



ORD. A 111 N°

1950

NI 1950

ANT. : Ord. N° 1462 de fecha 09.10.2020 de la División Jurídico – Legislativa del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, Resolución N° 1237 de fecha 07.10.2020 de la Cámara de Diputadas y Diputados, Ord. N°4597/2021 de fecha 24.03.2021 del Fondo Nacional de Salud y N°2951 de fecha 20.11.2020 de la Superintendencia de Salud.

MAT. : Informa sobre la posibilidad de poner en marcha un Plan Nacional de Recuperación de pacientes afectados por el SARS-CoV-2, con el propósito de que cuando sean dados de alta, se les efectúe seguimiento y, de ser necesario, el tratamiento pertinente.

Santiago, 28 MAY 2021

DE : MINISTRO DE SALUD

A : PRESIDENTE DE LA CÁMARA DE DIPUTADAS Y DIPUTADOS

Junto con saludar, hemos recibido el documento señalado en el antecedente, mediante el cual se solicita informar sobre la posibilidad de poner en marcha un Plan Nacional de Recuperación de Pacientes Afectados por el SARS-CoV-2, con el propósito de que cuando sean dados de alta, se les efectúe seguimiento y, de ser necesario, el tratamiento pertinente.

Al respecto, comunico a usted que este Ministerio ha desarrollado los documentos: *Orientaciones Técnicas para la Rehabilitación en Tiempos de Pandemia COVID-19* y *Protocolo de Rehabilitación en Personas COVID-19 Grave y Crítico desde la Etapa Aguda a la Post Aguda*, bajo el marco de continuidad de atención; recomendando el seguimiento y la rehabilitación durante la evolución de los casos que lo requieren; y utilizando los distintos niveles de complejidad de la red. Se adjunta copia de ambos documentos, que se encuentran disponibles en el siguiente link: <https://diprece.minsal.cl/documentos-de-apoyo-covid-19/>

En cuanto a las demás materias consultadas en su presentación, informamos que tanto el Director Nacional del Fondo Nacional de Salud como el Superintendente de Salud dieron respuesta, mediante los siguientes documentos adjuntos:

- Ord. N° 4597/2021 de fecha 24 de marzo de 2021 del Fondo Nacional de Salud.
- Ord. N° 2951 de fecha 20 de noviembre de 2020 de la Superintendencia de Salud.

A la espera de haber cumplido los requerimientos de su solicitud,

Se despide afectuosamente,



DR. ENRIQUE PARRIS MANCILLA
MINISTRO DE SALUD

Subsecretaría de Salud Pública		
Jefatura Gabinete Ministro		
Asesor Legislativo Gabinete Ministro		
Jefatura Gabinete SSP		
Jefatura DIPRECE		
Jefatura Dpto. Discapacidad y Rehabilitación		
Jefatura Unidad OIRS		

8/C/FE

1/14

Distribución:

- División Jurídico – Legislativa del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
- Fondo Nacional de Salud.
- Superintendencia de Salud.
- Gabinete Ministro de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Salud Pública.
- DIPRECE.
- Unidad OIRS.
- Oficina de Partes.



FONASA NIVEL CENTRAL
DIVISIÓN SERVICIO AL USUARIO
DPTO. GESTIÓN CIUDADANA
SUBDPTO. GESTIÓN DE SOLICITUDES CIUDADANAS

OFICIO ORDINARIO N° 4597/2021
ANT.: ORD (D.J.L) N°1462; RES. N°1237 DE 07 OCT. 2020 DE
LA CÁMARA DIPUTADOS
MAT.: OBJETIVOS SANITARIOS PARA ENFRENTAR PANDEMIA
PROPUESTO POR H. CÁMARA DE DIPUTADOS
SANTIAGO , 24/03/2021

DE : MARCELO MOSSO GOMEZ
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

A : DR. ENRIQUE PARIS MANCILLA
MINISTRO DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD

Se ha recibido en este Servicio, el oficio señalado en el ANT., por medio del cual la H. Cámara de Diputados ha solicitado a S.E. el Presidente de la República que, si lo tiene a bien, considere como parte de los objetivos prioritarios del gobierno para enfrentar los efectos del coronavirus Covid-19, los cuatro puntos que se indican en la citada comunicación.

Sobre ello, es posible informar lo siguiente:

1- Respecto a la puesta en marcha del Plan Nacional de Recuperación de pacientes afectados por el SARS-CoV-2, corresponde al Ministerio de Salud elaborar e implementar este Plan.

2- En lo que respecta a la ampliación de prestaciones o coberturas, en específico para los profesionales de la salud, "Fonoaudiólogos, Terapeutas Ocupacionales y Kinesiólogos", es posible señalar que este servicio implementó en el 2020 las siguientes iniciativas:

Incorporación al arancel 2020 MLE de 3 prestaciones para los Terapeutas Ocupacionales, cuyo codificación y glosas son las siguientes:

- 0602001 Atención integral de terapia ocupacional
- 0602002 Intervención de terapia ocupacional en ayudas técnicas y tecnología asistida
- 0602003 Intervención terapia ocupacional en actividades de la vida diaria, básicas, instrumentales y avanzadas

Con fecha 27 de marzo de 2020 se publicó en el Diario Oficial la Resolución Exenta N°204, de 24 de marzo de 2020, que permite la atención remota para las siguientes prestaciones del área de la Fonoaudiología.

- 1303001 Evaluación de voz
- 1303002 Evaluación de habla
- 1303003 Evaluación del lenguaje (incluye voz, habla y aspecto semántico, sintáctico y fonológico, etc. e informe) (incluye 3 sesiones mínimo 30')

- 1303004 Rehabilitación de la voz
- 1303005 Rehabilitación del habla y/o del lenguaje (máximo 30 sesiones anuales) (cada sesión mínimo 30')

Con fecha 29 de abril de 2020 se publicó en el Diario Oficial la Resolución Exenta N°226, de 23 de abril de 2020, que permite la atención remota para las siguientes prestaciones del área Kinesiológica:

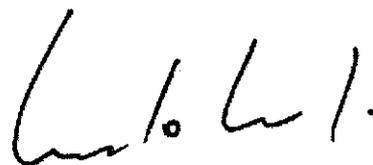
- 0601001 Evaluación kinesiológica: muscular, articular, postural, neurológica y funcional (máximo 2 por tratamiento)
- 0601024 * Reeducción motriz (ejercicios terapéuticos para recuperación muscular, capacidad de trabajo, coordinación, gimnasia ortopédica, reeducación funcional, de marcha) (individual y por sesión, mínimo 30 minutos) (proc.aut.)
- 0601026 * Técnicas de relajación (entrenamiento autógeno Schultz Jacobson o similar) (proc.aut.)
- 0601028 Entrenamiento cardiorrespiratorio funcional
- 0601029 Atención kinesiológica integral

Con fecha 20 de enero de 2021 se envió a ese Ministerio proyecto de resolución exenta que aprueba el arancel de prestaciones de salud del libro II del D.F.L. N° 01/2005, del Ministerio de Salud, para aprobación del Ministro de Salud y posteriormente del Ministro de Hacienda, en la cual se propone incorporar las siguientes prestaciones iniciativa:

- 1303007 Evaluación clínica de la deglución
- 1303006 Rehabilitación de la deglución

3- Con relación a la propuesta de un mayor aporte de recursos económicos para las prestaciones que se indican, en el Ord. del antecedente, es una facultad del Ministerio de Hacienda aprobar recursos de expansión. No obstante, en este contexto, se puede informar que para el presente año, en forma posterior a la discusión y aprobación en el Congreso Nacional de la Ley de Presupuestos 2021, se aprobaron expansiones en los Programas de Transferencia de Fonasa para la Modalidad de Atención Institucional por un total de MM\$528.954 equivalente a un 7,7%.

4- Respecto de la cobertura obligatoria a implementar en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), el control y fiscalización de esa materia es competencia y facultad de la Superintendencia de Salud.



MARCELO MOSSO GOMEZ
DIRECTOR NACIONAL
FONDO NACIONAL DE SALUD

MMG / ERC / LBR / SML / MCL / ish
DISTRIBUCIÓN:
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION NACIONAL
SUBDPTO. OFICINA DE PARTES

OFICIO SS/Nº 2951

ANT.:

1. Oficio Ordinario (D.J.L) Nº1462, de 09 de octubre de 2020, de la División Jurídico-Legislativa del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.
2. Resolución Nº1237, de 07 de octubre de 2020, de la H. Cámara de Diputados

MAT.: Informa lo que indica

SANTIAGO, 20 NOV 2020

DE : SUPERINTENDENTE DE SALUD

A : PRIMER VICEPRESIDENTE DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS

1.- Se recibió en esta Superintendencia oficio citado en el antecedente de la División Jurídico-Legislativa del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, mediante el cual solicita se responda a esa Cámara la Resolución Nº1237, también citada en el antecedente, relativa a considerar como parte de los objetivos prioritarios del Gobierno para enfrentar los efectos del coronavirus Covid-19, los puntos indicados en el mencionado documento.

En particular, en el contexto de la recuperación de pacientes con secuelas asociadas al Covid-19, solicita a esta Superintendencia de Salud que se instruya a las Instituciones de Salud Previsional respecto de la obligatoriedad que tienen de asimilar las codificaciones del Fondo Nacional de Salud. A modo de ejemplo, señala que en diciembre de 2019 quedó codificado en dicho sistema la terapia ocupacional y a partir de enero de 2020, tanto esa prestación como las de fonoaudiología y kinesiología, quedaron sin tope de prestaciones al año; sin embargo, hasta el presente, las Isapres no habrían cumplido con la norma vigente y asmilan la codificación.

2.- Sobre la materia, es necesario hacer presente que con fecha 1 de febrero de 2020, el Ministerio de Salud publicó la Resolución Exenta Nº1008, que aprueba el Arancel de Prestaciones de Salud del Libro II del DFL Nº 1/2005, incorporando prestaciones de Terapia Ocupacional orientadas a la rehabilitación en niños, adultos y adultos mayores y, a su vez, modificó el texto del Grupo 06, denominado "KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA" por la denominación "KINESIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL".

Las citadas modificaciones al Arancel fueron, a su vez, comunicadas a las isapres mediante Oficio Circular IF/Nº4, de fecha 7 de febrero de 2020, con el fin de que adoptaran las medidas pertinentes para cumplir lo dispuesto en el inciso 2º de la letra a) del artículo 189, del citado DFL Nº1, que señala que el plan complementario "deberá contemplar, a lo menos las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de

libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud, de acuerdo a lo dispuesto en el Régimen General de Garantías en Salud”.

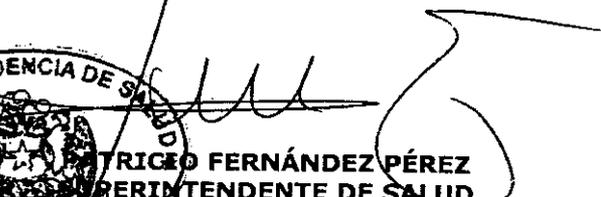
Asimismo, de forma coetánea a la mencionada incorporación, el 17 de febrero de 2020 se publicó la Resolución Exenta N°54, del Ministerio de Salud, que modificó las Normas Técnico Administrativas para la aplicación del Arancel, estableciendo normas especiales para los beneficiarios inscritos en el Registro Nacional de Discapacidad y en el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), tanto para las prestaciones de Kinesiología y Terapia Ocupacional como para las atenciones de Fonoaudiología.

3.- En atención a la relevancia de la modificación efectuada a las Normas Técnico Administrativas respecto de los beneficiarios con discapacidad, esta Superintendencia emitió la Circular IF/N°353, de 20 de mayo de 2020, que instruyó sobre la cobertura que debían otorgar las isapres, tanto a sus beneficiarios con discapacidad inscritos en el Registro Nacional de Discapacidad, como a los beneficiarios de 6 años y menos que fuesen acreditados por el Servicio Nacional de la Discapacidad, quienes podrían acceder a las prestaciones de Kinesiología, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología incorporadas al Arancel Modalidad Libre Elección de FONASA, sin tope de atenciones anuales.

4.- Cabe precisar, de acuerdo con las normas expuestas, que la supresión del tope de prestaciones para las prestaciones de Kinesiología, Terapia Ocupacional y de Fonoaudiología a que alude la regulación de esta Superintendencia y las Normas Técnico Administrativas, lo es en relación con los beneficiarios con discapacidad, situación que, como se mencionó precedentemente, debe ser debidamente acreditada. En ese sentido, para que un paciente con secuelas asociadas al Covid-19 pueda acceder a las referidas prestaciones sin tope de atenciones anuales, deberá previamente, entre otras gestiones, solicitar a alguna Entidad Calificadora de Discapacidad de su domicilio la calificación de esa situación.

5.- Dado que las situaciones expuestas en el presente oficio solo podrán ser evaluadas una vez que los beneficiarios hayan hecho uso de las prestaciones objeto de análisis y que cuenten con la certificación mencionada en el numeral anterior, esta Superintendencia incluirá la verificación de la cobertura entregada por las isapres en futuras fiscalizaciones relacionadas con la materia.

Saluda atentamente,



TRICED FERNÁNDEZ PÉREZ
PERINTENDENTE DE SALUD

AMAW/SAQ/MGH

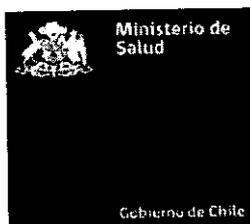
Distribución:

- Sr. Primer Vicepresidente de la Cámara de Diputados
- Superintendente de Salud
- Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud
- Subdepartamento de Regulación
- Subdepartamento de Fiscalización de Beneficios
- Oficina de Partes

ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA REHABILITACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19

PREVENCIÓN SÍNDROME POST COVID

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES / SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES / DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
UNIDAD DE REHABILITACIÓN / DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD



Responsable Técnico Ministerio de Salud

<p>Sylvia Santander Rigollet Médico Cirujano. MSc. Psicología de la Adolescencia. PhD en Ciencias de la Educación Jefa División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p>

<p>Coordinadora General de la Propuesta</p>
<p>Ximena Neculhueque Zapata, Médico Fisiatra. Mg © Salud Pública. Jefa de Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p>
<p>Elaboradores de la Propuesta</p>
<p>Katherina Hrzic Miranda, Kinesióloga Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. DIPRECE. Rodrigo Jiménez Ubiergo, Kinesiólogo Departamento de Rehabilitación y Discapacidad DIPRECE.</p>

Profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

<p>División de Atención Primaria</p>
<p>Lorena Sotomayor Soto, Kinesióloga Departamento de Gestión de los Cuidados.</p>

<p>División de Gestión de Redes Asistenciales</p>
<p>Lenka Parada Guerrero, Enfermera. Jefa Unidad de Rehabilitación DIGERA Departamento GES y Redes de Alta Complejidad. Gladys Cuevas, Médico Fisiatra Unidad de Rehabilitación DIGERA Departamento GES y Redes de Alta Complejidad. Karina Trujillo, Kinesióloga Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria. María Elena Campos, Enfermera Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria. Gisela Acosta, Enfermera Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.</p>

<p>Profesionales de otros Departamentos de la División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud</p>
<p>Matias Irrarrazabal Dominguez. Psiquiatra. Magister en Salud Pública. Jefe Salud Mental. Javiera Erazo Leiva. Psicóloga. Profesional Departamento de Salud Mental Ministerio de Salud. Viviana Hernández Llewellyn. Profesional Departamento de Salud Mental Ministerio de Salud.</p>

Profesionales de otras Divisiones de la Subsecretaría de Salud Pública

División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
<p>María José Arce, Nutricionista. Magister en Salud Pública. Jefa Departamento de Nutrición y Alimentos. Andrea Bravo, Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos. Yilda Herrera, Nutricionista, Departamento de Nutrición y Alimentos.</p>

Panel Revisor	
Carolina Rivera Rivera	Médico Fisiatra. Presidenta Sociedad Científica de Medicina Física y Rehabilitación (SOCHIMFYR).
Juana Pavie Gallegos	Médico Broncopulmonar. Coordinadora Comisión Rehabilitación Respiratoria (SER)
Jorge Gutiérrez Figueroa	Médico Fisiatra. Jefe Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital El Carmen.
Carolina Tanco Gajardo	Geriatra. Jefa Servicio de Rehabilitación Mutual de Seguridad.
Fernando Cubillos Oyarzún	Médico Fisiatra Mutual de Seguridad.
Jorge Valenzuela Vásquez	Kinesiólogo, Coordinador Servicio de Medicina física y Rehabilitación, Hospital El Carmen.
Pamela Valenzuela Ormero	Geriatra, Jefa Servicio de Geriátría Hospital El Carmen.
Marcia Toloza Dauvergne	Fonoaudióloga. Presidenta Colegio Fonoaudiólogos.
Loreto Henríquez Rodríguez	Kinesióloga. Presidenta Colegio Kinesiólogos.
Leonardo Vidal Hernández	Terapeuta Ocupacional. Presidente Colegio Terapeutas Ocupacionales.
Evelyn Álvarez Espinoza	Terapeuta Ocupacional. Colegio Terapeutas Ocupacionales, Universidad de Chile, Universidad Central de Chile.
Gabriel Salgado Maldonado	Fonoaudiólogo. Instituto Nacional del Tórax.
Raúl Avello Fica	Kinesiólogo. Miembro del Comité de Rehabilitación SER.
Carol Valencia Severino	Kinesióloga. Coordinadora Comisión de Rehabilitación Respiratoria SER.
Matías Riderelli	Terapeuta Ocupacional HUAP.
Manuel Rain Gajardo	Kinesiólogo. Colegio Kinesiólogos.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	5
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	6
3. MARCO CONCEPTUAL	8
4. OBJETIVOS	10
5. ALCANCE DEL DOCUMENTO	11
6. PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL COVID 19	12
7. ACCIONES DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS GRAVES DE COVID- 19	13
7.1 Intervenciones de rehabilitación en personas COVID-19 grave etapa aguda y subaguda	16
7.2 Intervenciones de rehabilitación en la persona COVID-19 grave desde la etapa post aguda hasta el alta de rehabilitación	21
7.3 Criterios para la categorización de salida para la continuidad de la atención en rehabilitación en etapa post-aguda	23
8. ACCIONES DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS NO COVID- 19	26
8.1 Población crítica en la continuidad de la rehabilitación	26
8.2 Población no crítica que requiere continuidad de la rehabilitación	31
9. CONCLUSIONES	32
10. ANEXOS	33
ANEXO I:	34
ANEXO II:	35
11. BIBLIOGRAFÍA	48

1. INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre del año 2019, las autoridades de salud de China notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de infección respiratoria aguda asociado a un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Este virus, es una cepa particular que no había sido identificada previamente en humanos, por lo que existe poca información sobre la historia natural de la enfermedad, epidemiología e impacto clínico. La infección respiratoria causada por este virus ha sido denominada COVID-19. La OMS, el 30 de enero del año 2020 declara que el brote por COVID-19 es un evento de salud pública de importancia internacional (1).

Como el COVID-19 es una enfermedad nueva, las necesidades de rehabilitación de las personas graves que recuperan sólo se pueden prever a partir de los datos existentes sobre la población general que ha recibido cuidados críticos. Las intervenciones agudas empleadas en el tratamiento de las personas con COVID-19 grave y crítico, como la ventilación mecánica, la sedación o el reposo prolongado en cama, producen importantes secuelas en el funcionamiento, síntomas que en su conjunto se conocen como síndrome post cuidados intensivos, siendo las personas mayores y las personas de cualquier edad con enfermedades crónicas, más vulnerables a sus efectos y cuyas necesidades pueden ser aún más complejas. Así mismo, los casos COVID-19 grave que se recuperan sin haber necesitado ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) también pueden presentar complicaciones posteriores a la hospitalización (2).

Los equipos de rehabilitación, bajo su enfoque preventivo, detectan la presencia y la gravedad de deficiencias relacionadas con la función física, respiratoria, cognitiva, nutrición, comunicación, deglución, actividades de la vida diaria y las necesidades psicosociales, considerando la situación individual y en particular el estado antes del ingreso, con una mirada que aborda además el apoyo social, el entorno del hogar y el acceso a un seguimiento rehabilitador posterior al alta. Se involucra a la persona, su familia y cuidadores en la adopción de decisiones relativas al proceso de rehabilitación y la planificación del alta.

Disponer de servicios de rehabilitación centralizados y gestionados para brindar atención en forma transversal a las diferentes unidades, a través de equipos interdisciplinarios desde la etapa aguda/subaguda, garantiza que se satisfaga el rango de necesidades de la persona y su entorno, tanto para quienes han sufrido la gravedad del COVID-19, como para aquellos con condiciones de salud que ven alterado su funcionamiento.

