

# *Necesidades de formación en una residencia geriátrica: técnicas de movilización de personas asistidas*

C. R. Rodríguez Martín. *Fisioterapeuta. Residencia Comarcal de Personas Mayores. Vélez-Rubio (Almería)*

## **RESUMEN**

En la actualidad la figura de las residencias geriátricas ocupa un lugar muy importante en la sociedad, y dentro de la atención multidisciplinar que en estas se lleva a cabo, destacamos el papel del fisioterapeuta que se ha hecho ya imprescindible.

Tras cuatro años de experiencia laboral como fisioterapeuta en una residencia geriátrica y tres años de formador ocupacional impartiendo cursos de auxiliar de enfermería en geriatría, me gustaría destacar la necesidad tan importante que en cuanto a formación sobre «técnicas de movilización de personas asistidas» tiene la figura del «auxiliar de enfermería» en una residencia de ancianos.

En segundo lugar, quisiera proponer una guía, resumiendo qué técnicas son las más correctas para movilizar a estos pacientes previniendo lesiones en el trabajo, ayudando a mejorar la calidad de vida e independencia del anciano y colaborando con el trabajo del fisioterapeuta y del resto del personal sanitario.

*Palabras clave:* Fisioterapia, formación, técnicas de movilización de personas asistidas, residencia geriátrica, auxiliar de enfermería.

## **ABSTRACT**

At the present time the figure of the geriatric residence occupies a very important place in the society. In interdisciplinary's attention that is carried out in these, the paper of the physiotherapy that has already been made essential.

After four years of labor experience in a geriatric residence like physiotherapist and three years of occupational training imparting courses of infirmary's auxiliary in geriatrics, I would like to emphasize the so important necessity that as far as formation on techniques of attended people's mobilization has infirmary's auxiliary in a residence of old men.

Secondly, I would like to propose a guide, summarizing what techniques are most correct to mobilize these patients preventing lesions in the work, helping to improve the quality of the old men life and their independency and collaborating with the work of the physiotherapist.

*Key words:* Physical Therapy, formation, techniques of attended people's mobilization, geriatric residence, infirmary's auxiliary.

## INTRODUCCIÓN

Los auxiliares de enfermería en geriatría o gerocultores van a ser, dentro del personal sanitario de una residencia de ancianos, aquellos sobre los cuales recae esa necesidad de formación con respecto al conocimiento tanto teórico como práctico de las técnicas que hay que llevar a cabo para movilizar a los ancianos asistidos, ya que son ellos los encargados de realizar, entre otras funciones, dichas técnicas.

Entre las actividades que desempeña un auxiliar de geriatría en su puesto de trabajo destacan:

- Cuidados y aseo personal de los ancianos.
- Alimentación.
- Traslado de lugar de los ancianos.
- Cambios posturales.
- Amortajar a los difuntos.

En resumen, se puede decir que se lleva a cabo un gran esfuerzo físico, en el cual no siempre se tiene la ayuda necesaria, ya sea humana o mecánica, ni la formación correcta para llevar a cabo dichas funciones sin poner en peligro la integridad de la propia salud.

## OBJETIVOS

Los objetivos que se persiguen son los siguientes:

- Descubrir qué personal sanitario en una residencia geriátrica es el que realiza los mayores esfuerzos para movilizar a los ancianos.
- Establecer una relación entre dolores o molestias del aparato musculoesquelético y

técnicas de movilización de personas mayores.

- Indagar en la formación previa acerca del tema en cuestión que tienen los trabajadores antes de comenzar a trabajar en la residencia.

- Recoger la opinión de los trabajadores acerca de la idoneidad o no de cursos de formación o reciclaje respecto a las «técnicas de movilización de personas asistidas».

- Plantear una guía rápida de las principales técnicas de movilización que se deberían realizar en una residencia geriátrica.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se pasa un cuestionario a 30 sanitarios de diferentes residencias de ancianos de la provincia de Almería para detectar posibles déficits o necesidades formativas en lo que se refiere a la correcta movilización de personas asistidas.

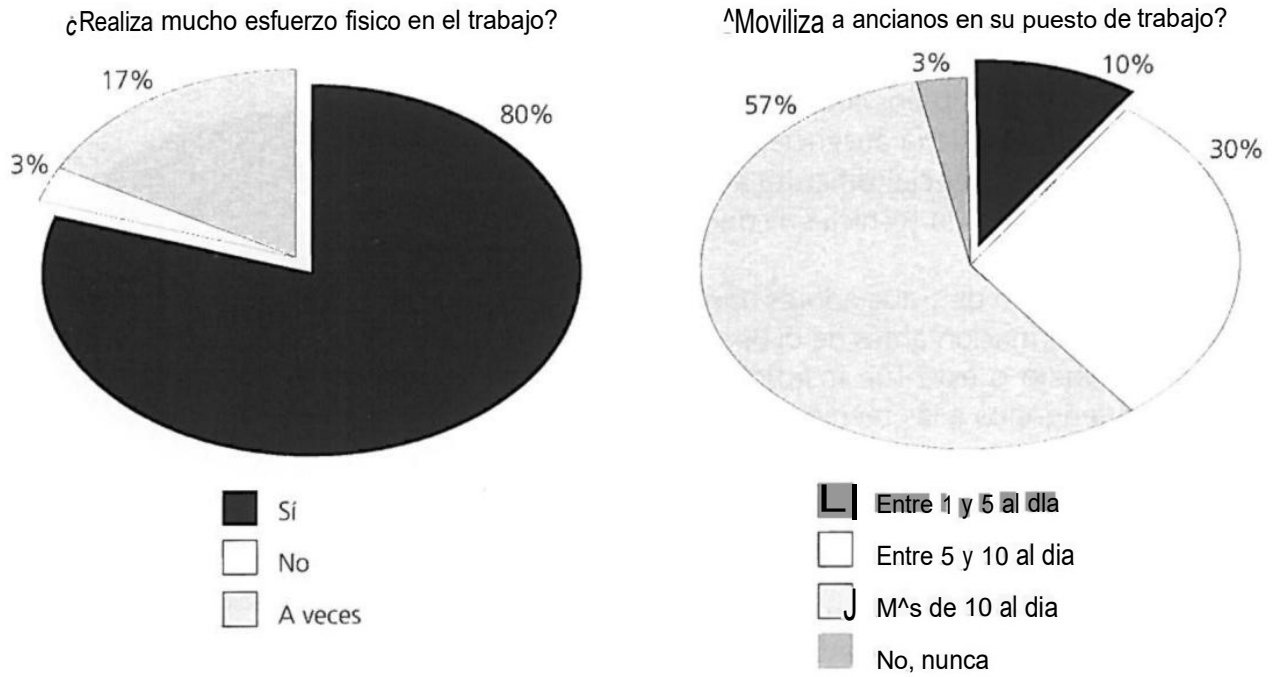
El número de trabajadores encuestados es de 30, de los cuales 25 son auxiliares de enfermería y el resto lo conforman 3 DUEs, 1 médico y 1 terapeuta ocupacional.

Tras un primer análisis de los cuestionarios, se halla fácilmente el personal que se encarga de movilizar un mayor número de ancianos, que es el auxiliar de enfermería (gráficos 1a y 1b).

