

**FORMULACION DE LAS GUIAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS DE
ATENCION EN EL AREA DE FISIOTERAPIA
HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO**

**JOSE DAVID MELO.
ANGELICA MARIA PABON P.
LUCY JANETH PARUMA P.
JULIE CATERINE SUAREZ B.**

**Trabajo presentado como requisito para optar el titulo de Especialista en Auditoria
De Garantía De La Calidad En Salud.**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD EAN
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA**

POPAYAN, DICIEMBRE DE 2007

**FORMULACION DE LAS GUIAS, PROCESOS Y PROTOCOLOS DE
ATENCION EN EL AREA DE FISIOTERAPIA
HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO**

**JOSE DAVID MELO.
ANGELICA MARIA PABON P.
LUCY JANETH PARUMA P.
JULIE CATERINE SUAREZ B.**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD EAN
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD CON
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA**

POPAYAN, DICIEMBRE DE 2007

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
1. JUSTIFICACIÓN	8
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 OBJETIVO GENERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	9
3. MARCO TEÓRICO	10
3.1 MARCO LEGAL:	10
3.2 MARCO CONCEPTUAL	13
3.2.1. REPRESENTACIÓN DE LOS PROCESOS	15
3.2.2. MANUAL DE LOS PROCESOS	16
3.2.3 ESTRUCTURA DEL MANUAL DE PROCESOS.....	17
3.2.4 MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS	21
3.2.5 PERFILES DE VERIFICADORES DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN.	22
3.2.6 GLOSARIO ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD	23
3.2.7 ESTÁNDARES DE RECURSOS HUMANOS	29
3.2.8 ESTÁNDARES DE INFRAESTRUCTURA	30
3.2.9 ESTÁNDARES DE PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES	31
3.3 ANTECEDENTES	31
4. METODOLOGIA	34
4.1. TIPO DE ESTUDIO: DESCRIPTIVO – TRANSVERSAL.	34
4.1.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO:	34
4.1.2 ESTUDIO TRANSVERSAL:	34
4.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	34
4.3. VARIABLES	35
4.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	35
5. RESULTADOS.....	36
6. FORMULACION DE SISTEMAS DE PROCEDIMIENTOS	42
6.1. ESQUEMA DE LA GUÍA DE ATENCIÓN	42
6.2. MATERIALES Y EQUIPO DEL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII	43
6.3. PROCESO, PROTOCOLOS Y GUIAS PARA EL AREA DE FISIOTERAPIA	45
6.3.1 PROCESO.....	45
6.3.2 PROTOCOLOS	46

6.3.2.1	PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL ULTRASONIDO	46
6.3.2.2	PROTOCOLO DE LA APLICACIÓN DEL CALOR SUPERFICIAL ..	47
6.3.2.3	PROTOCOLO DE LA APLICACION DE LA CRIOTERAPIA.....	48
6.3.2.4	PROTOCOLO MANEJO DE LA APLICACION DE MECANOTERAPIA	49
6.3.2.5	PROTOCOLO DE LA APLICACION DE LA ELECTROTERAPIA ...	50
6.3.3	GUIAS DE ATENCION.....	51
7.	CONCLUSIONES.....	104
8.	RECOMEDACIONES.....	105
9.	BIBLIOGRAFIA.....	106

LISTA DE TABLAS

TABLA NO 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS USUARIOS DEL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO.....	37
TABLA NO 2. CARACTERÍSTICAS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO A LOS USUARIOS DEL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO	38
TABLA NO. 3 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PATOLOGIAS ATENDIDAS EN EL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO..	39
TABLA NO. 4 RELACION DE FRECUENCIAS DE PATOLOGIAS CON EDAD DEL USUARIO ATENDIDO EN EL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO	40

INTRODUCCIÓN

La salud pública, se considera como la organización coordinada de las acciones y hechos encaminados a proteger la población de los factores de riesgo, que afectan su salud; mejorando las condiciones físicas, psicológicas y sociales del individuo, esenciales en el desarrollo del ciclo vital.

Para dar cumplimiento a tales objetivos el gobierno establece en los artículos del 11 al 41 de la Constitución Política Colombiana, los derechos fundamentales e irrenunciables del ser. De igual forma se concibe la salud del individuo como un proceso complejo y dinámico en el que intervienen las condiciones del entorno en el que se desenvuelve, la calidad de las instituciones creadas para brindar servicios básicos como las entidades de salud, y la participación productiva del individuo para conocer la satisfacción que este pueda sentir al recibir la prestación.

Con el fin de mejorar los servicios de salud, el gobierno nacional crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y además la resolución 1043 del 3 de abril de 2006 emitida por el Ministerio de Protección Social establece los indicadores que deben cumplir los prestadores del servicio de salud para habilitar sus actividades de atención e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención.

El Hospital Pío XII de Colon - Putumayo, cuenta con la Unidad de Rehabilitación Integral (URI) que presta servicios de rehabilitación en las áreas de Fonoaudiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. La unidad aun no cuenta con un sistema de procesos que procuren ordenar e informar al terapeuta sobre los procedimientos, guías y protocolos correspondientes a cada patología, requisito solicitado en el estándar de Procesos Prioritarios Asistenciales para la habilitación de la Resolución 1043 de 2006.

El grupo investigativo después de analizar los registros estadísticos correspondiente a los meses de mayo a agosto, identificó algunas características sociodemográficas y de prestación del servicio a los usuarios, además el tipo de patologías intervenidas con mayor frecuencia en el área de Fisioterapia, esta información, permitió formular el sistema de procedimientos, guías y protocolos, que debe orientar el manejo fisioterapéutico para prestar los servicios en la Unidad de Rehabilitación Integral del Hospital Pío XII.

Esta propuesta permitirá a los fisioterapeutas, seguir los procedimientos establecidos por la Institución y realizar una intervención basada en las necesidades identificadas en los usuarios de la región.

1. JUSTIFICACIÓN

Las entidades gubernamentales encargadas de velar por el bienestar y la protección social exigen a la red de prestadores de servicios de salud y a sus administradores, niveles cada vez mejores, para que sean competentes tanto en sector privado como estatal, con el único fin de brindar servicios seguros y con calidad que proporcionen satisfacción en el paciente.

De esta manera el Ministerio de Protección Social crea la Resolución 1043 del 3 de abril de 2006, en donde se reglamenta los deberes y los requisitos con los cuales debe cumplir una entidad prestadora de servicios de salud para ser habilitada. Es entonces, cuando hospitales, clínicas y consultorios inician un proceso de transformación en el recurso humano, físico, financiero y tecnológico procurando cumplir con la mayor parte de estas exigencias.

Actualmente se cuenta con sistemas diseñados específicamente para aumentar la seguridad en la ejecución de cada actividad que los prestadores de salud realicen, entre ellos guías de atención, procesos y protocolos, los cuales orientan y guían al trabajador en el desarrollo de un proceso, permitiendo adherirse a ellos para organizar y adecuar las actividades de cada disciplina, dependiendo de la patología que el paciente presente y su grado de complejidad.

El Hospital Pío XII realiza actividades necesarias para la habilitación, la organización institucional, el plan de mejoramiento de la calidad y el plan operativo anual con el propósito de que la Dirección Departamental de Salud del Putumayo habilite sus servicios, motivo por el cual el grupo de investigación realiza este trabajo, elaborando el Sistema de Procesos, Procedimientos y Protocolos de atención para el área de Fisioterapia, requisitos fundamentales para la Habilitación.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Formular el sistema de procedimientos: guías y protocolos de atención fisioterapéutica para prestar los servicios en la Unidad de Rehabilitación Integral Hospital Pío XII de Colon - Putumayo.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de las patologías que se atienden en el servicio de fisioterapia.
- Identificar las características sociodemográficas y de atención del usuario de fisioterapia.
- Elaborar las guías y los protocolos de manejo de fisioterapia teniendo en cuenta la frecuencia de las patologías.
- Diseñar el flujograma del servicio que orienten los pasos que el usuario y el profesional deben seguir.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO LEGAL:

1. La constitución política de Colombia: en su artículo 269, establece que las instituciones públicas están obligadas a poner en práctica normas, métodos y procedimientos de control interno.

2. La ley 87 de 1993: Establece “el control es el sistema integrado por el esquema de organización, el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades operacionales y actuaciones, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales legales vigentes”.El ejercicio del control interno se orientará a “velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características ”El artículo 4 de la misma ley, establece una serie de elementos normativos en los que se destacan la simplificación y actualización de normas y procedimientos.

En su artículo 12, correspondiente a las funciones del jefe de control interno, enfatiza la necesidad de verificar “que los controles definidos para los procesos y actividades de la organización se cumplan por los responsables de su ejecución”.

3. La ley 80 de 1993 establece los lineamientos a seguir en los diversos contratos entre el estado y los particulares. Se destacan los principios de celeridad, eficacia, economía de tiempo y recursos financieros, así como de documentos.

4. La ley 100 de 1993 es la ley del sistema de seguridad social, la cual en su artículo 153 determina que “el sistema establecerá mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua de acuerdo con los estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional”. Así mismo establece las funciones del gobierno nacional y sus entes, en lo que concierne a promover, desarrollar y reglamentar la auditoría de los servicios de salud, la auditoría de gestión y el control interno en las instituciones de salud.

5. El decreto 2174 de 1996: esta norma define las principales características de la calidad de la atención en salud: accesibilidad, oportunidad, seguridad, racionalidad técnica. Igualmente las características adicionales de idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integridad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida. Señala los cinco componentes que un sistema de garantía de la calidad debe tener, entre los cuales describe el desarrollo de procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios y atender las reclamaciones y sugerencias que le presenten.

6. Decreto 2753 de 1997: Mediante el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud en el sistema general de seguridad social en salud. Este decreto establece definiciones, complejidad de los servicios, diseño, calidad, clasificación según tamaño y complejidad y recurso humano.

7. Resolución 4252 de 1997: Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud. En su artículo 7 nombra el manual de procesos y las normas de procedimientos como requisitos mínimos esenciales para la prestación del servicio.

8. Resolución 1043 de 2006 del Ministerio de la Protección Social manual único de procedimientos de habilitación. Este manual tiene por objeto, orientar la verificación de las condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, así como unificar en el territorio nacional, los conceptos básicos de evaluación de las condiciones tecnológicas y científicas, de suficiencia patrimonial y financiera, y técnico administrativas, definidas para el sistema de habilitación de prestadores de servicios de salud.

Dado que el sistema único de habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, es fundamental no solo establecer las condiciones mínimas de estructura, sino poder entender cómo éstas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención. Por esta razón, el manual desarrolla un capítulo donde se lista una serie de indicadores de seguimiento a riesgo. Dichos indicadores deben servir de herramienta objetiva de medición y análisis del desempeño de cada uno de los servicios, los cuales deben ser punto de partida para el mejoramiento.

Finalmente, amplía los artículos 25 del Decreto 1011 de 2006 y 6to de la presente Resolución, los cuales hablan del distintivo que se entrega a los prestadores en el momento de la inscripción y deberá ser publicado en lugar visible, para que los usuarios tengan la seguridad de estar siendo atendidos en una institución que declara el cumplimiento de los condiciones de habilitación y hace parte del Registro Especial de Prestadores. Esto implica que la institución inscrita será objeto de visita por parte de la secretaria Departamental o Distrital de salud según corresponda y posterior a la misma, los verificadores refrendarán o revocarán el distintivo; en éste último caso, sólo hasta que el prestador cumpla plenamente con los requisitos de habilitación, el distintivo podrá ser devuelto. Dado que el distintivo es entregado en el momento de la inscripción, se parte del principio de la buena fe del

prestador, frente al cumplimiento de los requisitos de habilitación; Por lo tanto, será éste el responsable de su buen uso y asumirá la responsabilidad en caso contrario.

Dada la responsabilidad que implica la elaboración, distribución y publicación del distintivo, el manual establece los deberes de cada uno de los actores involucrados en estos procesos, así como las características que le da la legitimidad del distintivo y las condiciones para su uso.

Para los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del lenguaje deberán tener definidos en un manual de procedimientos, los protocolos y procedimientos de cada tipo de terapia que realice. Este manual deberá incluir el tipo de elementos e insumos requeridos para cada tipo de procedimiento y cada procedimiento deberá contar con el soporte científico de organizaciones nacionales o internacionales.¹

3.2 MARCO CONCEPTUAL

Toda empresa es un conjunto de proceso que de manera concatenada comienzan y terminan en el cliente. Es frecuente encontrar en los hospitales grupos de trabajadores que individualmente realizan una buena labor. Hacen muy bien su trabajo, pero sin comprender ni preocuparse por la forma como su trabajo afecta a otros de mayor o menor nivel.

En los últimos tiempos se ha observado un gran énfasis sobre la gestión de los procesos, dada su importancia en la consecución de los objetivos de la organización.

¹ Ministerio de la Protección Social. Resolución No. 1043 de 3 de Abril de 2006. Anexo Técnico No. 1, pagina 166-167

El plan de mejoramiento de los procesos se torna obligatorio para hacerlos efectivos generando resultados, minimizando los recursos y priorizando la satisfacción del cliente.

Un proceso, según la Organización Mundial de la Salud, se define como “Un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracteriza por requerir ciertos insumos y tareas particulares que implican valor agregado con miras a obtener ciertos resultados”.

El procedimiento es el acto, método o manera de proceder en algunos procesos, o en cierto curso de acción. Curso particular de acción o manera de hacer algo, como por ejemplo, los procedimientos que rigen el proceso de transferencia de pacientes. Se define también como la descripción detallada de una actividad u operación. Son las guías para la ejecución permanente de una misma tarea y que por sus características especiales, necesita de otras explicaciones de cómo se realiza en la rutina diaria.

Para lograr el éxito de los procesos es necesario contar con el talento humano, su participación, definir la calidad de su diseño, ejecución, evaluación y control.

Clases de procesos: pueden ser de varias clases de acuerdo con sus características y la forma como se desplazan por la institución.

1. **Proceso interfuncional:** Es aquél que recorre toda la organización poniendo en juego diferentes áreas de servicio. Por ejemplo Mercadeo de servicios quirúrgicos.
2. **Proceso interdepartamental:** Es un proceso que recorre varios departamentos.
3. **Proceso vital:** Es aquel que constituye la esencia, la razón de ser de la institución. El es el objetivo social y la misión de la institución.

Todo proceso debe tener una persona encargada de garantizar la eficiencia del mismo, quien será capaz de prever los cambios de la empresa y su impacto sobre los mismos.

3.2.1. REPRESENTACIÓN DE LOS PROCESOS

El ordenar los procesos en forma secuencial permite comprender su verdadera dimensión tornándolos mas eficientes. La mejor forma de entender un proceso es mediante un flujograma.

FLUJOGRAMA: Es un método que se utiliza para describir gráficamente un proceso, mediante la utilización de símbolos, líneas y palabras similares que permite conocer y comprender dichos procesos a través de los diferentes documentos y unidades comprometidas.

TIPOS DE FLUJOGRAMA:

Flujograma pictórico: refleja el flujo del proceso en forma gráfica simple mediante dibujos que muestren los diferentes elementos del proceso. Está dirigido al público en general.

Flujograma de bloques: es una forma sencilla de diseñar un proceso mediante la utilización de bloques que muestran paso a paso el desarrollo del proceso. Al lado de cada bloque se coloca el encargado de la actividad.

Flujograma vertical: en este caso el flujograma se desarrolla de arriba a abajo utilizando la simbología ya anotada o simplemente los bloques, los textos se pueden anotar en los mismos símbolos.

Flujograma horizontal: el diagrama de estos procesos se hacen en sentido horizontal. No se recomienda cuando el proceso tiene demasiados pasos pues se complicaría su lectura y comprensión.

Flujograma geográfico: es el diagrama de flujo de un plano geográfico o físico, muestra el movimiento del cliente interno o externo en la organización a través de una serie de pasos secuenciales.

3.2.2. MANUAL DE LOS PROCESOS

Independiente del tamaño de la institución, hoy es prioritario contar con un instrumento que conglomere los procesos, las normas, las rutinas y los formularios necesarios para el adecuado manejo de la institución. La elaboración del manual de los procesos se justifica cuando la relación y los procedimientos se hacen directamente con el paciente, así como también cuando a los niveles directivos se les dificulta su continuo registro, seguimiento y control. Todo esto con el objetivo de proporcionar seguridad al paciente a la hora de recibir un servicio de salud. El manual de procesos es un documento que registra el conjunto de procesos, discriminado en actividades y tareas que realiza un servicio, un departamento o la institución.

Objetivos del manual de procesos:

Servir de guía para la correcta ejecución de actividades y tareas para los funcionarios de la institución

Brindar servicios más eficientes.

Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, físicos y financieros.

Generar uniformidad en el trabajo por parte de los diferentes funcionarios

Evitar la improvisación de las labores en los servicios prestados.

Orientar al personal nuevo

Facilitar la supervisión y evaluación de las labores de cada profesión.

Servir como punto de referencia para las actividades de control interno y auditoria.

Características del manual: Los manuales de procesos deben reunir algunas, entre las cuales se describen las siguientes:

Satisfacer las necesidades reales de la institución

Contar con instrumentos apropiados de uso, manejo y conservación.

Facilitar los trámites mediante una adecuada diagramación.

Redacción breve, simplificada y comprensible.

Tener una revisión y actualización continua.

Es conveniente recalcar que un manual de procesos representa el paso a paso de las actividades y tareas que debe realizar un funcionario o una organización.

El manual de procesos no debe confundirse con el manual de funciones, que es el conjunto de actividades propias a un cargo para determinar niveles de autoridad y responsabilidad.

En la elaboración de un manual de deben tener en cuenta los siguientes elementos:

Organigrama: de la dependencia a la cual se le va a elaborar o diagramar el manual de procesos.

Se debe describir lo que realiza cada funcionario.

Se evalúan las funciones y se clasifican las labores propias de cada cargo.

Se describe paso a paso el desarrollo del proceso.

Se evalúa el proceso, buscando claridad, simplificación y secuencia lógica.

3.2.3 ESTRUCTURA DEL MANUAL DE PROCESOS

Los componentes de un manual de procesos se organizan con el objetivo de contar con una guía práctica uniforme que permita mejorar los procesos a nivel institucional. Los elementos más importantes en un manual son:

Portada
Acta o resolución de aprobación
Misión de la Institución
Objetivos del Manual
Marco legal
Funciones del área o la Institución
Organigrama
Proceso del área o de la Institución
Simbología
Indicadores de gestión
Anexos (gráficas, tablas, formulas, ejemplos, etc).

Una vez elaborado el manual, se someterá a revisión de las áreas comprometidas o responsables de los procesos y posteriormente se aprobará por la gerencia o dirección de la institución. La implantación del manual se deberá efectuar una vez se tengan los recursos humanos, físicos, necesarios, así como la capacitación del personal correspondiente.

Control de los procesos dentro de la organización de las entidades de salud se hace necesario implementar diferentes mecanismos o métodos que permitan a la dirección general asegurar la calidad. En las empresas del estado se cuenta con el control interno según la ley 87 de 1993; además de la exigencia del decreto 2174 de 1996 y la ley 100 de 1993, con el cumplimiento de esta normatividad se puede asegurar o garantizar la calidad en la prestación de los servicios.

Para las entidades de carácter privado no rige la ley 87 de 1993, por lo tanto se debe implementar la auditoria medica que ordena el decreto 2174 de 1996.

Teniendo en cuenta que el control de gestión se ha convertido en una herramienta fundamental en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud, todas las instituciones sean o no públicas deben implementar un sistema de control y auditoría.

Dentro del normal funcionamiento de un hospital se lleva a cabo un conjunto de procesos que tiene como destinatario el paciente o cliente de hoy. El proceso se puede definir como el conjunto o conjuntos de actividades destinadas a la consecución de un objetivo global, tanto material como inmaterial, como es el caso del servicio.

Los procesos se deben estandarizar con el fin de obtener resultados pronosticados con un nivel determinado de calidad. La estandarización busca indicadores de tal forma que permita detectar la mejora o desmejora del proceso y aplicar los correctivos necesarios.

