

Menú ▾

Atención del celador al paciente con alteraciones en la movilización.

[Capítulos \(contenidos.php?indice=1&\)](#) [Contenidos \(contenidos.php?\)](#) [Multimedia](#)[Imprimir/Descargar](#)[Crear marcador para este contenido ★](#)[< ANTERIOR](#)[SIGUIENTE >](#)

MÓDULO 2. Atención del celador al paciente encamado: posición anatómica, alineamiento corporal y cambios posturales

MÓDULO 2

ATENCIÓN DEL CELADOR AL PACIENTE ENCAMADO: POSICIÓN ANATÓMICA, ALINEAMIENTO CORPORAL

Existen distintas posiciones en las que puede estar un paciente situado, varían principalmente en el objetivo principal que posean. Nos encontramos con posiciones empleadas para dar comodidad al paciente que se encuentra

encamado y evitarle lesiones. En otras ocasiones emplearemos otra posición para realizar al paciente una exploración concreta o cuando es sometido a una intervención quirúrgica.

Las principales posiciones en las que el celador podrá colocar al paciente son las siguientes:

DECÚBITO SUPINO O DORSAL

El paciente está tumbado sobre su espalda, con los brazos y piernas extendidas. La cabeza, los hombros, los brazos, el tronco, la pelvis y las extremidades inferiores están alineados. La espalda está en contacto con la superficie. Colocaremos:

Almohadas debajo del cuello y los hombros para evitar la hiperextensión del cuello.

Almohadas debajo de la zona lumbar para conservar la curvatura normal del cuerpo.

Toalla debajo de la cadera y los muslos para evitar la rotación del fémur.

Toalla debajo del tercio inferior del muslo para levantar el hueco poplíteo.

Almohada en los pies para elevar los talones y evitar la flexión plantar.



Las indicaciones básicas de esta posición son:

Exploraciones médicas.

Intervenciones quirúrgicas.

Postoperatorio.

Permanencia en cama.

Posición dentro de un plan de cambios posturales.

DECÚBITO PRONO O VENTRAL

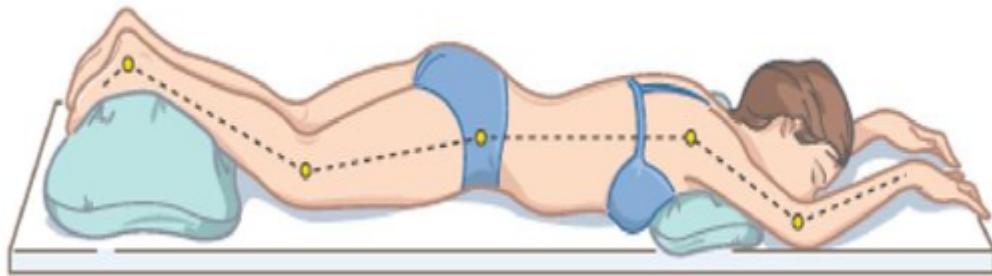
El paciente está tendido sobre el pecho y el abdomen, con las piernas extendidas y la cabeza girada hacia un lado. Los brazos pueden estar flexionados, extendidos o a los lados de la cabeza. Colocaremos:

Almohada debajo de la cabeza.

Toalla debajo de los hombros.

Toalla debajo del diafragma para facilitar la respiración y disminuir la presión de las mamas.

Almohada debajo del tercio inferior de las piernas para evitar el pie equino.



Sus principales indicaciones son:

Exploraciones médicas.

Intervenciones quirúrgicas.

Postoperatorio.

Permanencia en cama.

Posición dentro de un plan de cambios posturales.

DECÚBITO LATERAL

El paciente está acostado sobre el lado derecho o el izquierdo. El brazo del lado donde está recostado (brazo inferior) se dobla en ángulo recto y el otro (brazo superior) se extiende a lo largo del cuerpo.

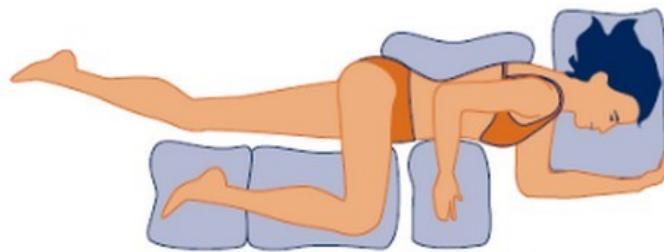
El miembro inferior del lado donde está acostado el paciente (pierna inferior) está extendido o ligeramente flexionado; el otro miembro (pierna superior) se flexiona por la cadera y la rodilla formando un ángulo recto. Colocaremos:

Almohada debajo de la cabeza para alinear el cuerpo.

Almohada debajo del brazo superior.

Almohada debajo de la pierna superior y el muslo

Almohada detrás de la espalda para alinear el cuerpo.



Está indicado en las siguientes situaciones:

Administrar enemas.

Permanencia en cama.

Posición dentro de un plan de cambios posturales.

FOWLER

El paciente está semisentado y la cabeza y el tronco están elevados de 45 a 90 grados. Las piernas están ligeramente flexionadas. Siendo Semifowler de 30 a 45 grados y fowler alto en los 90 grados. Colocaremos:

Almohadas detrás de cuello y hombros.

Almohada detrás de la zona lumbar.

Almohada debajo de manos y antebrazos para evitar la tensión en los hombros cuando el paciente no usa los brazos.

Almohadas debajo y a los lados de la parte alta de los muslos.

Almohada debajo de los tobillos.



Colocación de cojines o apoyos en posición de Fowler



Fowler

Sus principales empleos son para:

Técnicas y exploraciones diversas.

Pacientes con problemas cardíacos.

Pacientes con problemas respiratorios.

Favorecer el drenaje tras operaciones abdominales.

Ideal para ver la T.V., comer, leer, recibir visitas.

Posición dentro de un plan de cambios posturales.

SIMS O SEMIPRONA

Es una posición intermedia entre el decúbito lateral y el decúbito prono. El brazo inferior se extiende hacia atrás y algo separado del cuerpo mientras que el brazo superior se flexiona y acerca a la cabeza. La pierna inferior está

semiflexionada por la rodilla y la pierna superior se flexiona por la rodilla y la cadera.

Almohada debajo de la cabeza.

Almohada debajo del hombro y brazo superior.

Almohada debajo del muslo y de la pierna superior.



Se emplea principalmente para:

Administración de enemas.

Administración de medicamentos por vía rectal.

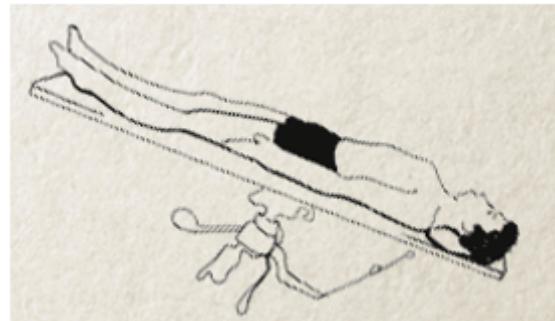
Exploraciones vaginales y rectales.

Colocación de pacientes inconscientes.

Posición dentro de un plan de cambios posturales.

TRENDELEMBURG

El paciente está en decúbito supino en un plano oblicuo sobre la horizontal de 45 grados, con la cabeza más baja que los pies. Se emplea una almohada debajo de la cabeza.



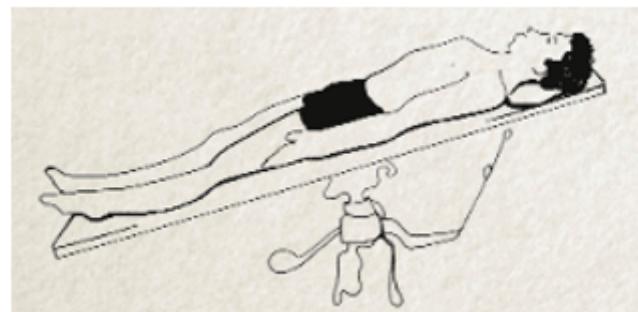
Sus principales indicaciones son:

Cirugía del abdomen inferior y pelvis.

Situaciones que necesiten gran aporte sanguíneo.

ANTITRENDELEMBURG

O también llamada posición de Morestin o Trendelenburg inversa. Se diferencia de la anterior en que la inclinación está al revés y por tanto, la cabeza está más alta que los pies. Se emplea una almohada debajo de la cabeza.



Sus principales indicaciones son:

Pacientes con problemas respiratorios.

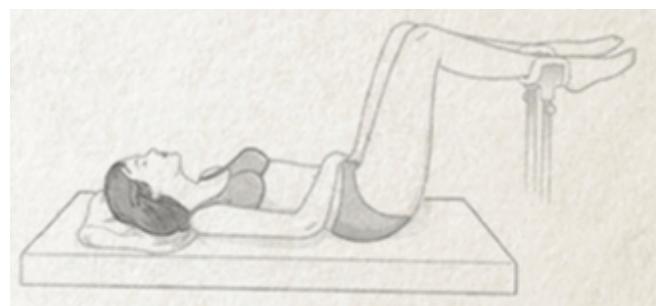
Pacientes con hernias de hiato.

