DIPUTACIÓN
DE ALICANTE

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

VOLUMEN III

Manipulación de Pacientes

Elaboración, diseño y maquetación
José Luis Barragán y Yolanda Martínez
Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

Dibujos portada y contraportada
Andrés Rubio González

Impresión y Reproducción
Imprenta Provincial
Diputación de Alicante

Edición 2007

CONTENIDO

Introducción 2

Aspectos a tener siempre en cuenta 3

Principios básicos durante la manipulación de pacientes 5

Técnicas de manipulación manual de pacientes 6

Ayudas mecánicas para la manipulación de pacientes 25

Aspectos legales de interés para el trabajador 27

INTRODUCCIÓN

La manipulación de pacientes, y de personas en general, forma parte de las tareas diarias que deben desempeñar muchos trabajadores de la rama socio-asistencial y sanitaria, dándose las situaciones más desfavorables cuando los pacientes no colaboran o incluso ofrecen resistencia.

Podemos encontrar estas situaciones en geriátricos, residencias infantiles y juveniles, psiquiátricos, hospitales, centros de salud, en asistencia domiciliaria, etc.

La manipulación manual de pacientes es un caso específico de manipulación manual de cargas, por lo que, igualmente, puede desencadenar en quienes la practican sobrecarga física y lesiones en músculos, articulaciones, huesos, tendones, etc.

Con el fin de evitar estas consecuencias en los trabajadores, para que realicen este tipo de tareas de la forma menos penosa posible y para optimizar su calidad de vida laboral y personal, se debe partir de:

- Una formación específica para que conozcan técnicas correctas de manipulación manual de pacientes y tengan nociones de biomecánica corporal con el fin de que apliquen estos conocimientos a la hora de realizar las tareas de forma más segura, para ellos y para las personas a las que deban atender.

- Una dotación suficiente de ayudas mecánicas y la posibilidad de contar con la ayuda de otros trabajadores en los casos que sea necesario (manejo de personas sin movilidad alguna, personas obesas, personas con lesiones que las hacen especialmente frágiles ante una manipulación incorrecta, personas que ofrecen resistencia, etc.)

En el presente documento hablaremos de estos aspectos, incidiendo especialmente en las técnicas de manipulación manual de pacientes. Utilizaremos, para ello, una serie de ejemplos ilustrativos acompañados de unas sencillas instrucciones.

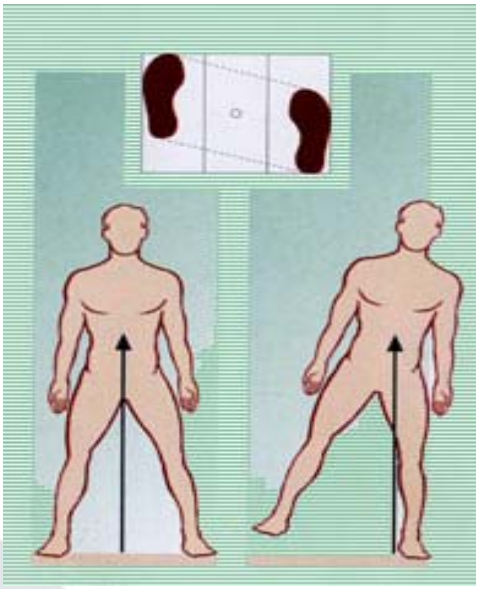
ASPECTOS A TENER SIEMPRE EN CUENTA

- **Centro de gravedad bien situado**

El centro de gravedad del ser humano en bipedestación (DE PIE) se establece aproximadamente a nivel de la 3ª vértebra lumbar (L3) y es el que controla el equilibrio del cuerpo.

Cuando este centro de gravedad se proyecta dentro del polígono formado por el contorno de los pies, denominado polígono de sustentación, se considera que el cuerpo está en equilibrio.

Si el centro de gravedad se "sale" del polígono y la persona no corrige la postura mediante un movimiento, se caerá al suelo, lo que constituye un importante factor de riesgo sanitario para los pacientes y para los trabajadores que los asisten.



