

TEMA 3**(I)**

ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ENCAMADO: POSICIÓN ANATÓMICA Y ALINEACIÓN CORPORAL. PROCEDIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE CAMAS. CAMBIOS POSTURALES. DRENAJES: MANIPULACIÓN Y CUIDADO. TÉCNICAS DE DEAMBULACIÓN. TÉCNICAS DE TRASLADO.

(I)**1. Atención del Auxiliar de Enfermería al paciente encamado: posición anatómica y alineación corporal.**

- 1.1. Procedimientos mecánicos básicos.**
- 1.2. Movimientos articulares.**
- 1.3. Planos y ejes.**
- 1.4. Cavidades corporales.**
- 1.5. Movilizaciones.**
 - 1.5.1. Tipos de movilizaciones.**
 - 1.5.2. Posiciones para la exploración.**
 - 1.5.3. Posiciones más frecuentes.**

2. Procedimientos de preparación de camas.

- 2.1. Requisitos.**
- 2.2. Tipos de cama.**
- 2.3. Arreglo de la cama.**
- 2.4. Cama post-quirúrgica.**
- 2.5. Limpieza de la cama.**

3. Cambios posturales.

- 3.1. Movilizaciones del paciente.**
 - 3.1.1. Pacientes encamados.**
 - 3.1.2. Transferencias.**

TEMA 3**(II)**

ATENCIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ENCAMADO: POSICIÓN ANATÓMICA Y ALINEACIÓN CORPORAL. PROCEDIMIENTOS DE PREPARACIÓN DE CAMAS. CAMBIOS POSTURALES. DRENAJES: MANIPULACIÓN Y CUIDADO. TÉCNICAS DE DEAMBULACIÓN. TÉCNICAS DE TRASLADO.

(II)**4. Drenajes: Manipulación y cuidados.****4.1. Cuidados específicos de los drenajes.****5. Técnicas de deambulación.****5.1 Procedimiento de ayuda en la deambulación.****5.2 Deambulación con muletas con marcha en dos puntos.****5.3 Deambulación con muletas con marcha en cuatro puntos.****5.4 Deambulación con muletas con marcha en 3 puntos sin carga en una de las extremidades inferiores.****5.5 Deambulación con muletas con marcha en 3 puntos más uno con apoyo parcial.****6. Técnicas de traslado.****6.1 Normas generales para el traslado de los pacientes.****6.2 Traslado del paciente de la cama a la camilla.****6.2.1 Traslado del paciente de la cama a la camilla. Paciente que colabora.****6.2.2 Traslado del paciente de la cama a la camilla. Paciente que NO colabora.****6.2.3 Traslado del paciente de la cama a la camilla. Técnica de la sábana de arrastre.****6.3 Traslado del paciente de la camilla a la cama.****6.4 Traslado del paciente en camilla.****6.5 Traslado del paciente de la cama a la silla de ruedas.****6.5 .1 Traslado del paciente de la cama a la silla de ruedas. Paciente que colabora.****6.5 .2 Traslado del paciente de la cama a la silla de ruedas. Paciente que No colabora.****6.6 Traslado del paciente de la cama al sillón de la unidad o servicio.****6.7 Traslado del paciente de la silla de ruedas y/o sillón del servicio a la cama.****6.8 Traslado del paciente en la silla de ruedas.****6.9 Traslado del paciente en la cama.**

1. Atención del auxiliar de enfermería al paciente encamado: Posición anatómica y alineación corporal

Es de suma importancia que enfermería, conozca y sepa manipular al paciente, para facilitar su recuperación.

Hay que conocer las distintas posiciones en que debe colocarse al paciente según las diferentes situaciones, así como las técnicas para movilizarlos.

1.1. Procedimientos mecánicos básicos.

En el cuerpo humano se han establecido una serie de términos para que todo el mundo pueda orientarse de la misma manera.

Todo está en relación con la posición anatómica estándar, que permite describir los elementos anatómicos y mecánicos de una manera universal. Se determina por una posición invariable que se describe como la colocación del individuo en bipedestación con los pies paralelos y las palmas de las manos mirando hacia delante. Esto no implica que sea una posición de reposo.

a) Posiciones básicas

Cada movimiento se inicia desde una posición de salida determinada y se acaba también con una posición concreta. Las posiciones básicas en las que vamos a poder trabajar son:

Bipedestación; a pié firme o de pié.

Sedestación; posición de sentado.

Decúbito supino: estirado boca arriba.

Decúbito prono; estirado boca abajo.

Decúbito lateral; estirado sobre un lado.

De rodillas.

b) Términos de posición

Se utiliza para fijar la posición de estructura, caras y regiones del cuerpo.

Anterior o ventral; situado por delante. (Rótula)

Posterior o dorsal; situado por detrás. (Nuca.

Lateral derecho o izquierdo, según sea hacia el lado del cuerpo.

Proximal; lo más cercano al tronco (la rodilla en relación al pie)

Distal; lo más alejado del tronco; (la mano con relación al hombro)

Medial o interna; lo más cercano al centro de un órgano (el corazón con respecto a los pulmones).

1.2. Movimientos articulares.

Los movimientos articulares más comunes en las articulaciones de gran movilidad son:

Flexión: desplazamiento del segmento corporal hacia delante. Como excepción se encuentra la rodilla.

Extensión: desplazamiento del segmento corporal hacia atrás.

Abducción (ABD): Desplazamiento del segmento respecto al eje corporal en dirección centrípeta.

Adducción (ADD) aproximación del segmento, respeto al eje corporal, en dirección centrífuga.

Rotación interna: movimiento que se realiza alrededor del propio eje de la extremidad en dirección interna.

Rotación externa: movimiento igual que en el anterior apartado pero en dirección externa.

1.3. Planos y ejes de movimiento

EJE: Es la línea alrededor de la cual se realiza el movimiento.

PLANO: Es la superficie que se halla en ángulo recto con el eje y en la que se produce el movimiento.

A) Eje sagital, es un eje en dirección antero posterior, divide el cuerpo en dos mitades derecha e izquierda, le corresponde un plano frontal, pasa por la sutura sagital craneana en sentido antero-posterior.

B) Eje transversal, es un eje en dirección izquierda -derecha o viceversa; divide en porción superior e inferior. A un eje transversal, le corresponde un plano sagital.

En el cuerpo humano podemos diferenciar tres partes: cabeza, tronco y extremidades; y cinco regiones craneal o cabeza, cervical o cuello, torácica, abdomino-pélvica y extremidades

C) Eje vertical, en dirección de arriba abajo, que divide el cuerpo en dos porciones, anterior y posterior. A un eje vertical le corresponde un plano horizontal.