La efectividad de estos servicios y sus intervenciones interdisciplinarias impacta en forma significativa en las múltiples esferas del funcionamiento, logrando que las personas recuperen o mantengan su participación familiar, social y su rol en la comunidad. No disponer de ellas pone en juego el capital humano de una sociedad.

A continuación se presentan consideraciones para el abordaje, desde la mirada de rehabilitación, de las personas con COVID-19 grave y crítico, del funcionamiento de los servicios y las distintas modalidades que permitan la continuidad del tratamiento previniendo el contagio.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La rehabilitación entendida como un conjunto de medidas que ayudan a los individuos que viven con una o más condiciones de salud, a optimizar su funcionamiento al interactuar con su entorno y con ello disminuir discapacidad, maximiza la habilidad de las personas de vivir, trabajar y aprender en su máximo potencial. Abarca el amplio espectro del impacto de una condición de salud en la vida de una persona, esto es, incluye intervenciones para la prevención y manejo de deficiencias y complicaciones en la fase aguda y subaguda como también se ocupa de las dimensiones de la actividad y participación en las fases subagudas y de largo plazo o post-agudas de una condición.

Basado en el documento *Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19*, OMS/ OPS (3), se describen a continuación los resultados esperados de ella:

- a) **Potenciar los resultados en materia de salud y funcionamiento.** La rehabilitación puede reducir las complicaciones relacionadas con la internación en una UCI, como el síndrome post UCI. Su finalidad es optimizar la recuperación de la persona y reducir la discapacidad que pueda experimentar. Las intervenciones de rehabilitación pueden ayudar a abordar muchas consecuencias del COVID-19 grave, como deficiencias físicas, respiratorias, cardíacas, cognitivas, deglutorias entre otras, además de proporcionar apoyo psicosocial. Las personas mayores y los que tienen problemas de salud preexistentes pueden ser más vulnerables a los efectos del cuadro grave, y la rehabilitación puede ser particularmente beneficiosa para recuperar el nivel de independencia previo.
- b) **Facilitar el alta temprana.** La rehabilitación precoz es particularmente importante para preparar a las personas para el alta y asegurar la continuidad de la atención, vinculando la red de salud terciaria y secundaria con la Atención Primaria de Salud.
- c) **Reducir el riesgo de reingreso.** La rehabilitación ayuda a las personas a no deteriorarse después del alta y a evitar el reingreso, por lo tanto, contribuye a disminuir morbilidad, resguarda el estado de salud de la persona y su familia evitando la sobrecarga del sistema.
- d) **Contar con una fuerza de trabajo de rehabilitación interdisciplinaria:** Un indicador indirecto respecto a la provisión y la calidad de los servicios de rehabilitación es el acceso a profesionales con la que se dispone entre estos, médicos fisiatras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas.

Una fuerza de trabajo interdisciplinaria (provista de dos o más disciplinas de rehabilitación) en un sistema de salud, permite que la gama de necesidades secundarias a las alteraciones en los dominios de funcionamiento, producto de una condición de salud, sea COVID-19 u otra, esté garantizada. La efectividad de las intervenciones de rehabilitación, en condiciones graves y complejas impacta en forma significativa en las esferas del funcionamiento y así mismo en la inversión a largo plazo como el retorno a la vida familiar, laboral, educativa y social.

El equipo rehabilitador define un plan de tratamiento integral, con objetivos terapéuticos consensuados con la persona y sus seres significativos; realiza intervenciones para la prevención del deterioro en la fase aguda y complicaciones secundarias, así como para la optimización y el mantenimiento de la capacidad y el funcionamiento en etapas post-agudas y de largo plazo, las disciplinas se complementan y trabajan de manera integral en pro del logro de estos objetivos (4).

- e) **Realizar acciones de rehabilitación durante toda la etapa de COVID-19.** Las personas que presentan un caso grave de COVID-19 pasarán por diversas etapas de atención. La rehabilitación debe estar incluida en todas ellas propiciando la continuidad de la atención: como parte de la fase aguda en las Unidades de Paciente Crítico (UPC); durante la fase subaguda en una sala de hospital y en la fase de cuidado a más largo plazo, cuando la persona regresa al hogar y todavía está en recuperación. Así mismo, personas con presentaciones de COVID-19 con menor gravedad, también necesitan apoyo específico durante el curso de la enfermedad.
- f) **Proporcionar atención crítica de rehabilitación a grupos de personas que no tienen COVID-19.** La evidencia muestra que algunas personas podrían correr riesgos y presentar resultados desfavorables en materia de salud cuando no acceden a servicios de rehabilitación temprana o cuando se deja de suministrarlos a causa de la pandemia. Por consiguiente, los servicios de rehabilitación para estos grupos son esenciales y deben proporcionarse durante toda la crisis considerando alternativas como la rehabilitación a distancia.
- g) **La rehabilitación debe integrarse en los planes nacionales para las emergencias causadas por desastres o pandemias.** Un mecanismo práctico consiste en incluir en las estructuras de gestión de emergencia una planificación de servicios de rehabilitación, que den cuenta de las necesidades de las personas afectadas y de los grupos prioritarios que no pueden dejar de acceder a ellos.

3. MARCO CONCEPTUAL MODELO DE REHABILITACIÓN

La rehabilitación es un proceso dinámico y sus beneficios se maximizan con una atención oportuna, temprana, interdisciplinaria e intensiva, teniendo un importante valor en la prevención de complicaciones y secuelas secundarias, evitando discapacidad y dependencia¹.

Es una intervención sanitaria que se brinda en los distintos niveles de atención y por complejidad, a través de programas de rehabilitación especializados (comúnmente para personas con necesidades complejas), hasta aquellos más comunitarios y de menor complejidad, o integrada a otros programas de salud, bajo un enfoque de continuidad de la atención.

Para cumplir con su propósito, la rehabilitación trabaja con equipos multidisciplinarios conformados por médicos fisiatras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, profesionales de enfermería, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y ortoprotesistas. Esta fuerza de trabajo se coordina de forma interdisciplinaria, y junto al resto del personal de salud, permite que se aborden la gama de necesidades respecto a alteraciones en los dominios de funcionamiento.

El equipo de rehabilitación considera la condición de salud, la gravedad, etapa y otros factores asociados al curso de vida, así como el entorno familiar y social, y genera un plan que define los objetivos terapéuticos a corto y mediano plazo, el cual será revisado frecuentemente en relación a la evolución del cuadro clínico y cumplimiento de ellos, siendo este abordaje eficaz en el manejo de muchas condiciones, especialmente aquellas de curso crónico, de complejidad moderada y severa.

El enfoque de rehabilitación aborda al individuo como un todo, evalúa y diagnostica las alteraciones de la función corporal, y ejecuta estrategias terapéuticas; determina el impacto en las actividades habituales que realizaba la persona o que corresponden por edad; la carga que la enfermedad ha tenido en la salud mental o si ésta tiene un rol en la génesis de la condición de salud; el impacto en la dinámica familiar; identifica las características del entorno socioeconómico y ambiental que pudieran incidir en la evolución y, si corresponde, desarrolla estrategias terapéuticas para influir en estas áreas directamente o a través de la activación de redes internas o intersectoriales.

¹ Basado en el documento Plan Nacional de Rehabilitación y su Plan de Acción 2020-2030. Ministerio de Salud.

En Chile, esta intervención sanitaria está organizada con un enfoque de red, que se inserta y desarrolla a partir de la estructura actual de la red asistencial pública, y su estructura y definición en cada Servicio de Salud, es responsabilidad del gestor de la red, quien establece la cartera de servicios para cada uno de los establecimientos bajo su jurisdicción y los roles de cada uno de los nodos.

En los hospitales, las atenciones de rehabilitación son provistas y coordinadas a partir de los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación, concebidos como servicios transversales, que cubren la demanda de las distintas unidades hospitalarias, estructura que ha demostrado mayor eficiencia en la gestión. El jefe de servicio es responsable de establecer las prioridades de prestación de servicios, velando por entregar intervenciones precoces desde las UPC y la continuidad a este proceso.

El propósito a este nivel es otorgar la atención a las personas con problemas de salud de complejidad moderada a alta; en etapa aguda o subaguda.

En la Atención Primaria de Salud (APS), es un componente más de los centros de salud familiar (CESFAM) y de los hospitales de baja complejidad. A este nivel, se implementa a través del Programa de rehabilitación integral, compuesto por las Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), las Salas de Rehabilitación Integral y los equipos rurales de rehabilitación. Las salas de RBC están conformadas por una dupla de kinesiólogo y terapeuta ocupacional, quienes desarrollan un trabajo coordinado con otros programas y profesionales del establecimiento, de manera de asegurar una atención integral, derivaciones oportunas y pertinentes. Algunas comunas han incorporado al profesional fonoaudiólogo como parte del equipo de rehabilitación comunal. En comunas con mayor dispersión poblacional, los servicios son provistos a través de equipos rurales de rehabilitación, que trabajan en directa relación con las postas de salud rural.

El propósito a este nivel es brindar atención a las personas con problemas de salud de menor complejidad; en etapa aguda, subaguda o crónica; orientándose a disminuir los tiempos de recuperación y/o prevenir la pérdida de la funcionalidad, fomentando la inclusión social efectiva e incorporando a la familia como coterapeuta en un trabajo integrado con el equipo de salud familiar del CESFAM. Sus atenciones están dirigidas con especial énfasis a patología osteomuscular y condiciones neurológicas crónica, bajo los principios del modelo de salud familiar y comunitario.

Considerando que las personas pueden requerir prestaciones de rehabilitación de diferentes grados de complejidad en un mismo momento, es que esta red debe ser dinámica y articulada bajo protocolos clínicos y de referencia y contrareferencia conocidos, entre los equipos de cada nivel de atención, permitiendo el funcionamiento eficiente de la red de rehabilitación.

Bajo el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en APS, es posible coordinar los diferentes niveles de atención, garantizando el acceso de toda la población a los servicios sanitarios y optimizar la calidad técnica de las prestaciones, contribuyendo así a una mejor satisfacción de los ciudadanos.

4. OBJETIVOS

El objetivo general de este documento es entregar orientaciones para el manejo y la planificación de las actividades de rehabilitación en los establecimientos de salud de la red pública, resaltando el carácter esencial de la rehabilitación durante la pandemia por COVID-19.

Los objetivos específicos son:

- * Describir marco conceptual y fundamentos del modelo de Rehabilitación con el fin de garantizar el acceso oportuno de rehabilitación a personas con COVID-19 grave y crítico y aquellas que a razón de su condición de salud ven alterado su funcionamiento.
- * Clasificar desde el punto de vista diagnóstico la severidad del compromiso presentado en personas con COVID-19 graves y críticos.
- * Medir el impacto funcional de las complicaciones a causa del COVID-19 grave y crítico con el propósito de relevar la implementación de estrategias de rehabilitación precoz, intensiva e interdisciplinaria que propendan a la reinserción de la persona en áreas de participación social, laboral, educativa y comunitaria.
- * Monitorear la efectividad de acciones de rehabilitación aplicadas en personas hospitalizadas en etapa aguda y subaguda, con la finalidad de disminuir o evitar la incidencia de secuelas y complicaciones asociadas al COVID-19.
- * Realizar acciones que refuercen el modelo de rehabilitación de la red, con el fin de orientar estrategias que garanticen el acceso de las personas y sus familias a rehabilitación en etapas agudas y post agudas.
- * Categorizar clínicamente el riesgo de las personas con COVID-19 grave y crítico, a través del uso de escalas de evaluación, que posibiliten la priorización de rehabilitación post etapa aguda, permitiendo el acceso eficaz y eficiente:
 - Clasificar la población con requerimientos de rehabilitación multidisciplinaria de complejidad moderada-severa.
 - Clasificar la población con requerimientos de rehabilitación multidisciplinaria de complejidad leve.
- * Implementar la rehabilitación en etapa aguda y post aguda de pacientes críticos de rehabilitación no COVID-19 con el propósito de garantizar el acceso a rehabilitación precoz, intensiva e interdisciplinaria previniendo hospitalizaciones evitables.

5. ALCANCE DEL DOCUMENTO

Este documento, está dirigido a equipos sanitarios que implementen o realicen rehabilitación intrahospitalaria y/o ambulatoria durante la pandemia y entrega recomendaciones dirigidas a optimizar el funcionamiento de las personas contagiadas con COVID-19 y que presenten secuelas asociadas.

6. PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL COVID 19

El síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2) es causado por un nuevo coronavirus, altamente contagioso, que surgió en 2019 y que causa la enfermedad Coronavirus 2019 (COVID-19). El contagio comienza cuando el SARS-CoV-2 se transmite de persona a persona a través de las secreciones respiratorias, esto es, al toser, estornudar o a través del contacto con las manos sobre una superficie contaminada y luego tocarse la boca, nariz u ojos. El aerosol de las partículas infectadas en el aire generadas producto del estornudo o la tos, pueden ser inhaladas por otra persona o bien por las membranas de las mucosas de los ojos pudiendo llevar a desarrollar la enfermedad. El virus probablemente ingresa a las células epiteliales en la cavidad nasal u oral y se une con el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE-2). Con la replicación del virus, existe una propagación local del virus y una respuesta inmune, caracterizada por la aparición de citoquinas proinflamatorias sistémicas que podría llegar a una respuesta inmune exagerada, caracterizada por concentraciones extremas de citoquinas proinflamatorias (como el factor de necrosis tumoral- α y las interleucinas), manifestándose un síndrome de hiperinflamación sistémica extrapulmonar (5).

El COVID-19 se presenta en la mayoría de los casos autolimitado, como una enfermedad de tipo gripal e infección del tracto respiratorio, con fiebre (89%), tos (68%), fatiga (38%), producción de esputo (34%) y / o disnea (19%). El espectro de la gravedad de la enfermedad varía desde una infección asintomática, enfermedad de las vías respiratorias superiores leves, neumonía viral grave con insuficiencia respiratoria y / o la muerte. Los informes actuales estiman que el 80% de los casos son asintomáticos o leves; 15% de los casos son graves (infección que requiere oxígeno); en tanto el 5% de los casos, necesita el ingreso a una UCI (6). El tratamiento es esencialmente de soporte y sintomático. El primer paso es preventivo, garantizando un aislamiento adecuado para evitar la transmisión a otros contactos y trabajadores de la salud. Las enfermedades leves deben manejarse en casa con asesoramiento sobre signos de alerta. Los principios habituales son mantener la hidratación, nutrición, evitar el reposo prolongado en cama, controlar la fiebre y la tos. En personas con hipoxia, está indicado el suministro de oxígeno a través de distintos dispositivos de oxigenoterapia, como naricera, mascarilla, cánula nasal de alto flujo o ventilación no invasiva. Es posible que se necesite ventilación mecánica invasiva e incluso oxigenación por membrana extracorpórea en casos graves.

Se deben considerar además los compromisos extrapulmonares. El SARS-CoV puede ser neuroinvasivo y neurotrópico, ingresa al Sistema Nervioso Central (SNC) a través de la diseminación hematógena donde puede causar meningitis o encefalitis, o al Sistema Nervioso Periférico, a través de la transmisión axonal (5).

El SARS-CoV-2 genera potencial daño endotelial, trombosis microvascular y/o tormenta de citoquinas, provocando disfunción plaquetaria y daño al tejido cerebral. Además, hay reportes de cuadros neurológicos asociados a cefalea, mareos, alteración de conciencia, ataxia y Síndrome de Guillain-Barré. Se han propuesto mecanismos de lesión a nivel cardíaco y respuesta inflamatoria inmune con hipoxia grave y estrés oxidativo que lleva a la lesión miocárdica por el aumento de la demanda de oxígeno del miocardio. Se ha reportado además que, muchas personas experimentan síntomas relacionados con trastornos del ánimo, estrés, ansiedad o depresión (7).

7. ACCIONES DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS GRAVES DE COVID- 19

Aunque la mayoría de las casos COVID-19 presentan cuadros leves o sin complicaciones, se estima que en alrededor de 15% presentará infección respiratoria aguda grave, que requiere hospitalización y oxigenoterapia, en tanto el 5% de los casos, necesita el ingreso a una UCI, asociado al manejo de ventilación mecánica invasiva (8). El uso de ventilador, combinado con la sedación o la parálisis inducida por el uso de relajantes musculares, períodos prolongados de reposo en cama e inmovilización, agregado al uso frecuente de posición prono, tienen efectos negativos sobre el sistema osteomuscular, generando debilidad muscular y pérdida de capacidad física (9), alteraciones cardiorrespiratorias, cognitivas, disfagia, dificultades para comunicarse y síndrome confusional agudo, presencia de lesiones por presión en la piel, entre otras. Estas alteraciones son susceptibles de ser prevenidas y tratadas precozmente mediante acciones de rehabilitación interdisciplinaria. Este manejo temprano es el objetivo principal de los equipos de rehabilitación que trabajan en la UPC.

Las principales comorbilidades de las personas con COVID-19 son hipertensión (55%), enfermedad coronaria y ataque cerebrovascular (32%) y diabetes (31%) y en menor frecuencia se ha visto en personas con: enfermedades hepáticas (9%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (7%), insuficiencia renal crónica (4%), enfermedades gastrointestinales (3%), enfermedades del sistema nervioso central (<1%) e inmunodeficiencia (1%). Por lo tanto, las personas sobrevivientes que requieren rehabilitación prolongada tienen más probabilidades de ser personas mayores y tener enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares preexistentes, lo que puede influir en los resultados de la rehabilitación (10,11).

Un estudio prospectivo de cohorte longitudinal, publicado en The New England Journal of Medicine evaluó el comportamiento a largo plazo del Síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) en 109 personas sobrevivientes sin antecedentes de rehabilitación. El estudio denota niveles funcionales menores a 5 años del alta de la UCI, así como también problemas de salud mental; respecto al reintegro laboral, la mayoría de las personas que regresaron a trabajar, lo hicieron 2 años después del alta de la UCI, existiendo personas que lo lograron entre los 3 y 5 años después del alta. Lo que se evidencia, es la limitación al ejercicio de manera persistente y una calidad de vida reducida a 5 años del alta, debido a la mantención de la debilidad adquirida en UCI asociada a compromiso neuromuscular (12).

Un estudio prospectivo de cohorte del año 2017 de 262 pacientes y seguimiento a 6 meses, sin antecedentes de rehabilitación, evidenció pérdida de la capacidad funcional que prevaleció a los 6 meses después de la enfermedad crítica en los sobrevivientes y se asoció con una reducción de la calidad de vida relacionada con la salud. El 50% presentó discapacidad leve, mientras que el 25% discapacidad moderada a severa, relacionada con debilidad y fatigabilidad, así mismo, el 60% no había regresado al trabajo o a los estudios debido a su salud en el periodo de investigación (13).

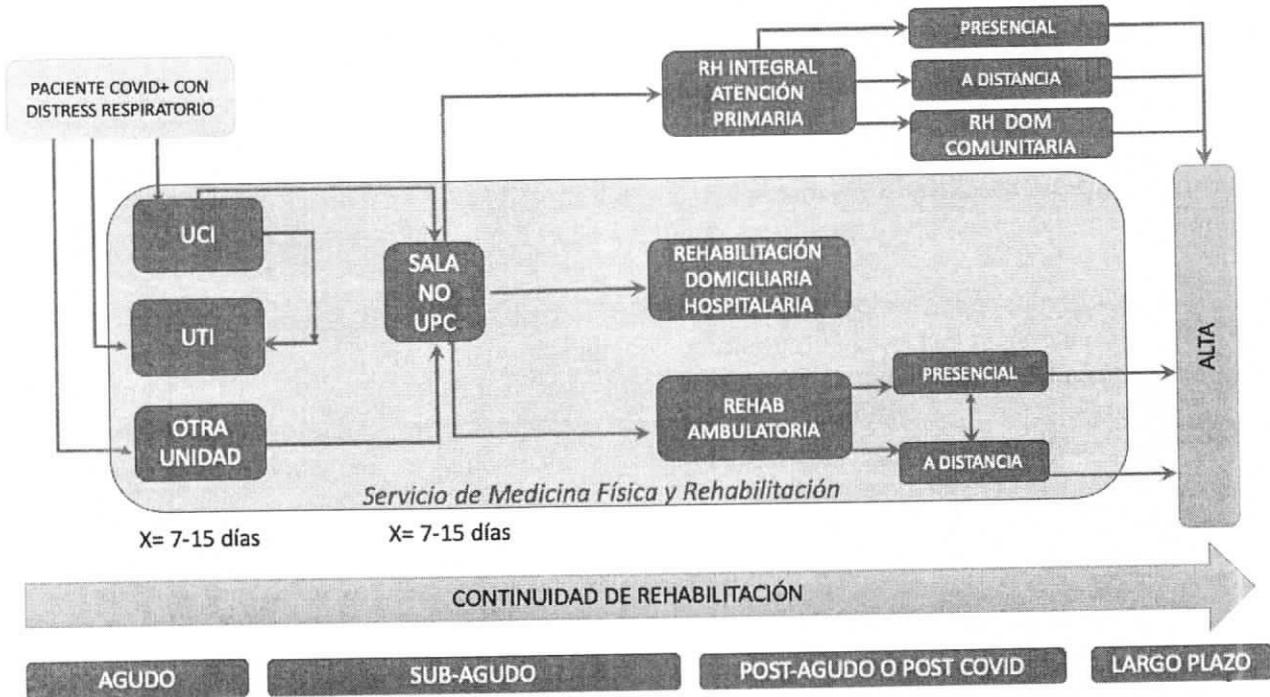
De esta forma, y debido a que la evolución de las personas con COVID-19 grave y crítico se asocia a Síndrome de Distress Respiratorio Agudo, estos requieren de rehabilitación precoz, intensiva e interdisciplinaria durante las fases aguda, subaguda y de recuperación o post aguda para prevenir complicaciones y prevenir secuelas de larga data.

