

Manejo y movilización del paciente geriátrico.

Técnicas de cambios posturales

Francisco Cordon Llera, Antonia Torres Montilla y Rosario Bailén Ramírez

1. LOS CAMBIOS POSTURALES

Los cambios posturales y los ejercicios de movilización, son medidas que se realizan con el objetivo de ir alternando las zonas corporales del paciente en contacto con la cama, es decir, las áreas corporales sometidas a presión, con lo que se consigue:

- Favorecer la comodidad y bienestar del paciente.
- Evitar la aparición de lesiones de la piel y tejidos subyacentes (las UPP).
- Evitar la aparición de deformidades.
- Evitar la aparición de contracturas musculares.

Las úlceras por presión (UPP), constituyen una de las complicaciones más frecuentes que surgen paralelas a la patología del paciente ingresado, siendo a la misma vez, uno de los problemas más frecuentes en la práctica diaria del personal de enfermería. De ahí, que su prevención, sea considerada uno de los principales objetivos en aquellos pacientes considerados de riesgo, y dentro de éstos se encuentra el paciente geriátrico, ya que como hemos visto en el punto anterior, todos los cambios que se producen con el envejecimiento, principalmente los cambios a nivel muscular y óseo, van a favorecer la tendencia a la inmovilidad. A esto además, hay que sumarle los cambios que se producen a nivel de la piel, que se vuelve más vulnerable a cualquier tipo de lesión por los cambios que sufre.

La úlcera por presión (también conocida como úlcera de la piel o úlcera por decúbito, aunque en la actualidad estos términos se descartan por no hacer referencia al término "presión", ni todas las úlceras se forman en decúbito), se puede definir como aquella lesión

de origen isquémico (restricción del flujo sanguíneo) producida por el daño tisular debida a la acción combinada de factores extrínsecos como:

- **Presión:** se define como la fuerza que actúa de forma perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, es decir, producida por el propio peso del paciente y, esta fuerza, es la que va a ser responsable del aplastamiento tisular.
- **Fricción:** es la fuerza que actúa paralelamente a la piel produciendo roces por movimiento o arrastre. Esta situación es típica en pacientes encamados o en sedestación, donde el roce con las sábanas o superficies rugosas va a producir este tipo de fuerza, especialmente durante las movilizaciones. También nos podemos encontrar esta situación en zonas concretas y localizadas como pueden ser el pie dentro del calzado que generalmente se produce por el uso de calzado inadecuado que no se ajusta bien al pie, produciéndose movimientos de roce durante la deambulaci3n.
- **Cizallamiento:** es el resultado de la combinaci3n de las dos anteriores, por ejemplo en la posici3n de Fowler, en la cual se produce un deslizamiento del cuerpo que puede ocasionar fricci3n sobre la zona del sacro y a la vez, presi3n sobre la misma zona.
- **Maceraci3n o humedad:** la presencia mantenida de humedad (sudor, orina, drenajes, v3mitos, etc.), va a producir un reblandecimiento y reducci3n de la resistencia de la piel a los factores mencionados anteriormente.

Adem3s de estos factores extrínsecos, interviene otro factor fundamental que es la relaci3n presi3n-tiempo, por tanto, la acci3n de estos factores de una forma prolongada, producir3 un aplastamiento tisular entre dos planos duros: uno formado por el propio tejido del paciente (generalmente zonas de protuberancias 3seas) y otro formado por aquel donde descansa el tejido del paciente (cama, sill3n, objeto, etc.).

Como consecuencia de este aplastamiento tisular prolongado, se producir3 una disminuci3n del riego sanguíneo y por consiguiente, una disminuci3n del aporte de oxígeno a determinadas zonas corporales, lo cual propiciar3 una degeneraci3n r3pida de los tejidos, cuya gravedad podr3 ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta la formaci3n de úlceras profundas que afectan al m3sculo y evolucionar a necrosis del tejido afectado.

