

Patología de la espalda

Bruna Mola*

La relación entre la actividad física y el dolor de espalda, debe ser considerada desde una amplia perspectiva. Sin embargo en este artículo nos centraremos especialmente en los problemas de dolor lumbar debido a su gran incidencia en la población. El síntoma más importante en los padecimientos de la espalda es el dolor. Datos estadísticos apuntan que el 80 % de adultos, ha sufrido dolor de espalda en alguna época de su vida. La vulnerabilidad del raquis al dolor proviene de la posición en bipedestación que adoptamos los humanos; el hombre lo padece desde que sus antepasados abandonaron la posición cuadrúpeda.

El pilar central del tronco, es decir, la columna vertebral, actúa por un lado como estuche protector de la médula y por otro sirve de palanca para los movimientos. Sus características contradictorias de flexibilidad y rigidez hacen que ésta sea constantemente vulnerable. El desarrollo técnico e industrial, sin lugar a dudas, ha mejorado la calidad de vida del ser humano, pero también ha aportado tensiones y esfuerzos a la espalda. En estas circunstancias, el estuche raquídeo puede entrar en conflicto con la médula y nervios periféricos lo que pone en peligro su funcionalidad y bienestar.

La actividad laboral, el estrés, la tensión, los accidentes, el sedentarismo, la práctica inadecuada de ciertos deportes, hábitos posturales poco higiénicos, son algunas de las muchas causas que pueden ocasionar dolor de espalda.

El concepto de dolor, así como su fisiología, es complicado. Se ha dicho

que el dolor es «una defensa preventiva de los seres inteligentes», ya que su aprendizaje daría al hombre conciencia de peligro, evitando situaciones posteriores de riesgo.

Lumbalgia

La lumbalgia, lumbago, dolor en la región lumbar, dolor de riñones... significa dolor en la región lumbar.

Éste es un dolor difuso, profundo... cuyo origen puede deberse a la alteración de las estructuras fundamentales de la columna vertebral, de los músculos, del disco intervertebral, y ligamentos. O bien, a la compresión directa de las estructuras nerviosas.

En algunas ocasiones el dolor se origina en estructuras ajenas a la columna pero relacionadas con ella: es lo que reconocemos como dolor referido. Cuando el dolor hace su aparición de manera súbita e intensa, lo identificamos como lumbago, en tanto que reconocemos por lumbalgia los casos crónicos y de una, más o menos, moderada intensidad.

Las causas que potencialmente pueden comprometer la funcionalidad de

RESUMEN

Se analiza la relación entre actividad física y dolor en la región lumbar, describiendo los diferentes tipos de lumbalgia y sus distintas modalidades de presentación en función de su etiología, originada en relación con el disco intervertebral; con las articulaciones interapofisarias; por desequilibrio muscular; con origen en el canal raquídeo; de origen tendinoso y ligamentoso; dolor referido de origen visceral; síndrome radicular; y espondilolisis y espondilolistesis.

También se describen los factores de riesgo laboral más frecuentes y el tratamiento de las lumbalgias mediante medidas físicas e higiene postural.

la columna ocasionando dolor son múltiples: compresiones, elongaciones, infecciones, inflamaciones, contracturas..., en cualquier caso, la intensidad del dolor ocasionado dependerá del estímulo del receptor y de la cantidad de receptores estimulados. Los receptores estimulados unas veces serán químicos, otros quimioestimulables. En el tejido, cuando se daña, aparecen sustancias inexistentes en condiciones de normalidad, muchas de estas sustancias poseen propiedades quimioestimulables sobre las terminaciones nerviosas sensitivas, por lo que pueden desencadenar la aparición de dolor.

Tipos de lumbalgia

La característica que define cualquier tipo de lumbalgia es el dolor independientemente de su etiología. El dolor, a su vez, puede ser causa de aparición de otros fenómenos que de alguna manera se sumarán al inicial. Uno de los fenómenos que se instauran con más precocidad al dolor lumbar es la contractura de la mayor parte de la musculatura

La manipulación, transporte, higiene y levantamiento de los pacientes, junto con el estrés, la tensión, los accidentes, el sedentarismo, la práctica inadecuada de ciertos deportes, y hábitos posturales incorrectos, son algunas de las causas que pueden originar dolor de espalda

* Profesora de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica. E.U.E. Universidad de Barcelona.

posterior de la espalda. Esta contractura es un fenómeno involuntario con la finalidad de inmovilizar la zona a la que corresponde la estructura afectada, es decir, se trata de una contractura con finalidad antiálgica.

