

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”



**“TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y
TRANSPORTE EN PACIENTES ADULTOS”**



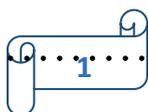
EVERLYN JULISSA COSI TITO.

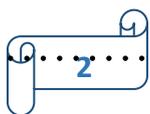
SETIEMBRE 2021.

I.S.T.P “SANTIAGO RAMON Y CAJAL” IDEMA

AREQUIPA

ASISTENCIA AL ADULTO MAYOR





Dedicatoria

A el Instituto Superior Tecnológico "Santiago Ramón y Cajal - IDEMA" por ser la institución que permite mi información, como persona y profesional.

A mis padres por el amor, cariño y el apoyo incondicional para seguir realizando uno de mis sueños, ser profesional.

Agradecimiento

A Dios en primer lugar por sobre todas las cosas, por regalarme el don maravilloso de la vida, lo cual hace que vaya haciendo realidad mis sueños.

Al profesor Raúl Herrera Flores, por el apoyo incesante en esta investigación y por ser una persona mucho más que maestro.

Resumen

La vigilancia epidemiológica es un proceso continuo de investigación, evaluación y control de la salud pública. Involucra la recolección de datos epidemiológicos para su análisis e interpretación y la difusión de información. Además, sirve de base para diseñar estrategias de corto y de largo plazo para combatir las enfermedades infecciosas. Tal proceso de vigilancia periódica permite tomar decisiones trascendentales a los organismos públicos encargados de la salud sobre enfermedades existentes o posibles amenazas a la salud pública. Para su eficacia, la vigilancia epidemiológica debe estar integrada a planes macros de prevención. A través de la vigilancia epidemiológica es posible identificar y evitar la propagación de casos de enfermedades peligrosas o eventos, tales como epidemias, brotes de enfermedades infecciosas, casos de intoxicaciones por plaguicidas y demás venenos. Para el cumplimiento cabal de la función de vigilancia epidemiológica del estado es necesario contar con una red en todos los niveles de atención. Dicha red debe estar debidamente estructurada y capacitada. Solo así es posible la detección, evaluación, verificación y análisis de datos, para luego notificar a las autoridades y emprender campañas de información preventiva. Además, es un indicador de primera mano para la planificación de recursos humanos y financieros para atender la salud de la población.

Prefacio

El Perú es un país que exhibe grandes problemas con respecto a su situación de salud: la persistencia de daños a la salud de las personas y del ambiente en el que viven, se expresa en un conjunto muy vasto de enfermedades que dan sentido a la necesidad de atender la más variada realidad epidemiológica y, por añadidura, elaborar estrategias de intervención diferenciadas y decisiones descentralizadas y centralizadas a la vez, para atender y prever sus consecuencias, con el objetivo de aminorar su negativa influencia en la salud pública del país. La gran variedad de daños, o la coexistencia de los llamados pisos epidemiológicos, reclama de una actitud vigilante respecto del cuidado de la salud de las personas y de su impacto en la vida económica, social y política del país. En tal sentido, darle fluidez a la información y al análisis de los problemas y de las realidades de salud que conviven en nuestro país, constituye un imperativo que debe resolverse desde la puesta en marcha de un sistema de notificación de base local, que se enriquece en los niveles desconcentrados, subregionales y nacional. La Vigilancia Epidemiológica es, antes que nada, una tarea preventiva.

En la cadena de prioridades para la salud pública del país, las enfermedades transmisibles configuran el eslabón más importante, y, en esa medida, deben ser abordadas con un enfoque integral y una perspectiva preventiva.

ÍNDICE

Introducción.....	8
Diferencia entre movilización y transferencia	9
Lesiones musculo esqueléticas.....	10
Principios básicos para la movilización y transferencia de pacientes.....	10
Técnicas de movilización de pacientes	15
Técnicas de transferencia de pacientes	22
Consideraciones.....	25
Conclusiones.....	26
¡Error! Marcador no definido.	
Bibliografía	27

INTRODUCCIÓN

Actualmente en nuestra sociedad las formaciones académicas relacionadas con el cuidado y manejo de personas enfermas centran más la preparación de los futuros profesionales en aspectos técnicos del tratamiento de los pacientes, dejando de lado materias básicas esenciales a las que debería darse una mayor importancia como, por ejemplo, las técnicas de movilización y transferencia.

