CAPÍTULO 3

# EXAMEN DEL PACIENTE

## Índice


Páginas

INTERROGATORIO CLÍNICO ..... 59

EXPLORACIÓN FÍSICA ..... 62

Registro de las constantes vitales ..... 62

Exploración por zonas corporales ..... 67

El objetivo de la consulta radio-médica es proporcionar una orientación sanitaria sobre la actuación que debe prestarse en cada caso particular cuando surge un problema de salud a bordo.

Los datos con los que cuenta el médico para hacer una valoración del proceso son los proporcionados por el enfermo y el responsable sanitario a bordo.

Por tanto, para poder recabar y transmitir con eficacia la información precisa, es necesario realizar una recogida ordenada de las distintas alteraciones que motivan la consulta, siguiendo normas distintas según se trate de una enfermedad o un accidente, y posteriormente efectuar una exploración sistemática del paciente. Esto es, en conjunto, la **Historia Clínica**.

En este capítulo se explica cómo recoger los datos de la enfermedad y cómo efectuar la exploración del enfermo.

## INTERROGATORIO CLÍNICO

Es importante realizar un interrogatorio clínico completo, previo a la consulta radio-médica, siempre que sea posible, evitando las preguntas que no vengan al caso.

Toda historia clínica comienza con los **datos de filiación del paciente**:

- Documento Nacional de Identidad (en tripulantes españoles).
- Nombre y apellidos.
- Lugar y fecha de nacimiento.
- Puesto que ocupa a bordo.

Se anotará, además, para facilitar la consulta médica por radio, la ruta o caladero, la distancia a puerto y días previstos para la próxima arribada.

### ENFERMEDAD

- **¿Cómo** empezó la enfermedad?
- **¿Cuál** fue su primer síntoma?
- **¿Cuánto** tiempo lleva con esto?
- **¿Cómo y dónde** le molesta?
- **¿Qué pasó después,** cómo evoluciona?
- **¿Ya le pasó anteriormente?**

El enfermo debe responder a tres preguntas esenciales:

***1.ª ¿Qué le pasa?*** Describiremos lo que siente el enfermo, o, lo que es lo mismo, los síntomas (dolor, picor, náuseas...), y también lo que presenta, los signos (lo que podemos comprobar: tos, vómito, diarrea...). Es muy importante señalar el motivo principal de la consulta.

***2.ª ¿Desde cuándo?*** Cuándo comenzó a notarlo, el día y, si es posible, incluso la hora.

***3.ª ¿A qué lo atribuye?*** Si lo relaciona con alguna actividad: comida, bebida, ejercicio...

La segunda fase de la recogida de información consiste en precisar los síntomas referidos. **El dolor**, uno de los síntomas más comunes, ofrece la oportunidad de una mayor definición:

– **¿Dónde** le duele y **hacia dónde** va el dolor? (¿adónde se irradia?). Indicarlo según la lámina de situación de síntomas (**Capítulo 4**).

– **¿Cómo** es el dolor?:
  - Continuo o intermitente.
  - Profundo o superficial.
  - Suave o intenso.
  - Opresivo, punzante, quemante...
  - Inicio brusco o gradual.

– **¿Cuándo** le duele?: Tiene relación con las comidas, el movimiento...

– **¿Con qué** se alivia o empeora?: Medicación, comidas, posturas...

Con respecto a **vómitos, flemas, orina o deposiciones**, debemos apuntar:

– Cantidad y frecuencia.

– Aspecto y consistencia.

– Color y olor.

– Presencia de sangre.

– Presencia de pus.

Identifique el color de la orina con alguna de las muestras de la fotografía:

*Figura 3-1.*

Puede ir del amarillo, al verde, pasando por el naranja, el violeta o el marrón y resulta muy importante fijarnos en su color, pues nos puede indicar que algo no está funcionando todo lo bien que debería

1. **Orina amarilla:** Es la coloración normal que todos conocemos de la orina. El color de orina amarillo lo componen una serie de productos de desecho que eliminamos a través de la vejiga y el tracto urinario. La gama de colores que va desde el amarillo claro casi transparente hasta el amarillo oscuro normalmente está relacionada con lo diluida o concentrada que esté nuestra orina. Un amarillo claro indica una orina muy diluida, mientras que el amarillo oscuro se relaciona con una mayor concentración y, por lo tanto, mayor riesgo de deshidratación. En este caso debemos beber más agua.
2. **Orina naranja:** Generalmente se debe a pigmentos de los alimentos que consumimos y tiñen de este color nuestra orina. Estos nutrientes son ricos en betacarotenos como la remolacha, los arándanos, las zanahorias o la calabaza, entre otros. También lo puede producir ciertos fármacos como la rifampicina o warfarina.
3. **Orina rosa-roja:** En este caso, la pigmentación rosada o roja del color de orina es causada por la presencia de sangre en la orina y su color será más intenso a medida que aumenta la presencia de la primera. En este caso se debe acudir al médico, pues puede tratarse de una infección urinaria, pero también se deben descartar problemas graves de salud como enfermedades del riñón o tumores.
4. **Orina marrón oscuro:** Esta coloración al orinar se suele describir como color coñac o color "coca-cola" y técnicamente se denomina coluria. Podría mostrar enfermedades de origen renal o hepático, por lo que se recomienda acudir al médico.
5. **Orina verde:** Este color puede significar una infección o ciertos pigmentos presentes en la orina como la bilirrubina
6. **Orina blanca:** Puede significar una infección, generalmente por hongos o incluso infecciones de trasmisión sexual. Debería consultar con su médico.
7. **Orina azul-violeta:** Es un color extremadamente raro de encontrar en la orina; puede deberse a alteraciones en su composición, a alguna infección o a colorantes artificiales en alimentos o fármacos

Orina efervescente o con espuma: Si es de forma ocasional, no hay de qué preocuparse. Sin embargo, si persiste este problema, puede significar la presencia de proteínas en la orina y ser indicativo de problemas en los riñones. Así que en estos casos deberías consultar con un médico.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Debe iniciarse con una valoración general del enfermo, contestando a las siguientes preguntas:

- ***¿Qué aspecto tiene?*** Normal, pálido, sudoroso, impresiona de gravedad...
- ***¿Qué postura adopta?*** Agitado, quieto, encogido, echado sobre un lado...
- ***¿Qué grado de conciencia presenta?*** Despierto, dormido, somnoliento, agresivo, sabe dónde está y qué le ha pasado, está desorientado...

### REGISTRO DE LAS CONSTANTES VITALES

Deben explorarse **en reposo**.

#### PULSO

Se debe explorar la frecuencia (número de latidos por minuto) y el ritmo, apreciando si es regular o irregular.

El pulso lo tomaremos habitualmente en la cara palmar de la muñeca, por donde pasa la arteria radial, aplicando las yemas de nuestros dedos segundo y tercero, hacia la base del primer dedo (dedo pulgar) del paciente.

También se puede examinar el pulso en las arterias carótidas, que pasan por el cuello, a ambos lados, a la altura de la nuez.

*Figura 3-2: Toma del pulso radial.*

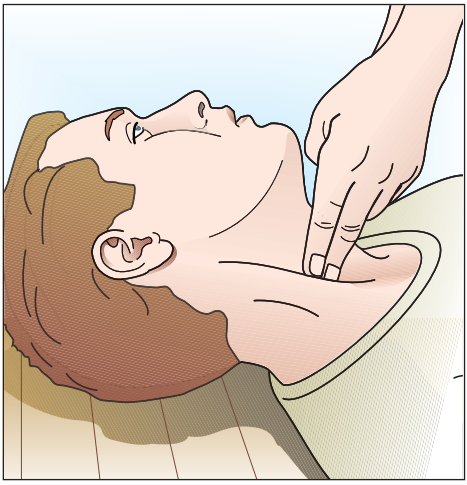


*Figura 3-3: Toma del pulso carotideo.*

## TEMPERATURA

Tiene un valor constante, en condiciones normales, entre 36,5 y 37 grados centígrados. Se mide con el «**termómetro digital** de hipotermia e hipertermia» (CAJÓN 11, Botiquines A, B y Botiquines C de embarcaciones que navegan o faenan a más de 10 millas náuticas de la costa), que colocaremos en el hueco de la axila, con el extremo sensor en estrecho contacto con la piel, dejándolo durante unos minutos (seguiremos las instrucciones del fabricante para su lectura y mantenimiento).

Si dispone de un **termómetro clínico de mercurio**, colóquelo igualmente en la axila por el extremo del depósito durante 5 minutos, y lea a continuación la altura alcanzada por la columna. También puede colocarse en la ingle o dentro de los orificios naturales como la boca (debajo de la lengua) o el recto (a través del ano), dejándolo en este caso un tiempo menor, aunque no suelen utilizarse estos lugares por razones de higiene. En todo caso son termómetros especiales, con una ampolla de vidrio más resistente.

*Figura 3-4: Tipos de termómetros.*

Antes de colocar el termómetro de mercurio debemos asegurarnos que la marca de la columna de mercurio está por debajo de los 36 grados centígrados. Si sobrepasara ese nivel, se bajará efectuando rápidos movimientos de rotación de la muñeca sujetando el extremo contrario a la ampolla del termómetro.

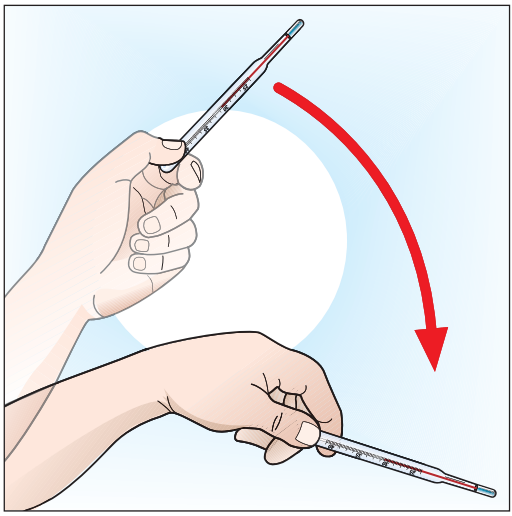


*Figura 3-5: Cómo bajar el mercurio del termómetro.*

Después de su uso, el termómetro debe lavarse y desinfectarse con un antiséptico; por ejemplo, sumergiéndolo unos minutos en alcohol.