Es por esto por lo que en el resto del estudio nos vamos a referir únicamente a ellos y mostraremos los datos más importantes a tener en cuenta.

La mayor parte de estos trabajadores comenta que sufre molestias de forma frecuente mientras moviliza a los ancianos (gráfico 2) o cuando finaliza la jornada laboral y llega a casa (gráfico 3).

Otro dato a tener en cuenta con respecto a los conocimientos o no de dichas técnicas



Gráficos 1a y 1b.

¿Ha sufrido en alguna ocasión molestias al movilizar a un anciano?

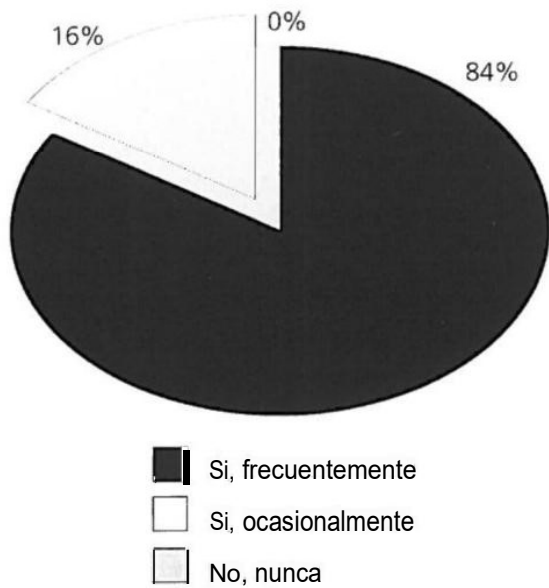


Gráfico 2.

«¿Siente molestias o dolores de espalda al finalizar su jornada laboral?»

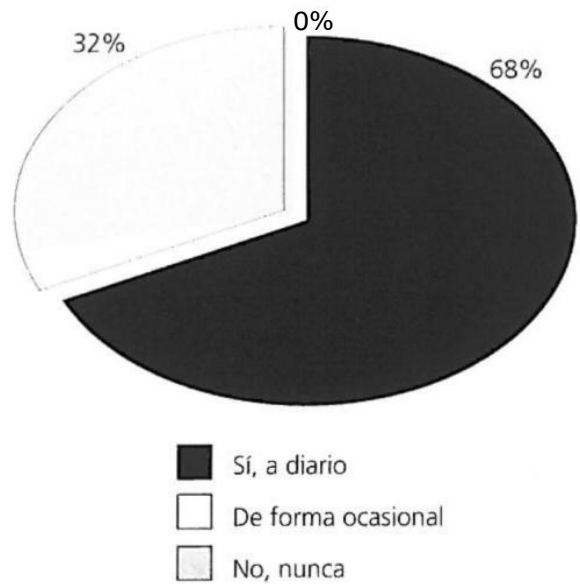


Gráfico 3.

es la modalidad de formación en que se llevaron a cabo sus estudios, ya fueran presenciales, semipresenciales o por cuenta propia, de lo que se deduce que la ausencia de enseñanza práctica presencial dificulta el correcto aprendizaje de una técnica en concreto (grafico 4).

Un porcentaje alto de trabajadores afirma que no recibió formación antes de ocupar su puesto de trabajo o ésta fue insuficiente, siempre refiriéndose a las técnicas de movilización de personas asistidas (grafico 5).

Aunque se hayan dado situaciones en las cuales el auxiliar de enfermería no recibiera los conocimientos oportunos sobre el puesto a desempeñar o éstos fueran insuficientes, la gran mayoría de trabajadores opina que es necesaria la formación acerca de la correcta movilización de los ancianos asistidos en las residencias geriátricas (grafico 6) y afirman que utilizarían estas técnicas si las conocieran (grafico 7).

¿Cómo fueron sus estudios reglados?

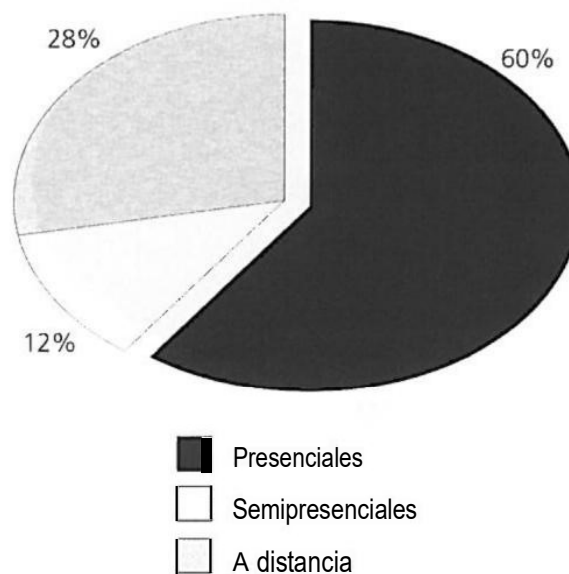


Gráfico 4.

¿Recibí formación acerca de las técnicas de movilización de personas asistidas antes de desempeñar su puesto de trabajo?

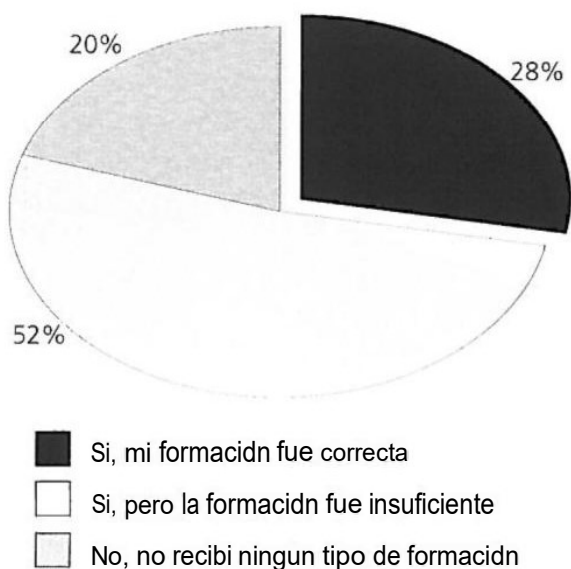


Gráfico 5.

¿Es necesaria la formación sobre estas técnicas en las residencias geriátricas?

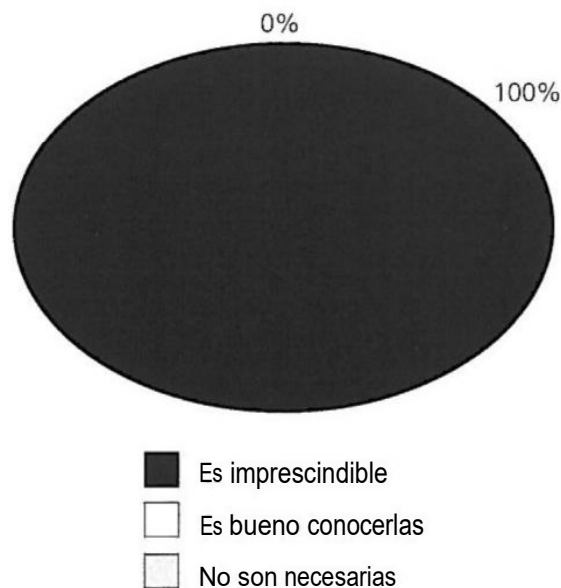


Gráfico 6.

