



**TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN  
E INMOVILIZACIÓN DE  
PACIENTES EN URGENCIAS**

---

**Técnicas de movilización e inmovilización de  
pacientes en urgencias**

**Autores:**

Amaia Ibarra Bolt

Mikel Markina Rey

Mikel Barrena Garde

Iñigo Legarrea Galar

Idoia Millán Goicoechea

Lydia Pascualena Goñi.

Gonzalo Ruiz Erice

Valentín Oses Noain

Javier Álvarez del Burgo

Alberto Remacha Artola

Gorka Domenech Arrieta

Ana María García Arellano

Francisco Javier Lucas Lerga

Ángel Hernández Galán

Alicia Hernández Saro



Amaia ibarra Bolt, [2019]  
ISBN-13: [978-84-09-11994-3]

## Índice

INTRODUCCIÓN.....	7
JUSTIFICACIÓN .....	8
INDICACIONES PARA DIFERENTES TIPOS DE PATOLOGÍAS.....	9
TRANSFERENCIA SILLA-CAMILLA .....	11
TRANSFERENCIA SUELO-CAMILLA .....	14
TRANSFERENCIA CON TRANSFER.....	21
CONVENCIONAL.....	21
MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE .....	31
POLITRAUMATIZADO .....	31
FERULAS.....	39
TRANSFERENCIA DEL HELICÓPTERO A LA CAMILLA .....	45

# INTRODUCCIÓN

Dentro de las técnicas realizadas en el Servicio de Urgencias de un hospital por los distintos profesionales, la movilización e inmovilización de los pacientes es quizás de las más desconocidas, pero no de las menos importantes.

La movilización correcta de los diferentes pacientes, bien sea porque ellos presentan dificultades la deambulacion, o bien porque puntualmente y, debido a diferentes patologías, necesitan apoyo o ayuda, son las técnicas que más frecuentemente se emplean en el día a día de un servicio de urgencias.

A lo largo de este manual se pretende mostrar y explicar todas aquellas situaciones en las que nos encontramos en el desarrollo de nuestro trabajo diario, así como la descripción exhaustiva de la técnica, su indicación dependiendo de la patología del paciente y las ilustraciones para la mejor comprensión de la misma.

Describiremos técnicas para el traslado correcto de un paciente en silla, camilla, transfer de las diferentes situaciones de los pacientes, movilización de un paciente con fracturas, movilización de un paciente politraumatizado y la transferencia de un paciente en helicóptero.

En cada uno de los capítulos se describirán las situaciones, los materiales a utilizar y las técnicas a realizar paso por paso.

# JUSTIFICACIÓN

Nos parece interesante la realización de este manual para mostrar la importancia de una movilización de los pacientes no solo para ellos mismos sino también para evitar lesiones en el personal que lo realiza.

Describiremos situaciones con pacientes colaboradores y otros que no son, las posiciones más adecuadas y cómo se deben realizar las movilizaciones.

Haremos hincapié en aquellos pacientes que presenten patologías tipo fracturas o politraumatismos porque, si siempre es importante el realizar correctamente las técnicas para evitar lesiones en dichas situaciones, es crucial para evitar complicaciones de las patologías que presenta el paciente, que, además, en ocasiones pueden ser fatales.

Uno de los ejemplos más llamativos es que en un paciente politraumatizado podemos encontrarnos lesiones enmascaradas por el dolor o el bajo nivel de consciencia, y una mala transferencia del paciente puede llevar a causar lesiones fatales como paresias, plejias, hemorragias, etc....



# INDICACIONES SEGÚN DIFERENTES TIPOS DE PATOLOGÍAS

- **Paciente sin lesiones vitales ni potenciales fracturas:**

Este es el perfil de paciente que más frecuente nos podemos encontrar en los Servicios de Urgencias, donde la mayor diferencia es si el paciente puede colaborar o no para su movilización con el personal sanitario.

Los objetivos que debemos tener en cuenta con respecto al paciente son:

- Seguridad del paciente y personal sanitario en todo momento.
- Confort del paciente.
- Seguridad e higiene postural del personal sanitario para evitar lesiones.
- Ante un paciente colaborador daremos explicaciones sencillas para que nos ayude y realizaremos un feed-back con él para comprobar que ha entendido correctamente lo que le hemos explicado (esto es muy importante ya que muchos de nuestros pacientes son de edad avanzada, presentan patología que pueden disminuir la funciones superiores como ictus o demencia, o se encuentran en una situación altamente estresante que hace que baje su capacidad de comprensión).

- **Paciente politraumatizado:**

Estos pacientes, por su potencial gravedad, deben ser movilizados con sumo cuidado, ya que de la realización correcta de las técnicas de movilización-inmovilización depende que no empeoren las lesiones que presenta, así como no provocar otras nuevas.