Las lecturas se efectuarán un mínimo de dos veces al día (cada 4 horas en enfermedades graves), siempre a las mismas horas, y se apuntarán en la «Hoja de registro de temperatura» (CAJÓN 11, Botiquines A y B).

## FRECUENCIA RESPIRATORIA

Debemos explorar el número de veces que el enfermo respira por minuto, entendiendo por una respiración el ciclo de una inspiración (toma de aire) y una espiración (expulsión de aire). Para contar las respiraciones se observan los movimientos de elevación y descenso del tórax, o bien se coloca la palma de la mano sobre las últimas costillas y se cuenta el número de veces que sube y baja con la respiración.

También debemos señalar el ritmo de la respiración (regular o irregular) y la amplitud de la misma (superficial o profunda).

## TENSIÓN ARTERIAL

Se expresa en dos cifras, la máxima (sistólica) y la mínima (diastólica).

Para medir la presión arterial disponemos de un aparato llamado **tensiómetro digital** (CAJÓN 11, Botiquines A y B y Botiquines C de embarcaciones que navegan o faenan a más de 10 millas náuticas de la costa). Son muy sencillos de utilizar y su empleo no precisa el uso de estetoscopio, por lo que en ambientes ruidosos resultan muy útiles. Pueden ser automáticos (el inflado y desinflado es automático) o semiautomáticos (precisan hinchar el brazalete manualmente). Incorporan un microordenador que lee la tensión y la muestra en pantalla. Existen modelos para muñeca y para brazo. Se recomienda el modelo de brazo, ya que en los tensiómetros de muñeca el paciente debe permancer absolutamente inmóvil y mantener la muñeca muy cerca del corazón para que la medición sea precisa.

*Figura 3-6: Tensiómetro digital.*

**El tensiómetro anaeroide o esfigmomanómetro** es manual y, por lo tanto, más complicado de utilizar. Consta de un manómetro y un manguito neumático y el paciente precisará de la ayuda de una segunda persona para que escuche los ruidos que producen los latidos cardíacos, mediante la utilización de un estetoscopio o fonendoscopio.

*Figura 3-7: Estetoscopio y tensiómetro aneroide.*

El lugar elegido para la toma de la presión arterial es el hueco anterior del codo, por donde pasa la arteria humeral. El individuo debe estar acostado y en reposo. Se coloca el manguito unos dos dedos por encima del codo, con el brazo totalmente estirado y apoyado, y aplicamos la campana del fonendoscopio sobre la zona de flexión. A continuación se cierra la válvula de seguridad del aire y se insufla hasta que el manómetro indique aproximadamente 200 mm. Seguidamente se abre la válvula para dejar salir el aire lentamente. Cuando se escuche el primer latido de la arteria se observa la presión que marca el manómetro; ésta es la cifra de la tensión arterial máxima. El momento en que deja de oírse el latido corresponde a la presión mínima.

## PULSIOXIMETRÍA (MEDICIÓN DE LA SATURACIÓN DE OXíGENO)

La pulsioximetría es una técnica médica no invasiva que permite medir de forma inmediata la saturación de oxígeno en sangre. Los valores normales de la saturación de oxígeno (se mide en %), oscilan entre 96%-100%. Para realizar esta técnica, se coloca el pulsioxímetro, en una parte del cuerpo que sea relativamente translúcida y tenga un buen flujo sanguíneo, por ejemplo los dedos de la mano o del pie.

A menor saturación menor cantidad de oxígeno, esto se traduce como hipoxemia y es un dato médico potencialmente grave pues indica falta de oxígeno.

Algunos tipos de pacientes (por ejemplo, aquellos con enfermedades respiratorias o cardiacas crónicas) pueden tener de forma habitual una saturación de oxígeno basal más baja de lo normal, dado que su cuerpo, por su enfermedad, "se ha adaptado" a estos valores. Así, en estos pacientes la pulsioximetría serviría para valorar agravamiento de su enfermedad puesto que descendería de sus valores bajos habituales. La aparición de una saturación de oxígeno baja (<96%) de forma aguda (pacientes sin una enfermedad crónica que lo justifique) requiere una asistencia médica urgente.

*Pulsioxímetro*

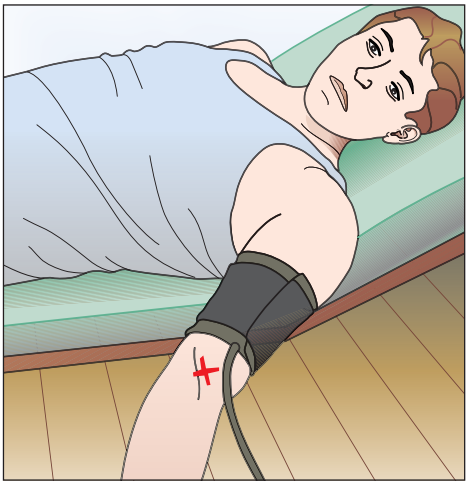


*Figura 3-8: Cómo colocar el manguito de presión y dónde situar la campana del estetoscopio.*

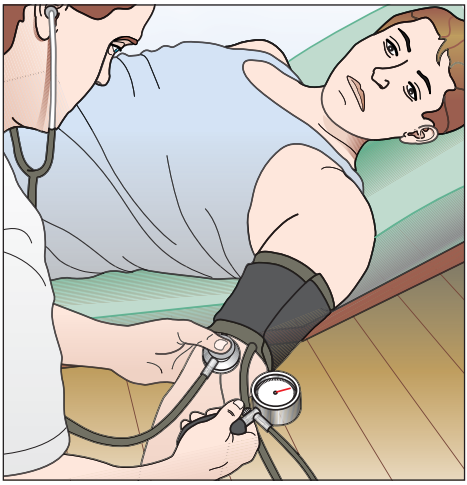


*Figura 3-9: Tensiómetro insuflado.*

**SE DEBE CALIBRAR EL TENSIÓMETRO PERIÓDICAMENTE INDEPENDIENTEMENTE DEL MODELO UTILIZADO**

## EXPLORACIÓN POR ZONAS CORPORALES

Seguidamente se realizará una exploración general que, como la historia clínica, ha de guardar un orden, comenzando por la cabeza y finalizando por las extremidades. Puesto que el cuerpo es simétrico, compararemos un lado con el otro del mismo.

### CABEZA

Observaremos **las pupilas** (la parte negra central de los ojos) y comprobaremos si son o no del mismo tamaño y si reaccionan a la luz, para lo que utilizaremos una linterna. Normalmente, con la luz las pupilas se contraen.

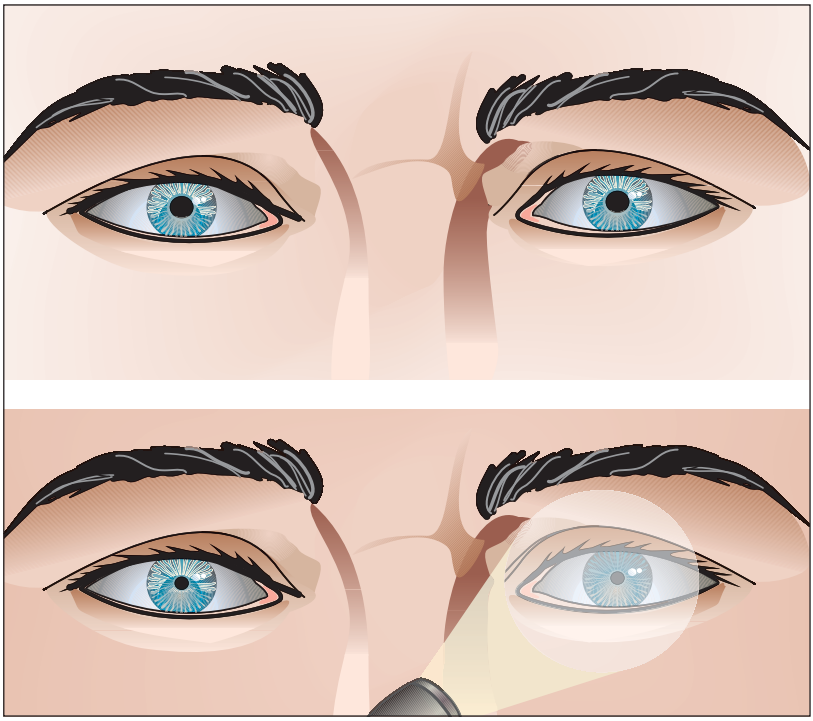


*Figura 3-10: a) Pupilas normales.*
*b) Pupilas normales contraidas con la luz.*

También le preguntaremos sobre alteraciones recientes de la agudeza visual o pérdidas de visión, y exploraremos posibles alteraciones de la conjuntiva. En la exploración ocular pueden sernos de gran utilidad el empleo de una lente de aumento y de una linterna con filtro azul (que facilita la detección de pequeños rastros de sangre) (CAJÓN 11, Botiquines A y B).

