

ADeN LEYNOFOR



**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.**

Paciente encamado: Posición anatómica y alineación corporal

Posición anatómica

Se trata de una posición estándar que se emplea en anatomía y medicina clínica para permitir una descripción precisa y reproducible de la relación entre una parte y las demás:

- 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.

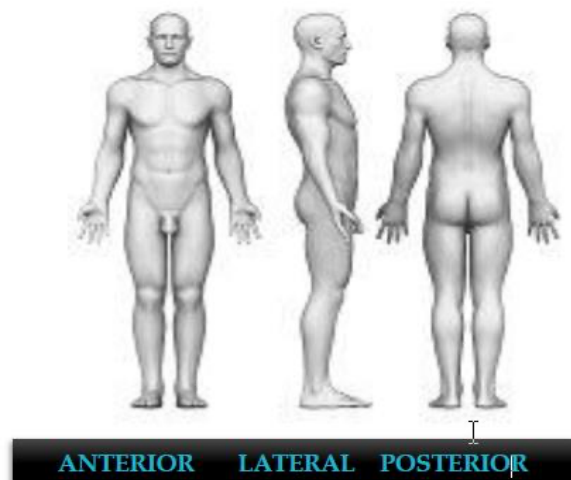
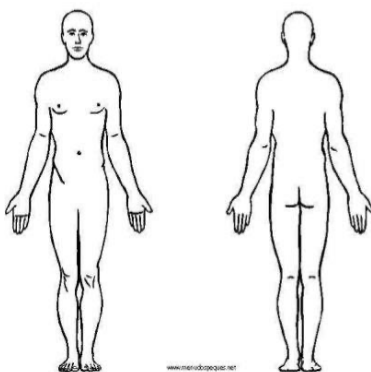
Planos anatómicos

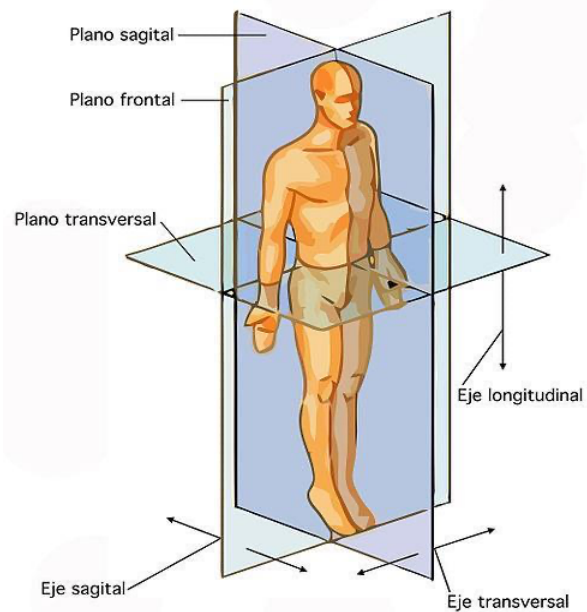
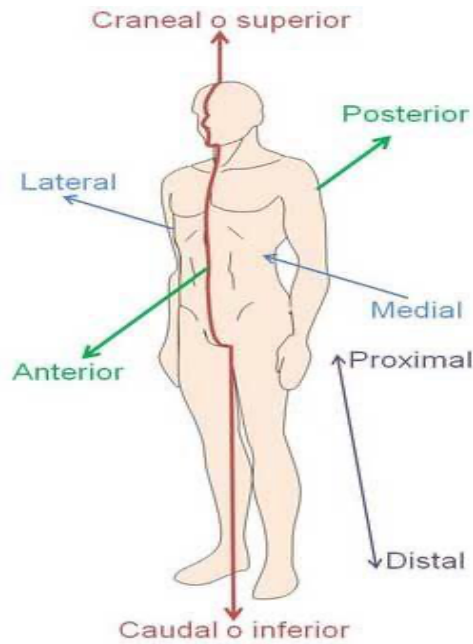
- **El plano sagital:** son planos verticales que pasan a través del cuerpo paralelamente al plano medio.
Para que se pueda entender fácil, recuerda que el plano sagital divide al cuerpo en mitad derecha y mitad izquierda.
- **El plano coronal o frontal:** Es un plan vertical que atraviesa el cuerpo en ángulo recto respecto al plano medio.
Para que se pueda entender fácil, recuerda que el plano coronal divide al cuerpo en anterior (parte delantera) y posterior (parte trasera).
- **El plano transversal u horizontal:** cruza en ángulo recto respecto a los plano sagital y frontal.
Para que se pueda entender fácil, recuerda que el plano transversal divide al cuerpo en mitad superior y mitad inferior

Ejes corporales

- **Eje longitudinal o vertical:** es perpendicular al suelo, se dirige desde la cabeza hacia los pies. El eje longitudinal es perpendicular al plano transversal.
- **Eje latero lateral o transversal:** es paralelo al suelo, se dirige de lado a lado. El eje latero lateral es perpendicular al plano sagital.
- **Eje anteroposterior:** es perpendicular a los dos anteriores y se dirige de adelante hacia atrás. El anteroposterior es perpendicular al plano frontal.

