

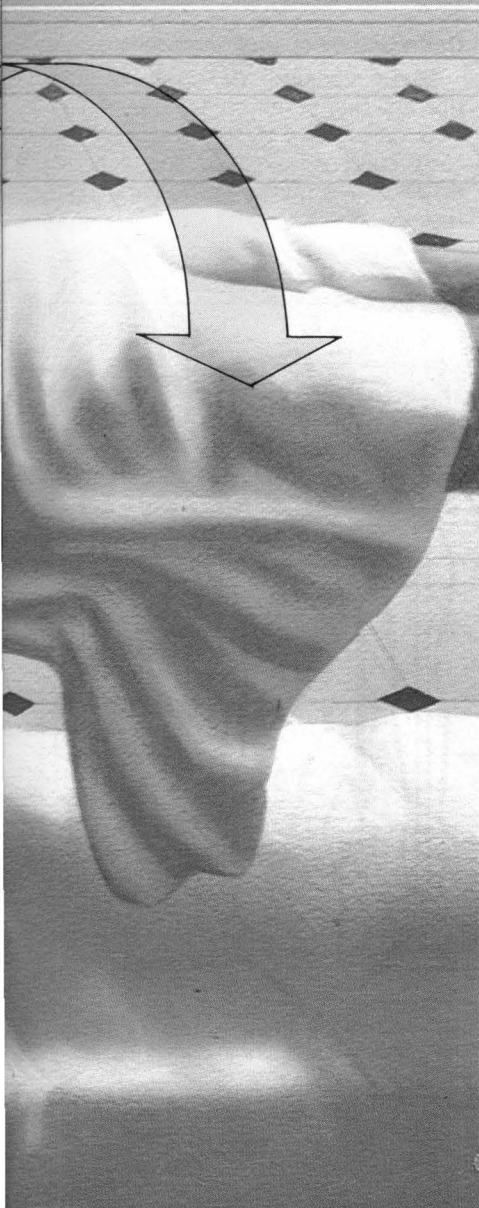
Técnicas para mover al paciente con la máxima eficacia y sin autolesionarse

Ma. Victoria Sanfeliu Cortés*

Resumen

Aunque el recurso de la fuerza física ha disminuido de forma considerable en la mayoría de los trabajos industriales, agrícolas y artesanos, su equiparación con el trabajo asistencial, que es el que nos concierne, todavía se encuentra muy lejos.

Por ello y no pudiendo modificar radicalmente este aspecto del trabajo asistencial, es indispensable que el personal que presta sus servicios en el medio hospitalario y extrahospitalario, así como los futuros profesionales, conozcan el «Método de Manutención de Enfermos y Disminuidos Físicos», creado por Paul Dotte, que consiste en una serie de técnicas que nos van a permitir utilizar, de forma eficaz y segura, nuestro propio cuerpo.



A principios de siglo y debido a la influencia positiva que tuvieron la primera y segunda guerra mundial en el desarrollo y práctica de la Enfermería, ésta se tecnifica, adquiere habilidad y destreza en la realización de técnicas médicas y quirúrgicas delegadas, lo cual además de ser positivo es valorado como un prestigio. Pero esta sobrevaloración de lo tecnológico hace menospreciar —y como consecuencia, delegar en otros profesionales— todos aquellos otros aspectos de los cuidados que hasta este momento caracterizan la labor de Enfermería.

Pero no será hasta la década de los setenta que nuestra profesión, siguiendo las tendencias que ya se producían en otros países, empieza a considerar la necesidad de retornar a los conceptos básicos, a la finalidad del cuidado, en definitiva, a la persona que los precisa y los recibe.

Se inicia una nueva era: la de la «Salud holística» o de la salud global integrada.

Para poder responder a esta concepción de cuidado, que abarca la esfera física, psíquica y psicológica del individuo, nace en el colectivo de Enfermería una necesidad de mayor formación en «Ciencias de la Conducta», lo que le faci-

litará un mejor conocimiento del individuo al que presta cuidados, así como de sí mismo, para poder dar una respuesta adecuada a esas demandas.

Aunque esta profilaxis psíquica todavía no está cubierta, sí podemos afirmar que la preocupación por obtenerla ya se ha generado. Sin embargo constatamos paradójicamente que en la mayoría de ocasiones el profesional está mal preparado físicamente para aquellos cuidados que requieren esfuerzo físico, siendo el desplazamiento de objetos, aparatos o la movilización de individuos, actos facilitadores de riesgo de accidentes para el propio profesional. La repetición de aquéllos, el agotamiento de la musculatura y de las articulaciones de la columna vertebral, dan lugar, en la mayoría de los casos, a una patología invalidante que disminuye el potencial físico del profesional que presta sus cuidados en la asistencia hospitalaria y extrahospitalaria. La revista «Rol de Enfermería», consciente de la importancia del tema y de la escasa bibliografía que existe sobre el mismo, ofrece en estas líneas los principios, objetivos y desarrollo de las técnicas de educación gestual, que permite a los profesionales de enfermería resolver con facilidad problemas de movilización y desplazamiento de individuos.

Paul Dotte, creador del S.I.F.A.M. (Service Initiation et Formation a la Manu-

*Profesora de la E.U.E. de Barcelona. Directora de la Revista ROL de Enfermería



Figura 1.

tention de Malades)¹, en 1965, hace extensible el término «Manutention», utilizado en la industria para desplazar objetos o mercancías en un trayecto corto, al cuerpo humano.

La aplicación de este método aporta una nueva visión, más realista, de la car-

1. Servicio de Iniciación y Formación a la Manutención de Enfermos.

ga física que soporta el profesional, sobre todo en lo que concierne a:

- Componente físico del trabajo hospitalario (habitualmente subestimado); que recae de forma inevitable en los desplazamientos y cambios de posición de los enfermos, así como en la movilización de utillaje pesado.

- Utilización de soluciones ergonómicas (generalmente descuidadas), que son aquellas que adaptan el trabajo a la persona.
- Disposiciones generales relativas al transporte de cargas (sistemáticamente ignoradas en el medio hospitalario y extrahospitalario).

¿El porqué de dicha denominación?

El término «manutention» tiene su etimología en las palabras latinas manus = manos y tenere = tener, lo cual explica claramente tanto la situación como la intención.

Su creador lo diferencia de otras denominaciones que pueden tener semejanza, pero que pueden prestarse a confusión:

- Movilización del paciente.
- Manipulación del paciente.
- Levantar y transportar.

No encontrando en nuestra lengua una expresión más idónea, adoptaremos el término castellano, «manutención».

Definición de la «manutención»

Es un conjunto de gestos y movimientos que permiten cambiar de posición, desplazar y trasladar cargas (objetos o cuerpos humanos), con el mínimo esfuerzo y el menor riesgo para el profesional y para la carga, cuando se trate del cuerpo humano.

