

| Código | CNIAPK 1.3 |
|----------|------------|
| Versión | 1 |
| Fecha | junio 2021 |
| Vigencia | junio 2026 |
| Páginas | 1 de 10 |

PROTOCOLO: REHABILITACIÓN KINÉSICA EN CONDICIONES DE SEGURIDAD.

| Elaborado por: | Revisado por: | Aprobado por: |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Klgo. Julio Iturra Martínez | Nut. Teobaldo Figueroa Leal Lean Carol E.U. Magdalena Marilaf Caro | Bernarda Neira Bastías |
| Encargado Sala de Rehabilitación. | Unidad de Calidad | * Directora * CESFAM Nueva Imperial |
| Fecha: mayo 2021 | Fecha: junio 2021 DAD DE CALLO | Fecha: junio 2021 |



| Código | CNIAPK 1.3 |
|----------|------------|
| Versión | 1 |
| Fecha | junio 2021 |
| Vigencia | junio 2026 |
| Páginas | 2 de 10 |

1.- INTRODUCCIÓN.

El CESFAM Nueva Imperial en la búsqueda de la mejora continua de sus procesos asistenciales, provee servicios de apoyo que resguardan la seguridad de los pacientes, entre los que se cuenta la sala de rehabilitación kinésica, donde se efectúan diferentes procedimientos asociados a la fisioterapia y kinesioterapia que deben ser desarrollados bajo condiciones de seguridad a través de la aplicación de instrumentos que consideren las contraindicaciones y prevención de eventos adversos oportunamente.

2.- OBJETIVOS.

- Establecer las contraindicaciones para la ejecución de procedimientos específicos de rehabilitación kinésica.
- Prevenir eventos adversos asociados a la rehabilitación kinésica.

3.- ALCANCE.

Ámbito de aplicación: Kinesiólogos con funciones en la sala de Rehabilitación Integral.

Población de Aplicación: Todos los pacientes que ingresan a la Sala de Rehabilitación Integral del CESFAM de Nueva Imperial.

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.

- GES: Garantías Explícitas en Salud
- Técnicas kinésicas: Conjunto de procedimientos realizados por el profesional kinesiólogo.
- Cicloergómetro: Bicicleta estática.
- Fisioterapia: Prestación kinésica asociada a la utilización de equipos de la especialidad, por ejemplo: ultrasonido, TENS, TIF.
- TENS: del inglés: Transcutaneous electrical nerve stimulation que en español se traduce como Electroestimulación transcutánea de los nervios
- TIF: Terapia interferencial.



| Código | CNIAPK 1.3 |
|----------|------------|
| Versión | 1 |
| Fecha | junio 2021 |
| Vigencia | junio 2026 |
| Páginas | 3 de 10 |

6.- ACTIVIDADES A REALIZAR.

a) Indicación médica de rehabilitación kinésica.

El paciente es derivado por médico a través de los siguientes formularios:

- Hoja de derivación interna. CESFAM, Ver anexo 1.

- Interconsulta, Si es derivado por médico de Hospital. Ver Anexo 2.

- Orden de consulta privada, en caso de ser derivado por médico del sector privado.

Y debe contener la siguiente información:

- Identificación del paciente. Nombre y apellidos.
- RUN
- Edad
- Identificación del médico. Nombre, apellido y su firma.
- Fecha de solicitud (no mayor a 60 días)

b) Sesión de ingreso a la rehabilitación kinésica.

En la primera sesión:

- El kinesiólogo se identifica y explica el procedimiento a realizar al paciente y/o acompañante.
- 1.- Constata indicación médica de rehabilitación kinésica.
- 2.- Accede a ficha clínica del paciente.
- 3.- Evalúa condiciones generales del paciente:
 - Estado de conciencia.
 - Estado neurológico
 - Disposición a tratamiento. (cooperación del paciente)
- 4.- Evalúa presencia de contraindicaciones de rehabilitación kinésica aplicando pauta de cotejo de seguridad para la atención kinésica de acuerdo al procedimiento a realizar y registra en ficha clínica con respuesta cerrada: SI, NO, NA (No aplica).
 - Tiene alguna zona adormecida?
 - ¿Tiene alguna herida en la piel?
 - ¿Está embarazada?
 - ¿Usa marcapasos?
 - ¿Tiene o ha tenido cáncer?
 - ¿Tiene alguna placa o tornillo metálico?
 - ¿Tiene diagnóstico de diabetes?
 - ¿Tiene osteoporosis severa diagnosticada?
 - ¿Presenta alguna enfermedad cardiovascular? (infarto agudo al miocardio, hipertensión arterial, arritmia cardiaca o ex cardiaca)
 - ¿Usa tratamiento anticoagulante?
 - ¿Tiene diagnóstico de enfermedad respiratoria crónica?



