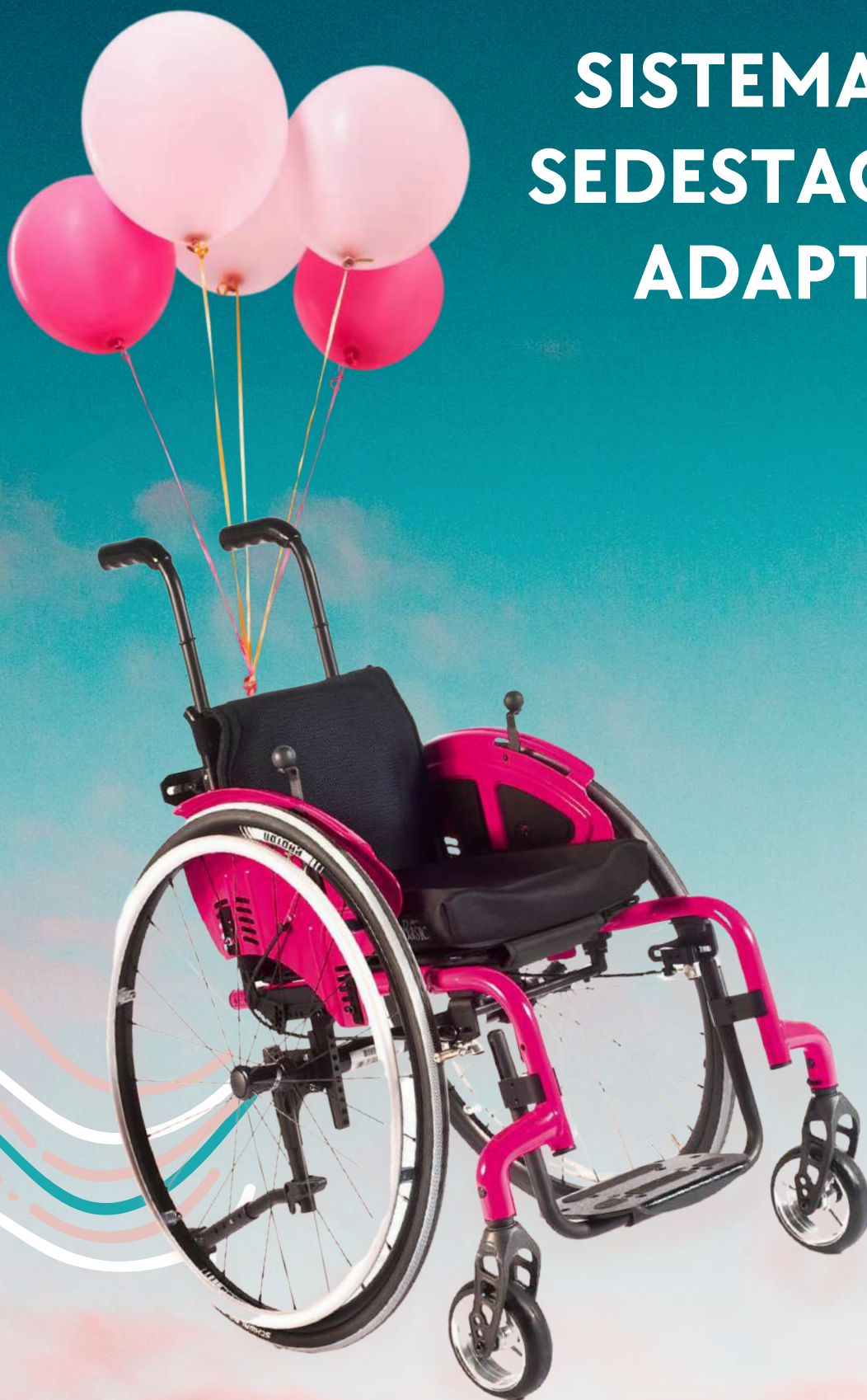


SISTEMAS DE SEDESTACIÓN ADAPTADA



En patología Neurológica en la Infancia y en la Adolescencia



Autores:

- Mónica Alonso (SEFIP)
- Belén González (SERI)
- Patricia Jovellar (TOP-es)
- Victoria Pérez (TOP-es)
- Gloria Pomares (Técnico ortopédico)
- Rocío Puente (SERI)
- Francisca Quintana (SERI)
- Sara Rodríguez (TOP-es)
- Sofía Rodríguez (SEFIP)
- Rubén Serrano (TOP-es)

Colaboradores:

- Joaquín Camacho (SEFIP)
- M^a Teresa Sáez (SEFIP)

Índice:

1. Introducción
2. Beneficios generales de los productos de apoyo para la sedestación
3. ¿Cuándo iniciar con una adaptación para la sedestación?
4. Valoración de la sedestación
 - 4.1. Aspectos biomecánicos y músculo-esqueléticos
 - 4.2. Integridad de la piel
 - 4.3. Valoración de los trastornos del tono
 - 4.4. Control postural
 - 4.5. Aspectos de procesamiento cognitivo
 - 4.6. Aspectos funcionales
 - 4.7. Aspectos del entorno
5. Tipos de sistemas de sedestación adaptada
 - 5.1. Sillas de ruedas
 - 5.2. Algunas cuestiones para reflexionar antes de elegir la silla de ruedas
6. Sillas de interior y otros sistemas de sedestación para las actividades cotidianas
7. Bibliografía



1

Introducción

El objetivo principal de este capítulo es ayudar a los profesionales en la toma de decisiones clínicas para seleccionar el mejor tipo de sedestación adaptada para cada usuario, además de facilitar un compendio de todos los productos de apoyos para la sedestación de los que disponemos en la actualidad. Ello ayudará a escoger entre sus características y entender cuál se ajusta mejor a las necesidades del niño, su familia y su entorno.

El trabajo en equipo es básico para la prescripción de productos de apoyo, teniendo en cuenta que unos profesionales realizan una intervención más continua (fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales) y otros de forma más puntual (médicos rehabilitadores). Este trabajo previo a la consulta debería realizarlo su terapeuta habitual en coordinación y comunicación directa con el médico rehabilitador, para que en consulta el médico pueda ser más efectivo y eficiente. Sería interesante realizar una entrevista básica para valorar las características específicas de la silla más ajustada a cada niño. Los terapeutas cuentan con más tiempo para poder hacer una valoración más exhaustiva del niño junto con su familia, aunque la evaluación y toma de decisiones posterior se realice en equipo entre terapeuta, médico y familia/niño. Esta guía servirá, entre otras cosas, como guión para esa entrevista básica y para no dejar ningún aspecto fundamental en la toma de decisiones de todos los miembros el equipo.

Los sistemas de sedestación adaptada están diseñados para aquellos niños/as que presentan dificultades para mantenerse sentados de forma activa o funcional. Los sistemas de sedestación adaptada permiten al niño desempeñar y participar en las actividades, tareas o rutinas que comprenden su jornada diaria.

La decisión final sobre qué sistema de sedestación es el más adecuado para un niño/a y su familia, debe tomarse desde una perspectiva interdisciplinar y desde una valoración holística e integral del niño/a, del entorno físico y humano en el que se mueve y de las tareas o actividades que le va a permitir desarrollar.

2

Beneficios generales de los productos de apoyo para la sedestación

Niño/a

- **Factores personales:** edad, tamaño, peso y preferencias
- **Capacidades:** para mantener la postura sentado/a, uso funcional de la mano y el brazo
- **Funciones sensoriomotoras:** control cefálico, visomotor, control de tronco, uso funcional de las manos y brazos, tono, movimientos involuntarios, movilidad articular...
- **Estructuras corporales** relacionadas con el sistema músculo-esquelético
- **Funciones mentales:** orientación espacial, aprendizaje...
- **Funciones** relacionadas con la **tolerancia al ejercicio:** para autopropulsar la silla desde la rueda

Entorno

- **Familia:** preferencias, tiempo libre, economía, creencias...
- **Transporte escolar y particular**
- **Accesibilidad** de la **vivienda** particular: tamaño de puertas y ascensor
- **Entorno** urbano, rural, campo...

Actividad y participación

- **Desplazamiento**
- **Tareas escolares** (académicas y no académicas)
- **Actividades básicas de la vida diaria:** alimentación, baño...
- **Actividades lúdico-deportivas**

A la hora de decidir el tipo de producto de apoyo para la sedestación hay que tener en cuenta la evidencia publicada sobre los beneficios de diferentes tipos de asientos (Brogren, Forssberg & Hadders-Algra, 2001), los efectos que tiene cada uno de ellos en la efectividad de los miembros superiores (Washington, Deitz, White & Schwartz, 2002; Sahinoğlu, Coskun & Bek, 2017), además del control de estructuras corporales como la subluxación de cadera (Miller et al., 2017)

3

¿Cuándo iniciar con un sistema adaptado para la sedestación?

La sedestación funcional es un objetivo primordial desde edades tempranas, tanto para mejorar la actividad y participación del niño, como para el control de las estructuras y funciones corporales. Por eso, esta guía de consenso también está diseñada pensando en los productos que se pueden utilizar desde edades muy tempranas.

A falta de evidencia científica de cuando un niño con alteraciones del desarrollo debe iniciar la sedestación con una adaptación, existen las guías de práctica clínica realizadas por los principales centros internacionales y bajo un consenso de expertos internacionales que se basan en la mejor evidencia disponible.

Cada vez más la comunidad científica, incluyendo las guías de consenso de expertos internacionales nos sugieren que el inicio de la sedestación adaptada en niños con alteraciones del desarrollo debería ser a la misma edad que los niños con desarrollo típico, es decir, a partir de los 6 meses y para beneficiarse de las ventajas que significa la estabilidad postural en sedestación. En esta posición los niños incrementan las actividades de alcance, manipulación y maximizan la habilidad manual (Sahinoğlu 2017). Por un lado, existe la: "Guía de cuidados y precauciones en las intervenciones terapéuticas para la hipotonía central (de 0 a 6 años)"; elaborado por consenso de expertos y avalado por la Academia Americana de Parálisis cerebral y Medicina del Desarrollo (AACPDM) (2019). Por otro lado, la "Guía para el posicionamiento de los niños con GMFCS niveles IV y V", elaborado por la Academia de Ciencias de la Salud de British Columbia (BC AHSN) en el 2014.

