

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

DOSSIER PARA EL ALUMNO

1. INTRODUCCIÓN A LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

La manipulación manual de pacientes es una de las mayores causas de lesiones en el medio sanitario.

Las personas que ejercen esta actividad (personal de enfermería, fisioterapeutas o cuidadores de personas dependientes) tienen un elevado riesgo de sufrir lesiones de espalda debido a las altas exigencias físicas del trabajo.

Se puede sufrir un accidente de trabajo al hacer frente a situaciones difíciles, como es evitar la caída de una persona o acomodarla tras un accidente, en las que se producen movimientos bruscos e inesperados.



La mayoría de las personas que acuden a los centros hospitalarios o las que se encuentran internadas en los mismos o en centros residenciales, tienen disminuidas sus capacidades a causa de su enfermedad o avanzada edad, por lo que en muchos casos no pueden moverse por sí mismos, necesitando de la ayuda del personal sanitario para realizar dichos movimientos. Éstos deben ser realizados siguiendo unas normas mínimas establecidas para disminuir los riesgos y favorecer la comodidad. La movilización de los pacientes comprende las técnicas para colocarles y moverles correctamente en la cama, así como el movimiento que deben realizar en la habitación o el transporte a otros lugares del hospital o la residencia a través de sillas de ruedas, camillas o en la propia cama.

Los **cambios posturales** son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado. Para realizar estos cambios se deben seguir unas normas generales tales como:

- Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecernos.
- Procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas).
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del paciente para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.
- Es preferible deslizar y empujar, que levantar.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

1.1. MEDIDAS PREVENTIVAS

La movilización de pacientes implica levantar, mover o desplazar personas —lo cual significa manipular pesos elevados— y en la ejecución de esas tareas se pueden presentar diversos factores que aumentan la posibilidad de padecer problemas musculoesqueléticos (afectaciones en los músculos, articulaciones o huesos de los hombros, cuello o espalda). La mayoría de estos riesgos tienen relación con: manipular una carga que supere la capacidad del trabajador; utilizar una técnica inadecuada; realizar repetidamente movilizaciones de pacientes durante un largo periodo de tiempo; o hacer frente a situaciones difíciles —como es evitar la caída de una persona o acomodarla tras un accidente— en las que se producen movimientos bruscos e inesperados. A continuación, presentamos un conjunto de medidas

preventivas que pueden ayudar a las personas que realizan tareas de movilización de pacientes a prevenir las lesiones de espalda.

1. Implantar un programa de formación que permita asegurar que todos los trabajadores tienen conocimiento de cuáles son las técnicas más seguras de movilización que tienen que aplicar en función de cada tarea concreta.

2. Disponer de medios de ayuda mecánicos o electrónicos; la movilización manual de los pacientes sólo se debe efectuar en situaciones necesarias.



3. Tener claro los equipos de ayuda que se dispongan para el trabajo, con el fin de facilitar la planificación de las distintas actividades.

4. Seleccionar los medios de ayuda en función del estado y las características del paciente —dependiente o semidependiente, peso, edad, etcétera—, así como de las dimensiones de los espacios de trabajo, los pasillos o las escaleras.

Los medios más usuales son: camas y camillas de altura graduable; sábanas deslizantes que facilitan los desplazamientos longitudinales; deslizadores que ayudan a trasladar al paciente de la cama a la silla o viceversa; y el trapecio o las barras de apoyo que permiten al paciente sujetarse con las manos y colaborar en la movilización.

5. Evitar que una persona sola realice manipulaciones de riesgo. En esas circunstancias hay que pedir siempre ayuda a otros compañeros. Es conveniente fomentar el trabajo en equipo, de tal manera que los trabajadores estén coordinados y sepan de antemano cuál es la función que corresponde a cada uno.

6. Disponer de un tiempo durante la jornada laboral para realizar ejercicios de estiramientos y calentamiento muscular, con el fin de que los empleados mantengan un estado físico saludable y puedan reducir el riesgo de contracturas u otro tipo de lesiones musculoesqueléticas.

7. Planificar detalladamente la técnica que se empleará antes de iniciar la movilización (zonas idóneas de sujeción, elementos de ayuda, etc.). Estudiar la disposición del mobiliario y eliminar los obstáculos que puedan representar un impedimento durante la manipulación o traslado del paciente (muebles, alfombras, objetos, etcétera).

8. Explicar al paciente de forma clara y sencilla el trabajo que se va a realizar y solicitar, al mismo tiempo, su colaboración: un paciente bien informado puede contribuir en mucho a que la movilización se lleve a término con seguridad. Del mismo modo, hay que comentar las distintas intervenciones con el compañero de equipo, siendo siempre la misma persona la que dirija el movimiento.

