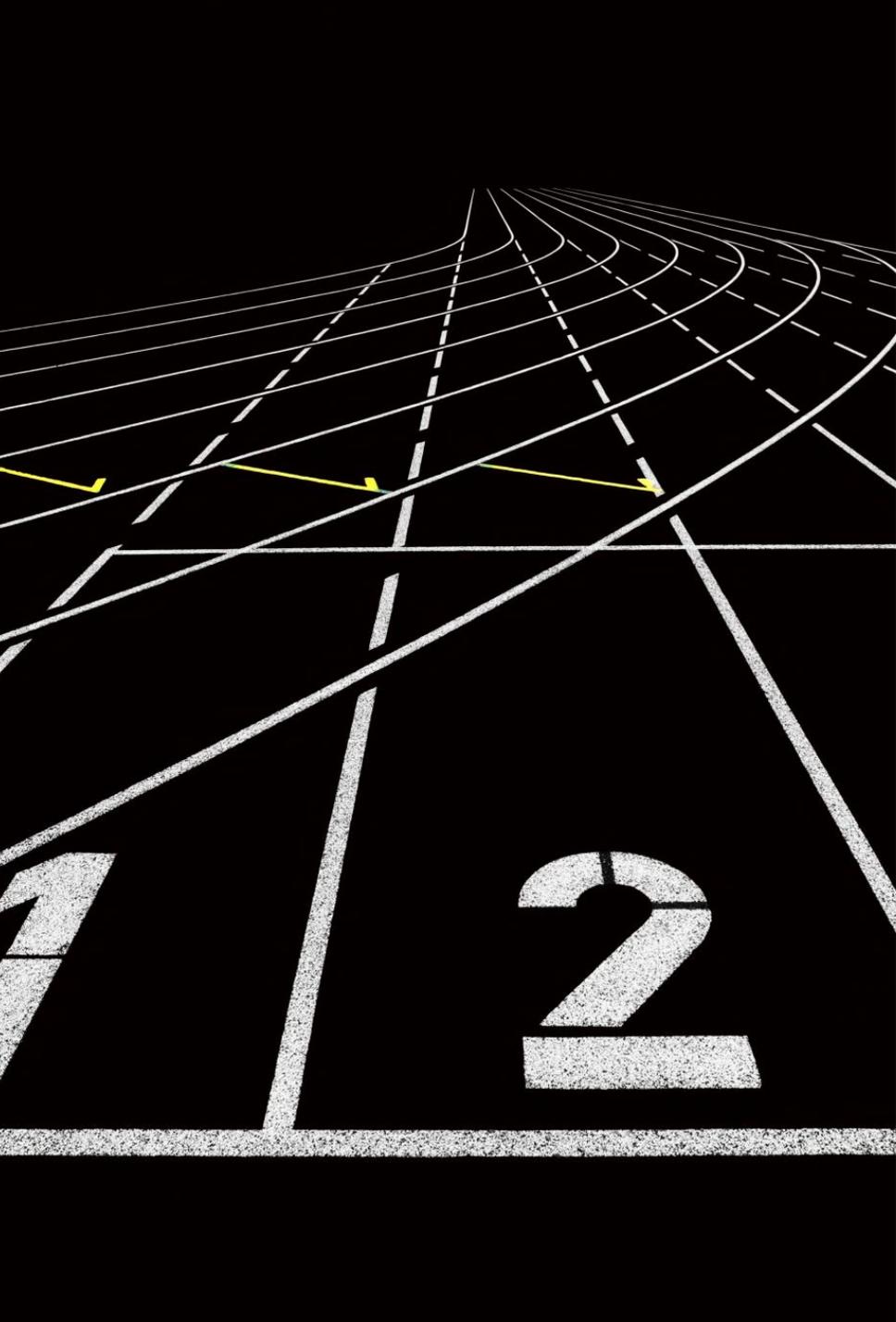


**TEMA 13.
EL CELADOR EN SU RELACIÓN CON LOS
ENFERMOS; TRASLADO Y MOVILIDAD DE LOS
MISMOS. TÉCNICAS
DE MOVILIZACIÓN DE PACIENTES. MANEJO Y
UTILIZACIÓN DE MATERIAL AUXILIAR: CAMAS,
CAMILLAS, GRÚAS, SILLAS, SUJECIONES Y OTROS.**

Eduardo J. Galiano Monteserín.

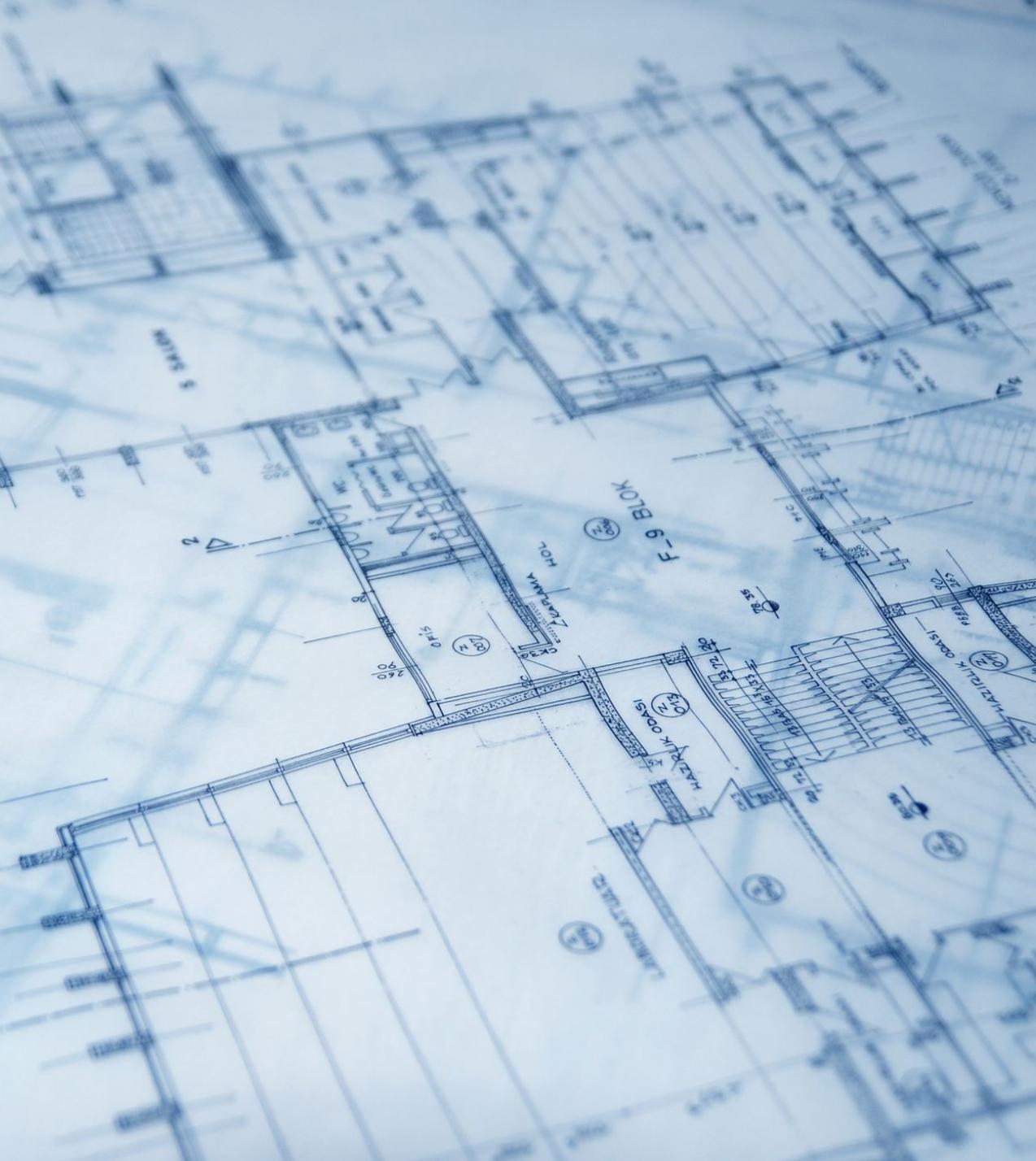


I: POSICIÓN ANATÓMICA

La cabeza se dirige hacia delante y los ojos miran a lo lejos.

El cuerpo está en bipedestación, con los miembros inferiores juntos y los pies orientados hacia delante.

