

REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Autor

Dr. Víctor O. Barrios Martínez

Dra. Danis B. Oliva Martinez

Servicio

Medicina Física y Rehabilitación

CONTENIDO

- Rehabilitación oncológica
- Fisioterapia respiratoria
- Rehabilitación neurológica en enfermedad cerebro vascular
- Magnetoterapia
- Tratamiento rehabilitador de la cirugía de la cadera (prótesis)

DESARROLLO

Universo de pacientes a atender

Pacientes que estén recibiendo tratamiento por la especialidad de Oncología de nuestro Hospital con necesidad de recibir rehabilitación y fisioterapia como consecuencia de la radioterapia y quimioterapia recibida y del tratamiento quirúrgico aplicado. Pacientes remitidos por neumólogos, clínicos o cirujanos del Centro para ser valorados por el especialista de Medicina Física y Rehabilitación en Consulta Externa. Pacientes neurológicos o neuroquirúrgicos después que su estado se estabilice. La rehabilitación de un paciente operado de prótesis de cadera debe empezar lo mas precoz posible y debe comenzarse en la sala de ortopedia y terminar en su área de salud.

Criterios de inclusión

- Pacientes del Hospital que tiene secuelas que provocan dolor, debilidad muscular, limitación funcional, disminución de la capacidad respiratoria, amputación de miembros.
- Pacientes con afecciones respiratorias remitidos por neumólogos, clínicos o cirujanos, para ser valorados por el especialista de Medicina Física y Rehabilitación en Consulta Externa.
- Pacientes neurológicos o neuroquirúrgicos con necesidad de iniciar la rehabilitación lo antes posible, aún estando en los servicios médicos y quirúrgicos correspondientes, de manera simultánea con el diagnóstico y el tratamiento agudo (después que el estado del paciente se estabilice, se

confecciona un programa rehabilitador detallado, que se ejecutará en un servicio de rehabilitación, de forma ambulatoria u hospitalaria).

- Pacientes operados de prótesis de cadera.

REHABILITACIÓN ONCOLÓGICA

Se aplicará tratamiento rehabilitador acorde a las características del cuadro clínico del paciente.

- **Crioterapia:** por su efecto analgésico y anti inflamatorio en zonas que lo requieran; se aplica entre 10 y 15 minutos mediante el empleo de bolsas de hielo, bolsas de gel, toallas o compresas frías y masaje con hielo.
- **Corrientes analgésicas dinámicas:** D1-CP 3-LP 6, interferenciales E 100 Hz, V 90-100 Hz, ambas por sus efectos analgésicos.
- **Corrientes estimuladoras:** las farádicas menos de 20 mseg de impulso o galvánicas exponenciales más 20 mseg de impulso según el grado de debilidad muscular.
- **Quinesioterapia:** movilizaciones pasivas, asistidas o resistidas según fuerza muscular, con el objetivo de mantenerla o aumentarla.
- **Gimnasioterapia:** ejercicios respiratorios para fortalecer el diafragma y ejercicios de fortalecimiento de la musculatura general.
- **Ambulación:** mesa inclinada progresiva para adaptar al paciente a la bipedestación en los casos necesarios.
- **Deambulación entre paralelas,** corrigiendo la postura.

Junto al tratamiento rehabilitador es importante la ayuda del Psicólogo con el paciente y la familia, con el objetivo de adecuar a estos y lograr una mayor cooperación en el tratamiento rehabilitador que al final representa una mejor calidad de vida.

Al alta hospitalaria, se le explica al paciente y familiares que debe continuar tratamiento en su área de salud, donde están creadas las condiciones para su seguimiento. Este tratamiento no tiene contraindicaciones siempre que el paciente coopere.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Para su aplicación es necesario contar con las siguientes áreas terapéuticas:

- **Agentes físicos**
 - ⊕ Calor infrarrojo
 - ⊕ Ultrasonoterapia
 - ⊕ Diatermia de onda corta
 - ⊕ Estimulación eléctrica

- ⊕ Corrientes analgésicas
- ⊕ Magnetoterapia
- ⊕ Láser terapia
- **Quinesioterapia:** aporta corrección de postura, ejercicios respiratorios y generales.
- **Masoterapia** (manual y vibratorio)
- **Drenaje postural**
- Asociación de **inhala terapia y fisioterapia respiratoria**

Descripción del proceder

El paciente, remitido por neumólogos, clínicos o cirujanos, es valorado por el especialista de Medicina Física y Rehabilitación que, teniendo en cuenta la particularidad de su cuadro clínico, impondrá el tratamiento que realizará el paciente en el servicio de rehabilitación guiado y controlado por un técnico de fisioterapia. A este paciente se le hará una primera consulta, y una reconsulta de acuerdo a su evolución y se seguirá en su área de salud, pues estas patologías son de larga evolución.

Desarrollo del tratamiento

- **Agentes físicos:** el tratamiento comenzará con la aplicación de los agentes físicos antes mencionados con el objetivo de aliviar el dolor, preparar para el ejercicio y mejorar la permeabilidad de las vías áreas:
 - ⊕ **Calor infrarrojo:** se aplicará a 60 cm de distancia, durante no menos 10 minutos, en ambos campos pulmonares.
 - ⊕ **Ultrasonoterapia:** se aplicará a una dosis de 1 watt por cm² intercostal posterior con el objetivo de fluidificar secreciones y favorecer la expectoración.
 - ⊕ **Corrientes analgésicas y estimulativas:** con el objetivo de aliviar el dolor para favorecer el ejercicio y estimular la musculatura patética:
 - **Corrientes interferenciales** (analgésicas) estables 100 Hz 3 minutos y variables de 90-100 Hz 7 minutos en zonas dolorosas del tórax.
 - **Corrientes estimulativas:** 50 Hz con duración del impulso desde 500 mseg-50 mseg según la gravedad del paciente.
 - ⊕ **Láser terapia** (láser puntura) mediante estimulación del canal Pulmón P1, P6, P7.
 - ⊕ En la fisioterapia respiratoria se aplica mediante el equipo MAG-80, solenoide torácico. Se prefija 50-75 % de intensidad, por 30 min., campo D.

⊕ **Magnetoterapia:** se define como la acción en la que se utilizan imanes permanentes o equipos generadores de campos magnéticos variables para lograr un efecto terapéutico. Esta terapia tiene acciones biológicas, de las cuales las más importantes son:

- Mejora la circulación, disminuye los depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos, reducen el dolor y provocan incremento de la oxigenación tisular.
- Efecto trófico, por un mayor aporte de nutrientes y oxígeno.
- Acción anti inflamatoria.
- Produce disminución de la presión arterial.
- Efecto protector contra la necrosis en la isquemia aguda.
- Estimulo trófico del hueso y del colágeno, con eficacia para la consolidación de fracturas.
- Incrementa la producción de colágeno, de interés tanto en los procesos de cicatrización como para la prevención del envejecimiento de la piel.
- Relajación de músculo liso y estriado, por disminución del tono simpático.

Para su aplicación es necesaria la presencia del Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación y del Técnico de Fisioterapia y como equipo se emplea la cama magnética de frecuencia variable: 50 Hz e intensidad hasta 100 gauss. Para los tratamientos locales, con funcionamiento manual o automático se emplean equipos de campo magnético regional (MAG 200). Genera onda casi rectangular con frecuencia variable de 1 a 99 Hz, con régimen pulsado o continuo e intensidad máxima de 200 gauss.

La duración del tratamiento oscila entre 20 y 30 minutos y el número de sesiones esta en dependencia de la gravedad del cuadro clínico.

Esta terapia no tiene contraindicaciones absolutas, solo requiere precauciones especiales en los siguientes casos:

- En aplicaciones abdominales suspenderlo durante la menstruación.
- Anemias severas.
- Enfermos con marcapaso y prótesis auditivas.
- Embarazos.
- Hipotensión arterial.
- Enfermedades virales en peligro de diseminación.

Principales indicaciones y la forma de administración (Tabla 1 y 2).

Tabla 1. Forma de administrar la magnetoterapia (equipo MAG 200)

<i>Patología</i>	<i>Zona</i>	<i>Intensidad</i>	<i>Frecuencia</i>
Injerto óseo	Transregional	25-50%	50 Hz
Fracturas	Transregional	25- 50 %	15 Hz
Prótesis	Transregional	25- 50 %	50 Hz
Hernia discal	Transregional	50- 75 %	75 Hz
M. espondilótica	Transregional	25- 50 %	25 Hz
E. anquilopoyética	Coplanar lumbar	100 %	50-75 Hz
Sacroileitis	Coplanar	75-100 %	50-75 Hz
Periartritis	Transregional	75-100 %	75 Hz
Radiculopatía lumbar	Transregional	75-100 %	75 Hz
Lumbociatalgia	Coplanar	100 %	50-75 hz
Neuralgias	Coplanar	50-75 %	75 hz
LN periférica	Coplanar	25-75 %	75 hz
Parálisis facial	Transregional	50 %	75 hz
Sudeck	Transregional	100 %	50-75 hz
Ulceras	Transregional	100 %	50-75 hz

Tabla 2. Forma de administrar la magnetoterapia (equipo MAG 80).

<i>Patología</i>	<i>Zona</i>	<i>Intensidad</i>	<i>Campo</i>
Osteomielitis	Transregional	50%	D
Fracturas	Transregional	75-100%	Programa 04-10
Injertos óseos	Transregional	50%	Programa 08
Prótesis	Transregional	25-50%	D
Osteoporosis	Todo el cuerpo	75-100%	Programa02-06
A. Reumatoide	Todo el cuerpo	25- 75 %	Campo I
Necrosis avascular	Transregional	25%	Programa 05
ECV	Cráneo	25-50%	Programa 07-8
Guillain Barre	Todo el cuerpo	25-50%	Programa 01
TCE	Cráneo	25-50%	Campo 1
Linfedema	Miembros	75-100%	Campo B
Sudeck	Zona afecta	25-100%	Programa 07-9
EPOC	Tórax	50-75 %	Programa 09

Información al paciente sobre esta técnica

Al paciente hoy que informarle que esta terapia no se ve ni se siente. En ocasiones induce al sueño en el momento del tratamiento, y mejora la calidad del mismo durante la noche. Puede producir cefalea en el transcurso del tratamiento. Se explicará al paciente y familiares el objetivo del tratamiento, sus características y las posibles reacciones adversas. Se obtendrá su consentimiento antes de iniciarlo.

- **Quinesioterapia:** mediante movilizaciones activas, asistidas o resistidas, de acuerdo al grado de debilidad muscular que presente el paciente en los músculos respiratorios accesorios o el diafragma. Se incluyen los ejercicios generales para corrección de postura y fortalecimiento de la musculatura en general.
- **Masoterapia:** incluye masaje manual analgésico en zonas doloras y masajes vibratorios en ambos campos pulmonares para ayudar a la expulsión de secreciones.
- **Drenaje postural:** se utiliza la acción de la gravedad para favorecer la expulsión de secreciones de las vías respiratorias, utilizando una camilla que favorece las posturas adecuadas para el drenaje de los diferentes segmentos pulmonares.
- **Asociación de inhalo terapia y fisioterapia respiratoria:** se aplica aerosol broncodilatador (1 mL de salbutamol más 2 mL de suero fisiológico) previo al ejercicio respiratorio con el objetivo de mejorar la capacidad de trabajo del paciente.

Información a los pacientes

- Se le explica al paciente, en presencia de un familiar, que esta terapia no tiene contraindicaciones (excepto TB activa) y que los ejercicios respiratorios deben realizarse diariamente durante seis meses y con la frecuencia de dos veces por semanas de por vida. El seguimiento de los mismos se realiza en el área de salud, mediante consulta externa especializada.

REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA EN ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR

La rehabilitación de un paciente neurológico o neuroquirúrgico comienza lo antes posible en el servicio de atención; posteriormente, cuando su estado lo permita, se confecciona un programa rehabilitador detallado, que se ejecutará en el Servicio de Rehabilitación, de forma ambulatoria u hospitalaria. La ubicación del enfermo y la intensidad de la rehabilitación dependen de su estado clínico y del grado de discapacidad.

RECURSOS NECESARIOS

Humanos

Además de los recursos humanos (Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Especialista en Neurología, Especialista en Logopedia, técnico en fisioterapia, y Lic. en Psicología) es importante la colaboración del especialista de cabecera (neurólogo, neurocirujano, o de otra especialidad)

Materiales

Son imprescindibles determinados recursos materiales; por ejemplo:

- Agentes físicos
- Calor infrarrojo
- Vibrador
- Camilla de quinesiología
- Mesa de bipedestación
- Gimnasio

DESARROLLO

El tratamiento fisiátrico comenzara al estabilizarse el cuadro clínico del paciente y se organizara de la siguiente forma:

Fase aguda

Lugar

- Sala de hospitalización (neurología, neurocirugía, cuidados progresivos, medicina interna)

Paciente inconsciente

- La rehabilitación es pasiva para evitar las contracciones y el dolor en las articulaciones, y para prevenir complicaciones posteriores.
- Todas las articulaciones del lado paralizado se mueven en toda la variedad de movimientos varias veces al día (3-4 veces, por lo menos). Además se realizará fisioterapia respiratoria y cambios posturales con igual frecuencia.
- Las extremidades deben colocarse adecuadamente:
 - ⊕ Miembro superior: apoyado sobre una almohada, abducido 45°, con el antebrazo en supinación y semiflexión de muñeca y dedos.
 - ⊕ Miembro inferior: en extensión, con una almohada en la zona de la pelvis parética y otra debajo del pie.