Podemos diferenciar distintas modalidades de presentación de dolor en la región lumbar, atendiendo a su etiología.

Lumbalgia originada en el disco intervertebral

Cada vértebra contacta con la siguiente, a través del disco intervertebral y de las articulaciones posteriores de la misma. Estos elementos trabajan en franca armonía; la disfunción de cualquiera de ellos conlleva la sobrecarga y posible lesión de los otros provocando dolor.

El disco intervertebral consta de dos partes. Una en el interior, de forma esférica, constituida por una sustancia gelatinosa formada sustancialmente por agua y mucopolisacáridos, además de fibras colágenas y células de aspecto condrocitario, llamada núcleo pulposo.

Este carece de nervios y vasos y se encuentra relleno en una cavidad inextensible, gracias a la disposición de las sucesivas capas del anillo fibroso que lo envuelve, obligándole a adoptar, en condiciones de normalidad, forma esférica.

Este tipo de articulación hace que el núcleo se comporte como una esfera entre dos planos, permitiendo tres clases de movimiento: flexo-extensión, rotación, deslizamiento. En realidad, por separado, estos movimientos carecen de escasa amplitud, pero la suma de los tres le confiere una mayor amplitud de movimiento.

El disco intervertebral actúa como amortiguador hidráulico y elástico casi perfecto. Su composición y el hecho de hallarse encorsetado en una cavidad de

paredes elásticas le proporciona dicha propiedad.

Cuando el disco recibe un peso de la vértebra superior se deforma, disminuyendo en altura y aumentando en diámetro. En esta situación, y siendo fiel a las reglas del principio de Pascal «la presión aplicada en un punto de un fluido se transmite por igual y en todas direcciones», el núcleo pulposo del disco actúa como un repartidor de presión en sentido horizontal sobre el anillo fibroso. Esto ocurre incluso en condiciones de reposo, ya que el núcleo es sometido a cierta presión por su capacidad de absorber agua y dilatarse, propiedad, por otra parte, que le permite soportar mejor las cargas de presión.

En realidad, las plataformas vertebrales reciben igual presión, pero al ser duras e indeformables no ceden, transmitiendo el peso a su inmediata inferior.

Con la edad se produce un deterioro del núcleo pulposo, disminuyendo la capacidad de absorber agua, lo que hace que el disco pierda altura y estado de pretensión: esto implica una menor flexibilidad del raquis.

Las fuerzas de compresión del disco aumentan a medida que nos acercamos al sacro, debido no sólo al peso que ha de soportar, sino también al tono de los músculos paravertebrales, necesario para mantener la estática y erección del tronco. Las caras de las vértebras que entran en contacto con el núcleo disponen de numerosos poros microscópicos que les permiten absorber agua de la sustancia gelatinosa del núcleo; por esto al final del día el núcleo está menos hidratado disminuyendo como consecuencia, su espesor. Con el reposo el proceso es inverso; de esta manera el disco vuelve a recobrar su espesor. Soportar cargas durante periodos prolongados hace que el disco nunca vuelva a recuperar su espesor inicial, dando lugar a un proceso de «envejecimiento», precoz en muchas ocasiones.

Lesión del Disco - Hernia Discal

El disco intervertebral en la persona adulta inicia su degeneración a partir de los 25-30 años. Dos procesos intervienen en la misma, la pérdida de absorción de agua en el núcleo pulposo y la presencia de estrías concéntricas en el anillo fibroso. Estas estrías debido a los sobreesfuerzos repetidos o microtraumatismos se transforman en desgarramientos radiales. Este hecho permitiría a la sustancia del núcleo pasar a través de las fibras del anillo fibroso. El principal problema que causa la hernia de disco es la compresión de raíces nerviosas, lo que da lugar a la aparición de fuertes dolores radicales, y a lesiones neurológicas. La hernia discal generalmente aparece después de un esfuerzo de levantamiento de un peso con el tronco inclinado hacia delante. Esta posición implica que la parte posterior del espacio intervertebral se abra, propulsando el núcleo hacia atrás a través de desgarramientos previos del anillo fibroso. Al enderezar el tronco, el trayecto por donde ha pasado el núcleo pulposo se cierra bajo la presión de los cuerpos vertebrales. De esta manera, el contenido pulposo queda bloqueado, provocando dolor intenso y fuerte contractura muscular en la región lumbar.

Lumbalgias cuyo origen se encuentra en las articulaciones interapofisarias

La sobrecarga, traumatismos, artrosis, pinzamiento, procesos inflamatorios... de estas articulaciones dan lugar junto a la degeneración del disco, a la aparición de algias y alteración de la unidad funcional.

Dada la rica inervación sensitiva que poseen, cualquier factor capaz de alterarlas en principio puede ser motivo de excitación algógena. Es importante resaltar que las lesiones no siempre corresponden a grandes traumatismos, la mayoría de los procesos que requieren atención médica son debidos a dolencias desencadenadas por microtraumatismos propios de los quehaceres cotidianos. Cuando los movimientos son realizados de manera brusca e incontrolada (torsión forzada de la columna, levantamiento de peso por

La mayoría de los procesos que requieren atención médica se debe a dolencias desencadenadas por microtraumatismos propios de los quehaceres cotidianos

encima de las posibilidades...) el desplazamiento de las carillas articulares sobrepasa los límites, entrando en acción los elementos propios de la articulación, ligamento interespinoso, supraespinoso, longitudinales... Si su resistencia también es vencida se produce lesión, cuya magnitud dependerá de la intensidad del esfuerzo realizado.

Lumbalgias por desequilibrio muscular

En condiciones normales los músculos encargados de la movilización y fijación de los huesos vertebrales y pélvicos son capaces de realizar su función sin ocasionar dolor; por el contrario, factores que puedan estimular las innumerables terminaciones nerviosas sensitivas podrían desencadenar dolor.

Entre las causas lesivas más frecuentes encontramos desgarros, contusiones, elongaciones, contracturas, trabajo muscular excesivo... Las contracturas musculares figuran entre las causas más comunes de dolor lumbar. Esta situación hace que se sufran cambios tanto a nivel metabólico como fisiológico. La glucosa es la encargada del aporte de energía suficiente para que el músculo pueda realizar su función: durante el metabolismo muscular ésta se degrada hasta ácido pirúvico. Este proceso se realiza en presencia de oxígeno; si el aporte de oxígeno es insuficiente, el ácido pirúvico (producto intermedio en el metabolismo de la glucosa) no aparece en el círculo metabólico; los productos resultantes no serán CO₂ y H₂, sino ácido láctico. Este ácido es quimioestimulable de los receptores sensitivos algógenos, y por consiguiente, capaz de provocar dolor.

Lumbalgias originadas en el canal raquídeo

Un estrechamiento o aplastamiento congénito del canal raquídeo lumbar, puede ser causa de compresión, provocando dolor lumbar que suele aparecer en la bipedestación y remitir con reposo y flexión lumbar. En el conducto vertebral existen toda una serie de elementos que colaboran en el funcionamiento de esta zona; factores diversos

pueden contribuir al angostamiento del canal dando lugar al desplazamiento o compresión de las estructuras, provocando dolor.

Lumbalgias de origen tendinoso y ligamentoso

La estructura de los **tendones** alargados, fuertes, poco elástica, recuerda la de los cables de tensión, que suelen tener la función de transportar la fuerza generada por el motor (músculo) al punto en el cual se necesita (punto de inserción). Pueden verse alterados por causas diversas: las más comunes y frecuentes son los traumatismos por tensión exagerada y las contusiones; con menos frecuencia encontramos afecciones propias tendinosas, como degeneración, inflamaciones, tendinitis. Los desgarros a menudo son motivo de dolor. No hemos de olvidar que el periostio es muy sensible y cualquier tipo de arrancamiento de las fibras tendinosas originará dolor intenso. Simultáneamente, en un intento de inmovilizar la zona afectada, ocurre una contractura muscular refleja. El dolor ocasionado provendrá del tendón lesionado y de los músculos contracturados.