POSICION ANATOMICA BASICA.





Posiciones corporales

Se emplean para facilitar la exploración del paciente, su tratamiento, la realización de diversas técnicas y pruebas diagnósticas, la prevención de lesiones consecutivas a la inmovilidad y para su comodidad cuando esta encamado. Para cada posición, según el objetivo, se adoptarán diferentes medidas, como la colocación de accesorios (almohadas, cojines, etc.) y de una sabanilla que cubra al paciente (en las exploraciones).

Decúbito supino o dorsal

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

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

En estas últimas situaciones pueden **colocarse almohadas o cojines** en distintas zonas del cuerpo del paciente para favorecer su alineamiento:

- 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 que no les rocen la ropa de la cama ni estén presionados.

Además, se favorece la comodidad del paciente colocando:

- Bajo la zona lumbar un pequeño cojín, para mantener la curvatura anatómica.
- Una toalla enrollada lateralmente bajo las caderas y muslos, lo que evita la rotación externa del fémur.

Además, se colocará una tabla para los pies u otros accesorios que mantengan una posición correcta y eviten una flexión plantar prolongada.

Decúbito prono o ventral

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

Los brazos pueden estar extendidos a lo largo del cuerpo, o flexionados y colocados a ambos lados de la cabeza. Se emplea en pacientes operados de la zona dorsal, en exploraciones, para la estancia en la cama y como parte del plan de cambios posturales.

Para facilitar la comodidad del paciente, pueden colocarse almohadas:

- Bajo la cabeza.
- De manera opcional, un pequeño cojín bajo el diafragma, para evitar la hiperextensión de la curvatura lumbar y la presión excesiva en las mamas, y para facilitar la respiración.
- Bajo el tercio inferior de las piernas para disminuir el rozamiento en los dedos de los pies.

Decúbito lateral

El paciente está tumbado sobre un lateral de su cuerpo, en un plano paralelo al suelo. Su espalda está recta. Los brazos están flexionados y próximos a la cabeza. La pierna inferior está en extensión o ligeramente flexionada y la superior permanece flexionada por la cadera y la rodilla.

Esta posición puede ser derecha o izquierda, según la zona corporal que esté apoyada. Se emplea en técnicas como la administración de enemas, higiene o masajes, en la estancia en la cama y dentro del plan de cambios posturales, para lo que conviene colocar almohadas o cunas tope:

- Bajo la cabeza para favorecer el alineamiento.
- Bajo el brazo superior, para elevarlos junto con el hombro.
- Bajo el muslo y la pierna superior, para elevar la pierna y la cadera.
- Detrás de la espalda, para mantener una buena alineación.

Sims o semiprona o PLS

Es una posición intermedia entre el decúbito prono y el decúbito lateral. En ella la cabeza está ladeada, el brazo inferior extendido hacia atrás y ligeramente separado del cuerpo, y el brazo superior está flexionado y próximo a la cabeza. La pierna inferior está semiflexionada por la rodilla y la superior flexionada por la cadera y la rodilla. Se emplea para facilitar algunas técnicas de enfermería (administración de enemas), en pacientes inconscientes y como posición alternativa en el plan de cambios posturales. En este caso, se colocarán almohadas:

- Bajo la cabeza.
- Bajo el hombro y la parte superior del brazo
- Bajo el muslo y la parte superior de la pierna

Fowler

El paciente permanece semisentado, con las rodillas ligeramente flexionadas. El respaldo de la cama, al adoptar esta posición, forma un ángulo de 45°. Existen variantes de esta posición:

- **semi-Fowler:** Aquella en que la elevación es de 30° a 45°.
- **Fowler:** Forma un ángulo de 45° a 90°
- **Fowler alta:** La cabecera de la cama está elevada 90° respecto de los pies

Pueden colocarse almohadas para favorecer la acomodación:

- Detrás del cuello y los hombros.
- Detrás de la zona lumbar.
- Bajo los antebrazos y las manos, para evitar la tensión en los hombros y sujetar los brazos y las manos, si el paciente no los utiliza.
- Debajo y a los lados de la parte superior de los muslos.
- Bajo el tercio inferior de los muslos.
- Bajo los tobillos, para elevar los talones. Además, es conveniente favorecer la flexión dorsal de los pies, mediante un soporte, sacos de arena u otros sistemas.