| Código | CNIAPK 1.3 |
|----------|------------|
| Versión | 1 |
| Fecha | junio 2021 |
| Vigencia | junio 2026 |
| Páginas | 4 de 10 |

5.- Revisa condiciones del equipamiento:

- Equipos e instalaciones en óptimas condiciones (apariencia física del equipo, indemnidad de los cables, toma de energía eléctrica sin daño visible, soporte y/o mesas que sustentan equipamiento firmes y estables, elementos rodados en buen estado).
- 6.- Instruye al paciente en el procedimiento kinésico a realizar.
- 7.- Realiza lavado de manos clínico.
- 8.- Ejecuta procedimiento y supervisa permanentemente al paciente.
 - Posicionando y supervisando al paciente en camillas, colchonetas, escala de esquina, paralelas, cicloergómetro, elíptica, según corresponda.
- 9.- Realiza lavado de manos clínico.
- 10.- Entrega indicaciones y registra en ficha clínica: Procedimiento, tratamiento e indicaciones.

c) Consideraciones generales:

- En el caso de menores de 14 años se solicita la presencia de un adulto responsable para la atención.

d) Contraindicaciones, evento adverso potencial asociados a la Fisioterapia

| Contraindicaciones | -Tumores | |
|--------------------------|---------------------------------------|--|
| Contractiones | -Infecciones de la piel | |
| | -Tromboflebitis aguda | |
| | -Embarazo (zona lumbar) | |
| | -Laminectomía | |
| | -Zona ocular | |
| | -Sobre cartílago de crecimiento | |
| | -Implantes metálicos | |
| | -Fractura no consolidada | |
| | -Alteraciones vasculares y sensitivas | |
| Evento adverso potencial | Quemadura térmica | |

| TENS: Electroanalgesia transcu | tánea |
|--------------------------------|---|
| Contraindicaciones | -Lesiones de piel en zona a tratar -Aplicación en zona cardiaca y/o transcerebral -marcapasos es contraindicación cuando la zona a tratar es donde se encuentra el dispositivo implantado -Tumores -Alteraciones circulatorias -Zona ocular |
| Evento adverso potencial | -Quemadura electroquímica |



| Código | CNIAPK 1.3 |
|----------|------------|
| Versión | 1 |
| Fecha | junio 2021 |
| Vigencia | junio 2026 |
| Páginas | 5 de 10 |

| Infrarrojo | |
|--------------------------|--|
| Contraindicaciones | -Alteración de la circulación periféricaAlteración de la sensibilidadInflamación en etapa aguda. |
| Efecto adverso potencial | -Quemadura térmica |

| Electroterapia: electroestimulaci | ón y electroanalgesia |
|-----------------------------------|--|
| Contraindicaciones | -Lesiones de piel en zona a tratar. -Aplicación en zona cardiaca y/o transcerebral. |
| | -Marcapasos |
| | -Tumores |
| | -Alteraciones circulatorias |
| | -Zona ocular |
| | -Embarazadas (cercano a la zona uterina) |
| Efecto adverso potencial | Quemadura electroquímica |

e) Contraindicaciones, evento adverso potencial asociados a la Kinesioterapia:

| Ejercicio terapéutico | |
|--------------------------|---|
| Contraindicaciones | -Procesos infecciosos o inflamatorios agudos en zona a movilizar -Derrames articulares -Alteraciones graves de la coagulaciónProcesos trombóticos recientesFracturas recientes no inmovilizadas o mal consolidadas. |
| Efecto adverso potencial | -Lesión tendineo-muscular -Lesión cápsulo-ligamentosa -Lesión ósea -Caída |

| Masoterapia | |
|--------------------------|---|
| Contraindicaciones | -Procesos inflamatorios o infecciosos de la piel, tejido blando o articulaciones por riesgo de diseminaciónTromboflebitisFiebreFracturas no consolidadas. |
| Efecto adverso potencial | -Equimosis -Lesión de la piel por fricción. |



