

# Manutención y/o manipulación de las personas minusválidas

**E. Thevenin-Lemoine**

**A. Tricot**

**G. Orgeret**

**E. Seguy**

**Resumen.** – *Todo asistente estará confrontado, alguna vez en su trabajo, a la manutención de una persona minusválida. Esto constituye un riesgo, como lo prueba la frecuencia de accidentes de trabajo que ocurren en esta circunstancia.*

*Los peligros a los que está expuesto la persona minusválida no han sido tema de publicaciones, pero sin embargo constituyen verdaderas complicaciones yatrógenas.*

*La manutención de una persona minusválida plantea un doble problema de seguridad: la prevención de los accidentes raquídeos en el asistente y la prevención de las complicaciones de accidentes en el paciente.*

## Introducción

En la industria, la manutención consiste en el desplazamiento de objetos o de mercaderías en un lugar restringido. El término «manutención de personas minusválidas» puede ser chocante, pero etimológicamente es exacto y está consagrado por el uso.

Dotte [1] en 1965, ha empleado por primera vez en el personal de salud los principios aplicados en la manutención industrial, y ha propuesto el aprendizaje práctico de estos métodos en los cursos de estudios paramédicos.

En los últimos años apareció la noción más humana de ayudar al desplazamiento y al cambio de posición de la persona minusválida. El incremento de la cantidad de minusválidos severos, la diversificación de las estructuras que los toman a cargo, la búsqueda constante de la mayor autonomía posible, han intensificado la carga física de trabajo de las personas que asisten al enfermo. Paralelamente, los dispositivos técnicos (camillas de altura variable, elevador de personas) benefician del progreso de la ergonomía.

La manutención de las personas minusválidas es difícil debido a la inferioridad ponderal frecuente del asistente y la falta de manejo eficaz del cuerpo del paciente. Igualmente, debe tenerse en cuenta la feminización del personal médico y paramédico.

Los accidentes de manutención manual representan un tercio de los accidentes de trabajo en los países europeos.

Las personas que intervienen en los centros hospitalarios, los centros de rehabilitación, en establecimientos de asistencia cotidiana, así como las personas que rodean a los minusválidos, son individuos particularmente expuestos a los accidentes raquídeos y a otras lesiones del aparato músculoesquelético.

## Educación del asistente, profesional u ocasional

El individuo no adopta espontáneamente la buena postura de manipulación o de transporte.

Además, sus gestos dependen de su morfotipo así como de otros parámetros como ser: contexto sociocultural, estado de salud, estado de estrés.

Existen variaciones notables, de un día para el otro, en la apreciación del esfuerzo a proporcionar y de la eficacia de este gesto.

El asistente que no efectúa un aprendizaje riguroso de numerosas técnicas que le permitan encarar todas las situaciones, corre el riesgo de adoptar los hábitos del servicio en donde trabaja. Teniendo, a posteriori, muchas dificultades para modificar estos hábitos.

Es necesario, durante toda la vida profesional, mantener el buen sentido artrocinético, y dirigir de la mejor manera, cotidianamente, cada una de sus articulaciones [2].

## Principios de seguridad y de economía raquídea

Uno de los principios de seguridad y de economía raquídea es estar en buena condición física. Con esto se sobreentiende una práctica gimnástica regular, un control, realizado por la medicina de trabajo, de un eventual aumento de peso y de los problemas reumatológicos asociados.

También hay que tener en cuenta las patologías aparentes del paciente, así como aquellas que están ocultas. El ejemplo típico es el de la fractura de costilla en un paciente de edad avanzada.

Procurar la participación activa de la persona minusválida: apoyo en los miembros superiores, control del tronco. Hay que proporcionarle seguridad y explicarle lo que se espera de él; dentro de los límites de sus deficiencias, de su grado de conciencia y de fatiga.

Es necesario reflexionar antes de actuar, anticipar la trayectoria, verificar que la vía está libre, que las ruedas de la cama o

Edouard THEVENIN-LEMOINE: Médecin chef du service de rééducation neurologique.

Alain TRICOT: Kinésithérapeute.

Centre médical Jacques Arnaud, 5, rue Pasteur, 95570 Bouffémont, France.

Gilles ORGERET: Kinésithérapeute, formateur en manutention.

Elie SEGUY: Médecin chef du service de rééducation.

Centre hospitalier intercommunal de Poissy, France.

de la silla estén bloqueadas, que el soporte sobre el cual se realizará el traslado esté limpio y listo para recibir al paciente.

Durante la manutención, hay que guardar un buen equilibrio y tener asideros confortables y dirigidos correctamente. Los pies (bien calzados) se colocan perpendicularmente con respecto a los hombros o con una leve separación hacia delante o hacia atrás. El asistente debe acercarse lo más próximo posible del paciente.

En el momento de realizar el esfuerzo, es necesario fijar el raquis lumbar en posición recta, bloquear la respiración en inspiración y controlar el raquis cervical en autoalargamiento.

Es preferible repartir el peso entre dos asistentes, que ejecutarán las maniobras en coordinación perfecta, sin diferencia de altura. El más alto debe ponerse a la altura de su colega flexionando las rodillas.

### **Emplear al máximo los dispositivos técnicos**

El dispositivo técnico más simple es la sábana de manutención. La sábana se pliega y se la pone debajo del cuerpo o bien se la enrolla para formar una correa sólida. Esta sábana permite igualmente envolver un segmento fragilizado (hombro, miembro inferior...) que no debe ser solicitado durante el pasaje o transporte del paciente.

Ciertos sistemas de deslizamiento simplifican el transporte en posición acostada, otorgando al paciente bienestar y seguridad.

Cada vez que sea posible, el paciente debe utilizar el soporte o el marco de la cama, pero también las manijas, escaleras o las barras de la cama.

Las planchas de transporte facilitan el desplazamiento en posición sentada de los para o tetrapléjicos (fig. 1). Ciertas de estas planchas son curvadas para facilitar el pasaje de la rueda de la silla de ruedas, otras tienen un disco corredizo que permite el deslizamiento haciendo palanca.

La fijación mediante indumentarias sólidas facilita el desplazamiento de la pelvis (fig. 2), se han estudiado diferentes tipos de cinturones de transporte.

Para el paciente en posición de pie se emplea el disco o el platillo giratorio de transporte, necesitando un buen equilibrio y una buena coordinación.

### **Emplear los elevadores de personas** (fig. 3)

La mayoría de estos dispositivos son eléctricos, poseen cinchas envolventes y pórticos estables, que garantizan una buena seguridad.

Los otros dispositivos de altura variable, como las camillas, permiten recibir al paciente en posición sentada o acostada. En la práctica, hay que hacer lo posible para evitar levantar pesos, sino más bien tirar, deslizar, hacer palanca, bascular, hacer rodar.

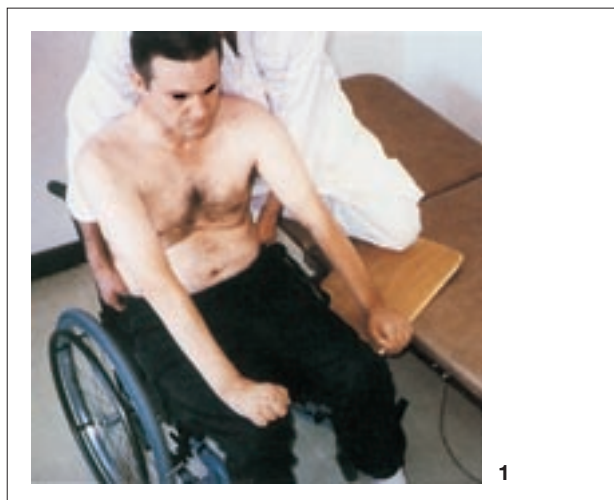
## **Situaciones prácticas ante el paciente con movilidad reducida**

Se ilustrarán las situaciones más corrientes.

### **Dar vuelta y levantar al paciente en la cama**

Un solo asistente da vuelta al paciente (figs. 4, 5). El paciente conserva el brazo a lo largo del cuerpo manteniendo rígida la espalda. La pelvis bascula fácilmente hacia un costado por simple tracción.

El paciente es levantado con una sábana de manutención y la ayuda de dos asistentes (figs. 6, 7). Se pide al paciente que levante la cabeza y que apriete los codos. La sábana, enrollada, se desliza debajo de los isquiones y permite levantar al paciente por traslación.



Incorporación del paciente con empleo de un soporte (fig. 8). La cama eléctrica se mantiene en posición alta, teniendo en cuenta la altura del asistente. El paciente levanta la cabeza, tira del soporte y se incorpora apoyándose sobre una pierna.



4



7



5



8



6

### Transportes

— Cama / camilla (fig. 9)

La mano inferior del asistente es la que efectúa la tracción. La otra mano asegura solamente el mantenimiento de la sábana.

— Camilla / cama con ayuda de dos asistentes (fig. 10)

El paciente levanta la cabeza, cruza los brazos y se mantiene lo más rígido posible. El asistente que está al lado de la cama tira de la sábana, el otro mantiene la tensión.

— Silla de ruedas / mesa de rehabilitación (figs. 11, 12, 13)

El asistente coge al paciente tetrapléjico del cinturón del pantalón. Actuando por tracción, verticaliza al paciente

ayudándose de sus rodillas, lo gira sobre su eje y lo sienta al borde de la mesa.

— Silla de ruedas / WC (figs. 14, 15)

El asistente bloquea las rodillas del paciente con las suyas, lo tracciona y lo hace girar sobre la taza del WC.

### Instalar y desplazar un paciente en silla de ruedas

— Efectuar la reposición del paciente en el sillón (figs. 16, 17)

El asistente ciñe el tórax del paciente, lo tracciona hasta despegar los glúteos, luego lo empuja con sus rodillas al fondo del asiento.

— Instalación en posición piernas levantadas (indisposición ortostática del parapléjico) (fig. 18).

El asistente bascula hacia atrás el paciente instalado en su silla y lo apoya contra sí.

— Subir escaleras con la silla de ruedas (fig. 19)

El asistente tira la silla de ruedas contra sí, escalón por escalón. El parapléjico ayuda a la maniobra tirando sobre las barandas (en el descenso, frena).

### Sentar y verticalizar al paciente

Pasaje a la posición sentada con ayuda de la sábana de manutención (figs. 20, 21, 22). La sábana, enrollada a lo largo del cuerpo, se dispone debajo del tórax y de los muslos del paciente. Esto permite, en un primer tiempo, desplazar los miembros inferiores hacia el borde de la mesa, luego verticalizar el tronco.



9



10



11

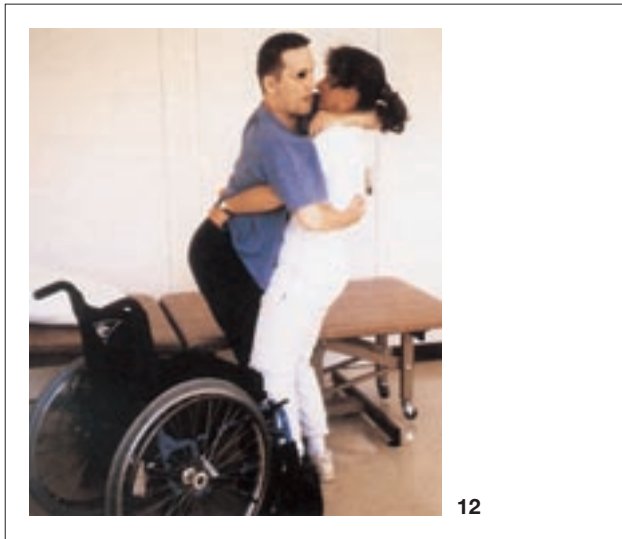
Pasaje a la posición sentada mediante tracción y «toma soporte» (fig. 23). El brazo del asistente tira al paciente a la posición sentada.

Pasaje a la posición sentada y verticalización de un paciente hemipléjico (figs. 24, 25, 26). La sábana de mantenimiento envuelve el tórax y protege el hombro. Una simple tracción permite sentar al paciente al borde de la mesa.

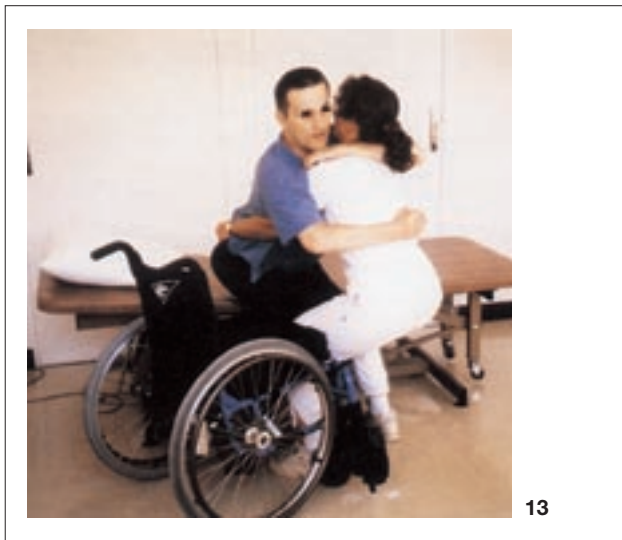
La verticalización se efectúa con control del bloqueo de la rodilla mediante la pierna del asistente (fig. 27).

**Levantar y volver a sentar al paciente en la silla luego de una caída** (figs. 28, 29)

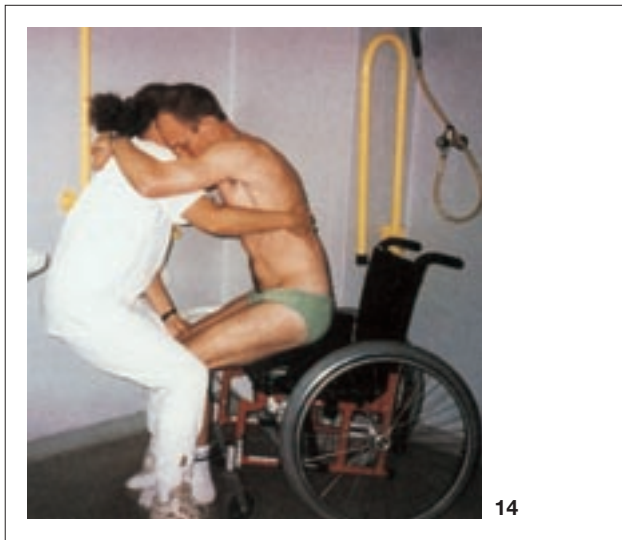
A partir de una posición semisentada, dos asistentes levantan al paciente según la técnica de la silla de manos.



12



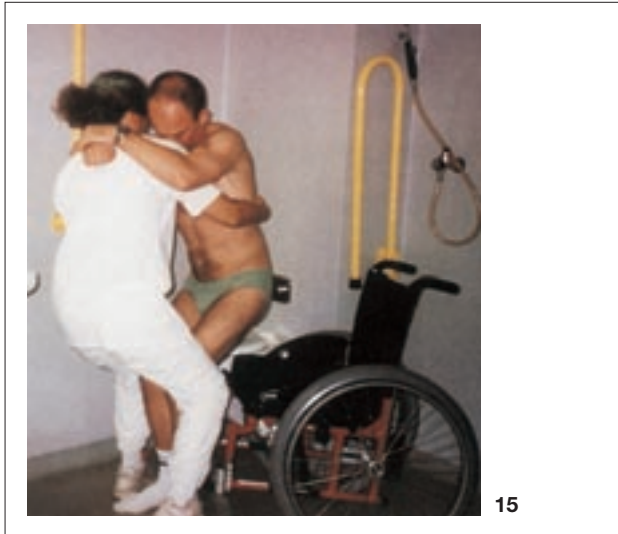
13



14

**Peligros que corre la persona minusválida durante la manutención**

Los peligros son de diversos órdenes: en primer lugar las complicaciones articulares, pero también los riesgos relacionados con la presencia de una sonda urinaria fija o de un catéter a perfusión.



15



18



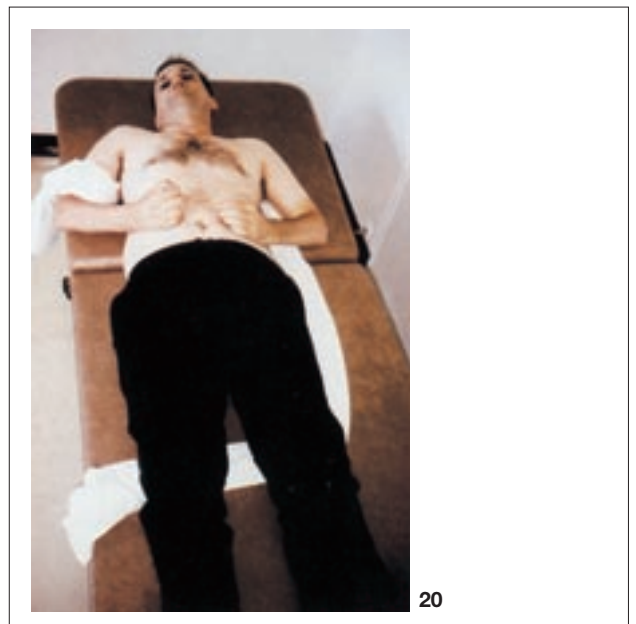
16



19



17



20

### ***Lesiones articulares***

La articulación más amenazada es el hombro del hemipléjico o del tetrapléjico.

Una tracción sobre el miembro superior puede ocasionar una subluxación (fig. 30), incluso una luxación. Un trabajo excesivo puede descompensar una patología dolorosa de tipo tendinitis, ruptura cartilaginosa y sobre todo una algo-neurodistrofia.

### ***Lesiones óseas***

Las lesiones óseas son la consecuencia de una caída o de un traumatismo, a menudo mínimo en caso de osteoporosis secundaria por la invalidez motora.

### ***Riesgos cutáneos***

Se producen principalmente debido a las posiciones mantenidas durante mucho tiempo, más bien que a los gestos



21



22



23



24



25



26



27



30

de manutención propiamente dichos. Es necesario instalar al paciente en una posición correcta: aquella que reparta mejor las presiones y evite la isquemia origen de las escaras.

### **Complicaciones urinarias**

Se provocan por una tracción intempestiva sobre la sonda, lo que origina lesiones en el cuello vesical o la uretra. El asistente debe vigilar de no doblar o comprimir la sonda o la tubuladura de la bolsa de orina. Lógicamente, las cánulas de traqueotomía y los catéteres venosos también deben requerir un gran cuidado durante las maniobras de transporte y en los desplazamientos.

\*  
\* \*

*La persona minusválida está obligada a depender de otra persona para asegurar los desplazamientos indispensables a su autonomía.*

*A menudo, la contribución física directa del asistente es inevitable. Es necesario que éste posea una buena técnica resultante de una formación práctica regularmente reactivada.*

*El recurso a los dispositivos técnicos y la participación activa de la persona minusválida permiten reducir el esfuerzo a realizar.*

*La mejora de la calidad de los cuidados se obtiene por una disminución de los riesgos raquídeos del asistente y por una mayor seguridad para la persona minusválida.*



28



29

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención: THEVENIN-LEMOINE E, TRICOT A, ORGERET G et SEGUY E. – Manutention des personnes handicapées. – Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-520-B-10, 1998, 8 p.

## **Bibliografía**

- [1] Dotte P. La manutention des malades et des handicapés. Paris: Maloine, 1988.
- [2] Orgeret G. Transport et déplacement des malades. Paris : Frison Roche, 1992.