Trendelenburg, anti-chock.

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. Se emplea, principalmente, para el tratamiento quirúrgico de los órganos pelvianos y ante lipotimias u otras situaciones que requieran un buen aporte sanguíneo cerebral.

Antitrendelenburg o Morestin

Es una posición similar a la anterior, pero en ella la cabeza está más elevada que los pies, mientras el paciente descansa en un plano inclinado de 45° respecto al suelo.

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

Rose

El paciente está tumbado en decúbito supino con la cabeza colgando. Los hombros coinciden con el extremo superior de la superficie de apoyo y los brazos se mantienen extendidos a lo largo del cuerpo. Puede emplearse en exploraciones, en intervenciones quirúrgicas y en algunas actividades de enfermería (lavado de pelo del paciente encamado).

Kraske o Jakknife:

Es una variante del Decúbito Prono con modificaciones. 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. La mesa quirúrgica se cierra a nivel de la cadera del paciente con un ángulo que varía según la intervención que se realice. Se coloca una almohada a la altura de la cadera, se protegen los pies, las rodillas y piernas con almohadas; en los brazos se colocan unos soportes para que los codos descansen. Es la posición adecuada para intervenciones rectales y de la zona sacra. También llamada "de Navaja Sevillana".

Ortopneica:

Posición que adopta el paciente cuando tiene dificultades respiratorias. El paciente se encuentra sentado inclinado hacia delante, con los brazos apoyados en una mesa o en los brazos de una silla. Colocar almohadas para aguantar la cabeza y el pecho.

Ginecológica o de litotomía

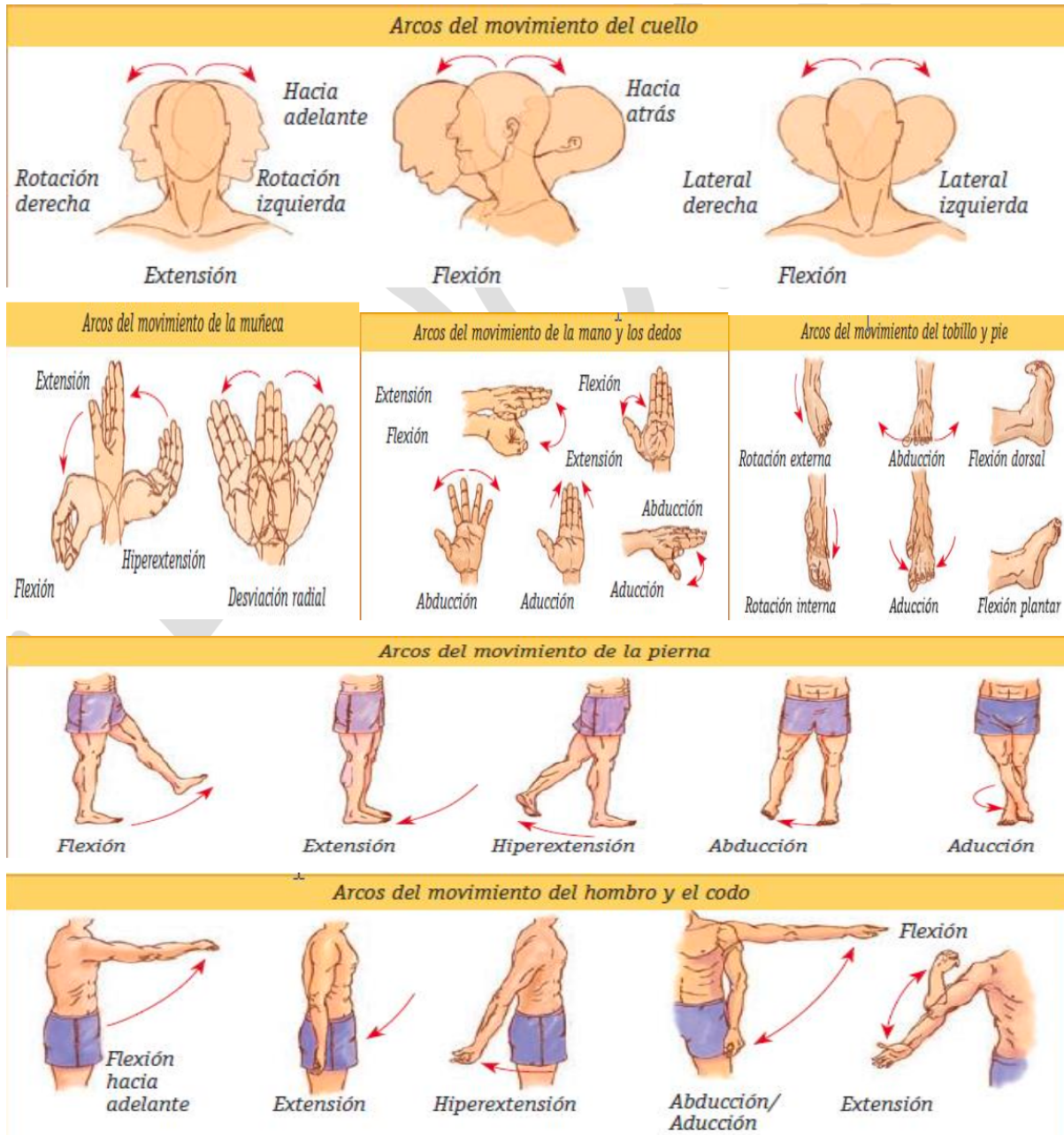
La paciente está tumbada sobre su espalda, con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo, las piernas flexionadas y las rodillas separadas. Si se adopta sobre la cama, los pies se apoyan sobre el colchón. La mesa ginecológica lleva unos soportes o estribos para que la paciente apoye las piernas o los talones. Se emplea en exploraciones e intervenciones ginecológicas, partos o técnicas de enfermería (lavados genitales, sondaje vesical, etc.).