| Código | CNIAPK 1.3 | | |
|----------|------------|--|--|
| Versión | 1 | | |
| Fecha | junio 2021 | | |
| Vigencia | junio 2026 | | |
| Páginas | 6 de 10 | | |

| Terapia manual | |
|--------------------------|---|
| Contraindicaciones | -Neoplasias primarias o metastásicas -Espondilolisis -Osteoporosis y osteomalacia -Traumatismos recientes, inestabilidad articular, en cirugías raquídeas y tóracoabdominales recientes. -Patología medular y meníngea. |
| Efecto adverso potencial | -Lesión cápsuloligamentosa -Lipotimia. |

| Entrenamiento de marcha | |
|--------------------------|---|
| Contraindicaciones | -Paciente no cooperador o con alteración de conciencia -Ausencia de ayuda técnica u órtesis necesaria. -Ortostatismo (+) y alteraciones del equilibrio. |
| Efecto adverso potencial | -Caídas -Lipotimia o desvanecimiento. |

| Entrenamiento de órtesis y próte | esis |
|----------------------------------|-------------------------------|
| Contraindicaciones | -Lesión de la piel. |
| Efecto adverso potencial | -Caídas. |
| | -Lipotimia o desvanecimiento. |

| Cicloergómetro y elíptica | |
|---------------------------|---|
| Contraindicaciones | -Inestabilidad hemodinámica. |
| | -Alteración del equilibrio. |
| | -Alteración de marcha. |
| | -Patología cardiorespiratoria (relativa). |
| Efecto adverso potencial | -Caídas |
| | -Descompensaciones hemodinámicas. |

| Terapia neurológica | |
|--------------------------|--|
| Contraindicaciones | -Inestabilidad hemodinámica -Fiebre, estado convulsivo no controladoProceso inflamatorio agudoEdema o hemorragias cerebrales agudas. |
| Efecto adverso potencial | -Caídas -Luxación de hombroDescompensaciones hemodinámicas. |



| Código | CNIAPK 1.3 | | |
|----------|------------|--|--|
| Versión | 1 | | |
| Fecha | junio 2021 | | |
| Vigencia | junio 2026 | | |
| Páginas | 7 de 10 | | |

7.- EVALUACIÓN.

La evaluación se describe en el documento "Metodología: Evaluación de rehabilitación kinésica en condiciones de seguridad".

8.- DISTRIBUCIÓN.

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

9 .- REGISTRO DE CAMBIOS.

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

10.- REFERENCIAS.

- Protocolo contraindicaciones para la ejecución de procedimientos específicos y prevención de eventos adversos relacionados con la rehabilitación kinésica del Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena de Temuco, versión segunda, noviembre 2014.
- Protocolo de atención de Rehabilitación Kinésica del Hospital de Linares, versión 2, abril 2014.

11.- AUTOR.

- Julio Iturra Martínez, Kinesiólogo Encargado Sala de Rehabilitación.

12.- ANEXOS.



| Código | CNIAPK 1.3 | | |
|----------|------------|--|--|
| Versión | 1 | | |
| Fecha | junio 2021 | | |
| Vigencia | junio 2026 | | |
| Páginas | 8 de 10 | | |

ANEXO 1



HOJA DE DERIVACIÓN INTERNA



| lombre: | | R. | Edad: | |
|----------------------------|-------------------------|----------------|--------------------------|-------------------------------|
| I paciente se deriv | a a control: | | | |
| Médico | ENFERMERO (A) | Nutricionista | Asistente Social | FONOAUDIÓLOGO (A) |
| Matrón(a) | Dental | Podología | SALA DE PROCEDIMIENTOS | Terapeuta Ocupacional |
| PSICOLOGO (A) | Sala Estimulación | Vida Sana | Sala ERA | VACUNATORIO |
| Rehabilitación | Rehabilitación Sala IRA | | EMPA / EMPAM | FACILITADOR INTERCULTURAL |
| 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. Paraz / Cal.: 9850161 |
| FECH | HA . | | FIRM | MA (TIMBRE) |



| Código | CNIAPK 1.3 | | |
|----------|------------|--|--|
| Versión | 1 | | |
| Fecha | junio 2021 | | |
| Vigencia | junio 2026 | | |
| Páginas | 9 de 10 | | |

