



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.

**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE
FISIOTERAPIA**

**FECHA
ATUALIZACION
18/11/2013**

EDICION 3



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.



REHABILITACION FISICA Y MEDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.

**MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS
DEL SERVICIO DOMICILIARIO**



TABLA DE CONTENIDO

1. Admisión del paciente
2. Egreso de paciente
3. Remisión a una institución de Salud
4. Salida voluntaria del servicio domiciliario.
5. Defunción
6. Valoración de signos vitales
7. Temperatura
8. Pulso
9. Control de frecuencia respiratoria
10. Valoración de peso
11. Postura de guantes
12. Lavado de manos
13. Prevención de úlceras de cubito.
14. Higiene personal del paciente
15. Oxigenoterapia.
16. Aspiraciones de Secreciones





17. Nebulizaciones
18. Terapia Respiratoria
19. Reanimación Cardiopulmunar Basico
20. Aplicación de Vendaje
21. Sujeción Mecánica



**1. RELACIONADO CON EL INGRESO Y EGRESO DEL PACIENTE AL
PROGRAMA DOMICILIARIO**

1.1 ADMISION DEL PACIENTE

DEFINICION

Es el procedimiento mediante el cual se recibe, evalúa y ubica al paciente dentro del programa domiciliario

OBJETIVO

- Realizar lista de chequeo donde se evalúa las condiciones físicas , sanitarias y de acceso del sitio de habitación.
- Establecer plan de tratamiento de fisioterapia domiciliario



PRECAUCIONES

- Observe medidas de bioseguridad.
- Brinde confianza al usuario.
- Informe normas del servicio al usuario y a la familia.

EQUIPO

- Equipo de signos vitales
- Registros clínicos
- Lista de chequeo (formato)

PROCEDIMIENTO



- Saludar cordialmente y presentarse
- Presenta la orden del servicio domiciliario
- Informa al familiar la necesidad de elaborar lista de chequeo de las condiciones físicas, sanitarias y vías de acceso.
- Elaborar la historia clínica y plan de tratamiento
- Explicarle al paciente y/o familiar el plan de tratamiento a realizar, el pronóstico y el alcance del mismo.
- Tomar signos vitales
- Llenar los encabezamientos de la hoja de identificación: número de historia clínica, nombre completo.
- Registrar en la planilla de procedimientos domiciliarios
- Notificar la admisión a la administradora correspondiente.
- Realizar en la historia clínica las notas de fisioterapia, procedimientos Realizados y/o Evoluciones.
Dar recomendaciones al paciente



1.2 EGRESO DEL PACIENTE DEL PROGRAMA DE CONSULTA DOMICILIARIA.

DEFINICION

Es la salida del paciente a cualquiera de los siguientes destinos: una institución de salud, salida voluntaria.

OBJETIVOS

- Legalizar el egreso del paciente del servicio domiciliario

PRECAUCIONES

- Entregar al familiar las recomendaciones de cuidados. solicitud de interconsultas, y/o remisiones, ordenes de servicios (formatos requeridos para continuar el tratamiento) de ser necesario
- Confirmar que la orden este firmada por el profesional .

EQUIPO

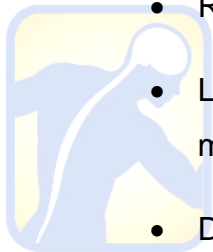
- Historia clínica con sus registros
- Formatos requeridos



1.2.2 REMISION A UNA INSTITUCION DE SALUD

PROCEDIMIENTO

- Confirmar con el CRUE la remisión y respectiva admisión del usuario en el Hospital o clínica de recepción.
- Confirmar que la orden medica de remisión este en la historia clínica
- Avisar al paciente y familia el motivo de la remisión, colaborar con la organización de objetos personales
- Realizar las respectivas notas de fisioterapia
- Llevar al paciente con historia clínica, tarjeta de medicamentos, medicamentos, estudios realizados y objetos que le pertenezcan
- Despidase cordialmente del paciente y /o familiar.



1.2.4 RETIRO VOLUNTARIO DEL SERVICIO DOMICILIARIO

PROCEDIMIENTO

- Escuchar al paciente, las dudas y causa de su deseo de retiro voluntario
- Explicar la importancia de permanecer en EL durante el tiempo necesario y los riesgos a los cuales se expone al abandonar el tratamiento.
- En caso de que el paciente Y/ O familiar insista en su deseo, explique el retiro voluntario y hágalo firmar o a un familiar o testigo
- Realizar notas de fisioterapia especificando el procedimiento llevado a cabo



- Organizar historia clínica y enviar a la oficina correspondiente
- Entregar en la sede correspondiente los soportes del retiro voluntario y se comunica a la EPS- correspondiente.

1.3 VALORACION DE SIGNOS VITALES

DEFINICIÓN

Es la forma de determinar los valores normales o anormales del funcionamiento de los mecanismos termorreguladores cardiovasculares-respiratorios del organismo del paciente. Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados.

OBJETIVOS

- Valorar el estado clínico del paciente.
- Ayudar en el diagnóstico y evolución de la enfermedad.

1.3.1 CONTROL Y TOMA DE LA TEMPERATURA


DEFINICIÓN

Es la determinación del grado del calor corporal por medio de un termómetro clínico. Refleja el equilibrio entre el calor producido y el perdido por el organismo.