Dentro de todas las técnicas que se describen a continuación es importante destacar dos objetivos principales:

- Procurar, siempre, mantener el eje cabeza-cuello-columna, preservándolo lo más posible en movimiento laterales, así como en los de flexo-extensión.
- Si el paciente presenta alguna lesión en alguna extremidad intentaremos inmovilizarla y alinearla con respecto al eje del tronco para evitar desplazamiento de los fragmentos implicados.

# TRANSFERENCIA SILLA-CAMILLA

## **Introducción**

Esta transferencia se realiza en múltiples situaciones, algunas de ellas:

- En pacientes que van a ser explorados en una consulta.
- En pacientes que han sufrido un empeoramiento de su situación y necesitan una camilla.
- Pacientes que van a ser trasladados a otro Servicio y sea necesario, o aconsejable, que vayan en camilla (ej: traslado a Quirófano, Sala de Endoscopias).

## **Indicaciones**

Explicaremos la técnica a realizar ante un paciente no colaborador por lo que será necesaria la presencia de dos celadores para su movilización.

Ante pacientes con un peso excesivo y que no sea posible su movilización haremos uso de la grúa.

## **Material**

Para realizar esta transferencia necesitaremos el siguiente material:

- -Camilla convencional
- -Dos sábanas

## **Técnicas**

- -Situaremos al paciente al lado de la camilla, que previamente habremos bajado al máximo, frenado y colocado una sábana.

- -Frenaremos la silla, levantaremos los apoya pies y el apoya brazos que está más próximo a la camilla. (Foto N°1)
- -Uno de los celadores se situará a la espalda del paciente y le agarrará de las axilas, el otro frente al paciente y le agarrará por detrás de las rodillas (fosas poplíteas). (Foto N°2)
- -A la voz de "1, 2, 3" levantaremos al paciente y con un movimiento lateral lo trasladaremos a la camilla.
- -Una vez el paciente esté en la camilla, le taparemos con una sábana, levantaremos las barandillas y si lleva suero lo pasaremos a la camilla.
- -Por último trasladaremos al paciente donde nos indiquen y dejaremos la silla en su lugar.

**Precauciones:**

- -Frenar la camilla y bajarla al máximo.
- -Frenar la silla y levantar el apoya brazos.
- -Sujetar al paciente de forma segura para evitar posibles caídas.

## Ilustraciones



(Foto N°1)

1. Apoya brazos próximos a la camilla levantado.
2. Silla frenada.
3. Apoya pies levantados.
4. Camilla bajada al máximo y frenada.



(Foto N°2)

Celador 1- A la espalda del paciente agarrándole por las axilas.  
Celador 2- Frente al paciente agarrándole por detrás de las rodillas (fosas poplíteas).

# TRANSFERENCIA SUELO-CAMILLA

## Introducción

En este capítulo explicaremos la técnica, los materiales a utilizar así como una serie de indicaciones para transferir a un paciente que se encuentra en el suelo a una camilla convencional. Debido a una posible alteración leve o grave en su organismo consideraremos al paciente como no colaborador.

## Indicaciones

En la transferencia participarán un mínimo cuatro personas, generalmente celadores, junto con la colaboración de más personal sanitario cuando el peso del paciente así lo requiera.

## Material

Para realizar esta transferencia necesitaremos el siguiente material:

- -Camilla de Tijera/Cuchara/Pala (Foto N°1)
- -Camilla convencional
- -Dos sábanas

## Técnicas

A continuación vamos explicar la secuencia para transferir un paciente del suelo a la camilla:

- Primero reuniremos todos los materiales anteriormente nombrados para poder realizar la transferencia.
- Situaremos la camilla de tijera en el suelo, al lado del paciente, para adaptarla a su altura, para ello deberemos soltar los anclajes y ajustar

hacia arriba o hacia abajo según la altura del paciente. (Foto N°2 y N°3)

- Una vez ajustada la camilla, soltaremos el anclaje superior o de cabeza (Foto N°4) y a continuación el inferior o de pies (Foto N°5) para separar la camilla en dos partes o palas.
- Entre dos celadores sujetaremos (uno del hombro y la cadera, el otro de la cadera y la parte trasera de las rodillas) e inclinaremos al paciente, los otros dos celadores introducirán una de las palas debajo del paciente. (Foto N°6)
- Repetiremos la técnica descrita en el punto anterior pero intercambiando las tareas para introducir la otra pala.
- Una vez introducidas las dos palas debajo del paciente, cerraremos el anclaje superior o de cabeza (Foto N°7) y, a continuación, cerraremos el inferior o de pies (Foto N°8), asegurándonos que estén bien fijados.
- Situaremos la camilla convencional al lado del paciente, la bajaremos lo máximo posible, la frenaremos y le pondremos por encima una sábana.
- Entre cuatro celadores realizaremos el transfer, dos nos situaremos al lado del paciente (opuesto a la camilla convencional) y cogeremos la camilla de tijera por las zonas indicadas (Foto N°1), otro se situará en la zona de la cabeza y el último en los pies, estos agarrarán la camilla con los brazos cruzados (Foto N°9) y a la voz de "1, 2, 3" elevaremos al paciente y con un movimiento lateral lo colocaremos sobre la camilla convencional.
- Con el paciente ya en la camilla convencional (Foto N°10), volveremos a soltar los anclajes para separar la camilla de tijera en