Por último, el personal sanitario en general estaría dispuesto a recibir cursos de formación acerca de estas técnicas y programas continuos de reciclaje (grafico 8).

Atendiendo a las necesidades de formación que existan en el puesto de trabajo que ocupa el auxiliar de enfermería en una residencia geriátrica, y teniendo en cuenta el riesgo que tienen de sufrir lesiones laborales, se plantea el reto y la obligación de recopilar y poner en común las principales técnicas de movilización de personas asistidas para que sirviera de guía en el desarrollo de su profesión o como aprendizaje en su formación. Para facilitar la comprensión, cada técnica se describe a través de tres apartados principales: posición del paciente, posición del terapeuta y acción.

## GUÍA DE MOVILIZACIÓN DE PERSONAS ASISTIDAS

A la hora de llevar a cabo cualquier movilización de pacientes, cumpliremos los principios del denominado mecanismo protector básico [4, 5], Este consta de los siguientes pasos:

— Colocar el campo de acción lo más cerca posible del cuerpo, a la altura de las caderas (fig. 1).

— Tener siempre un pie adelantado hacia la dirección donde vamos a realizar el movimiento (fig. 2).

— Mantener las rodillas ligeramente flexionadas, con una base amplia de sustentación (fig. 3).

— Bascular la pelvis hacia delante (figs. 4 y 5).

— Mantener la espalda siempre recta, independientemente de la postura en la que estemos (fig. 6).

¿Utilizaría estas técnicas en el desarrollo de su trabajo?



Gráfico 7.

¿Estaría dispuesto a recibir formación acerca de las técnicas de movilización de personas?

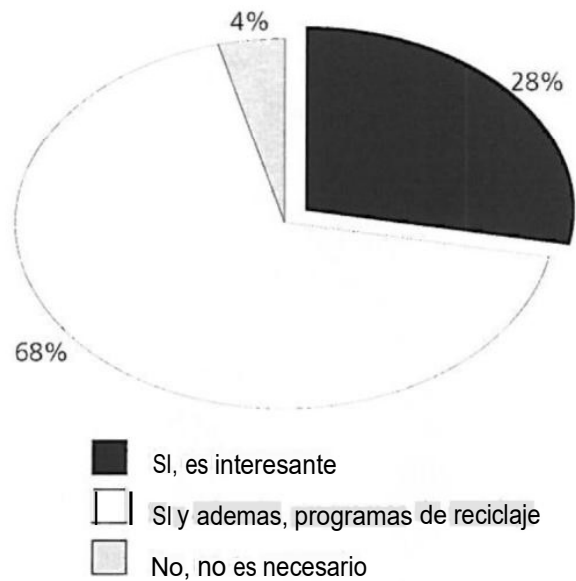


Gráfico 8.



Fig. 1.

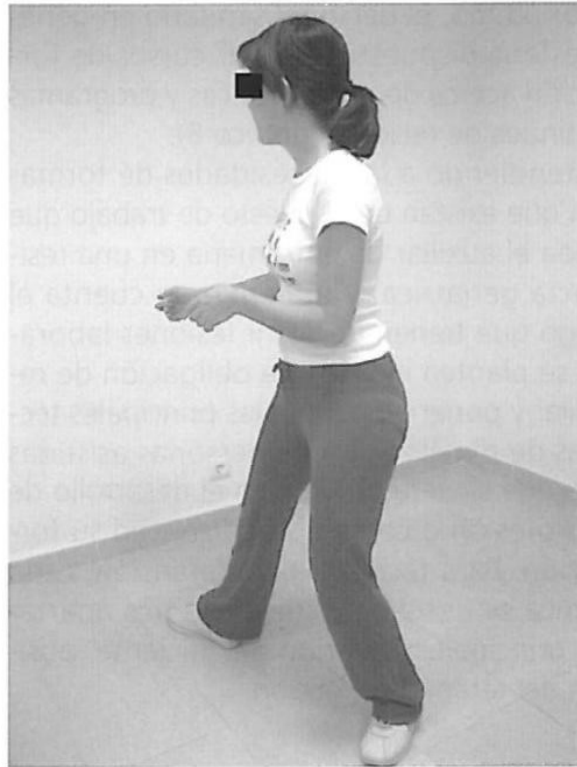


Fig. 2.



Fig. 3.

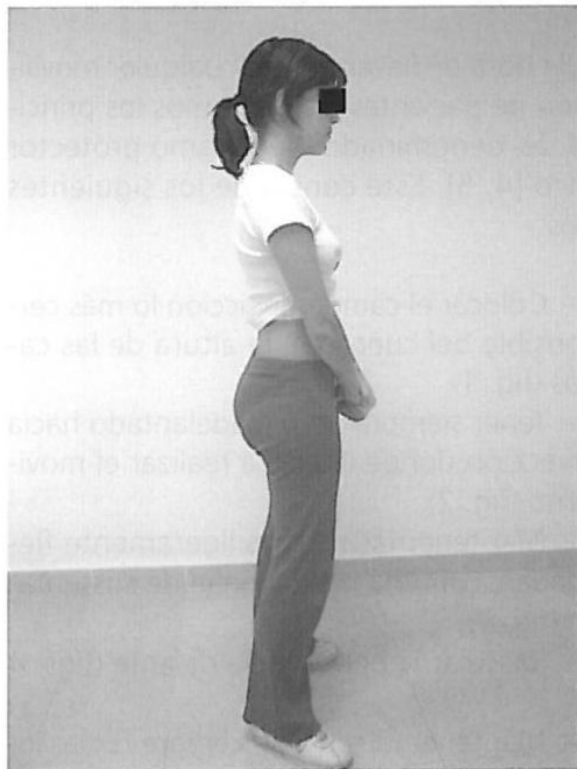


Fig. 4.



Fig. 5.

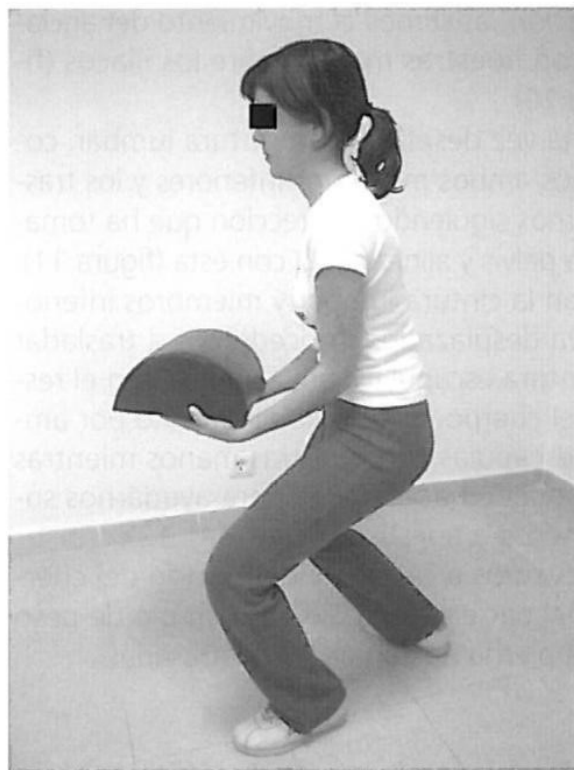


Fig. 6.

