

# MANUAL PARA CATEGORIZACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE RIESGO DE SECUELAS GES 87: REHABILITACIÓN EN SARS COV-2

DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN Y DISCAPACIDAD  
DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

Subsecretaría de Salud Pública  
Ministerio de Salud  
Octubre 2022





## EQUIPO DE TRABAJO

### RESPONSABLE TÉCNICO DEL MINISTERIO DE SALUD

#### Dr. Fernando Gonzalez Escalona

Médico Pediatra. Jefe División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.  
Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

### EDITOR GENERAL DE LA PROPUESTA

#### Constanza Piriz Tapia

Terapeuta Ocupacional. Jefa de Departamento de Rehabilitación y Discapacidad. División Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.  
Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.

### PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD, SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES

#### Camilo Águila Villanueva

Terapeuta Ocupacional.  
Departamento Rehabilitación y Discapacidad.

#### Katherina Hrzic Miranda

Kinesióloga.  
Departamento Rehabilitación y Discapacidad.

### PROFESIONALES DEL MINISTERIO DE SALUD, OTRAS DIVISIONES

#### Claudia Celedón Carrasco

Terapeuta Ocupacional. Unidad de Rehabilitación  
Departamento GES y Líneas Programáticas, DIGERA

#### Margarita Ramos Martínez

Kinesióloga. Depto. de Gestión del Cuidado,  
DIVAP

#### Alejandra Sutherland Soto

Enfermera. Hospitalización domiciliaria, DIGERA

#### Karina Trujillo Fuentes

Kinesióloga. Unidad de Rehabilitación,  
Departamento GES y Líneas Programáticas, DIGERA

<b>PANEL DE EXPERTOS</b>		
<b>Jorge Gutiérrez Figueroa</b>	Médico Fisiatra	Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada
<b>Jorge Valenzuela Vásquez</b>	Kinesiólogo	Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada
<b>Marcia Toloza Dauvergne</b>	Fonoaudióloga	Hospital del Trabajador
<b>Gabriel Salgado Maldonado</b>	Fonoaudiólogo	Instituto Nacional del Tórax
<b>Lorena Prado Pacheco</b>	Médico Fisiatra	Hospital Hernán Henríquez Aravena- Temuco
<b>Nicol Moraga Garrido</b>	Terapeuta Ocupacional	Hospital Hernán Henríquez Aravena- Temuco
<b>Andrea Tabach Apraiz</b>	Médico Fisiatra	Hospital San Juan de Dios de Curicó
<b>Roberto Alfaro Codoceo</b>	Médico Fisiatra	Hospital La Serena
<b>Pilar Opazo García</b>	Fonoaudióloga	Hospital La Serena
<b>Rina Carvallo Torres</b>	Médico Fisiatra	Hospital San Camilo de San Felipe
<b>Paula Guajardo Aguilera</b>	Terapeuta Ocupacional	Hospital San Camilo de San Felipe
<b>Rodrigo Bastías Arratia</b>	Kinesiólogo	CESFAM La Calera
<b>Nicolás Inostroza Navarrete</b>	Terapeuta Ocupacional	CESFAM José Alvo
<b>Karla Aguilera Negri</b>	Fonoaudióloga	Departamento Salud Municipal, El Bosque

# TABLA DE CONTENIDO

<b>EQUIPO DE TRABAJO</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>6</b>
<b>ANTECEDENTES</b> .....	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>7</b>
OBJETIVO GENERAL .....	<b>7</b>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	<b>7</b>
<b>ALCANCE</b> .....	<b>8</b>
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>8</b>
<b>CATEGORIZACIÓN MULTIDIMENSIONAL</b> .....	<b>11</b>
<b>DERIVACIÓN A LA RED DE SALUD</b> .....	<b>13</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>14</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>22</b>

## INTRODUCCIÓN

En marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de COVID-19, debido al nuevo Coronavirus tipo 2, causante del síndrome respiratorio agudo grave (SARS CoV-2), era una pandemia (1).

Aunque la mayoría de los casos presentan cuadros leves, se estima que alrededor del 14% de los casos presenta un cuadro de infección respiratoria aguda que requiere hospitalización y oxigenoterapia, en tanto el 5% necesita el ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI). La estadía en UCI asociada al uso de ventilador mecánico, la sedación o la parálisis inducida por el uso de relajantes musculares y los períodos prolongados de inmovilización, provocan el Síndrome Post Cuidados Intensivos, cuyas manifestaciones son debilidad muscular severa (debilidad adquirida en UCI o DAUCI), pérdida de capacidad física, alteraciones respiratorias, cognitivas, trastorno de la deglución, trastorno de la comunicación y síndrome confusional, cuya duración puede prolongarse incluso hasta por 5 años, impactando fuertemente en la capacidad funcional de los afectados impactando en el ámbito social y familiar, provocando alteraciones en la salud mental y calidad de vida (2,3). Revisiones sistemáticas revelan que un 60% de los afectados de COVID-19 grave no ha retornado al trabajo a los seis meses del alta debido a las secuelas (4).

El Ministerio de Salud encargado de liderar las estrategias que permitan mejorar la salud de la población a consecuencia de la pandemia, realizó todas las acciones necesarias para generar garantías universales de atención en rehabilitación, plasmándose en el problema de salud GES N°87 Rehabilitación por SARS CoV-2, relevándola como una estrategia sanitaria clave.

El conjunto de intervenciones garantiza el acceso a rehabilitación a todas aquellas personas que cursaron con la manifestación grave y crítica de la enfermedad, a través de la continuidad de la atención, desde el alta hospitalaria a la atención ambulatoria contribuyendo con su impacto a mejorar la independencia y la participación en educación, trabajo y vida comunitaria, convirtiéndose así en una inversión en capital humano.

## ANTECEDENTES O MARCO TEÓRICO

La entrada en vigencia del decreto para el periodo 2022-2025 a partir del 01 de octubre, incorpora el problema de salud GES N°87 que garantizará acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para la rehabilitación de todas aquellas personas egresadas de la hospitalización por SARS CoV-2, contempla prestaciones de equipos multidisciplinarios como profesionales de fonoaudiología, terapia ocupacional, kinesiología, medicina, enfermería, nutrición, psicología y trabajo social. Este equipo multidisciplinario realizará las intervenciones de acuerdo a los objetivos terapéuticos centrados en las necesidades de la persona, utilizando como estrategias, la atención domiciliaria, presencial en establecimientos de salud o la rehabilitación a distancia.

La referencia de la persona a la atención ambulatoria será de acuerdo al riesgo de secuelas tras el alta hospitalaria, la cual será definida mediante la “categorización de riesgo multidimensional”, que permitirá evaluar y responder a las necesidades específicas de rehabilitación que la persona y su familia requieren, ya sea a nivel ambulatorio o domiciliario de especialidad o a nivel ambulatorio para riesgo de secuelas leve.

En función de la evolución de la enfermedad, sus secuelas y la respuesta a las intervenciones, la persona según su progresión y los objetivos terapéuticos establecidos, podrá transitar por los establecimientos de salud según su complejidad.

Estos servicios de rehabilitación a nivel ambulatorio permitirán un acceso oportuno y disminuirán inequidades, respetando la dignidad de las personas, con inclusión de grupos vulnerables, los cuales se vieron especialmente afectados por la pandemia por el desarrollo de los casos severos, con el propósito de impulsar el retorno a la vida familiar, laboral, educativa y social, mediante el fortalecimiento de la atención primaria e integrando a toda la red de salud y posicionado a la persona usuaria en el centro del abordaje, orientado a la mejora en la calidad de vida, la recuperación de su funcionalidad y con ello de su participación social.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Orientar a los equipos de salud en la aplicación de la categorización multidimensional para el riesgo de secuelas de personas egresadas por alta hospitalaria por enfermedad grave o crítica por COVID-19, que requieren de servicios de rehabilitación ambulatoria.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar el proceso de categorización de riesgo de forma multidimensional en los equipos de salud multidisciplinarios.
- Estandarizar procesos de evaluación y valoración multidimensional en los equipos multidisciplinarios que atienden a personas hospitalizadas por COVID-19.
- Generar homogeneidad en el sistema de derivación de la persona usuaria a la red de rehabilitación ambulatoria acorde a sus necesidades.

## ALCANCE

El presente manual va dirigido al personal médico y no médico de recintos de salud de la red pública y privada, que realicen atención abierta o cerrada; o que generan egresos hospitalarios de personas tras enfermedad grave o crítica por COVID-19. Este deberá ser aplicado para la categorización de riesgo correspondiente por parte de un equipo multidisciplinario de rehabilitación.

## METODOLOGÍA

Tras la revisión de las Orientaciones Técnicas generadas por este mismo departamento en el año 2020 (5), durante las primeras olas de la pandemia, se consideró necesario analizar nuevamente el perfil de las personas que egresan dados de alta de los hospitales tras enfermedad por COVID-19 grave y crítico, pues los fenotipos del mismo ha ido mutando a lo largo de estos dos años y medio, generando por tanto cambios en las secuelas posteriores en las personas al alta (6-8).

Tras la revisión de la categorización de riesgo multidimensional, se convocó a un panel clínico de trabajo para realizar una revisión de las dimensiones propuestas y generar una actualización del sistema de valoración, considerando la implementación del nuevo Problema de Salud (PS) N°87 Rehabilitación SARS CoV-2, el que requiere de un sistema que permita a los equipos de salud de la atención cerrada realizar una derivación adecuada y oportuna hacia la red de rehabilitación local.

De esta forma se compone un panel de trabajo formado por equipos de rehabilitación de los siguientes centros de salud:

1. **Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Maipú**
2. **Hospital del Trabajador, Santiago**
3. **Instituto Nacional del Tórax, Providencia**
4. **Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco**
5. **Hospital San Juan de Dios, Curicó**
6. **Hospital de La Serena, La Serena**
7. **Hospital San Camilo, San Felipe**
8. **CESFAM de La Calera, La Calera**
9. **CESFAM José Alvo, La Florida**
10. **Departamento de Salud Municipal El Bosque, El Bosque**

Con el fin de simplificar y optimizar la categorización de riesgo de secuelas, se analizan las dimensiones incorporadas en el documento publicado el año 2020, y se evalúan de acuerdo a relevancia para la toma de decisiones al momento del alta hospitalaria y continuidad del proceso de rehabilitación, el panel a través de escala de Likert de 1 a 5 realiza puntuación de cada una de las dimensiones considerando la matriz general y los resultados se expresan en la siguiente tabla.

**TABLA 1.** PUNTUACIÓN DE PANEL DE EXPERTOS A CADA UNA DE LAS DIMENSIONES UTILIZANDO ESCALA DE LIKERT, LOS RESULTADOS SE EXPRESAN EN % Y PROMEDIO FINAL DE LA DIMENSIÓN. ELABORACIÓN DIPRECE

Dimensiones	PORCENTAJE DISTRIBUCIÓN VOTACIÓN (%)					PROMEDIO PUNTAJE
	Sin importancia (1)	De poca importancia (2)	Moderadamente importante (3)	Importante (4)	Muy importante (5)	
<b>Función Motora</b>	0,0	0,0	0,0	14,3	85,7	4,9
<b>Función respiratoria</b>	0,0	0,0	0,0	14,3	85,7	4,9
<b>Función deglutoria</b>	0,0	7,1	14,3	50,0	28,6	4,0
Salud Mental	0,0	0,0	64,3	14,3	21,4	3,6
<b>Función cognitiva</b>	0,0	0,0	14,3	57,1	28,6	4,1
Riesgo Nutricional	0,0	14,3	85,7	0,0	0,0	2,9
<b>Dolor</b>	0,0	0,0	21,4	50,0	28,6	4,1
AVD básicas	0,0	0,0	35,7	35,7	28,6	3,9
APGAR Familiar	0,0	14,3	35,7	35,7	14,3	3,5

Las dimensiones consideradas como prioritarias fueron valoradas en base a la siguiente tabla contemplando aquellas de puntaje de corte 4 a 5.

**TABLA 2.** PUNTAJES DE CORTE PARA LA CATEGORIZACIÓN DE RIESGO MULTIDIMENSIONAL TRAS ALTA HOSPITALARIA POR OPINIÓN DE EXPERTOS. ELABORACIÓN DIPRECE

	PUNTAJES
Dimensión de secuela importante	4 a 5
Dimensión de secuela moderadamente importante	2 a 3
Dimensión de secuela sin importancia	1

De esta forma, por selección de consenso se priorizan las siguientes dimensiones a utilizar para la categorización de riesgo multidimensional:

- Función motora
- Función respiratoria
- Función deglutoria
- Función cognitiva
- Dolor

Se incorpora como aspecto a considerar por parte del panel, la presencia de Lesiones por Presión (LPP) al momento del alta como elemento decisor para la categorización en riesgo severo y necesidad de rehabilitación domiciliaria.

Por otra parte, debido a la alta relevancia de la evaluación del estado funcional a nivel de Actividades de la Vida Diaria básicas, se plantea como buena práctica clínica la aplicación de Índice de Barthel al alta hospitalaria.

En esa misma línea, dentro de las funciones motoras, el panel de expertos recomienda como una buena práctica clínica, la evaluación de presencia de alteraciones sensitivo-motores en extremidades superiores por lesiones de nervio periférico tras la hospitalización, lo que permitirá identificar objetivos de trabajo hacia la red de rehabilitación de derivación e indicación de órtesis.

## CATEGORIZACIÓN MULTIDIMENSIONAL

Considerando que no existe un instrumento único para evaluar las distintas dimensiones de una persona, se logró consensuar en base a las discusiones sostenidas con el panel homólogo criterios que permitan facilitar la toma de decisiones en salud, la aplicabilidad, implementabilidad así como el uso de un lenguaje común dentro de la red de rehabilitación.

A continuación, se muestran los instrumentos seleccionados para la evaluación de cada una de las cinco dimensiones en el proceso de categorización también llevados a votación de consenso presentados en la tabla 1.

**TABLA 3.** DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN PARA LA CATEGORIZACIÓN DE LA PERSONA AL ALTA. ELABORACIÓN DIPRECE

DIMENSIÓN	ESCALA	DESCRIPCIÓN	VALORES NORMATIVOS
Función Motora	Sit to Stand 5 repeticiones (9)	Cuantifica la fuerza funcional de las extremidades inferiores	Tiempo mínimo/Máximo/ Media para todas las edades 4 / 16 / 7,5 segundos
Función Respiratoria	Borg modificado para disnea (10)	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 (Dysphagia Outcome and Severity Scale)* (11)	Califica la severidad de la disfagia de 1- Disfagia severa a 7= deglución normal	5-7= Leve 3-4= Moderado 1-2= Severo
Función cognitiva	MOCA (Montreal Cognitive Assessment) (12)	Diseñada para detectar disfunción cognitiva leve. 16 ítems. Tiempo estimado 15 minutos.	Deterioro cognitivo leve= 21 puntos. Demencia leve= 20 puntos.
Dolor	EVA (Escala Visual Análoga) (13)	Escala unidimensional de la intensidad del dolor.	Escala visual de 0 (nada de dolor) a 10 (máximo dolor)

\* Se sugiere complementar evaluación con FOIS (Functional Oral Intake Scale)

## CATEGORIZACIÓN DE RIESGO DE SECUELAS MULTIDIMENSIONAL, ELABORADO POR CONSENSO DE EXPERTOS

En la tabla 3 se muestran los puntajes que se asignan a cada resultado de los instrumentos mencionados que permitirán definir el riesgo de secuelas que la persona presenta (leve, moderado o severo), información que aportará en el reconocimiento del nivel de atención donde se realizará su rehabilitación ambulatoria.

**TABLA 4.** PUNTAJES DE CORTE TRAS LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA CATEGORIZACIÓN DE PERSONAS AL ALTA HOSPITALARIA POST COVID-19. ELABORACIÓN DIPRECE

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
Función cognitiva	≥ 21		<21
Dolor	0-4	5-7	8-10
SCORE DE RIESGO			
Puntaje total	5-8	9-12	13-15
Riesgo	Leve	Moderado	Severo

Con el fin de lograr diferenciar la necesidad de rehabilitación domiciliaria o ambulatoria en los casos categorizados con riesgo de secuelas severo, se debe evaluar si la persona presenta dependencia severa en la ejecución de Actividades de la Vida Diaria básicas y/o la existencia de Lesiones por Presión (LPP) al momento del alta como elementos claves para determinar la necesidad de realizar la rehabilitación en contexto domiciliario.

Así mismo, en caso de puntaje máximo en una dimensión estando en riesgo leve, se debe evaluar si corresponde considerar a la persona como riesgo de secuelas moderado o severo.

Es ampliamente recomendado realizar evaluaciones antes del alta hospitalaria y de forma multidisciplinaria, propiciando de esta forma una derivación centrada en las condiciones funcionales de la persona por profesionales de la rehabilitación, objetivando la continuidad de las actividades terapéuticas y el seguimiento de la recuperación de complicaciones o secuelas.

Es importante destacar que esta matriz de riesgo de secuelas 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 del proceso en la atención abierta. El complemento con otras evaluaciones al ingreso de la atención ambulatoria o domicilia permitirá objetivar las acciones terapéuticas a seguir.

## DERIVACIÓN A LA RED DE SALUD

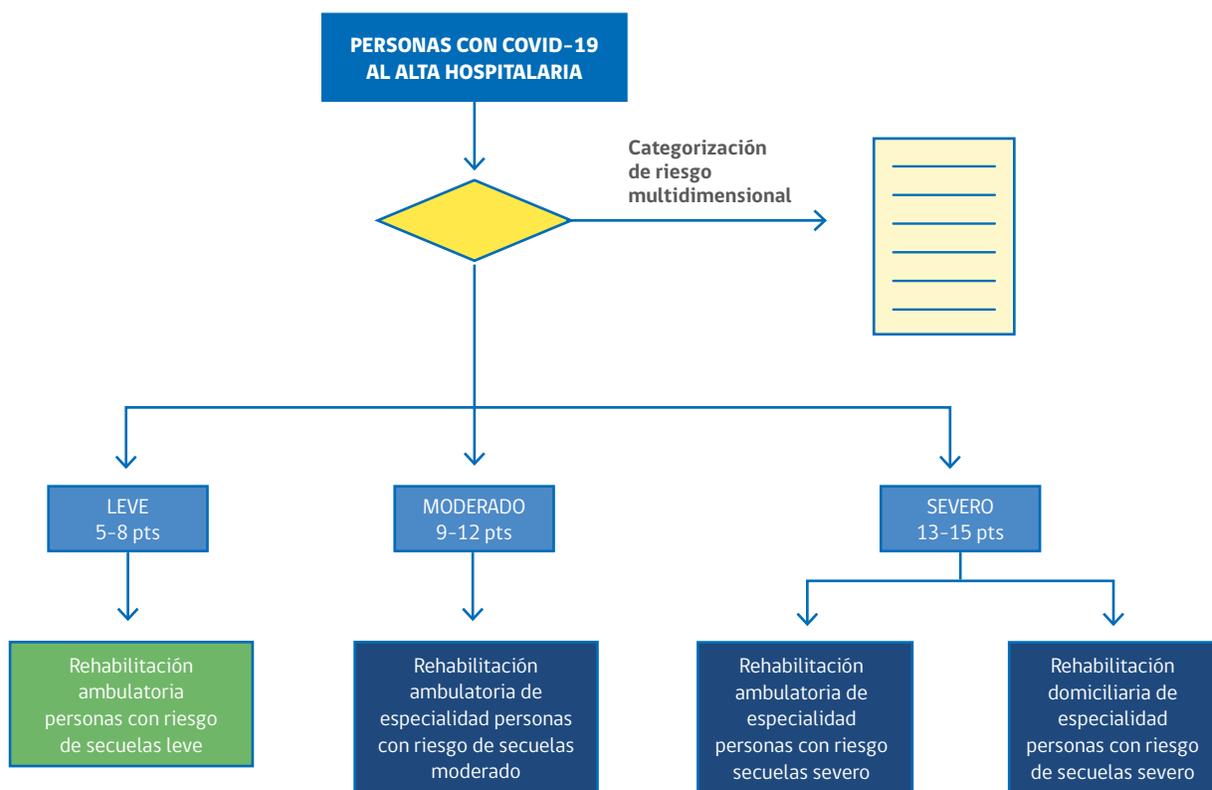
Con el propósito de la continuidad de la atención, la recuperación y el restablecimiento del funcionamiento, la rehabilitación en etapa post aguda es esencial. La rehabilitación ambulatoria de especialidad tiene como objetivo proveer atención precoz a personas con requerimientos de rehabilitación multidisciplinaria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