La aparici3n de este tipo de lesiones supone una complicaci3n que va a influir negativamente en la evoluci3n del paciente por diversos motivos:

- El estado general del paciente se ver3 alterado por el aumento del riesgo de infecci3n, as3 como por las posibles complicaciones metab3licas.
- Su aparici3n va a influir en la estancia hospitalaria del paciente, viéndose aumentado el tiempo de recuperaci3n.
- Van a ocasionar al paciente p3rdida de autoestima, independencia y autonom3a.

- Pueden influir en el deterioro y complicación de un tratamiento integral.

Las UPP se van a localizar normalmente en los puntos de apoyo del cuerpo que coinciden con las prominencias óseas. Así, las zonas del cuerpo susceptibles de sufrir una lesión cutánea van a variar dependiendo de la posición del paciente, por lo que nos vamos a encontrar:

1. En decúbito supino (*fig. 1A*):
 - Occipucio.
 - Escápula.
 - Codos.
 - Cresta iliaca.
 - Sacro.
 - Coxis.
 - Pantorrilla.
 - Talones.
2. En decúbito lateral (*fig. 1B*):
 - Orejas.
 - Hombro.
 - Codos.
 - Espina ilíaca.
 - Trocánter.
 - Muslo.
 - Cara interna y externa de la rodilla.
 - Maléolo interno y externo.
3. En decúbito prono (*fig. 1C*):
 - Mentón.
 - Costillas.
 - Mamas (principalmente en la mujer).
 - Genitales (principalmente en el hombre).
 - Espinas ilíacas.
 - Cara anterior del muslo.
 - Rodilla.
 - Espina tibial anterior.
 - Dedos de los pies.
4. Posición de Fowler o Semi-Fowler (*fig. 1D*):
 - Codos.
 - Escápula.

- Región sacra.
- Región isquiática.
- Zona posterior de la rodilla.
- Planta del pie.

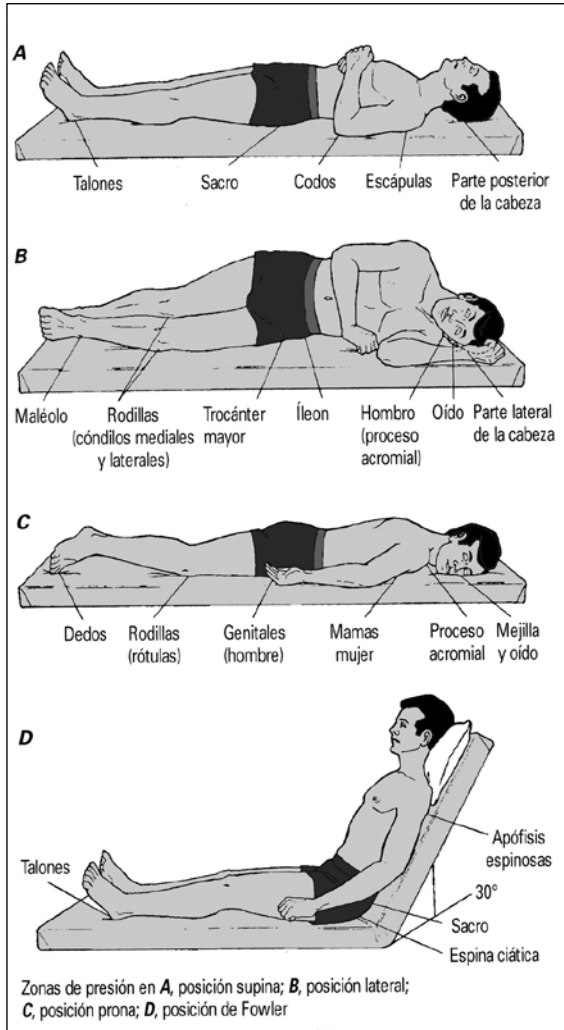


Fig. 1. _____

En los pacientes pediátricos, las zonas más susceptibles son las que se localizan principalmente en la cabeza (sobre todo a nivel del occipucio) en orejas, pecho y sacro.

