

4

TEMA

Movilización e inmovilización del paciente hospitalizado

Francisco Manuel Gutiérrez Estepa

1. INTRODUCCIÓN

Si nos damos cuenta la figura del celador es el primer eslabón entre el paciente y la consulta del médico en las puertas de urgencias o de cualquier centro de salud.

Por consiguiente el correcto manejo del paciente y la primera información la recibirá el celador y de este es el cometido de comunicar al resto del personal de urgencias la información necesaria para el posterior tratamiento de los pacientes. Por ello es fundamental que se tengan unos conocimientos básicos de cómo se ha de movilizar al paciente y cómo se deben de manejar los materiales de inmovilización que el mismo traslada.

Este tema lo vamos a dedicar a enfocar los principales materiales de inmovilización utilizados por la atención primaria o equipos de emergencias con el fin de que cuando el paciente llegue a la puerta de urgencias, conozcamos las funciones de estos materiales y su correcto manejo de ellos junto con el paciente ya que con estos conocimientos conseguiremos a su vez una correcta movilización del paciente.

2. DEFINICIÓN DE INMOVILIZACIÓN Y MOVILIZACIÓN

- MOVILIZACIÓN.

Conjunto de técnicas destinadas al desplazamiento del paciente desde el lugar donde se encuentra (camilla de ambulancia, silla de ruedas, etc.), hasta otro del entorno, sin que ello suponga un agravamiento de sus lesiones.

- INMOVILIZACIÓN.

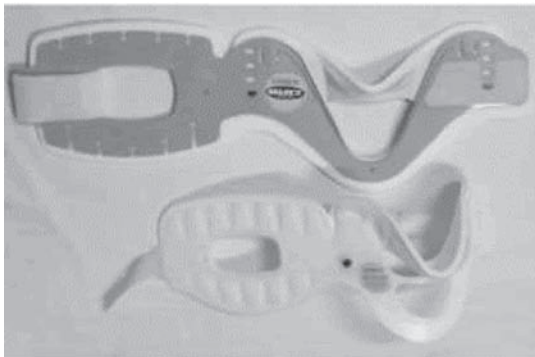
Conjunto de técnicas destinadas a conseguir de modo temporal o permanente, la supresión parcial o total de todos los movimientos de un miembro o zona corporal.

3. MATERIALES DE INMOVILIZACIÓN FUNDAMENTALES CON LOS QUE NOS VAMOS A ENCONTRAR CUANDO UN PACIENTE LLEGA A LA PUERTA DE URGENCIAS.

1. Collarines cervicales.
2. Dama de elche o inmovilizador tetracameral.
3. Férulas de inmovilización de extremidades:
 - Férulas neumáticas.
 - Férulas de vacío.
 - Férulas semirrigidas.
 - Férulas de tracción.
4. Colchón de vacío.
5. Tabla larga.
6. Camilla de palas o de cuchara.

3.1. COLLARINES CERVICALES

Los collarines cervicales, son instrumentos imprescindibles para una inmovilización primaria de la columna cervical, ya que se utiliza ante la mas mínima sospecha de que esta pueda estar lesionada.

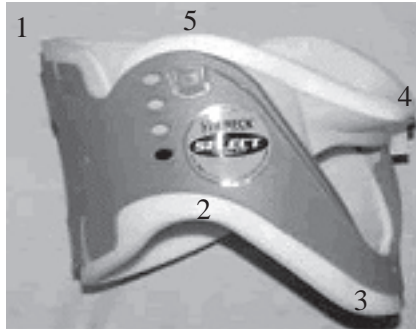


Existen diferentes tipos y tamaños de collarines aunque todos con la misma función, pero deberemos tener en cuenta el tamaño adecuado para cada víctima.

Los collarines cervicales evitan los movimientos ascendentes-descendentes de la cabeza y limitan los de más movimientos, por ello es importante que mientras que no esté

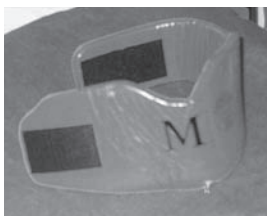
garantizada la inmovilización cervical no se elimine la fijación manual que realiza uno de los intervinientes en la colocación del collarín.

Los apoyos que deben tener los collarines con respecto a la movilidad del cuello son:



1. Apoyo mentoniano: limita el giro y la flexión.
2. Apoyo en inserción clavícula/esternón: limita la flexión.
3. Apoyo en los ángulos de la mandíbula: limita la flexión lateral y el giro.
4. Apoyo en el occipital: limita la extensión.
5. Apoyo en la parte superior del músculo trapecio: limita la flexión lateral.

Cuando un paciente con un collarín llega a urgencias traído por un equipo de atención primaria, es fundamental que informemos al médico encargado del traje, de qué tipo de paciente viene. Es conveniente que no se le retire el collarín hasta que no se le hagan las respectivas pruebas radiográficas y se descarte lesión alguna, por consiguiente aunque el equipo de atención primaria solicite su inmovilizador nosotros nunca lo quitaremos, si disponemos de otro se lo cambiaremos al equipo de primaria pero nunca retiraremos el del paciente.



Collarines semirrígidos.



Collarín semirrígido pediátrico.



Collarín rígido multitalla.



Collarines filadelfia.

3.2. DAMA DE ELCHE O INMOVILIZADOR TETRACAMERAL

Material de inmovilización cuyo objetivo principal es conseguir que la cabeza no se mueva hacia los laterales en el traslado del paciente en la camilla.



Consta de una base donde se adhieren dos piezas laterales con un orificio centrado para observar en todo momento el pabellón auditivo y percatarnos de posibles otorragias. Ambas piezas se unen a la base mediante un velcro y entre si se unen mediante unas correas que deben estar bien apretadas para prevenir movimientos laterales. En caso de no disponer de este dispositivo, se puede improvisar con sacos de arena o con una manta enrollada por los dos lados.



Este inmovilizador al igual que en el collarín cervical no se debe de retirar del paciente hasta que no se descarten posibles lesiones con las respectivas pruebas radiográficas.

Si por el contrario el médico decidiera quitarlo éste se debe de sustituir por los materiales mencionados anteriormente. Tanto la dama de elche como el collarín cervical son materiales que se pueden utilizar sin ningún peligro en las salas de rayos o T.A.C, ya que no interfieren en absoluto en las pruebas.