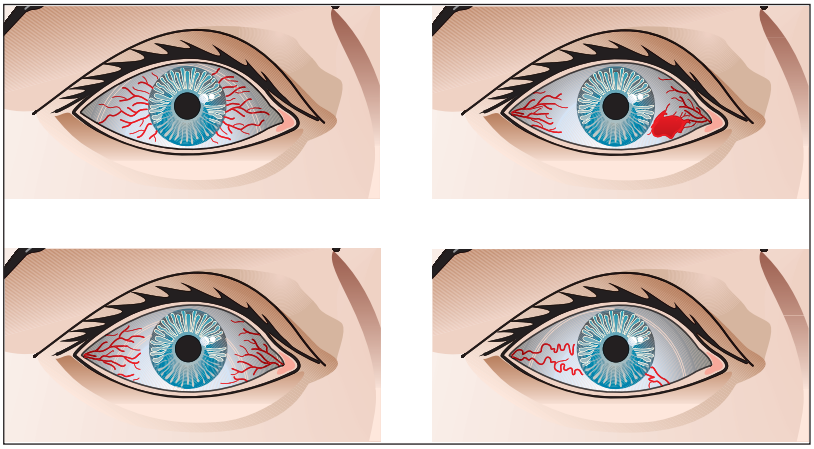


*Figura 3-11: Diferentes tipos de ojo rojo.*

En el caso de que se queje de molestias o dolor en el ojo, pueden ser necesarias dos exploraciones más:

– **Eversión del párpado.** Dar la vuelta al párpado superior para observar el interior del mismo y descartar que allí se oculte algún cuerpo extraño.

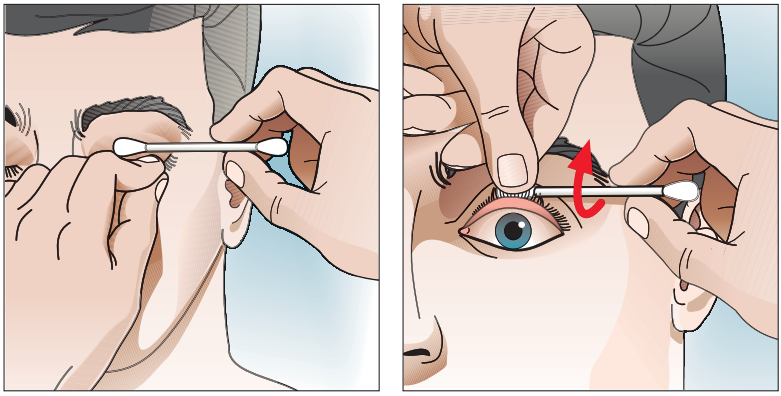


*Figura 3-12 y 3-13: Cómo dar la vuelta al párpado.*

– **Prueba de la fluoresceína.** Es un colorante que tiñe de verde brillante las zonas alteradas de la córnea (La córnea es la parte frontal transparente del ojo que cubre el iris, la pupila y la cámara anterior.) o de la conjuntiva. Se encuentra en el botiquín de a bordo, en forma de colirio y asociado a un anestésico (fluoresceína + oxibuprocaína) (CAJÓN 7, Botiquines A, B y C de embarcaciones que naveguen o faenen a más de 10 millas náuticas de la costa).

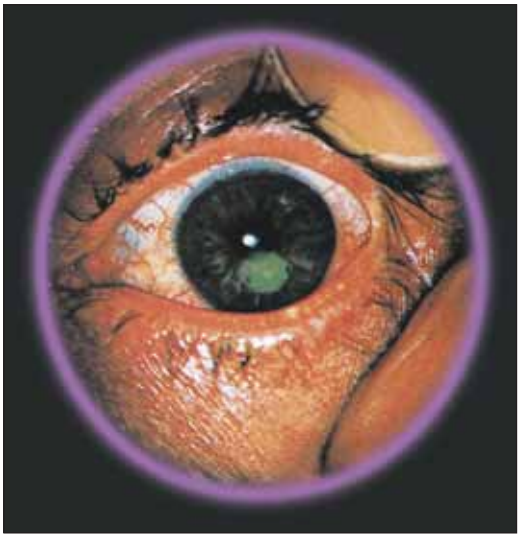


*Figura 3-14: Prueba de la fluoresceína.*

La persona que administra el colirio debe desplazar hacia abajo el párpado inferior del ojo donde se realiza la instilación con el dedo índice de una mano mientras con la otra mano instila la gota del colirio. La punta del frasco (gotero) no debe tocar las estructuras oculares.

**ANTES DE HACER USO DE UN MEDICAMENTO, CONSULTE LA LISTA DE «EFECTOS, CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES. CONDICIONES DE USO Y CONSERVACIÓN» (ver Anexo 11)**

Continuaremos la exploración de la cabeza observando si un lado de la **cara** guarda simetría con el otro, si existe algún tipo de desviación (por ejemplo, un párpado más caído que el otro, la boca torcida...) y comprobaremos si puede hacer todos los gestos de la cara (cerrar párpados, silbar o hinchar los carrillos, reír...).

En caso de accidente, es importante ver si sale **sangre u otro líquido** por los oídos, la nariz o la boca, y si aparecen **hematomas** alrededor de los ojos o detrás de las orejas.

La exploración del **interior de la boca** debe realizarse con la ayuda de un depresor (CAJÓN 11, Botiquines A y B) o una cuchara que ayude a descender la lengua (evite introducir la cuchara profundamente, pues provocaría náuseas al enfermo). Pida al paciente que emita la letra «A» de continuo para que se eleve la campanilla.

Observe posibles desviaciones de la legua, campanilla, color de la mucosa, estado de los dientes, presencia de puntos blancos o rojos en el fondo de la garganta, tamaño de las amígdalas...

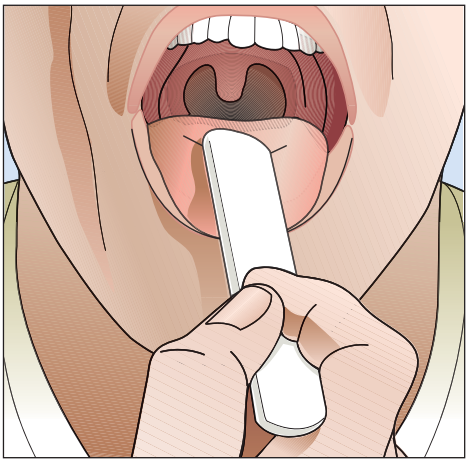


*Figura 3-15: Amígdalas normales.*

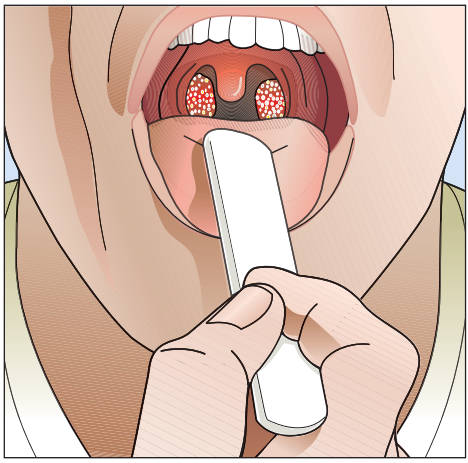


*Figura 3-16: Amigdalitis.*

En los **oídos** debe explorarse la aparición de dolor espontáneo o a la presión sobre el conducto auditivo o detrás de las orejas, supuración y hemorragia.

Pregunte sobre posibles pérdidas de audición o aparición de ruidos, zumbidos..., y explore la existencia de hinchazones o bultos detrás de las orejas.

Interrogue sobre la existencia de mucosidad en la **nariz**, sangrados o pérdida de olfato

## CUELLO

Compruebe si existe **rigidez**: Pida al paciente que toque el pecho con el mentón (con la boca cerrada) y que mueva la cabeza a los lados (que toque el hombro con la oreja).

Mire si tiene algún bulto o bultos. Si es así, compárelo en tamaño y consistencia con algo conocido. Apunte si presenta dolor y si se mueve fácilmente o está adherido.

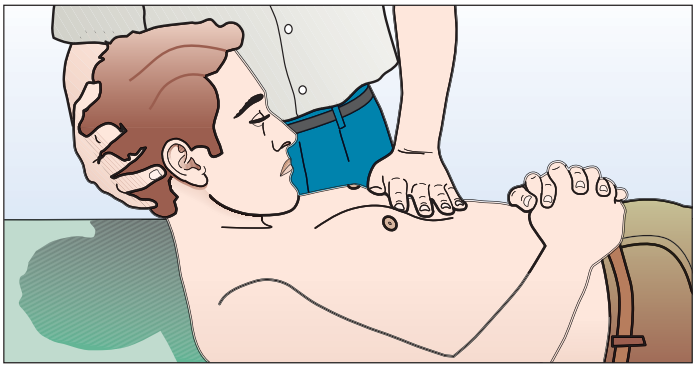


*Figura 3-17: MANIOBRA 1. La rigidez de la nuca es el signo más frecuente de la irritación meníngea, como ocurre en la meningitis. El signo de Brudzinski es la respuesta rígida de la nuca cuando se intenta su flexión, es decir, al aproximar el mentón hacia el tronco y tiene gran importancia en el diagnóstico de una meningitis.*

## TÓRAX O PECHO

El **corazón** se explora ayudándonos del estetoscopio (CAJÓN 11, Botiquines A y B), aplicando la campana debajo de la tetilla izquierda. Compruebe la fre-cuencia y el ritmo de los latidos.

Los **pulmones** también se exploran con la ayuda del mismo instrumen-to, auscultando la respiración en la espalda, y comparando simétrica-mente ambos lados. Compruebe si existe algún ruido «raro» (pitidos, burbujeo).

Observe si el enfermo respira sin dificultad o si «le cuesta respirar»; si tiene dolor, tos, o si expulsa moco o sangre.

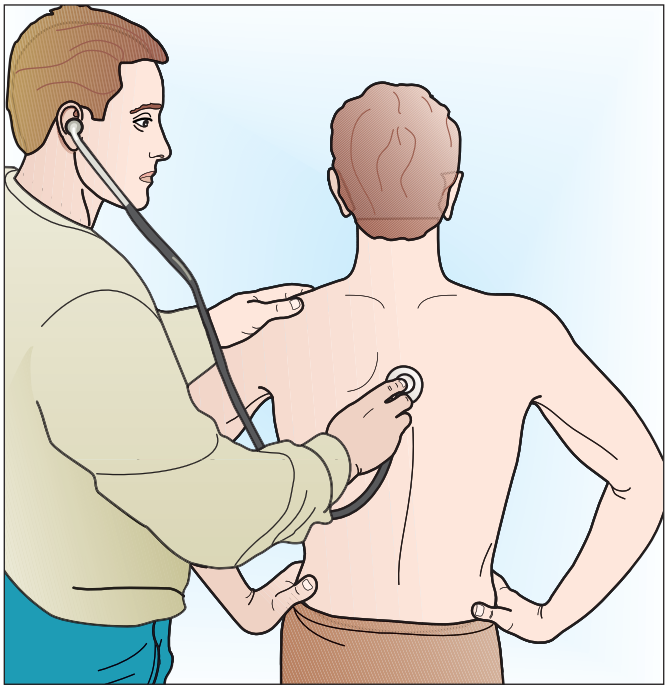


*Figura 3-18: Exploración pulmonar.*

## ABDOMEN

Para realizar la exploración del abdomen el enfermo debe estar tumbado boca arriba, sin almohada, respirando tranquilamente, y las piernas ligeramente flexionadas.