Los cambios posturales constituyen una de las actuaciones más importantes en la prevención de las úlceras por presión en pacientes encamados y con dificultades o nula movilidad. Consisten en colocar al paciente en una posición determinada durante un

periodo de tiempo, e ir rotando el tipo de posición según el plan establecido para cada paciente, con el fin de evitar o disminuir la presión prolongada.

En aquellos pacientes que toleren la sedestación, se efectuarán movilizaciones horarias y si fuese posible, les enseñaríamos a realizar pulsiones (ejercicios de contracción-relajación de un grupo muscular concreto). Al aplicar los cambios posturales debemos considerar:

- Evitar apoyar directamente al paciente sobre sus lesiones.
- Mantener la alineación corporal, repartiendo el peso adecuadamente para evitar problemas musculares o dolor.
- Evitar el contacto directo de prominencias óseas entre sí, como por ejemplo en decúbito lateral, las rodillas.
- Al movilizar al paciente, evitar hacerlo mediante arrastre, colocar previamente una sábana entremetida para facilitar la movilización y disminuir los riesgos de fricción.
- Utilizar cojines, cuñas u otros dispositivos de protección disponibles para la protección de talones por los efectos de la presión.
- Establecer un programa de rotación individualizado para cada paciente, intercalando cada una de las posiciones posibles, siempre y cuando no exista contraindicación para alguna de ellas.
- Realizar los cambios posturales al menos cada 2-3 horas para pacientes encamados, según el plan establecido y los datos de la valoración de la UPP.
- Durante la noche no es recomendable mantener la misma posición más de 4 horas.
- Evitar que un paciente con riesgo de UPP, permanezca más de 2 horas sentado.
- Para el cuidador o personal sanitario que realice las movilizaciones es muy importante que las realice a través del trabajo muscular de las piernas en vez de utilizar el grupo muscular de la espalda, es decir, una correcta mecánica corporal.

2. POSICIONES EN LOS CAMBIOS POSTURALES

2.1. SENTADO.

La colocación de almohadas de modo apropiado para esta posición será: una detrás de la cabeza, una debajo de cada brazo, una debajo de los pies (*fig. 2*).

Atención especial en esta posición a:

- No debe soportar presión sobre: omóplatos, sacro y tuberosidades isquiáticas.
- La espalda debe quedar cómodamente apoyada sobre un espaldar firme.
- No se permitirá la situación inestable del tórax.

- Procurar que los pies y las manos conserven una posición funcional.
- Velar por la autonomía del paciente, ayudándole y motivándole a que realice movimientos activos, colocarle asideros que le ayuden en su movilización.

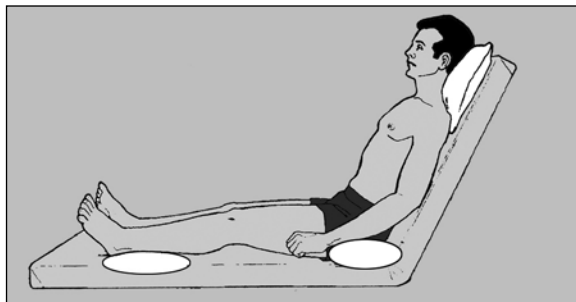


Fig. 2. Protección en posición de sentado.

2.2. DECÚBITO SUPINO.

Se acomodará al paciente colocándole una almohada debajo de la cabeza, otra debajo de los gemelos, para mantener la posición de los pies utilizaremos una más y para los brazos (opcional) dos almohadas, una para cada lado (fig. 3).

Atención especial en esta posición a:

- No debe producirse presión sobre los talones, sacro, cóccix, escápulas y codos.
- Debe mantener la cabeza con la cara hacia arriba, alineada con el resto del cuerpo. La colocación de la almohada debajo de las rodillas es fundamental para evitar la hiperextensión, los codos preferentemente estirados y las manos en ligera flexión.
- Piernas ligeramente separadas.
- Evitar la rotación del trocánter y la flexión del pie.

