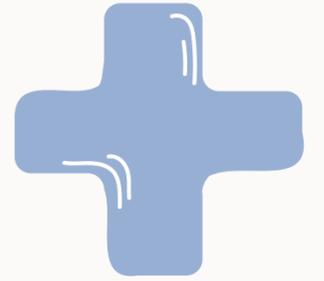


MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE



SALUD FÍSICA



SILVIA ARIAS
DELGADO

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN

-CONTEXTO

2. PRINCIPIO DE ERGONOMÍA

3. PRINCIPIO DE LA MECÁNICA CORPORAL

4. RIESGOS EN LA MOVILIZACIÓN

5. ANTES DE CUALQUIER MOVILIZACIÓN

-ENTORNO

-TIPO DE PACIENTE

-EQUIPOS NECESARIOS

-PATOLOGÍAS

-GRADO DE DEPENDENCIA



ÍNDICE

6. CAMBIOS POSTURALES

- POSICIÓN ANATÓMICA
- POSTURAS PRINCIPALES

7. MOVILIZACIONES

8. TRANSFERENCIAS

- TRANSFER
- ENTREMETIDAS
- GRÚAS

9. TRASLADO DE PACIENTES

- ANDADORES
- SILLAS DE RUEDAS
- CAMAS/CAMILLAS

10. ALTERACIONES CIRCULATORIAS Y TRASTORNOS CONVULSIVOS



PRESENTACIÓN

1

La **movilización** consiste en la **correcta colocación y manipulación de los pacientes para moverlos en la cama, camilla o silla de ruedas.** (Técnicas en habitación y traslado a otras dependencias).

2

Conocer los principios de la movilización de pacientes es clave para proteger la seguridad y bienestar de los usuarios y del personal sanitario.



CONTEXTO



El envejecimiento de la población, incide de forma relevante en aspectos esenciales como la calidad del servicio prestado en la atención a los pacientes y la satisfacción de los mismos, la de sus trabajadores o cuidadores.

Por ello es necesario tomar medidas en cuanto a la prevención de riesgos laborales e incorporar mecanismos de mejora que permitan integrar en la cultura sanitaria elementos de seguridad y salud del trabajador y de confort del paciente, todo ello de manera práctica y eficaz.

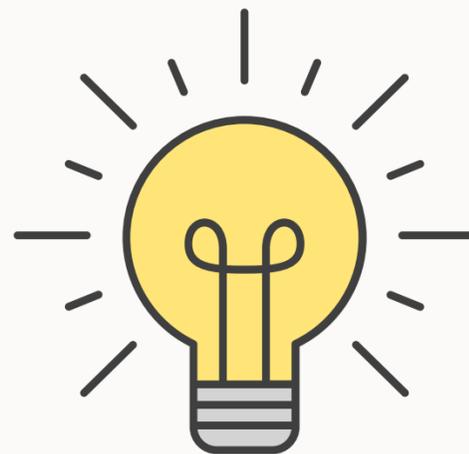
CONTEXTO



Según la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo del 2015 (6ª EWCS), el riesgo derivado de la actividad de “levantar o mover personas” ha aumentado significativamente respecto al 2010 (en 4,2 puntos), situándose en un 59% el riesgo en este apartado. Cualquier profesional sanitario, **independientemente** de cual sea su posición en la escala jerárquica, puede enfrentarse a la situación de tener que desplazar o levantar un paciente con dificultades de movilidad.

PRINCIPIO DE ERGONOMÍA

El principio de **Ergonomía** se basa en adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del individuo.



Objetivos de la ergonomía

Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales



Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones de trabajo



Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo



Controlar la introducción de las nuevas tecnologías



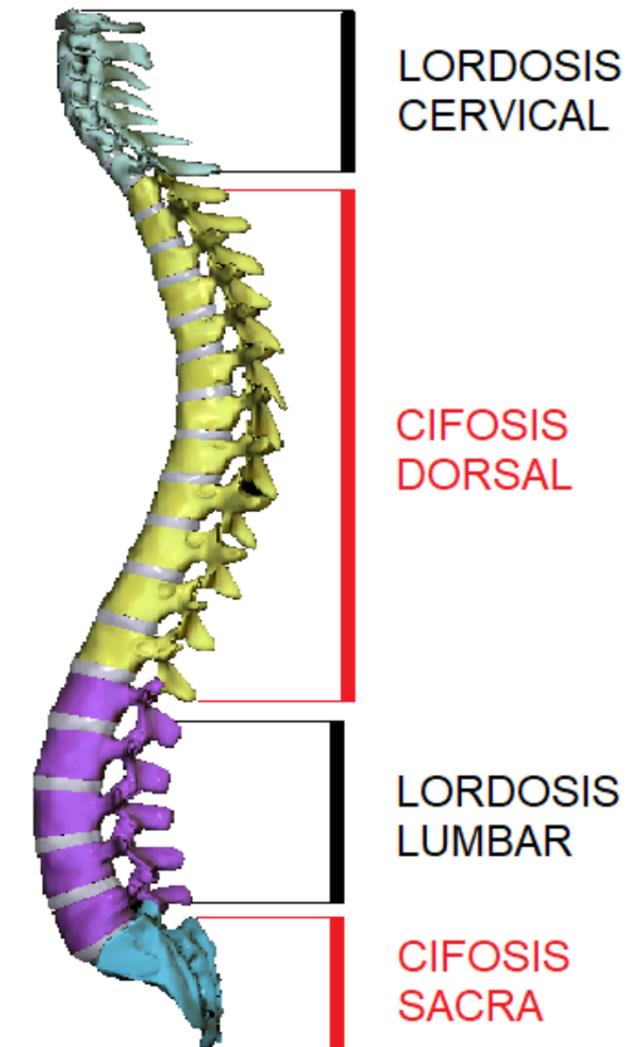
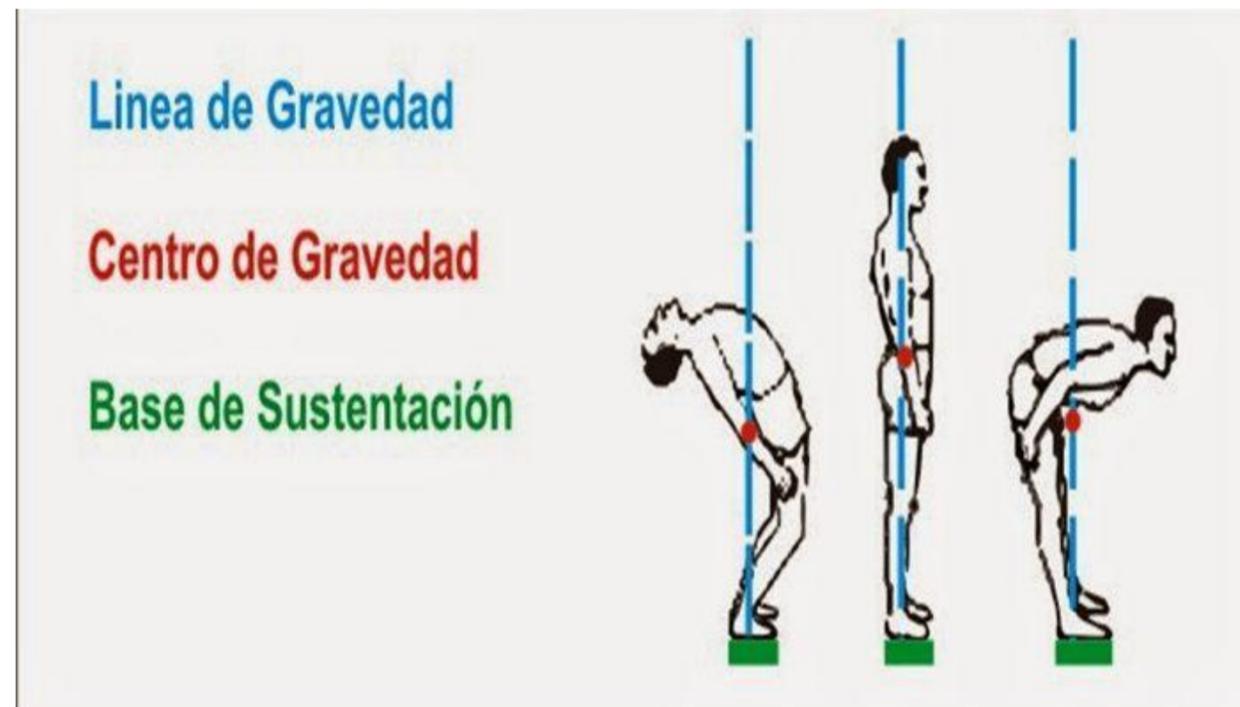
Establecer prescripciones ergonómicas



Aumentar la motivación y satisfacción en el trabajo



ERGONOMÍA CORPORAL



ERGONOMÍA CORPORAL: CENTRO DE GRAVEDAD

¿Dónde se encuentra?

El centro de gravedad es un punto que se modifica de acuerdo a la posición de la persona, pero por ejemplo en el hombre cuando está de pie es un lugar que se localiza cercano a S2, es decir adyacente a la **segunda vértebra sacra**.

¿Para qué sirve el centro de gravedad?

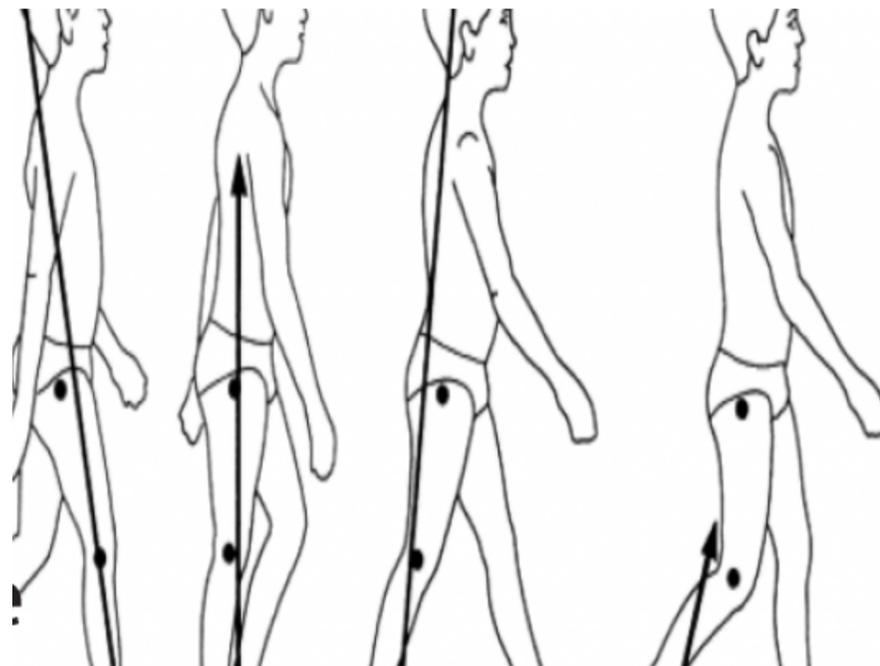
El centro de gravedad relacionado con la biomecánica, sirve para indicarnos cual es el lugar del organismo en el cual se concentran todas las fuerzas, por lo que esto asociado con la base de sustentación nos ayuda a mantener el equilibrio estático, el cual puede ser estable, inestable o indiferente.



ERGONOMÍA CORPORAL: CENTRO DE GRAVEDAD

¿Cuándo se desplaza el centro de gravedad?

Este punto del cuerpo, se desplaza cuando cambiamos a diferentes posturas, por lo tanto no es lo mismo estar de pie con postura erguida, que colocarnos con el tronco inclinado hacia adelante.



MECÁNICA CORPORAL: 3 ELEMENTOS

POSTURA

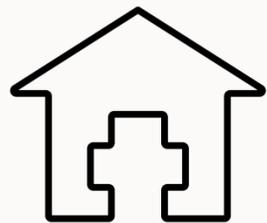
EQUILIBRIO

**MOVIMIENTO
COORDINADO DEL
CUERPO**



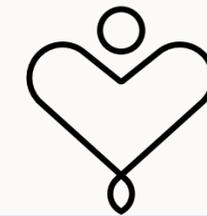


La **postura** es la posición en la que se encuentra el cuerpo.



El **equilibrio** se produce cuando el cuerpo debe estar bien alineado para conseguir mantenerlo en equilibrio.