1.4. Cavidades corporales

Se denomina cavidad corporal al espacio limitado que contiene órganos protegidos, separados, y sujetos a membranas. Las cavidades tienen la función de separar órganos, aparatos y sistemas, según su función.

- A) Cavidad dorsal parte posterior: Craneal. Espinal.
- B) Cavidad ventral anterior: Torácica. Abdominal. Diafragma, separa la cavidad torácica. De la abdominal. Pelviana.

Región abdominal

Se ha dividido el abdomen en nueve regiones imaginarias, limitadas por cuatro líneas, dos horizontales y dos verticales, para facilitar la localización de los órganos abdominales.

1.5. Movilizaciones.

El reposo prolongado sea cual fuere el motivo, puede disminuir la capacidad de movimiento, su tono muscular y aparecen contracturas y atrofia muscular.

Es de suma importancia el saber utilizar la movilización o inmovilización del paciente para prevenir complicaciones y para favorecer su recuperación.

1.5.1. Tipos de movilizaciones.

El tipo de movilización está en función de que el paciente puede o no por sí solo, realizar los ejercicios, los clasificaremos en:

A) Movilizaciones activas.

Son aquel grupo de movimientos terapéuticos que el paciente desarrolla con una voluntad propia buscando el objetivo de su recuperación.

Son movimientos efectuados voluntariamente por el paciente, bien libremente o bien asistido. La realización de un ejercicio activo exige además de una respuesta física adecuada un proceso mental consciente y voluntario

La finalidad de estos movimientos no es sólo mantener y mejorar la movilidad, sino sobre todo realizar técnicas de fisioterapia para desarrollar la coordinación neuro muscular y mejorar la potencia.

B) Movilizaciones pasivas.

Es una técnica muy utilizada para mantener las estructuras articulares y musculares en las mejores condiciones fisiológicas, así como para mejorar el sistema vascular y la integración neurológica.

Son, pues, el conjunto de aquellas movilizaciones en las que no existe una actividad propiamente dicha por parte del paciente.

Para realizar este tipo de movilizaciones siempre es necesario el uso de ayudas externas.

1.5.2. Posiciones para exploraciones

El auxiliar de enfermería debe tener conocimiento de todas las posiciones que puede adoptar un paciente según las necesidades que éste presenta, así como de los cambios y otras movilizaciones de un paciente encamado.

Normas de la mecánica corporal

Hay una serie de normas generales para realizar las movilizaciones o transporte de un peso, con objeto de evitar la fatiga y la aparición de lesiones al profesional.

Retirada de todos los objetos que entorpezcan la maniobra.

Aumentar la estabilidad corporal, ampliando la base (abriendo pies, adelantando uno respecto del otro) y descendiendo el centro de gravedad (flexionando las piernas)

Utilizar los músculos mayores (de los muslos y piernas) en lugar de los menores (espalda).

Al levantar un objeto del suelo, no debe doblarse la cintura, sino flexionar las piernas, manteniendo recta la espalda.

Deslizar o empujar requiere menos esfuerzo que levantar.

Girar el tronco dificulta la maniobra.

Se debe pedir ayuda, cuando la tarea suponga un riesgo para el paciente.

1.5.3. Posiciones mas frecuentes

Decúbito supino o dorsal.

Decúbito prono o ventral.

Decúbito lateral.

De Sims o semiprona (intermedia entre decúbito prono y lateral)

De Fowler (semisentado con rodillas flexionadas 45° respaldo cama 45°)

De Trendelenburg (tumbado en decúbito supino, cabeza más baja que pies)

De Moretín (parecida a la anterior, pero la cabeza más elevada que pies)

De Roser (tumbado sobre el dorso del cuerpo y cabeza colgando)

Ginecológica

Mahometana o genupectoral.

2. Procedimientos de preparación de las camas

El objetivo primordial es que el paciente, al ingresar, se encuentre con la mayor comodidad y seguridad. La cama, al tener que permanecer en ella muchas horas o permanentemente adquiere una gran importancia.

Una cama limpia, sin arrugas, y regulable, que permita cómodamente la movilidad, influye en el bienestar físico y psíquico

2.1. Requisitos.

Los principales requisitos que debe cumplir la cama de un hospital son:

Longitud: Dimensiones estudiadas para el confort del paciente y la practica de cuidados: longitud 2.10-2.20 m, teniendo en cuenta la separación entre el cabezal y el colchón y entre el piecero y el colchón.

Altura: Variable, con una posición baja de 0.50 m hasta una altura superior a 0.90 m. Estas medidas, se refieren a la distancia desde el suelo a lo más alto del colchón. Las alturas intermedias deben ser obtenidas en cualquier punto.

La anchura mínima será de 1 m.

Elevación de la espalda: debe permitir la elevación desde el plano del colchón a 20°, 50° y 90°.

Elevación de los pies: desde el plano del colchón a 5°, 7°, 12° y 24°.

Movilidad: Debe poder desplazarse suavemente. Está provista de cuatro ruedas para facilitar su manejo.

Seguridad: estará equipada con barandillas de seguridad y un sistema de bloqueo de las cuatro ruedas.

El cabecero y piecero de la cama deberá quitarse fácilmente para facilitar el acceso hacia el enfermo

El colchón tendrá un espesor de 125 milímetros. El material puede ser diverso, como el látex o bien otros de origen sintético. Irá recubierto de una funda impermeable y lavable. Se debe disponer de colchones de agua o antiescaras según la patología del paciente o necesidad de la unidad de enfermería.

Accesorios: ha de permitir aclopar, palos de suero, bolsas de orina, drenajes etc.

2.2. Tipos de cama.

Existen diferentes tipos de cama, según las necesidades del paciente:

Cama articulada: El somier metálico está formado por segmentos móviles que se pueden inclinar con ayuda de una manivela.

Camas ortopédicas: Se utilizan para pacientes con problemas ortopédicos. En la cama articulada, se adapta un marco (arco balcánico), que dispone de varillas situadas por encima de la cama, donde se colocan poleas por las cuales pasan cuerdas.

En uno de los extremos de la cuerda lleva una cincha forrada que se fija a la extremidad del paciente, terminando el otro extremo en una empuñadura al alcance del paciente, que al realizar tracción se levanta la extremidad.

El juego de diferentes cuerdas y poleas, permite asegurar la reeducación y movilización del enfermo.

Existen otros tipos de camas, de uso menos frecuente, que son:

Cama electro circular. : Que permite cambiar de forma periódica la posición del paciente. Se utiliza en Unidades de Quemados.