PRECAUCIONES

- Revisar medidas de bioseguridad.
- En temperatura bucal evite su medición:



- Después de ingerir alimentos fríos o calientes.
 - A pacientes mentales, inconscientes, agitados o con accesos de tos.
 - A recién nacidos y lactantes.
 - Preferiblemente que el termómetro sea de uso individual.
 - Revisar que el termómetro este en optimas condiciones para evitar errores en la medición.
 - En caso de duda, rectificar la medición de la temperatura.
- Para la medición de temperatura axilar:
 - Es recomendable en niños mayores de 6 años y adultos.
 - Secar la axila del paciente antes de colocar el termómetro
 - Estar siempre al lado del paciente mientras se cuantifica la temperatura.
- 
- La temperatura del recién nacido puede modificarse según la ubicación del mismo dentro de la sala, cercanía a las ventanas, sol, flujo de aire, falta de terapias, etc.
 - Evite tomar la temperatura rectal si no esta indicada por el medico, es útil para determinar la permeabilidad rectal.
 - Cuando por orden medica vaya a tomar la temperatura rectal, no olvide lubricar el bulbo, tampoco fuerce la entrada.

EQUIPO

- Termómetro.
- Torundas.



- Formato para registros clínicos de signos vitales.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Lávese las manos.
- Tome el termómetro y una torunda seca; límpielo
- Revisar, previo a la toma de la temperatura, que el termómetro digital se encuentre en 00(ceros)
- Para temperatura axilar: coloque el termómetro en el centro de la axila. Haga que el paciente lo sostenga suavemente colocando la mano sobre el pecho o sosténgale el brazo. En el niño se puede colocar en el pliegue inguinal, teniendo la precaución de dejarlo 5 min.
- Limpie el termómetro con solución desinfectante y seque.
- Deje el equipo limpio y ordenado.
- Deseche residuos según protocolo.
- Lávese las manos
- Registre en hoja de signos.



1.3.2 CONTROL DE PULSO

DEFINICION

Es la medición de las pulsaciones por minuto, por medio de la palpación y/o auscultación, producido por la onda de sangre bombeada por el ventrículo izquierdo sobre las paredes de los vasos sanguíneos.

PRECAUCIONES

- Observe medidas de bioseguridad.
- Palpe la arteria con los dedos índice, medio y anular.
- Hacer este control con el paciente en reposo y preferiblemente antes de la ingesta de alimentos.
- Al momento de la palpación, la presión ejercida debe ser suave, ya que de lo contrario se interrumpiría el flujo sanguíneo y no se percibirá la pulsación.
- En niños, antes de tomar el pulso, asegurarse que esté tranquilo. El conteo debe realizarse, estrictamente en un minuto. Recuerde que en niños menores de dos años los valores normales están entre 120-180 latidos por minuto.

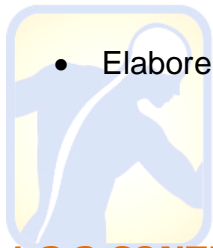
EQUIPO

- Reloj con segundero.
- Hola de signos vitales.



PROCEDIMIENTO

- Observe medidas generales.
- Lávese las manos.
- Deje reposar en un lugar plano y estable el miembro o la parte donde va a tomar el pulso.
- Localice la arteria, haga leve presión sobre el área y contabilice las pulsaciones por 1 minuto.
- Registre el dato con color azul en la hoja de signos.
- Elabore registro clínico.



1.3.3 CONTROL DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

DEFINICION

Procedimiento, que por medio de la observación, permite cuantificar el número de respiraciones por minuto de un paciente.

EQUIPO

- Reloj con segundero.
- Hoja de signos vitales.



PRECAUCIONES

- Tome la frecuencia respiratoria con el paciente en reposo.
- Tome la frecuencia respiratoria sin que el paciente se de cuenta.
- Entable un ambiente favorable con el paciente, para de esta manera disminuir la ansiedad, y obtener un dato más confiable.
- Si es un niño o recién nacido, espere a que el mismo este tranquilo.
- No realice el procedimiento después de alimentar al bebé.
- Si en un recién nacido, mantener un ambiente térmico neutro. Tenga en cuenta que la respiración de un recién nacido es de 40-60 respiraciones por minuto.



PROCEDIMIENTO

- observe precauciones generales.
- Lávese las manos antes y después de cada procedimiento.
- Después de tomar el pulso, deje sus dedos en el área, para así distraer al paciente, cuente los movimientos torácicos de expansión y contracción en un minuto (inspiración, expiración)
- Observe si hay tiraje intercostal, aleteo nasal, ruidos al inspirar o exhalar, profundidad, regularidad, coloración de uñas y labios.
- Se debe contabilizar la respiración en un segundo, ya que el patrón de la misma puede ser irregular, de esta manera obtenemos un dato mas confiable.



- Registre en color verde en la hoja de signos y realice el registro clínico según protocolo.

1.3.4 CONTROL DE LA TENSION ARTERIAL.

DEFINICIÓN

Procedimiento por medio del cual se determina la tensión máxima y mínima, que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias, en el momento de la sístole y diástole respectivamente.

PRECAUCIONES

- Observe Medidas De Bioseguridad.
- Coloque El Manómetro De Tal Manera Que Usted Pueda Visualizar El Resultado.
- Para rectificar la tensión, saque completamente el aire del brazalete.
- Evitar demasiada insuflación en el brazalete.
- Colocar el tambor del fonendoscopio de tal manera que no quede debajo del brazalete.
- Coloque el brazalete inflable de modo que este cubra la arteria.
- Desinfecte el tambor del fonendoscopio.
- Realice las mediciones principalmente en miembros superiores.
- Trate de utilizar brazalete para cada paciente, si no es posible, lávelo y aplique solución desinfectante.



- Tome la atención según orden médica.