Genupectoral o mahometana

El paciente se apoya sobre sus rodillas, con el tronco hacia adelante, los brazos cruzados sobre la superficie de apoyo y la cabeza sobre ellos o bien extendidos a los lados de la cabeza. Se emplea en exploraciones rectales.

Movimientos corporales

El arco de movimiento es el grado de movilidad que permite una articulación del cuerpo. Varía de unas personas a 35 otras según sus características individuales (edad, preparación física) y la presencia de afecciones que disminuyan la capacidad. En la figura siguiente se ilustran los arcos normales de movimiento



Tipos de ejercicios

La rehabilitación es en el tema de musculo-esquelético una parte importante. Es necesaria para tratar el dolor, favorecer la actividad funcional, prevenir deformidades o posiciones viciadas, evitar contracturas, etc.

Los ejercicios pueden ser:

- **Activos:** Con el esfuerzo muscular del enfermo. Así mismo:
 - **Activos asistidos:** se realizan cuando el paciente no es capaz por sí mismo de llevar a cabo el movimiento en contra de la gravedad, por lo que necesita ayuda para su realización.
 - **Activos libres:** también llamados gravitacionales, el paciente ejecuta los movimientos de los músculos afectados exclusivamente sin requerir ayuda, ni resistencia externa, excepto la gravedad

- **Activos resistidos:** movimientos que se realizan tratando de vencer la resistencia que opone el fisioterapeuta con sus manos o por medio de instrumentos, o sea, la contracción muscular se realiza contra resistencias externas
- **Pasivos:** sin el esfuerzo del paciente, 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.

Los ejercicios activos pueden ser de 3 tipos:

- **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). Por eso resultan ineficaces para prevenir rigideces articulares, ej: empujar los pies contra una pared, intentar levantar un camión, 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:** estos ejercicios son los que a lo largo de todo el ejercicio se moviliza la misma fuerza, son parte de los isotónicos, ya que hay movimiento, pero en este caso todo el movimiento es con el mismo esfuerzo, ej: cuando en el gimnasio se estira el brazo con un aparato en el que toda la trayectoria se hace la misma fuerza regulada por el muelle del aparato.

En rehabilitación también se puede usar la termoterapia, el uso de frío o calor es una herramienta terapéutica empleada dentro de la Rehabilitación.

- El **frío** es un agente antiinflamatorio, inhibe la migración de células inflamatorias hacia el foco, y además analgésico, ya que anestesia las terminaciones nerviosas responsables de la sensación de dolor. También disminuye el gasto metabólico basal (con la hipotermia, las células tienen disminuida la actividad metabólica).
- El **calor** se usa como relajante muscular. Tiene un efecto antiespasmódico, muy útil en el tratamiento de las contracturas musculares y, por tanto, del dolor producido por éstas. Puede administrarse húmedo o seco, aunque se recomienda el calor seco (aplicado con infrarrojos, resistencias eléctricas, etc.).

Técnicas de ayuda para deambulación.

Mecanismos de ayuda:

Que se usan en las situaciones de dificultad para ello, tenemos:

- **Muletas:** al tener dos puntos de apoyo accesorios, la persona realiza la deambulación reduciendo el peso que ejerce el cuerpo sobre las extremidades. Hay distintos tipos de muletas: unas que se apoyan en el antebrazo, otras que se apoyan en la región axilar. Las muletas se ajustan a la altura del paciente. Para realizar una correcta medición de la altura de las muletas, es necesario tener en cuenta que la medición se realizará flexionando el codo unos 30º.
- **Bastón:** ayuda a mantener el equilibrio, permitiendo una buena alineación corporal y evitando la sobrecarga articular. El bastón se coloca en la mano opuesta a la pierna afectada, La marcha se inicia avanzando el bastón y posteriormente la extremidad sana. Asegura en todo momento dos puntos de apoyo en el suelo
 - Para subir escaleras: Deberá dar el primer paso con su pierna fuerte, ponga. Su peso sobre ésta pierna y a continuación, simultáneamente suba el bastón al peldaño/escalón y la pierna más débil para que se encuentren con la pierna más

fuerte. El bastón es el mejor aliado para ayudarse con el equilibrio. El impulso para subir el miembro afectado se debe realizar con las muletas apoyadas en el escalón superior, permitiendo que el pie enfermo no cargue peso

- Para bajar escaleras: Primeramente, el bastón deberá situarlo sobre el escalón o peldaño al que bajará, baje su pierna débil recordando mantener equilibrio y una buena base de sustentación. A continuación, baje su pierna fuerte al lado de la débil
- **Trípode**: tipo de bastón que proporciona mayor soporte al tener más estabilidad.
- **Caminador o andador**: Es un dispositivo de cuatro puntos de apoyo. El paciente lo coge por la parte superior en cada lado, lo moviliza hacia delante flexionando el cuerpo; seguidamente el paciente da unos pasos, y así sucesivamente, primero el caminador y después los pasos del paciente. Para girar, debe girar primero el andador y luego avanzar el pie contrario al lado del giro, posteriormente el otro pie.

Tipos de marcha:

Los tipos de marcha según los dispositivos de ayuda que pueda tener un paciente y entre estos tenemos:

- Marcha sobre cuatro puntos: permanecen constantes 3 puntos de apoyo en el suelo. Se avanza la muleta derecha, pie izquierdo, muleta izquierda y pie derecho.
- Marcha sobre dos puntos: el paciente puede apoyar el peso sobre las dos extremidades inferiores. Avanza el pie izquierdo y muleta derecha y el pie derecho y la muleta izquierda.
- Marcha sobre tres puntos: utilizada por pacientes que no pueden apoyar la extremidad afectada. Avanzar las dos muletas al mismo tiempo que la extremidad lesionada, soportando el peso con las manos en las muletas y avanzando la pierna sana.
- Marcha balanceada: la utilizan los pacientes que presentan parálisis en las extremidades inferiores. Primero avanzan las muletas y después el cuerpo, o bien el paciente adelanta simultáneamente las muletas y balancea el cuerpo por delante de ellas.

Técnicas de traslado de pacientes.

Normas generales

- Lavarse las manos antes y después de ponerse en contacto con el paciente.
- Preparar los recursos materiales necesarios para cada situación: bata, zapatillas, sábanas, manta, cojines, butaca, silla de ruedas, camilla, etc.
- Explicar el procedimiento al paciente y pedir su colaboración.
- Procurarle intimidad, colocando un biombo si es preciso.
- Frenar la cama y colocarla en la posición apropiada.
- Realizar la técnica de con seguridad, evitando lesionar o incomodar excesivamente al paciente. Para ello, se tendrá en cuenta que:
 - La sujeción del paciente debe ser firme para evitar posibles caídas.
 - Es aconsejable realizar el transporte entre dos, tres o más personas según el caso.
 - La necesidad de una buena coordinación entre las personas que realicen la técnica exige que, previamente, se acuerde un procedimiento (contar hasta tres, que una persona diga una palabra concreta, etc.) para conseguir que el movimiento sea simultáneo.
 - Si el paciente lleva insertadas sondas o sueros, la enfermera los pinzará o elevará durante la maniobra.
- Una vez transportado el paciente, se le acomodará con almohadas o cojines y se le cubrirá con una sábana o manta.
- Durante el traslado no se le debe abandonar en los pasillos ni pararle entre corrientes.

- Si en el desplazamiento es necesario atravesar alguna rampa, deben extremarse las precauciones, colocando las cintas de sujeción de la camilla o silla de ruedas y situarse delante del paciente y de espaldas a la pendiente, cuando se desciende.

Procedimiento para colocar al paciente en decúbito lateral

Se emplea para cambiar la postura corporal del paciente del decúbito supino al decúbito lateral. Lo suelen realizar dos auxiliares, que actúan de forma coordinada.

Técnica:

- Preparar el equipo necesario.
- Lavarse las manos.
- Explicar el procedimiento al paciente, pidiendo su colaboración.
- Frenar la cama y colocarla en posición horizontal, si no hay contraindicaciones.
- Retirar las almohadas y destapar al paciente.
- Mover al paciente hasta el lado de la cama contrario hacia el que se va a girar su cuerpo. Para ello, los dos auxiliares de enfermería 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 auxiliar 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 (Figura 5.22)
- Flexionar la pierna y el brazo del paciente próximos a la orilla, separándole el brazo contrario para evitar que ruide sobre él.
- Desde el lado libre, un auxiliar de enfermería tirará con suavidad del paciente, desde su hombro y su cadera, hasta que haya adoptado la posición lateral adecuada, con la colaboración del otro auxiliar.
- Opcional: dar un masaje en las zonas sometidas a presión.
- Alinear correctamente al cuerpo del paciente.
- Acomodarlo en esa posición, utilizando en las zonas descritas almohadas y otros accesorio oportunos.
- Reordenar la cama.
- Comunicar a la enfermera las observaciones realizadas y registrar el procedimiento efectuado y sus indicaciones en el plan de cuidado.

Procedimiento para colocar al paciente en decúbito prono

Es la modificación de la posición corporal desde el decúbito supino al decúbito prono.

Los recursos materiales, los primeros pasos y la movilización del paciente hacia un lado de la cama son iguales que en el procedimiento anterior.

Técnica:

- Con el paciente en el lado de la cama, flexionarle ligeramente el brazo más próximo a la orilla y acercar a su cuerpo el otro brazo para que ruide sobre él.
- Cruzar la pierna más cercana al borde sobre la otra para favorecer el rodamiento.
- Hacerle girar con suavidad hasta el decúbito prono.
- Dar un masaje en las zonas corporales más presionadas.
- Alinearle correctamente.
- Reordenar la cama y dejarle bien acomodado.
- Colocar las almohadas que sean necesarias u otros accesorios.
- Comunicar las observaciones a la enfermera y registrarlas en el plan de cuidados.
- Lavarse las manos.

Movimiento del paciente hacia la orilla de la cama

Suele utilizarse como paso previo a otras posiciones, como colocar al paciente en decúbito lateral o en decúbito prono, trasladarlo a la camilla o a la silla de ruedas.

Los pasos para realizarlo están descritos en el procedimiento de colocación en decúbito lateral.

Movimiento del paciente hacia la cabecera de la cama

Puede ser necesario cuando el paciente ha resbalado hacia los pies de la cama.

El procedimiento será realizado por uno o dos auxiliares, en función de que el paciente pueda o no colaborar.

A. Paciente que colabora

El procedimiento lo lleva a cabo un auxiliar. No se necesita equipo, solo guantes (opcional) y, a veces, un biombo.

Técnica:

- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Explicar el procedimiento al paciente pidiendo su colaboración.
- Procurarle intimidad colocando un biombo.
- Frenar la cama y colocarla en posición horizontal.
- Dejar la almohada apoyada sobre el cabecero.
- 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. 41
- Ayudar al paciente a deslizarle hacia la cabecera.
- Reordenar la cama y colocarle la almohada.
- Comunicar lo observado.
- Lavarse las manos.

B. Paciente que no colabora

Son necesarios dos auxiliares de enfermería. El equipo es opcional (guantes y biombo).

Técnica:

Los cinco primeros pasos del procedimiento son iguales que en el caso del paciente que colabora.

- Estando cada auxiliar 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 los dos auxiliares, desplazar al paciente hacia la cabecera.
- Arreglar la cama y colocar la almohada.
- Comunicar lo observado a la enfermera y lavarse las manos.
- Este procedimiento también puede realizarse utilizando la entremetida (o sabana de arrastre), que sujetaran los dos auxiliares para facilitar el desplazamiento hacia la cabecera.

Movimiento del paciente para sentarlo en la orilla de la cama

Suele realizarse como paso previo a la deambulación.

Técnica:

La técnica puede ser efectuada por un solo auxiliar de enfermería (los primeros pasos son comunes a las otras movilizaciones) y seguirá este procedimiento:

- Mover al paciente hacia la orilla de la cama (revisar el procedimiento).
- 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.
- Ayudarlo a ponerse la bata y las zapatillas, comprobando que no se maree.

Traslado de la cama al sillón o silla de ruedas

Se describen las técnicas para transportar a un paciente, según pueda o no colaborar en su realización. Para transportar al paciente del sillón a la cama se seguirá el mismo procedimiento, pero en orden inverso.

Cuando el paciente colabora

Es suficiente un auxiliar de enfermería.

Técnica.

- Situar el sillón próximo a la cama, a la altura de los pies.
- Ayudar al paciente a sentarse en la orilla de la cama, según la técnica descrita.
- Comprobar que el paciente no se maree en esa posición.
- Colocarle la bata y las zapatillas.
- Situarse frente al paciente. El auxiliar le sujeta por la cintura con ambas manos mientras el paciente se apoya en sus hombros o le coge el cuello con las manos. En esta posición, las rodillas de ambos están próximas, lo que permitirá un mejor control si al paciente se le doblan involuntariamente.
- Girar simultáneamente con el paciente hasta situarle delante del sillón, donde se le sentará para acomodarlo posteriormente.

Cuando el paciente no colabora

Son necesarios dos auxiliares de enfermería.

Técnica:

- Trasladar al paciente a la orilla de la cama.
- Colocar la cama en la posición de Fowler.
- Situar el sillón, o la silla de ruedas, paralelo y junto a la cama, con el respaldo próximo a la cabecera.
- Si es una silla de ruedas, retirar el soporte del brazo próximo a la cama, levantar los soportes de los pies y frenarla.
- 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, donde quedará acomodado, con los reposapiés bien colocados y, si fuera preciso, cubierto con una manta.

El celador en el servicio de rehabilitación

La medicina física y rehabilitación es una especialidad médica que se enfoca en el diagnóstico, evaluación, prevención y tratamiento de la incapacidad con el objetivo de facilitar, mantener o

restaurar la capacidad funcional e independencia del paciente. Dentro de un Servicio de Rehabilitación en un hospital, existen varios profesionales que trabajan de manera coordinada para brindar el mejor tratamiento posible.

Algunos de los profesionales que forman parte de este servicio son el Médico Rehabilitador, el Fisioterapeuta, el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), el Logopeda, el Terapeuta Ocupacional y el Celador. Sin embargo, la disposición geográfica de estos profesionales puede variar de un hospital a otro, así como la inclusión o no de algunos de ellos, dependiendo de la cartera de servicios que ofrezca cada hospital.

En todos los hospitales con Servicio de Rehabilitación, hay al menos una o varias consultas médicas donde los diferentes especialistas (como el Médico Rehabilitador, el Foniatra, el Psicólogo, entre otros) atienden a los pacientes. También hay una o más áreas de Fisioterapia, además de áreas administrativas para la gestión y organización del servicio.

Funciones:

El celador en el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) cumple diversas funciones en relación con los pacientes en el área de rehabilitación y la sala de fisioterapia. 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.

En la sala de fisioterapia, el celador se encarga de tramitar y transportar comunicaciones, documentos y objetos, así como de trasladar aparatos y mobiliario según las instrucciones del personal sanitario. Puede realizar labores de limpieza, cuidar del uso adecuado de los enseres y ropa, informar sobre desperfectos o anomalías y ayudar al fisioterapeuta en la colocación y sujeción del paciente durante el tratamiento. El celador debe estar siempre disponible en la unidad a la que esté asignado y solicitar ayuda de seguridad en caso de conflictos.

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. Es fundamental que el celador conozca cómo manejar al paciente según su patología, características físicas y los instrumentos y materiales utilizados en la sala. La colaboración y consejo del fisioterapeuta es crucial para realizar los traslados de manera adecuada y segura, evitando lesiones adicionales al paciente.

Uso y mantenimiento del material auxiliar utilizado en rehabilitación

1. **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.
2. **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.
3. **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

materiales que puedan causar reacciones alérgicas. También se debe elegir calzado adecuado que proporcione seguridad y comodidad.

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...).
9. **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.

Sujeciones

El protocolo de contención mecánica y terapéutica en el campo de la salud mental se basa en el uso de tratamientos somáticos. A medida que se avanza en la investigación de las enfermedades mentales, se han desarrollado nuevas modalidades más avanzadas de tratamiento somático. Sin embargo, aún se mantienen en uso modalidades terapéuticas tradicionales, como las restricciones, que fueron utilizadas desde los primeros tiempos de la asistencia psiquiátrica. En la actualidad, existen tres tipos de contención para los pacientes psiquiátricos: **la reducción verbal**, que busca tranquilizar y generar confianza; **la contención farmacológica**, mediante el uso de medicamentos para relajar al paciente; **y la reducción física**, que implica la limitación física de movimientos. También se menciona la posibilidad de una cuarta modalidad llamada reducción ambiental, que implica el control de estímulos y la creación de espacios adecuados.

La contención mecánica/física

La contención mecánica o física es un procedimiento que implica el uso de sistemas de inmovilización para partes del cuerpo como el tórax, las muñecas y los tobillos. En la actualidad, su aplicación debe ser cuidadosa y garantizar la seguridad del paciente, ya que se deben respetar los derechos humanos y las libertades civiles.

La contención mecánica debe considerarse como último recurso, siendo su principal objetivo evitar conductas peligrosas. Las indicaciones para su uso incluyen la presencia de conducta violenta, agitación incontrolable con medicamentos, amenaza a la integridad física del paciente debido a su negación de descanso o cuidado personal, y situaciones de riesgo donde no se pueden controlar de otra manera. A nivel psicodinámico, algunos pacientes pueden encontrar satisfacción en el control de sus impulsos, pero su uso debe estar justificado terapéuticamente.

Para llevar a cabo la contención mecánica, se recomienda:

- 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 actitud del personal debe ser profesional, sin cólera ni afán de castigo, actuando de manera enérgica pero amable y respetuosa.
- 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®.



Técnica de la contención terapéutica

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 inmobilizaciones superiores a las 24 horas o en pacientes con factores de riesgo, se requerirá profilaxis de trombosis con heparina de bajo peso molecular (HBPM).

Es fundamental, en una sujeción terapéutica, que el equipo contemple los siguientes principios:

1. Preservación de la dignidad y autoestima del paciente:
 - Mantener la intimidad del paciente.
 - Explicar la situación a otros pacientes sin revelar información confidencial.
 - Mantener contacto verbal regular con el paciente.
 - Implicar al paciente en planes para finalizar la sujeción mecánica.
 - Desacostumbrar progresivamente al paciente al entorno de aislamiento.
2. Mantenimiento de la integridad física del paciente:

- Comprobar las constantes vitales periódicamente.
- Ayudar al paciente en la higiene personal.
- Acompañar al paciente al cuarto de baño o proporcionarle cuña o orinal.
- Regular y controlar la temperatura de la habitación.
- Realizar cambios posturales necesarios.
- Almohadillar las sujeciones.
- Ofrecer alimentos y líquidos según prescripción médica.
- Observar frecuentemente al paciente y retirar objetos peligrosos de su entorno.
-

Centros libres de restricciones

El uso de las medidas de contención en centros residenciales en residencias y centros de diversidad funcional con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente. Estudios recientes cuestionan la eficacia de estas medidas y destacan las consecuencias negativas asociadas a su uso.

Tipos de contención:

- **Contención física:** Uso de dispositivos físicos o mecánicos para restringir los movimientos del paciente.
- **Contención química:** Uso de medicamentos sedantes, como benzodiazepinas y antipsicóticos, para controlar síntomas o sedar al paciente.

Desde hace tiempo se están proponiendo nuevas formas terapéuticas con los siguientes objetivos:

- Respeto a la dignidad, libertad y autonomía de la persona.
- Restricciones físicas o químicas solo con prescripción médica y en casos de peligro inminente.
- Consentimiento informado y documentado.
- Aplicación de las contenciones con la mínima intensidad y por el tiempo necesario.
- Uso de sujeciones como último recurso, explorando alternativas terapéuticas.
- Verificación de prescripción médica y existencia de protocolos para el uso de sujeciones.
- Documentación de la indicación, uso y tipo de contención aplicada a cada paciente.
- Cumplimiento de la normativa sobre consentimiento informado.

Alternativas terapéuticas:

- Evaluación y búsqueda de alternativas a las medidas de restricción. Nunca como medio de tranquilidad para el personal.
- Búsqueda de estrategias específicas para pacientes confusos o agitados, deambulantes, en tratamiento químico o con miedo a caídas.

Consecuencias negativas de las restricciones:

- Deterioro de las actividades de la vida diaria.
- Mayor agitación, estrés y pérdida de memoria.
- Alteraciones sensoriales, edemas y úlceras.
- Aumento del riesgo de enfermedad nosocomial.