En ambas guías, tanto en niños donde su desarrollo motor es lento, con alteraciones del tono muscular, y que evolucionan hacia un nivel IV o V del GMFCS, como los niños con hipotonía de origen central (aunque la causa todavía no esté identificada), sugieren que la sedestación adaptada debería ser a partir de los 6 meses para que los niños puedan optimizar el aumento de la actividad y la participación, proporcionando un tronco estable que facilita mejor el uso de las extremidades superiores para actividades de alcance y manipulación.

Los asientos moldeados confeccionados con yeso son una opción, como una adaptación postural provisional para la sedestación, que permite ajustar de forma individual las restricciones músculo-esqueléticas y funcionales observadas (Macias, 1998, 2018). El estudio de Picciolini (2016) muestra los efectos del asiento pélvico en la prevención de displasias de cadera en niños con PC con niveles III, IV y V, según el GMFCS.

Cuando el asiento moldeado se introduce en las etapas temprana, es una adaptación aceptada muy positivamente por los padres, ya que permite la posibilidad de adaptarlo al mobiliario infantil: cochecito de paseo, trona, etc. Si el niño asiste a una escuela infantil, el asiento puede adaptarse al mobiliario infantil de la escuela, eliminando la necesidad de un material muy diferenciado. El asiento pierde su aspecto ortopédico cuando se pinta y decora según las preferencias del niño o familia. Una vez hecho, puede forrarse en su interior con material adecuado para niños que requieren un almohadillado extra, especialmente para niños con espina bífida o muy delgados. El asiento pélvico tiene una durabilidad de aproximadamente 6 meses. Sin embargo, el crecimiento del niño determinará la necesidad de cambiarlo. Su construcción es sencilla y barata y puede repetirse varias veces, en función de las correcciones deseadas o del crecimiento rápido del niño.

Para algunos niños, el asiento moldeado servirá como ayuda postural temporal para ayudar a ganar estabilidad en tronco y afianzar el control cefálico. Es decir, puede que lo usen unos pocos meses, pero para otros niños donde su desarrollo es más lento y algunos de ellos nunca terminen de adquirir estabilidad en la sedestación, como por ejemplo los niños que evolucionan hacia un nivel IV o V del GMFCS, será una ayuda postural que requerirán siempre. Es por ello que el asiento moldeado o una silla, debe ser prescrito por el médico, para que se adapte a las necesidades particulares músculo-esqueléticas y funcionales del crecimiento en particular.



4

Valoración de la sedestación

La valoración del sistema de sedestación y movilidad en silla de ruedas es un proceso multifacético que requiere de una recopilación de información tanto subjetiva como objetiva de las necesidades posturales del niño, de sus entornos y sus habilidades funcionales. Debemos pues estructurar el proceso de valoración teniendo en cuenta las categorías de la Clasificación Internacional del Funcionamiento y la discapacidad para la Infancia y la Adolescencia (CIF-IA): estructuras y funciones corporales, actividades, participación y entornos. De esta manera podemos crear una visión holística que nos dé una imagen completa tanto de las capacidades como las necesidades de la persona.

4.1. Aspectos biomecánicos y músculo-esqueléticos

Valorar la alineación de los principales segmentos corporales a través de la exploración física.

Herramientas: Exploración física sistematizada en decúbito supino y sedestación.

Serán necesarios la utilización de sistemas sencillos de medición como goniómetro, inclinómetro, cinta métrica, barra flexible, etc. A través de esta exploración física, será posible obtener información importante sobre si la problemática relacionada con los tejidos blandos es todavía flexible o ya está estructurada. Será flexible cuando permita corrección total o parcial sin compensar con otro segmento corporal, por el contrario, será rígida o estructurada cuando no permita corrección o aparezcan compensaciones en otros segmentos corporales. Es importante recordar que, aunque sea flexible puede que la corrección total de la postura no sea tolerable desde el primer momento por el usuario. Toda esta información nos ayudará en la toma de decisiones del tipo de asiento y modificaciones y accesorios de la silla.

Pelvis: alineación en los 3 planos del espacio (anteversión o retroversión, oblicuidad y rotación, o combinación de las mismas), teniendo en cuenta la posición de las espinas ilíacas antero-superiores y postero-superiores.

Implicaciones clínicas:

- Los sistemas de sedestación deben de mantener la alineación de los segmentos corporales al máximo posible y teniendo en cuenta todos los planos.
- Si la falta de alineación no está estructurada, el objetivo será corregirla.
- Si la falta de alineación se debe a una deformidad estructurada, es recomendable mantener la máxima alineación posible, respetando las estructuras (deformidad).
- Especial importancia a la presencia de oblicuidad pélvica, por su asociación con escoliosis, desplazamiento de cadera y asimetría en la ABD de cadera (Hägglund, 2020).

Raquis o columna vertebral: valoración de las alteraciones en el plano frontal y sagital (cifosis, hiperlordosis, escoliosis). Para su valoración, además de la exploración sistematizada, será necesaria la solicitud de una telemetría o radiografía en decúbito, sedestación o bipedestación, en función de la capacidad que tenga el paciente de mantener una postura estable sin asistencia, para calcular el ángulo de Cobb, el ápex de la curva y demás medidas de control radiográfico (Barret et al., 2018; de Oliveira et al., 2012).

Implicaciones clínicas:

Colocación de los controles laterales del sistema de sedestación adaptada de manera adecuada o necesidad de adaptación de un sistema a medida si los controles laterales no son suficientes.

Miembros inferiores (MMII): deformidades torsionales y/o rotacionales como anteversión femoral, torsiones tibiales y rotaciones internas o externas de cadera exageradas. Podemos usar para ello el test de Ryder, el test de Staheli, ángulo muslo-pie (AMP) y el ángulo transmaleolar (ATM) o ángulo muslo-maléolo (AMM).

Balance articular: medición de rangos articulares y extensibilidad muscular a través del manejo y con valoración goniométrica (con un rango de error de 5 grados) o con inclinómetro (mayor fiabilidad que el goniómetro).

Implicaciones clínicas:

Valoración de acortamientos de cara a controlar ángulos y mantener la integridad de los tejidos.

Seguimiento y valoración de la integridad de la cadera: dentro de los aspectos biomecánicos de valoración creemos necesaria hacer una mención especial, por su innegable importancia.

Herramientas: Test de Ortolani, test de Galeazzi y/o test de Barlow.

Tener en cuenta otros signos que advierten de posibilidad de subluxación o luxación de cadera como la asimetría de los pliegues cutáneos (especialmente los poplíteos), limitación en la ABD (abducción) de cadera, la falsa disimetría en MMII (discrepancia de longitud de MMII) o el Signo de Trendelenburg. Ante la sospecha de posible desplazamiento de cadera, es necesario solicitar un estudio radiológico convencional de pelvis para valorar el Porcentaje de Migración, el Índice Acetabular y el Ángulo Cévico-Diafisario.

Implicaciones clínicas:

- Tener en cuenta que una subluxación puede llevar a configurar la silla no simétrica
- Si la cadera está en riesgo, es necesario mantenerla en una posición de congruencia articular (ABD de cadera).
- Implementar protocolos de vigilancia de cadera que han demostrado una mejor detección, intervención adecuada y temprana y, por tanto, una disminución en el número de luxaciones dolorosas de cadera (Shrader, Wimberly & Thompson, 2019; Wynter et al., 2015).
- Los protocolos de vigilancia de cadera se basan en la toma de radiografías en función de la edad, el nivel de GMFCS, porcentaje de migración y disminución de rangos articulares. (ampliar en el documento de programas de bipedestación).

4.2. Integridad de la piel

Se hace imprescindible una exploración visual para:

- **Examinar la piel en busca de rojeces, zonas de hiperpresión, etc.**
- **Valorar peso bajo las tuberosidades isquiáticas**

También podremos hacer una valoración objetiva usando una manta de presiones y herramientas estandarizadas como **La Escala de Norton**, **Escala de Braden** y **Escala de Emina**.

Implicaciones clínicas: Esta información nos ayudará a decidir el tipo de cojín como método de prevención para úlceras por presión y dolor asociado al aumento de presión en isquiotibiales.

4.3. Valoración de los trastornos del tono

Valorar la presencia de espasticidad, hipertonia, hipotonía, fluctuaciones de tono y/o espasmos. Especialmente importante testar la musculatura aductora de cadera por sus implicaciones clínicas.

Herramientas: especialmente indicada la **Escala de Tardieu Modificada** (Gracies, Burke et al., 2010). También la **Escala Modificada de Asworth** y la **Escala de Hipotonía de Campbell**. Actualmente, uno de los métodos de cuantificación de la espasticidad más objetivos es la **Electromiografía de superficie**, donde se puede medir y monitorizar la resistencia producida a diferentes velocidades (Gómez Soriano et al., 2012).

Implicaciones clínicas:

- Consideraciones en la toma de decisiones posturales para evitar ángulos articulares en tensión máxima.
- Posibilidad de correcciones progresivas.
- Relación entre ángulo de cadera y aumento de espasticidad.
- Si hay presencia de espasticidad de los ADD (aducción) de cadera, es recomendable mantener unan ABD de cadera más allá de la R1 de la Escala de Tardieu Modificada (rango articular a velocidad máxima) y antes de llegar a la R2 de la misma escala (rango articular a velocidad lenta = máxima elongación muscular).

- Si no hay presencia de espasticidad y lo que prevalece en el niño es la hipotonía, tener en cuenta que el exceso de ABD de cadera facilita la retroversión pélvica y, por tanto, la flexión de tronco.
- En niños con GMFCS niveles IV y V con espasticidad de ADD de cadera, tener presente que el control medial de rodilla puede empeorar el desplazamiento de la cadera hacia la sub-luxación. Por lo que no es recomendable el uso de un taco-abductor (Kim et al., 2019).

4.4. Control postural

Es necesario valorar el control voluntario de la postura en sedestación del paciente y su capacidad de ajuste, para poder así determinar la cantidad de soporte externo que va a precisar y, por lo tanto, poder adaptar el sistema de sedestación más adecuado.

Herramientas: podemos utilizar escalas como **Segmental Assessment of Trunk Control (SATCO)**, **Trunk Control Measurement Scale (TCMS)**, **Trunk Impairment Scale (TIS)** y **Level Seating Scale (LSS)**, la cual es una modificación de la "Level of Sitting Ability Scale" (Field & Livingstone, 2013).