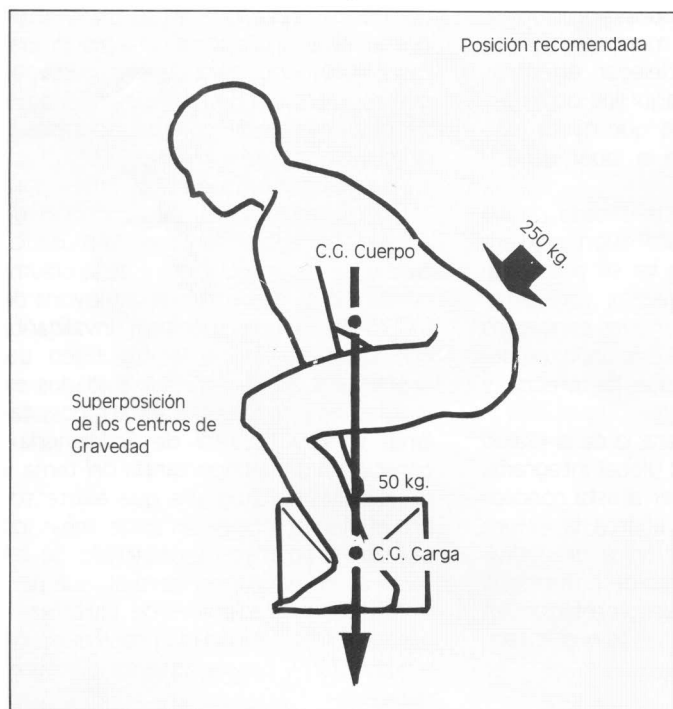


Figura 2.

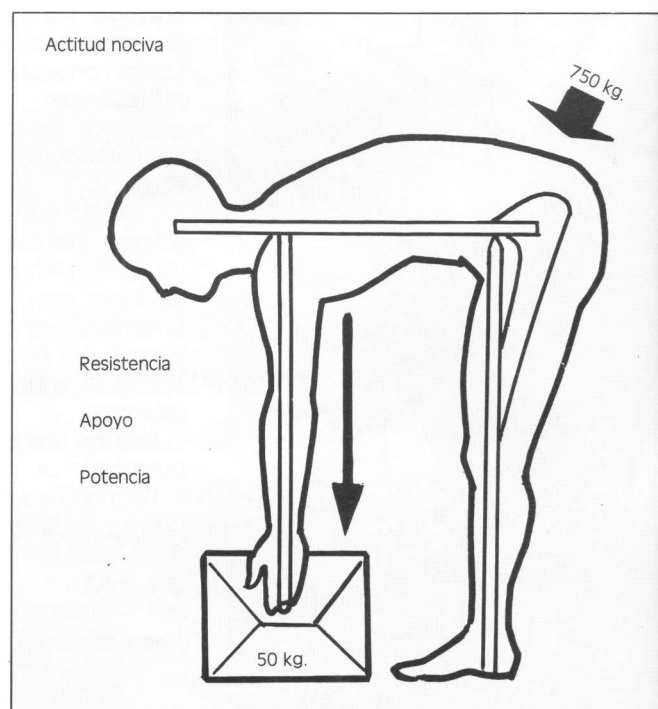


Figura 3.

Paul Dotte, su creador, utiliza principios físicos tales como el del péndulo y el de la palanca, de gran importancia en deportes como la halterofilia y el judo, en los que posee una gran experiencia.

Medidas de prevención de las lumbalgias

Teniendo en cuenta que las lumbalgias son de gran incidencia en los profesionales de enfermería, veamos qué medidas existen para disminuir estos problemas.

Por una parte, existe la ergonomía que procura adaptar el trabajo al hombre.

Por la otra, se encuentra las técnicas de manutención, cuya finalidad es doble: curativa y preventiva. La incidencia de esta última en relación con la manutención reside en que la persona que la realice mantenga recto el trayecto cráneo-caudal, durante la aplicación de la misma. Para ello es importante que tomemos consciencia de nuestro cuerpo, que es la herramienta que debemos proteger. El método de aprendizaje insiste en la necesidad de mantener la columna recta, utilizando la fuerza y movilidad de las piernas.

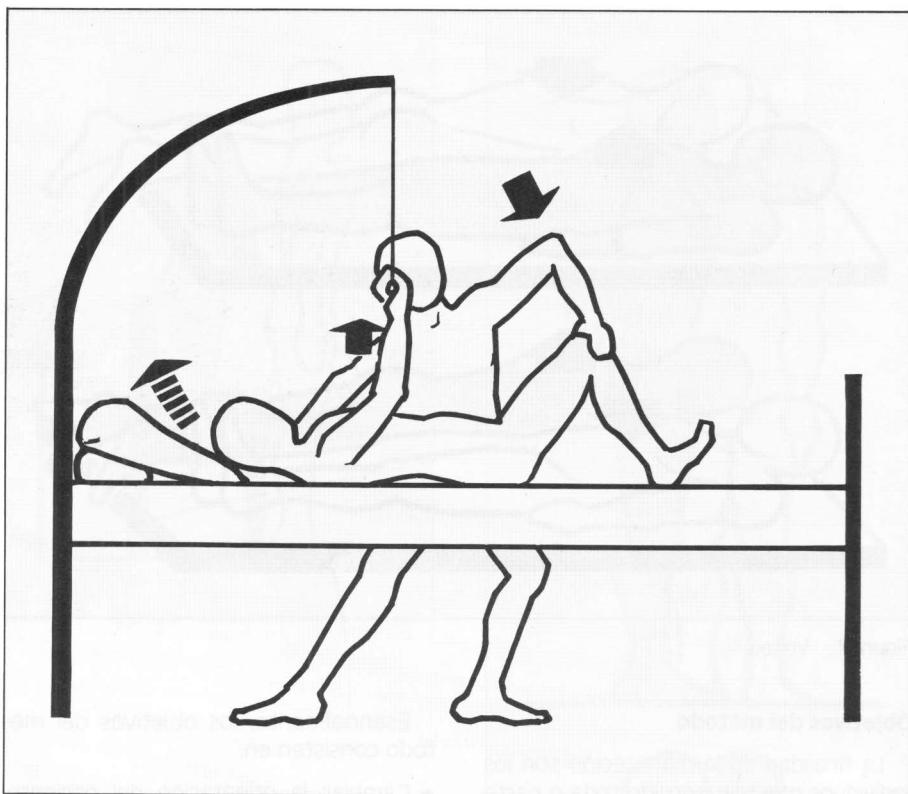


Figura 4.