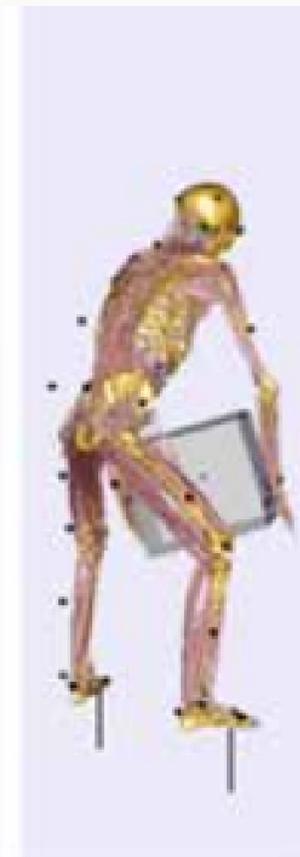
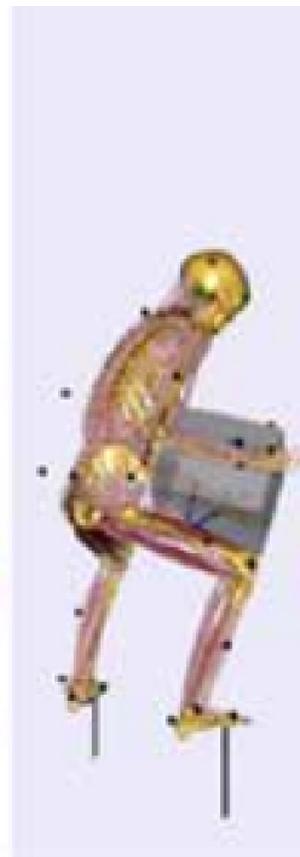
ELEMENTOS



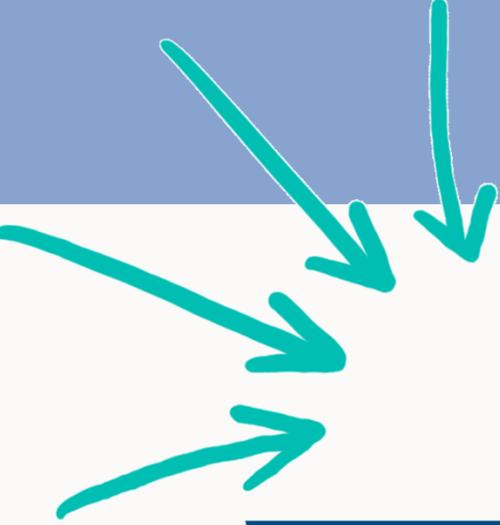
Coordinación: significa que funcionen integrados los sistemas músculo esquelético y nervioso, así como la movilidad articular de nuestro cuerpo.



¿Hay alguna diferencia?



ERGONOMÍA PRÁCTICA ANTE TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS DEL PERSONAL SANITARIO: MÉTODO DOTTE



Se debe educar y entrenar al personal sanitario en las técnicas más apropiadas para cada situación de riesgo potencial al que pueda estar expuesto.

MÉTODO DOTTE: TÉCNICAS

- Deben dar respuesta a cualquier tipo de patología, así como ser aplicables a cualquier tipo de dependencia.
- Tienen que adaptarse a los diferentes escenarios de aplicación, tanto en hospitales, plantas, quirófanos, centros socio sanitarios etc.

- Deben contemplar el uso de productos de apoyo (ayudas técnicas).
- Tienen que ser de aplicación universal. Así, todos los profesionales de una misma institución han de poder aplicarlas de igual modo.
- Han de garantizar la seguridad y comodidad del paciente y del cuidador.

ERGONOMIA PRÁCTICA ANTE TRASTORNOS MÚSCULO-ESQUELÉTICOS DEL PERSONAL SANITARIO: MÉTODO DOTTE

Rodamientos

Levantamientos

Giros

Bajadas

Enderezamientos

Traspasos/traslados



BENEFICIOS DE UNA POSTURA CORRECTA EN LA MOVILIZACIÓN DE CARGAS

- Disminución de dolores músculo esqueléticos generalizados.
- Disminución del dolor de espalda.
- Disminución del cansancio.
- Incrementa la seguridad del paciente.



CONOCIMIENTOS

PREVIOS

¡KAHOOT!



PRINCIPIOS DE LA MECÁNICA CORPORAL EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

¿Mantener la espalda recta?

Equilibrio: pies firmes

Carga cerca del cuerpo

Flexionar cadera y rodillas para
levantar la carga

Solicitar ayuda si hay riesgo

Deslizar o empujar mejor que
levantar



MANTENER LA ESPALDA RECTA: ¿REALIDAD O MITO?

"No hay una postura buena o mala, por lo que el concepto de 'mejorar' la postura carece de sentido"

No siempre se ha de contar con una postura erguida y recta. Aunque estas son necesarias para no forzar en exceso las articulaciones, sin embargo, no podemos estar continuamente controlando nuestros músculos para tener una postura forzada todo el tiempo.



"LA MEJOR POSTURA ES LA QUE
MENOS TIEMPO SE MANTIENE"



RIESGOS EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES



Levantar cargas pesadas durante largos periodos

Levantar cargas pequeñas de manera repetitiva

La higiene postural estática y dinámica

Movimientos forzados de la espalda con y sin carga

Debilidad de la musculatura

Movimientos bruscos no previstos

En el sector sanitario los **trastornos músculo-esqueléticos** son uno de los principales problemas, siendo la lesión más común dentro del personal que moviliza pacientes debido al esfuerzo asociado a la movilización, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT).



FACTORES A CONSIDERAR EN LA PREVENCIÓN DE LESIONES

Del entorno:

- Espacio.
- Equipos.
- Mobiliario.
- Ruido, iluminación, temperatura.

Del profesional:

- Capacidad física y psíquica.
- Formación en técnicas de movilización.
- Entrenamiento.
- Vestuario y calzado.
- Hábitos higiénicos.

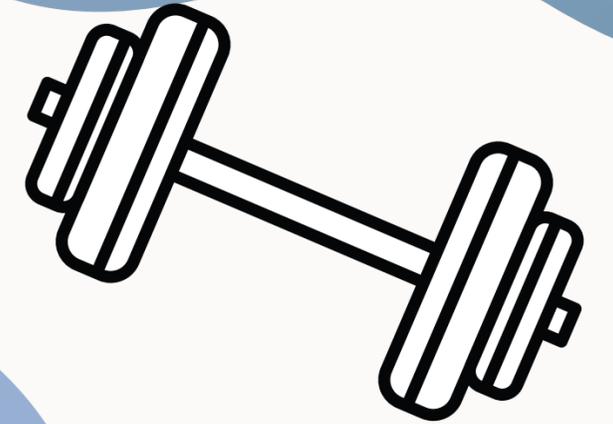
Del paciente:

- Antropometría.
- Patología.
- Finalidad terapéutica.
- Factores psicológicos.
- Grado de dependencia.
- Entorno familiar.

Del complejo asistencial

- Cultura de seguridad.
- Comunicación.
- Ritmo de trabajo.
- Turnicidad.
- Formación.

PREVENCIÓN DE LESIONES



**ACTIVIDAD FÍSICA EL MEJOR
ALIADO**



ANTES DE CUALQUIER MOVILIZACIÓN

"HAY QUE REFLEXIONAR ANTES DE
ACTUAR"



ANTES DE CUALQUIER MOVILIZACIÓN

Valorar cada caso por separado

Motivar al paciente en la colaboración

Explicación previa

Argumento motivador

FACTORES PREVIOS A TENER EN CUENTA PARA LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES

1.Entorno



2.Tipo de paciente



3.Equipos necesarios



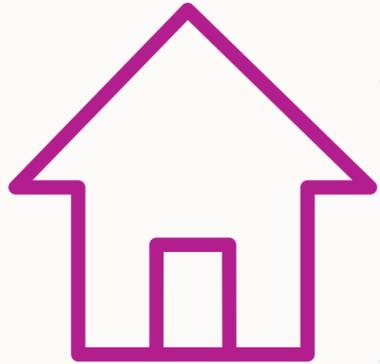
4.Patología



5.Grado de dependencia



1. ENTORNO



Domicilio



Hospitales



Geriátricos/residencias

2.TIPOS DE PACIENTES

1

Paciente autónomo

2

Dependencia moderada (grado I)

3

Dependencia severa (grado II)

4

Gran dependencia (grado III)

2.TIPOS DE PACIENTES

1

Paciente autónomo: es aquel que puede realizar las AVD independientemente sin ayuda.

2

Dependencia moderada (grado I): cuando el paciente necesita ayuda para realizar varias AVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

2.TIPOS DE PACIENTES

3

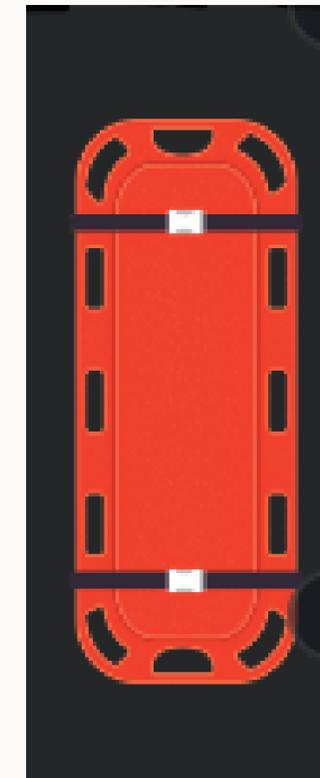
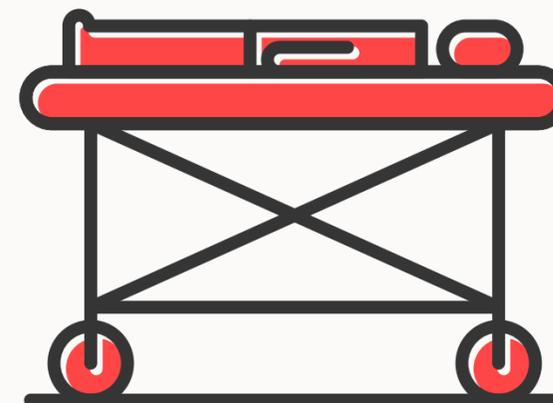
Dependencia severa (grado II): cuando el paciente necesita ayuda para realizar varias AVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

4

Gran dependencia (grado III) cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

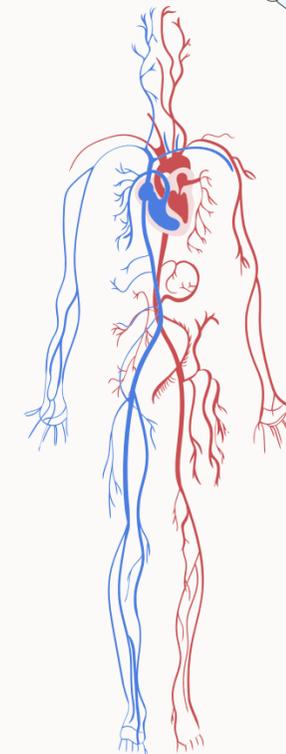
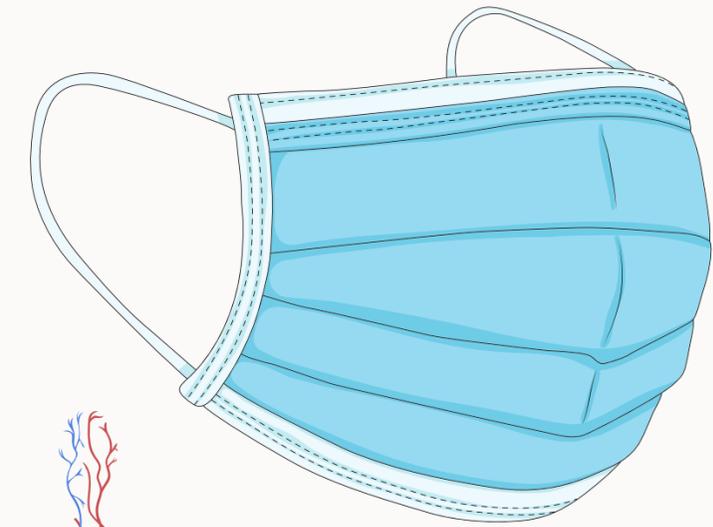
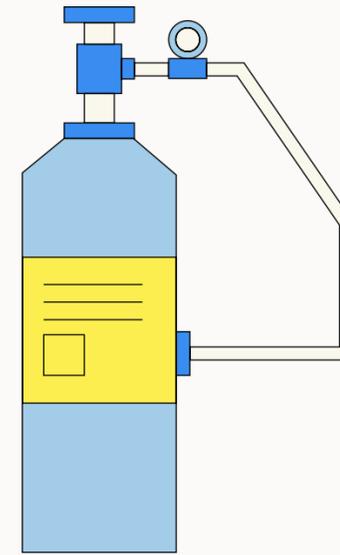
3. EQUIPOS NECESARIOS

Sillas de ruedas
Camillas
Camas
Grúas
Transfer
Entremetidas



3. PATOLOGÍA

**Patología musculo-
esquelética**
Patología respiratoria
Patología circulatoria
Politraumatizados
Pacientes con soporte vital



3. PATOLOGÍA

Patología músculo-esquelética: tener en cuenta el tipo de fractura inmovilización, tracciones y pesas.

Patología respiratoria: los pacientes con oxigenoterapia; se debe desconectar al paciente de la toma de oxígeno y conectarlo a la bala de oxígeno, con litros/minuto adecuados según las necesidades individuales pautadas. La bala de oxígeno en **ningún** caso podrá ir colocada de forma horizontal encima de la cama, irá colocada en posición vertical, en la cabeza de la cama. Se deberán extremar las precauciones al manipular la bala de oxígeno evitando caídas y choques de la misma.

3. PATOLOGÍA

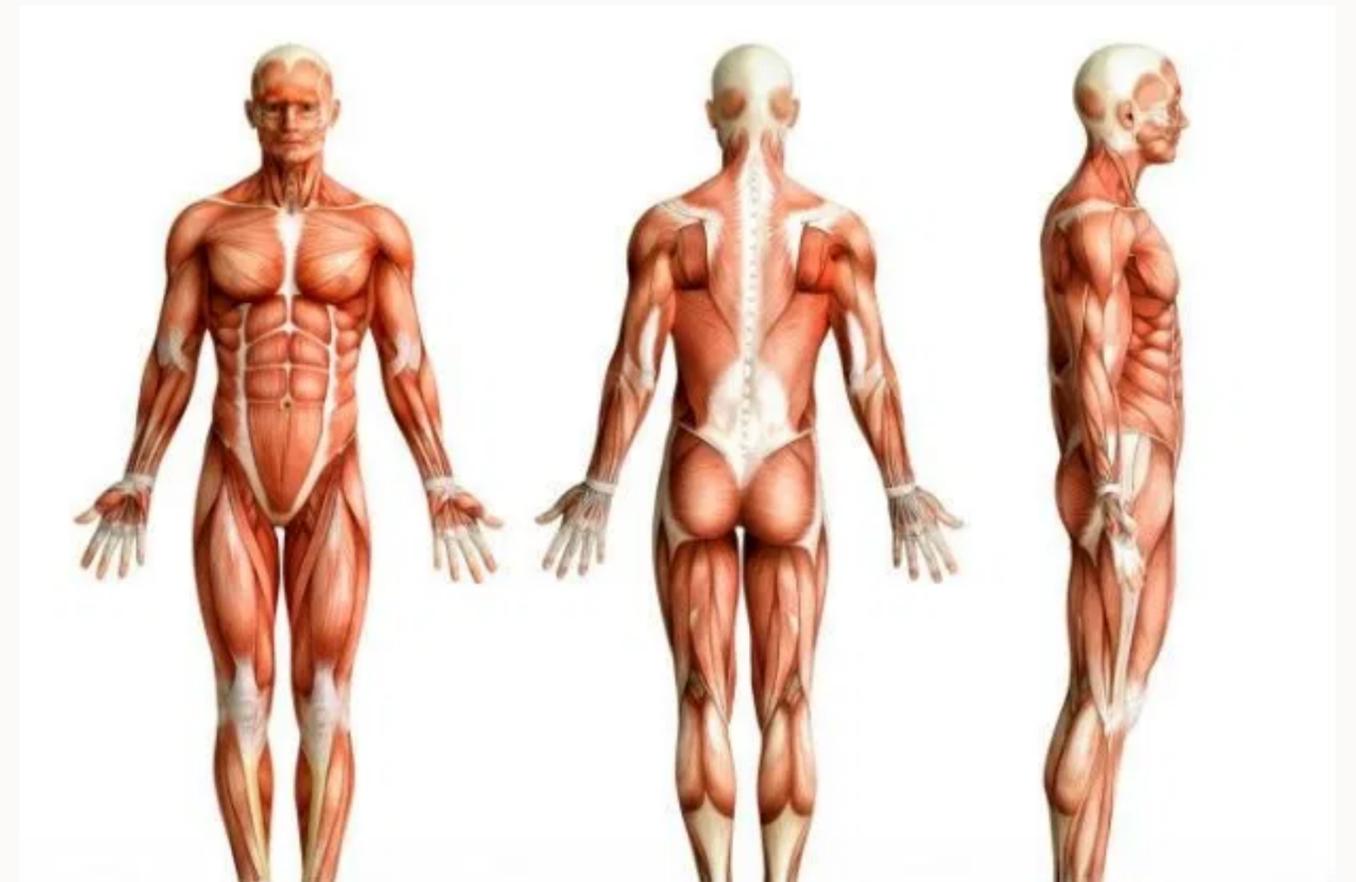
Paciente politraumatizado: estos pacientes deben reevaluarse continuamente y en el caso de las movilizaciones deben realizarse siempre en bloque evitando movilizar zonas de máximo riesgo como la columna cervical.

Pacientes con soporte vital: este tipo de pacientes deben moverse con extrema precaución y con acompañamiento de otros sanitarios, siempre un enfermero o médico deben encargarse de mantener el cuello alineado y controlando las vías centrales.

CAMBIOS POSTURALES

POSICIÓN ANATÓMICA

La posición anatómica: es un estándar que nos permite establecer el resto de posturas, y es indispensable para la realización de una correcta movilización y cambios posturales.



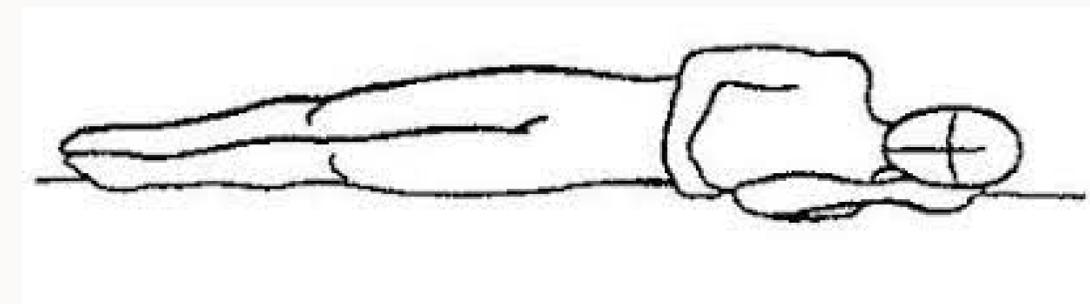
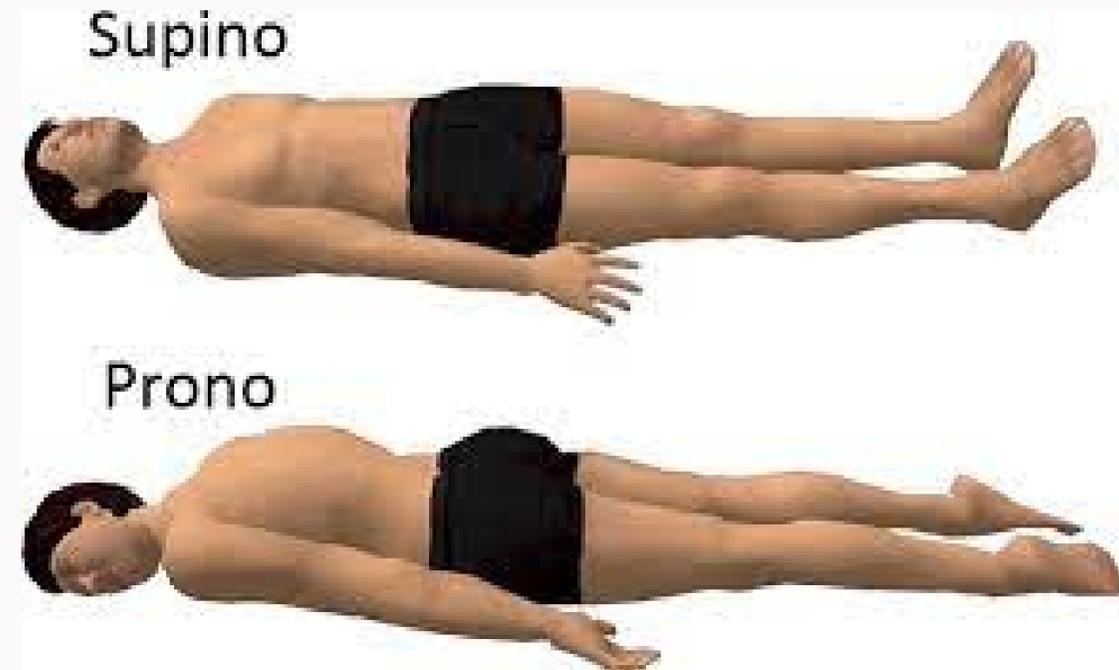
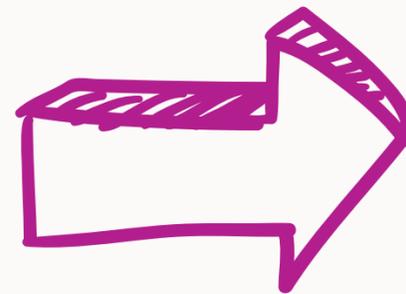
POSICIONES

DECÚBITO SUPINO

DECÚBITO PRONO

DECÚBITO LATERAL

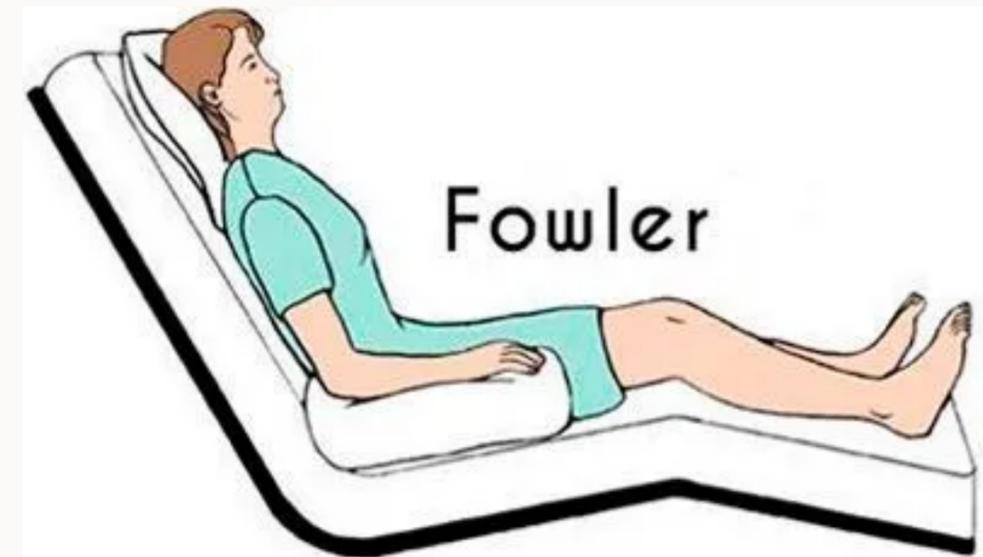
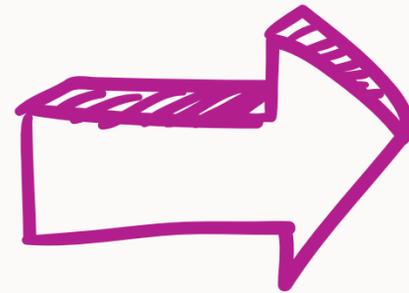
Decúbito lateral izquierdo/
sims*



POSICIONES

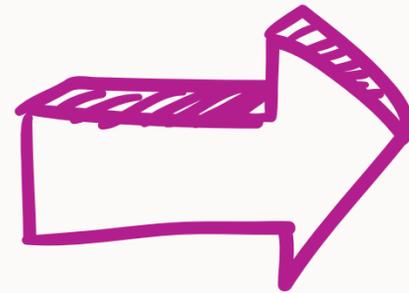
POSICIÓN DE FOWLER

POSICIÓN
SEMIFOWLER

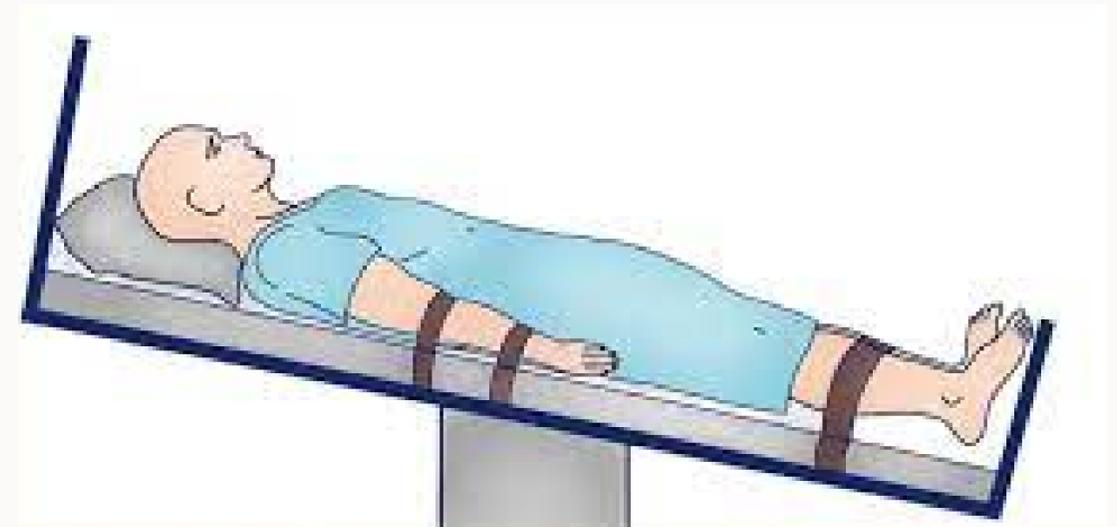
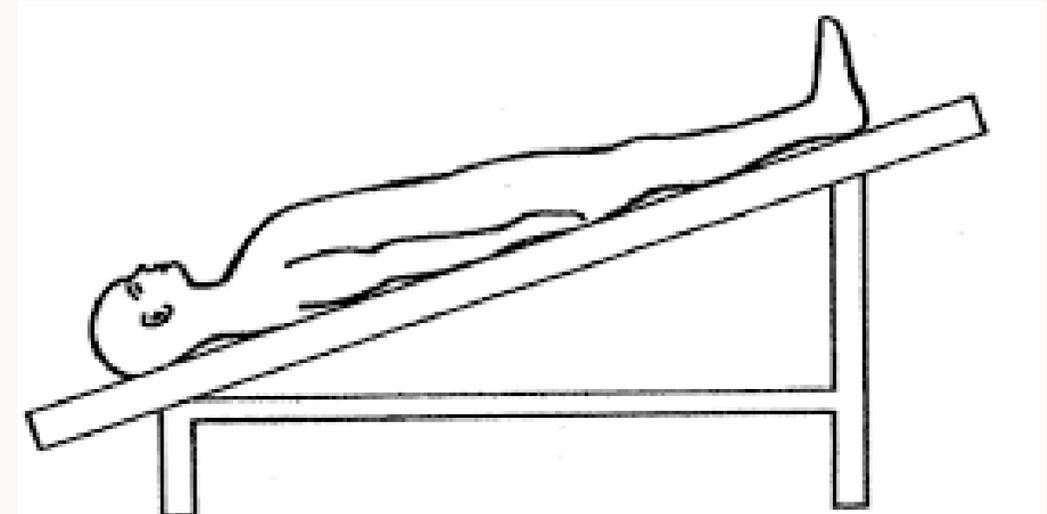