Implicaciones clínicas:

- Colocación y necesidad de control cefálico/occipital.
- Colocación y necesidad de controles laterales de tronco y altura de dichos apoyos. También, si el apoyo es un asiento moldeado de escayola, hasta donde realizamos la altura del respaldo del asiento.
- Decidir si el asiento será:
 - activo (ángulo tronco-fémur 90° con el tronco perpendicular al suelo) o
 - pasivo (ángulo tronco-fémur $+90^\circ$ o bien a 90° más basculación posterior, donde el tronco se encuentra tumbado hacia atrás) (Fife et al., 1991; Santamaría, Rachwani, Saavedra & Woollacott, 2016).

4.5. Aspectos de procesamiento cognitivo

Este aspecto es fundamental de cara a la valoración del manejo de una silla de ruedas, bien sea manejo autopropulsado de una silla manual o de una silla a motor o con mandos electrónicos. Existen diversas escalas que miden las habilidades del usuario para el manejo de este tipo de dispositivos, como el **Wheelchair Skills Program (WSP)**.

Para utilizar una silla de ruedas de propulsión eléctrica de forma funcional, un niño debe demostrar la capacidad suficiente para utilizar un método de acceso (es decir, joystick o interruptores) y demostrar que posee la necesaria capacidad cognitiva, sensoriomotora y de afrontamiento de habilidades:

- Las habilidades cognitivas incluyen causa y efecto, conceptos direccionales, comprensión de la resolución de problemas y relaciones espaciales, y juicio.
- Las habilidades sensoriomotoras incluyen percepción, procesamiento, planificación motora y tiempo de reacción.
- Finalmente, las habilidades de afrontamiento incluyen la capacidad de atención, la motivación y la persistencia (Rosen et al., 2009).

4.6. Aspectos funcionales

El control postural tiene una gran influencia en la función de los miembros superiores (MMSS), específicamente en la destreza y el control motor. Para poder realizar las actividades de la vida diaria, la función de las extremidades superiores se considera uno de los factores más importantes (Zulkapli, Saat & Kamaralzaman, 2016). Con el objetivo de mejorar la funcionalidad de los MMSS, los sistemas de sedestación adaptados deberían cumplir los siguientes requisitos: orientación en el espacio desde una posición neutra hasta 15° de basculación anterior (Stavness, 2006), cincha pélvica, ortesis en ABD, reposapiés y mesa con escotadura. En este sentido, parece ser que los sistemas de sedestación a medida son mejor opción que los asientos estándar o ajustables para los niños con PC espástica niveles III-V de la GMFCS (Sahinoglu, Coskun & Bek, 2017).

Las alteraciones en la estructura corporal y, en concreto, las deficiencias del control postural repercuten en los niveles de actividad y reducen el nivel de independencia (Pavão, Nunes, Santos & Rocha, 2014). Un mejor control postural puede aumentar la capacidad funcional, no solo en cuanto a la función de los MMSS sino también en cuanto a la satisfacción y desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) (Chung, et al., 2008) ya que la capacidad de mantener el control postural en sedestación cuando se alcanzan objetos dentro y más allá de la longitud del brazo es crítica para la independencia en las AVD (Canning et al., 2003).

Algunos estudios indican que los sistemas de sedestación adaptados que están dirigidos a propósitos específicos mejoran el desempeño del niño en las actividades para las que han sido indicados, como actividades de autocuidado y de juego en el hogar (Angsupaisal M., Maathuis C.G.B & Hadders-Algra M., 2015; Rigby, Ryan & Campbell, 2009; Ryan et al., 2009). Por lo que es fundamental hacer un análisis del desempeño funcional del niño, con relación a esas actividades específicas, una vez colocado el sistema de sedestación que se ha seleccionado. En este sentido, tal y como indica el Marco de trabajo de Terapia Ocupacional, es imprescindible hacer una evaluación de los patrones de desempeño y de las habilidades de desempeño, incluyendo las habilidades motoras, las de procesamiento y las de interacción social (AOTA, 2020).

Entre las herramientas estandarizadas se pueden usar el **AMPS** y el **QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology)**.

Por otro lado, el control postural en sedestación influirá positivamente en el control cefálico, que es crucial para el desarrollo de las habilidades sociales, cognitivas y comunicativas del niño, así que un apoyo en sedestación también puede ser una buena estrategia para ese control de cabeza.

4.7. Aspectos del entorno

Mientras que los profesionales ponemos el foco en aspectos fundamentalmente técnicos, las familias suelen mostrar preocupaciones en cuestiones prácticas y del día a día (McDonals, Surtees & Wirz, 2003). Por este motivo es fundamental tener en cuenta los factores contextuales del niño y la familia, tanto ambientales como personales, con la finalidad de que el sistema de sedestación adaptado se ajuste a todas sus necesidades:

Aspectos para considerar en función al contexto familiar:

- Posibilidad de plegado
- Complementos abatibles
- Posibilidad de crecimiento
- Material /tipo de chasis
- Tamaño para ajustarse a puertas de casa, maletero del coche, ascensor, etc.
- Tipo de ruedas
- Mecanismos de propulsión
- Posibilidad de acoplar un Sistema Aumentativo y Alternativo de Comunicación (SAAC)



5

Tipos de sistemas de sedestación adaptada

Según la actividad o tarea que permite realizar el sistema de sedestación adaptado, podemos diferenciar entre: 1) Sillas de ruedas, 2) Sillas de interior y, 3) Otros sistemas de sedestación (baño, transporte en vehículo...).

5.1. Sillas de ruedas

Las sillas de ruedas están diseñadas para cumplir la función de desplazamiento en aquellos niños/niñas que presentan dificultades para andar distancias cortas o largas y desplazarse por el entorno. No obstante, las sillas de ruedas son un producto de apoyo para la movilidad que, además, puede favorecer el desarrollo de las habilidades sociales, permitiendo al niño/a participar en aquellas actividades lúdico-deportivas y sociales que impliquen desplazamiento.

Cuando el niño/a, además de presentar dificultades para desplazarse andando, también muestra dificultades para permanecer sentado, la silla de ruedas debe ofrecer el sistema de sedestación adecuado.

Por todo ello, es importante realizar una correcta valoración interdisciplinar niño-actividad-entorno que permita la elección correcta de la silla de ruedas.

En relación con las **características del niño**, valoraremos:

- 1) Edad
- 2) Dimensiones (tamaño, peso)
- 3) Control postural (control cefálico y de tronco)
- 4) Capacidad para utilizar los miembros superiores (MMSS)
- 5) Control visomotor y percepción visual
- 6) Funciones mentales (orientación espacial, conciencia del peligro, capacidad de aprendizaje..)
- 7) Preferencias del niño y actividades de ocio y tiempo libre



Con relación al **entorno familiar**, valoraremos:

- 1) Acceso a la vivienda (existencia de barreras arquitectónicas como escalones, así como la disponibilidad de ascensor y sus dimensiones)
- 2) Vehículo familiar y escolar (adaptado para transportar sillas de ruedas o no, modelo y dimensiones del maletero)
- 3) Entorno en el que vive y se desplaza (urbano o rural)
- 4) Preferencias de la familia
- 5) Actividades de ocio y tiempo libre de la familia

Una vez valorado al niño y el entorno, pasamos a elegir el modelo de silla de ruedas más adecuado, diferenciando entre: A) Tipo de silla de ruedas y B) Sistema de sedestación adaptado:

A. TIPO DE SILLA DE RUEDAS

Las sillas de ruedas las podemos diferenciar según:

- **El chasis:** 1. Ligeras y plegables; 2. Rígidas no plegables; 3. Con basculación y/o reclinación.
- **El modo de propulsión:** 1. Manual, autopropulsada o no; 2. Eléctrica, autopropulsada o no.

*Existen sillas de ruedas compactas, con el sistema de sedestación incorporado.

B. SISTEMAS DE SEDESTACIÓN ADAPTADA

Los sistemas de sedestación adaptada los podemos clasificar en dos grandes grupos:

- **Sistemas estándar** o prefabricados, como los asientos o respaldos modulares (tipo Spex, Jay, Vtrak...), más accesorios para control postural (control de tronco, caderas, reposacabezas, peto, arnés pélvico...).
- **Sistemas a medida:** como los asientos moldeados de yeso, asientos de termoplástico o esponjosos.

5.2. Algunas cuestiones para reflexionar antes de elegir la silla de ruedas

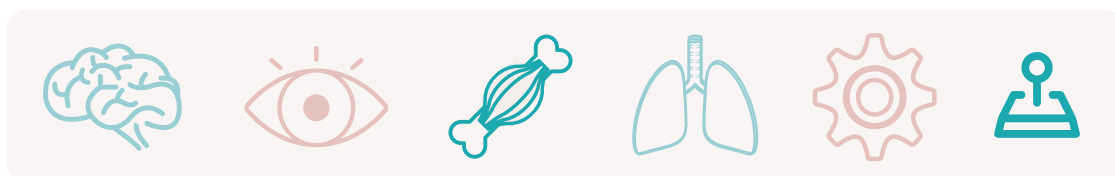
Sillas tipo paraguas

De manera general no es recomendable el uso de este tipo de sillas si no tienen el respaldo rígido y/o con el uso de un asiento a medida, ya sea de bajo coste o de termoplástico, junto con el uso de reposapiés.

¿Cuándo usamos una silla autopropulsable?

Pensaremos en una silla autopropulsable cuando el niño/a presente dificultades para desplazarse por el entorno de forma eficaz y eficiente, tanto por el interior de un edificio (por ejemplo, para ir de una dependencia a otra del centro educativo), como por el exterior (por ejemplo, durante un paseo por la ciudad o una excursión escolar).

Parece importante señalar que la silla de ruedas autopropulsable proporciona independencia en los desplazamientos, facilitando la participación del niño/a con dificultades de movilidad en las actividades que comprenden su jornada diaria, ya sea en el entorno familiar, escolar o de su comunidad, favoreciendo el, tan importante, desarrollo de habilidades sociales y relaciones interpersonales. Por esta razón, las sillas autopropulsables, eléctricas o manuales, deberán facilitarse a edades lo más tempranas posibles (a partir de los 3 años), siempre y cuando, el niño cuente con los siguientes prerequisites:



- 1) En relación con las funciones mentales: capacidad de aprendizaje, orientación en el espacio, autocontrol de los impulsos y conciencia del peligro, percepción visual.
- 2) En relación con las funciones visuales: control visomotor.
- 3) En relación con las funciones del sistema neuromusculoesquelético: coordinación oculomotora, suficiente fuerza y resistencia en MMSS.
- 4) En relación con las funciones cardiorespiratorias: resistencia a la fatiga.
- 5) En relación con las capacidades motoras: capacidad para usar ambos brazos y manos para impulsar las ruedas o, la capacidad para manejar los controles de mando eléctricos a través de una mano (joystick), o la capacidad para manejar los controles de mando eléctricos a través de movimientos sutiles de cabeza (Switch).