La entidad hospitalaria es una empresa muy compleja en donde se realizan varios tipos de procesos, algunos asistenciales, otros administrativos y financieros, que giran todos alrededor de una persona que es el cliente, antiguo paciente. Todos estos procesos deben integrarse para poder brindar un servicio de calidad ya que esta representa un concepto integral y total.

No se puede hablar de calidad cuando en cualquier de los procesos, independientemente de su carácter, haya existido un error puesto que calidad significa cero errores.

Con lo anterior se deduce que el control para estos procesos debe ser también interdisciplinario e integral y es aquí donde se evidencia la necesidad de tener dentro del sistema de control tanto la parte médica (auditoría médica), como la administrativa y financiera, (control interno auditoría financiera, operacional, administrativa, de cumplimiento, etc), ya que no se puede separar lo financiero administrativo de lo asistencial.

Los procesos deben ser monitorizados y evaluados de manera permanente, para detectar si cumplen o no con las necesidades y expectativas del cliente y así poder realizar los cambios y ajustes necesarios acordes con el control y exigencias de la demanda o de la normatividad. Las instituciones deben estar dispuestas al cambio y a la adaptación a nuevos escenarios.

Para que sea útil y cumpla con su objetivo el control de los procesos debe ser aplicado en su totalidad a todas las actividades y subprocesos que se presten, desde el inicio, durante el curso y el final, incluyendo al responsable del proceso y a los diferentes actores que participan en su realización.

Este control de procesos es muy complejo y para volverlo mas simple se le debe aplicar varias herramientas dentro de las cuales están los diferentes indicadores que nos permiten medir la eficiencia, la eficacia y los resultados.

Los procesos deben ser analizados, evaluados y controlados desde el punto de vista de la actividad en si, más que del mismo actor responsable.

Se evalúa o monitorea el quehacer y la manera como se esta haciendo, mas que quien lo hizo, lo que lleva a despersonalizar el control y beneficia la entidad por crecimiento institucional. Tanto el responsable del proceso como sus ejecutores deben ejercer el autocontrol.

El control de la adecuada utilización de los recursos en la institución depende de la apropiada evaluación y monitoreo de las actividades y del proceso en si mismo, esto quiere decir que los recursos son controlados a través del mejoramiento de los procesos favoreciendo la economía.

El análisis de las actividades nos permite verlas como son y así mismo proponer sus ajustes o cambios si fuere necesario, en beneficio de lograr el objetivo del proceso y, si amerita, implementar un plan de mejoramiento.

Para ejercer el control y la auditoria en los procesos se pueden aplicar varias técnicas:

La observación.

La recolección de información y análisis de la misma.

Análisis de documentos asistenciales (historias clínicas, resúmenes, epicrisis, manual de procesos, procedimientos, protocolos, etc.), administrativos, financieros (balances, libros contables).

Realización de entrevistas.

Aplicación de encuestas periódicas (las cuales se diseñan según la necesidad de lo que se esta monitorizando).

Diseño y aplicación de indicadores (específicos, de desempeño, asistenciales, financieros, etc).

Diseño y aplicación de hojas de control a las diferentes actividades, subprocesos y procesos.

Diseño y aplicación de cuestionarios para las actividades y subprocesos.

3.2.4 MEJORAMIENTO DE LOS PROCESOS

El mejoramiento es un proceso asumido por los funcionarios de la institución, acompañado por una actitud orientada al mantenimiento y perfeccionamiento de los procesos. El mejoramiento continuo, parte de la premisa de que nuestra vida laboral, social familiar merece ser mejorada continuamente.

Características del mejoramiento:

Esta orientado a las personas y al proceso más que al resultado.

Exige poca inversión pero gran esfuerzo y disciplina.

El efecto es a largo plazo

Involucra a todos los funcionarios de la institución

Utiliza metodologías de fácil aplicación.

Todo proceso tiene un ciclo de mejoramiento, que permite administrar de forma estructurada los proyectos de mejoramiento orientados a satisfacer las necesidades de los pacientes y a obtener productividad en los procesos. El proceso de mejoramiento esta orientado mediante el ciclo de DEMING o ciclo PHVA. La aplicación de este método nos permite establecer un plan de acción definiendo que se va a hacer, quien lo va a hacer, como, cuando, donde y porque.

Documentación de los procesos:

Para la documentación de los procesos es necesario aplicar la técnica 5W – 1H, la cual consiste en el desglosamiento de cada una de las operaciones del proceso, respondiendo a las siguientes preguntas: ¿Qué?, ¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Por qué? Y ¿Como?

3.2.5 PERFILES DE VERIFICADORES DE ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN.²

Como criterio general, se tendrá que los verificadores de estándares de habilitación sean profesionales de ciencias de la salud (Medicina, Odontología, Enfermería, Bacteriología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Nutrición y Dietética, Instrumentación Quirúrgica, Optometría y demás profesionales de la salud según se requieran) a excepción de arquitectos o ingenieros facultados únicamente para las verificaciones de las condiciones

² Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico 2, Pág. 22

y estándares de infraestructura e instalaciones físicas y profesiones de ciencias contables, económicas o administrativas para verificar la suficiencia patrimonial y financiera.

TIPO DE SERVICIO	PERFIL MÍNIMO DEL VERIFICADOR
Prestadores de servicios Mediana y Alta complejidad.	Equipo multidisciplinario con médico, enfermera, arquitecto o ingeniero, bacteriólogo. El Médico será el coordinador del equipo
Servicios de baja complejidad de atención hospitalarios o ambulatorios.	Sin perjuicio de la conformación de equipos multidisciplinarios, deberá tenerse médico o enfermera
Servicios de Imagenología y de apoyo diagnóstico o complementación terapéutica, que impliquen el manejo de radiaciones ionizantes Mediana y Alta complejidad.	Médico y arquitecto o ingeniero.
Servicios de Laboratorio clínico de Mediana y Alta complejidad y banco de sangre.	Bacteriólogo.

3.2.6 GLOSARIO ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD³

Para efectos de la interpretación en la aplicación de los estándares se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Atención Prehospitalaria (APH): Comprende el conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brindan a un paciente urgente en el mismo lugar de ocurrencia del hecho o durante su transporte hacia un centro asistencial o cuando es remitido de un centro asistencial a otro. Esta atención la realiza personal capacitado y equipado que busca fundamentalmente interrumpir el daño a la salud, estabilizar las condiciones del paciente y transportarlo de forma segura a un hospital.

Alteración.

³ Resolución 1043 de 2006, Anexo Técnico 2, Pág. 38

Comprende las siguientes:

- **Alteraciones a nivel mental:** En este grupo se ubican los individuos que presentan alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, observándose perturbación en el comportamiento y limitación principalmente en la ejecución de actividades de interacción y relaciones personales de la vida comunitaria, social y cívica.
- **Alteraciones a nivel cognitivo:** En este grupo se ubican los individuos que presentan alteraciones en las funciones mentales o estructuras del sistema nervioso, encontrándose limitaciones principalmente en la ejecución de actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento.
- **Alteraciones a nivel sensorial visual:** Alteración en las funciones sensoriales visuales y/o estructuras del ojo o del sistema nervioso, que limitan al individuo en la ejecución de actividades que impliquen el uso exclusivo de la visión.
- **Alteraciones a nivel sensorial auditiva:** Alteración en las funciones sensoriales auditivas y/o estructuras del oído o del sistema nervioso, y que tienen limitaciones principalmente en la ejecución de actividades de comunicación en forma sonora.
- **Alteraciones a nivel motor:** En este grupo se ubican los individuos que presentan alteración en las funciones neuromusculoesqueléticas y/o estructuras del sistema nervioso y relacionado con el movimiento, viéndose limitada la capacidad de ejecución de actividades que implican movilidad.
- **Alteraciones múltiples:** Individuos que presentan alteraciones en dos o más funciones o estructuras corporales, lo que hace que de igual forma se limiten en la ejecución de diversas actividades. En estos casos se necesitará igualmente diversos apoyos, los cuales dependerán de las diferentes alteraciones funcionales y estructurales que presenten.
- **Otras alteraciones:** Otras alteraciones que también pueden interferir en el normal funcionamiento del individuo y que requieren apoyos para suplir las necesidades que de

estas surjan. Entre estas podemos encontrar alteraciones a nivel de: funciones sensoriales (gustativa, olfativa, propioceptiva, táctil, relacionadas con la temperatura y dolor), funciones de la voz y habla, funciones de los sistemas (cardiovascular, hematológico, inmunológico, respiratorio, digestivo, metabólico, y endocrino), funciones genitourinarias, reproductoras y funciones de la piel. En esta categoría también se incluyen las alteraciones a estructuras relacionadas con las anteriores funciones. En este caso las limitaciones en la capacidad del individuo se dan en la ejecución de diferentes actividades, dependiendo de las funciones o estructuras afectadas.

Asistencia personal. Apoyo efectivo que terceras personas dan a la persona con discapacidad para facilitar la realización de sus actividades de la vida diaria.

Asistencia no personal: Dispositivos de apoyo o ayudas técnicas que facilitan a la persona con discapacidad la realización de sus actividades de la vida diaria.

Ayudas técnicas: Utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, producto de la tecnología para suplir o complementar las limitaciones funcionales, con que cuenta el individuo con discapacidad para la ejecución de alguna actividad; estas se consideran como elementos que mejoran la calidad de vida y favorecen la participación de la persona en actividades personales, educativas, laborales, sociales, etc. Las ayudas técnicas pueden ser diseñadas para: el desarrollo funcional y entrenamiento en actividades de la vida diaria; para suplir una función corporal o ayudas ortopédicas (prótesis y órtesis); para el cuidado personal (aditamentos para el vestir, la alimentación o la higiene); para el transporte y la locomoción; para el desarrollo de labores domésticas; para el desempeño en espacios interiores; para el desarrollo de actividades laborales, educativas/formativas; para la comunicación e información; y para el desarrollo de actividades recreativas, deportivas o culturales.

Centros y servicios de rehabilitación de personas con discapacidad y centros y servicios de acondicionamiento y rehabilitación ambulatorios: Son instituciones

prestadoras de servicios de salud que desarrollan acciones simultáneas de promoción de la salud y prevención de la discapacidad, desarrollo, recuperación y mantenimiento funcional y preparación para la integración ocupacional, en una o más de las disciplinas de Fisiatría, Fonoaudiología, Terapia física, Terapia Ocupacional, Terapia del lenguaje y demás terapias, Psicología y Trabajo Social.

Centros y Servicios o Unidades de Rehabilitación: Desarrollan procesos intensivos de Habilitación/Rehabilitación, con apoyo de equipos de profesionales y tecnología apropiada, permitiendo a las personas recuperar y desarrollar, el más alto nivel de independencia funcional en el menor tiempo posible. Obedece a planes individualizados, acordes a las necesidades, intereses y posibilidades de cada persona. Funcionan como centros independientes o como servicios dentro de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de segundo y tercer nivel.

Servicios profesionales independientes: Prestan servicios de Habilitación/Rehabilitación en las diferentes áreas de competencia profesional relacionadas con la rehabilitación: Fisiatría, Fonoaudiología, Fisioterapia, Terapia ocupacional, del lenguaje, otras terapias y Psicología.

Centros y servicios institucionalizados de protección: Son servicios de cuidado permanente para personas con discapacidad mental o cognitiva en grados severos de dependencia, que carecen de red familiar o social de apoyo. Se caracterizan por ofrecer programas terapéuticos de mantenimiento y de protección (salud, vivienda, alimentación, recreación, etc.) en actividades de la vida diaria. El Sistema Único de Habilitación se centrará en los programas de salud de estas instituciones.

Centros día: Proveen servicios externos o ambulatorios de Habilitación/Rehabilitación, en un contexto colectivo o de grupo, funcionan en promedio 8 horas diarias, con la participación activa de la familia y la comunidad. Los usuarios desarrollan actividades de autocuidado, socialización, ocupación y de autorrealización, dirigidas por equipos de profesionales. Proveen una alternativa de cuidado y mantenimiento para adultos mayores

con discapacidad que requieran este servicio o para usuarios con discapacidad cognitiva o mental en grados moderados o severos.

Centros y servicios de cuidados intermedios: Ofrecen servicios institucionalizados a personas con discapacidad severa, en condiciones de dependencia en las actividades de la vida diaria y que requieren cuidados especiales. El objetivo de estos centros es proveer cuidados básicos, mantener funciones y prevenir el deterioro.

Servicios domiciliarios: Es un servicio de Asesoría que se realiza en el lugar de residencia, a la persona con discapacidad y su familia quien puede encontrarse o no en procesos de Habilitación/Rehabilitación institucional. Orienta a la persona y su familia en la búsqueda de un desempeño funcional óptimo en el hogar y en su ambiente comunitario. Será de competencia del Sistema Único de Habilitación solamente aquel prestado por profesionales de salud.

Son competencia de habilitación los servicios de apoyo de profesionales de la salud a las instituciones para al desarrollo de habilidades sociales orientadas a preparar al individuo con discapacidad para su integración en el medio socio ocupacional; desarrollar acciones que orienten a la sociedad en esta labor y apoyen a los diferentes sectores para el cumplimiento de sus responsabilidades frente a esta. Concretamente el sistema de habilitación solo es competente para el apoyo de los profesionales de la salud a:

Centros educativos integradores: Atienden usuarios con necesidades educativas especiales y para ello incorporan en el Plan Educativo Institucional los principios expresados en el Decreto 2082 de 1996 para la atención educativa de la población con limitaciones o capacidades excepcionales. Ajustan su propuesta curricular en función de las necesidades educativas especiales, proporcionando los recursos humanos, tecnológicos y materiales necesarios para ejecutar este propósito. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.

Centros formativos integradores: Son instituciones que ofrecen la oportunidad a personas con discapacidad de participar en procesos de formación técnica, tecnológica o profesional

en igualdad de condiciones. Estos centros realizan ajustes a la infraestructura y a la tecnología con el fin de proveer la accesibilidad al espacio físico y la información. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.

Centros de educación especial: ofrecen servicios especializados de apoyo educativo y terapéutico, a personas con discapacidad cognitiva moderada o severa en etapa escolar. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.

Centros comunitarios: Apoyan la integración de las personas con discapacidad facilitando su participación en las actividades familiares, comunitarias y sociales. Promueven la formación de líderes y la gestación de proyectos de las personas con discapacidad y su comunidad. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.

Centros de vida independiente: Proponen reorganizar los derechos de los ciudadanos con discapacidad para tomar el control de sus propias vidas realizando cambios y tomando decisiones. Las personas con discapacidad son expertas en conocimientos sobre sus necesidades y pueden encontrar soluciones a sus problemas. Son competencia del Sistema Único de Habilitación los servicios de salud realizados en estas instituciones.

Centros y servicios de acondicionamiento y preparación física (CAPF). Son establecimientos que prestarán un servicio médico con acciones de protección, prevención, recuperación, rehabilitación, control, y demás actividades relacionadas con las condiciones físicas, corporales y de salud de todo ser humano, a través de la recreación, el deporte, la terapia y otros servicios fijados por autoridades competentes y debidamente autorizados, orientados por profesionales en la salud, que coordinarían a licenciados en educación física, tecnológicos deportivos y demás personas afines que consideren que el tratamiento o rehabilitación de la persona (s) se realice en los CAPF.

Son competencia del sistema de habilitación los servicios de salud de los CAPF que requieren la intervención de un profesional en salud, es decir los servicios de protección, prevención, recuperación, rehabilitación, control de la salud de los usuarios de los centros. Especialmente serán competencia del sistema de habilitación los procesos, procedimientos y actividades de valoración diagnóstica de los usuarios de los CAPF y los procesos, procedimientos y actividades de evaluación y seguimiento durante las intervenciones de acondicionamiento y preparación física.

El diseño y la implementación de las intervenciones de acondicionamiento y preparación física serán coordinadas por licenciados en educación física, tecnológicos deportivos y demás personas afines. La autorización y control de los CAPF serán autorizados y controlados por los entes deportivos municipales y distritales de conformidad con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 729 DE 2001 y demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

3.2.7 ESTÁNDARES DE RECURSOS HUMANOS

Permanencia o presencialidad: Estancia constante en un mismo servicio, durante el tiempo que se oferte y preste el servicio.

Disponibilidad: Personal que no está en servicio activo permanente, pero debe responder cuando se solicita por llamada, garantizando oportunidad en la atención.

Exclusividad: Personal que no puede ser compartido con otros servicios.

Entrenamiento certificado: Corresponde a la educación informal, es decir las actividades de formación que no requieren ser desarrolladas necesariamente por instituciones educativas; no requieren ser autorizadas, ni implican título profesional expedido por institución educativa autorizada por el Ministerio de Educación. Es válido el entrenamiento impartido por las instituciones de salud mediante programas de educación continuada, con certificación expedida por la misma institución o por las instituciones educativas si hubiese

disponibilidad. El entrenamiento certificado no es homologable ni sustituible con experiencia.

Personal en Entrenamiento: Corresponde al recurso humano que realiza actividades asistenciales pero que aún no ha sido titulado o certificado. Este personal, si bien atiende pacientes, debe realizarlo bajo supervisión de personal legalmente autorizado para el ejercicio profesional. Para este efecto, se debe definir formalmente y difundir entre el personal de la institución, un procedimiento que establezca la supervisión del personal en entrenamiento, conforme al Acuerdo 003 de 2003 del Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Los Profesionales De Salud En Servicio Social Obligatorio, no son personal en entrenamiento; son profesionales titulados que cumplen con una obligación legal.

Auxiliares en las áreas de la salud: Se considera como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes: Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos y Auxiliar Administrativo en Salud. Su aplicación deberá ajustarse a las denominaciones, perfiles ocupacionales y de formación y en los plazos establecidos en el Decreto 3616 de 2005 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

3.2.8 ESTÁNDARES DE INFRAESTRUCTURA

Áreas Delimitadas: Tiene barreras física fijas o móviles entre espacios.

Áreas Separadas: No tienen necesariamente barreras físicas entre los espacios.

Disponibilidad: Significa que se cuenta con el recurso mencionado en el servicio, en el momento en que se necesite.

Exclusivo: No se presta otro servicio de forma simultánea en la misma área.

Independiente: Espacios separados dentro de un área, que pueden o no tener divisiones para dicha separación.

3.2.9 ESTÁNDARES DE PROCESOS PRIORITARIOS ASISTENCIALES

Proceso en salud: Es el conjunto de actividades que se realizan a una persona o un insumo biológico específico, con el fin de transformarlo, obteniendo como resultado un servicio o un producto.

Procedimiento en Salud: es la actividad que hace parte de un proceso y ayuda en la realización o generación del servicio o producto.

Guía clínica de atención: es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener, mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación mecanismos de retroalimentación, y deben estar basadas en la evidencia.

Protocolo: es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. Obviamente en las instituciones sólo se exigirá las guías y protocolos de los procedimientos que realicen.

3.3 ANTECEDENTES

En el año de 1992 se conforma en San Francisco, Putumayo, una junta pro – construcción del Centro de Habilitación para Niños Especiales, integrada por representantes de los sectores de salud y educación, así como también por padres de familia de niños que presentaban alguna limitación. Este mismo año se presenta un proyecto a la Primera Dama de la Nación.

En 1994 se concede al Centro de Habilitación la primera licencia de funcionamiento provisional, mediante la Resolución No. 057, expedida por la Alcaldía Municipal.

En el año 1995 se adjudica una sede provisional para el Centro de Habilitación, ubicado en las instalaciones del antiguo Centro de Salud y se inician los servicios de Educación Especial y Fonoaudiología, a través de la contratación del servicio de profesionales por parte de la Alcaldía Municipal.

En el año de 1999, se da inicio a la construcción de la sede del Centro con Recursos Nacionales obtenidos a través de la colaboración de los senadores además se establece la vinculación al Centro del Programa de Nutrición del Instituto de Bienestar Familiar, ICBF, a través de un restaurante escolar.

En el año 2002 cambia el nombre de Centro de Habilitación para Niños Especiales por Unidad de Atención Integral, debido a que en este momento se logra contar con los servicios profesionales de Educadoras Especiales, Fonoaudióloga y Terapeuta Ocupacional.