En el caso de profesionales que no están lo suficientemente preparados y cuyo entorno de trabajo está mal adaptado a la fisiología humana, estas técnicas de movilización y transferencia van a suponer un riesgo muy importante de accidentes, destacando los trastornos musculo esqueléticos de origen laboral que con el paso del tiempo pueden conducir a una patología invalidante con la consiguiente disminución del potencial físico del profesional.

Por tanto, en el caso de los/as fisioterapeutas, profesionales sanitarios que por su formación y conocimientos intervienen ofreciendo soluciones biomecánicas y ergonómicas para prevenir o controlar lesiones del sistema musculo-esquelético, resulta contradictorio saber que también son susceptibles a sufrir este tipo de lesiones derivadas de su ocupación, debido a una inadecuada higiene postural o por factores de riesgo ergonómicos que provienen del trabajo repetitivo y la labor física intensa.

Por ello, resulta imprescindible recomendar medidas preventivas a lo largo de los años de formación de los/as Fisioterapeutas, a fin de que los futuros profesionales puedan ejecutar las competencias propias del ejercicio con eficiencia-eficacia, efectividad y sin discapacidad.

Diferencia entre movilización y transferencia

Es importante que el fisioterapeuta recuerde la diferencia entre una movilización y una transferencia, así como el riesgo o esfuerzo que supone cada una de estas actividades al llevarlas a cabo.

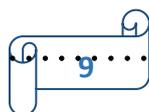
Movilización: movimiento que se realiza sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación, por ejemplo: girarse en la cama.

Pueden ser de dos tipos:

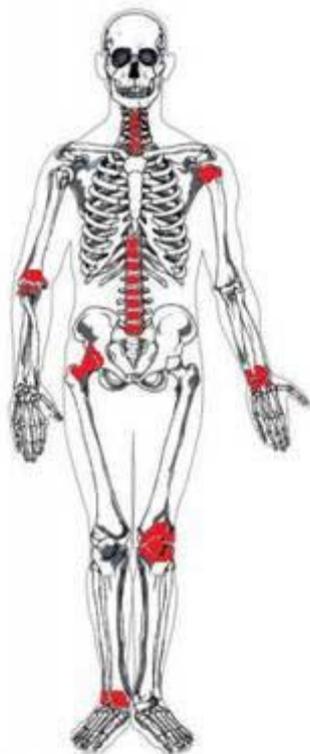
1.- Activas: son aquellas que puede realizar el paciente por sí mismo, bajo la supervisión de un profesional sanitario. En ella se mueven tanto articulaciones como grupos musculares o zonas corporales. Para su realización pueden emplearse distintos dispositivos, tales como pesas, poleas, etc.

2.- Pasivas: en este caso las movilizaciones son realizadas por el profesional en los distintos segmentos corporales. Se aplican en pacientes que no pueden realizar esfuerzo.

Transferencia: movimiento que se realizan de una superficie a otra. Se considera que conlleva más riesgo en su ejecución ya que implica un cambio de plano y de superficie de apoyo y porque existe un momento en el que paciente y profesional se encuentran sin apoyo lo que puede dar lugar a una lesión más grave como es la caída accidental del paciente al suelo; de ahí la importancia de una adecuada adaptación del medio en que éstas tienen lugar.



Lesiones musculo esqueléticas:



La movilización y transferencia de personas con movilidad reducida o con cualquier otro trastorno del movimiento, son actividades que están muy presentes en el sector hospitalario, geriátrico, centros de día... y que suponen una carga física considerable para el fisioterapeuta que en el caso de no estar entrenado para ello pueden provocarle importantes lesiones musculo-esqueléticas.

Éstas son un conjunto de lesiones inflamatorias o degenerativas de músculos, tendones, ligamentos, nervios y articulaciones que se localizan principalmente en cuello, hombros, codos, muñecas, manos y columna vertebral siendo los diagnósticos más comunes las tendinitis, tenosinovitis, síndrome del túnel carpiano, mialgias, contracturas, artrosis y, sobre todo, las raquialgias.