POSICIONES

**POSICIÓN DE
TRENDELEMBURG**

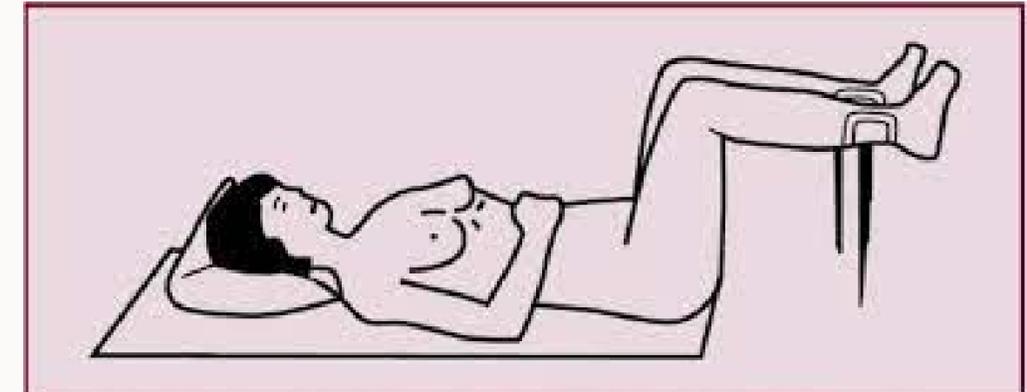


**POSICIÓN
ANTITRENDELEMBURG
/MORESTIN**

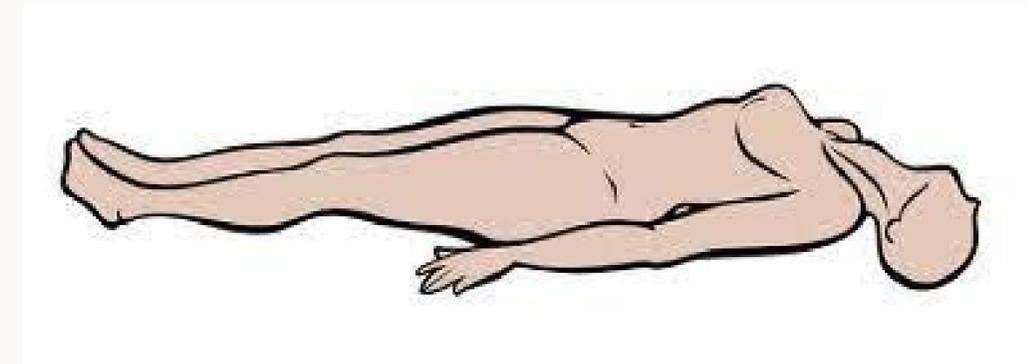
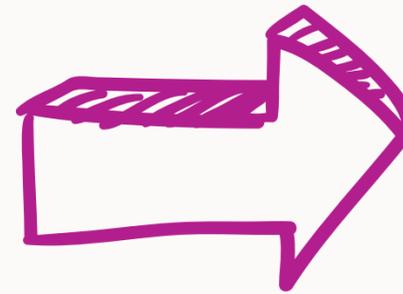


POSICIONES

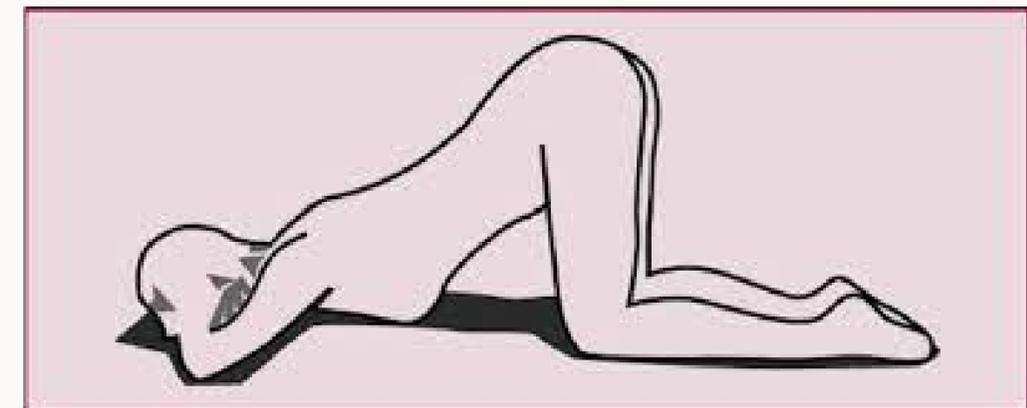
POSICIÓN DE LITOTOMÍA



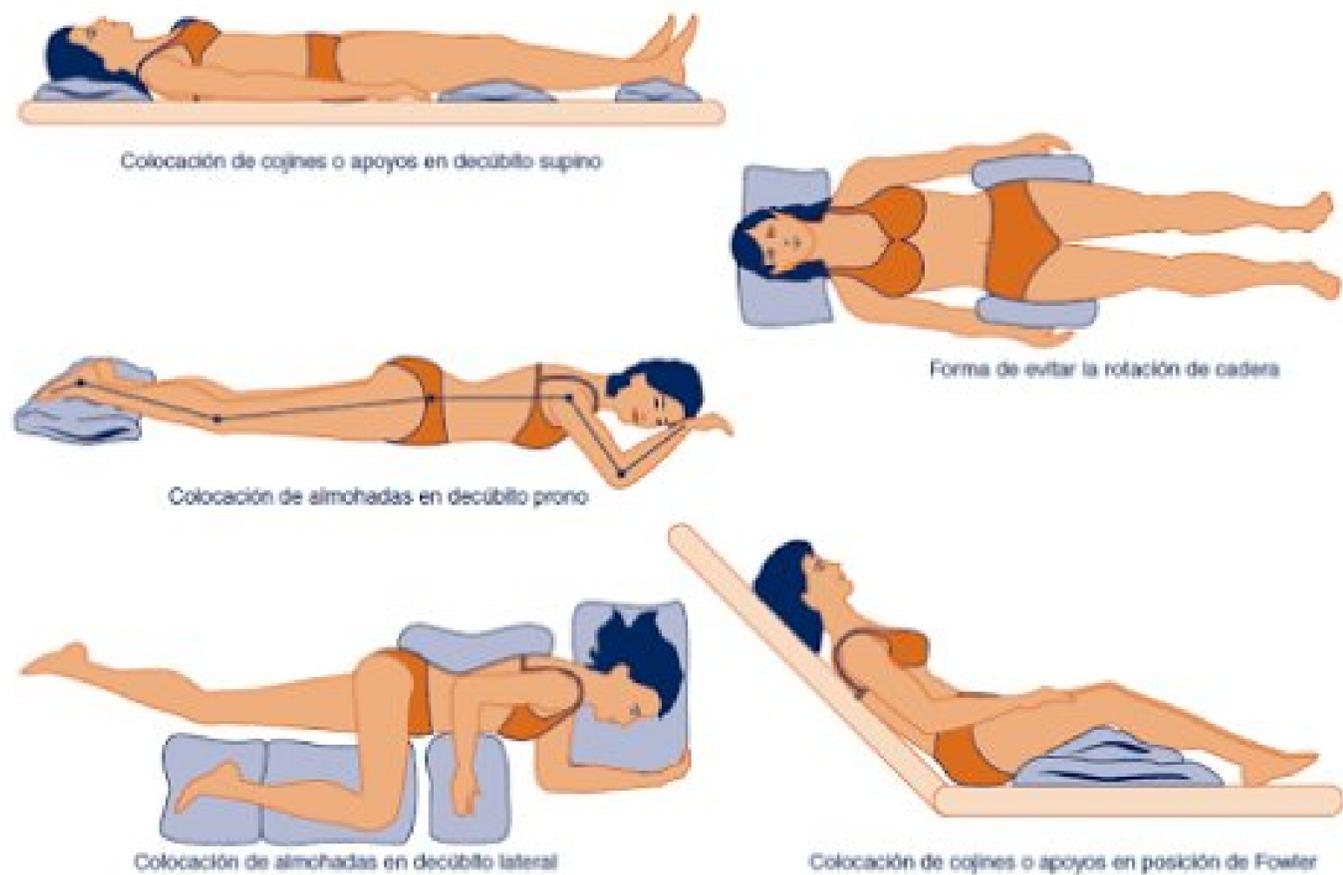
POSICIÓN DE ROSE



POSICIÓN GENUPECTORAL



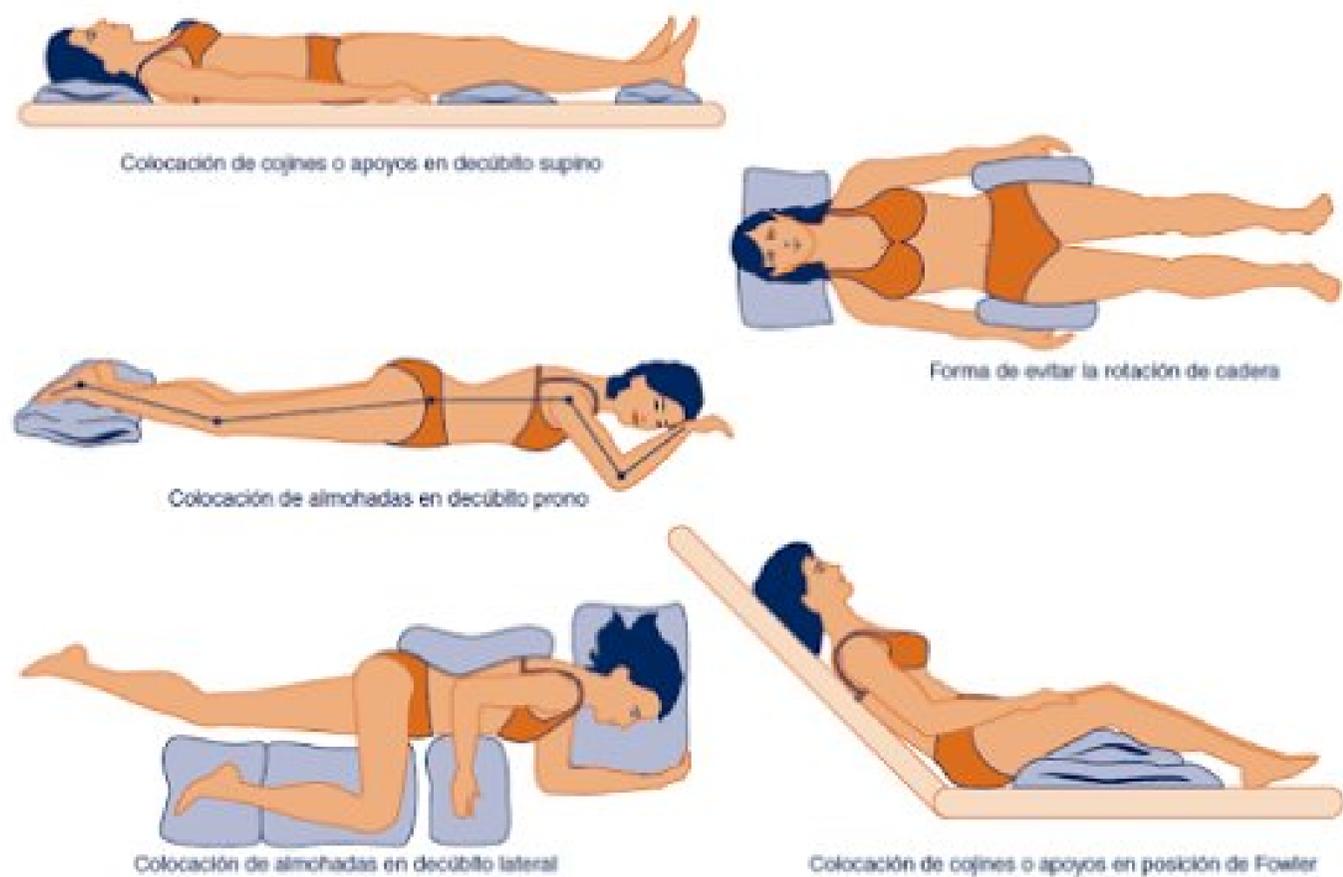
CAMBIOS POSTURALES PACIENTE ENCAMADO



- Los cambios frecuentes de postura en los pacientes encamados son necesarios para evitar la aparición de isquemia en los llamados puntos de presión.
- También hay que evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones.