Camas para servicios especiales: Existen en el mercado camas muy complejas diseñadas para servicios especiales.

2.3. Arreglo de la cama.

Objetivo

Proporcionar higiene y bienestar al paciente.

Precauciones.

Respetar la intimidad del paciente durante toda la técnica, no dejándolo nunca totalmente al descubierto.

Evitar desconexiones involuntarias de sondas, catéteres, sueros etc. Al movilizarlo. Teniendo la precaución de moverlo lo menos posible.

Evitar las arrugas de la ropa de la cama. La presión y malestar que sufre el paciente son mínimos si las sábanas inferiores están tensas, evitando que irriten la piel y favorezcan la aparición de arrugas.

La sabana superior, debe estar libre y no ejercer presión sobre las extremidades del paciente, para así no limitar sus movimientos.

La ropa sucia que se retire, debe introducirse directamente en una bolsa. Esta ropa conserva microbios que pueden transferirse por contacto directo. Para evitar la contaminación, el Auxiliar de Enfermería, practicará el lavado de manos antes de hacer la cama y se colocará los guantes desechables. Retirá la ropa sucia evitando el contacto con el uniforme y finalizado el servicio, se lavará nuevamente las manos.

El carro de la ropa, se limpiará siempre antes de rellenarlo y no debe entrar en la habitación. Se dejará en la puerta.

En las manipulaciones de ropa, se debe tener siempre la noción del doble circuito (ropa sucia y limpia), no deben mezclarse.

Material

Funda de colchón: impermeable para proteger.

Sábanas: de tejido de algodón y sin costuras. Se utilizan:

- a) Sábana bajera, que se coloca encima del colchón, enfundándolo.
- b) Sábana intermedia (travesero), abarca la zona de tórax a rodillas, sirve de protección del colchón y sábana inferior, además de conservar al paciente más cómodo y seco.
- c) Sábana encimera

Manta, preferentemente de lana, que son calientes y no pesan, de color claro para que se detecte la más mínima suciedad y pueda limpiarse sin dificultad. La manta nunca debe estar en contacto con el paciente.

Colcha, de algodón, blanca preferentemente y de tejido fácil de lavar.

Almohada y funda.

Técnicas de desarrollo de la cama

La cama debe cambiarse completamente cada día, tras el baño o aseo del paciente.

Si es un paciente encamado o portador de drenajes, sondas, sueros etc., se cambiará el travesero o sábanas, las veces necesarias para su confort y así evitar lesiones cutáneas por rozaduras.

Antes de iniciar, se comprobará que esté preparada toda la lencería, tanto de la cama como de uso personal, pijama o camisón, toallas y las bolsas de recogida de ropa sucia, que se identificará siempre en rojo o negro según la enfermedad del paciente.

Hay tres técnicas para realizar la cama, según esté vacía, ocupada o post quirúrgica.

A. Cama vacía

Se coloca la cama en posición horizontal y se retira la almohada.

Asegurarse de que el colchón está en buenas condiciones.

Colocar la sábana bajera encima del colchón en la mitad inferior, coincidiendo el dobléz longitudinal de la sábana con el centro del colchón, el borde libre cuelga por los pies del colchón. Después desdobla hacia arriba la otra mitad de la sábana.

Los bordes correspondientes a la cabeza y los pies se meten debajo del colchón y para las cuatro esquinas, existe una técnica que deja la sábana completamente encajada.

- a) Se levanta el borde lateral de la sábana y el sobrante se mete debajo del colchón.

b) Se dobla debajo del colchón el borde lateral.

c) El ángulo de sábana sobrante, cubre lo anterior, quedando una esquina correcta. Se denomina esquina en forma de mitra.

Colocar el travesero para que su doblez central quede en el medio de la cama, sus bordes laterales se meten de forma ajustada debajo del colchón.

Colocar la sábana encimera, que igualmente su doblez central quede en el medio de la cama, su borde superior coincidirá con el borde correspondiente del colchón. La parte inferior se fija debajo del colchón. Se realiza el embozo de unos 25 cm.

Si se precisa mantas o colcha, se colocaran sus bordes inferiores siguiendo la misma técnica que la encimera y el borde superior por debajo del embozo.

La sábana, manta y colcha, colgarán lo mismo de cada lado y no se remeterán los laterales.

Lo último en colocar es la almohada.

B. Cama ocupada

Antes de iniciar el servicio, se valora la situación del paciente para formar el equipo de enfermería necesario.

Se le informa de lo que se le va hacer para conseguir su máxima participación.

Se retira la almohada y se cambia la funda.

Para realizar la cama, se procede:

a) Por mitades longitudinales

Se lateraliza al paciente hasta el extremo de la cama, sujetándolo un auxiliar para su seguridad. La otra auxiliar, retirará en su parte libre las sábanas sucias y colocará en abanico hacia el centro la cama la sabana bajera y el travesero.

Por medio de un solo movimiento se voltea al paciente hacia la parte limpia. Se retira la ropa sucia, se estira la sábana limpia y el travesero, que deben quedar sin arrugas y se colocan las esquinas realizando los bordes mitra.

Se retira la sábana o toalla que cubría al enfermo.

Se coloca la sábana encimera dejando el esbozo en la parte superior y quedando holgada en los pies, para una movilidad mas libre. Se arreglan las esquinas y se coloca la manta y colcha si se precisa.

Se coloca la almohada.

C. En bandeja

Si el paciente está completamente inmovilizado, (politraumatizados, neurológicos etc.) se precisa un equipo de cuatro personas, colocadas en parejas en ambos lados de la cama para poderlo levantar en bandeja y colocar la ropa en la cama.

2.4. Cama post-quirúrgica

Se realiza igual que la cama vacía, teniendo en cuenta las siguientes excepciones:

Se coloca en la cabecera un travesero, de modo que si se ensucia por vómitos, es tarea más fácil cambiar el travesero que la sábana bajera y no es tan molesto para el paciente postoperado.

La lencería superior no se mete debajo del colchón en el lado de los pies, para facilitar el paso de la camilla a la cama.

Se comprobará, que disponga de soporte de suero y que los sistemas de toma de oxígeno y vacío funcionen correctamente.

2.5. Limpieza de la cama.

La cama se limpiará una vez a la semana o siempre que quede libre con agua y jabón, secándola posteriormente con un paño seco.

El colchón se limpiará diariamente con un paño y si el paciente puede levantarse le daremos la vuelta.

Cuando el paciente es alto, se limpiará el colchón con agua caliente, jabón y una solución de lejía al 0,1 %.