Cirugía de cuello, cara y cráneo.

Intervenciones abdominales.

GINECOLÓGICA O LITOTOMÍA

La paciente está acostada boca arriba, con las piernas flexionadas y las rodillas separadas. Si se efectúa en la cama, los pies se apoyan sobre el colchón y si se realiza en una cama ginecológica, las piernas se elevan y apoyan en unos estribos. Se coloca una almohada debajo de la cabeza.



Se emplea para:

- Exploraciones ginecológicas.
- Intervenciones genitales.
- Partos.
- Cirugía rectal.
- Lavado genital.
- Sondaje vesical.

GENUPECTORAL O MAHOMETANA

Se llama mahometana al ser una posición similar a la que adoptan los mahometanos en sus prácticas religiosas. El paciente está de rodillas sobre la cama, con los brazos cruzados y apoyados en el colchón. La cabeza está sobre los brazos. No es preciso colocar ninguna almohada.



Se emplea fundamentalmente para:

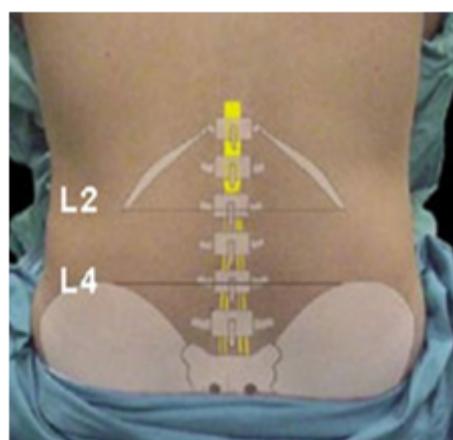
Exploraciones rectales.

Técnicas rectales.

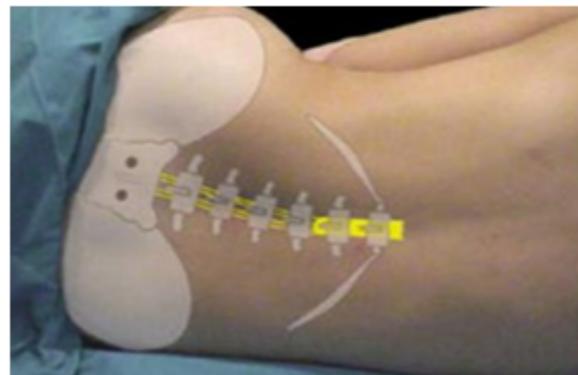
POSICIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR

El paciente se encuentra en posición lateral con las caderas y rodillas flexionadas. La espalda está recta y el cuello se flexiona para acercar la cabeza a las rodillas. Se aconseja colocar una almohada bajo la cabeza. Hay otra posición alternativa, donde el paciente se sienta en el borde de la cama, que explicamos en las siguientes figuras.

Posición sentado. Posición alternativa. Para localizar exactamente la línea media en pacientes con obesidad, espondilosis lumbar, artritis anquilosante, se sentará al paciente en el borde de la cama, con la cabeza apoyada sobre dos almohadas voluminosas colocadas en un soporte que sobrepase el borde de la cama.



Posición tumbada. Decúbito lateral, con la espalda en el borde de la cama y rodillas, caderas, espalda y cuello flexionados al máximo (posición fetal). Espalda y pelvis perpendiculares al plano de la cama. Soporte bajo la cabeza y, si fuera necesario, entre la cresta ilíaca y el reborde costal inferior, para mantener la espina dorsal paralela al plano horizontal.



POSICIÓN DE ROSER O PROETZ

El paciente está tumbado sobre su espalda, con los hombros en el extremo superior de la cama. Los brazos están a lo largo del cuerpo y la cabeza sobresale de la cama. Se coloca una almohada debajo del cuello. Está recomendada en:

Operaciones de las vías respiratorias.

Exploraciones.

Lavado del cabello.



2.1. CAMBIOS POSTURALES

2.1.1. POSICIONES DEL PLAN DE CAMBIOS POSTURALES

Los cambios posturales son los cambios realizados en la postura corporal del paciente encamado. Son parte de la medicina preventiva. En estos cambios se usan almohadas, toallas, cojines, sábanas, topes, sacos de arena u otros accesorios que completan la acomodación.

En pacientes encamados, generalmente ancianos, son muy importantes a la hora de proporcionarles confort y de prevenir la aparición de úlceras por presión. Los cambios posturales los puede ejecutar cualquier persona que haya aprendido a manejarlos. Cuando un paciente encamado llega a la unidad de hospitalización, el graduado en enfermería, junto con el celador, en la valoración inicial que hace al paciente, incluirá la necesidad de cambios posturales y la frecuencia de éstos.

Las posiciones que más se usan en un plan de cambios posturales son:

Decúbito supino. el paciente se encuentra tumbado sobre su espalda, con los brazos y piernas extendidos.

Decúbito dorsal, decúbito prono. el paciente rebosa sobre el abdomen, con las extremidades extendidas y la cabeza girada hacia un lado.

Decúbito lateral. El paciente se encuentra reposando sobre uno de los laterales del cuerpo, con la espalda recta y los brazos flexionados próximos a la cabeza. La pierna que reposa sobre la cama, se encuentra ligeramente flexionada y la otra permanece flexionada a la altura de la cadera.

Posición de Fowler. Posición de semisentado con las rodillas ligeramente flexionadas y el respaldo de la cama formando un ángulo de 45 grados.

Por lo tanto, los cambios posturales, son las modificaciones realizadas en la postura corporal del paciente encamado y se realizarán alternando cada 2-3 horas. Para realizar estos cambios, se deben seguir unas normas generales tales como:

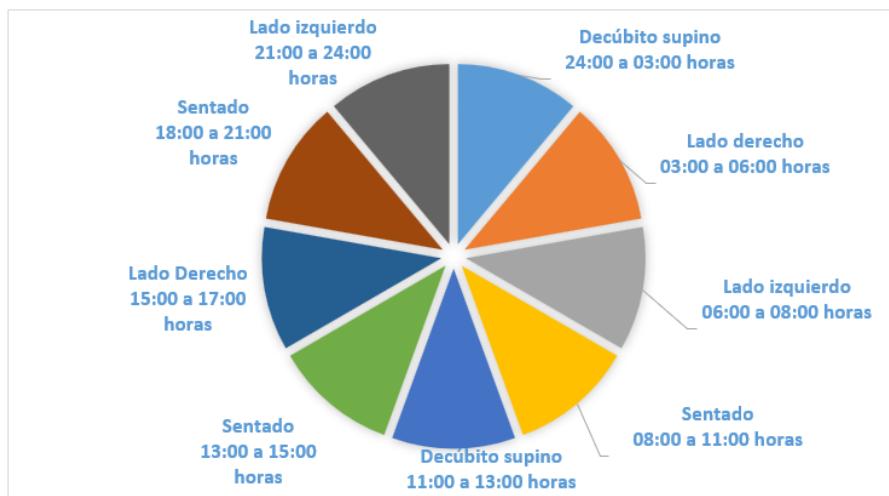
Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquellos elementos que puedan entorpecer nuestra acción.

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, la columna vertebral debe estar erguida.

Es preferible deslizar y empujar, que levantar.

Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.



2.1.2. ÚLCERAS POR PRESIÓN

2.1.2.1. CONCEPTO DE PIEL

La piel constituye el mayor órgano funcional del cuerpo humano, con una extensión de 1,5 a 2 metros cuadrados en un adulto medio y con un peso aproximado de 3Kg. Desempeña una gran diversidad de tareas, siendo su principal función la de protección y comunicación.

Con un proceso de renovación incesante, las capas más externas se desprenden conforme las nuevas células son producidas por capas más internas. Este proceso suele durar entre 4 u 8 semanas y se denomina queratinización.

Es muy importante conocer nuestra piel para saber cuidarla y protegerla ante las sustancias químicas dañinas y la gran variedad de microorganismos existentes, con el fin de prevenir posibles enfermedades y lesiones dérmicas. No podemos olvidar que la piel humana es el lugar de asentamiento de innumerables bacterias, con lo cual si hay afectación en algún lugar de la piel tendremos una gran entrada de agentes patógenos. Una piel en buenas condiciones e higiene ayuda a un correcto estado de salud.

La piel es una estructura flexible que reacciona a estímulos y con capacidad para auto-repararse. Cuando la piel se ve gravemente dañada por una enfermedad o quemadura, a menudo el cuerpo no puede actuar con suficiente rapidez como para compensar el daño por sí mismo, y por esta causa, las víctimas de quemaduras severas pueden morir de una infección o de una pérdida excesiva de plasma. Por ello, se desarrollaron originalmente los injertos de piel como medio de evitar estas consecuencias.