La estructura de los **ligamentos**, es similar a la de los tendones; generalmente se sitúan entre dos elementos salvando una articulación, lo que mantiene unidos los elementos óseos, al tiempo que les permite libertad de movimiento, siempre dentro de unos límites fisiológicos bien precisos. Su función es de refuerzo o cierre de seguridad. Los traumatismos, elongaciones prolongadas, compresiones, inflamaciones... pueden afectarlos poniendo en peligro su integridad y función.

La mayoría de los ligamentos, se encuentran abundantemente inervados de terminaciones nerviosas, siendo altamente vulnerables frente al dolor.

El ligamento común vertebral posterior es uno de los mejor inervados, pero



Es imprescindible aplicar los principios de la mecánica corporal o utilizar ayudas mecánicas en cada situación de riesgo potencial (levantamiento de pacientes, movilización...).

también es uno de los que más frecuentemente se lesionan.

Dolor referido de origen visceral

Es un dolor que se percibe a distancia del lugar de origen; puede crear confusión con una lumbalgia, ya que una patología renal, uretral visceral, y/o uterina, puede desencadenar dolor lumbar.

Síndromes radiculares

Las raíces nerviosas lumbares pueden quedar comprimidas a su paso por el canal de conjunción. A través de éste pasan, además, otros elementos como el nervio senovertebral, las arterias vertebrales, y las venas. También existe abundante tejido conectivo adiposo-vascular que actúa como relleno.

Cualquier tipo de alteración puede desencadenar conflictos de naturaleza compresiva, instaurándose cuadro clínico de disfunción.

Espondilosis y espondilolistesis

La espondilolistesis consiste en la posición adelantada de una vértebra respecto a la inferior. Las últimas vértebras lumbares presentan más frecuentemente esta alteración.

La espondilosis es la consecuencia más inmediata de la degeneración discal. Consiste en la deformación degenerativa de los cuerpos vertebrales, quedando la vértebra separada en un segmento anterior y otro posterior. Se da casi exclusivamente entre las vértebras L4 y L5.

Estos tipos de alteraciones producen molestias por sobrecarga muscular. En desplazamientos importantes hay afectación radicular.

Factores de riesgo laboral más frecuentes

El sector más afectado es la industria, mientras que como profesiones más afectadas por lumbalgias podemos destacar el personal sanitario, los administrativos/as y los conductores de camión.

1) Trabajo físico pesado. Actividades con gran gasto energético y que pueden presentar molestias mecánicas.

2) Exposición a vibraciones de baja frecuencia. Esta situación puede dar lugar a microtraumatismo de los cuerpos vertebrales.

3) Posturas mantenidas durante periodos prolongados. Se produce una corrección de la lordosis fisiológica lumbar, por lo que aumenta la presión en el disco intervertebral.

4) Movimientos repetitivos de flexo-extensión y torsión de la columna. Es difícil ponderar la frecuencia de estos movimientos con las lumbalgias, ya que suelen asociarse a esfuerzos de levantamiento de peso.

5) Alteraciones psicológicas. Situaciones tales como el estrés, insatisfac-

ción laboral, pueden dar lugar a la aparición de lumbalgia o, al menos, agravar la situación de la misma.

Tratamiento de las lumbalgias

El tratamiento de las lumbalgias es conservador, pero cuando éste fracasa se hace necesaria la intervención quirúrgica.

En las lumbalgias se suman dos sensaciones de dolor: una corresponde al dolor inicial, la otra al componente algico secundario. El tratamiento para ser completo y eficaz, deberá atender ambos tipos de dolor. Aún y entendiendo que la lumbalgia en algunas ocasiones cede espontáneamente, sus molestias cesarán antes con tratamiento.

Medidas físicas

Reposo

Resulta esencial en el tratamiento de las lumbopatías; de hecho la finalidad de la contractura muscular es inmovilizar el segmento afectado. Los procesos que cursan con inflamación, exigen permanecer en reposo, de esta manera se consigue disminución del dolor. El tiempo de la inmovilización dependerá del daño de las estructuras afectadas y de su evolución.