3. Cambios posturales

El cambio postural es una medida que el equipo de enfermería pauta en función del plan de cuidados de cada enfermo.

Es aconsejable la participación del mayor nº de colaboradores, aumentando este en función de los requerimientos y gravedad del paciente.

De forma genérica se pauta en aquellos enfermos que provisional o definitivamente han perdido su autonomía y movilidad y se encuentran encamados.

Siempre se respetará la alineación corporal y se protegerán las partes catalogadas de más sensibles o susceptibles de lesionarse.

El ritmo y característica de los cambios se define en función del plan de cuidados de cada paciente.

3.1. Movilización del paciente

Es imprescindible realizar movilizaciones periódicas a pacientes encamados o con grandes dificultades para realizar movimientos activos.

3.1.1. Pacientes encamados.

Se realizaran cambios posturales cada 2 horas:

Decúbito lateral (de lado): derecho e izquierdo.

Decúbito supino (boca arriba)

Decúbito prono (boca abajo)

Vigilar al paciente comatoso, con problemas de deglución o vómito, con problemas respiratorios ya que determinadas posturas no las tolerará.

Deben evitarse posturas incorrectas:

Evitar flexión excesiva de cabeza

Evitar la extensión excesiva de la cabeza

Evitar extensión de rodillas

Evitar rotación externa de cadera

Evitar la flexión plantar del pie (debe estar a 90°)

Evitar los brazos pegados al cuerpo

Una postura incorrecta podrá ocasionar:

Contracturas

Escaras

Deformidades

Acortamientos.

Para mantener una buena colocación del paciente podremos utilizar:

Almohadas

Sacos

Cojines

Férulas: antequino

Antirrotación externa.

3.1.2. Transferencias.

Son el cambio de posición del paciente.

Al movilizar al paciente para cambiarlo de posición siempre hemos de solicitar su participación, de forma que sea él, el que realice el esfuerzo. Así se estimulará su autonomía.

Si el paciente está incapacitado para ayudarnos, hemos de valernos de diferentes sistemas para moverlo, intentando que el auxiliar realice un mínimo esfuerzo.

Utilizaremos:

Sábanas
Grúas
Tablas

Es muy importante que el auxiliar no actúe solo; en muchas ocasiones para levantar al paciente es necesario la asistencia de 2, 3, o 4 personas según características, por ejemplo obesidad, y según la transferencia a realizar, por ejemplo del suelo a la cama.

El auxiliar siempre debe realizar el mínimo esfuerzo, ya que una mala maniobra le puede ocasionar:

Contracturas
Hernias discales
Esguinces

La mayoría de las veces se trabaja a contratiempo y para evitar perder unos minutos, no se utiliza la grúa o no se espera la llegada de los compañeros, para realizar la maniobra.

Normativas a tener en cuenta:

Solicitar la ayuda del paciente

Enseñarle a usar las ayudas técnicas (asideros, triángulo etc.,...)

Esperar la ayuda de los compañeros

En caso de que un paciente se caiga, no querer incorporarlo de golpe (en caso de no controlarlo), sino sujetarlo y dejarlo suavemente en el suelo, a continuación pedir ayuda.

Utilizar siempre las grúas.

4 Drenajes: manipulaciones y cuidados

Se denomina drenaje, al procedimiento técnico que permite y facilita la salida al exterior del organismo, de secreciones (pus, exudados, etc.), líquidos orgánicos (orina, sangre, bilis, etc.) e incluso aire (drenaje torácico) Es utilizado por casi todas las especialidades médicas y quirúrgicas.

Sus objetivos los describiremos en el cuadro siguiente:

Evitar el acumulo de líquidos y gases en cualquier parte del organismo (cavidades, tejidos blandos, etc.)

Reducir los riesgos de infecciones.

Evacuar sangre y exudados.

Facilitar el control de líquidos y de gases, así como de sus características.

Facilitar la cicatrización de las heridas.

Los **tipos de drenajes** existentes, pueden clasificarse mediante distintos criterios, como son:

El **mecanismo** utilizado para el drenaje.

El **circuito** de drenaje.

Según el mecanismo que se utiliza para el drenaje:

Drenajes simples: drenan los exudados por capilaridad. Los líquidos pasan del lugar donde se han acumulado al exterior ayudados por la fuerza de la gravedad por medio de la capilaridad. Es conveniente que exista un desnivel entre la herida y el recolector (bolsa, frasco, etc.)

Los más utilizados son:

Penrose: Consistente en un tubo de caucho o de látex de una sola luz y de distintos diámetros. Se coloca al final de las intervenciones quirúrgicas a través de una pequeña incisión a distancia de la herida y fijado a la piel con un punto de seda. Existe una variante que es el de cigarrillo, en el que para ayudar a absorber los líquidos se colocan gasas en su interior.

Se utiliza para control de hemorragias postoperatorias, para drenar exudados de cavidades (peritonitis, abscesos pancreáticos o hepáticos etc.).

De Kher: Consistente en un tubo de silicona en forma de T. Los extremos cortos se colocan en el colédoco y conducto hepático y el largo, hacia el exterior de la pared abdominal, teniendo en su extremo una bolsa cerrada y estéril que se colocará a un nivel más bajo que el paciente.

Se utiliza en colecistectomías, para asegurar el paso de la bilis al colédoco y disminuir la presión en su interior, asegurando la salida de las secreciones al duodeno o al exterior.

De tejadillo: Consistente en una lámina de plástico flexible y con irregularidades en su superficie que se utiliza en el tratamiento de heridas contaminadas, para que no cierren con la infección en su interior y lo hagan por segunda intención, cuando ésta ya se haya resuelto.

Drenajes por aspiración: Drenan los exudados por aspiración, mediante un sistema de vacío que mantiene una presión negativa continua.

El más característico es:

De Redón: Consistente en un tubo de material plástico, flexible y con unos agujeros o hendiduras en el extremo que se coloca en el lugar que se quiere drenar. El otro extremo se adapta herméticamente a un recipiente estéril y con vacío (la presión en su interior es menor a la atmosférica) para producir una aspiración continua.

Se utiliza en cirugía para evacuar hematomas.

Existe una variedad que son los drenajes conectados a un sistema de vacío central y eléctrico que permite graduar la presión negativa. Se utilizan en drenajes torácicos.

Según el circuito de drenaje:

Drenajes cerrados: El tubo proximal se aboca a un recipiente estéril, con o sin vacío u aspiración. Siempre se mantiene estéril.

Drenajes abiertos: En los que el drenaje se aboca a la misma piel, sobre gasas o compresas. Sólo se utiliza en el drenaje de heridas contaminadas.