Los miembros superiores se sitúan a los lados del cuerpo y las palmas miran hacia delante con los pulgares dirigidos lateralmente

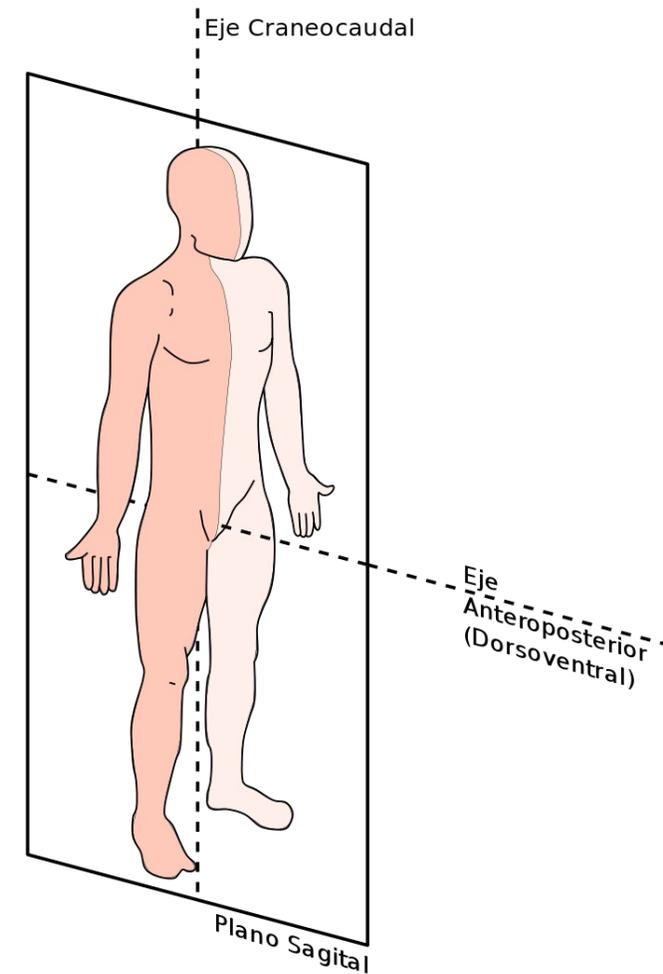


1.1: Planos anatómicos

Plano sagital

son planos verticales que pasan a través del cuerpo paralelamente al plano medio.

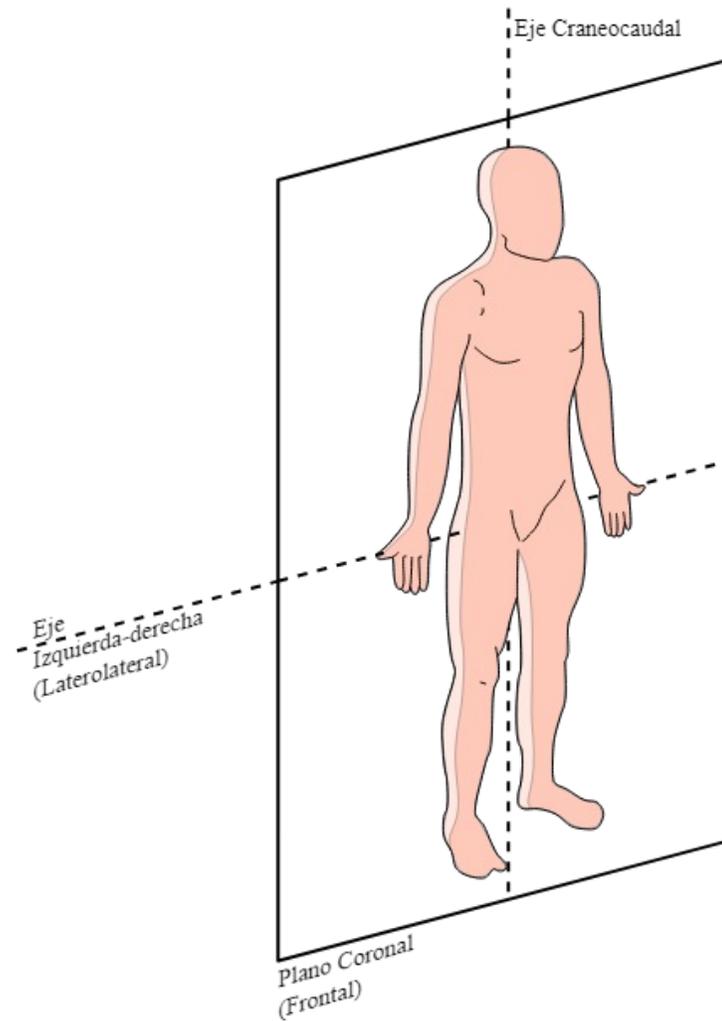
divide al cuerpo en mitad derecha y mitad izquierda.



Plano coronal o frontal

Plano vertical que atraviesa el cuerpo en ángulo recto respecto al plano medio

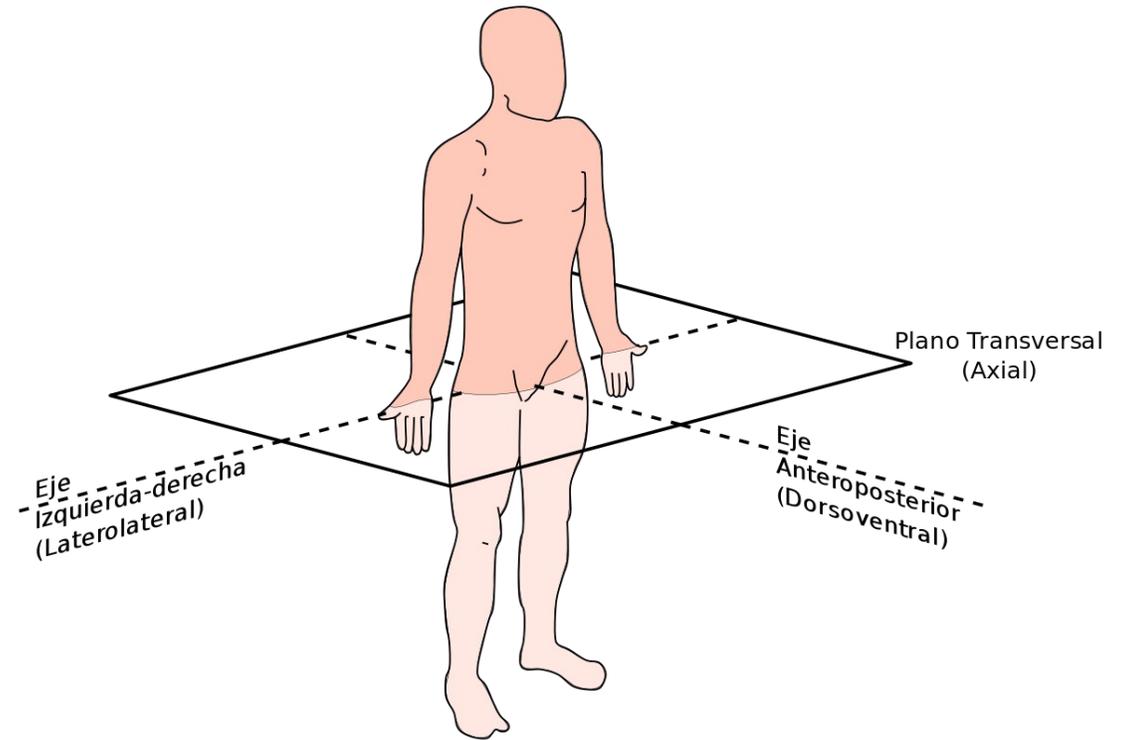
Divide al cuerpo en parte delantera y parte trasera