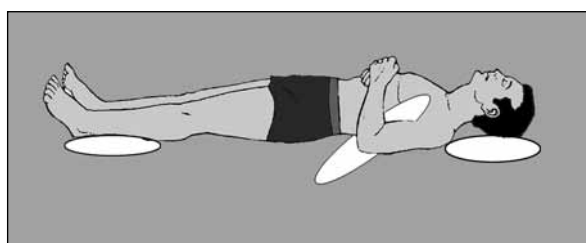


Fig. 3. Protección en decúbito supino.

2.3. DECÚBITO LATERAL (IZQUIERDO Y DERECHO).

Se acomodará al paciente colocándole una almohada debajo de la cabeza, una apoyando el dorso, una separando las rodillas y otra el maléolo externo de la pierna inferior, por último, una debajo del brazo superior (fig. 4).

Atención especial en esta posición a:

- Evitar la presión sobre las orejas, escápulas, costillas, crestas ilíacas derecha e izquierda, trocánteres, gemelos, tibios y maléolos.
- La espalda estará ligeramente apoyada sobre la almohada, formando un ángulo de 45-60°.
- Las piernas ligeramente flexionadas, quedando la que está en contacto con la cama ligeramente atrasada con respecto a la otra. Los pies formarán un ángulo recto con las piernas.
- No elevar la cabecera de la cama más de 30°.

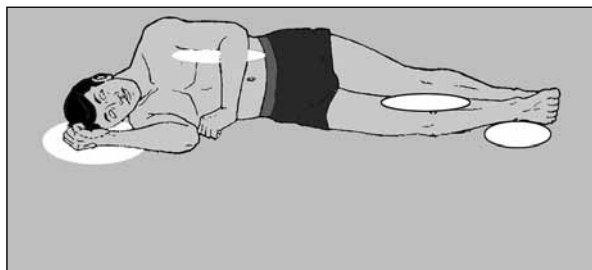


Fig. 4. Protección en decúbito lateral.

2.4. DECÚBITO PRONO.

El cuerpo descansa boca-abajo. Se coloca sobre el abdomen con la cara vuelta a un lado sobre una almohada, los brazos ligeramente flexionados rodeando la almohada, las palmas giradas hacia abajo y los pies extendidos. Apoyar los tobillos y las espinillas para prevenir la flexión plantar de los pies (fig. 5).

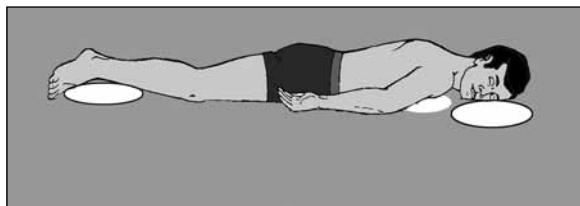


Fig. 5. Protección en decúbito prono.

Para acomodar al paciente utilizaremos una almohada para la cara, otra para la región esternal sin coger los hombros, una pequeña entre el diafragma (por debajo de las mamas en las mujeres) y las crestas ilíacas para favorecer la expansión torácica y por último en las piernas, colocando la almohada para evitar el roce de los dedos de los pies con el colchón.

Atención especial en esta posición a:

- Evitar la presión en frente, ojos, orejas, pómulos, mamas, pectorales, genitales masculinos, rodillas y dedos de los pies.

- Poner la cabeza ligeramente girada y sin almohada (si es posible), para favorecer el drenaje de las secreciones.
- Tener en cuenta que no todos los pacientes toleran esta posición.

A continuación, mostraremos un posible esquema de un plan personalizado para un paciente que adopta todas las posiciones de descanso y sedestación. En él se representa gráficamente las distintas posiciones según una determinada franja horaria (*fig. 6*).

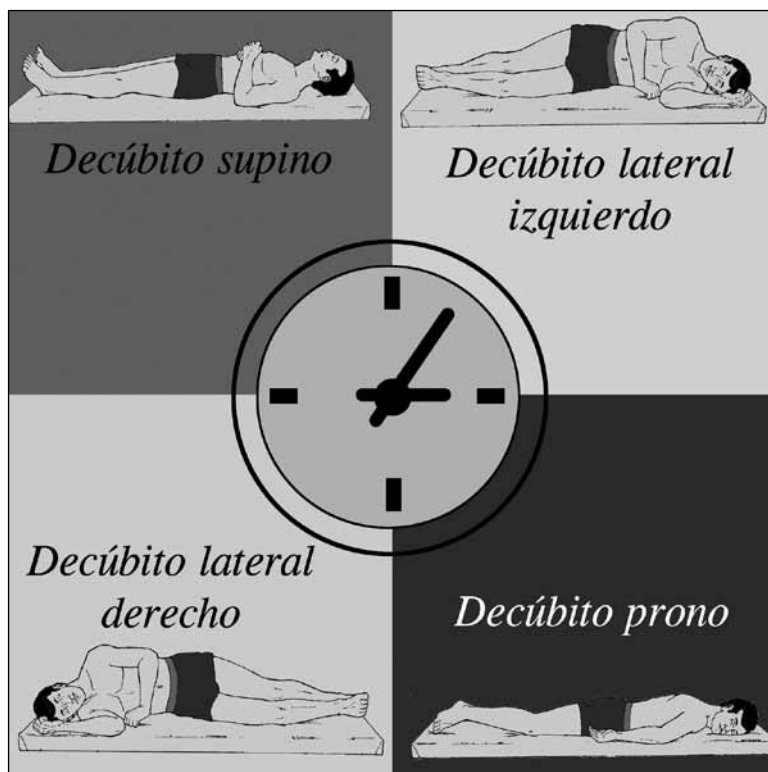


Fig. 6. Rueda de cambios posturales.

Al gráfico anterior, además habría que añadirle la posición de sentado que se intercalaría con las representadas en el gráfico y se aplicaría durante los horarios de ingesta:

- Desayuno (8-9 horas).
- Almuerzo (13-15 horas).
- Merienda (17-18 horas).
- Cena (20-21 horas).

De tal manera, que cada posición se mantendría en el paciente por un tiempo de aproximadamente 2 horas. Para una mejor comprensión de este ejemplo de rotación de posturas, lo desarrollaremos en la siguiente tabla especificando franja horaria y posición:

Horario	Posición
24:00 – 3:00	Decúbito lateral izdo.
3:00 – 6:00	Decúbito prono.
6:00 – 8:00	Decúbito lateral dcho.
8:00 – 9:00	Sentado (desayuno).
9:00 – 11:00	Decúbito supino.
11:00 – 13:00	Decúbito lateral izdo.
13:00 – 15:00	Sentado (almuerzo).
15:00 – 17:00	Decúbito prono.
17:00 – 18:00	Sentado (merienda).
18:00 – 20:00	Decúbito lateral dcho.
20:00 – 21:00	Sentado (cena).
21:00 – 24:00	Decúbito supino.

Esto es simplemente un ejemplo de cómo se puede hacer una rotación a lo largo del día, de forma que se vayan realizando cambios posturales al paciente encamado aproximadamente cada dos 2 horas, respetando un poco más las horas de sueño. Cualquier secuencia, que reúna estas condiciones es perfectamente válida y aplicable como prevención de las UPP.

3. DISPOSITIVOS DE PROTECCIÓN

Consideramos dispositivos de protección a aquellas superficies especiales de apoyo diseñadas específicamente para el manejo de la presión, reduciendo o aliviando sus efectos sobre el paciente. Se incluyen dentro de este grupo: camas, colchones, colchonetas y cojines de asiento.