Paciente conciente

Si el paciente, por indicación médica, no se puede levantar de la cama, se realizará el mismo tratamiento aplicado al paciente inconsciente, adicionando la realización de movimientos activos siempre que sea posible.

- **Sedestación:** la mayoría de los pacientes que están concientes pueden ser levantados de la cama con seguridad y ser instalados en una silla de ruedas o en un sillón fijo durante gran parte del día. La transición de la cama a la silla debe realizarse con supervisión del enfermero o técnico de fisioterapia, para evitar accidentes. En caso de que el paciente haya permanecido más de tres días en cama se deben tomar medidas para evitar la hipotensión postural.
- **Marcha:** se hará un estimado de la capacidad de ambulación, desde la posición de decúbito. Si el paciente es capaz de movilizar la cadera, es muy probable que pueda caminar con bastón, y si puede además mover el tobillo y los dedos del pie, lo más probable es que no necesitará ningún aparato ortopédico.
 - ⊕ Equilibrio en bipedestación: enseñar al paciente a distribuir el peso entre ambas piernas, cargando más peso, de forma progresiva, en la pierna débil.
 - ⊕ Marcha en espacios restringidos con apoyo.
 - ⊕ Marcha sin apoyo, en caso de ser posible.
- **Miembro superior:** potenciar los movimientos de las articulaciones en todo su margen para reducir la probabilidad de hombro doloroso. Si el paciente tiene una parálisis del brazo y va a deambular, debe colocarse un cabestrillo, que se retira cuando se encuentre sentado o acostado.
- **Lenguaje:** Los pacientes afásicos o disártricos, deben ser evaluados por logopedia, que comenzará el tratamiento rehabilitador en esta etapa.

Fase crónica

Lugar

- Se decidirá la ubicación del enfermo de acuerdo con el algoritmo de atención.

Aspectos generales

- Una vez que ha pasado la fase aguda los pacientes deben ser cuidadosamente evaluados para comprobar el grado de discapacidad y se debe confeccionar el programa de rehabilitación por parte del especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- La evaluación de la situación del paciente incluye el estudio del deterioro neurológico, el grado de capacidad funcional, los defectos de comunicación, el ánimo, la motivación, las posibilidades de reintegrarse a las actividades sociales y al trabajo, la capacidad para vivir en su casa y la necesidad de asistencia.
- Como principio, el paciente y los miembros de su familia deberían formar parte del equipo. Se les deben enseñar los principios de la rehabilitación y los familiares tienen que participar de forma activa en el tratamiento.

- Tan pronto como su estado lo permita, el paciente debe visitar su domicilio, para favorecer el traslado del hospital a la casa.
- Si el paciente necesita un período de rehabilitación más largo, debería ser trasladado a un hospital especial de rehabilitación.
- Cuando el paciente es trasladado a otro centro, es de suma importancia que se envíe un informe completo.
- Paralelo a este tratamiento el paciente será valorado por el psicólogo, que influirá en su estado anímico y adecuación psicológica que favorezcan su cooperación en el tratamiento. La presencia del Logopeda es muy importante para facilitar la comunicación medico – paciente.

Procederes específicos que se realizan durante la rehabilitación

- ***Calor infrarrojo:*** se aplicará en miembros paréticos y zonas dolorosas con el objetivo de mejorar la irrigación sanguínea de la zona, alivio del dolor, preparación para el posterior ejercicio y favorecer la expulsión de secreciones del tracto respiratorio. Se aplicara 15 minutos en cada zona a tratar, entre 60 y 90 cm de distancia, teniendo cuidado de no quemar al paciente.
- ***Vibromasaje:*** se aplicará en zonas de apoyo para favorecer la circulación y estimular la piel de esta zona previniendo la aparición de escaras, se aplicara además en ambos campos pulmonares para mejorar la permeabilidad de las vías aéreas, 15 minutos en cada zona.
- ***Quinesioterapia:*** de acuerdo a la gravedad del cuadro clínico del paciente y en dependencia de si tiene una mayor o menor motilidad voluntaria se realizaran movilizaciones de miembros, ya sean pasivas si no hay motilidad, asistidas si no completan los arcos articulares o resistidas si completan el arco articular, pero no alcanzan la nota 5 de fuerza muscular. También se aplicaran las técnicas de facilitación neuromuscular que ayudan a la aparición de movimientos voluntarios.
- ***Gimnasioterapia:*** posteriormente, con la mejoría del cuadro clínico, se pasará al paciente al gimnasio para continuar su fortalecimiento e independencia para las actividades de la vida diaria .En esta etapa se incluyen ejercicios con pesas, mecanoterapia y poleo terapia.
- ***Ambulación:*** desde un inicio se comenzara la bipedestación precoz, pasando desde la mesa inclinada hasta paralela y entrenamiento en subir y bajar escalera.

Paralelo a este tratamiento, el paciente será valorado por el Psicólogo, que influirá en su estado anímico y adecuación psicológica que favorezcan su cooperación en el tratamiento. La presencia del Logopeda es muy importante para facilitar la comunicación medico-paciente.

Información a pacientes y familiares

Desde un inicio se informa a pacientes y familiares que el comienzo precoz del tratamiento y la cooperación del familiar es fundamental para la buena evolución de este cuadro. Esta terapia no tiene contraindicaciones.

El paciente debe continuar su rehabilitación en su área de salud, ya que su rehabilitación completa pasa por varias etapas después del alta hospitalaria.

TRATAMIENTO REHABILITADOR DE LA CIRUGÍA DE LA CADERA (PRÓTESIS)

La rehabilitación de un paciente operado de prótesis de cadera debe empezar lo más precoz posible y debe comenzarse en la sala de ortopedia y terminar en su área de salud.

Recursos necesarios

Humanos

- Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación.
- Médico especialista en Ortopedia.
- Técnico en Fisioterapia.
- Psicólogo.

Materiales

- Agentes Físicos
 - ⊕ Calor infrarrojo
 - ⊕ Ultrasonido
 - ⊕ Electroterapia
 - ⊕ Campo magnético
- Kinesiología
- Masoterapia
- Ayudas para la marcha (andadores y bastones)

Estructuración del tratamiento rehabilitador

El tratamiento debe comenzar lo más precoz posible, para preparar al paciente previo al acto quirúrgico y tiene los siguientes objetivos:

- Alivio del dolor
- Tratar el edema
- Prevenir deformidades

- Tratamiento postural
- Evitar atrofia muscular
- Fisioterapia respiratoria
- Apoyo psicológico.

Fase preoperatoria

- Son necesarias al menos 15 sesiones de fisioterapia previa al acto quirúrgico (ingresado en sala) que garanticen el mejor estado físico del paciente antes de la intervención. Desde su ingreso se instaurara un tratamiento postural que prevenga escaras, deformidades, anquilosis y posturas viciosas, que consistirá en mantener al paciente en decúbito supino, con las caderas en abducción de 60 grados aproximadamente, rodillas en extensión y tobillos en 90 grados. Manteniendo todo el tiempo el cuerpo alineado. Debe vigilarse que la sabana se mantenga seca y bien estirada.
- Desde un inicio se le enseñara al paciente a realizar contracciones isométricas de toda la musculatura del miembro afecto, para evitar la atrofia muscular (son 20 repeticiones cada una hora). Se realizaran movilizaciones activas asistidas o resistidas según el cuadro clínico de tobillo y rodilla. En caso de que haya edema se realizara masaje evacuativo. En la misma cama se realizara los ejercicios respiratorios, con el objetivo de fortalecer el diafragma (inflar guantes, ejercicios respiratorios con pesos abdominales).
- En esta etapa es fundamental el empleo de agentes físicos, como el calor infrarrojo y el ultrasonido para el alivio del dolor, efecto anti inflamatorio y previo al ejercicio (calor infrarrojo de 60 a 80 cm de distancia durante 15 minutos). El ultrasonido a $0,5 \text{ watt/cm}^2$ durante 10 minutos.
- La electroterapia en sus dos variantes analgésica y estimulativa nos ayuda a aliviar el dolor y a paliar las atrofiás musculares producto de la inmovilidad.
- El campo magnético se usa por su efecto trófico, analgésico, anti inflamatorio y para evitar la osteoporosis. Existe un programa específico que ha demostrado su efectividad en estos casos que se aplicara de la siguiente manera: método transregional, con una intensidad de 25 -50 %, a una frecuencia de 50 Hz.

Fase postoperatoria

- Debe comenzar precozmente al llegar el paciente a la sala, iniciándose las movilizaciones de tobillo y rodilla cuando desaparezcan los signos de la anestesia. Se mantienen los cuidados del tratamiento postural, se coloca una almohada entre las piernas para mantener la abducción. En las próximas 24 a 48 horas cuando el paciente ya este estable se comenzara los ejercicios para recuperar la marcha, ayudada por muletas o andadores (sin apoyo del miembro operado) y se mantendrá periodos de tiempo sentado,

siempre que no provoque dolor. Continuara el tratamiento de agentes físicos que comenzó antes del acto quirúrgico y la fisioterapia respiratoria.

- Previa valoración por el Ortopédico, cuadro clínico, evolución radiológica y tipo de prótesis colocada comenzara el apoyo parcial. Generalmente en el caso de las prótesis cementadas se comienza el apoyo a las 24 horas y en las no cementadas a los 7 días.
- En aproximadamente 15 días con una evolución favorable el paciente es dado de alta hospitalaria por fisioterapia, para continuar con su tratamiento de rehabilitación en su área de salud. En estos momentos ya el paciente ya es capaz permanecer largos periodos de tiempo sentado, lograr marcha con apoyo parcial y una buena capacidad cardio respiratoria.

Información a pacientes y familiares

Se le explica las características del tratamiento, la conveniencia de que el tratamiento rehabilitador se continúe en su área de salud, donde será valorado por el fisiatra de allí. Se insiste en recomendar que no debe aumentar su peso corporal, porque el sobrepeso puede interferir con la evolución del tratamiento, no debe hacer abducción, ni rotación externa de la cadera operada, no inclinarse a recoger objetos del piso, y que debe tener periodos de descanso de 30 min. En la mañana y en la tarde.

EVALUACIÓN Y CONTROL

Indicadores de Estructura		Plan %	Bueno	Regular	Malo
Recursos humanos	Personal que compone el grupo de trabajo asistencial	95	95	--	< 80
Recursos materiales	Aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los medicamentos expuestos en el PA	95	95	--	< 80
	Disponer de los recursos para la aplicación de investigaciones	95	95	--	< 80
Organizativos	Disponibilidad diseño organizativo para aplicar el PA	95	95	--	< 80
	Planilla recogida datos del PA	100	100	-	<100
	Base de datos electrónica	100	100	-	<100
Indicadores de Proceso		Plan %	Bueno	Regular	Malo
% pacientes enviados a la Consulta Rehabilitación que cumplieron el plan terapéutico.		≥ 95	≥ 95	90-94	< 90
% pacientes con diagnósticos según criterios establecidos por el PA		≥ 95	≥ 95	90-94	< 90
% de pacientes con fisioterapia realizada/pacientes con fisioterapia planificada		≥ 95	≥ 95	90-94	< 90
% pacientes seguidos según período establecido/Total de pacientes a seguir		≥ 95	≥ 95	90-94	< 90

% pacientes con aplicación elementos establecidos a controlar cada período seguimiento	≥ 95	≥ 95	90-94	< 90
% pacientes neurológicos en rehabilitación con complicaciones no evitadas (escaras, espástico, deformaciones, sepsis urinaria)	<10	<10	10-15	> 15
Indicadores de Resultados	Plan %	Bueno	Regular	Malo
% pacientes con mejoría de PFR post fisioterapia/pacientes con fisioterapia respiratoria	≥ 50	≥ 50	40-50	< 40
% pacientes con mejor capacidad funcional post tratamiento (discapacidad alta)	≥ 60	≥ 60	50-60	< 50
% pacientes neurológicos en rehabilitación y mejoría de discapacidad parcial a 30 días				
% pacientes con menos disnea esfuerzo post FR/pacientes con fisioterapia respiratoria	≥ 40	≥ 40	30-40	< 30
% pacientes en FR con infecciones nosocomiales respiratorias/pacientes con FR	<10	<10	10-15	> 15
% pacientes que recibieron rehabilitación y/o fisioterapia y mantuvieron adherencia al tratamiento	≥ 95	≥ 95	90-94	< 90
% pacientes que refieren mejor calidad vida post tratamiento rehabilitador (encuestas)	≥ 95	≥ 95	90-94	< 90

Información a pacientes y familiares

- A todo paciente o familiar se le informará sobre el tratamiento rehabilitador a realizar y los cuidados que debe tener antes y después del tratamiento, el grado de cooperación que se necesita, tiempo de probable de duración y posible grado de recuperación.

ALGORITMO PARA LA REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON PRÓTESIS DE CADERA