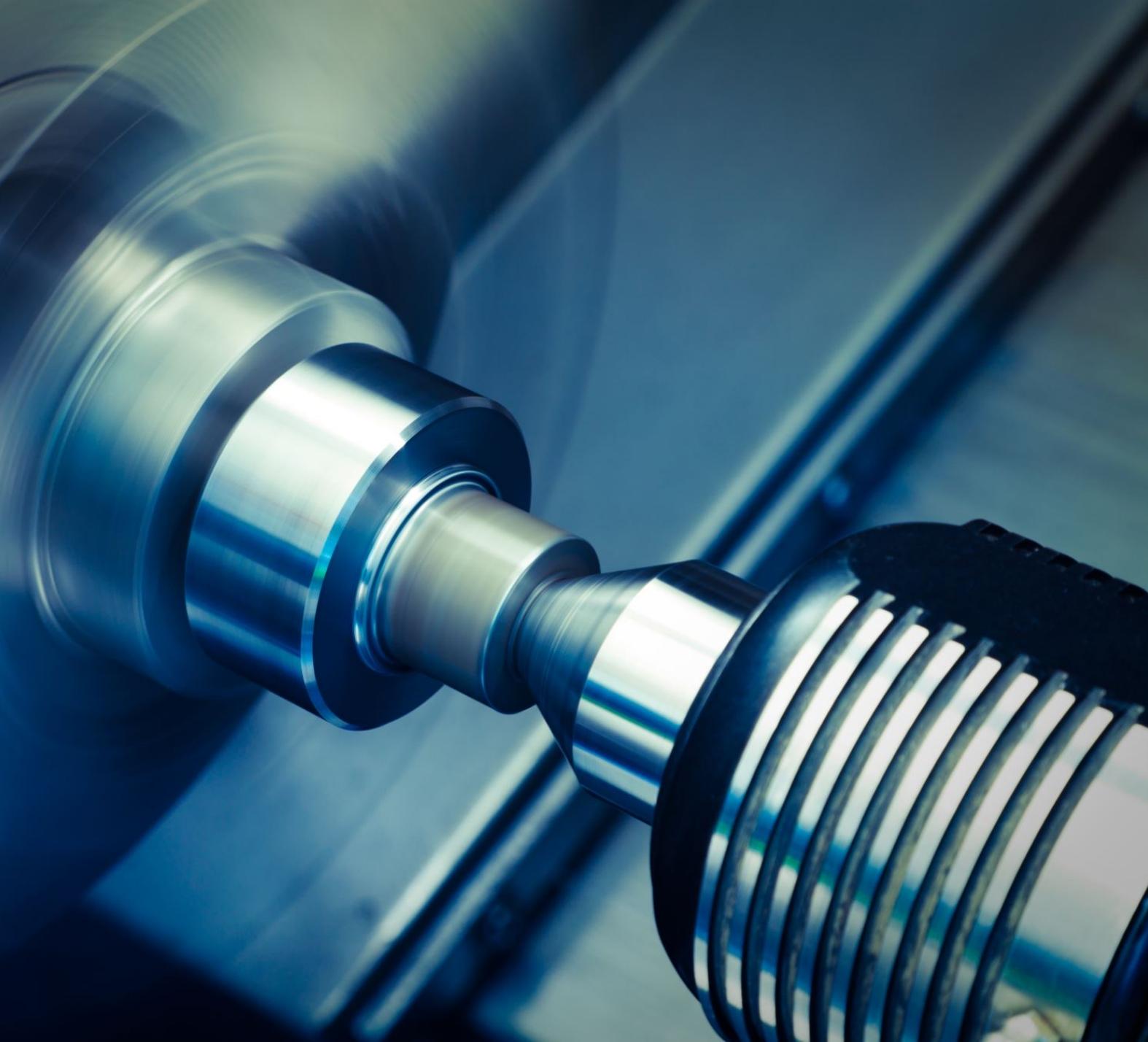


Plano transversal u horizontal

cruza en ángulo recto respecto a los plano sagital y frontal.

divide al cuerpo en mitad superior y mitad inferior





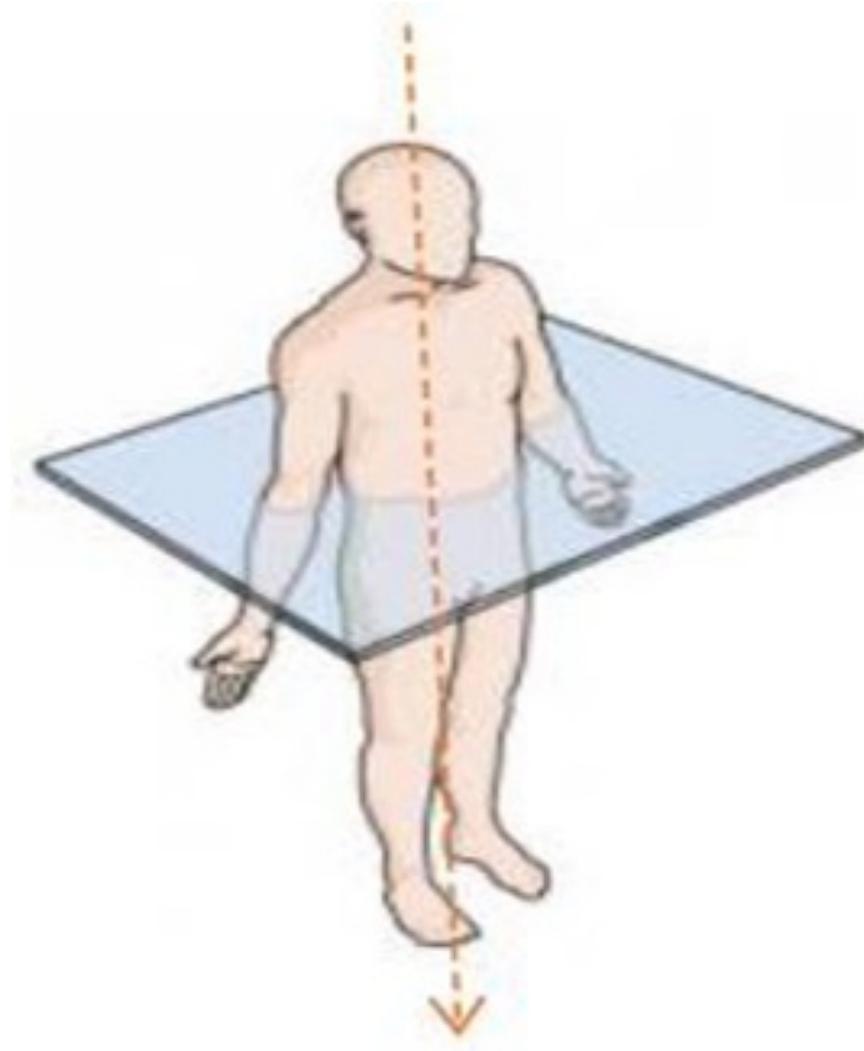
2.2: Ejes anatómicos

Eje longitudinal o vertical

Perpendicular al suelo

Desde la cabeza a los pies

El eje longitudinal es perpendicular al plano transversal

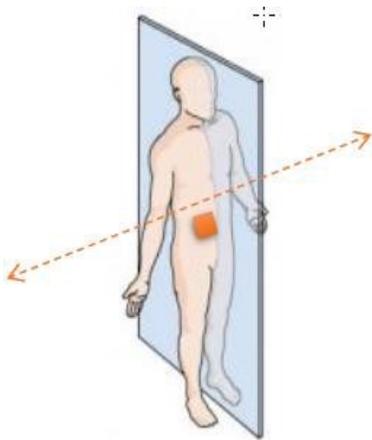


Eje laterolateral o transversal

Paralelo al suelo

De lado a lado

El eje transversal es perpendicular al plano sagital

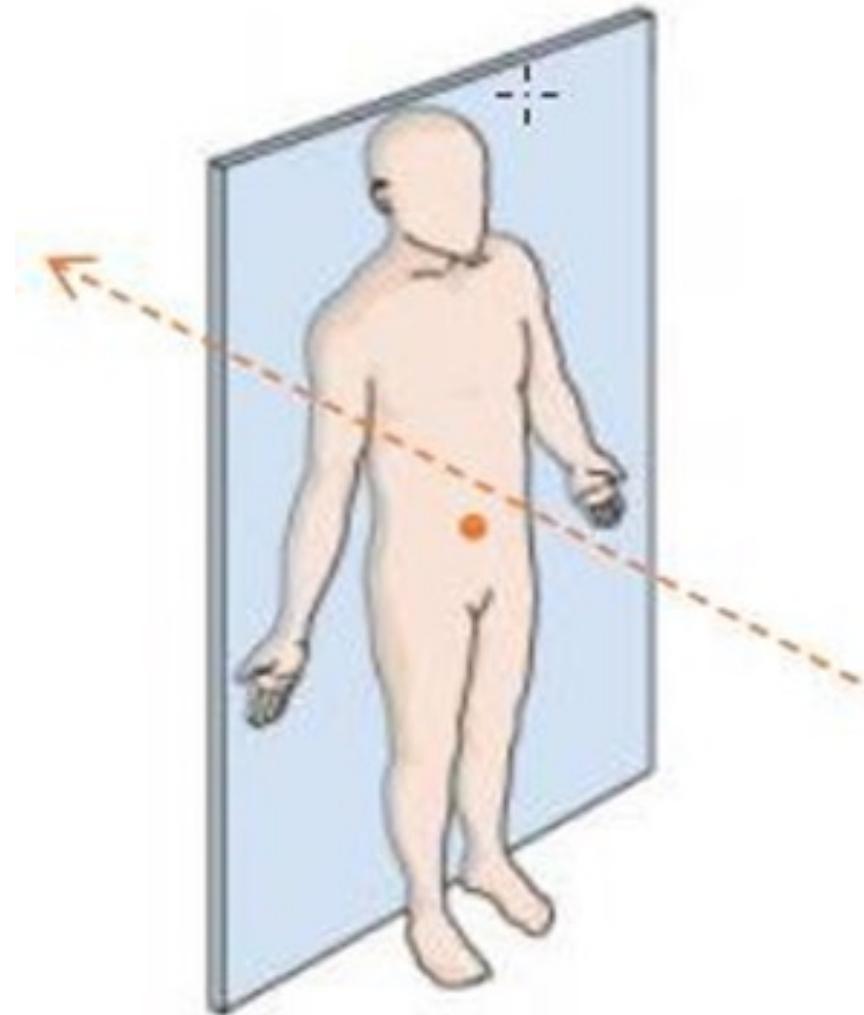


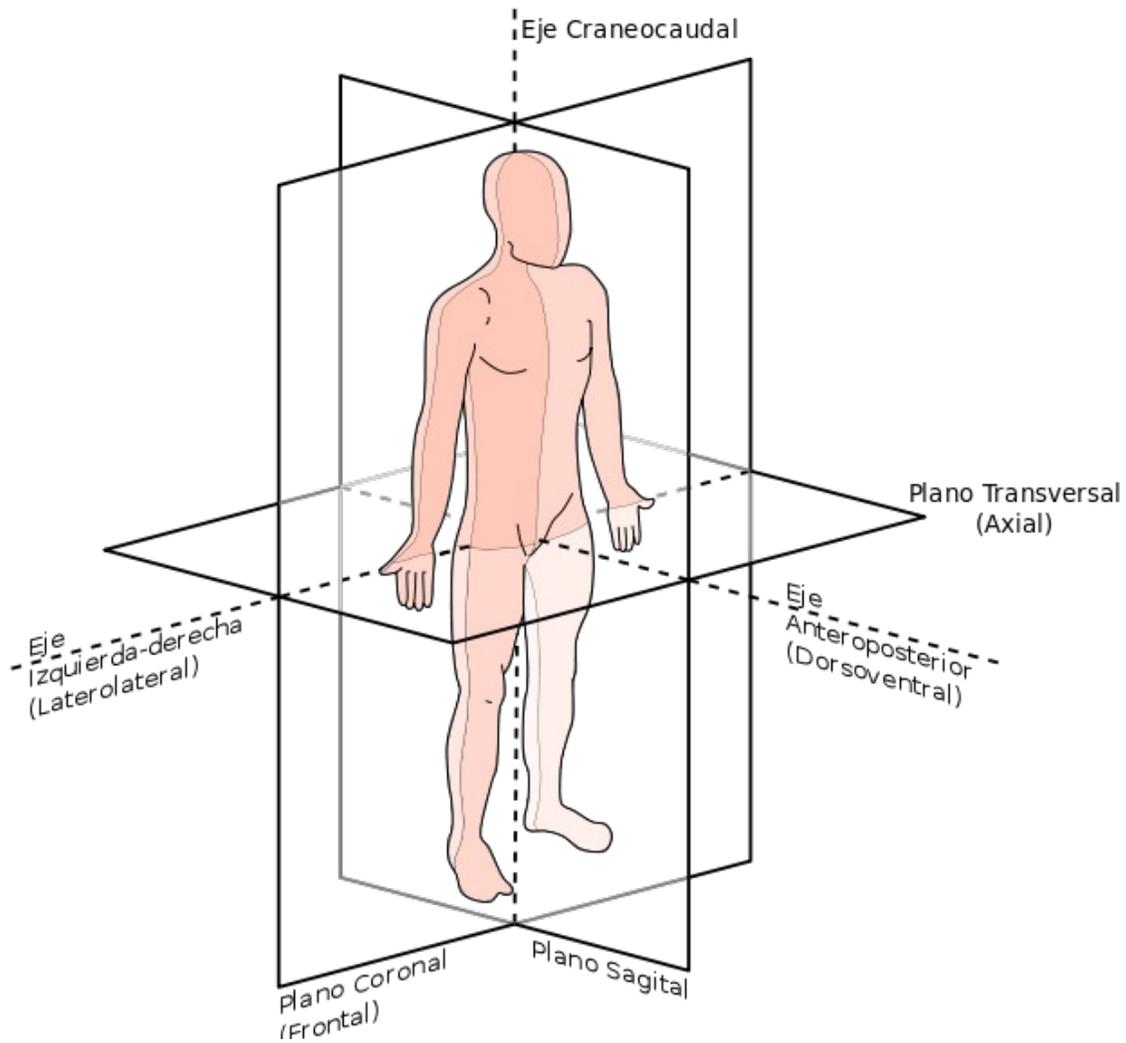
Eje anteroposterior

Perpendicular a los dos
anteriores

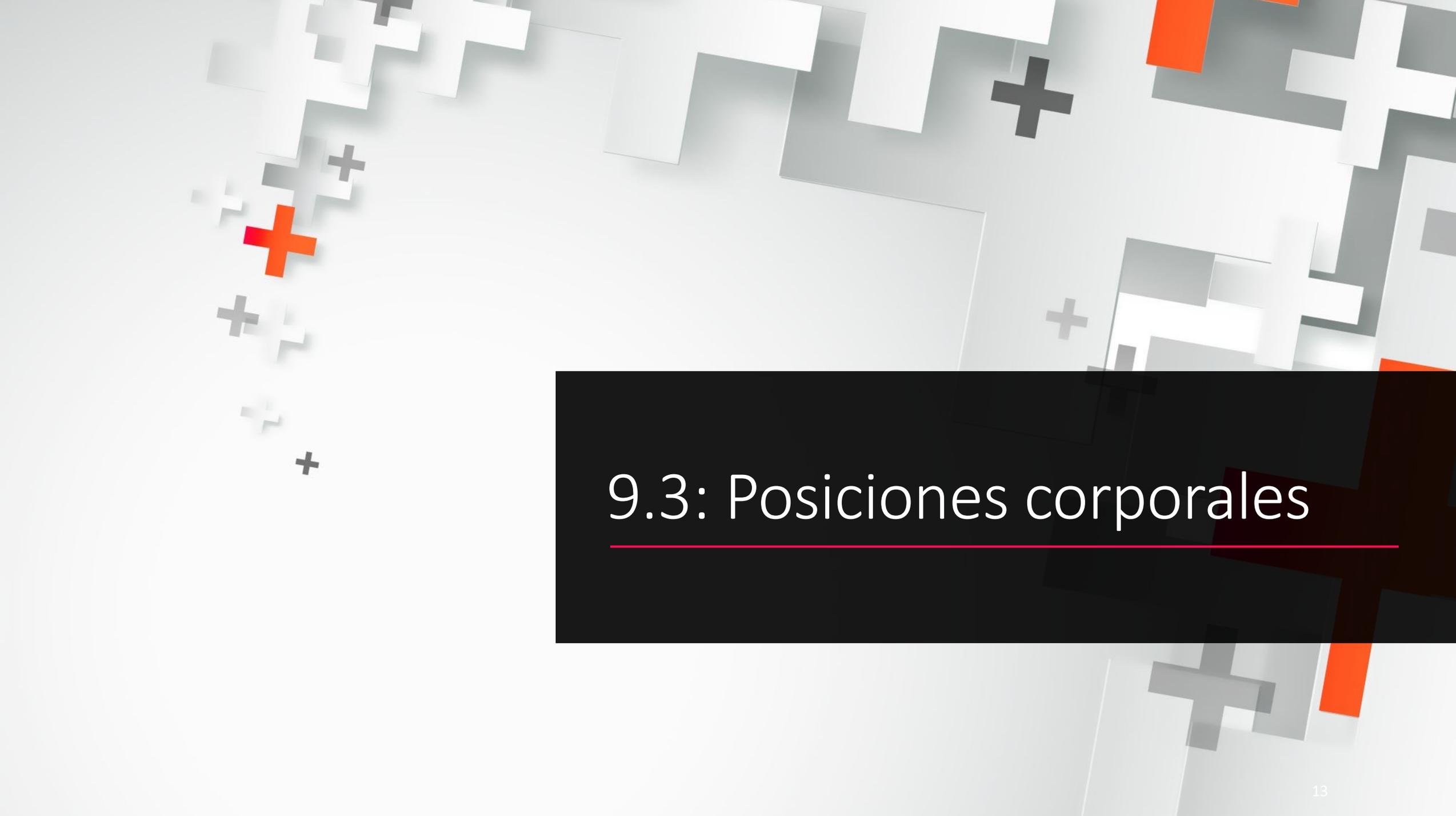
De adelante hacia atrás

El eje anteroposterior es
perpendicular a plano
frontal





Planos + ejes

The background features a series of overlapping, semi-transparent geometric shapes in shades of gray and white, creating a sense of depth. Scattered throughout are plus signs (+) in white, gray, and a prominent orange color. The overall aesthetic is clean and modern.

9.3: Posiciones corporales

Decúbito supino o dorsal



paciente tumbado sobre la espalda, con los brazos y las piernas extendidas y próximas al cuerpo, en un plano paralelo al suelo.

Indicaciones:

- exploraciones médicas, en el posoperatorio, en la estancia en cama y como parte de un plan de cambios posturales.

Colocar almohadas o cojines (comodidad del paciente) en:

- Bajo el cuello y los hombros, para evitar la hiperextensión del cuello.
- Bajo el tercio inferior el muslo, para elevar el hueco poplíteo.
- Bajo la parte inferior de las piernas, para elevar los talones y no les rocen la ropa ni estén presionados.



Decúbito prono o ventral



paciente tumbado sobre el abdomen, en un plano paralelo al suelo, con las piernas extendidas y la cabeza girada a un lado

Los brazos pueden estar extendidos a lo largo del cuerpo, o flexionados y colocados a ambos lados de la cabeza

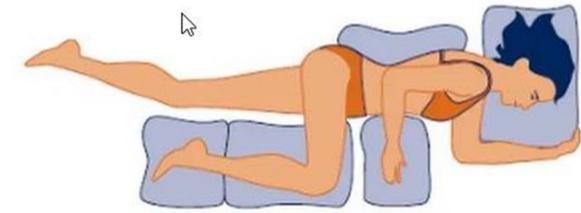
Indicaciones:

- Pacientes operados de la zona dorsal, exploraciones, para la estancia en la cama y como parte del plan de cambios posturales

Refuerzos con almohadas en:

- Bajo la cabeza
- Bajo el diafragma (evita hiperextensión de la curvatura lumbar)
- En la zona tibial para aliviar la presión en los dedos de los pies

Decúbito lateral



Paciente tumbado sobre un lateral de su cuerpo, en un plano paralelo al suelo (izqda / dcha)

Espalda recta, brazos flexionados y próximos a la cabeza

La pierna inferior esta en extensión o ligeramente flexionada y la superior permanece flexionada por la cadera y la rodilla.