CAPAS DE LA PIEL

La piel está compuesta por tres capas:

Epidermis. Es la capa más superficial de la piel. Además de ser un epitelio escamoso estratificado, procede del ectodermo, no tiene vasos ni nervios y se compone normalmente de varias capas celulares (capa cornea, estrato granuloso, estrato espinoso o Malpighi, capa basal o germinativa).

Funciona como barrera estructural, vigilancia y respuesta inmune y fabricación de pigmentos para proteger a la persona de los rayos ultravioleta.

Dermis. Es la capa media de la piel. Compuesta de tejido conjuntivo grueso, su función será la de nutrición y defensa de la epidermis, reparación de heridas, homeostasis y producción de enzimas de degradación.

Realiza el mantenimiento del sistema vascular cutáneo, presentando vasos sanguíneos, terminaciones nerviosas y glándulas sudoríparas. Forma un enorme depósito de agua, sangre y electrolitos. Es muy rica en células (fibroblastos, mastocitos e histiocitos).

Hipodermis o tejido celular subcutáneo. Proporciona a la piel una gran flexibilidad, un aislamiento térmico eficaz y es una gran reserva nutritiva para el organismo. Se trata de la capa más interna, presentando unas células llamadas lipocitos encargadas de crear la grasa cutánea o también llamado tejido adiposo.

La hipodermis está muy vascularizada, y contiene gran cantidad de terminaciones nerviosas.

Sus funciones son la de protección contra agresiones externas y traumatismos moderados, protección de la pérdida de calor, da textura a la piel y proporciona sostén a los músculos.

Está formada tanto de tejido adiposo como de conjuntivo.

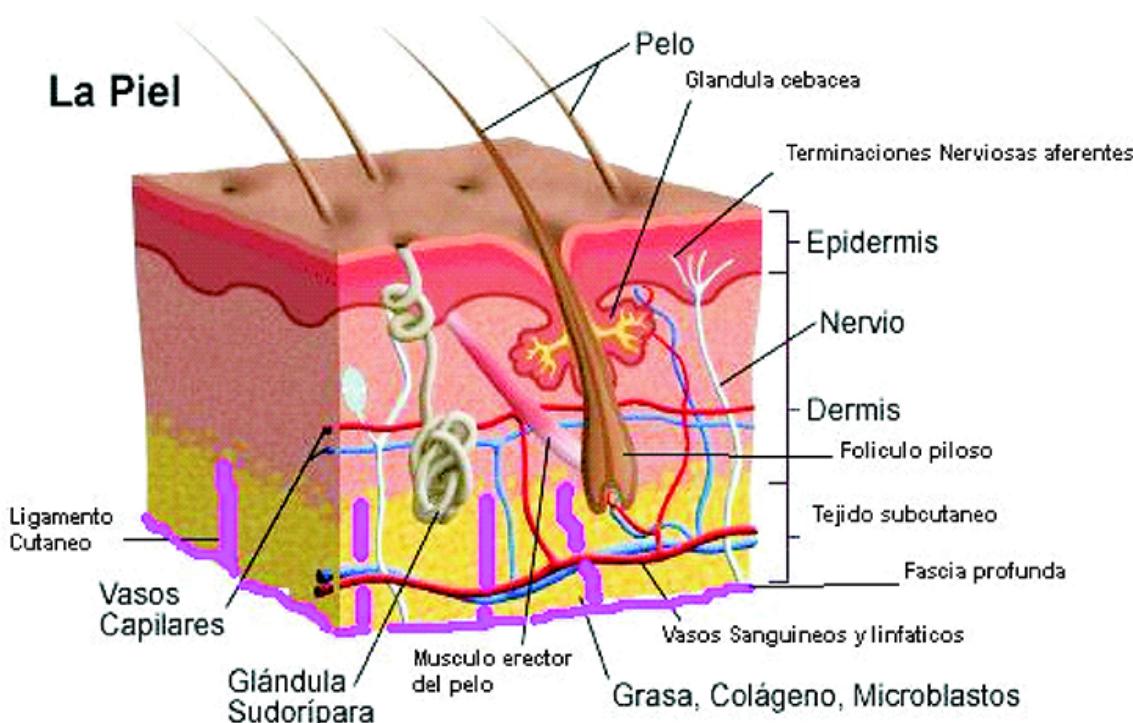
Además, la piel presenta anejos cutáneos como el pelo, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas ecrinas y glándulas apocrinas, que tienen unas funciones muy importantes.

El pelo realiza una función de protección mediante diferentes maneras. Forma una barrera física, microbiana y química. Se desarrolla a partir del folículo piloso. No aparece en mucosas, palmas de las manos y plantas de los pies, pero sí en el resto de la superficie corporal.

Las glándulas sudoríparas ecrinas presentan una secreción merocrina (el producto de secreción es liberado sin pérdida de sustancia celular), y se encuentran por casi toda la superficie corporal, con más presencia en las plantas de los pies y palmas de las manos. Su regulación nerviosa es de tipo adrenérgica.

Las glándulas sudoríparas apocrinas presentan una secreción apocrina (el producto de secreción es expulsado con una parte de la célula en la que ha sido acumulado). Su regulación nerviosa es de tipo adrenérgica. Su secreción va dirigida al conducto piloso y aparecen en mamas, axilas y genitales.

Las glándulas sebáceas impermeabilizan la piel a través de la secreción holocrina de una sustancia llamada sebo. Su desembocadura también es en el conducto piloso. Su regulación es hormonal.



FUNCIONES DE LA PIEL

Las funciones de la piel son muy diversas. Esta sirve para evitar daños en órganos internos constituyendo como una armadura. Además, una piel limpia tiene menos cantidad de bacterias, por lo que las infecciones y el contagio de enfermedades es menos probable.

Evita la pérdida de calor y de agua, y regula la temperatura corporal mediante las glándulas sudoríparas y los capilares de la piel. Si percibe frío los capilares se contraen, por lo que perdemos menos calor debido al menor flujo de sangre. Si percibe calor los capilares se dilatan, aumentando la excreción del sudor a través de las glándulas sudoríparas, el cual se evaporará arrastrando el calor y produciendo enfriamiento.

La piel utiliza un mecanismo especial que elimina agua con deshechos denominado sudor a través de la transpiración, eliminando toxinas. El sudor está compuesto por una gran cantidad de cloruro de sodio además de urea, amoniaco, ácidos grasos y ácido láctico en un porcentaje menor.

La cicatrización es un proceso natural que posee nuestro organismo para regenerar los tejidos de la piel, mediante sucesivos fenómenos bioquímicos complejos, cuya finalidad es reparar el daño producido. Más adelante hablaremos de las etapas de la cicatrización más detenidamente.

La función inmunológica que lleva a cabo es muy importante y la desempeña a través de las células centinelas de la piel llamadas células Langerhans, que realizan la vigilancia inmunológica cutánea e inician la respuesta inmune. Más adelante hablaremos de la respuesta inmunológica más detalladamente.

Contribuye a la síntesis de la Vitamina D o Calciferol, tan importante para el crecimiento y desarrollo corporal, además de participar en la regulación de calcio en sangre, y depende de la exposición a los rayos solares y de la intensidad de pigmentación de la piel.

Nos protege contra la radiación ultravioleta. Si esto no fuera así la radiación sería letal. Por eso es importante cuidar y ayudar a la piel con lociones o cremas especiales en caso de exposición al sol.

Otra de las funciones de la piel es su función social importante mediante el tacto, el olor corporal, la belleza, etc. Además, presenta unos receptores que desarrollan cierta información, llamada sensibilidad, y que puede ser de tipo táctil, térmica o dolorosa.

Por lo tanto, podemos resumir las funciones de la piel en las siguientes:

Frontera con el mundo exterior, actúa como una barrera o protección mecánica.

Control de líquidos.

Regulación de la temperatura corporal.

Reparación tisular y cicatrización de heridas.

Comunicación con el medio que nos rodea. Sensibilidad.

Función inmunológica mediante las células de Lagerhans.

Síntesis vitamina D.

Mecanismo de secreción y excreción.

Control hemodinámico mediante cambios vasculares periféricos para.

Fotoprotección.

2.1.2.2. ÚLCERAS POR PRESIÓN - UPP

Definimos las úlceras por presión como toda lesión de la piel, producida secundariamente por una presión mantenida sobre un plano o prominencia ósea o por la fricción, cizalla o combinación de las mismas dando lugar a un proceso de isquemia, que puede afectar y necrosar zonas de la epidermis, dermis e incluso músculo y hueso. La cifra de presión máxima capilar es de 16-32mmhg aproximadamente. Si se supera esta cifra en un área concreta durante un intervalo prolongado se producirá una isquemia que si no se disminuye se originará muerte celular y necrosis.

Las presiones de cizallamiento producen una angulación en los vasos sanguíneos locales, originándose hipoxia y hipoperfusión.



Las úlceras por presión son un problema común en el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas, sobre todo ancianos o personas con movilidad limitada, con importante morbi-mortalidad, repercusión económica y social. Lo más importante es que ya sabemos que un altísimo porcentaje de ulceras son evitables y por ello es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos. Las causas que desencadenan la aparición de estas lesiones pueden ser, en la mayoría de los casos detectadas con antelación. Identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas.