Aplicación de calor o termoterapia

Con la aplicación de calor conseguimos un aumento de la irrigación por vasodilatación al tiempo que alivio del dolor muscular.

Termoterapia profunda

Este tipo de calor puede ser transmitido mediante onda corta (aplicación de corrientes de baja frecuencia), microondas (por radiaciones electromagnéticas), ultrasonidos (por vibración acústica). La elevación de la temperatura local hace que aumente el metabolismo tisular. Este tipo de aplicación de calor está indicada en procesos degenerativos vertebrales y con-

traindicada en las ciáticas agudas, procesos neoplásicos, e infecciones.

Termoterapia superficial

El efecto es producido a distancia, mediante vasodilatación. Existen dos tipos:

- Diatermia, radiación a través de rayos infrarrojos.
- Aplicación de calor, a través de bolsas de agua caliente, esterillas eléctricas.

Crioterapia

La aplicación de frío local tiene un efecto antiinflamatorio y analgésico superior al del calor en muchos casos de lumbalgia aguda, ya que el calor al ser vasodilatador puede favorecer la inflamación.

Antiinflamatorios

La inflamación es un proceso que acompaña casi todos los procesos vertebrales, por ello se hace indispensable en el tratamiento de las lumbalgias. No obstante, debido a la gran variedad existente y a la dificultad para la dosificación, su prescripción debe estar reservada exclusivamente al médico.

Antiálgicos

En realidad la mayoría de los antiinflamatorios poseen, además, propiedades analgésicas, de modo que no sólo actuarían contra la inflamación, sino también frente al dolor. No obstante, hay medicamentos cuyas propiedades son básicamente analgésicas. Sin lugar a duda, una de las más importantes es la conocida «aspirina» (ácido acetilsalicílico) con grandes e indiscutibles propiedades analgésicas. Tiene el inconveniente de resultar un gran irritante de la mucosa gástrica, por lo que su uso está vedado a personas con problemas gástricos. Otro fármaco también muy extendido y con grandes propiedades analgésicas es el paracetamol.

Decontracturantes

Como su nombre indica actúan relajando la musculatura, disminuyendo de esta manera el dolor.

Aplicación de cremas

Su efecto es muy beneficioso, a pesar de que le damos poca importancia, y consiste en la disminución o desaparición de las contracturas, aliviando el dolor.

Las contracturas musculares figuran entre las causas más comunes de dolor lumbar

La higiene postural como medida preventiva es absolutamente necesaria cuando se carece de ayudas técnicas

El tratamiento dependerá en gran medida de la magnitud de la lesión; en algunos casos será más agresivo mientras que en otros serán suficientes medidas ligeras. El tratamiento de las lumbalgias queda incompleto, y es más frecuente que vuelvan a aparecer, si no va acompañado de una serie de normas de conducta en cuanto a movimiento se refiere para mejorar la mecánica corporal del individuo, evitando posturas defectuosas.

Una vez pasado el episodio lumbálgico, se hace necesario adoptar un nuevo estilo de movimientos habituales hasta conseguir que éstos sean realizados de manera natural.

Durante la fase aguda los ejercicios están contraindicados; una vez pasada la crisis se iniciarán ejercicios encaminados a:

- Aprender a bascular la pelvis.
- Estirar la musculatura lumbar.
- Potenciar la musculatura lumbar.
- Potenciar la musculatura abdominal.
- Potenciar la musculatura glútea.

Se evitarán aquellos ejercicios cuya realización sea motivo de dolor.

Es aconsejable que durante los tres primeros días se realicen ejercicios para aprender a relajar la musculatura lumbar. A partir de aquí llevamos a cabo sencillos ejercicios de estiramiento, para pasar entre el quinto o sexto día a la potenciación de los músculos abdominales y posteriormente glúteos.

Higiene postural

La higiene postural consiste en la adecuada utilización de la columna vertebral, pudiendo actuar tanto a nivel terapéutico como preventivo.

La higiene postural nos enseña la manera de adoptar posiciones y posturas adecuadas en cada situación, y también a adecuar las herramientas y utensilios de trabajo para lograr una mayor «comodidad» de la columna, evitando al máximo situaciones de riesgo inútiles, que comportarían la aparición de lumbalgias.

Recomendaciones en bipedestación

1. Sin realizar trabajo alguno

Los pies deben estar separados; es conveniente que una pierna se encuentre más avanzada que la otra, cambiando alternativamente el peso de pierna. Realizar pequeños paseos y si es posible, apoyar la espalda. Es la posición adecuada cuando esperas a alguien.

2. Realizando alguna actividad

Los pies deben permanecer ligeramente separados. Lo más aconsejable es mantener un pie más elevado que el otro mediante un pequeño taburete; en este caso se alternarán las piernas. Si la labor realizada precisa una mesa de trabajo (como planchar), ésta adoptará la altura necesaria para evitar la flexión innecesaria de la columna. No obstante cualquier tipo de actividad se realizará en sedestación siempre que sea posible.

Recomendaciones en sedestación

1) *Conduciendo*, las características del asiento son fundamentales, aunque éstas solo son privilegio, de algunos automóviles. El respaldo debe permanecer inclinado hacia atrás, es conveniente algún tipo de adaptador que permita la lordosis fisiológica de la columna lumbar, el asiento ha de estar lo suficientemente cerca de los pedales, el apoya cabezas se hace indispensable para evitar latigazos cervicales (hiper- extensión brusca del cuello) en caso de colisión. Es recomendable adquirir el hábito de sentarse primero y luego introducir los pies en el vehículo. A la hora de salir, girar primero el cuerpo y sacar las piernas al tiempo, evitando así

situaciones de compromiso repetitivas a nivel lumbar.

2) *Descansando*, el asiento ha de reunir las condiciones de comodidad necesarias, con adaptador lumbar que permita mantener la lordosis fisiológica; también es conveniente que tenga apoya- brazos y apoya cabezas.

3) *Estudiando*, mientras leemos o estudiamos, debemos mantener la columna lo más recta posible, la mesa de estudio respetará la *altura* de nuestros codos, aproximadamente.

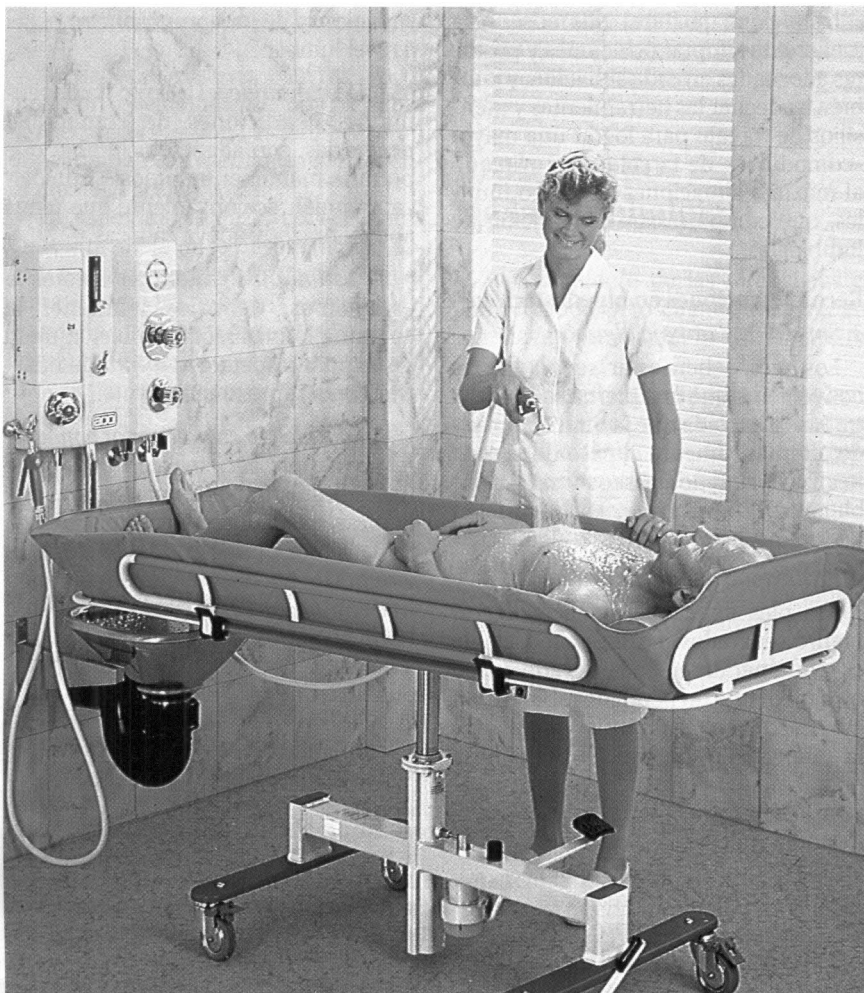
4) *Escribiendo en ordenador o máquina de escribir*, para realizar trabajos de tipo administrativo, es importante que la mesa quede ligeramente por debajo de la altura de los codos, es decir, el antebrazo ha de quedar en posición horizontal o ligeramente inclinado hacia abajo. La silla giratoria es la más adecuada, con respaldo y altura graduables.

Recomendaciones en decúbito

El colchón y el somier deben tener un cierto grado de dureza para que la

La hernia discal y sus graves consecuencias suelen aparecer después de un esfuerzo de levantamiento de peso con el tronco inclinado hacia delante. Debemos evitarlo mediante la prevención.





Los profesionales sanitarios constituyen uno de los colectivos más afectados por las lumbalgias.

espalda pueda descansar; hoy el mercado ofrece una amplia variedad. La almohada no será demasiado alta y otra almohada debajo de las rodillas, en decúbito supino, permitirá disminuir la lordosis al tiempo que favorecerá la circulación de retorno; el decúbito prono se evitará en la medida de lo posible.

Recomendaciones para la elevación y transporte de un objeto

Nos situaremos lo más cerca posible del objeto a levantar para evitar esfuerzo y rotación de la columna; las piernas estarán separadas, aumentando la base de sustentación, la flexión de las rodillas se realizará con la columna recta. En esta posición se recogerá el objeto a levantar, y nos incorporaremos mante-

niendo recta la columna hasta la bipedestación. Cuando se transporta compra, es aconsejable repartir el peso en dos bolsas para dividir el peso. En el caso de carro de ruedas, no es conveniente arrastrarlo, sino empujarlo por delante.

En definitiva, se trataría de aplicar los principios de la mecánica corporal en cada situación potencial de riesgo.

Consejos

- Controlar el peso.
- Evitar adoptar posturas fijas.
- Cambiar frecuentemente de posición.
- Respetar los periodos de sueño y reposo.

- Practicar deporte de forma adecuada.
- Realizar ejercicios terapéuticos o preventivos.
- Evitar esfuerzos violentos o posturas inadecuadas.
- Evitar la utilización de calzado deslizante, no flexible, y que no recoja el pie cuando se lleven a cabo movilizaciones a los pacientes.

Reglas para movilizar un paciente

- Procurar que nuestra base de sustentación sea lo más amplia posible, colocando los pies separados y uno de ellos ligeramente adelantado.
- Mantener la línea de gravedad de nuestro propio cuerpo lo más cerca posible del punto de apoyo.
- Cuidar nuestra espalda, apoyándonos fundamentalmente en los músculos de las piernas, abdominales y glúteos, que son más fuertes. Nunca flexionarnos incorrectamente.
- Antes de movilizar un paciente o mover un objeto, contraer los músculos abdominales y los glúteos. Espirar cuando estemos realizando el esfuerzo.
- Utilizar siempre en beneficio propio la fuerza de la gravedad. Utilizar nuestro propio peso como fuerza de desplazamiento.
- Si el peso de la carga o el tipo de paciente a movilizar pueden constituir un riesgo, debemos buscar la ayuda de otra persona o utilizar medios mecánicos.
- Cuando se trabaja en plano inclinado, descargar la espalda, buscando apoyo para las extremidades superiores.
- Debemos adecuar el plano de trabajo a la altura de la cintura; por ello es aconsejable la ajustabilidad del mobiliario sanitario.
- Antes de movilizar un paciente valorar su situación, si porta o no sondas o catéteres, y planificar de antemano cómo efectuaremos los movimientos.
- Solicitar la colaboración del paciente con frases precisas que favorezcan el movimiento a efectuar.