Interrogue al enfermo **si presenta dolor**, la zona o punto donde más le duele, hacia dónde se va (irradia), y en qué postura mejora. También es importante conocer si el dolor varía con las comidas, al defecar o vomitar.

Colóquese al lado derecho del enfermo y comience a **palpar** con las manos extendidas y los dedos juntos. Se palpará suavemente todo el abdomen, aumentando ligeramente la presión en un segundo recorrido.

Cuando el paciente presente dolor, comience la palpación por el lugar más alejado del mismo y vigile la cara del enfermo, pues a veces aparecen gestos de dolor, más indicativos que cualquier otra información.

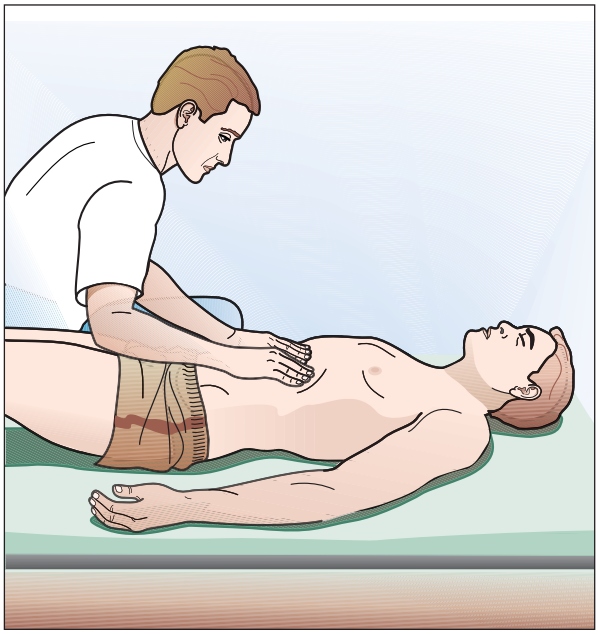


*Figura 3-19: Palpación del abdomen.*

El abdomen puede estar **blando o duro**, pueden aparecer **puntos de dolor** y apreciarse **bultos o masas**. Si aparecen éstos en la ingle, examine al paciente de pie y tumbado, comprobando si el bulto varía de tamaño. Invítele a toser, para comprobar igualmente si el bulto «crece».

Cuando exista dolor abdominal haremos una maniobra que consiste en apretar con la punta de los dedos en la zona derecha y baja del abdomen, unos centímetros por encima de la ingle (en el punto medio entre el hueso de la cadera y el ombligo), y soltar bruscamente, pidiendo al enfermo que nos diga si le duele más al presionar o al soltar.

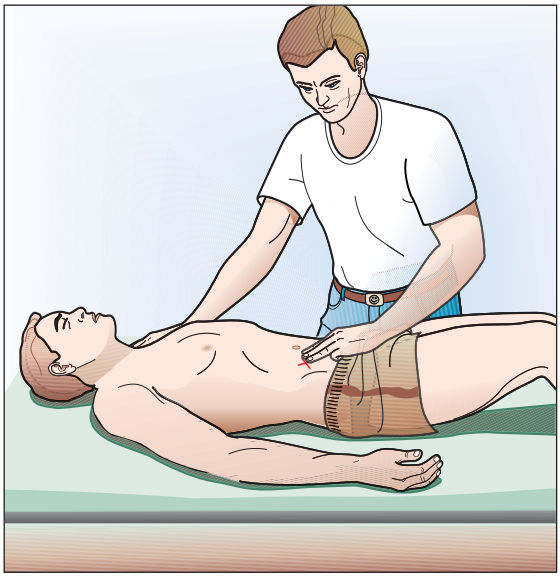
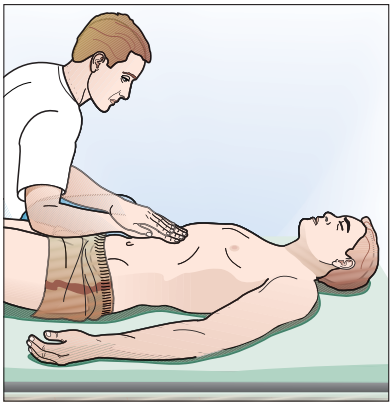
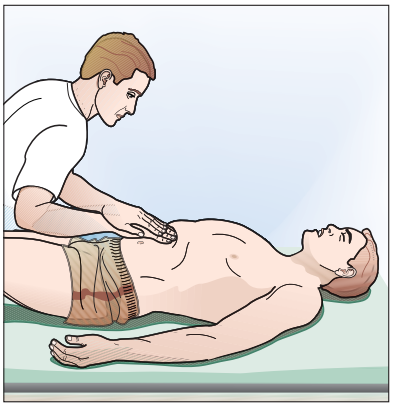


*Figura 3-20: MANIOBRA 2. Dolor en el Punto de Mac Burney, altamente sospechoso de Apendicitis aguda.*

Si hay dolor en el lado superior derecho del abdomen, efectuaremos otra maniobra :
El signo de Murphy se refiere al dolor y la posterior apnea (cese de la respiración) que siente el paciente cuando éste realiza una inspiración profunda mientras se realiza una palpación o compresión por debajo del reborde costal derecho, es decir, en el área de la vesícula biliar en el hipocondrio derecho, que es debido al contacto entre los dedos de la mano y la vesícula biliar inflamada.





*Figuras 3-21 y 3-22: MANIOBRA 3.*

## DORSO O ESPALDA

En caso de dolor lumbar, practicaremos dos maniobras:

a) Dar un golpe seco y no muy intenso con el canto del puño en cada zona renal, a ambos lados de las últimas costillas, valorando si el dolor aumenta o no.

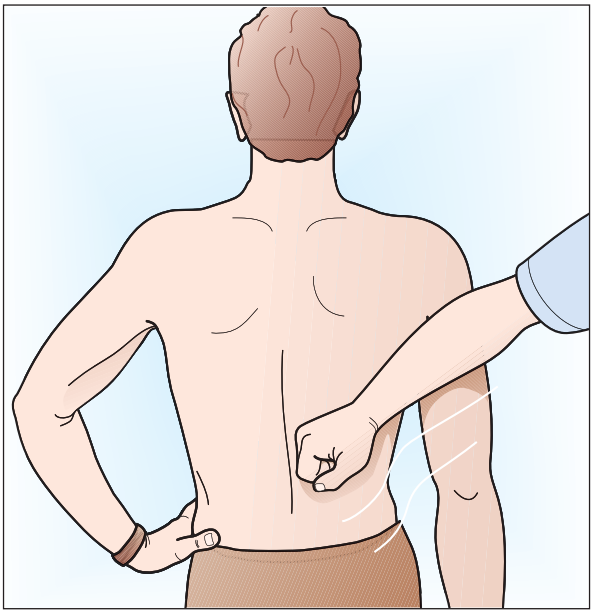


*Figura 3-23: MANIOBRA 4 . Puño percusión renal.*

b) Con el paciente acostado boca arriba, elevarle la pierna extendida (sin doblar la rodilla), comprobando si al hacerlo aparece o aumenta el dolor; si es así, indique el ángulo que forman las piernas con la horizontal en ese momento. Efectúe la maniobra con las dos piernas alternativamente, primero con la sana.

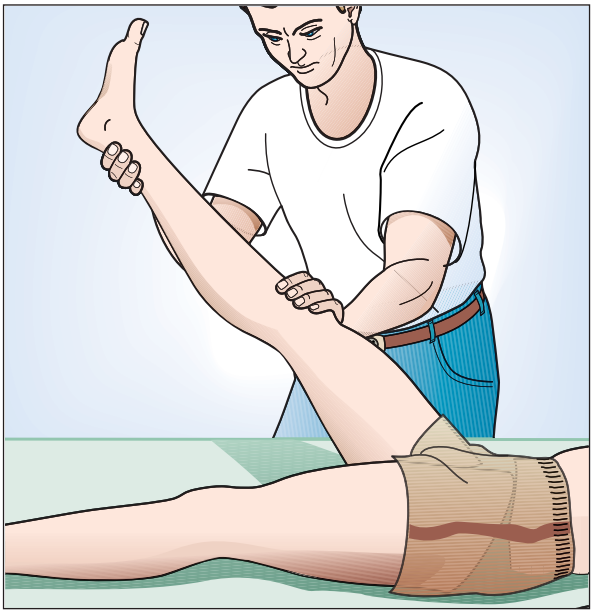


*Figura 3-24: MANIOBRA 5. La maniobra de Lasègue se emplea para valorar el compromiso de los nervios raquídeos que forman parte del nervio ciático. Cuando al realizar la maniobra aparece dolor, quemazón o restricción entre los 30 a 70 grados se considera positivo, denominándose a la prueba Lasègue positivo.*

## EXTREMIDADES

Si en el resto del cuerpo es importante observar la **simetría**, en las extremidades es fundamental. Siempre que se encuentre una alteración en una de ellas, debe compararse con la opuesta.

Explore:

- Presencia de **inflamaciones, hinchazón o varices.**
- **Temperatura:** si están frías o calientes, y si hay diferencia de temperatura entre ellas.
- **Color:** enrojecimiento, moratones...
- **Deformidades.**
- **Fuerza:** para valorarla, pida al enfermo que le dé la mano y apriete, que empuje con el pie contra nuestra resistencia, sujetándole el tobillo...
- **Sensibilidad:** se explora con un bolígrafo, tocando simétrica y alternativamente ambas extremidades.