4.1. Cuidados específicos de los drenajes.

El auxiliar debe realizar los siguientes cuidados específicos, durante la manipulación de los drenajes.

Mientras el drenaje esté colocado:

Comprobar la permeabilidad.

Control del punto de anclaje, para que no pueda arrancarse.

Realizar la cura del anclaje, independientemente de la cura de la herida quirúrgica, con técnica aséptica y cambio del apósito.

No elevar el sistema colector por encima de la herida, para evitar reflujos.

Control de los productos resultantes del drenaje: color, cantidad, aspecto, etc.

Cualquier cambio hay que comunicarlo al médico o a la enfermera.

Cambio del aparato colector según prescripción médica, comprobando el sistema de aspiración y de vacío, periódicamente.

Al retirar el drenaje:

Los drenajes simples, no se retiran de una vez, sino que se va extrayendo unos 2 o 3 cm., al día, con lo que se consigue que se vaya cerrando el espacio que ocupaba y no fistulice.

Los de Kher, se retiran después de comprobar que las vías biliares tengan un buen funcionamiento.

Los de Redón en cambio se retiran de una sola vez, sin desconectar la aspiración, para que los líquidos no retrocedan.

La manipulación ha de ser estéril.

5. Técnicas de deambulación.

5.1 Procedimiento de ayuda en la deambulación:

- 1-Asegúrate de que el procedimiento no está contraindicado.
- 2-Lávate las manos y ponte los guantes.
- 3-Explica el procedimiento al paciente y solicita su colaboración. No olvides advertirle que durante la deambulación es mejor fijar la vista al frente y no al suelo.
- 4-Tranquiliza al paciente para que se sienta seguro y no fracase el procedimiento.
- 5-Frena la cama.
- 6-Realiza el procedimiento de movilización para la incorporación del paciente hasta que quede sentado sobre la cama.
- 7-Sujetando la espalda del paciente, gira las extremidades inferiores del paciente hasta que las piernas cuelguen del borde de la cama.
- 8-Ayúdalo a ponerse la bata y calzado adecuado.
- 9-Coloca uno de tus pies delante de los pies del enfermo y, el otro, a un lado.
- 10-Flexiona tus rodillas y pide al paciente que rodee tu tórax con ambas extremidades superiores. Ayuda al paciente a alcanzar la bipedestación.
- 11-Colócate a su lado y pasa un brazo alrededor de su cintura. El paciente apoya su mano y antebrazo sobre el hombro tuyo que queda más alejado. Puedes sujetar la mano libre del paciente con tu mano libre.
- 12-Mientras se realiza el desplazamiento, vigila en todo momento los cambios que se puedan producir en el paciente (palidez, sudoración, cansancio ...). Si uno de estos cambios aconteciera, interrumpe la deambulación y solicita ayuda para trasladar al paciente a su cama o al sillón.
- 13-Cuando finalice la deambulación deja al paciente perfectamente acomodado en su unidad.

14-Quítate los guantes y lávate las manos.

15- Informa del procedimiento realizado y señala las observaciones si las hubiera.

5.2 Deambulación con muletas con marcha en dos puntos.

Este tipo de marcha suele utilizarse cuando el paciente no puede mantenerse cargando todo el peso de su cuerpo sobre las extremidades inferiores, pero conserva una buena coordinación muscular y suficiente fuerza en las extremidades superiores.

Para este procedimiento hay que realizar todos los pasos del procedimiento de ayuda en la deambulación. El único que cambia es el punto 11 quedando como se describe a continuación:

- a) Coloca al paciente un cinturón de traslado.
- b) Dale las muletas al paciente y sitúate detrás de él y ligeramente a un lado. Sujétalo con una mano por el cinturón de traslado.
- c) Dile al paciente que descanse el peso del cuerpo sobre la muleta derecha y el pie izquierdo y que, al mismo tiempo, adelante la muleta izquierda y el pie derecho unos 20 cm.
- d) Dile al paciente que desplace el peso de su cuerpo hacia la muleta izquierda y el pie derecho, y que, al mismo tiempo, adelante 20 cm. la muleta derecha y el pie izquierdo.
- e) Pídele al paciente que repita todos estos pasos una y otra vez hasta que domine la marcha.

5.3 Deambulación con muletas con marcha en cuatro puntos.

Este tipo de marcha suele utilizarse cuando el paciente no puede mantenerse cargando todo el peso de su cuerpo sobre las extremidades inferiores y, además, no tiene una buena coordinación muscular pero sí que tienen suficiente fuerza en las extremidades superiores.

Para este procedimiento hay que realizar todos los pasos del procedimiento de ayuda en la deambulación. El único que cambia es el punto 11 y queda como sigue:

- a) Coloca al paciente un cinturón de traslado.
- b) Dale las muletas y sitúate detrás de él y ligeramente a un lado. Sujétalo con una mano por el cinturón de traslado.
- c) Dile que permanezca en pie, con el peso distribuido entre las dos extremidades inferiores y las dos muletas.
- d) Pídele que desplace su muleta izquierda hacia delante y que, mientras lo hace, redistribuya el peso del cuerpo entre las dos extremidades y la muleta derecha.
- e) Pídele que desplace el pie derecho hacia delante, de manera que quede a la misma altura que la muleta izquierda.
- f) Pídele que mueva la muleta derecha hacia delante mientras el peso del cuerpo se apoya entre las dos extremidades y la muleta izquierda.
- g) Pídele que desplace el pie izquierdo hasta que quede a la altura de las dos muletas.
- h) Pídele al paciente que repita todos estos pasos una y otra vez hasta que domine la marcha.

5.4 Deambulación con muletas con marcha en 3 puntos sin carga en una de las extremidades inferiores

Este tipo de marcha se utiliza cuando el paciente no puede sostener el peso del cuerpo

sobre una extremidad inferior, pero mantiene un uso normal de la otra extremidad y de la parte superior del cuerpo.

Para este procedimiento hay que realizar todos los pasos del procedimiento de ayuda en la deambulaci3n. Cambiando el punto 11 por 3ste que describimos a continuaci3n:

En este ejemplo de procedimiento suponemos que el paciente no puede cargar el peso sobre la extremidad inferior izquierda.