9. Emplear las técnicas básicas de movilización segura. Mantener la espalda recta, contraer los glúteos y los músculos abdominales para conservar la pelvis en posición correcta y utilizar los músculos de las piernas para levantarse y moverse.

10. Sostener a los pacientes con los antebrazos manteniendo los brazos cerca del cuerpo; con ello se consigue desplazar lo mínimo el centro de gravedad y se requiere menos fuerza para mantener el equilibrio.

11. Separar los pies, con una amplitud igual a la anchura de los hombros, adoptando una postura estable. El pie de delante se colocará en la dirección en la que vaya a efectuarse el giro.
12. Ayudarse con puntos de apoyo exteriores y con el contrapeso del propio cuerpo para aumentar la fuerza aplicada al movimiento.
13. Utilizar ropa de trabajo que no moleste para realizar movimientos y un calzado seguro, que sujete bien el pie y sea antideslizante.

2. MOVILIZACIONES Y TRASFERENCIAS

2.1. TRASFERENCIA DESDE SENTADO A BIPEDESTACIÓN (LEVANTARLE DE LA SILLA)

- Situar al paciente en la parte delantera de la silla, ligeramente inclinado, con los pies ligeramente separados.
- Nos colocamos enfrentados a él y colocamos la pierna y la rodilla contra la suya formando un bloque para prevenir los deslizamientos. El otro pie lo colocamos de tal modo que nos cree una base firme.
- Con las rodillas flexionadas, la espalda recta pasamos nuestros brazos por debajo de los suyos hasta abrazar totalmente la "pelota imaginaria".
- Inclina su cuerpo hacia el nuestro y vamos estirando nuestras rodillas para ponemos en pie. La fuerza se hace con las piernas, no con los brazos.

Variaciones:

- Si puede el enfermo agarramos, es conveniente que él también nos abrace para colaborar en el movimiento.
- También podemos ayudarnos de la ropa: abrazamos con un brazo la espalda del paciente y con la otra tiramos de la trabilla del pantalón o de la cinturilla.
- Igualmente podemos hacerlo agarrando nuestras manos por detrás.
- Cuando todavía no es muy dependiente podemos levantarlo por los antebrazos: todo el proceso es igual, pero ahora el paciente pone sus manos encima de sus codos, mientras le cogemos por debajo de los codos y presionándole los brazos contra nosotros.
- Cuando todavía son independientes hay que acostumbrarle a que realice el proceso de la misma manera y que se fije en la posición de las piernas y que se desplace hasta el borde de la silla.

2.2. TRASFERENCIA DE BIPEDESTACIÓN A SENTADO

- Es el mismo proceso pero a la inversa, con lo cual hay que mantener el peso para que no caiga "a plomo".
- Tenemos que llevarle hasta la silla y una vez que está en esa posición, el estímulo al que le vamos a acostumbrar siempre es al contacto de la silla con las pantorrillas.
- Después la indicación del movimiento la hacemos desde el pecho "en la bola imaginaria", colocando las manos por detrás para retener el peso.
- Una vez sentado hay que asegurar la posición y desplazar las caderas hasta atrás en la silla (el culo pegado al respaldo), que facilite cualquier manipulación de los miembros inferiores.
- Para desplazar la cadera hacia atrás podemos con una mano levantar el lado del desplazamiento e impulsar a la altura de la rodilla.
- Intentar que siempre busque con sus manos los reposabrazos para sostener el peso y tomar conciencia del movimiento.

2.3. LA MARCHA

- Durante la marcha tenemos que proporcionar estabilidad y seguridad, por lo tanto tenemos que permitirle el máximo ángulo de visión posible.
- Nos colocamos al lado del enfermo y pasamos nuestro brazo por debajo del suyo colocando el reverso de nuestra mano por delante de la bola imaginaria y dándole la mano del lado en el que estamos con nuestra mano contraria.

Variaciones

En ocasiones esta posición no les gusta, con lo cual, hay que retirar esa mano del pecho, para ello lo que hacemos es retirar y controlar la inestabilidad desde nuestro codo (con la misma posición general). Si la inestabilidad en la marcha es muy grande y pretendemos que ande diariamente aunque sea unos pasitos, lo que hacemos es situarnos por detrás, pasar nuestros brazos por debajo de los suyos y agarrando sus manos a la altura del vientre y desplazar su cuerpo acompañándolo con el nuestro.