En los primeros meses del año 2003 se suspenden las actividades de la Unidad de Atención Integral por la reforma de la ley 715. En noviembre de 2003, el Alcalde municipal y el gerente del Hospital Pío XII, firman un convenio interinstitucional, con el objetivo de reabrir las puertas de la Unidad de Atención Integral, que desde ese momento tomaría el nombre de Unidad de Rehabilitación Integral.

Desde el año 2005 se realiza un nuevo convenio Interinstitucional donde la Alcaldía Municipal de San Francisco, el Hospital Pío XII y la Diócesis Mocoa - Sibundoy, brindan atención en las áreas de salud y educación a las personas con discapacidad del Valle de Sibundoy.

Actualmente la Unidad de Rehabilitación Integral presta servicios educativos, fonoaudiológicos, fisioterapéuticos, ocupacionales, de nutrición y transporte a toda la población con discapacidad física, mental o sensorial del Valle de Sibundoy.

La Unidad de Rehabilitación Integral cuenta con un diseño de 9 módulos conformados por el modulo de administración, aula múltiple, servicios de apoyo, cafetería, evaluación y Diagnóstico, docencia, aulas educativas, capacitación y terapias. Además cuenta con dependencias de gimnasia y piscina, juegos al aire libre, zona deportiva, control de entrada, parqueadero y huerta.

La Unidad de Rehabilitación Integral en la actualidad atiende a población de los cuatro municipios del Valle de Sibundoy: Santiago, Colon, Sibundoy y San Francisco.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo – Transversal.

4.1.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO:

Estos estudios describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud. Los datos proporcionados por estos estudios son esenciales para los administradores sanitarios así como para los epidemiólogos y los clínicos. Los primeros podrán identificar los grupos de población más vulnerables y distribuir los recursos según dichas necesidades y para los segundos son el primer paso en la investigación de los determinantes de la enfermedad y la identificación de los factores de riesgo

4.1.2 ESTUDIO TRANSVERSAL:

Describe las características de la aparición de un evento o de la exposición a factores de riesgo en relación con personas, lugares y tiempo. Indaga la presencia de los factores y la ocurrencia del evento una vez conformada la población en estudio, sólo se hace una medición en el tiempo en cada sujeto de estudio. Se utiliza para establecer asociaciones estadísticas entre los factores y el evento en estudio. Las medidas que se pueden obtener son prevalencia del evento, proporción de población expuesta.

4.2. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Revisión de los registros estadísticos de atención diaria de fisioterapia del segundo trimestre del 2007

4.3. VARIABLES

Las variables de interés para la elaboración de las guías se clasificaron como socio demográficas: sexo, edad, y de características de la atención: diagnóstico médico, número de sesiones de fisioterapia, entidad.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Edad, sexo, Diagnóstico Médico, Entidad.

VARIABLE DEPENDIENTE: Número de Sesiones.

4.4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información se procesó utilizando el paquete estadístico SSPS 13. Se realizó un análisis univariado de las variables mencionadas de interés para este estudio.

5. RESULTADOS

Hospital Pío XII cuenta con la Unidad de Rehabilitación Integral URI, que ofrece servicios de habilitación y rehabilitación terapéuticas en las áreas de Fonoaudiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. En la actualidad el servicio de Fisioterapia no cuenta con un registro estadístico confiable, sin embargo el análisis de los registros diarios de los últimos meses, permitieron identificar algunas características sociodemográficas y de prestación del servicio de los usuarios, además el tipo de patologías intervenidas con mayor frecuencia en el área de Fisioterapia.

Los registros, reportaron que un total de 29 usuarios asistieron al servicio de Fisioterapia entre los meses de mayo-agosto del 2007. Con relación al sexo se encontró una distribución de 48,3 % (14) para el sexo femenino, el 51,7% (15) restante correspondió al sexo masculino. Con respecto a la edad de los usuarios se encontró que la mínima fue de 1 año y la máxima de 83 años, con un promedio de edad de 35,97 años. La distribución de usuarios según grupos de edad mostró que el 34,5% (10) tenían 51 años y más, un 27,6% (8) tenían entre 21 y 40 años, el 10,3 % (3) de los usuarios tenían edades entre 1 y 5 años esta misma frecuencia se observó en el rango de edades de 6 a 10 años y 11 a 20 años, un 6,9%(2) usuarios tenían edades entre 41 y 50 años. Como se observa en la Tabla No 1.

TABLA NO 1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS USUARIOS DEL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO MAYO AGOSTO 2007

Características sociodemográfica		Frecuencia n	Porcentaje %
Sexo	Femenino	14	48,3
	Masculino	15	51,7
Edad	1-5	3	10,3
	6-10	3	10,3
	11-20	3	10,3
	21-30	4	13,8
	31-40	4	13,8
	41-50	2	6,9
	51 y más	10	34,5
Total		29	100

Con respecto a las características de la prestación del servicio de fisioterapia se observo que el 27,6% (8) de los usuarios realizaron entre nueve y quince sesiones de fisioterapia, igual distribución se encontró en usuarios que realizaron cuatro sesiones y menos, un 20,7%(6) de los usuarios realizaron entre cinco y ocho sesiones un 13,8%(4) de los usuarios realizaron veintiuna y mas sesiones y 10,3%(3), realizaron entre dieciséis a veinte sesiones.

Con respecto al mes de atención se encontró que en mayo se registraron 65,5%(19) de los usuarios, los meses de junio, julio y agosto se registraron tres pacientes nuevos por mes.

En relación a la entidad que cubrió el servicio se encontró que un 44,8%(13) de los usuarios fueron de Selva Salud, un 17,2%(5) de Caprecom, otro 17,2%(5) de Emsanar, un 13,8%(4)

pertenecían a la Asociación Indígena del Cauca y el 6,9%(2) restante correspondió al servicio de Policía Sanidad .Como se muestra en la Tabla No 2.

TABLA NO 2. CARACTERÍSTICAS DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO A LOS USUARIOS DEL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO MAYO AGOSTO 2007

Características de la prestación del servicio		Frecuencia n	Porcentaje %
Sesiones	4 y menos	8	27,6
	5-8	6	20,7
	9-15	8	27,6
	16-20	3	10,3
	21 y mas	4	13,8
Mes	Mayo	19	65,5
	Junio	4	13,8
	Julio	3	10,3
	Agosto	3	10,3
Entidad	Selva salud	13	44,8
	Caprecom	5	17,2
	Emsanar	5	17,2
	Policía	2	6,9
	A.I.C.	4	13,8
Total		29	100,0

Con respecto al tipo de patología atendida en el área de Fisioterapia y teniendo en cuenta la clasificación de etiología y morbilidad del CEI -10 se encontró que el 13,8% (4) fueron usuarios con Lumbalgias, un 10,3%(3) presentaron Hemiplejia, igual frecuencia de distribución se observo para la Artrosis10, 3% (3), Dorsalgia 10,3(3) y retraso en el desarrollo motor10,3(3). Un 6,9% (2) fueron usuarios con Reemplazo articular de cadera, esta distribución de frecuencia también se observo en las Fracturas 6,9%(2) y el la Insuficiencia motora de origen central 6,9%(2). Otras patologías encontradas fueron:

Pinzamiento de hombro, Parálisis facial, Cervicalgia, Encefalopatía, Tendinitis entre otras, como se observa en la siguiente tabla:

TABLA NO. 3 DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DE PATOLOGIAS ATENDIDAS EN EL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO MAYO AGOSTO 2007

Patologías CEI -10	Frecuencia n	Porcentaje %
Lumbalgia	4	13,8
Hemiplejia	3	10,3
Reemplazo articular de cadera	2	6,9
Pinzamiento de hombro	1	3,4
Parálisis facial	1	3,4
Fracturas	2	6,9
Artrosis	3	10,3
Dorsalgia	3	10,3
Otras	2	6,9
Retraso en el desarrollo motor	3	10,3
Cervicalgia	1	3,4
Encefalopatía	1	3,4
IMOC	2	6,9
Tendinitis	1	3,4
Total	29	100,0

Al establecer la relación entre los rangos de edad y el tipo de patología, se observó una distribución similar en las edades comprendidas entre los 0 y 50 años con patologías como IMOC, retraso en el desarrollo psicomotor, dorsalgia, hemiplejia, artrosis, entre otras. En los usuarios mayores de 51 años se encontraron, algunas patologías prevalentes catalogadas como de manejo crónico como: hemiplejia, artrosis, lumbalgia. También se identificaron aquellas consideradas propias, o asociadas con la edad como las fracturas, los reemplazos articulares, el pinzamiento de hombro entre otras. Así mismo aquellas relacionadas con riesgo de caídas y fracturas, que se incrementa con la edad. Como lo muestra la Tabla No 4.

**TABLA NO. 4 RELACION DE FRECUENCIAS DE PATOLOGIAS CON EDAD DEL USUARIO
ATENDIDO EN EL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII COLON - PUTUMAYO
MAYO AGOSTO 2007**

Edad- años	Tipo de Patología según CEI -10	Frecuencia
0-5	Retraso en el desarrollo motor	2
	IMOC	1
	Total	3
6-10	Fracturas	1
	Retraso en el desarrollo motor	1
	IMOC	1
	Total	3
11-20	Hemiplejia	1
	Dorsalgia	1
	Otras	1
	Total	3
21-30	Hemiplejia	1
	Artrosis	1
	Dorsalgia	1
	Encefalopatía	1
	Total	4
31-40	Artrosis	2
	Cervicalgia	1
	Tendinitis	1
	Total	4
41-50	Lumbalgia	1
	Dorsalgia	1
	Total	2
51 y mas	Lumbalgia	3
	Hemiplejía	1
	Reemplazo articular de cadera	2
	Pinzamiento de hombro	1
	Parálisis facial	1
	Fracturas	1
	otras	1
	Total	10

Teniendo en cuenta el análisis anterior, se identificaron las diez primeras patologías por las cuales asisten usuarios al servicio de fisioterapia del Hospital Pío XII. Estas patologías se tendrán en cuenta para la formulación de guías y los protocolos de aplicación de modalidades físicas empleadas en la intervención fisioterapéutica.

6. FORMULACION DE SISTEMAS DE PROCEDIMIENTOS

6.1. ESQUEMA DE LA GUÍA DE ATENCIÓN

Las Guías de Atención son un apoyo para el fisioterapeuta, facilitan la elección y secuencia de la tecnología apropiada, son una herramienta útil para asistir en la toma de decisiones durante la atención de los pacientes, también son utilizadas para contribuir a mejorar la calidad de la atención, la efectividad de las decisiones clínicas y para evaluar el desempeño de atención

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, la Guía de Atención se ha estructurado de la siguiente manera:

1. Identificación
2. Consideraciones preliminares
3. Objetivo
4. Evaluación
5. Materiales y equipos
6. Orientación y descripción
7. Anotaciones y registros
8. Bibliografía

Identificación:

- **Unidad:** Departamento o Unidad funcional que presta el servicio.
- **Servicio:** Área encargada de la atención de la patología en particular.
- **Guía:** Especifica la patología a la cual va dirigido el tratamiento.
- **Código:** especifica la patología según el Código Internacional de Enfermedades Décima versión (CIE 10).

Consideraciones preliminares: Es la definición de patología a tratar.

Objetivo: Son las metas que el Fisioterapeuta deberá alcanzar para prestar el servicio con calidad.

Evaluación: Es la valoración que el Fisioterapeuta debe realizar al paciente para llevar a cabo el tratamiento según el diagnóstico encontrado.

Materiales y equipos: Son las herramientas necesarias para la recuperación del paciente según la patología diagnosticada.

Orientación y descripción: Son los pasos específicos a seguir para el tratamiento establecido.

Anotaciones y registros: Son los registros del sistema de información que utiliza el área de fisioterapia para realizar un buen estudio epidemiológico de las enfermedades para así determinar cuáles son las principales causas de consultas e implementar acciones frente a estas.

Bibliografía: Se encuentra un listado de libros, los cuales fueron pieza fundamental para la realización de las Guías de Manejo.

6.2. MATERIALES Y EQUIPO DEL AREA DE FISIOTERAPIA HOSPITAL PIO XII

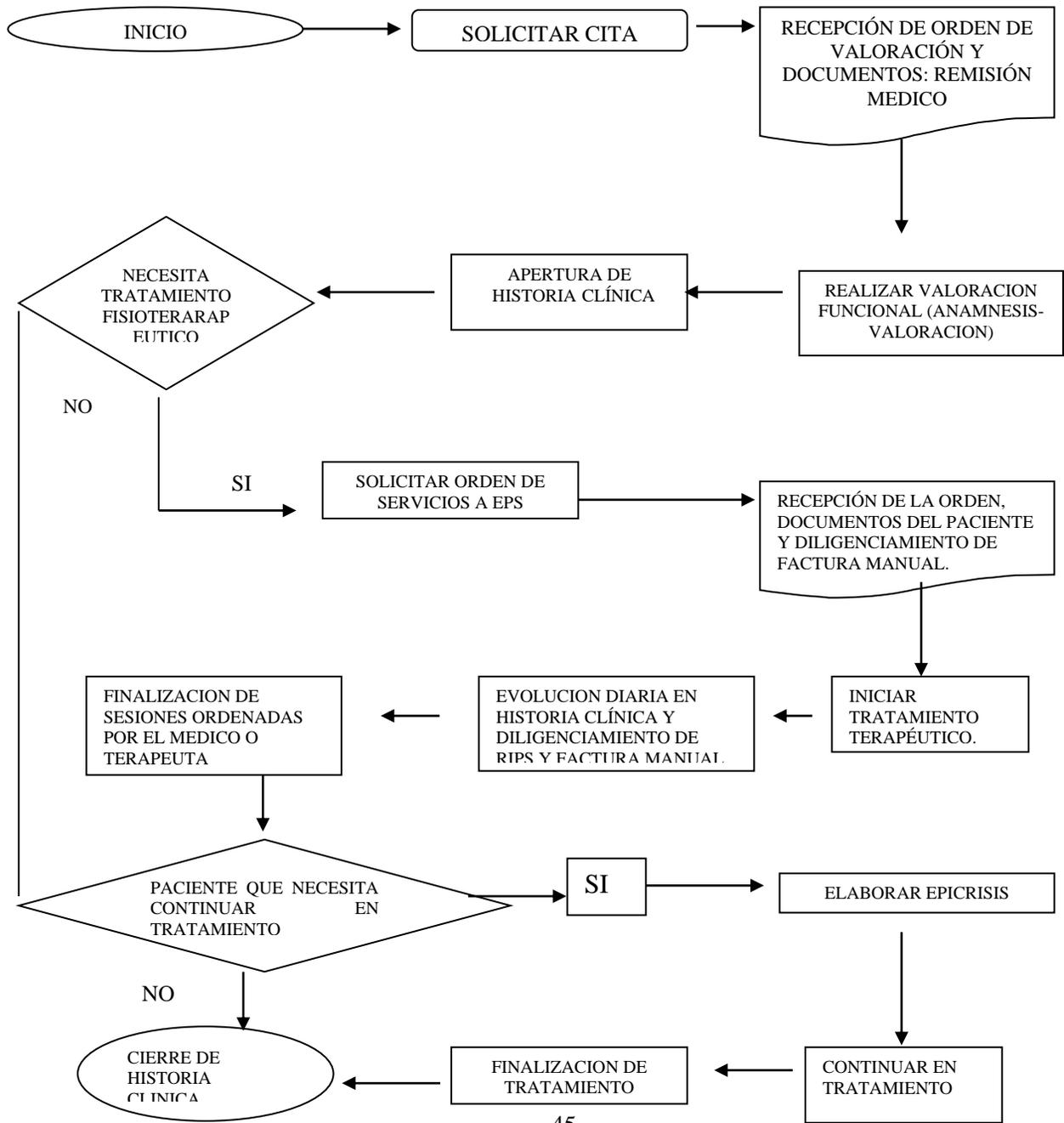
Los equipos con los que cuenta la Unidad de Rehabilitación Integral son:

- 1 Electro estimulador Phoenix - Stim
- 1 Ultrasonido marca Sonomediv de 1MHZ
- 1 Tanque para paquetes calientes
- 6 Paquetes calientes
- 2 balones de Bobath 2 Colchonetas
- 2 camillas
- 1 balancín
- 1 juego de Theraband de colores: verde, gris, rojo, amarillo y negro.
- 2 barras paralelas
- 2 poleas
- 1 escalerilla de dedos.

2 bloques de armatodo
2 pesas de 500 gr.
2 pesas de 1000 gr.
2 pesas de 2000 gr.
4 digiflex
3 juegos de plastilina terapéutica
1 vibromasajeador de 60 Hz.
1 silla vibromasajeadora
1 Pronosupinador
Toallas
Aceite
Esparadrapo.
Sábanas.
Guantes

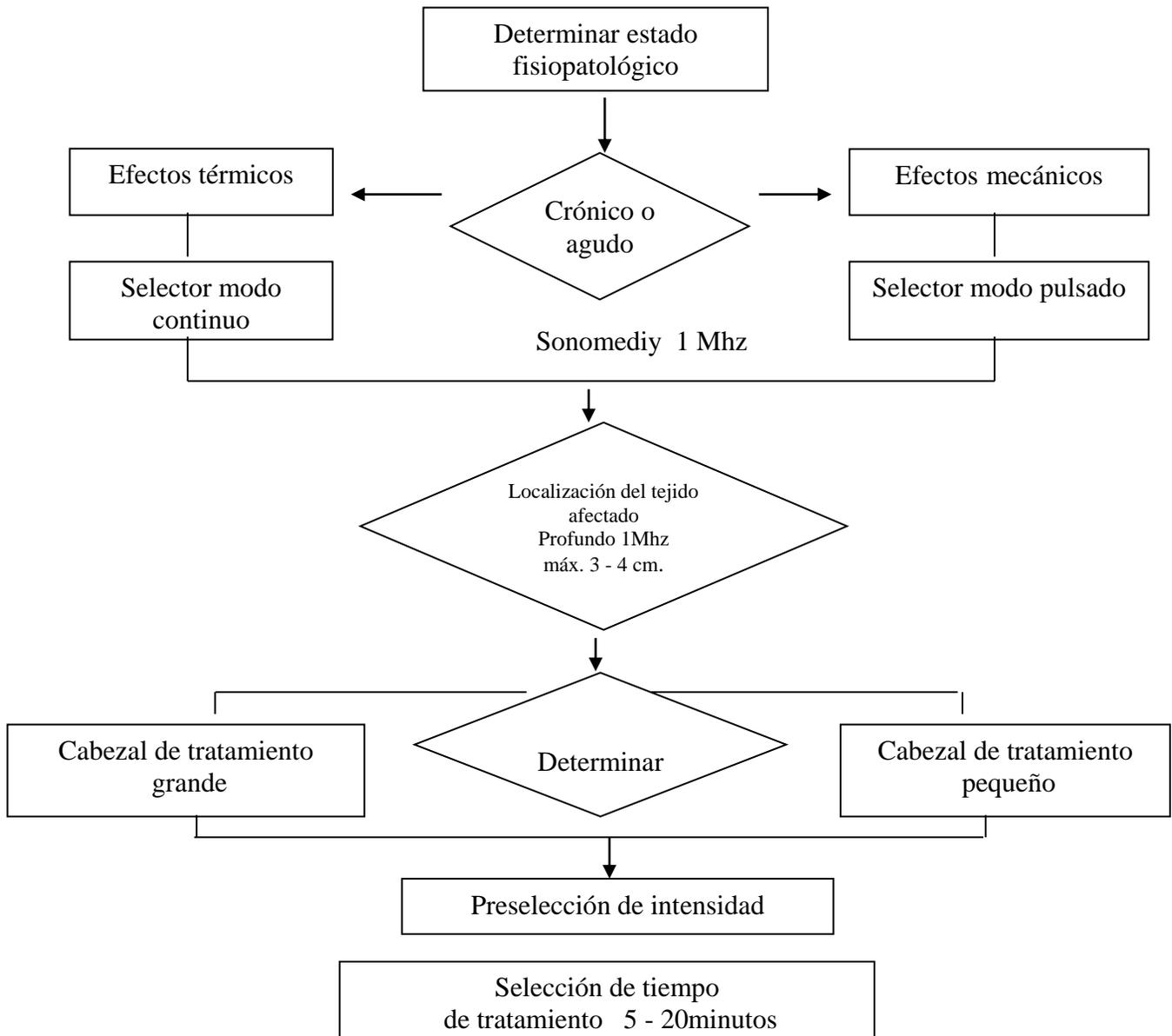
6.3. PROCESO, PROTOCOLOS Y GUIAS PARA EL AREA DE FISIOTERAPIA