## PIEL

La inspección de la piel puede revelar signos de enfermedades generales o procesos propiamente cutáneos. Debe efectuarse, a ser posible, con luz natural.

Hay que valorar:

- **Cambios de coloración:** puede aparecer un tono amarillento, enrojecimiento, palidez o tonos azulados.
- **Lesiones localizadas**, que pueden ser manchas, elevaciones o bultos, descamaciones, ampollas o vesículas, puntos de pus... En estos casos hay que describir el número, tamaño y situación de las mismas, sus límites (bien o mal definidos), la confluencia o proximidad con otras lesiones, su aspecto y color, y si son dolorosas o indoloras. Identifique la lesión con alguna de las figuras siguientes.

*Figura 3-25 Máculas (manchas).*
*Es toda alteración circunscrita de la coloración de la piel y mucosas que no hace relieve en la superficie .*

*Figura 3-26 Pápulas: Son lesiones cutáneas elevadas sobre la superficie de la piel circundante, de consistencia sólida, de escaso tamaño (menos de 1cm de diámetro) resultado de la hiperplasia localizada de elementos celulares de la epidermis,dermis o depósito de productos del metabolismo de la dermis.*

*Figura 3-27 Lesiones vesiculares:*
*Son lesiones elevadas, pequeñas, que contienen líquido de aspecto claro. Cuando su tamaño es grande, se denominan ampollas . La foto representa una Infección cutánea por Herpes Zoster.*

*Figura 3-28. PUSTULA: Semejante a la vesículas y ampollas pero cuando su contenido es pus. Es una elevación dermo-epidérmica que hace relieve en la piel, con contenido turbio, a diferencia de las vesículas .*

*Figura 3-29 : lesiones maculares*

*Figura 3-30 : Lesión ulcerosa.*
*Úlcera (Llaga) Lesión circunscrita y abierta en la piel o en la membrana de una mucosa. Tiene forma de cráter, causado por la pérdida de tejido en el epitelio.*

## Tumoraciones o bultos:

Los bultos deben explorarse palpando con la mano extendida y no sólo con las yemas de los dedos. Hay que determinar tanto su tamaño como su dureza, comparándolo con cosas conocidas (guisante, nuez, piedra).

Comprobar si están fijos con la piel o ésta se mueve por encima, y si son dolorosos o no.

CAPÍTULO 4

# ASISTENCIA MÉDICA A DISTANCIA

## Índice

Páginas

FORMA DE CONECTAR CON EL CENTRO RADIO-MÉDICO ESPAÑOL .. 81

NORMAS PARA REALIZAR LA CONSULTA RADIO-MÉDICA ..... 83

INSTRUCCIONES A SEGUIR PARA LA TOMA DE DATOS
Y SÍNTOMAS DEL PACIENTE ..... 84

LÁMINAS DE SITUACIÓN DE SÍNTOMAS O LESIONES ..... 86

GRÁFICOS DE OBSERVACIÓN ..... 88

La consulta médica por radio es el medio de ayuda más importante cuando surge un problema sanitario en alta mar. En España, el Centro Radio-Médico Español (CRME), ubicado en Madrid y dependiente del Instituto Social de la Marina (ISM), tiene la competencia establecida en el Real Decreto 258/1999, por el que se establecen «condiciones mínimas sobre la protección de la salud y la asistencia médica de los trabajadores del mar», para proporcionar este servicio.

Esta asistencia médica de urgencia a distancia, en funcionamiento desde el 1 de mayo de 1979, se realiza en español, es gratuita y está a su disposición todos los días del año las 24 horas del día.

El ISM ofrece también asesoramiento médico por radio desde barcos asistenciales, el B/SSAM «Esperanza del Mar», que opera en la costa occidental de África, al sur de Canarias, en diferentes caladeros de pesca en función de la mayor concentración de buques, y el B/SSAM «Juan de la Cosa», que presta sus servicios en aguas del Atlántico Norte y entre las islas Azores y el Golfo de Vizcaya, dependiendo de la evolución de las campañas pesqueras, y desde los Centros asistenciales del ISM en el extranjero.

Otros países disponen también de centros radio-médicos propios que proporcionan asistencia permanente y gratuita.

## FORMA DE CONECTAR CON EL CRME

### RADIOFONÍA

Cualquier barco en navegación puede solicitar sus servicios a través de las estaciones radiocosteras, indicando que la comunicación es para «consulta médica» (este tipo de comunicaciones es gratuito y tiene prioridad), o solicitando a cualquier estación costera extranjera comunicación telefónica con el Centro Radio-Médico Español al número de teléfono de España: **91 310 34 75**

### VÍA SATÉLITE Y TMA (telefonía móvil automática)

Los buques que dispongan de sistema de comunicación vía satélite (Inmarsat) o de telefonía móvil automática (TMA) y se encuentren en área de cobertura, pueden contactar directamente con el Centro Radio-Médico Español:

- Para FONÍA, al número de teléfono: **91 310 34 75**
- Para FAX, al número: **91 308 33 02**

El centro radiomédico español dispone de medios técnicos (electrónicos y de telecomunicaciones) que permiten, mediante videoconferencia, establecer una comunicación verbal y visual en tiempo real entre el paciente a bordo y el facultativo del centro radio-médico. Si el barco, desde el que se solicita la consulta, cuenta con el equipo adecuado para trasmitir constantes biomédicas (telemonitorización), podrán ser recibidas en el centro radiomédico para facilitar el asesoramiento médico del enfermo o accidentado a bordo.

*Figura 4-1: Centro Radio-Médico Español.*

**UTILIZAR SIEMPRE LA FONÍA (RADIO O SATÉLITE). SÓLO SI NO ES POSIBLE, RECURRIR A LA GRAFÍA**

También es recomendable realizar las consultas no urgentes o de control entre las 9,00 y las 15,00 horas (hora de Madrid), por la mayor disponibilidad para atender consultas en esa franja horaria, reservando el resto para consultas urgentes o para barcos que no puedan establecer contacto a otras horas por problemas de comunicación. Tenga en cuenta que sólo hay un médico de guardia en el CRME.

La **dirección postal** del Centro Radio-Médico Español es:

Instituto Social de la Marina
Centro Radio-Médico Español
C/ Génova, 20, 4.ª planta
28004 MADRID

En Europa hay otros centros radio-médicos designados por los Estados para este cometido. Se puede contactar con ellos, de forma similar al Centro Radio-Médico Español, a través de las respectivas estaciones radio-costeras o por satélite. Los más importantes son:

| | |
|---|---|
| ITALIA: ROMA (CENTRO INTERNAZIONALE CIRM) | Tel.: 00-39-06-54223045<br>00-39-06-5923333 |
| FRANCIA: TOULOUSE (CCMM) | Tel.: 00-33-5 34 39 33 33<br>Fax: 00-33-561.77.24.11 |
| GRECIA: ATENAS (MAC-Helenic Red Cross) | Tel.: 00-30-210.5230880<br>Fax: 00-30-210.5228888 |
| PORTUGAL: LISBOA (INEM CODU-MAR) | Número Europeo<br>de Emergencia 112<br>Tel.: 00-351-213 303 264<br>Fax: 00-351-213 303 260 |

## NORMAS PARA REALIZAR LA CONSULTA RADIO-MÉDICA

### CUÁNDO HACER UNA CONSULTA

Ante cualquier emergencia de tipo sanitario, accidente o enfermedad, o siempre que surja un problema sanitario a bordo que plantee dudas.

Hay situaciones de emergencia o urgencia en las que no se debe perder tiempo y habrá que actuar inmediatamente. En estos casos siga las instrucciones de los **Capítulos 1 y 2**, y pida después **CONSEJO MÉDICO POR RADIO**.

Por otro lado, una consulta radio-médica nunca sustituye a una visita al médico, quien puede «ver» y «tocar» al paciente y dispone de medios diagnósticos (análisis, radiografías, etc.) que no hay en los barcos, por lo que toda consulta que pueda efectuarse antes de embarcar debe hacerse y no esperar a solucionar el problema a bordo.

## CÓMO HACER LA CONSULTA

1. Mantenga la calma.

2. Antes de abrir la comunicación se deben recoger todos los datos y síntomas sobre el caso, siguiendo el orden establecido en las instrucciones y ayudándose del **Capítulo 3**. Piense que una buena recogida de datos facilita la labor del médico y determina una mejor calidad de la consulta.

3. Tener a mano papel y lápiz para escribir las anotaciones que sean necesarias durante la consulta.

4. El enfermo debe estar presente en el momento de efectuar la consulta. Si esto no fuera posible, un tripulante deberá ayudar en la recogida y transmisión de otros datos que el médico solicite.

5. Tener a mano la relación actualizada de la dotación de medicamentos del botiquín.

6. Respetar los horarios recomendados para las comunicaciones.

7. Hablar despacio, claro y ser lo más breve posible.

## DESPUÉS DE LA CONSULTA

Respete las instrucciones del médico, tanto en la aplicación de las medidas que éste aconseje como en la realización de las posibles llamadas de control. La responsabilidad última en todo caso será del capitán o de la persona que ostente el mando del barco.

# INSTRUCCIONES A SEGUIR PARA LA TOMA DE DATOS Y SÍNTOMAS DEL PACIENTE

Si no hay seguridad en algún dato o síntoma es mejor no anotarlo. DE LA EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN QUE SE TRANSMITA DEPENDERÁ LA CALIDAD DE LA CONSULTA.

