

## TEMA 3. MOVILIDAD DE LA PERSONA DEPENDIENTE/ TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y MOVILIZACIÓN.

### **3.1. POSICIONES ANATÓMICAS**

Los cambios frecuentes de postura en los usuarios encamados tienen como finalidad:

- Evitar la aparición de isquemia en los llamados puntos de presión, debido a la acción de la gravedad y al propio peso.
- Evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones.
- Prevenir la aparición de úlceras por presión.
- Proporcionar comodidad al usuario.

Para ellos debemos cuidar:

- ❖ Que las sábanas estén bien limpias, secas y estiradas.
- ❖ Las zonas de mayor presión corporal estén protegidas.
- ❖ Las piernas estén estiradas y los pies formen ángulo recto con el plano de la cama.

Utilizaremos para los cambios posturales los siguientes materiales:

- Almohadas y cojines.
- Férulas.
- Ropa limpia para cambiar la cama.
- Protectores de protuberancias si fueran necesarios.

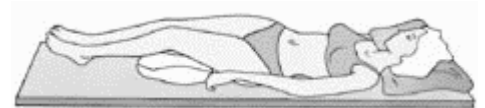
### **LAS POSICIONES BÁSICAS**

Las posiciones básicas que adopta el paciente en la cama son:

- Posición de decúbito supino, o dorsal o posición anatómica
- Posición de decúbito lateral izquierdo o derecho
- Posición de decúbito prono

Posición de decúbito supino (boca arriba)

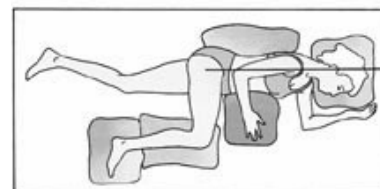
- Es la posición que se emplea con mayor frecuencia.



### Posición de decúbito lateral (derecho o izquierdo)

Se utiliza en los siguientes casos:

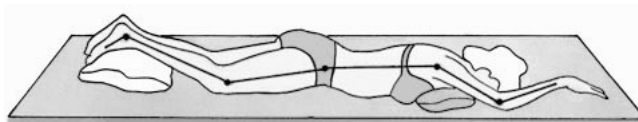
- Cambios posturales
- Higiene corporal
- Descanso
- Cambio de ropa de cama con paciente encamado



### Posición de decúbito prono- boca abajo

Se utiliza en los siguientes casos:

- En pacientes con cirugía dorsal
- Para realizar masajes en la espalda
- Para cambios posturales



## **LAS POSICIONES ESPECIALES**

Según las circunstancias el paciente puede adoptar otras posturas durante su permanencia en la cama.

Estas posturas son:

- Posición Fowler
- Posición ginecológica
- Posición de litotomía dorsal
- Posición genupectoral
- Posición de Sims
- Posición de Trendelenburg
- Posición de Antitrendelenburg
- Posición de Roser

### Posición de Fowler

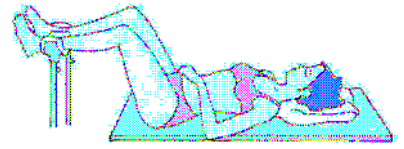


### Posición ginecológica

El paciente se encuentra en decúbito supino, las rodillas separadas y flexionadas y los pies apoyados sobre la cama.

Se utiliza principalmente en:

- El lavado de genitales en la mujer
- El sondaje vesical en la mujer
- El examen de la pelvis
- La exploración de las mujeres embarazadas



### Posición genupectoral

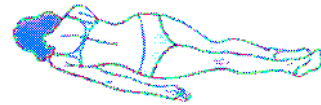
Esta posición es adecuada para exploraciones rectales.



### Posición de Sims (posición lateral de seguridad)

Esta posición es recomendable en:

- Pacientes inconscientes
- En la colocación de sondas rectales
- En la administración de enemas
- En exámenes rectales



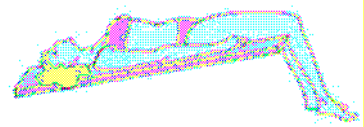
### Posición de Antitrendelenburg

Está indicada en pacientes con problemas respiratorios, hernia de hiato, etc.

### Posición de Trendelenburg

Se utiliza en:

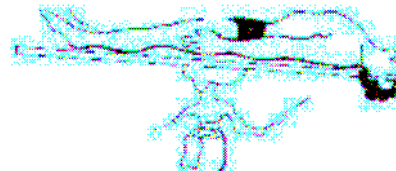
- Tratamiento quirúrgico de los órganos pelvianos.
- Ante lipotimias
- Situaciones que requieran un buen aporte sanguíneo cerebral



### Posición de Roser

Se utiliza en los siguientes casos:

- Lavado de pelo del paciente encamado
- En determinadas intervenciones quirúrgicas



### **3.2. TÉCNICAS Y AYUDAS TÉCNICAS PARA LA DEAMBULACIÓN, TRASLADO Y MOVILIZACIÓN EN PERSONAS DEPENDIENTES.**

La inmovilidad deteriora de manera significativa la calidad de vida de las personas dependientes, especialmente de los adultos mayores. No podemos considerar normal o inevitable que los dependientes con el paso de los años, acaben inmovilizados. En términos generales, debemos diferenciar entre dos tipos:

- > Una inmovilidad relativa, en la que el usuario lleva una vida sedentaria pero es capaz de moverse en menor o mayor independencia.
- > Una inmovilidad absoluta que implica el encadenamiento crónico, estando muy limitada la variabilidad postural.

#### **¿Qué causas pueden ocasionar inmovilización?**

- La causa principal es el encamamiento tras enfermedades agudas y sobre todo tras hospitalizaciones.
- Enfermedades reumatológicas, por el dolor y la deformidad articular.
- Accidente cerebrovascular (ictus o infarto cerebral.)
- Enfermedad de Parkinson y otras demencias en fases avanzadas.
- Neuropatías periféricas, sobre todo en diabéticos.
- Enfermedades cardíacas y respiratorias que van limitando progresivamente la resistencia al ejercicio.
- Mala nutrición.
- Trastornos de la marcha, vértigo posicional, síndrome postcaída.
- Exceso de peso.
- Falta de motivación o estados depresivos.
- Apoyo social insuficiente o falta de información sobre cómo debe reiniciarse la movilización y qué ayudas técnicas son necesarias.
- Muchos fármacos aceleran la inmovilidad por sus efectos secundarios como la hipotensión ortostática o deterioro del nivel de consciencia.

- Problemas en los pies: callosidades, trastornos de las uñas y deformidades que causan dolor y alteración de la marcha.
- Muchos dependientes alargan voluntariamente las horas de sueño aumentando el riesgo de acabar encamado.

Existen múltiples técnicas de movilización que requieren tener en cuenta unas Normas generales para la movilización:

- Separar los pies, uno al lado del objeto y otro detrás; girar el pie más próximo en la dirección hacia la que nos desplazamos.
- A partir de la posición de agachados (posición de sentados), mantener la espalda derecha (que no siempre es vertical);
- Una espalda derecha hace que la espina dorsal, los músculos y los órganos abdominales estén en alineamiento correcto;
- Se minimiza la comprensión intestinal que causa hernias;
- Cuello y cabeza deben seguir la alineación de la espalda;
- Dedos y manos han de extenderse por el objeto para ser levantados con la palma. Los dedos solos, tienen poca potencia;
- Acercarse al objeto, brazos y codos al lado del cuerpo. Si los brazos están extendidos, pierden mucha de su fuerza. El peso del cuerpo está concentrado sobre los pies. Comenzar el levantamiento con un empuje del pie trasero;

Las ayudas técnicas son cualquier objeto, equipo o producto utilizado para aumentar, mantener o mejorar las habilidades de las personas con discapacidad, de tal forma que promueven la independencia en todos los aspectos de la vida diaria de la persona. Reconocen las desigualdades en las que se encuentran las personas con discapacidad, por lo que procuran compensar o equiparar oportunidades. Debido a la naturaleza dinámica de las personas, pueden variar en el transcurso de la vida de la persona y según el entorno.

Para el desplazamiento y la movilización tenemos entre otras:

- Muletas con codo: No siempre dan sensación de seguridad
- Bastón: se colocará en el brazo contrario de la pierna afectada, aumentando la sustentación. Se deben usar ligeramente adelantado y paralelo al cuerpo. Tienen la puntera de goma con fin antideslizante. La altura del bastón debe ser la que consiga que la mano esté a la altura de las caderas con el codo ligeramente doblado y los hombros al mismo nivel.



- Trípode y bastones de cuatro patas: Son más estables y se indican en personas de mayor inestabilidad.



- Andadores: Pueden ser sin ruedas o con ellas. Requieren tener fuerza en las dos manos y acercarse a ellos pues si no aumenta el riesgo a caídas. Están indicados en fases agudas e inestabilidad elevada. La altura habitual es de unos 80 cm y los codos deben estar un poco doblados con las patas traseras del andador a la altura de los pies del usuario.



- Silla de ruedas: Diseñadas para permitir el desplazamiento de aquellas personas con problemas de locomoción o movilidad reducida, debido a una lesión, enfermedad física (paraplejía, tetraplejía, etc) o psicológica.

- Tipos:

- Eléctrica



- Manual



- Grúa: Se utilizan para realizar las transferencias de los pacientes cuando el nivel de dependencia es muy alto, hay diversos tipos.



### **3.3. TÉCNICAS PARA EL POSICIONAMIENTO EN 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 enfermo 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.

#### **Incorporar al usuario:**

- Indique al usuario que ponga sus brazos a los lados con las palmas de las manos sobre la cama. Así el usuario puede empujar para proporcionar fuerza adicional.
- Mirando hacia la cabecera, el profesional se sitúa a un lado de la cama a la altura de la cadera del usuario. El profesional debe buscar una base de apoyo amplia, con el pie más alejado hacia delante, y el peso del cuerpo sobre el pie.
- El profesional coloca su brazo más alejado sobre el hombro más alejado del usuario. El profesional debe poner su mano libre sobre la cama, cerca del otro hombro del usuario, úselo para empujar durante el levantamiento.
- Tirando con un brazo y empujando con el otro, levante el usuario, a la vez que cambia el peso de pie. A su vez, el usuario empujará con sus manos (si es posible.)
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

#### **Movimiento del usuario a la orilla de la cama:**

- Frenaremos la cama (si dispone de cama articulada) y la colocaremos en posición horizontal (sin angulación) retiraremos las almohadas y destaparemos al usuario.
- Nos colocaremos en el lado de la cama hacia el que queremos desplazar al usuario, y colocaremos el brazo más próximo del usuario sobre su tórax.
- Pasaremos nuestro brazo bajo la cabeza y cuello hasta agarrar el hombro más lejano y, con el otro brazo, cogeremos, bajo su cuerpo, la zona lumbar.
- Una vez trabado con ambos brazos, tiraremos simultánea y



suavemente del usuario hacia la orilla de la cama.

- Una vez desplazada esta parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos y procederemos a desplazar al usuario hacia la orilla de la cama.

#### **Sentar al usuario en el borde de la cama:**

- El auxiliar adelanta un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodea los hombros del enfermo, y el otro lo coloca en la cadera más lejana del enfermo (también puede situarse por debajo de los muslos, sujetando la pierna distal.)
- Con esta mano hace que la cadera y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama, y con el otro brazo ayuda a erguir el tronco. Estos pasos deben realizarse en un solo movimiento.

#### **Enseñanza al usuario a sentarse en la cama solo sin ayuda:**

- Los usuarios que por procesos agudos se pueden sentar solos, sin necesidad de asistencia, deberán recibir la educación correcta por nuestra parte. El profesional debe indicarle que realice los siguientes pasos:
  - Rodar hacia un lado y levantar la pierna más alejada sobre la otra.
  - Agarrar el borde del colchón con el brazo inferior y empujar con el puño del brazo superior dentro del colchón.
  - Empujar con los brazos mientras se deslizan los talones y las piernas sobre el borde del colchón.
  - Mantener la posición de sentado empujando con ambos puños dentro del colchón por detrás y a los lados de las nalgas.

#### **Subir al usuario hacia la cama:**

- Si el usuario coopera, le retiraremos la almohada con cuidado.
- Con el usuario acostado, le diremos que flexione las rodillas, apoyando ambos pies en la cama, y le pediremos que se agarre al cabecero de la misma con ambas manos.
- Le pasaremos el brazo más cercano al usuario por debajo de la espalda a la altura de los hombros, sujetándole el hombro más alejado de nosotros, y el otro brazo se le pasará por debajo de los muslos.
- Una vez preparados, indicaremos al usuario que realice fuerza hacia arriba, ayudándose de sus manos agarradas al cabecero, y

de sus piernas apoyadas el colchón, a la vez que nosotros colaboramos en el movimiento, hasta que quede bien colocado.

- Le colocamos la almohada y arreglamos la ropa de la cama.
- Si el usuario no colabora, se pierde realizar el movimiento con la sábana entremetida, pero es necesaria la actuación de dos personas. Otra posibilidad entre dos personas en movilización es sujetando cada una de ellas un hombro y un muslo, situamos ambos a cada lado de la cama. Vigilar en ambos casos la posición corporal mientras se realiza la técnica, utilizando como fuerza motriz las piernas, iniciando el movimiento con las rodillas flexionadas y con el pie más cerca no al cabecero mirando en dirección al movimiento y manteniendo la espalda recta.

### **3.4. ORIENTACIÓN A LA PERSONA DEPENDIENTE Y A SUS CUIDADORES PRINCIPALES.**

La inmovilidad es un problema sanitario muy importante en las personas dependientes. Los cuidados ante problemas de movilidad dependen, por una parte, del usuario, su estado general y mental y, por otra, de su familia y entorno. Es fundamental intentar mantener las capacidades funcionales del usuario, evitar posibles complicaciones y lograr una adecuada calidad de vida. Tanto a la persona dependiente como a sus cuidadores se les debe instruir en las diferentes técnicas de movilización, cuidados.... para facilitar por un lado la autonomía del usuario y por otro el trabajo del cuidador.

La persona dependiente, en la medida de sus posibilidades, debe ser consciente de sus limitaciones para poder participar y colaborar en las diversas técnicas aprendidas, por otro lado el cuidador principal debe asumir los cambios que se van a producir en su vida diaria y la necesidad de formación en este nuevo área, en caso de no tenerla y la necesidad de apoyo y ayuda.

El conocimiento de las diversas técnicas de movilización y transferencias, así como el uso adecuado de las ayudas técnicas y el conocimiento de las existentes en el mercado facilitará el uso de las mismas.

Con respecto a las recomendaciones y cuidados específicos del usuario con problemas de movilidad, señalaremos cuatro fundamentales:

- > Actividad y capacidad funcional
- > Cuidado de la piel
- > La alimentación
- > La eliminación

## **Actividad y Capacidad funcional:**

- Actividades físicas: el usuario debe levantarse a diario, si no es capaz de caminar, debe levantarse a una silla; y sólo en casos de suma necesidad permanecer en cama día y noche. Siempre que pueda debe colaborar en su cuidado personal: aseo, alimentación y vestuario. Para mantener el tono físico, el usuario debe realizar flexiones y extensiones de las extremidades y del tronco, y evitar la tendencia a encorvarse. Mediante actividades como coger y lanzar una pelota, estando sentado extender y levantar las piernas... apoyar las manos haciendo fuerza y levantar las nalgas.

Es importante realizar cambios posturales cada dos horas para evitar la formación de escaras. También debemos evitar el denominado pie equino (pie caído) usando un apoyo que lo mantenga en 90°. Si tras varios días en cama comienza a levantarse es necesario hacerlo de un modo paulatino. Debemos fomentar el movimiento del usuario siempre que no exista contraindicación médica, siendo fundamental implicar al usuario y a la familia en los procesos de recuperación.

- Actividad mental: el usuario debe usar la memoria, imaginación y el lenguaje; esto favorecerá el estado anímico y su capacidad mental. Para la memoria es útil repasar sucesos de su vida con fotos, noticias del día... La imaginación se puede ejercitar si se le pregunta qué espera del día, cómo solucionar algún problema...las preguntas deben tener un acento optimista. También usar juegos como el dominó, cartas, juegos de memoria o de atención.

- Cuidados de la piel: especial cuidado en usuarios encamados por estar expuestos a importantes problemas como escaras o infecciones.

- Nutrición: Las personas con movilidad reducida pueden sentir poca sed y se deshidratan con facilidad. Si es posible, con el usuario sentado debe administrarse en pequeñas cantidades cada vez, la cantidad diaria debe fluctuar entre 1'5 y 2 litros, incluyendo el líquido de las comidas. Puede restringirse después de cenar para disminuir la orina durante la noche. Si se alimenta por la boca es importante la buena presentación y el sabor, la administración debe ir precedida y seguida de aseo oral y de las manos y siempre que sea posible, el usuario debe estar sentado.

- Eliminación: El usuario con problemas de movilidad puede sufrir incontinencia de orina o deposiciones, con maceración e infecciones en la piel. También es habitual que aparezca estreñimiento y retención de orina con molestias e infecciones urinarias. Debemos intentar que defeque a diario comiendo fibra y

si es pautado por el médico, podrá tomar laxantes. En caso de incontinencia de orina se consultará con el médico para pautar las mejores posibilidades terapéuticas para cada caso, así como para retención de orina.

### **3.5. FOMENTO DE LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA DEPENDIENTE Y SU ENTORNO PARA LA MEJORA DE SU MOVILIDAD Y ESTADO FÍSICO.**

El cuidado y la ayuda pueden generar en ocasiones una mayor dependencia. Es necesario mejorar el ambiente físico y social para disminuir esta situación.

Un ambiente físico estimulante, con suficientes ayudas protésicas que conjuguen de manera adecuada la autonomía con la seguridad, contribuye a que las personas mayores tengan un funcionamiento óptimo en sus tareas cotidianas. En este sentido, la adaptación de la vivienda a las características de la persona mayor adquiere una gran relevancia.

El ambiente social puede favorecer o prevenir la dependencia. Las actitudes y la forma de comportarse de los familiares y el entorno social más próximo ante el deterioro de la salud de las personas de edad avanzada influyen en el grado de autonomía e independencia que muestran.

Las conductas de los familiares que pueden agudizar la dependencia son las siguientes:

- Con el fin de ayudar a la persona mayor en sus problemas de autonomía, los familiares acometen en ocasiones distintas tareas por ellos. En principio, esta situación es positiva. Sin embargo, no lo es tanto cuando esta sustitución se produce en actividades en las que aún pueden valerse por sí mismos, aunque sea de manera parcial. Por ejemplo, así ocurre cuando la persona mayor puede vestirse, aunque con lentitud y dificultad, y el cuidador lo hace por él o ella para evitarle complicaciones. De este modo no se le da la oportunidad de demostrar su independencia en esta tarea y si este hecho ocurre con frecuencia, es posible que acabe perdiendo esa habilidad por desuso.
- Cuando las personas mayores se consideran independientes para realizar alguna actividad y se valen de sus propios medios, los cuidadores a veces les amonestan o critican por haberse comportado así. Esto ocurre, por ejemplo, cuando el cuidador está realizando otra tarea y la persona mayor se levanta sin ayuda para cambiar de asiento. El cuidador vuelve, se da cuenta y le recrimina por no haberle llamado para que le ayude. En este caso ocurre lo mismo que en el

anterior, en el que si bien los familiares "regañan" a los mayores con cariño y lo hacen por su bien, al mismo tiempo impiden que mantengan su grado de independencia.

- Es habitual que cuando la persona mayor se desenvuelve con autonomía en tareas como vestirse, recoger su habitación, etc. y no demanda ayuda de los demás, suele pasar desapercibida y se ignora su comportamiento autónomo. No se reconoce su esfuerzo. Es frecuente que las conductas que no tienen consecuencias positivas, como ese reconocimiento o elogio de los demás, dejen de realizarse.

En resumen, cuando los cuidadores tienen la presunción de que sus familiares de edad avanzada no son capaces de realizar alguna actividad o de mejorar en algo, es posible que acaben prestando a su familiar más ayuda de la que en realidad necesitan. De esta forma, se priva a la persona mayor de practicar comportamientos o actividades para las que está capacitado. Esta limitación llevará a que esta capacidad se vaya perdiendo por falta de práctica. Este proceso provoca que las creencias iniciales de los cuidadores acerca de la incapacidad de los mayores para realizar alguna actividad acaben siendo realidades (la profecía que se autocumple).

Es necesario que la familia o la persona cuidadora tenga siempre en cuenta que cuidar significa ayudar sólo lo necesario.