dos partes o palas como hemos indicado anteriormente, primero soltaremos el anclaje superior (Foto N°4) y después el inferior (Foto N°5).

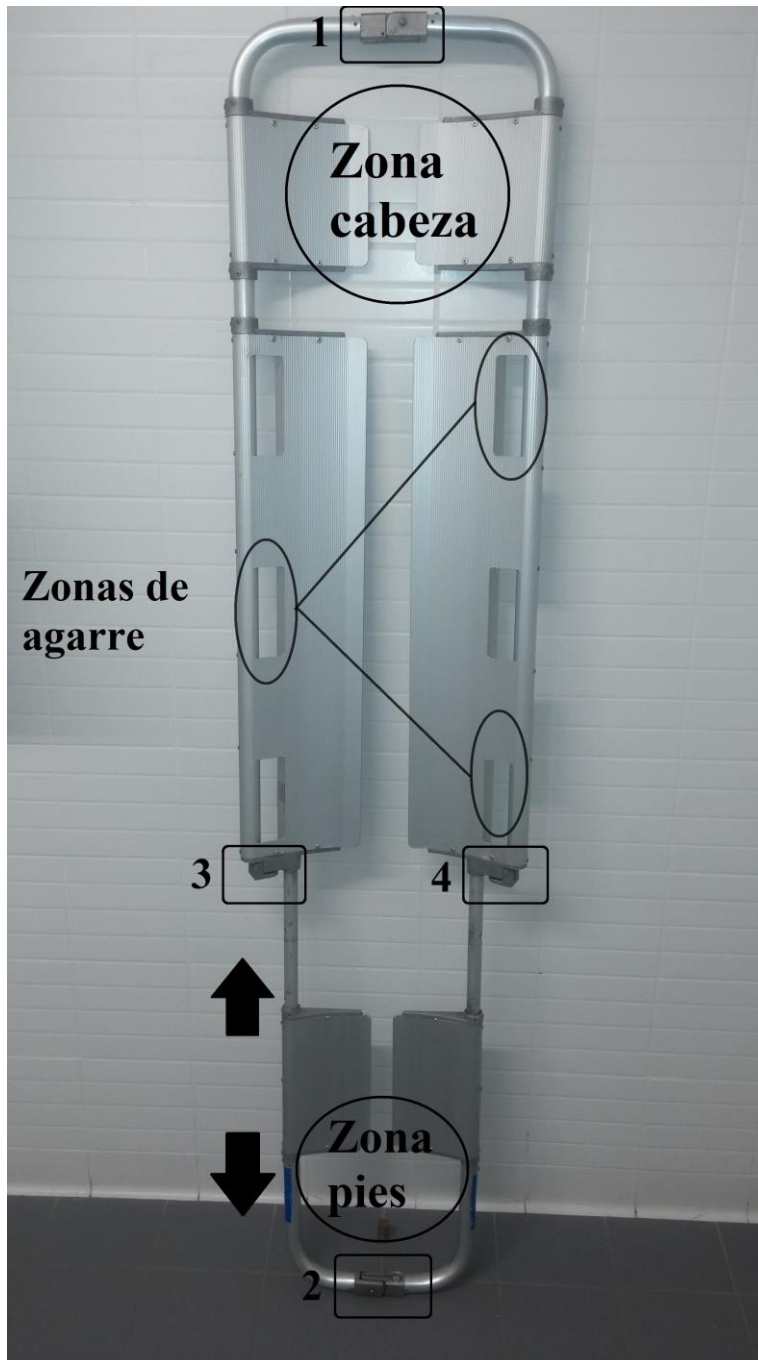
- Por ultimo cubriremos al paciente con una sábana, subiremos las barandillas de la camilla convencional y lo trasladaremos donde nos indiquen.