6.3.1 PROCESO

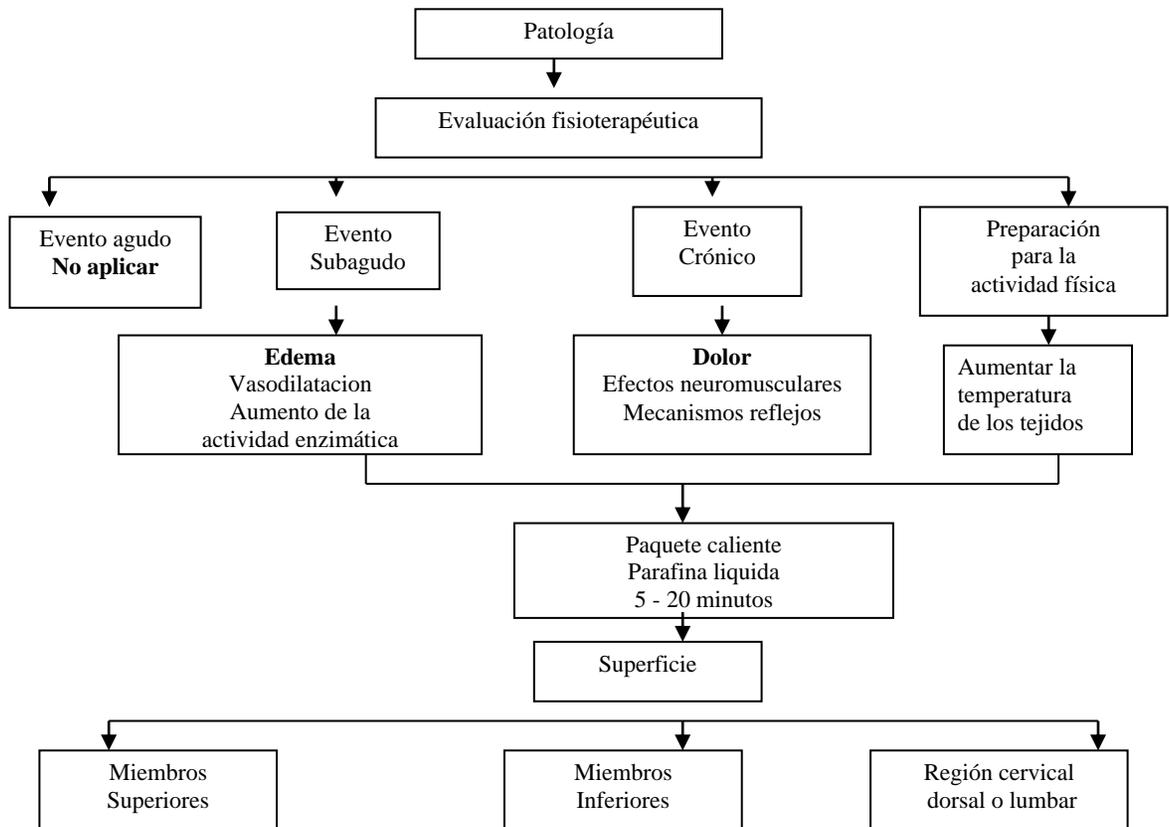


6.3.2 PROTOCOLOS

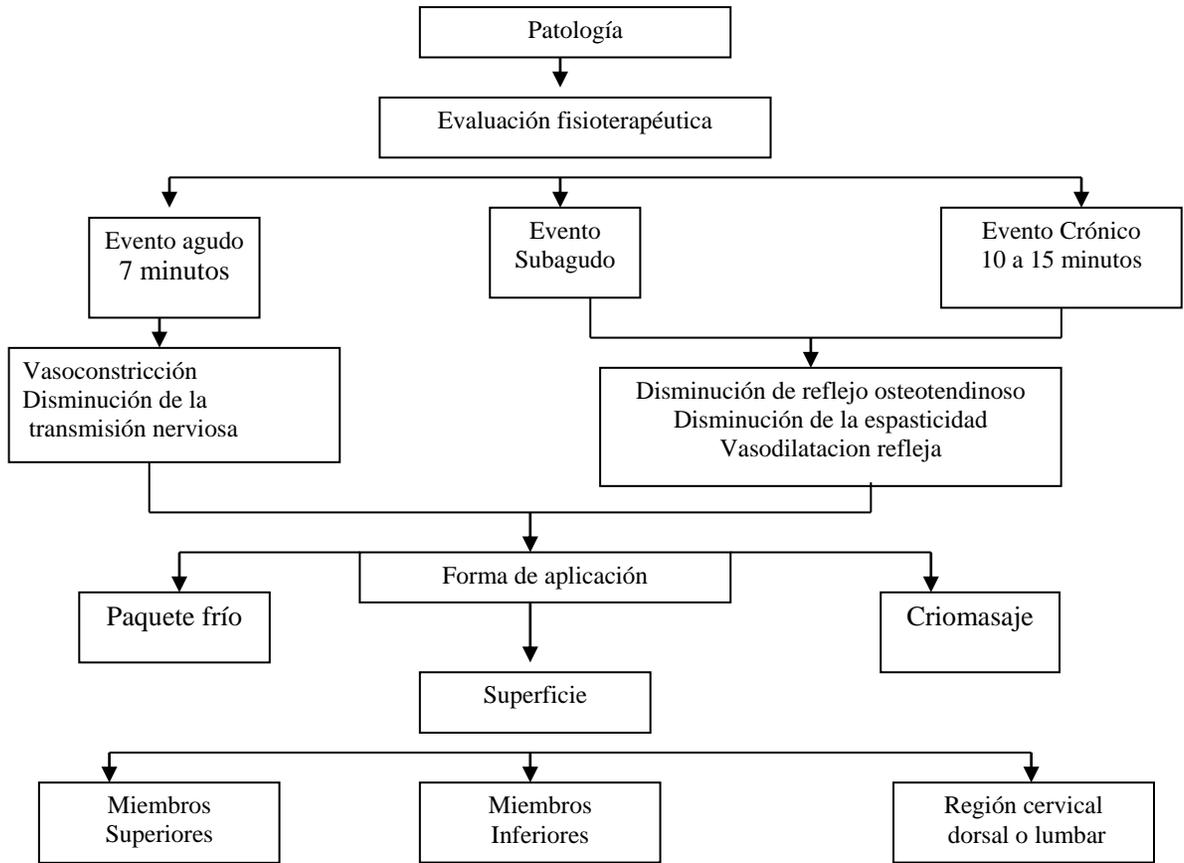
6.3.2.1 PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL ULTRASONIDO



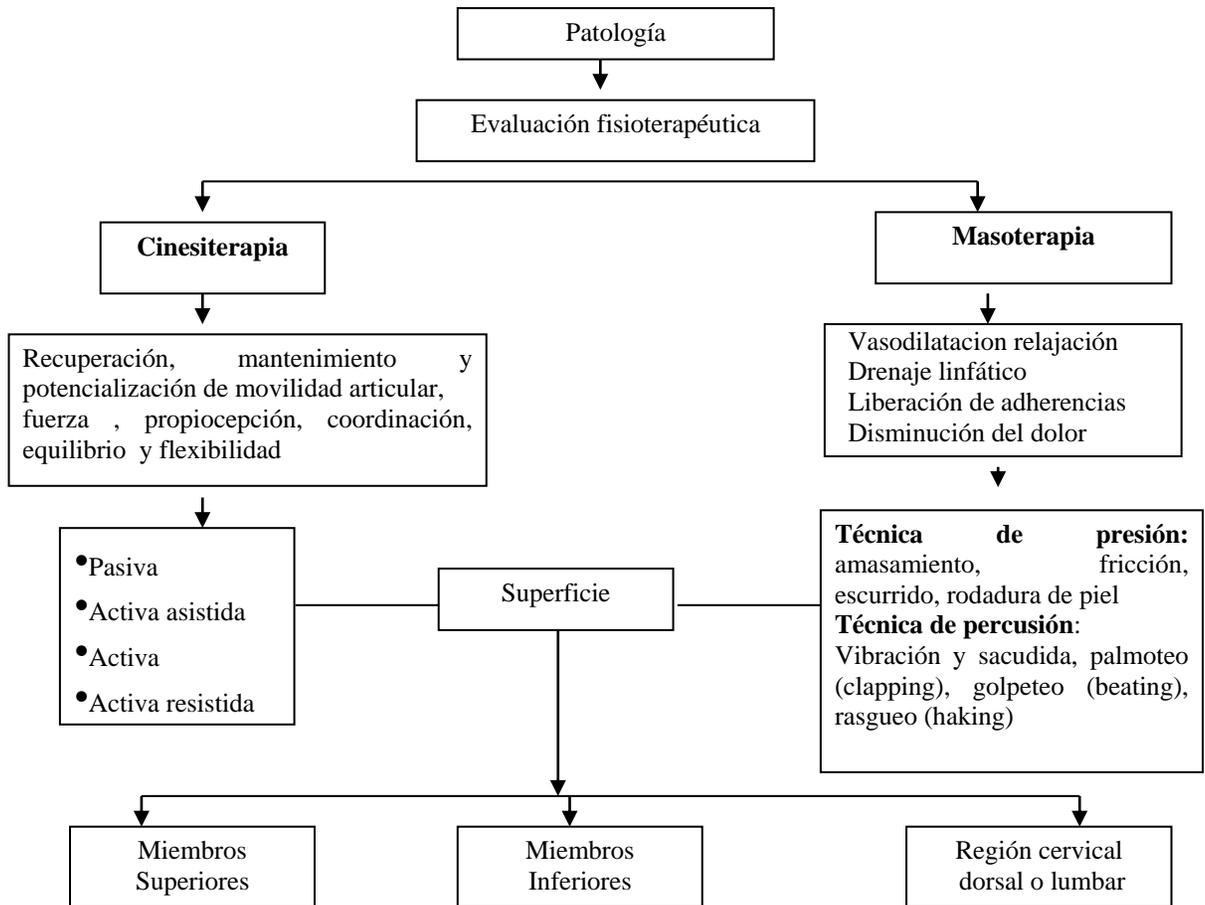
6.3.2.2 PROTOCOLO DE LA APLICACIÓN DEL CALOR SUPERFICIAL



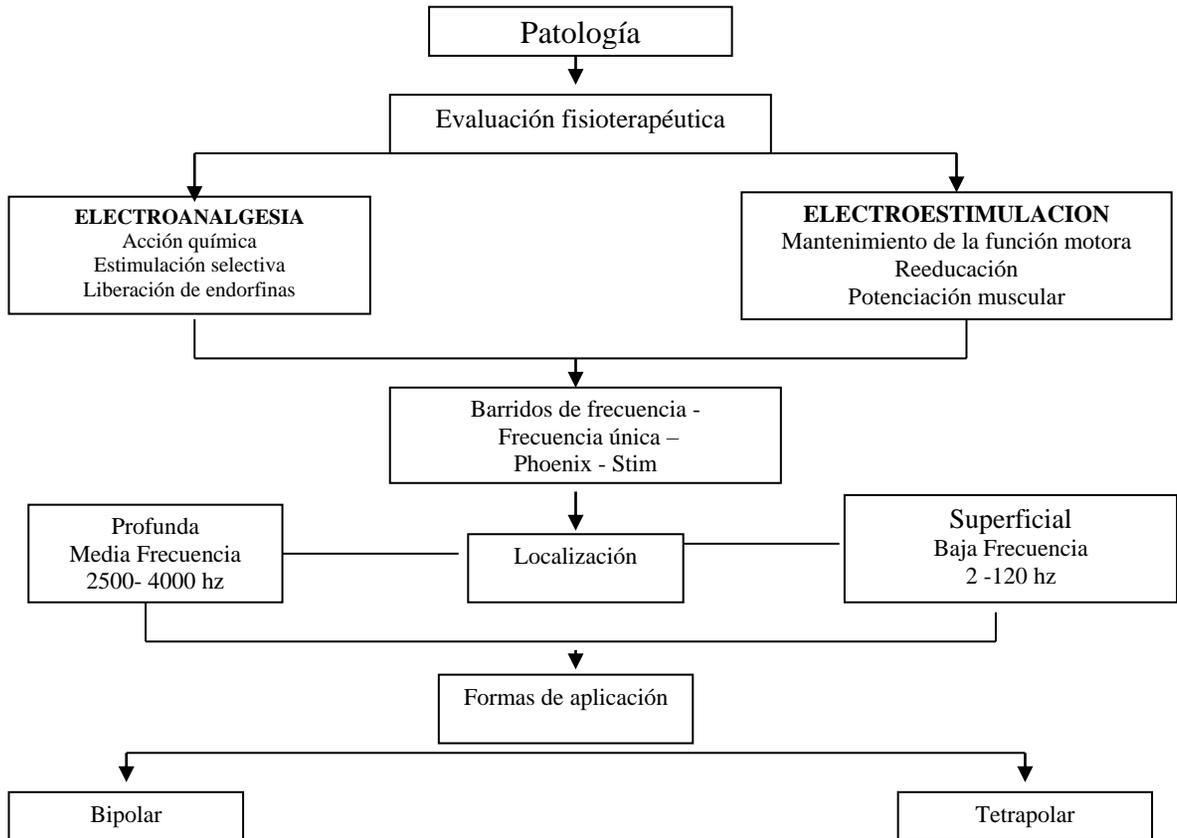
6.3.2.3 PROTOCOLO DE LA APLICACION DE LA CRIOTERAPIA



6.3.2.4 PROTOCOLO MANEJO DE LA APLICACION DE MECANOTERAPIA



6.3.2.5 PROTOCOLO DE LA APLICACION DE LA ELECTROTERAPIA



6.3.3 GUIAS DE ATENCION

	GUIAS DE ATENCION	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL PIO XII
	DIAGNOSTICO	LUMBALGIA
	GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA LUMBALGIA

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: REHABILITACIÓN INTEGRAL

SERVICIO: FISIOTERAPIA

GUIA: MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA LUMBALGIA

CODIGO CIE – 10:M54.5

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

El dolor lumbar o lumbalgia es muy frecuente, en el se presenta un dolor localizado en la zona lumbar sin irradiación a las extremidades inferiores y que puede ser agudo o crónico. La lumbalgia aguda es de aparición súbita, se puede observar una rectificación de la lordosis acompañada de una flexión de cadera como postura antalgica; un dolor intenso localizado en la zona lumbar, que aumenta al intentar realizar algún movimiento, esta es de buen pronóstico.

La lumbalgia crónica denominada así cuando persiste más de 6 meses y recidiva fácilmente. Los desequilibrios pélvicos (anteversión) por distensión e insuficiencia de glúteos e isquiotibiales, darán lugar a un aumento de la lordosis lumbar y por ende a dolor.

La obesidad representa una carga para el segmento lumbar debido al aumento de peso corporal, los micro traumatismos de repetición actuarán sobre la musculatura posterior de la espalda dando lugar a una contractura.

Finalmente, los estados depresivos o de ansiedad pueden formar parte de la etiología de este evento.

Puede deberse a la tensión mecánica y funcional, a causas inflamatorias, neoplásicas, radiculopatías, artrosis, sacroileitis. La lumbalgia inespecífica implica que no se debe a causas como fracturas, traumas, ni enfermedades sistémicas.

CAUSAS:

- Puesto de Trabajo Inadecuado.
- Sobrecarga por repetición.
- Sobrecarga postural.
- Vibración corporal total.
- Trabajo monótono.
- Escasa satisfacción laboral.
- Desequilibrio muscular.
- Tabaquismo.
- Cambios posturales de la mecánica corporal (embarazado).

3. OBJETIVOS

- Brindar un adecuado tratamiento con diferentes técnicas y modalidades fisioterapéuticas para lograr una buena funcionalidad física, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida del paciente.
- Disminuir sintomatología dolorosa y presencia de espasmos musculares
- Relajar musculatura lumbar.
- Educar en la higiene postural y adecuado manejo de cargas.

4. EVALUACION:

Detectar anomalías en la curvatura vertebral o postura antálgica y diferencias en la longitud de las piernas. Evaluar función muscular en abdominales y paravertebrales. Evaluar Retracciones. Evaluar Postura.

- Palpación de la columna y articulaciones sacro ilíacas, buscando puntos de hipersensibilidad.
- Elevación de la pierna del lado doloroso en paciente acostado, dolor a menos de 60° irritación de la raíz nerviosa.
- Paciente sentado dolor al extender la rodilla
- Exploración de la sensibilidad y reflejos de las extremidades inferiores.

L4: Dolor al extender la rodilla.

L5: Dorsiflexión del pie y extensión del halux.

S1: Flexión plantar del tobillo.

TRATAMIENTO:

- Eliminar y disminuir la sintomatología dolorosa.

- Eliminar espasmos.
- Mejorar flexibilidad y elasticidad muscular para favorecer un adecuado balance biomecánico.
- Fortalecimiento de la musculatura débil para mejorar actitud postural y favorecer balance biomecánico.
- Favorecer actitud postural.
- Mejorar movilidad articular de columna.
- Educar en el manejo adecuado del cuerpo y de cargas en actividades de la vida diaria y en actividad laboral.
- Identificación de los factores de riesgo ergonómico. Brindar estrategias de manejo emocional adecuado frente al dolor.
- Educación en higiene postural.
- Estiramiento de retracciones.

5. MATERIALES Y EQUIPOS:

- * Paquete caliente.
- * Paquete frío.
- * Toallas.
- * Aceite mineral 5-10 c.c.
- * Alcohol.
- * 1 colchoneta.
- * 1 camilla.
- * Balón grande.
- * Juego de theraband.
- * Juego de pesas variado
- * Electroanalgesia
- * Electroodos
- * Ultrasonido

6 .ORIENTACION Y DESCRIPCIÓN

Historia clínica: El paciente que ingresa al servicio de fisioterapia con un cuadro de lumbalgia bien sea aguda o crónica, por las características del dolor que lo limita para realizar sus Actividades de la Vida Diaria, es un individuo a quien se le debe realizar una evaluación muy completa y a quien se deben explicar con más detenimiento los pasos a seguir.

Valoración: Esta incluye datos como lo son:

- Anamnesis.

- Dolor.
- Sensibilidad.
- Fuerza muscular.
- Postura.
- Equilibrio.

Tratamiento: Posterior a la valoración y teniendo en cuenta el dolor presente, se inicio un tratamiento de tipo sedativo por medio de calor húmedo en región posterior en glúteos y región lumbosacra. También puede emplearse masaje sedativo, de digito presión en las zonas que presentan espasmos musculares, y banda tensa .Más adelante se coloca frío por 5-10 minutos en zona glútea, una vez se han relajado los tejidos blandos se inician estiramientos que aumentarán los rangos de movilidad para finalizar se realizan ejercicios de fortalecimiento de paravertebrales, abdominales y miembros inferiores.

Para esto se utilizan bandas elásticas progresivamente pesas en región lumbar y miembros inferiores, durante el tratamiento se utilizan las además electroterapia para inhibir dolor y/o para fortalecer.

Es importante que el paciente identifique los principios fundamentales de la higiene de columna y que durante las sesiones aprenda a como levantar objetos pesados realizar cambios de supino a sedente, transportar objetos pesados y realizar actividades domesticas

Se logra obtener buenos resultados en la modificación del dolor y le higiene de columna con aproximadamente de 20 sesiones

7. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Se debe anexar a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se pueda registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta vea conveniente, con fecha y numero de sesiones a realizar.

8. BIBLIOGRAFIA

- Medicina Física y Rehabilitación, Krusen, Ed. Medica Panamericana, 2da ed. 1995
- Diagnóstico diferencial en fisioterapia, Meadows James T. Ed. Mac Graw Hill, 1ra ed, 2002
- Rehabilitación en Salud una mirada medica, Arbelaez R, Ed. Universidad de Antioquia, 2da ed.1997 ,
- Analgésia por medios físicos, Plaja J Masip, Ed. Mac Graw Hill, 2003.
- Síndromes dolorosos incapacidad y dolor de tejidos blandos Cailliet Rene, Ed. Manual Moderno.1988
- Manual de medicina de rehabilitación Fonseca Portilla, Galia, Constanza. Ed. Manual Moderno. 2002.

