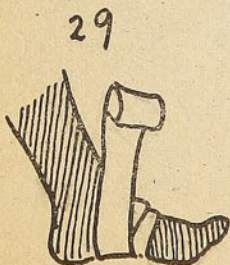
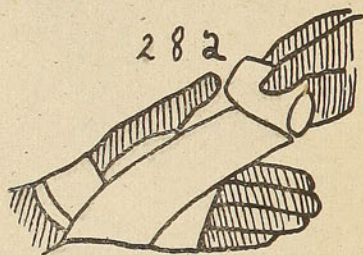
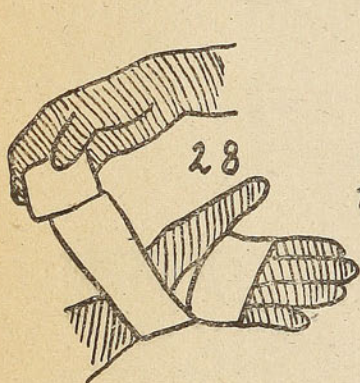
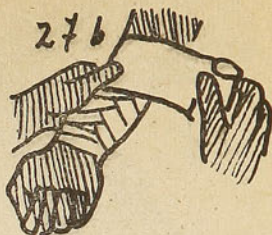
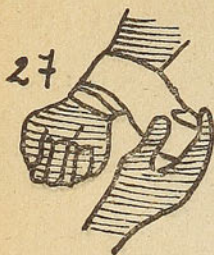
25

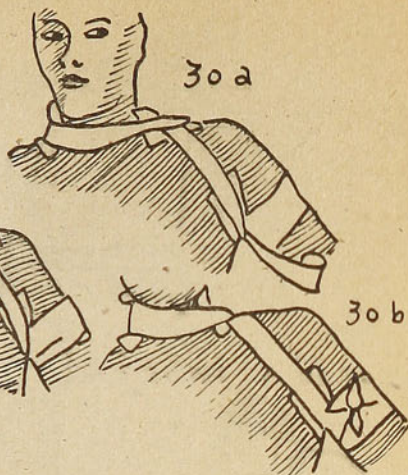


26

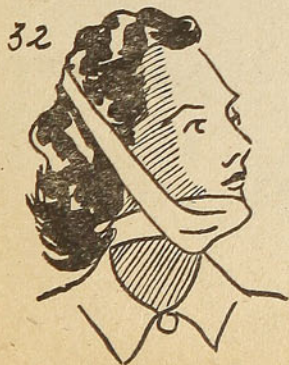
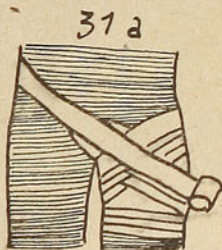


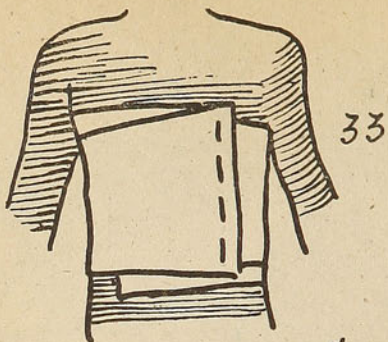
26 a





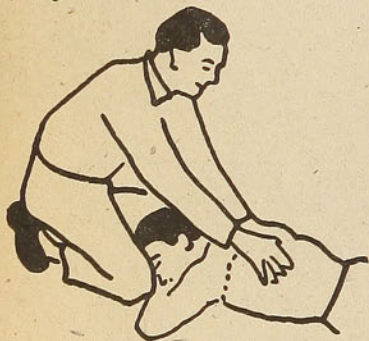
30 b





33

Posición inicial



Compresión



34

Expansion



35



1a Posicion



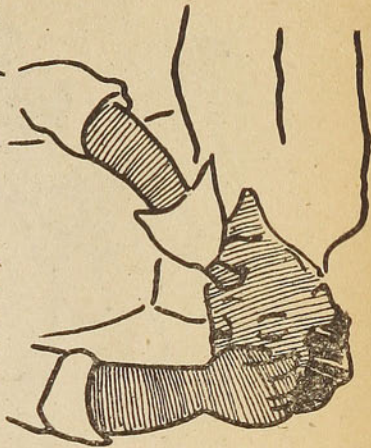
2a Posicion
(Compresion)

