**PROTOCOLO DE PREPARACIÓN PARA KINESIOTERAPIA RESPIRATORIA CESFAM JOSE JOAQUIN AGUIRRE.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELABORADO** | **REVISADO** | **APROBADO** |
| Mario Urzua SanchezKinesiologa sala ERAArnaldo Pérez AstargoKinesiólogo sala IRA y ERACESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  | Dina Guerra CamposEncargada de Calidad CESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga |  Natalia Rios RojasDirectora CESFAM José Joaquín AguirreIlustre Municipalidad de Calle Larga  |
| 05/08/2022 | 05/08/2022 | 05/08/2022 |

1**-. Objetivos**

Objetivo General:

Estandarizar la preparación de los pacientes previo a la kinesioterapia respiratoria para brindar mayor seguridad y calidad en la atención otorgada.

**3-. Alcance**

El presenta manual rige para las unidades de Sala IRA y Sala ERA.

**4-. Documentos de referencia**

Landeros, J. (2015). Protocolo de preparación previa ejecución de procedimientos de Kinesioterapia Respiratoria, Hospital Roberto del Río. Santiago.

Avila, J. (2018). Protocolo APK 1.2 Preparación del paciente previo a la ejecución de procedimientos de Kinesioterapia Respiratoria en HRR. Rancagua.

**5-. Responsable de la ejecución:**

|  |  |
| --- | --- |
| Kinesiólogos | Son responsables de la ejecución del presente documento. |
| Encargado de calidad | Monitoreo deIndicador. |

**6-. Definiciones**

**Intervención Kinésica Respiratoria:** Se entiende como el conjunto de procedimientos y acciones realizadas con los pacientes, utilizados como apoyo y complemento en el tratamiento de patologías respiratorias y en todas aquellas condiciones en las que esté afectada la función ventilatoria, de niños y/o adultos.

**7-. Desarrollo**

**Indicación de intervención kinésica**

Las intervenciones Kinésicas respiratorias se inician bajo indicación médica, esta indicación puede ser escrita en ficha clínica o de manera verbal.

**De la preparación del paciente, previa a la atención de kinesioterapia respiratoria**

Es necesario que previo a la realización de kinesioterapia respiratoria los pacientes cumplan con los siguientes requisitos:

|  |  |
| --- | --- |
| **Adultos** | **Pediátricos** |
| Hemodinámicamente estables | Hidratados |
| Afebril | Ayuna de 2 a 3 horas |
|  | Afebril |

**Atención Kinésica**

Para realizar la Kinesioterapia Respiratoria, el profesional Kinesiólogo puede utilizar todas las técnicas manuales y/o mecánicas que estén a su alcance, según su criterio y que tenga disponible.

Atención Kinésica

a.- Realizar lavado clínico de manos.

b.- Aplicar pauta de preparación previa a la atención de kinesioterapia respiratoria (anexo 1).

c.- Utilizar EPP según requerimiento.

d.- Explicar el procedimiento al paciente y/o acompañante.

e.- Realizar procedimiento de KTR.

f.- Realizar aspiración de secreciones según necesidad.

Durante todo el proceso el kinesiólogo debe observar la reacción del paciente en cuento a la agitación

**8.- Indicador**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del indicador: | Porcentaje de aplicación de pauta de preparación previa a la atención de kinesioterapia respiratoria. |
| Objetivo: | Evaluar el cumplimiento de la aplicación de la pauta de preparación previa a la atención de kinesioterapia respiratoria. |
| Dominio | Resultados |
| Fórmula: | N° total de pautas aplicadas\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . X100 N° total de pacientes a los que se le realiza la kinesioterapia respiratoria. |
| Periodicidad : | Trimestral |
| Umbral de cumplimiento de indicadores. |  80% |
| Fuente de datos: | Pautas de aplicación de pauta de preparación previa a la atención de kinesioterapia respiratoria. |
| Metodología | Trimestralmente se revisará que todos los pacientes a los que se les haya realizado  |

**9.- Distribución**

a. Dirección del establecimiento

b. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

c. Subdirecciones del establecimiento

d. Encargado/a MAISF

e. Encargados/as de Programa

f. Encargados/as de Sector

g. Encargados/as de Posta

h. Encargados/as de Unidad

**10.- ANEXOS**

**Anexo 1**

 **Pauta de preparación previa a la atención de kinesioterapia respiratoria.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rut de paciente** |  |
| **Fecha** |  |
| **Profesional** |  |

**Presión arterial:**

**Temperatura:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Requerimiento** | **Si** | **No** | **No aplica** |
|  **Paciente hemodinámicamente estable** |  |  |  |
| **Paciente afebril** |  |  |  |
| **2 o 3 horas de Ayuno** |  |  |  |
| **Paciente Hidratado** |  |  |  |

**Observaciones:**

|  |
| --- |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y firma encargado de Unidad

**11-. Tabla de Modificaciones**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Edición número** | **Motivo del cambio** | **Fecha de aprobación** |
| Primera | Elaboración de Documento | 05/08/2022 |
| Segunda |  | Día de mes de año |
| Tercera |  | Día de mes de año |