



Lo que exige la norma para que la prestación tenga cobertura, lo que necesita el kinesiólogo para ejecutarla sin llamar a preguntar y los códigos Fonasa para indicarla.

REQUISITO DE COBERTURA

Lo que exige la norma

Para acceder a la cobertura basta la orden médica de derivación con su prescripción [1]. Debe contener:

- Identificación del paciente
- Diagnóstico
- Indicación de tratamiento

“No siendo imprescindible el detalle de cada terapia a realizar”

Circular IF/N° 393, Superintendencia de Salud, 2021 [1]

En menores de 6 años no es necesario acreditar condición ni diagnóstico [1]. La circular no fija un número de sesiones por orden.

LO QUE CAMBIA EL RESULTADO CLÍNICO

Lo que hace ejecutable la orden

Seis datos que el kinesiólogo no puede deducir de la ficha. Las intervenciones pueden quedar a su criterio; las restricciones, no.

- ☐ **Procedimiento, abordaje, lado y fecha**
El abordaje define qué movimiento proteger; la fecha, en qué día posoperatorio parte.
- ☐ **Carga con cifra, ayuda técnica y vigencia**
La categoría sola se interpreta distinto según quién la lea: «carga parcial» rara vez se cuantifica y médicos y terapeutas le asignan porcentajes distintos [2].
- ☐ **Movimientos a evitar y hasta cuándo**
Una restricción sin fecha de término se mantiene por inercia.
- ☐ **Hallazgos que cambian la rehabilitación**
Lesión nerviosa, fractura intraoperatoria, calidad ósea, estado de la herida.
- ☐ **Fecha del próximo control**
Marca el momento en que se reevalúan las restricciones.
- ☐ **Cuándo avisar antes del control**
Los hallazgos ante los que el kinesiólogo debe contactar al equipo tratante.

PARA INDICARLA

Códigos Fonasa de kinesiología - Modalidad Libre Elección

CÓDIGO	PRESTACIÓN	CUÁNDO SE INDICA
06 01 101	Evaluación kinesiológica integral	Al inicio del tratamiento
06 01 105	Atención kinesiológica integral ambulatoria	Sesiones en centro o consulta
06 01 106	Atención kinesiológica integral domiciliaria	Sesiones en el domicilio
06 01 103	Atención kinesiológica integral en pacientes hospitalizados	Paciente en sala
06 01 104	Atención kinesiológica integral UPC (intensivo e intermedio)	Paciente en unidad de paciente crítico
06 08 101	Telerrehabilitación: evaluación kinesiológica integral	Evaluación a distancia
06 08 102	Telerrehabilitación: atención kinesiológica integral	Sesiones a distancia

Las prestaciones son integrales: el código no detalla técnicas. Las ejecuta y cobra el kinesiólogo «por prescripción escrita de un médico cirujano» [3]. La atención ambulatoria (06 01 105) y la domiciliaria (06 01 106) figuran separadas desde el arancel 2023; en la Circular IF/N° 393 (2021) compartían el código 06 01 102 [1, 3]. Fonasa actualiza el arancel cada año: verifique el vigente.

- Superintendencia de Salud, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Circular IF/N° 393: instruye sobre cobertura para prestaciones de kinesiología. Santiago: Superintendencia de Salud; 2021. [Ver circular](#)
- Raza M, Walters S, Richardson C, Bretherton C, Longhurst K, Trompeter A. Weight-bearing in Trauma Surgery (WITS) Study: a national survey of UK Trauma & Orthopaedic multidisciplinary health professionals. Injury. 2022;53(2):427-33. [DOI](#)
- Fondo Nacional de Salud. Arancel de prestaciones de salud año 2023, Modalidad Libre Elección. Grupo 06: kinesiología. Santiago: Fonasa; 2023. p. 49.



TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA

CASO FICTICIO

EMITIDA

Orden de kinesioterapia

13-10-2026

NOMBRE DEL PACIENTE

RUT

1 DIAGNÓSTICO

Coxartrosis derecha. Artroplastia total de cadera derecha por vía anterior directa el 06-10-2026 (día 7 posoperatorio).
Neuropraxia del nervio cutáneo femoral lateral derecho.

2 INDICACIÓN

Evaluación kinesiológica integral (06 01 101) y 10 atenciones kinesiológicas integrales ambulatorias (06 01 105), 2 por semana. Intervenciones según criterio kinésico, dentro de las restricciones de esta orden.

3 CARGA Y MOVIMIENTOS A EVITAR

- Carga completa permitida. Dos bastones; retiro progresivo a criterio kinésico.
- Evitar la extensión de cadera derecha combinada con rotación externa (por ejemplo, paso atrás con el pie girado hacia afuera) hasta el control del 17-11-2026. Flexión sin restricción.

4 ALTERACIÓN SENSITIVA

- Hipoestesia y disestesia en la cara anterolateral del muslo derecho, territorio del nervio cutáneo femoral lateral. Sin déficit motor.
- Registrar el área afectada en la primera sesión.

5 PRECAUCIONES

- No aplicar calor ni frío sobre la zona hipoestésica.
- Evitar compresión sobre la espina iliaca anterosuperior: cinturones, fajas y correas.
- Herida inguinal en cicatrización; retiro de puntos en el control.

6 CONTROL Y COMUNICACIÓN

Control traumatológico el 17-11-2026 (semana 6); ahí se reevalúan las restricciones. Avisar antes si aparece debilidad del cuádriceps o del psoas, si la alteración sensitiva se extiende fuera de la cara anterolateral del muslo, o ante sensación de inestabilidad, signos de infección o sospecha de trombosis venosa profunda.

Dr. o Dra. _____

Traumatología y Ortopedia · Firma y timbre

1 El abordaje decide qué proteger

Tras la vía anterior, la posición de riesgo es la extensión con rotación externa: en un modelo computacional, el ligamento iliofemoral aportó hasta **80,8 %** de la resistencia a la rotación externa en hiperextensión [2]. Es una inferencia de mecanismo, no un hallazgo de ensayo clínico.

2 Diagnóstico e indicación bastan

La norma exige identificación, diagnóstico e indicación de tratamiento; el detalle de cada terapia no es imprescindible [1].

3 Si hay restricción, con fecha de término

Sin precauciones de rutina, la luxación fue de **0,15 %** en 2.612 caderas operadas por vía anterior o anterolateral (cohorte) [3]. Si se restringe, la fecha evita que la restricción se arrastre.

4 Consignarla evita leerla como fracaso

Al año de una ATC por vía anterior, el **67 %** refería neuropraxia del nervio cutáneo femoral lateral, sin limitación funcional [4]. A 5,5 años, el 73 % de las caderas afectadas (ATC y resurfacing) seguía con síntomas, con WOMAC no inferior al de quienes se resolvieron [5].

5 La zona no avisa del exceso térmico

Con hipoestesia, el paciente no percibe bien el calor ni el frío excesivos sobre la piel afectada. En la meralgia parestésica, evitar cinturones y pantalones ajustados es una medida conservadora de primera línea [6]; aplicarla a la neuropraxia posoperatoria es una extrapolación.

6 Un déficit motor apunta a otro nervio

El nervio cutáneo femoral lateral es sensitivo: la fuerza y los reflejos se conservan [7]. En 6 abordajes anteriores medializados por error, entre 1.450, 4 pacientes tuvieron neuropraxia del nervio femoral [8].

REFERENCIAS

- Superintendencia de Salud, Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales. Circular IF/N° 393: instruye sobre cobertura para prestaciones de kinesioterapia. Santiago: Superintendencia de Salud; 2021. [Ver circular](#)
- Yang H, Colone K, Haas B, Myers CA, Rullkoetter PJ, Clary CW. Hip stability after total hip arthroplasty: quantifying capsule and passive muscle contributions. J Orthop Res. 2025;43(10):1826-39. [DOI](#)
- Restrepo C, Mortazavi SMJ, Brothers J, Parvizi J, Rothman RH. Hip dislocation: are hip precautions necessary in anterior approaches? Clin Orthop Relat Res. 2011;469(2):417-22. [DOI](#)
- Goulding K, Beaulé PE, Kim PR, Fazekas A. Incidence of lateral femoral cutaneous nerve neuropraxia after anterior approach hip arthroplasty. Clin Orthop Relat Res. 2010;468(9):2397-404. [DOI](#)
- Gala L, Kim PR, Beaulé PE. Natural history of lateral femoral cutaneous nerve neuropraxia after anterior approach total hip arthroplasty. Hip Int. 2019;29(2):161-5. [DOI](#)
- Patijn J, Mekhail N, Hayek S, Lataster A, van Kleef M, Van Zundert J. Meralgia paresthetica. Pain Pract. 2011;11(3):302-8. [DOI](#)
- Chalk C, Namiranian D. Meralgia paresthetica. Handb Clin Neurol. 2024;201:195-201. [DOI](#)
- Geraci G, Di Martino A, Stefanini N, Brunello M, Ruta F, Pilla F, et al. Should we be concerned when the anterior approach to the hip goes accidentally medial? A retrospective study. Arthroplasty. 2024;6(1):47. [DOI](#)