



**CESFAM  
NUEVA IMPERIAL**

Código	CNIAPK 1.2
Versión	1
Fecha	junio 2021
Vigencia	junio 2026
Páginas	1 de 8

# PROTOCOLO: PREPARACIÓN DEL PACIENTE PREVIA EJECUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA

<p><b>Elaborado por:</b></p> <p><i>[Signature]</i> Klga. Carolina Alarcón Schneider Sala IRA</p> <p><i>[Signature]</i> Klgo. Gustavo Inostroza Aravena Encargado Sala IRA/ ERA</p>	<p><b>Revisado por:</b></p> <p><i>[Signature]</i> Nut. Teobaldo Figueroa Leal <i>[Signature]</i> E.U. Magdalena Marilaf Caro</p> <p>Unidad de Calidad</p>	<p><b>Aprobado por:</b></p> <p><i>[Signature]</i> Bernarda Neira Bastías</p> <p><i>[Stamp]</i> Directora CESFAM Nueva Imperial</p>
Fecha: mayo 2021	Fecha: junio 2021	Fecha: junio 2021





## CESFAM NUEVA IMPERIAL

Código	CNIAPK 1.2
Versión	1
Fecha	junio 2021
Vigencia	junio 2026
Páginas	2 de 8

### 1.- INTRODUCCIÓN.

Atendiendo a la necesidad de generar mayores estándares de calidad en la atención de los usuarios que acceden a la sala IRA y ERA del CESFAM de Nueva Imperial, se hace fundamental generar pautas y guías de procedimientos kinésicos que permitan realizar intervenciones adecuadas que resguarden la seguridad de la atención en la aplicación de kinesiología respiratoria.

### 2.- OBJETIVOS.

- Establecer y estandarizar los requisitos de la preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de kinesiología respiratoria.
- Prevenir eventos adversos asociados a la atención kinésica.

### 3.- ALCANCE.

#### Ámbito de Aplicación:

Kinesiólogos con funciones en unidad de Sala IRA y ERA.

#### Población de Aplicación:

Todo paciente con indicación médica de kinesiología respiratoria desde CESFAM Nueva Imperial, Hospital u otro centro de salud o consulta particular (dentro de 48 horas hábiles a partir de la indicación de KTR.)

### 4.- RESPONSABLES.

**Director:** Aprobar y velar por el cumplimiento del presente protocolo.

**Jefe de servicios clínicos:** Velar por el cumplimiento del presente protocolo y coordinar las unidades a su cargo de manera de asegurar una atención segura y de calidad.

**Encargado de calidad:** Supervisar el cumplimiento del presente protocolo.

**Kinesiólogos:** Dar cumplimiento al presente protocolo y realizar las actualizaciones cuando corresponda.

### 5.- DEFINICIONES.

- **Kinesiología respiratoria (KTR):** Serie de procedimientos utilizados como apoyo y complemento en el tratamiento de patologías respiratorias y en todas aquellas condiciones en que esté afectada la función pulmonar tanto en niños como en adultos.
- **Sala IRA:** Espacio físico, acondicionado para brindar servicios relacionados con programa de infecciones respiratorias agudas en personas menores o iguales a 19 años.
- **Sala ERA:** Espacio físico, acondicionado para brindar servicios relacionados con programa de enfermedades respiratorias en personas mayores de 19 años.
- **Contraindicación para la KTR:** Factor que involucra un riesgo para el paciente al realizar una Kinesiología Respiratoria.
- **Saturación de oxígeno (Sat O<sub>2</sub>):** Es la medida de la cantidad de oxígeno disponible en la sangre. Se considera que el porcentaje adecuado y saludable de oxígeno en sangre es de entre el 95% y el 100%



**CESFAM  
NUEVA IMPERIAL**

Código	CNIAPK 1.2
Versión	1
Fecha	junio 2021
Vigencia	junio 2026
Páginas	3 de 8

- **Temperatura (T°):** Magnitud física que refleja la cantidad de calor que posea un cuerpo, un objeto o el ambiente.
- **Fiebre:** Aumento temporal en la temperatura del cuerpo en respuesta a alguna noxa. Se considera fiebre el aumento de temperatura corporal por sobre los 38,5°C.
- **Presión arterial (PA):** Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias al ser bombeada por el corazón.
- **Frecuencia cardiaca (FC):** Es el número de veces que se contrae el corazón durante un minuto (latidos por minuto).
- **Frecuencia respiratoria (FR):** Es el número de respiraciones que efectúa un ser vivo en un lapso específico (suele expresarse en respiraciones por minuto)
- **Disnea:** Sensación subjetiva de dificultad respiratoria que suele traducirse en falta de aire.