En todos los casos se recabará:

1. **DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL BUQUE**

   **Nombre e indicativo de llamada**
   **Bandera**
   **Tipo de barco**
   **Situación, ruta o caladero**

2. **DATOS DEL PACIENTE**

   **DNI** en españoles
   **NIE/PASAPORTE** en extranjeros
   **Nombre y apellidos**
   **Fecha y lugar de nacimiento**
   **Cargo a bordo**

3. **DATOS DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE MOTIVA LA CONSULTA, Y TOMA DE CONSTANTES VITALES**

   **Según las recomendaciones del Capítulo 3 (Examen del paciente)**

- **¿Cómo** empezó la enfermedad?
- **¿Cuál** fue su primer síntoma?
- **¿Cuánto** tiempo lleva con esto?
- **¿Cómo y dónde** le molesta?
- **¿Qué pasó después,** cómo evoluciona?
- **¿Ya le pasó anteriormente?**

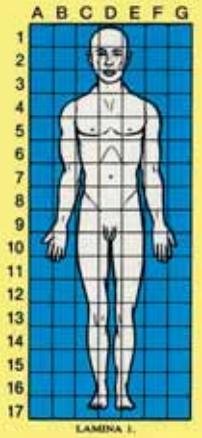
## LÁMINAS DE SITUACIÓN DE SÍNTOMAS O LESIONES

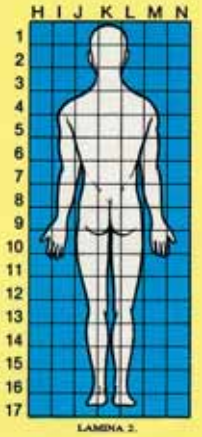
# CONSULTA MÉDICA POR RADIO

### LE RECOMENDAMOS QUE SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES ANTES DE CONSULTAR CON EL CENTRO RADIO-MÉDICO

- **Rellene en una hoja las contestaciones al cuestionario básico o tenga preparadas las respuestas antes de comenzar la consulta.**
- **Tenga a mano la relación de medicamentos que tiene su botiquín. No dude en comunicar si carece de alguno de los medicamentos aconsejados.**
- **Mantenga la calma. Una buena recogida de datos es la garantía de una rápida y eficaz asistencia.**

**Láminas de situación de síntomas**




**Cuestionario básico**

1. **Filiación**
   - D.N.I.
   - Nombre
   - Apellidos
   - Fecha y lugar de nacimiento
   - Cargo a bordo
2. **Situación o caladero**
3. **¿Cuál es el problema?**
   - Procure indicar de forma precisa lo que preocupa al enfermo
4. **¿Desde cuándo lo presenta?**
   - Minutos
   - Horas
   - Días
5. **¿Cómo comenzó?**
6. **¿Dónde se localiza?**
   - Use láminas adjuntas
7. **¿Es la primera vez que le ocurre?**
8. **¿Respira sin dificultad?**
9. **¿Se le palpa el pulso?**
   - ¿Cuántas pulsaciones por minuto?
10. **¿Tiene fiebre?**
    - Indique la temperatura
11. **¿Sigue algún tratamiento médico?**
    - ¿Cuál, por qué?
12. **¿El enfermo es alérgico a algo?**
13. **¿Ha tenido alguna enfermedad importante o ha sido operado?**

*Figura 4-2: LÁMINA 1.*

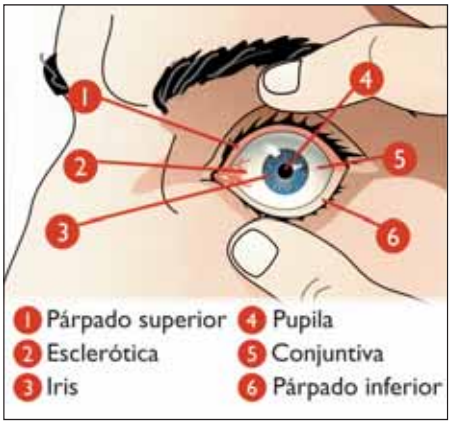



*Figura 4-3*

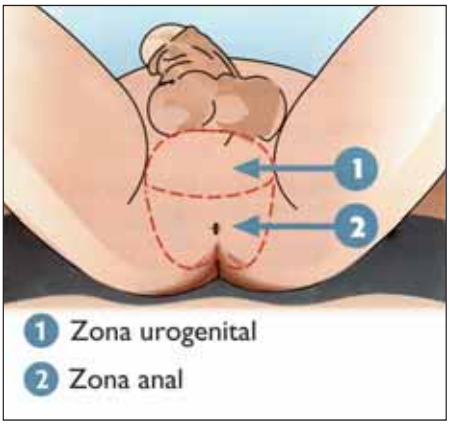



*Figura 4-4*

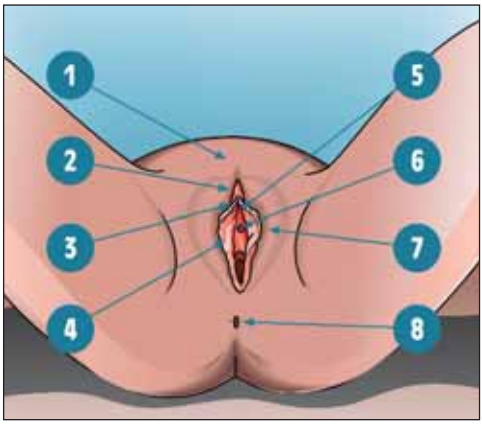


*Figura 4-5*
*1. Monte de Venus*
*2. Capuchón del Clítoris*
*3. Clítoris*
*4. Labio menor*
*5. Vagina*
*6. Abertura de la uretra*
*7. Labio mayor.*
*8. Ano*

## GRÁFICOS DE OBSERVACIÓN

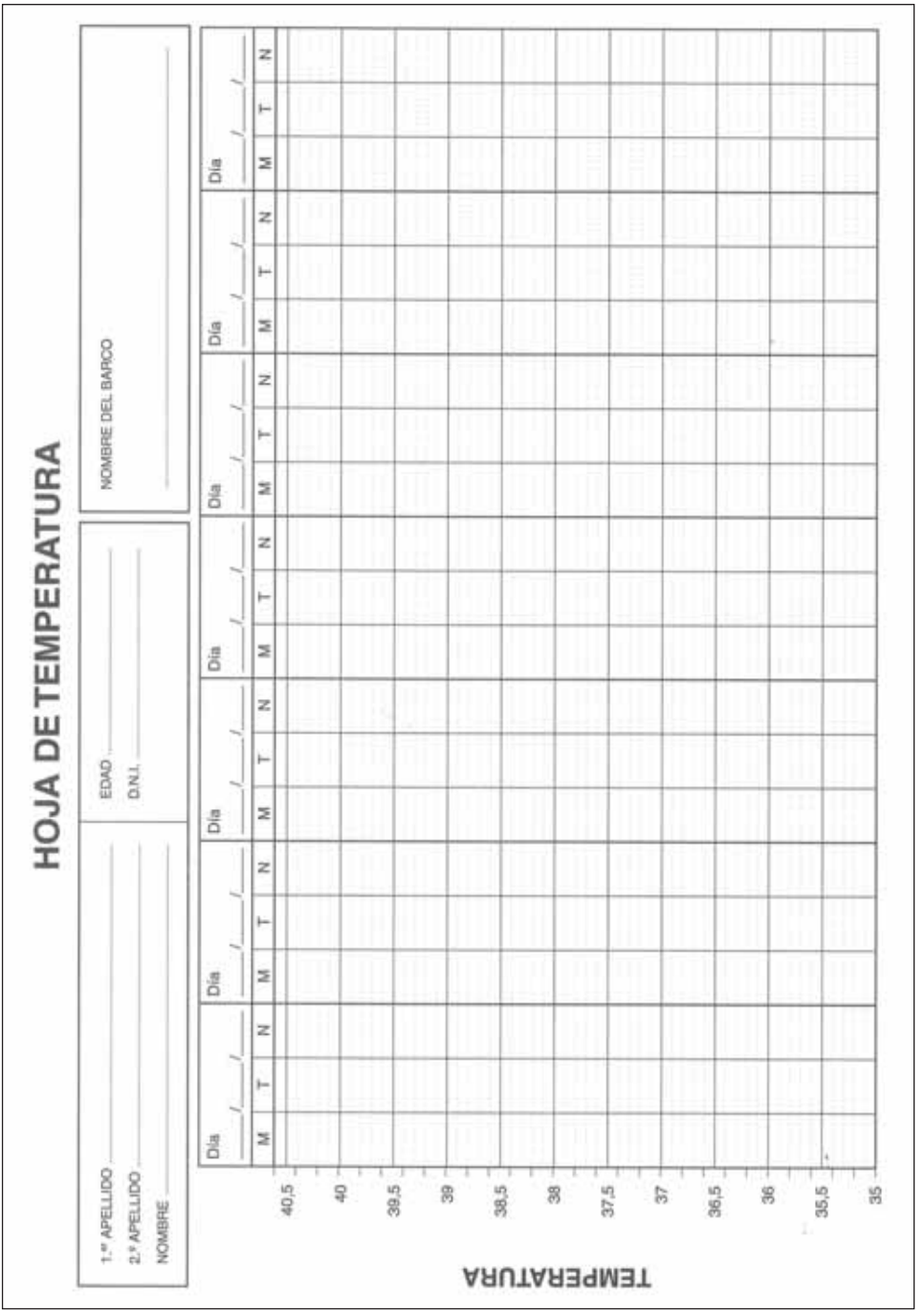



*Figura 4-6: GRÁFICO 1.*

| VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Fecha* ..... | | | | | | | | |
| *Nombre y Apellidos*..... | | | | | | | | |
| **OBSERVACIÓN** | **RESPUESTA/ CALIFICACIÓN** | **Tiempo de observación (minutos)** | | | | | | |
| | | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 |
| **Ojos**<br>Comprobar reacción mientras se valoran otras respuestas | *- Se abren espontáneamente 4*<br>*- Se abren al dirigirle la palabra 3*<br>*- Se abren con estímulo doloroso 2*<br>*- No responde 1* | | | | | | | |
| **Habla**<br>Hablar claro y directo, cerca del oído de la víctima | *- Responde con sentido 5*<br>*- Parece confuso 4*<br>*-Uso inapropiado de palabras 3*<br>*- Produce sonidos incomprensibles 2*<br>*- No responde 1* | | | | | | | |
| **Movimiento**<br>Aplicar un estímulo: pellizcar el lóbulo de la oreja o el dorso de la mano | *- Obedece las órdenes 5*<br>*- Reacciona ante el estímulo 4*<br>*-Se retira frente al estímulo 3*<br>*- Flexiona los miembros en respuesta 2*<br>*- No responde 1* | | | | | | | |
| | **TOTAL** | | | | | | | |

*Figura 4-7: GRÁFICO 2.*

**CONTROL DE PULSO Y RESPIRACIÓN**

*Fecha* ……..