2.4. TRASFERENCIA DE SILLA A SILLA

- Situamos las sillas en un ángulo de 90°, en caso de que una de las sillas sea de ruedas y siempre que podamos debemos retirar el reposabrazos del lado por el que hacemos la transferencia.
- El paciente se sitúa o le situamos al borde de la silla y con los pies dirigidos ya en dirección de la segunda silla.
- Debemos colocarlos en la misma posición que para ponerle de pie, pero cuando estamos ya consiguiendo la bipedestación giramos ligeramente sobre nuestro propio eje y balanceamos su cuerpo de una silla a la otra.

- Hay que intentar que el movimiento no sea muy brusco a pesar de que sea de un solo impulso. También hay que evitar dar pasitos y conseguir la rotación desde los talones.
- Si el enfermo todavía es independiente hay que acostumbrarle a que realice el mismo método por él mismo, apoyando con la mano en el reposabrazos más alejado y la otra mano en el reposabrazos de la silla de procedencia, basculando de un golpe la cadera de una silla a otra.

2.5. TRASFERENCIAS DESDE, HACIA Y EN LA CAMA

Existen algunos puntos a tener en cuenta para hacer más fácil la realización: Siempre que sea posible la altura de la cama debería ser igual a la altura de la silla para facilitar la transferencia. Podemos modificarla alargando o acortando las patas. También es importante asegurar la cama con unos calzos o unos frenos. Si no podemos bajar la altura de la cama, podemos elevar la posición del suelo, colocando una superficie más alta (tarima) o un escalón.

- El colchón de la cama también es importante para la transferencia (no solo para evitar las escaras), ya que si el colchón es demasiado blando la transferencia va a verse dificultada.
- Debe existir un espacio suficiente al lado de la cama para realizar la transferencia.

2.5.1. SENTARSE SOBRE EL BORDE DE LA CAMA

-Para iniciar esta transferencia debemos tener al enfermo situado boca arriba y debemos de prepararle para realizarla. Cruzamos la pierna contraria al giro por encima de la otra y colocamos un brazo nuestro por debajo de su escápula (parte posterior del hombro) y la otra a la altura de las corvas de la rodilla.

-Evitar presionar o agarrar con las manos, ya que podemos hacer daño.

- El impulso lo podemos hacer por arrastre empujando la pierna contraria hacia nosotros, desplazándose así todo el cuerpo y en bloque llevando el tronco a la posición de sentado.

2.5.2. LEVANTARSE DE LA CAMA

- Son aplicados los mismos principios que para levantarse de la silla.

- Hay que tener en cuenta que si tiene inestabilidad, tenemos que tener todo lo que necesitemos a mano, porque no podemos soltarle e ir a buscar las cosas.

- Por tanto, antes de iniciar la maniobra, revisar mentalmente los pasos que vamos a dar.

2.5.3 ROTACIÓN EN LA CAMA

- Situado el paciente boca arriba vamos a llevarle el brazo contrario en dirección al giro. Una mano busca la otra.

- Igualmente que para levantarlo, vamos a colocar una pierna por encima de la otra (a la altura del tobillo)

- Los puntos de control van a ser las escápulas y las caderas, de las cuales vamos a iniciar el movimiento en dirección a nosotros para colocarle tumbado de lado. Siempre el giro es hacia nosotros, nosotros somos el final del movimiento y el seguro de que no se caiga por el lateral de la cama.
- El paciente va a quedar apoyado sobre la cadera y el hombro, que son los puntos sobre los que hay que actuar si se ha quedado muy al borde de la cama.
- Si estamos solos para esta maniobra hay que colocar un tope en la espalda (por ejemplo, una almohada) para que no vuelva a colocarse tumbado boca arriba.

2.6. TRASLADO AL Y DESDE EL INODORO

- La mayoría de los inodoros resultan demasiado bajos.
- Debemos tener la suficiente maniobrabilidad para poder limpiarle una vez que esté de pie.
- En el baño es muy importante el estudio de las ayudas técnicas. Es uno de los sitios más peligrosos.

Para levantarlo del inodoro se utilizan los mismos principios que para levantarlo de una silla o de la cama, pero hay que tener en cuenta que necesitamos limpiarle una vez que lo tengamos de pie. Por eso, es muy importante saber echar el peso del enfermo sobre nosotros y sobre las ayudas técnicas que utilicemos (asideros), repartiendo el peso de la forma más segura y liberándonos de una mano para poder manipular su ropa y limpiarle.