### **Precauciones:**

- Recordar bajar y frenar la camilla convencional antes de realizar la transferencia.
- Nunca movilizar las palas de la camilla de tijera por encima del paciente.
- Debemos tener cuidado al cerrar el anclaje superior, o de cabeza, de la camilla de tijera en pacientes con pelo largo para evitar posibles tirones.
- Antes de transferir al paciente nos aseguraremos que los anclajes superior e inferior de la camilla de tijera están correctamente cerrados.
- -Al sujetar la camilla de tijera en la zona de cabeza y de pies, es importante cruzar los brazos para prevenir posibles aperturas accidentales de los anclajes.



## Ilustraciones



(Foto N°1)

1. Anclaje superior o de cabeza.
2. Anclaje inferior o de pies.
3. y 4- Anclajes regulación largura camilla (según altura paciente).



Anclajes regulación largura

(Foto N°2)



Apertura anclajes

(Foto N°3)

(Foto N°4)



Presionar para abrir

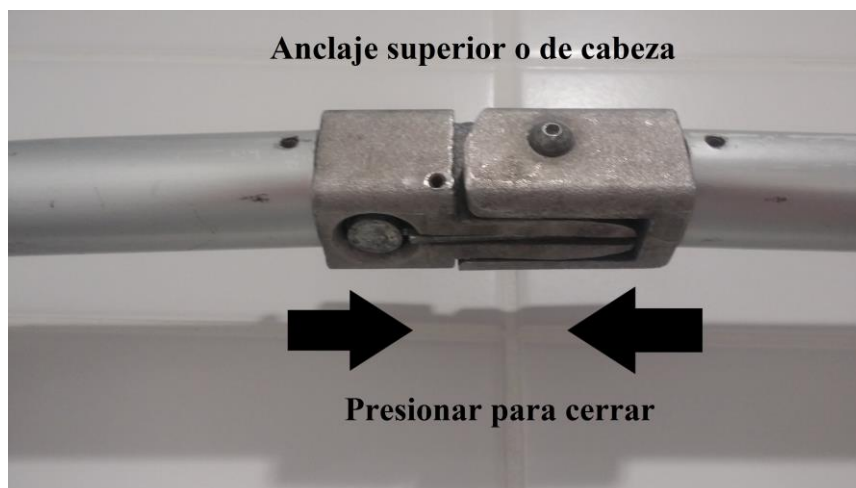
Anclaje inferior o de pies

(Foto N°5)

**Voltearemos al paciente e introduciremos la mitad de la tijera.**



(Foto N°6)



(Foto N°7)



(FotoN°8)



**Cruzar los brazos en la zona de cabeza y de pies.**

(Foto N°9)



**Paciente sobre la tijera transferido a la camilla convencional.**

(Foto N°10)

# TRANSFERENCIA CON TRANSFER CONVENCIONAL

## Introducción

Desarrollaremos cómo realizar un transfer o paso de un paciente que llega a urgencias en una ambulancia.

Cada movimiento que se realiza al movilizar una persona, requiere de ciertas técnicas, cuidados y conocimientos. Por ello, vamos a exponer paso a paso como realizar el cambio o transfer.

## Indicaciones

Todo paciente que es trasladado al Servicio de Urgencias en ambulancia se le presupone una incapacidad en para poder realizar por sí mismo el paso de la camilla de ambulancia a las camillas del Servicio.

Es importante conocer el motivo del traslado a Urgencias, para evitar generar lesiones en su transferencia a la camilla.





### **Material**

El material básico empleado para el transfer de un paciente de la camilla de ambulancias a las de urgencias es el siguiente:

- -Camilla



- -Transfer (tablero de aproximadamente 1.55m X 0.65m, de un grosor de 0.5mm y muy deslizante).





- -Sábana (si es preciso).



- -Soporte y bala de oxígeno (si es preciso). Dependerá del modelo de camilla, comprobando siempre el manómetro y asegurándonos que tiene suficiente O2.



### **Técnicas**

Cuando un paciente llega a Urgencias, el personal de ambulancias informa al médico coordinador y a las enfermeras de triaje de los motivos por los cuales es trasladada.

Es entonces cuando en función de esa primera valoración se decide si el paciente es cambiado de camilla en el triaje o en la sala de reanimación.

### **Transfer en triaje:**

Una vez que se decide realizar el transfer en la zona de triaje colocaremos ambas camillas (la de la ambulancia y la del Servicio de Urgencias) juntas, en paralelo y a la misma altura.





Habitualmente, los pacientes que son trasladados en ambulancia son trasladados con una sábana bajo el cuerpo y otra cubriéndole. Si esto no fuera así, lo primero que tendríamos que hacer es colocarlas. Para ello, y siempre valorando los motivos por los que acude a urgencias, prepararemos una sábana enrollada a lo largo del paciente, giraremos al paciente de medio lado, meteremos la sábana enrollada bajo su cuerpo, lo volvemos a girar hacia el lado contrario, y desde ese punto desenrollaremos la sábana para que quede estirada bajo el cuerpo del paciente y lo cubriremos con otra.

Antes de proceder al cambio de camilla, revisaremos si el paciente lleva sueros y los pondremos en el palo para gotero y si lleva oxígeno colocaremos



en la camilla un soporte para balas de O<sub>2</sub> y la propia bala, abriendo el suministro al volumen que nos indique el personal sanitario.

Así mismo, tendremos en cuenta si presenta posibles fracturas y si están inmovilizadas con férulas o no. Esta situación la trataremos en otro capítulo.

A continuación, ya con la sábana colocada debajo del paciente, se colocan las dos camillas en paralelo, totalmente juntas, se frenan y el técnico de ambulancias tirara con la propia sábana hacia sí mismo para nuevamente girar

al paciente y colocar el transfer bajo el cuerpo y la ropa. Una vez colocado, se vuelve a girar al paciente boca arriba y, entonces, los celadores, situados al otro lado de las dos camillas, tirarán de la sábana bajo el paciente hacia ellos, deslizando sobre el transfer hasta que el paciente quede totalmente colocado en la camilla de urgencias. En este mismo momento se subirán las barandillas de la camilla para evitar caídas y proteger al paciente.



1. Giro del paciente para colocar transfer.



2. Colocación del transfer bajo el paciente.



3. Deslizado del paciente hacia nuestra camilla y 4. Retirada de transfer.

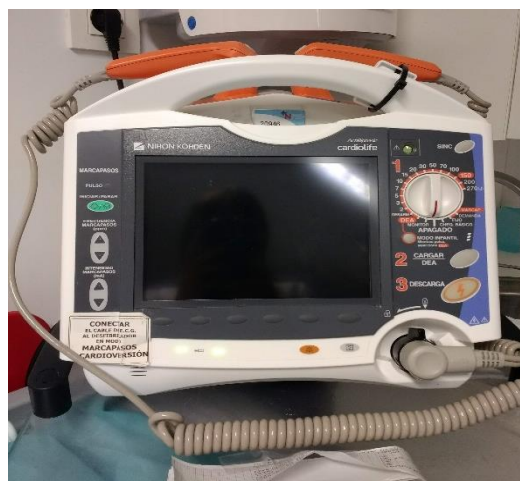
### **Transfer en REA (Sala de Reanimación):**

El transfer en REA (box donde se atienden pacientes críticos) es muy parecido al convencional, exceptuando al paciente politraumatizado, que también trataremos en otro capítulo.

La diferencia con el transfer convencional es que hay que tener en cuenta que este tipo de pacientes puede llevar muchos más dispositivos sanitarios para el control de sus funciones vitales.

En la mayoría de los casos, esta situación suele estar precedida de un por el 112.

Un paciente de REA puede estar conectado a un monitor-desfibrilador que mide el ritmo cardiaco, la saturación y la presión arterial. En este caso nos



aseguraremos de colocar el monitor de manera segura, para evitar su caída y que no se desconecte en ningún momento hasta poder conectarlo nuestro monitor.

Así mismo puede ser que el paciente llegue a urgencias intubado y conectado a un respirador artificial.



Hay que tener especial cuidado tanto con el respirador como con el tubo colocado en el paciente. Se colocará el respirador en un sitio seguro, sin riesgo de caída ni de desconexión y el personal sanitario sujetará la cabeza del paciente junto con el tubo endotraqueal, y dirigirá la maniobra para el cambio de camilla.

#### **Otros tipos de transfer:**

Existen otros tipos de transfer convencionales, como puede ser el paso de la camilla de la ambulancia a la camilla de urgencias de un paciente contenido o esposado con las manos a la espalda.



En estos casos, y si la situación lo permite, lo idóneo es quitar las contenciones o esposas para poder realizar el transfer.

Si esto no es posible, por el estado del paciente en ese momento, esperaremos la decisión del médico correspondiente (sedación, etc.) antes de realizar el cambio.

### **Técnicas:**



Giro del paciente para colocar el transfer





Colocación del paciente sobre el transfer



Deslizamiento del paciente sobre el transfer



Retirada del transfer

# MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

## **Introducción**

Se define como paciente politraumatizado a aquella persona que sufre un traumatismo múltiple con afectación de varias regiones anatómicas u órganos y alguna de sus lesiones pone en riesgo su vida. Cuando este tipo de paciente entra en el Servicio de Urgencias se deben llevar a cabo una serie de maniobras para su movilización y transferencia a la “camilla de politrauma”.

## **Indicaciones.**

Tras recibir el aviso de Emergencias o 112, el médico de triaje trasladará el aviso al resto del equipo, conformado por el médico responsable, el DUE y el celador.