Dispositivos de protección.	
Apoyar zonas de presión.	<ul style="list-style-type: none"> • Cojines: disminuyen presión y dan confort. • Almohadas: elevan las zonas de presión del colchón.
Reducir la presión.	<ul style="list-style-type: none"> • Colchones: <ul style="list-style-type: none"> - Hinchables alternantes. - Colchón de agua. - Colchón de gomaespuma.
Movilización del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Camas especiales: que modifican la posición del paciente de supina a prona y viceversa y de un lado a otro.
Protección local.	<ul style="list-style-type: none"> • Apósitos: protectores. • Vendajes: protectores.

Por tanto, dada la existencia de estos artículos, un paciente con riesgo de presentar una UPP, no debería de acomodarse en una cama con colchón convencional, sino que debemos procurarle un “colchón antiescaras”, es decir, colchones con aire alternante y

otros sistemas de redistribución de presión de altas prestaciones. Aún utilizando estos dispositivos, no dejaremos de realizar los cambios posturales y demás medidas preventivas.

La decisión sobre cuál es la superficie especial de apoyo ideal para cada paciente, debe fundamentarse en una valoración total del individuo en todos sus aspectos: confort-bienestar, estado de salud y puntuación obtenida en la escala de valoración de riesgo de úlceras por presión aplicada.

Como norma general, una buena superficie de apoyo se considera eficaz cuando reduce o alivia la presión tisular, aumenta el campo de apoyo y disminuye la fuerza de cizallamiento. Debe favorecer la evaporación de la humedad y no causar calor al paciente. Cuanto más fácil sea el mantenimiento y manejo, mejor será para los profesionales sanitarios y para los enfermos usuarios de estos dispositivos.

Además de estos dispositivos, también existen en el mercado dispositivos locales que facilitan la protección de las zonas corporales, como pueden ser: taloneras, coderas, protectores del sacro, etc. En caso de no contar con estos dispositivos, en algunos casos se puede realizar de forma manual, como por ejemplo los talones de los pies, protegiéndolos con Velban y posteriormente con una venda elástica.

4. RECOMENDACIONES GENERALES

- Comprobar que el usuario no tiene contraindicada ninguna de las posiciones empleadas para los cambios posturales.
- Realizar los cambios posturales de forma programada cada 2 ó 3 horas.
- Comprobar que el enfermo esté cómodo en la nueva postura.
- La utilización de colchones antiescaras, cojines de silicona u otras superficies especiales, ayudan a prevenir las úlceras por presión, pero en ningún caso sustituyen a los cambios posturales.
- No efectuar maniobras bruscas.
- Aprovechar los cambios posturales para dar masajes u otras actividades necesarias.
- Vigilar la aparición de dolor durante la movilización y avisar si así fuera.
- Evitar las costuras y la ropa excesiva que puedan lesionar la piel.
- Estimular al paciente para que realice movimientos en la cama: girar los pies, flexionar y extender los dedos de la mano, etc.

BIBLIOGRAFÍA

- Celadores del Servicio Andaluz de Salud. Funciones propias. Editorial MAD.
- Fernández García, María Pilar. El celador y el paciente encamado: movilización y traslado en el centro hospitalario. Rey Alí Servicios Gráficos y Publicaciones, S.L. Jaén. 2010.
- Estrella Pérez, Alicia. Conocimientos básicos y funciones del celador. 10ª edición. Formación Continuada Logoss. Jaén. 2012.
- Magdaleno Pérez, Rita; Martínez Martínez, Ascensión y Bautista Escabias, Álvaro. Estudio sobre la eficacia del celador a la hora de la movilización del paciente. Ediciones Corintia, S.R.L. Almería. 2012.
- Rico Cruz, Catalina; Navarro López, Natalia y Cabrera García, Nieves. Movilización e inmovilización del paciente hospitalizado. El Olivo de Papel de Andalucía, s.l. Jaén. 2011.
- Técnicas de inmovilización, movilización y traslado del paciente, transporte sanitario. Cuaderno: certificados de profesionalidad. Editorial CEP, S.L. Madrid. 2012.