#### **6.- ACTIVIDADES A REALIZAR.**

##### **a) Indicación de kinesiterapia respiratoria:**

Los procedimientos de kinesiterapia respiratoria se realizan previa indicación médica según corresponda cada caso:

- Hoja de derivación interna CESFAM. Ver Anexo 1.
- Interconsulta, epicrisis, formulario de atención de urgencia: Si es derivado por médico de Hospital. Ver Anexo 2.
- Hoja de indicación de KTR: En caso de ser derivado por médico del sector privado.
- Carné de control: A pacientes bajo control en sala ERA.

##### **b) Preparación del paciente previa ejecución de procedimientos de KTR:**

El kinesiólogo accede a ficha clínica, evalúa las condiciones generales del paciente y descarta presencia de contraindicaciones para KTR registrando en ficha clínica.

- Anamnesis
- Auscultación
- Saturación de Oxígeno (Sat. O<sub>2</sub>)
- Temperatura (T°)
- Frecuencia cardiaca (FC)
- Frecuencia respiratoria (FR)
- Presión arterial (PA) (en sala ERA).

Aplica pauta de cotejo de medidas de preparación de pacientes para KTR y registra en ficha clínica. Ver Anexo 3 y 4

##### **En sala IRA:**

- Indicación médica.
- FC < 180 lpm
- Cese de alimento 90 min previo a KTR
- T° corporal < 38.5°C.
- Sat O<sub>2</sub> > a 90%



**CESFAM  
NUEVA IMPERIAL**

Código	CNIAPK 1.2
Versión	1
Fecha	junio 2021
Vigencia	junio 2026
Páginas	4 de 8

**En sala ERA:**

- Indicación médica o paciente en control.
- FC < 120 lpm
- PA < 180/110 mmHg
- T° corporal < 38.5°C.
- Sat O2 > a 90%

- Si existe alguna contraindicación para kinesioterapia respiratoria suspende la KTR.
- Realiza registro de la atención del paciente en ficha clínica y en caso de no poder realizar las técnicas kinésicas se registrará el motivo de la suspensión de la KTR.

**c) Contraindicaciones de KTR**

- Traumatismo Torácico
- Hemoptisis
- Paciente hemodinámicamente inestable:  
Presión arterial alta en adulto (sistólica > 180 mmHg; diastólica >110 mmHg) (en sala ERA)  
Saturación < a 90% en niños y adultos.  
Frecuencia cardiaca en reposo: adulto > 120 lpm y en niños > 180 lpm.
- Usuario que al momento de realizar el procedimiento se encuentre con temperatura corporal sobre 38,5°C.
- Ingesta de alimentos menor a 90 minutos previo a KTR, a través de entrevista a la madre y/o cuidador/a (en sala IRA)

**7.- EVALUACIÓN.**

Se describe en documento Metodología: “Evaluación de preparación del paciente previa ejecución de procedimientos de kinesioterapia respiratoria”.

**8.- DISTRIBUCIÓN.**

- Dirección CESFAM.
- Sala de Rehabilitación integral.
- Salas IRA y ERA.
- Unidad de calidad.

**9.- REGISTRO DE CAMBIOS.**

Versión que se modifica	Fecha del cambio	Descripción de modificación	Responsable del cambio	Publicado en

	<b>CESFAM NUEVA IMPERIAL</b>	Código	CNIAPK 1.2
		Versión	1
		Fecha	junio 2021
		Vigencia	junio 2026
		Páginas	5 de 8

### 10.- REFERENCIAS.

- Protocolo preparación de pacientes, previa ejecución de kinesiterapia respiratoria Hospital de Linares, versión 3.0 año 2014.
- Protocolo de preparación del paciente, previa ejecución de procedimientos de kinesiterapia respiratoria, Hospital San Juan de Dios, Cauquenes año 2012.
- Procedimiento de preparación del paciente previo a la ejecución de kinesiterapia respiratoria, Hospital Intercultural Nueva Imperial, primera versión, año 2017.