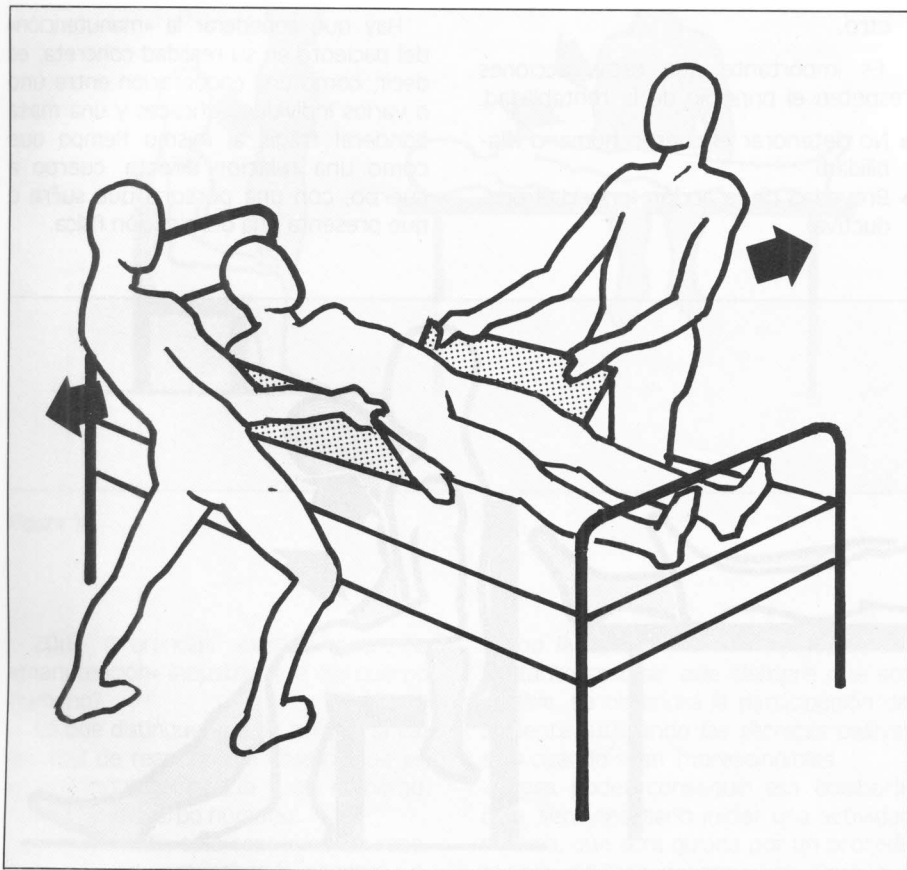


Figura 5.

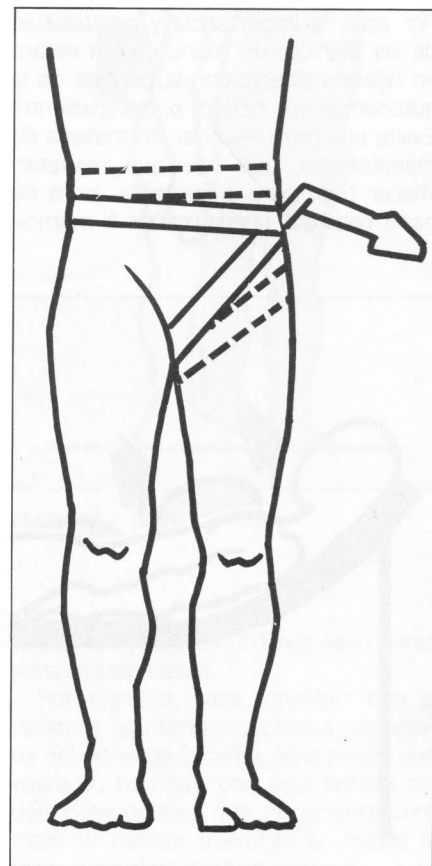


Figura 6.

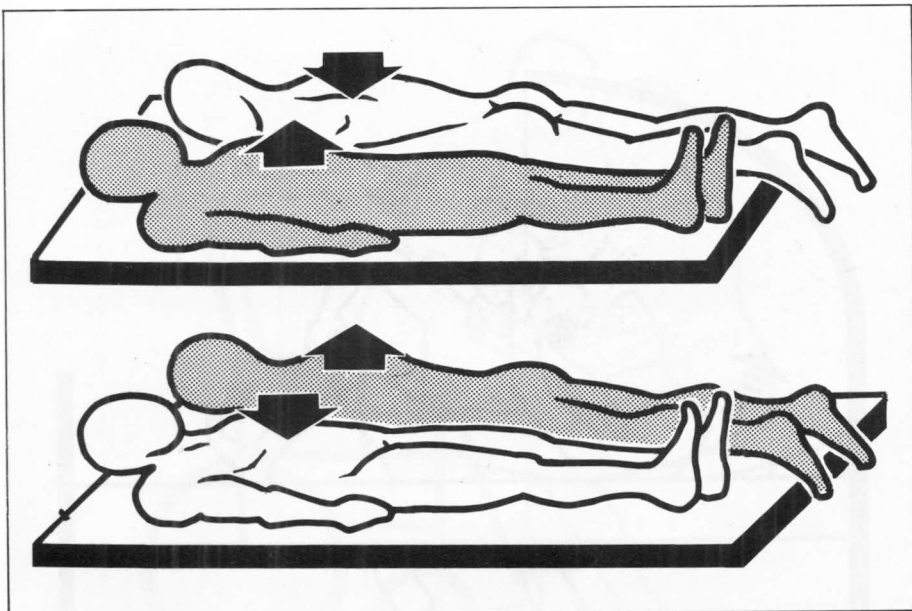


Figura 7. Volteo

Objetivos del método

La finalidad de la manutención son los individuos que han perdido toda o parte de su autonomía de locomoción. Esta pérdida de la función cinética tiene diferentes etiologías y puede presentar diversos grados, desde una pérdida cinética aislada a una dependencia completa. Por esto, la importancia y complejidad de las técnicas de manutención estará en relación directa con la pérdida de la autonomía del herido o del paciente. Existe una regla esencial, en materia de manutención, que hay que respetar: «hacer todo para el paciente, pero no hacer nada que pueda realizar él mismo».

Esencialmente, los objetivos del método consisten en:

- Cambiar la orientación del paciente.
- Instalar a un paciente en un vehículo.
- Bajar a un paciente de un vehículo.
- Evacuar a un paciente hacia otro lugar.
- Trasladar a un paciente de un lugar a otro.

Es importante que estas acciones respeten el principio de la rentabilidad:

- No deteriorar el cuerpo humano (fiabilidad).
- Brevedad de la acción (prioridad productiva).

- Capacidad de repetición (cadencia).
- Economía de energía (rendimiento).

Para poder observar estos objetivos es indispensable conocer y aplicar los siguientes principios elementales:

- Separar los pies para mejorar el equilibrio y situarlos lo más cerca posible de la carga. Al aproximar el cuerpo a la carga se disminuye la fuerza que hay que realizar (fig. 1).
- Bloquear la columna vertebral en posición vertical. Superponer los centros de gravedad del cuerpo y de la carga para que la mayoría del esfuerzo se haga en una línea vertical, que pase por los pies (fig. 2).
- Flexionar las piernas y levantarse mediante la fuerza de la musculatura de las piernas y los muslos (evitar el gesto reflejo de levantar un peso con los brazos) (fig. 3).
- Buscar apoyos y asideros seguros (fig. 4).
- Utilizar asideros de vestido, cinchas o traveseros (figs. 5 y 6).
- No levantar jamás un objeto cuando se pueda evitar (aprender a hacerlo deslizar, girar o bascular; utilizar las manos y brazos como ganchos, palancas y puntos de rotación).