Es el dolor de espalda por consiguiente, el principal trastorno por el que se ve afectado el personal sanitario; a menudo tiene su origen en la realización de levantamientos incorrectos, cargas excesivas, adopción de posturas inadecuadas tanto al realizar las movilizaciones como al desempeñar tareas estáticas, tratándose, por tanto, de una acumulación de micro-traumatismos que han pasado desapercibidos y a los que conviene darles toda la importancia que merece por sus implicaciones en la salud del profesional.

Principios básicos para la movilización y transferencia de pacientes.

La movilización y transferencia no deberían ser una actividad agotadora, ni una fuente de riesgos y lesiones para el fisioterapeuta ni el paciente.

Para conseguir estos objetivos es necesario tener en consideración una serie de principios básicos:

1) Adaptar el medio.

Si en el entorno de trabajo se realizan los cambios necesarios que hagan posible determinados desplazamientos, transferencias y movilizaciones se estará mejorando la situación global del paciente, ya que podrá desplazarse y desenvolverse con autonomía. Del mismo modo, se mejora la situación del fisioterapeuta que podrá manejar al paciente y realizar los distintos cuidados y movilizaciones empleando el mínimo esfuerzo posible, reduciendo así la probabilidad de lesionarse o dañar al paciente.

2) Colaboración del paciente.

Si el grado de dependencia o patología lo permite hay que hacer que el paciente participe activamente, permitiéndole explotar las capacidades de movimiento que aún posea.

3) Orientar al paciente.

Una de las complicaciones asociadas a la inmovilidad es la desorientación, los motivos son muy variados y una parte de ellos podemos evitarlos mediante tres medidas:

- Comenzar cualquier manejo del paciente pidiéndole que mire o girándole la cabeza, en la dirección en la que se le va girar o desplazar. El motivo es muy sencillo, siempre que nos movemos la cabeza nos indica la dirección en la que lo hacemos, acompañando al resto del cuerpo y guiándole cuando se cambia el sentido, la dirección, o el plano en el que tiene lugar el movimiento.
- Emplear términos concretos y comunes a ambas personas, y no usar palabras que pueden resultar abstractas como derecha, izquierda si la lateralidad no está bien definida...que pueden resultar más difíciles de entender. Las referencias concretas más adecuadas son aquellas que se encuentran en la habitación, por ejemplo: gire hacia la puerta, mire a la ventana, etc.

- Movilizar al paciente de forma que se desplace sobre una superficie de apoyo, ya que estos movimientos aportarán al paciente información sensorial y por tanto le ayudarán en la orientación espacial.

4) Emplear un único fisioterapeuta

- Hará posible realizar el trabajo cuando no hay más que una persona disponible, ya que no siempre se cuenta con dos o más profesionales.

- La información mediada será más clara para el paciente cuando proviene de una sola persona.

- Cuando hay dos o más fisioterapeutas existe una mayor dificultad para concentrarse sólo en el paciente, ya que en muchas ocasiones y de forma inconsciente las conversaciones se desvían de la actividad que se está realizando.

5) Basar la movilización en el contacto.

Las manos del fisioterapeuta contactan con el cuerpo del paciente, indicándole en cada momento qué debe hacer. Cuanto mayor sea la superficie de la mano que contacta con el cuerpo del paciente más clara será la información y menos dolorosa.

6) Hablar poco.

La información principal debe ser táctil. La información hablada que se le dé al paciente tiene que ser escueta, breve, y sobre todo, paralela y simultánea a la ejecución del movimiento.

7) Moverse simultáneamente y en dirección al desplazamiento.

El fisioterapeuta tiene que moverse armónicamente junto al paciente, de esta manera se transmitirán la información y sensación de movimiento mutuamente y por otra parte aprovechará la energía cinética y así aplicará menos fuerza.

8) Postura del fisioterapeuta.

- Mantener la espalda recta para que las cargas que actúan sobre ella lo hagan de manera vertical y así evitar contracturas musculares o cualquier otro trastorno de la columna vertebral.



- Situarse en el lado hacia donde se va a mover al paciente.
- Los pies deben estar separados y uno ligeramente más adelantado para proporcionar una buena base de apoyo que aumente la estabilidad.
- Las rodillas ligeramente flexionadas, y se aumentará la flexión o extensión según se necesite ganar o perder altura.
- El profesional debe trabajar a una altura aproximada a la altura del paciente.

9) Movilizar imitando el movimiento del cuerpo humano.

Primero observar cómo se mueve nuestro cuerpo y después intentar imitar esos movimientos con el paciente, siguiendo los principios básicos expuestos anteriormente.

10) No mover todo el cuerpo a la vez.

En ningún caso hay que desplazar todo el cuerpo del paciente, sino que debe hacerse por partes, moviendo las distintas regiones corporales más pesadas de una en una y poniéndolas en dirección al movimiento, del mismo modo no debemos desplazar toda la distancia en un único movimiento, sino avanzar

poco a poco, en pequeños pasos en la dirección adecuada, de esta forma se moviliza empleando el mínimo esfuerzo posible.

11)No levantar pesos.

Levantar es el método que más esfuerzo requiere y el que mayor riesgo de lesión supone tanto para el fisioterapeuta como para el paciente, debido a esto hay que evitar cargar con pesos levantando el cuerpo del paciente.

12)No hacer daño al paciente.

La movilización y transferencia no deben ser bajo ningún concepto un proceso traumático o doloroso para el paciente.

Existen determinadas zonas del cuerpo que son especialmente sensibles al dolor y que, por tanto, hay que evitar movilizar desde ellas en ningún caso, como por ejemplo: el cuello, cintura, caderas y hombros, ya que estas zonas son las que permiten la movilidad corporal. Es recomendable movilizar desde cabeza, tronco, brazos, piernas y pelvis, ya que son zonas más resistentes y menos sensibles al dolor.

13)Mantener el cuerpo del paciente bien alineado.

Si el cuerpo del paciente está bien organizado se desplazará vertical hacia la superficie de apoyo, siendo el esqueleto el que soporte el peso, y como los huesos están preparados para esta función el resto del organismo no tendrá que someterse a ningún sobreesfuerzo.

14)Técnicas de movilización de pacientes.

Las principales movilizaciones en el sitio que a continuación se nombran tienen lugar en la cama o camilla. La más importante es el giro del paciente, ya que es la base de los cambios posturales y el punto de partida para sentar al paciente al borde de la cama.

Siempre que sea posible hay que empezar con movilizaciones pasivas de las diferentes articulaciones como: hombros, codos, muñecas, rodillas, tobillos... lo que nos ayudará a mejorar o mantener las capacidades funcionales del paciente y al mismo tiempo servirá de calentamiento para las posteriores movilizaciones que vayamos a realizar.

Técnicas de transferencia de pacientes.

a) Paso de decúbito supino a decúbito lateral

El fisioterapeuta se coloca en el lado de la cama, hacia el que va a girar al paciente y le gira la cabeza hacia ese mismo lado para orientarle. Después sitúa las diferentes partes del cuerpo en dirección al movimiento (Imagen 1):

- El brazo más próximo lo separa del cuerpo.
- El brazo más alejado lo aproxima y lo deja colocado sobre el cuerpo del paciente.
- Flexiona la rodilla del miembro inferior más alejado, dejándola un poco inclinada hacia el otro miembro inferior que permanece completamente extendido.



Imagen 1



Imagen 2.

Si no se puede flexionar la rodilla, la extremidad se cruza sobre la otra.

Finalmente el fisioterapeuta sujeta con una mano el brazo más alejado del paciente y la otra mano la sitúa en el glúteo de ese mismo lado y a continuación tira del paciente hacia sí mismo, dejándolo colocado en decúbito lateral (Imagen 3).



Imagen 3

b) Movilización hacia un lateral de la cama.

Se procede a dividir el cuerpo del paciente en tres segmentos: tronco, pelvis y miembros inferiores y se van a movilizar cada uno por separado.

El fisioterapeuta se coloca del lado de la cama hacia el cual va a trasladar al paciente, a la altura del segmento que va a mover en ese momento y manteniendo siempre una postura dinámica.

Para movilizar el tronco el fisioterapeuta pasa sus brazos por debajo de las axilas del paciente para sujetarle por la espalda (Imagen 4).



Imagen 4

A continuación el fisioterapeuta desliza el tronco del paciente hacia sí mismo, hasta desplazarle la distancia deseada (Imagen 5).



Imagen 5

Para movilizar los otros segmentos se seguirán los mismos pasos; en el caso de la pelvis las presas irán debajo de los glúteos (Imagen 6) y en el caso de los miembros inferiores las presas serán con un brazo debajo de las rodillas y el otro a nivel de los gemelos (Imagen 7).



Imagen 6. Movilización pelvis.



Imagen 7. Movilización MMII.

c) Sentar al paciente en el borde de la cama.

Esta movilización se puede realizar con el paciente en decúbito supino, aunque lo ideal es hacerlo en decúbito lateral, ya que la técnica es más sencilla y supone menos esfuerzo por el fisioterapeuta.

El fisioterapeuta se coloca en el lateral hacia el que se va sentar al paciente manteniendo una postura dinámica y coloca al paciente en decúbito lateral (Imagen 8).



Imagen 8

Después pasa uno de sus brazos por debajo de la nuca del paciente para sujetarle a la altura de la escápula y con el otro brazo le sujeta los miembros inferiores a la altura de las rodillas mientras el paciente coloca el brazo libre sobre el hombro del fisioterapeuta. (Imagen 9).



Imagen 9

Finalmente eleva y rota el cuerpo del paciente en un sólo movimiento hasta que quede sentado al borde de la cama (Imagen 10).



Imagen 10

d) Sentar correctamente al paciente en la silla.

Es una movilización habitual, ya que los pacientes sentados tienden a deslizarse sobre la silla quedando en una postura inadecuada (Imagen 11).



Imagen 11

El fisioterapeuta primero flexiona las rodillas del paciente y le deja los pies a la misma altura (pies paralelos). (Imagen 12)



Imagen 12

Después se coloca por detrás del paciente (en posición de dar un paso) y le cruza los brazos e introduce sus brazos por debajo de las axilas del paciente hasta sujetarle con las manos a la altura de los codos (Imagen 13).



Imagen 13.

Posición desde el lateral y vista de frente
Finalmente inclina al paciente hacia delante y después tira de él hacia atrás, hasta dejarle en la posición adecuada (Imagen 14).



Imagen 14

e) Colocar al paciente en el borde de la silla

Movilización imprescindible para realizar una transferencia, por ejemplo: de sedestación a bipedestación, de la silla a la cama, etc.

El fisioterapeuta primero debe alinear correctamente el cuerpo del paciente (Imagen 15).



Imagen 15

Después se coloca por delante y sujetándole con un brazo por la espalda y con el otro por debajo de la rodilla del lado contrario, inclina al paciente hacia un lado y mueve hacia adelante la pierna contralateral (Imagen 16).



Imagen 16

Posteriormente le inclina hacia el otro lado y repite lo mismo alternativamente hasta que el paciente quede al borde de la silla (Imagen 17).



Imagen 17

- Es importante recordar que después de cada una de estas movilizaciones y una vez colocado el paciente, es preciso tomar las precauciones necesarias; como realizar cambios posturales cada cierta frecuencia, colocar almohadas o hacer cualquier otra modificación para prevenir complicaciones como las úlceras por presión.

Técnicas de transferencia de pacientes.

No es necesario explicar todas y cada una de las transferencias, ya que en definitiva todas ellas son variaciones de tres movimientos básicos que son los que se precisa comprender, para adaptarlos a la situación concreta que se tenga que resolver en cada momento. A continuación se explican estos tres movimientos básicos.

a) Pasar de la posición de sentado a la bipedestación.

El paciente debe estar sentado lo más cerca del borde, siempre que sea posible, con los pies bien apoyados en el suelo y sobre un asiento duro y lo suficientemente alto.

El fisioterapeuta se coloca por delante del paciente, con la espalda recta y piernas en posición de dar un paso (con una pierna suya entre las piernas del paciente y la otra hacia atrás flexionando las rodillas), después rodea la espalda del paciente con sus brazos a la altura de la cintura y al mismo tiempo el paciente apoya sus brazos sobre los hombros del fisioterapeuta. Finalmente

y manteniendo la postura, inclina el tronco del paciente hacia delante y después lo levanta hacia arriba hasta dejarlo colocado en bipedestación (Imagen 18).



Imagen 18. Secuencia de movimientos

Para esta misma transferencia, en el caso de los pacientes que pueden mantener por si mismos la posición erguida, las presas se pueden cambiar como se observa en la Imagen 19.



Imagen 19

b) Pasar de la bipedestación a la posición de sentado.

Esta técnica se realiza igual que la anterior pero en sentido contrario.

Tanto la posición del paciente, como la del fisioterapeuta, como las presas, son las mismas; lo que cambia es la dirección del movimiento, es decir, partiendo de la bipedestación el fisioterapeuta inclina el tronco del paciente hacia delante y después lo desplaza hacia atrás hasta dejarlo sentado en el asiento.

Hay que tener en cuenta que en este caso el paciente se encuentra de espaldas al asiento lo que le puede provocar inseguridad, por este motivo se debe caminar hacia atrás con él hasta que la parte trasera de sus piernas contacten con el borde del asiento. Es entonces cuando el paciente empezará a sentarse sin miedo.

c) Pasar de una superficie a otra desde la posición de sentado.

El paciente se encuentra sentado cerca del borde del asiento (siempre que sea posible), con pies apoyados en el suelo y en una posición estable. El fisioterapeuta se coloca por delante del paciente en posición de dar un paso con una de sus piernas entre las del paciente y la otra hacia atrás.

A continuación rodea con sus brazos la espalda del paciente (el paciente también se agarra al profesional) y comienza el movimiento despegándolo del asiento y levantándolo hacia arriba mientras gira con los pies en dirección al asiento donde se le quiere trasladar. *(El giro puede hacerse en bloque o mediante pequeños avances). Y una vez situado enfrente del otro asiento, inclina el tronco del paciente hacia adelante y después hacia atrás hasta dejarlo sentado (Imagen 20).





Imagen 20. Secuencia de movimientos

Consideraciones:

-Este método se puede aplicar para pasar de una superficie a otra como: de cama a silla, de silla a otra silla, de silla de ruedas a silla, etc.

-En el caso de pasar de una silla de ruedas a otro asiento, hay que retirar el reposapiés y reposabrazos del lado hacia el que se va a girar al paciente.

-El asiento de destino debe estar colocado cerca del asiento sobre el que está sentado el paciente.

CONCLUSIÓN

No cabe duda que los fisioterapeutas son profesionales que están sometidos a una serie de riesgos ergonómicos derivados de su actividad laboral, problema que no sólo les afecta individualmente en el desempeño de sus tareas, sino que tiene una incidencia social notable, ya que su trabajo de asistencia sanitaria repercute directamente en los ciudadanos. En este sentido, merece la pena destacar el ritmo de vida de la sociedad actual en la que el saber intelectual y las nuevas tecnologías están dejando en un segundo plano todo lo relacionado con lo corporal. Olvidando, así, la importancia que tiene un adecuado cuidado del cuerpo en general y una adecuada higiene postural en particular, resultando significativa en los pacientes y preocupante en los profesionales del ámbito de la Fisioterapia.

Por este motivo es imprescindible establecer pautas que repercutan en los años de formación del fisioterapeuta, como llevar a cabo programas formativos que incluyan las técnicas biomecánicas, el entrenamiento de manipulación de pacientes, el uso de los medios mecánicos para realizar los traslados... dirigidos no sólo a estos profesionales, sino al resto de profesionales sanitarios con el objetivo de prevenir riesgos laborales y promocionar la salud laboral del profesional, mejorando por lo tanto su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Mencía Seco, Víctor Ramón. (2003): *Trastorno de movilidad y movilización de pacientes*. Jaén: editorial Formación Alcalá.
- Dotte, Paul. (1992): *Métodos de movilización de enfermos e incapacitados*. Barcelona: editorial Doyma.
- Dotte, Paul. (1999): *Método de manutención manual de los enfermos. Ergomotricidad en el ámbito sanitario, generalidades y educación general específica (Tomo I. 5ª edición)*. Barcelona:editorial Springer-Verlag Ibérica, D.L.
- Dotte, Paul. (1999): *Método de manutención manual de los enfermos. Ergomotricidad en el ámbito sanitario. Aplicaciones clínicas (Tomo II. 2ª edición)*. **Barcelona:editorial** Springer-Verlag Ibérica, D.L.
- *Movilización de enfermos. Teoría (Formación Sanitaria)*. Madrid: editorial CEP Oposiciones, S. L. 2006.
- Colección Nursing photobook. (1988): *Movilización, traslado y deambulación del paciente en enfermería*. Barcelona: editorial Doyma.