Traccion con pinzas

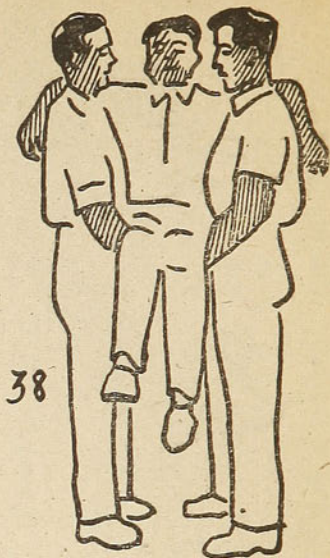
36



Traccion con pañuelo

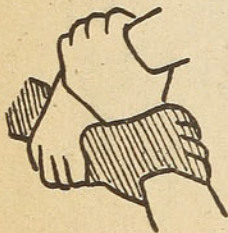


37

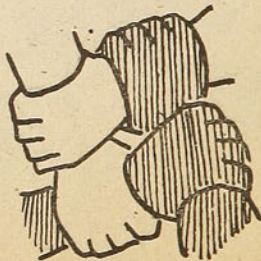


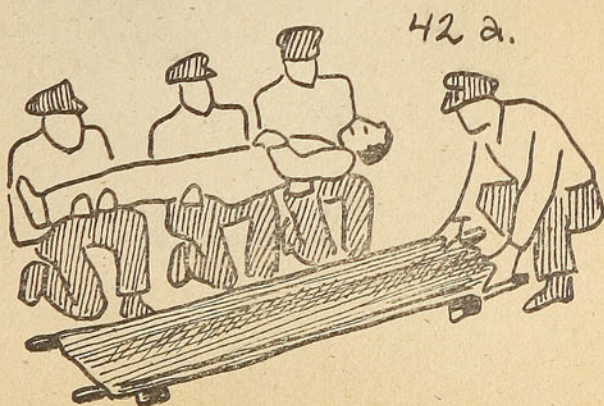
38

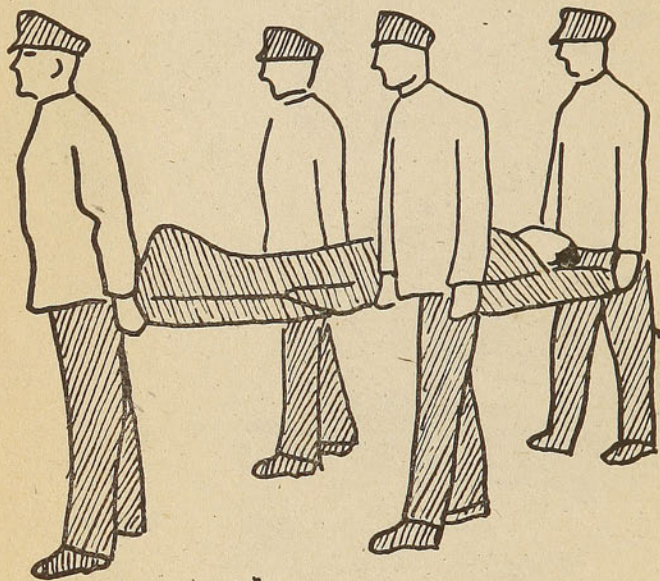
39



40







43

BIBLIOTECA NACIONAL
SECCIÓN CHILENA

I N D I C E

	Págs.
I. CONOCIMIENTO DEL MATERIAL SANITARIO	5
1. El paquete sanitario	5
2. Vendas	6
3. El torniquete	6
4. La camilla	6
a) Camilla de tipo militar	7
b) La camilla improvisada	7
c) La litera improvisada	7
II. CURACIONES Y VENDAJES	7
1. El apósito	7
2. Vendajes	8
3. Vendaje con venda triangular	8
a) Vendaje de cabeza	8
b) Vendaje de mano o pie	9
c) Vendaje de pecho y espalda	9
d) Vendaje de hombro y cadera	10
Empleo en el hombro	10
Empleo en la cadera	10
e) Cabestrillo o sostén de brazo	10
f) Vendaje de cara	11
4. Vendaje con venda triangular en corbata	11
a) Vendaje en cabeza u oreja	11
b) Vendaje en el cuello	12
c) Vendaje en los ojos	12
d) Vendaje de brazo, antebrazo, pierna o muslo	12
e) Vendaje en carrillo, pómulo u oreja	12
f) Vendaje de codo o rodilla	13

	Págs.
g) Vendaje de la mano	13
5. Vendaje con venda de rollo o plisada	13
a) Generalidades	13
b) Vendaje en espiral para dedos	14
c) Vendaje para extremo del dedo	14
d) Vendaje en espiral para miembros (con reversión)	15
e) Vendaje en ocho para mano o muñeca	15
f) Vendaje en ocho para tobillo	15
g) Vendaje en ocho para cuello y hombro	16
h) Vendaje de spica para la ingle	16
6. Vendaje de fronda o cuatro cabos	16
a) Vendaje de nariz o mentón	17
7. Apretador o faja	17
III. PRIMEROS AUXILIOS	17
1. Las heridas y sus cuidados	17
a) Generalidades	17