- **Estabilidad y base de apoyo**

Con una postura estable y con una buena base de apoyo moveremos sin problemas al paciente, tendremos más reflejos ante situaciones imprevistas y seremos capaces de evitar lesiones.

La postura estable no implica que sea estática. Podemos estar moviéndonos ayudando a un paciente y estar en una postura estable que nos permita controlar un posible desequilibro gracias al mantenimiento de una correcta base de apoyo.

- **Buen agarre**

De nada sirve intentar una manipulación si falla lo más importante, la zona de contacto con el paciente. Es importante conocer, para cada técnica de movilización, el mejor agarre posible y alguna variante por si fuera necesario.

- **Lógica y planificación**

Toda maniobra debe ser lógica y debe planificarse correctamente, de manera que uno sepa la técnica más adecuada a aplicar en cada momento (si es mejor una ayuda mecánica, si puede hacerse con la ayuda de un compañero o sin ningún tipo de ayuda, etc.).

Las circunstancias que nos indicarán lo más adecuado serán, entre otras: peso del paciente, capacidad de colaboración que tiene, ganas de colaborar que va a ofrecernos, capacidad física que poseemos nosotros en ese momento…

Las técnicas de movilización se basan en el estudio lógico de las reacciones del cuerpo humano al realizar una movilización, de manera que permiten entender qué se está produciendo y qué se pretende producir, por lo que son de gran ayuda, tanto para la persona que las recibe como para la que las aplica.

PRINCIPIOS BÁSICOS DURANTE LA MANIPULACIÓN DE PACIENTES

- **Mantener la espalda recta**

La verticalidad de la espalda es un principio fundamental, ya que cumplirlo escrupulosamente evita el deterioro de los anillos fibrosos de la columna y, por tanto, reduce el riesgo de padecer hernia discal.

También impide que se produzcan contracturas musculares, debido a que, en esta posición, la musculatura paravertebral sólo actúa como estabilizadora y no se encuentra especialmente forzada para mantener las vértebras alineadas.

- **Separar los pies y flexionar las rodillas**

Mantener los pies separados y las rodillas flexionadas hace que tengamos mayor base de sustentación y, por ello, mejor equilibrio, además de permitir que sea la musculatura fuerte de las piernas la que cargue el peso.

- **Sujetar al paciente próximo a nuestro cuerpo**

Con ello reducimos considerablemente el esfuerzo realizado (cuanto más alejados estemos de él, más esfuerzo tendremos que hacer para moverlo).

- **Usar el contrapeso de nuestro cuerpo**

Para compensar el peso del cuerpo del paciente usaremos el nuestro, consiguiendo así un mayor equilibrio y un menor esfuerzo.

- **Utilizar apoyos**

Durante la manipulación de pacientes, como durante la manipulación de cualquier carga, podemos disminuir el riesgo de lesión dorsolumbar si "apuntalamos" nuestra espalda, por ejemplo, apoyando una rodilla o el brazo que nos quede libre en la cama. Esto disminuye el esfuerzo a realizar con la espalda y ayuda a mantenerla recta.

ESTOS PRINCIPIOS DEBEN MANTENERSE EN TODAS Y CADA UNA DE LAS TÉCNICAS QUE SE APLIQUEN.

TÉCNICAS DE MANIPULACIÓN MANUAL DE PACIENTES

- **Asistencia desde supino a sentado con movilización a través del hombro**

Cruzamos el brazo más próximo del paciente por debajo de nuestro brazo homólogo, y el que nos queda libre, lo pasamos por detrás de su cuello hasta sujetarle el hombro contrario, con lo que favoreceremos el movimiento de elevación y estabilizaremos su cuerpo (y su cabeza) **con un esfuerzo mínimo**.

Es una técnica rápida que permite la comunicación visual con el paciente.

- **Asistencia desde supino a sentado disociando hombros y cadera**

Cogemos al paciente por la muñeca contraria, colocándole el brazo en diagonal hacia nosotros. A la vez, presionamos contra la cama su cadera contraria.

Manteniéndole la cadera presionada, vamos incorporando al paciente tirando de su brazo hacia nosotros.