	GUIAS DE ATENCION	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL PIO XII
	DIAGNOSTICO	HEMIPLEJIA
	GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA HEMIPLEJIA

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: REHABILITACIÓN INTEGRAL

SERVICIO: FISIOTERAPIA

GUIA: MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA HEMIPLEJIA

CODIGO CIE – 10:G81.9

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La hemiplejia suele definirse como la deficiencia motora, caracterizada por la pérdida de control motor voluntario sobre una mitad del cuerpo, causada más frecuentemente por lesión de la primera moto neurona a nivel cerebral, generalmente producto de un accidente vascular encefálico. Cuando los músculos afectados aumentan su tono, recibe el nombre de hemiplejia espástica; si disminuye el tono y los músculos se encuentran débiles, se denomina hemiplejia flácida.

CAUSAS:

La presencia de una hemiplejia puede ser causada por diversos factores que involucren un daño en las vías motoras principales a nivel de la primera moto neurona. Algunas de éstas son:

- Accidente Cerebro Vascular: Puede ser hemorrágico o trombótico, generando un daño motor contra lateral o isquémico.
- Trauma Cráneo encefálico: Como su nombre lo dice es una alteración en la función cerebral originada por un accidente traumático que compromete cerebro.
- Tumores: que pueden causar daño axonal de las neuronas a través de la compresión de estos y degeneración de las fibras.
- Enfermedades infecciosas que comprometen el Sistema Nervioso Central: Como

la encefalitis, meningitis, TBC y mononucleosis, entre otras. Estas enfermedades infecciosas pueden dejar como secuela una hemiplejia, ya que producen un proceso inflamatorio que termina en la degeneración y fibrosis de algunas fibras que pueden dejar un daño focal.

3. OBJETIVOS

- Rehabilitar a corto plazo el paciente hemipléjico durante la etapa temprana y aguda.
- Mejorar el tono y la coordinación, obteniendo reacciones normales del lado afectado, en respuesta a la movilización.
- Inhibir los patrones de movimiento anormales del paciente y desarrollar paralelamente los patrones fisiológicos.

4. EVALUACIÓN

- Tono
- Sensibilidad
- Piel
- Acciones Motoras Involuntarias
- Acciones Motoras Voluntarias
- Valoración funcional
- Coordinación
- Equilibrio
- Retracciones
- Actitud Postural
- Marcha
- Actividades Básicas Cotidianas
- Acciones de la vida Diaria.

TRATAMIENTO

- Las técnicas de rehabilitación empleadas en la hemiplejia dependen de la etapa de recuperación que haya alcanzado el paciente o en que etapa se haya detenido la mejoría.
 - Etapa flácida inicial.
 - Etapa de espasticidad.
 - Etapa de recuperación relativa.

Rotación del decúbito dorsal al lateral: Esta actividad esta destinada al entrenamiento del tronco, cintura escapular y pelvis, mediante esto el paciente disminuye la espasticidad propia del decúbito dorsal (retracción del brazo en el hombro y

espasticidad extensora de la pierna)

- Preparación del paciente para sentarse y pararse: Es una continuación de la técnica anterior, adicionándose entrenamiento para el control de la pierna y la posterior extensión para el apoyo del peso.
- Preparación para caminar sin circunducción.
- Control de aducción y abducción en la cadera en decúbito dorsal
- Sentarse desde el decúbito dorsal y lateral
- Equilibrio del tronco en posición de sentado
- Apoyo y sostén del peso sobre el brazo extendido al sentarse
- Control del brazo en el hombro
- Movilizaciones articulares de la cintura escapular
- Rehabilitación para ponerse de pie y mantenerse así
- Rehabilitación para la marcha: Con ayuda de una ortesis corta, en casos de déficit sensitivo pues los pacientes pueden no percibir cuando se dobla el tobillo
- Estación de pie: Reforzamiento de grupos musculares del lado afectado para poder soportar el peso ejercido al dar el paso.
- Balanceo de la pierna afectada
- Diseñar plan casero: Entrelazar las manos con el pulgar afectado sobre el sano y elevarlas por sobre la cabeza, bajar y luego movilizarlas adelante del tórax como empujando. Estos ejercicios tienen por objetivo lograr la realineación del brazo afectado con el sano.

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO:

- Ejercicios pasivos.
- Ejercicios activos
- Técnica de Bobath (Técnica Inhibitoria – Técnica Facilitadora)
- Kabat (estimulación centros propioceptivos neuromusculares)
- Reducir la espasticidad mediante el control de patrones.
- Inhibir y disociar de los patrones totales.
- Educar sobre actitudes a evitar o inhibir.
- Orientar al paciente sobre el dominio de la espasticidad.

5. MATERIAL Y EQUIPO:

- Paquete frío
- Balón
- Colchoneta
- Theraband
- Balancín
- Pesas
- Vibrador
- Barras Paralelas

6. ORIENTACION Y DESCRIPCIÓN

Rehabilitar a corto plazo el paciente hemipléjico durante la etapa temprana y aguda. Mejorar el tono y la coordinación, obteniendo reacciones normales del lado afectado, en respuesta a la movilización.

Inhibir los patrones de movimiento anormales del paciente y desarrollar paralelamente los patrones fisiológicos.

Reducir la espasticidad mediante el control de patrones.

Tonificar la musculatura afectada.

Inhibir y disociar de los patrones totales.

Educar sobre actitudes a evitar o inhibir.

Estimular.

Concientizar al paciente sobre el dominio de la espasticidad.

Concientizar a la familia sobre la importancia del tratamiento y su continuidad.

7. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Se debe anexar a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se pueda registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta vea conveniente, con fecha y numero de sesiones a realizar.

8. BIBIOGRAFIA

Hemiplejia del adulto evaluación y tratamiento Bobath Betha, Ed. Panamericana, 3ra ed, 1999.

Neurología para fisioterapeutas. Downie, P Cash, Ed. Panamericana, 2da ed,1998

	GUIAS DE ATENCION	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL PIO XII
	DIAGNOSTICO	ARTROSIS
	GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA ARTROSIS

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: UNIDAD DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
SERVICIO: FISIOTERAPIA
GUIA: MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA ARTROSIS
 CODIGO CIE – 10:M19.9

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Se denomina artrosis u osteoartritis (OA) a un grupo heterogéneo de padecimientos articulares que se caracterizan primariamente por deterioro y pérdida de cartílago hialino articular, alteraciones del hueso subcondral y variados compromisos de tejidos blandos que incluye a la membrana sinovial.

Estos cambios reflejan el desbalance entre el daño tisular y la capacidad de reparación y suelen ocurrir gradualmente en el tiempo. Los criterios clínicos para el diagnóstico definitivo de artrosis incluyen la historia clínica, el examen físico y cambios radiológicos, todos los cuales pueden aparecer tardíamente en relación con el momento en que ocurren los cambios histopatológicos.

La magnitud de los síntomas clínicos con frecuencia no se correlaciona con los hallazgos radiológicos. Suele existir inflamación articular, clínicamente de baja magnitud y sin repercusión sistémica, más frecuentemente al inicio de los síntomas que motivan la consulta, fenómeno que puede repetirse esporádicamente.

Las articulaciones que con mayor frecuencia se comprometen son manos, caderas y rodillas.

ARTROSIS DE CADERA:

Se caracteriza por una pérdida progresiva del cartílago articular, estrechamiento del espacio articular y dolor. La rigidez contribuye a la formación de osteófitos

(excrecencia ósea formada a expensas del periostio. Formación ósea anormal muy frecuente que se produce en la proximidad de la articulación vertebral. Pueden localizarse en otras articulaciones), lo que a su vez, empeora la rigidez, haciendo que el paciente tenga dificultades para la realización de actividades funcionales que involucra la flexión de cadera

La artrosis de cadera puede deberse a muchas causas tales como a un proceso infeccioso durante la infancia, necrosis vascular de la cabeza femoral.

ARTROSIS DE RODILLA:

Puede deberse a muchas causas, tales como deformaciones congénitas (desviaciones axiales y rotatorias) traumatismo y artritis reumatoide. El 80% de los pacientes presentan artrosis del compartimiento medial y conforme el hueso se va desgastando, aparece una enfermedad conocida como "rodilla de reverencia". Entre el 5 y 10% de los pacientes presentan la artrosis en el compartimiento lateral de la rodilla, lo que provoca una deformidad en valgo. Por último un pequeño porcentaje de pacientes sufre deformaciones rotatorias de la tibia que provocan una subluxación y desplazamiento importante de la rótula.

CAUSAS:

- Obesidad
- Edad
- Artrosis de otras articulaciones
- Antecedentes de traumatismo o lesión de la rodilla
- Antecedentes de cirugía de la rodilla
- Sexo femenino
- Actividad física con exceso de carga
- Genética

3. OBJETIVOS

- Disminuir el dolor.
- Aumentar la capacidad funcional del paciente para desarrollar sus actividades de la vida diaria.
- Informar y educar al paciente sobre la enfermedad: tratamiento, cuidados y prevención.
- Mantener la fuerza muscular y el rango de movilidad lo más normal posible, evitando las posiciones viciosas.
- Sugerir el empleo de aditamentos férulas y ayudas para la marcha que permitan a la protección de las articulaciones

4. EVALUACIÓN:

- Anamnesis:
- Dolor
- Localización de los síntomas
- Sensibilidad
- Inflamación de rodilla o cadera.
- Inestabilidad de rodilla (rotura ligamentosa o debilidad del cuádriceps)
- Piel
- Movilidad articular
- Fuerza Muscular
- Coordinación
- Equilibrio
- Retracciones Musculares
- Postura
- Marcha
- Presencia de síntomas mecánicos (crepitación, bloqueo)

5. MATERIAL Y EQUIPO:

- Paquete frío
- Paquete caliente
- Electroanalgesia
- Electroestimulación
- Electrodo medianos de 4 x 4 cm.
- Ultrasonido
- Theraband
- Pesas.
- Bastones , muletas o caminador.

6. ORIENTACION Y DESCRIPCIÓN

El tratamiento debe comenzar con la evaluación fisiocinética de fuerza muscular, movilidad articular (dentro de estas retracciones), marcha, ABC, piel y trofismo, en cada paciente.

Inicialmente se aplica calor local durante 20 minutos utilizando paquete caliente sobre la región periarticular comprometida, cadera, rodillas, manos, columna cervical o lumbar. Se puede aplicar ultrasonido de 1 Mhz, de modo pulsátil intensidad media entre 7 a 10 minutos, con el fin de aumentar las propiedades viscoelásticas y disminuir el dolor en la cadera, rodilla, columna cervical o lumbar.

Luego se realiza masaje en forma suave, sobre las estructuras periarticulares para tratar de favorecer la circulación y aumentar la elasticidad de los tejidos. Esta modalidad física se aplica durante un tiempo de 10 minutos.

Se continúa con ejercicios pasivos que se podrán repetir un número de veces adecuado y tolerado por el paciente, luego ejercicios activos, posteriormente ejercicios resistidos según la tolerancia del paciente y en el sector óptimo funcional y en todos los planos de movimiento, al tiempo que se puede aplicar tracción manual a tolerancia del paciente, respetando su umbral de dolor.

Se realizan estiramientos suaves de estructuras retraídas en la cadera, rodilla, columna lumbar y cervical, a tolerancia del paciente.

Si se hace necesario disminuir las cargas de la articulación de cadera y rodilla se debe entrenar al paciente en marcha con muletas, bastón o caminador, que puede ser de uso permanente o eventual de acuerdo a las necesidades del paciente, teniendo en cuenta que no aumente el dolor ni carga articular.

También puede aumentar la potencia muscular en el caso de artrosis de rodilla mediante la estimulación eléctrica de cuádriceps con estimulación de 50 Hz en adelante, con formas cuadrangulares y en trenes o burts.

El plan casero está encaminado al desarrollo de movimientos activos libres, los cuales consisten en contracciones musculares realizadas sin ayuda ni resistencia de ninguna fuerza externa, más que de la gravedad, mantienen la fuerza muscular y mejoran la coordinación.

7. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Se debe anexar a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se pueda registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta vea conveniente, con fecha y numero de sesiones a realizar.

8. BIBIOGRAFIA

Fisioterapia del Aparato Locomotor E. Vilar, Ed. Mac Graw Hill, 1ra ed, 2005
Patología Medica para Fisioterapeutas Goodman, Catherine, Ed. Mac Graw Hill, 3ra ed, 2001

	GUIAS DE ATENCION	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL PIO XII
	DIAGNOSTICO	DORSALGIA
	GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA DORSALGIA

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: REHABILITACIÓN INTEGRAL

SERVICIO: FISIOTERAPIA

GUIA: MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA DORSALGIA

CODIGO CIE10: M54.6

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

El raquis dorsal es el segmento de mayor longitud y rigidez de la columna, en este segmento de la columna vertebral, las radiculalgias de tipo degenerativo son casi inexistentes dada la escasa movilidad selectiva del segmento motor vertebral. Es por esto que las dorsalgias son debidas a la osteoporosis o a la osteomalacia ya que pueden producir aplastamiento vertebral, también se puede producir por patologías de tipo cardiaco, digestivo o mediastinico.

La dorsalgia mecánica se debe a una alteración de las curvas fisiológicas del raquis que puede ser por aumento de la cifosis, o por un dorso plano. En ambos casos el origen estará en los desequilibrios pélvicos (anteversión en la cifosis y retroversión en el dorso plano, acompañado de insuficiencia muscular; la etiología también puede ser la hiperlaxitud ligamentosa, las posturas mantenidas por un tiempo prolongado, la sobrecarga o la debilidad muscular.

En muchos casos se nota opresión en el pecho al realizar respiraciones profundas, lo que lleva a una preocupación seria en aquellos que la padecen, pues confunden esos síntomas con creer tener algún problema cardio-respiratorio. Impotencia funcional parcial del cuello, en su movimiento de flexión anterior, por producir dolor importante entre las escápulas; En ocasiones la contractura muscular paravertebral dorsal, provoca cefaleas, debido a la continuidad de estos músculos hasta

su inserción en la base del cráneo.

CAUSAS

Las tres causas de dorsalgia aguda más frecuentes son las infecciones, los aplastamientos vertebrales y las hernias de disco.

Infecciones Pueden estar producidas por gérmenes de todo tipo

Las hernias discales: Protrucción del disco intervertebral y traumas generalmente.

Los aplastamientos vertebrales: Son causas de aplastamientos benignos la osteoporosis, la diabetes, el alcoholismo o la toma prolongada de cortisona.

Otras causas:

Los tumores malignos: Los tumores malignos también ocasionan que las vértebras se vuelvan frágiles y sufran un aplastamiento. El cáncer de pulmón, de mama y de próstata son los que más frecuentemente producen dorsalgias por capacidad de dar metástasis en el hueso.

Mecánicas: por defectos de posición en el trabajo, en el estudio, cosiendo, etc., provocando con el paso del tiempo anomalías de la columna dorsal como hipercifosis o escoliosis.

Traumáticas: por traumatismo directo.

Reumatológicas: por ejemplo, osteoporosis o artrosis vertebral dorsal.

Stress: que se acumula especialmente en la musculatura del cuello y zona dorsal, entre los omóplatos o escápulas.

3. OBJETIVOS:

- Disminuir el dolor
- Aumentar la capacidad funcional del paciente para desarrollar sus actividades de la vida diaria.
- Informar y educar al paciente sobre la enfermedad: tratamiento, cuidados y prevención.
- Mantener la fuerza muscular y el rango de movilidad lo más normal posible, evitando las posiciones viciosas.
- Aumentar la fuerza y tonicidad del músculo.

4. EVALUACION:

- * Anamnesis.
- * Arcos de movilidad articular.
- * Dolor.
- * Fuerza muscular.
- * Sensibilidad.
- * Postura con vista, anterior, lateral posterior.
- * Patrón costo diafragmático.

TRATAMIENTO:

- Reposo hasta la desaparición del dolor.
- Reducción del espasmo muscular.
- Reducción de la inflamación.
- Fortalecimiento de musculos paravertebrales.
- Educar al paciente en higiene postural.

5. MATERIALES Y EQUIPO

- * Camilla.
- * Colchoneta
- * Theraband en los diferentes colores amarilla, verde, azul, negra).
- * Balón grande.
- * Rodillo grande y pequeño.
- * Paquete caliente mediano.
- * Paquete frío mediano.
- * Ultrasonido.
- * Electroanalgesia
- * electrodos grandes
- * Aceite mineral 5 c.c.
- * Guantes.
- * Ultrasonido

6.ORIENTACION Y DESCRIPCION

Historia clínica.

Los pacientes con esta patología generalmente presentan malformaciones congénitas, malos hábitos, manejo de cargas importantes o han realizado actividades laborales con tendencia a la flexión de tronco la cual va deformando la reja costal y por consiguiente la curva cifótica.

Evaluación del paciente: Para evaluar las algías del raquis existen hojas de valoración encaminadas a recopilar los signos y síntomas que el paciente muestra o refiere.

- Anamnesis.
- Arcos de movilidad articular.
- Dolor.
- Fuerza muscular.
- Sensibilidad.
- Postura con vista, anterior, lateral posterior.
- Patrón costo diafragmático.

Se tendrán en cuenta la historia clínica realizada por el Médico tratante y los métodos diagnósticos.

Ejecución del plan de tratamiento: Posterior a la valoración del paciente, prono o supino según el criterio del fisioterapeuta, si es una mujer en embarazo preferiblemente se ubica en decúbito lateral.

Se inicia el tratamiento aplicando métodos sedativos, bien sea calor húmedo o crioterapia en la región dorsal. También puede aplicarse estimulación eléctrica con fines analgésicos en la región dorsal. Igualmente se usa ultrasonido el cual puede ser continuo o pulsátil de 1 Mhz, por 10 minutos con intensidad media; se realiza masaje sedativo en toda la región paravertebral, se realizan estiramientos de toda la musculatura escapulo humeral y paravertebral; espinales altos y bajos, ejercicios de fortalecimiento muscular para mejorar la postura. La higiene postural es fundamental durante las sesiones y se refuerza como plan casero. El tratamiento se verá apoyado por una parte teórica en donde se dan a conocer la anatomía y causas de la lesión que presenta.

Riesgos y complicaciones: Uno de los riesgos más importantes son las fracturas costales, vertebrales o el síncope. Se debe hacer buen uso de los equipos que se utilicen para evitar complicaciones tales como quemaduras.

7.. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Se debe anexas a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se pueda registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta vea conveniente, con fecha y numero de sesiones a realizar.

8. BIBLIOGRAFIA

Síndromes dolorosos incapacidad y dolor de tejidos blandos, Callet Rene, Ed. Manual Moderno.1998

Analgesia por medios físicos Plaja, J. Masip, Ed. Mac Graw Hill. 2004

Fisioterapia del aparato locomotor, E. Vilar, Ed. Mac Graw Hill, 1ra ed. 2005.

	GUIAS DE ATENCION			
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL PIO XII		
	DIAGNOSTICO	REEMPLAZO	ARTICULAR	DE CADERA
	GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DEL REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERA		

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: REHABILITACIÓN INTEGRAL

SERVICIO: FISIOTERAPIA

GUIA: MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE REEMPLAZO ARTICULAR DE CADERA

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

El reemplazo total de cadera o artroplastia es una técnica quirúrgica consistente en la implantación de una prótesis, John Charnley de Inglaterra fue el precursor de esta técnica hacia el año de 1961, creando las primeras prótesis las cuales constan universalmente de componente femoral metálico y un componente acetabular de polietileno .La prótesis total de cadera consta de tres partes:

1. Una copa que reemplaza el acetábulo de la cadera. Por lo general es plástica, aunque en algunos casos se intenta con cerámica y metal.
2. Una esfera metálica o de cerámica que reemplaza la cabeza femoral.
3. Un tallo metálico que se adhiere al cuerpo del hueso para dar más estabilidad a la prótesis.

Indicaciones:

- Dolor.
- Limitación de la movilidad.
- Deformidad.
- Alteraciones de la marcha.

En afecciones tratables como:

- Osteoartrosis primarias.
- Ostroartritis 2ª a traumas.
- Fracturas y luxaciones secuelas de fracturas de cuello femoral y acetabulares.
- Pseudoartrosis de cuello femoral.
- Prótesis simples fracasadas.
- Necrosis degenerativas y tumores.

Tipos de artroplastia: se conocen básicamente dos y son

1. Artroplastia parcial: En esta técnica se reemplaza solo una de las superficies articulares, siendo satisfactoria si una de las superficies se encuentra en buen estado.
2. Artroplastia total: Entraña el reemplazo de ambas superficies articulares con metal o una combinación de metal cerámica contra plástico, que suele ser polietileno de alta densidad. El dispositivo tiene la ventaja de que funciona de manera adecuada, pero es vulnerable a la sepsis o fallas mecánicas que pueden aflojarlos o luxarlos o destruir sus componentes.

Principios:

- Poca fricción y resistencia satisfactoria al desgaste con combinación de acero, titanio o cobalto – cromo para un componente y polietileno de alta densidad para el otro.
- Las superficies articulares deben permitir el movimiento adecuado en los planos necesarios y al mismo tiempo restringir los innecesarios.
- Algunas prótesis pueden ser cementadas al hueso por medio de metilmetacrilato, o por componentes revestidos o sintetizados, los cuales penetren el tejido óseo, recomendada para mayores de 75 años. Las prótesis Híbridas: Se cementa uno de los componentes únicamente y las prótesis No Cementadas, en que ninguno de los componentes se cementa, recomendada menores de 55 años.

Complicaciones:

- Luxación de la prótesis.
- Fractura del tallo protésico femoral.
- Embolismo graso
- Aflojamiento aséptico.

Contraindicaciones absolutas:

- Pacientes con artritis séptica reciente.
- Artroplastia neuropática.
- Hueso patológico cerca de la articulación.
- Deterioro mental severo
- Obesidad

Contraindicaciones relativas:

- Pacientes con osteoporosis graves.
- Defecto ligamentario grave o imposible de corregir.
- Deficiencias psicológicas o fisiológicas importantes.

3. OBJETIVOS

- Eliminar el dolor de la articulación coxo femoral
- Controlar edema de Miembros Inferiores
- Prevenir alteraciones circulatorias en Miembros Inferiores
- Mantener y aumentar la movilidad articular de rodilla y cuello de pie.
- Restaurar la movilidad articular de la cadera remplazada. Incrementar la fuerza muscular de glúteo medio, máximo y rotadores externos.
- Mantener y aumentar la fuerza muscular de flexores y extensores de la rodilla y cuello de pie
- Reeducar el patrón de marcha.
- Instruir al paciente sobre los cuidados básicos del reemplazo total de cadera.

CAUSAS:

El reemplazo de la articulación de cadera se hace principalmente en personas de 60 años y más.

Entre los casos mas importantes para el reemplazo de cadera están:

- Artritis reumatoidea
- Osteoartritis
- Necrosis avascular de cabeza femoral
- Fracturas intrarticulares de cadera
- Secuelas de luxación congénita de cadera
- Reconstrucciones fracasadas.
- Fracturas del cuello del fémur (en personas de edad avanzada)
- Tumores de la articulación de la cadera.

4. EVALUACION:

- Dolor
- Sensibilidad
- Propiedades tróficas y mecánicas
- Trofismo muscular
- Test de Movilidad
- Retracciones
- Valoración muscular
- Actitud postural.

5. MATERIAL Y EQUIPO:

Fase I – Preoperatoria

- 1 Incentivo inspiratorio.
- 5 Therabands de todos los colores.
- 4 Pesas de diferente graduación.
- 1 Equipo de ultra sonido (20 c.c. de gel).
- Equipo de electroanalgesia

Fase II Post-operatoria – reacondicionamiento físico.

- 3 Vendas elásticas.
- 2 Pares de medias anti embólicas.
- Paquete caliente mediano.
- Paquete frío mediano.
- Electroanalgesia
- Aceite mineral 5 c.c.
- Guantes.

Fase III Post – Operatoria

- 1 Incentivo inspiratorio.
- 5 Therabands de diferentes colores.
- 5 Pesas de diferente graduación.
- 2 Paquetes fríos.

Ayudas para mantener sedestación:

- 1 Caminador.
- 1 Par de muletas.
- 1 Barras paralelas.

- 6 cojines para control de postura.

Fase IV Fortalecimiento

- 5 Pesas de diferente graduación.
- 1 Equipo de multifuerza.
- 6 Cojines para control de postura.

Ayudas para sedestación y marcha:

- 1 Caminador.
- 1 Par de muletas.
- 1 Bastón.
- 1 Caminador.

6. ORIENTACION Y DESCRIPCIÓN

Fase I Preoperatorio

1. Acondicionamiento cardiopulmonar al paciente a través de ejercicios de respiración profunda, Facilitación Neuromuscular Propioceptiva para reeducar y/o fortalecer los músculos involucrados en el patrón respiratorio adecuado, tos asistida y uso del incentivo inspiratorio.
2. Fortalecimiento muscular de miembros superiores a través de técnicas de resistencia para lograr reeducar y fortalecer patrón respiratorio y el logro de potencia y resistencia para el posterior entrenamiento en marcha con ayudas.
3. Fortalecimiento muscular de tronco inferior y MMSS a través de técnicas de resistencia para fortalecer la musculatura periarticular de la cadera lesionada y fortalecimiento de segmentos y articulaciones adyacentes.
4. Estiramientos musculares progresivos, y ejercicios activos a tolerancia que mejoren los rangos de movilidad articular con énfasis en cadera comprometida.
5. Manejo de dolor de reposo y de acción a través de medios físicos y del electroanalgésico previo a la realización del ejercicio físico para lograr consecución de objetivos planteados.
6. Determinar actividad cognitiva, social y laboral del paciente para proyectar el proceso de rehabilitación, así como para escoger la ayuda externa adecuada que usará el paciente durante su proceso de rehabilitación y si es necesario posterior a él.
7. Instruir al paciente en el cuidado protésico, y de la zona quirúrgica para lograr el máximo compromiso del paciente en su proceso de rehabilitación.

Fase II Postoperatorio reacondicionamiento físico: Tiene una duración de cuatro semanas.

Primer día postoperatorio:

- Se recomienda el uso de vendaje compresivo y/o medios antiembólicos.
- Se controla postura en cama, cadera en neutro y/o rotación externa, extensión y abducción con un cojín trapezoidal en medio de los miembros inferiores para estimular la abducción de cadera y actividad protésica.
- Se deben realizar ejercicios respiratorios de mantenimiento y fortalecimiento del patrón respiratorio.
- Ejercicios de fortalecimiento de miembros superiores por medio de técnicas de ejercicio resistido.
- Se iniciarán ejercicios activos y activos asistidos de triple flexión del intervenido con arcos submáximos de movimiento.
- Se recomienda isométricos de glúteo medio del lado operado.
- Se coloca al paciente en flexión de cadera previa adopción de la posición sedente graduado progresivo mantenido mínimo 20 minutos. No pasar mas de 90° de flexión de cadera.
- Se debe continuar con ejercicios de mantenimiento y fortalecimiento del patrón respiratorio.
- Continuar con fortalecimiento de miembros superiores y miembros inferiores contralateral.

Segundo día postoperatorio:

- Se continuará con ejercicios antiedema y el uso de flow-back.
- Se debe hacer control postural en cama.
- Se iniciarán ejercicios activos y activos asistidos flexión de cadera intervenida.
- Se fortalece a través de forma analítica al glúteo medio.
- Se coloca al paciente flexión de cadera en semifowler previa adopción de la posición sedente graduado progresivo mantenido mínimo 20 minutos.
- Se debe continuar con ejercicios de mantenimiento y fortalecimiento del patrón respiratorio.
- Continuar con fortalecimiento de miembros superiores y miembros inferiores contralateral.

Tercer día postoperatorio:

- Se iniciará sedestación al borde la cama, se hace descargas de peso latero – laterales.
- Si el paciente lo tolera se iniciará bipedestación sin apoyo.
- Se continuará medidas antiedema, antiembólicos, analgesia y fortalecimiento.

Cuarto día postoperatorio:

- Se iniciara apoyo parcial con 25% de apoyo entrenamiento en maniobra con ayuda externa de caminador o muletas.
- Se inician ejercicios activos y activos asistidos de triple flexión del intervenido con arcos submáximos de movimiento.
- Se fortalece a través de técnica de brime al glúteo medio.
- Se coloca al paciente en semifowler previa adopción de la posición sedente graduado progresivo mantenido mínimo 20 minutos.
- Se debe continuar con ejercicios de mantenimiento y fortalecimiento del patrón respiratorio.
- Continuar con fortalecimiento de miembros superiores y miembros inferiores contralateral.

Del cuarto al sexto día postoperatorio:

- Se trabajan ejercicios activos de flexión de cadera hasta 60°.
- Electroestimulación muscular periarticulares como medio de fortalecimiento.
- Se iniciará fortalecimiento de miembros superiores con pesas iniciando con 2 libras.
- Fortalecimiento de tronco superior.
- Ejercicios resistidos de miembro no afectado en cadera, rodilla, cuello de pie y dedos.
- Apoyo parcial en barras paralelas.
- Ejercicios de equilibrio en bípedo.
- Ejercicios activos resistidos de miembro afectado en arco bilateral.

Desde el sexto al décimo día postoperatorio:

- Se trabaja en flexión de cadera de 90°, abducción a 45° y rotación externa.
- Los medios antiembólicos se deberán usar por 20 días mínimo, se prolongará su uso a criterio del médico o Terapeuta.

Fase III de fortalecimiento y multisensibilización**De cuatro a ocho semanas de duración:**

- Se trabaja con descarga de peso del 50%.

- Fortalecimiento generalizado del paciente encaminado a dar estabilidad peri articular, potencia y resistencia a través del programa de entrenamiento específico dosificado que le dan independencia al paciente en sus ABC.
- Estiramientos generalizados de mantenimiento a través de técnicas de ejercicios mantenidos progresivos, que mantengan la elasticidad, flexibilidad y trofismo muscular celular que le dan ventaja mecánica al paciente en la realización de sus ABC.
- Multiestimulación sensitiva en zonas residuales parestesicas así como la promoción de reacciones de enderezamiento, equilibrio y protectivas en bípedo con apoyo parcial del 50%.
- Si es necesario se cambiará el tipo de ayuda externa utilizado por el paciente.
- Se trabajará en realzamiento, higiene lumbar, encaminadas a concientizar al paciente del correcto manejo postural para el cuidado de la prótesis.
- En la sexta semana se autorizará al paciente a dormir de lado sobre el lado no operado con el cojín trapezoidal entre las piernas.
- Se recomienda estiramientos de psoas iliaco tardíos y a tolerancias, así como de espinales bajas.

Fase IV propioceptiva: La duración de esta fase es de cuatro semanas:

- Se aumentarán progresivamente las descargas de peso hasta lograr apoyo total.
- Se trabajará en estimulación generalizada y/o selectiva que busque además de estabilizar el aumentar el porcentaje de propioceptores musculares.
- Se trabajaran ejercicios de cadena cinética cerrada con apoyo progresivo de peso y aumento progresivo de la longitud del paso.
- Ejercicios priométricos de dificultad progresiva como marcha antero grada retrograda, cambios de dirección, caminar, trotar y saltar.
- Ejercicios de coordinación de FRENKEL.
- Los ejercicios se seleccionarán a criterio del terapeuta dependiendo de las condiciones generales del paciente y de su clasificación variada.

Durante las primeras dos semanas de esta etapa se recomendará al paciente 10

- minutos diarios de caminata y en las 2 semanas restantes 20 minutos de caminata divididos en el día.
- En la semana 12 se autoriza al paciente a dormir sobre el lado operado y en decúbito prono.

INDICACIONES DE LA MARCHA SEGÚN TIPO DE PROTESIS

1. Prótesis Cementadas:
 - Sin apoyo: 4 semanas
 - Caminador: 2 semanas
 - Muletas: 2 semanas
 - Apoyo Parcial: 8 semanas
 - Dos Muletas: 2 semanas
 - Una Muleta: 2 semanas
 - Un Bastón: 4 semanas
2. Prótesis Híbridas:
 - Apoyo parcial: 8 semanas
 - Dos Muletas: 4 semanas
 - Una Muleta: 2 semanas
 - Un Bastón: 2 semanas
3. Prótesis No Cementadas:
 - Apoyo Parcial: 4 semanas
 - Caminador: 2 semanas
 - Muletas: 2 semanas
 - Bastón: 2 semanas

El tratamiento fisioterapéutico para el reemplazo total de cadera corresponde a 30 sesiones.

7. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta determine.

Se debe anexar a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se pueda conveniente, con fecha y numero de sesiones a realizar.

8. BIBLIOGRAFIA

Medicina Física y Rehabilitación, Krusen, Ed. Medica Panamericana, 2da ed. 1995
Diagnóstico diferencial en fisioterapia, Meadows James.T. Ed. Mac Graw Hill, 1ra ed. 2000
Rehabilitación en Salud una mirada médica. R. Arbelaez. Ed. Universidad de Antioquia 2ra ed. 1997.
Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología, Serra M.R. Ed Masson, 1ra ed.1997.

GUIAS DE ATENCION	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
	HOSPITAL PIO XII
	DIAGNOSTICO
	INSUFICIENCIA MOTRIZ DE ORIGEN CEREBRAL (IMOC)
GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE (IMOC)

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: REHABILITACIÓN INTEGRAL

SERVICIO: FISIOTERAPIA

GUIA: MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE IMOC

CODIGO CEI 10: A 80.3

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La Insuficiencia Motriz de Origen Cerebral o antes llamada parálisis cerebral es una deficiencia en la que se presenta una alteración del movimiento y la postura como resultado de un daño cerebral no progresivo y permanente de un encéfalo inmaduro. Debido a esto, los individuos con IMOC tienen dificultad para controlar algunos de sus músculos. Esta lesión motora puede ocurrir antes, durante o después del parto. Debido a la complejidad de la patología se clasifica en:

- **ESPASTICOS:** Es el grupo mas grande, alrededor del 75% de las personas presentan espasticidad, es decir notable aumento del tono muscular, disminución de los movimientos, incapacidad para relajar los músculos, por lesión de la corteza cerebral que afecta los centros motores. El grado de afección varía en cada paciente.
- **ATETOSICOS:** Este tipo se caracteriza por que la persona presenta frecuentes movimientos involuntarios que enmascaran e interfieren con los movimientos normales del cuerpo. Se producen por lo común, movimientos de contorsión de las extremidades, de la cara, la lengua, gestos, muecas y torpeza al hablar. Menos del 10% de las personas con parálisis cerebral muestran atetosis.
- **ATAXICO:** En el cuadro de parálisis cerebral de tipo atáxico se observan grandes dificultades en el equilibrio corporal, una marcha insegura, dificultades en la coordinación y control de las manos y de los ojos. La lesión del cerebro es la causa de este tipo de parálisis relativamente rara.
- **MIXTA:** Casi el 10% de los pacientes con parálisis cerebral presentan un tipo mixto

y un porcentaje reducido, un tipo especial de tensión muscular como distonía, hipertonía, rigidez y temblores.

El daño motor ocasiona problemas en el individuo tales como: mala postura, movimientos involuntarios, aumento de tono, dificultad para hablar, caminar, oír, alimentarse y aprender. Es por ello que el tratamiento varía según la afección o lesión y el grado en que haya sido afectado el cerebro, por lo que cada individuo necesita un tratamiento específico.

CAUSAS:

Hipoxia peri natal

Hipoxia postnatal

Hemorragia cerebral

Rubéola congénita

Toxoplasmosis congénito

Anomalías cromosómicas: Trisomía 13, 18, 21.

Síndrome: X frágil, Prader Willi, Síndrome de Angelman.

Infección: meningitis, encefalitis, citomegalovirus.

Traumatismos: cráneo encefálicos

Trastornos metabólicos no genéticos: Kernicterus, Síndrome de Reye.

Trastornos metabólicos genéticos: fenilcetonuria, histidinemia.

Factores ambientales o toxinas: envenenamiento por plomo, exposición a metil mercurio

3. OBJETIVOS

- Prevenir el aumento de las alteraciones posturales y funcionales
- Mejorar la funcionalidad muscular
- Alcanzar independencia en las Actividades de la Vida Diaria

EXAMENES DE DIAGNOSTICO:

Para confirmar la presencia de una condición sospechada se puede ordenar algunos exámenes de laboratorio, tales como estudio de cromosomas, pruebas enzimáticas, radiografías y estudios metabólicos.

4. EVALUACIÓN:

- Observación General
- Estado de Conciencia
- Tono
- Sensibilidad
- Acciones motoras Involuntarias

- Acciones motoras Voluntarias
- REEP desarrollo motor
- Deformidades
- Contracturas
- Actitud Postural

5. MATERIALES Y EQUIPOS

- Colchonetas
- Balon Bobath
- Theraband
- Rollo
- Balancin
- Camilla

6. ORIENTACION Y DESCRIPCIÓN

movilizaciones de miembros superiores e inferiores

Control Cefálico

Aproximaciones

Estimulación de la Reacciones de equilibrio, enderezamiento y protectivas.

Tapping.

Actividades motoras voluntarias

Inhibición de reflejos patológicos

Disminución patrones de flexión y extensión

Controlar la aparición de deformidades articulares y contracturas musculares

7. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Se debe anexas a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se pueda registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta vea conveniente, con fecha y numero de sesiones a realizar.

8. BIBLIOGRAFIA

Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral, B. Bobath. Ed. Médica Panamericana. 1999

Base neurofisiológicas par el tratamiento de la parálisis cerebral, K.Bobath. Ed Panamericana. 1999.

	GUIAS DE ATENCION	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL PIO XII
	DIAGNOSTICO	PARALISIS FACIAL
	GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA PARALISIS FACIAL PERIFERICA

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: REHABILITACIÓN INTEGRAL

SERVICIO: FISIOTERAPIA

GUIA: MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE LA PARALISIS FACIAL PERIFERICA

CODIGO CEI 10: G51. 0

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La parálisis facial es una enfermedad que se genera a consecuencia del bloqueo de la conducción nerviosa del VII par craneano y puede ser ocasionada por diversas causas, su comportamiento clínico varía dependiendo del nivel topográfico de la lesión y de acuerdo con este se divide en dos tipos:

- Parálisis facial central.
- Parálisis facial periférica.

Parálisis facial central: Se habla de este tipo de parálisis cuando la lesión interfiere con las conexiones que van desde la corteza motora descendiendo como parte del ganglio del VII par hasta el triángulo protuberancial del piso del VI ventrículo, se caracteriza por el compromiso de los músculos inervados por el nervio cervicofacial; con frecuencia se asocia a hemiplejía, la cual puede estar desencadenada por enfermedades cerebro vasculares, traumatismos craneales y tumores cerebrales.

La PFC conduce a una parálisis de los músculos faciales inferiores contra laterales al sitio de la lesión.

Parálisis facial periférica: Esta es una enfermedad que se presenta por una lesión del nervio facial en su núcleo o en su recorrido desde la protuberancia hasta el rostro lo que corresponde a motoneurona inferior y se presenta con mayor frecuencia que la PFC. Se

manifiesta por la desviación de la comisura labial hacia el lado sano, con caída del lado afectado, borramiento del surco naso geniano, imposibilidad de cerrar el ojo del lado afectado, disminución del lagrimeo y ocasionalmente hiperacusia, parestesias y pérdida de la sensibilidad gustativa. Ocurre en ambos sexos y a cualquier edad, aunque la mayor incidencia se encuentra en mujeres de la tercera y cuarta década de la vida.

Etiología: Existen múltiples agentes etiológicos que pueden dar origen a una parálisis facial periférica; las causas generales incluyen:

- Neuritis del nervio facial.
- Compresión sin traumatismos que afectan directa o indirectamente el VII par.
- Factores idiopáticos.
- Otros que predisponen la presencia de una disfunción facial.

CAUSAS:

Neuritis del nervio facial: Es originada por procesos metabólicos importantes como diabetes mellitus, leucemia, placas de esclerosis y sarcoidosis.

También puede ser originada a partir de procesos infecciosos que atacan directa o indirectamente al nervio facial, estos pueden ser herpes, TBC y sífilis las cuales producen reacciones inflamatorias en el nervio o en estructuras vecinas a este.

Los procesos tóxicos ya que pueden generar en el organismo alteraciones de tipo neurológico, es el caso del alcohol y de los psicofármacos. La carencia de la vitamina B1 (Tiamina) la cual facilita la conducción nerviosa, afectará el funcionamiento del VII par.

Compresión del nervio facial: Las compresiones de este nervio pueden ocurrir en cualquier parte de su trayecto periférico, ya sea en la base del cráneo, a nivel del peñasco del temporal o en el espesor de la parótida entre otras. Principalmente las compresiones se deben a tumores óseos y del tejido blando y hemorragias que comprimen el núcleo del nervio o el recorrido intraprotuberancial de sus fibras, ocasionando disfunciones a nivel del VII par craneal.

Traumatismos: Los traumatismos frecuentes son iatrogénicos al realizar maniobras quirúrgicas, en fracturas craneofaciales y en lesión directa sobre tejidos blandos faciales o peri faciales.

Idiopáticas: Por etiología se encuentra principalmente la polineuritis de Guillan – Barre, las parálisis a frigori, presumiblemente ocasionada por cambio brusco de temperatura, aunque también puede ser la manifestación clínica de una esclerosis múltiple, de una diabetes, una leucemia o un herpes zoster.

Otras causas: Son las que ocasionan parálisis facial periférica como la predisposición genética, el nacimiento y todos los factores que aumenten el riesgo de infección, desnutrición y pobreza; estos factores deben ser tenidos en cuenta para determinar la etiología antes de determinar su origen idiopático.

3. OBJETIVOS

- Mantener la autoestimas del paciente
- Recuperar la movilidad y funcionalidad motora voluntaria de la hemicara afectada
- Evitar instauración de cinesias.

4. EVALUACIÓN:

- Observación General
- Dolor
- Sensibilidad
- Piel
- Examen Muscular

TRATAMIENTO:

- Facilitación neuromuscular propioceptiva en la hemicara afectada y masaje relajante en el lado sano. Realizarlo diariamente.
- Ejercicios: mímica facial, varias veces al día.
- Electroterapia: estímulos eléctricos
- Estimulación con hielo.

6. ORIENTACION Y DESCRIPCIÓN

Teniendo un diagnóstico médico definido y conociendo la patología de base se continúa con la evaluación fisioterapéutica para la cual es necesario tener un reporte específico de la historia del usuario. El interrogatorio debe incluir datos como el nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento. Procedencia, dirección y teléfono, también se debe preguntar sobre los antecedentes personales y familiares que sean de importancia para aclarar el origen y el comportamiento de la disfunción facial, Debe preguntarse acerca de la expresividad facial anterior, el código y fecha de aparición de la parálisis, la evolución y los tratamientos anteriores.

Desde el primer momento en el que el fisioterapeuta entra en contacto con la persona debe iniciar la observación de los rasgos fisonómicos, detallando si hay presencia de asimetría en la cara como en las arrugas de la frente y de los surcos naso labiales, desviación de la comisura labial, lagrimeo, si un ojo se encuentra más abierto que el otro, si parpadea o no y si hay escurrimiento de saliva. Al

tiempo en que la persona responde al interrogatorio, el fisioterapeuta puede darse cuenta si existe cierta dificultad para comunicarse, la cual es evaluada por un fonoaudiólogo a través de un examen fonético, en caso de que el compromiso del habla sea muy grande, como consecuencia de la asimetría facial

La parte motora del nervio se evalúa con la persona en una posición cómoda y frente a un espejo, se le pide que realice los diferentes movimientos de acuerdo con la acción de los músculos faciales y se observa la amplitud y la calidad del movimiento realizado. El fisioterapeuta debe hacer una demostración del movimiento a realizar. La evaluación se lleva a cabo de la siguiente forma:

Frontal: Se le pide al paciente que adopte una expresión de sorpresa, en la que eleva las cejas y la piel de la frente se frunza horizontalmente.

Superciliar: Se le pide al paciente que frunza el ceño, las cejas se desplazan hacia abajo y se aproximan produciendo un fruncimiento vertical de la frente.

Orbicular de los párpados: Se le pide al paciente que cierre y abra los ojos voluntariamente, primero de forma individual y luego conjuntamente, lo más fuerte que se pueda.

Nasal porción alar transversal: Se le pide al paciente que dilate y cierre las ventanas nasales. Estas funciones solo se observan en las personas capaces de dilatar y estrechar las ventanas nasales.

Piramidal: Este músculo se evalúa pidiéndole al paciente que arrugue la nariz como si oliera algo feo.

Canino: El paciente debe elevar el ángulo de la boca y mostrar el canino “colmillo”.

Risorio: Su elevación se realiza indicándole al paciente que sonría sin mostrar los dientes.

Cigomático mayor: Para examinarlo se le pide al paciente que lleve los ángulos de la boca hacia arriba y hacia fuera, separando los labios y mostrando los dientes como en la sonrisa.

Elevador del labio superior y cigomático menor: Estos músculos se evalúan indicándole al paciente que eleve y desplace el labio superior como si quisiera

mostrar su encía superior.

Cuadrado de la barba y cutáneo del cuello: Se le solicita al paciente que dirija el labio inferior y el ángulo de la boca hacia abajo y hacia fuera, tensando la piel del cuello.

Orbicular de los labios: Se le pide al paciente que contraiga y protruya los labios para dar un beso.

Buccinador: Se le indica al paciente que comprima las mejillas y las introduzca hacia la cavidad oral, como para aspirar con las mejillas.

Triangular de los labios: Se le solicita al paciente que dirija hacia abajo los ángulos de la boca como expresando tristeza. La valoración muscular debe hacerse teniendo en cuenta la calidad de movimiento y el nivel de funcionalidad, la clasificación es la siguiente:

- Nulo (N): Sino evidencia contracción.
- Vestigios (V): La contracción muscular es mínima.
- Regular (R): El movimiento se realiza con dificultad.
- Normal (B): El movimiento es completo y se realiza con facilidad y bajo dominio de la persona.

Debido a las importantes limitaciones que ocasiona una disfunción facial en la realización de actividades de la vida diaria, el fisioterapeuta debe interrogar a la persona sobre el grado de dificultad que le genera la parálisis,

Para examinar la función sensitiva de los 2/3 anteriores de la lengua, la persona deberá mantener la lengua fuera de la boca durante todo el examen, el evaluador aplica una pequeña cantidad de solución sobre la lengua, las soluciones de prueba utilizadas son dulces, amargas, saladas y agrias.

La función auditiva se evalúa con la colaboración del fonoaudiólogo, quien por medio de la audiometría mide la audición y con el examen fonético conoce el estado de la articulación y pronunciación de fonemas.

Modalidades Terapéuticas

Con base en el perfil del fisioterapeuta se establece el papel que este desempeña dentro del equipo interdisciplinario que maneja a las personas con disfunción

facial.

A nivel asistencial selecciona las modalidades terapéuticas existentes, las más convenientes y las aplica con habilidad y destreza con el fin de recuperar la función de los músculos que actúan en la mímica facial y la expresión gestual que se ven alteradas por la presencia de una lesión periférica en el nervio facial. También es relevante para el fisioterapeuta brindar apoyo psicológico a la persona para facilitar el progreso del tratamiento y el desarrollo normal de su vida diaria.

Si la evolución no es satisfactoria se debe remitir a neurología o al otorrinolaringólogo

Es importante la colaboración del paciente por lo cual se le debe brindar un plan casero con el fin de no retrasar el tratamiento y obtener una evolución más rápida

1. .Arrugar la frente.
2. Juntar las cejas.
3. Arrugar la nariz.
4. Cerrar los ojos bien fuerte.
5. Sonreír sin enseñar los dientes (sonrisa hipócrita).
6. Sonreír enseñando los dientes de arriba.
7. Enseñar los dientes de abajo.
8. Hacer pucheros.
9. Inflar los cachetes y sostener el aire.
10. Tirar besos.
11. Tensar la piel del cuello.
12. Mover la lengua hacia los lados, afuera y adentro.

Estrategias terapéuticas para la reeducación muscular: Es importante la retroalimentación visual de frente al espejo según fuerza muscular se puede trabajar en sedente o supino teniendo en cuenta la acción de la fuerza de la gravedad en algunos movimientos.

Crioterapia: Es un método que consiste en aplicar frío con fines terapéuticos en forma local o sistémica para provocar un cambio de temperatura en el tejido y obtener una determinada respuesta en los receptores de la piel, en la circulación sanguínea, en los tejidos nerviosos y en los músculos.

Originan una excitación de las fibras sinápticas adrenérgicas, y en respuesta a este estímulo se produce vasoconstricción periférica, esta respuesta es inmediata y actúa como mecanismo de defensa a la pérdida de calor en la superficie corporal.

Las terminaciones libres localizadas en las arterias de la piel son estimuladas por el dolor producido a bajas temperaturas y temporalmente un aumento del tono muscular alfa; este efecto es el que se busca al utilizar crioterapia para el manejo de la disfunción facial secundaria a parálisis facial periférica, con el fin de lograr la reeducación aprovechando el aumento del tono muscular.

La aplicación se realiza con toques rápidos y sencillos en sentido de la contracción muscular.

Electroterapia: La corriente eléctrica se define como un fenómeno físico en el que se produce un flujo de electrones de un sitio de mayor concentración a otro de menor, se transportan los iones que permiten desarrollar un potencial eléctrico.

Efectos fisiológicos: La corriente eléctrica aplicada al tejido biológico ocasiona efectos térmicos químicos y fisiológicos. Para el caso de la disfunción facial, los efectos fisiológicos son los que revisten mayor importancia al propiciar la electroestimulación muscular. La corriente eléctrica produce contracciones musculares de acuerdo con el tipo de intensidad, voltaje y frecuencia de los impulsos eléctricos. Ante la electroestimulación las membranas celulares de los nervios y de los músculos regulan el intercambio de iones entre el medio interno y externo de la célula ya que existe una distribución desigual iónica a cada lado de la membrana lo que origina la diferencia potencial. La membrana celular está polarizada, el potencial de la fibra muscular y nerviosa en reposo es (+) intracelularmente y (-) extra celularmente; en la superficie externa de la membrana existe mayor cantidad de Na y en la interna de K, la membrana plasmática no es permeable al transporte de Na, estas diferencias iónicas sulfato y fosfatos con carga negativa, cuando el estímulo eléctrico logra el nivel de umbral de la fibra permeabilizada la membrana a los iones de Na para que ingresen al interior de la fibra.

Cuando se aplica un impulso eléctrico sobre un motor se desencadena un impulso nervioso por la despolarización de la fibra nerviosa causada por el flujo iónico que ocurre durante la aplicación de la corriente eléctrica. Si el impulso eléctrico es constante sucede un efecto de acomodación de la fibra al estímulo de tal manera que es por esto que en esta disfunción se debe estimular el músculo por medio de una corriente eléctrica que produzca la despolarización de la membrana muscular una vez que el estímulo alcanza el umbral de despolarización, la membrana del músculo se despolariza y ocurre la propagación del impulso o contracción muscular.

En cuanto a la selección de corriente para la reeducación muscular esta se determina por el grado de compromiso nervioso reflejado en la conductividad del nervio y en la respuesta que a este tenga el músculo, por lo tanto se seleccionan y se aplica sobre los puntos motores.

Facilitación neuromuscular propioceptiva: La (FNP) es un conjunto de métodos para establecer demandas específicas en el sistema neuromuscular con el objeto de obtener la respuesta que desea. La finalidad de éste método es obtener una respuesta normal del mecanismo neuromuscular cuando éste se ha alterado.

En el tratamiento de la parálisis facial se deben utilizar los pulpejos de los dedos, con los que se lleva a cabo una presión profunda que no debe ocasionar dolor. La presión se aplica sobre los músculos paralizados para generar una respuesta y producir una contracción muscular isotónica o isométrica que estimule los receptores musculares y tendinosos para obtener una mejor coordinación del movimiento. Se debe realizar el reflejo de estiramiento con el fin de activar las fibras I a II y del huso muscular por lo cual está innervado el músculo que se encuentra en estiramiento.

Las técnicas de facilitación que pueden aplicarse en este tipo de disfunción son: contracciones repetidas e inversión lenta.

Teoría de Rood: Esta teoría es iniciada por Margaret Rood a partir de la quinta década del siglo XX y se basa en la influencia que tienen los estímulos aferentes sobre la respuesta muscular, excitando las áreas motoras por medio de múltiples estímulos sensoriales con el fin de facilitar el control del movimiento y la postura, lo que indica que el mecanismo sensorial está íntimamente relacionado con las funciones motoras.

Las modalidades terapéuticas que Rood plantea para el tratamiento de la parálisis facial incluyen: cepilleo rápido y suave, aplicación rápida de hielo y el Stroking debido a que actúan sobre las terminaciones del huso neuromuscular con el objetivo de facilitar la contracción de los músculos comprometidos.

Cepilleo: El objetivo de esta modalidad es aumentar o mejorar la excitabilidad de las motoneuronas con el fin de facilitar la acción del músculo agonista, en especial si la temperatura del área tratada en comparación con las áreas adyacentes es menor. Cuando se utiliza sobre la lengua y los labios tiene un efecto facilitador para la succión, deglución y el habla.

Stroking: Se utiliza para activar la musculatura de las capas superficiales a través

de la estimulación directa de las terminaciones libres de bajo umbral localizadas en los folículos pilosos y de las terminaciones nerviosas libres, luego los estímulos son enviados a las fibras sensitivas A delta facilitando la inervación recíproca por la conexión de estas con los husos musculares. En la aplicación de esta técnica se emplean estímulos táctiles suaves con una frecuencia de 2 impulsos por segundo, repitiendo 10 veces esta acción.

Biofeedback: Es un método terapéutico para desarrollar en el individuo una capacidad de control en el sistema nervioso central con el fin de facilitar la actividad motora.

Es así como en estos pacientes se facilita el reaprendizaje motor, ya que los sensores internos ubicados en las articulaciones y en el origen e inserción de los músculos se activan y envían información a través de las vías propioceptivas hacia el sistema nervioso central sobre la forma correcta o incorrecta como es esta realizando la función que se le pide.

La evaluación y evolución de la patología se registran en la historia clínica general.

7. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Se debe anexar a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se pueda registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta vea conveniente, con fecha y número de sesiones a realizar.

8. BIBLIOGRAFIA

Rehabilitación en Salud una mirada médica, R. Arbeláez, Ed. Universidad de Antioquia, 2da ed. 1997.

Analgesia por medios físicos, Plaja, J. Masip. Ed. Mac Graw Hill. 2003

	GUIAS DE ATENCION	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL PIO XII
	DIAGNOSTICO	CERVICALGIA
	GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE CERVICALGIA

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: REHABILITACIÓN INTEGRAL

SERVICIO: FISIOTERAPIA

GUIA: MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE CERVICALGIA

CODIGO CEI 10 : M54.2

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

La cervicalgia, es el dolor referido al cuello en la parte posterior y laterales de éste. Su origen normalmente es consecuencia de una patología ósea, articular, muscular, o bien por la combinación de varias de ellas.

De acuerdo al tiempo de evolución se puede reconocer:

La cervicalgia aguda o tórticosis es de aparición súbita, acompañada de dolor intenso y limitación importante o total de la movilidad del cuello. Puede ser ocasionado por un movimiento brusco (rotacional), una postura forzada del cuello durante el sueño, el frío intenso o una exposición a una corriente de aire.

La cervicalgia crónica se denomina así por un dolor cervical moderado y persistente sin radiculalgia y su causa es la contractura muscular de los extensores del cuello. Una de las patologías causantes de cervicalgia crónica es la espondiloartritis cervical, en la cervicalgia crónica, junto con el dolor y la contractura suele observarse una rectificación de la lordosis fisiológica.

CAUSAS:

- **Psicosomáticas y posturales.**- relacionadas con estados de ansiedad debido a

problemas de salud o stress o a malas posturas mantenidas en el trabajo,

- **Discopatías, Hernia o protrusión discal.**- Lesiones degenerativas de los discos Intervertebrales, que pierden altura y resistencia.
- **Traumáticas.**- por traumatismos directos, o indirectos como el que se produce en un accidente automovilístico
- **Alteraciones estáticas de la columna cervical.**- por rectificaciones o inversiones de la columna cervical.
- **Síndrome de Barré-Liéou.**- observado principalmente en mujeres menopáusicas, se caracteriza por cefaleas occipitales, vértigo, náuseas, zumbidos de oídos, dolor en la parte superior de los ojos y sienes.
- **Neuralgia de Arnold.**- neuralgia del nervio occipital posterior, con dolor irradiado desde dicho punto hasta la frente, por encima de los ojos. La causa obedece a compresión del nervio asociadas a contractura muscular.
- **Cervico-braquialgia.**- dolor cervical irradiado a uno o ambos brazos, antebrazos o dedos, por compresión de las raíces correspondientes a C5-C6-C7 y D1 (vértebras cervicales 5, 6, 7 y dorsal o torácica 1).
- **Giba de búfalo.**- por acumulación de celulitis en C7 (vértebra cervical 7) que oprime las estructuras y raíces colindantes, produciendo así el dolor.

3. OBJETIVOS

- Disminuir dolor en zona cervical.
- Aumentar los rangos de movilidad que han sido alterados por posiciones inadecuadas, dolor o debilidad muscular para facilitar la realización de las actividades de la vida diaria y actividades básicas cotidianas.
- Proporcionar las herramientas necesarias para lograr una óptima higiene postural durante la realización de las actividades de la vida diaria previniendo de esta manera futuras complicaciones.
- Fortalecer musculatura de cuello y espalda superior
- Educar al paciente en higiene postural

4. EVALUACIÓN:

- Contracturas
- Movilidad de miembros superiores y cuello
- Tipo de trabajo
- Hábitos
- Postura

TRATAMIENTO

- Reducir y eliminar las contracturas musculares
- Disminuir el dolor
- Termoterapia
- Masaje
- Ultrasonido
- Electroanalgesia
- Movilizaciones articulares de cuello
- Tracción mecánica de la región cervical.
- Normas de higiene Postural

5. MATERIALES Y EQUIPOS

- Calor húmedo local.
- Crioterapia local.
- Tracción Cervical
- Aceite mineral 5 c.c.
- Rollos cervicales que favorezcan el estiramiento muscular en la zona comprometida.
- Vibromasajeador.
- Ultrasonido
- Electroanalgesia.
- Balones pequeños para realizar ejercicios de fortalecimiento muscular a nivel cervical.

6. ORIENTACION Y DESCRIPCION

Se recibe un paciente remitido por los servicios de ortopedia o neurología generalmente, el cual ha sufrido un evento agudo en donde hay intenso dolor, molestia, imposibilidad de realizar movimiento o presenta un dolor de tipo crónico el cual forma parte de una recidiva. Suelen presentarse casos que ya han sido tratados en otras instituciones sin haber logrado buenos resultados para el paciente bien sea por el tipo de patología o factor desencadenante o porque el paciente no siguió el plan casero.

Evaluación del paciente

La valoración para este tipo de patologías incluyen:

- Anamnesis.
- Arcos de movilidad articular.
- Dolor de acuerdo con E.V.A (Escala Visual Análoga)
- Fuerza muscular.
- Sensibilidad, superficial, profunda y cortical.
- Postura, anterior, lateral, posterior, equilibrio y coordinación.
- Reflejos y sensibilidad

Dentro de la valoración es de vital importancia interrogar al paciente acerca de el tipo de actividad laboral que lleva a cabo o realiza, actividades deportivas, estilo de vida, conformación del núcleo familiar con el fin de tener un conocimiento global y descartar así factores que puedan desencadenar el problema de tipo psico-social y/o laboral.