Tras la llegada del paciente al Servicio de Urgencias, pasará directamente a la sala de Reanimación, dónde el equipo sanitario interdisciplinar estará preparado para iniciar la movilización o transfer.

El Celador, deberá tener debidamente preparada la camilla específicamente habilitada para los pacientes politraumatizados (Foto 8).

## **Material.**

Para la realización correcta del transfer de un paciente politraumatizado será conveniente la utilización del siguiente material:

- Camilla de cuchara o pala. (Foto 1)
- Camilla de politrauma. (Foto 8)

## **Técnicas.**

Los pacientes politraumatizados deberá ser movilizados en bloque, por un mínimo de cuatro sanitarios, situándose al menos uno de ellos en la cabeza, dirigiendo la maniobra. La camilla de politrauma deberá ser colocada alineada y frenada, a la misma altura que la camilla en la que acude el paciente a Urgencias. Se pueden dar diferentes situaciones:

**Situación 1.** Paciente que llega a Urgencias con colchón de vacío, en decúbito supino. En este caso, tras lo arriba indicado, se procederá a deshinchar dicho colchón de vacío, siempre bajo la supervisión del médico responsable. Abriremos la camilla de tijera en dos partes, soltando para ello el anclaje de la cabeza y el de los pies (Fotos 4 y 5) y colocaremos dicha camilla al lado del paciente con el fin de adaptarla a su altura, soltando los anclajes y ajustando bien arriba o abajo hasta lograr la medida adecuada (Foto 2 y 3).

Seguidamente, se colocarán dos sanitarios a cada lado del paciente y, teniendo siempre en cuenta que el que está en cabeza dirige la movilización, se girará al paciente ligeramente hacía un lado para introducir la mitad de la camilla de tijera. Tras ese paso, colocaremos al paciente en la posición inicial para girarlo al lado contrario y terminar de colocar la otra mitad de la camilla de tijera. Volveremos a colocar al paciente en decúbito supino y uniremos la camilla de tijera siempre comenzando por la parte de la cabeza (Foto 6) y terminando por la parte de los pies (Foto 7).

Una vez unida la camilla de tijera se posicionará el personal que sea necesario y esté disponible, a ser posible un mínimo de cuatro, sujetando la tijera por sus zonas de agarre. De entre estos, dos celadores, uno en cabeza y otro en pies levantarán dicha camilla con las manos entrelazadas (Fotos 9 y 10), para evitar su posible apertura y vuelco. De este modo, transferiremos al



paciente a nuestra camilla de politrauma y seguidamente retiraremos la camilla de tijera, soltando primero la cabeza y a continuación los pies.

**Situación 2.** Paciente que llega a urgencias sin colchón vacío. En este caso, se seguirán los mismos pasos que en la situación anterior sin tener en cuenta el colchón de vacío.

**Situación 3.** Paciente que llega a urgencias con férulas y/o collarín

En el caso del collarín, en todo momento el responsable médico supervisará y dirigirá, desde la cabeza, que todas las maniobras explicadas en la situación 1 se hagan en bloque, evitando la movilización de la columna cervical del paciente.

De la misma manera, en el caso de las férulas habrá un responsable médico en dicha extremidad para que las movilizaciones se realicen en bloque.

### Ilustraciones.

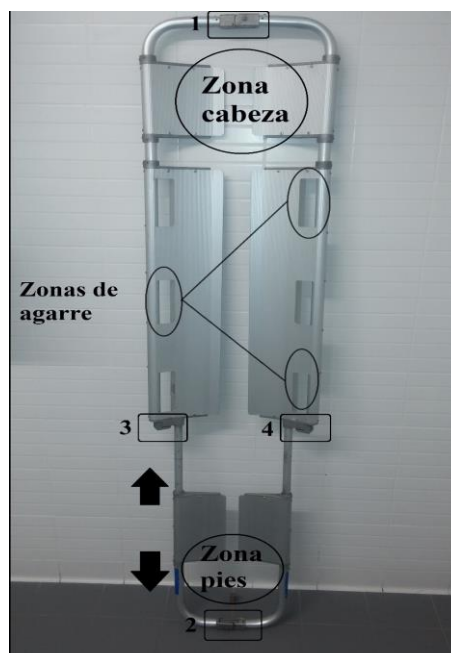


Foto 1. Camilla de tijera o cuchara.



Apertura anclajes

Foto 2. Apertura de anclajes.



Anclajes regulación largura

Foto 3. Regulación de anclajes en largura



Foto 4. Anclaje superior o de cabeza.



Foto 5. Anclaje inferior o de pies.