3.3. FÉRULAS DE INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES

Las férulas son unos materiales de urgencia destinados a inmovilizar las extremidades.

La secuencia de manejo de las mismas, una vez detestada la necesidad de su uso, es la siguiente:

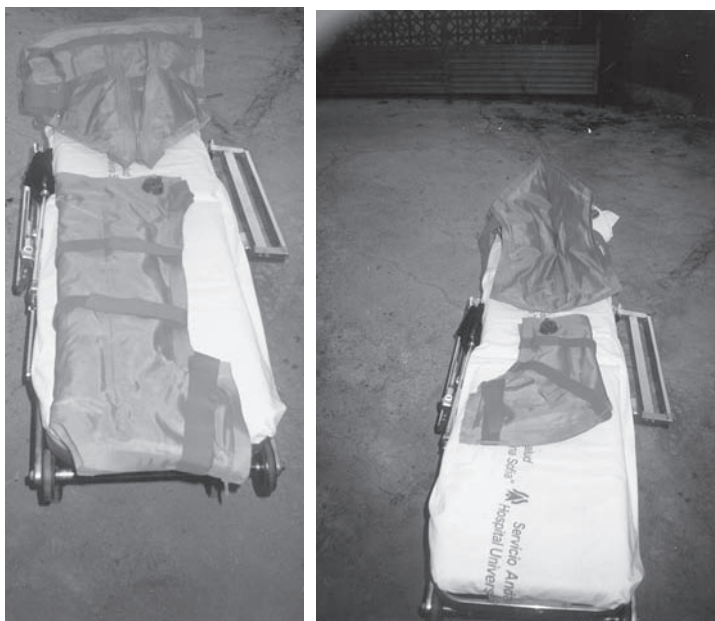
- Valoración del pulso y/o relleno capilar del miembro afectado.
- Alineación del mismo.
- Nueva valoración del pulso y/o relleno capilar del miembro. Si no existe el mismo, debemos a volver a colocar el miembro en su posición anterior inmovilizando la extremidad en esta posición con la férula.
- Colocación de la férula.
- Valoración del pulso y/o relleno capilar del miembro. Si no existe el mismo, aflojar un poco la presión de la férula.

Existen en el mercado distintos modelos y tipos. Seguidamente exponemos las características y manejo de aquellas férulas que encontramos habitualmente en el medio hospitalario:

3.3.1. Férulas neumáticas.

Están fabricadas en nylon o plástico. Tienen una válvula para controlar la entrada y salida de aire en su interior. Están formadas por varias cámaras de aire que permiten una mejor adaptabilidad al miembro afectado.

Normalmente un juego de férulas neumáticas consta de una extremidad superior y una inferior, aunque hay juegos mas completos que además de estas se componen de una de pie y otra de mano.



Se colocará intentando mover el miembro afectado lo menos posible y una vez colocada cerraremos la cremallera, nos aseguraremos de que esta en la posición adecuada y libre de arrugas, procediendo a inflarla mediante una bomba de aire o en su defecto nuestros pulmones. Entenderemos que la férula está bien inflada cuando al presionarla con un dedo se forme una pequeña depresión en la misma. Consideraremos también el pulso periférico antes y después de inflar la férula. Son permeables a los rayos X.

Aquí existe menor riesgo a la hora de sustituirlas o cambiárselas al paciente siempre que las fracturas no conlleven una hemorragia.

3.3.2. Férulas de vacío.

Tienen la misma función que las férulas neumáticas, sin embargo la inmovilización que hacen es más efectiva. Están fabricadas en un material mucho más resistente que las neumáticas y su interior está lleno de pequeñas partículas de poliéster, siendo su efecto el contrario al de las neumáticas y haciendo el vacío mediante una bomba o un aspirador de secreciones. Al sacar el aire estas partículas se quedan completamente unidas y compactas sobre el miembro afectado, quedando este completamente inmovilizado.

3.3.3. Férulas de tracción.

Son férulas rígidas metálicas que cumplen las mismas prestaciones que las anteriores, pero llevan un sistema que permite realizar una tracción lineal constante del miembro afectado. Se parte para su colocación del conocimiento de la misma y siempre será cambiada o colocada por el traumatólogo. Su uso está recomendado en fracturas de fémur.



Este tipo de férulas por regla general no son permeables a los rayos X ni al T.A.C. Por lo que este tipo de férulas se utilizarán cuando el paciente vaya a ser subido a planta o quirófano.

3.4. COLCHÓN DE VACÍO

Es uno de los mejores sistemas de inmovilización completa. Su mecanismo de funcionamiento es el mismo que el de las férulas de vacío. Está fabricado en un material muy resistente tipo lona.

Si abrimos su válvula la presión dentro del mismo se iguala con la presión atmosférica exterior, con lo que el colchón pierde su consistencia dura (como sucedía con las férulas de vacío).

Antes de colocar al paciente en el colchón, se procura una distribución de las bolillas, equilibrada desde la cabeza a los pies. De este modo se consigue que el molde se haga duro y perfecto, adaptado al cuerpo de la víctima, imposibilitando cualquier movimiento y evitando así mayores traumatismos en el transporte del paciente en la camilla.



Para utilizar este tipo de material es necesario primero la utilización de la camilla de palas, ya que esta es la que nos va a orientar y centrar al paciente en su debido sitio.

Se utiliza especialmente para casos de sospecha de fractura en la columna vertebral, cadera o pelvis e incluso de extremidades cuando se carece de férulas.

Debe tenerse especial precaución al manejar este material ya que elementos y zonas punzantes o cortantes pueden desgarrarlo con facilidad.

Es totalmente permeable a los rayos X y al T.A.C.

3.5. TABLA LARGA

La utilizaremos en conjunto con las técnicas de movilización que veremos más adelante.

Con la tabla larga se puede hacer una inmovilización de cuerpo entero. Su principal característica es que una vez situado el paciente encima de ésta, se le puede realizar todo

tipo de estudios (Rx, T.A.C., etc.), evitando así movimientos improcedentes del lesionado y dejándolo, por último, en su cama o camilla donde se le aplicará su tratamiento.



