

Manejo y movilización de pacientes quirúrgicos y postquirúrgicos

Francisco Cordón Llera, Rosario Bailén Ramírez y Angel Ramiro Moya

1. INTRODUCCIÓN

En el ámbito hospitalario, es habitual dentro de la práctica diaria la realización de intervenciones quirúrgicas, bien sean programadas o de urgencia. En cualquier caso, es necesaria y a veces imprescindible, la intervención del equipo de celadores; ya que la colocación correcta del paciente en la mesa de quirófano es tan importante como una preparación pre-operatoria adecuada.

En todo el proceso de una intervención quirúrgica, serán los encargados de:

- En primer lugar, del traslado del paciente desde su ubicación original (habitación, sala de urgencias, sala de observación, etc.) hacia el quirófano o sala de partos.
- Movilización del paciente desde la camilla o cama hacia la mesa de quirófano así como colaborar con el resto de personal en la colocación del paciente según la intervención a la que va a ser sometido. Esto puede variar considerablemente, ya que la colocación de un paciente para una intervención de apendicectomía es mucho más simple, rápida, etc., que la colocación de una paciente para una intervención de neurocirugía o prótesis de cadera por ejemplo.
- Una vez realizada la intervención quirúrgica, se movilizará el paciente desde la mesa de quirófano hacia la cama. Lógicamente, la situación en la mayoría de los casos es muy distinta y compleja con respecto al punto anterior, en esta ocasión tenemos una persona que pocas veces va a facilitar o cooperar

en este proceso debido a que se encuentra bajo los efectos de la anestesia. Además, normalmente va a portar una serie de dispositivos que antes de ser intervenido no llevaba (sondajes, férulas, fijadores externos, yesos, bombas de perfusión, etc.).

- El siguiente paso es el traslado del paciente desde la sala de quirófano hacia la Unidad de Reanimación Postanestésica (URPA).
- Y por último, una vez sea dado de alta de dicha unidad por el anestesista, se trasladará hacia la dependencia indicada por el mismo (habitación, UCI, etc.).

Es evidente, que la figura del celador sanitario es sumamente importante en todo el proceso de una intervención quirúrgica. Por este motivo, a lo largo de este capítulo haremos una breve descripción de las diferentes posiciones quirúrgicas adoptadas comúnmente, así como dispositivos que puede portar el enfermo tras la intervención y su manipulación, y técnicas de movilización de los pacientes en los distintos pasos mencionados anteriormente, etc.

2. TRASLADO DEL PACIENTE A LA UNIDAD QUIRÚRGICA

El primer paso en el proceso de una intervención quirúrgica, será el traslado de los pacientes desde la unidad donde se encuentren, hasta la unidad quirúrgica. Normalmente, en el caso de las intervenciones programadas, el paciente se encontrará en su habitación. Este tipo de intervenciones se suelen realizar por las mañanas, en algunos casos por las tardes, y en quirófanos normalmente clasificados por especialidades. Sin embargo, en las intervenciones quirúrgicas de urgencia, el paciente puede estar ubicado en distintas unidades: habitación, sala de observación, sala de urgencias, UCI, etc. y, dependiendo del centro hospitalario, la sala de quirófano de urgencia puede estar en dependencias próximas al área de urgencias, dentro de la unidad quirúrgica, etc.

Independientemente de la unidad donde el paciente pueda estar ingresado, el proceso va a ser similar en cuanto a las normas generales del traslado de pacientes hacia la unidad quirúrgica, a tener en cuenta:

- Al llegar a la unidad de origen, preguntar al personal de enfermería responsable por el paciente que tiene que ser trasladado a la unidad quirúrgica. En las intervenciones programadas, normalmente el celador tiene un listado con el nombre y apellidos del paciente, habitación donde se encuentra y el orden.
- En la planta, solicitará al personal de enfermería la historia clínica del paciente. Es muy importante que el paciente que se traslada al quirófano vaya con su historia clínica, ya que en ella se incluyen documentos clínicos necesarios para poder realizar la intervención, tales como:

- Evolución clínica del paciente.
 - Estudio de anestesia: informe del anestesista, pruebas complementarias como: análisis de sangre, Rx de tórax, EKG, etc.
 - Consentimiento informado firmado por el paciente para anestesia.
 - Consentimiento informado firmado por el paciente para intervención quirúrgica.
 - Estudio por parte del servicio que va a realizar la intervención.
 - Etc.
- Una vez recogida la historia clínica, nos dirigiremos hacia la habitación del paciente y lo llamaremos por su nombre para asegurarnos de que nos llevamos al paciente correcto.
 - El traslado del paciente se realizará en su propia cama siguiendo las normas generales del traslado de pacientes (ver capítulo).
 - Normalmente, suele estar protocolizado en todos los centros sanitarios que los pacientes sean trasladados a la unidad quirúrgica con la vía venosa canalizada y por tanto, portarán un suero. Este tipo de pacientes pueden ser trasladados sin ningún problema por un solo celador. Pero existen otras circunstancias en las que los pacientes pueden portar diversos dispositivos, como pueden ser bombas de perfusión. En estos casos el enfermero responsable del paciente en la planta, debe acompañar al celador durante el traslado. E incluso, nos vamos a encontrar con situaciones en las que se debe trasladar al quirófano a pacientes críticos (ingresados en UCI), este tipo de pacientes, normalmente están intubados y van a portar un respirador, varias bombas de perfusión, monitor desfibrilador, pulsioxímetro, etc., en estos casos, además de acompañarnos su enfermera responsable de la UCI, nos acompañará también el médico intensivista.

3. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE DE LA CAMA O CAMILLA A LA MESA QUIRÚRGICA

Antes de la colocación del paciente en la mesa, debemos comprobar la correcta identificación del paciente y del quirófano que le corresponde. Una vez comprobado haremos entrega al personal de quirófano de la historia clínica del paciente y procederemos a colocarlo en la mesa quirúrgica, para ello debemos tener en cuenta una serie de aspectos:

- Colocación de la cama en paralelo a la mesa quirúrgica. Una vez colocada en paralelo se debe echar el freno a la cama y asegurarnos de que la mesa también está frenada.

- Colocar la cama al mismo nivel que la mesa quirúrgica, para ello accionaremos sobre los mandos de la cama para elevarla o bajarla o bien sobre la mesa quirúrgica. Por este motivo, se debe tener un buen conocimiento y manejo de la mecánica de la mesa quirúrgica y saber manejar los controles para elevar o descender la mesa.
- Cuando tengamos la cama y la mesa quirúrgica al mismo nivel, procederemos a movilizar al paciente desde la cama hacia la mesa, debemos evitar provocar lesiones durante el cambio (se debe pasar al paciente en bloque evitando caídas bruscas de la cabeza, miembros inferiores o superiores), para ello, la mejor opción es utilizar el rulo sanitario (ver apartado).
- Es muy importante tener en cuenta todos los dispositivos que pueda portar el paciente (equipos de suero, tracciones, bombas de perfusión, etc.), de tal manera que esta transferencia del paciente no debe obstruir o desconectar dichos dispositivos.
- Al colocar al paciente en la mesa, se debe tener en cuenta que todo su cuerpo debe quedar dentro de la colchoneta o almohadillas que cubren la mesa, es decir, ninguna parte del cuerpo debe sobresalir de los bordes quedando en contacto directo con las partes metálicas de la mesa.
- Se debe preservar la intimidad del paciente, de tal manera que en todo momento su cuerpo permanecerá cubierto por una sábana, manta, etc., durante el cambio.

4. COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN LA MESA QUIRÚRGICA

Las intervenciones quirúrgicas precisan para su correcta realización de distintas posiciones en la mesa de quirófano y, cada una de ellas, va a necesitar unos requisitos tanto materiales como humanos. Además, como hemos comentado anteriormente, de un buen conocimiento por parte del celador, del funcionamiento y mecánica de los distintos mandos de control de la mesa quirúrgica, así como retirar o colocar las distintas partes móviles de la mesa y sus accesorios. Esto va a ser muy habitual, sobre todo, en los quirófanos especializados en cirugía traumatológica y ortopédica, y neurocirugía.

Es importante mencionar, que a los pacientes que van a ser intervenidos bajo anestesia general, independientemente de la posición en la que vayan a ser colocados, se les inducirá dicha anestesia en posición de decúbito supino, una vez el paciente se encuentra bajo anestesia e intubado y siempre bajo los órdenes y supervisión del médico anestesista, se procederá a colocarlo en la posición correcta. Este es un proceso complicado, que lógicamente no puede ser realizado por una sola persona, el número va a depender de las dimensiones del paciente y de la posición en la que se vaya a colocar.

La posición quirúrgica en la que coloquemos al paciente, va a depender del tipo de intervención quirúrgica a la que va a ser sometido y de la zona corporal. En realidad, como vimos en el capítulo anterior, partimos de la base de las 4 posiciones básicas del paciente encamado, ya que el resto de las posiciones van a ser variaciones de estas 4. Así, nos podemos encontrar las siguientes posiciones quirúrgicas.

4.1. DECÚBITO SUPINO.

Recordemos que en esta posición, el paciente se encuentra tumbado boca arriba sobre su espalda. En teoría, esta posición va a ser la más fácil, ya que como hemos mencionado anteriormente, el paciente va a ser anestesiado en esta posición.

Indicaciones.

- Intervenciones abdominales.
- Intervenciones urológicas.
- Intervenciones ginecológicas.
- Intervenciones de cara y cuello.
- Intervenciones de la parte anterior del tórax.
- Intervenciones de la parte anterior de extremidades.
- Etc.

Las variaciones que podemos encontrar dentro de esta posición serían:

4.1.1. Posición de Trendelenburg.

El enfermo se coloca sobre la mesa con una inclinación con respecto al suelo de 45°, la cabeza más baja que los pies. Las piernas pueden estar extendidas, flexionadas o colgando, dependiendo de la necesidad (*fig. 1*).

Indicaciones.

- Cirugía de órganos pélvicos.
- Favorece el riego sanguíneo, por lo que se utiliza para situaciones de shock, lipotimia, síncope, etc.
- Favorece el drenaje de las secreciones bronquiales.

4.1.2. Posición de Trendelenburg inversa.

También llamada "anti-trendelenburg o de Morastin". Como su propio nombre indica, es la posición contraria a la de Trendelenburg, es decir, la inclinación de 45° es al contrario, de tal manera que la cabeza estará por encima del nivel de los pies (*fig. 2*).



Fig. 1. Posición de Trendelenburg.

Indicaciones.

- Intervenciones de bocio.
- Pacientes con hernia de hiato.
- Para facilitar la circulación de las extremidades inferiores.
- Problemas respiratorios.



Fig. 2. Posición de Trendelenburg inversa.

4.1.3. Posición de Roser.

El paciente se encuentra en decúbito supino con los hombros situados a nivel del borde superior de la camilla de exploración o mesa quirúrgica dejando la cabeza colgada manteniendo el cuello en hiperextensión (*fig. 3*).

Indicaciones.

- Intubación traqueal.
- Exploraciones o intervenciones quirúrgicas faríngeas.
- Intervenciones de bocio.



Fig. 3. Posición de Roser.

4.1.4. Posición ginecológica.

También conocida como “**posición de litotomía**”, el paciente puede adoptarla en la cama, mesa quirúrgica o mesa ginecológica (potro). En la cama se encontrará con las piernas flexionadas y separadas apoyando las plantas de los pies en la cama, en la mesa ginecológica o quirúrgica con adaptación de perneras, estará con las piernas flexionadas y separadas apoyadas en los estribos bajando el cuerpo lo máximo posible hasta el borde (*fig. 4*). Los brazos descansan a lo largo del cuerpo.

Indicaciones.

- Intervenciones quirúrgicas ginecológicas.
- Es la postura típica del parto.
- Exploraciones ginecológicas.
- Exploración rectal y vesical.
- Sondaje vesical en la mujer.
- Exploración manual o instrumental de la pelvis.
- Exploraciones durante el embarazo.



Fig. 4. Posición ginecológica o de litotomía.

4.2. DECÚBITO PRONO.

Colocar al paciente en esta posición una vez anestesiado, cuando va a ser un proceso con ciertas complicaciones. El número de personas que se necesitan va a variar dependiendo del paciente, pero lo aconsejable es no menos de tres. El supervisor de esta operación será el médico anestesista, el cual irá dando las órdenes oportunas para realizar el volteo del paciente además de estar controlando en todo momento el tubo orotraqueal para evitar su salida fortuita. A la misma vez, el personal de enfermería controlará el resto de dispositivos que el paciente pueda portar (vía venosa, sondajes, etc.).

Indicaciones.

- Intervenciones de la parte posterior del tórax.
- Intervenciones de cráneo.
- Intervenciones de columna.
- Intervenciones de sacro y coxis. En intervenciones a este nivel, normalmente se suele bajar el cabecero y las piernas quedando la zona sacra más alta. El ángulo será mayor o menor dependiendo de la predilección del cirujano. Esta posición recibe el nombre de "Kraske", en forma de navaja.
- Intervenciones de la parte posterior de piernas.
- Etc.

Las variaciones que podemos encontrar en esta posición serían:

4.2.1. Posición de Kraske.

El paciente se encuentra en decúbito prono, se articula la mesa quirúrgica de tal manera que la cabeza y las piernas quedan por debajo del nivel del sacro (forma de navaja semiabierta). Este ángulo de inclinación puede ser de mayor o menor grado, dependiendo de la predilección del cirujano. Se utiliza para las intervenciones a nivel rectal, sacro y coxis.

4.2.2. Posición de laminectomía.

Al igual que la anterior, el paciente se encuentra en decúbito prono, pero en esta ocasión, los brazos se extienden hacia arriba y se accionan los mandos para elevar el tronco de la mesa consiguiendo que se arquee la espalda, facilitando las intervenciones de columna a nivel torácico y lumbar.

4.2.3. Posición genupectoral o mahometana.

También conocida con el nombre de "posición mahometana", aunque el paciente no se encuentra totalmente en decúbito prono, algunos autores la consideran como una variedad de éste. El paciente se coloca de rodillas inclinando el cuerpo hacia delante hasta que el tórax se apoya en la cama, con los brazos flexionados y la cabeza ladeada descansa sobre el dorso de las manos. Las rodillas deben estar ligeramente separadas y los muslos en perpendicular a la cama, es decir, formando un ángulo recto (*fig. 5*). Esta posición no sería posible mantenerla con un paciente bajo anestesia general, por lo que son intervenciones que simplemente requieren anestesia local o ningún tipo de anestesia si es el caso de exploración o cura.

Indicaciones.

- Intervenciones quirúrgicas o exploraciones a nivel rectal o del colon.
- Realización de curas a nivel perianal.



Fig. 5. Posición genupectoral.

4.3. DECÚBITO LATERAL O EN POSICIÓN DE SIMS.

El paciente, una vez anestesiado, se girará hasta colocarlo en decúbito lateral o posición de Sims, hacia el lado que nos indique el cirujano. Lógicamente, al encontrarse el paciente anestesiado, será necesario utilizar diferentes dispositivos para estabilizarlo en esta posición (rodillos o rulos que se acoplan a la mesa quirúrgica, correas de sujeción, etc.).

Indicaciones.

- Intervenciones de riñón y uréteres.
- Intervenciones de pulmón.
- Etc.

Dentro de esta posición, nos podemos encontrar con la siguiente variación:

4.3.1. Posición raquídea.

También se denomina "posición lumbar", el paciente se coloca en decúbito lateral con las rodillas flexionadas hacia el abdomen e intentando pegar la barbilla hacia el

pecho. Una variedad de esta postura se puede realizar sentado, en ese caso el paciente se sentará en la mesa con las piernas colgando e intentando pegar la barbilla hacia el pecho. El objetivo de esta postura es arquear la espalda permitiendo la visualización de los arcos vertebrales (fig. 6).

Indicaciones.

- Punción lumbar, bien para administración de anestesia (epidural), o bien para la recogida de líquido cefalorraquídeo (LCR).



Fig. 6. Posición raquídea.

4.4. POSICIÓN DE FOWLER.

El paciente se colocará en posición de sentado una vez anestesiado, el ángulo de inclinación (Fowler alta o baja, o semi-Fowler), va a depender del tipo de intervención y según la indicación del cirujano.

Indicaciones.

- Intervenciones a nivel de columna cervical.
- Intervenciones de cráneo.
- Intervenciones máxilo-faciales.
- Etc.

5. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE DE LA MESA QUIRÚRGICA A LA CAMA O CAMILLA

Como norma general y premisa muy importante, una vez finalizada la intervención deberemos tener en cuenta lo siguiente: **“no se realizará ningún tipo de movilización del paciente ni transferencia de la mesa a la camilla o cama, sin la autorización y supervisión del médico anestesista”**, ya que será su médico responsable desde el momento de la finalización hasta que sea dado de alta de la unidad de reanimación (URPA).

También debemos tener en cuenta, que aunque sea realizar el proceso inverso al paso que hemos realizado en el apartado 3, la situación es muy diferente. La razón principal es que en esta ocasión no nos encontramos con una paciente consciente y que puede colaborar, sino un paciente que se encuentra bajo los efectos de la anestesia y por lo tanto difícilmente va a colaborar con nosotros. Además de esto, la situación para el paciente ha cambiado, ha sufrido una intervención quirúrgica y las molestias que puede sentir ante cualquier movilización serán mayores, igualmente, si anteriormente comentábamos que al llegar al quirófano, salvo algunos casos, el paciente sólo portaba generalmente un bote de suero, ahora nos vamos a encontrar con un paciente que puede portar multitud de dispositivos, dependiendo de la intervención que se le ha realizado, por ejemplo: fijadores externos (cadera, tibia, muñeca, etc.), escayolas, drenajes, bolsas recolectoras, etc.

Por todo esto, si en cualquier movilización de un paciente hay que extremar las precauciones y actuar con prudencia para evitar desconexiones accidentales, agravamiento de lesiones, caídas fortuitas, etc., en esta situación habrá que extremar aún más todas estas precauciones.

La forma de actuar para realizar la movilización del paciente será:

- En primer lugar colocarlo desde la posición en la que ha sido intervenido (Roser, litotomía, decúbito prono, etc.), hacia la posición de decúbito supino. Para ello debemos tener en cuenta que el paciente continua bajo los efectos de la anestesia y generalmente suele seguir intubado, por lo que debemos tener las mismas precauciones que comentábamos en el apartado anterior a la hora de colocarlo de decúbito supino a la posición quirúrgica elegida. Una vez colocado en decúbito supino, generalmente el médico anestesista continuará con el proceso de revertir los efectos de la anestesia y extubación traqueal (retirada del tubo oro-traqueal).
- Cuando se nos indique que podemos pasarlo, procedemos a juntar en paralelo y al mismo nivel la cama o camilla con la mesa quirúrgica y, nos aseguramos de que tanto una como otra se encuentran en posición de frenado.
- Colocaremos el rulo en la cama o camilla, de tal manera que el borde queda en contacto a todo lo largo del cuerpo del paciente, elevamos ligeramente al paciente e introducimos parte del rulo y lo vamos soltando hasta que

descanse sobre el trozo de rulo que hemos introducido por debajo de su cuerpo.

- A continuación tiraremos hacia nosotros del paciente despacio y evitando movimientos bruscos, se aconseja un mínimo de dos personas para tirar del paciente y contando además con la ayuda de otra persona al otro lado del paciente que, a la misma vez lo empuja hacia nosotros. Mientras realizamos este proceso, seguiremos contando con la supervisión del médico anestesista mientras el personal de enfermería vigila y controla todos los dispositivos que pueda portar el paciente.
- Una vez que el paciente ya se encuentra situado correctamente en la cama o camilla, procederemos a colocar en los diferentes soportes los diferentes dispositivos que pueda portar el paciente tras la intervención (bolsas de drenaje, sueros, etc.).
- Seguidamente recogeremos toda la documentación del paciente y lo trasladaremos a la unidad de reanimación, siguiendo las normas generales de traslado. En este proceso nos acompañará el médico anestesista.
- Y por último, una vez que hemos llegado a la unidad de reanimación, procederemos a colocarlo en el box que se nos indique donde lo dejaremos a cargo del personal de dicha unidad al cual le entregaremos también su documentación. Si no es necesaria nuestra presencia para realizar cualquier otra actividad con dicho paciente, procederemos a volver a nuestra unidad.

BIBLIOGRAFÍA

López Moreno, A. El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación Continuada LOGOSS. 10ª edición.

Estrella Pérez, Alicia. Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación Continuada LOGOSS. 10ª edición.

Cayuela Parra, P. Enfermería en quirófano. Formación Continuada LOGOSS. 10ª edición.

Vergara Olivares, J. M. y Buforn Galiana, A. Cirugía menor ambulatoria. Formación Continuada LOGOSS. 2ª edición.

Celadores del Servicio Andaluz de Salud. Funciones propias. Editorial MAD.

