

Enfermería Clínica II

Práctica de laboratorio: Movilización del paciente oncológico.



Profesora

Paula Parás Bravo PhD. RN. PT. MSc

Departamento de Enfermería

PRÁCTICA DE LABORATORIO: Movilización del paciente neurológico

OBJETIVOS

1. Conocer las diferentes técnicas de movilización y transferencias de pacientes dependientes y/o con alteraciones neurológicas.
2. Conocer las diferentes técnicas de asistencia a la marcha de pacientes con alteraciones neurológicas.
3. Adquirir habilidades prácticas para la realización de transferencias y movilizaciones corporales de forma segura.

ÍNDICE

1. Valoración previa a la movilización/transferencia.
2. Dispositivos habituales en la movilización/transferencia.
3. Complicaciones en movilizaciones/transferencias mal ejecutadas.
4. Transferencias y movilizaciones corporales.
 - a. Movilización de decúbito supino en cama a sedestación en el borde de la cama en un paciente hemipléjico/hemiparésico.
 - b. Transferencia de sedestación a bipedestación en un paciente hemipléjico/hemiparésico.
 - c. Transferencia de bipedestación a sedestación
 - d. Movilización de suelo a sedestación
5. Asistencia a la marcha.
 - a. Marcha parkinsoniana y festinante.
 - b. Marcha de segador o hemiparética.
 - c. Marcha con dispositivos de ayuda.

1. Valoración previa a la movilización/transferencia

- a. Estado neurológico y clínico
- b. Capacidad de colaboración
- c. Estabilidad hemodinámica
- d. Dolor
- e. Presencia de dispositivos (vías, sondas...)
- f. Entorno

- g. Número de profesionales necesarios según dependencia y características físicas del paciente
- h. Cualquier aspecto que el profesional considere relevante para la movilización/transferencia

2. Dispositivos habituales en la movilización/transferencia

- a. Grúas de movilización: Dispositivo mecánico utilizado para movilizar pacientes con dependencia total o gran limitación funcional, reduciendo el esfuerzo del profesional y el riesgo de lesiones.



Imagen 1: Grúa de movilización

- b. Tablas de transferencia: Superficie rígida (generalmente de plástico o madera) que facilita el paso del paciente de una superficie a otra mediante deslizamiento controlado.



Imagen 2. Tabla de transferencia

- c. Sábanas deslizantes: Material textil de baja fricción que permite mover o recolocar al paciente en la cama sin necesidad de levantarlo. Habitualmente se utilizan sábanas normales dobladas.

3. Complicaciones en movilizaciones/transferencias mal ejecutadas

- a. Caídas
- b. Lesiones musculoesqueléticas: Luxaciones (especialmente hombro en hemipléjicos)
- c. Lesiones cutáneas por fricción y cizalla
- d. Dolor
- e. Hipotensión ortostática
- f. Fatiga excesiva
- g. Lesiones del personal sanitario

4. Transferencias y movilizaciones corporales.

Las movilizaciones y transferencias en pacientes en situación de dependencia son altamente importantes ya que consiguen mejorar sus capacidades físicas y su circulación sanguínea, además de evitar atrofiar musculares, rigidez articular, dolor articular y aparición de úlceras por presión. En las movilizaciones cambiamos la postura del paciente sobre una misma superficie mientras que en las transferencias implica un cambio de superficie.

Cualquier tipo de movilización y transferencia será ejecutada bajo las siguientes premisas:

- Debe existir una comunicación eficaz entre el sanitario y el paciente para lograr una buena coordinación en la transferencia.
- Describir al paciente el movimiento y animarle para que intente hacer por sí mismo. Si no es posible, explicar al paciente lo que vamos a hacer y cómo necesitamos que nos ayude en la medida de sus posibilidades. Si no explicamos al paciente lo que vamos a realizar no va a poder colaborar activamente.
- Las maniobras deben realizarse de forma lenta pero fluida y coordinada preguntando en todo momento al paciente que tal se encuentra (por ejemplo: vértigos, mareos, etc). Si aparece dolor, detener la movilización.
- Hay que ser cuidadoso con las presas para no hacer daño al paciente utilizando presas seguras y no lesivas.
- Realizar cualquier movilización/trasferencia con el mínimo riesgo para el profesional aplicando los principios de ergonomía: espalda recta, rodillas ligeramente flexionadas, protección cuello (doble mentón), aprovechar el peso del cuerpo para realizar los movimientos, aumentar base de sustentación, etc.

a. Movilización de decúbito supino en cama a sedestación en el borde de la cama en un paciente hemipléjico/hemiparésico.

Se trata del primer paso para hacer una transferencia cama-sillón/silla/silla de ruedas o cama-bipedestación.

Nos colocamos en el lado afecto.

El paciente debe de estar cerca borde de la cama, si está en el centro de la cama:

Movilización: colocar el paciente cerca del borde de la cama: pedimos su colaboración si es posible. Si no es posible, podemos ayudarnos utilizando sabanas bajo el cuerpo del paciente o movilizándolo en primer lugar la mitad superior del cuerpo desde las escapulas y con los brazos del paciente rodeándonos el tronco y, a continuación, la mitad inferior del cuerpo desde las caderas y, por último, colocamos las piernas. No colocar muy al borde porque al sentarse pueden quedarnos parte de los glúteos fuera de la cama.

Colocaremos sus extremidades inferiores cruzadas, la extremidad superior afectada será sujeta por la sana y la extremidad inferior afectada se situará por encima de la sana. A continuación, colocaremos nuestra extremidad superior craneal rodeando el tronco del paciente a la altura de las escapulas (lo abrazaremos lo máximo posible), NUNCA a la altura de su cuello. Nunca dejamos que el paciente se abraza a nuestro cuello. Con nuestra extremidad superior caudal, colocaremos la mano por encima de las rodillas, entre las rodillas hasta la cara externa de la rodilla contralateral o debajo del hueco poplíteo. Ampliando nuestra base de sustentación y con un pie adelantando giraremos en bloque nuestro cuerpo en dirección de los pies del paciente, flexionando el tronco del paciente a la vez que rotamos y bajamos sus piernas por el borde de la cama. Una vez que el paciente este sentado con nuestra rodilla caudal le serviremos de apoyo para una mayor estabilidad.

Si la cama es articulada y permite elevar el cabecero, se facilita el procedimiento. También es útil cuando nuestra envergadura no nos permite abarcar al paciente.

b. Transferencia de sedestación a bipedestación en un paciente hemipléjico/hemiparésico.

Desde una silla: si partimos de una silla de ruedas, importante frenarla antes de comenzar la maniobra.

Desde una cama: sentados delante del paciente le traeremos hasta el borde de la cama desde los glúteos. Bajamos la altura de la cama para que le lleguen los pies al suelo. Las piernas del paciente con la punta de los pies a la altura de las rodillas y separados a la altura de la pelvis.

En primer lugar, nos colocaremos de pie frente al paciente, encuadraremos con nuestras extremidades inferiores la pierna afectada. El paciente se sujetará la extremidad superior afectada a la altura del tronco. Rodearemos su tronco a la altura de las escapulas por debajo de las axilas. Como no podemos adelantar un pie para realizar la maniobra, nos balanceamos sobre nuestros pies cambiando el peso de nuestro cuerpo.

c. Traslado de bipedestación a sedestación

Colocamos la extremidad sana al lado de la silla/cama donde vayamos a sentarlo, para que pueda apoyar el peso sobre esa pierna. Encuadraremos la pierna afectada y el brazo sano sujetará al brazo afectado. Una vez que el paciente está levantado pivotaremos sobre nuestras piernas para sentarlo nuevamente en la silla. Se quitan los reposabrazos del lado por donde le vamos a sentar, los reposapiés y si es una silla de ruedas siempre ha de estar frenada. La transferencia resultará más fácil si donde está sentado queda más alto que donde se va a sentar.

d. Movilización de suelo a sedestación

Siempre que el paciente no presente lesiones que le impidan levantarse. Estiraremos sus piernas y flexionaremos su tronco. A continuación, nos colocamos detrás de él, le ayudamos a flexionar sus rodillas y cogemos sus manos con nuestras manos. Giraremos su tronco hasta que las palmas de las manos toquen el suelo y lo impulsaremos desde la pelvis hasta dejarlo en posición cuadrúpeda. Colocaremos una silla delante y otra a su lado a la altura de la pelvis. Le ayudaremos a colocar sus manos en la silla delantera y le ayudaremos a flexionar la rodilla cercana a la silla. El paciente hará fuerza sobre la silla y se sentará.

5. Asistencia a la marcha

a. Marcha parkinsoniana y festinante

Es la marcha típica de los pacientes que padecen síndromes parkinsonianos avanzados.

Se caracteriza por:

Encorvamiento del tronco con desplazamiento del centro de gravedad hacia delante, dificultad para iniciar y detener la marcha, pasos cortos, rígidos y arrastrados, con disminución de la amplitud y altura del paso. No existe balanceo de los brazos, que permanecen semiflexionados a nivel de los codos. Presentan flexión de cadera y rodillas. Los giros son lentos y requieren múltiples pasos. Pueden aparecer fenómenos de festinación y congelación (freezing).

Para asistir a la marcha:

Nos situamos al lado o ligeramente por delante del paciente, proporcionando supervisión y apoyo si es necesario, evitando traccionar del brazo. Si la estabilidad está muy comprometida, podemos colocarnos delante del paciente y ofrecer dos puntos de apoyo mediante nuestros antebrazos, compensando el desplazamiento anterior del centro de gravedad. Si el paciente presenta un episodio de congelación, podemos facilitar el reinicio de la marcha mediante estímulos verbales o estímulos suaves a nivel de los codos.

Estrategias de ayuda:

Uso de señales externas:

- Visuales: líneas en el suelo, obstáculos a superar

- Auditivas: ritmo con palmadas o metrónomo
- Verbales: “da pasos largos”, “levanta los pies”

Fomentar:

- Fomentar la amplitud del paso
- Corrección postural (tronco erguido)
- Evitar giros bruscos (realizar giros en varios pasos)

Manejo del freezing:

- Indicar que se detenga y reinicie la marcha
- Pedir que levante exageradamente un pie
- Uso de señales rítmicas (contar, música)
- Balanceo previo del peso corporal
- Nunca empujar al paciente

b. Marcha de segador o hemiparética

Característica de pacientes con hemiparesia, generalmente tras ictus, asociada a patrón en sinergia extensora del miembro inferior.

Se caracteriza por:

Asimetría en la marcha, con un miembro inferior afecto en extensión, con escasa flexión de rodilla y tobillo. Durante la fase de balanceo, el paciente realiza un movimiento en circunducción (de fuera hacia dentro) para poder avanzar la pierna. En la fase de apoyo puede aparecer una compensación mediante elevación de la hemipelvis. El miembro superior afecto suele permanecer en flexión.

Para asistir a la marcha:

Se debe facilitar la transferencia del peso de una pierna a otra, favoreciendo el equilibrio y la coordinación.

- **Con bastón o muleta:** me coloco en el lado afecto con mis manos en su pelvis, el bastón se colocará en el lado *sano*.

Inicialmente la marcha se efectuará en tres tiempos:

bastón → pierna afectada → pierna sana

A medida que mejore el control de la marcha ésta se realizará en dos tiempos:

bastón y pierna afectada a la vez → pierna sana

- **Sin ayuda técnica:** me coloco en su lado sano y con mi mano colateral sobre su tórax debajo de la axila y mi mano contralateral sujeta su brazo en extensión.

Se debe evitar traccionar del miembro superior afecto, protegiendo la articulación del hombro. Si es posible puede sujetarme la mano de tórax con la mano afectada.

c. Marcha con dispositivos de ayuda

- **Andador:** El paciente debe avanzar primero el andador y, posteriormente, realizar la marcha con las piernas de forma alternante. Es fundamental mantener el andador a una distancia adecuada del cuerpo, evitando adelantarlo en exceso, ya que esto desplaza el centro de gravedad hacia delante y aumenta el riesgo de caída. Se debe fomentar una postura erguida, evitando que el paciente se incline sobre el dispositivo.
- **Bastones/muletas:** En el paciente neurológico, el bastón o muleta se coloca en el lado sano, ya que permite descargar peso del lado afecto y mejorar la estabilidad. (Ver *Marcha de segador o hemiparética*).
- **Ortesis:** El paciente neurológico puede requerir el uso de ortesis rígidas (limitan o bloquean el movimiento) o dinámicas (permiten el movimiento pero lo guían o asisten) para mejorar el control postural y la funcionalidad durante la marcha, compensando las alteraciones derivadas de su déficit neurológico. Estas ortesis permiten estabilizar segmentos corporales, prevenir deformidades y facilitar un patrón de marcha más seguro y eficiente. Entre las más utilizadas destacan:
 - **AFO (Ankle-Foot Orthosis):** ortesis rígida, estabiliza el tobillo y el pie, favoreciendo la dorsiflexión y evitando el “pie caído”.



Imagen 3. Ortesis AFO

- **Foot-up:** ortesis dinámica que ayuda a elevar la punta del pie durante la fase de balanceo.



Imagen 4. Ortesis Foot up

Su uso contribuye a mejorar la seguridad, reducir el riesgo de caídas y favorecer la autonomía del paciente.