*Nombre y Apellidos*……..

| PULSO-RESPIRACIÓN | FRECUENCIA | Tiempo de observación (minutos) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 0 | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 |
| **Pulso**<br><br>**(latidos por minuto)**<br><br>Anotar frecuencia y si el pulso es débil(d) o firme (f) regular (reg) o irregular (irreg) | **Por encima de 110** | | | | | | | |
| | **101-110** | | | | | | | |
| | **91-100** | | | | | | | |
| | **81-90** | | | | | | | |
| | **71-80** | | | | | | | |
| | **61-70** | | | | | | | |
| | **Por debajo de 61** | | | | | | | |
| **Respiración**<br><br>**(por minuto)**<br><br>Anotar frecuencia y si es silenciosa (s) ruidosa (r) fácil (f) o difícil (dif) | **Por encima de 40** | | | | | | | |
| | **31-40** | | | | | | | |
| | **21-30** | | | | | | | |
| | **11-20** | | | | | | | |
| | **Por debajo de 11** | | | | | | | |

*Figura 4-8: GRÁFICO3*
*Valoración de Consciencia (Scala de Glasgow)*

.

CAPÍTULO 5

# BOTIQUÍN DE A BORDO

## Índice


Páginas

BOTIQUÍN A BORDO. NORMATIVA REGULADORA ..... 93

Documentos sanitarios del botiquín ..... 94

REVISIÓN DE LOS BOTIQUINES A BORDO ..... 96

MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DEL BOTIQUÍN ..... 97

USO DE MEDICAMENTOS ..... 99

ANEXOS:

Categoría de buques y tipos de botiquín ..... 100

Tipo de botiquín que deben llevar los buques en función de su actividad ..... 100


**ANTES DE HACER USO DE UN MEDICAMENTO, CONSULTE LA LISTA DE CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES INCLUIDA EN EL ANEXO 11**

# BOTIQUÍN A BORDO. NORMATIVA REGULADORA

El botiquín de a bordo es un elemento indispensable para la asistencia sanitaria en la mar. De su buen mantenimiento depende que una persona pueda ser debidamente atendida en caso de enfermedad o accidente. Es también fundamental que haya un responsable a bordo del botiquín que conozca su contenido, su correcta utilización y se encargue de su reposición.

La legislación vigente al respecto, se halla recogida en:

– **El Real Decreto 258/1999, de 12 de febrero, por el que se establecen condiciones mínimas sobre la protección de la salud y asistencia médica de los trabajadores del mar** (*BOE* n.º 47, de 24-2-99), que incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 92/29/CEE del

*Figura 5-1: Botiquín A.*

*Figura 5-2: Botiquín B.*

*Figura 5-3: Botiquín C.*

*Figura 5-4: Botiquín para Balsas de Salvamento.*

Consejo, de 31 de marzo de 1992. En él se define el botiquín como los medicamentos, el material médico y la estructura o soporte donde se almacenan y protegen.

– **La Orden PRE/3598/2003, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Real Decreto 258/1999, de 12 de febrero, en materia de revisión de los botiquines de los que han de ir provistos los buques** (*BOE* n.º 307, de 24-12-03).

– **El Real Decreto 568/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 258/1999, de 12 de febrero.** Esta norma contiene una serie de anexos en los que se especifica el contenido, mantenimiento y características de los diversos tipos de botiquines. Concretamente, se describen las categorías de los buques y los tipos de botiquines que deben llevar los buques según sea su tipo, y dentro del mismo tipo se especifica el contenido del botiquín en función del número de tripulantes que normalmente vayan a bordo. También se pormenorizan los modelos de los contenedores y armarios para cada botiquín (*BOE* n.º 114, de 13-5-11).

– Corrección de errores del Real Decreto 568/2011, de 20 de abril (*BOE* n.º 169, de 15-7-11).

## DOCUMENTOS SANITARIOS DEL BOTIQUÍN

Los documentos que los barcos deben llevar relacionados con la gestión del botiquín son:

– **El documento de control del contenido del botiquín del buque y de los botes salvavidas** donde el responsable del botiquín a bordo anotará las existencias de los medicamentos y material sanitario, así como las fechas de caducidad de los mismos. Este documento será verificado por el responsable sanitario del ISM que efectúe la revisión del botiquín y deberá ser conservado por el patrón, capitán o responsable sanitario a bordo hasta la siguiente revisión, en la cual deberá ser facilitado al responsable de la misma. Los documentos de control de los botiquines tipo A,B,C y antídotos pueden descargarse en **www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Trabajadoresdelmar/SanidadMaritima/MedicinaPreventiva**, u obtenerse en los Centros de Sanidad Marítima (etiquetas adhesivas para los botiquines tipo C).

– Los barcos que transporten mercancías peligrosas o sean de tipo transbordador deberán además disponer del **documento de control del contenido del botiquín de antídotos** y un listado de las sustancias peligrosas transportadas.

- **Certificado de revisión del botiquín del barco, de los botes salvavidas, y en su caso del botiquín de antídotos**, donde el personal sanitario del ISM encargado de la revisión de los botiquines anotará el resultado de la revisión del botiquín. Este certificado tiene una validez de un año, debiendo renovarse periódicamente.

- **Hoja de Registro de la Administración de Fármacos a bordo**, donde el responsable del botiquín a bordo anotará todas y cada una de las dosis administradas a bordo, así como los datos del tripulante al que se administra y quién lo proporciona.

- **Carpeta de documentación sanitaria a bordo:** que contiene gráficas de temperatura, sobres de información confidencia, etiquetas adhesivas informativas, hojas de evacuación, para la atención de los heridos o lesionados a bordo.

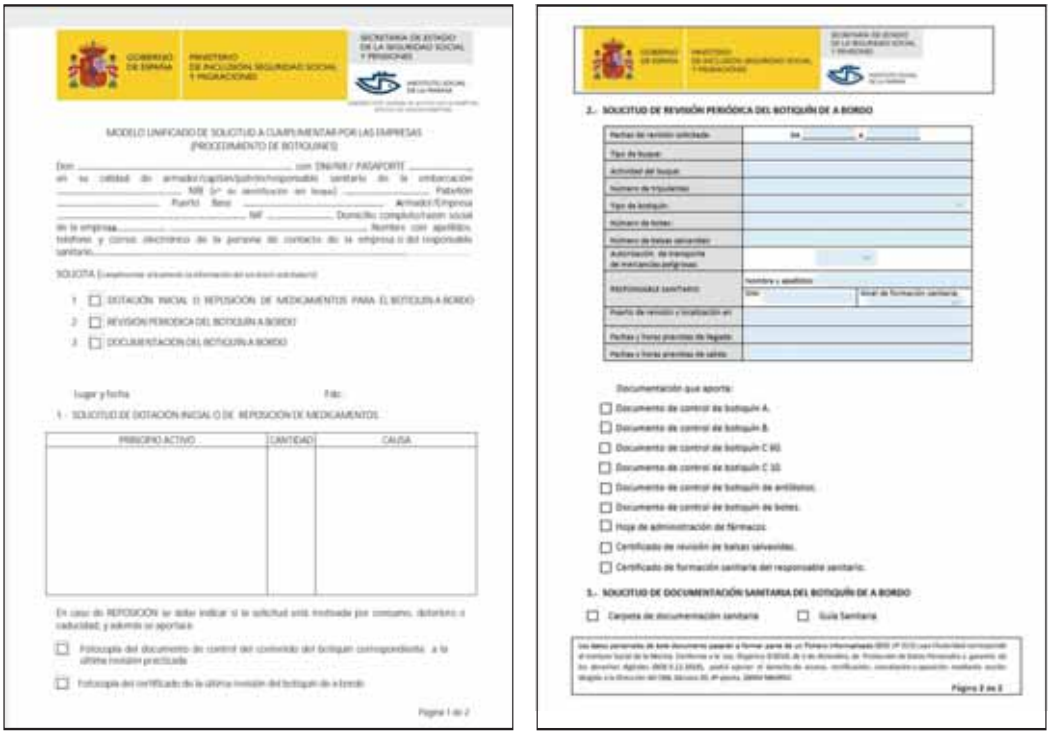


*Figura 5-5: MODELO UNIFICADO DE SOLICITUD A CUMPLIMENTAR POR LAS EMPRESAS (PROCEDIMIENTO DE BOTIQUINES)*

El botiquín irá obligatoriamente acompañado de la «Guía Sanitaria a Bordo» en su última edición editada por el Instituto Social de la Marina y que es distribuida de forma gratuita. En ella se explica el modo de utilización del contenido del botiquín.

Los buques que por su actividad estén obligados a llevar antídotos deberán llevar a bordo, además de lo anterior, la **«Guía de Primeros Auxilios para uso en caso de accidentes relacionados con mercancías peligrosas»**, editada por la Organización Marítima Internacional (OMI).

## REVISIÓN DE LOS BOTIQUINES A BORDO

**La revisión periódica de los botiquines** de los buques abanderados o registrados en España se realizará por los médicos del Instituto Social de la Marina o por el personal sanitario designado por dicho Instituto en los Centros de Sanidad Marítima (botiquín general de los buques tipo C de embarcación) o en el propio buque (botiquines A, B, antídotos y botiquines C de botes salvavidas) Esta revisión se efectuará con una periodicidad máxima de un año pudiendo aplazarse dicho este control por un período no superior a cinco meses en situaciones excepcionales.