2.7. TRASFERENCIA FUERA Y DENTRO DE LA BAÑERA

2.7.1. ENTRAR Y SALIR DESDE LA POSICIÓN DE PIE:

Es necesario elegir el modelo de pasamanos adecuado para aquellas personas que necesitan un soporte cuando entran y salen de la bañera. Como siempre, lo más importante es la seguridad, por lo tanto, si no tenemos asideros ni ayudas técnicas tenemos que utilizar apoyos firmes en la pared u otros objetos fijos: Lavabo, estantes fijos del baño...

2.7.2. ENTRAR Y SALIR DE LA BAÑERA DESDE LA POSICIÓN DE SENTADO:

Si tenemos el borde de la bañera suficientemente ancho, podemos hacer una transferencia del tipo de silla a silla, y una vez colocado, solo hay que desplazarlo en bloque, rotándolo sobre su eje, hasta que la pierna toca el borde de la bañera, le pasamos esa pierna, situándole "a horcajadas" sobre el borde de la bañera y luego seguimos para completar el movimiento salvando el borde de la bañera con la otra pierna.

2.7.3. TRASFERENCIA HACIA DELANTE DESDE LA SILLA DE RUEDAS:

Retiramos los reposapiés y llevamos la silla de ruedas de frente hacia la bañera. Un poco antes de llegar a ella elevamos las piernas del enfermo estirando sus rodillas hasta que los tobillos estén firmemente apoyados sobre el borde de la bañera. Después es únicamente deslizarle

desde los puntos de control hacia el borde de la bañera y colocarle en la posición más idónea para el baño

3. LEVANTANDO A UNA PERSONA TOTALMENTE DISCAPACITADA:



En el caso de que la discapacidad de una persona no le permita soportar su propio peso es el cuidador quien tiene que soportarlo y transportarlo de un sitio a otro. Cuando dos o más personas estén colaborando en la transferencia uno debe encargarse de la totalidad del grupo y dar las instrucciones. Esto implica un esfuerzo sincronizado y es un factor esencial durante la transferencia.

3.1. LEVANTAMIENTO STANDARD O LEVANTAMIENTO SILLA:

Los dos cuidadores se ponen de pie uno a cada lado del paciente, mirándose el uno al otro, con los pies separados, las rodillas flexionadas, la espalda recta y la cabeza erguida. Cada uno coloca su brazo debajo de las piernas del paciente, tan cerca de la cadera como sea posible y se agarran los brazos mutuamente. La otra mano debe sujetar la espalda del paciente o los hombros. Los brazos del paciente tienen que estar colocados por encima de los hombros de las personas que le levantan. A la orden de uno de ellos el paciente es levantado, realizando el esfuerzo con las piernas (extendiendo las rodillas) y no con la espalda. Una vez que las personas que levantan al paciente han adoptado una postura erguida, transfieren al paciente al lugar deseado.

3.2. LEVANTAMIENTO POR DEBAJO DE LOS BRAZOS:

Tenemos que tener al enfermo sentado lo más derecho posible, cruzando los brazos por delante y agarrándose sus antebrazos (si esto es posible). Una de las personas que va a levantarlo se pone de pie detrás de la silla o detrás de la cama pasando sus brazos por debajo de las axilas del paciente y agarrando sus brazos por delante de él. La segunda persona que va a levantar al paciente coloca las manos debajo de las piernas de éste, una debajo de sus muslos y otra debajo de sus pantorrillas, con objeto de sujetar las piernas durante la transferencia. A la orden del que sujeta por las axilas, el paciente es levantado y llevado al lugar correspondiente.

4. ACCIDENTABILIDAD Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Los trastornos musculoesqueléticos son el principal problema en trabajadores de centros residenciales.

Según los datos obtenidos de la Encuesta de Población Activa de 1999, el 5,3% de los trabajadores europeos había sufrido durante el año anterior un problema de salud relacionado con el trabajo *distinto* de un accidente de trabajo; el 53% de esos problemas fueron musculoesqueléticos, seguidos a gran distancia (18%) por el estrés, la depresión y la ansiedad.

En España, los problemas musculoesqueléticos representan alrededor del 80% de las enfermedades profesionales con baja *reconocidas*, habiendo superado en 2005 las 21.000, si bien en 2006 esa cifra se redujo hasta 15.000 aproximadamente.

A todo ello debe sumarse el ingente número de accidentes de trabajo que tienen como consecuencia problemas musculoesqueléticos. En el año 2006, en España, 302.834 accidentes se produjeron por *sobreesfuerzo físico sobre el sistema musculoesquelético*, de un total de 911.561 accidentes de trabajo con baja en jornada de trabajo.