Nociones preliminares

Hay que considerar la «manutención» del paciente en su realidad concreta, es decir, como una cooperación entre uno o varios individuos eficaces y una masa ponderal frágil, al mismo tiempo que como una relación directa, cuerpo a cuerpo, con una persona que sufre o que presenta una disminución física.

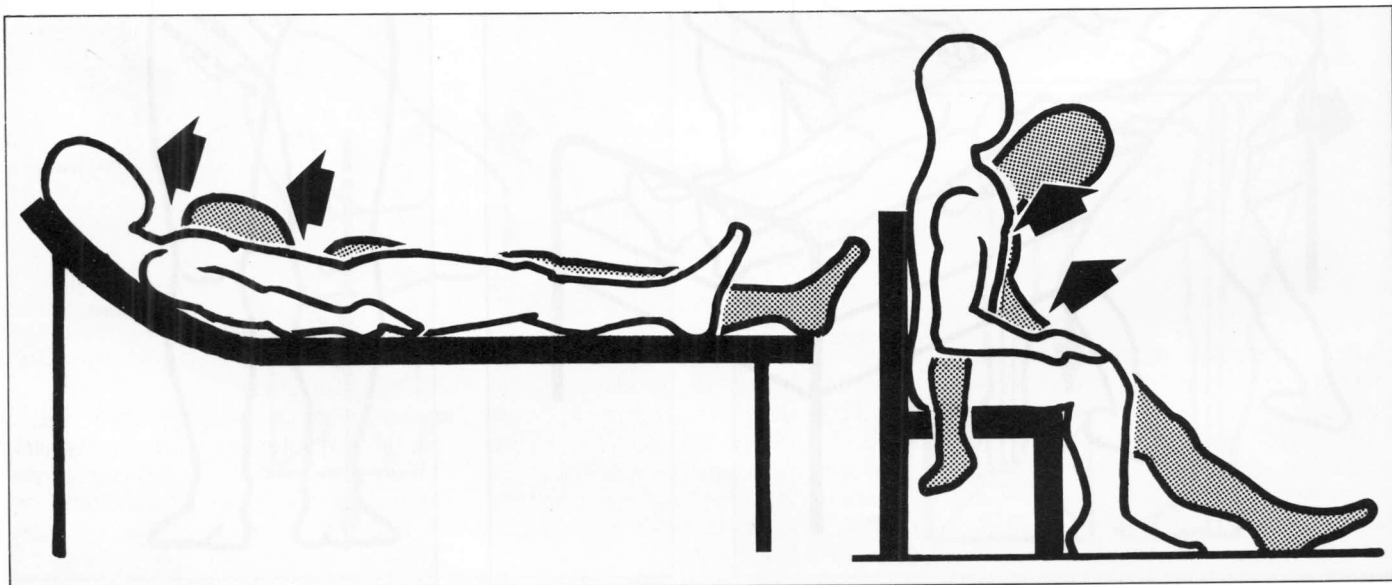


Figura 8. Enderezar

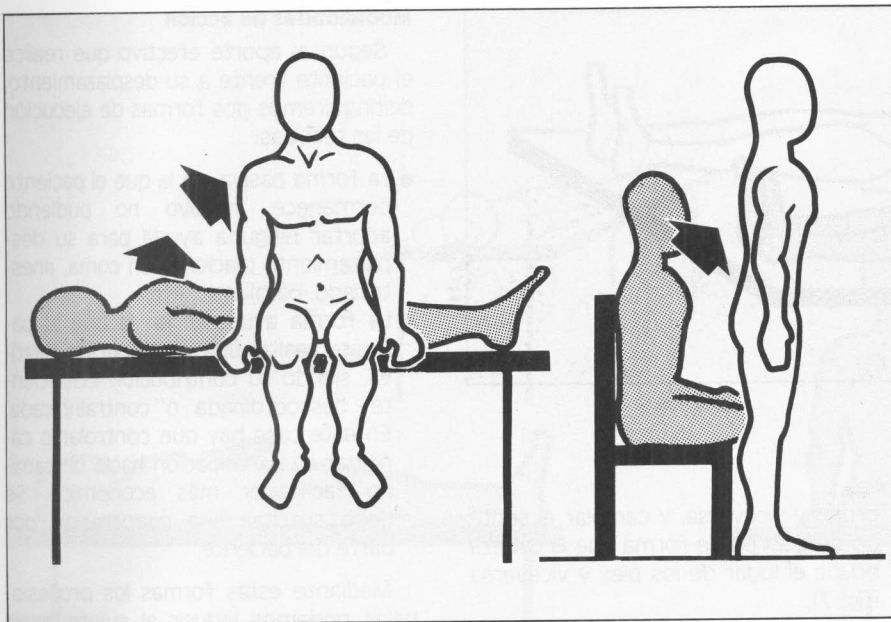


Figura 9. Incorporar

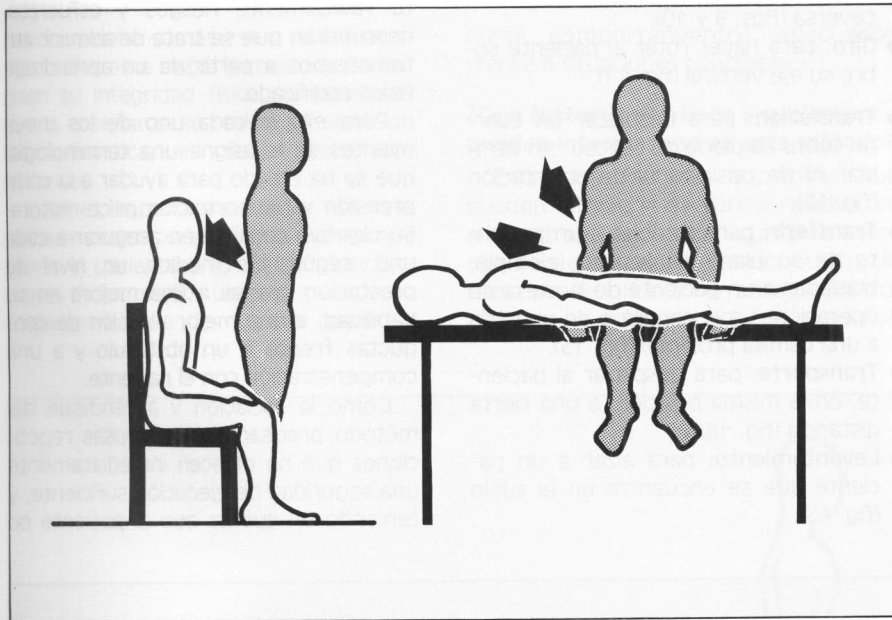


Figura 10.

¿Qué diferencias existen entre la «manutención» industrial y la del cuerpo humano?

Lo que distingue una de otra es la capacidad de reacción del objeto, que en el caso industrial es nula y, sin embargo, existe en el cuerpo humano.