ANEXO 2

| _1 | SOLICITUD DE INTERCO | NSULTA | Nº 012051 |
|--|---|-------------------------------|---------------------|
| - A | FECHA SOLICITUD: | | HORA: |
| - Corner | Para ser llanado por some | | Hora Minutos |
| 1 - Sarvicio de Salud | 2- 550000111010 | | |
| 3 - Especialidad o Servicio Clinico | | | + i* |
| DATOS DEL (DE LA) PACIENTE | | 4 Historia Clinica | |
| 5 Nombre | | | |
| Apelido Paterno 6 R.U.T. | | Nombri acido, RUT de padre | 05 |
| 8 - Sexo Hombre 9 - Fecha d (marcar con x) Mujer Nacimiento | e DIA MES AÑO | 10 - Eded | Moses Horas |
| 11 Domicilio | | | |
| | (calle, número, número intenor, block , | villa, localidad) | |
| 12 Comuna de Residencia | | | |
| 13 Correo Electrónico | | 15 Fax | |
| 16 PREVISIÓN FONASA BC | ISAPRE (especificar nombre) | OTRA (especificar) | |
| | | | |
| DATOS GLINICO 17Se deriva para ser atendido en: | PARA SER LLENADO POR EL (LA) PRO | SESIONAL SOLICITANTE | |
| Establecimiento | | | |
| Especialidad | | | |
| 18 Hipótesis diagnástica | | 19 - ¿Sospecha prob | lema de salud AUGE? |
| | | SI (especificar) | □ NO |
| | | | |
| 20 Fundamentos del diagnóstico | | 21 Exámenes realizados | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| DATOS DEL PROFESIONAL | 22 - Nombre | | |
| Apellido Paterno | Apelido Mater | no Nomb | res |
| 23-RUT | 24 Profesion | | |
| 25 Teléfono | | | |
| 26 - Correo electrónico | | Firma P | rofesional |
| | | | |
| COMPROBANTE SOLICITUD IN | ERCONSULTA Para ser llenado p | or el some | |
| | | | Nº 012051 |
| ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN | | DIA MES ARO | Nº 012051 |
| EL PAGIENTE DEBE IR A ATENDERSE (ESTABLECIMIENTO) | FECHA REC SOLICITUD | EPCION | HORA: Hora Minutos |
| DIA | MES ANO | Hora Minutes | |
| EN LA FECHA Y HORA | | | |



| CNIAPK 1.3 | 1 | junio 2021 | junio 2026 | 10 de 10 |
|------------|---------|------------|------------|----------|
| Código | Versión | Fecha | Vigencia | Páginas |

ANEXO 3

PAUTA DE COTEJO DE APLICACIÓN DE CONDICIONES DE SEGURDAD PARA REHABILITACIÓN KINÉSICA

CESFAM

| J. | П |
|------|---|
| S.A. | 덛 |
| Ħ | ¥ |
| Ĕ | |

| Fecha: | | Unidad: | ÷ | | | | | | | | | Super | Supervisor | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------------------------|---|----|---|----------|-----------------------------|----------|---------------------------|----|--|----|---|---|----|---------------|---|----|--|-------------------------|---|---------------------------------------|---|--------------------------------|
| Kinesiólogo (a) | Identificación Paciente RUN | 1. Tiene algura zona adormecida? | | 2. Tiene algma henda en la piel? | | 3. "Esti embarazada?" | | 4. ¿Usa marcapasos? | | 5. Ellene o ha tenido cancer? | | . Tiene algura placa o tornillo metalico? | 7. Tiene diamostico de diabetes? | | T, ser diagno | \$. Liteme osteoporosis severa diagnosticada? | | 2. Presenta alguna enfermedad cardiovascula? (arfee, seme, | U. tratem anticoa | 10. Usa tratamiento anticoagulane? | T. diamon merin idan idan | II. There diagnostico de enfermedad respiratoria cronica? | Porcentaje de cumplimiento (%) |
| | | 22 | NO | 2 | ON | ON IS | 0 | NO | 24 | NO | 53 | NO NO | 53 | ON | 53 | NO | 22 | NO | न | ON | 57 | NO | |
| | | 1 | + | + | + | - | + | \perp | _ | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | + | + | + | + | + | + | _ | - | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | - | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | \vdash | | | \vdash | _ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | - | \vdash | - | - | _ | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | \vdash | | | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | \vdash | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | - | - | \vdash | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Observaciones:

| of total de pautas que cumplen: |
|---------------------------------|
| total de pautas aplica das: |

Firma de responsable: