



REPUBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ESE HOSPITAL SAN JOSE DEL GUAVIARE

MAPA DE PROCESOS TERAPIA FÍSICA

| TIPO DE PROCESO | MACROPROCESO                               | PROCESO                                 | PROCEDIMIENTOS  |
|-----------------|--|---|---|
| MISIONALES      | GESTIÓN DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO | ATENCIÓN DEL PACIENTE EN TERAPIA FÍSICA | ATENCIÓN DEL PACIENTE AMBULATORIO EN TERAPIA FÍSICA   |
|                 |  |   | ATENCIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EN TERAPIA FÍSICA |



**PROCEDIMIENTO**  
**Atención del paciente ambulatorio en Terapia Física**

Código:  
Fecha:  
Versión: 2.0  
**ESTADO DOCUMENTAL**      VIGENTE

AREA: Terapia Física

**1- CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN**

| JERARQUIA | NOMBRE                       | CARGO                            | FIRMA |
|-----------|------------------------------|----------------------------------|-------|
| ELABORO   | EDITH MILENA ALVAREZ ORJUELA | Fisioterapeuta                   |       |
| VALIDO    | CARLOS ALEJANDRO VILLEGAS    | Coordinador Médico               |       |
| APROBO    | JORGE ENRIQUE DUARTE VASQUEZ | Subgerente de Servicios de Salud |       |

**2. OBJETIVO**

Brindar atención integral ambulatoria a pacientes con alteración de la mecánica y funcionalidad corporal, mediante una valoración inicial determinando las necesidades del paciente para contribuir a una mayor funcionalidad promoviendo la independencia para la realización de sus actividades básicas cotidianas y actividades de la vida diaria, mejorando así su calidad de vida.

**3. MATERIALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN**

Gimnasio, aceite mineral.

**4. ALCANCE**

Inicia: Asignación de la cita.

Termina: Reporte de lo alcanzado en cada una de las sesiones realizadas al paciente.

**5. ACTIVIDADES RELACIONADAS**

Facturación: Facturación de la orden de terapias solicitadas.

Almacen: Suministros de insumos.

Mantenimiento: Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos.

**6. DEFINICIONES**

Fisioterapia o Terapia Física: Es una profesión del área de la salud dedicada al estudio y manejo de la fisiocinética humana (movimiento humano), y a su desarrollo normal a través de las diferentes etapas de la vida, al análisis de la función del movimiento corporal, así como al estudio de sus alteraciones, causas y las implicaciones que estas tienen sobre su desempeño.

Anamnesis: Información proporcionada por el propio paciente al enfermero/a o médico durante una entrevista clínica, con el fin de incorporar dicha información en la historia clínica.

E.P.S: Entidad Promotora de Salud

**7. CONTROL DEL DOCUMENTO**

| TIEMPO DE RETENCION (AÑOS) | 2 años | ALMACENAMIENTO | SITIO | Terapia física y calidad. | CONSERVACION | ACTIVO                    | X      | DISPOSICION FINAL | Conservación |
|----------------------------|--------|----------------|-------|---------------------------|--------------|---------------------------|--------|-------------------|--------------|
|                            |        |                | AREA  |                           |              | Terapia física y calidad. | MUERTO |                   |              |

**8. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES**

| Nº  | QUE DEBE HACER   | FLUJO/ RUTA | QUIEN LO DEBE HACER          | COMO LO DEBE HACER  | CUANDO LO DEBE HACER   | DOCUMENTO GENERADO                 |
|-----|--|-------------|------------------------------|---|--|------------------------------------|
| 8.1 | Recepcionar orden médica del paciente y autorización de servicios por parte de la E.P.S. |             | El Auxiliar de Fisioterapia. | Revisando la orden médica y autorización de servicios para generar la codificación del servicio, realizar la facturación y asignar la cita con el profesional.  | Cuando el paciente acude al servicio de fisioterapia con los documentos pertinentes en los horarios de lunes a viernes de 7:00 am a 12:00m y de 2:00pm a 6:00pm, sábados de 8:00 am a 12:00m o que estén establecidos. | Registro en planilla de citas.     |
| 8.2 | Realizar valoración inicial  |             | Fisioterapeuta               | Ingresando el paciente al consultorio, se realiza la anamnesis, y técnicas de valoración fisioterapéutica para determinar necesidades del paciente y plantear un protocolo de tratamiento según la condición clínica. | Cuando el paciente asiste a su primera cita programada.  | Historia Clínica Fisioterapéutica. |
| 8.3 | Efectuar tratamiento o Intervención.   |             | Fisioterapeuta               | Utilizando equipos terapéuticos, medios físicos y terapia física según las necesidades del paciente.  | Al día siguiente a la valoración inicial y hasta el último día de sus citas programadas.   | Ninguno                            |
| 8.4 | Realizar nueva valoración al paciente según evolución                                    |             | Fisioterapeuta               | Evaluando nuevamente las condiciones del paciente, con el fin de determinar si el tratamiento que se esta realizando mejora las condiciones o se tiene que redireccionar el tratamiento.                              | Cuando el paciente manifiesta igualdad en los síntomas o aumento en los mismos.  | Ninguno                            |
| 8.5 | Consignar datos en la Evolución Fisioterapéutica.  |             | Fisioterapeuta               | Registrando en la Evolución Fisioterapéutica de cada paciente los procesos aplicados, evolución del paciente y su asistencia a cada cita.   | Al inicio y al Final de cada sesión.   | Evolución en Historia clínica      |



**PROCEDIMIENTO**  
**Atención del paciente ambulatorio en Terapia Física**

Código:  
Fecha:  
Versión: 2.0

|     |                                  |  |                |  |                                   |              |
|-----|----------------------------------|--|----------------|--|-----------------------------------|--------------|
| 8.6 | Realizar recomendaciones Finales | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Plan Casero</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">FIN</div> | Fisioterapeuta | Entregando y/ o comunicando un plan casero ya sea escrito o verbal al paciente y en lo posible a la familia. | Al finalizar todo el tratamiento. | Plan Casero. |
|-----|----------------------------------|--|----------------|--|-----------------------------------|--------------|

**9. RIESGO**  
9.1 Eventos adversos por mala implementación de los equipos terapéuticos al momento de realizar la intervención o tratamiento al paciente.

**10. CONTROL DE REVISIONES Y CAMBIOS DE DOCUMENTOS**

| Nombre del documento revisado: | Recepción de Necesidades | Código del documento             | Área responsable del documento    | TIPO DE MODIFICACION | CODIFICACION                    |  |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------------------------|--|
| <b>FECHA DE REVISION</b>       |                          | <b>RESULTADOS DE LA REVISION</b> |                                   |                      | <b>¿se asigna nuevo código?</b> |  |
| DD                             | 18                       | 1. Actualización documental      | 6. Inclusión exigencia            | Total                | Si _____ No _____               |  |
| MM                             | 07                       | 2. Mejora del documento          | 7. Anulación de todo el documento | Parcial              | Si _____ No _____               |  |
| AAAA                           | 2013                     | 3. Inclusión de registros        | 8. Sin cambios ni modificaciones  | Ninguna              | ¿cuál?                          |  |
|                                |                          | 4. Omisión de registros          | 9. Otra ¿cuál?                    | <b>Comentarios:</b>  |                                 |  |
|                                |                          | 5. Cambio de registros           |                                   |                      |                                 |  |

| PARTICIPARON EN LA REVISION DOCUMENTAL. |                                  |       | AUTORIZACION DE LA MODIFICACION                        |  |    |
|---|----------------------------------|-------|--|--|----|
| NOMBRE Y APELLIDO                       | CARGO                            | FIRMA | El responsable del documento autoriza la modificación. |  |    |
| EDITH MILENA ALVAREZ ORJUELA            | Fisioterapeuta                   |       | Si   |  | No |
| CARLOS ALEJANDRO VILLEGAS               | Coordinador Médico               |       |  |  |    |
| JORGE ENRIQUE DUARTE VASQUEZ            | Subgerente de Servicios de Salud |       | Firma del responsable del documento                    |  |    |
| DIANA CAROLINA ORTENGÓN LANCHEROS       | Asesora de Calidad               |       |  |  |    |



**PROCEDIMIENTO**  
**Atención del paciente hospitalizado en Terapia Física**

Código:  
Fecha:  
Versión: 2.0

AREA: Terapia Física

**ESTADO DOCUMENTAL**      **VIGENTE**

**1. CONTROL DE REVISIÓN Y APROBACIÓN**

| JERARQUIA | NOMBRE                       | CARGO                            | FIRMA |
|-----------|------------------------------|----------------------------------|-------|
| ELABORO   | EDITH MILENA ALVAREZ ORJUELA | Fisioterapeuta                   |       |
| VALIDO    | CARLOS ALEJANDRO VILLEGAS    | Coordinador Médico               |       |
| APROBO    | JORGE ENRIQUE DUARTE VASQUEZ | Subgerente de Servicios de Salud |       |

**2. OBJETIVO**

Brindar una atención integral a pacientes con alteración de la mecánica y funcionalidad corporal, de acuerdo a sus necesidades, siendo un apoyo terapéutico dentro del proceso de tratamiento intrahospitalario, buscando mejorar la funcionalidad motora, y promoviendo menor estancia intrahospitalaria.

**3. MATERIALES Y EQUIPOS QUE INTERVIENEN**

Equipos e insumos de oficina, Ultrasonido, TENS, Vibradores, Láser, Elementos de Mecanoterapia, paquetes calientes, paquetes fríos, aceite mineral.

**4. ALCANCE**

Inicia : Solicitud de servicio del médico tratante.

Términa: Reporte de lo alcanzado en cada una de las sesiones realizadas al paciente en la historia clínica de hospitalización.

**5. ACTIVIDADES RELACIONADAS**

Médico: Generación de RIPS de proceso no quirúrgico.

Mantenimiento: Mantenimiento preventivo y correctivo de equipos biomédicos.

**6. DEFINICIONES**

La Fisioterapia o Terapia Física es una profesión del área de la salud dedicada al estudio y manejo de la fisiocinética humana (movimiento humano), y a su desarrollo normal a través de las diferentes etapas de la vida, al análisis de la función del movimiento corporal, así como al estudio de sus alteraciones, causas y las implicaciones que estas tienen sobre su desempeño.

**7. CONTROL DEL DOCUMENTO**

| TIEMPO DE RETENCION (AÑOS) | 2 años | ALMACENAMIENTO | SITIO | Terapia Física y calidad. | CONSERVACION | ACTIVO | X | DISPOSICION FINAL | Conservación |
|----------------------------|--------|----------------|-------|---------------------------|--------------|--------|---|-------------------|--------------|
|                            |        |                | AREA  | Terapia Física y calidad. |              | MUERTO |   |                   |              |

**8. DESCRIPCION DE ACTIVIDADES**

| Nº  | QUE DEBE HACER                                  | FLUJO/ RUTA | QUIEN LO DEBE HACER                         | COMO LO DEBE HACER   | CUANDO LO DEBE HACER  | DOCUMENTO GENERADO                                  |
|-----|---|-------------|---|--|---|---|
| 8.1 | Verificar pacientes para terapia física         |             | Fisioterapeuta y/o auxiliar de Fisioterapia | Revisando con la jefe del servicio los pacientes hospitalizados con solicitud de terapia física o en el buzón donde se depositan los rips para terapia física. Posteriormente se revisa que la Historia Clínica contenga dentro de las indicaciones médicas la solicitud de terapia física . | Al momento de ser comentado el paciente en el servicio de Fisioterapia.   | Ninguno   |
| 8.3 | Realizar valoración inicial                     |             | Fisioterapeuta                              | Estando el paciente en la habitación del servicio de hospitalizados se procede a realizar la evaluación fisioterapéutica, para determinar necesidades del paciente y dar inicio al tratamiento.  | Cuando se tiene interacción con el paciente por primera vez en su habitación en el servicio de hospitalizados.                              | Ninguno   |
| 8.4 | Efectuar tratamiento o Intervención terapéutica |             | Fisioterapeuta                              | Utilizando los equipos terapéuticos, medios físicos y terapia física según las necesidades del paciente.   | Luego de realizar valoración inicial y hasta el día en que el médico tratante genera la salida del paciente del servicio de hospitalizados. | Ninguno   |
| 8.5 | Consignar datos en la Historia Clínica.         |             | El Fisioterapeuta.                          | Consignando los procedimientos realizados o las técnicas aplicadas según el tratamiento del paciente, con una evolución diaria del paciente.   | Al inicio y al final de cada sesión.  | Evolución en la Historia Clínica de Hospitalizados. |
| 8.6 | Realizar recomendaciones finales                |             | El Fisioterapeuta.                          | Entregando y / o comunicando un plan casero ya sea escrito o verbal al paciente y en lo posible a la familia.  | Al finalizar cada sesión realizada.   | Plan Casero.  |

**9. RIESGO**

9.1 Eventos adversos por mala implementación de los equipos terapéuticos al momento de realizar la intervención o tratamiento al paciente.



**PROCEDIMIENTO**  
**Atención del paciente hospitalizado en Terapia Física**

Código:  
Fecha:  
Versión: 2.0

**10. CONTROL DE REVISIONES Y CAMBIOS DE DOCUMENTOS**

| Nombre del documento revisado: |      | Recepción de Necesidades    | Código del documento | Área responsable del documento    |                      |                          |
|--------------------------------|------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------|--------------------------|
| FECHA DE REVISION              |      | RESULTADOS DE LA REVISION   |                      |                                   | TIPO DE MODIFICACION | CODIFICACION             |
| DD                             | 18   | 1. Actualización documental |                      | 6. Inclusión exigencia            | Total                | ¿se asigna nuevo código? |
| MM                             | 07   | 2. Mejora del documento     |                      | 7. Anulación de todo el documento | Parcial              | Si _____ No _____        |
| AAAA                           | 2013 | 3. Inclusión de registros   |                      | 8. Sin cambios ni modificaciones  | Ninguna              | ¿cuál?                   |
|                                |      | 4. Omisión de registros     |                      | 9. Otra ¿cuál?                    | Comentarios:         |                          |
|                                |      | 5. Cambio de registros      |                      |                                   |                      |                          |

**PARTICIPARON EN LA REVISION DOCUMENTAL.**

| NOMBRE Y APELLIDO                 | CARGO                            | FIRMA | AUTORIZACION DE LA MODIFICACION                        |    |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------|--|----|
| EDITH MILENA ALVAREZ ORJUELA      | Fisioterapeuta                   |       | El responsable del documento autoriza la modificación. |    |
| CARLOS ALEJANDRO VILLEGAS         | Coordinador Médico               |       | Si   | No |
| JORGE ENRIQUE DUARTE VASQUEZ      | Subgerente de Servicios de Salud |       | Firma del responsable del documento                    |    |
| DIANA CAROLINA ORTENGÓN LANCHEROS | Asesora de Calidad               |       |  |    |