b) Heridas superficiales o escoriaciones	17
c) Heridas cortantes	18
d) Heridas penetrantes	18
2. La infección	18
3. Primeros auxilios en caso de heridas que sangran poco	19
4. Primeros auxilios en caso de heridas con hemorragia abundante	19
a) Generalidades	19
b) Arteriales	20
c) Venosas	20
d) Capilar	20
e) Acción del camillero	21
f) El torniquete	21
g) La presión manual o digital	22
IV. RESPIRACION ARTIFICIAL	23
1. Generalidades	23
2. Método Holger-Nielsen	24
3. Método Howard	26
4. Método Laborde	26
V. TRANSPORTE DE HERIDOS O ENFERMOS	27
1. Generalidades	27

	Págs.
2. Transporte a brazo	28
a) Acarreo por las extremidades	28
b) Silla de dos manos	29
c) Silla de tres manos	29
d) Silla de cuatro manos	29
3. Carga del bombero	30
4. Transporte en camilla	31
a) Generalidades	31
b) Transporte con cuatro camilleras	32
Encamillamiento	32
Transporte	33
c) Transporte con tres camillas	34
d) Traslado de una camilla a la cama	35
5. Colocación de la camilla en la ambulancia	35

L A M I N A S

Figuras 1, 2, 3, 4 y 5	39
Figuras 6, 6-a, 6-b, 6-c, 7- y 7-a	40
Figuras 8, 9, 9-a y 9-b	41
Figuras 10, 10-a, 10-b, 11, 11-a y 11-b	42
Figuras 12, 12-a y 12-b	43
Figuras 13, 13-b, 13-c y 14	44
Figuras 15, 15-a, 16 y 16-a	45
Figuras 17, 17-a, 18, 19, 20, 20-a, 20-b y 20-c	46
Figuras 21, 21-a, 21-b, 22, 22a y 22-b	47
Figuras 22-c, 23, 23-a, 23-b y 23-c	48
Figuras 24, 24-a, 24-b, 25, 26 y 26-a	49
Figuras 27, 27-a, 27-b, 28, 28-a, 29, 29-a y 29-b	50
Figuras 30, 30-a, 30-b, 31, 31-a, 31-b, 32 y 32-a	51
Figuras 33 y 34	52
Figuras 35 y 36	53
Figuras 37, 38, 39 y 40	54
Figuras 41, 41-a, 41-b, 42 y 42-a	55
Figura 43	56

BIBLIOTECA NACIONAL

23 SEP 1955