Fig. 5.18. Técnicas de colocación de almohadas y cojines.

CAMBIOS POSTURALES PACIENTE ENCAMADO

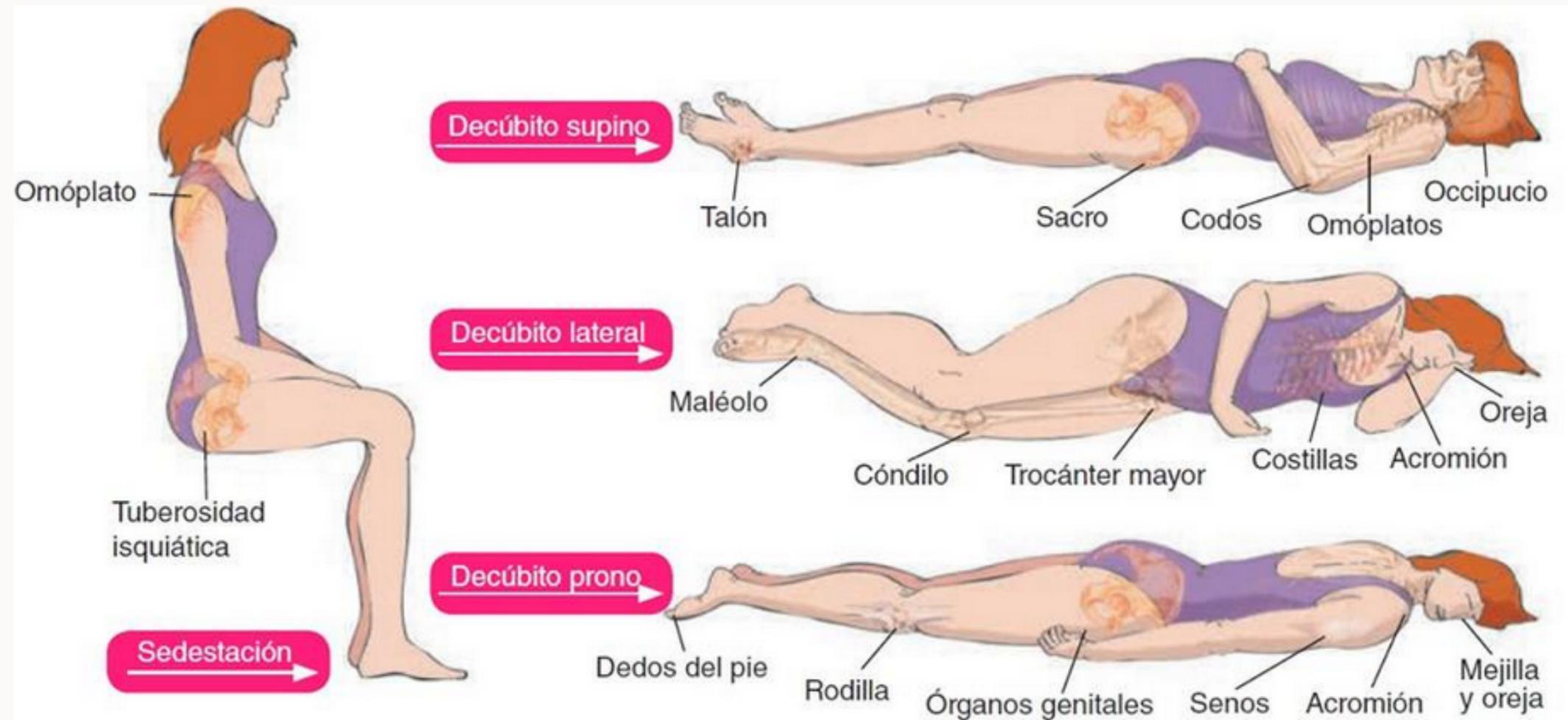


- Deben realizarse en intervalos concretos cada 2-3 horas.
- Estos cambios pueden realizarse mediante la ayuda de almohadas o mediante el uso de camas articuladas que favorecen la movilización.

Fig. 5.18. Técnicas de colocación de almohadas y cojines.

CAMBIOS POSTURALES PACIENTE ENCAMADO

PUNTOS DE PRESIÓN EN FUNCIÓN DE LA POSTURA:



CAMBIOS POSTURALES PACIENTE ENCAMADO



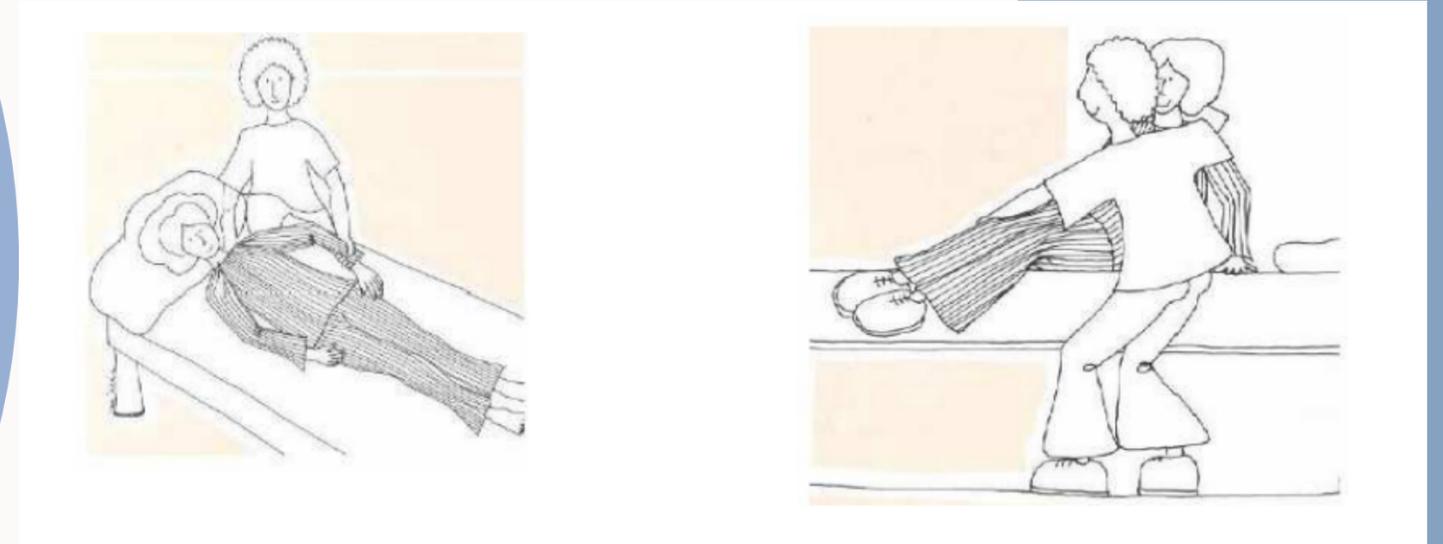
- Además de los cambios posturales es necesario hacer uso de colchones anti escaras, y taloneras pero en **NINGÚN** caso esto sustituye a los cambios posturales.

MOVILIZACIONES



MOVILIZACIÓN DE LA CAMA A SEDESTACIÓN PACIENTES SEMIDEPENDIENTES

- Usar dos puntos de contacto para ayudar a mover al paciente: una mano en la espalda y otra bajo las rodillas.
- Mantener los pies separados; uno más adelantado en el sentido del movimiento, ayudando al enfermo a que gire y se sienta en el borde de la cama.
- Ponerle los zapatos y ayudarlo a ponerse de pie.



MOVILIZACIÓN DE LA CAMA A LA SILLA: PACIENTES SEMIDEPENDIENTES

- Flexionar las piernas y bloquear la pierna del paciente con nuestra pierna utilizando la rodilla y el pie.
- Rodear su tórax con nuestros brazos.
- El paciente se apoyará en el borde de la cama y luego en el brazo del sillón. Hacerlo pivotar sobre el pie que tenemos trabado, para que quede colocado delante de la silla.
- Al sentarlo, usar el contrapeso de nuestro cuerpo.
- Acomodar al paciente al final de la movilización.



DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO LATERAL

- Puntos de agarre: han de estar en la misma línea; piernas flexionadas.
- Rodilla flexionada y un pie adelantado hombro/muñeca. Dos puntos de agarre (cadera y hombro) y cuerpo en el centro de los dos puntos.
- Hacemos girar al paciente trasladando el peso de nuestro cuerpo, de la pierna adelantada a la atrasada, sincronizando el balanceo o basculación del paciente con el nuestro, en bloque hacia él. Mantendremos las rodillas del paciente cruzadas y controlaremos sus extremidades inferiores.



TRASLADO HACIA EL CABECERO CON EL PACIENTE DEPENDIENTE EN DECÚBITO SUPINO

- Paciente en decúbito supino con rodillas flexionadas, antebrazo colocado bajo la espalda del paciente pasándolo bajo la axila.
- Rodilla cercana al paciente sobre la cama, la pierna de abajo ligeramente flexionada y adelantada al movimiento, mano libre agarrada al cabecero como punto de apoyo.
- Sincronizando la movilización, trasladar el peso de la pierna apoyada a la otra adelantando el cuerpo hacia el cabecero. Deslizando el brazo por encima del colchón.



INCORPORACIÓN EN LA SILLA

- El cuidador se coloca detrás del paciente, colocando las manos bajo las axilas, manos sobre el abdomen.
- Piernas flexionadas y se estiran para realizar el movimiento de incorporación.
- Si la incorporación del paciente es desde delante, flexionaremos las piernas, mantendremos la espalda recta, fijaremos la rodilla del paciente con la nuestra y realizaremos el contrapeso del cuerpo.



Variante entre dos: se coge al paciente metiendo el brazo por la axila homolateral y nos ayudamos con la otra mano apoyándonos sobre la zona sacra.

DE LA CAMA A LA SILLA, PACIENTES DEPENDIENTES

- La axila del paciente encima de nuestro hombro presionando al mismo tiempo sus costillas con nuestro cuerpo, pasando la mano por debajo de sus muslos.
- Posición: piernas separadas y flexionadas, la mano libre se apoya primero en la cama, luego en la espalda del paciente sujetándolo y por último en la silla como apoyo.
- Acción: al cargar nos incorporamos con la fuerza de las piernas, soportando el peso con el hombro.
- Nuestro cuerpo bien erguido, mantener la espalda completamente vertical. Al descargar flexionar las piernas usando el apoyo de la silla.



MOVILIZACIÓN ACTIVA DE TENDIDO EN EL SUELO A SENTADO EN LA SILLA

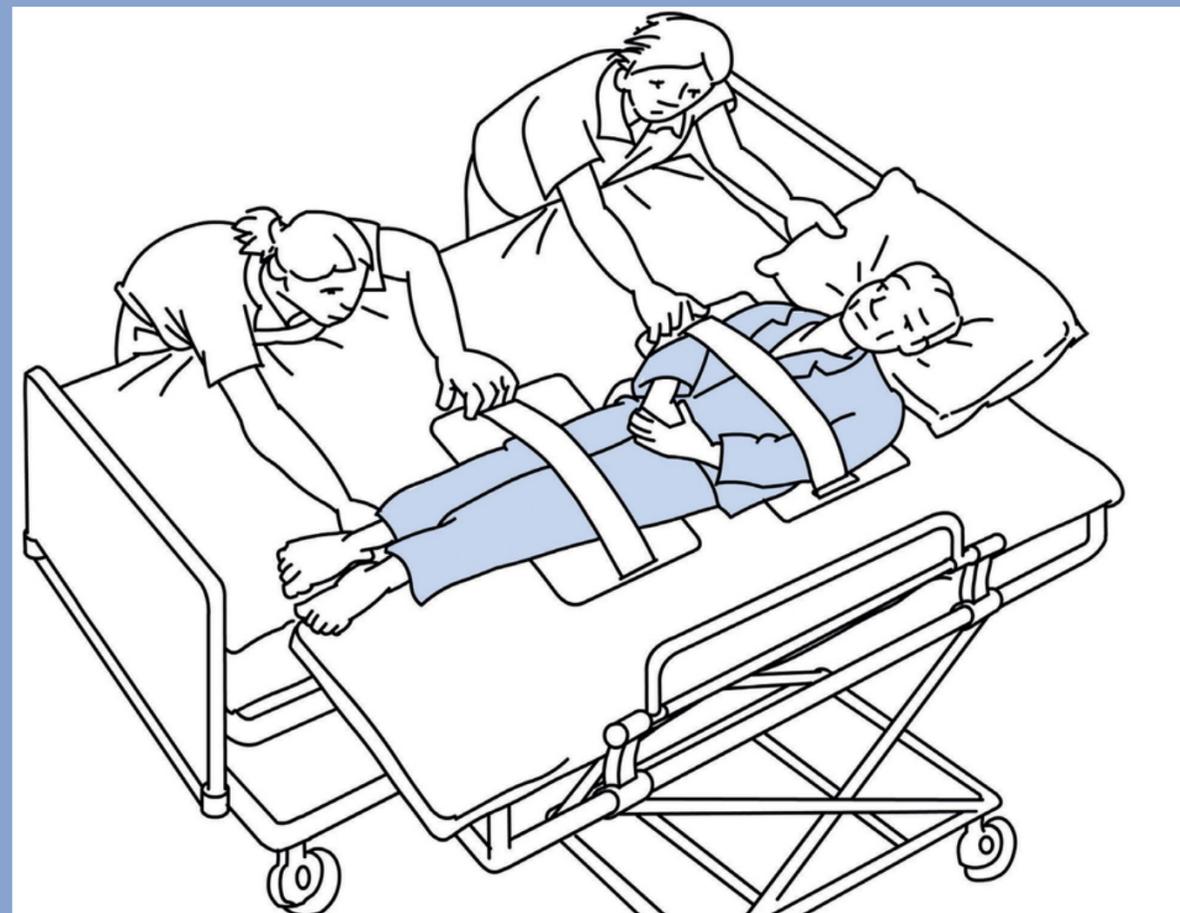
- La silla se sitúa detrás del paciente.
- Maniobra realizada entre **dos personas**.
- Colocar los brazos del paciente sobre los hombros.
- Primero se incorpora al paciente en el suelo en sedestación.
- Se sujeta al paciente introduciendo el brazo a través de las axilas y se le sienta en la silla animándole a hacer fuerza con las piernas.
- Se acomoda al paciente en la silla.