El paso por una UPC es un evento que marca a las personas, sus familias y entorno, representa una crisis no normativa de la cual puede ser difícil salir. El número de personas dadas de alta después de estar sometidas a ventilación mecánica en una UPC ha crecido en forma exponencial durante la epidemia del COVID, la capacidad de respuesta en rehabilitación que muestre el país impactará en los años de vida perdidos por discapacidad.

El tránsito de un paciente crítico se esquematiza en el siguiente diagrama, en él se señalan las estrategias que permitan garantizar la rehabilitación en el espectro completo del curso de la enfermedad, y el énfasis en recobrar la participación laboral, en comunidad, y rol social, bajo el objetivo primario de la rehabilitación que es optimizar el funcionamiento y disminuir discapacidad (ver diagrama 1)

Rehabilitación en UCI y post UCI del paciente COVID-19

Diagrama 1: Impacto biopsicosocial del tránsito de un paciente crítico. Elaboración propia del Dpto. Rehabilitación y Discapacidad de DIPRECE



Para disminuir su incidencia y severidad se requiere:

- * Manejo de ansiedad y angustia: humanizar la atención de la persona es tarea del equipo que trabaja en la UPC. Sin embargo, los profesionales de rehabilitación deben preocuparse especialmente de este aspecto. Aspectos básicos como hablarles, informarles sobre las personas que acuden a verlo, hacerles escuchar y/o ver mensajes de sus seres significativos, informar los pasos terapéuticos que se van siguiendo son coadyuvantes relevantes para disminuir la ansiedad y, en particular para estas personas que se ven aislados del contactos de sus seres significativos.

f) Dolor: Se reporta que el dolor severo se presenta en el 49 a 64% de las personas hospitalizadas en una UPC. El dolor posee características multifactoriales, aumenta el riesgo de inestabilidad hemodinámica, alteraciones psíquicas, trastornos depresivos y se asocia a un mayor riesgo de delirium.

Se estima que la prevalencia del dolor crónico posterior a la UCI varía entre 14% y 77%, siendo esperable que aquellas personas que sobreviven al COVID-19 crítico posean un riesgo de desarrollar dolor crónico, producto del periodo prolongado de inmovilización, sedación y ventilación mecánica que conduce a síndrome de debilidad adquirida en UPC (21).

Acciones de rehabilitación y prevención (17):

- * Mantener un nivel adecuado de sedoanalgesia.
- * Aplicar escalas de dolor que permitan pesquisa, aún en una persona no vigil.
- * Titulación cuidadosa de dosis.
- * Reforzar en la medida de lo posible, el manejo analgésico previo a los procedimientos identificados como más dolorosos.

g) Eventos adversos: Los eventos adversos son similares en las personas internadas en UPC por cualquier etiología, no obstante, cabe destacar que se ha visto que el riesgo de lesiones por presión aumenta en posición en prono en mayores de 60 años, más en mujeres y más en personas con IMC mayor a 28.4 Kg/m (23). Otros efectos adversos que se reportan son neuropatías por presión.

Acciones de rehabilitación y prevención

- * Cambios de posición permanente, cada 2 horas.
- * Confección e instalación de ayudas técnicas para el posicionamiento del cuerpo.
- * Movilización pasiva alterna de las cuatro extremidades.
- * Vigilancia y evaluación permanente de los puntos de apoyo.
- * Búsqueda activa de signos de compromiso neuropático (dolor, paresia, disestesia).
- * Cumplimiento estricto de protocolos de calidad del establecimiento.

h) Compromiso del estado nutricional.

Para disminuir el riesgo nutricional se requiere:

- * Evaluación de riesgo nutricional a través del MUST o antropometría, anamnesis alimentario-nutricional: encuestas de consumo.
- * Parámetros analíticos: albúmina, prealbúmina, linfocitos, colesterol, HDL, LDL, TG, glucosa, HbA1.
- * Cálculo de los requerimientos nutricionales.
- * Adecuación de la ingesta alimentaria/ requerimientos nutricionales.

i) Impacto de la enfermedad en el sistema socio familiar.

Para el logro se requiere:

- * Apoyo familiar: acompañamiento en la condición de estrés por riesgo vital al que está expuesta la persona.
- * Mantener informada a la familia sobre la condición de la persona.
- * Favorecer la comunicación de acuerdo a los medios disponibles, enviar mensajes (aclarando, cuando corresponda, que se le entregará aunque no esté vigil).

7.2 Intervenciones de rehabilitación en la persona COVID-19 grave desde la etapa post aguda hasta el alta de rehabilitación

Una vez que las personas superan la etapa aguda y crítica, debe asegurarse la continuidad del proceso de rehabilitación, orientando las acciones del equipo de rehabilitación en los siguientes ámbitos del funcionamiento:

Función y estructura:

- * Recuperar la función muscular y facilitar la integración del movimiento al esquema corporal.
- * Entrenamiento de fuerza, potencia y resistencia muscular.
- * Recuperación de la capacidad aeróbica.
- * Recuperación del rango de movimiento y flexibilidad.
- * Recuperación de la coordinación neuromuscular, destreza y velocidad (equilibrio estático y/o dinámico).
- * Recuperación de las alteraciones de la deglución y mecánica de la tos.
- * Manejo de los trastornos comunicativos.
- * Manejo de los trastornos fonatorios.
- * Manejo de los trastornos cognitivos secundarios.
- * Manejo de requerimientos nutricionales.
- * Apoyo psicológico y/o farmacológico para los trastornos del ánimo.

Actividades:

- * Recuperación de funcionalidad en las actividades de la vida diaria (AVD) comprometidas durante la etapa de hospitalización.
- * Intervenciones cognitivas que propendan a incrementar el funcionamiento cognitivo de la persona en las tareas cotidianas
- * Entrenamiento en transferencias y/o uso de ayudas técnicas para facilitar la movilidad.

Participación:

- * Identificar la necesidad de apoyos para la reinserción laboral, educativa y social.
- * Identificar la necesidad de eventuales redes de apoyo para su reinserción en actividades que ejercía previamente.

La evidencia indica que al menos un 30% de las personas recuperadas post UPC, necesitarán continuar con rehabilitación ambulatoria hospitalaria y un 20% con rehabilitación domiciliaria, por la complejidad de las manifestaciones (24). Se estima que el otro 50% de personas recuperadas post UPC necesitarán de rehabilitación de menor complejidad, donde la estrategia de las salas de RBC en un trabajo mancomunado con los programas de salud respiratoria del adulto (Salas ERA-Mixtas) continuarán con la rehabilitación de estos usuarios. Del mismo modo, se proyecta que un porcentaje de los usuarios que presentaron una hospitalización por COVID-19 sólo en camas no críticas necesitarán de servicios de rehabilitación de mayor complejidad hospitalaria y otros requerirán de rehabilitación de baja complejidad en Atención Primaria.

Para garantizar esta continuidad de la atención de la persona COVID-19 grave y crítico, el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación estará a cargo de la integración y coordinación de la atención de rehabilitación post alta. De acuerdo a los desarrollos locales de los establecimientos hospitalarios como de la atención primaria, coordinará efectivamente con los equipos de rehabilitación la atención domiciliaria ya sea en modalidad presencial o remota y además derivará oportunamente a otras especialidades como broncopulmonar, geriatría, neurología, psiquiatría, urología entre otras.

Existe experiencia internacional en implementación de la rehabilitación en personas que cursaron con COVID-19, que considera la rehabilitación domiciliaria como una modalidad segura tanto para personas que se han recuperado de COVID-19 como para las personas que asisten a un centro de rehabilitación (10).

De la misma manera, la utilización de la rehabilitación a distancia a través de la telerehabilitación o educación remota a la persona y su entorno, suponen una estrategia eficiente que permite la continuidad de la atención de la persona post COVID-19.

7.3 Criterios para la categorización de salida para la continuidad de la atención en rehabilitación en etapa post-aguda

Con el propósito de la continuidad de la atención, la recuperación y el restablecimiento del funcionamiento, la rehabilitación en etapa post aguda es esencial. La rehabilitación en el nivel secundario tiene como objetivo proveer atención precoz a personas con requerimientos de rehabilitación multidisciplinaria de complejidad moderada-severa, en forma presencial en gimnasio, en domicilio o rehabilitación a distancia.

A su vez, la rehabilitación en APS estará dirigida a aquellos que cursaron con una hospitalización por COVID-19 y presenten una categorización de riesgo leve al egreso de ella. Las salas RBC en conjunto con el programa de enfermedades respiratorias del adulto (sala ERA/mixtas) garantizarán la continuidad de la atención, ya sea a través de la atención presencial, domiciliaria o rehabilitación a distancia. El ingreso a la APS debe iniciar con una primera atención integral por parte del médico, quien podrá establecer la necesidad de acciones en el ámbito de rehabilitación, social, cardiovascular, de salud mental, nutricional para su derivación a cada una de estas áreas.

Respecto a las áreas con mayor frecuencia comprometidas, se proponen puntajes de categorización de las necesidades de rehabilitación post aguda, orientando a los equipos la continuidad de la atención en la atención abierta del nivel secundario o APS (Instrumentos utilizados por dimensión ver en Anexo I).

El panel de expertos elaboró una categorización multidimensional de riesgo que permite orientar el flujo del paciente al alta hospitalaria (ver Diagrama 3). Esta categorización considera 9 dimensiones de la persona como se observa en la Tabla 1.

Diagrama 3. Flujo rehabilitación post-aguda paciente COVID-19 grave y crítico.

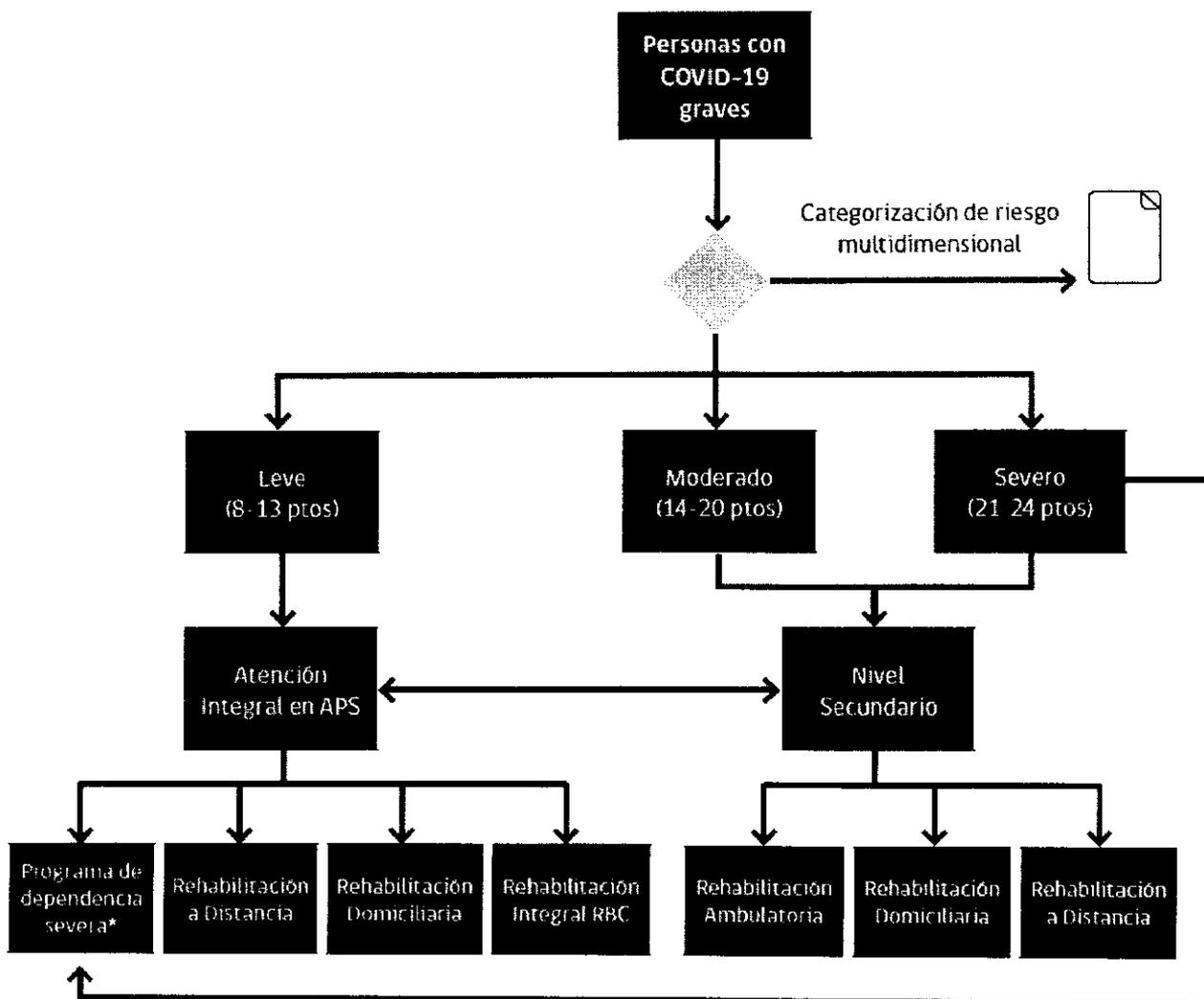


Tabla 1. Categorización de riesgo de deficiencia según dimensiones, elaborado por consenso de expertos.

Dimensión	Puntaje		
	1 Punto	2 Puntos	3 Puntos*
Función Motora	4-7	8-10	11-14
Función Respiratoria	0-3	4-6	7-10
Función Deglutoria	5-7	3-4	1-2
Salud Mental	0-9	10-19	20-27
Función Cognitiva	≥21		< 21
Riesgo Nutricional	<5%	5-10%	10%
Dolor	0-4	5-7	8-10
AVD	60-100	55-40	0-35**
Score de Riesgo			
Puntaje Total	8-13	14-20	21-24
Riesgo	Leve	Moderado	Severo
Flujo de rehabilitación	Atención Primaria de Salud	Atención Secundaria	Atención Secundaria
APGAR Familiar (Si vive solo se categoriza como puntaje máximo, independiente de la edad).	7-10	4-6	0-3

*En caso de puntaje máximo en una dimensión estando en riesgo leve, evaluar si corresponde considerar con riesgo moderado o severo. **Índice de Barthel con dependencia Total considerar programa de dependencia severa.

Es importante destacar que esta matriz de riesgo es orientadora y que en conjunto con los criterios clínicos, del entorno de la persona y las características locales de la red de rehabilitación, permitirán al equipo de rehabilitación definir el lugar más eficaz para la continuidad de la rehabilitación en la atención abierta (Secundaria o Atención Primaria de Salud). Para todos los casos considerar el APGAR familiar, que debiese evaluarse de manera temprana durante la hospitalización en UPC, de manera de preparar el alta de la persona desde el inicio de la rehabilitación, activando todas las redes necesarias en pro de su recuperación.

Además, el panel de expertos considera que estas evaluaciones pueden ser complementadas, según el criterio de cada equipo con el Test de marcha 6 minutos, evaluación de fuerza de la Medical Research Council (MRC), utilización de dinamometría, evaluación del estado funcional (FSS-ICU), escala visual de fragilidad para personas mayores.

8. ACCIONES DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS NO COVID- 19

En aquellos usuarios no COVID-19 y que requieren de rehabilitación, por razones de condición de salud o de continuidad de tratamiento, se estratificará la población objetivo en población crítica y no crítica de continuidad de rehabilitación.

8.1 Población crítica en la continuidad de la rehabilitación

Identificada como aquella población que se encuentra en etapa aguda o subaguda de su condición de salud y que, por la severidad de esta, requiere iniciar y/o mantener la atención de rehabilitación intensiva, ya sea intrahospitalaria o de manera ambulatoria. De no recibir las atenciones correspondientes se arriesgan a un peor pronóstico y a un mayor riesgo de rehospitalización por complicaciones secundarias, exponiendo a las personas a mayor morbilidad y mortalidad y al sistema a mayor sobrecarga.

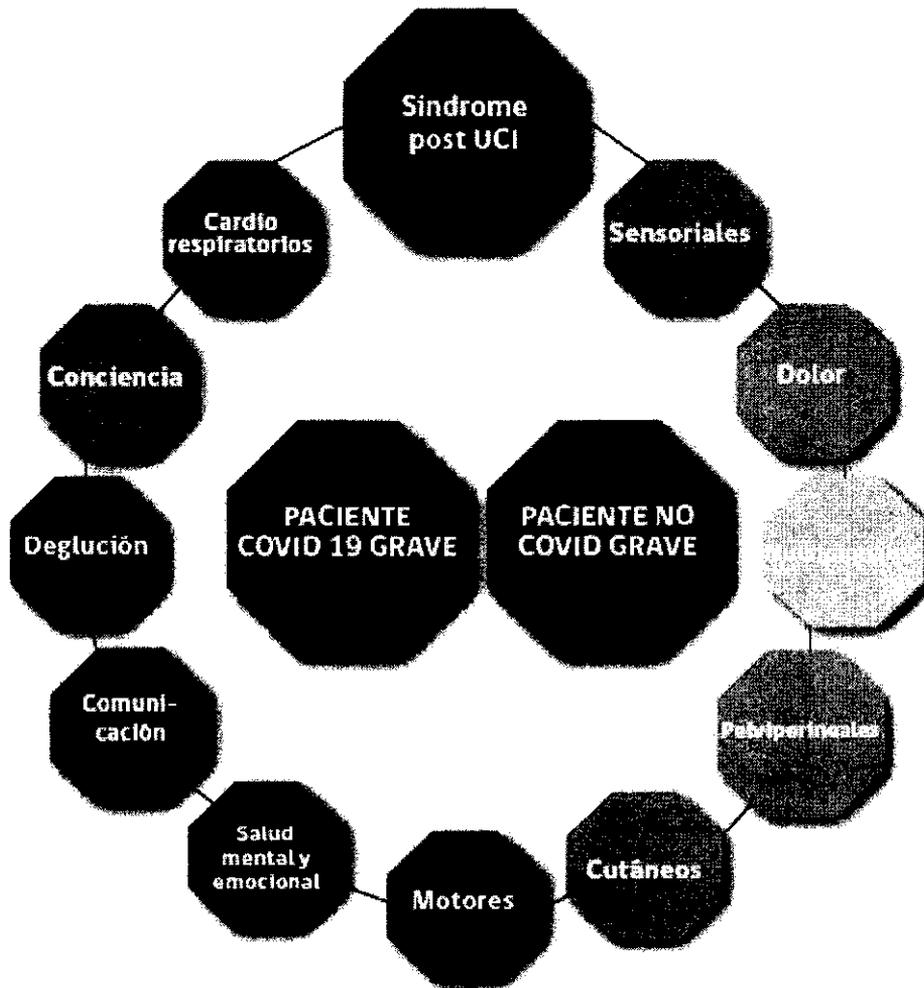
Dentro de esta población se reconoce el grupo de personas que requieren de cuidados críticos desde la etapa aguda, dadas las manifestaciones graves y complicaciones propias del diagnóstico. Para efectos de este documento, serán identificadas como **pacientes no COVID graves**.

Se refiere a personas que cursan con cuadros graves como TEC severo, politraumatizado con o sin lesión medular; cuadros sépticos severos; Ataque Cerebrovascular (ACV) severo, entre otros. Este grupo debe recibir servicios de rehabilitación, con los mismos énfasis que las personas COVID-19 grave, e igualmente deberán continuar con atención una vez superada la etapa aguda.

En el diagrama 4, se representan las complicaciones asociadas a los cuidados críticos.

Existe otro grupo que, sin tener requerimientos de cuidados críticos, igualmente requieren intervenciones de rehabilitación intrahospitalaria desde la etapa aguda, para mejorar su pronóstico. Esta población será definida como **personas no COVID-19 de riesgo**, y corresponde a quienes cursan con cuadros como: ACV moderado y severo, Síndrome de Guillain Barré, disfagia moderada y severa secundaria a patología neurológica, fractura de cadera operada, amputación de extremidades inferiores, entre otras. Estas personas también requerirán continuidad de atención una vez superada la etapa aguda.

Diagrama 4. Complicaciones en pacientes de cuidados críticos. Elaboración propia. Departamento Rehabilitación y Discapacidad DIPRECE.



La continuidad de atención post alta hospitalaria, en la población crítica de rehabilitación, puede ser realizada en forma presencial o a distancia, o una combinación de ambas, dependiendo de la condición general de la persona u otras razones como indicación de aislamiento, entre otros.

Una estrategia eficaz para la continuidad de la atención de rehabilitación de manera presencial, es el Programa de Hospitalización Domiciliaria, estrategia que al incorporar rehabilitación podrá satisfacer las necesidades de esta población. La carga terapéutica y los objetivos de rehabilitación se proponen en la siguiente tabla:

Tabla 3. Carga terapéutica y prestaciones según profesional Programa Hospitalización Domiciliaria.

Profesional	Kinesiólogo	Fonoaudiólogo	Terapeuta Ocupacional	Enfermera	Médico
Carga terapéutica	3-5 veces por semana	3-5 veces por semana	3-5 veces por semana	Según necesidad	
Prestaciones Acciones de rehabilitación	Entrenamiento y actividad motora.	Evaluación e intervenciones terapéuticas para el manejo de la disfagia.	Entrenamiento en actividades de la vida diaria.	Entrenamiento al cuidador.	Derivación de Ingreso.
	Manejo respiratorio y reeducación ventilatoria.	Evaluación e intervención en alteraciones de la comunicación.	Funcionalidad extremidades superiores.	Posicionamiento y cuidados de la piel.	Seguimiento y evolución.
	Prevención de complicaciones asociadas a la inmovilización.	Evaluación e Intervención en trastornos de la voz (disfonía post extubación).	Confección de Órtesis.	Prevención de complicaciones.	Indicación de alta.
	Evaluación de ayudas técnicas.	Educación y entrenamiento de técnicas de alimentación e higiene oral al cuidador.	Estimulación cognitiva y manejo de delirium.	Curaciones y manejo de Lesiones por presión.	Control post alta.
	Educación a la persona, familia y cuidador.	Evaluación e intervención cognitivo-comunicativa.	Evaluación de ayudas técnicas y confección de aquellas de estabilización y posicionamiento.		
		Evaluar alternativas de alimentación.	Sugerencias de modificación ambiental en el hogar previo al alta.		

La atención de rehabilitación a distancia podrá ser realizada vía telefónica o vía plataforma que permita videollamada, dependiendo del propósito definido para la atención (revisar Recomendaciones para la Implementación de Estrategia de Rehabilitación a distancia²).

La primera evaluación deberá ser realizada de manera presencial, previo al alta.

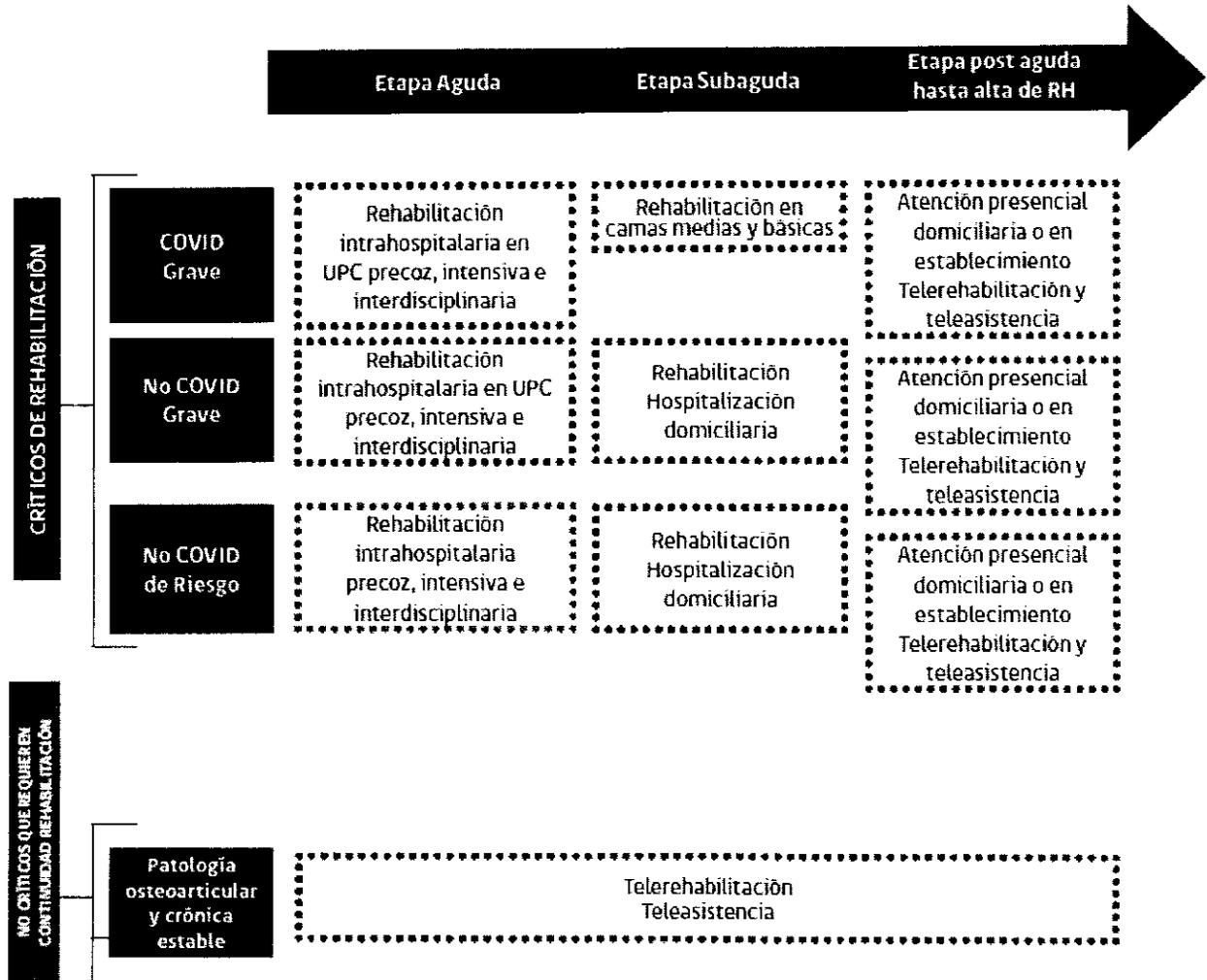
La rehabilitación en domicilio o a distancia debe enfocarse en:

- * Intervención terapéuticas propiamente tal.
- * Intervención educativa a los familiares o cuidadores como agentes activos en el proceso de rehabilitación.
- * Entrega de pautas de intervención a través de documento impreso, videos educativos o aplicaciones digitales.
- * Evaluación intermedia remota a través de contacto telefónico para asegurar la adherencia al tratamiento y el correcto seguimiento de indicaciones.

El tránsito de la condición de salud, los sustentos de la rehabilitación y la propuesta de estrategias de abordaje para la población crítica de rehabilitación, se detalla en el diagrama 5:

² Basado en documento Recomendaciones para la implementación de estrategia de rehabilitación a distancia. Ministerio de Salud.

Diagrama 5. Tránsito de la condición de salud y estrategias de rehabilitación para garantizar la continuidad de ella. Elaboración propia. Departamento Rehabilitación y Discapacidad DIPRECE.



8.2 Población no crítica que requiere continuidad de la rehabilitación

Esta población corresponde a aquella con condiciones de salud de origen osteoarticular crónicas.

La atención de rehabilitación en esta población se podrá efectuar principalmente a través de rehabilitación a distancia.

Se utilizarán pautas de ejercicio y control telefónico u otra forma de telesalud (revisar Recomendaciones para la implementación de estrategias de Rehabilitación a distancia), considerando las siguientes indicaciones:

En Atención Primaria de Salud:

Para condiciones de salud agudas se orienta a:

- * Ejercicios terapéuticos con dosificación clara (máximo 3 intervenciones).
- * Educación en manejo y cuidados asociados a condición de salud (máximo 2 recomendaciones).
- * Uso de medidas fisioterapéuticas según necesidad.
- * Capacitación en manejo de ayudas técnicas.

Para condiciones de salud crónicas se orienta a:

- * Mantención de ejercicios terapéuticos con dosificación clara (máximo 3 intervenciones).
- * Educación en manejo y cuidados asociados a condición de salud (máximo 2 recomendaciones).

Los equipos rurales de rehabilitación se suman a todas las indicaciones anteriores.

9. CONCLUSIONES

Los cambios demográficos y epidemiológicos de las últimas décadas han generado una demanda creciente de servicios de rehabilitación. La rehabilitación comprende un conjunto de prestaciones diseñadas para reducir la discapacidad y optimizar el funcionamiento en personas con problemas de salud, como tal; no está restringida a un grupo limitado de personas sino que para todas aquellas que experimenten alteraciones en el funcionamiento asociadas al envejecimiento, a enfermedades no transmisibles o aquellas que han sufrido las consecuencia de lesiones.

Desde fines del año pasado, la pandemia por el SARS-COV-2 ha generado un gran impacto en la Salud Pública Mundial, con importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas. Contundente evidencia demuestra el rol que la Rehabilitación desempeña en maximizar los resultados en los servicios de salud siendo beneficiosa en reducir los días de ventilación mecánica, días de estada y disminuir los reingresos hospitalarios, mitigando así, los costos sociales y el impacto en la carga de enfermedad de una población.

El COVID-19 ha generado un incremento sin precedentes respecto a la incidencia del Síndrome de Distress Respiratorio Agudo, requiriendo el ingreso de un importante número de personas a las Unidades de Cuidado Intensivo. Los sobrevivientes que desarrollan la manifestación grave de esta enfermedad, generarán deficiencias físicas, cognitivas y de salud mental que perdurarán por meses, incluso años. A largo plazo, estas deficiencias se manifiestan en una disminución de la independencia en las actividades cotidianas y en la calidad de vida relacionada a salud, comprometiendo la posibilidad de una persona de participar plenamente de la vida cotidiana, el retorno a la educación o al trabajo y la participación social de ellas. La Rehabilitación interdisciplinaria y temprana desde la etapa aguda de la enfermedad –coordinada por los servicios de Medicina Física y Rehabilitación- permite reducir la debilidad muscular y la duración de la ventilación mecánica, mitigando así las complicaciones y secuelas que generan las presentaciones graves y críticas. La rehabilitación ofrece un enfoque integral de las necesidades de la persona y su entorno, con la finalidad de optimizar su recuperación y reducir la discapacidad secundaria y con ello la carga de enfermedad del país.

El COVID-19 ha desafiado a toda la atención médica y ha demandado reorganización de servicios sanitarios. No acceder a servicios de rehabilitación o suspenderlos producto de la pandemia en personas requirentes de ella, pone en riesgo la salud de las personas e incrementa la multimorbilidad. Finalmente es posible afirmar que la rehabilitación es una intervención sanitaria esencial, que hoy más que nunca requiere ser fortalecida con servicios integrados y eficientes desde etapas tempranas.

10. ANEXOS

ANEXO I:

Descripción de Instrumentos de valoración para la categorización de la persona al alta

Dimensión	Escala	Descripción	Valores normativos
Función motora	Sit to Stand 5 repeticiones	Cuantifica la fuerza funcional de las extremidades inferiores.	Tiempo Mínimo/ Máximo / Media para todas las edades 4 / 16 / 7,5 segundos. (Ozalevi, 2007)
Función Respiratoria	Borg modificado	Mide percepción de disnea durante el trabajo físico. Son 12 puntos que varía de 0= nada a 10= dificultad máxima.	Escala de 0 a 10
Función Deglutoria	DOSS	Califica la severidad de la disfagia, de 1= Disfagia severa a 7= deglución normal	5-7 = Leve 3-4 = Moderado 1-2= severo
Actividades de la vida diaria	Barthel	Establece el grado de independencia en las actividades de la vida diaria. Posee 10 ítems.	<20= Dependencia Total 20-35 = Severo 40-55 = Moderado ≥60 = Leve 100 = Independiente
Función Cognitiva	MoCA	Diseñada para detectar disfunción cognitiva leve. 16 ítems. Tiempo estimado 15 minutos.	Deterioro Cognitivo leve= 21 ptos. Demencia leve= 20 ptos (Delgado, 2019).
Salud mental	PHQ 9	Escala autoadministrada válida, útil para el tamizaje de la depresión. Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0= "nunca", 1 = "algunos días", 2 = "más de la mitad de los días" y 3 = "casi todos los días"	0-4= No depresión. 5-9= Depresión leve. 10-14= Depresión moderada. 15-19= Depresión moderadamente severa. 20-27= Depresión Severa. (Baader y cols, 2012)
Riesgo nutricional	Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	Método para la detección de riesgo nutricional en la población	Puntaje 0= Leve. Puntaje 1= Moderado. Puntaje 2= Severa.
Dolor	Escala Visual Analoga (EVA)	Escala unidimensional de la intensidad del dolor	Escala visual de 0 (nada de dolor) a 10 (máximo dolor)
Estado Social	APGAR Familiar	Permite observar cómo percibe la persona el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.	Familia altamente funcional= 7-10. Familia moderadamente funcional= 4-6 Familia severamente disfuncional= 0-3

hospitalaria.

ANEXO II:

Instrumentos de Valoración utilizados

*** Pararse sentarse 5 repeticiones (five time sit to stand)**

La prueba proporciona un método para cuantificar la fuerza funcional de extremidades inferiores. La puntuación es la cantidad de tiempo (seg) que lleva una persona a pasar de una posición sentada a una de pie repitiendo cinco veces.

Requerimientos: Silla de altura estándar (43-45 cms, con respaldo). Cronómetro.

Instrucciones: Se indica a la persona que se sienta con los brazos cruzados sobre el pecho y la espalda contra el respaldo de la silla. Se indica a la persona: "quiero que se ponga de pie y se siente cinco veces seguidas, lo más rápido que pueda, cuando dé la indicación". Si la persona no puede levantarse sin la ayuda de brazos, la prueba se da por terminada.

Tiempo en segundos	Categorización riesgo
0-4	Leve
5-7	Moderado
8-14	Severo

*** Borg modificado para disnea**

Posee 12 niveles numéricos de disnea, entre 0 y 10 puntos, con descriptores verbales.

Puntuación	Disnea Observada
0	Sin disnea
0.5	Muy, muy leve. Apenas se nota
1	Muy leve
2	Leve
3	Moderada
4	Algo severa
5	Severa
6	
7	Muy severa
8	
9	
10	Muy, muy severa (máxima)

* Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)

Vía oral suspendida - Necesidad de nutrición oral	
Nivel 1	<p>Disfagia severa: Vía oral suspendida. No tolera administración por vía oral de forma segura. El paciente puede presentar uno o más de los siguientes síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retención severa del bolo en la faringe, siendo incapaz de despejarlo. - Pérdida o retención severa del bolo en la etapa oral, siendo incapaz de despejarlo. - Aspiración silente en dos o más consistencias, con tos voluntaria no funcional. - Imposibilidad de tragar.
Nivel 2	<p>Disfagia moderada/severa: Máxima asistencia o uso de estrategias con vía oral parcial (tolerancia de al menos una consistencia de forma segura con uso total de estrategias). La persona puede presentar uno o más de los siguientes síntomas:</p> <p>Retención severa en la faringe, siendo incapaz de despejarla o necesitando múltiples ayudas.</p> <p>Pérdida o retención severa del bolo en la etapa oral, siendo incapaz de despejarlo o necesitando múltiples ayudas.</p> <p>Aspiración con dos o más consistencias, sin reflejo de tos o con tos voluntaria débil:</p> <p>Aspiración con una o más consistencias, sin tos y penetración en la vía aérea hacia las cuerdas con una o más consistencias.</p>
Nutrición por vía oral - Dieta modificada y/o independencia	
Nivel 3	<p>Disfagia moderada: Total asistencia, supervisión o estrategias, restricción de dos o más consistencias. La persona puede presentar uno o más de los siguientes síntomas:</p> <p>Retención moderada en la faringe, despejado con ayuda.</p> <p>Retención moderada en la cavidad oral, despejado con ayuda.</p> <p>Penetración en la vía aérea a nivel de las cuerdas vocales sin tos con dos o más consistencias:</p> <p>Aspiración con dos consistencias con reflejo de tos débil o ausente.</p> <p>Aspiración con una consistencia, sin tos ni penetración.</p>
Nivel 4	<p>Disfagia leve/moderada: Supervisión intermitente, restricción de una o dos consistencias. La persona puede presentar uno o más de los siguientes síntomas:</p> <p>Retención en la faringe, despejado con ayuda.</p> <p>Aspiración con una consistencia, con reflejo de tos débil o ausente:</p> <p>Penetración a nivel de los pliegues vocales con tos en dos consistencias.</p> <p>Penetración a nivel de los pliegues vocales sin tos con una consistencia.</p>

Es una escala funcional que comprende siete niveles que asigna una severidad al trastorno. Los ítems propuestos por esta escala son los siguientes:

Nivel 5	<p>Disfagia leve: Supervisión a distancia, puede necesitar de restricciones de una consistencia. La persona puede presentar uno o más de los siguientes síntomas: Aspiración solamente de líquidos, pero con un fuerte reflejo de tos para despejar completamente. Penetración a la vía aérea antes de los pliegues vocales con una o más consistencias, o sobre las cuerdas vocales despejadas espontáneamente. Retención en la faringe que es despejada espontáneamente. Leve disfagia oral con reducción de la masticación y/o retención oral que se despeja espontáneamente.</p>
Nutrición por vía oral - Dieta Normal	
Nivel 6	<p>Con límites funcionales/independencia modificada: Dieta normal, deglución funcional. La persona puede tener un leve retraso en la fase oral o faríngea, retención o restos cubriendo la epiglotis, pero consigue despejarlo espontáneamente. Puede necesitar tiempo adicional en las comidas. No hay aspiraciones ni penetraciones en ninguna consistencia.</p>
Nivel 7	<p>Normalidad en todas las situaciones: Dieta normal, sin necesidad de estrategias o tiempo adicional.</p>

*** Índice Barthel**

El índice debe usarse como un registro de lo que hace una persona, no de lo que podría hacer. Su objetivo principal es establecer un grado de independencia de cualquier ayuda, física o verbal. El desempeño de un paciente debe establecerse con la mejor evidencia, preguntando a la persona, amigos, parientes.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valorar la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valorar la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

*** Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**

Administración y Puntuación.

1. **Función Ejecutiva: Trail Making Test.** Administración: El evaluador da las siguientes instrucciones, indicando en la hoja: "Me gustaría que dibuje una línea alternando entre números y letras, respetando el orden numérico y el orden alfabético (del abecedario). Comience aquí (señale el número 1) y dibuje una línea hacia la letra A, y a continuación hacia el número 2, etc. Termine aquí (señale la letra E)". Puntaje: se asigna un punto si el sujeto realiza la siguiente secuencia: 1 – A – 2 – B – 3 – C – 4 – D – 5 – E. Se asigna CERO punto si la persona comete un error y no corrige inmediatamente, cualquiera que este sea.

2. **Capacidades visuoconstructivas (Cubo):** El evaluador da las siguientes instrucciones, señalando el cubo: "Me gustaría que copie este dibujo de la manera más precisa posible (lo más parecido posible)". Puntaje: se asigna un punto si el dibujo se realiza correctamente: El dibujo debe ser tridimensional, Todas las líneas están presentes, No se añaden líneas, Las líneas son relativamente paralelas y aproximadamente de las misma longitud (los prismas rectangulares son aceptables), Se asigna CERO punto si no se han respetado TODOS los criterios anteriores.

3. **Capacidades visuoconstructivas (Reloj):** Administración: Señalando el espacio de la hoja, el evaluador da las siguientes instrucciones: "Ahora me gustaría que dibuje un reloj, que incluya todos los números y que marque (indique) las 11 y 10, (con las manecillas)". Puntaje: Se asigna un punto por cada uno de los tres criterios siguientes: Contorno (1 punto): El contorno debe ser un círculo con poca deformación (p. ej una leve deformación al cerrar el círculo) Números (1 punto): Todos los números deben estar presentes, sin añadir ninguno: los números deben seguir el orden correcto y estar bien colocados en los cuadrantes; se aceptarán números romanos, así como los números colocados fuera del contorno. Agujas o manecillas (1 punto): Las dos agujas deben indicar la hora correcta; la aguja de las horas debe ser claramente más pequeña que la aguja de los minutos. El punto de unión de las agujas debe estar cerca del centro del reloj. No se asignan puntos si no se han respetado los criterios anteriores.

4. **Denominación:** Administración: El evaluador le pide al sujeto que nombre cada uno de los animales, de izquierda a derecha: "Me gustaría que me dijera el nombre del siguiente dibujo". Puntaje: Se asigna un punto por cada identificación correcta de los dibujos; (1) camello o dromedario, (2) león y (3) rinoceronte.

5. **Memoria:** El evaluador le da las siguientes instrucciones: "Esta es una prueba de memoria, le voy a leer una lista de palabras que debe recordar. Escuche con atención y cuando yo termine, me gustaría que me diga todas las palabras que pueda recordar, en el orden que desee". El evaluador lee la lista de palabras una vez y marca en la hoja todas las palabras que el sujeto repita. Cuando el sujeto termine (se haya acordado de todas las palabras) o cuando no pueda recordar más palabras, el evaluador vuelve a leer la lista de palabras luego de darle las siguientes instrucciones: "Ahora le voy a leer la misma lista de palabras una vez más. Intente acordarse de la mayor cantidad posible de palabras, incluyendo las que repitió en la primera oportunidad". Al final del segundo intento, el evaluador le dice: "debe aprenderse estas palabras ya que tendrá que repetirlas más tarde, al final de la prueba". En este ítem no se asignan puntos.

6. **Atención y Concentración:** Secuencia Numérica Directa. El evaluador lee una secuencia de 5 números a un ritmo de uno por segundo. El evaluador da las siguiente instrucciones: "Le voy a leer una serie de números y cuando haya terminado, me gustaría que repita estos números en el mismo orden en el que yo se los he dicho".

Secuencia Numérica Inversa: El evaluador lee una secuencia de 3 números a un ritmo de uno por segundo. El examinador da las siguiente instrucciones: "Le voy a leer una serie de números y cuando haya terminado, me gustaría que repita estos números en orden inverso (al revés) de cómo yo se los he dicho (de atrás hacia adelante)". Se asigna un punto por cada secuencia repetida correctamente (el orden exacto de la secuencia de números inverso es 2 – 4 – 7).

Concentración: El evaluador lee una serie de letras a un ritmo de una por segundo. El evaluador da las siguientes instrucciones: "Voy a leerle una serie de letras. Cada vez que diga la letra "A", dé un golpecito con la mano en la mesa. Cuando diga cualquier otra letra que no sea la "A", no dé ningún golpe". No se asigna puntuación si se comete más de un error (p. ej. El sujeto da un golpecito con una letra equivocada o no da un golpecito con la letra "A").

Sustracción en secuencia de 7: El evaluador da las siguientes instrucciones: "Ahora me gustaría que a partir de 100 vaya restando de 7 en 7 de manera sucesiva, es decir, continúe restando 7 a la cifra de su respuesta anterior, hasta que le pida que pare". El evaluador puede repetir las instrucciones una vez más si lo considera necesario, pero una vez que se inicia la resta no se otorgan ayudas. Este ítem obtiene tres puntos en total. No se asigna puntuación si todas las sustracciones están incorrectas. Obtiene 1 punto por 1 sustracción correcta. 2 puntos por 2 o 3 sustracciones correctas. 3 puntos por 4 o 5 sustracciones correctas. Cada sustracción se evalúa individualmente. Si el sujeto comete un error en una sustracción, dando una cifra errónea, pero resta 7 correctamente de dicha cifra errónea, se asigna el punto, p. ej. $100 - 7 = 92 - 85 - 78 - 71 - 64$. "92" es incorrecto, pero todos los números siguientes son correctos. Dado que se trata de 4 respuestas correctas, el puntaje es de 3 puntos.

7. **Repetición de frases:** El evaluador da las siguientes instrucciones: "Ahora le voy a leer una frase y me gustaría que la repitiera: "El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran a la sala", a continuación el evaluador dice: "Ahora le voy a leer una segunda frase y me gustaría que también la repitiera": "Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida". Se

asigna un punto por cada frase repetida correctamente. La repetición debe ser exacta. El evaluador debe prestar atención a los errores de omisión, sustitución o adición.

8. Fluencia verbal: El evaluador da las siguientes instrucciones: "Me gustaría que diga el mayor número de palabras posibles que comiencen con la letra que le diga. Puede decir cualquier tipo de palabra, excepto nombres propios, números, conjugaciones verbales (p. ej. "meto", "metes", "mete") y palabras de la misma familia (p. ej. "manzana", "manzano"). Le pediré que se detenga después de un minuto. ¿Está preparado? Ahora, dígame el mayor número de palabras posibles que comiencen con la letra F". Se asigna un punto si el sujeto dice 11 o más palabras en un minuto.

9. Similitudes (capacidad de abstracción): El evaluador da la siguiente instrucción pidiéndole a la persona que le diga qué tienen en común dos objetos presentados, a través del siguiente ejemplo: "¿En que se parecen una manzana y una naranja?". Si el sujeto da una respuesta concreta, el evaluador lo repite solo una vez más: "Dígame en qué otro aspecto se parecen una manzana y una naranja". Si el sujeto no da una respuesta adecuada, diga: "Sí, y también en que las dos son frutas". No dé otras instrucciones o explicaciones. Después de la prueba de ensayo, el evaluador dice: "Ahora dígame en qué se parecen un tren y una bicicleta". Luego continúe con el segundo ejercicio: "¿En que se parecen una regla y un reloj?". Se asigna un punto por cada uno de los dos pares de objetos contestado correctamente. Se aceptan las siguientes respuestas: para tren/bicicleta: medios de transporte, medios de locomoción, para viajar. Para regla/reloj: instrumentos de medición, para medir. Respuesta no aceptables para tren/bicicleta: tienen ruedas, ruedan y para regla/reloj: tienen números.

10. Recuerdo diferido: El evaluador da las siguientes instrucciones: "Antes le leí una serie de palabras y le pedí que las recordara. Dígame todas las palabras que pueda recordar". El evaluador marca las palabras que el paciente recuerda sin necesidad de pistas: Se asigna un punto por cada una de las palabras recordadas espontáneamente, sin pistas. Optativo: Para las palabras que el sujeto no logra recordar espontáneamente, el evaluador puede otorgar pistas de categoría semántica. Luego las palabras que el sujeto no logra recordar, a pesar de las pistas semánticas, el evaluador ofrece una selección de respuestas posibles (alternativas) y el sujeto debe identificar la palabra correcta. A continuación se presentan las pistas para cada una de las palabras: Cara: Categoría: parte del cuerpo Alternativas: nariz, cara, mano. Seda: Categoría: tela Alternativas: lana, algodón, seda. Iglesia: Categoría: edificio Alternativas: iglesia, escuela, hospital. Clavel: Categoría: flor Alternativas: rosa, clavel, tulipán. Rojo: Categoría: color Alternativas: rojo, azul, verde. No se asignan puntos por las palabras recordadas con pistas. Apuntar las respuestas del sujeto ante cada pista (categoría o alternativa). El entregar estas pistas ofrece información clínica sobre la naturaleza de las dificultades de memoria. Cuando se trata de dificultades de recuperación de la información, el desempeño de los sujetos puede mejorar gracias a las pistas. En casos de dificultades de codificación y almacenamiento, las pistas no mejoran el recuerdo.

11. Orientación: El evaluador da las siguientes instrucciones: "Dígame en qué día estamos hoy". Si el sujeto da una respuesta incompleta, el evaluador dice: "dígame el año, el mes, el día de mes (fecha) y el día de la semana". A continuación el evaluador dice: "Dígame como se llama

el lugar donde estamos ahora y en qué comuna nos encontramos". Se asigna un punto por cada una de las respuestas correctas. El sujeto debe decir la fecha exacta y el lugar exacto (hospital, clínica, oficina, etc.) No se asigna ningún punto si el paciente se equivoca por un día, en el día del mes y de la semana.

Puntuación total. Puntuación máxima de 30 puntos. Se otorga el puntaje en función de las respuestas del individuo. A menor puntaje, mayor alteración de eficiencia cognitiva global. Se adicionan 2 puntos para escolaridades < a 8 años, y 1 punto para escolaridad entre 8 y 12 años.

*** PHQ-9**

Durante las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Tener poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	0	1	2	3
Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	0	1	2	3
Sentirse cansado/a o tener poca energía	0	1	2	3
Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
Sentir falta de amor propio o que sea un fracaso que decepcionará a sí mismo/a o a su familia	0	1	2	3
Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta- o de lo contrario, está tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3
Puntaje total _____ = _ + _____ + _____	0	1	2	3

	Nada en absoluto	Algo difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?				

PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs. Robert I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu.

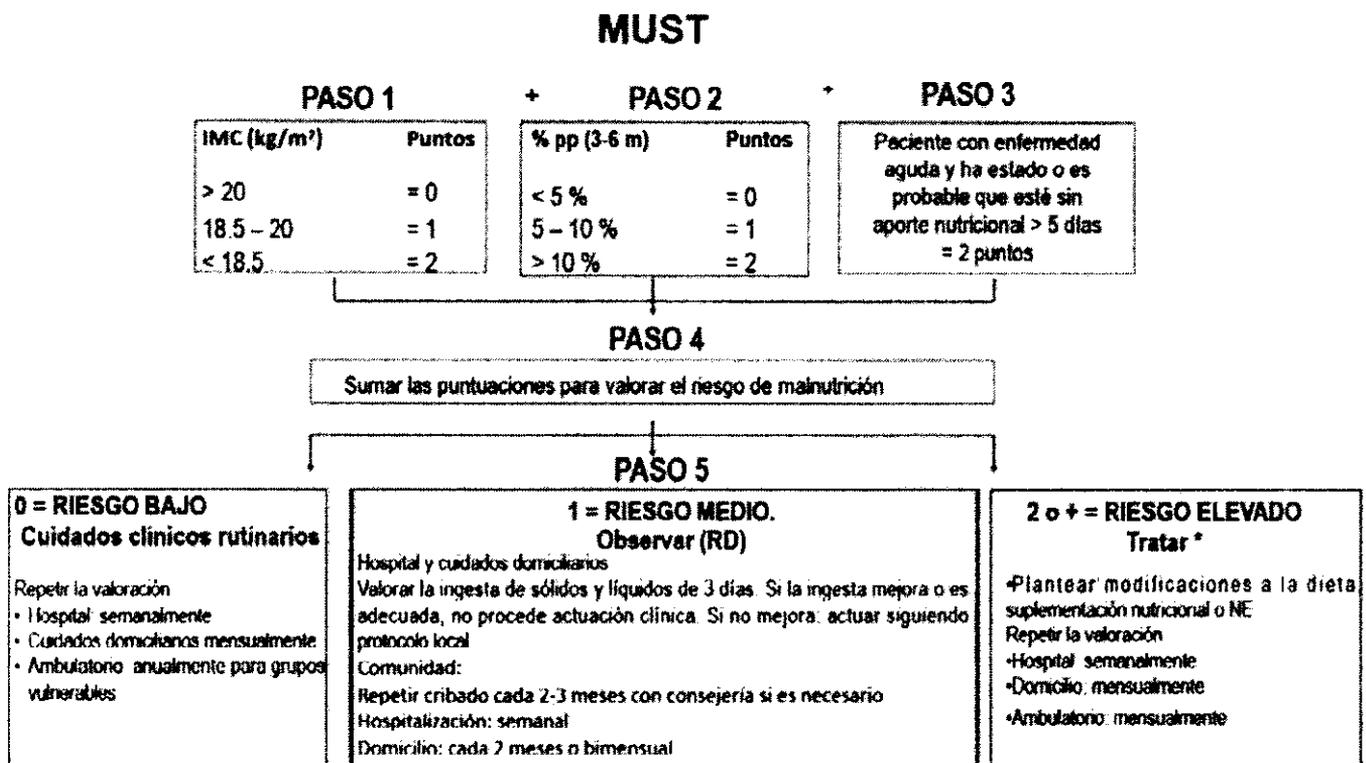
"Encuesta validada para Chile por Baader, T. et al. Instituto de Neurociencias Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, 2012."

*** Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)**

El MUST es un método de cribado que fue desarrollado por la Asociación Británica de Nutrición Enteral y Parenteral (BAPEN) para la detección de riesgo nutricional en la comunidad. En la actualidad, esta herramienta también es recomendada por la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN) para su uso en la comunidad y también en pacientes hospitalizados. Tiene una sensibilidad de 95% y una especificidad de 80%. El MUST determina el IMC, la pérdida de peso involuntaria de los últimos 3-6 meses y el efecto de la enfermedad aguda sobre la ingesta de alimentos en los últimos cinco días.

Ha sido diseñado para identificar a adultos malnutridos o con riesgo de malnutrición (desnutrición y obesidad).

Diagrama 6. Estrategias sugeridas según puntuación obtenida. Adaptado por Ministerio de Salud basado en BAPEN 2003.

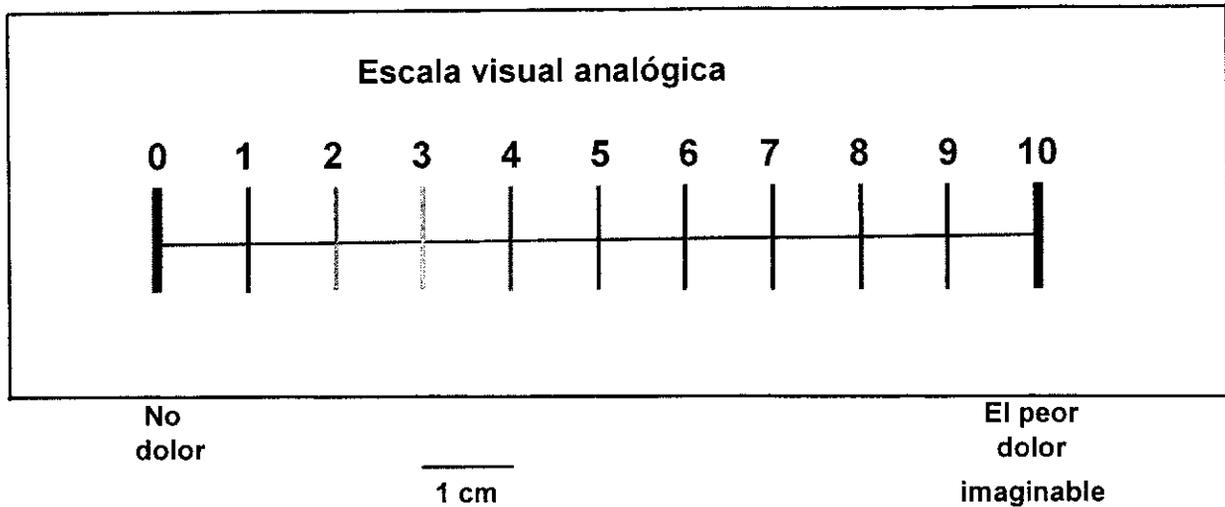


Consideraciones:

1. Cuando no sea posible medir la estatura se recomienda utilizar un valor documentado recientemente o la estatura indicada por el propio paciente (si es fiable y razonable). Si el paciente no conoce su estatura o no es capaz de indicarla, utilice una de las medidas alternativas para calcularla).
2. En los casos que no sea posible calcular la pérdida de peso reciente, utilice el valor indicado por el propio paciente (si es fiable y razonable).

*** Escala Visual Análoga (EVA)**

Permite medir la intensidad del dolor que describe la persona con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos bordes se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.



*** APGAR Familiar**

Cuestionario auto administrado. Refleja la percepción de la persona sobre el estado funcional de su familia. Comprende cinco áreas de funcionamiento familiar que evalúa son: Adaptabilidad, Participación, Cooperación, Desarrollo, Afectividad, Capacidad de resolución.

Preguntas	Casi siempre (0)	A veces (1)	Casi nunca (2)
1. ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?			
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto con la familia?			
4. ¿Los fines de semana son compartidos por todos en la casa?			

Categorías de funcionalidad familiar:

Familia altamente funcional	7-10
Familia moderadamente funcional	4-6
Familia severamente disfuncional	0-3

11. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 21 marzo de 2020 [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2020 [cited 2020 Jul 8]. Report No.: WHO/2019-nCoV/IPC_long_term_care/2020.1. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331643>.
2. World Health Organization. Clinical management of COVID-19: interim guidance, 27 May 2020 [Internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Rehabilitación [Internet]. [cited 2020 May 18]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion>.
4. World Health Organization. The need to scale up to rehabilitation. [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua>.
5. Wiersinga WJ, Joost Wiersinga W, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Vol. 324, JAMA. 2020. p. 782. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.12839>
6. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, et al. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. J Physiother [Internet]. 2020 Apr;66 (2):73–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011>.
7. Lopez M, Bell K, Annaswamy T, Juengst S, Ifejika N. COVID-19 Guide for the Rehabilitation Clinician [Internet]. Vol. 99, American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation. 2020. p. 669–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/phm.0000000000001479>.
8. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected: interim guidance, 13 March 2020 [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2020 Jul 9]. Report No.: WHO/2019-nCoV/clinical/2020.4. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331446>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones relativas a la rehabilitación durante el brote de COVID-19. 2020 May 11 [cited 2020 Jul 9]; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52104>.
10. Sheehy LM. Considerations for Postacute Rehabilitation for Survivors of COVID-19. JMIR Public Health Surveill [Internet]. 2020 May 8;6(2): e19462. Available from: <http://dx.doi.org/10.2196/19462>.

11. Barker-Davies RM, O'Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation [Internet]. Vol. 54, British Journal of Sports Medicine. 2020. p. 949–59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-102596>.
12. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med [Internet]. 2011 Apr 7;364(14):1293–304. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1011802>.
13. Hodgson CL, Udy AA, Bailey M, Barrett J, Bellomo R, Bucknall T, et al. The impact of disability in survivors of critical illness. Intensive Care Med [Internet]. 2017 Jul;43(7):992–1001. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-017-4830-0>.
14. Hosey MM, Needham DM. Survivorship after COVID-19 ICU stay. Nat Rev Dis Primers [Internet]. 2020 Jul 15;6(1):60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-0201-1>.
15. Kotfis K, Williams Roberson S, Wilson JE, Dabrowski W, Pun BT, Ely EW. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic. Crit Care [Internet]. 2020 Apr 28;24(1):176. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-020-02882-x>.
15. Álvarez EA, Garrido MA, Tobar EA, Prieto SA, Vergara SO, Briceño CD, et al. Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit. A pilot randomized clinical trial [Internet]. Vol. 40, Journal of Critical Care. 2017. p. 265. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2017.03.016>.
16. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med [Internet]. 2018 Sep;46(9):e825–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>.
17. Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. Delirium in Older Persons: Advances in Diagnosis and Treatment. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2017.12067>.
18. Rotondi AJ, Chelluri L, Sirio C, Mendelsohn A, Schulz R, Belle S, et al. Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit* [Internet]. Vol. 30, Critical Care Medicine. 2002. p. 746–52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00003246-200204000-00004>.
19. Erstad BL, Puntillo K, Gilbert HC, Grap MJ, Li D, Medina J, et al. Pain Management Principles in the Critically Ill [Internet]. Vol. 135, Chest. 2009. p. 1075–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1378/chest.08-2264>.

20. Chong CA, Burchett KR. Pain management in critical care [Internet]. Vol. 3, BJA CEPD Reviews. 2003. p. 183–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/bjacepd/mkg183>.
21. Kemp HI, Corner E, Colvin LA. Chronic pain after COVID-19: implications for rehabilitation. Br J Anaesth [Internet]. 2020 May 31; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bja.2020.05.021>.
22. Ballve LPD, Dargains N, Inchaustegui JGU, Bratos A, de los Milagros Percaz M, Ardariz CB, et al. Weakness acquired in the intensive care unit. Incidence, risk factors and their association with inspiratory weakness. Observational cohort study [Internet]. Vol. 29, Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170063>.
23. Grabowski DC, Joynt Maddox KE. Postacute Care Preparedness for COVID-19: Thinking Ahead. JAMA [Internet]. 2020 Mar 25; Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.4686>.

**PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS
COVID-19 GRAVE Y CRÍTICO
DESDE LA ETAPA AGUDA A LA POST AGUDA**

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES / SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

DIVISIÓN DE GESTIÓN DE REDES ASISTENCIALES / DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES /

DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

UNIDAD DE REHABILITACIÓN / DEPARTAMENTO GESTIÓN DE LOS CUIDADOS / DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD



Tabla de contenido

1)	INTRODUCCIÓN	5
2)	OBJETIVOS	6
3)	ALCANCE DEL DOCUMENTO.....	7
4)	MARCO CONCEPTUAL.....	7
5)	MODELO DE REHABILITACIÓN	8
A)	EQUIPO DE REHABILITACIÓN.....	10
B)	ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES PARA LA CONTINUIDAD DE LA REHABILITACIÓN ..	10
6)	ACCIONES DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS CON COVID QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN	12
7)	ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN EN COVID: NIVELES DE ATENCIÓN, ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS Y CRITERIOS PARA TOMA DE DECISIONES.....	13
7.1	NIVELES DE ATENCIÓN	15
I	ATENCIÓN CERRADA.....	15
A.	Unidad de Cuidados Intensivos:.....	16
B.	Unidad de Tratamiento Intensivo:.....	16
C.	Sala Cuidados Medios o Básicos:.....	17
D.	Hospitalización Domiciliaria:.....	18
II	ATENCIÓN ABIERTA	20
A.	Nivel Secundario:.....	20
B.	Nivel Primario.....	23
8.	FLUJOGRAMA CON ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS CON COVID-19. DESDE LA ETAPA POST AGUDA HASTA EL ALTA DE REHABILITACIÓN	27
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	28

EQUIPO DE TRABAJO

Responsable Técnico Ministerio de Salud

<p style="text-align: center;">Sylvia Santander Rigollet Jefa División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p>

Coordinadora General de la Propuesta

Ximena Neculhueque Zapata, Mg© Salud Pública. Jefa de Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

Elaboradores de la Propuesta

Cristóbal Castro Acuña, profesional Departamento de Rehabilitación y Discapacidad DIPRECE.

Raúl Valenzuela Suazo, profesional Departamento de Rehabilitación y Discapacidad DIPRECE.

Profesionales de la Subsecretaría de Salud Pública

División de Prevención y Control de Enfermedades

Patricia Contreras Cerda, Jefa Departamento Enfermedades Transmisibles.

Profesionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Atención Primaria

Lorena Sotomayor Soto, profesional Departamento de Gestión de los Cuidados.

Carolina Lara Díaz, profesional Departamento de Gestión de los Cuidados.

División de Gestión de Redes Asistenciales

Lenka Parada Guerrero, Jefa Unidad de Rehabilitación DIGERA, Departamento GES y Redes de Alta Complejidad.

Gladys Cuevas, profesional Unidad de Rehabilitación DIGERA, Departamento GES y Redes de Alta Complejidad.

Karina Trujillo Fuentes, profesional Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.

María Elena Campos, profesional Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.
Gisela Alarcón, profesional Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.
Anamari Avendaño Arechavala, profesional Departamento Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.
Gonzalo Salas Valenzuela, profesional Departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión Rhs, División de Gestión y Desarrollo de las Personas.

Profesionales Fondo Nacional de Salud

Departamento Plan de Beneficios

Verónica Medina Urrutia, profesional Departamento Plan de beneficios, FONASA.

Profesionales de la Servicios de Salud

Servicio de Salud Araucanía Sur

Luis Espinoza Carrasco, Referente Técnico - Encargado de Programas Respiratorios-Rehabilitación Integral.

Profesionales de la Red de Rehabilitación

Andrea Tabach Apraiz, Jefa Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Hospital San Juan de Dios de Curicó.
Danner Burgos Moraga, profesional Comuna Padre de las Casas.
Valeska Torres Cuminao, profesional Comuna Padre de las Casas.

1) INTRODUCCIÓN

El 31 de diciembre del año 2019, las autoridades de salud de China notificaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote de infección respiratoria aguda asociado a un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2). Este nuevo virus, es una cepa particular que no había sido identificada previamente en humanos, por lo que aún existe poca información sobre la historia natural de la enfermedad, epidemiología e impacto clínico. La infección respiratoria causada por este nuevo virus ha sido denominada COVID-19. El 30 de enero del año 2020, la OMS declara que el brote por COVID-19 es un evento de salud pública de importancia internacional (1).

En Chile, el 22 de enero de 2020, el Ministerio de Salud oficia una alerta y refuerzo de medidas de vigilancia y prevención ante el Coronavirus. El 05 de febrero se declara alerta sanitaria en el país, para enfrentar la amenaza a la salud pública provocada por la propagación a nivel mundial del nuevo coronavirus. Con fecha 03 de marzo, el Ministerio de Salud confirma el primer caso de COVID-19 y, a partir del 16 de marzo la enfermedad de COVID-19 es decretada en fase 4, declarándose estado de excepción constitucional de catástrofe el 18 de marzo de 2020.

Los equipos de rehabilitación, bajo su enfoque preventivo, detectan la presencia y la gravedad de deficiencias relacionadas con la función física, respiratoria, cognición, nutrición, comunicación, deglución, actividades de la vida diaria y las necesidades psicosociales asociadas al COVID-19, considerando la situación individual y en particular el estado antes del episodio de enfermedad, con una mirada que aborda además el apoyo social, el entorno del hogar y el acceso a un seguimiento rehabilitador posterior al alta. Se involucra al paciente, su familia y cuidadores en la adopción de decisiones relativas al proceso de rehabilitación y la planificación del alta.

La efectividad de los servicios de rehabilitación en sus distintos niveles y sus intervenciones interdisciplinarias impactan en forma significativa en las múltiples esferas del funcionamiento, logrando que las personas recuperen o mantengan su participación familiar, social y su rol en la comunidad. No disponer cobertura de rehabilitación pone en juego el capital humano de una sociedad.

Este documento presenta el proceso para el abordaje de la rehabilitación a través de los niveles de la red, de las personas que han sido hospitalizadas por COVID-19 grave y crítico, junto con las modalidades que permitan la continuidad del tratamiento de manera segura, en cuanto a la prevención de posibles contagios y los procesos para el logro óptimo de la recuperación de la persona y su inclusión a nivel social, familiar y/o laboral.

2) OBJETIVOS

El objetivo general de este documento es entregar directrices a los equipos clínicos y gestores respecto de la toma de decisiones en el proceso de rehabilitación en la red de salud, desde la atención del paciente hospitalizado por COVID-19 y su posterior alta, favoreciendo la continuidad de la atención, según nivel de complejidad y estrategias de rehabilitación.

Los objetivos específicos son:

Se espera que en la toda la red de rehabilitación de logre:

- Proponer estrategias presenciales y remotas para asegurar la continuidad del proceso de rehabilitación de personas que han cursado cuadro de COVID-19 grave y crítico.
- Coordinar y articular los distintos niveles de atención de la red con el fin de integrar los servicios de rehabilitación en personas con COVID 19 grave y crítico en todas las etapas de la condición de salud.
- Realizar acciones de rehabilitación definidas en las estrategias propuestas para los distintos niveles de la red en las orientaciones de la planificación en red.
- Aplicar adecuadamente los protocolos resolutivos de la red.
- Elaborar y aplicar los flujos del proceso de rehabilitación del paciente con COVID-19 para la continuidad de atención, durante las etapas aguda, sub aguda y post aguda.
- Monitorear las acciones definidas en las orientaciones de la planificación en red a través de los indicadores de rehabilitación definidos previamente.
- Capacitar a los equipos de la red de rehabilitación en las acciones y estrategias, protocolos y flujos necesarios de aplicar frente a la necesidad de rehabilitación de las personas con COVID 19 grave y crítico.
- Cumplir con los procesos en las distintas unidades intrahospitalarias que prevengan complicaciones y deficiencias durante la fase aguda de las personas con COVID-19 grave o crítico.
- Cumplir con los procesos clínico-asistenciales y administrativos en el nivel ambulatorio que permitan la recuperación y favorezcan la inclusión de la persona con COVID-19 grave y crítico en etapa postaguda.
- Aplicar herramientas tecnológicas y plataformas digitales para potenciar la rehabilitación a distancia y las consultorías en rehabilitación entre los distintos niveles de atención.

3) ALCANCE DEL DOCUMENTO

Este documento, está dirigido a equipos gestores y clínicos que implementan o realizan rehabilitación durante la pandemia, y entrega lineamientos dirigidos a optimizar el proceso de rehabilitación en la red de salud.

4) MARCO CONCEPTUAL

Basado en la conceptualización de la CIF y su modelo biopsicosocial, la OMS propone una nueva definición para rehabilitación, que permite dar una mirada global a las acciones en salud que intervienen en prevenir discapacidad y optimizar el funcionamiento (2).

La rehabilitación es entendida como un conjunto de prestaciones que ayudan a los individuos que viven con una o más condiciones de salud, a optimizar su funcionamiento al interactuar con su entorno y con ello disminuir discapacidad; maximiza la habilidad de las personas de vivir, trabajar y aprender en su máximo potencial. Abarca el amplio espectro del impacto de una condición de salud en la vida de una persona, esto es, incluye intervenciones para la prevención y manejo de deficiencias y complicaciones en la fase aguda y subaguda como también se ocupa de las dimensiones de la actividad y participación en las fases subagudas y de largo plazo o post-agudas de una condición.

La Rehabilitación Integral mirada en un enfoque biopsicosocial, busca responder a las necesidades de rehabilitación de las personas que en forma transitoria o definitiva presenten déficit, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación y que requieran de prestaciones oportunas y eficientes para mejorar su funcionamiento. Se centra en cuatro principios orientadores: centrado en el usuario, la independencia, autonomía y las capacidades.

Bajo la definición anterior, se busca la entrega de rehabilitación integral hacia cada usuario/a con necesidades de atención producto de la condición de salud, en coordinación y continuidad entre los distintos niveles de atención y dentro de las estrategias correspondientes, velando por sobre todo, por la visión integral del usuario sin segmentación o separación de áreas de intervención, generando una planificación terapéutica conjunta que permitan la continuidad del tratamiento propiciando la mejora global.

5) MODELO DE REHABILITACIÓN

La rehabilitación es un proceso dinámico y sus beneficios se maximizan con una atención oportuna, temprana, interdisciplinaria e intensiva, teniendo un importante valor en la prevención de complicaciones y secuelas secundarias, evitando discapacidad y dependencia¹. Es una estrategia que se brinda en los distintos niveles de atención y por complejidad, a través de programas de rehabilitación especializados (comúnmente para personas con necesidades complejas), hasta aquellos más comunitarios y de menor complejidad, o integrada a otros programas de salud, bajo un enfoque de continuidad de la atención.

Para cumplir con su propósito, se desarrolla mediante equipos multidisciplinarios conformados por médicos fisiatras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, profesionales de enfermería, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y ortoprotesistas. Esta fuerza de trabajo se coordina de forma interdisciplinaria, y junto al resto del personal de salud, permite que se aborden la gama de necesidades respecto a alteraciones en los dominios de funcionamiento.

El equipo de rehabilitación considera la condición de salud, la gravedad, etapa y otros factores asociados al curso de vida, así como el entorno familiar y social, y genera un plan que define los objetivos terapéuticos a corto y mediano plazo, el cual será revisado frecuentemente en relación a la evolución del cuadro clínico y cumplimiento de ellos, siendo este abordaje eficaz en el manejo de muchas condiciones, especialmente aquellas de curso prolongado, de complejidad moderada y severa.

El enfoque de rehabilitación aborda al individuo como un todo, de manera integral, evalúa y diagnostica las alteraciones de la función corporal, y ejecuta estrategias terapéuticas; determina el impacto en las actividades habituales que realizaba la persona o que corresponden por edad; la carga que la enfermedad ha tenido en la salud mental o si ésta tiene un rol en la génesis de la condición de salud; el impacto en la dinámica familiar; identifica las características del entorno socioeconómico y ambiental que pudieran incidir en la evolución y, si corresponde, desarrolla estrategias terapéuticas para influir en estas áreas directamente o a través de la activación de redes internas o intersectoriales.

En Chile, esta intervención sanitaria está organizada con un enfoque de red; es así como la *red de rehabilitación* se inserta y desarrolla a partir de la estructura actual de la red asistencial pública, y su estructura y definición en cada Servicio de Salud, es responsabilidad

¹ Basado en el documento Plan Nacional de Rehabilitación y su Plan de Acción 2020-2030. Ministerio de Salud.

del gestor de la red, quien establece la cartera de servicios para cada uno de los establecimientos bajo su jurisdicción y los roles de cada uno de los nodos.

En los hospitales, las atenciones de los equipos de rehabilitación son provistas y coordinadas a partir de los *Servicios de Medicina Física y Rehabilitación*, concebidos como servicios transversales, que cubren la demanda de las distintas unidades hospitalarias, estructura que ha demostrado mayor eficiencia en la gestión. El jefe de servicio es responsable de establecer las prioridades de prestación de servicios, velando por entregar intervenciones precoces desde las UPC y la continuidad a este proceso.

El propósito a este nivel es otorgar la atención a las personas con problemas de salud de complejidad moderada a alta; en etapa aguda o subaguda.

En la APS, la rehabilitación es un componente más de los centros de salud familiar (CESFAM) y de los hospitales de baja complejidad. A este nivel, se implementa a través del Programa de rehabilitación integral, compuesto por las Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), las Salas de Rehabilitación Integral (RI) los Equipos rurales de rehabilitación (RR) y el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (Sala ERA-Mixta). Las salas de RBC están conformadas por una dupla de kinesiólogo y terapeuta ocupacional, quienes desarrollan un trabajo coordinado con otros programas y profesionales del establecimiento, de manera de asegurar una atención integral y derivaciones oportunas y pertinentes. Algunas comunas han incorporado al profesional fonoaudiólogo como parte del equipo de rehabilitación comunal. En comunas con mayor dispersión poblacional, los servicios son provistos a través de equipos rurales de rehabilitación, que trabajan en directa relación con las postas de salud rural.

El propósito a este nivel es brindar atención a las personas con problemas de salud de menor complejidad; en etapa aguda, subaguda o crónica; orientándose a disminuir los tiempos de recuperación y/o prevenir la pérdida de la funcionalidad, fomentando la inclusión social efectiva e incorporando a la familia como coterapeuta en un trabajo integrado con el equipo de salud familiar del CESFAM. Sus atenciones están dirigidas con especial énfasis a patología osteomuscular y condiciones neurológicas crónica, bajo los principios del modelo de salud familiar y comunitario.

La rehabilitación en APS ha sido resolutiva en el abordaje de condiciones de salud pertinentes al nivel primario y ha permitido dar continuidad de atención junto con apoyar la inclusión social, laboral o escolar.

Considerando que las personas pueden requerir prestaciones de rehabilitación de diferentes grados de complejidad en un mismo momento, es que esta red debe ser dinámica y articulada bajo protocolos clínicos y de referencia y contrarreferencia conocidos, entre los equipos de cada nivel de atención, permitiendo el funcionamiento eficiente de la red de rehabilitación.

Bajo el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en APS, es posible coordinar los diferentes niveles de atención, garantizando el acceso de toda la población a los servicios sanitarios y optimizar la calidad técnica de las prestaciones, contribuyendo así a una mejor satisfacción de los ciudadanos.

a) EQUIPO DE REHABILITACIÓN

El trabajo en equipo es uno de los fundamentos de la rehabilitación, organizado bajo un enfoque interdisciplinario, dando cuenta integralmente de los requerimientos de intervención del usuario y/o familia y/o cuidador.

En los hospitales de mayor complejidad es necesario contar con profesionales de salud, formados en rehabilitación como kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, nutricionistas, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales y médicos fisiatras. Además, debe considerar la participación de técnicos y auxiliares. El equipo específico de atención de cada persona se define de acuerdo a los requerimientos; es así como frecuentemente, es imprescindible considerar la participación de otros especialistas (internista, cardiólogo, geriatra, neurólogo, traumatólogo, broncopulmonares, urólogo, etc.) (3).

A nivel primario, de acuerdo al Programa de Rehabilitación con Base Comunitaria, se estableció contar con una dupla de rehabilitación conformada por kinesiólogo y terapeuta ocupacional (4). Algunas comunas han incorporado al profesional fonoaudiólogo como parte del equipo de rehabilitación comunal. En comunas con mayor dispersión poblacional, los servicios son provistos a través de equipos rurales de rehabilitación, conformados por una dupla de kinesiólogo y terapeuta ocupacional, que trabajan en directa relación con las postas de salud rural.

De igual manera, en APS se debe generar un trabajo coordinado con el equipo de profesionales transversales como son médicos, enfermeras, nutricionistas, asistentes sociales y psicólogos, entre otros.

b) ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES PARA LA CONTINUIDAD DE LA REHABILITACIÓN

Fortalecer la integración de la Red Asistencial Pública, bajo el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en APS, permite coordinar los diferentes niveles de atención, garantizando el acceso de toda la población a los servicios sanitarios y optimizar la calidad técnica de las prestaciones, contribuyendo así a una mejor satisfacción de los

ciudadanos. En este sentido, el documento de “Orientaciones para la Planificación y Programación de la Red 2020”, indica las estrategias existentes para la coordinación entre niveles y entrega recomendaciones y ejemplos de intervenciones que favorecen esta coordinación (5).

Actualmente existen distintos mecanismos de coordinación administrativo-asistencial, los cuales apuntan a mejorar la eficiencia de los servicios a través de un enfoque integrado de cuidados los cuales deben ser utilizados, potenciados y actualizados constantemente para que otorguen valor a la red, logrando así la resolución integral de los problemas de salud. Para que estos mecanismos logren la característica anterior, deben utilizarse de manera organizada, ágil, eficiente y eficaz, con apoyo fundamental de tecnologías de la información. Dentro de estas herramientas destaca el **Sistema de Referencia y Contrarreferencia**², el cual corresponde al conjunto de actividades administrativas y asistenciales que definen la referencia del usuario de un establecimiento de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud. Este instrumento junto a su protocolo debe ser construido en conjunto con los distintos niveles de atención, considerando las carteras de servicios y la capacidad resolutive de los distintos establecimientos y dispositivos de la Red.

A lo anterior se suman otras herramientas, tales como, **Protocolos Resolutivos en Red**³ y **Gestión de Casos**, tanto en el nivel terciario como secundario y en comunas de atención primaria de salud, los cuales deben considerarse de manera complementaria al Sistema de Referencia y Contrarreferencia para potenciar la coordinación de los usuarios en su proceso de rehabilitación, favoreciendo su acceso y oportunidad de atención.

Desde la red de Rehabilitación, es un desafío generar puentes mucho más expeditos para el tránsito de los usuarios por la red, ya que la continuidad de este proceso tiene un gran impacto en los resultados a corto, mediano y largo plazo. Por lo anteriormente expresado, el Ministerio de Salud, dispone de una plataforma digital para fortalecer el trabajo en red y facilitar el desarrollo de la rehabilitación a distancia.

A través de esta plataforma, se buscará potenciar la **rehabilitación a distancia** y las **consultorías en rehabilitación** entre los distintos niveles de atención, mediante la cual, los equipos de rehabilitación del nivel terciario o secundario, tendrá la tarea de brindar asistencia técnica a su contraparte en la Atención Primaria de acuerdo a los requerimientos de la red.

² Norma Referencia Contrarreferencia, 2015. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

³ Protocolos Resolutivos en Red, 2015. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

En aquellos casos de usuarios derivados desde la Atención Primaria a Servicios de Medicina Física y Rehabilitación, cuando estos presenten dudas o necesiten información complementaria, podrán solicitar dicha información de las personas a través de esta plataforma a los equipos de rehabilitación de la Atención Primaria, quienes tendrán como responsabilidad, entregar los antecedentes solicitados por el nivel secundario o terciario. A su vez, estas consultorías serán una herramienta que facilitará la coordinación y continuidad de la rehabilitación en la red, donde el Servicio de Salud, será el responsable de liderar la organización e instauración de esta estrategia en los distintos niveles.

6) ACCIONES DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS CON COVID QUE REQUIEREN HOSPITALIZACIÓN

Aunque la mayoría de los casos presentan cuadros leves o sin complicaciones, se estima que en alrededor de 15% de los casos se presenta infección respiratoria aguda de carácter grave, que requiere hospitalización y oxigenoterapia, en tanto el 5% de los casos, necesita el ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI) (6). El uso de ventilación mecánica, combinada con la sedación o la parálisis inducida por el uso de relajantes musculares, los períodos prolongados de reposo en cama e inmovilización, tienen efectos negativos sobre el sistema osteomuscular, generando el síndrome de debilidad adquirida en UCI (7), junto con alteraciones respiratorias y cognitivas, disfagia, dificultades para comunicarse y síndrome confusional.

