

Cuidados de la Piel y Mucosas.

Higiene de Paciente:



1. Aseo Corporal:

Definición:

Limpieza y conservación de la piel y anejos del paciente con déficit de autocuidados para mantenerlo en el mejor estado posible, llevando a cabo total o parcialmente su aseo diario, según su grado de incapacidad, durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Objetivos:

- Aumentar la confortabilidad del paciente.
- Realizar la profilaxis contra la infección.
- Prevención de lesiones cutáneas.
- Estimular la circulación de forma local y general.

Indicaciones:

- Como mínimo una vez al día.
- Siempre que se observe sudoración o realización de deposiciones.
- Cuando el paciente lo solicite.

- Siempre se tendrá en cuenta el proceso asociado del paciente, así como su estado hemodinámico y respiratorio.

Equipo y Material:

Recursos humanos:

- Enfermero/a.
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Recursos Materiales:

- Guantes limpios.
- Esponja desechable.
- Palangana de agua tibia de lavado y aclarado.
- Jabón con pH neutro.
- Crema hidratante y colonia.
- Peine.
- Toallas.
- Material de afeitado.
- Biombos o cortinas.

Procedimiento:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
Explicación del procedimiento y su utilidad al paciente: Comunicar a actividad que se va a realizar y garantizar su intimidad.	Disminuye la ansiedad del paciente y se estimula su colaboración.
Aseo del paciente consciente:	
Lavado de manos y utilización de guantes	Evita la transmisión de microorganismos.
Si el paciente no puede asearse por si mismo, hablarle, explicarle la necesidad de ayuda	De esta manera se contribuye a reducir la ansiedad y a aumentar su colaboración.
Colocar al paciente en decúbito supino, retirando la ropa que cubre la cama y manteniendo la almohada puesta si el paciente lo desea, dejándole tapado con la sábana superior la zona genital.	Respetar la intimidad y confortabilidad del paciente.
Si el paciente colabora: se le facilitará los útiles de aseo, y se le brindará ayuda. Si el paciente no colabora: Se comenzará lavándole la cara y después el cuello, el tórax, las axilas y los brazos, siguiendo un proceso de lavado y aclarado y secado	Se debe seguir un proceso lógico y adecuado. Se ha de insistir en que la piel no quede húmeda para evitar maceraciones, úlceras y prevenir el crecimiento bacteriano.

para continuar por los miembros inferiores y finalizar en la zona genital.	
o con antiséptico en nuestra Unidad: Aplicaremos clorhexidina jabonosa para el aseo del paciente dos veces en semana. Generalmente los martes y viernes. Si el paciente se encuentra en Aislamiento por Germen Multirresistente y, siempre que no esté contraindicada su utilización, la aplicación de antiséptico será a diario.	Se debe aplicar antiséptico con vistas a la prevención y el manejo del crecimiento bacteriano. clorhexidina como antiséptico permanece en la piel de forma residual durante 6 horas, a partir de ese momento, podremos aplicar cremas, desodorantes, ácidos grasos hiperoxigenados, medicación vía tópica, etc.
ar el aseo de los genitales de la siguiente forma: • Varones: lavar retirando el prepucio con agua y jabón, dejándolo colocado hacia delante. • Mujeres: Lavar los genitales con agua y jabón, desde el periné hasta el recto.	• Varones: Debemos evitar la edematización y el edema de glándula y la compresión de la uretra. • Mujeres: Prevenimos las infecciones urinarias y vaginales.
inucción, se realizará el secado meticuloso en zonas e pliegue y periné.	
r al paciente en decúbito lateral (si lo tolera) para realizar el aseo de la espalda, y seguir el mismo proceso de lavado, aclarado y secado, vigilando minuciosamente la piel en busca de lesiones Finalmente aplicar crema hidratante o Ácidos Grasos Hiperóxigenados en prominencias óseas si lo requiere.	
alizar el aseo de la espalda, es aconsejable efectuar las curas de heridas del paciente (Úlceras por presión, humedad, etc.).	a movilizaciones innecesarias.
Aseo del paciente inconsciente:	
bería seguir la misma pauta de actuación que en el paciente consciente, sin embargo, el profesional de enfermería debería valorar los dispositivos del paciente en cada movilización.	esional de Enfermería se encarga de vigilar y sujetar tubos traqueales, sondas y catéteres para evitar su manipulación accidental, coordinando la maniobra.
os mantener la monitorización y vigilancia del paciente durante el aseo, valorando su tolerancia a la movilización y el riesgo de inestabilidad.	evienen y tratan complicaciones como los aumentos de presión intracraneal o de presión del respirador por secreciones, inestabilidad hemodinámica, etc., en cuyo caso debería suspenderse el aseo para

	valorar la necesidad de sedación, aspirar secreciones al enfermo, etc.
--	--

Registro de Enfermería:

Deben anotarse en la gráfica las técnicas realizadas, así como cualquier lesión cutánea que se haya encontrado durante el aseo.

Complicaciones:

- Inestabilidad del paciente durante el aseo.
- Retirada accidental de catéteres, sondas, tubos traqueales, etc.

2. Lavado de la cabeza:

Definición:

Higiene y limpieza del cuero cabelludo y pelo.

Objetivos:

- Retirar la suciedad y la grasa, ayudando a prevenir a irritación cutánea.
- Estimular la circulación del cuero cabelludo.

Indicaciones:

- Como mínimo una vez a la semana en el aseo diario.
- Cuando se aprecie: gran sudoración, restos de sangre u otras sustancias, cabello graso, pediculosis, etc.
- No está indicado en pacientes con lesión craneal como craneotomía reciente, fractura craneal como hundimiento o patologías que requieran la monitorización de la presión intracraneal.

Equipo y material:

Recursos humanos:

- Enfermero.
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Recursos materiales:

- Recipiente de agua con temperatura de 37-40°C.
- Champú con pH neutro.
- Dos empapadores.
- Recipiente colector.
- Toallas: una de baño y otra de lavado.
- Peine y cepillo.
- Guantes limpios.

Procedimiento:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
ción del procedimiento y su utilidad al paciente.	minuye la ansiedad del paciente y se estimula su colaboración.
Preparación del paciente:	
la almohada y colocar al paciente en ligera posición de Trendelenburg (si no hay contraindicaciones, y valorando la tolerancia de la técnica), de forma que la cabeza quede próxima al borde superior de la cama y sus caderas centradas en el colchón.	tende buscar la mayor comodidad para el paciente y facilitar la labor del personal de Enfermería.
paciente intubado, siempre y cuando se le pueda movilizar. Se seguirán las mismas pautas de actuación. De lo contrario, realizar el lavado de cabeza con el paciente centrado en la cama y sin desplazarle.	enfermera se encarga de vigilar y sujetar los tubos traqueales, sondas y catéteres para evitar su extracción accidental, coordinando la maniobra.
Preparación del procedimiento:	
er los oídos del paciente con dispositivos de barrera.	a que penetre agua.
er la parte superior del colchón con empapadores y toalla de baño.	a mojar el colchón.
Lavado de la cabeza:	
a cabeza y aplicar champú, masajeando suavemente y en movimientos circulares con las yemas de los dedos.	timula la circulación y se evita enredar demasiado el cabello.
a fondo y volver a repetir el proceso descrito hasta que se observe la formación de espuma y agua de aclarado limpia.	sigue una total limpieza del cabello.
el empapador, bajándolo hasta el recipiente colector.	na el agua retenida en el empapador hacia el recipiente colector.
bien con una toalla el cuero cabelludo y el pelo.	e evitar la humedad en el paciente.
el dispositivo de barrera colocado en los oídos (tapones).	
r el cabello	da desenredado.

Registro de enfermería:

Anotar la técnica en la gráfica o historia de enfermería.

Complicaciones:

- Inestabilidad del paciente durante el lavado.
- Entrada accidental de jabón en ojos y oídos.
- Retirada accidental de vías, catéteres, drenajes y tubos durante la movilización.

3. Lavado de la boca:

Definición:

Higiene y limpieza de la cavidad oral.

Objetivos:

- Evitar la anidación y crecimiento de gérmenes que facilitan el desarrollo de caries, gingivitis, infecciones, etc.
- Retirar la suciedad las secreciones acumuladas.
- Evitar la sequedad y las grietas en labios y lengua.
- Proporcionar al paciente un mayor bienestar.

Indicaciones:

- Se realiza una vez por turno como mínimo.
- Cuando se observe halitosis, acumulación de secreciones, vómitos, etc.
- Cuando el paciente lo solicite.
- Si está consciente, después de las comidas.

Equipo y material:

Recursos humanos:

- Enfermero.
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Recursos materiales:

Si el paciente puede lavarse por sí mismo:

- Cepillo dental.
- Pasta dentífrica o solución antiséptica.
- Palangana.
- Toalla.
- Vaso de agua.

Si el paciente no puede lavarse por sí mismo:

- Solución de lavado antiséptica con clorhexidina.
- Sondas de aspiración.

- Gasas no estériles.
- Jeringa de 10-20 ml.
- Guantes limpios.
- Vaselina.

Procedimiento:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
Si el paciente puede lavarse por sí mismo:	
Incorporará, si no existe contraindicación, y se le facilitará los útiles de aseo.	favorecerá el autocuidado y mejora la autoestima del paciente.
Si el paciente no puede lavarse solo:	
1. Explicación del procedimiento y su utilidad al paciente, si procede.	Disminuye la ansiedad del paciente y estimulamos su colaboración con el profesional de Enfermería.
2. Preparación: Lavado de manos del personal y colocación de guantes limpios.	Mantiene las condiciones de asepsia y se previenen infecciones.
3. Lavado de la boca: • Si el paciente no tiene TOT, frotar la cavidad oral con torundas impregnadas en la solución previamente preparada. Limpiar el paladar, la cara interna de los carrillos, las encías y los dientes, secando posteriormente los labios y lubricándolos con vaselina. • Si el paciente tiene TOT: Comprobaremos la presión del neumotaponamiento (25-30 cmH₂O), aspiraremos las secreciones bucofaríngeas. Irrigación en la cavidad oral de 10-15 ml de solución de lavado, y aspirando simultáneamente con una sonda colocada en la oro faringe. Posteriormente frotar la cavidad oral con una torunda impregnada en solución y aspirar nuevamente. Limpiar los labios, cambiar la sujeción del TOT comprobando el estado de la comisura labial, revisando el nivel del TOT en comisura y fijando en la comisura contraria de donde lo tenía previamente. Se secan los labios y se lubrican. Y finalmente se comprueba el neumotaponamiento.	En el proceso se refresca la boca del paciente garantizando el confort, se previene de infecciones bucales y es una medida de prevención de Neumonía asociada a ventilación mecánica. Así, nos servimos de la técnica para observar posibles lesiones de la mucosa oral. Antes de la comprobación de la presión de neumotaponamiento para garantizar el sellado de la vía aérea. Con la lubricación evitamos la formación de grietas y úlceras en lengua y labios.

Registro de enfermería:

Se anotará el procedimiento en la gráfica de enfermería, mencionando las observaciones, lesiones y complicaciones surgidas. Además de la presión del neuomotaponamiento, nivel del TOT y la comisura a la que se fija.

Complicaciones:

- Broncoaspiración de la solución de enjuague por falta de presión del neuomotaponamiento.
- Desplazamiento del TOT.
- Ligeró sangrado en pacientes con alteración de la coagulación o sequedad excesiva de la mucosa oral.
- Heridas como grietas o úlceras producidas por mordedores, cintas de sujeción, etc.

4. Lavado de la nariz:

Definición:

Higiene y limpieza de las fosas nasales

Objetivos:

- Retirar la suciedad y secreciones.
- Humedecer la mucosa.

Indicaciones:

- Se realizará diariamente durante el aseo y en cada turno.
- Cuando se observe acumulación de secreciones
- Cuando el paciente lo pida.

Equipo y material:

Recursos humanos:

- Enfermero.
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Recursos materiales:

- Agua estéril o suero salino al 0,9%.
- Jeringa e 5 ml.
- Gasas no estériles.
- Guantes limpios.

Procedimiento:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
-----------	------------

ción del procedimiento y su utilidad al paciente.	Disminuye la ansiedad del paciente y estimulamos su colaboración con el profesional de Enfermería.
Preparación del personal: Higiene de manos y colocación de guantes limpios.	Evita la transmisión de microorganismos.
Preparación del material: Preparar una jeringa de 5 ml con agua estéril o suero salino al 0,9%.	
Lavado de la nariz: Aplicar con la jeringa 2,5 ml de la solución en cada fosa nasal. Limpiar las secreciones con gasa y secar.	

Registro de Enfermería:

Se anotará la técnica en la gráfica de enfermería.

5. Cuidados de los ojos:

Definición:

Técnicas oftalmológicas destinadas a mantener una correcta higiene, limpieza y protección de los globos oculares.

Objetivos:

- Proteger la córnea.
- Evitar el edema palpebral.
- Evitar erosiones corneales.

Lavado de ojos:

Indicaciones:

- Como norma en el aseo diario y una vez por turno en pacientes sedados.
- Cuando se observen secreciones en el ojo y la córnea, conjuntiva seca o conjuntivitis.
- Quemaduras oculares y síndrome de Lyell.
- Congestiones oculares ocasionadas por agentes químicos o físicos.

Equipo y material:

Recursos humanos:

- Enfermera.
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Recursos materiales:

- Suero salino al 0,9%.
- Gasas.
- Pomada epitelizante.
- Apósitos oculares.
- Guantes limpios.
- Esparadrapo hipo alergénico o sutura cutánea.

Procedimiento:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
Explicación del procedimiento y su utilidad al paciente.	favorecerá el autocuidado y mejora la autoestima del paciente.
Lavado de manos y uso de guantes limpios.	previene las infecciones.
Instalar gasas con suero salino al 0,9%.	la inflamación mejor tolerada por los ojos.
Limpiar cuidadosamente el ojo desde el ángulo interno al externo.	evita que propaga una infección a la nariz.
Reemplazar la gasa, tomar otra y repetir, en el otro ojo, con cambio de guantes si hay infección.	una sola vez cada y una por cada ojo.
Recomendar al paciente con disminución del reflejo palpebral o sedados, dejar gasas empapadas en suero en ambos ojos o pomada epitelizante. Si existe retracción de los párpados, cerrarlos con esparadrapo hipo alérgico o sutura cutánea.	evita que se reseque la córnea.

Registro de Enfermería:

En el gráfico y las hojas de enfermería anotar el procedimiento realizado.

Aplicación de parches protectores:

Indicación:

Mantener el ojo cerrado para evitar la ulceración y protegerlo de la luz.

Equipo y material:

Recursos humanos:

- Enfermero o Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Recursos materiales:

- Parche o apósito ocular estériles.
- Dos tiras de cinta adhesiva no alérgica.
- Protector ocular.
- Guantes limpios.

Procedimiento:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
ción del procedimiento y su utilidad al paciente.	
Lavado de manos y uso de guantes limpios.	viene las infecciones.
Al paciente que cierre el ojo si está consciente, o cerrarlo si está inconsciente.	olución mejor tolerada por los ojos.
Colocar el parche ocular estéril o gasa estéril encima del ojo cerrado.	Cubre el ojo y se evitan infecciones.
Aplicar el parche con dos tiras paralelas de esparadrapo colocadas en diagonal desde la mejilla a la frente.	Usar esparadrapos de papel porque son más fáciles de quitar y no provocan reacciones alérgicas.
Aplicar el parche protector ocular encima del convencional.	Proporciona protección adicional del ojo.
Después de aplicar la medicación, retirar el parche, desprendiendo la cinta adhesiva desde la frente hacia abajo.	

Registro de Enfermería:

En la gráfica y los ojos de enfermería se anotará el procedimiento realizado.

Aplicación de pomadas:

Indicaciones:

- Conseguir una acción más duradera que la de los colirios.
- Conseguir efecto suavizante.

Equipo y material:

Recursos humanos:

- Enfermero.

Recursos materiales:

- Tubo de pomada a temperatura ambiente.
- Gasas estériles.
- Varillas de plástico.
- Guantes limpios.

Procedimiento:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
Descripción del procedimiento y su utilidad al paciente.	
Lavado de manos y uso de guantes limpios.	Evita las infecciones.
Trabaja el párpado inferior con el dedo hacia abajo y pedirle al paciente que mire hacia arriba, si procede.	La aplicación es mejor tolerada por los ojos.
Aplicar con la varilla la pomada desde el ángulo interno al externo.	Protege el ojo y se evitan infecciones.
El paciente deberá cerrar los párpados suavemente, y le pediremos que los mueva mientras los mantiene cerrados. Si el paciente no puede colaborar, cerrarle el párpado, y darle un suave masaje.	Se distribuye mejor la pomada en el ojo.
Usar gasa, limpiar la pomada sobrante.	
Utilizar nunca botes de pomada de otro paciente, es necesario renovarlos periódicamente.	Evitan infecciones.
Se desinfectan los guantes e higiene de manos.	

Registro de Enfermería:

En el gráfico y las hojas de enfermería se anotará el procedimiento realizado.

Instilación de gotas:

Indicaciones:

- Dilatar y contraer la pupila.
- Mejorar el dolor y la molestia.
- Combatir la infección o la inflamación
- Actuar como antiséptico para limpiar el ojo.

Equipo y material:

Recursos humanos:

- Enfermero.

Recursos materiales:

- Gotas oculares.
- Gasas estériles.

- Guantes limpios.

Procedimiento:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
ción del procedimiento y su utilidad al paciente.	
Lavado de manos y uso de guantes limpios.	viene las infecciones.
arnos una buena iluminación.	olución mejor tolerada por los ojos.
r el nombre, concentración y pauta de las gotas, así como el ojo en el que hay que aplicarlo.	ndamental para evitar errores en la administración de medicamentos.
r al paciente en decúbito supino, siempre que sea posible.	
el parpado inferior con la gasa, y pedirle que dirija la mirada hacia arriba.	descubre el saco conjuntival.
la gota en el centro del fondo del saco evitando la córnea.	adear entrará en contacto con la córnea.
na gasa apretar firmemente con el pulgar en el ángulo interno durante unos segundos antes de que se cierre el ojo.	gunos colirios hay que impedir que llegue al conducto lagrimal.
los ojos sin apretarlos.	ar los ojos el medicamento se distribuye de forma uniforme; sin embargo, si lo apretamos lo eliminamos.
el exceso de solución con una gasa.	
los guantes e Higiene de manos.	

Registro de Enfermería:

En el gráfico y las hojas de enfermería se anotará el procedimiento realizado.

Tema 2: Movilización del paciente crítico:



1. Traslado de cama:

Definición:

Traslado del paciente de la camilla a la cama al ingreso de la unidad, de una cama a otra, o a una camilla para ser trasladado de la Unidad.

Objetivos:

- Evitar las retiradas accidentales de tubos, sondas y catéteres.
- Evitar la movilización inadecuada.

Tipos de traslado:

- Traslado cama-cama.
- Traslado cama-camilla.
- Traslado camilla-cama.

Equipo y Material:

Recursos humanos:

- Enfermero.
- Dos Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Recursos materiales:

- Sábana.
- Guantes limpios.

Procedimientos:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
Preparación del Procedimiento:	
Explicación del procedimiento al paciente. En el caso de que el paciente estuviera consciente, le pediremos que ayude en su traslado dentro de sus posibilidades y si su situación lo permite.	lo se consigue tranquilidad y colaboración con el paciente.
Higiene de manos.	écnica requiere la máxima limpieza para disminuir la diseminación de microorganismos.
Valorar el estado del paciente (inestabilidad hemodinámica, enfermedad asociada o intervención de base).	
Revisar tubos, sondas, catéteres y otros equipos.	tan desconexiones y se mantiene el buen funcionamiento de los mismos
Intentar que las camas o la cama-camilla estén a la misma altura.	evita lesiones de espalda en los profesionales y facilita el procedimiento.
Las ruedas de las camas o de la cama-camilla deben estar bloqueadas.	o de las ruedas evita el movimiento durante el traslado.
Aflojar las sábanas de la cama aflojándolas de debajo del colchón.	
Colocar al paciente en decúbito supino con el cuerpo alineado cerca del borde de la cama. Situar la cama o camilla al lado.	antiene la seguridad y comodidad del paciente, le facilita a la enfermera suministrar cuidados.
Realización del traslado:	
La enfermera distribuirá a cada profesional en su posición asegurándose de la correcta colocación de tubos, sondas, catéteres y otros equipos.	
Enrollar las sábanas cerca del cuerpo del paciente, cogiéndola con una mano cerca del cuello del paciente y con la otra cerca de la cadera.	más cerca se coja la sábana del cuerpo del paciente, menos fuerza habrá que realizar para elevarle y menor riesgo de lesiones de los profesionales.
Otra persona permanece a los pies de la cama sosteniendo los pies y las piernas del paciente.	
Una tercera persona permanecerá al otro lado de la cama, enrollará también la sábana al lado del cuerpo del paciente cogiendo con una mano cerca del cuello del paciente y con la otra cerca de la cadera.	

Cada una de las personas que intervienen en el traslado de cama deben, durante la maniobra, mantener las rodillas flexionadas y las piernas abiertas para facilitar la maniobra y evitar lesiones en la espalda.	
Si el paciente es muy obeso se puede solicitar la ayuda de una cuarta persona que se colocará al otro lado del paciente para sujetar caderas y piernas.	
Todos los que colaboren en el traslado deben elevar lentamente al paciente trasladándole hasta el borde de la cama y después del borde de la cama hasta la otra cama o camilla. El movimiento debe realizarse constante y uniforme. Para llevar a cabo esta maniobra se utilizar la sábana, entremetida de la cama o el dispositivo de transferencia del paciente de cama a cama o cama-camilla.	ta maniobra sin arrastrar al paciente, se evita la fricción e irritación de la piel de paciente con la ropa de cama.
Si el paciente está consciente y puede colaborar facilitaría la maniobra levantando la cabeza durante el traslado.	
Tras el traslado, revisar y colocar correctamente tubos, sondas, catéteres y equipos en la cama.	
Colocar una almohada en la cabecera de la cama del paciente y cubrirle de forma adecuada.	proporciona comodidad y se evitan las contracturas cervicales.

2. Cambios posturales:

Definición:

Movilización del paciente encamado de posición en la cama de manera rotatoria con fines terapéuticos o diagnósticos.

Objetivos:

- Evitar lesiones por decúbitos prolongados.
- Proporcionar comodidad al paciente.
- Ayudar en el tratamiento de su enfermedad.
- Colaborar en la exploración Médica.
- Permitir una intervención quirúrgica, realización de una técnica o procedimiento.

Indicaciones:

Los cambios posturales están indicados en todo paciente crítico siempre que lo permita su situación clínica y/o enfermedad asociada.

Tipos de posiciones:

- Posición de decúbito supino. Se diferencian: Posición de Tremdelenburg, posición anti-Tremdelenburg y posición de Fowler.
- Posición en decúbito prono.
- Posición en decúbito lateral.
- Posición de Sims.

Equipo y material:

Recursos humanos:

- Enfermera/o.
- Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

Recursos materiales:

- Almohadas (mínimo tres).
- Almohadillas o cojines para las manos o trocánteres.
- Sábana (en el caso de que se utilice entremetida).
- Guantes limpios.

Decúbito Supino:

Definición:

El paciente se encuentra acostado sobre su espalda con las extremidades en extensión. Se diferencian las siguientes modalidades:

- Posición Tremdelenburg: En decúbito supino, con la cama en posición horizontal y la cabeza a nivel inferior que los pies.
- Posición anti-Tremdelenburg: En decúbito supino, con la cama en posición horizontal y la cabeza a nivel superior que los pies.
- Posición de Fowler: Posición en decúbito supino con la cabecera de la cama elevada de 45 a 60°.

Procedimiento:

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO
Movilización del paciente hacia la cabecera de la cama: Dos personas con ayuda del paciente.	
Explicación del procedimiento y su utilidad al paciente.	lo se consigue tranquilidad y colaboración con el paciente.
Higiene de manos.	écnica requiere la máxima limpieza para disminuir la diseminación de microorganismos.
Colocar la cama en posición horizontal.	ilita el acceso al paciente. Permite recolocarlos sin tener que realizar ninguna fuerza contra la gravedad.
Bloquear las ruedas de la cama.	ta el deslizamiento de la cama al hacer el desplazamiento.

Vigilar la perfecta colocación de las sondas, tubos y catéteres.	a que se produzca tirones y desconexiones accidentales.
Mirar hacia la cabecera de la cama. Cada persona pasará un brazo por debajo del hombro del paciente.	arse en dirección al desplazamiento se evitan maniobras de torsión en el cuerpo de las personas que participan.
Cada uno deberá separar los pies y colocar el pie más próximo a la cabecera del paciente delante del otro.	sta postura se permite el desplazamiento del peso corporal mientras el paciente se coloca hacia arriba en la cama, reduciéndose la fuerza necesaria para movilizarlo.
Pedir al paciente que flexione las rodillas y que apoye los pies en la cama.	e que el paciente utilice los músculos femorales durante el desplazamiento.
Realización del traslado:	
La enfermera distribuirá a cada profesional en su posición asegurándose de la correcta colocación de tubos, sondas, catéteres y otros equipos.	
Enrollar las sábanas cerca del cuerpo del paciente, cogiéndola con una mano cerca del cuello del paciente y con la otra cerca de la cadera.	más cerca se coja la sábana del cuerpo del paciente, menos fuerza habrá que realizar para elevarle y menor riesgo de lesiones de los profesionales.
Otra persona permanece a los pies de la cama sosteniendo los pies y las piernas del paciente.	
Una tercera persona permanecerá al otro lado de la cama, enrollará también la sábana al lado del cuerpo del paciente cogiendo con una mano cerca del cuello del paciente y con la otra cerca de la cadera.	
Cada una de las personas que intervienen en el traslado de cama deben, durante la maniobra, mantener las rodillas flexionadas y las piernas abiertas para facilitar la maniobra y evitar lesiones en la espalda.	
Si el paciente es muy obeso se puede solicitar la ayuda de una cuarta persona que se colocará al otro lado del paciente para sujetar caderas y piernas.	
Todos los que colaboren en el traslado deben elevar lentamente al paciente trasladándole hasta el borde de la cama y después del borde de la cama hasta la otra cama o camilla. El movimiento debe realizarse constante y uniforme. Para llevar a cabo esta maniobra se utilizar la sábana, entremetida de la cama o el dispositivo de transferencia del paciente de cama a cama o cama-camilla.	ta maniobra sin arrastrar al paciente, se evita la fricción e irritación de la piel de paciente con la ropa de cama.
Si el paciente está consciente y puede colaborar facilitaría la maniobra levantando la cabeza durante el traslado.	

Tras el traslado, revisar y colocar correctamente tubos, sondas, catéteres y equipos en la cama.	
Colocar una almohada en la cabecera de la cama del paciente y cubrirle de forma adecuada.	proporciona comodidad y se evitan las contracturas cervicales.