La utilizaremos siempre con un collarín y opcionalmente podemos aplicar la dama de elche, siempre que vayamos a cambiar al paciente de la tabla a la cama o camilla deberemos de utilizar la camilla de palas o cuchara.

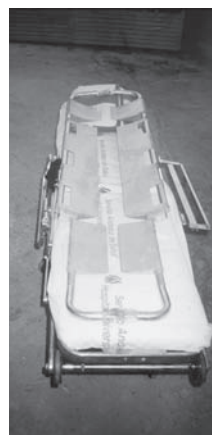
Esta camilla está fabricada en madera y su peso es mínimo, completándose con un juego de correas.

3.6. CAMILLA DE PALAS O CUCHARA

También llamada camilla de tijera, consiste en una camilla con palas cóncavas, fabricada en aluminio ligero y que se separa en dos mitades longitudinalmente, lo cual permite su colocación por debajo del paciente con el mínimo movimiento.

Para su correcta utilización son necesarios al menos tres celadores. La secuencia de usos sería la siguiente:

- Colocaremos la camilla junto al paciente para ajustarla longitudinalmente. Ésta debe quedar con la medida justa del accidentado. Previamente habremos inmovilizado las cervicales mediante un collarín.



- Una vez ajustada separamos sus dos mitades y ponemos cada una a un lado del paciente. Uno de los celadores se coloca a un lado del paciente y en el opuesto los dos restantes.
- Estos últimos se encargan de traccionar levemente la cabeza y la pelvis para que el del lado opuesto introduzca la pala bajo el paciente, que una vez colocada procederá para colocar la siguiente.
- Una vez puestas las dos palas cerraremos la camilla empezando por la parte de la cabeza. A la hora de ajustar los cierres no hay que hacerlo bruscamente sino apretando el gatillo de cierre para no sacudir al accidentado.
- Por último asegurarse de que los cierres que ajustan las dos palas están bien cerrados antes de elevar la camilla.

Este tipo de material es permeable a los Rx.

4. MOVILIZACIÓN Y POSICIÓN DE LOS PACIENTES ANTE DISTINTAS PATOLOGÍAS

El tipo de movilización o posición del accidentado, depende de las características de la lesión, del estado de conciencia y de la situación de las funciones vitales. Una posición adecuada puede evitar el agravamiento de un peligro vital, y a la vez nos facilitará las maniobras de reanimación.

Posición en los trastornos respiratorios.

Los casos urgentes con trastornos respiratorios que hacen una posición especial son los que presentan:

- Disnea.
- Lesiones torácicas.
- Edema pulmonar.

4.1. DISNEA.

En todos los accidentados en las que la inspiración y/o la espiración están dificultadas, se elevará la parte superior del cuerpo de éste. Ejemplos típicos son el asma y las inflamaciones de las vías respiratorias. Mediante la elevación del tronco, se mejora la movilidad de la musculatura respiratoria e intercostal, así como la de toda la musculatura auxiliar, especialmente el diafragma.

Se procederá a la colocación de cojines tras la espalda del accidentado, o bien se efectuará la elevación de la parte superior de una camilla articulada hasta un ángulo de 30°. Generalmente, los accidentados indican la posición que le es más favorable.

4.2. LESIONES TORÁCICAS.

Las lesiones torácicas suelen ocasionar una inhibición antiálgica de los movimientos respiratorios de la zona afectada.

Se coloca al accidentado sobre el lado lesionado. La inmovilización que conseguimos, disminuye el dolor y mejora la función respiratoria. No hay que forzar la adopción de esta posición, ya que en algunos casos puede incluso, aumentar los dolores. Una posición alternativa, es el decúbito dorsal con el tronco elevado, como en los accidentados con disnea.

4.3. EDEMA PULMONAR.

Puede ser la consecuencia de una insuficiencia cardíaca, pero también de una lesión alveolar por la inhalación de gases irritantes. El objeto de esta posición especial es lograr un descenso de la presión en la circulación pulmonar.

Se eleva el tronco del accidentado hasta un ángulo de 80-90°, manteniendo esta posición con cojines o material adecuado. Si se dispone de una camilla articulada se elevará la parte superior a la vez que se dejan colgando fuera las piernas del accidentado.

Posición en los trastornos circulatorios.

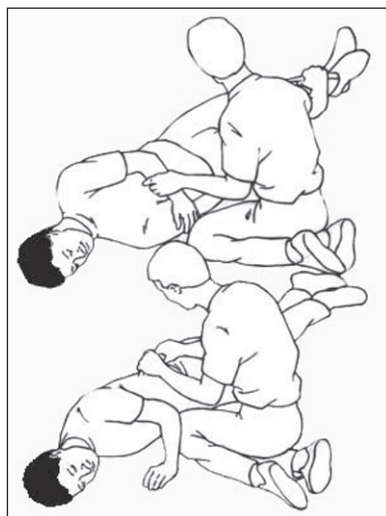
Todas las alteraciones cardiocirculatorias graves requieren posiciones diferentes. Son especialmente importantes las situaciones de:

- Shock hipovolémico.
- Shock cardiogénico.
- Síndrome de compresión de la cava.

4.4. SHOCK HIPOVOLÉMICO.

Ante un estado declarado de shock por pérdida de volumen circulante o un cuadro que haga temer su aparición, se utilizan posiciones de shock con el propósito de lograr un mayor retorno sanguíneo desde las piernas y la cavidad abdominal al corazón. Con ello se posibilita un mejor riego de los órganos vitales (corazón, pulmones, cerebro).

La menor sospecha de shock exige colocar al accidentado en decúbito plano. Si esta posición no es suficiente por existir pérdidas sanguíneas abundantes, se elevarán las piernas hasta alcanzar la conocida posición de navaja.



Las piernas se mantienen en esta posición con ayuda de un objeto y ante un empeoramiento del cuadro clínico y tan pronto como se disponga de camilla, se adoptará una posición ligeramente oblicua, ésto es, con las piernas elevadas y la cabeza baja. No es conveniente que los pies estén elevados más de 20 cm. (unos 15°). Una mayor inclinación aumenta la presión de los órganos abdominales sobre el diafragma, limitando su movilidad y la función respiratoria.

En caso de inconsciencia la posición oblicua se combinará con la posición lateral.