EQUIPO

- Tensiómetro.
- Fonendoscopio.
- Torundas con solución desinfectante.
- Registros clínicos.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Lávese las manos antes y después del procedimiento.
- Coloque al paciente cómodo, en decúbito dorsal o sentado.
- Descubra el brazo y coloque el brazalete aproximadamente dos centímetros por encima del pliegue del brazo.
- Limpie las ojivas del fonendo y colóquelos con la parte cóncava hacia fuera.
- Localice la arteria, y sobre esta coloque el tambor del fonendo; si no la ubica, coloque en tambor por el trayecto anatómico de la misma.
- Tome la pera con la mano libre, cierre la llave sin ajustarle demasiado, insufla aire hasta que la manecilla se ubique en el lugar adecuado, según características del paciente.
- Abra la llave lentamente para que el aire salga de manera gradual.



- Observe la manecilla; este atento al primer golpe fuerte que escuche, este corresponderá al la tensión sistólica, el ultimo golpe fuerte que escuche será la tensión diastolica.
- Quítese el fonendoscopio, tendiendo la precaución de limpiar sus ojivas.
- Retire cuidadosamente el brazalete.
- Deje todo limpio y en orden.
- Registre el valor encontrado en la hoja de signos vitales.
- Lávese las manos.
- Haga la respectiva anotación en los registros clínicos según protocolo.



1.3.5 MANEJO DEL MONITOR DE SIGNOS VITALES.

DEFINICION

Procedimiento mecánico, a través del cual, se vigilan los diferentes signos vitales del paciente, incluyendo la oximetría.

EQUIPO

- Monitor de signos vitales.

PRECAUCIONES

- Valorar el estado del monitor, es decir, que este funcionando correctamente.
- Al tomar la tensión arterial, vigilar la circulación del miembro donde se realice el procedimiento.



- Vigilar que el voltaje del sitio de conexión eléctrica del equipo, sea la apropiada.
- Conectar de acuerdo a la necesidad.
- Asegúrese que el brazalete sea el apropiado según características del paciente.
- No colocar el brazalete en áreas laceradas.
- Colocar los electrodos según color: electrodo blanco en línea media clavicular derecha cuarto espacio intercostal, electrodo negro en línea clavicular izquierda cuarto espacio intercostal y el electrodo rojo en el punto de máximo impulso, para una valoración apropiada de los ritmos cardiacos.

- Colocar oxímetro en dedo índice.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Trate que el paciente este quieto y tranquilo.
- Coloque el brazalete seleccionando una extremidad (brazo, pierna), teniendo la precaución que quede bien fijado en la misma.
- Asegúrese que el tubo de conexión al monitor no se encuentre obstruido.
- Colocar los electrodos según color: electrodo blanco en línea media clavicular derecha cuarto espacio intercostal, electrodo negro en línea clavicular izquierda cuarto espacio intercostal y el electrodo rojo en el punto de máximo impulso, para una valoración apropiada de los ritmos cardiacos.
- Colocar oxímetro en dedo índice.

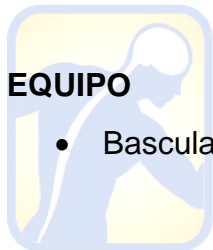


- Accione los dispositivos para que el equipo comience la medición según las ordenes médicas.
- Este pendiente de las alarmas, y en caso de las mismas verificar la situación del paciente y/o equipo.

1.4 VALORACION DE PESO

DEFINICION

Procedimiento por medio del cual se cuantifica la masa corporal del paciente.



EQUIPO

- Bascula de pie.

PRECAUCIONES

- Pesar al paciente en ayunas todos los días o según ordenes médicas.
- Pesar a todo paciente menor de 10 años que ingrese ya sea por urgencias, hospitalización y consulta externa.
- Cerciórese de la adecuada graduación de la báscula.
- Pesar al paciente con la menor cantidad de ropa posible y sin zapatos.
- Coloque la báscula en un lugar firme y sin desnivel.
- Equilibrar la báscula antes de pesar al paciente.
- Si se va a pesar un recién nacido, restar el peso del pañal.



- Al obtener el peso, comparar con datos anteriores y avisar cambios.

PROCEDIMIENTO

- Observe precauciones generales.
- Explique el procedimiento al paciente.
- Indicar la paciente que mientras este sobre la báscula no se mueva.
- Indicar al paciente que permanezca derecho, mirando al frente y con los talones juntos.
- Tomar el valor del peso.
- Registrar el peso en la hoja de signos vitales.
- Deje cómodo al paciente.
- Deje todo en orden.





2. RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD Y COMODIDAD DEL PACIENTE

2.1 POSTURA DE GUANTES

DEFINICION

Es la colocación de guantes ya sean limpios o estériles de acuerdo al procedimiento.

OBJETIVOS

- Mantener técnica aséptica.
- Manejar equipo estéril de manera apropiada, amplia y cómoda sin riesgo de contaminarlo.
- evitar infecciones nosocomiales.
- Preservar normas generales de bioseguridad.

PRECAUCIONES

- El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
- Toque con las manos solo la parte externa del dobles.
- Cambiar los guantes en cada procedimiento, repitiendo el lavado de manos.
- Cambiar los guantes si estos están rotos, porosos, contaminados.
- Usar guantes preferiblemente del tamaño de su mano.
- Mantener técnica aséptica.



- Deseche los guantes empleados en los procedimientos sépticos.

EQUIPO

- Guantes limpios o estériles.
- Equipo para el lavado de manos.

PROCEDIMIENTO

- Observaciones generales.
- Lávese las manos.
- Tomar uno de los guantes por el extremo, introduzca los dedos de la mano contraria en cada dedo del guante, insinuándolos y dejando de ultimo el dedo pulgar, en un solo movimiento ajuste el guante de su mano y suéltelo dejándolo aun con el dobléz. No toque la superficie externa del guante con los dedos de la mano no enguantada.
- Al enguantarse la otra mano, sostenga el guante en el aire, cuidando de no tocar con los dedos enguantados la mano y muñeca no enguantada, siga los mismos movimientos para la mano anterior.
- Introduzca 4 dedos enguantados por debajo del dobléz del primer guante y desdóblelo por la muñeca.
- Encaje muy bien dedos en los guantes puestos.
- Retírelos de tal forma que le queden al revés.
- Lávelos con agua y jabón antes de retirárselos.



- Deseche los guantes utilizados en procedimientos sépticos.

2.2 LAVADO DE MANOS

DEFINICION

Procedimiento a través del cual se remueven gérmenes patógenos que se encuentran en la superficie de la piel.

OBJETIVOS

- Ayudar en el mantenimiento de la técnica aséptica.
- Remover el mayor numero de microorganismos patógenos de la piel.
- Prevenir y reducir la incidencia de infecciones cruzadas.

PRECAUCIONES

- Realizar el lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento en el cual haya contacto directo o indirecto con un paciente o secreciones del mismo.
- Gradué el agua de la llave, para que sea suficiente para el procedimiento.
- Mantenga las manos mas bajas que el antebrazo durante el procedimiento.
- Mantenga el mínimo contacto con la llave cerrada.
- **EL USO DE GUANTES NO REEMPLAZA EL LAVADO DE MANOS.**
- Evite el uso de joyas y uñas largas, ya que estas facilitan la acumulación de gérmenes.
- Utilice un frasco de jabon, preferiblemente con dispensador.



- Si se utiliza toalla de tela, esta debe ser cambiada frecuentemente, ya que la humedad de la misma facilita la propagación de agentes patógenos.

EQUIPO

- Agua.
- Jabón líquido preferiblemente con dispensador.
- Toallas preferiblemente desechables.

PROCEDIMIENTO

- Abra la llave del agua.
- Humedezca las manos.
- Deposite jabón entre las manos.
- Frote enérgicamente las manos para obtener espuma con movimientos de rotación, fricción en la región palmar, dorsal y antebrazo, friccione espacios interdigitales prestando atención a las uñas (esta fricción no debe ser menor a un tiempo de 15 segundos)
- Enjuáguese las manos y el antebrazo, cierre la llave con toalla desechable.
- Observar el proceso de recuperación.
- Prevenir el riesgo de infección.
- Reducir la infección evitando complicaciones en el paciente.



2.3 CUIDADOS EN LA PREVENCIÓN EN LA ULCERAS POR DECUBITO

DEFINICION

Son las medidas que se tienen en cuenta para mantener limpia y seca la piel, evitar traumatismos y disminuir la presión y fricción sobre una zona del cuerpo por un tiempo prolongado que podría causar isquemia y/o necrosis de tejido.

OBJETIVOS

- Eliminar o disminuir presión en piel.
- Evitar lesiones de la piel o tejido.
- Favorecer la circulación.
- Mantener la piel seca.
- Dar comodidad y seguridad al paciente.
- Brindar educación y al paciente y su familia.

PRECAUCIONES

- Observe precauciones generales.
- Las úlceras por decúbito se presentan en pacientes con alteraciones de la sensibilidad, motilidad y actividad.
- No use talco.
- Vigile constantemente, que la piel no tenga contacto con orina, materia fecal, vómitos y otros.



- Mantener la ropa del paciente y de la cama seca, limpia y libre de arrugas.
- Utilice cojines de espuma o algún otro elemento, a fin de reducir la presión ejercida por las prominencias óseas.
- Vigile que la ingesta de nutrientes sea la apropiada según condición del paciente.

ACTIVIDADES DE FISIOTERAPIA

- Busque signos de presión en regiones prominentes del cuerpo, como por ejemplo, escápula, occipital, codo, sacro-coxígea, cara interna de rodillas, talón, entre otras.
- Mantenga la piel seca y lubricada, aplique humectante y realice masajes circulares especialmente en zonas sometidas a mayor presión. Si es posible, impregne la piel con aceite mineral.
- Realice cambio de posición mínimo cada 2 horas.
- Coloque el cuerpo del paciente en posición funcional con ayuda de cojines y/o almohadas.
- Temple los tendidos de la cama y asegúrese que estos se encuentren limpios y secos.



13. ACTIVIDADES DE AL FISIOTERAPIA PACIENTE CON ULCERAS EN MMII

DEFINICIÓN

Actividades de fisioterapia encaminadas a agilizar el proceso de cicatrización educando al paciente y su familia. Las úlceras de miembros inferiores son frecuencia causadas por venas varices

OBJETIVOS

- Promover el proceso de cicatrización
- Disminuir la estancia hospitalaria

- Brindar educación al paciente y su familia

PRECAUCIONES

- Observe medidas de bioseguridad
- Disminuya la ansiedad del paciente
- Utilice medidas de aislamiento si existe herida contaminada
- Proteja las úlceras de los MMII con almohadas para evitar roces con elementos extraños
- Mantenga MMII elevado



OXIGENOTERAPIA

Descripción

Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxigenación a nivel alveolar el oxígeno necesario en el aire inspirado y ofertar una mayor de oxígeno a los tejidos con el objetivo de tratar la hipoxemia

Indicaciones

Hipoxemia asociada a hipo ventilación (el pulmón esta normal la falla es a nivel muscular)

Hipoxemia no asociada a hipo ventilación (O_2 alveolar reducido, Deficiencia en la función alveolar capilar, deficiencia de hemoglobina anemia y/o intoxicación con monóxido de carbono, desequilibrio ventilación perfusión, insuficiencia circulatoria)

Hipotensión, bradicardia, respiración superficial, hipoventilación, cianosis, paciente portado de trauma en uno o mas órganos, intranquilidad ansiedad, cefalea, confusión.

Contraindicaciones

Pacientes que presentan confusión, inquietud, letargo, diaforesis, palidez, taquicardia, taquipnea e hipertensión, posterior a administración prolongada de oxígeno



Persona Responsable

Fisioterapeuta

Recursos Humanos:

Fisioterapeuta y Técnica de fisioterapia

Equipo y material

- Canula binasal, mascara de oxigeno , equipo de ventura
- Balon de oxigeno, (de no tener sistema empotrado)
- Un equipo de aspiración

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none">1. Explicar al paciente sobre el procedimiento y tener el equipo listo.2. Colocar señales de "Prohibido fumar oxigeno en uso".3. Educar al paciente al respecto de la indicación de no fumar.4. Verificar la orden medica(cantidad y Presión)5. Lavarse las manos.6. Verificar el funcionamiento del oxigeno empotrado o en balón(cantidad suficiente)7. Llenar el frasco humidificador con agua destilada estéril hasta los dos tercios, conectar el humidificador con el medidor de	<ol style="list-style-type: none">1. Disminuye el temor y facilita su colaboración, ahorra tiempo y energía.2. Evitar accidentes.3. Promueve seguridad al paciente y visitantes.4. Asegurar la cantidad de oxigeno necesario.5. Reduce la trasmisión de microorganismos.6. Evita los contratiempos y facilita una atención mas rápida al paciente.7. Proporciona oxigeno húmedo. El agua corriente o solución salina deja



<p>flujo.</p> <p>8. Conectar el medidor de flujo con una fuente de oxígeno y verificar el funcionamiento del medidor del flujo y del humidificador. Seleccionar el flujo de oxígeno prescrito.</p> <p>9. Conectar la tubuladura de la máscara de oxígeno con el humidificador y el medidor de flujo.</p> <p>10. Abrir la llave de Oxígeno.</p> <p>11. Antes de insertar la cánula examinar que estén los orificios hacia arriba y si es curva se debe conectar hacia abajo en dirección hacia el piso de las fosas nasales.</p> <p>12. Colocar la conexión detrás de las orejas y debajo del mentón.</p> <p>13. Si se usa mascarilla colocarlo sobre la nariz boca y mentón ajustándola banda elástica alrededor de la cabeza.</p> <p>14. Comprobar el flujo de oxígeno.</p> <p>15. No cerrar los agujeros de las mascarillas.</p> <p>16. Recordar al paciente y familiar los riesgos de fumar en la habitación.</p> <p>17. Lavarse las manos.</p> <p>18. Realizar las notas de enfermería</p>	<p>depositar los minerales. El agua evita que fluya este en dirección retrograda hacia el medidor de oxígeno.</p> <p>8. Asegura que le equipo funcione.</p> <p>9. Entra oxígeno humidificado a la máscara.</p> <p>10. Inicia el flujo de gas.</p> <p>11. Evita lesiones en la mucosa nasal. Evita la fricción ya que la mucosa puede obstruir los orificios y reducir el flujo de oxígeno.</p> <p>12. Fijar la cánula y que no se deslice por movimientos.</p> <p>13. Mantener la concentración de oxígeno evitando la fuga por los bordes de la mascarilla. Si se esta utilizando la máscara de reservorio cubra su dedo índice o pulgar con un paño limpio y ocluya la abertura de la bolsa de reserva para que el O₂ fluya hasta llenar la bolsa antes de colocarla en el paciente.</p> <p>14. Verificar la concentración de</p>
--	--



	<p>oxigeno prescrito, ajustar en caso sea necesario.</p> <p>15. La acumulación de bióxido de carbono puede conducir a la sofocación del paciente.</p> <p>16. Por que el oxigeno puede producir combustión y ocasionar un incendio.</p> <p>17. Reduce la trasmisión de microorganismos.</p> <p>18. Permite una información oportuna sobre la evolución del paciente.</p>
--	---



ASPIRACIONES DE SECRECIONES

Descripción

La aspiración de secreciones es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueobronquiales a nivel orofaríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende del proceso de ventilación externa.

Indicaciones

Cuando el paciente con secreciones pulmonares no es capaz de toser
En pacientes portadores de elementos que facilitan la ventilación (TET, tubo de mayo)



Contraindicaciones

No precisa

Persona Responsable

Fisioterapeuta

Recursos Humanos:

Fisioterapeuta y Técnica de fisioterapia

Equipo y material

- Un equipo de aspiración
- Dos envases para agua estéril
- Una sonda de aspiración
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Mascarilla

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none">1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.2. Verificar el funcionamiento del equipo que este listo para su uso (aspirador, frasco, sonda estéril y guantes) Presión no mayor de 120mmHg.3. Lavado de manos4. Colocarse los guantes estériles.	<ol style="list-style-type: none">1. Favorece la colaboración y participación del paciente. Proporciona confianza y seguridad en el procedimiento.2. Ahorra tiempo y energía. Las aberturas de la sonda impiden la irritación de la mucosa al distribuir la presión negativa de aspiración en diversas partes.



<p>5. Encender el equipo de aspiración e introducir la sonda a nivel orofaríngeo y nasal si fuera necesario. Previa lubricación con agua y girando con suavidad manteniendo la cabeza lateralizada.</p> <p>6. Repetir no mas de tres veces el proceso de aspiración por un periodo no mayor de 15 segundos por aspiración</p> <p>7. Colocar la sonda en agua para su limpieza y secar con la gasa estéril.</p> <p>8. Observar las secreciones (color, cantidad, consistencia)</p> <p>9. Apagar el equipo de Aspiración, descartar la sonda y gasas.</p> <p>10. Retirar los guantes.</p> <p>11. Dejar cómodo al paciente y Realizar notas de enfermería</p>	<p>3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.</p> <p>4. Evita el riesgo de contaminación.</p> <p>5. Las vías respiratorias están cubiertas de una mucosa que se lesiona con facilidad con medios mecánicos. La posición de la cabeza evita que la lengua obstruya la entrada de la sonda.</p> <p>6. La repetición del procedimiento permite despejar las vías aéreas y eliminar las secreciones y sustancia extrañas</p> <p>8. La identificación de las características es parte de la valoración del pacientes</p> <p>11.El registro permite la comunicación entre el equipo de salud</p>
--	--



NEBULIZACIONES

Descripción

La nebulización permite la administración terapéutica en fino de partículas de agua o medicamento mediante la presión de O2 o aire en forma de vapor.

Indicaciones

En pacientes con dificultad para expulsar las secreciones respiratorias, con respiraciones profundas ineficaces y tos o intensos no exitosos con métodos mas simples.

Contraindicaciones

Pacientes con insuficiencia cardiaca

Persona Responsable

Fisioterapeuta

Recursos Humanos:

Fisioterapeuta

Equipo y material

- Fuente de Oxígeno
- Conexión de Oxígeno
- Set de Nebulización
- Suero Fisiológico
- Jeringa de 5, 10 o 20 cc
- Medicamento.



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.</p> <p>2. Tener el equipo listo y verificar el funcionamiento del equipo de oxígeno.</p> <p>3. Lavado de manos.</p> <p>5. Colocar el nebulizador y administrar el oxígeno a una presión de 5 a 6 lts x'</p> <p>6. Colocar al paciente en posición flower o semiflower.</p> <p>7. Repita el procedimiento si es necesario con un intervalo de 20 minutos e inicie la fisioterapia respiratoria.</p> <p>8. En el intervalo señalado brindarle agua tibia para que beba.</p> <p>9. Después de terminada las nebulizaciones indicadas esperar 20 minutos para su evaluación respectiva. Se toma SO₂ y flujometría final.</p> <p>10. Registrar el procedimiento en la hoja de evolución del HC</p>	<p>1. Disminuye el temor y favorece su participación.</p> <p>2. Ahorra el tiempo y el esfuerzo.</p> <p>3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo.</p> <p>4. Permite valorar de forma inicial la saturación de oxígeno de nuestro paciente</p> <p>5. Favorece la evaporación para que sea inhalado por el paciente.</p> <p>6. Favorece la expansión de los pulmones.</p> <p>7. Facilita la movilización de secreciones y su eliminación a nivel pulmonar</p> <p>8. Fluidifica las secreciones permitiendo su eliminación.</p> <p>9. Permite valorar la Saturación de Oxígeno y ver si ha sido efectiva la nebulización</p> <p>10. Mantiene informado al equipo de Salud.</p>



TERAPIA RESPIRATORIA

Descripción

Es la utilización conjunta de tres terapias para la movilización de las secreciones pulmonares: Drenaje postural, percusión torácica y la vibración.

La fisioterapia pulmonar debe seguirse de una tos productiva, pero puede aplicarse aspiración si la capacidad para toser del paciente es ineficaz

1. . Percusión torácica: consiste en percutir alternamente la pared torácica sobre la zona a drenar
2. Vibración : es una especie de presión, que se aplica a la pared torácica solamente durante la espiración
3. Drenaje postural, utiliza técnicas de posición para extraer las secreciones de segmentos específicos pulmonares y de los bronquios hacia la traquea

Indicaciones

Acumulo de secreciones demostrado por presencia de roncales

Dificultad por si mismo del paciente en la expectoración de las secreciones.

Contraindicaciones

Percusión toracica:

Pacientes con trastornos hemorrágicos, osteoporosis, fracturas de costillas

Vibración



Lactantes y niños pequeños

Persona Responsable

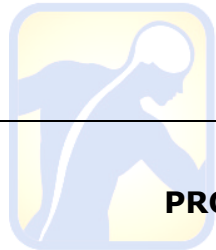
Fisioterapeuta

Recursos Humanos:

Fisioterapeuta.

Equipo y material

- almohadillas
- Soluciones oleosas



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>Percusión torácica:</p> <p>1. Colocar la mano de forma que el dedo pulgar y el resto de los dedos se toquen y que la mano quede ahuecada. Aplicando percusión sobre la superficie de la piel.</p> <p>2. Se alterna el movimiento de las manos contra la pared torácica sobre una tela sencilla, no sobre botones, corchetes o cremalleras</p>	<p>La percusión sobre la superficie de la pared torácica envía ondas de amplitud y frecuencia variable a través del tórax. La fuerza de estas ondas puede modificar la consistencia del esputo o desprenderlo de las paredes de las vías aéreas</p> <p>Permite desconcentrar la percusión en una zona permitiendo mayor campo de acción</p>



3. Tener precaución de percutir zonas pulmonares y no las regiones escapulares

Vibración

Se aplica presiones a la pared torácica durante la espiración

Drenaje postural

El procedimiento puede abarcar la mayoría de los segmentos pulmonares

Bilateral:

- Fowler alta

Segmentos apicales. Lóbulo superior derecho: segmento anterior

- Sentado en un lado de la cama
- Supino con la cabeza levantada

Lóbulo superior izquierdo: segmento anterior

- Decúbito supino con la cabeza elevada

Lóbulo superior derecho segmento posterior

Aumenta la velocidad y turbulencia del aire exhalado

Facilita la eliminación de secreciones

Incrementa la espiración del aire atrapado y puede facilitar el desprendimiento de la mucosidad e inducir la tos

Las diferentes posiciones permitan hacer el uso de la gravedad par el desprendimiento de las secreciones siendo facilitada por la tos y la aspiración de secreciones



- Decúbito lateral con el lado derecho del tórax elevado con una almohada.

Lóbulo superior izquierdo: segmento posterior.

- Decúbito lateral con el lado izquierdo del tórax elevado con almohadas

Lóbulo medio: segmento anterior

- Decúbito supino, tres cuartas partes, junto con Trendelenburg.

Lóbulo medio: segmento posterior

- Decúbito prono con el tórax y el abdomen elevados

Ambos lóbulos inferiores : segmentos anteriores

- Decúbito supino en posición de Trendelenburg

Lóbulo inferior Izquierdo: segmento lateral

- Decúbito lateral derecho en posición de Trendelenburg.

Lóbulo inferior derecho Segmento lateral

- Decúbito lateral izquierdo en posición de Trendelenburg

Lóbulo inferior derecho : segmento posterior

- Decúbito prono con el lado derecho del tórax elevado y en posición de



Trendelemburg.

Ambos lóbulos inferiores : segmentos posteriores

- Decúbito prono en Trendelemburg

NIÑO

Bilateral: segmentos apicales

- Sentado sobre las rodillas de la enfermera, inclinado ligeramente hacia delante, flexionado sobre una almohada

Bilateral: segmentos medios anteriores

- Sentado sobre las rodillas de la enfermera, inclinado sobre la enfermera

Bilateral segmentos anteriores

- Decúbito supino sobre las rodillas de la enfermera, con la espalda apoyada en una almohada



REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICO

Descripción:

La Reanimación Cardiopulmonar es una serie de respiraciones de emergencia que llevan oxígeno a los pulmones de la víctima, combinadas con compresiones pectorales que mantienen la sangre circulante oxigenada.

Al atender una situación de emergencia cardiorrespiratoria o ante un paciente en aparente colapso cardiovascular, se asume una secuencia de acciones ordenadas que eviten omisiones y prevengan errores, como el exceso de intervención o intervenciones incompletas.



Indicaciones:

1. Paro Cardiorrespiratorio

Materiales:

Cánulas orofaríngeas, nasofaríngeas,
Dispositivos bolsa-válvula-máscara)

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
Evaluar el estado de conciencia de la	Omitir este paso pone en riesgo la



victima.

Realiza ABCD Primario

Vía Aérea:

Evaluar vía aérea

Explora la boca par extraer cuerpo extraños.

Realizar la maniobra cabeza - mentón

Determinar si el paciente respira.

Realiza Maniobra M-E-S (mirar, escuchar sentir)

Si en paciente no respira:

Iniciar respiración de apoyo

Respiración boca a boca

Debe mantenerse abierta la vía aérea del paciente, ocluir la nariz y sellar su boca con la boca el reanimador.

Se procede a una inspiración profunda y ocluyendo la boca del paciente con la boca, se sopla lentamente por 2 segundos cada vez, comprobando visualmente que el tórax se expande con cada

iniciación de las intervenciones.

Permite reconocer la situación de un paro cardiorrespiratorio e iniciar maniobras de resucitación

Permite valorar el estado de ventilación del paciente

Los cuerpos extraños podrían evitar una ventilación espontanea

Las maniobras Cabeza-Mentón permiten que, en ocasiones, víctimas que no respiraban inicien su

respiración nuevamente al facilitar la

circulación de aire por la vía respiratoria.

La respiración boca a boca es una manera rápida y efectiva para

suministrar alguna fracción de oxígeno, ya que el aire que

espiramos contiene suficiente oxígeno para satisfacer las

necesidades de soporte



insuflación; se programa una ventilación cada 4 a 5 segundos, de manera que se cumplan unas 10 a 12 respiraciones por minuto.

Cuando se dispone de oxígeno suplementario, se deben utilizar velocidades de flujo de 8 a 12 litros por minuto el reanimador debe optar por ofrecer un volumen corriente que mantenga la saturación de oxígeno y provoque expansión torácica visible. Si no hay oxígeno suplementario, el reanimador debe intentar suministrar el mismo volumen corriente de aire, recomendado en la respiración boca a boca (10 mL/kg, 700 a 1.000 mL) en 2 segundos.

Verificar el Pulso

Comprobada la ausencia de respiración e iniciado el soporte respiratorio con dos o cinco insuflaciones, se procede a examinar el componente circulatorio.

El lugar indicado para palpar el pulso es la arteria carótida del lado más cercano al examinador. Se mantiene extendida la cabeza del paciente con

La ausencia de pulso indica paro cardíaco y necesidad de practicar compresiones torácicas; este dato, sin embargo, no es absoluto porque puede ser difícil palpar el pulso en algunas personas.



una mano sobre la frente (si no hay contraindicación por trauma) y se localiza el cartílago tiroideo; se deslizan dos dedos en el surco entre la tráquea y los músculos laterales del cuello y se aplica presión suave a fin de no colapsar la arteria; ahora se concentra la atención en detectar durante cinco a diez segundos si hay pulso palpable. Si no hay pulso palpable, se inician compresiones torácicas.

Se sugiere una frecuencia de 100 compresiones por minuto para lograr flujo sanguíneo anterógrado adecuado durante la RCP.

La relación entre ventilaciones y compresiones en los adultos, sean efectuadas por un solo reanimador o por dos, debe ser de 15 por 2 ya que esta secuencia permite practicar mas compresiones torácicas por minuto. Las compresiones deben practicarse sobre la mitad inferior del esternón; los brazos del reanimador se ponen a 90 grados con respecto al tórax del paciente, evitando doblar los codos y deprimiendo el tórax una tercera parte de su diámetro con cada

Las compresiones torácicas generan flujo sanguíneo al aumentar la presión intra torácica. Se considera que la sangre bombeada hacia los pulmones por las compresiones torácicas, acompañadas de soporte ventilatorio, suministran una cantidad adecuada de oxígeno a los órganos vitales hasta que se inicien maniobras avanzadas.

La mayoría de los eventos de colapso cardiorrespiratorio no traumático en un paciente adulto se acompañan de fibrilación ventricular. El tiempo entre el momento del colapso y la



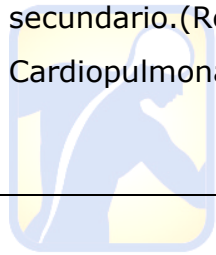
compresión.

Desfibrilación

Se determina si hay fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso. Si es así, se procede a desfibrilar y se inicia el ABCD secundario.

Si no hay fibrilación ventricular, se continúa la RCP y se inicia el ABCD secundario.(Reanimación Cardiopulmonar avanzada)

maniobra desfibriladora es un determinante individual definitivo para la supervivencia.



VENDAJES

Descripción

Los vendajes aplicados sobre o alrededor de los apósitos pueden proporcionar una protección y unos beneficios terapéuticos adicionales, Los vendajes pueden ser de bandas elásticas, de gasas, o tela. La finalidad de los vendajes es la de proporcionar:

Protección , seguridad, inmovilidad, dependiendo de su ubicación, .

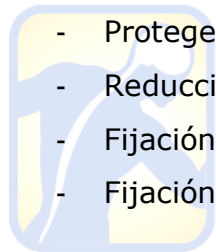


Tipos

1. Circular
2. Espiral
3. Espiral cruzado
4. en ocho
5. recurrente
6. Vendajes especiales: Vendaje mamario, Abdominal, en T

Indicaciones

- Presión en región corporal
- Inmovilización de una región corporal
- Protegen una herida
- Reducción o prevención de un edema
- Fijación de una férula
- Fijación de un aposito



Contraindicaciones

- Abrasiones de piel

Persona Responsable

Fisioterapeuta

Recursos Humanos:

Fisioterapeuta



Equipo y material

- Vendas de acuerdo al tipo de vendaje

PROCEDIMIENTO.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1. Inspeccionar la piel en busca de alteraciones de la integridad, como abrasiones, alteraciones de la coloración, rozaduras o edemas	Cualquier alteración de la integridad de la piel contraindica la aplicación de un vendaje elástico.
2. Valorar el estado circulatorio, anotando la temperatura superficial, el color de la piel y la sensibilidad de la parte del cuerpo que se va a tapar.	Es importante controlar idoneidad de la circulación. La obstaculización de la circulación se puede detectar en forma de frialdad al tacto en comparación con la zona colateral, cianosis o palidez de la piel.
3. Comprobar la indicaciones médicas y algunas especificaciones.	Permite la especificación en la realización del procedimiento.
4. Tener el equipo necesario completo (verificar si el vendaje que presenta el paciente puede ser reutilizable o es necesario un cambio). Tamaño y numero de vendas	El tamaño y ancho de las venda varia de acuerdo a la zona y la finalidad.
5. Explicar al paciente el procedimiento, haciendo hincapié en la presión que va a sentir.	Estimula la cooperación y reduce la ansiedad.
6. lavarse las manos	Reduce la transmisión de infecciones
7. Mantener la individualidad del paciente.	Reduce la inquietud del paciente



<p>8. Sostener el rollo de venda elástica con la mano dominante y utilizar la otra para sujetar con suavidad al comienzo de la venda en la zona distal de la región a vendar. Pasar siempre el rollo a la mano dominante a medida que se venda la zona.</p> <p>9. aplicar el vendaje desde la zona proximal. Utilizando las vueltas necesarias para cubrir varias zonas de partes del cuerpo</p> <p>10. Desenrollar y estirar ligeramente la venda, superponer las vueltas</p> <p>11 Fijar la primera venda antes de aplicar mas rollos.</p> <p>12. Evaluar la circulación distal al terminar la aplicación del vendaje ,al menos dos horas durante las primeras ocho horas</p> <p>13 Registrar la aplicación del vendaje y la respuesta del paciente</p>	<p>Mantiene una tensión del vendaje adecuada</p> <p>El vendaje se aplica de forma que se adapta uniformemente a la zona y favorece el retorno venoso.</p> <p>Mantiene una tensión uniforme del vendaje. Evita que la tensión sea desigual y que la circulación resulte obstaculizada. Evita que el final de la venda se suelte y se arrugue. La detección precoz de las alteraciones circulatorias asegura una función neurovascular correcta. Garantiza la continuidad del tratamiento, permite la comunicación entre el equipo de salud.</p>
---	--



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.

**GUIA DE PROCEDIMIENTO DE
FISIOTERAPIA**

**FECHA
ATUALIZACION
18/11/2013**

EDICION 3



REHABILITACIÓN FÍSICA Y MÉDICA INTEGRAL
Neurocoop
S.A.S.