Bien utilizada, esta capacidad de reacción permite aprovechar la energía potencial del sujeto, estimulando y faci-

tando la autonomía del mismo. Es importante resaltar que siempre que sea posible, se obtendrá la participación del paciente, utilizando las técnicas pasivas sólo cuando sean imprescindibles.

Para poder conseguir esa colaboración, será necesario iniciar una actividad mínima, que será guiada por un procedimiento cinético determinista. Para que los pacientes puedan cooperar es im-

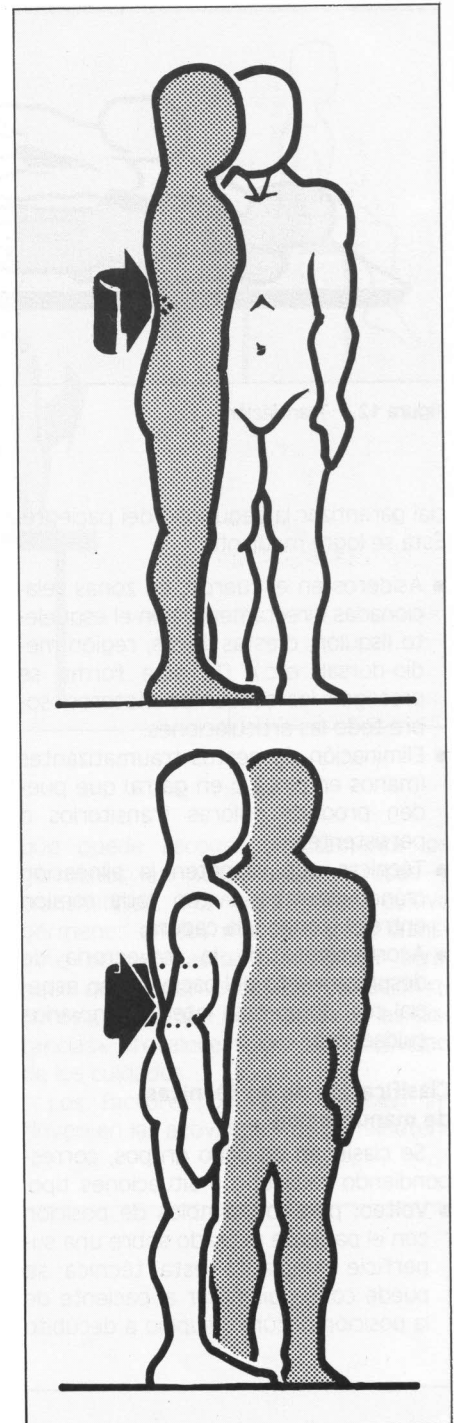


Figura 11. Giro

prescindible que las órdenes sean claras y estén bien dadas.

Por ejemplo, para conseguir que el paciente mantenga su cabeza despegada del plano de la cama, se le pedirá que «mire su barriga»; con esta sencilla orden conseguimos que el paciente controle su cabeza mientras se realiza la técnica de manutención.

En el desarrollo del método es esen-

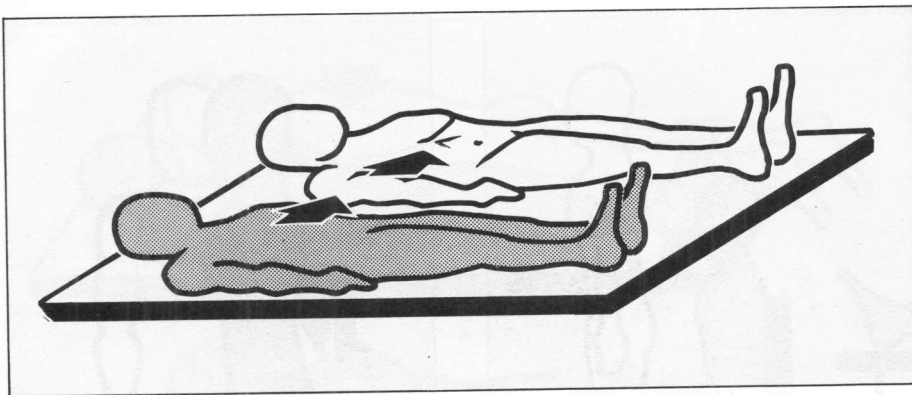


Figura 12. Translación

cial garantizar la seguridad del paciente. Ésta se logra mediante:

- Asideros en el cuerpo, en zonas relacionadas directamente con el esqueleto (isquión, crestas ilíacas, región medio-dorsal, etc.). De esta forma se protegen los esquemas motores, sobre todo las articulaciones.
- Eliminación de gestos traumatizantes (manos en pinza o en garra) que pueden producir dolores transitorios o persistentes.
- Técnicas que respeten la alineación cráneo-caudal y eviten toda torsión entre el tronco y la cadera.
- Acortamiento de la trayectoria de desplazamiento del paciente, en especial cuando en ésta intervienen varios cuidadores.

Clasificación de las técnicas de manutención

Se clasifican en ocho grupos, correspondiendo cada uno a situaciones tipo.

- **Volteo:** para los cambios de posición con el paciente estirado sobre una superficie. Mediante esta técnica se puede conseguir pasar al paciente de la posición decúbito supino a decúbito

prono y viceversa, y cambiar el sentido del cuerpo de forma que la cabeza ocupe el lugar de los pies y viceversa (fig. 7).

- **Enderezar:** para alzar a los pacientes que se han deslizado hacia la parte baja de la cama o hacia el borde de un asiento (fig. 8).
- **Incorporar:** para pasar de la posición acostado a la de sentado, de la posición sentado a la posición de pie y viceversa (figs. 9 y 10).
- **Giro:** para hacer rotar al paciente sobre su eje vertical (fig. 11).
- **Translación:** para desplazar un cuerpo sobre su plano de reposo, sin cambiar ni de posición ni de orientación (fig. 12).
- **Transferir:** para cambiar a un paciente de su plano de reposo (ejemplo: trasladar a un paciente de la mesa de operaciones a la camilla o de una silla a una camilla próxima) (fig. 13).
- **Transporte:** para desplazar al paciente, en la misma posición, a una cierta distancia (fig. 14).
- **Levantamiento:** para alzar a un paciente que se encuentra en el suelo (fig. 15).

Modalidades de acción

Según el aporte efectivo que realice el paciente frente a su desplazamiento, distinguiremos dos formas de ejecución de las técnicas:

- La forma pasiva, en la que el paciente permanece inactivo no pudiendo aportar ninguna ayuda para su desplazamiento (paciente en coma, anestesiado, paralizado, etc.).
- La forma ayudada, en la que el paciente realiza una participación relativa, siendo su contribución insuficiente, descoordinada o contraindicada. En este caso hay que controlar o canalizar su participación hacia un camino facilitador más económico. Se debe suscitar una cooperación por parte del paciente.

Mediante estas formas los profesionales podemos inducir al sujeto hacia una autonomía individual creciente.

El Método de «manutención» de Enfermos está concebido para mejorar el comportamiento físico del trabajo del personal cuidador. Aquellos que esperan encontrar en él una fórmula que les evite radicalmente riesgos y esfuerzos, descubrirán que se trata de adquirir automatismos a partir de un aprendizaje físico codificado.