MOVILIZACIÓN ACTIVA DE TENDIDO EN EL SUELO A LA CAMILLA, PACIENTE INCONSCIENTE

- Camilla en paralelo a la posición del paciente.
- Movilización entre **tres personas**.
- Una persona desliza sus brazos por debajo de la cabeza, zona occipital y hombros del paciente.
- La 2ª persona por tórax y zona lumbar.
- La 3ª persona por glúteos y piernas.
- **Primero** adoptar la posición de agachados para poder coger impulso. **Segundo** levantar al paciente y llevarlo a la camilla evitando los giros y utilizando los pies para moverse.
- Acomodar al paciente.

TRANSFERENCIAS



¿QUÉ SON LAS TRANSFERENCIAS?

1

Es el acto de traspasar al paciente desde un equipo sanitario que lo estaba atendiendo a otro. Es la continuidad de la asistencia al paciente: de la prehospitalaria a la hospitalaria o intrahospitalaria. La transferencia ha de garantizar un relevo sin fisuras ni interrupciones.

2

- **En ruta:** de un vehículo a otro.
- **Desde un equipo de transporte sanitario a un centro sanitario.**
- **De un centro a un equipo de transporte sanitario.**
- **Intrahospitalarios.**



TRANSFER

SÁBANA ENTREMETIDA

GRÚAS

TIPOS DE TRANSFER



RÍGIDOS

PRÁCTICO

CÓMODO

VERSÁTIL

SEMIRÍGIDOS



TRANSFERENCIA: TRANSFER

- Mínimo dos personas.
- Con ayuda de entremetida o no.
- Colocar al paciente en decúbito lateral para introducir el transfer.
- Colocar en decúbito supino nuevamente, cerciorarse de que todo el cuerpo está sobre el transfer, mantener los brazos del paciente cruzados sobre el pecho.
- A la orden realizar la transferencia.
- Deshacer los pasos anteriores para sacar el transfer.

TRANSFER



¿ENTREMETIDAS?

Sábanas de menor tamaño que nos ayudan en la movilización de pacientes.



1. Enrollar la entremetida por los laterales hasta aproximarse al paciente.
2. A la orden establecida y a la vez movilizar al paciente con la entremetida hacia la posición deseada.
3. Acomodar al paciente.

LA SÁBANA ENTREMETIDA

**Su utilización nos facilitará siempre la
movilización de los pacientes.**



GRÚAS

- Las grúas de traslado o grúa para pacientes, son un tipo de grúa que se encarga de levantar o erguir a un paciente de la cama hacia otro punto donde apoyarse o una superficie.
- Esto facilita la transferencia a un sofá, una silla de ruedas o cualquier otro punto. Muy útiles para el cuidado de personas con movilidad reducida o totalmente dependientes.



GRÚAS



- Usar siempre el equipo siguiendo las instrucciones y normas de seguridad del fabricante.
- Probar previamente el funcionamiento de la grúa para evitar desconcierto.



- Comprobar las patas del chasis, deben estar abiertas, si es preciso que pasen alrededor de una silla.
- Asegurarse de que las partes en contacto con el paciente carezcan de alteraciones que puedan causar lesiones en la piel.



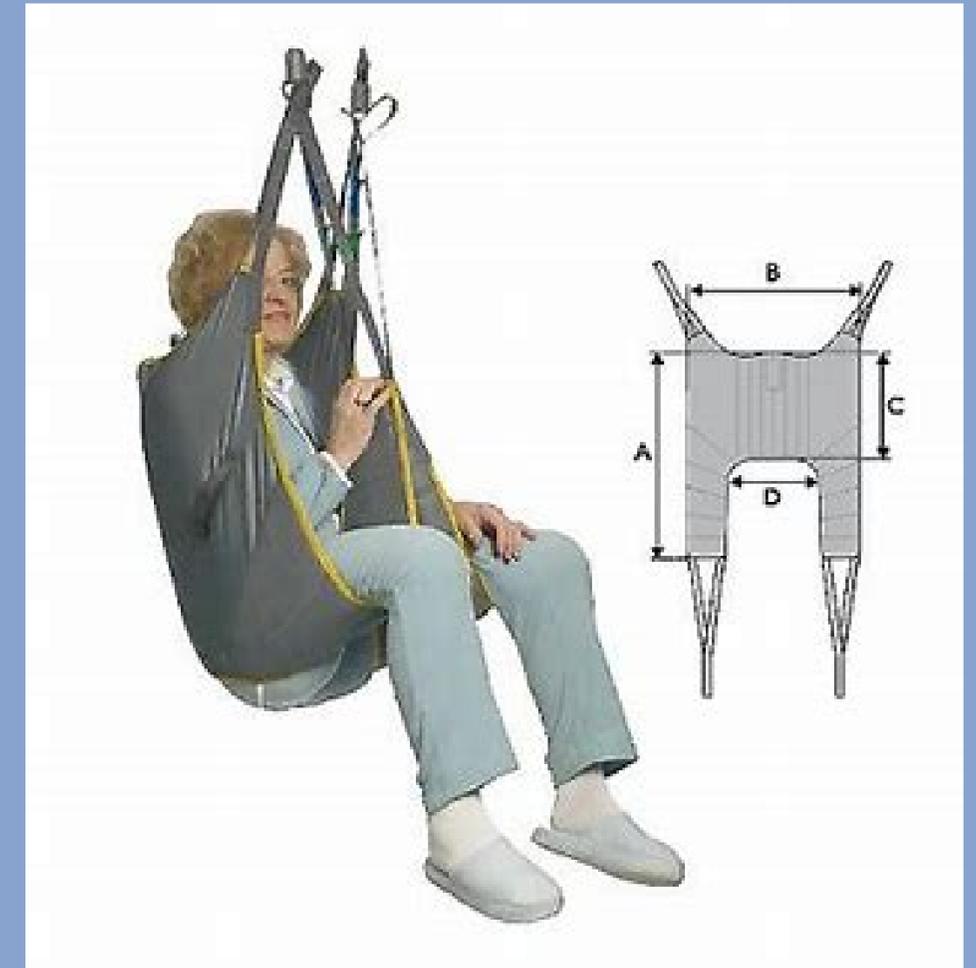
GRÚAS

1. Movilizar al paciente a decúbito lateral y colocar la mitad del arnés que pasa recogiendo la espalda y hombros y por debajo de los glúteos como si se tratara de una entremetida.
2. Orientar la empuñadura del soporte de maniobra de la grúa en posición horizontal y mirando hacia la dirección opuesta al paciente.
3. La grúa debe estar lo suficientemente cerca del paciente para permitir el enganche de las cinchas del arnés.
4. Acercar la grúa y enganchar las cinchas del arnés a los ganchos de la percha de sujeción de la grúa.



GRÚAS

1. Activar el mando, levantar suavemente al paciente hasta quedar por encima de la cama con espacio suficiente para no producir fricciones por arrastre.
2. Trasladar al lugar deseado, silla, camilla, bañera.
3. Acomodar.
4. Retirar los ganchos que sujetan el arnés a la grúa.
5. Retirar del paciente el arnés sujetándolo entre dos personas.



GRÚAS

1. Para colocar al paciente de nuevo en la cama, enganchar las cinchas del arnés a los ganchos de la percha de sujeción y trasladar.
2. Si está sentado colocar el arnés, dos personas lo incorporan y levanta levemente mientras otra persona le coloca el arnés.
3. Esperar a que todo el peso del paciente quede sobre la cama, separar los ganchos, primero los de las piernas para que al soltarle se incline hacia atrás por su propio peso y darle seguridad.
4. Acomodar al paciente.

GRÚAS



MOVILIZACIÓN PASIVA POR TRASLADO DE CAMA A CAMILLA SIN AYUDA TÉCNICA

- Camilla frenada en paralelo a la cama del paciente.
- Una persona desliza un brazo bajo los hombros, y otro bajo el tórax paciente. Otra persona bajo la zona lumbar y pelvis. Una tercera persona bajo los glúteos y piernas.
- A la orden establecida y a la vez desplazar al paciente hasta la orilla de la cama.
- A la orden establecida y a la vez trasladar a la camilla empleando los pies para el recorrido evitando giro del tronco.
- Acomodar al paciente.



TRASLADO DE PACIENTES



TIPOS DE TRASLADOS

Con ayuda de:



**Andadores/
muletas/bastón**



Silla de ruedas



Camas/camillas

ANDADORES



¿son todos iguales?

ANDADORES

Andadores simples

Tienen su principal ventaja en que son muy estables y ofrecen mucho más soporte que lo que ofrece un bastón. La desventaja podría ser que para usarlo es necesario tener un poco de aprendizaje.

Andadores de ruedas

Son de diferente uso al andador simple. Pueden venir con dos, tres o cuatro ruedas.

La principal característica de estos andadores es que las ruedas permiten que el esfuerzo para avanzar sea considerablemente menor, ya que no hay que levantar el aparato para poder avanzar.



ANDADORES

- **Andadores:** este traslado se hace cuando el paciente tiene que empezar a caminar o cuando el paciente por motivos del tratamiento necesita caminar ayudándose de un andador o muletas, pero acompañado. El celador debe acompañarlo siempre manteniendo el ritmo de paso del paciente.

SILLA DE RUEDAS

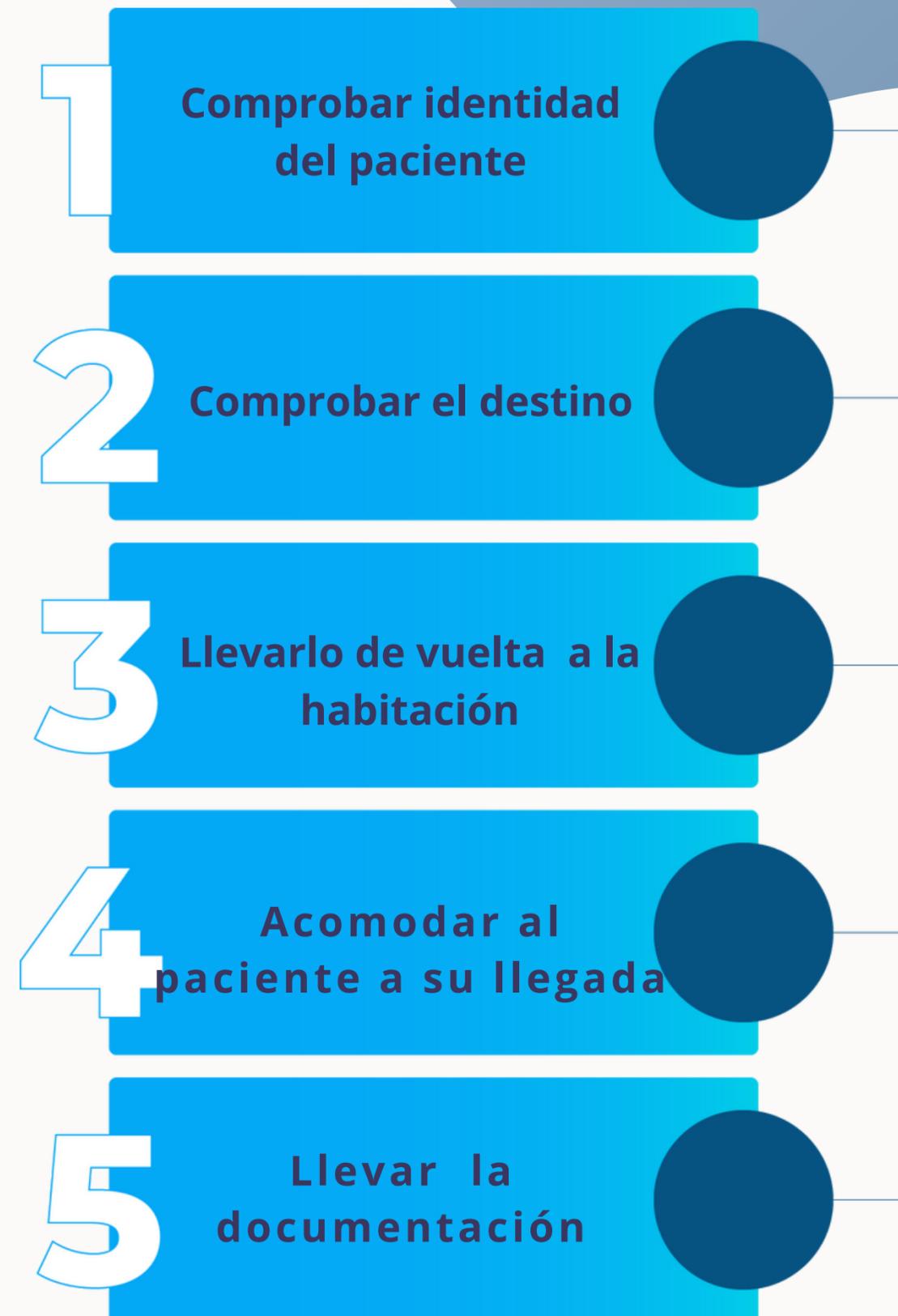
Silla de ruedas

- Sillas simples de traslado.
- Sillas parapleja/ silla tetrapleja.
- Silla eléctrica.



SILLAS DE RUEDAS

- **Sillas de ruedas:** este tipo de traslado es la forma más sencilla de mover a un paciente de un lado a otro cuando no es capaz de caminar o no es conveniente que lo haga. Antes de iniciar el traslado en un centro sanitario el celador debe tener en cuenta una serie de aspectos



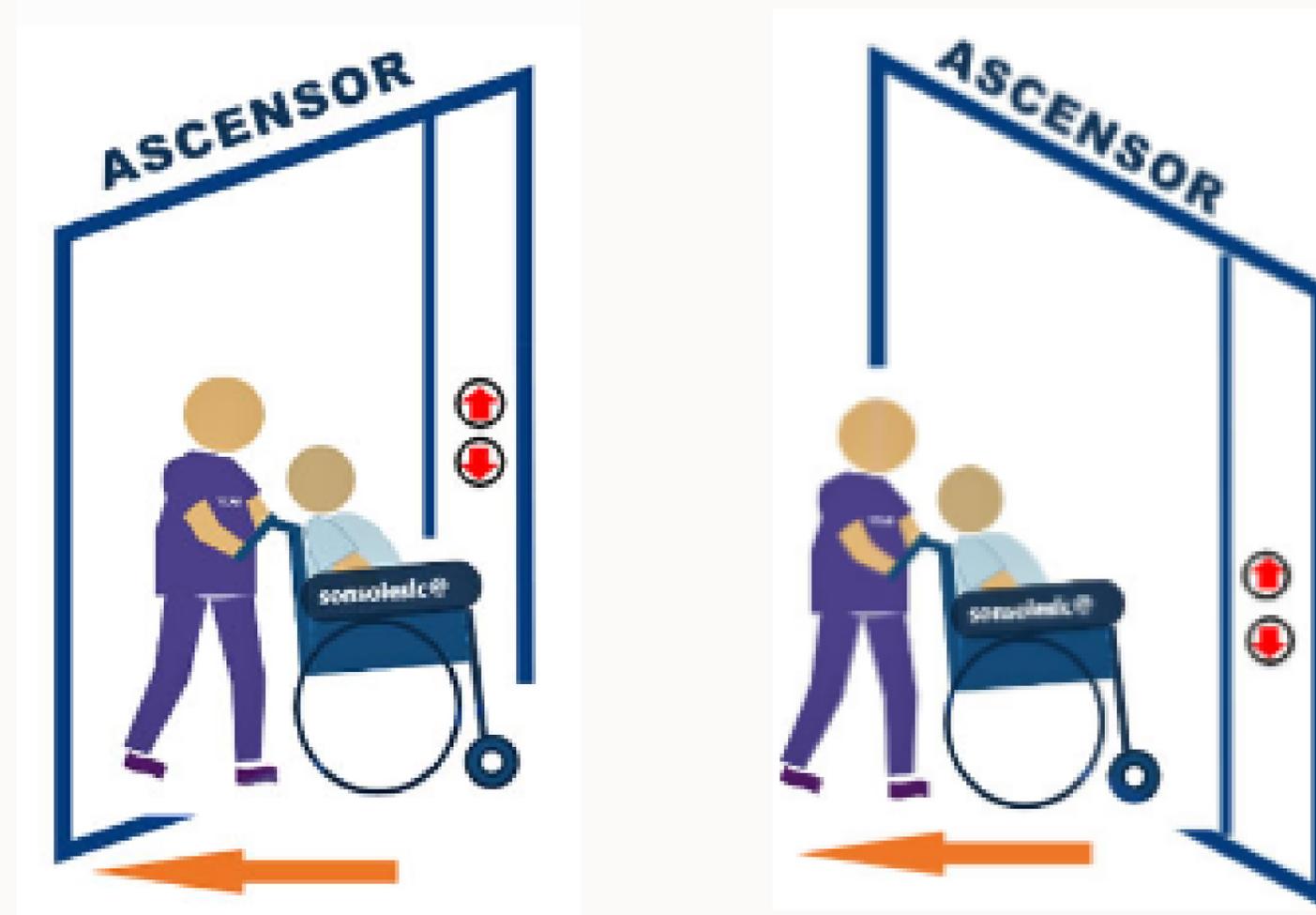
SILLAS DE RUEDAS

- **Sillas de ruedas:** el traslado siempre se hace **a favor de la marcha.**
- **Excepciones:** entrada y salida del ascensor y rampas.



ENTRADA Y SALIDA DEL ASCENSOR CON SILLA DE RUEDAS

- Para entrar o salir del ascensor entrará el celador primero tirando de la silla de espaldas girará la silla siempre que sea posible para salir de la misma forma.



SUBIDA Y BAJADA DE RAMPAS CON SILLA DE RUEDAS

- Para subir una rampa en silla el celador empujará desde atrás y para bajar una rampa el celador caminará de espaldas mirando de vez en cuando hacia atrás.



CAMAS Y CAMILLAS

Cama hospitalaria



Camilla urgencias

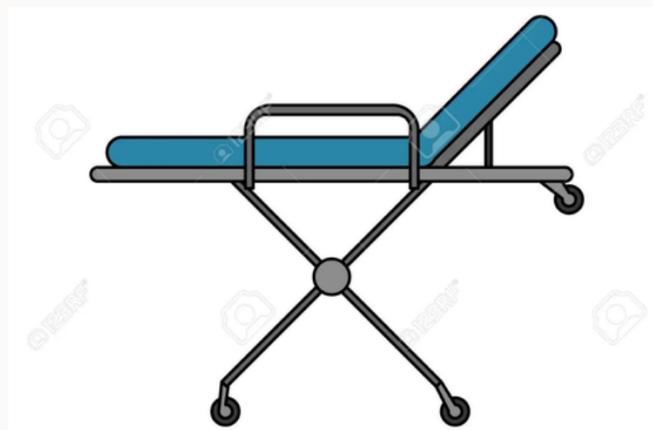


Camilla ambulancia



CAMAS Y CAMILLAS

- **Cama y camillas:** si el paciente ya se encuentra en la cama, el traslado se realizará directamente o se realizará una transferencia a una camilla. La forma más habitual de realizar la transferencia es ayudarse de una sábana «entremetida».
- Para trasladar a un paciente en la cama o camilla el celador debe colocarse detrás de la cabeza del paciente y empujar la cama o camilla de manera que el paciente va en el ***sentido de la marcha***.
- **Excepciones:** entrada y salida de ascensores y rampas.



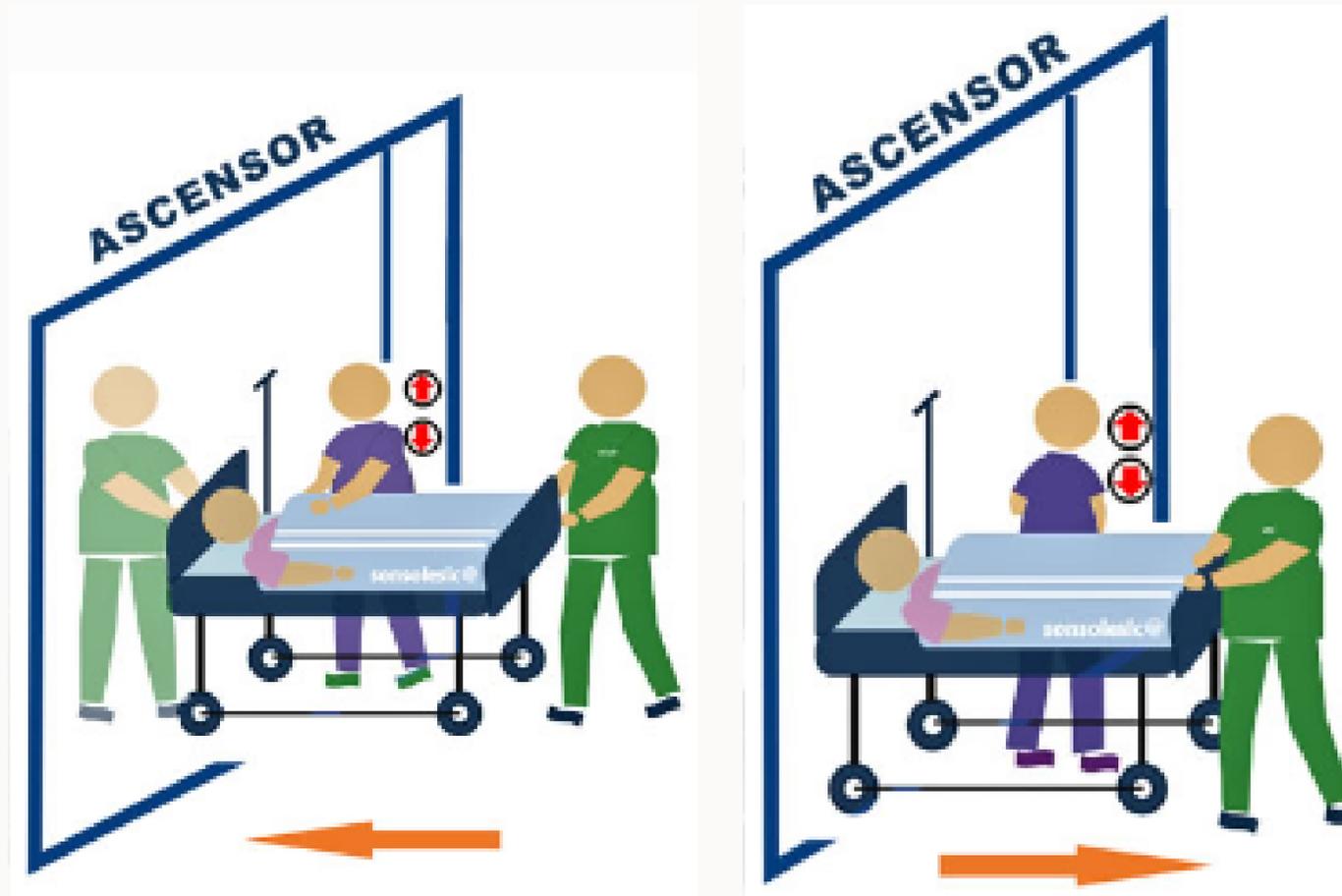
ENTRADA Y SALIDA DEL ASCENSOR CON CAMAS Y CAMILLAS

- En **el ascensor**, con el **paciente válido** el celador debe entrar primero tirando de la cabecera de la cama o camilla. Para salir del ascensor, el celador debe empujar de la cabecera de la cama o camilla saliendo los pies del paciente primero.



ENTRADAS Y SALIDAS DEL ASCENSOR CON CAMAS Y CAMILLAS

- En **el ascensor**, con el **paciente asistido** el celador deber entrar al ascensor empujando por el cabecero y una vez dentro se colocará en el piecero de la cama, para salir saldrá primero el celador tirando del piecero.



SUBIDA Y BAJADA DE RAMPAS CON CAMAS Y CAMILLAS

- Para subir una **rampa**, el celador debe empujar la cama por el piecero. Para bajar una rampa, el celador caminará hacia atrás, el celador va de espaldas a la pendiente, tirando de la cama mirando de vez en cuando hacia atrás para evitar caídas u obstáculos.
- El celador debe recordar que en ambos casos, tanto para subir como para bajar rampas, la cabeza del paciente irá más elevada que los pies.



RECAPITULACIÓN

1

DURANTE LA PREPARACIÓN

1. PENSAR LO QUÉ SE VA A HACER Y CÓMO.
2. EXPLICAR AL PACIENTE QUE SE LA VA HACER.
3. PROGRAMAR LA ACCIÓN.
4. ORIENTAR LOS PIES.

2

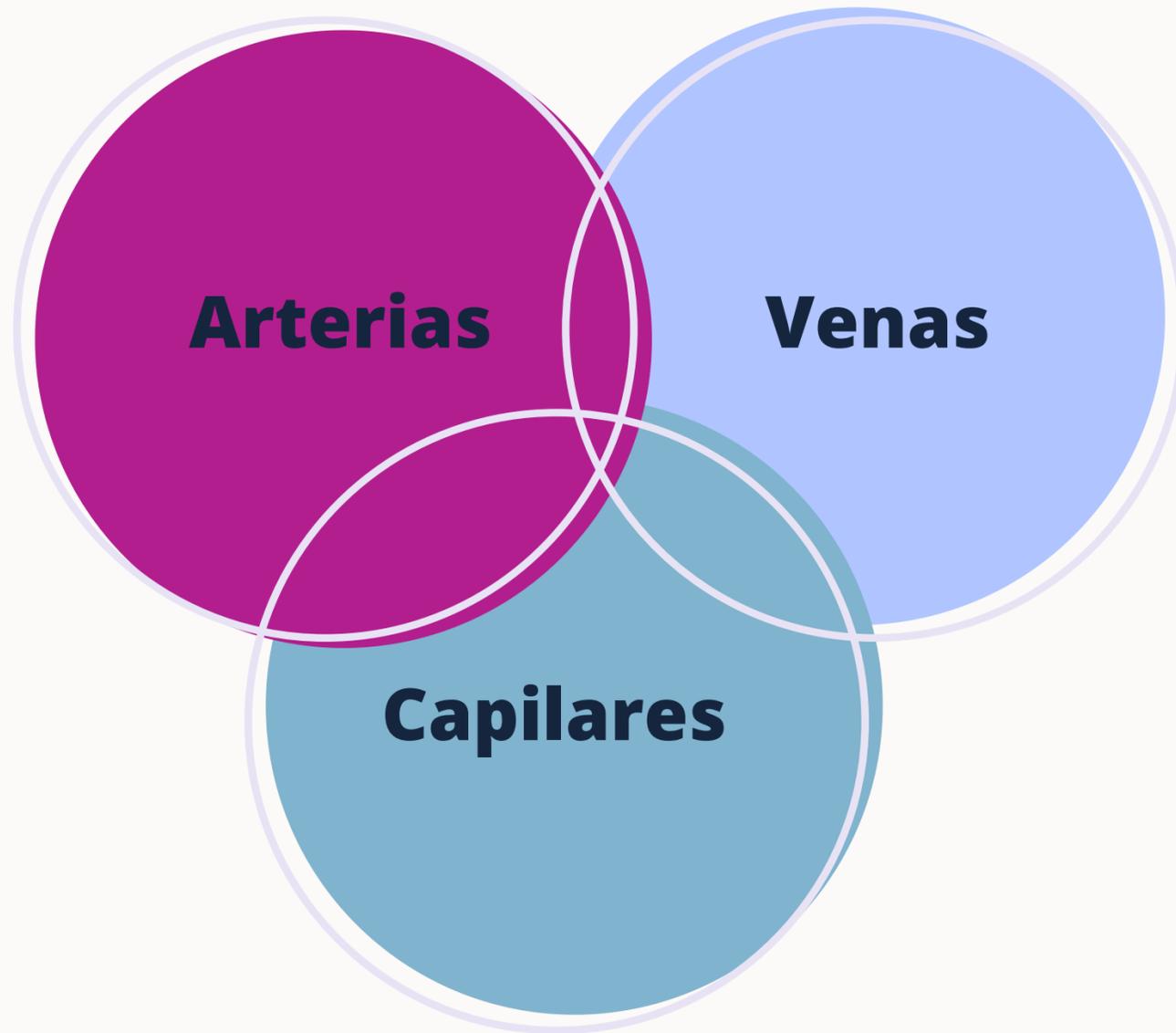
DURANTE LA EJECUCIÓN

1. HACER UN BUEN AGARRE.
2. UTILIZAR LA FUERZA DE LAS PIERNAS Y LOS BRAZOS.
3. LOS BRAZOS SE ADAPTARÁN AL PACIENTE.
4. CONTROL DEL PACIENTE.
5. EJECUCIÓN DEL MOVIMIENTO.

ALTERACIONES CIRCULATORIAS Y TRASTORNOS CONVULSIVOS



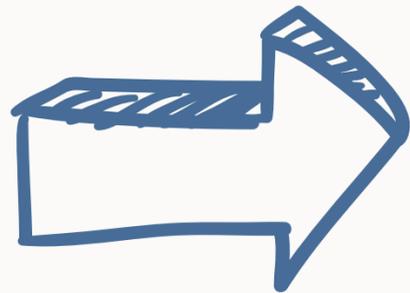
ALTERACIONES CIRCULATORIAS



- Aneurisma
- Arterioesclerosis
- Coágulos sanguíneos
- Enfermedades coronarias
- Enfermedad de Raynaud
- ACV
- Varices
- Trombosis venosa profunda
- Vasculitis

ALTERACIONES CIRCULATORIAS

Causas



- 1 **Genes**
- 2 **Enfermedades corazón**
- 3 **Infecciones**
- 4 **Lesiones**
- 5 **Medicamentos**

ALTERACIONES CIRCULATORIAS

Antecedentes familiares

Edad

Embarazo

Fumar

Diabetes

HTA

Sedentarismo

Colesterol alto

Riesgos

ALTERACIONES CIRCULATORIAS

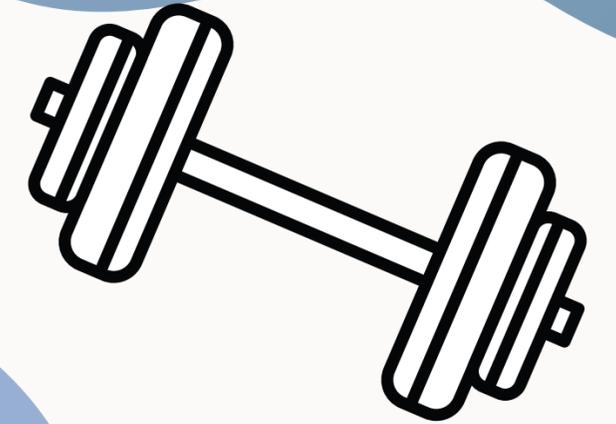
Tratamiento

- Cambios en el estilo de vida.
- Medicamentos.
- Procedimientos quirúrgicos. no
- Cirugía.

Prevención

- Ejercicio.
- Hábitos saludables.

PREVENCIÓN DE LESIONES



**ACTIVIDAD FÍSICA EL MEJOR
ALIADO**



ALTERACIONES CIRCULATORIAS

PREVENCIÓN EN EL TRABAJO

Medias y calcetines de compresión.

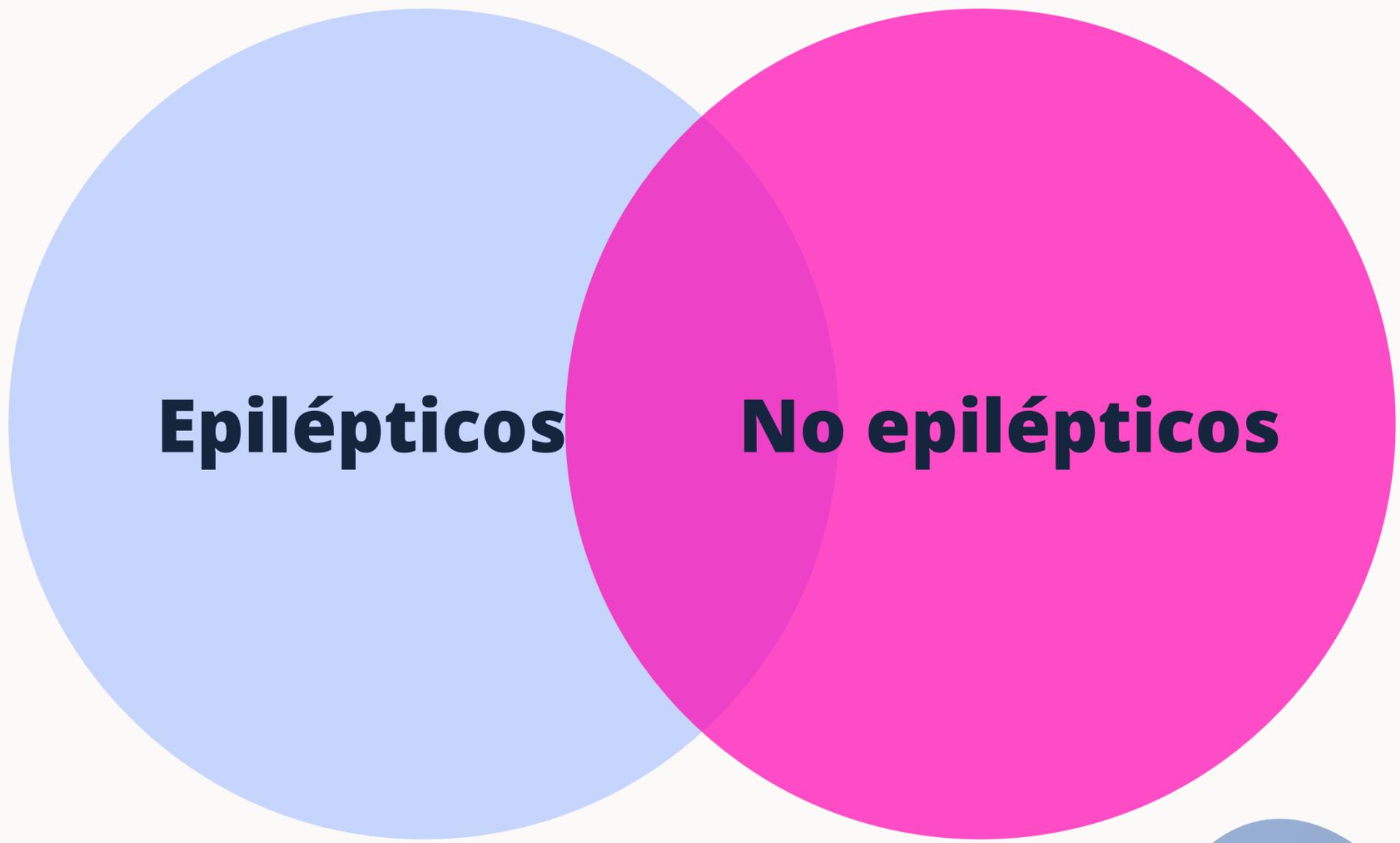


TRASTORNOS CONVULSIVOS

Los trastornos convulsivos son alteraciones periódicas de la actividad eléctrica cerebral que derivan en algún grado de disfunción cerebral transitoria.

- *Muchas personas tienen sensaciones raras justo antes del comienzo de una crisis convulsiva.*
- *Algunas convulsiones causan un temblor incontrolable y pérdida de la consciencia, pero a veces es que la persona afectada simplemente deje de moverse o de ser consciente de lo que está pasando.*
- *Los médicos se basan en los síntomas para predecir el diagnóstico, pero son necesarias imágenes del cerebro, análisis de sangre y electroencefalografías (que registran la actividad eléctrica del cerebro) para identificar la causa.*
- *Los fármacos, en caso necesario, suelen evitar la crisis.*

TIPOS DE TRASTORNOS CONVULSIVOS



Epilépticos

No epilépticos

TIPOS DE TRASTORNOS CONVULSIVOS

Epiléptico

No tienen desencadenante aparente y ocurren dos o más veces. Una única convulsión no se considera epilepsia. Pueden ser de origen desconocido o por trastornos cerebrales: como trastornos cerebrales, anomalías estructurales, ACVs.

No epiléptico

Desencadenadas (provocadas) por un trastorno reversible o un trastorno pasajero que irrita el cerebro, como una infección, un traumatismo craneoencefálico o una reacción ante un fármaco. En los niños, la fiebre puede desencadenar una crisis no epiléptica que se denomina convulsión febril.

¿QUÉ HAS
APRENDIDO?

¡KAHOOT!



BIBLIOGRAFÍA

- Bestratén Belloví, M., Mora, E., Ferran, A., & Martínez, M. (s/f). Notas Técnicas de Prevención. Insst.es. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/566858/NTP+1142+Ergomotricidad+pr%C3%A1ctica+ante+trastornos+musculoesquel%C3%A9ticos+del+personal+sanitario+m%C3%A9todo+Dotte+-+A%C3%B1o+2020.pdf/5d075720-a285-46e0-8ff1-5c293548c878?version=1.0&t=1614697912472>.
- Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015 6a EWCS. España - Año 2017 - Portal INSST - INSST. (n.d.). Portal INSST. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/catalogo-de-publicaciones/encuesta-nacional-de-condiciones-de-trabajo.-2015-6-ewcs.espana#:~:text=La%20encuesta%20espa%C3%B1ola%20de%20condiciones%20de%20trabajo%20del>.
- Técnicas de Movilización de Pacientes - Profesiones Sanitarias. (s/f). Auxiliar-enfermeria.com. Disponible en: <http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm>
- Lectura 6 técnicas de movilización de trabajadores del SAS. (n.d.). Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/celad_lectura_06.pdf
- Bola Adamolekun. (2020, July 8). Tratamiento farmacológico de las crisis comiciales. Manual MSD Versión Para Profesionales; Manuales MSD. <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/trastornos-convulsivos/tratamiento-farmacol%C3%B3gico-de-las-crisis-comiciales>

FIN

**MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN**