



A2.2 – Recursos educativos para profesores

## **Principios de habilitación/movilización/transferencia de un usuario**

Módulo: Técnicas de cuidado para el bienestar

Submódulo: 2.2 Movilización, transferencia

# Introduction

<b>Módulo</b>	<b>TÉCNICAS DE CUIDADO PARA EL BIENESTAR</b>
<b>Submódulo</b>	<b>2.2 Movilización, traslado</b>
<b>Lección nr.</b>	<b>#1 Principios de habilitación / movilización / traslado de un usuario.</b>
<b>Duración (minutos)</b>	45 minutos
<b>Fecha</b>	

# Resultados de la lección

Como resultado de completar esta lección, el usuario será capaz de:

1. cambiar la posición del usuario en la cama en función de su estado de salud.
2. cambiar la posición del usuario en una silla de ruedas.
3. Apoyar al usuario al levantarse de la cama.
4. desplazar al usuario fuera de la cama en posición horizontal y sentado.
5. reconocer y apoyar la capacidad y organización del usuario en el ámbito del movimiento.

## Principios de habilitación / movilización / traslado de un usuario

- La actividad pro salud no sólo debe referirse a la actividad en sí, sino que también debe incluir la mejora en la realización de actividades funcionales, incluidas las actividades de la vida diaria, como utilizar el menaje de cocina, limpiar, levantar algo del suelo, etc.
- Es importante mejorar la capacidad de cambiar la posición de sentado a de pie, así como aprender a levantarse tras una posible caída.
- Además, un elemento importante del proceso de mejora/movilización es el procedimiento relacionado con la mejora de la marcha. Debe incluir caminar a un ritmo lento y más rápido, cambiar de dirección, subir y bajar del escalón.
- Al movilizar a los usuarios, es importante que los cuidadores adopten la postura correcta y realicen secuencias de movimiento funcionales y biomecánicas. De lo contrario, el cuidador puede sufrir lesiones de espalda.

# Directrices para cuidadores:

calzado antideslizante, que proporciona estabilización durante el movimiento del pabellón

cada vez que la altura de la cama se ajusta a la altura de trabajo del cuidador

al mover o cambiar la posición de la sala, realizar el trabajo entre dos personas (si es posible)

el cuidador realiza inhalaciones y exhalaciones regulares y tranquilas que facilitan el levantamiento y transporte de pesos

el cuidador adopta la posición de partida correcta, es decir, toda la planta del pie apoyada en el suelo, las piernas colocadas en posición “sobreelevada” u ofensiva, los dedos de los pies extendidos hacia delante

el cuidador debe apoyar la movilidad del alumno en función del grado de limitación de la movilidad, es decir, ayudarlo a caminar, a desplazarse (levantarlo hasta una posición sentada, ayudarlo a sentarse, etc), a cambiar de posición mientras está tumbado.

# Apoya al usuario al caminar

- Movilizar al usuario para que camine sirve para recuperar y mantener la movilidad, pero conlleva un riesgo importante de caídas. Basándose en la evaluación de las capacidades del tutelado, el cuidador debe minimizar la asistencia y enseñar el uso de ayudas (por ejemplo, un andador).
- El ritmo de la marcha debe indicarlo el tutelado.
- Debe procurarse que el tutelado se desplace lo más posible en posición erguida.
- El centro de gravedad debe descansar sobre los pies.

# Cambio de posición - rotación hacia un lado



- Al cambiar la posición del paciente de lado, el cuidador debe estar en el lado hacia el que se gira el paciente.
- Al cambiar la posición del paciente, el cuidador debe cambiar simultáneamente la posición de la cadera y la cintura escapular del paciente (esto evita lesiones en la columna vertebral del paciente).
- Al cambiar la posición del paciente, las articulaciones de los miembros superiores e inferiores del lado opuesto a la rotación deben estar flexionadas (rodilla y cadera del miembro inferior, codo del miembro superior).

# Cambio de posición - rotación hacia un lado



- La cabeza del pabellón debe dirigirse hacia la rotación prevista del tronco antes de iniciar el cambio de posición del cuerpo.
- El usuario debe ser sujetado por los omóplatos y la placa del hueso de la cadera.
- La actitud del cuidador, la persona que realiza el cambio de posición del pabellón - la altura de la cama del pabellón ajustada a la altura del cuidador (si la altura de la cama es regulable), la espalda recta, si es posible una pierna sobre la plataforma o una rodilla apoyada en la cama para reducir la carga, o las rodillas firmemente apoyadas en el borde de la cama.





- Un usuario después de un ictus no puede moverse, tirando por las manos. La rotación se realiza mejor a través del lado parético, después de un accidente cerebrovascular, para una mayor estimulación.

## Movilización en la cama por dos personas: arriba - abajo

- Cuando se desplaza a la persona en la cama por dos personas, puede hacerse sobre una base que apoye la cintura escapular y la cadera junto con la cabeza.
- Al moverlo, las extremidades inferiores del pabellón deben colocarse dobladas en las articulaciones de las rodillas y apoyadas en el colchón;
- Los cuidadores se colocan uno frente al otro, a derecha e izquierda de la cama, colocando las manos en la zona pélvica y los omóplatos del usuario;
- Los cuidadores levantan ligeramente las caderas del paciente y suben o bajan tranquilamente de la cama; si es posible, el paciente “repta” con las piernas.





Un movimiento de tracción no puede utilizarse en usuarios con riesgo de lesiones

# Desplazamiento en la cama por una sola persona: arriba - abajo

- Al mover al paciente en la cama, si es posible, es mejor que los miembros inferiores estén doblados por la articulación de la rodilla y apoyados en el colchón; si el paciente puede ayudar, empuja hacia atrás con las piernas.
- El cuidador se sitúa en el lado del cabecero de la cama y agarra al paciente por los antebrazos, poniendo las manos debajo de los hombros;
- El cuidador, tensando los músculos abdominales y apoyando los muslos en la cama, tira del paciente hacia arriba.

## Movilización a posición de sentado desde decúbito supino

---

- Colocamos al usuario de lado (en el caso de personas tras un ictus, lo colocamos del lado contrario al afecto) de modo que sus rodillas sobresalgan del borde de la cama.
- El cuidador agarra al paciente con una mano (por debajo de los hombros) mientras estabiliza la cabeza y la columna cervical, y con la otra mano lo agarra por debajo de los muslos.
- El cuidador debe colocarse cerca de la cama con las piernas muy separadas para garantizar una posición estable.
- Con un movimiento eficaz, el cuidador levanta el torso del paciente, mientras baja las piernas hasta el suelo.

## Colocación en posición de sentado

- El cuidador, al colocar al paciente en posición sentado, presta atención para garantizar un apoyo seguro y estable de la espalda.
- El cuidador debe utilizar un reposapiés bajo los pies del usuario, de modo que los miembros inferiores estén dispuestos en flexión (articulaciones de la rodilla y de la cadera). La flexión en las articulaciones de la rodilla y de la cadera de unos 90 grados evita la fractura del fémur así como la compresión de los nervios y vasos sanguíneos de la parte posterior del muslo).
- La caída del usuario hacia delante puede evitarse aumentando (por encima de 90°) el ángulo de flexión de las articulaciones de la cadera.
- En el caso de un paciente que sienta debilidad, el cuidador debe colocar cuñas o cojines a los lados, para mantener la posición.
- En caso de paresia de los miembros superiores del paciente, las manos deben colocarse delante, sobre una ligera elevación (por ejemplo, sobre una almohada situada sobre las rodillas).



## Movimiento de caminar de una persona que necesita apoyo

- El cuidador sujeta al paciente y le ayuda a sentarse en la cama con las piernas hacia abajo.
- El cuidador coloca el andador (acordándose de poner el freno) para que el paciente pueda apoyarse en los costados al levantarse.
- El paciente se sienta en el borde de la cama.
- El cuidador inclina ligeramente al paciente hacia delante, de pie sobre las piernas separadas ayuda lo ayuda a levantarse, cubriéndole la espalda con una mano y agarrándole la espalda con la otra.



# Transferencia de la cama a la silla de ruedas y viceversa



- El paciente debe sentarse en la cama con las piernas hacia abajo.
- La silla debe colocarse en el lado más afectado del paciente (en el caso de que el paciente tenga paresia), a continuación se retiran los reposapiés y reposabrazos de la silla y se bloquean las ruedas con los frenos.
- El cuidador se coloca de cara al paciente, dobla las rodillas y las coloca de modo que cubran las del paciente.
- El cuidador abraza al usuario, agarra el cinturón de los pantalones por la espalda y se inclina hacia atrás, al mismo tiempo estabiliza las rodillas del paciente con sus rodillas, luego con un rápido movimiento de rotación lo traslada a la silla de ruedas.



## A2.2 – Recursos educativos para profesores

**La importancia de la movilidad y el movimiento en la vida humana, las consecuencias de la hipocinesia / inmovilización del usuario (por ejemplo, trombosis, escaras, contracturas). Medidas preventivas para evitar los efectos de la inmovilización.**

Módulo: Técnicas de cuidado para el bienestar

Submódulo: 2.2 Movilización, traslado

# Introducción

**Módulo** TÉCNICAS DE CUIDADO PARA EL BIENESTAR

**Submódulo** 2.2 Movilización, traslado

**Lección** #2La importancia de la movilidad y el movimiento en la vida humana, las consecuencias de la hipocinesia / inmovilización del usuario (por ejemplo, trombosis, escaras, contracturas).  
**Medidas preventivas para evitar los efectos de la inmovilización.**

**Duración (minutos)** 45 minutos

**Fecha**

# Resultados de la lección

Como resultado de completar esta lección, el usuario será capaz de:

1. aplicar medidas preventivas para evitar úlceras de decúbito/lesiones por presión/úlceras
2. tomar medidas preventivas contra la trombosis
3. aplicar medidas preventivas contra la neumonía
4. aplicar medidas preventivas contra las contracturas



**La hipocinesia o acinesia es una limitación de la actividad motora, asociada a la necesidad de permanecer mucho tiempo en posición horizontal debido a diversas enfermedades, lesiones, accidentes de tráfico o intervenciones quirúrgicas.**

## Entre los factores que obligan al usuario a permanecer en cama figuran la enfermedad o los daños:

- **sistema musculoesquelético:** músculos (distrofia muscular), huesos y articulaciones (fracturas de los miembros inferiores, especialmente del cuello del fémur, daños en la columna vertebral, así como complicaciones de la osteoporosis frecuentes en las personas mayores o cambios degenerativos-inflamatorios avanzados, con mayor frecuencia deformidades y rigidez en las articulaciones de la cadera, la rodilla y la columna vertebral, que a menudo impiden caminar).
- **sistema nervioso:** (por ejemplo, tumores cerebrales, lesiones de la médula espinal, enfermedades neurodegenerativas, como esclerosis múltiple o parkinsonismo)
- **sistema cardiovascular:** (por ejemplo, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio)
- **sistema respiratorio:** (por ejemplo, bronquitis o neumonía)
- **Sistémico:** (por ejemplo, tumores, emaciación, desnutrición, sarcopenia).



# Cambios en las funciones fisiológicas debidos a la hipocinesia

- El estado de alteración parcial o completa de la actividad motora conduce a múltiples cambios en las actividades del sistema musculo-esquelético, cardiovascular, respiratorio, digestivo, endocrino y nervioso, afecta a la coagulación de la sangre, también provoca trastornos bioquímicos, por ejemplo, del equilibrio hidroelectrolítico, principalmente del calcio, ralentiza el metabolismo.
- La respuesta de los distintos sistemas funcionales del organismo depende en gran medida del tiempo de permanencia en posición horizontal; por lo general, el cuadro completo de cambios se desarrolla al final del primer mes.

# Efectos de la inmovilización en diversos órganos y en la psique

## Sistema de movimiento

---

### Huesos



- Como consecuencia de la inmovilización parcial o completa, se produce pérdida ósea (osteoporosis). Ya después de una inmovilización completa de cuatro días, aumenta la excreción de calcio en la orina, lo que demuestra un desequilibrio entre el catabolismo y los tumores del tejido óseo.
- Una vez iniciada, la osteoporosis puede convertirse en la causa de dolores, por ejemplo de espalda, que desaparecen en posición supina. Esto provoca una inmovilización prolongada en la cama y, a veces, el miedo del enfermo a levantarse.
- Otra consecuencia del catabolismo del tejido óseo causado por la inmovilización son los cálculos renales o la urolitiasis vesical.

# Músculos

---



- Tras una inmovilización completa en cama durante cuatro días, la excreción de nitrógeno en la orina aumenta y alcanza su punto máximo al cabo de catorce días. A continuación, el usuario tardará cuatro semanas más en normalizar la excreción de nitrógeno.
- Esta pérdida de nitrógeno corresponde a la atrofia de unos 2 kg de tejido muscular. En consecuencia, con la inmovilización, la masa muscular y la fuerza disminuyen rápidamente.
- Las consecuencias de la atrofia muscular son el dolor y la rápida fatiga de los usuarios en la puesta en marcha.
- Se forma un círculo vicioso y la estancia en cama se prolonga por sí sola.



# Articulaciones

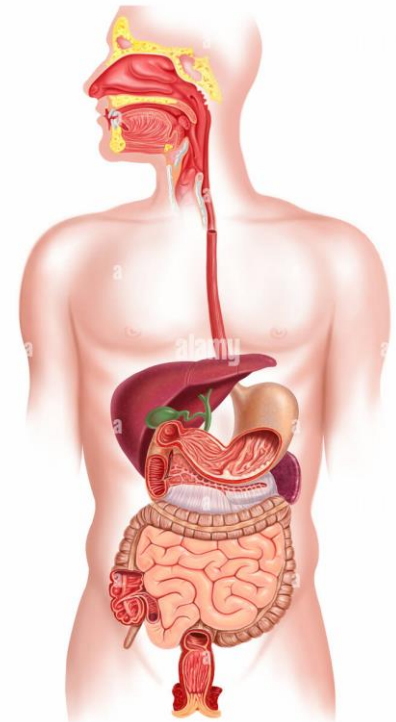
---



- Uno de los mayores peligros de la inmovilización prolongada es la formación de contracturas.
- La consecuencia más común es la formación de un pie de caballo, contracturas en la flexión de la articulación de la rodilla y de la cadera. Tras la consolidación de estas contracturas, el hecho de estar muchas horas en la silla intensifica el grado de contractura.
- Si realmente es necesaria una inmovilización estricta en la cama, el usuario debe estar tumbado al menos dos horas al día en posición horizontal sobre el estómago (a menos que provoque dolor intenso, por ejemplo, en personas con cambios dolorosos en la columna sacrolumbar).

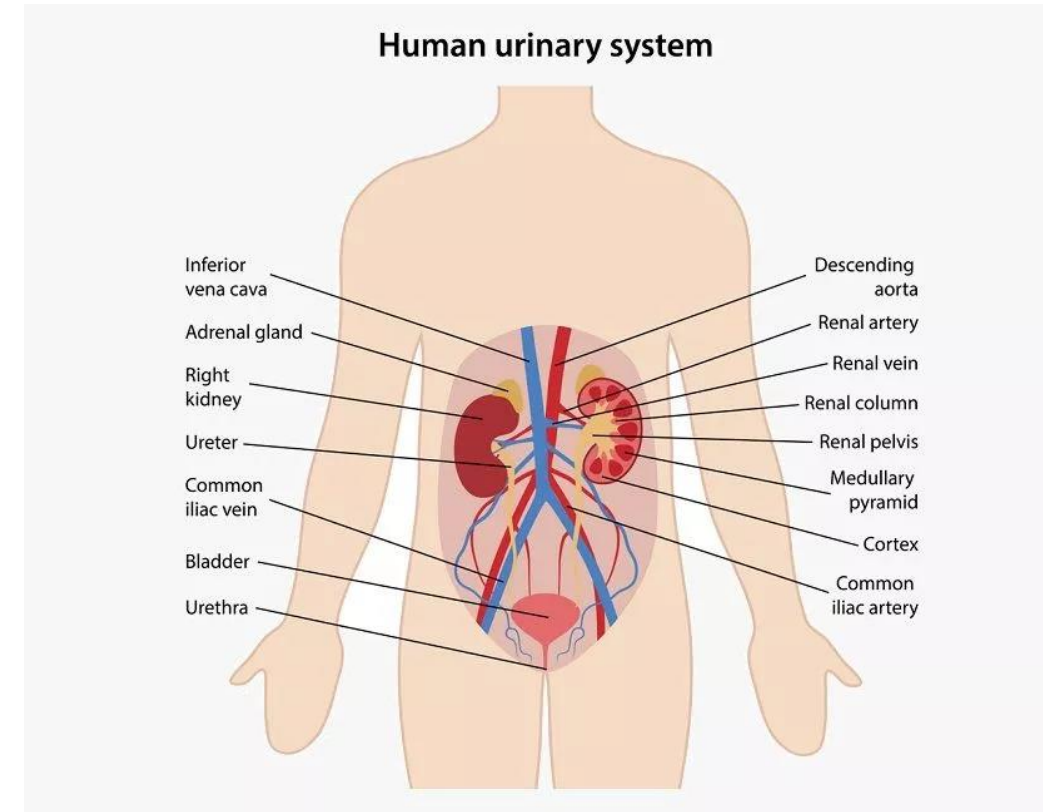
# Aparato digestivo

- El sedentarismo y la falta de movimiento provocan estreñimiento.
- Para la mayoría de las personas, es muy desagradable defecar en la piscina, en una posición supina no fisiológica. Por este motivo, se pospone la necesidad de defecar. Los factores anteriores favorecen la formación en el recto de masas fecales compactadas, que anulan el mecanismo básico de mantenimiento de las heces, el ángulo anorrectal.
- Las masas fecales también perturban la diferenciación del contenido en el recto e irritan las paredes del intestino grueso. El contenido líquido de las heces pasa por los tumores fecales y, al no detenerse continuamente, se excreta por el ano.
- La consecuencia del estreñimiento se convierte en una diarrea paradójica. La causa es muy fácil de determinar mediante un examen por el recto. Además, la única forma de proceder es extraer manualmente los tumores fecales. Cualquier forma de infusión rectal fracasa.
- No es raro que la diarrea se produce en una persona acostada, se administran dentaduras postizas, lo que provoca un aumento de estreñimiento, y en casos extremos, obstrucción de baja.



## Sistema urinario

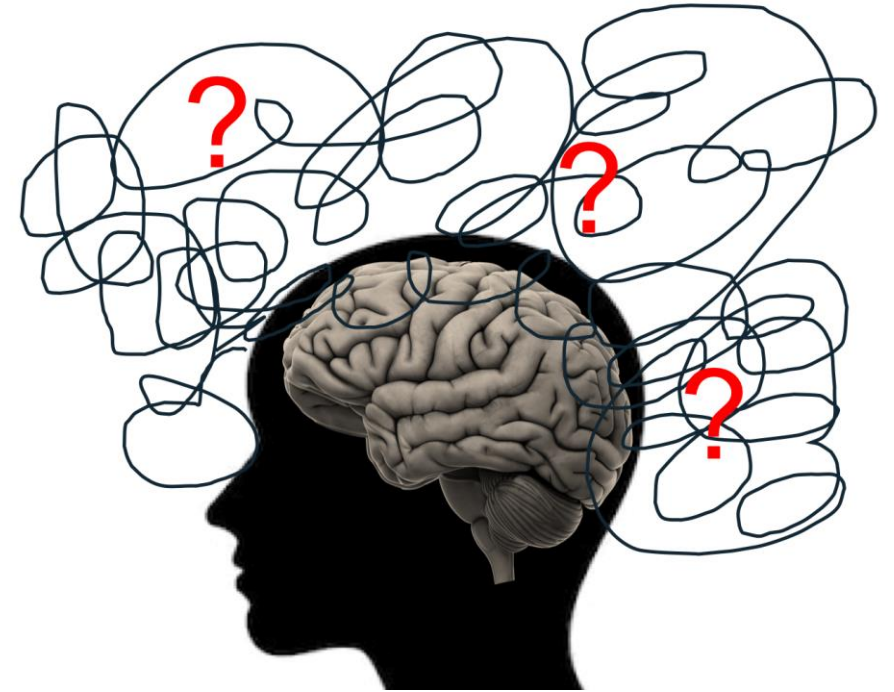
- La inmovilización prolongada deteriora la función renal. En las personas mayores, la permanencia prolongada tumbada suele provocar retención no urinaria, que no es tratable mientras el usuario permanezca en cama.
- Los factores psicológicos desempeñan un papel importante.
- A menudo, los ancianos inmovilizados de forma consciente, reducen radicalmente la cantidad de ingesta de líquidos, empeorando significativamente la función renal.
- El aumento de la excreción de calcio y fosfatos provoca una tendencia a formar depósitos en los riñones y la vejiga.



## Estado mental

---

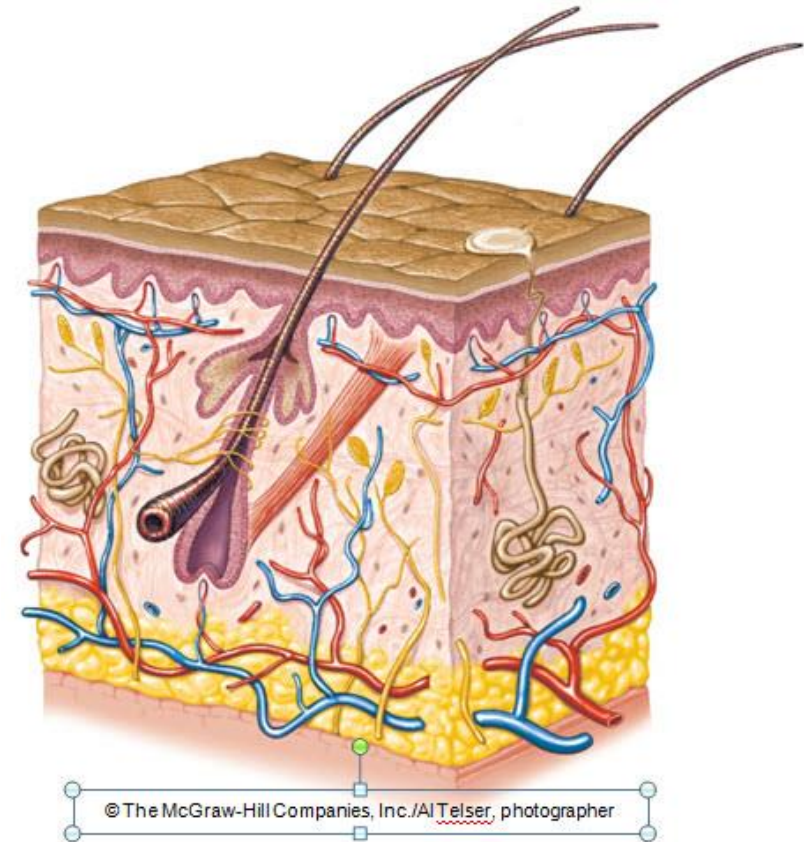
- La claridad de nuestra conciencia depende en gran medida de la influencia de los estímulos externos.
- Por eso, estar en la cama puede considerarse una "privación sensorial" (privación de estímulos externos) moderada.
- El mundo se reduce a unos pocos metros cuadrados y el abanico de actividades se limita a la cama.
- Los contactos sociales son limitados.
- La regresión mental es sin duda uno de los mayores riesgos de la inmovilización de larga duración.



# Piel

---

- Las lesiones/úlceras por presión son un problema especial en las personas inmobilizadas.
- Una persona sana y móvil puede permanecer en cama durante días o semanas, cambiando de posición muchas veces por hora, lo que evita eficazmente la aparición de escaras.
- La inmovilización tensa durante periodos prolongados provoca la aparición de escaras, y la velocidad a la que se desarrollan depende del riego sanguíneo de las zonas afectadas y del estado general de salud.



El desarrollo de úlceras por presión se ve afectado por dos tipos de presión: las fuerzas de compresión y cizallamiento y la formación de pliegues cutáneos.

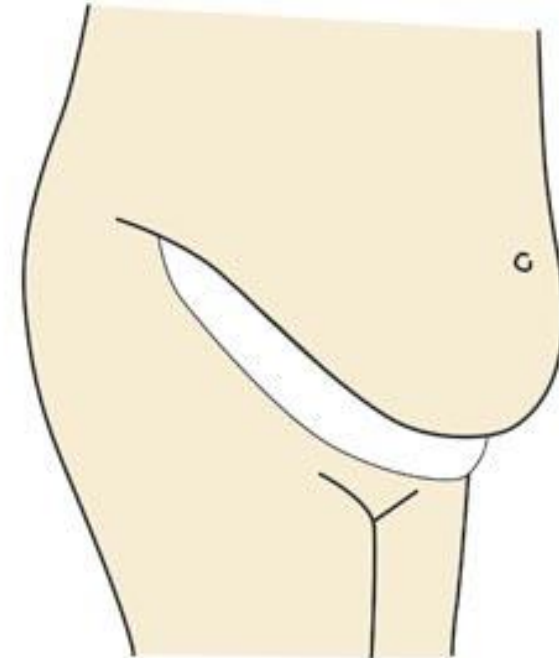
El factor determinante en el desarrollo de las úlceras por presión es la relación entre la fuerza de compresión y la presión en las arteriolas y capilares.

La presión sanguínea en los capilares es de 33 mm Hg en su extremo arterial y de 16 mm Hg en el venoso. Si la fuerza de compresión es inferior a los valores anteriores, la piel permanece intacta a pesar de la inmovilización durante un largo periodo de tiempo. Sin embargo, en un usuario adulto de peso medio que descansa sobre un colchón de espuma de caucho, la fuerza de compresión es de 60 - 70 mm Hg en la región sacra y de 30 - 45 mm Hg en la región del talón.

Los usuarios que permanecen tumbados en la cama suelen colocarse en posición semiacostada, en la que hay tendencia a deslizarse hacia abajo.

La adhesión afecta únicamente a la piel, mientras que el esqueleto se desplaza hacia abajo y hacia delante. A lo largo de las líneas de tensión, se desarrollan fuerzas de cizallamiento en el tejido subcutáneo, que pueden bloquear pequeños vasos pinzándolos.

- 
- La formación de pliegues cutáneos se produce en usuarios que presentan caquexia, con tejido subcutáneo laxo.
  - Los pliegues cutáneos hacen que el lumen de los vasos sanguíneos se retuerza y se cierre.
  - Los pliegues cutáneos son también un lugar de crecimiento de flora mixta y un punto de partida de infecciones.
  - Todos los fenómenos mencionados conducen a la isquemia y necrosis de los tejidos.



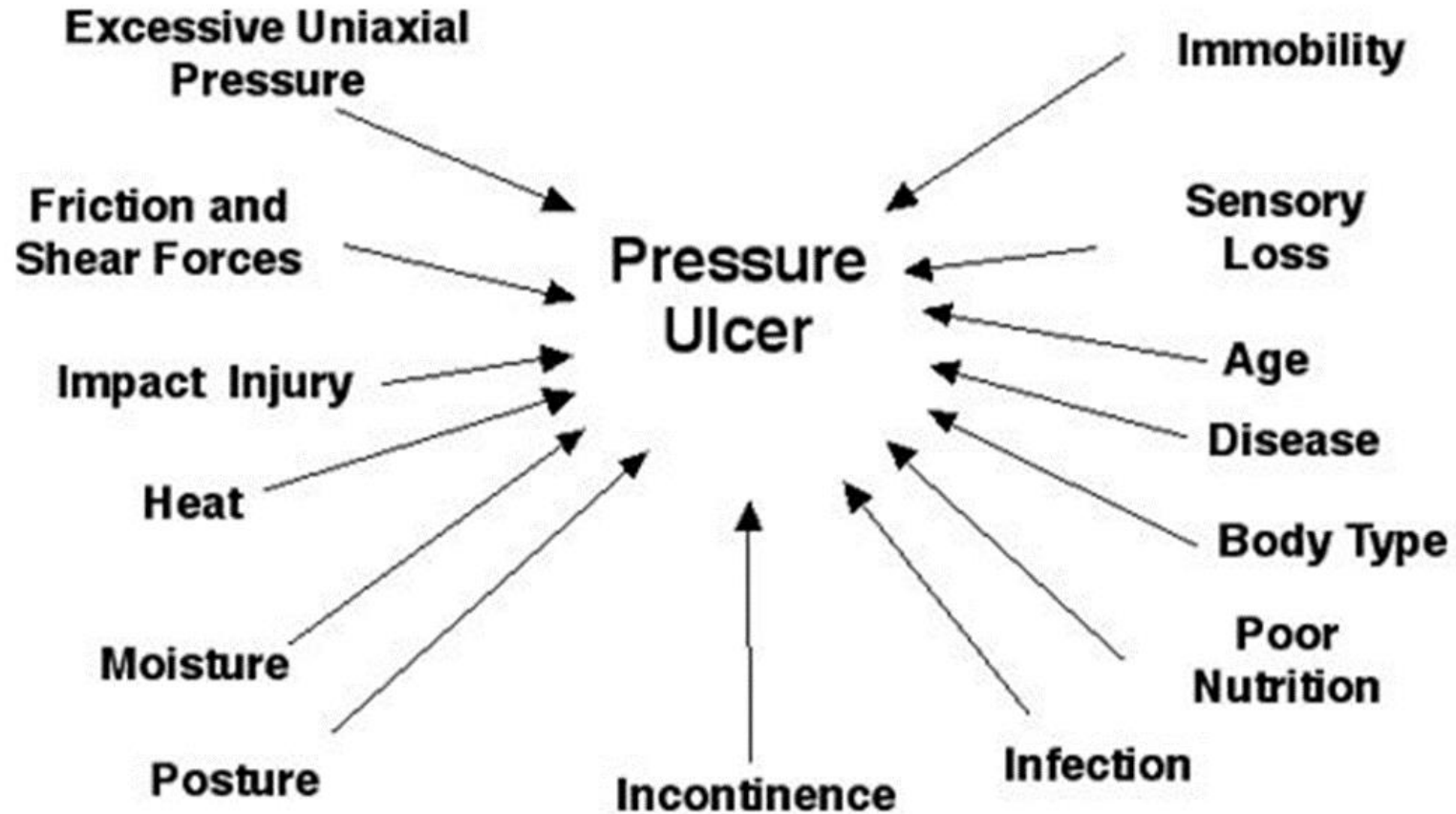
los usuarios con mayor riesgo de úlceras por presión son:

- personas “inconscientes” / coma.
- usuarios con fuertes dolores (postoperatorios o de grandes articulaciones)
- con grandes escayolas
- parálisis
- parkinsonismo

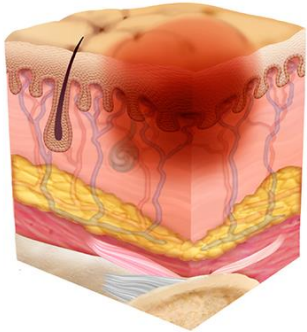


## Extrinsic Factors

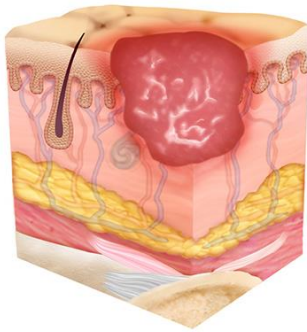
## Intrinsic Factors



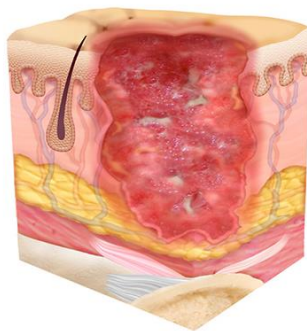
Stage 1



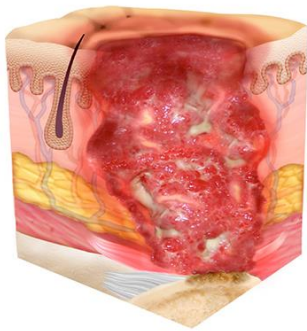
Stage 2



Stage 3



Stage 4



## Otros factores agravantes son:

- **caquexia**
- **disfunción de esfínteres**
- **estado general grave**

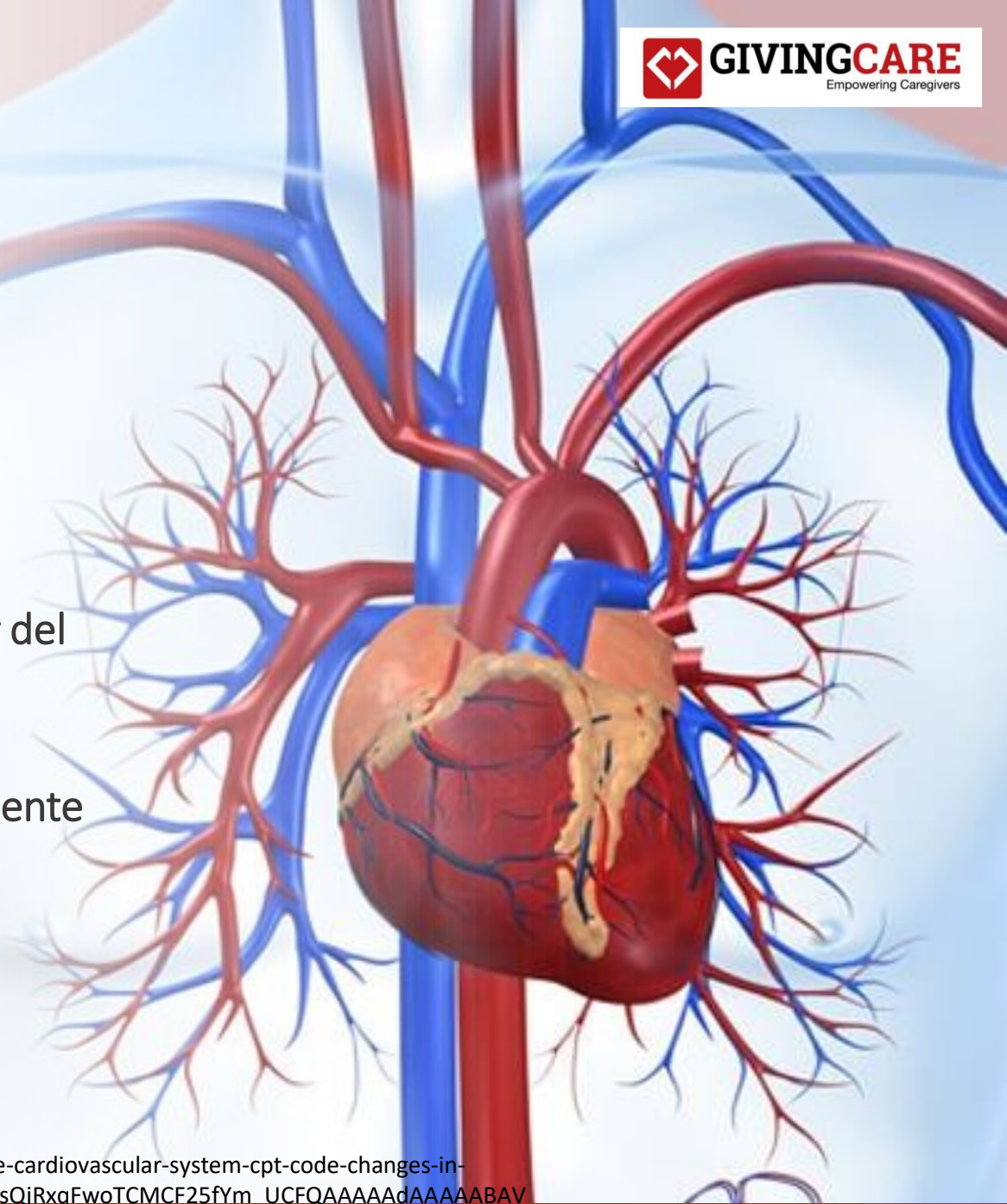
- El método más sencillo de prevenir las escaras es que los cuidadores cambien con frecuencia la postura del usuario.
- Determinar la frecuencia de “reposicionamiento” teniendo en cuenta la del individuo:
  - ❖ tolerancia de los tejidos,
  - ❖ nivel de actividad y movilidad,
  - ❖ estado médico general,
  - ❖ objetivos generales del tratamiento,
  - ❖ estado de la piel y comodidad.
- Otros métodos de prevención de las escaras consisten en distribuir uniformemente la compresión por toda la superficie del cuerpo adherida al suelo o cambiar con frecuencia el lugar de compresión, utilizar colchones antiescaras.
- “Mojar la ropa de cama” es un factor de riesgo adicional de las escaras que debe tenerse en cuenta.



**PREVENTION  
IS BETTER  
THAN  
CURE**

## Sistema cardiovascular

- Existe riesgo de hipotonía ortostática tras una inmovilización prolongada.
- Los mecanismos para equilibrar la presión de la parte superior del cuerpo están alterados.
- Existe un riesgo muy elevado de embolia o trombo pulmonar, especialmente con los primeros soportes verticales, y de accidente cerebrovascular isquémico.
- El uso profiláctico de anticoagulantes con inmovilización prolongada parece plenamente justificado.



# Prevención

---

- Para prevenir o ralentizar el proceso de atrofia muscular y ósea, es esencial hacer ejercicio para mantener una amplitud de movimiento adecuada.
- Los ejercicios previenen las contracturas y la degeneración del cartílago articular.
- Incluso una actividad mínima mejora el riego sanguíneo y la nutrición de los músculos.
- Los ejercicios deben diseñarse de forma que afecten a todas las articulaciones y músculos.
- Pida ayuda a una enfermera cualificada o a un fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.





A2.2 – Recursos educativos para profesores

## **Evaluación de las necesidades de movilidad de los usuarios de acuerdo con el diagnóstico y las limitaciones resultantes.**

Módulo: Técnicas de cuidado para el bienestar

Submódulo: 2.2 Movilización, traslado



# Introduction

<b>Módulo</b>	TÉCNICAS DE CUIDADO PARA EL BIENESTAR
<b>Submódulo</b>	2.2 Movilización, traslado
<b>Lección nr.</b>	<b>#3 Evaluación de las necesidades de movilidad de los usuarios de acuerdo con el diagnóstico y las limitaciones resultantes.</b>
<b>Duración (minutos)</b>	30 minutos
<b>Fecha</b>	

# Resultados de la lección

Como resultado de completar esta lección, el usuario será capaz de:

1. evaluar las capacidades funcionales del usuario
2. evaluar las posibilidades de realizar actividades de la vida cotidiana
3. evaluar la capacidad para caminar y mantener el equilibrio
4. evaluar el riesgo de caídas

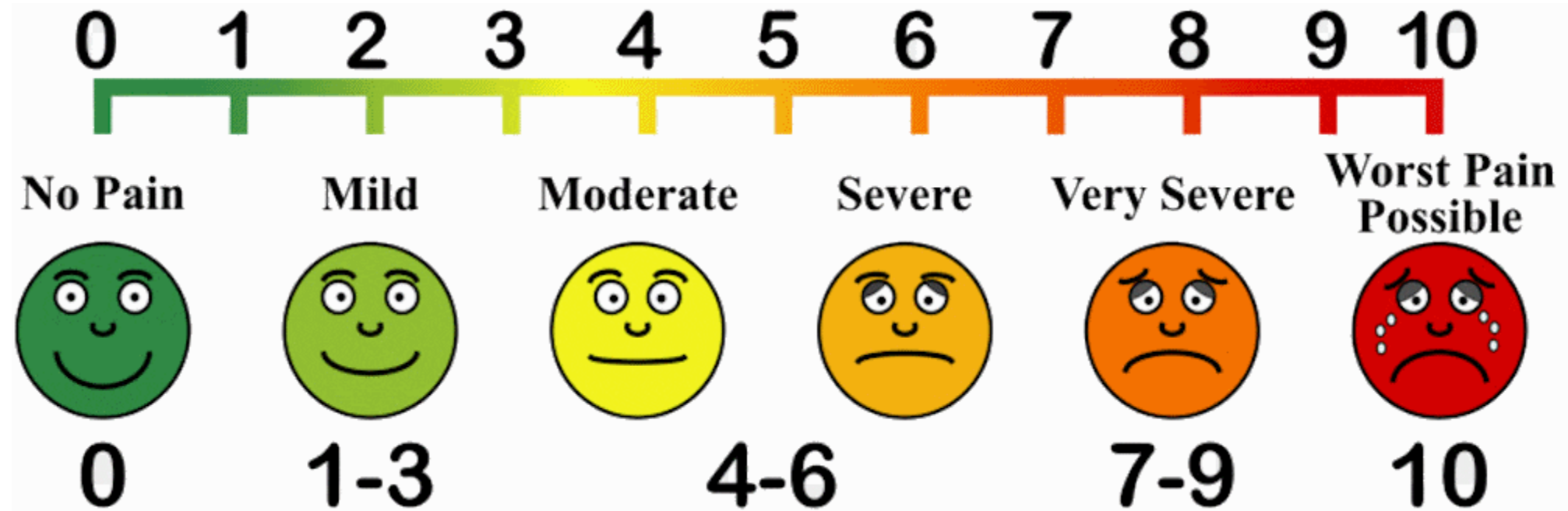


- **La evaluación de la salud y el funcionamiento del usuario debe ir precedida de una entrevista exhaustiva en la que se tenga en cuenta la situación familiar.**
- **Es importante averiguar si existe la posibilidad de realizar determinadas tareas en el entorno doméstico.**
- **Conviene hablar de las limitaciones que el cliente percibe en su propio funcionamiento, es decir, qué actividad es la más importante para él en un momento dado.**
- **Una conversación terapéutica adecuada permite crear una relación de confianza entre el cuidador y el cliente, lo que le da una sensación de seguridad y repercute positivamente en su sentido de la coherencia.**

Para evaluar el estado de los usuarios, existen cuestionarios, escalas y pruebas que permiten evaluar las necesidades y supervisar el progreso de su mejora.

Estas herramientas pueden utilizarse para:

La evaluación de los síntomas clínicos, que permite seguir el estado del cliente. La evaluación de los síntomas clínicos, que permite seguir el estado del cliente, la evolución de la enfermedad y los efectos del tratamiento (escala VAS).





# Para determinar la dependencia y evaluar su grado es necesario:

- El diagnóstico del paciente, junto con una evaluación del grado de daño de las estructuras y deterioro de las funciones corporales, que el profesional sanitario - formal e informal- puede conocer a partir de un análisis de los historiales médicos del cliente.
- El reconocimiento de las limitaciones de actividad y participación en relación con los factores ambientales se realiza a partir de la observación y la entrevista con el cliente o la familia.
- Evaluar la capacidad del cliente/paciente para realizar una actividad, basándose en la remisión de una orden sencilla para realizar la actividad/movimiento.

A continuación se definen las actividades y la participación, que se distinguen en los siguientes ámbitos:

1. **movilidad** - La evaluación incluye:

- Cambiar la posición básica del cuerpo
- Mantener la posición del cuerpo
- Desplazamiento
- Uso preciso de las manos
- Uso de brazos y manos
- Caminar



## 2. autocuidado - la evaluación incluye :

- Lavarse
- Ir al baño
- Vestirse
- Comer
- Beber
- Preparar las comidas
- Hacer las tareas domésticas



### 3. la configuración de la vida cotidiana y las interacciones sociales - evaluada por :

- Centrar la atención
- Resolver problemas
- Tomar decisiones
- Realizar una sola tarea
- Seguir un programa diario
- Conversar
- Interacción humana básica





## A2.2 – Recursos educativos para profesores

### **Evaluación del nivel de actividad física del usuario y principio de selección del equipo adecuado para el movimiento del usuario.**

Módulo: Técnicas de cuidado para el bienestar

Submódulo: 2.2 Movilización, traslado



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

This project has been funded with support from the European Commission. This publication [communication] reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein. Project N°: 2020-1-PT01-KA203-078360



# Introduction

<b>Módulo</b>	TÉCNICAS DE CUIDADO PARA EL BIENESTAR
<b>Submódulo</b>	2.2 Movilización, traslado
<b>Lección nr.</b>	<b>#4 Evaluación del nivel de actividad física del usuario y elección de los dispositivos adecuados para el movimiento del usuario.</b>
<b>Duración (minutos)</b>	30 minutos
<b>Fecha</b>	

# Resultados de la lección

Como resultado de completar esta lección, el usuario será capaz de:

1. cambiar la posición del usuario velando por su propia seguridad
2. elegir el equipo adecuado para el desplazamiento de una persona enferma y dependiente
3. transportar al usuario para exámenes/evaluación
4. realizar gimnasia pasiva de los miembros superiores e inferiores

Los productos de traslado de usuarios son un grupo de dispositivos indispensables para facilitar el traslado de personas enfermas, que no pueden moverse por sí mismas, o todas aquellas que por otros motivos necesitan ser transportadas por terceros.

---

La asistencia diaria para el traslado de los usuarios:

Dispositivos para mover o posicionar al usuario: tablas, colchonetas, etc.

---

accesorios para girar al usuario en su sitio - discos giratorios,

---


Equipamiento para “transportes de larga distancia”: cinturones, asientos y cuñas, soportes que estabilizan la posición del usuario durante el transporte.

---



Para facilitar el trabajo de un cuidador de personas con discapacidad o diversidad, usuarios de silla de ruedas, o simplemente de personas mayores y/o enfermos, encamados, es necesario disponer de ayudas que faciliten el cuidado y que éstas puedan - si es necesario – llevarlas a todas partes, por ejemplo, un disco giratorio y portátil, una rampa plegable para sillas de ruedas, entre otras.

- Bastón y muleta
- Trípode y cuadrúpedo
- Andador y andador con ruedas
- Silla de ruedas, (para desplazarse sentado)
- Elevador o grúa (para trasladar a personas enfermas o con sobrepeso de la cama a la silla de ruedas y viceversa);
- Cama especial con accesorios (asa de elevación, colchón antiescaras, barandillas laterales).



## Productos de Apoyo utilizados con más frecuencia













**GIVINGCARE**  
Empowering Caregivers

Gracias.

Profesor:

E-mail:

Fecha de la sesión