- a) Coloca al paciente un cintur3n de traslado.
- b) Dale las muletas al paciente y sitúate detr3s de 3l y ligeramente a un lado. En estos casos es preferible situarse por el lado del paciente por el que no apoya la extremidad, es decir, en nuestro ejemplo el izquierdo.
- c) Sujétalo con una mano por el cintur3n de traslado.
- d) Dile que permanezca en pie con la rodilla izquierda ligeramente flexionada para no apoyar ese pie, y que cargue todo el peso del cuerpo sobre el pie derecho y las muletas.
- e) Pídele que cargue todo el peso del cuerpo sobre el pie derecho y que a la vez adelante ambas muletas.
- f) Pídele que, sin apoyarla, desplace la extremidad inferior izquierda hacia delante, de manera que quede a la altura de las muletas.
- g) Pídele que descanse el peso del cuerpo sobre ambas muletas mientras desplaza hacia delante la extremidad inferior derecha.
- h) Pídele que descanse el peso del cuerpo sobre la extremidad inferior derecha y sobre ambas muletas.
- i) Pide al paciente que repita todos estos pasos una y otra vez hasta que domine la marcha.

5.5 Deambulaci3n con muletas con marcha en 3 puntos m3s uno con apoyo parcial.

Este tipo de marcha se utiliza cuando el paciente puede soportar todo su peso en una extremidad inferior y, adem3s, puede cargar parcialmente peso en la otra extremidad.

Para este procedimiento hay que realizar todos los pasos del procedimiento de ayuda en la deambulaci3n. S3lo se modifica el punto 11 y queda como en el procedimiento que describimos a continuaci3n:

En este procedimiento vamos a suponer que el paciente puede cargar el peso parcialmente en la extremidad inferior izquierda.

1. Coloca al paciente un cintur3n de traslado.
2. Dale las muletas y sitúate detr3s de 3l y ligeramente a un lado. En estos casos es preferible situarse por el lado del paciente por el que puede apoyar parcialmente la extremidad, es decir, en nuestro ejemplo el izquierdo.
3. Sujétalo con una mano por el cintur3n de traslado.
4. Dile que permanezca en pie cargando la mayor3a del peso sobre la extremidad inferior derecha y las muletas.
5. Pide al paciente que adelante las dos muletas y que a continuaci3n desplace el pie izquierdo hasta situarlo a la altura de las muletas.
6. Pídele que traslade su peso sobre el pie izquierdo y las muletas mientras mueve la extremidad inferior derecha un poco por delante de las muletas.
7. Pide al paciente que repita todos estos pasos una y otra vez hasta que domine la marcha.

6. Técnicas de traslado.

El traslado es el desplazamiento del paciente de un lugar a otro en la sala de hospitalización o de un servicio a otro, se puede realizar en la cama, en la camilla, en la silla de ruedas, etc.

En todos los casos, la movilización y/o el traslado del paciente, debe tener como premisa fundamental la seguridad del paciente y la salud de los obrantes.

6.1 Normas generales para el traslado de los pacientes:

- 1- Asegurarse de que el traslado no está contraindicado.
- 2· Lavarse las manos antes y después de ponerse en contacto con el paciente.
- 3· Preparar los recursos materiales necesarios para cada situación: guantes, bata, zapatillas, sábanas, manta, cojines, butaca, banquillo, silla de ruedas, camilla, etc.
- 4· Explicar el procedimiento al paciente y pedir su colaboración.
- 5· Procurarle intimidad, colocando un biombo, si es preciso.
- 6· Frenar el aparato/mobiliario donde esté ubicado el paciente y colocarlo en la posición apropiada.
7. Realizar la técnica con seguridad, evitando lesionar o incomodar excesivamente al paciente. Por ello es necesario que tengamos en cuenta lo siguiente:
 - La sujeción del paciente sea firme para evitar posibles caídas.
 - Es preferible realizar el transporte entre dos, tres o más personas, según el caso.
 - La necesidad de una buena coordinación entre las personas que realicen la técnica exige que, previamente, se acuerde un procedimiento (contar hasta tres, que una persona diga una palabra concreta, etc.) para conseguir que el movimiento sea simultáneo.
 - Si el paciente lleva insertadas sondas o sueros, la enfermera los pinzará o elevará durante la maniobra.
- 8· Una vez trasladado el paciente, se le acomodará con almohadas o cojines y se le cubrirá con una sábana o manta.
- 9· Durante el traslado no se le debe abandonar en los pasillos ni pararle entre corrientes.
- 10· Si durante el desplazamiento es necesario atravesar alguna rampa, deben tomarse las medidas de seguridad necesarias para cada caso y extremarse las precauciones.
- 11· Comunicar a la enfermera lo observado durante la realización de la técnica y cumplimentar los registros, si fuera necesario.

6.2 Traslado del paciente de la cama a la camilla.

6.2.1 Traslado del paciente de la cama a la camilla. Paciente que colabora.

Dependiendo del grado de colaboración del paciente, el procedimiento puede ser llevado a cabo por una o dos personas.

Este procedimiento contempla todos los pasos del punto 6.1 Normas generales para el traslado de pacientes, teniendo en cuenta para la realización de la técnica, además de lo ya descrito en el punto 7, las siguientes indicaciones:

- 1- Retira la lencería hacia los pies de la cama. Cubre al enfermo con una sábana

o manta.

2- Sitúa la camilla paralela a la cama de manera que ambas cabeceras coincidan.

3- Frena la camilla.

4- Sitúate en el lado de la camilla más alejado de la cama. Empuja y sujeta la camilla con tu cuerpo para que quede pegada a la cama.

5- Sujeta la sábana o manta que cubre al paciente para que no se deslice cuando el enfermo se mueva.

6- Pide al enfermo que se deslice de la cama a la camilla. En caso de que sea necesario ayúdale movilizándolo los hombros, las caderas y, por último, las extremidades inferiores (como en la movilización del paciente hacia el borde de la cama).

7- Si está permitido, pon una almohada debajo de su cabeza. Acomoda al paciente y cúbrelo con una sábana.

6.2.2 Traslado del paciente de la cama a la camilla. Paciente que NO colabora.

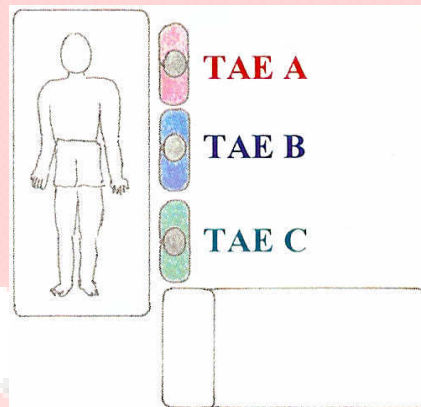
Este procedimiento será realizado como mínimo por tres personas Las nombraremos con las letras A, B Y C.

Al igual que el anterior, este procedimiento contempla todos los pasos del punto 6.1 Normas generales para el traslado de pacientes, teniendo en cuenta para la realización de la técnica, además de lo ya descrito en el punto 7, las siguientes indicaciones:

1.Retira la lencería hacia los pies de la cama.

2.Sitúa la camilla perpendicularmente a los pies de la cama y frénala. La cabecera de la camilla debe quedar pegada a los pies de la cama.

3.Sitúense las tres personas a lo largo del lateral de la cama por el lado donde se encuentra la camilla. La persona “A” se colocará a la altura de los hombros del paciente, la “B” a la altura de las caderas y, la “C”, a la de los pies.



4. Deslicen las manos y antebrazos como se indica:

- TAE A: una mano y antebrazo por debajo del cuello y hombros del paciente y, la otra mano y antebrazo, por debajo de la región dorsal.

- TAE B: una mano y antebrazo por debajo de la región lumbar y, la otra mano y antebrazo, por debajo de la parte proximal de los muslos.

- TAE C: una mano y antebrazo por debajo de la parte distal de los muslos y, la otra mano y antebrazo, por debajo de los tobillos.

5. A la señal del director de la maniobra, que es el TAE A, levanten al paciente lenta y cuidadosamente y, al mismo tiempo, gírenlo hasta que la parte anterior del cuerpo del paciente quede apoyada y en contacto con el tórax de los T AEs. Con este giro se aproxima el centro de gravedad del paciente con el de los T AEs, lo que supone un

menor esfuerzo.

6. A la señal del director de la maniobra, trasladen al paciente hacia la camilla y dépositenlo suavemente sobre ella.

7. Si está permitido, pon una almohada debajo de su cabeza. Acomoda al paciente y cúbrelo con una sábana.

6.2.3 Traslado del paciente de la cama a la camilla. Técnica de la sábana de arrastre.

En determinadas circunstancias se podrá realizar el traslado por medio de la **técnica de sábana de arrastre**, en este caso es necesaria la participación de dos o cuatro personas.

Como las anteriores, en este procedimiento se llevan a cabo todos los pasos del punto 6.1 Normas generales para el traslado de pacientes, teniendo en cuenta para la realización de la técnica, además de lo ya descrito en el punto 7, incluiremos las siguientes indicaciones:

- 1- Retira la lencería hacia los pies de la cama. Cubre al enfermo con una sábana o manta.
- 2- Sitúa la camilla paralela a la cama de manera que ambas cabeceras coincidan.
- 3- Se frena la camilla.
- 4- Una persona, cuando sólo sean dos los técnicos, o, dos personas cuando sean cuatro los TAEs, se sitúa/n por el lado libre de la cama y, el otro, frente al primero por el lado libre de la camilla.
- 5- Al mismo tiempo ambos técnicos sujetan y elevan la sábana bajera para conseguir desplazar al paciente hacia la camilla, unos tirando y otros empujando hacia ella.



6.3 Traslado del paciente de la camilla a la cama.

Se utilizan los mismos procedimientos y técnicas que se han descrito en el punto anterior (6.2) con la única diferencia de que se invierte el orden del objeto, (ahora sería, de la camilla a la cama), sobre el que está situado el paciente a la hora de realizar el traslado.

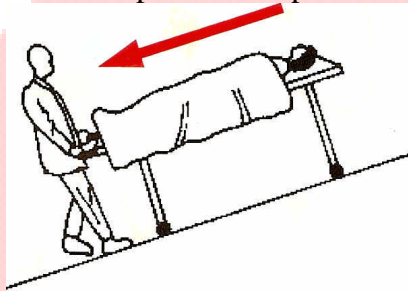
6.4 Traslado del paciente en camilla.

Siempre que tengamos que trasladar a un paciente en la camilla, hemos de tener en

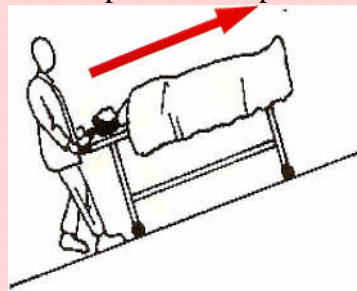
cuenta los siguientes aspectos:

- Nos colocamos detrás de la cabeza del enfermo y empujamos la camilla agarrándola por los asideros.
- Cuando empujemos la camilla, caminaremos hacia delante de modo que el paciente vaya de cara al sentido de la marcha.
- Con nuestro cuerpo y en todo momento protegeremos la cabeza del paciente.
- Al tomar un ascensor empujamos la camilla hacia el interior entrando primero los pies y, mientras el ascensor se está moviendo, permanecemos en la cabecera.
- Cuando salgamos del ascensor tiraremos de la camilla hacia nosotros y sacaremos primero la cabecera.
- Si en el desplazamiento es necesario atravesar alguna rampa hemos de comprobar el ajuste de los cinturones de seguridad y extremar las precauciones.
- Si vas a descender una rampa sitúate por los pies de la camilla, de espaldas a la pendiente y de frente al paciente. Esta es una de las pocas situaciones en las que debes colocarte a los pies de la camilla. Descenderás la pendiente marcha atrás, con cuidado de no tropezar con obstáculos. El paciente irá de cara al movimiento descendente de la camilla.
- Si vas a subir una rampa, sitúate detrás de la cabecera y de frente a la pendiente. Subirás la pendiente marcha adelante. El paciente irá de cara al movimiento ascendente de la camilla.

Descenso por una rampa.



Subida por una rampa.



Observaciones comunes a los procedimientos de traslado de pacientes con o en camilla:

Recordar que las camillas cuentan con cinturones de seguridad, y, que es conveniente ajustarlos cuando el paciente va a ser trasladado a otra planta o servicio.

Si el paciente tiene conectada una sonda, una vez pinzada, colocaremos la bolsa sobre la camilla/cama durante el traslado.

6.5 Traslado del paciente de la cama a la silla de ruedas.

6.5 .1 Traslado del paciente de la cama a la silla de ruedas. Paciente que colabora.

Este procedimiento, podrá ser realizado por un solo técnico y contempla todos los pasos del punto 6.1 Normas generales para el traslado de pacientes, y, además de lo ya descrito en el punto 7, se deben tener en cuenta para la realización de la técnica, debemos incluir las siguientes indicaciones:

- 1- Si fuera necesario, preparar la silla cubriendo la base y el respaldo con una manta.
- 2- Llevar la silla de ruedas junto a la cama y situar el respaldo cerca de los pies de la

cama.

- 3- Frenar la silla de ruedas.
- 4- Elevar los reposapiés y, si fuera necesario, retirarlos para que no estorben.
- 5- Poner la cama en la posición horizontal más baja. Si esto no fuera posible, se coloca un banquillo en el suelo en el lugar idóneo para que el paciente pueda apoyar sus pies.
- 6- Se doblará la ropa de la cama hacia los pies del enfermo.
- 7- Realizar el procedimiento de movilización del paciente desde el decúbito hasta la bipedestación.
- 8- Ofrecerle la bata.
- 9- Ayudar al enfermo a volverse de tal forma, que quede próximo y de espaldas a la silla de ruedas.
- 10- Se ayuda al enfermo a sentarse en la silla de ruedas cogiéndolo por ambas axilas mientras él se agarra a tu cintura.
- 11- Si has retirado los reposapiés colócalos. Baja los reposapiés y deposita sobre ellos los pies del paciente.
- 12- Si fuera necesario, coloca almohadas y ajusta la manta para que abrigue los hombros, los muslos y las piernas del paciente. Remete la manta bajo los pies.
- 13- Alisa y arregla la ropa de la cama para que quede preparada.
- 14- Si fuera necesario, se instruye al paciente sobre el funcionamiento de la silla.

6.5 .2 Traslado del paciente de la cama a la silla de ruedas. Paciente que No colabora.

Este procedimiento será realizado como mínimo por dos personas.

Al igual que el anterior, este procedimiento contempla todos los pasos del punto 6.1 Normas generales para el traslado de pacientes, teniendo en cuenta para la realización de la técnica, además de lo ya descrito en el punto 7, se deben incluir las siguientes indicaciones:

- 1-Si fuera necesario, se prepara la silla de ruedas cubriendo la base y el respaldo con una manta.
- 2- Colocar la silla de ruedas cerca la cama y se sitúa el respaldo próximo a la cabecera.
- 3- Se retira el reposa brazos próximo a la cama y se frena la silla.
- 4- Elevar los reposapiés y, si fuera necesario, retirarlos para que no estorben.
- 5- Poner la cama en la posición horizontal más baja.
- 6- Se dobla la ropa de la cama hacia los pies del enfermo.
- 7- Realizar el procedimiento de movilización para la incorporación del paciente hasta que quede sentado sobre la cama y giramos sus extremidades inferiores hasta que cuelguen. Este giro debes realizarlo sujetando al enfermo por la espalda.
- 8- Ponerle la bata y las zapatillas al paciente.
- 9- Cada uno de los técnicos se colocan a cada lado del enfermo, tomando al paciente por las axilas y los muslos.
- 10- A la señal del técnico que dirige la maniobra levantan suavemente al paciente y lo depositan en la silla.
- 11- Si se han retirado los reposapiés, colócalos. Baja los reposapiés y apoya sobre ellos los pies del paciente.
- 12- Coloca el reposabrazos que habías retirado.
- 13- Si fuera necesario, coloca almohadas y ajusta la manta para que abrigue los hombros, los muslos y las piernas del paciente. Remete la manta bajo los pies.
- 14- Si fuera necesario, ajustar los cinturones de seguridad.
- 15- Alisa y arregla la ropa de la cama para que quede preparada.

6.6 Traslado del paciente de la cama al sillón de la unidad o servicio.

Exceptuando en lo referido a características propias de las sillas de ruedas, los procedimientos y técnicas a seguir en este punto son idénticos a los vistos en los apartados anteriores 6.5.1 y 6.5.2, con las indicaciones específicas para los pacientes que colaboran y los pacientes que no colaboran, respectivamente.

6.7 Traslado del paciente de la silla de ruedas y/o sillón del servicio a la cama.

Se utilizan los mismos procedimientos y técnicas que se han descrito en los puntos anteriores (6.5 y 6.6) con la única diferencia de que se invierte el orden del mobiliario sobre el que está ubicado el paciente en el momento de realizar el traslado, en este caso, el desplazamiento del paciente se produce desde la silla de ruedas o desde el sillón del servicio hasta la cama.

Por supuesto, cuando hayamos terminado el traslado del paciente, nos encargaremos de retirar y guardar la silla de ruedas en su lugar correspondiente, plegándola si fuera necesario, o, colocamos el sillón de la unidad o servicio en el lugar adecuado.

6.8 Traslado del paciente en la silla de ruedas.

La silla de ruedas es ideal para trasladar a los pacientes de un lugar a otro cuando no se encuentran con fuerzas suficientes para deambular o bien, tienen la deambulación contraindicada.

Por una u otra razón, este tipo de traslado suele resultar agradable para el paciente, pues supone salir de la unidad, relacionarse con otros pacientes y, en algunos casos, significa un paso hacia la recuperación.

Cuando se traslada a un paciente en silla de ruedas ésta se empuja desde la parte posterior tomándola por los asideros. Recuerda que la espalda del TAE debe permanecer recta durante el procedimiento.

Existen varias circunstancias en estos traslados que debemos tener en cuenta:

- Entrada a un ascensor.- El TAE entra al ascensor de espaldas y, cogiendo la silla por los asideros, tira de ella hacia el interior del ascensor.
- Salida de un ascensor.- Se da la vuelta a la silla dentro del ascensor. El TAE sale del ascensor de espaldas y, cogiendo la silla por los asideros, tira de ella hacia fuera del ascensor.
Cuando las dimensiones del ascensor no permiten girar la silla no quedará más remedio que salir de frente, pero no es lo correcto porque el paciente puede caer hacia delante.
- Subida y bajada por rampas poco inclinadas.- Se realiza del mismo modo que en llano, es decir, empujando hacia delante. Ten precaución al descender la rampa e inclina tu cuerpo un poco hacia atrás con el fin de hacer contrapeso.
- Subida por una rampa muy inclinada.- El TAE subirá la rampa de espaldas, tomando la silla por los asideros. La silla irá inclinada hacia atrás de tal forma que sólo se apoya en las dos ruedas posteriores.
- Bajada por una rampa muy inclinada.- El TAE toma la silla por los asideros y baja la rampa de espaldas. Las cuatro ruedas de la silla se apoyan en la rampa.

En todos los casos en los que el TAE camine de espaldas, durante el traslado de un enfermo, debe mirar con frecuencia hacia atrás para evitar colisiones y asegurarse de la dirección que lleva.



6.9 Traslado del paciente en la cama.

En algunas ocasiones se utiliza la cama para realizar el traslado del paciente, por ejemplo cuando se le traslada a quirófano, a realizar pruebas diagnósticas, ... con el fin de mejorar la acomodación del enfermo.

Los procedimientos y técnicas a tener en cuenta para este tipo de traslados son muy similares a los observados en el traslado en camilla del punto 6.4

CGT