Cuando el brazo del que tiramos podamos "enrollarlo" en nuestra cintura, podremos dejar de presionar la cadera del paciente y utilizar ese brazo para pasarlo por encima de sus hombros y sujetarlo mejor.

EN DEFINITIVA:

Con este movimiento, transmitimos la fuerza desde la muñeca al hombro del paciente, que es el que arrastra la parte superior de ese lado de su cuerpo hacia nosotros.

Esto, y el presionar su cadera (fundamental para que sólo levante el tronco y para "apuntalar" nuestra espalda), minimiza el esfuerzo que tenemos que hacer.

- **Desplazamiento lateral en la cama por segmentos**

Trataremos el cuerpo del paciente como si estuviera "dividido" en tres partes o segmentos: piernas, caderas y hombros, con el fin de manipular cada uno de ellos por separado y en diferentes tiempos.

PASO 1: Empezaremos por las piernas, flexionándolas para desplazarlas mejor hacia el lateral.

PASO 2: Seguiremos con la cadera (como exige más esfuerzo, podemos ayudarnos apoyando una rodilla sobre la cama).

PASO 3: El último segmento a desplazar es el de los hombros. Lo haremos "abrazando" al paciente.

RESULTADO: Al final, quedará todo el cuerpo del paciente desplazado hacia el lado de la cama donde le hemos dirigido.

EN DEFINITIVA:

Esta movilización supone poco tiempo de asistencia, no precisa ninguna ayuda y es muy cómoda y segura para el paciente y para nosotros, ya que al manipular su cuerpo en tres fases, se levanta muy poco peso comparado con el que se tendría que levantar si lo intentáramos mover de una sola vez.

- **Volteo desde decúbito supino a decúbito lateral o decúbito prono a través de tobillo o rodilla**

En esta manipulación, agarramos firmemente el tobillo o la rodilla del paciente y, tirando en diagonal hacia su otro pie, lo giramos hacia el lado y/o hacia abajo, acompañando con nuestro movimiento su giro.

Hay dos posibilidades:

- Pierna flexionada 45º: El movimiento en diagonal tira de la rodilla hacia abajo como si quisiéramos llevarla hacia el tobillo opuesto. El movimiento se inicia en la rodilla, que arrastra cadera, tronco y hombros en el giro.

- Pierna recta: El movimiento en diagonal tira de la cadera hacia abajo como si quisiéramos llevarla hacia el tobillo opuesto. El movimiento se inicia en la cadera, que arrastra tronco y hombros en el giro.

Controlaremos la posición de los brazos del paciente, de forma que no se haga daño durante el giro.

Es una técnica muy cómoda para el trabajador, exigiéndole, una vez dominada, un mínimo gasto de energía.

Es importante señalar que requiere la colaboración del paciente para dejarse llevar, ya que ésta es una técnica de facilitación (al acabarla se cuenta con un buen control del cuerpo), no de movilización en el sentido estricto del término.

Además, sólo debería realizarse en personas que tengan una buena integridad articular en las extremidades inferiores, para evitar problemas de esguinces, luxaciones, etc., por lo que será el equipo médico el que determine a qué pacientes puede aplicarse esta técnica.

- **Volteo desde decúbito supino a decúbito lateral o decúbito prono con mano debajo de la rodilla**

Pasamos una mano por debajo de la rodilla del paciente que está más próxima a nosotros, para ponerla encima de su otra rodilla.

Con la otra mano le cruzamos, flexionado, el brazo más cercano a nosotros por encima de su pecho, presionando sobre su húmero.

Desde esta posición base, levantando el codo del brazo con el que presionamos la rodilla y empujando (suavemente pero con firmeza) su brazo en la dirección hacia la que queremos que gire, conseguimos dejar al paciente en decúbito lateral o en decúbito prono.

Es una manipulación que, ya finalizada, permite controlar el cuerpo del paciente de manera segura, bien a través de la sujeción del brazo bien a través de la sujeción de la cadera.

No precisa de la colaboración del paciente, por lo que se puede realizar en personas impedidas para todo movimiento. Es la manipulación ideal para cambiar la ropa de cama en el caso de una persona encamada.