En las revisiones se comprobará el contenido del botiquín, que las condiciones de conservación son buenas y que se respetan las fechas de caducidad de los medicamentos. También se verificará que ha sido cumplimentada debidamente la Hoja de Registro de Administración de Fármacos a bordo.

Una vez efectuada la revisión del botiquín del buque, así como la de sus botes salvavidas, se dejará constancia de la misma en el **Certificado de revisión** del botiquín correspondiente. Los posibles incumplimientos detectados se pondrán en conocimiento de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social y de la Administración marítima competente, a los efectos oportunos.

Las revisiones de los botiquines de las balsas de salvamento la efectuarán las estaciones de servicio homologadas por la Dirección General de la Marina Mercante, que emitirán el correspondiente certificado, el cual deberá ser facilitado por el responsable de la gestión del botiquín a bordo al personal del ISM encargado de la revisión de los restantes botiquines de la embarcación.

# MANTENIMIENTO Y REPOSICIÓN DEL BOTIQUÍN

– **Dotación y reposición del botiquín**

Según establece el Real Decreto 258/1999, de 12 de febrero, el suministro y la renovación del contenido del botiquín y de los antídotos supondrá una responsabilidad exclusiva del armador, sin que en ningún caso pueda implicar coste alguno para los tripulantes.

Para la dotación y reposición de los fármacos, psicotropos y estupefacientes incluidos en la dotación farmacológica de los botiquines de los buques se cumplimentarán los modelos oficiales establecidos al efecto.

Dicha solicitud, una vez cumplimentada y firmada por el armador de la embarcación o por el responsable sanitario, según se trate, respectivamente, de dotación inicial o de reposición de medicamentos del botiquín, se someterá al visto bueno del médico del Instituto Social de la Marina de la Dirección Provincial o Local que corresponda al puerto en que se encuentre la embarcación, quién emitirá la receta correspondiente.

La adquisición de los fármacos se deberá efectuar en cualquiera de oficinas de farmacia abiertas al público o servicios farmacéuticos designados por la Comunidad Autónoma (medicamentos extranjeros).

– **Mantenimiento del botiquín**

El manejo y mantenimiento del botiquín constituirá una responsabilidad del capitán o persona que ostente el mando del buque. Sin perjuicio de la misma, éste podrá delegar la responsabilidad de su uso y mantenimiento en uno o más tripulantes especialmente designados por su competencia. Serán éstos los encargados de ir anotando en la Hoja de Registro de Administración de Fármacos a bordo, los medicamentos administrados a cada tripulante, así como de cumplimentar y revisar los documentos de control del contenido del botiquín para detectar aquellos medicamentos, material sanitario o antídotos que preciso reponer, bien por caducidad o por agotamiento de existencias en los procedimientos de abastecimiento.

El botiquín deberá instalarse en un lugar adecuado, limpio, seco y fresco, protegido de la luz y del calor y al abrigo de insectos y roedores y precisará mantenerse en todo momento ordenado y en buen estado.

Las condiciones ideales de almacenamiento de los medicamentos son: temperatura no superior a 22º C ni inferior a 15º C, humedad menor al 85% y no exposición directa a la luz solar.

Los medicamentos termolábiles deben conservarse en nevera (entre 2 y 8º C). Algunos ejemplos son la vacuna y gammaglobulinas antitetánicas. Es indispensable para garantizar la utilidad del preparado que nunca se rompa la cadena de frío desde su fabricación hasta la administración al paciente.

Los medicamentos deben conservarse en sus cajas de origen, sin variar su envasado: nos informa de la caducidad y disminuye el riesgo de errores y aparición de daños indeseados.

Los medicamentos no se tiran nunca a la basura, sino que se desechan llevándolos a los puntos SICRE (Servicio Integral de Gestión y Reciclaje de Envases) que están en cada farmacia.

*Figura 5-6: Cómo **NO** llevar los medicamentos.*

# USO DE MEDICAMENTOS

Siempre que se administre un medicamento **es esencial asegurarse** de que:

- Se respeta el nombre del medicamento, dosis y método de administración. Estos datos, conjuntamente con la hora de administración del fármaco, deberán anotarse en la Hoja de Registro de Administración de fármacos a bordo.
- El medicamento a administrar no ha caducado.
- Se tienen en cuenta las recomendaciones de uso y precauciones de administración (manejo de maquinaria peligrosa)

**Como norma general:**

- No administrar medicamentos sin asesoramiento médico.
- Advertir al médico de la existencia de cualquier patología crónica.
- No guardar los medicamentos de un solo uso o de utilización individual que sobren después de acabar un tratamiento.
- No se deben masticar, machacar o triturar las cápsulas o comprimidos a menos que se indique específicamente.
- Con las medicinas líquidas, utilizar únicamente el dispositivo de medida que se suministra con la misma o, en sustitución, una jeringuilla con la dosificación apropiada.
- Se debe evitar el consumo conjunto de alcohol y medicamentos especialmente analgésicos, antiinflamatorios, tranquilizantes, ansiolíticos, somníferos, antidepresivos y antipsicóticos en general.

# ANEXOS

CATEGORÍA DE BUQUES Y TIPOS DE BOTIQUÍN

TIPO DE BOTIQUÍN QUE DEBEN LLEVAR LOS BUQUES EN FUNCIÓN DE SU ACTIVIDAD

## CATEGORÍA DE BUQUES Y TIPOS DE BOTIQUÍN

Estas categorías de botiquines se han determinado según la distancia de la costa a la que habitualmente se encuentran los barcos realizando su actividad.

- **Buques de categoría «A»:** Buques que realicen navegación o pesca marítima sin limitación de zona geográfica. Deberán llevar el **tipo de Botiquín A**.

- **Buques de categoría «B»:** Buques que realicen navegación o pesca marítima en zonas situadas entre 60 y 150 millas náuticas del puerto más próximo, equipado de forma adecuada desde el punto de vista médico. Deberán llevar el **tipo de Botiquín B**.

- **Buques de categoría «C»:** Buques que realicen navegación o pesca marítima hasta 60 millas del puerto más próximo equipado de forma adecuada desde el punto de vista médico, realicen travesías íntegramente dentro de aguas interiores (rías, radas o bahías) o no dispongan de más instalaciones que un puente de mando. Deberán llevar **el botiquín tipo C**, según la dotación incluida en el Anexo II del RD 568/2011, de 20 de abril.

## TIPO DE BOTIQUÍN QUE DEBEN LLEVAR LOS BUQUES EN FUNCIÓN DE SU ACTIVIDAD

Esta clasificación se ha elaborado teniendo en cuenta las características de la travesía, tipo de actividad de los buques, escala, distancia habitual de la costa y duración de los embarques.

| ACTIVIDAD DEL BUQUE | TIPO DE BOTIQUÍN | | |
|---|---|---|---|
| | A | B | C |
| **I. BUQUES DE CARGA** | | | |
| 1. Dedicados a viajes largos sin limitación de pasaje. | X | | |
| 2. Que naveguen a más de 150 millas de la costa y/o realicen travesías de más de 48 horas de navegación. | X | | |
| 3. Que naveguen entre las 60 y 150 millas náuticas de la costa y/o realicen travesías entre 24 y 48 horas de navegación. | | X | |
| 4. Que naveguen hasta las 60 millas náuticas del puerto más próximo equipado de forma adecuada desde el punto de vista médico y/o realicen travesías de menos de 24 horas de navegación. | | | X |
| **II. BUQUES DE PESCA** | | | |
| 5. De gran altura y altura sin limitación de pasaje o faenen en caladeros de países extracomunitarios que no estén incluidos en el punto 7. | X | | |
| 6. Que faenen a más de 150 millas de la costa y/o se encuentren a más de 48 horas de navegación del puerto más cercano. | X | | |
| 7. Que faenen entre 60 y 150 millas náuticas del puerto más próximo equipado de forma adecuada desde el punto de vista médico y/o permanezcan entre 24 y 48 horas fuera de dicho puerto o faenen en caladeros extracomunitarios a menos de 150 millas del puerto comunitario más próximo equipado de forma adecuada desde el punto de vista médico y no permanezcan fuera de dicho puerto más de 48 horas. | | X | |
| 8. Que faenen a una distancia inferior a las 60 millas náuticas desde el puerto más próximo equipado de forma adecuada desde el punto de vista médico y/o permanezcan menos de 24 horas alejados de puerto. | | | X |
| **III. BUQUES DE RECREO Y SERVICIOS DE PUERTO** | | | |
| 9. Con tripulación contratada que realicen viajes en los que permanezcan alejados de la costa más de 150 millas náuticas. | X | | |
| 10. Con tripulación contratada que realicen viajes en los que permanezcan alejados de la costa entre 60 y 150 millas náuticas y/o se encuentren entre 24 y 48 horas de navegación del puerto más cercano equipado de forma adecuada desde el punto de vista médico. | | X | |
| 11. Con tripulación contrastada que realicen viajes hasta 60 millas náuticas de distancia a la costa y/o se encuentren a menos de 24 horas de navegación del puerto más cercano equipado de forma adecuada desde el punto de vista médico. | | | X |
| 12. Remolcadores, lanchas, gabarras, etc., que salen a la mar en travesías de más de 48 horas y/o permanecen alejados de la costa más de 150 millas. | X | | |
| 13. Remolcadores, lanchas, gabarras, etc., que salen a la mar en travesías de menos de 48 horas y/o permanecen alejados del puerto más próximo equipados de forma adecuada desde el punto de vista médico entre 60 y 150 millas náuticas. | | X | |
| 14. Remolcadores, lanchas, gabarras, etc., que realicen travesías fuera del ámbito portuario hasta 60 millas náuticas del mismo. | | | X |
| **IV. EMBARCACIONES SALVAVIDAS** | | | |
| 15. Botes salvavidas. | | | X |
| 16. Balsas de salvamento. | Llevarán la dotación especificada en el Anexo II* | | |

* Del RD 568/2011, de 20 de abril.