— Utilizar la extensión de piernas para el levantamiento (figs. 6 y 7) y el cambio de peso para el empuje (figs. 8 y 9).

*Nota:* en las siguientes técnicas siempre llevaremos a cabo los principios anteriormente descritos con el fin de realizar una correcta movilización.

### 1. Desplazamiento lateral en la cama por segmentos

Se considera dividido el cuerpo del paciente en tres segmentos: cintura escapular, cintura pelvica y piernas, y se moviliza cada uno por separado. Esta técnica no precise ninguna ayuda y es muy cómoda y segura para el residente.

Al manipular el cuerpo en tres fases, se levanta muy poco peso comparado con el que se movilizaría al intentar mover a la persona de una sola vez [4],

*Posición del paciente:* decubito supino, con ambas rodillas flexionadas y brazo hacia el lado a alcanzar separado del cuerpo. Pedimos que contraiga los glúteos, elevandolos y despegándose de la cama y que los traslade hacia el lado al que se va a desplazar.

*Posición del terapeuta:* de cara al lado hacia el que se va a desplazar el anciano, contra el borde de la cama. Colocamos la pierna que pegue a la cama semiflexionada y la que quede atrás estirada con una amplia base de sustentación y manteniendo la espalda recta con la bascula pelvica anterior.



*Acción:* asistimos el movimiento del anciano con nuestras manos sobre los iliacos (figura 10).

Una vez desplazada la cintura lumbar, cogemos ambos miembros inferiores y los trasladamos siguiendo la dirección que ha tomado la pelvis y alineándola con ésta (figura 11).

Con la cintura lumbar y miembros inferiores ya desplazados, procedemos a trasladar la cintura escapular para alinearla con el resto del cuerpo, sujetando al anciano por ambas escapulas con nuestras manos mientras éste puede hacer fuerza para ayudarnos sujetándose a nuestros brazos (fig. 12).

Llevamos a cabo la movilización del cuerpo del paciente a través del cambio de peso de la pierna adelantada a la atrasada.

## 2. Desplazamiento de decubito supino a decubito lateral, por segmentos

Se utilizaría la misma técnica, pero usando un recorrido mayor en el volteo para pasar al anciano al decubito prono. Aquí se explica el paso al decubito lateral por ser éste el más solicitado en tareas como la higiene y los cambios posturales.

Al llevarlo a cabo por segmentos, de nuevo no tenemos que precisar ayuda y conseguimos una maniobra más cómoda para el paciente [8].

*Position del paciente:* decubito supino, con el brazo del lado hacia el que va a voltear con una separación (abducción) de  $90^\circ$ .

*Posición del terapeuta:* nos colocamos del lado hacia el cual va a girar el anciano. Siempre siguiendo el mecanismo protector básico, intentaremos mantener la espalda recta, para lo cual, si es necesario, habremos de subirnos en la cama si el paciente está muy alejado del lado en el que nos encontramos.

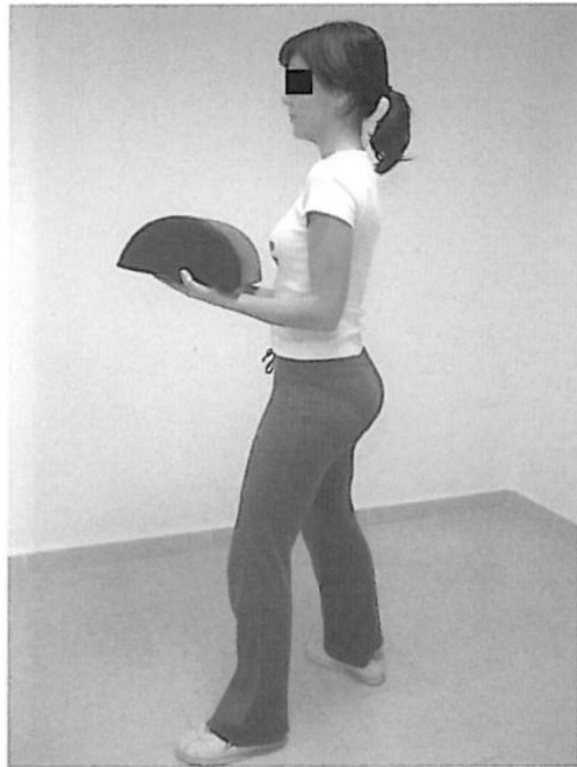


Fig. 7.



Fig. 8.



*Action:* comenzamos flexionando el miembro inferior del lado contrario al giro desde el tobillo, luego la rodilla y la cadera, provocando una triple flexión; empujamos sobre la rodilla en el sentido del giro y observamos cómo la cintura lumbar nos acompaña al movimiento, quedándose esta y los miembros inferiores en decubito lateral (fig. 13).

Una vez girada la cintura pélvica, estimulamos la cintura escapular indicando al anciano que con su mano nos toque la nuestra siguiendo un recorrido en el aire que haga que la cintura escapular se despegue de la cama, y si no es así, asistimos el giro atrayendo al paciente hacia nosotros desde la escápula y el miembro superior del lado que no apoya hasta conseguir que se alinee con el resto del cuerpo (fig. 14).



Fig 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 14.

Dependiendo del objetivo del decubito lateral, colocaremos el miembro inferior que apoya en flexión de cadera y rodilla con el superior extendido, buscando estabilidad en la posición, o al contrario (fig. 15).

Otra variante es el volteo desde decubito supino a decubito lateral con la mano debajo de la rodilla:

*Posición del paciente:* decubito supino, con los miembros inferiores estirados.

*Posición del terapeuta:* colocado en el lado de la cama que se va a abandonar. Pasamos una mano debajo de la pierna más cercana del paciente y cogemos la rodilla más alejada por encima, dejando nuestro codo flexionado. La otra mano cruza el brazo próximo del paciente por encima del pecho y lo sujeta por el tercio proximal y escápula.

*Acción:* se empuja por un lado el brazo del paciente hacia el lado del volteo y se levanta el codo del brazo que sujeta la rodilla. Al estirar el codo, estamos provocando una flexión de rodilla y cadera en el paciente que, acompañada del empuje que hacemos en el hombro, ayuda al giro. Se va controlando el cambio de postura para que el paciente pase simplemente a decubito lateral o haciendo un recorrido mayor, a decubito prono [4],

*Nota:* si el anciano tiene problemas de movilidad en las articulaciones de las extremidades tales como bloqueos o rigideces articulares, retracciones musculares, etc., el cambio de postura se hará entre dos personas siguiendo los siguientes pasos: traslado del paciente, que está en decubito supino, hacia una orilla a través de un agarre de la entremetida de la cama, paso a decubito lateral levantando la entremetida del lado que no va a apoyar y colocación de la posición

poniendo almohadas entre las rodillas, detrás de la espalda, etc. [9],

### 3. Desplazamiento de decubito supino a sedestación

Es otra técnica que también se va haciendo segmento a segmento para no cargar con todo el peso del anciano de una vez y evitar los efectos de una posible bajada de la tensión ortostática [4].

*Posición del paciente:* lo pasamos previamente de decubito supino a decubito lateral siguiendo cualquiera de las técnicas anteriores.

*Posición del terapeuta:* lateral al borde de la cama por el que vamos a levantar al anciano, con la pierna que está más cerca de la cabeza del anciano semiflexionada y la que queda retrasada la colocamos en extensión, siguiendo en todo momento los principios del mecanismo protector básico.

*Acción:* una vez situado el anciano en decubito lateral, desplazamos los miembros inferiores hacia el borde de la cama hasta dejar ambas piernas fuera de ella, mientras sujetamos la cintura escapular y el tronco para que se mantenga la postura (fig. 16).

A continuación, cogemos al paciente del brazo que no apoya y traccionamos de él hacia la vertical, colocando una mano en la escapula contraria que nos sirve para enderezar el tronco. Para conseguirlo, hacemos un cambio de peso de la pierna adelantada a la atrasada, de manera que pasamos de tener la pierna adelantada flexionada y la atrasada estirada a lo contrario, estirando el MI adelantado y flexionando el miembro inferior más atrasado (fig. 17).

Mientras atraemos al paciente hacia nosotros, el miembro superior que pega a la

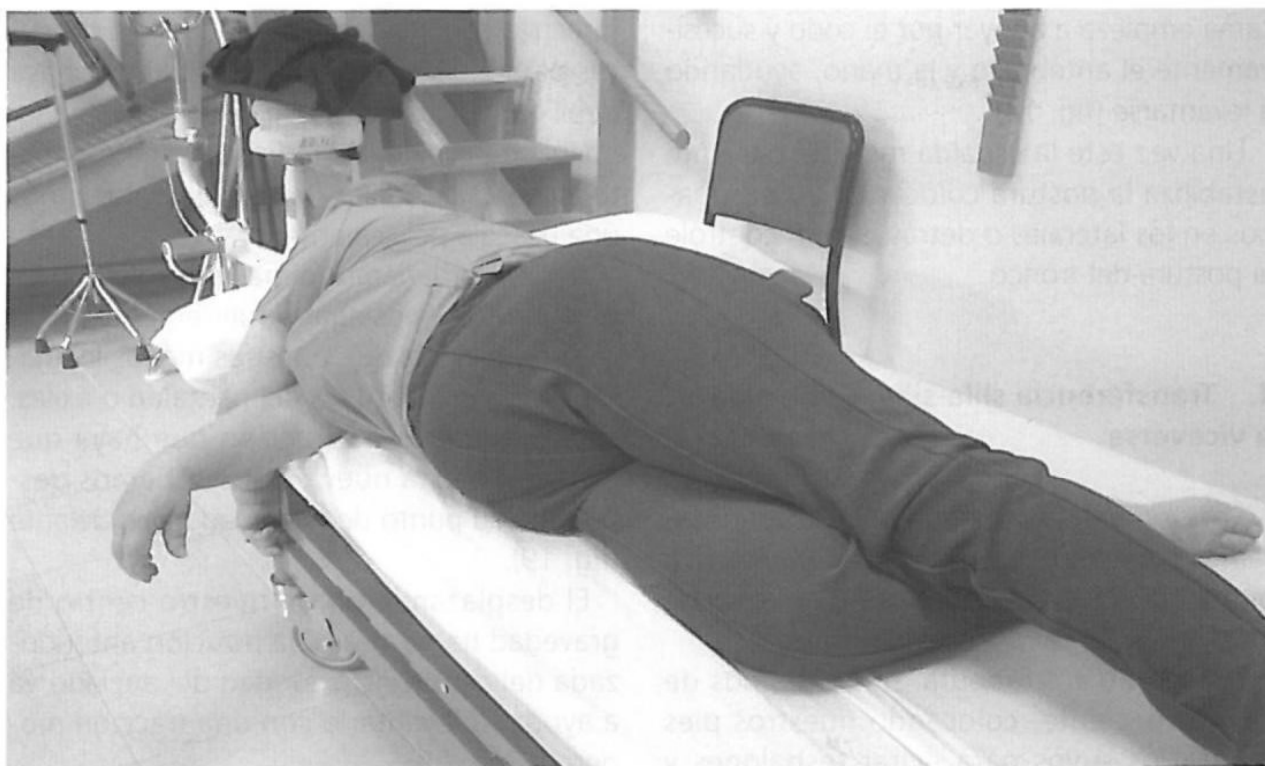


FIG. 15.



Fig. 16.

cama empieza a apoyar por el codo y sucesivamente el antebrazo y la mano, ayudando a levantarse (fig. 18).

Una vez esté la espalda recta, el paciente estabiliza la postura colocando ambas manos en los laterales o detras, según controle la postura del tronco.

#### 4. Transferencia silla-silla, cama-silla o viceversa

*Posidon del padente:* en primer lugar sentamos correctamente al anciano, de manera que tenga los dos pies apoyados en el suelo, las piernas juntas y la espalda recta.

*Posidon del terapeuta:* nos situamos de cara al paciente, colocando nuestros pies contra los suyos para evitar resbalones y

nuestras rodillas tambien pegadas a las suyas para bloquearlas en el caso de que haya debilidad en los cuadriceps.

Nuestra espalda se mantiene siempre recta, caderas y rodillas flexionadas y hacemos una bascula pelvica anterior.

*Accion:* ordenamos al paciente que flexione el tronco y nos agarre fuertemente por la cintura, a la vez que nuestras manos le agarran a el por la cintura del pantalbñ o axilas, según la fuerza de traccion que haya que ejercer. En esta nueva postura hemos desplazado su punto de gravedad hacia delante (fig. 19).

El desplazamiento de nuestro centra de gravedad hacia atrás y la posicibñ anteriorizada del centra de gravedad del anciano va a ayudar a levantarlo con una traccion moderada (fig. 20).



Fig. 17.





Fig. 18.



Fig. 19.



La siguiente maniobra consiste en transferir al anciano hacia el lugar donde se va a sentar girando el tronco y acompañandolo con un deslizamiento sobre el suelo de nuestros pies en el mismo sentido (fig. 21).

Al sentarlo, debemos flexionar mucho más nuestros miembros inferiores, como si también nos sentáramos nosotros, acompañando el movimiento hasta el final [8].

### 5. Paso de sedestacion a bipedestacion y viceversa

Esta técnica está indicada para diferentes tipos de pacientes geriátricos, desde el paciente hemipléjico, que no controla el tronco y/o miembro inferior, hasta el anciano que le cuesta levantarse de la silla por falta de fuerza muscular [8].

*Posidon del paciente:* pedimos a la persona mayor que entrelace los dedos de las manos y dirija los miembros superiores, seguidos de su tronco, en dirección al suelo como si recogiera un objeto caído.

*Posidon del terapeuta:* nos colocamos delante del paciente, con la espalda recta, bascula pelvica anterior y triple flexion de miembros inferiores (cadera, rodilla y tobillo), fijando sus pies y rodillas para que no se desplacen durante la maniobra.

Nuestras manos envuelven ambos brazos a nivel axilar, haciendo un agarre estable sin provocar dolor y que nos permita guiar el movimiento (fig. 22).

*Acdon:* aprovechando el movimiento que solicitamos al anciano, traccionamos de él hacia nosotros y le vamos despegando las nalgas del asiento a la vez que le enderezamos progresivamente el tronco (fig. 23).



Fig. 20.



Fig. 21.



Fig. 22.

Nuestras manos ejercen sobre el anciano una fuerza mecánica primero de tracción, para estimular el despegue del asiento, aprovechando el desplazamiento anterior de su centro de gravedad, y seguidamente de empuje, para enderezar el tronco, recolocar el centro de gravedad y conseguir una postura estable (fig. 24).

*Nota:* en caso de que el miembro superior esté dañado y no sea aconsejable ese agarre o tracción axilar, procederemos a descender la fijación hasta la cintura de ese lado. Conseguimos una postura más erecta del anciano presionando sobre el esternón para enderezar el tronco y sobre el sacro para estirar las caderas. La maniobra para ayudar al paciente a que pase de bipedestación a seden-

te se realiza siguiendo los mismos pasos pero al contrario.

*Cuando el paciente es más independiente, tiene mayor estabilidad o controla más la movilidad de tronco y miembros inferiores, podemos escoger esta otra técnica:*

*Posición del paciente:* estando en sedestación, pedimos al paciente que cruce los dedos de las manos y que se incline hacia delante, como si quisiera coger algo del suelo (fig. 25).

*Posición del terapeuta:* el cuidador se coloca lateral al anciano, con ambas piernas separadas, descendiendo el centro de gravedad, con la pierna hacia la que se va a hacer



Fig. 23.



Fig. 24.



Fig. 25.

el desplazamiento estirada y la de atrás en flexión, de manera que al asistir la maniobra, se flexione la delantera y estire la de atrás, llevándose a cabo un movimiento que no ha precisado de un desplazamiento en la posición de los pies. Una mano sujeta la cintura agarrándola por la ropa y la otra agarra ambas manos envolviéndolas.

*Acción:* el anciano se echa hacia delante levantando los glúteos del asiento y bajando la cabeza al frente ligeramente. Cuando el residente se levante un poco, se tira de la cintura del pantalón en una dirección diagonal hacia arriba y hacia delante (fig. 26).

Una vez se ha levantado el anciano, se le bascula la pelvis empujando hacia delante a nivel del sacro y a nivel de los brazos o esternón hacia atrás y se alinean los tres puntos clave sagitales (fig. 27).

*Nota:* el movimiento lo inicia el punto clave central, que arrastra al punto clave escapular y al punto clave pélvico. El paso de bipedestación a sentado se haría siguiendo los pasos anteriores pero al contrario [4],

## 6. Marcha ayudada

Dependiendo del estado del anciano, vamos a ayudarlo en la marcha de una u otra manera, valorando para ello la fuerza muscular, el control de tronco, la coordinación de miembros inferiores, el equilibrio, etc., así como el estado cognitivo del paciente, ya que en un tipo de marcha colaborara más que en otra [1],

*Posición del paciente:* en bipedestación, con los miembros inferiores estirados y espalda recta, preparado para deambular.



Fig. 26.



*Posición del terapeuta:* el asistente se coloca lateral al anciano. Con una mano agarramos su mano con firmeza haciendo presa del pulgar, y con la otra sujetamos la cintura del paciente cogiéndola por el pantalón y acercando su cuerpo al nuestro todo lo que podamos para controlar mejor el movimiento que vamos a asistir (fig. 28).

*Acción:* acompañamos al residente en la marcha, desplazando su cuerpo (punto clave central) hacia el lado contrario del miembro inferior que queremos que avance el paso, a través de la mano que agarra su cintura. A continuación desplazamos el punto clave central hacia el otro lado.

Al quitarle el peso corporal al miembro inferior que queda más retrasado, le da la libertad para que avance, acompañando a nuestros movimientos, que van a ser de la-

teralización y rotación de la cintura pélvica en el sentido de la marcha.

*Nota:* si el paciente siente molestias al apoyar un miembro inferior o presenta debilidad muscular en este, nos colocaremos en el lado contralateral al afecto, con el fin de que cuando lo apoye, el peso se reparta entre el miembro afecto y nosotros.

Si el anciano tiene debilidad muscular considerable o falta de coordinación, control de la musculatura, etc., en un hemicuerpo, como puede ocurrir en el paciente hemiplejico, nos colocaremos en el lado afecto, intentando suplir ese déficit funcional y evitando desplazamientos excesivos de los puntos clave y de la línea de gravedad.



Fig. 27.



Fig. 28.

En el caso de que el anciano usara baston, la maniobra serla identica, solo que una de nuestras manos aseguraría su mano con el baston sobre el suelo.

*En pacientes que controlen peor la postura del tronco en bipedestacion o que tengan miedo al vacio anterior que aparece durante la marcha, se propone otra alternative, que ofrece más estabilidad y seguridad al anciano:*

**Posidon del paciente:** en bipedestacion, con los miembros inferiores estirados y espalda recta, preparado para deambular.

**Posidon del terapeuta:** el cuidador se coloca frente al anciano. Sus manos agarran con firmeza las del anciano y desde esta posicion, asistimos la deambulacihn. Para con-

seguir una espalda más erguida podemos elevar los miembros superiores de la persona mayor, ya que la flexion de éstos estimula la extension de la columna vertebral y la cabeza (fig. 29).

**Accion:** la tecnica consiste en que a través de nuestros brazos, desplazemos lateralmente el centro de gravedad del anciano, liberando el peso que recae sobre un miembro inferior y seguidamente traccionemos de éste en el sentido de la marcha.

Esto permitira que la pierna que queda libre de carga inicie el paso hacia delante. Posteriormente se repite lo mismo para el otro miembro inferior.

La cintura pelvica rota hacia delante en el lado que avanza el paso y queda posteriorizada y más baja en el miembro inferior que apoya.



*Nota:* antes de levantar al anciano del asiento, podemos adelantarle un pie, que nos servirá de ayuda cuando vayamos a iniciar la marcha.

En ancianos en los que la técnica anterior no les aporte la estabilidad suficiente como para llevar a cabo la marcha, se puede hacer un agarre más proximal sobre los miembros superiores, rodeando con nuestras manos ambos brazos por la cara externa y anclando los dedos a nivel axilar. Estiramos sus brazos, colocando ambas manos debajo de nuestras axilas, y presionamos sobre ambos costados de manera que al atrapar las manos bloqueamos sus miembros superiores, dando más estabilidad al paciente y controlando mejor sus movimientos [8] (fig. 30).

## 7. Subida y bajada de escaleras

Cuando la persona mayor se hace más dependiente, sobre todo para sus desplazamientos, hay siempre unos cambios de hábitos imprescindibles para que el anciano siga siendo funcional, como es el de la subida y bajada de escaleras por el uso del ascensor.

Sin embargo, no siempre se dispone de la existencia de un ascensor, o simplemente el residente no quiera perder la costumbre de subir y bajar escaleras por sus propios medios [1].

Como en las situaciones anteriores, vamos a describir paso a paso esta maniobra:

*Posidon del padente:* la persona mayor se coloca al pie de la escalera, frente al primer peldano, coloca una mano en la barandilla con el codo doblado.