Ejecución del plan de tratamiento: Una vez se ha evaluado al paciente y se ha tenido en cuenta el diagnóstico médico y las ayudas diagnósticas (bien sea Rx, TAC, RMN), se procede a dar inicio al tratamiento proporcionando calor húmedo local para aumentar la temperatura de la zona, mejorando la circulación y brindado comfort y relajación a todas las estructuras (articulares y musculares). Más adelante se lleva a cabo un masaje sedativo de tipo manual con movimientos de stroking, finger, digito presión en forma circular, lineal teniendo en cuenta el recorrido y forma de los músculos en esta zona. Este masaje permite mejorar la comunicación terapeuta-paciente beneficiando el tratamiento.. En cada sesión puede intercalar la aplicación de medios físicos tales como el frío, calor, ultrasonido y corriente de acuerdo al criterio del terapeuta.

Entonces puede hacer tratamientos de iontoforesis con estimulación eléctrica para disminuir el dolor mediante la liberación de endorfinas o el cierre de la puerta del dolor y o también FONOFONESIS con ultrasonido manejando un tiempo de 7 minutos,- frecuencia de 1 Mhz, intensidad entre media y alta de acuerdo con los equipos con que se cuente en el servicio.

Después de haber preparado el tejido, se llevan a cabo estiramientos de toda la musculatura cervical en sentido anterior, posterior, inclinación y rotación. Siempre se debe preguntar al paciente si durante el estiramiento hay dolor, sensación de mareo, náuseas por estímulos vasculares o del paquete vasculo nervioso cervical.

Una vez se estira la musculatura y se ha ganado movimiento se procede entonces a ganar fuerza muscular por medio de ejercicios terapéuticos logrando un adecuado

balance muscular que favorezca la postura y la curva fisiológica cervical. Luego de haber conseguido los objetivos del tratamiento por medio de todas las ayudas terapéuticas se debe dar un plan casero ilustrativo en donde el paciente observe y siga ordenes acerca de ejercicios y estiramientos al igual que el manejo de medios físicos como hielo y calor que apoyen el tratamiento; se insiste en la forma como debe llevar a cabo sus actividades manteniendo una adecuada postura evitando de esta forma reducirlos.

Riesgos y complicaciones: En estos pacientes se deben evitar movimientos bruscos que puedan generar sensación de nauseas, vomito, vértigo e incluso sincope debido a la estrecha relación que existe con la zona vasculo nerviosa que envía información al cerebro.

7. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Se debe anexar a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se pueda registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta vea conveniente, con fecha y numero de sesiones a realizar.

8. BIBLIOGRAFIA

Medicina Física y Rehabilitación, Krusen, Ed Médica Panamericana, 2nda Ed. 1995

Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Meadows James.T, Ed Mac Graw Hill, 1ra Ed. 1992.

Síndromes dolorosos incapacidad y dolor de tejidos blandos. Cailliet Rene. Ed. Manual Moderno.1988.

Manual de medicina de rehabilitación, Fonseca Portilla, Galia Constanza. Ed. Manual Moderno. 2002.

	GUIAS DE ATENCION	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL PIO XII
	DIAGNOSTICO	FRACTURAS
	GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE FRACTURAS

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: REHABILITACIÓN INTEGRAL

SERVICIO: FISIOTERAPIA

GUIA: MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE FRACTURAS

CODIGO CEI 10 :

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

Las fracturas son soluciones de continuidad que se originan en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.

En una persona sana, siempre son provocadas por algún tipo de traumatismo, pero existen otras fracturas, denominadas patológicas, que se presentan en personas con alguna enfermedad de base sin que se produzca un traumatismo fuerte. Es el caso de algunas enfermedades orgánicas y del debilitamiento óseo propio de la vejez.

CLASIFICACIÓN

Existen varios tipos de fractura, que se pueden clasificar atendiendo a los siguientes factores: estado de la piel, localización de la fractura en el propio hueso, trazo de la fractura, tipo de desviación de los fragmentos y mecanismo de acción del agente traumático.

Según el estado de la piel

- **Fracturas cerradas:** Son aquellas en las que la fractura no comunica con el exterior, ya que la piel no ha sido dañada.
- **Fracturas abiertas:** Son aquellas en las que se puede observar el hueso fracturado a

simple vista, es decir, existe una herida que deja los fragmentos óseos al descubierto. Unas veces, el propio traumatismo lesiona la piel y los tejidos subyacentes antes de llegar al hueso; otras, el hueso fracturado actúa desde dentro, desgarrando los tejidos y la piel de modo que la fractura queda en contacto con el exterior.

Según su localización

Los huesos largos se pueden dividir anatómicamente en tres partes principales: la diáfisis, las epífisis y las metáfisis. Así, las fracturas pueden ser, según su localización:

- **Epifisarias (localizadas en las epífisis).** Si afectan a la superficie articular, se denominan fracturas intraarticulares y, si aquella no se ve afectada por el trazo de fractura, se denominan extraarticulares. Cuando la fractura epifisaria se produce en un niño e involucra al cartílago de crecimiento, recibe el nombre de epifisiólisis.
- **Diafisarias (localizadas en la diáfisis).** Pueden afectar a los tercios superior, medio o inferior.
- **Metafisarias (localizadas en la metáfisis).** Pueden afectar a las metáfisis superior o inferior del hueso.

Según el trazo de la fractura

- **Transversales:** La línea de fractura es perpendicular al eje longitudinal del hueso.
- **Oblicuas:** La línea de fractura forma un ángulo mayor o menor de 90 grados con el eje longitudinal del hueso.
- **Longitudinales:** La línea de fractura sigue el eje longitudinal del hueso.
- **En «ala de mariposa»:** Existen dos líneas de fractura oblicuas, que forman ángulo entre sí y delimitan un fragmento de forma triangular.
- **Conminutas:** Hay múltiples líneas de fractura, con formación de numerosos fragmentos óseos.

En los niños, debido a la gran elasticidad de sus huesos, se producen dos tipos especiales de fractura:

- **Incurvación Diafisaria:** No se evidencia ninguna fractura lineal, ya que lo que se ha producido es un aplastamiento de las pequeñas trabéculas óseas que conforman el hueso, dando como resultado una incurvación de la diáfisis del mismo.

- **En «tallo verde»:** El hueso está incurvado y en su parte convexa se observa una línea de fractura que no llega a afectar todo el espesor del hueso.

Según la desviación de los fragmentos

- **Anguladas:** Los dos fragmentos en que ha quedado dividido el hueso a causa de la fractura forman un ángulo.
- **Con desplazamiento lateral:** Las dos superficies correspondientes a la línea de fractura no quedan confrontadas entre sí, por haberse desplazado lateralmente uno o los dos fragmentos.
- **Cabalgadas:** Uno de los fragmentos queda situado sobre el otro, con lo cual se produce un acortamiento del hueso afectado.
- **Impactadas:** Uno de los fragmentos ha quedado empotrado en el otro.

Según el mecanismo de producción

- **Traumatismo directo.** La fractura se produce en el punto sobre el cual ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura de cúbito por un golpe fuerte en el brazo.
- **Traumatismo indirecto.** La fractura se produce a distancia del lugar donde ha actuado el agente traumático. Por ejemplo: fractura del codo por una caída sobre las palmas de las manos.
- **Contracción muscular brusca.** En deportistas y personas con un gran desarrollo muscular se pueden producir fracturas por arrancamiento óseo al contraerse brusca y fuertemente un músculo determinado. También se han observado fracturas de este tipo en pacientes sometidos a electroshok.

TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS:

El objetivo del tratamiento es controlar el dolor, acelerar el proceso de curación, evitar complicaciones y hacer que la zona fracturada recupere sus funciones normales.

Una fractura expuesta (en la que el hueso atraviesa la piel y es visible, o una herida profunda a través de la piel lo deja a la vista) se considera una emergencia. Ante este tipo de fracturas, solicite atención médica de inmediato.

El tratamiento puede incluir lo siguiente:

- **Férula/yeso** (inmoviliza la zona lesionada para facilitar la alineación y el proceso de curación del hueso, evitando así que se use o mueva la zona lesionada).

- **Medicamentos** (para controlar el dolor).

- **Tracción**

La tracción es la aplicación de fuerza con el fin de estirar ciertas partes del cuerpo en una dirección específica. La tracción se efectúa mediante poleas, cuerdas, pesas y un marco metálico puesto en la cama o sobre ella. El objetivo de la tracción es estirar los músculos y tendones que se encuentran alrededor del hueso roto para permitir que sus extremos queden alineados y sanen.

- **Cirugía**

Es posible que sea necesaria una intervención quirúrgica para alinear segmentos óseos colocar ciertos tipos de huesos en su posición original. A veces, se utilizan métodos de fijación internos (varillas o clavos metálicos colocados dentro del hueso) o externos (varillas o clavos metálicos colocados fuera del cuerpo) para sostener los fragmentos del hueso en su lugar y permitir que éstos se alineen y sanen correctamente.

3. OBJETIVOS

- Disminuir inflamación y dolor
- Mejorar arco de movimiento
- Lograr que las articulaciones no incluidas en la inmovilización sigan funcionando para evitar una rigidez posterior.
- Encaminar la recuperación funcional de los músculos, debido al tiempo de inactividad.

4. EVALUACION:

- Dolor
- Sensibilidad
- Edema
- Piel y faneras
- Espasmos
- Trofismo Muscular
- Test de movilidad articular
- Fuerza muscular
- Retracciones Musculares
- Coordinación
- Equilibrio
- Postura
- Marcha

TRATAMIENTO:

- Crioterapia
- Calor Húmedo
- Electronalgesia
- Ejercicios Pasivos
- Ejercicios Activos Asistidos
- Ejercicios Activos Resistidos
- Estiramiento.

5. MATERIALES Y EQUIPOS

- Paquetes Calientes.
- Paquete Frío
- Mancuernas
- Pesas
- Theraband
- Colchoneta
- Camilla.

6. ORIENTACIÓN Y DESCRIPCION

Al inicio de toda intervención es necesario la evaluación del estado clínico del paciente que permite la planificación del tratamiento, debe explorarse la movilidad articular, fuerza muscular, identificar zonas de dolor, consultar estudios radiográficos y otros exámenes complementarios que puedan ser de interés.

De acuerdo al tipo de fractura se pueden proponer varios tratamientos de intervención por parte de ortopedia y traumatología que determinan el manejo de fisioterapia. La intervención quirúrgica es en la actualidad más empleada que el manejo conservador ya que permite la recuperación funcional de forma precoz, facilitando la prevención de todas las complicaciones como consecuencia de la inmovilidad.

Inmovilización relativa: los objetivos son, disminuir el edema , el dolor , prevenir los riesgos de la inmovilidad de las articulaciones no comprometidas ,se puede aplicar crioterapia durante 10 minutos, también electroanalgesia y ejercicios activos para mantener fuerza y movilidad de extremidades no comprometidas y en las extremidades comprometidas se realizan ejercicios isométricos, pero no en zona de fractura, una contracción fuerte puede desalinear los fragmentos óseos.

Fase de postinmovilización: En esta fase se continúa manejando el edema y el dolor con aplicación de termoterapia superficial y profunda con ultrasonido para favorecer la visco elasticidad del tejido conjuntivo que circunda el área de la fractura. Se da inicio a ejercicios activos en contra de la gravedad para la extremidad comprometida y la indemne, que permiten mantener y recuperar fuerza y movilidad articular. Para las fracturas de miembros inferiores se inicia el manejo de ayudas para la marcha, tales como caminador, muletas o bastón.

Fase de recuperación funcional: los objetivos fundamentales son potenciación analítica y general de la extremidad, recuperación de la coordinación, potenciación global de toda la extremidad con las diagonales de Kabbat. Además se realizan ejercicios activos resistidos con aumento progresivo de carga. En miembro inferior la reeducación de la marcha, se establece tratando de aumentar la descarga de peso sobre la extremidad comprometida y a su vez disminuyendo el empleo de muletas, bastones o caminadores. Para mejorar la fuerza muscular se puede usar electroestimulación, con aplicaciones dinámicas utilizando parámetros de frecuencias por encima de 50 hz y en ráfagas.

Fase de resolución: Se enfatiza en la recuperación funcional y el retorno a las actividades deportivas y laborales. Para miembro superior se insiste en las actividades finas de la mano y en miembro inferior en la recuperación de la marcha normal con todas las fases y si ayuda si las condiciones del paciente lo permiten

7. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Se debe anexar a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se puedan registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta vea conveniente, con fecha y número de sesiones a realizar.

8. BIBLIOGRAFIA

Medicina Física y Rehabilitación, Krusen. Ed. Médica Panamericana. 2da, ed. 1995
Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Meadows James. T. Ed Mac Graw Hill, 1ra ed. 2000.
Rehabilitación en Salud una medida medica, R. Arbelaez, Ed. Universidad de Antioquia, 2da ed, 1997.
Analgésia por medios físicos, 2003. Plaja, J. Masip. Ed. Mac Graw Hill, 2002.

GUIAS DE ATENCION		
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	HOSPITAL PIO XII
	DIAGNOSTICO	RETARDO EN EL DESARROLLO MOTRÍZ
	GUIA	MANEJO FISIOTERAPEUTICO DE RETARDO EN EL DESARROLLO MOTRÍZ

1. IDENTIFICACION:

UNIDAD: REHABILITACIÓN INTEGRAL

SERVICIO: FISIOTERAPIA

CODIGO CIE 10: F 82

2. CONSIDERACIONES PRELIMINARES

El retardo en el desarrollo motriz se caracteriza por un cuadro de desintegración de capacidades, cualidades, habilidades y patrones básicos de movimiento, en una evolución desacorde a las diferentes etapas de la vida.

Un retraso en cualquiera de las áreas psicomotrices puede repercutir negativamente en el resultado de los aprendizajes escolares.

En la base de todos los aprendizajes está la psicomotricidad; deficiencias o alteraciones en ésta influyen indiscutiblemente. Cuanto antes se detecten y antes se proceda a trabajar sobre ella, mejores serán los resultados.

CAUSAS:

- Hipoxia perinatal (insuficiencia de oxígeno durante el nacimiento)
- Hipoxia postnatal
- Hemorragia cerebral

3. OBJETIVOS

- Estimular la ejecución de actividades motoras pasivas
- Motivar la realización de movimientos motores voluntarios
- Lograr desplazamientos autónomos
- Alcanzar una edad funcional correspondiente a la edad cronológica.

EXAMENES DE DIAGNOSTICO:

Para confirmar la presencia de una condición sospechada se pueden ordenar algunos exámenes de laboratorio, tales como estudio de cromosomas (cariotipo), pruebas enzimáticas, radiografías y estudios metabólicos.

4. EVALUACIÓN

- Tono
- Evaluación en supino
- Evaluación en prono
- Aspecto Locomotriz
- Actividades motoras voluntarias
- Actividades motoras involuntarias

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS PSICOMOTRICES

El tratamiento consistirá en la aplicación de técnicas especialmente orientadas a la reeducación de las habilidades psicomotrices.

- Aproximaciones
- Descargas de Peso
- Desensibilización
- Estimulos
- Estimulación de actividades motoras voluntarias

5. MATERIALES Y EQUIPOS

El tratamiento consistirá en la aplicación de técnicas especialmente orientadas a la reeducación de las habilidades psicomotrices.

- Aproximaciones
- Control Cefálico
- movilizaciones de Miembros Superiores e Inferiores
- Descargas de Peso
- Desensibilización
- Estimulación de actividades motoras voluntarias
- Estiramiento Neural
- Estimulación de la REEP
- Tapping.

6. ORIENTACION Y DESCRIPCION

El daño motor ocasiona problemas en el individuo tales como: mala postura, movimientos involuntarios, rigidez muscular, espasmos, dificultad para hablar, caminar, oír, alimentarse y aprender. Es por ello que el tratamiento varía según la afección o lesión y el grado en que haya sido afectado el cerebro, por lo que cada individuo necesita un tratamiento.

7. ANOTACIONES Y REGISTROS CLINICOS

Se debe anexar a la Historia Clínica una hoja exclusiva para fisioterapia donde se pueda registrar todos los exámenes, diagnósticos, tratamientos, que el fisioterapeuta vea conveniente, con fecha y numero de sesiones a realizar.

8. BIBLIOGRAFIA

Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral, B. Bobath, Ed. Médica Panamericana, 1999.

Base neurofisiológicas par el tratamiento de la parálisis cerebral, K.Bobath, Ed Panamericana1999

7. CONCLUSIONES

1. El manual de procesos, procedimientos y protocolos es una herramienta indispensable en las instituciones de salud que permite vigilar y controlar la calidad de los servicios de salud.
2. Los estándares de calidad aumentan la seguridad del paciente y del profesional en el servicio prestado.
3. Los instrumentos de calidad evitan y disminuyen la improvisación de las actividades, técnicas y métodos utilizados en cada sesión terapéutica.
4. El manual de procesos, los procedimientos, protocolos y el diagrama de flujo son requisitos fundamentales en la prestación de los servicios de salud exigidos por la Resolución 1445 de 2006 para la acreditación de las entidades prestadoras de servicios de salud.
5. Los instrumentos de calidad son el pilar principal sobre el cual se realiza la auditoría y el control interno.
6. Los requisitos exigidos por el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud procuran que los servicios prestados a la comunidad sean cada vez mejores, evitando los eventos adversos que perjudiquen el bienestar del paciente.

8. RECOMEDACIONES

1. Los directivos del Hospital Pío XII deberán evaluar la propuesta anteriormente presentada para analizar, corregir, aprobar y aplicar el Manual de Procesos, los Procedimientos, Protocolos y el Flujograma en el servicio de Fisioterapia de la Unidad de Rehabilitación Integral
2. Diseñar manual de procedimientos para los servicios de Fonaudiología y Terapia ocupacional de la URI.
3. Capacitar al personal de la institución para asumir cambios necesarios en la prestación del servicio, donde el más importante es el cliente.
4. Implementar el Manual procedimientos, guías de manejo , protocolos y flujograma en el servicio de fisioterapia
5. Modificar los registros estadísticos de la URI con el fin de recolectar mayor información y además hacerlo de forma sistemática
6. Validar las guías y protocolos de intervención fisioterapéutica.

9. BIBLIOGRAFIA

Guías de Práctica Clínica en Internet. Atención Primaria, García GJF, Bravo TR. 2001.

Fundamentos de las Guías Clínicas Basadas en Evidencia. Oviedo Mota Alberto, Trejo Juan Antonio, Reyes Morales Hortensia, Flores Hernández Sergio, Pérez Cuevas Ricardo; Internet. 2001.

www.compendiodeguíasdeatención.com

Gerencia de Procesos, Braulio Mejía García. MD-MSP, Ed Ecoe Ediciones Limitada, Cuarta Edición, Enero de 2003.

Manual de Procedimientos, Martínez, R, Editorial ABC, 1994.

Medicina Física y Rehabilitación, Krusen, Ed Médica Panamericana, 2nda Ed. 1995

Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Meadows James.T, Ed Mac Graw Hill, 1ra Ed. 1992.

Síndromes dolorosos incapacidad y dolor de tejidos blandos. Cailliet Rene. Ed. Manual Moderno.1988.

Manual de medicina de rehabilitación, Fonseca Portilla, Galia Constanza. Ed. Manual Moderno. 2002.

Diagnóstico diferencial en fisioterapia. Meadows James. T. Ed Mac Graw Hill, 1ra ed. 2000.

Rehabilitación en Salud una medida medica, R. Arbelaez, Ed. Universidad de Antioquia, 2da ed, 1997.

Analgésia por medios físicos, 2003. Plaja, J. Masip. Ed. Mac Graw Hill, 2002.

Desarrollo motor en distintos tipos de parálisis cerebral, B. Bobath, Ed. Médica Panamericana, 1999.

Base neurofisiológicas par el tratamiento de la parálisis cerebral, K.Bobath, Ed Panamericana1999

Síndromes dolorosos incapacidad y dolor de tejidos blandos, Callet Rene, Ed. Manual Moderno.1998

Fisioterapia del aparato locomotor, E. Vilar, Ed. Mac Graw Hill, 1ra ed. 2005.

Hemiplejía del Adulto, B. Bobath, Ed Panamericana, 3ra Ed,

Neurología para Fisioterapia, Downie Cash, Ed Panamericana, 2nda Ed, 1998.

Patología Médica para Fisioterapia, Goodman Catherine, Ed Mac Graw Hill, 3ra Ed, 2001.

Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología, Serra M, Ed Masson, 1ra Ed, 1997.