

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 ATENCION 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

Sylvia Santander Rigollet

Jefa División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.
Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

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.

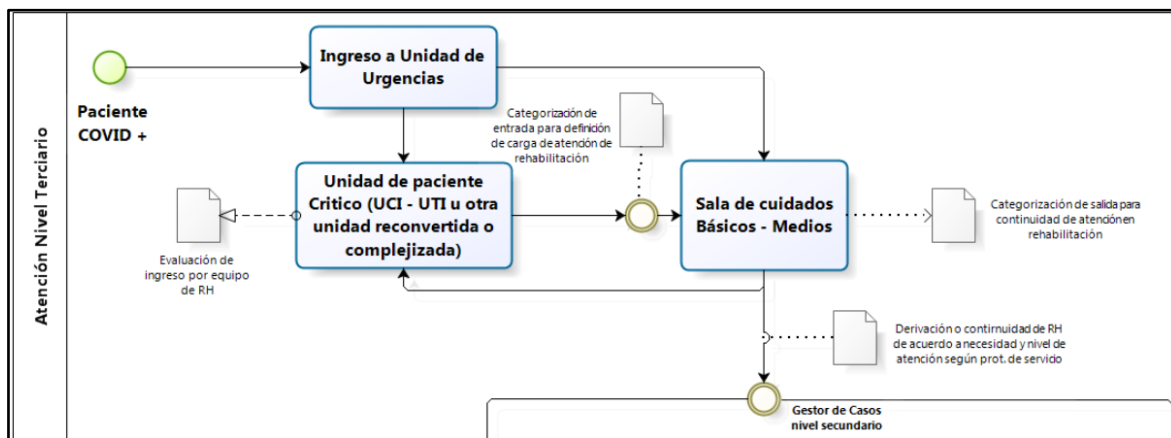
A continuación, se describe la continuidad de la atención de un paciente que ha presentado COVID-19 grave o crítico y que requiere de rehabilitación integral desde su ingreso a la atención cerrada hasta su retorno funcional en domicilio y comunidad.

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.

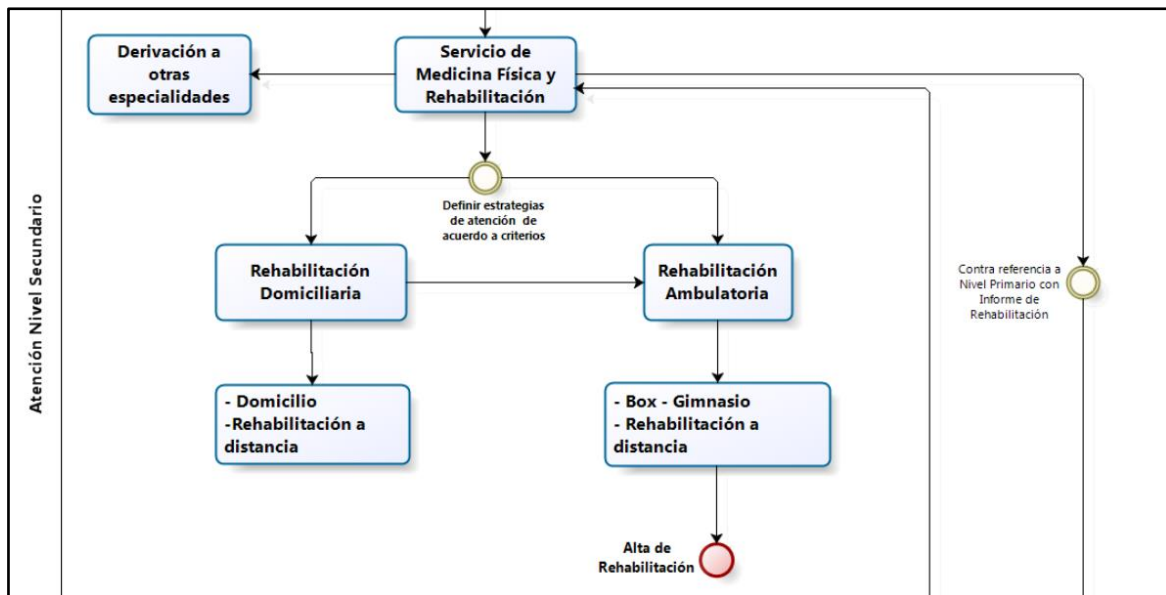
- i. A nivel secundario, coordinará con los Servicios de Medicina Física y Rehabilitación, pudiendo derivar al usuario a las distintas estrategias de acuerdo al Plan de Tratamiento determinado.
- ii. A nivel primario, coordinará con el gestor local designado en este nivel, asegurando la continuidad de 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:

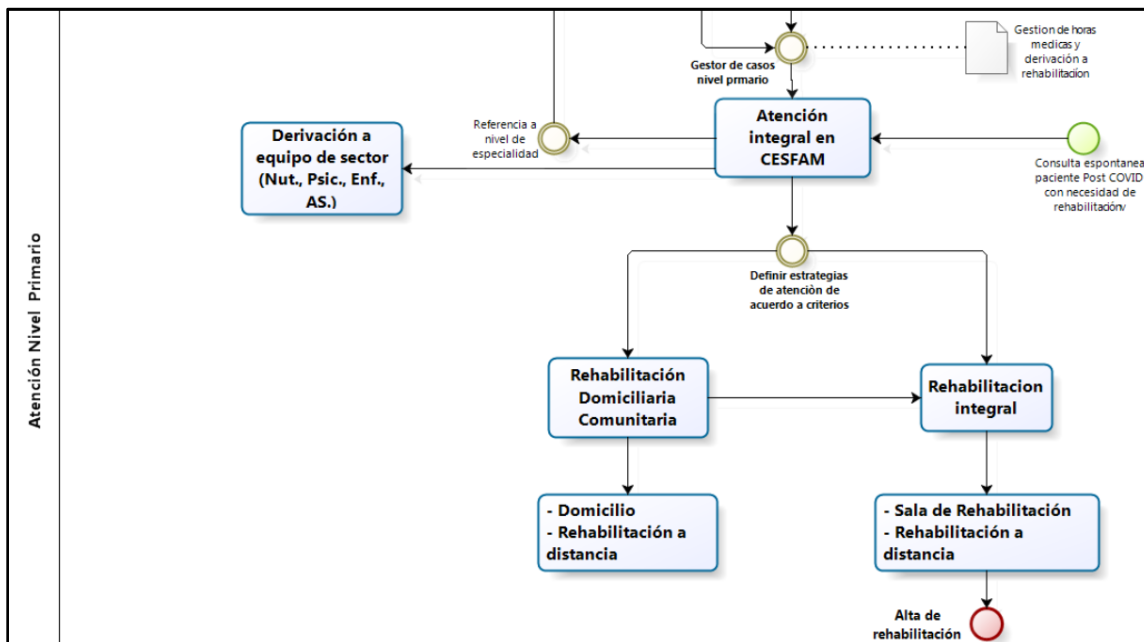
- a) Se deberá generar la interconsulta a la estrategia de rehabilitación ambulatoria presencial, en común acuerdo entre médico residente y equipo de rehabilitación.
- b) Será tarea del equipo de rehabilitación llevar un registro de las atenciones al usuario, considerando la evolución del cuadro en base 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:

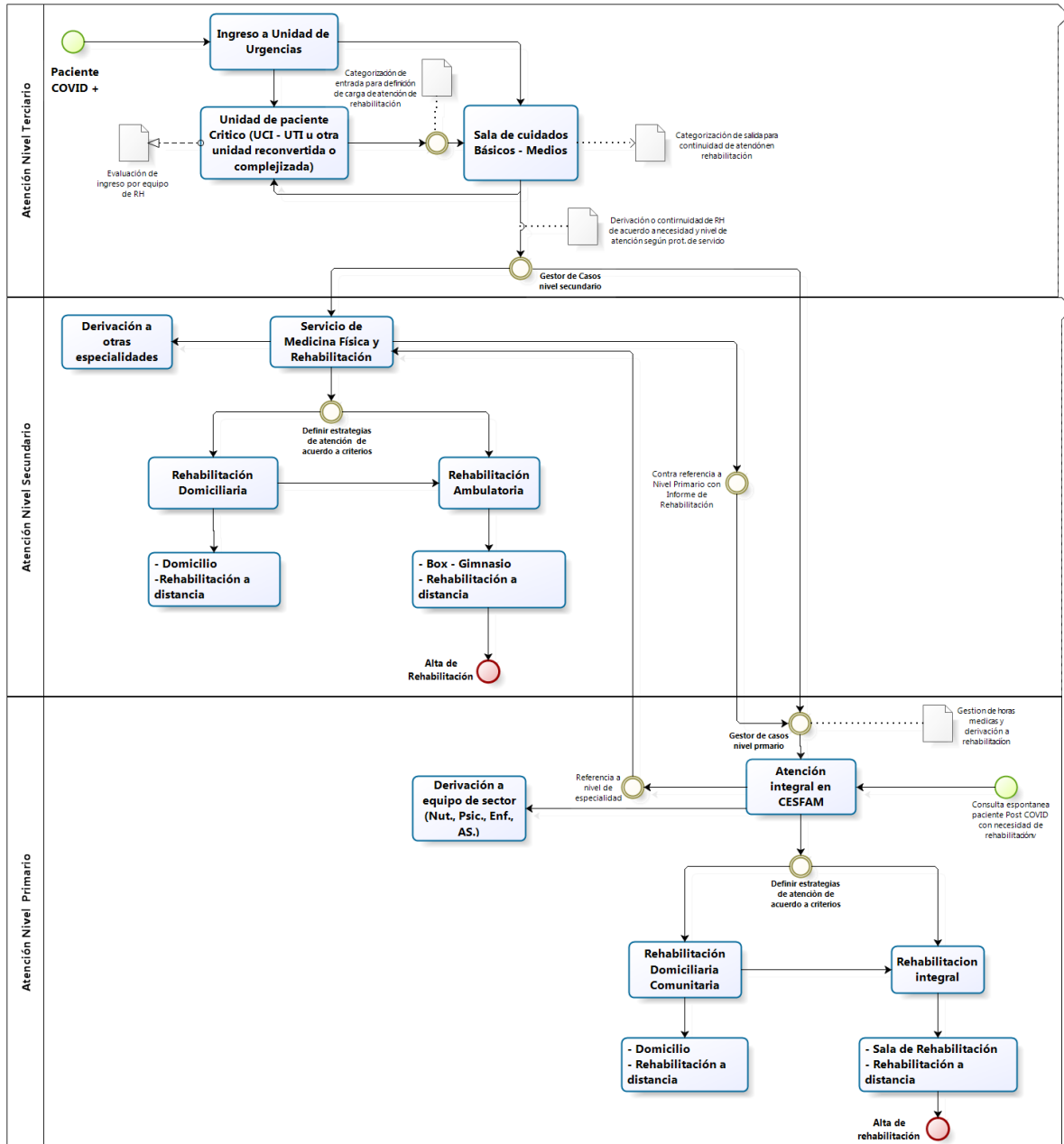
- a) Para la estrategia de este nivel, se considera un equipo de rehabilitación multidisciplinario compuesto por profesionales kinesiólogo y terapeuta ocupacional. El profesional fonoaudiólogo también debe sumarse en aquellos equipos que cuenten con él. Del mismo modo y según la necesidad del usuario, 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.