### 11.- AUTORES.

- Carolina Alarcón Schneider, Kinesióloga sala IRA.
- Gustavo Inostroza Aravena, Kinesiólogo encargado de sala IRA/ERA.

### 12.- ANEXOS.

## ANEXO 1



### HOJA DE DERIVACIÓN INTERNA



Nombre: \_\_\_\_\_ R.U.T.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

El paciente se deriva a control:

Médico	ENFERMERO (A)	Nutricionista	Asistente Social	FONOAUDIÓLOGO (A)
Matrón(a)	Dental	Podología	<b>SALA DE PROCEDIMIENTOS</b>	Terapeuta Ocupacional
PSICOLOGO (A)	Sala Estimulación	Vida Sana	Sala ERA	VACUNATORIO
Rehabilitación	Sala IRA	Paramédico Perfil Glicémico	<b>EMPA / EMPAM</b>	<b>FACILITADOR INTERCULTURAL</b>
Paramédico Pesquisa HTA	UNIDAD PERCÁPITA	OFICINA GES	Atención Domiciliaria	OIRS
Con prioridad de:				
24 hrs.	48 hrs.	Más de 48 hrs.	Con exámenes	

Imp. M. Pérez / Col.: 988016101

\_\_\_\_\_ FECHA

\_\_\_\_\_ FIRMA (TIMBRE)

	<b>CESFAM NUEVA IMPERIAL</b>	Código	CNIAPK 1.2
		Versión	1
		Fecha	junio 2021
		Vigencia	junio 2026
		Páginas	6 de 8

## ANEXO 2

SOLICITUD DE INTERCONSULTA		Nº 012051
FECHA SOLICITUD: <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO		HORA: <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos
<b>Para ser llenado por el paciente</b>		
1 - Servicio de Salud		2 - Establecimiento
3 - Especialidad o Servicio Clínico		
<b>DATOS DEL (DE LA) PACIENTE</b>		
5 - Nombre		4 - Historia Clínica <input type="text"/>
6 - R.U.T. <input type="text"/> - <input type="text"/>		7 - Si es recién nacido, R.U.T. de padre o madre beneficiario <input type="text"/> - <input type="text"/>
8 - Sexo (marcar con x) <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	9 - Fecha de Nacimiento <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO	10 - Edad <input type="text"/> Años <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Horas
11 - Domicilio <small>(calle, número, número interior, block, villa, localidad)</small>		
12 - Comuna de Residencia		14 - Teléfono <input type="text"/>
13 - Correo Electrónico		15 - Fax <input type="text"/>
16 - PREVISIÓN FONASA <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D		ISAPRE (especificar nombre) <input type="text"/>
		OTRA (especificar) <input type="text"/>
<b>DATOS CLÍNICOS PARA SER LLENADO POR EL (LA) PROFESIONAL SOLICITANTE</b>		
17 - Se deriva para ser atendido en: Establecimiento _____ Especialidad _____		
18 - Hipótesis diagnóstica _____		19 - ¿Sospecha problema de salud ALUGE? <input type="checkbox"/> SI (especificar?) <input type="checkbox"/> NO
20 - Fundamentos del diagnóstico _____		21 - Exámenes realizados _____
<b>DATOS DEL PROFESIONAL</b>		
22 - Nombre		
23 - R.U.T. <input type="text"/> - <input type="text"/>		24 - Profesión _____
25 - Teléfono <input type="text"/>		Firma Profesional _____
26 - Correo electrónico _____		
<b>COMPROBANTE SOLICITUD INTERCONSULTA Para ser llenado por el some</b>		
ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN _____		Nº 012051
FECHA RECEPCIÓN SOLICITUD <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO		HORA: <input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos
EL PACIENTE DEBE IR A ATENDERSE A (ESTABLECIMIENTO)		
EN LA FECHA Y HORA <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO		<input type="text"/> Hora <input type="text"/> Minutos