*Posidon del terapeuta:* perpendicular al paciente, con una mano haciendo presa de la mano del anciano y la otra colocada a nivel del sacro, agarrando la ropa por la cintu-

ra del pantalón. El cuidador permanecerá un peldano por debajo que la persona mayor.

*Acddn:* trasladamos a la persona mayor hacia la barandilla; pedimos que flexione la cabeza y hacemos que se incline hacia delante traccionando de la baranda y asistiendo nosotros el avance de la pierna que ha quedado libre de carga (fig. 31).

Atraemos al anciano hacia nosotros y lo estabilizamos lateralmente por contacto del hombro contra nuestro esternon y transversalmente entre la presa de la mano y el apoyo en la cintura. Le pedimos que suba el pie del miembro inferior pegado a la baranda, ya que ha quedado libre de peso, a la vez que asistimos el gesto haciendo empuje con ambas manos y pidiéndole que traccione de la baranda. Se continuara la subida siguiendo el orden anterior (fig. 32).

*Al bajar las escaleras se seguirá la misma dinámica que para subirlas:*

*Acddn:* trasladamos el punto clave central y centra de gravedad hacia un lateral y otro, proporcionando estabilidad al anciano para que adelante cada pie (figs. 33 y 34).

*Posidon del terapeuta:* el cuidador se sigue posicionando perpendicular al paciente, más abajo que este.

*Posidon del padente:* le colocamos una mano en la barandilla, a ser posible con el codo estirado y la otra mano se apoya sobre la nuestra para ir frenando la bajada. Durante el descenso, el anciano debe mantener la espalda y cabeza rectas [1],

## 8. Parada de caída al suelo por tropiezo

Existen ocasiones en las que una persona mayor, cuando esta deambulando, puede



Fig. 29.



Fig. 30.



Fig. 31.



Fig. 32.



Fig. 33.



Fig. 34.

tropezar con cualquier obstáculo y producirse una caída, aunque la marcha esté siendo asistida por una persona. La caída se hace inevitable, ya que el cuidador no puede sujetar el gran peso del anciano.

Se propone llevar a cabo una serie de pasos con el fin de evitar las consecuencias de una caída para el anciano así como el daño al cuidador al intentar evitarla [1].

*Posición del paciente:* la persona mayor está de pie, andando, ayudada por una persona.

*Posición del terapeuta:* estamos ayudando al anciano a deambular colocados perpendiculares a éste (marcha lateral).

*Acción:* cuando la persona mayor tropieza y va a caerse, lo primero que debemos hacer es rápidamente limitar el desequilibrio ante-

rior y atraerla lateralmente hacia nosotros pegando el hombro más cercano contra uno mismo (fig. 35).

Mientras vamos descendiendo, dejamos el apoyo sacro para deslizar una presa envolvente bajo la axila alejada de la persona mayor (fig. 36).

Convertimos la presa axilar en presa en vestimenta y la traccionamos horizontalmente hacia atrás. Retrocedemos un pie y luego el otro mientras la persona mayor va acercándose más al suelo. Nuestros antebrazos apoyan sobre nuestras rodillas para sujetar el peso (fig. 37).

Dejamos que el anciano descienda del todo apoyando las nalgas sobre el suelo y seguidamente el resto del cuerpo. Con los codos rectos dejamos que el peso caiga entre nuestros miembros inferiores.



Fig. 35.





Fig. 36.



Fig. 37.

Seguimos retrocediendo, apoyando una de nuestras rodillas en el suelo y dejamos apoyada la cabeza suavemente sobre la palma de una mano, mientras la otra queda debajo del omoplato (fig. 38).

## 9. Levantamiento del suelo

Para cualquier paciente, lo ideal es la colaboración de tres personas para llevar a cabo la siguiente maniobra:

*Posidon del paciente:* decubito supino, con las rodillas flexionadas de manera que la planta del pie contacte con el suelo. Le colocamos una toalla por detrás de la espalda, con una base amplia que abarque ambas escapulas y cuyos extremos pasen debajo de las axilas.

*Posidon del terapeuta:* la persona que se sitúa detrás del anciano, se coloca con ambas rodillas flexionadas, en postura de paso (con una rodilla más adelantada que la otra), mientras con las manos sujeta al anciano por las escapulas.

A los lados de la persona mayor se sitúan los otros dos asistentes, que colocan su pie más distal bloqueando los pies de esta (para evitar que resbale al realizar la maniobra) con la rodilla estirada y la otra pierna, más anteriorizada, doblada y con rotación externa de cadera. Con ambas manos cada uno sujeta un extremo de la toalla (fig. 39).

*Acción:* se basa en el movimiento simultáneo de los tres asistentes. La persona situada detrás empuja, realizando un cambio de peso de la pierna atrasada a la adelantada, a la vez que extiende las piernas por completo quedándose de pie (fig. 40).



Fig. 38.



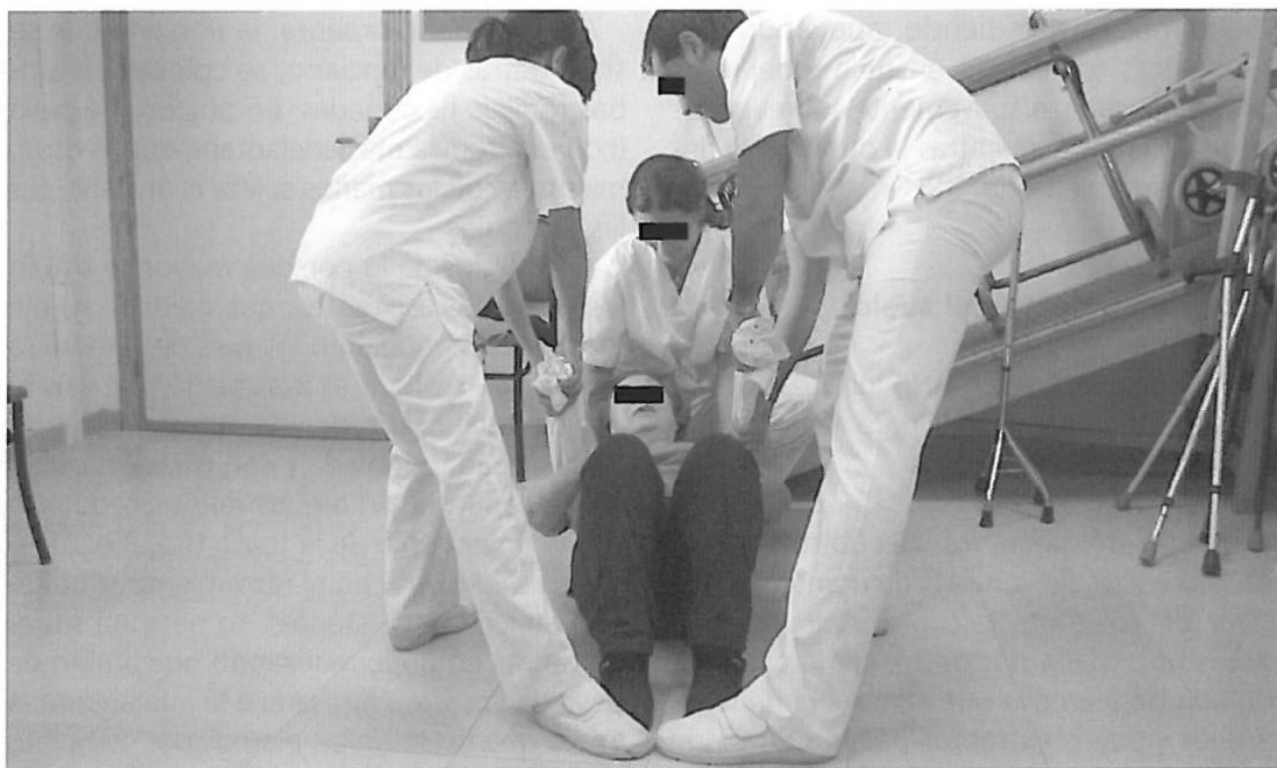


Fig. 39.



Fig. 40.

Los otros dos, a su vez, cambian el peso de la pierna más cercana a la cabeza del paciente a la atrasada, pivotando la cadera, que queda libre de carga unos 180° (el miembro inferior antes adelantado y flexionado se ha situado detrás de la otra pierna, extendiéndose) (fig. 41).

*También podemos ejecutar esta otra técnica, en pacientes con mayor independencia y movilidad, utilizando de nuevo la acción de 2 o 3 asistentes:*

*Position del paciente:* decúbito supino.

*Posición del terapeuta:* perpendicular al paciente, agachado, con una rodilla apoyada en el suelo y la otra con cadera, rodilla y tobillo flexionados.

*Acción:* en una primera maniobra, llevamos a cabo un volteo de la persona, hacia el decúbito prono, pasando la pierna y el brazo que tiene más cercanos por encima del otro hemicuerpo. Acompañamos manualmente el rodaje, apoyando nuestras manos sobre el muslo y el hombro que se alejan.

En segundo lugar, y en la misma posición de miembros inferiores, con una mano sostenemos la axila inferior a la vez que colocamos el codo del anciano apoyado en el suelo, y con la otra mano cogemos la cresta ilíaca cercana, flexionando el miembro inferior hasta que apoye la rodilla en el suelo.

A continuación, tiramos horizontalmente del anciano hacia nosotros desde la mano



Fig. 41.

que teníamos en la axila inferior y junto con nuestra rodilla que estaba apoyada en el suelo, que se estira, ayudamos al levantamiento de la pelvis de ese lado. Así permitimos que se flexione el miembro inferior, que apoyaba en el suelo, guiado por nuestra otra mano y pasamos al anciano a la posición de cuadrupedia, donde estabilizaremos la postura.

En tercer y último lugar, pasaremos al anciano de la postura de cuadrupedia a la bipedestación. Para ello, colocaremos frente al anciano una silla, que nos va a ayudar en la maniobra. El cuidador se sitúa lateral a un lado del anciano, con la rodilla que pega a sus hombros levantada y la que pega a sus pies, apoyada en el suelo.

Con una mano estabilizamos la silla y con la otra, sosteniendo el tórax del anciano del lado alejado, permitimos que apoye esa mano encima de la silla. Seguidamente, el anciano estira el codo del brazo apoyado en la silla y sube la otra mano, agarrándose del respaldo.

Trasladamos el agarre del anciano de las axilas a ambos pliegues inguinales. Empujamos la pelvis del anciano hacia la cadera más distal desde nuestra posición, descargando el peso de la cadera más cercana y le indicamos que flexione esa pierna y apoye el pie en el suelo. El último gesto consiste en elevar al anciano permitiéndole que apoye el otro pie en el suelo, a través del estiramiento de nuestra rodilla atrasada, y guiar el movimiento hasta ponernos ambos de pie, estabilizando de nuevo al anciano en esta postura [1].

## RESULTADOS Y REFLEXIONES FINALES

Atendiendo a los resultados obtenidos a través de los cuestionarios, se descubre una

necesidad real que se puede generalizar a muchos otros centros de atención a personas asistidas. Esta necesidad se centra en que el personal sanitario, en mayor o menor medida, lleva a cabo la movilización de personas asistidas y estas técnicas no siempre se realizan de forma correcta, lo que propicia situaciones de riesgo en las que el anciano puede sufrir una mala manipulación y el trabajador lesiones en el aparato musculoesquelético.

Una buena medida para evitar esta problemática es la correcta formación de este personal antes de desempeñar su puesto de trabajo y posteriormente llevar a cabo un plan continuo de formación o reciclaje. De ahí, la elaboración de una guía resumida con la descripción de las principales técnicas de movilización de personas asistidas.

Por otro lado, el hecho de mantener una buena postura corporal y realizar las técnicas de movilización adecuadas a cada situación, servirán para prevenir en gran medida lesiones musculoesqueléticas en el personal sanitario y, por tanto, se reducirán las lesiones laborales.

## AGRADECIMIENTOS

Al personal de la Residencia Comarcal de Personas Mayores de Velez-Rubio (Almería) por haber colaborado en este artículo y haberme regalado tantos buenos ratos en todo este tiempo. A los ancianos, por haber sido mis amigos y consejeros y por todo el cariño que me han dado.

Agradezco todo el apoyo que he recibido en esta y otras labores especialmente a mi compañera Carmen Moreno Valderas (Terapeuta Ocupacional) y a toda mi familia y amigos, ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible, gracias.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Abric M, Dotte P. Gestos y activación para las personas mayores: ergomotricidad y atención gerontológica, vol 1: Generalidades y educación gestual específica. Masson. Barcelona, 2003.
2. Abric M, Dotte P. Gestos y activación para las personas mayores: ergomotricidad y atención gerontológica, vol. 2: Aplicaciones clínicas. Masson. Barcelona, 2004.
3. Dotte P. Método de manutención manual de los enfermos, vol. 1: Generalidades y educación gestual específica. Masson. Barcelona, 2003.
4. Jaen Sanchez A. Prevención de lesiones de espalda en personal sanitario de una residencia geriátrica. Madrid: [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com): noviembre, 2004.
5. De Pablo Hernandez C. Manual de Ergonomía: incrementar la calidad de vida en el trabajo. Formación Alcalá. Jaén, 2004.
6. Kapandji IA. Cuadernos de fisiología articular: esquemas comentados de medicina articular. Masson. Barcelona, 1988.
7. Calais Germain B. Anatomía para el movimiento. Los libros de la liebre de Marzo. Barcelona, 1984.
8. Paeth B. Experiencias con el concepto Bobath. Panamericana. Madrid, 2001.
9. Horstman M. Movilización, traslado y deambulación del paciente en enfermería. Nursing Photobook. Doyma. Barcelona, 1988.
10. Leon Espinosa de los Monteros MT, Castillo Sanchez, MD. Prevención, tratamiento y rehabilitación del dolor de espalda. Formación Alcalá. Jaén, 2001.
11. Delgado Ojeda MA. Rehabilitación y Fisioterapia en Geriatría. Formación Alcalá. Jaén, 2000.
12. Viel E, Esnault M. Lumbalgias y cervicalgias de la posición sentada. Consejos de ergonomía y ejercicios de fisioterapia. Masson. Barcelona, 2001.
13. Sancho Navarro R. Como evitar el dolor de espalda. Morales y Torres (eds), 2004.
14. Nordin M. Biomecánica básica del sistema musculoesquelético. Editorial Interamericana, 2004.