Respecto al comportamiento del SARS (Síndrome de dificultad respiratoria aguda del año 2002), Herridge en el 2011 (8) publicó un estudio que denota los menores niveles funcionales a 5 años después del alta de la UCI así como también problemas psicológicos; respecto al reintegro laboral, la mayoría de las personas que regresaron a trabajar, lo hicieron 2 años después del alta de la UCI, existiendo personas que lo lograron entre los 3 y 5 años después del alta. Lo que se evidencia, es la limitación al ejercicio de manera persistente y una calidad de vida reducida a 5 años del alta, esto debido a la mantención de la debilidad adquirida en UCI de larga data asociado a compromiso neuromuscular, impactando en mayores costos sanitarios asociado a mayor carga de enfermedad y años vividos con discapacidad, así mismo, el lento reintegro laboral genera impacto familiar y en la fuerza de trabajo. De esta forma, las personas post-COVID 19 requieren y necesitan de rehabilitación precoz, intensiva e interdisciplinaria durante las fases aguda, subaguda y de recuperación o post aguda.

La evidencia indica que al menos 30% de las personas recuperadas post UPC necesitarán continuar con rehabilitación ambulatoria hospitalaria y un 20% rehabilitación domiciliaria debido a la complejidad de sus complicaciones (9), de ellos, alrededor de un 10% requerirán servicios del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. Se ha

estimado que el otro 30% de personas recuperados post UPC necesitarán de rehabilitación de complejidad leve, donde en la atención primaria deberán continuar con la rehabilitación de estos usuarios. Del mismo modo, se proyecta que alrededor de un 5% de los usuarios que realizaron una hospitalización por COVID-19 en camas no críticas necesitarán de servicios de rehabilitación hospitalaria ambulatoria en etapa postaguda. En tanto, un 60% de estos usuarios requerirá procesos de rehabilitación en Atención Primaria.

7) ATENCIÓN DE REHABILITACIÓN EN COVID: NIVELES DE ATENCIÓN, ESTRATEGIAS COMPLEMENTARIAS Y CRITERIOS PARA TOMA DE DECISIONES

La atención temprana del paciente con diagnóstico de COVID-19 supone un desafío en relación a la severidad de la enfermedad (10). La rehabilitación busca minimizar las complicaciones y la discapacidad secundaria, promoviendo acciones dirigidas a alcanzar la independencia funcional y maximizar las oportunidades de participación significativa en la sociedad. La evidencia existente en cuanto a efectividad de tratamiento, demuestra que la rehabilitación multidisciplinaria por equipo de rehabilitación debiera comenzar de forma temprana durante la hospitalización, tomando en consideración una planificación con metas a corto, mediano y largo plazo y permitiendo una continuidad de tratamiento (11). En el escenario actual, de restricciones al desplazamiento producto de cuarentenas, o asilamiento individual o familiar por infección por COVID-19, se requieren variadas estrategias para asegurar la continuidad del proceso de rehabilitación. Estas pueden desplegarse de forma presencial y/o remota.

Estrategias complementarias de rehabilitación ambulatoria:

a) Rehabilitación a distancia: Estrategia para dar continuidad al proceso de rehabilitación de manera de garantizar el tratamiento y control, además de la educación al paciente, su familia y/o cuidador⁴, en un contexto de aislamiento por cuarentena o imposibilidad de asistencia por parte del usuario. Esta estrategia define las siguientes prestaciones:

i. Control o seguimiento de rehabilitación (evaluación intermedia⁵ a distancia):

Actividad que consiste en el contacto efectivo del profesional de rehabilitación (médico, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo) con él o la paciente a través de una atención remota sincrónica, ya sea vía telefónica o mediante otro

⁴ Recomendaciones para la implementación de la estrategia de rehabilitación a distancia en la red de rehabilitación. Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. 2020.

⁵ Conceptualización del REM y para su uso en la programación en red.

medio de comunicación, con el fin de realizar controles posteriores a una atención presencial de rehabilitación en que se han entregado indicaciones de tratamiento.

La actividad considera el control del estado general de salud del usuario, control de criterios terapéuticos (dolor, AVD, uso de AATT e indicación terapéutica), seguimiento de indicaciones e información del próximo control de rehabilitación. En esta prestación la visualización del paciente no es requisito.

No se recomienda el uso de mensajería de texto.

La duración de esta prestación corresponde como máximo a 20 minutos.

ii. Atención de rehabilitación vía remota o Tele rehabilitación:

Corresponde a la intervención de rehabilitación a distancia de manera sincrónica del profesional de rehabilitación (médico, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o enfermera) con el usuario y/o cuidador, mediante video-llamada u otra similar que permita la visualización del paciente con el profesional y viceversa. Esta atención requiere una evaluación presencial previa, realizada al momento del alta hospitalaria, en consulta o en visita domiciliaria. Está orientada al control o evaluación directa y visual del paciente, definición de objetivos terapéuticos, dosificación de ejercicios terapéuticos, uso de medidas fisioterapéuticas según necesidad y educación en manejo y cuidados asociados a la condición de salud, tanto para el paciente como a su familia o cuidadores. Es relevante que esta intervención se realice por medios que permitan la visualización del paciente.

La duración de esta prestación corresponde a 30 minutos en promedio.

iii. Educación remota a usuario y/o cuidador:

Actividades dirigidas al paciente, la familia y/o cuidador, destinadas a reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan el funcionamiento a través de medios electrónicos, informáticos y/o audiovisuales que se dispongan para el cumplimiento del objetivo.

La duración de esta prestación corresponde a 20 minutos en promedio y puede realizarse de manera sincrónica o asincrónica.

b) Rehabilitación Domiciliaria: Conjunto de actividades de tipo preventivo y terapéutico realizadas en el domicilio de la persona. La actividad incluye evaluación, intervención terapéutica, acciones educativas, entrega de ayudas técnicas y pautas de intervención, así como la coordinación del seguimiento. Es posible incorporar atenciones a través de rehabilitación a distancia por un profesional o equipo. Esta modalidad define las siguientes prestaciones:

i. Rehabilitación Domiciliaria Hospitalaria:

Esta estrategia es entregada por profesionales de rehabilitación del Nivel Secundario-Terciario y tiene como objetivo proveer atención precoz en domicilio a personas con requerimientos de rehabilitación multidisciplinaria y categorización multidimensional de riesgo moderado-severo. La población objetivo de esta modalidad de atención es la de usuarios con síndrome post UCI y usuarios con hospitalización prolongada en áreas críticas.

ii. Rehabilitación Domiciliaria Comunitaria:

Esta estrategia es entregada por profesionales de rehabilitación del Nivel Primario y tiene como objetivo proveer atención precoz en domicilio a personas con requerimientos de rehabilitación multidisciplinaria y categorización multidimensional de riesgo leve. La población objetivo de esta modalidad de atención son usuarios que presentaron una hospitalización y fueron dados de alta.

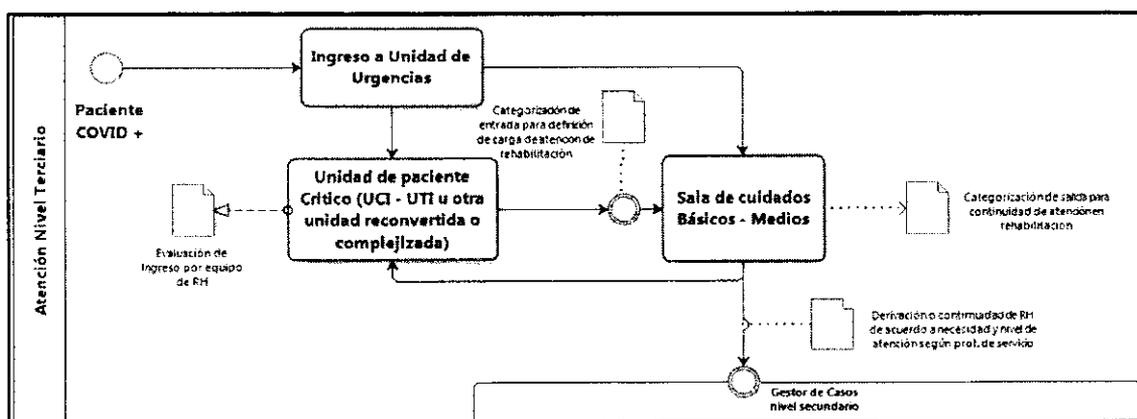
A continuación, se describe la continuidad de la atención de un paciente que ha presentado COVID-19 grave o crítico y que requiere de rehabilitación integral desde su ingreso a la atención cerrada hasta su retorno funcional en domicilio y comunidad.

7.1 NIVELES DE ATENCIÓN

De acuerdo al flujo del proceso de rehabilitación de la persona con COVID-19 para la continuidad de atención, durante las etapas aguda, sub aguda y post aguda en la red asistencial se detallan a continuación.

I ATENCIÓN CERRADA

Según el flujo del proceso para la atención cerrada, se especifican los procesos, según nivel de cuidados.



A. Unidad de Cuidados Intensivos:

Dentro de los procesos clínico-asistenciales a realizar se cuentan con:

- i. Evaluación para identificación de usuarios con necesidades de rehabilitación y su derivación precoz por parte de residente de UCI hacia equipo de rehabilitación.
- ii. Evaluación integral por el equipo de rehabilitación para identificar las necesidades y generar una Plan de Tratamiento Integral (PTI), donde se establecen los objetivos terapéuticos a corto y mediano plazos junto con las cargas terapéuticas en esta unidad. La familia y/o cuidador también deben participar.
- iii. El plan de rehabilitación individualizado del usuario debe ser revisado frecuentemente en relación a evolución del cuadro clínico y cumplimiento de objetivos terapéuticos.
- iv. Entrega de información respecto al proceso de rehabilitación a la persona, su familia y/o cuidadores.

Dentro de los procesos administrativos a realizar se cuentan con:

- i. Realización de la interconsulta por parte del residente de UCI hacia Rehabilitación.
- ii. Recopilación y documentación en los registros clínicos, evaluación integral y plan de rehabilitación con los objetivos y cargas terapéuticas establecidos.

B. Unidad de Tratamiento Intensivo:

Dentro de los procesos clínico-asistenciales a realizar se cuentan con:

- i. Evaluación para identificación de usuarios que ingresan a esta unidad desde Servicios de Urgencia u otro distinto a UCI, con necesidades de rehabilitación y su derivación precoz por parte de residente de UTI hacia equipo de rehabilitación.
- ii. En el caso de nuevos usuarios que ingresan a esta unidad desde servicios distintos a UCI, el equipo de rehabilitación generará una evaluación integral para identificar las necesidades y generar una Plan de Tratamiento Integral (PTI), donde se establecen los objetivos terapéuticos a corto y mediano plazos junto con las cargas terapéuticas en esta unidad. La familia y/o cuidador también deben participar.
- iii. Actualización del PTI, para el caso de usuarios provenientes de UCI, en base al cumplimiento de objetivos terapéuticos y adecuando las cargas terapéuticas necesarias en esta unidad. La familia y/o cuidador también deben participar.
- iv. Preparación al alta de esta unidad, analizando los requerimientos de rehabilitación del usuario, para de esta manera identificar aquellos que requerirán continuar con prestaciones de rehabilitación en atención cerrada.
- v. Entrega de información comprensible al paciente, familiares y/o cuidadores en caso que corresponda, respecto al avance del proceso de rehabilitación y los

requerimientos en este ámbito. Sumado a lo anterior, se deberá informar respecto a la derivación del usuario a unidades de menor complejidad.

Dentro de los procesos administrativos a realizar en esta unidad se encuentran:

- i. Realización de r interconsulta por parte de residente hacia unidad de rehabilitación.
- ii. Recopilación y documentación en los registros clínicos del paciente, la evaluación integral y plan de rehabilitación con los objetivos y cargas terapéuticas establecidos.
- iii. Generación de Informe de Rehabilitación, el cual detalla en forma breve una mirada de cada disciplina de la rehabilitación (fisiatría, kinesiología, terapia ocupacional, fonoaudiología) en relación a la evolución del usuario en dicha unidad, señalando claramente los requerimientos e indicaciones para la continuidad de tratamiento según categorización, los cuales deben ser adjuntados a ficha clínica y epicrisis del paciente al término de su estadía en esta unidad.
- iv. Derivación a unidad de menor complejidad, por médico residente.

C. Sala Cuidados Medios o Básicos:

Procesos clínicos a realizar en la unidad de cuidados medios o básicos.

- i. En el caso de usuarios derivados desde unidades de mayor complejidad, se deberá dar continuidad al plan de tratamiento establecido en el "Informe de Rehabilitación", de forma de asegurar la continuidad del proceso de rehabilitación según la evolución en el logro de los objetivos terapéuticos establecidos.
- ii. En el caso de usuarios que sean derivados desde servicios de urgencia a esta unidad, el médico residente deberá derivar precozmente a rehabilitación a usuarios que así lo requieran.
- iii. El equipo de rehabilitación deberá generar el PTI de acuerdo a los requerimientos del usuario, en donde se determinen las acciones a realizar de acuerdo a la evaluación del usuario durante su estadía en este servicio. Se debe incorporar dentro de la evaluación las redes de apoyo, que permitan resguardar la continuidad del proceso de recuperación post alta.
- iv. Antes del alta, el equipo de rehabilitación deberá evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos en el PTI y generar una categorización según riesgo para la continuidad del proceso de forma ambulatoria.
- v. Será el médico residente quien derivará, mediante indicación en la epicrisis y previo acuerdo con el equipo de rehabilitación **según categorización multidimensional de riesgo**, para la continuidad de la rehabilitación a nivel ambulatorio dependiendo de los requerimientos específicos de cada caso.

Procesos administrativos a realizar en la unidad de cuidados medios o básicos.

- i. Generar interconsulta por parte de residente hacia unidad de rehabilitación de usuarios que ingresan desde servicios distintos a UPC.
- ii. Recopilar y documentar en los registros clínicos de la persona la evaluación integral y plan de rehabilitación con objetivos y cargas terapéuticas.
- iii. Generar "Informe de Rehabilitación", el cual debe resumir desde las distintas disciplinas el desarrollo del Plan de Tratamiento Integral y cumplimiento de objetivos terapéuticos logrados. También se debe realizar la categorización según riesgo o su alta del proceso. Este informe debe ir anexado a la epicrisis del usuario al momento del alta.
- iv. Antes del egreso hospitalario, el médico residente deberá determinar si el caso corresponde a enfermedad profesional de acuerdo a lo establecido en la ley 16.744, generando la derivación a su mutualidad.
- v. Generar contra referencia para continuidad del proceso de rehabilitación a través de hospitalización domiciliaria, rehabilitación domiciliaria o atención ambulatoria según categorización multidimensional de riesgo.

D. Hospitalización Domiciliaria:

Procesos clínicos a realizar en la unidad de hospitalización domiciliaria.

- i. En el caso de usuarios con necesidades de rehabilitación y con categorización multidimensional de riesgo moderado a severo que son derivados a esta estrategia, se deberá dar continuidad al plan de tratamiento establecido en el Informe de Rehabilitación, de forma de asegurar la continuidad del proceso de rehabilitación según la evolución en el logro de los objetivos terapéuticos establecidos.
- ii. El equipo de rehabilitación deberá generar el PTI de acuerdo a los requerimientos del usuario, en donde se determinen las acciones a realizar de acuerdo a la evaluación del usuario durante su estadía en este servicio.
- iii. Antes del alta, el equipo de rehabilitación deberá evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos establecidos en el PTI y generar una categorización según riesgo para la continuidad del proceso, el cual puede ser a través de rehabilitación domiciliaria o de forma ambulatoria.
- iv. Será el médico del equipo de hospitalización domiciliaria quien derivará, mediante indicación en la epicrisis y previo acuerdo con el equipo de rehabilitación, la continuidad de rehabilitación domiciliaria o ambulatoria a nivel hospitalario o bien primario, dependiendo de los requerimientos específicos de cada caso.

Procesos administrativos a realizar en la unidad de hospitalización domiciliaria.

- i. Recopilar y documentar en los registros clínicos del paciente la evaluación integral y plan de rehabilitación con objetivos y cargas terapéuticas.
- ii. Generar “Informe de Rehabilitación”, el cual debe resumir desde las distintas disciplinas el desarrollo del Plan de Tratamiento Integral y cumplimiento de objetivos terapéuticos logrados. También se debe realizar la categorización según riesgo o su alta del proceso. Este informe debe ir anexado a la epicrisis del usuario al momento del alta.
- iii. Antes del egreso hospitalario, el médico residente deberá determinar si el caso corresponde a enfermedad profesional de acuerdo a lo establecido en la ley 16.744, generando la derivación a su mutualidad.
- iv. Generar contrarreferencia para continuidad del proceso de rehabilitación a través de rehabilitación domiciliaria o en atención ambulatoria según categorización.

El **Gestor de Casos** de nivel terciario o secundario, generará las coordinaciones clínico administrativas para garantizar la atención integral de salud del usuario, actuando como facilitador del proceso asistencial, tanto para la referencia como contrarreferencia según lo determinado durante el egreso hospitalario.

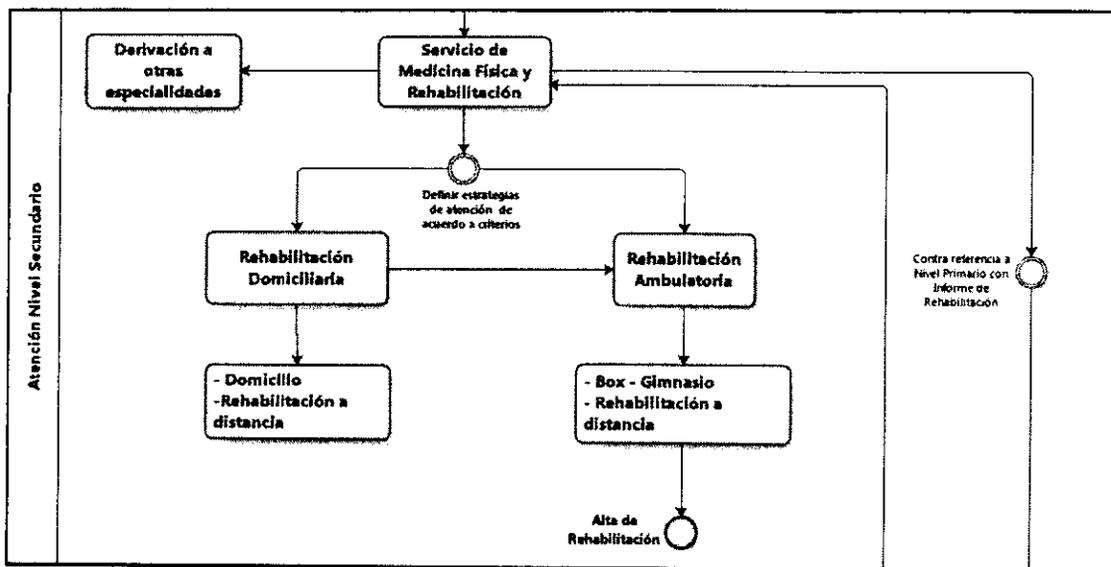
- i. A nivel secundario, coordinará con los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación, pudiendo derivar al usuario a las distintas estrategias de acuerdo al Plan de Tratamiento determinado.
- ii. A nivel primario, coordinará con el gestor local designado en este nivel, asegurando la continuidad de atención del usuario con el centro de salud correspondiente.
- iii. Sumado a lo anterior, este profesional deberá gestionar la derivación del usuario a la mutualidad correspondiente de acuerdo a lo definido a la Ley N° 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedad profesional.

II ATENCIÓN ABIERTA

Según el flujo del proceso para la atención abierta, se especifican los procesos, según nivel de cuidados.

A. Nivel Secundario:

Estrategias de rehabilitación de nivel secundario.



- i. **Rehabilitación Domiciliaria Hospitalaria:** Esta estrategia de nivel secundario tiene como objetivo proveer atención precoz en domicilio a personas con requerimientos de rehabilitación multidisciplinaria con categorización de riesgo moderado-severo. La población objetivo de esta modalidad de atención son usuarios con síndrome post UCI, usuarios con hospitalización prolongada en áreas críticas.

Procesos clínicos a realizar en esta estrategia son:

- a) La estrategia para este nivel, considera como equipo de rehabilitación, los profesionales médico fisiatra, kinesiólogo, terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo.
- b) Los criterios de ingreso para usuarios de esta estrategia son los siguientes:
 - ✓ Clínicamente estable.
 - ✓ Que no requiera monitorización ni soporte.
 - ✓ Con tratamiento (farmacológico, curaciones, nutricional y terapia kinésica) domiciliario.
 - ✓ Con requerimientos de rehabilitación de mayor complejidad.

- c) Se debe dar continuidad al plan terapéutico señalado en el Informe de Rehabilitación y ejecutado durante la atención cerrada, el cual debe ser reevaluado y ajustado en base al cumplimiento de los objetivos terapéuticos actuales. Esto tendrá como fin poder dar continuidad al proceso de rehabilitación y acelerar los procesos de recuperación funcional según su situación de salud.
- d) La rehabilitación domiciliaria debe considerar la evaluación inicial e intermedia, intervenciones terapéuticas, entrega de ayudas técnicas, así como la educación al usuario, su familia y/o cuidador. Estas acciones deben ejecutarse en el domicilio del paciente, pudiendo ser complementadas con atenciones de rehabilitación a distancia.
- e) La rehabilitación domiciliaria se enmarca en la estrategia de hospitalización domiciliaria, con la finalidad de generar sinergia y eficiencia en la gestión. Esto ya que el recurso humano para esta estrategia, dependerá de los servicios de medicina física y rehabilitación.
- f) Según la evolución del usuario, una vez lograda una mayor autonomía y capacidad funcional, este podrá continuar su proceso de rehabilitación a nivel ambulatorio en este nivel de complejidad.

Procesos administrativos a realizar en esta estrategia son:

- a) Se deberá generar la interconsulta a la estrategia de hospitalización domiciliaria, en común acuerdo entre médico residente y equipo de rehabilitación, para su ingreso en la estrategia.
- b) Para la derivación a esta estrategia es necesario contar con un consentimiento informado del usuario, familia y/o cuidador según corresponda, junto con una educación de esta estrategia de atención.
- c) Se deberá evaluar mediante entrevista las condiciones habitacionales de acceso y conectividad que permitan llevar a cabo esta estrategia de manera adecuada y segura.
- d) Será tarea del equipo de rehabilitación llevar un registro de las atenciones al usuario, considerando la evolución del cuadro clínico en base al cumplimiento de objetivos previamente planteados. Dicho registro deberá ser consignado en la ficha clínica del paciente.
- e) Una vez cumplidos los objetivos terapéuticos para esta modalidad, el equipo de rehabilitación realizará un breve Informe de Rehabilitación, el cual debe ser adjuntado a la epicrisis al momento del alta desde esta estrategia para su continuidad en la atención ambulatoria presencial.
- f) Una vez cumplidos los objetivos terapéuticos para esta modalidad, el equipo de rehabilitación informará al paciente y su familia y/o cuidador del cambio de estrategia y su incorporación a la atención ambulatoria presencial en gimnasio de rehabilitación del nivel secundario, lo que quedará establecido en ficha clínica a través del alta de la estrategia domiciliaria.

- ii. **Rehabilitación ambulatoria:** Esta estrategia tiene como objetivo proveer atención precoz a personas con requerimientos de rehabilitación multidisciplinaria con categorización de riesgo moderado-severo.
La población objetivo de esta modalidad de atención son usuarios egresados de la atención cerrada o referidos desde la estrategia de rehabilitación domiciliaria.

Procesos clínicos a realizar en esta estrategia son:

- a) El ingreso al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, debe iniciar con una primera evaluación por parte del fisiatra, quien realizará una evaluación integral y un plan de tratamiento, en el cual se especificará la derivación a los distintos especialistas (neurólogo, broncopulmonar, etc.) que necesitarán evaluar a este usuario.
- b) El equipo multidisciplinario considerado para la estrategia en este nivel considera, médico fisiatra, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pudiendo además derivar al usuario según sus necesidades a otras especialidades y apoyos clínicos o psicosociales.
- c) Se debe continuar con el plan de rehabilitación trazado en atención cerrada con reevaluación y ajustes en base al cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
- d) Estos usuarios podrán recibir atención ambulatoria en modalidad presencial en servicios de rehabilitación y complementado con estrategias de rehabilitación a distancia.
- e) De acuerdo a la evolución de las necesidades del usuario y de acuerdo al cumplimiento de objetivos terapéuticos planteados, este podrá ser derivado con un Informe de Rehabilitación, el cual resume el Plan de Intervención ejecutado, siendo este informe un insumo vital hacia el nivel primario de atención con el fin de brindar una adecuada y coherente continuidad al proceso de rehabilitación ya iniciado.

Procesos administrativos a realizar en esta estrategia son:

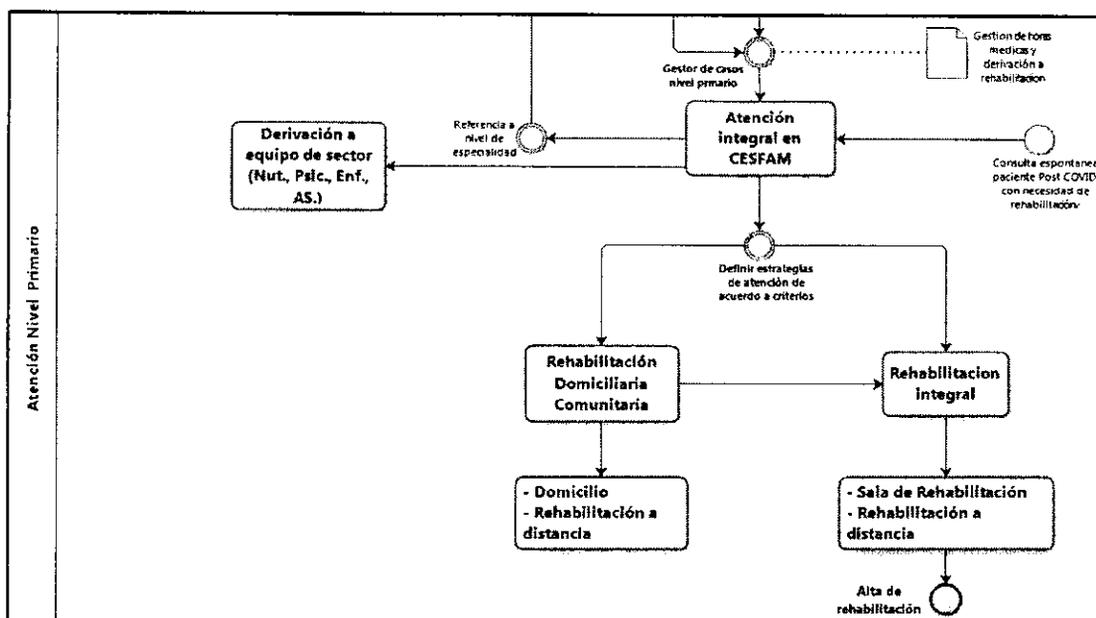
- a) Se deberá generar la interconsulta a la estrategia de rehabilitación ambulatoria presencial, en común acuerdo entre médico residente y equipo de rehabilitación.
- b) Será tarea del equipo de rehabilitación llevar un registro de las atenciones al usuario, considerando la evolución del cuadro en base al cumplimiento de objetivos. Dicho registro deberá ser consignado en la ficha clínica del paciente.
- c) Una vez cumplidos los objetivos terapéuticos para esta modalidad, el equipo de rehabilitación realizará el Informe de Rehabilitación, el cual describe un resumen del PTI ejecutado en relación al cumplimiento de objetivos terapéuticos y acciones de rehabilitación realizadas. Este informe debe ser anexado a la respectiva derivación médica al nivel primaria para dar continuidad al proceso de rehabilitación.

B. Nivel Primario

La atención primaria de salud tendrá un rol fundamental en las personas que cursaron con una hospitalización por COVID-19 y presentan una categorización por riesgo leve al egreso. En este nivel de atención contaremos con los Programas de Rehabilitación Integral (RBC, RI, RR) en conjunto con el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (Sala ERA/Mixta), brindando atención directa en los CESFAM (Salas de Rehabilitación/ Salas ERA) como en modalidad de Rehabilitación Domiciliaria comunitaria, según la necesidad del usuario.

Para asegurar la continuidad de atención en rehabilitación de estos usuarios, se hace necesaria la figura del **Gestor de casos en Nivel Primario**. En los usuarios derivados desde el Nivel Secundario o Terciario con necesidades de rehabilitación, se recomienda la participación de profesionales del equipo en esta función (kinesiólogo o terapeuta ocupacional). Este profesional debe gestionar la primera atención médica en APS posterior al alta hospitalaria, junto con asegurar el ingreso priorizado a rehabilitación (RBC/ERA según necesidad), optimizando los tiempos de espera y mejorando el pronóstico en base a la precocidad de la atención. Este gestor debe contactar al usuario y/o familia para informar sobre las horas asignadas, dejando registro de estas gestiones en la ficha clínica del usuario. El ingreso a la Atención Primaria de personas post-COVID, debe iniciar con una primera atención integral por parte del médico, quien podrá establecer la necesidad de acciones hacia los usuarios en el ámbito social, de la salud mental, nutricional, rehabilitación u otras que estime conveniente para su posterior derivación a cada una de estas áreas.

Estrategias de rehabilitación de nivel primario.



- i. **Rehabilitación Basada en Comunidad:** Esta estrategia tiene como objetivo proveer atención precoz en gimnasio y/o sala ERA/Mixta a personas con requerimientos de rehabilitación con categorización multidimensional de riesgo leve.

Procesos clínicos a realizar en esta estrategia son:

- a) La estrategia para este nivel, considera como equipo de rehabilitación, los profesionales médicos, kinesiólogo, terapeuta ocupacional. Igualmente, algunos municipios, han incorporado al profesional fonoaudiólogo el cual también forma parte del equipo. También se puede considerar el apoyo de otros integrantes del equipo de salud al proceso de rehabilitación, principalmente psicólogos y asistentes sociales.
- b) En base al cumplimiento de los objetivos terapéuticos de la Atención Secundaria o Terciaria, se buscará dar continuidad al PTI señalado en el Informe de Rehabilitación, incorporando los nuevos objetivos y acciones de Atención Primaria, según los modelos rectores.
- c) Estos usuarios podrán recibir rehabilitación ambulatoria en modalidad presencial según su necesidad, pudiendo complementar su atención con estrategias de rehabilitación a distancia. Es vital una adecuada coordinación y comunicación del equipo rehabilitador para generar objetivos comunes dentro del PTI, definir adecuadas cargas terapéuticas e indicaciones. En base a los modelos, de Salud Familiar y comunitario y de Rehabilitación, se recomienda realizar una Rehabilitación Integral, sin fragmentar la atención según programas o sistemas, con el fin de, entregar una atención global a los usuarios, optimizar la adherencia al tratamiento y asistencia a los centros de salud.
- d) De acuerdo a la evolución del usuario y cumplimiento de objetivos planteados, con el fin de alcanzar su plena incorporación a su contexto familiar, laboral y comunitario, éste podrá ser dado de alta.

Procesos administrativos a realizar en esta estrategia son:

- a) Se deberá generar la orden de atención médica hacia el equipo de rehabilitación.
- b) Será tarea del equipo de rehabilitación poder actualizar el PTI, en base al Informe de Rehabilitación elaborado en el nivel Secundario y Terciario. Esta actualización debe considerar los objetivos desde Atención Primaria, pensando en el contexto familiar y comunitario del usuario. De igual modo, se debe llevar un registro de las evaluaciones y atenciones realizadas al usuario, considerando la evolución del cuadro en base según el cumplimiento de objetivos. Dicho registro deberá ser consignado en la ficha clínica del paciente.
- c) Una vez cumplidos los objetivos terapéuticos se genera el alta del usuario desde los programas de rehabilitación al cual tuvo acceso, consignando estos antecedentes en su ficha clínica.

- ii. **Rehabilitación Domiciliaria Comunitaria:** Esta estrategia tiene como objetivo proveer atención precoz en domicilio a personas con requerimientos de rehabilitación y categorización de riesgo leve. La población objetivo de esta modalidad de atención son usuarios que presentaron una hospitalización por COVID-19.

Procesos clínicos a realizar en esta estrategia son:

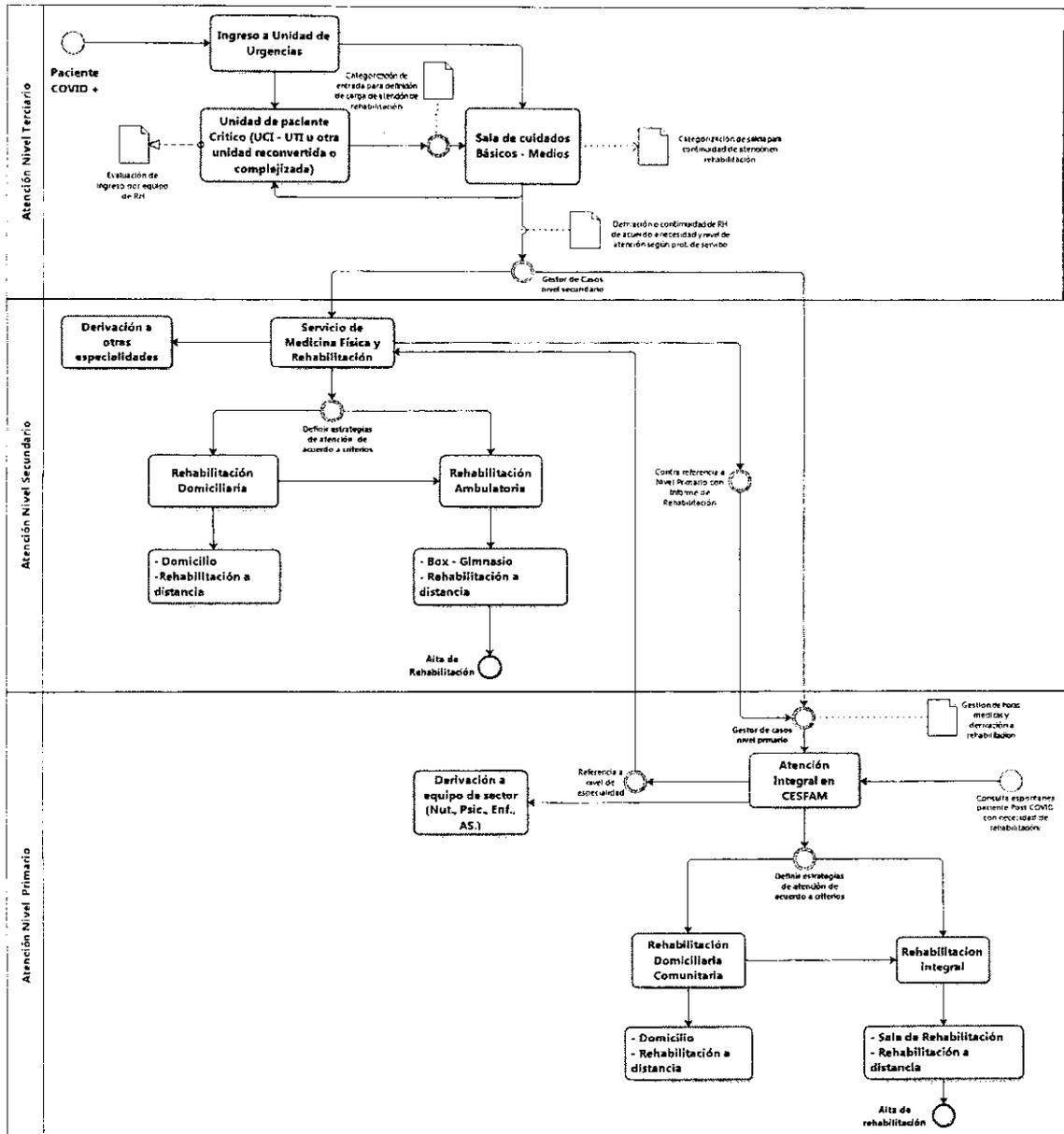
- a) Para la estrategia de este nivel, se considera un equipo de rehabilitación multidisciplinario compuesto por profesionales kinesiólogo y terapeuta ocupacional. El profesional fonoaudiólogo también debe sumarse en aquellos equipos que cuenten con él. Del mismo modo y según la necesidad del usuario, se puede contar con el apoyo de otros profesionales del equipo de salud local (médico, enfermera, psicólogo, asistente social). Es vital considerar un medio de transporte adecuado y disponible para el traslado del equipo profesional al igual que los insumos clínicos y de rehabilitación necesarios para las distintas intervenciones.
- b) Los criterios de ingreso para esta estrategia son los siguientes:
 - i. Clínicamente estable.
 - ii. Con requerimientos de rehabilitación de complejidad leve.
 - iii. Con factores (físicos producto de su situación de salud y/o geográficos y/o sociales) que imposibilitan su asistencia al CESFAM. Los mismos deben ser evaluados por un integrante del equipo de rehabilitación junto a un profesional del área social del establecimiento.
- c) En base al cumplimiento de los objetivos terapéuticos de la atención secundaria o terciaria, se buscará dar continuidad al PTI señalado en el Informe de Rehabilitación, incorporando los objetivos y acciones de Atención Primaria.
- d) Las actividades de rehabilitación domiciliaria podrán contemplar evaluaciones iniciales e intermedias, sesiones de intervención terapéutica, entrega de ayudas técnicas, educación al usuario, su familia y/o cuidador. Estas actividades deben ser realizadas en el domicilio del paciente y pueden ser complementadas con atenciones por rehabilitación a distancia.
- e) Según la evolución del usuario, una vez lograda una mayor autonomía y capacidad funcional, este podrá continuar su proceso de rehabilitación a nivel ambulatorio en su centro de salud correspondiente.

Procesos administrativos a realizar en esta estrategia son:

- a) Para el ingreso a esta estrategia, se deberá generar una derivación médica al Programa de Rehabilitación Domiciliaria, previo común acuerdo entre médico tratante y equipo de rehabilitación.

- b) Para la derivación a esta estrategia es necesario contar con un consentimiento informado del usuario, familia y/o cuidador según corresponda, junto con una educación respecto a esta estrategia de atención.
- c) Se deberá evaluar mediante entrevista las condiciones habitacionales de acceso y conectividad que permitan llevar a cabo esta estrategia de manera adecuada y segura.
- d) Será tarea del equipo de rehabilitación elaborar un PTI actualizado a las necesidades actuales del usuario y llevar un registro de las evaluaciones y atenciones brindadas, considerando la evolución del cuadro en base al cumplimiento de objetivos terapéuticos. Dicho registro deberá ser consignado en la ficha clínica del paciente.
- e) Una vez cumplidos los objetivos terapéuticos para esta modalidad, el equipo de rehabilitación informará al paciente y su familia y/o cuidador del cambio de estrategia y su incorporación a la atención ambulatoria en el centro de salud correspondiente, lo que quedará establecido en ficha clínica a través del alta de la estrategia domiciliaria.

8. FLUJOGRAMA CON ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN EN PERSONAS CON COVID-19. DESDE LA ETAPA POST AGUDA HASTA EL ALTA DE REHABILITACIÓN



9. BIBLIOGRAFÍA

1. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 21 marzo de 2020 [Internet]. [citado 7 de agosto de 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Rehabilitación en los sistemas de salud [Internet]. [citado 26 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/rehabilitation/brochure-es-2.pdf?sfvrsn=cdb993d8_2
3. MINSAL. Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación en los Hospitales de la red pública de salud. 2018.
4. MINSAL. Orientaciones metodológicas para el desarrollo del Programa de Rehabilitación Integral en la Atención Primaria de Salud. 2019.
5. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2020. Subsecretaría de Redes Asistenciales [Internet]. [citado 7 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2020_v3.pdf
6. World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. Interim guidance. *Pediatr Med Rodz.* 20 de mayo de 2020;16(1):9–26.
7. Consideraciones relativas a la rehabilitación Durante el brote de COVID-19. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52104>
8. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional Disability 5 Years after Acute Respiratory Distress Syndrome [Internet]. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1011802>. Massachusetts Medical Society; 2011 [citado 7 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1011802?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0www.ncbi.nlm.nih.gov
9. Grabowski DC, Maddox KEJ. Postacute Care Preparedness for COVID-19: Thinking Ahead. *JAMA.* 26 de mayo de 2020;323(20):2007–8.
10. Korupolu. Rehabilitation of critically ill COVID-19 survivors [Internet]. [citado 7 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.jisprm.org/article.asp?issn=2349-7904;year=2020;volume=3;issue=2;spage=45;epage=52;aulast=Korupolu>
11. Simpson R, Robinson L. Rehabilitation After Critical Illness in People With COVID-19 Infection. *Am J Phys Med Rehabil.* junio de 2020;99(6):470–4.