Para ello, a cada uno de los movimientos se le asigna una terminología, que se ha creado para ayudar a la comprensión y memorización psico-motora. Su objetivo consiste en asegurar a cada uno, según sus medios, un nivel de prestación gracias a una mejora en su habilidad, a una mejor elección de conductas frente a un obstáculo y a una compenetración con el paciente.

Como la iniciación y aprendizaje del método precisan de numerosas repeticiones que no ofrecen inmediatamente una seguridad de ejecución suficiente, y teniendo en cuenta que el paciente no

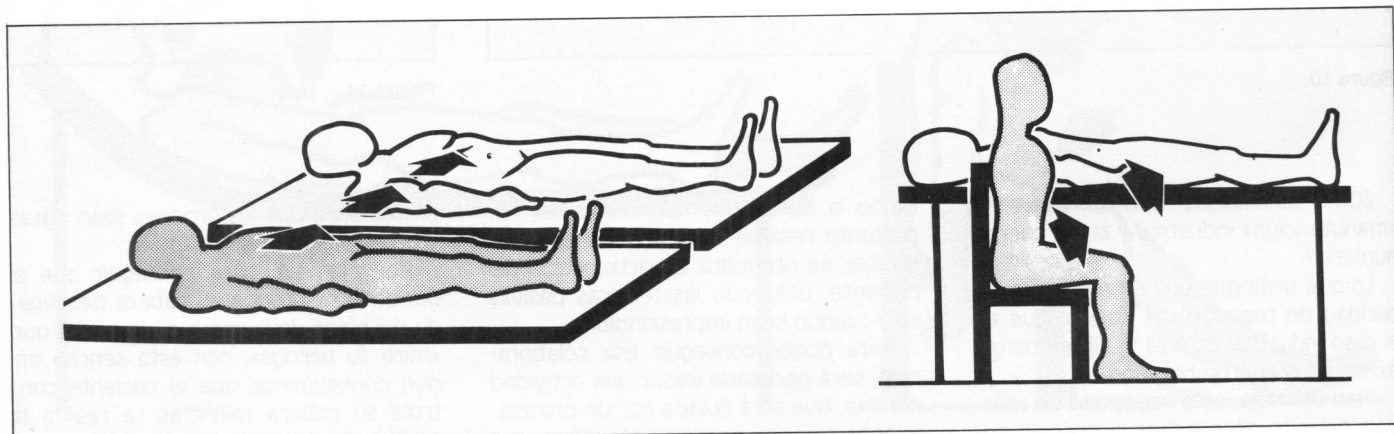


Figura 13. Transferir

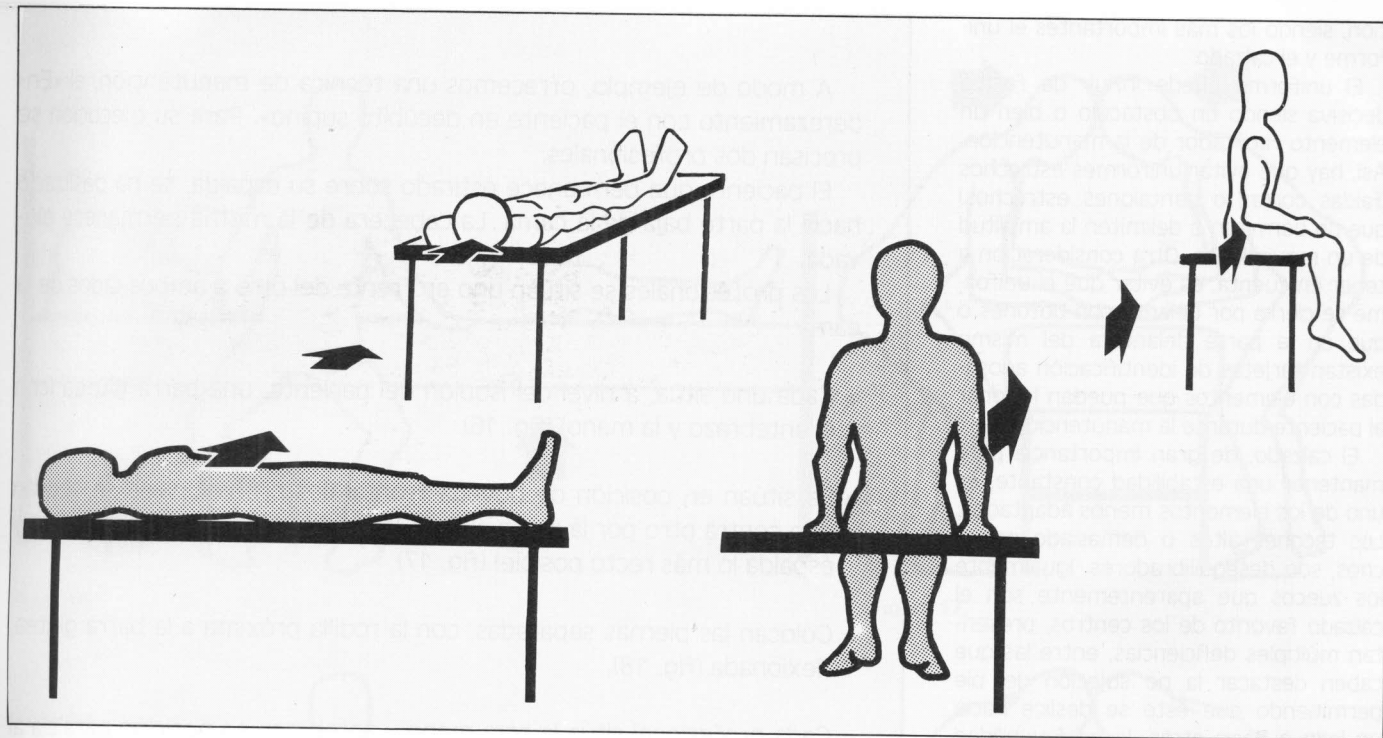


Figura 14. Transporte

puede ni debe someterse a movilizaciones múltiples e imperfectas que arriesguen su integridad física, es inevitable que la enseñanza se realice en situación ficticia-práctica, es decir entre dos alumnos.

Esto es importante porque de esta manera podemos experimentar lo que siente el paciente y sufrir las imperfecciones de los medios utilizados, así como tomar conciencia de nuestro cuerpo y

crear comportamientos adecuados frente a situaciones concretas.

¿Qué factores objetivos y subjetivos pueden interponerse en este método?

Entre los factores subjetivos que pueden interferir de forma relativa, se encuentra el hecho del «cuerpo a cuerpo» con el paciente. Este contacto directo puede influir en la transmisión cruzada de la infección, por el personal,

que puede recoger directamente los gérmenes en sus manos y ropas y transmitirlos. Por otra parte, cultiva gérmenes en sus mucosas y los transmite por contacto. Otro factor sería aquel que se deriva de una formación rigurosa, en la que «el mantener las distancias» prevalece sobre la efectividad de los cuidados.

Los factores objetivos también influyen en las actividades de la manuten-

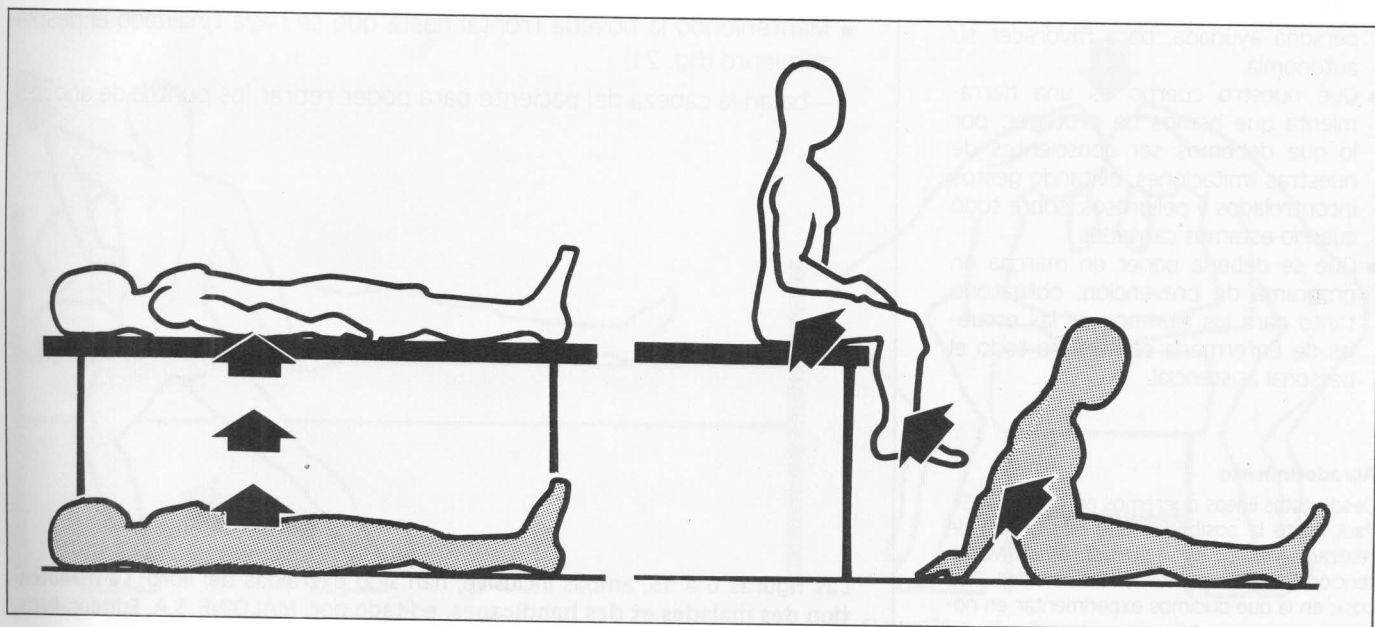


Figura 15. Levantamiento

ción, siendo los más importantes el uniforme y el calzado.

El uniforme puede influir de forma decisiva siendo un obstáculo o bien un elemento facilitador de la manutención. Así, hay que evitar uniformes estrechos (faldas cortas o pantalones estrechos) que no permitan o delimiten la amplitud de un movimiento. Otra consideración a tener en cuenta, es evitar que el uniforme se cierre por delante con botones o que en la parte delantera del mismo existan tarjetas de identificación adosadas con elementos que puedan lesionar al paciente durante la manutención.

El calzado, de gran importancia para mantener una estabilidad constante, es uno de los elementos menos adaptados. Los tacones altos o demasiado estrechos, son desequilibradores. Igualmente los zuecos que aparentemente son el calzado favorito de los centros, presentan múltiples deficiencias, entre las que caben destacar la no sujeción del pie permitiendo que éste se deslice hacia un lado o hacia atrás, la no flexibilidad de los mismos... etc. Así pues, el calzado adecuado será aquel que sujete el pie, sea flexible, antideslizante y no tenga un tacón ultraplano, ya que éstos no favorecen la flexión de las rodillas.

Conclusiones

De todo lo expuesto anteriormente podríamos extraer:

- Que las técnicas de manutención no suprimen el peso de los pacientes o del utillaje, aunque sí lo disminuyen a través de un aprendizaje gestual bien codificado y el acercamiento específico al cuerpo humano a desplazar, así como de una compenetración con la persona ayudada, para favorecer su autonomía.
- Que nuestro cuerpo es una herramienta que hemos de proteger, por lo que debemos ser conscientes de nuestras limitaciones, evitando gestos incontrolados y peligrosos, sobre todo cuando estamos cansados.
- Que se debería poner en marcha un programa de prevención, obligatorio tanto para los alumnos de las escuelas de Enfermería como para todo el personal asistencial.

Agradecimiento

Desde estas líneas queremos agradecer al Sr. Paul Dotte la posibilidad que nos brindó de realizar un curso de «Formadores en Manutención para Enfermos y Disminuidos Físicos», en la que pudimos experimentar en nosotros mismos la eficacia e importancia del Método aquí explicado.

A modo de ejemplo, ofrecemos una técnica de manutención, el «Enderezamiento con el paciente en decúbito supino». Para su ejecución se precisan dos profesionales.

El paciente que permanece estirado sobre su espalda, se ha deslizado hacia la parte baja de la cama. La cabecera de la misma permanece elevada.

Los profesionales se sitúan uno en frente del otro a ambos lados de la cama.

- Cada uno sitúa, a nivel del isquión del paciente, una barra glútea (con el antebrazo y la mano) (fig. 16).
- Se sitúan en posición de bóveda frontal (los profesionales se apoyan uno contra otro por la parte alta de la frente, manteniendo su cuello y espalda lo más recto posible) (fig. 17).
- Colocan las piernas separadas, con la rodilla próxima a la barra glútea, flexionada (fig. 18).
- Cada profesional sitúa la otra mano y antebrazo en posición paralela al eje longitudinal de la espalda del paciente, de forma que los codos se mantengan en posición de arco (fig. 19).
- Los codos y antebrazos de los profesionales enmarcan la cabeza del paciente para evitar su movilización.
- Actúan conjuntamente para lograr un balanceo (fig. 20)
 - transfiriendo el peso, invirtiendo la flexión de la rodilla;
 - deslizando la barra glútea a ras de la cama;
 - y traccionando con las manos y antebrazos, situados en la espalda del paciente, hacia arriba, manteniendo los codos a la altura de las orejas del paciente.
- Manteniendo la bóveda frontal hasta que se haya finalizado el desplazamiento (fig. 21)
 - bajan la cabeza del paciente para poder retirar los puntos de apoyo.

Las figuras 6 a 15, ambas inclusive, han sido extraídas del libro: **La manutention des malades et des handicapes**, editado por: MALOINE, S.A. Editeur. Paris.

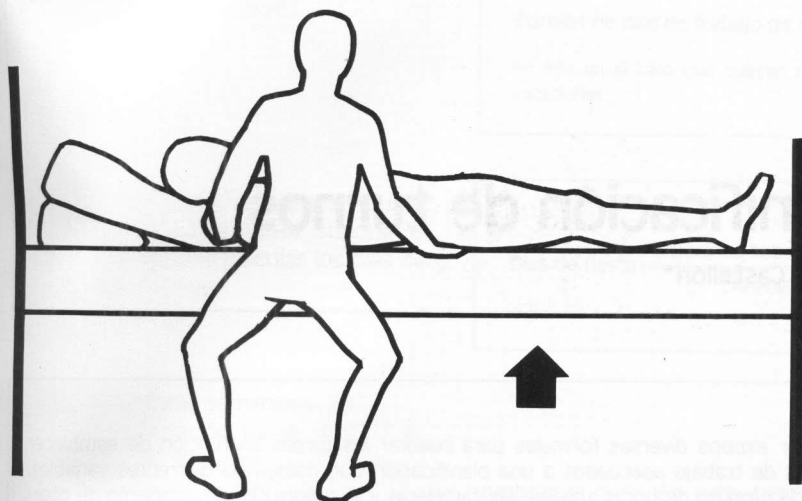


Figura 16.

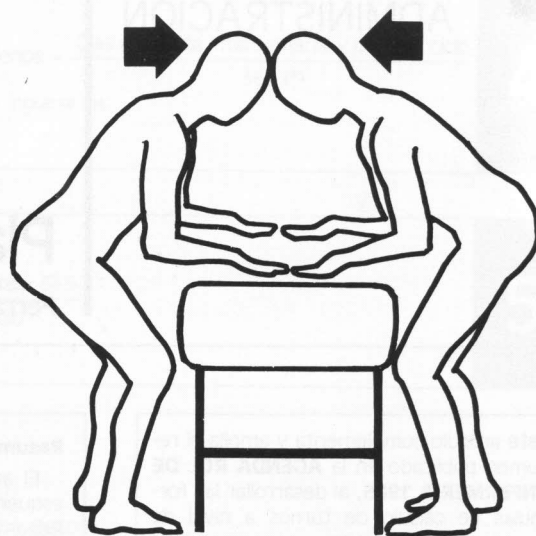


Figura 17.

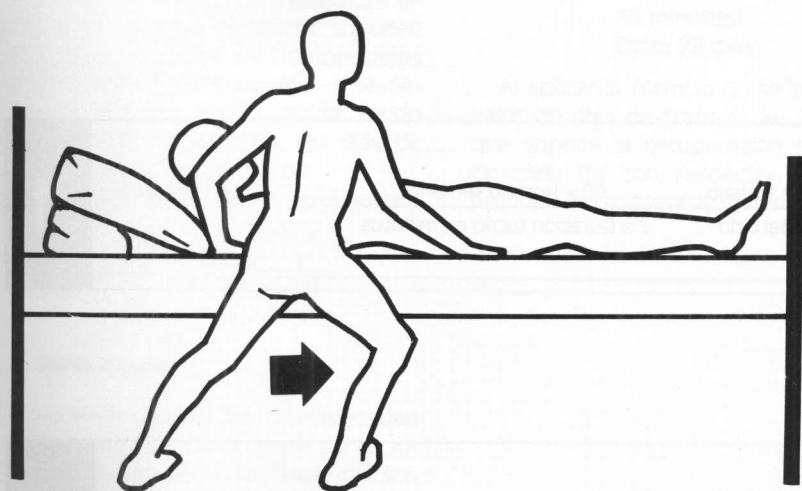


Figura 18.

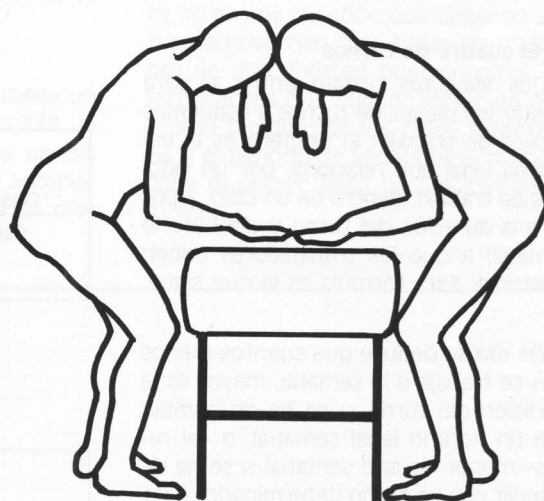


Figura 19.

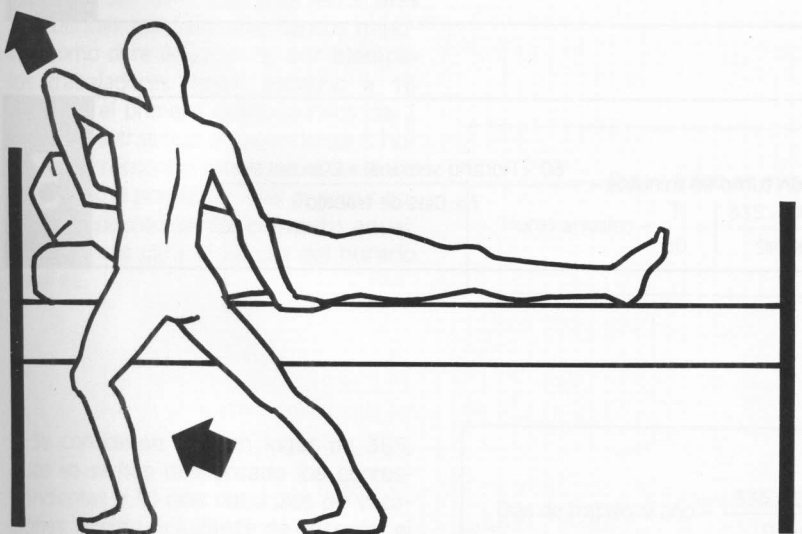


Figura 20.

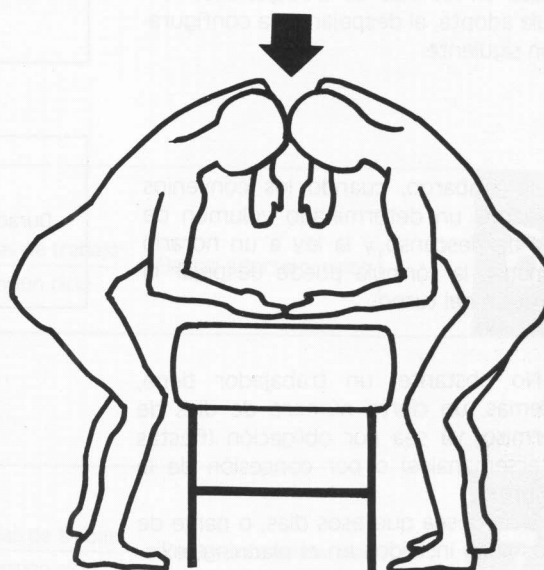


Figura 21.