Deberemos tener en cuenta usar protectores de los radios de las ruedas para evitar problemas con las manos de los niños y, en los niños con mioclonías o problemas conductuales, utilizar sillas robustas ya que los movimientos incontrolados pueden romper algunas illas en poco tiempo.

También es importante recalcar que en algunos niños que no pueden autopropulsarse, puede ser una idea interesante el uso de sillas de rueda grande porque son más fáciles de manejar para el cuidador/acompañante que lleve la silla.

¿Cuándo optamos por una silla autopropulsada eléctrica en lugar de manual?

Consideraremos adecuada la opción de la silla autopropulsada eléctrica frente a la manual cuando el niño/a presente dificultades en el uso de ambos brazos y manos para autopropulsarse, bien porque presente déficits en la coordinación motora, en la fuerza muscular y/o en la resistencia a la fatiga. Dentro de estos supuestos podemos encontrarnos diagnósticos como la Parálisis Cerebral (Niveles III, IV y V del GMFCS) como sugieren Bottos et. cols. (2001) o las enfermedades neuromusculares como la AME. La idea es facilitar la participación de todos los niños a través de la movilidad motorizada (Casey, Paleg & Livingstone, 2013).

Será importante el trabajo de información y formación a la familia por parte del terapeuta que más contacto tenga con ellos sobre la importancia de la autonomía en el desplazamiento para aumentar la participación social y el aprendizaje de la capacidad manual, ya que para algunas familias decidir usar una silla a motor es una decisión compleja.

¿De qué accesorios disponemos y cómo elegirlos?

a) El cinturón pélvico es fundamental

Es la pieza clave de cualquier sistema de sedestación. Sin él, la seguridad se compromete y muy probablemente la pelvis se deslizará en retroversión.

Una pelvis sujeta, asegura una postura correcta erguida y maximiza la función de las extremidades superiores.



Más que el tipo de cinturón, lo verdaderamente importante es la ubicación del mismo, que debe estar situada en el asiento, formando un ángulo de unos 45° y no en el respaldo.

**¿Cuándo optaremos por un arnés pélvico en lugar de cinturón, para posicionar la pelvis?*
 Cuando el paciente presenta mucha espasticidad, empuje extensor, tendencia fuerte a la retroversión o por cualquier otro motivo el cinturón pélvico resulte insuficiente; es recomendable instalar un arnés pélvico envolvente que proporcione mayor control.

b) El chaleco o arnés de tronco

El arnés torácico, junto con los laterales del sistema de sedestación, ayuda a mantener la postura erguida y a evitar la tendencia a la cifosis dorsal.

Aunque a veces es importante, no es tan crucial como el arnés o cinturón pélvico. La tensión del chaleco o arnés torácico debe regularse de adelante a atrás, para que realice una tracción efectiva sobre el tronco.

c) El reposacabezas

El reposacabezas ayuda a controlar que la cabeza caiga en extensión, flexión o lateralmente. Antes de elegir el reposacabezas, habría que revisar que el arnés pélvico esté bien sujeto y los hombros y pelvis alineados con la línea media.

Cuando la necesidad de soporte es importante, debemos plantearnos una silla con basculación. Esto facilitará la alineación simétrica y el control cefálico.

Existen almohadillas de reposacabezas con mayor o menor soporte. Se recomienda elegir el mínimo soporte necesario para garantizar el control cefálico.

En sillas con basculación, el reposacabezas es imprescindible.

En pacientes que utilizan el transporte (coche, autobús...) sentados en su silla de ruedas, el reposacabezas es necesario para su seguridad.

d) Las cinchas de tobillo-pie

En una posición de sentado los pies soportan una quinta parte del peso del cuerpo. Por ello es fundamental que los reposapiés estén bien ajustados, en altura y en profundidad.

Las cinchas de sujeción para los pies hacen que estos se mantengan en su posición para una postura más correcta.

e) El taco abductor

El taco abductor no está diseñado para realizar un control de la retroversión. Nunca debe presionar en la zona del pubis. Su intención es la de alinear los miembros inferiores, evitando la tendencia a la aducción.

Sin embargo, en pacientes con deformidades estructuradas (como por ejemplo una cadera en ráfaga) el taco y el diseño del asiento deberá adaptarse a una posición que tolere el paciente, sin pretender la alineación total porque supondría un fracaso del sistema de sedestación.

¿Cuándo optar por un lecho postural o asiento moldeado a medida?

El lecho postural a medida está especialmente indicado para pacientes que presentan deformidades estructuradas, gran necesidad de control postural o graves alteraciones del tono muscular.

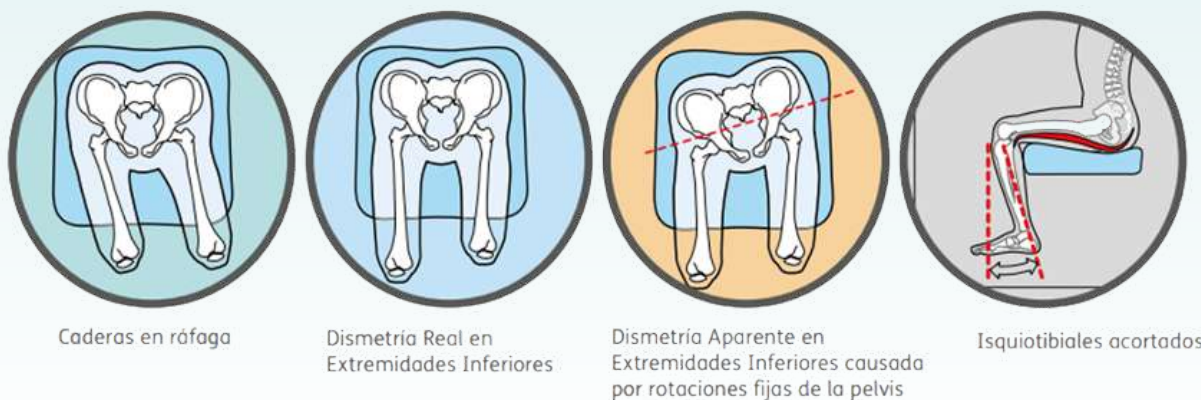
Su diseño se basa en el principio del contacto total, para garantizar el mayor reparto de presiones posible y un máximo confort para el paciente.

Hay que tener en cuenta que son sistemas de sedestación pesados, que generalmente precisan el uso de un chasis con basculación.

¿Cómo controlar una cadera en ráfaga?

Muchas veces no se puede alinear, cuando la deformidad está estructurada, simplemente se respeta la posición de la pelvis y miembros inferiores.

Tratamos de mantener el tronco y la cabeza en la línea media, para que el paciente vaya mirando al frente y acoplamos la pelvis respetando la ráfaga, sólo con la suave corrección que tolere el paciente.



La importancia del acortamiento de los isquiotibiales

Es muy frecuente el acortamiento de la musculatura isquiotibial, que tracciona de la pelvis hacia la retroversión. Unos isquiotibiales acortados producen tensión en la parte posterior de las piernas ocasionando molestias al tratar de posicionar en posturas 90-90- 90°. Muy importante en estos casos valorar la regulación de los reposapiés, la profundidad (el largo) del asiento, la posibilidad de un relleno lumbar, la necesidad de adaptar un cojín a medida, etc.

¡¡No es lo mismo reclinar que bascular!!

En la reclinación se abre el ángulo entre asiento y respaldo. El respaldo se echa hacia detrás, pero el asiento queda igual. Aunque debemos tener en cuenta que el posicionamiento inicial de la pelvis se ha modificado.

En la basculación no varía el ángulo entre asiento y respaldo y, por tanto, NO modificamos el posicionamiento inicial de la pelvis. Todo el conjunto se orienta hacia detrás (basculación positiva) o hacia adelante (basculación negativa).

En los niños niveles IV y V de la GMFCS las sillas que permitan basculación nos permitirán jugar con la de control postural siendo más activo o pasivo según deseemos, teniendo en cuenta que la interacción con el entorno cuando está basculado es menor.

6

Sillas de interior y otros sistemas de sedestación para las actividades cotidianas

Las sillas de interior, así como otros sistemas de sedestación adaptada, proporcionan una sedestación estable, activa y funcional, que permite al niño desempeñar en dicha posición, actividades cotidianas como el juego, tareas de aula, la alimentación o el baño, tanto en el entorno del hogar, como en el de la escuela.

Es importante tener en cuenta que hay ciertas actividades o rutinas diarias que pueden verse mejoradas con el uso de productos de control postural como una silla a la hora de comer y beber, la hora del baño o del juego en el suelo (Ryan, 2012; Stier et al., 2017).

La evaluación de las necesidades del entorno y la actividad en este tipo de productos es más sencilla ya que se centra en una sola actividad o actividades muy similares en un mismo entorno, por ejemplo, las sillas de ducha o las sillas de posicionamiento en suelo para el juego.

En el **Anexo 3** de este capítulo se puede encontrar una tabla con todos los productos del mercado, sus características y sus códigos de prescripción.





Bibliografía

American Occupational Therapy Association. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain Et Process.

Angsupaisal, M., Maathuis, C. G., & Hadders-Algra, M. (2015). Adaptive seating systems in children with severe cerebral palsy across International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth version domains: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(10), 919-930.

Barrett E, Lenehan B, O'sullivan K, Lewis J, McCreesh K. (2018). Validation of the manual inclinometer and flexicurve for the measurement of thoracic kyphosis. *Physiother Theory Pract.* 34(4):301-308.

Bottos, M., Bolcati, C., Sciuto, L., Ruggeri, C., & Feliciangeli, A. (2001). Powered wheelchairs and independence in young children with tetraplegia. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43(11), 769–777. doi:10.1017/S0012162201001402.

Brogren, E., Forssberg, H., & Hadders-Algra, M. (2001). Influence of two different sitting positions on postural adjustments in children with spastic diplegia. *Developmental medicine and child neurology*, 43(8), 534-546.

Canning, C. G., Shepherd, R. B., Carr, J. H., Alison, J. A., Wade, L., & White, A. (2003). A randomized controlled trial of the effects of intensive sit-to-stand training after recent traumatic brain injury on sit-to-stand performance. *Clinical rehabilitation*, 17(4), 355-362.

Casey, J., Paleg, G., & Livingstone, R. (2013). Facilitating child participation through power mobility. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 158–160. doi:10.4276/030802213X13627524435306

Chung, J., Evans, J., Lee, C., Lee, J., Rabbani, Y., Roxborough, L., & Harris, S. R. (2008). Effectiveness of adaptive seating on sitting posture and postural control in children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*, 20(4), 303-317.

De Oliveira TS, Candotti CT, La Torre M, Pelinson PP, Furlanetto TS, Kutchak FM, Loss JF. (2012). Validity and reproducibility of the measurements obtained using the flexicurve instrument to evaluate the angles of thoracic and lumbar curvatures of the spine in the sagittal plane. *Rehabil Res Pract*;2012:186156.

Field, D., & Livingstone, R. (2013). Clinical tools that measure sitting posture, seated postural control or functional abilities in children with motor impairments: a systematic review. *Clinical rehabilitation*, 27(11), 994-1004.

Fife, S. E., Roxborough, L. A., Armstrong, R. W., Harris, S. R., Gregson, J. L., & Field, D. (1991). Development of a clinical measure of postural control for assessment of adaptive seating in children with neuromotor disabilities. *Physical Therapy*, 71(12), 981-993.



- Gómez-Soriano J, Cano-de-laCuerda R, Muñoz-Hellín E, OrtizGutiérrez R, Taylor JS. (2012).** Valoración y cuantificación de la espasticidad: revisión de los métodos clínicos, biomecánicos y neurofisiológicos. *Rev Neurol*; 55: 217-26.)
- Gracies JM, Burke K, et al (2010).** Reliability of the Tardieu Scale for Assessing Spasticity in Children With Cerebral Palsy. *Arch Phys Med Rehab.* 91, 3: 421-428).
- Hägglund, G. (2020).** Association between pelvic obliquity and scoliosis, hip displacement and asymmetric hip abduction in children with cerebral palsy: a cross-sectional registry study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21(1), 1-7.
- Kim, I. S., Park, D., Ko, J. Y., & Ryu, J. S. (2019).** Are Seating Systems With a Medial Knee Support Really Helpful for Hip Displacement in Children With Spastic Cerebral Palsy GMFCS IV and V?. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 100(2), 247-253.
- Macias L.** Abnormal Sitting Postures in Children with Neuromotor Disabilities and Use of the Pelvic Corset or Molded Seat for Adaptative Sitting. *Pediatric Physical Therapy.* 1998; 10(2): 74-7.
- Macias-Fagoaga.** *Fisioterapia en Pediatría* Ed. Panamericana (2018). ISBN: 9788491102120
- McDonald, R., Surtees, R., & Wirz, S. (2003).** A comparison between parents' and therapists' views of their child's individual seating systems. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(3), 235-243
- Miller, S. D., Juricic, M., Hesketh, K., Mclean, L., Magnuson, S., Gasiior, S., ... & Mulpuri, K. (2017).** Prevention of hip displacement in children with cerebral palsy: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(11), 1130-1138.
- Paleg, G., Livingstone, R., Rodby-Bousquet, E., Story, M. and Maitre, N.L.. (AACPD Central Hypotonia Care Pathway Team). (2019).** Guía de cuidados y precauciones en las intervenciones terapéuticas para la hipotonía central (de 0 a 6 años). Versión española. <https://www.aacpdm.org/publications/care-pathways/central-hypotonia>.
- Pavão, S. L., Nunes, G. S., Santos, A. N., & Rocha, N. A. (2014).** Relationship between static postural control and the level of functional abilities in children with cerebral palsy. *Brazilian journal of physical therapy*, 18, 300-307.
- Picciolini O, LE Métayer M, Consonni D, et al.** Can we prevent hip dislocation in children with CP? Effects of postural management. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016; 52(5): 682-90.
- Rigby, P. J., Ryan, S. E., & Campbell, K. A. (2009).** Effect of adaptive seating devices on the activity performance of children with cerebral palsy. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90(8), 1389-1395.
- Rosen, L., Arva, J., Furumasu, J., Harris, M., Lange, M. L., McCarthy, E., ... & Wonsettler, T. (2009).** RESNA position on the application of power wheelchairs for pediatric users. *Assistive Technology*, 21(4), 218-226.
- Ryan, S. E., Campbell, K. A., Rigby, P. J., Fishbein-Germon, B., Hubley, D., & Chan, B. (2009).** The impact of adaptive seating devices on the lives of young children with cerebral palsy and their families. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 90(1), 27-33.

Ryan, S. E. (2012). An overview of systematic reviews of adaptive seating interventions for children with cerebral palsy: where do we go from here?. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 7(2), 104-111.

Sahinoğlu, D., Coskun, G., & Bek, N. (2017). Effects of different seating equipment on postural control and upper extremity function in children with cerebral palsy. *Prosthetics and orthotics international*, 41(1), 85-94

Santamaria, V., Rachwani, J., Saavedra, S. L., & Woollacott, M. H. (2016). The impact of segmental trunk support on posture and reaching in children with cerebral palsy. *Pediatric physical therapy: the official publication of the Section on Pediatrics of the American Physical Therapy Association*, 28(3), 285.

Shrader, M. W., Wimberly, L., & Thompson, R. (2019). Hip surveillance in children with cerebral palsy. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 27(20), 760-768.

Stavness, C. (2006). The effect of positioning for children with cerebral palsy on upper-extremity function: a review of the evidence. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 26(3), 39-53.

Stier, C. D., Chieu, I. B., Howell, L., & Ryan, S. E. (2017). Exploring the functional impact of adaptive seating on the lives of individual children and their families: a collective case study. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 12(5), 450-456.

Sunny Hill, Health Center for Children. 2014. Positioning for Children GMFCS Levels IV-V: focus on hip health. www.childdevelopment.ca

<http://www.childdevelopment.ca/GMFCSHipHealth/GMFCSHipHealthClinicalTool.aspx>

Washington, K., Deitz, J. C., White, O. R., & Schwartz, I. S. (2002). The effects of a contoured foam seat on postural alignment and upper-extremity function in infants with neuromotor impairments. *Physical Therapy*, 82(11), 1064-1076.

Wynter, M., Gibson, N., Willoughby, K. L., Love, S., Kentish, M., Thomason, P., ... & National Hip Surveillance Working Group. (2015). Australian hip surveillance guidelines for children with cerebral palsy: 5-year review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 57(9), 808-820.

Zulkapli, N. Z., Saat, N. Z. M., & Kamaralzaman, S. (2016). Postural control influence on upper extremity function among children with cerebral palsy: a literature review. *Jurnal Sains Kesihatan Malaysia (Malaysian Journal of Health Sciences)*, 14(2).

ANEXO 1 | ASIENTOS MOLDEADOS CONFECCIONADOS CON YESO

Tipos de asientos moldeados provisionales confeccionados con yeso

Características



Asiento moldeado alto recién confeccionado con yeso



Asientos moldeados activos



Asiento moldeado con contención cefálica

TIPOS DE SILLAS DE RUEDAS INFANTILES

1. Sillas carrito, con control postural
2. Sillas paraguas
3. Sillas autopropulsables
4. Sillas eléctricas
5. Chasis



1
Basculación y reclinación
Control postural
Plegable
Regulable con crecimiento



2
No basculación
Muy plegable y ligera
No control postural



3
No basculación
Muy plegable y ligera
Autopropulsable



4
Manejo con joystick
Puede tener basculación



5
Con basculación
Más robusta
No plegable ni ligera



SISTEMAS DE SEDESTACIÓN

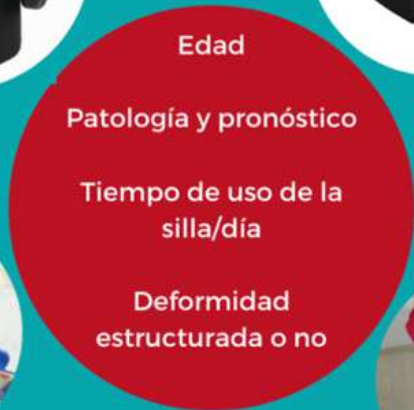
ESTÁNDAR:
Prefabricados y van por tallas.
Cojines y respaldos, laterales de tronco, tacos abductores...

A MEDIDA:
- Corsés de asiento
- Asientos esponjosos

OTROS ACCESORIOS:
Reposacabezas, cinturones, chalecos...



SISTEMAS DE COJINES Y RESPALDOS POSTURALES ESTÁNDAR
Jay, Spex, Tarta, VTrak, Matrix...



3
Corsés de asiento a medida



4
Asientos esponjosos a medida



5
Accesorios de control postural

SILLAS DE RUEDAS MANUALES

Código / Descripción

Imagen

Modelo

Edad, peso, talla

Soporte cefálico

Posicionamiento tronco

Posicionamiento pelvis

SRM 020 SILLA DE RUEDAS MANUAL, NO AUTOPROPULSABLE, PLEGABLE O RÍGIDA, INFANTIL

SRM 020A

Tipo paraguas.

Para niños/as que necesitan ser desplazados en silla de ruedas por una persona porque no cuentan con las habilidades cognitivas, y/o las capacidades motoras, o la tolerancia al esfuerzo físico necesaria para autopropulsar la silla.



**PARAGUAS ZIPPIE
SUNRISE AO/2**
(4 tallas)
RECLINABLE

Peso máx.
50Kg

No

No

No



**SILLA MCLAREN
AD822**

Peso máx.
50Kg

No

No

No



**SILLA ECO BUGGY
de Ottobock**

Peso máx.
50Kg

No

No

No

SRM 020A

La utilización de estas sillas es para niños que **NO** necesitan un sistema de sedestación adaptado, aunque también pueden utilizarse con un corsé de asiento.

Son sillas ligeras, para desplazarse por ciudad, fácilmente plegables para transportar en el vehículo particular o guardar.



CORZINO
(Disponible en
4 tallas)

Edad
recomendada:
2 a 9 años
(varias tallas)

No

No

No

Peso máx.
75Kg
(según talla)



CORZO
(Disponible en
4 tallas)

No

No

No

SRM 020B

Plegado libro.

Para niños/as que necesitan ser desplazados en silla de ruedas por una persona porque no cuentan con las habilidades cognitivas, y/o las capacidades motoras de MMSS, o la tolerancia al esfuerzo físico necesaria para autopropulsar la silla.

Este grupo de sillas permiten el posicionamiento sentado para afectaciones del control postural moderadas o leves, a través de sistemas de basculación y algunos accesorios opcionales (apoyos cefálicos, arnés de tronco, cinturones de 3 puntos, taco abductor...)



RODEO

de Convoid

(Talla 10 y 12)

(Para más talla Código

SRM 050C).

BASCULACIÓN

AJUSTABLE (5 a 45°);

RECLINABLE;

PLEGADO LIBRO

Peso máx.

30-34Kg

Soporte cefálico
opcional.

Además, dispone
de extensor de
respaldo para la
cabeza.

Admite la
instalación de
reposacabezas
especiales

Tiene accesorios opcionales
como laterales de tronco,
cinturón de 3 puntos, arnés,
cinchas de tobillo, cinchas
abductoras/adductoras, etc.
No ofrece taco abductor.

Es compatible con sistemas de
control postural modular
(Jay, Spex, etc).



EZ RIDER PLANAR

de Convoid

(Disponible en 4 tallas)

INCLINACIÓN FIJA 10°;

PLEGADO PARAGUAS

Peso máx.

100Kg

Dispone de
extensor de
respaldo para la
cabeza

No compatible con sistemas de
control postural modulares,
laterales de tronco, etc.

Sí se puede adaptar corsé de
asiento o cojín, cinchas de pelvis...



CRUISER

de Convoid

(Disponible en 4 tallas)

BASCULACIÓN FIJA 30°;

PLEGADO PARAGUAS

Peso desde

30Kg a 114Kg
máximo

Soporte
cefálico
opcional

No dispone
de soportes
laterales
opcionales.

Arnés de
tronco en H

Cincha de
posicionamiento
de 3 puntos con
correa en la
entrepierna de
profundidad
ajustable

Son sillas ligeras, fáciles de transportar y guardar.

Ruedas para desplazamientos por ciudad.

Pueden utilizarse con corsé de asiento



CLIP 1, 2, 3 y CLIP 4 de Ormesa

(Disponible en 4 tallas)
RECLINABLE; respaldo con cremallera;
PLEGADO PARAGUAS

Peso máx.
CLIP 1, 2, 3:
30-35-40Kg
CLIP 4:
hasta 76Kg

Cabezal ajustable

Opcional: Chaleco 5 puntos y Soporte lateral blando, no posicionador

Opcional: cinturón abdominal, cinturón pélvico a 45°, cintas inguinales, arnés a cinco puntos



Mod. DURO (Talla 1 y 2)
Mod. DURO CROSS (Talla 1 y 2)

Se puede ajustar el ángulo del asiento

Peso para tallas 1 y 2 de Duro y DuroCross: 75Kg más

Opcional: soportes de cabeza delgados o soporte de cabeza Hoggi

Opcional: soportes de tronco ajustables Hoggi

Opcional: taco abductor y cinturón de cinco puntos

SRM 020C

Plegable o rígida, **BASCULANTE**, para alteraciones neurológicas graves.

Cochecitos para niños/as que necesitan ser transportados porque no disponen de las habilidades cognitivas y/o de las capacidades motoras de MMSS, y/o resistencia a la fatiga, necesarias para autopropulsarse y, además requieren de sistemas de control para una sedestación alineada y estable importantes.

Para desplazamientos por ciudad.



TOM 5 CLIPER de Rehagirona
(Talla Mini, STD y Maxi)
BASCULANTE Y RECLINABLE

Peso máx. según tallas.
Mini y STD: 40Kg
Maxi: 50Kg

Opcional:
Soportes cabeza y nuca, reposacabezas

Opcional:
soportes laterales de tronco, y soporte lumbar Tom5, peto o chaleco Pivotfit o Stayflex Bodypoint

Opcional:
Separador y taco abductor Tom5, cinturón pélvico 2 y 4 puntos Bodypoint, y arnés de piernas Bodypoint



TOM 4 LITE de Rehagirona
(Talla Mini, STD, Maxi y SuperMaxi)
PLEGABLE, BASCULANTE Y RECLINABLE.

Peso máx. según tallas.
Mini y STD: 35kg.
Maxi: 50 kg
SuperMaxi: 75kg

Opcional:
Soportes para la cabeza, reposacabezas en forma de U

Opcional:
peto fijación RehaTom 4 Lite, soportes laterales y soportes laterales de tronco

Opcional:
cinturón pélvico 4 y de 5 puntos Reha Tom 4 Lite, taco abductor



BINGO EVOLUTION
(Talla 1, 2, 2XL)
BINGO CROSS de Rehagirona
(Talla 1, 2, 2XL)
Cochecito,
BASCULANTE 45° y RECLINABLE

Peso máx. para todas las tallas y modelos: 45kg

Opcional:
Soportes de cabeza Hoggi y soportes de cabeza delgados Hoggi

Opcional:
soportes de tronco ajustables Hoggi.
Almohadilla de soporte lumbar

Opcional:
Soportes pélvicos ajustables Hoggi y taco abductor Hoggi



KIMBA NEO
de OttoBock
Cohecito,
BASCULANTE y
RECLINABLE

Peso máx.
40kg

Reposacabezas
integrado o
independiente.
Opcional:
soporte para
nuca.
Placas
protectoras
para la cabeza

Opcional:
placas laterales
de tronco,
arnés para
pecho y
hombros y
chaleco de
fijación

Cinturón pélvico
almohadillado.
Opcional: Taco
abductor y
placas laterales
de caderas.
Cinturón de
cuatro y cinco
puntos, cinchas
separadoras de
piernas



NEW BUG
de Ormesa
(Dos tallas)
Cohecito,
BASCULANTE y
RECLINABLE

Peso máx.
Talla 1-2: 35kg;
Talla 3-4: 45kg.

Opcional:
cabezal
ajustable,
cabezal con
soportes
laterales

Opcional:
soportes de
tronco
regulables,
chaleco-arnés
cinco puntos,
chaleco cinco
puntos

Opcional:
cinturón
abdominal,
cinturón pélvico
a 45°, cintas
inguinales, taco
abductor

SRM 040 SILLA DE RUEDAS MANUAL, AUTOPROPULSABLE, INFANTIL

SRM 040E

Infantil, ruedas desmontaje rápido, material ligero.

Para niños/as y jóvenes que disponen de las capacidades cognitivas y visomotoras, motoras de MMSS, así como de la resistencia a la fatiga necesaria para autopropulsar manualmente la silla de ruedas.



ZIPPIE YOUNGSTER 3
de Sunrise Medical

Peso máx:
85kg



START M6 JUNIOR
de Otto-Bock

Peso máx:
90kg



ZIPPIE SIMBA
de Sunrise Medical

Peso máx:
65kg



ACTION 3 JUNIOR
de Invacare
Estándar y Evolutiva

Peso máx:
80kg

Para todas estas sillas, de forma opcional, se puede añadir:

respaldo ultraligero JAY ZIP

cojín antiescaras tipo JAY u otros



NO.
Para adaptar reposacabezas precisa un respaldo postural.

Respaldo Spex Mantaray

cojín de posicionamiento pelvis tipo SPEX u otros



Opcionalmente se puede adaptar reposacabezas

SRM 050 CHASIS/SILLAS PARA ALTERACIONES NEUROLÓGICAS GRAVES

SRM 050B

Autopropulsada manual, con ruedas grandes.

Para jóvenes que cuentan con las habilidades cognitivas, visomotoras y motoras de MMSS, así como la resistencia a la fatiga necesaria para autopropulsarse, y que presentan dificultades importantes en el control de la postura sentado, por lo que requieren un importante sistema de sedestación y/o diferentes grados de basculación del chasis, y/o reposacabezas para soporte cefálico.



SWINGBO VTI y VTI XL de Rehagirona

Chasis **BASCULABLE** de 5 a 45°

El asiento modular se debe elegir: panel y cojín para asiento y respaldo, tubos, reposapiés... y añadir los códigos correspondientes a "accesorios de sillas de ruedas"

VTI (seis tallas)
Peso máx. 60kg

VTI XL (tres tallas)
Peso máx. 75kg

Opcional: **Reposacabezas Swingo VTI:** estándar (dos tallas); y occipital (obligatorio pedir anclaje universal)



Opcional: **Soportes de tronco Swingo VTI**



Soportes de pecho y tronco (en tres tallas, solo con panel de respaldo ajustable en ángulo y altura HO-3245-29SW)



Opcional: **Soportes de cadera Swingo VTI** (reducen el asiento 4cm)



Taco abductor Swingo VTI





FREDDY
de Rehagirona

Chasis BASCULABLE
pistón de gas.

No incluye respaldo
ni asiento.

Hay que elegir un
sistema de
sedestación modular
o también a medida.

Talla 0 y 1
Peso máx: 90kg

Talla 2 y 3
Peso máx: 120kg

Opcional:
accesorio para
soporte cefálico
como
reposacabezas

Necesita
respaldo
modular +
accesorios
control de
tronco (apoyos
laterales,
chalecos de
fijación...

Necesita
asiento modular
+ accesorios
control pelvis
(cinturón cinco
puntos, arnés
pélvico, taco
abductor, guía
de piernas...)



SHERPA
de Rehagirona

Chasis
BASCULABLE.

Hay que elegir un
sistema de
sedestación
modular o
también a medida.

Peso máx. 134kg
para cualquier
ancho de asiento.

Diferentes
anchos de
asiento
(36,40,44,48cm).

El chasis tiene =
ancho que el
asiento.

Opcional
cualquier
accesorio para
soporte
cefálico

Opcional
accesorios para
posicionamient
o de tronco:
apoyos lat. de
tronco, chalecos
de fijación...

Necesita: asiento
antiescaras o
asiento modular
+ accesorios
control pelvis
(cinturón cinco
puntos, arnés
pélvico, taco
abductor, guía de
piernas...)

SRM 050C

Silla basculante manual no autopropulsada, con ruedas pequeñas.

Para jóvenes que NO cuentan con las habilidades cognitivas, visomotoras y/o motoras de MMSS, o con la resistencia a la fatiga necesaria para autopropulsarse. Son niños o jóvenes que presentan dificultades importantes en el control de la postura sentado por lo que requieren cierto grado de basculación y/o un sistema de sedestación adaptado + accesorios añadidos al chasis.



QUICKIE IRIS
BASCULANTE
(hasta 60°)

ADULTO
Peso máx 113kg,
hasta 158kg
(versión XL)

Opcional
cualquier
accesorio
para soporte
cefálico

Necesita respaldo modular + accesorios control de tronco (apoyos laterales, chalecos de fijación...) También para asientos esponjosos a medida.

Necesita asiento modular + accesorios control pelvis (cinturón cinco puntos, arnés pélvico, taco abductor, guía de piernas...)



CHASIS DISCOVERY
de Ottobock
BASCULANTE Y
RECLINABLE

Peso máx.
110kg

Opcional
cualquier
accesorio
para soporte
cefálico

Necesita respaldo modular + accesorios control de tronco (apoyos laterales, chalecos de fijación...) También para asientos esponjosos a medida.

Necesita asiento modular + accesorios control pelvis (cinturón cinco puntos, arnés pélvico, taco abductor, guía de piernas...)



CONVAID SAFARI
de Ortoprono
Plegado paraguas y
BASCULANTE (5° a 45°)
Es una silla pensada para el transporte, menor posicionamiento.

Peso de 34
a 114 kg
(según
tallas)

No admite reposacabezas especiales, salvo que se adapte un respaldo modular

Arnés y chaleco opcional. Puede usarse con corsé de asiento. Menos compatible con respaldos modulares.

Opcional: Cinturón de 3 puntos, cinchas de aducción /abducción, cinchas de tobillo, etc.



CONVAID RODEO

de Ortoprono

(Tallas 14 y 16)
Ligera, plegable,
RECLINABLE y
BASCULANTE
(5° a 45°)

Peso hasta
114 kg
(según tallas)

Soporte cefálico
opcional

Además dispone de
extensor de respaldo
para la cabeza

Admite instalación
de reposacabezas
especiales

Tiene accesorios opcionales como
laterales de tronco, cinturón de 3
puntos, arnés, cinchas de tobillo,
cinchas abductoras/adductoras,
etc.

No ofrece taco abductor.

Es compatible con sistemas de
control postural modular
(Jay, Spex, etc).



ZIPPIE TS

de Sunrise Medical

Plegable o fija.
BASCULANTE
(hasta 45°)

Peso máx.
68kg

Opcional
soporte
cefálico

Necesita respaldo
modular + accesorios
control de tronco
(apoyos laterales,
chalecos de
fijación...)

Necesita, asiento
antiescaras o
modular + accesorios
control pelvis
(cinturón cinco
puntos, arnés
pélvico, taco
abductor, guía de
piernas...)



FOCUS CR

de Rehagirona

BASCULANTE
de 5 a 50°
RECLINACIÓN
opcional

Peso máx.
136kg

Opcional
soporte
cefálico

Necesita respaldo
modular + accesorios
control de tronco
(apoyos laterales,
chalecos de fijación...)

También con asientos
esponjosos a medida

SILLAS DE RUEDAS ELÉCTRICAS

SRE 000 SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA

SRE 000A

SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA ESTÁNDAR

Para jóvenes que cuentan con las habilidades cognitivas, visomotoras y motoras de MMSS suficientes como para autopropulsarse a través de un mando eléctrico o electrónico; pero no cuentan con la fuerza muscular y/o el control motor o la resistencia a la fatiga necesaria para autopropulsarse manualmente.



QUICKIE Q100R
de Sunrise Medical
Ancho del asiento
de 42 a 54 cm

Opcional
soporte
cefálico

Opcional respaldo modular + accesorios para posicionamiento de tronco (apoyos laterales de tronco, chalecos de fijación...)

Opcional:
asiento antiescaras o
asiento modular +
accesorios control
pelvis (cinturón cinco
puntos, arnés pélvico,
taco abductor, guía de
piernas...)



A200
de Otto-Bock
Ancho total
58cm
(interiores)

Opcional: asiento Contour + accesorios como chaleco de fijación, arnés pélvico, cinturón de cuatro o cinco puntos...



Son jóvenes que presentan dificultades leves o moderadas en el control de la postura sentado por lo que NO requieren basculación, aunque, opcionalmente se puede adaptar un sistema de sedestación modular + accesorios.

Son sillas sencillas de desmontar y plegar para ser transportadas.



QUICKIE RUMBA
de Sunrise Medical

RECLINABLE
De estructura estrecha de 58cm a 64 cm con anchura máx. de asiento

Peso máx.
125kg

Opcional soporte cefálico

Opcional respaldo modular + accesorios para posicionamiento de tronco (apoyos laterales de tronco, chalecos de fijación...)

Opcional: asiento antiescaras o asiento modular + accesorios control pelvis (cinturón cinco puntos, arnés pélvico, taco abductor, guía de piernas...)



PHOENIX II
de Teyder
Eléctrica, plegable y ligera

Peso máx.
114kg

No

No

No

SRE 000B

SILLA MOTOR
INFANTIL



SPARKY
RECLINACIÓN
manual.
BASCULACIÓN
opcional.

Peso máx.
57kg
Ancho máx.
asiento 35cm

Reposacabezas
Sí

Compatible con
sistema modular o
corsé de asiento a
medida

SRE 000C

SILLA DE RUEDAS
ELÉCTRICA PARA
USUARIOS DE MÁS DE
130KG



SILLA Q400
de Sunrise
Medical

Compatible con
sistema modular o
corsé de asiento a
medida

SRE 000D

SILLA DE RUEDAS
ELÉCTRICA CON
BASCULACIÓN
MANUAL



SILLA Q200
de Sunrise
Medical

Compatible con
sistema modular o
corsé de asiento a
medida

SRE 000E

SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA INFANTIL CON BASCULACIÓN MANUAL



AVIVA RX20E
de Invacare
BASCULACIÓN manual 15°. Ancho total 56cm

Opcional diferentes reposacabezas

Opcional respaldo modular + accesorios para posicionamiento de tronco (apoyos laterales de tronco, chalecos de fijación...)

Opcional: asiento antiescaras o asiento modular + accesorios control pelvis (cinturón cinco puntos, arnés pélvico, taco abductor, guía de piernas...)

SRE 000G

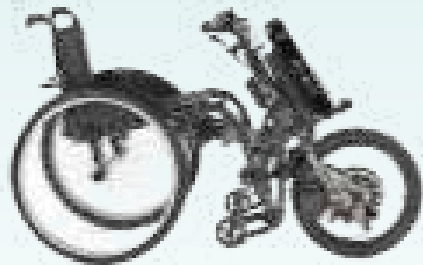
SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA CON BASCULACIÓN ELECTRÓNICA INFANTIL



AVIVA RX20G
de Invacare
BASCULACIÓN manual 15°. Ancho total 56cm

SRE 000C-800

DISPOSITIVOS QUE ACOPLADOS A LA SILLA MANUAL, TRANSFORMAN SU TRACCIÓN EN ELÉCTRICA



HAND BIKES

SRE 000F

SILLA DE RUEDAS ELÉCTRICA CON BASCULACIÓN ELECTRÓNICA

Para niños y jóvenes que cuentan con las habilidades cognitivas, visomotoras y motoras de MMSS suficientes como para autopropulsarse a través de un mando eléctrico o electrónico; pero no cuentan con la fuerza muscular y/o el control motor o la resistencia a la fatiga necesaria para autopropulsarse manualmente.

Son niños o jóvenes que presentan dificultades importantes en el control de la postura sentado por lo que requieren cierto grado de basculación y/o un sistema de sedestación adaptado + accesorios añadidos al chasis.

En general, son sillas pesadas que van a requerir un vehículo adaptado para transportarlas, aunque, ocasionalmente pueden desmontarse y plegarse.



ZIPPIE SALSAL M2 MINI de Sunrise Medical

(tracción central)
Ancho total 52cm
BASCULANTE (hasta 30°); y RECLINABLE

Peso máx.
75kg



ZIPPIE SALSAL M2 de Sunrise Medical

(tracción central)
Ancho total 62cm
BASCULANTE (hasta 30°); y RECLINABLE

Peso máx.
75kg



ZIPPIE SALSAL R2 de Sunrise Medical

(tracción trasera)
Ancho total 60-62cm (según ruedas)
BASCULANTE (hasta 30°); y RECLINABLE

Peso máx.
75kg

Opcional diferentes reposacabezas **WHITMYER de Sunrise medical** y brazos de montaje, así como soportes latero-faciales y anteriores



Opcional respaldo modular + accesorios para posicionamiento de tronco (apoyos laterales de tronco, chalecos de fijación...)

Opcional: asiento antiescaras o asiento modular + accesorios control pelvis (cinturón cinco puntos, arnés pélvico, taco abductor, guía de piernas...)

SILLAS DE RUEDAS DEPORTIVAS

SILLA DE RUEDAS **SIN CÓDIGO** (NO ENTRAN EN EL CATÁLOGO DE PRESTACIONES)

Cochecito deportivo para la práctica deportiva del paseante.

No permite control en el posicionamiento de tronco y pelvis del niño.



XROVER
de Rehagirona
(talla S, M y L)

Peso y altura
máx. por talla:
S: 44 kg, 120cm
M: 80 kg, 150cm.
L: 120 kg, 185cm

Opcional:
reposacabezas
xRover

Opcional:
Reductor de asiento
xRover

Cochecito deportivo para la práctica deportiva del paseante.

No permite control en el posicionamiento de tronco y pelvis del niño.



QUICKIE ALL COURT
de Sunrise Medical

Peso máx.
113kg

Reposacabezas:
No

Posicionamiento de
tronco y pelvis:
No

ACCESORIOS PARA SILLAS DE RUEDAS

Código

Descripción

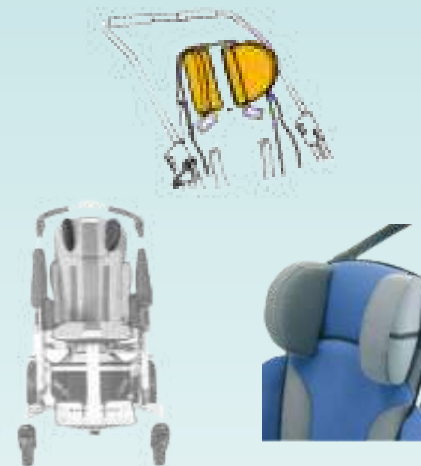
Imagen

Modelo

SRA 000 APOYO POSTURAL PARA SILLAS DE RUEDAS, INCLUIDOS TACOS Y CORREAS

SRA 000A

Apoyos laterales para la cabeza (par)



SRA 000B

Apoyos laterales para el tronco fijos (par)



SRA 000C

Apoyos laterales para el tronco abatibles (par)

SRA 000D

Cuña niveladora de pelvis (unidad)

SRA 000E

Taco abductor (unidad)



SRA 000F

Cincha para la cabeza

SRA 000G

Chaleco de fijación



SRA 000H

Arnés de hombros



SRA 000I

Cinturón de 4 puntos



SRA 000J

Cinturón o arnés pélvico



SRA 000K

Cinchas de tobillo

Cinchas de velcro básicas

SRA 010 REPOSACABEZAS

SRA 010A

Reposacabezas fijo

SRA 010B

Reposacabezas con apoyo occipital o total, fijo u orientable

SRA 010C

Reposacabezas con apoyo occipital o total, fijo u orientable, con brazo de una articulación ajustable en altura y profundidad

SRA 010D

Reposacabezas con apoyo occipital o total, fijo u orientable, con brazo acodado de dos articulaciones, ajustable en altura y profundidad

SRC 000 REPOSABRAZOS ESPECIAL

SRC 000A

Reposabrazos de cazoleta

SRC 000B

Reposabrazos envolvente con soporte palmar

SRC 000C

Reposabrazos regulable en altura

SRC 010 REPOSAPIES ESPECIAL

SRC 010A

Reposapiés único

SRC 010B

Reposapiés con cazoleta (par)

SRC 010C

Reposapiés con elevación manual (par)

SRC 010D

Reposapiés con elevación eléctrica (par)

SRC 020 ASIENTO-RESPALDO POSTURAL CON CARCASA, A MEDIDA

SRC 020A

Asiento-respaldo postural,
previo molde



SRC 020A - 247

Lecho de control postural a
medida, fabricado en esponja para
pacientes con deformidades
graves y/o gran necesidad de
control postural.



SRC 020B

Asiento postural, previo molde

SRC 020C

Respaldo postural, previo molde

SRC 030 ASIENTO-RESPALDO POSTURAL MODULAR

SRC 030A

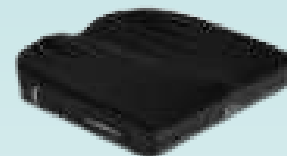
Plataforma rígida ajustable para
asiento postural modular



Base sólida para
asiento JAY

SRC 030B

Asiento postural modular



Cojines AXION
de Rehagirona

SRC 030C

Respaldo postural modular



**Cojines SPEX Flex, Vigour, Standard
Contour o Super High Contour**
de Rehagirona



Cojines JAY 2, 3, GS y FIT
de Sunrise Medical



SRA 030 OTROS ACCESORIOS

SRA 030F

Subebordillos para sillas de ruedas eléctricas

SRA 030G

Rueda antivuelco para silla de ruedas manual

SRA 030H

Alargador de freno

SRA 030I

Base rígida para silla de ruedas

SAB 000A

Bandeja desmontable especial

SAT 000

Baterías para silla de ruedas

SILLAS DE INTERIOR Y OTROS SISTEMAS DE SEDESTACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

Imagen

Modelo

Descripción

Edad, peso,
talla

Soporte
cefálico

Posicionamiento
tronco

Posicionamiento
pelvis

SILLA PARA SEDESTACIÓN EN SUELO



**CORNER-SET
de JENX
(Rehagirona)**

Talla 1, 2, 3

Asiento de esquina para sedestación funcional y activa en el suelo. Favorece el juego y la participación en actividades del hogar y de la escuela como la asamblea durante las clases de infantil

De los 6 meses a 10 años aprox.

Peso máx.
25-35-55 kg
según talla

CHASIS DE INTERIOR PARA ADAPTAR COCHECITOS DE PASEO



TOM 4

SILLAS DE INTERIOR CON BASCULACIÓN PARA ALTERACIONES GRAVES DEL CONTROL POSTURAL SENTADO



**ATOM
de JENX
(Rehagirona)**

Silla de interior con
BASCULACIÓN ANTERIOR
Y POSTERIOR.

Permite una sedestación funcional y activa en niños pequeños con graves déficits de control postural durante la sedestación. Favorece la participación en actividades tanto en el entorno del hogar como de la escuela

De 6 meses
a 5 años

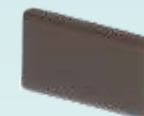
Peso máx.
25kg

**Reposacabezas
articulado
ATOM**

Opcional:
**Soportes
torácicos Jenx**



**Soporte
lumbar**



Chaleco Jenx



**Soportes de
hombro Jenx**



Opcional:
**Taco
abductor Jenx**



**Guía de
posicionamiento
de piernas**





**JUNIOR +
de JENX
(Rehagirona)**

Permite una sedestación funcional y activa en niños pequeños y hasta aproximadamente 12 años, con graves problemas de control postural sentado. Favorece la participación en actividades tanto en el entorno del hogar como de la escuela

De 18 meses a 12 años
Peso máx. 50 kg

Opcional
reposacabezas:
**OVAL Junior
Multiseat**



**Multiajustable
Junior**



Opcional:
**Soportes
torácicos Junior +**



**PivotFit
BodyPoint**



**Soportes de
hombro Jenx**



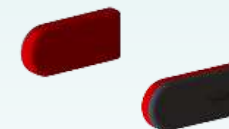
Opcional:
**Taco
abductor Jenx**



**Soportes
laterales de
piernas**



**Almohadilla
reducción ancho
de cadera**





ACTIVITY CHAIR (Rehagirona)

Dos modelos (base estándar y base HI-LO) y tres tallas (pequeña, mediana y grande)

Permite una sedestación funcional y activa en niños y jóvenes con graves alteraciones en el control postural sentado.

RESPALDO AJUSTABLE Y DINÁMICO (10° de movimiento).

Favorece la participación en actividades tanto en el entorno del hogar como de la escuela

Peso máx. de 34 a 113 kg (según talla)

Opcional diferentes reposacabezas:
Curvo Activity Chair



Plano Activity Chair



Con alas ajustables



Opcional:
Soportes laterales de tronco Activity Chair



Cincha de pecho Activity Chair



Arnés Mariposa Activity Chair



Cinturón de Pecho Activity Chair



Opcional:
Arnés de piernas Activity Chair



Controles de cadera Activity Chair



Taco Abductor Activity Chair



Par de aductores Activity Chair



Soporte de piernas Activity Chair



SILLAS DE INTERIOR, NO BASCULABLES, CON ACCESORIOS PARA POSICIONAMIENTO



**SILLA
de
SCHUCHMANN
(Rehagirona)**

Talla 1,2,3 y versión
NURSERY para
mesas muy bajas
como guarderías

Permite una sedestación
activa y funcional a niños
con afectación en el
control de la postura
sentado leves o
moderadas.

Favorece la participación
en actividades tanto en el
entorno del hogar como
de la escuela

Peso máx.
30-45-60 kg
según talla

Opcional:
**Reposacabezas
Smilla**



Opcional:
**Soportes de
tronco Smilla**



Opcional: **Soportes
de cadera Smilla**



**Taco abductor
Smilla**



**KIDOO
de ACCES MED
(Rehagirona)**

Talla 1, 2, 3, 4

Permite una sedestación
activa y funcional a niños
con afectación en el
control de la postura
sentado leves o
moderadas.

Favorece la participación
en actividades tanto en el
entorno del hogar como
de la escuela

Peso máx.
20-30-40-44 kg
según talla

Opcional:
**Reposcabezas
ajustable
Hexagon pro de
Acces Med**



Opcional:
**Soportes de tronco
Kidoo y Peto de
fijación 4 puntos de
Acces Med**



Opcional: **Pads
estrechadores de
asiento Kidoo**



**Separador de
rodillas Kidoo**



Taco abductor Kidoo





**JORDI
de ACCES MED
(Rehagirona)**

Talla 1, 2, 3 y 4

Permite una sedestación activa y funcional a niños con afectación en el control de la postura sentado leves o moderadas.

Favorece la participación en actividades tanto en el entorno del hogar como de la escuela

Peso máx. 50, 65, 80 y 120 kg según talla

Opcional:
Reposcabeceras ajustable Hexagon pro de Acces Med



Opcional:
Soportes de tronco Jordi



Peto de fijación de 4 puntos de Acces Med



Opcional: **Soportes de cadera Jordi**



Taco abductor Jordi



Separador de rodillas Jordi



ASIENTO PARA EL COCHE

**KIDSFLEX
de HERNIK
(Rehagirona)**

Talla 1, 2, y 2XL

Permite posicionamiento sentado en los desplazamientos en coche, para niños y jóvenes con alteraciones en el control de la postura sentado

Peso máx. 22-36-75 kg según tallas

Opcional:
Soporte de cabeza Kidflex



Opcional:
Soportes de tronco Kidflex



Soportes de hombro Kidflex



Opcional: **Soporte de pierna Kidflex**



Base ajustable en basculación Kidflex





SILLA DE DUCHA

WAVE de RIFTON

Talla pequeña, mediana y grande (opción con y sin reposapiés).
Respaldo RECLINABLE

Permite el posicionamiento sentado para baño en niños y jóvenes con afectación del control postural moderada y grave.

Este sistema de sedestación facilita la participación del niño durante el baño.

Opcional:
Reposacabezas Wave



Opcional:
Cinturón de tronco estándar o con fijaciones laterales Wave



Opcional:
Cinturón de piernas Wave



SISTEMA PARA HIGIENE

HTS de RIFTON

Talla pequeña, mediana y grande. Diferentes bases: móvil, fija e Hi-Lo (regula la altura)

Permite el posicionamiento sentado para baño e inodoro, en niños y jóvenes con afectación del control postural moderado y grave.

Peso máx. 34-68-113 kg según talla

Opcional:
Reposacabezas HTS



Opcional:
Arnés Mariposa HTS



Soportes laterales tronco HTS



Opcional:
Controles de cadera HTS



Taco abductor HTS





SILLA DE DUCHA

Silla de ducha sin reposabrazos (Sunrise Medical)

Para jóvenes con afectación leve del control postural sentado



SISTEMA PARA HIGIENE

Asiento inodoro infantil

Tres modelos según el soporte de tronco que necesite

Permite el posicionamiento sentado en el WC para niños con alteraciones del control postural moderadas o leves