ÚLCERAS POR PRESIÓN IATROGÉNICAS

Debemos distinguir un tipo de úlceras por presión denominadas iatrogénicas. Estas tienen que ver con la calidad asistencial de los cuidados sanitarios en los hospitales a consecuencia de la utilización de mecanismos de presión y roce como las sondas, mascarillas, cánulas nasales, etc.

Las zonas más comunes en las que aparecerán este tipo de úlceras por presión serán:

Orejas a causa de las mascarillas, gafas nasales, etc.

Zona genital por la utilización de la sonda vesical.

Nariz, boca, cara u orejas por causa de la colocación de la sonda nasogástrica, mecanismos de aspiración, gafas nasales o dispositivos de oxigenoterapia.

Zonas de apoyo que se someterán a presión a causa de férulas, escayolas o vendajes que porte el paciente.

Será importante por parte de personal sanitario en contacto con el paciente su prevención inspeccionando, observando y valorando las zonas de alto riesgo que hemos nombrado y cambiar los mecanismos de presión diariamente así como su higiene.

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La causa principal de las úlceras por presión es la presión ejercida y mantenida sobre una prominencia ósea y un plano duro (silla, sillón, calzado, etc.), que origina una isquemia de la membrana vascular. La isquemia que se produce de forma local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación de la zona (eritema), extravasación de los líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Producíndose muerte celular y necrosis si no se revierte esta situación. Por lo tanto las principales causas que ocasionan una úlcera por presión son:

Presión continua.

Tiempo de inmovilidad.

Cambios de posición incorrectos.

Presencia de zonas de mayor presión por deslizamiento.

Por eso las personas con más riesgo de padecerlas son aquellas que tienen alguna de las siguientes características:

Edad avanzada.

Incontinencia urinaria o fecal.

Inmovilidad continua.

Bajo nivel de consciencia.

Tratamientos de larga duración (Corticoides y citostáticos).

Alteraciones vasculares y cardíacas.

Alteraciones respiratorias y metabólicas.

Sujeciones mecánicas.

Ausencia de apoyos psicosociales.

Debemos considerar 2 grandes grupos de riesgo de pacientes que pueden presentar la formación de las UPP: los ancianos y pacientes con lesión medular o parálisis cerebral. También debemos vigilar a los pacientes que cumplan al menos una de estas características:

Intervención quirúrgica mayor a 10 horas.

Aparición de isquemia independientemente de la causa.

Periodos de hipotensión prolongada.

Pruebas diagnósticas invasivas que requieren reposo de 24 horas.

Pacientes con una desnutrición proteica.

Déficit de vitamina A, C y de Zn.

Escasa hidratación cutánea.

Colocación incorrecta de los pañales.

Pacientes de UCI.

Ángulo del cabezal de la cama superiora 30º.

En la formación de las úlceras por presión tiene más importancia la continuidad en la presión, incluso aunque esta sea moderada, más que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas pero durante cortos períodos de tiempo.

Se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales, esto significa, que para producir la lesión, a mayor tiempo se necesita menor presión.

Hay muchos factores fisiopatológicos que tenemos la obligación de valorar y vigilar por que pueden dar lugar a UPP o ayudar a su aparición:

Alteraciones del estado de conciencia.

Deficiencias motoras: paresia, parálisis.

Deficiencias sensoriales: Neuropatías, pérdida de la sensación dolorosa.

Alteración de la eliminación (urinaria/intestinal).

Lesiones cutáneas: Edema, sequedad, falta de elasticidad.

Trastornos en el transporte de oxígeno: vasculares periféricos, estasis venoso, trastornos cardiopulmonares.

Deficiencias nutricionales.

Trastornos inmunológicos.

Otros factores que influyen en la aparición de las úlceras por presión son los derivados de tratamientos, terapias y procedimientos:

Inmovilidad impuesta como las escayolas, tracciones, respiradores, etc.

Fármacos de acción inmunosupresora, radioterapia, corticoides, citostáticos.

Sondajes con fines diagnósticos o terapéuticos.

También se deben tener en cuenta los factores relacionados con las condiciones personales, ambientales, hábitos o del entorno:

Inmovilidad por dolor, fatiga, estrés.

Arrugas en ropa de cama, camisón.

Deterioro de la imagen del individuo durante la enfermedad.

Falta de educación sanitaria a los pacientes.

Falta de unificación de criterios en manejo de las UPP.

Falta o mala utilización del material de prevención.

Desmotivación profesional por falta de formación e información.

Sobrecarga de trabajo del profesional.

Hábitos higiénicos inadecuados o insuficientes.

Bajo nivel económico.

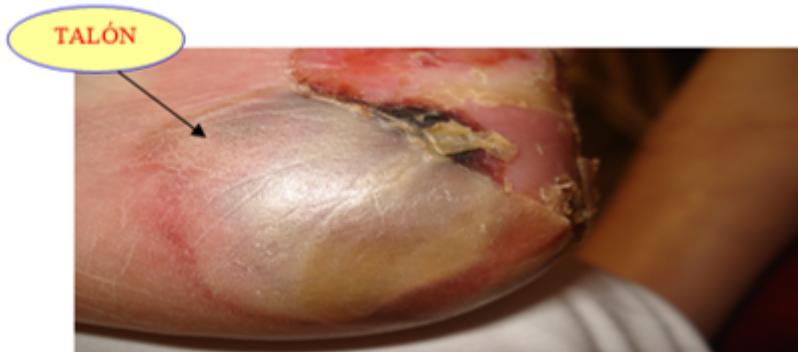
PRESIÓN

Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él. La presión hidrostática de capilares cutáneos es de 16-32 mmHg. Toda presión que supere esta cifra puede producir daño isquémico.



FRICCIÓN

Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres. En el paciente encamado o sentado, con el roce de las sábanas o superficies rugosas producen fuerzas de fricción, sobre todo en las movilizaciones, al arrastrar al paciente.



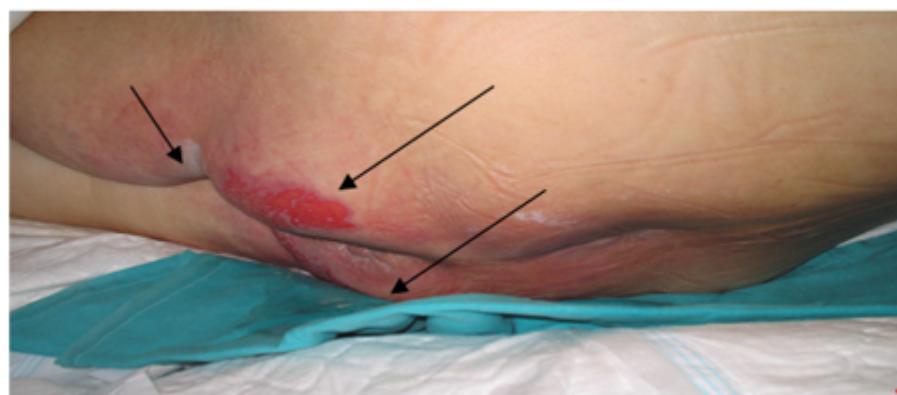
CIZALLAMIENTO

Combina os efectos de la presión y la fricción. Un ejemplo sería la posición de Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, provocando fricción en el sacro y presión en la misma zona. Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menos, por lo que la isquemia se produce más rápidamente.



HUMEDAD

Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La doble incontinencia, sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de las heridas, producen deterioro de la piel y edema disminuyendo la resistencias y haciendo a la piel más predisposta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta el riesgo de infección.



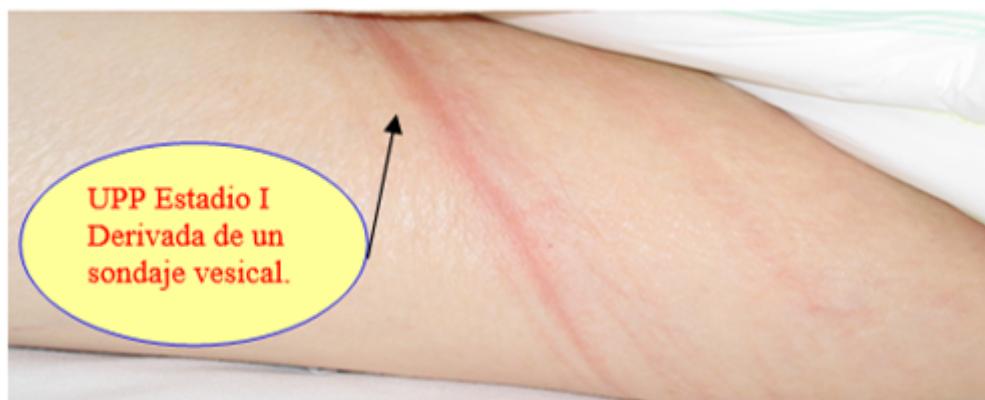
FISIOPATOLOGICOS

Los factores de riesgo fisiopatológicos vienen dados por los diferentes problemas de salud como las lesiones cutáneas, trastornos en el transporte de oxígeno e inmunológicos, deficiencias nutricionales o motoras y sensoriales, alteraciones de mecanismos de eliminación o en el estado de conciencia.



DERIVADOS DEL TRATAMIENTO

Úlceras por presión derivadas de determinadas terapias o procedimientos diagnósticos como la inmovilidad impuesta resultado de determinadas alternativas terapéuticas, escayolas, tracciones, etc., sondajes con fines diagnósticos o terapéuticos. También derivados de fármacos que tienen acción inmunodepresora como la radioterapia, corticoides o citostáticos.



SITUACIONALES

Úlceras provocadas por el resultado de modificaciones de las condiciones personales, ambientales, hábitos, etc. También por las arrugas en la ropa de cama, objetos de roce, etc.



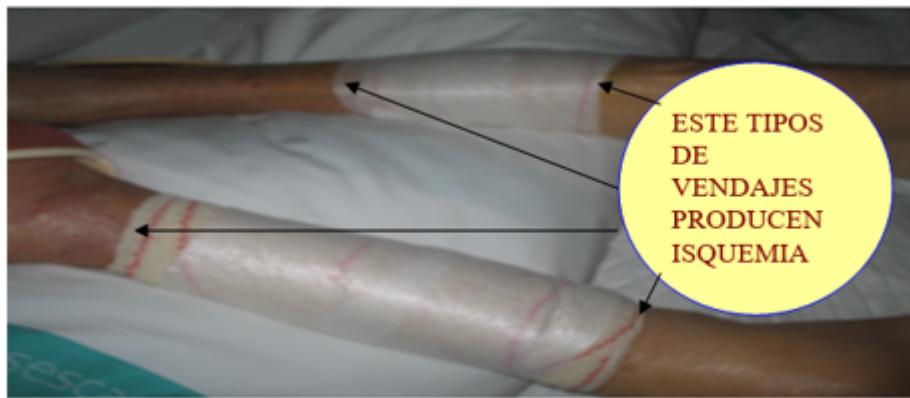
DEL DESARROLLO

Relacionadas con el proceso de maduración, como niños lactantes o ancianos.



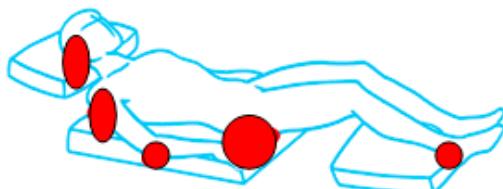
DEL ENTORNO

Úlceras por presión derivadas de la falta de educación sanitaria, falta de criterios unificados en la planificación de las curas, mala utilización del material de prevención, tanto básico como complementario, desmotivación profesional por falta de formación específica o por sobrecarga de trabajo.



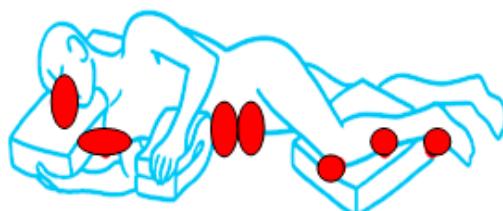
LOCALIZACIÓN

Habitualmente las zonas de apoyo que coinciden con prominencias o máximo relieve óseo son las de localización más frecuente. Las áreas con poca grasa y músculo ubicadas sobre prominencias óseas son localizaciones comunes para las úlceras por presión. Un alto porcentaje se desarrollan por debajo de la cintura, siendo las zonas más afectadas el sacro, trocánter, tuberosidad isquiática, maléolos externos y talones. Las zonas de riesgos varían según la postura que se adopte.



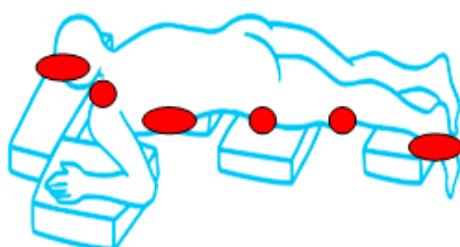
DECÚBITO SUPINO

- Occipital.
- Codos.
- Escápulas.
- Sacro.
- Coxis.
- Talones.
- Dedos de pies.



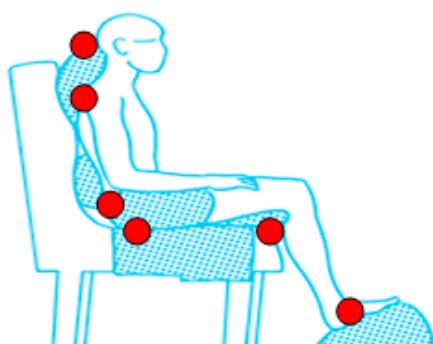
DECÚBITO LATERAL

- Pabellón auricular.
- Escápulas (Acromion).
- Costillas.
- Trocánteres.
- Crestas Ilíacas.
- Rodillas (Cóndilos).
- Tibias y Maleolos tibiales.
- Lateral de pie. Dedos.



DECÚBITO PRONO

- Frente. Pómulos.
- Pabellón auricular.
- Pechos.
- Crestas ilíacas.
- Rodillas. Genitales hombres.
- Pubis. Dedos de los pies.



SEDESTACIÓN

- Occipital
- Escápulas.
- Codos.
- Sacro.
- Tuberosidades isquiáticas.
- Subglúteos. Talones.
- Huecos Poplíticos.

También se pueden producir las úlceras por presión debido a la utilización de contenciones mecánicas y otros dispositivos como sondajes, gafas nasales, etc. Zonas a tener en cuenta serán fosas nasales, pabellón auricular, meato urinario, muñecas y tobillos.

CLASIFICACIÓN

Las úlceras por presión se clasifican en cuatro estadios en función de su profundidad y el tejido lesionado. Es importante retirar tejido necrótico para valorar en condiciones el estadio que presenta la lesión.

Actualmente, la clasificación aceptada a nivel nacional e internacional es la de la agencia norteamericana de calidad e investigación en cuidados de salud – AHQR. Diferenciamos:

ESTADIO I – ERITEMA NO BLANQUEANTE

Se origina un eritema cutáneo en piel íntegra que no desaparece al aliviar presión. La epidermis está afectada pero no destruida. Puede incluir cambios como: temperatura de la piel, consistencia del tejido (provocando edema o induración) y/o dolor, escozor. En pacientes que presenten pieles oscuras el eritema presentará tonos azules o morados.

Las características más significativas de las UPP en estadio I son:

Epidermis íntegra

Color rojizo o rosado

Hiperemia

Eritema que no palidece



ESTADIO II – ÚLCERA DE ESPESOR PARCIAL

Se observa una pérdida parcial del grosor de la piel que afectará tanto a la epidermis como a la dermis. Presentan una lesión superficial con un aspecto de ampolla, abrasión o pequeño cráter.

Las características más significativas de las UPP en estadio II son:

Afectadas la epidermis y dermis

Flictenas o vesículas

Grietas o descamación



ESTADIO III – PÉRDIDA TOTAL DEL GROSOR DE LA PIEL

Se observa una pérdida importante de grosor de la piel, creando una lesión o una posible necrosis del tejido subcutáneo aunque los huesos, tendones o músculos no se encuentren expuestos. Pueden aparecer esfácelos, cavitaciones y tunelizaciones.

La profundidad de este tipo de úlceras variarán en función de la zona del cuerpo del paciente en la que se encuentre ya que en la nariz o reja, zonas con poco tejido adiposo, la úlcera será poco profunda pero en zonas adiposas como el talón pueden llegar a ser muy profundas.

Las características más significativas de las UPP en estadio III son:

Afectación del tejido celular subcutáneo

Borde definidos

Necrosis

Exudado

Tunelizaciones



ESTADIO IV – PÉRDIDA TOTAL DEL ESPEDOR DE LOS TEJIDOS

Se observa una destrucción total de la piel y tejidos. Puede lesionar hasta el músculo, tendones, huesos, etc. Suele aparecer tejido necrótico, esfácelos o escaras. Este tipo de úlceras se pueden extender a los músculos provocando daño en las estructuras de soporte lo que provocará la aparición de osteomielitis u osteítis. Los huesos y músculos se podrán ver directamente. Son lesiones cavernosas, con trayectos sinuosos y tunelizaciones.

Las características más significativas de las UPP en estadio VI son:

Lesión de todos los tejidos

Necrosis

Exudado abundante

Tunelizaciones



2.2. Dispositivos y técnicas de mobilización y traslado

Durante las movilizaciones y traslados de pacientes dependientes, es importante que el celador sepa que existen una serie de dispositivos que ayudan en la realización de las diversas técnicas y trasladado de los pacientes.

2.2.1. DISPOSITIVOS FACILITADORES DEL MOVIMIENTO

Existen dispositivos que permiten movilizar al paciente con menor riesgo de lesiones, tanto para dicho paciente como para el profesional sanitario y por tanto, con mayor seguridad. Con estos dispositivos realizamos la movilización con menor esfuerzo. Los principales son los siguientes:

SÁBANAS

Se suele doblar por la mitad y se coloca debajo del paciente desde sus brazos a la parte baja de sus glúteos. Reducen la fuerza de fricción cuando hay que girar, desplazar o transferir a un usuario en posición tumbada (por ejemplo, desde la cama a la camilla o viceversa).

Algunos modelos disponen de asideros para facilitar el agarre del trabajador y para reducir los alcances horizontales. Suelen usarse en combinación con otras ayudas como tablas de transferencia, cobertores de colchón de baja fricción, etc.



TRANSFER

Los transfers son una ayuda importante para el movimiento de pacientes, evitando movimientos dolorosos para ellos y esfuerzos físicos para el personal, ya que la capacidad de carga es muy elevada y su utilización muy simple. Sirve para deslizar de un plano a otro al paciente.

Es un elemento que consiste en una chapa, recubierta de una tela, que hace las veces de cinta. Se ponen los dos planos paralelos (camas), quedando la chapa en medio y tapando el hueco entre ambos planos. Posteriormente se ladea un poco al paciente apoyándolo en el borde del rolón.

El siguiente paso se basa en colocarse el profesional sanitario ,uno a cada lado de los planos, y simultáneamente deslizar al paciente hacia el plano vacío. En el desplazamiento se debe mantener el eje cabeza-pies recto.



GRÚAS

Las grúas están equipadas con un arnés que nos ayuda en el movimiento del paciente. Hay algunos modelos que incorporan un sistema de camillas de cintas para levantar horizontalmente al paciente y realizarle el aseo y/o curas.

Pueden fijarse al techo o suspenderse mediante una estructura; sujetarse al suelo o a la pared mediante un soporte o pueden ser móviles, tienen ruedas y permiten su movilización hasta el lugar deseado.

Se emplea para la movilización de pacientes impedidos o demasiado pesados, garantizando así mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para el paciente y para el personal. Podemos encontrar tres tipos de grúas: Mecánica, Hidráulica o Eléctrica.



DISCOS DE TRANSFERENCIA

Se trata de unos discos giratorios para ayudar a la transferencia. Se colocan en el suelo encima de él, se pondrán los pies del paciente, produciendo un giro de hasta 90 grados. Evitan que el trabajador tenga que realizar movimientos de giro.



2.2.2. TÉCNICAS DE MOBILIZACIÓN Y TRASLADO

A continuación, hablaremos de los tipos de movilizaciones y traslados de los pacientes diferenciando si se realizan con o sin ayuda del mismo.

MOVIMIENTO DEL PACIENTE HACIA LA CABECERA DE LA CAMA

Con ayuda del paciente:

Explicar al paciente la técnica y poner la cama en horizontal y frenada.

El enfermo doblará las rodillas y se sujetará a la cabecera con los brazos. Los pies estarán separados.

Se coloca un brazo debajo de sus hombros y el otro debajo de sus nalgas, subir al paciente con cuidado de no chocar contra el cabecero.

Sin ayuda del paciente (2 personas mínimo):

Si el paciente tiene entremetida, cada una de las personas se colocará a cada lado de la cama sujetando la entremetida lo más cerca posible del paciente; simultáneamente desplazaremos al paciente hacia el cabezal.

También se podrá desplazar al paciente agarrándole por las axilas.

Hay que valorar la clínica del paciente, ya que si por ejemplo, es un enfermo politraumatizado, desplazaríamos al paciente en bloque.



MOVIMIENTO DEL PACIENTE HACIA UN LATERAL DE LA CAMA

Se frena la cama y se coloca en horizontal.

Se retiran todas las almohadas y se destapa al paciente.

Ponerse en el lado de la cama que se quiere colocar al paciente.

Colocar un brazo debajo de los hombros y el cuello del paciente y el otro debajo de la cintura.

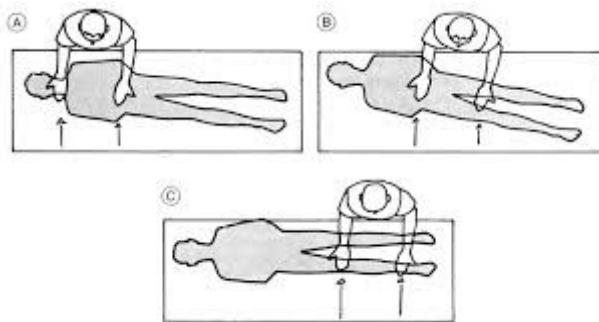
Acercar esa parte del cuerpo al borde de la cama.

Colocar un brazo debajo de la cintura y el otro debajo de los muslos y desplazarlo.

Por último, se colocan los pies y la parte inferior de las piernas.

Si el paciente no puede mover el brazo, se colocará sobre su pecho.

Se puede usar una sábana entremetida debajo del tronco y muslos del paciente y tirar de ella.



COLOCACIÓN DEL PACIENTE DE DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO LATERAL

Con ayuda del paciente:

Colocarse del lado sobre el que se va a volver al paciente.

El paciente dobla su brazo más lejano sobre el pecho y su pierna más lejana por encima de la otra. El brazo cercano lo coloca paralelo a su cuerpo, pero sin tocarse.

La persona pasa un brazo por debajo del hombro más lejano del paciente y el otro por el lado más lejano de la cadera.

La persona rueda al paciente hacia él, parando al enfermo con sus codos.

Alinear correctamente al paciente.

Sin ayuda del paciente:

Las personas se colocan en el lado de la cama donde se va a girar al enfermo.

Uno pasa su mano por debajo de la cabeza y cuello del paciente y la coloca en el hombro. La otra la pone por debajo de la zona lumbar.

La otra persona hace lo mismo pero en la zona de los glúteos y en el tercio inferior de los muslos.

Al mismo tiempo tirarán del paciente hacia la parte de la cama donde están.

Flexionar la rodilla y el brazo del enfermo que queda en la zona superior para evitar que rote.

CAMBIOS POSTURALES EN LA CAMA

1) DECÚBITO SUPINO A DECÚBITO LATERAL: Enfermo dependiente

a) Pedirle al paciente que estire el brazo hacia el lado que va a girar el cuerpo y que flexione el otro brazo sobre el pecho.

b) Pedirle que flexione la rodilla del miembro que va a quedar por encima. Si no puede, el sanitario flexionará la rodilla del paciente.

c) Colocar uno de sus brazos por debajo del hombro y el otro por debajo de la cadera.

d) Girar al paciente hacia el lado en que se encuentra el sanitario, y dejarlo colocado en decúbito lateral.



Otra opción para cuando el paciente no pueda flexionar las piernas.

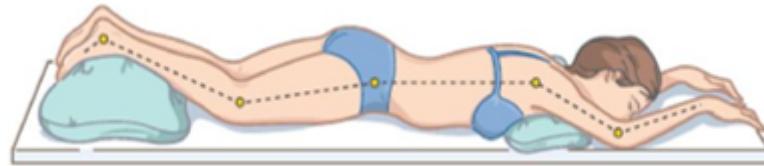


COLOCACIÓN AL PACIENTE EN DECÚBITO PRONO

Se siguen los pasos explicados para colocar al paciente en la orilla de la cama, lo más cerca posible para que al girarlo quede en el centro.

Se gira al enfermo sobre el abdomen.

No arrastrar al paciente ya que pueden dañarse los pechos en las mujeres y los genitales en los hombres.



TÉCNICA DE AYUDA AL PACIENTE PARA LEVANTAR LAS CADERAS

El enfermo acerca los talones a las caderas, con las rodillas flexionadas.

La persona se coloca frente a las caderas del paciente y flexiona sus rodillas hasta que sus brazos estén a la altura de la cama.

La persona coloca una mano en la zona sacra del paciente y se apoya ese codo en la cama. En ese momento, el enfermo levantará las caderas.

Cuando levante las caderas la persona se agachará, doblando las rodillas para que su brazo actúe de palanca. Con la mano libre puede colocarse por ejemplo, una cuña al paciente.

TÉCNICA PARA SENTAR AL PACIENTE EN EL BORDE DE LA CAMA

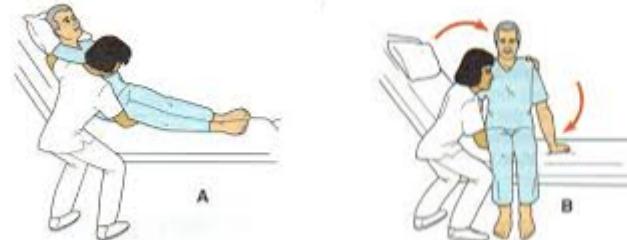
Lo primero es colocar al paciente en el lado donde se va a sentar.

Se coloca la cama en posición Fowler o en horizontal.

La persona coloca su brazo por detrás de la cabeza del paciente y su mano en el hombro más alejado. El otro brazo se coloca encima de las rodillas del enfermo.

Al unísono, se eleva el tórax y se le sacan las piernas hasta que quede sentado sobre el lado de la cama.

Si siguen estos pasos a la inversa, se acuesta al paciente.



TRASLADO DEL PACIENTE DESDE LA CAMA AL SILLÓN O SILLA DE RUEDAS

Con ayuda del paciente:

Para evitar posibles mareos la primera vez que se vaya a levantar, se incorpora la cabecera de la cama unos 15 minutos previos a levantar al paciente

Sólo se necesita una persona.

Colocar la silla frenada, paralela y pegada a la cama (o el sillón).

Sentar al paciente en la orilla de la cama y comprobar que no se marea. Se le ponen la bata y las zapatillas

El paciente coloca sus manos en los hombros de la persona y ésta coloca sus brazos, entrelazando los dedos, en la cintura del enfermo. La persona estará de frente al paciente.

Bajarle de la cama; poniéndolo de pie.

Girar al enfermo hasta que quede de espaldas a la silla (o sillón).

Indicarle que coloque los brazos en los apoyabrazos de la silla (o sillón) y ayudar a sentarse.

Acomodar y tapar con una manta al paciente, comprobando los sueros, drenajes, sondas...

Sin ayuda del paciente (dos personas):

La cama estará en Fowler u horizontal.

La silla estará frenada, paralela y pegada a la cama (o al sillón).

La persona se colocará detrás de la silla (o sillón) y colocará sus brazos por debajo de los del paciente. Los brazos del paciente estarán cruzados sobre su tórax.

La otra persona, cogerá al paciente por rodillas y muslos y en un movimiento sincronizado se le trasladará a la silla o sillón. Este movimiento se puede realizar con entremetida, sin coger al paciente, teniendo cuidado de que no se rompa la sábana, y teniendo en cuenta también que la misma cubra adecuadamente por debajo el cuerpo del paciente, y que esté bien extendida, sin pliegues

Taparle con una manta y acomodarlo. Observar los sueros, sondas, drenajes...

Con ayuda de una grúa:

Primero debemos colocar el arnés al paciente, para después proceder a enganchar el mismo a la grúa para movilizar al paciente a la posición deseada.

Colocación del arnés al paciente. Se colocará en función de las instrucciones del fabricante.

Desde la posición de Decúbito lateral: colocar al enfermo en Decúbito Lateral, pasar el arnés por debajo de la entremetida, moverlo hacia Decúbito lateral contrario, estirar el arnés y la entremetida para finalizar en decúbito supino.

Desde la posición Semiincorporado en la cama o sentado en una silla: colocar el arnés de arriba a abajo, por detrás y por debajo de una sábana entremetida, hasta la altura de la cintura. Pasar las bandas de las piernas, justo por debajo de cada muslo y a continuación asegurarlas a las grúas según las indicaciones del fabricante.

Colocación del arnés en la grúa. Una vez colocado el arnés al enfermo por uno u otro método, acercar la grúa a la cama o silla desde donde se desee movilizarlo, colocando las bandas en los enganches correspondientes según cada modelo de grúa.

Enganchando en primer lugar la zona del tronco o cuello y posteriormente los enganches de las piernas, se elevará con suavidad, hasta una altura de separación entre la cama y el enfermo. Se pueden abrir las patas de la grúa para aumentar el radio de estabilidad de la misma y para procurar mayor seguridad en el traslado.

A continuación se transportará al enfermo hasta el sillón, bañera, etc., o viceversa. Una vez situado encima del sillón o la silla, se desciende al paciente, de forma que quede correctamente sentado.

TRASLADO DEL PACIENTE DESDE LA SILLA DE RUEDAS O DESDE EL SILLÓN A LA CAMA

En ambos casos (con/sin ayuda del paciente) se siguen los pasos anteriores pero a la inversa.

ALINEACIÓN Y ACOMODACIÓN DEL PACIENTE SENTADO

Usar sillas con respaldo recto y apoyabrazos.

La cabeza y la espalda del paciente estarán rectas y la parte superior de la espalda se apoyará contra el respaldo.

Pies en paralelo y apoyados en el suelo o si no lo alcanza, en un apoyapies o similar.

Rodillas y caderas flexionadas 90 grados (si el asiento es bajo se colocará un cojín debajo de las nalgas).

Antebrazos flexionados 90 grados y apoyados en el reposabrazos.

TRASLADO DEL PACIENTE DE LA CAMILLA A LA CAMA

Con ayuda del paciente:

Paciente en decúbito supino en el borde de la cama.

Camilla paralela y pegada a la cama (ésta estará horizontal).
Camilla y cama frenadas.

Colocar almohadas o mantas entre la camilla y la cama para igualar las superficies.

Ayudar al paciente a que se cambie de superficie

Impedir que la camilla se separe de la cama.

El paciente puede mover sucesivamente la cabeza, los hombros, las caderas y las piernas y así deslizarse hacia la cama. Se le ayuda colocando los brazos en las zonas que vaya deslizando.

Acomodar y alinear al paciente.

Sin ayuda del paciente con sábana de arrastre:

La camilla está paralela y pegada a la cama. La cama horizontal, la camilla y la cama estarán frenadas.

Se necesitan tres personas. Una se coloca en el borde libre de la camilla, otra en los pies de la camilla y la tercera de rodillas en la cama.

Las personas que están en los lados enrollan la sábana de arrastre hasta cerca del paciente. Se sujetan la sábana cerca del cuello y de la cadera. La persona que está en los pies de la camilla, sujetará las piernas y los pies.

Al unísono levantan y llevan al paciente a la cama. Si la persona fuera muy obesa, otra persona se arrodillaría en la cama y sostendría la cabeza y el tórax, mientras la otra sujetaría la cadera.

Sin ayuda del paciente por levantamiento horizontal:

La camilla forma un ángulo recto con la cama (con los pies de éstas).

Las tres personas se colocan del mismo lado de la cama:

Una coloca sus brazos debajo del cuello y hombros del paciente.

Otra coloca sus brazos debajo de la cintura y caderas del paciente.

La tercera coloca sus brazos debajo de los muslos y piernas del paciente.

A la señal, acercan al paciente a la orilla de la cama y posteriormente lo levantan.

Sostenerlo con los brazos, abrazándole cada zona y a la señal se girará 90 grados hasta estar paralelos a la camilla.

Colocar al paciente en la cama correctamente.

PRIMERA VEZ QUE SE LEVANTA A UN PACIENTE ENCAMADO

Dar ánimo y seguridad al paciente que normalmente tendrá temor a marearse.

Los días antes de levantarla realizará el paciente ejercicios de flexión de los miembros inferiores.

Antes de levantarla, respirará profundamente varias veces.

2.3. TÉCNICAS DE TRANSPORTE Y DEAMBULACIÓN

El transporte del paciente se refiere a las actividades que lo desplazan desde un lugar a otro. Se le puede transportar en cama, camilla, silla de ruedas o sólo con la ayuda del profesional sanitario.

La deambulación del paciente se refiere al acto de caminar y debe iniciarse lo antes posible para evitar problemas causados por la inmovilidad. Este inicio lo indica el médico y será de manera progresiva. A veces, el paciente necesita para caminar el uso de andadores, muletas, bastones o la ayuda del personal sanitario.

Las normas principales para el transporte y deambulación de pacientes son:

Conocer la situación del paciente.

Lavarse las manos.

Identificar correctamente al paciente e informarle de lo que se va a realizar, pidiendo su colaboración (si es posible).

Realizarlo con ayuda de más personal cuando sea necesario.

Preparar todo el material necesario.

Proporcionar al paciente intimidad.

Usar movimiento suaves, donde el paciente esté lo más cómodo posible y manteniendo las medidas de seguridad, para evitar caídas.

No abandonar al paciente en los pasillos ni dejarlo parado en zonas de corrientes.

Si en el desplazamiento se pasa por una rampa, se aumentarán las precauciones, como por ejemplo, colocándose delante del paciente y de espaldas a la pendiente.

Valorar la progresión del paciente después de la deambulación.

Comunicar al enfermo lo observado durante el transporte o la deambulación.

TRASLADO DEL PACIENTE EN CAMILLA

Informar al paciente del motivo del traslado y de su realización.

Abrigarlo bien.

Colocarse el personal en la cabecera y empujar la camilla.

Llamar el ascensor y cuando se pare, se pulsa el botón de "STOP" y luego se introduce al paciente, primero la cabecera de la camilla.

El personal, dentro del ascensor, se colocará en la cabecera de la camilla.

Al salir del ascensor se pulsa el botón de "STOP" y se empuja la camilla donde lo primero en salir son los pies de la camilla.

Para subir una rampa, el personal se colocará en los pies de la camilla, mirando al enfermo.

Para bajar una rampa, el personal se situará en los pies de la camilla, de cara al paciente.

TRASLADO DEL PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS

Informar al paciente del motivo del traslado y de su realización.

Abrigarlo bien.

La silla de ruedas se empuja desde atrás.

En caso de entrar en el ascensor tirar de la silla hacia atrás, en dirección al ascensor.

Al salir, se da la vuelta a la silla y se saca igualmente de espaldas.

Si existe una rampa, se baja la silla hacia atrás, mirando con frecuencia hacia atrás para asegurarnos de la dirección.

2.3.1. DISPOSITIVOS FACILITADORES DE LA DEAMBULACIÓN

ANDADOR

También se llama caminador o balconera. Este instrumento consta de cuatro puntos de apoyo con unos tacos de goma para evitar deslizamientos y proporcionar gran estabilidad y es muy útil para personas con alteraciones del equilibrio, dolores o debilidad. Sus desventajas son que:

No mantiene una alineación corporal correcta ya que se flexiona el cuerpo hacia delante.

Permiten una deambulación muy lenta.

Su forma de uso es:

Coger el andador por la parte superior en cada lado.

Moverlo hacia delante, flexionando el cuerpo.

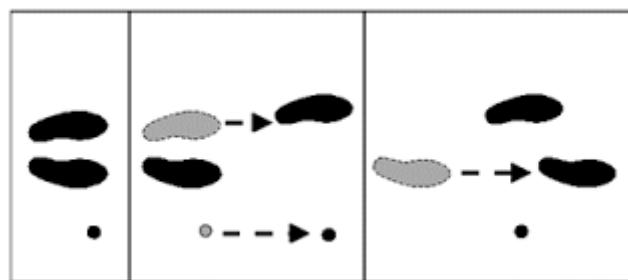


BASTÓN

Proporciona equilibrio y soporte para deambular, se usan en lesiones unilaterales, pérdida de equilibrio o problemas inflamatorios que causan dolor al apoyar. Además, permite la alineación corporal adecuada y evita la sobrecarga articular.

Para usarlo se colocará en el lado sano del paciente a unos 15 cm. de la base del pie.

Para caminar, se avanza el bastón y la extremidad afectada al mismo tiempo y posteriormente la extremidad sana.



Para subir escaleras se apoya en el escalón la extremidad no afectada y posteriormente la otra y el bastón. Para bajarlas, se invierte este proceso.

TRÍPODE

Es un tipo de bastón con más apoyos para ofrecer más estabilidad. Se usa igual que el bastón. Su desventaja es que al tener más base, hay mayor riesgo de tropiezos.



MULETAS

Su uso requiere destreza y práctica y por eso, la paciencia durante el aprendizaje es muy importante. Hay dos tipos de muletas:

Las que se apoyan en el antebrazo (muletas de codo).

Las que se apoyan en la zona axilar (muletas canadienses).

Las muletas tienen unos tacos de goma para impedir que resbalen; además, el calzado que se debe usar será de suela antideslizante y de tacón bajo.

Antes de utilizar las muletas se deben ajustar a la altura del paciente. En posición de decúbito lateral se mide la distancia del pliegue de la axila hasta el talón y se añaden 5 cm. En posición de bipedestación se mide desde el pliegue de la axila hasta 15 cm. del talón.

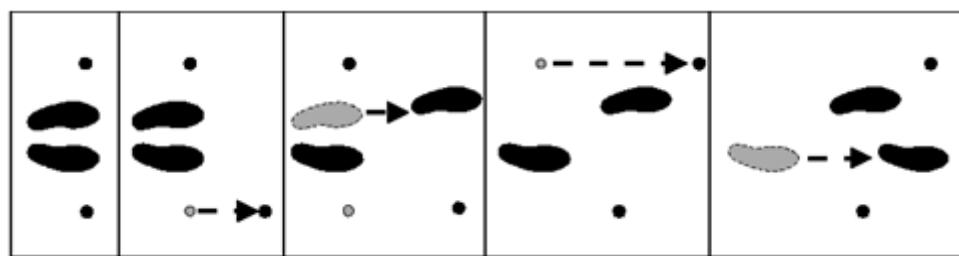
2.3.3. TIPOS DE DEAMBULACIÓN

Existen cuatro tipos de deambulación y el uso de una u otra dependerá de la patología del paciente. Hablemos de ellas:

MARCHA SOBRE CUATRO PUNTOS

Indicada en personas con debilidad en las piernas y que presentan dificultades para sostener su peso. Proporciona una buena estabilidad, pero es de velocidad lenta. Las fases que se siguen son las de la marcha normal y la secuencia puede ser:

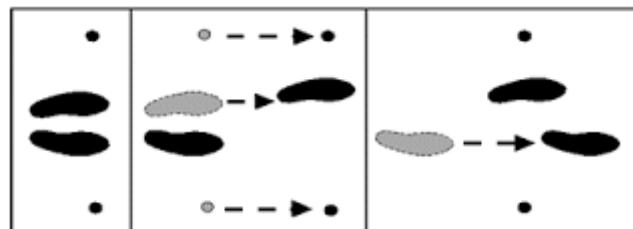
Muleta derecha -> pie izquierdo -> muleta izquierda -> pie derecho y repetir.



MARCHA SOBRE TRES PUNTOS

La usan las personas que deben andar sin apoyar la extremidad afectada (fractura, dolor, cirugía reciente). Para efectuarla, las dos muletas se avanzan a la vez y también la extremidad lesionada, soportando el peso con las manos apoyadas en las muletas, posteriormente se avanza la extremidad sana.

Tiene como ventaja eliminar la carga de peso en la pierna afectada y como desventaja la necesidad de tener un buen equilibrio.

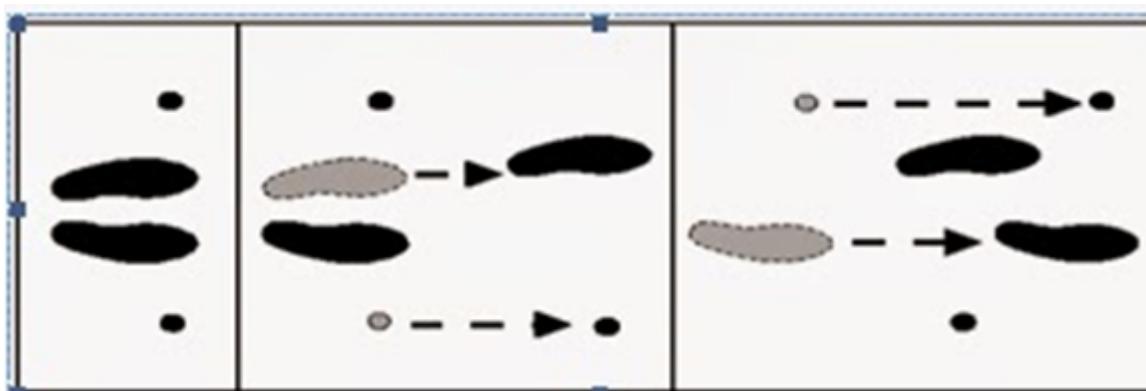


MARCHA SOBRE DOS PUNTOS

Es adecuada en pacientes que pueden apoyar el peso sobre las dos extremidades inferiores. Se indica cuando existe debilidad en ambas piernas o mala coordinación

Primero se avanza el pie izquierdo y la muleta derecha al mismo tiempo y después el pie derecho y la muleta izquierda. Repetir

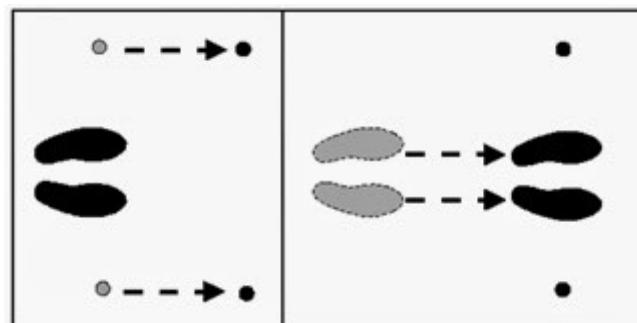
Tiene como ventaja el hecho de que más rápida que la marcha con 4 puntos de apoyo y como desventaja que el paciente tiene que seguir un patrón que puede ser difícil de aprender.



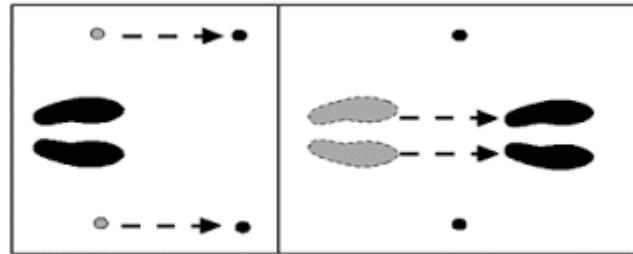
MARCHA BALANCEADA

Es útil en pacientes que no pueden mover las extremidades inferiores (ej: parálisis) pero pueden cargar el peso en las extremidades superiores. Puede realizarse de dos formas:

Balanceo del cuerpo hasta las muletas: se avanzan las dos muletas y luego se balancea hasta ellas el cuerpo.



Balanceo del cuerpo más lejos del punto de apoyo de las muletas: se adelantan ambas muletas y luego se balancea el cuerpo y se coloca delante de ellas.



El paciente tendrá como ventaja en la utilización de este tipo de deambulación que es más rápida pero sin en cambio, tiene como desventaja que requiere más energía y buena resistencia en las extremidades superiores.

< ANTERIOR

SIGUIENTE >