4.5. SHOCK CARDIOGÉNICO.

Si el cuadro de shock se haya motivado por una insuficiencia izquierda aguda, como por ejemplo, en caso de infarto de miocardio, suelen aparecer signos disneicos por el estancamiento pulmonar. A pesar de que exista una hipotensión, se colocará al accidentado con las piernas extendidas, y el cuerpo ligeramente elevado.

Colocaremos cojines debajo del tronco, o angulación adecuada de la parte superior de la camilla.

4.6. SÍNDROME DE COMPRESIÓN DE LA CAVA.

En las embarazadas, el útero puede comprimir la vena cava en decúbito dorsal, con lo cual, el retorno venoso al corazón disminuye tanto, que puede ocasionar una sintomatología de shock. Por este motivo, las embarazadas deben ser trasladadas siempre en posición lateral. La posición lateral izquierda previene el riesgo de compresión.

Instaremos a la embarazada a que se coloque en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada. El tronco se mantiene en esta posición mediante una almohada, cojín u objeto adecuado.

4.7. POSICIONES EN LAS LESIONES ESPECIALES.

Las siguientes lesiones, requieren una posición especial:

- Traumatismos craneoencefálicos.
- Heridas y lesiones en la cara.
- Lesiones que producen hemorragias en boca y faringe.
- Traumatismos vertebrales.
- Lesiones abdominales.

4.7.1. Traumatismos craneoencefálicos.

En todas las lesiones craneales graves, especialmente en las fracturas abiertas, existe el riesgo de que se desarrolle en corto tiempo una hipertensión intracraneal.

El objeto de la posición especial, es la disminución del riego cerebral, como medida preventiva de la instauración rápida de un aumento de la presión cerebral.

Se eleva la cabeza del accidentado ligeramente, mediante un cojín o angulación de la parte superior de la camilla. Si existe un cuadro de shock, o bien hay signos de fractura de la base del cráneo (hemorragia por boca, nariz u oídos), el transporte se efectuará con la cabeza horizontal, o incluso en posición inferior. En las fracturas de base de cráneo, la elevación de la cabeza supone el peligro de una embolia gaseosa (presión negativa en el seno abierto por la fractura).

4.7.2. Lesiones de la cara. Hemorragia en boca y faringe.

En las lesiones de cara y mandíbulas, puede presentarse una alteración de la función respiratoria, en relación con la localización y la gravedad de las hemorragias. En un accidentado no intubado, hay que facilitar la salida de la sangre hacia el exterior.

Se coloca al accidentado en decúbito abdominal, con un cojín bajo el pecho y un apoyo para la frente.

4.7.3. Traumatismos vertebrales.

Ante la sospecha de una lesión vertebral (fracturas, luxaciones), o de una fractura de pelvis, se colocará al accidentado plano sobre una superficie dura. El objeto de ello es prevenir dislocaciones de fragmentos óseos y posibles lesiones de la médula espinal.

Hay que procurar mover al accidentado lo menos posible. Para movilizar a este tipo de pacientes es fundamental que al menos haya 4 personas, una se encargará siempre de movilizar la cabeza y cuello y el resto tronco, caderas, y piernas, pero ojo siempre en bloque.

Aquí es fundamental el manejo de tabla larga, camilla de palas, colchón de vacío y collarines así como también dama de elche.

4.8. LESIONES ABDOMINALES. ABDOMEN AGUDO.

En todos los accidentados con lesiones de la cavidad abdominal o perforaciones (por ejemplo: úlcera gástrica), existen intensos dolores por la irritación del peritoneo. La posición a adoptar, tiende a relajar la musculatura de la pared abdominal, y aminorar con ello el dolor.

El tronco se coloca en ligera posición oblicua. Se flexionan las piernas, situando un cilindro acolchado debajo de las rodillas. En caso de Shock, se aconseja elevar los pies o la parte inferior de la camilla unos 20 cm.

4.9. RESUMEN

Siempre que vayamos a movilizar a un paciente que llega a urgencias es necesario primero observar cómo viene, controlar todos los medios de inmovilización que éste trae, y saber su uso, ya que gracias a estos conocimientos todos haremos una correcta movilización del paciente.

Cuando tengamos que trasladar a un paciente a cualquier prueba diagnóstica es imprescindible sospechar todo ante la duda y tomar todas las precauciones posibles ya que conseguiremos no empeorar su estado.

Siempre que se movilice a un paciente mínimo dependiendo de la patología harán falta al menos tres personas.

5. MOVILIZACIÓN DE LOS ENFERMOS EN PLANTA POR EL CELADOR.

Es importantísimo la movilización de los enfermos en planta, tanto encamados como todos aquellos que se puedan levantar, esto va a ayudar a que al enfermo no le salgan escaras o úlceras de decúbito, por lo cual es primordial que conozcamos la patología de los pacientes y que sigamos las correspondientes indicaciones al respecto de los médicos, así como el personal de enfermería.

Las personas normales cambian de postura en respuesta a la presión que sienten en las zonas de apoyo. Sin embargo las personas que no sienten esta presión o que no se mueven, pueden sufrir alteraciones musculares o en la piel (úlceras por decúbito).

Para evitar esto es conveniente cambiar de postura al enfermo cada 2 horas aproximadamente, cuando este permanezca en la cama. Se puede alternar la posición supina con las posiciones laterales (derecha e izquierda).

Las posiciones fundamentales que vamos a estudiar son dos:

1. POSICIÓN DE DECÚBITO SUPINO (BOCA ARRIBA).
2. POSICIÓN DE DECÚBITO SUPINO LATERAL (DE LADO).

5.1. POSICIÓN SUPINA.



- Colocar una almohada para que quede apoyada la cabeza (o que la cabeza se apoye directamente en el colchón). No es conveniente poner muchas almohadas porque puede producirse una contractura por excesiva flexión del cuello.
- Es opcional el colocar dos almohadas en la parte externa de los muslos para evitar la rotación externa de las piernas.
- Es aconsejable una almohada blanda y delgada debajo de las pantorrillas para que el peso de las piernas no descansa sobre un punto en concreto y para que las rodillas queden ligeramente flexionadas.



- A modo de "tope" se puede colocar una almohada que evite la extensión excesiva de los pies.

5.2. POSICIÓN LATERAL.



- Colocar una almohada bajo la cabeza, para que la cabeza y el tronco queden alineados.
- Separar un poco del tronco el brazo que queda debajo, para evitar que el peso del cuerpo recaiga sobre este brazo.
- El brazo que queda encima debe estar algo flexionado y descansando sobre una almohada, para que la zona del pecho quede liberada de presión.



- Colocar una almohada entre las dos piernas para evitar el roce y flexionar ligeramente la pierna que queda encima.



- Puede ser necesario colocar una almohada en la espalda para que el tronco no caiga hacia atrás.

6. MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES POLITRAUMATIZADOS.

Como describimos y estudiamos anteriormente la movilización de los pacientes hospitalarios en las plantas es fundamental, para que no se le produzcan úlceras de decúbito en la piel debido a un exceso de presión y la falta de riego sanguíneo en la zona apoyada.

Estudiaremos la movilización de los pacientes según su patología.

El paciente politraumatizado es fundamental movilizarlo en bloque, tanto en urgencias como en planta. Para movilizar a este tipo de pacientes y hacerle su correspondiente cambio postural serán necesarios, al menos, la colaboración de cuatro personas.

La maniobra de movilización sería la siguiente:

1. Una persona siempre se encargará de la cabeza y bajo ningún concepto dejará este puesto para movilizar al paciente, además este será el encargado de dirigir la maniobra de movilización cuando el resto de los compañeros estén preparados.
2. La segunda persona se encargará de manejar tronco del paciente situando sus brazos en los hombros- escápula del paciente y en cintura o pelvis del mismo.
3. La tercera persona se encargará de movilizar al enfermo de las piernas, situando sus manos en muslos y piernas del paciente.
4. La cuarta persona será la encargada de coger los correspondientes cojines para calzar al paciente para que éste, una vez movilizado, no se mueva.

Una vez situados todos en esta posición el que está situado en cabeza será el encargado de dar las órdenes de movilización cerciorándose de que todos están situados en su correspondiente puesto.

Cuando terminemos la movilización, la cuarta persona será la encargada de poner los cojines de inmovilización al paciente con el fin de que este no se mueva de la posición recomendada durante las horas que tenga que estar el enfermo en esa posición.

Cuando la movilización del paciente politraumatizado sea para cambiar al paciente de otra cama a camilla o camilla a cama siempre utilizaremos la camilla de palas o cuchara, solamente en su defecto utilizaremos la fuerza humana, pero siempre realizando la maniobra de cuchara.

La maniobra de traslado de cuchara sin camilla sería la siguiente:

Adoptaremos la misma posición que se ha descrito anteriormente, pero aquí se produce un gran cambio y es que nuestro tórax se convertirá en una camilla provisional para el paciente.

Una vez puesto en posición introduciremos nuestros brazos por espalda y piernas del paciente, siempre procurando utilizar los denominados agujeros anatómicos, que son parte posterior de cuello, cintura pélvica o coxis y fleje de las piernas.

Cuando introduzcamos nuestros brazos en sus respectivas posiciones levantaremos al paciente en peso como si nosotros fuésemos un monta cargas manteniendo siempre nuestro tórax y cuerpo del paciente en ángulo recto 90°; una vez adoptemos esta posición giraremos al paciente hasta nuestro tórax procurando que nuestros brazos sellen al paciente con nosotros, así lo podremos llevar hasta el lugar deseado siguiendo siempre las indicaciones del que está en cabeza; para situar al paciente en el lugar deseado o indicado haremos la misma maniobra pero al contrario, sin dejar caer al paciente de golpe, siempre de forma escalonada y todos por igual.

7. TÉCNICAS PARA LA MOVILIZACIÓN DE LOS ENFERMOS.

Los cambios posturales, son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado. Para realizar estos cambios, se deben seguir unas normas generales tales como:

- Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecer nuestra acción.
- Procurar realizar el esfuerzo con los músculos mayores y más fuertes (muslos y piernas).
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor, y la columna vertebral debe estar erguida.

- Es preferible deslizar y empujar, que levantar.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

8. MOVIMIENTO DEL PACIENTE A LA ORILLA DE LA CAMA.

Frenaremos la cama y la colocaremos en posición horizontal (sin angulación) retiraremos las almohadas y destaparemos al paciente (antes pondremos biombos, para preservar la intimidad del paciente).

- Nos colocaremos en el lado de la cama hacia el que queremos desplazar al paciente, y colocaremos el brazo más próximo del enfermo sobre su tórax.
- Pasaremos nuestro brazo bajo la cabeza y cuello hasta coger el hombro más lejano y con el otro brazo, agarraremos, bajo su cuerpo, la zona lumbar.
- Una vez trabado con ambos brazos, tiraremos simultáneamente y suavemente del paciente hacia la orilla de la cama.
- Una vez desplazada esta parte del cuerpo, situaremos uno de nuestros brazos bajo los glúteos y el otro bajo el tercio inferior de los mismos y procederemos a desplazar al paciente hacia la orilla de la cama.

9. MOVIMIENTO DEL PACIENTE PARA SITUARLO EN LA ORILLA DE LA CAMA.

- Colocaremos la cama en la posición de Fowler.
- Sujetaremos con una mano el hombro más lejano del paciente, pasándola por debajo de su cabeza. Con la otra mano sujetaremos las piernas pasando nuestro brazo por encima de sus rodillas.
- En un solo movimiento, debemos de elevar sus hombros y rotar su cuerpo moviendo con nuestro brazo las piernas y rodillas hasta que quede sentado con las piernas colgando en la cama.

10. TRANSPORTE MEDIANTE SILLA DE RUEDAS O CAMILLA.

Cuando la situación o el tipo de desplazamiento lo requiera, el transporte del enfermo se ha de realizar mediante la propia cama, camilla o silla de ruedas.

Si para su traslado, es necesario usar la camilla se colocará esta, paralela a la cama, poniendo el freno a ambas. Si el paciente puede desplazarse, se le ayudará a colocarse en la camilla, si no pudiera moverse se le desplazará con la ayuda de dos o tres personas, las cuales colocarán los brazos del paciente sobre su tórax, y le sujetarán colocándole uno

de los brazos bajo el cuello, otro bajo los hombros, otro bajo la cintura y otro bajo los glúteos. Primero desplazarán al enfermo al unísono, a la orilla de la cama (como vimos anteriormente) y posteriormente, de la misma forma a la camilla, donde se le colocará cómodamente, y se le tatará.

Si para el traslado fuese necesario usar una silla de ruedas, procederemos a colocarla frenada, en paralelo a los pies de la cama, sentaremos al paciente en la orilla de la misma, colocándonos frente a él. Procederemos a sujetarle por la cintura ayudándole a bajar de la cama, le desplazaremos lateralmente hasta sentarlo en la silla.

Tanto para el traslado en cama, camilla o silla de ruedas, deberemos de tener en cuenta que:

- El paciente deberá de estar bien sujeto para evitar caídas en su desplazamiento.
- Evitar situaciones donde existan corrientes de aire o en lugares donde el enfermo pueda sentirse incómodo.
- Cuando se tengan que bajar rampas, debemos situarnos en la parte inferior caminando hacia atrás, de tal forma que el paciente encamado mire hacia nosotros, y si va en silla de ruedas, mirando en la misma posición que nosotros.
- Para entrar en el ascensor, primero entran los pies de la cama y se empuja la camilla de éste la cabecera.

11. MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO DE LA CAMA A LA CAMILLA.

Movilización del enfermo de la cama a la camilla.

Va a depender toda movilización del grado de movilidad del que disponga el enfermo, por un lado, y del número de personas que intervengan en esta operación, por otro.

- Lo primero que se debe realizar es situar la camilla pegada a lo largo de uno de los lados de la cama (así entre la cama y el celador debe quedar la camilla por medio).
- Debe procederse a la retirada de ropa que cubre al enfermo.
 - a) Si el enfermo posee movilidad: puede él por sí trasladarse a la camilla con algo de ayuda por parte del celador.
 - b) Si el enfermo no tiene movilidad: dependiendo del número de celadores, pueden emplearse varias maneras:
 - *Con un solo celador.*

Se sitúa el celador al lado de la camilla (que recordemos está pegada a la cama) y tirando del enfermo hacia sí, por los hombros, en primer lugar, por las caderas en segundo, y por las piernas en tercer lugar.

Otra posibilidad es la de que el celador tire de la sabana o manta sobre la que reposa el enfermo, y tirando hacia sí, coloque a éste sobre la camilla.

- *Varios celadores.*

Uno de ellos se colocará al lado de la camilla, tirando de la sábana o manta y trayendo al enfermo hacia aquélla; mientras que el otro se situará en la cabecera de la cama y sostendrá la cabeza y hombros del paciente para protegerlo mientras dure la movilización. Luego se procede a acomodar al enfermo en la camilla, se le abriga y tapa convenientemente.

11.1. MOVILIZACIÓN DEL ENFERMO DE LA CAMILLA A LA CAMA.

- Lo primero que hay que hacer, es situar la camilla pegada a lo largo de la cama de uno de los lados de la misma.
- A continuación los celadores se han de situar en el otro lado de la cama, en donde no haya camilla.
- Luego, y dependiendo del número de personas y de la movilidad del enfermo, se puede proceder de las siguientes maneras:
 - a. Si el enfermo posee movilidad.
Puede el sólo trasladarse a la cama, con algo de ayuda por parte del celador.
 - b. Si el enfermo no tiene movilidad.

Un celador sólo, interviene: situándose en el lado de la cama sin camilla. Desde allí, estira los brazos y tira hacia sí de la sábana o manta sobre la que está situada el enfermo y atrae a éste, hacia la cama.

Varios celadores, uno de ellos se colocará a la cabecera del enfermo para sostenerle y protegerle la cabeza y los hombros, y el otro se habrá de situar en el lado de la cama sin camilla, para desde allí tirar hacia sí de la sábana o manta sobre la que está situado el enfermo y deslizarlo hacia la cama.

11.2. TRANSPORTE DEL ENFERMO EN CAMILLA.

Se han de seguir las reglas generales de transporte vistas anteriormente. Vamos a ver las reglas especiales a seguir en los siguientes casos:

- a. En el ascensor entrada:

El celador se sitúa en la cabecera del paciente, de manera que lo primero que avanza son los pies de éste. Cuando llega al ascensor debe abrir la puerta e ir introduciendo la camilla por la parte de los pies, en primer lugar.

- b. En el ascensor salida:

El celador abrirá la puerta, y comenzará a sacar la camilla por el lado de la cabeza, evitando al enfermo golpes de cualquier clase. Una vez en el pasillo, el celador girará la

camilla, se colocará en el lado de la cabeza del paciente, desde la cual empujará hacia delante, de tal manera que los pies del paciente sean los que vayan abriendo camino.

12. DEAMBULACIÓN

Cuando por motivos de tratamiento, traslado a otra unidad, etc., se ha de movilizar a un paciente, cuyas facultades para moverse independientemente se encuentran mermadas, se han de emplear medios auxiliares para realizarlo sin peligro. Si lo que se pretende es que el enfermo empiece a caminar por sus propios medios, debe ayudársele a deambular con la ayuda de andadores, muletas, etc. pero siempre acompañado.

13. MOVILIZACIÓN Y AYUDA DEL CELADOR ANTE EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Ante una urgencia psiquiátrica, en primer lugar hay que hacer un traje, es decir, decidir si existe una circunstancia que pueda ser mortal para el paciente o engendrar una situación de violencia, descartando conductas de agitación y amenaza, conductas autodestructivas y problemas médicos graves que puedan precipitar una atención inmediata.

13.1 EVALUACIÓN.

Tras descartar problemas graves, hay que buscar enfermedad somática ante cuadros delirantes, obnubilación, afasia, disartria, ataxia, sin olvidarnos descartar nunca una alteración de la glucemia.

13.2. EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA.

Antes de "entrarle" al paciente, debemos conocer su ambiente familiar y social, lugar en que se encuentra, posesión de armas u objetos potencialmente lesivos, compañía, posibilidades de ingreso y traslado y la opinión de la familia al respecto. Conviene así mismo saber si hay ayuda legal (policial o judicial) y el nivel intelectual y laboral del paciente. Con la información recogida diseñaremos tanto la entrevista como el plan de actuación a seguir.

Puntos a considerar en la exploración:

1. Aspecto general, apariencia y lenguaje. Actitud ante la entrevista.
2. Signos premonitorios de violencia o agresividad (auto o hetero).
3. Motivo de la consulta y quién la solicita. Historia de la enfermedad actual.

4. Criterio de la realidad y juicio. Versión del paciente de su presencia. Interpretación de las cosas.
5. Nivel de orientación, atención y vigilia.
6. Ideación delirante y alucinaciones.
7. Estado afectivo (depresión, ansiedad, pánico, euforia, indiferencia...).
8. Antecedentes médicos y psiquiátricos. (ingresos, tratamientos...).
9. Antecedentes familiares (alcohol, psicosis, trastornos afectivos, demencia).
10. Historia anterior y evaluación actual de consumo de responder a las siguientes preguntas:
 - a. Factores orgánicos que concurren.
 - b. Riesgos de agresividad (auto y/o hetero).
 - c. Predominio de síntomas.
 - d. Reacción que vamos a tener ante el tratamiento y/o el traslado.

13.3. PLAN DE ACTUACIÓN.

Una vez evaluado al paciente debemos decidir su tratamiento y su traslado si lo necesita, y en ese caso, decidir a dónde va a ser trasladado, manteniendo siempre unos criterios de ingreso, los cuales serán:

- a. Trastorno somático que actúa como agente casual.
- b. Agitaciones psicóticas (brotes esquizofrénicos y maníacos fundamentalmente).
- c. En todas aquellas situaciones que si bien son controlables ambulatoriamente (familiar o médico), no existe tal control.
- d. Posibles suicidas. Especialmente los psicóticos, los que están bajo la influencia de alcohol o drogas, especialmente alucinógenos, los que mantienen ideación, intención o depresivos graves.

En primer lugar, nos presentaremos, explicándole si es necesario, el motivo por el que estamos allí, para después pedirle que nos cuente lo que pasa. Ante todo debemos mantener una actitud tranquilizadora encaminada a absorber el temor y la ansiedad del enfermo y mantener también una actitud firme y segura expresando lo que queremos, o lo que queremos que él crea de un modo directo, claro y lo más honesto posible, además de mostrar respeto hacia nuestro paciente y no dañar su autoestima. Esta actitud firme y segura sirve tanto para marcar límites a la conducta anormal del paciente, como para darle referencia externa de seguridad y de orden cuando él sólo no puede conseguirla.

Siempre que sea posible, no estaremos solos ante el enfermo, ni nos situaremos entre una puerta de escape y el paciente, lo que puede dar sensación de encierro.

Si creemos que hay riesgo suicida, no dejar nunca al enfermo solo, incluso si no existe tal riesgo, hasta que el paciente no esté bien evaluado, no se le debe dejar sólo, bajo ningún concepto.

En estos casos de riesgo suicida conviene empezar la entrevista con preguntas generales sobre el estado afectivo (tristeza, aflicción) y expectativas de futuro (pesimismo) sin olvidar recoger información sobre métodos, planes y circunstancias del intento/os si los ha habido, ya que hay que terminar hablando directamente con él sobre su problema sin tapujos. En estos pacientes hay que plantearse rescatar expectativas (rescatar áreas favorables, aumentar su autoestima, elaborar junto con él una estrategia realista para afrontar su situación crítica) y demostrar al paciente que cuenta con un apoyo emocional (de profesionales, familiares o personas significativas).

La conducta suicida puede surgir en cualquier categoría diagnóstica, desde los trastornos de personalidad, hasta las psicosis, pasando por los trastornos orgánico-cerebrales y por lo tanto es importante explorar en todo interrogatorio acerca de pensamientos o intenciones suicidas. Si bien no hay predictores seguros, sí hay criterios indicativos de gravedad:

1. Potencia letal del intento: a mayor agresividad del intento, peor pronóstico. ¿estaba convencido el paciente de que el método funcionaría? ¿había hecho alguna maniobra financiera de despedida? (testamento, seguro de vida, donaciones de bienes...).

2. Posibilidad de rescate o ayuda: si ingiere tabletas y lo comunica, inmediatamente resta importancia por el momento al intento.

3. Historia familiar o personal de conducta suicida. Esto empeora el pronóstico.

4. Trastorno psiquiátrico: si el paciente está psicótico (delirante o alucinado) o intoxicado por alcohol o drogas, el pronóstico es peor.

5. Otros factores: el riesgo aumenta con la edad, divorcio o viudedad, sexo (varones más intentos graves, mujeres más tentativas), trastorno físico grave, desempleo, soledad, aniversarios, despidos etc.

14. TIPO DE REDUCCIÓN DEL PACIENTE PSQUIÁTRICO.

Existen tres tipos de reducción del paciente agitado o que se resiste al traslado: la reducción verbal, la física y la farmacoterapia.

14.1. REDUCCIÓN VERBAL.

Las técnicas de reducción verbal son un proceso de comunicación entre dos o más interlocutores por medio de la cual actúan cada uno con sus propios objetivos, emitiendo

simultáneamente mensajes verbales y no verbales e influyéndose recíprocamente a lo largo de la interacción.

Ante todo los objetivos que nos hemos planteado son los que tienen que guiar y orientar nuestras acciones: debemos mantener las pautas para la entrevista que mencionamos antes, constituyéndonos en personas dignas de confianza, ser recompensante ante actitudes positivas, establecer una buena alianza con el paciente implicándole activamente, identificando sus competencias, cualidades y habilidades, intentando producir sentimientos de auto eficacia, con lo que conseguiremos en el paciente el deseo de comunicarse con nosotros.

Evitar acusaciones, amenazas, y/o exigencias así como los mensajes "tú": no cortar la conversación ni poner etiquetas, ni generalizar ("siempre") no dar consejos prematuros o no pedidos.

Hablar con claridad sin emplear palabras técnicas. Se debe escoger a ser posible, el mejor momento y lugar para la conversación, escuchar activamente, hacer preguntas abiertas y específicas, pedir peticiones de parecer "qué le parece que podríamos hacer" "me gustaría saber su opinión sobre.." declaraciones de deseos con mensajes "yo" ...

Aceptar críticas y porqué no, usar el sentido del humor cuando creamos que el paciente lo aceptará.

En cuanto al mensaje no verbal, hay que tener cuidado con las manos y no movilizarlas en actitud amenazante, respetar el círculo de seguridad del paciente, no hacer movimientos rígidos, rápidos ni bruscos, y mantener con el cuerpo, el tono de la voz y la conversación un ritmo relajante.

Ante una actitud verbalmente hostil, nos encontraremos con varias fases o estados:

1. Fase racional: la mayor parte de los pacientes suelen ser razonables, manteniendo un nivel emocional adecuado para discutir cualquier problema.

2. Fase de disparo o salida: ocurre cuando se acumulan las irritaciones o enfados y un incidente imprevisto hace su aparición disparándose emociones y sentimientos. Cualquier intento por hacer entrar en razón a la persona en ese momento suele fracasar, lo mejor es escuchar.

3. Fase de enlentecimiento: si no hay provocaciones anteriores, la reacción de hostilidad acaba por no tener más energía y comienza a venirse abajo.

4. Fase de afrontamiento: en este momento, la persona que ha estado escuchando al paciente puede intervenir y decir algo. Decir algo empático reconociendo el estado emocional puede contribuir a que éste se extinga y aparezca una fase de calma.

5. Fase de enfriamiento: si se ha dicho algo empático, la persona se enfriará y llegará a calmarse.

6. Fase de solución: la persona retorna al nivel racional del que salió. Es el momento adecuado para afrontar el problema.

En resumen, para afrontar cualquier hostilidad, hay que intentar:

- Escuchar.
- Empatizar.
- Preparar la situación.
- Ser recompensante.
- Expresar sentimientos.
- Emplear mensajes "yo".

Los cinco primeros reducen la hostilidad, los dos últimos pretenden hacer ver al paciente el daño que puede producir su hostilidad en las relaciones interpersonales.

Ante estos pacientes debemos reconocer su irritación, y hacerle ver que se les comprende, escuchar cuidadosamente antes de responder, si es posible hablar con él en privado, sentarse, pues aunque a veces puede resultar difícil, si logramos hacerlo sentar a nuestro lado podremos mantener una actitud conciliadora a la vez que al estar sentado impedimos una libertad de movimientos que nos protegería ante una hipotética agresión; mantener un tono de voz calmado y bajo, reservarse los propios juicios sobre la persona, expresar sentimientos después del incidente, ayudar a la persona a afrontar su error cuando percibe su mal comportamiento, y pedir ayuda cuando no podamos afrontar la situación.

Nunca tratar de calmarlo en la fase de disparo o en la de enlentecimiento, no escuchar, elevar el volumen, hacerse el experto, argumentar y razonar acerca de las ventajas de comportarse bien, avergonzarlo por su comportamiento, y continuar intentándolo después de percibir nuestro fracaso.

14.2. REDUCCIÓN FÍSICA.

La reducción física debe de ejecutarla la autoridad policial, el personal de la ambulancia psiquiátrica si la hubiera, y en último momento el personal sanitario, siempre en colaboración con alguien, no sólo por los peligros que conlleva la reducción en sí, para lo que estamos preparados al no conocer las distintas técnicas de reducción, sino porque, el personal sanitario es que va a tener que "ganarse" posteriormente al paciente, siendo por lo tanto preferible no crear sentimientos animadversos contra dicho personal.

Cuando el paciente advierte un número grande de personas dispuesto a reducirlo, por lo general se somete y una vez reducido, es el personal médico quien decide el momento de quitar las sujeciones, que se harán escalonadamente y nunca frente a promesas de buen comportamiento.

14.3. REDUCCIÓN FARMACOLÓGICA.

Aún cuando tengamos al paciente indefenso, inmovilizado ante nosotros y podamos administrarle un medicamento para dormirlo o relajarlo, debemos intentar siempre que se pueda, convencerlo para que nos dé permiso para administrárselo, manteniendo siempre una actitud respetuosa ante su persona (a veces nos las ha hecho pasar tan mal que es verdaderamente difícil).

Siempre que reduzcamos químicamente a un paciente, este pasará a ser nuestro, y bajo ningún concepto dejaremos que se traslade en una ambulancia, no medicalizada, después de haberle sido administrado algún fármaco intravenoso.

El único objetivo que debemos plantearnos ante una reducción farmacológica es la posible complicación que supone el traslado de un paciente reducido mecánicamente, y por tanto agitado, y las ventajas que para el paciente conlleva el ser trasladado dócilmente relajado y dormido, evitando incluso posibles lesiones. Pero dado que los fármacos que empleamos para lograr este objetivo, son potencialmente letales (básicamente haloperidol, midazolam) es conveniente ir en un medio de transporte que disponga de medios y personal preparado para afrontar las posibles complicaciones yatrogénicas que puedan surgir.

La reducción farmacológica puede ser de dos tipos:

Paliativa (al paciente se le administra por vía oral o intramuscular un medicamento que le reduce parcialmente su estrés, ansiedad, angustia, agitación o agresividad para que el traslado sea más llevadero).

Resolutiva (mediante la cual al paciente se le administra un fármaco generalmente por vía intravenosa para que el traslado se haga en una unidad medicalizada con el mismo fin).

14.4. TRASLADO PSIQUIÁTRICO.

El traslado psiquiátrico una vez decidido, debe hacerse en uno de estos tres medios:

Ambulancia convencional: siempre que tengamos claro que el paciente no es o va a convertirse en un paciente agresivo, el traslado es voluntario, y el paciente va a ser acompañado por un familiar o alguien detrás.

Ambulancia psiquiátrica: específicamente preparada para trasladar pacientes psiquiátricos. No suelen llevar camilla, sino una silla fuertemente anclada al suelo, y provista de sujeciones amplias a la cabeza, tórax, brazos y antebrazos, abdomen, muslos y piernas, así como el acolchamiento adecuado de las sillas y las paredes del habitáculo. El personal de la ambulancia solo se dedicará al traslado de estos pacientes, y estará entrenado en técnicas de reducción verbal y física, así como dispondrá de medios de protección adecuados (cascos, chalecos antibala y antipinchazos, escudos etc.).

Ambulancia medicalizada: será una medicalizada normal, que en este caso se utilizará para trasladar a un paciente relajado o dormido, pero que irá sujeto a la camilla pudiendo acompañar al personal sanitario, personal policial o auxiliar.

El traslado debe hacerse siempre hacia un hospital que tenga urgencias psiquiátricas disponibles, y a ser posible, con el traslado aceptado y la cama confirmada.