Indicaciones:

- Administración de enemas (DL izquierdo)
- Higiene / masajes. Estancia en la cama, plan de cambios posturales

Refuerzos con almohada en:

- Bajo la cabeza y brazo superior
- Bajo el muslo y pierna superior
- Detrás de la espalda



Posición de Sims / lateral de seguridad / semiprona

posición de decúbito lateral izquierdo con el brazo y la pierna de este lado extendida y la extremidad inferior derecha flexionada a nivel de la cadera y la rodilla.

Indicaciones:

Paciente inconsciente que respira

Administración de enemas

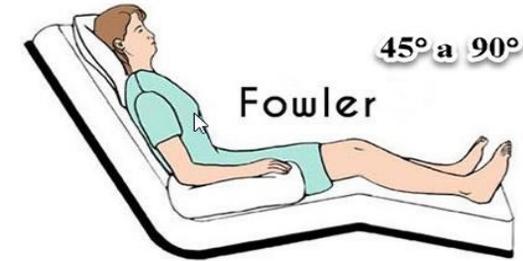
Alternativa en el plan de cambios posturales



Posición de Fowler

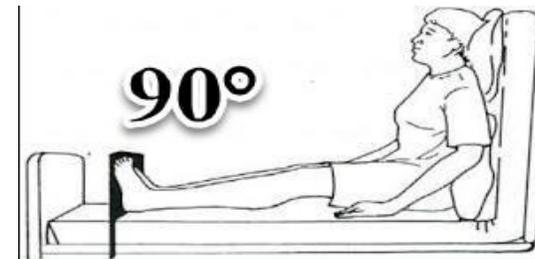
paciente semisentado, con las rodillas ligeramente flexionadas. El respaldo de la cama forma un ángulo de 45°. Variantes:

- semi-Fowler: 30° a 45°.
- Fowler: 45° a 90°
- Fowler alta: La cabecera de la cama esta elevada 90° respecto de los pies



Refuerzos con almohada en:

- Detrás del cuello, hombros y zona lumbar
- Bajo antebrazos, manos y muslos
- Es conveniente favorecer la flexión de los pies



Trendelemburg o anti shock

paciente tumbado en decúbito supino sobre la cama o camilla, en un plano oblicuo de 45° respecto al suelo, con la cabeza más baja que los pies

Indicaciones:

- tratamiento quirúrgico de los órganos pelvianos
- Lipotimias u otras situaciones que requieran un buen aporte sanguíneo cerebral.



Anti Trendelemburg o Morestin

Paciente con la cabeza está más elevada que los pies; éste descansa en un plano inclinado de 45° respecto al suelo.

Indicaciones:

- en pacientes con problemas respiratorios,
- hernia de hiato



Rose o Proetz

Paciente tumbado en decúbito supino con la cabeza colgando. Los hombros coinciden con el extremo de la superficie de apoyo de la cama.

Indicaciones:

- Higiene del pelo
- Intubación orotrqueal
- Exploraciones faríngeas
- Intervenciones quirúrgicas (bocio-tiroides)



ADeN
LEYNOFOR

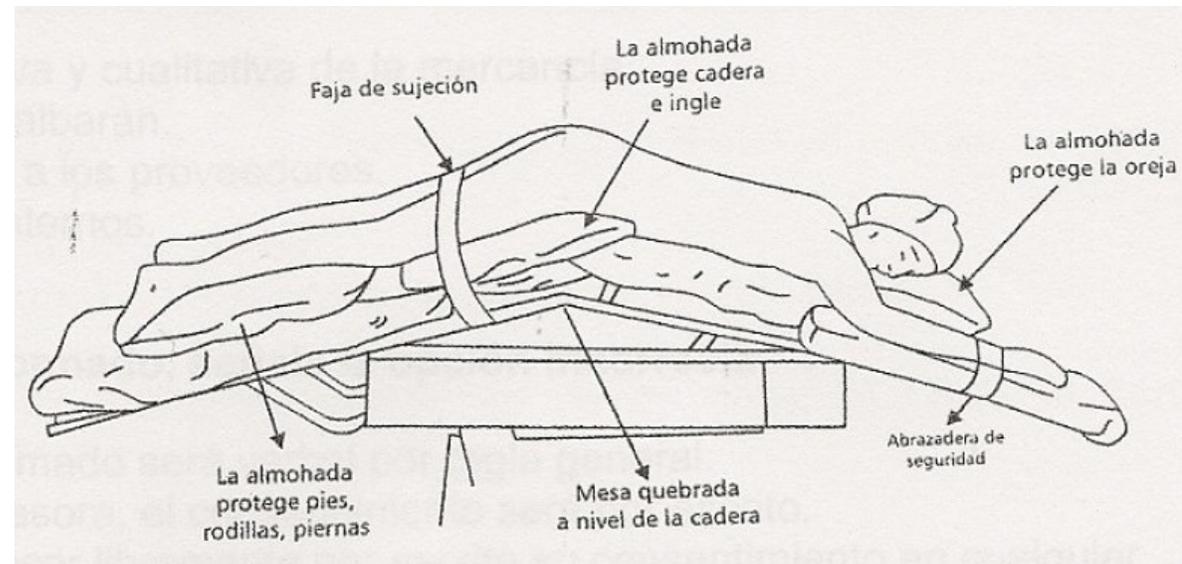
ΓΕΛΙΟΓΟΡ
ΜεDA

Kraske, “Jackknife” o de navaja Sevillana

El paciente se halla con las caderas elevadas respecto al resto del cuerpo, la cabeza ladeada y los brazos se colocan sobre un soporte y las palmas de las manos hacia abajo.

Indicaciones:

- Cirugías rectales
- Cirugías sacras



Ortopneica

Paciente sentado, inclinado hacia delante con brazos y cabeza apoyados sobre una superficie (mesa, brazo de una silla...etc)

Indicado en casos agudos de disnea (ortopnea previa)



Ginecológica / litotomía

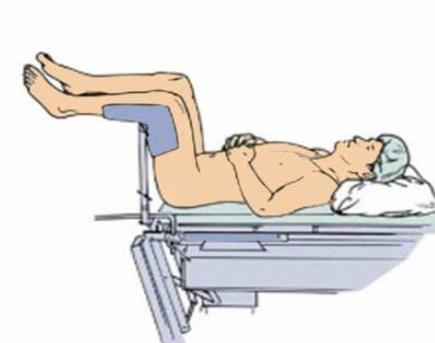
Paciente tumbada sobre su espalda, con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, las piernas flexionadas y las rodillas separadas

Si es en una cama convencional, se apoyan los talones sobre la misma

Si es en mesa ginecológica, existirán unos soportes o estribos

Indicaciones:

- Exploraciones ginecológicas
- Parto
- Sondaje vesical, lavados vesicales...etc.



MADRID 2019. P. 11:



¿En qué posición colocaremos por lo general, a un paciente al que debemos administrar un fármaco por vía rectal?

- a. Ginecológica
- b. Litotomía
- c. Sims
- d. Novak

ANDALUCÍA 2019. P. 83:

Dentro de las posiciones anatómicas, la de SIMS se usa en:

- a. Cirugía del cóccix
- b. Cirugía de cráneo
- c. Cirugía de piernas
- d. Cirugía de riñón, uréteres y pulmón

ARAGÓN 2019. P. 89:

La posición de Rose consiste:

- a. El paciente está tumbado en decúbito supino con la cabeza colgando
- b. el paciente permanece tumbado en decúbito supino sobre la cama o camilla, en un plano oblicuo de 45° respecto al suelo, con la cabeza más baja que los pies
- c. el paciente descansa en un plano inclinado de 45° respecto al suelo, con la cabeza más elevada que los pies
- d. el paciente está semisentado, con las rodillas ligeramente flexionadas

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 9:

Indica en qué posición hay que colocar al paciente para darle de comer:

- a. Posición de Fowler
- b. Decúbito supino
- c. Sims
- d. Decúbito prono

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 41:

sescam
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Cuál es la posición indicada para cirugía rectal y cirugía coccígea:

- a. Morestin
- b. Decúbito supino
- c. Kraske
- d. Antitrendelenburg

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΓΡΑΦΙΑ
MADA

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 42:



La posición adecuada para pacientes inconscientes y con respiración espontánea que facilita el drenaje de secreciones se denomina:

- a. Sims
- b. decúbito supino
- c. Fowler
- d. Semi-fowler

EXTREMADURA 2019. P. 96:

Si no existen contraindicaciones, para realizar un sondaje nasogástrico debe colocarse al paciente en posición de:

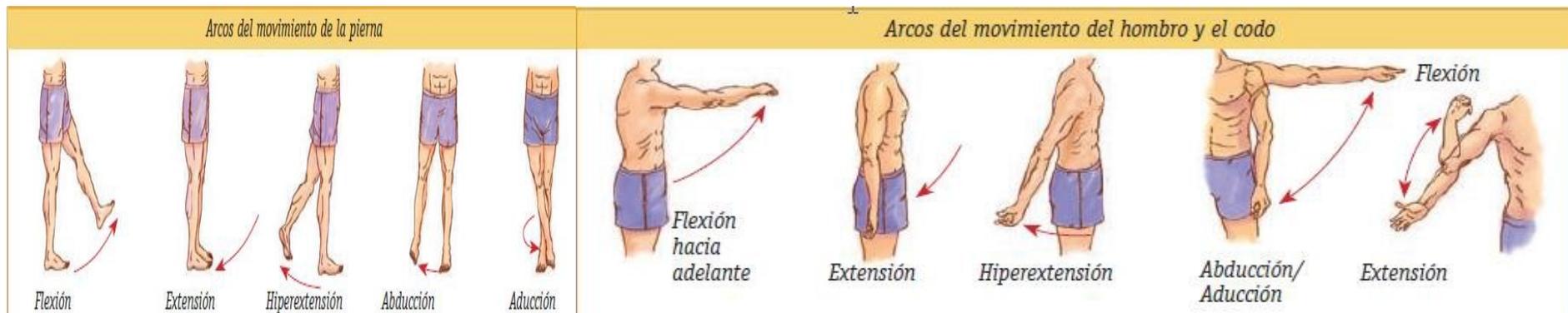
- a. Roser
- b. Trendelenburg
- c. Trendelenburg inverso
- d. Fowler



III: MOVIMIENTOS CORPORALES

Arco de movimiento

Grado de movilidad que permite una articulación del cuerpo. Varía de unas personas a otras según sus características individuales (edad, preparación física) y la presencia de afecciones que disminuyan la capacidad





3.1: Tipos de ejercicios

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 2:

Los tipos de arcos de movimiento de una articulación son:

- a. Activos, pasivos y resistidos
- b. activos y pasivos
- c. internos y externos
- d. activos, resistidos y circulares



3.1.1: Ejercicios activos

Activos: requiere del esfuerzo muscular del paciente:

- **Activos-Asistidos:** indicados cuando el paciente no puede hacer movimientos en contra de la gravedad
- **Activos-libres (gravitacionales):** el paciente ejecuta los movimientos de los músculos afectados exclusivamente sin requerir ayuda
- **Activos-resistidos:** el paciente ha de vencer la resistencia que opone el fisioterapeuta con sus manos o por medio de instrumentos



Isotónicos

son los que se realiza a partir del cambio de la métrica del muscular, sin cambio del tono del musculo, por tanto “mismo tono”.

El tono es más o menos constante (“iso”: igual), pero si cambia su medida, y por tanto se acorta y se alarga.

Por ejemplo: levantar la pierna, correr, levantar un libro, etc.



Isométricos

Existe contracción sin acortamiento de fibras musculares (es decir, no hay desplazamiento articular).

resultan ineficaces para prevenir rigideces articulares,

Ejemplos:

- empujar los pies contra una pared, contraer el cuádriceps de una pierna inmovilizada, etc.

Estos ejercicios son útiles para prevenir la atrofia y la pérdida de tono muscular en los miembros inmovilizados.



Isocinéticos

A lo largo de todo el ejercicio se aplica la misma fuerza

son parte de los isotónicos, ya que hay movimiento, pero en este caso todo el movimiento es con el mismo esfuerzo

Ejemplos:

- Máquina de remo (fuerza regulada por los muelles y pesos)



The background is a vibrant, abstract composition. It features large, organic shapes in shades of teal, pink, and yellow. The teal shapes are filled with white wavy lines or small dots. The pink shape has a pattern of small black dashes. The yellow shape is filled with a grid of white plus signs. The dark blue background is covered in a pattern of small white dots. There are also several small, white, wavy lines scattered throughout the design.

3.1.2: Ejercicios Pasivos

Pasivos: es el rehabilitador o fisioterapeuta el que realiza el movimiento articular del paciente, sin que éste realice esfuerzo alguno.

- Estos últimos se realizan para evitar deformidades y contracturas irreversibles en pacientes sometidos a inmovilizaciones prolongadas o definitivas.

EXTREMADURA 2019. P. 102:

El movimiento de alejamiento del plano medio se denomina:

- a. Eversión
- b. Inversión
- c. Adducción
- d. Abducción



IV: TÉCNICAS DE AYUDA PARA DEAMBULACIÓN

4.1: Bastón

AYUDA A MANTENER EL EQUILIBRIO, PERMITIENDO UNA BUENA ALINEACIÓN CORPORAL Y EVITANDO LA SOBRECARGA ARTICULAR. (UNO O MÁS PUNTOS DE APOYO – TRÍPODE)

Deambular: *Se sujeta con la mano opuesta a la pierna afectada*

- Avanzar el bastón
- Avanzar extremidad sana

Subir escaleras:

- Primer paso con la pierna sana
- Simultáneamente subir bastón + pierna afectada

Bajar escaleras:

- Bajar bastón
- Bajar pierna afectada
- Bajar miembro sano



ANDALUCÍA 2019.



SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Familias

El uso de bastones en la deambulaci3n:

- a. Sube el punto de gravedad
- b. Proporciona apoyo y seguridad
- c. Aumenta la artrosis
- d. Aumenta el esfuerzo al desplazamiento

ADeN
LEYNOFOR 

ΓΕΛΜΟΛΟΓΙΑ
MADA 

ARAGÓN 2019. P. 84:

En el caso de que el paciente tenga que usar un bastón por estar afectada una de las extremidades inferiores: (señale la respuesta correcta)

- a. El bastón debe cogerse con la mano de la extremidad afectada
- b. es indiferente con que mano se coja el bastón
- c. el bastón debe cogerse con la mano contraria de la extremidad inferior afectada
- d. se debe alternar el bastón de una mano a otra cada 20 minutos aproximadamente

4.2: Muletas

Marcha de tres puntos (dos muletas)

Debilidad o incapacidad en un miembro inferior

1. Cargar peso sobre pierna sana
2. Avanzar las dos muletas a la vez (15 cm de separación) hacia delante
3. Avanzar pierna afectada

Marcha pendular u oscilante

Un miembro inferior afectado / incapacitado

1. Adelantar ambas muletas simultáneamente (separación 15 cm)
2. Adelantar pierna sana hasta altura de las muletas

Marcha de cuatro puntos (dos muletas)

Debilidad o incapacidad en ambos MM.II.

1. Apoyar peso en muleta derecha y ambos MM.II.
2. Avanzar muleta izquierda
3. Avanzar pierna derecha
4. Colocar muleta derecha a la altura de pierna derecha
5. Avanzar pierna izquierda

A complex network diagram with nodes of various sizes and colors (blue, green, grey) connected by lines. The nodes are distributed across the frame, with some larger nodes acting as hubs. The lines are thin and connect the nodes in a dense, interconnected pattern.

4.3: Andador

Deambulaci3n:

- El paciente coge con ambas manos los mangos del andador.
- Lo adelanta unos cent3metros
- Recupera la posici3n previa caminando hacia 3l

Giros:

- En primer lugar, el andador bascular3 hacia el sitio donde se quiera girar
- Posteriormente, el paciente adopta la posici3n inicial mediante pasos cortos

V: TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN

En decúbito lateral (dos personas)

Mover al paciente hasta el lado de la cama contrario hacia el que se va a girar su cuerpo.

Las dos personas se sitúan en el lado hacia el que se va a desplazar al paciente y le colocarán el brazo próximo a ellos sobre el tórax.

Uno sujeta con una mano el hombro más lejano (pasándole el brazo bajo la cabeza y el cuello) y con la otra bajo su zona lumbar.

El otro celador sitúa un brazo bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los muslos.

De forma simultánea, tirarán del paciente hacia la orilla, donde permanecerá uno de ellos para evitar riegos

Flexionar la pierna y el brazo del paciente próximos a la orilla, separándole el brazo contrario para evitar que ruede sobre él.

Desde el lado libre, una persona de tirará con suavidad del paciente, desde su hombro y su cadera, hasta que haya adoptado la posición lateral adecuada, con la colaboración de una tercera persona.

En decúbito
prono

Con el paciente en el lado de la cama, flexionarle ligeramente el brazo más próximo a la orilla y acercar a su puesto el otro brazo para que ruede sobre él.

Cruzar la pierna más cercana al borde sobre la otra para favorecer el rodamiento.

Hacerle girar con suavidad hasta el decúbito prono.

Hacia la
cabecera de la
cama.
(paciente
colaborador)

Pedir al paciente que flexione las rodillas, apoyando las plantas de los pies sobre la cama, y se agarre, si le es posible, al cabecero de la cama.

Indicarle que colabore en la movilización, haciendo palanca sobre sus talones cuando se lo indique el auxiliar.

Colocar una mano bajo la espalda y la otra bajo los glúteos el paciente.

Ayudar al paciente a deslizarle hacia la cabecera.

Hacia la cabecera de la cama (paciente no colaborador)

Estando cada persona en un lado de la cama, sujetar al paciente bajo el cuello, el hombro y la zona lumbar.

Con un movimiento simultáneo, previa indicación de unos de las dos personas, desplazar al paciente hacia la cabecera.

Opcionalmente, la entremetida puede servir de ayuda

Posición de sentado (borde de la cama)

Colocar la cama en posición Fowler.

Sujetar con una mano el hombro más alejado del paciente (pasando el brazo por detrás de la cabeza) y con la otra sus piernas (colocando el brazo por encima de sus rodillas).

Elevar y rotar su cuerpo, en un solo movimiento, hasta que quede sentado en la orilla de la cama, con las piernas colgando.

Traslado cama-sillón (paciente no colaborador)

Un auxiliar se situará detrás del respaldo de la silla o sillón y el otro frente a él, en la misma orilla de la cama.

El primer auxiliar colocará sus brazos bajo las axilas del paciente, sujetándole con las manos por el extremo inferior de los antebrazos, que el paciente tendrá cruzados sobre el tórax.

El segundo auxiliar le sujetará por debajo de los muslos.

En un movimiento simultáneo, trasladar al paciente a la silla o sillón

Traslado entre dos camas (paciente colaborador)

Situar la camilla, cubierta con una sábana en paralelo a la cama y **frenar ambas**

Pedir al paciente que se deslice hasta situarse sobre la segunda cama con la ayuda del auxiliar de enfermería.

Taparle y acomodarle.

Traslado entre dos camas (paciente no colaborador)

*tres personas
necesarias*

Frenar la cama y la camilla.

Destapar al paciente, colocarle los brazos sobre el tórax y retirar la almohada.

El primer TCAE se situará junto a la cabecera del paciente, colocándole un brazo debajo del cuello y los hombros, y el otro bajo la cintura.

El segundo situará un brazo bajo la cintura y el otro bajo los glúteos.

El tercero colocará un brazo bajo los muslos y el otro bajo las piernas.

Mover al paciente hasta la orilla de la cama, el unísono.

ANDALUCÍA 2019. P. 66:

Para mover los miembros inferiores del paciente debemos:

- a. Situar un brazo debajo de los muslos y otro debajo de las piernas
- b. Tirar de las caderas
- c. Empujar las piernas del lado contrario de la cama
- d. Situar un brazo en la espalda

CASTILLA – LA MANCHA 2019. P. 94:



En el plan de cambios posturales del paciente encamado, la posición se mantendrá:

- a. Durante 2 o 3 horas como máximo
- b. se realizarán cambios posturales coincidiendo con la toma de constantes por turno
- c. estarán a criterio del paciente
- d. todas son correctas



CASTILLA – LA MANCHA 2010. P. 59:

En la preparación para el traslado del paciente de la cama a una camilla debemos:

- a. Colocar la camilla en posición perpendicular a la cama y frenar ambas
- b. colocar al paciente en posición de decúbito prono
- c. colocar la camilla en paralelo junto a la cama y frenar ambas
- d. deslizar nuestras manos en sentido oblicuo bajo las articulaciones del paciente

GALICIA 2020. P. 22:

Para realizar el procedimiento de colocar al paciente en decúbito lateral es imprescindible:

- a. Frenar la cama
- b. realizar una abducción de los dedos de las manos
- c. realizar una aducción de los dedos de las manos
- d. realizar una abducción y una aducción de los dedos de las manos

VI: TRASLADOS

Consideraciones previas



Explicarle al paciente el recorrido que van a realizar y cómo lo van a hacer.



Elegir el medio de transporte más adecuado, atendiendo a las indicaciones del personal sanitario sobre la movilidad del paciente.



Si es una cama eléctrica, comprobar que no está enchufada a la red.



Asegurar los componentes (sueros, bombas, sondas, drenajes...etc.) antes de comenzar el traslado



El paciente deberá estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento.



Evitar situaciones donde existan corrientes de aire o en lugares donde el enfermo pueda sentirse incómodo.



Nunca dejar solo al paciente al llegar a la unidad de destino hasta que el personal correspondiente lo recepciones debidamente

Consideraciones previas

Como Norma General, empujaremos la Cama o Camilla desde la cabecera de la misma, de tal manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo camino.

Igualmente, la Silla de Ruedas se empujará desde la parte de atrás de la misma, agarrándola por las empuñaduras.

Al cruzar puertas abatibles, hojas elásticas... volverá la Silla de Ruedas y pasará el Celador antes que el paciente, caminando hacia atrás

7.1: Pendientes

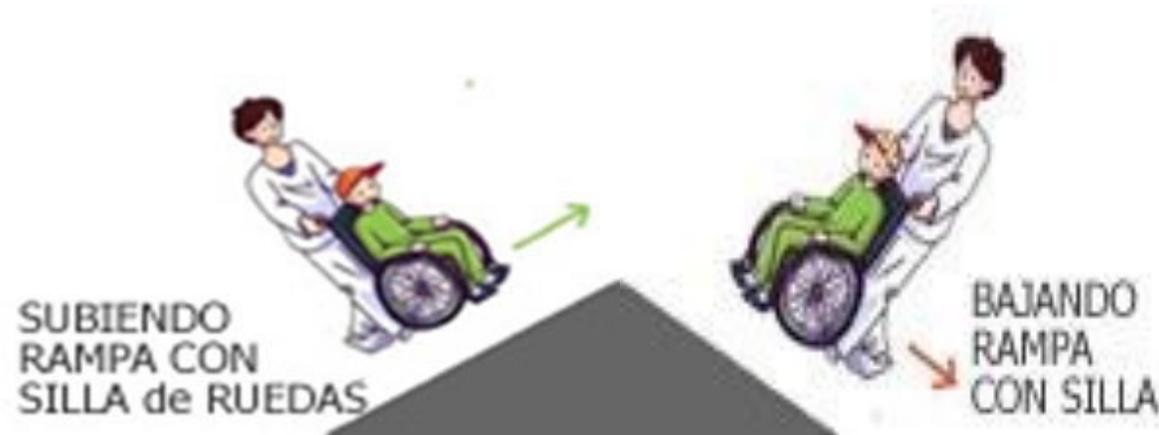
Silla de Ruedas

Subir una pendiente:

- el celador empujará la silla desde atrás, el paciente irá de cara a la marcha.

Bajar una pendiente:

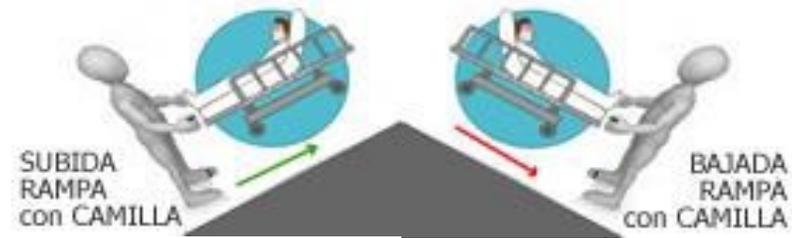
- caminará el celador de espaldas a la rampa, mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar caídas y obstáculos.



Cama / Camilla

Subir una pendiente:

- El celador empujará desde el piecero



Bajar una pendiente:

- El celador caminará hacia atrás desde el piecero de la cama o camilla
- delante del paciente y de espaldas a la pendiente
- mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar caídas u obstáculos.

SEVILLA PROVINCIA ANDALUCÍA ESPAÑA ECONOMÍA SOCIEDAD DEPORTES CULTURA COFRADÍAS OPINIÓN

≡ TODAS LAS SECCIONES

SEVILLA FERIA DE SEVILLA VIVIR RUTAS DE SENDERISMO JUZGADO DE GUARDIA

SUCESOS | ACCIDENTE MORTAL EN EL CENTRO SANITARIO

Muere decapitada por un ascensor del Hospital de Valme poco después de parir



Silla de Ruedas

Para entrar en un ascensor, el celador entrará primero tirando de la silla, de espaldas al ascensor.

El celador entra en el ascensor antes que el paciente.

Una vez dentro, si es posible, girará la silla para salir de la misma forma (sale primero el celador).



Cama / Camilla

entrará primero el celador, tirando de la cabecera de la cama o camilla, entrando los pies en último lugar.

- *en pacientes asistidos por personal sanitario, dentro del ascensor el celador se colocará en el piecero*

Para salir del ascensor, el celador empujará por el cabecero, y tirará del piecero de la cama o camilla, saliendo del mismo en primer lugar, el piecero de la cama o el propio celador

CASTILLA – LA MANCHA 2019. P. 57:



Si para trasladar a un paciente en camilla se hace preciso bajar una rampa, el celador:

- a. Empujará la camilla desde el cabecero si se trata de un paciente asistido
- b. Tirará desde el cabecero mirando al frente para visualizar cualquier obstáculo
- c. Solicitará en todo caso la colaboración de otra persona para garantizar la seguridad del paciente
- d. Caminará hacia atrás desde el piecero de la camilla de forma que el paciente mire hacia nosotros



CASTILLA – LA MANCHA 2019. P. 69:

Al trasladar al paciente encamado a una silla de ruedas, ¿cuál de las siguientes actuaciones no es correcta?

- a. Se colocará la silla frenada y paralela a la cama
- b. se pondrá el cabezal de la cama en posición Fowler
- c. sujetando al paciente por los hombros y las rodillas se le gira para sentarlo al borde de la cama
- d. se sostiene al paciente por las muñecas para ayudarlo a incorporarse evitando que se doble involuntariamente y se le conduce a la silla

VIII: EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

FUNCIONES

ADeN
LEYNOFOR 

ΓΕΛΙΟΦΟΡ 

En el área de rehabilitación, el celador se encarga de vigilar las entradas, recoger a los pacientes desde las ambulancias, controlar el acceso de familiares y visitantes, y solicitar ayuda de seguridad en caso de conflictos. También se le puede asignar otras actividades según sea necesario.

Una de las tareas más importantes del celador es asistir al fisioterapeuta durante el tratamiento del paciente y realizar los traslados necesarios dentro de la sala de fisioterapia o hacia otras áreas del hospital, incluyendo los traslados a puertas para el transporte a domicilio.

8.1: Uso y mantenimiento del material auxiliar utilizado en rehabilitación



ΓΕΛΙΟΦΟΡ

Limpieza, ordenación y uso del material: Es importante mantener el material limpio y ordenado para favorecer la seguridad del paciente. Si se comparten aparatos y mobiliario, es necesario asegurarse de que se limpien adecuadamente después de cada uso para eliminar restos orgánicos y sudor.

Colocación y posicionamiento del paciente: Es necesario prestar asistencia al paciente para colocarlo y posicionarlo correctamente durante el tratamiento. Se deben tener en cuenta aspectos de seguridad y las necesidades individuales de cada paciente. Los apoyos y ajustes deben ser adecuados para evitar incomodidades y lesiones en la piel.

Vestir y desvestir a los pacientes: Se debe ayudar a los pacientes en las actividades de vestirse y desvestirse. Es importante elegir ropa cómoda y adecuada para la actividad física, evitando

-
4. **Ayudas técnicas para la marcha:** existen diferentes ayudas técnicas, como bastones, muletas y andadores. Es esencial verificar el buen estado de las conteras, las ruedas y los apoyos para los miembros superiores. También se deben comprobar la regulación en altura y la estabilidad de estos dispositivos para que los pacientes puedan utilizarlos correctamente.
 5. **Sillas de ruedas:** Hay aspectos a considerar en el mantenimiento de las sillas de ruedas, como el estado de las ruedas, los frenos, los apoyabrazos y los apoyapiés. Es importante garantizar la comodidad, la seguridad y la alineación corporal adecuada.
 6. **Diverso material ortoprotésico:** En este grupo se incluyen diversos dispositivos como cojines antiescaras, cinturones de movilización y órtesis posturales y de función. Se destacan las precauciones en el uso de estos materiales, como la correcta colocación y la higiene adecuada para prevenir reacciones alérgicas.

-
7. **Medios auxiliares de la marcha:** en este apartado están reflejadas diferentes ayudas para la marcha, como pasamanos, barras paralelas, andadores y bastones. Si bien cada dispositivo de este grupo tiene una función específica, todos ellos tienen como función común el dar seguridad a la deambulación ofreciendo puntos de apoyo extra para el paciente.

 8. **Material de transferencia:** En este grupo incluimos grúas y transfers (o tablas) y cabestrillos. La grúa es un dispositivo hidráulico diseñado para elevar y acomodar al paciente. Los transfer son las tablas de diversas formas y materiales, diseñados para ser deslizados debajo del paciente para ayudar a su traslado desde una superficie a otra (cama, sillón, silla de ruedas...).

Otro material usado en fisioterapia:

- Planos inclinados y bipedestadores: se utilizan con diferentes fijaciones o cinchas para colocar al paciente en posición vertical y realizar ejercicios posturales y de columna.
- Barras paralelas regulables: pueden tener una base móvil o ser fijas y se utilizan para apoyarse durante ejercicios de rehabilitación.
- Rueda de hombro: se fija a la pared y tiene un soporte móvil que permite ajustar la altura para adaptarse al paciente. Se utiliza para realizar ejercicios de hombro.
- Espejo de reeducación: puede ser de diferentes tipos, como con luna cuadrículada, de pared o con ruedas. Se utiliza para realizar ejercicios de rehabilitación y reeducación.

-
- Saquitos de arena: se utilizan como pesas en rehabilitación. Antes se usaban como apoyo para la estabilidad de los miembros inferiores del paciente cuando estaba acostado, pero ahora existen otros productos que cumplen la misma función.
 - Poleas de pared: se adaptan pesas y se utilizan principalmente para ejercicios de fortalecimiento de los miembros superiores.
 - Mesa de mano universal o mesa de Kanavel: diseñada para la recuperación funcional de las extremidades superiores.
 - Banco de cuádriceps o de Colson: se utiliza principalmente para fortalecer los músculos cuádriceps.

-
- Bicicleta cinética: utilizada para ejercicios de rehabilitación y fortalecimiento.
 - Tablas o discos de Böhler o Freeman: tablas de madera rectangulares o circulares utilizadas para realizar ejercicios propioceptivos.
 - Jaula de Rocher: formada por cuatro planos enrejados dispuestos en forma cúbica, se utiliza para la suspensión del paciente mediante diferentes sistemas y accesorios, como eslingas, cuerdas, mosquetones, asas metálicas, cinchas y camillas de tratamiento.

CASTILLA – LA MANCHA 2010. P. 92:



Un celador del gimnasio es requerido por un fisioterapeuta para que le ayude a colocar en bipedestación a un paciente lesionado medular. Señala la respuesta que consideres más acertada.

- a. Ayudar de manera genérica al personal sanitario que nos lo requiera, cuando no pueden realizar un tratamiento por sí solos entraría dentro de las funciones del celador. Por lo tanto sería correcta la orden
- b. es un cometido específico del fisioterapeuta aplicar los tratamientos prescritos por el médico rehabilitador y por lo tanto sería función exclusivamente suya. No tendría obligación de ayudarlo
- c. son las auxiliares de enfermería de los servicios de rehabilitación las encargadas de auxiliar al fisioterapeuta si lo requiere. Podría considerarse intrusismo profesional
- d. realmente quien tiene que poner en bipedestación al paciente es el celador al tratarse de un trabajo de fuerza del tipo de los que quedan reservados a este colectivo



IX: CONTENCIÓN MECÁNICA / FÍSICA

PROCEDIMIENTO QUE IMPLICA EL USO DE SISTEMAS D
INMOVILIZACIÓN PARA PARTES DEL CUERPO COMO EL TÓRAX, LAS
MUÑECAS Y LOS TOBILLOS



9.1: Indicaciones

CONTENCIÓN MECÁNICA

presencia de conducta violenta

agitación incontrolable con medicamentos,

amenaza a la integridad física del paciente

situaciones de riesgo donde no se pueden controlar de otra manera

Siempre bajo prescripción facultativa



9.2: Implementación



ΓΕΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

-
- Distraer al paciente con la ayuda de varias personas
 - Seguir un plan de actuación preestablecido que involucre a todo el personal.
 - Es esencial que el personal esté preparado y evite tener objetos peligrosos.
 - Se debe evitar la presencia de espectadores, ya que puede incrementar la ansiedad y la agresividad del paciente.
 - La intervención debe ocurrir cuando se observen signos de violencia inminente.
 - Se recomienda que un grupo de cuatro o cinco personas participe en la contención, sujetando cada extremidad del paciente.

La sujeción debe ser realizada en las zonas más distales de las extremidades, evitando los huesos largos y el tórax para prevenir lesiones.

Es imprescindible obtener la autorización del médico, preferiblemente por escrito en la hoja de órdenes médicas

Se debe documentar detalladamente el motivo de la contención, su duración, el curso del tratamiento y la respuesta del paciente mientras esté sujeto.

Se deben utilizar exclusivamente sistemas de sujeción física homologados, como el segufix®.





9.3: Técnica

1. Explicación al paciente:

- Es importante explicar al paciente por qué se le va a sujetar, ayudando a aliviar su temor al desamparo, impotencia y pérdida de control.

2. Cómo sujetar a un paciente:

- Deben participar un mínimo de cuatro personas en la sujeción.
- Un miembro del equipo debe estar visible para el paciente y tranquilizarlo durante la sujeción.
- Las piernas deben estar extendidas y ligeramente abiertas, sujetándolas por los tobillos.
- Los brazos deben estar extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente, sujetándolos por las muñecas.
- El tronco se debe sujetar firmemente a la cama con una correa especial diseñada para ese efecto.
- La sujeción debe permitir la administración de perfusión endovenosa y la ingesta de líquidos o alimentos.
- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada para reducir los sentimientos de indefensión y prevenir la aspiración pulmonar.
- Comprobar periódicamente las sujeciones por seguridad y comodidad del paciente.

3. Tratamiento y medicación:

- Después de la contención, el médico debe iniciar el tratamiento mediante una intervención verbal.
- La mayoría de los pacientes necesitarán medicación antipsicótica intramuscular concentrada incluso mientras están sujetos.

4. Eliminación progresiva de las restricciones:

- Se deben ir eliminando las restricciones a intervalos de cinco minutos una vez que el paciente esté bajo control.
- Las sujeciones restantes se eliminarán simultáneamente, ya que el paciente no puede ser contenido con una sola sujeción.
- La sujeción mecánica debe ser retirada gradualmente a medida que el paciente se tranquiliza.

5. Prevención de tromboembolismos:

- Para evitar tromboembolismos, se debe liberar una extremidad de las cuatro cada 30 minutos, especialmente en ancianos.
- En inmovilizaciones superiores a las 24 horas o en pacientes con factores de riesgo, se requerirá profilaxis de trombosis con heparina de bajo peso molecular (HBPM).