Comenzamos, desde la posición de inicio:

Con "media maniobra" el paciente quedará de lado:

Con la "maniobra completa", el paciente quedará boca abajo:

- **Transferencia silla a silla con agarre posterior**

Para realizar el agarre posterior, pasaremos los brazos por debajo de las axilas del paciente y, con una mano en supino y otra en prono, colocaremos los dedos "en forma que grapa".

Con este agarre, aplicamos una fuerza considerable sin hacer daño al paciente y conseguimos un buen control de los movimientos y del equilibrio, eso sí, tendremos que flexionar bastante las piernas (para que nuestra cadera quede a la altura de la cadera del paciente) y estaremos muy próximos a él.

Para no forzar nuestra espalda, cargaremos el peso con nuestra cadera y con la parte alta de nuestros muslos.

Si sentimos que nos fallan las fuerzas o que perdemos el equilibrio, podemos recurrir a flexionar la cadera y la rodilla para hacer una especie de "silla" con nuestro cuerpo, lo que nos permitirá descansar con el peso sin riesgo e incluso depositar al paciente en el suelo si fuera necesario.

¡¡ES UNA MANIPULACIÓN PELIGROSA SI NO SE REALIZA CORRECTAMENTE!!.

Para comenzar, aseguramos el agarre y la postura.

Iniciamos "el arrastre". En este momento es cuando más fuerza aplicamos, por lo que debemos extremar las precauciones.

Con los pies bien separados, podremos alcanzar mejor la silla destino.

Por último, estabilizamos adecuadamente el cuerpo del paciente antes de soltarlo.

- **Transferencia silla a silla con agarre de solapa**

Colocaremos las sillas lo más juntas posible, una al lado de la otra, y si alguna es de ruedas, no olvidaremos poner los frenos y quitar el lateral (apoyabrazos..) que obstaculice la transferencia.

Con un brazo del paciente ya apoyado en la silla a la que queremos transferirlo, procedemos a pasar nuestro brazo más próximo flexionado por debajo de su axila, para llevarlo luego hacia nosotros y agarrarnos a nuestra ropa. Desde aquí transmitiremos el movimiento al paciente, tirando de él hacia la otra silla.

Ayudaremos al paciente a mantener estable el brazo de apoyo agarrándoselo con nuestra otra mano (para que no se doble o falle).

Con el brazo que le quede libre, el paciente puede seguir apoyándose en la silla en la que está inicialmente sentado.

Tiraremos de él en dirección a la nueva silla, siguiendo el movimiento con nuestro cuerpo.

También en esta transferencia hay que flexionar bastante las piernas y aproximar el nivel de nuestra cadera al nivel de la del paciente.

Para poder realizar esta transferencia, hay que contar con un buen nivel de colaboración del paciente (más que con el agarre posterior), que deberá controlar suficientemente su tronco y sus brazos.

A continuación se ilustra con detalle el agarre de solapa:

ES MUY IMPORTANTE QUE NUESTRO BRAZO QUEDE DEBAJO DE LA AXILA DEL PACIENTE, DE LO CONTRARIO PODRÍAMOS HACERLE DAÑO Y, ADEMÁS, SERÍA MENOS EFECTIVA LA FUERZA APLICADA. EN CUANTO A COGERNOS LA ROPA ("LA SOLAPA"), ES PARA FIJAR MEJOR EL AGARRE.

- **Transferencia silla a silla con doble agarre frontal**

Con la espalda recta y las piernas flexionadas, una de ellas entre las piernas del paciente y más adelantada que la otra, lo abrazamos por la cintura (él nos abrazará por encima de los hombros) y lo levantamos con nuestra inercia al echarnos hacia atrás.

Si el paciente tendiera a caerse, presionaremos más su cintura hacia nosotros y flexionaremos más nuestras piernas para establecer una buena base de apoyo.

Para sentarlo en la otra silla, pivotamos sobre nuestros pies y lo dejamos caer en el asiento echándonos hacia delante, siempre con la espalda recta las piernas flexionadas y una rodilla entre sus piernas.

Es una movilización muy segura y estable.

- **Bipedestación**

Para levantar de una silla a un paciente, desde un lateral, con las piernas flexionadas y la espalda recta e inclinada hacia él, le pasaremos el antebrazo por debajo de la axila y con la otra mano lo agarraremos firmemente de la ropa por debajo de su cintura. Luego, lo impulsaremos hacia delante acompañando su movimiento con el nuestro.

Finalmente, basculando la pelvis alinearemos nuestra espalda y acabaremos de incorporar al paciente.

Una vez de pie, si hay que ayudarle a caminar, se puede utilizar la técnica del abrazo posterior, controlando el equilibrio a través de la alineación de hombros y cadera. Será importante sincronizar los movimientos.

AYUDAS MECÁNICAS PARA LA MANIPULACIÓN DE PACIENTES

Las ayudas mecánicas constituyen una ayuda imprescindible, pues:

- por un lado, disminuyen el nivel de exigencia física de las tareas, la sobrecarga muscular y la posibilidad de sufrir lesiones músculo-esqueléticas por parte de los trabajadores
- y por otro, incrementan la seguridad de los pacientes al realizarse las movilizaciones mediante un aparato específicamente diseñado para ello, no corriendo riesgos de caída por cansancio, lesión, etc. de los trabajadores.

Silla de ruedas

Silla de bipedestación

Silla de baño

Las ayudas mecánicas están indicadas en los siguientes casos:

- Pacientes no colaboradores (que no quieran ayudar o que no puedan hacerlo).

- Personas con problemas de movilidad: se utilizan en hemiplejías, Parkinson, artrosis, esclerosis, fracturas, etc.

- En grandes movilizaciones: enfermos en fase terminal, pacientes encamados, pacientes muy voluminosos…

Si el enfermo tiene que usar un andador, deberemos ayudarle a mantener alineado su cuerpo respecto al suelo y respecto al andador, pues si pierde el equilibrio podemos realizar un sobreesfuerzo al evitar su caída y, por tanto, lesionarnos.

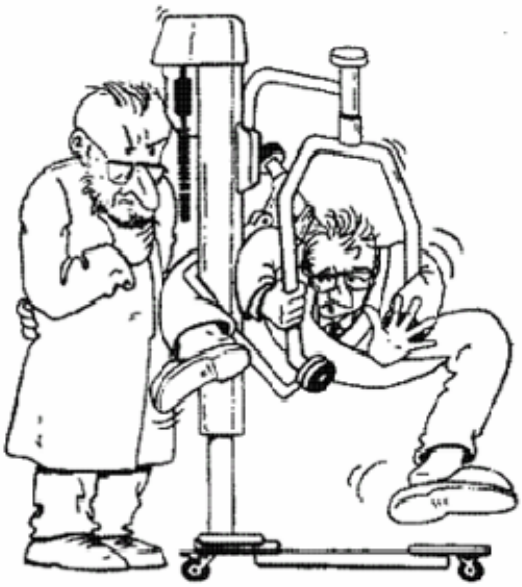
Para el correcto uso de las ayudas mecánicas, se hace necesario realizar un rápido análisis que permita:

- Elegir la ayuda más adecuada al tipo de movilización que se deba realizar.

- Planificar la asistencia que se va a desarrollar.

- Efectuar la movilización de manera cuidadosa y controlando durante todo el proceso que se realiza de manera correcta.

- Ayudar a reforzar la aceptación de la ayuda mecánica por parte del paciente.



SE DEBE FOMENTAR PAULATINAMENTE EL USO Y LA CONCIENCIACIÓN DE LO IMPORTANTE QUE ES PARA TODOS EL USO DE ESTAS AYUDAS.

ASPECTOS LEGALES DE INTERÉS PARA EL TRABAJADOR

En España, las condiciones de trabajo en los referidos puestos están reguladas por el Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, (BOE nº 97 de 23 de abril), desarrollado en la "Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la Manipulación Manual de Cargas", editada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Y recuerda que si tienes cualquier problema o duda puedes contactar con los Técnicos del Servicio de Prevención

EL HÁBITO ES EL MAESTRO MÁS EFICAZ

...

Área de Recursos Humanos
Servicio de Prevención

E-mail: serviciodeprevencion@dip-alicante.es