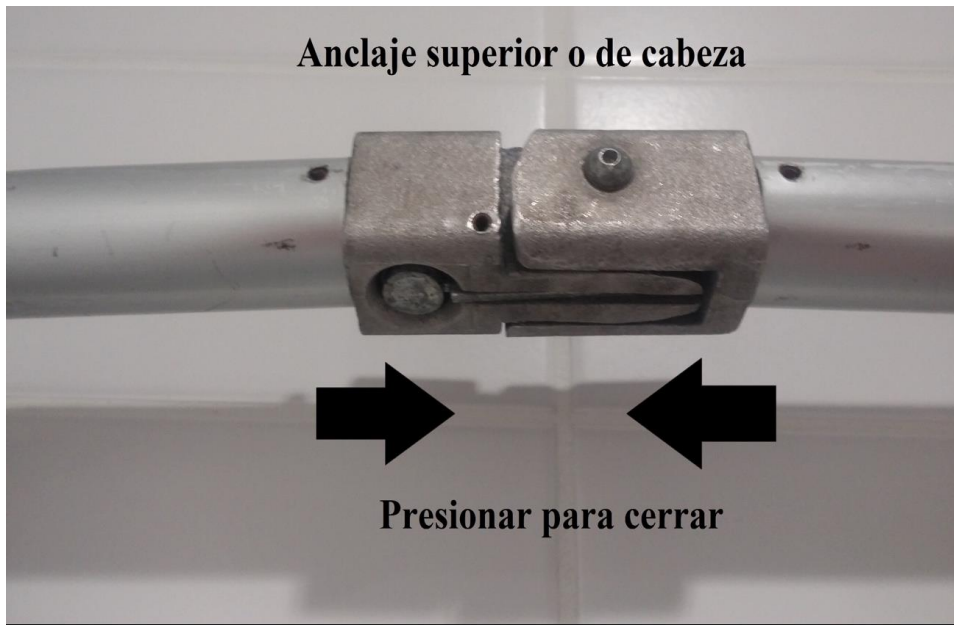


Foto 6. Anclaje superior o de cabeza.



Foto 7. Anclaje inferior o de pies.



Foto 8. Camilla específica politrauma.



Foto 9. Mano entrelazada camilla tijera.



Foto 10. Mano entrelazada camilla tijera.



# FERULAS

## Introducción

Las férulas son dispositivos de inmovilización. Mediante el uso de una férula, es posible inmovilizar o sostener una parte de una extremidad. Para el tratamiento de una luxación o de una fractura, por ejemplo, el médico puede indicar el uso temporal de una férula como las disponibles en el servicio de urgencias, las de Braun o la férula anti rotatoria para mantener en su posición el hueso o la articulación. Cuando el paciente acuda en ambulancia al Servicio de Urgencias, nos encontraremos con otros tipos de férulas. Las más comunes son las de vacío, aunque también podemos encontrarnos con férulas rígidas y con escasa frecuencia las hinchables.

## Indicaciones

Como se ha comentado previamente podemos dividir las en 2:

- Aquellas que el paciente o herido lleve colocadas cuando llegue a Urgencias (las de vacío o rígidas normalmente), destinadas a inmovilizar las extremidades en el lugar del suceso y hasta la llegada a Urgencias. Su cometido es el de inmovilizar la extremidad sin modificar su posición
- Férulas de Braun. Se suelen emplazar una vez realizadas pruebas de Rx, etc, y tras la reducción y alineación de la extremidad si el médico responsable lo considera.

## Férulas





### Férulas rígidas:



### Férula de Braun:

La férula de Braun es metálica rígida, no regulable, que se sujeta con vendas para mantener en la cama el miembro inferior en reposo y en posiciones de semiflexión. Se puede combinar con tracción continua, si se fija en los pies de la cama.





## TÉCNICAS

Nuestra labor en urgencias será recibir al paciente y colaborar en la retirada de la férula con la que viene inmovilizada el mismo. Esto se hará bajo criterio médico. En ocasiones se podrá efectuar la retirada de la férula después de realizar la radiografía, ya que las férulas de vacío permiten realizar RX sin ser retiradas.



## Como colocar la FÉRULA DE BRAUN

1. Almohadillar la férula con cojines prefabricados con adhesivo con la forma y medida exacta de la férula o de forma manual con algodón asegurado con venda de gasa o venda crepe. El almohadillado deberá

formar una especie de hamaca de manera que la masa muscular de muslo y pierna no reciba una presión excesiva.

2. Higiene de manos.
3. Hacer coincidir el hueco poplíteo con el ángulo o codo de la férula. El tobillo a su vez debe quedar siempre apoyado en la férula.
4. Comprobar que existe una correcta alineación corporal, favoreciendo la abducción de la cadera.
5. Realizar un control exhaustivo de la sensibilidad y la vascularización, así como de la integridad cutánea.
6. Enseñar y animar al paciente a realizar ejercicios de movilización de las articulaciones no lesionadas.
7. Higiene de manos.

#### Como retirar la FERULA de VACIO

Como se ha comentado antes, también podremos colaborar en la retirada de la férula de vacío. Esto se hará bajo supervisión médica o de enfermería. Las indicaciones de los Técnicos de Emergencias nos serán útiles, ya que ellos saben cómo se han encontrado al herido y cómo lo han inmovilizado

#### Técnica de retirada

- Abrir la válvula para eliminar el sistema de vacío, paulatinamente.
- Cuando la férula sea maleable, abrir las correas y sostener cuidadosamente la extremidad para quitar la férula.
- Mantener inmovilización.



# TRANSFERENCIA DEL HELICÓPTERO A LA CAMILLA

## **Introducción**

Mediante llamada de SOS Navarra se recibe un aviso de la llegada del helicóptero informando al médico de triaje del tiempo estimado de llegada y características del paciente para asegurar la correcta atención sanitaria.

El médico de triaje avisará a las personas implicadas en la recepción:

Seguridad

Celador (uno o dos) de puerta de ambulancias.

Médico receptor

Enfermera

## **Indicaciones**

El celador preparará:

- Camilla (sin ropa)
- Bala de oxígeno (siempre llena, en verde).
- Soporte de bala.
- Mochila de traslados (NUNCA se debe dejar debajo de la camilla, hasta que no se haga el transfer del paciente)
- Monitor, soporte del mismo
- Respirador, si así lo requiere, la persona responsable.

## **Material**

- Camilla de urgencias o de politrauma (foto 1)
- Soporte y bala de oxígeno
- Transfer, camilla de tijera o sabanilla
- Soporte y monitor
- Respirador
- Mochila de traslado o de ataque.

## **Técnicas**

Cuando el médico responsable nos indique, subiremos al helipuerto (5ª planta). Esperaremos, junto al resto del equipo, detrás de la cristalera del helipuerto esperando la señal del piloto.

El ascensor siempre deberá estar bloqueado.

Cuando nos indiquen, el miembro de seguridad nos abrirá la puerta y saldremos a recibir al paciente, para ello:

- Nos acercaremos al helicóptero por la parte delantera hasta colocarnos en la salida de la camilla del helicóptero.
- Colocaremos la camilla en la parte trasera del helicóptero, bajada a la par, frenada y con las barras de agarre y mancuernas bajadas.
- Nos situamos 2 a cada lado de la camilla y, siguiendo las órdenes del médico responsable, deslizamos la camilla en la que está el paciente hacia nuestra camilla. En cuanto los 2 de atrás puedan, ayudarán cogiendo la camilla del helicóptero para terminar de colocarla encima de la camilla de urgencias.
- Una vez tengamos al paciente en nuestra camilla y los dispositivos esté correctamente colocados (pulsioxímetro, monitor, bala de

oxígeno) subiremos las barras, las mancuernas, desfrenaremos la camilla y nos dirigiremos al ascensor que nos llevará a urgencias, y de ahí, a la sala de reanimación.

- El monitor de urgencias, irá encima del soporte a los pies de la camilla
- El respirador (si es necesario) lo pondremos colgado de la barra hacia dentro de la camilla. Tendremos que tener mucho cuidado con los tubos, que no cuelguen o se puedan enganchar.
- Si el paciente acude con colchón de vacío, una vez estabilizado procederemos a quitar el colchón y la camilla del helicóptero, para ello:
  - Se quitara el vacío del colchón.
  - Una vez quitado el vacío, utilizaremos el transfer, camilla tijera o sabanilla para poder quitar el material de debajo del paciente.

Siguiendo las órdenes del responsable y según la patología del paciente, seguiremos una técnica u otra, utilizando los diferentes materiales.

## Ilustraciones









Una vez en REA O Triage, se procederá a la retirada del material del helicóptero para su devolución.

Para ello, de las cuatro formas que tenemos para hacer el transfer del paciente, utilizaremos la más adecuada, dependiendo de la patología y siempre bajo las instrucciones de la persona responsable.

Recordamos: Tijera – Tabla de Transfer – Sabanas – En Bloque con manos cruzadas por debajo del paciente. (Esta técnica requiere de varias personas, 7 mínimo).

Una vez tengamos al paciente asegurado, sacaremos la camilla de transporte y el colchón de vacío arrastrando por los pies de la camilla.

Volveremos al helicóptero con todo el material, habiendo revisado que esté en buenas condiciones. Si está sucio, lo limpiaremos en el cuarto de desinfección. Y posteriormente lo subiremos en una camilla.