A su vez, la rehabilitación ambulatoria de riesgo de secuelas leve estará dirigida a aquellos que cursaron con una hospitalización por COVID-19 y presenten dicha categorización de riesgo al egreso de ésta.

Los profesionales de las salas de rehabilitación en todos los niveles garantizarán la continuidad de la atención, centrada en las necesidades de la persona y sus características clínicas, personales, contextuales y sociales con el fin de mejorar el funcionamiento, prevenir la discapacidad y proveer la participación social.

El flujograma de continuidad de la rehabilitación a través de las canastas del GES N°87, se refleja en el siguiente diagrama:

**DIAGRAMA 1.** REHABILITACIÓN AMBULATORIA PERSONA COVID-19. ELABORACIÓN DIPRECE



## ANEXOS

### DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS:

#### 1. 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 (segundos) 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 sienta 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
4-7	Leve
8-10	Moderado
11-14	Severo

#### 2. 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)

### 3. DYSPHAGIA OUTCOME AND SEVERITY SCALE (DOSS)

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

VÍA ORAL SUSPENDIDA – NECESIDAD DE NUTRICIÓN ORAL	
<b>NIVEL 1</b>	<p><b>Disfagia severa.</b> 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"> <li>Retención severa del bolo en la faringe, siendo incapaz de despejarlo.</li> <li>Pérdida o retención severa del bolo en la etapa oral, siendo incapaz de despejarlo.</li> <li>Aspiración silente en dos o más consistencias, con tos voluntaria no funcional.</li> <li>Imposibilidad de tragar.</li> </ul>
<b>NIVEL 2</b>	<p><b>Disfagia moderada/severa.</b> 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>Retención severa en la faringe, siendo incapaz de despejarla o necesitando múltiples ayudas.</li> <li>Pérdida o retención severa del bolo en la etapa oral, siendo incapaz de despejarlo o necesitando múltiples ayudas.</li> <li>Aspiración con dos o más consistencias, sin reflejo de tos o con tos voluntaria débil.</li> <li>Aspiración con una o más consistencias, sin tos y penetración en la vía aérea hacia las cuerdas con una o más consistencias.</li> </ul>
NUTRICIÓN POR VÍA ORAL – DIETA MODIFICADA Y/O INDEPENDENCIA	
<b>NIVEL 3</b>	<p><b>Disfagia moderada.</b> Total asistencia, supervisión o estrategias, restricción de dos o más consistencias. La persona puede presentar uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Retención moderada en la faringe, despejado con ayuda.</li> <li>Retención moderada en la cavidad oral, despejado con ayuda.</li> <li>Penetración en la vía aérea a nivel de las cuerdas vocales sin tos con dos o más consistencias: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aspiración con dos consistencias con reflejo de tos débil o ausente.</li> <li>Aspiración con una consistencias, sin tos ni penetración</li> </ul> </li> </ul>
<b>NIVEL 4</b>	<p><b>Disfagia leve/moderada.</b> Supervisión intermitente, restricción de una o dos consistencias. La persona puede presentar uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Retención en la faringe, despejado con ayuda</li> <li>Aspiración con una consistencia, con reflejo de tos débil o ausente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Penetración a nivel de los pliegues vocales con tos en dos consistencias.</li> <li>Penetración a nivel de los pliegues vocales sin tos con una consistencia.</li> </ul> </li> </ul>
<b>NIVEL 5</b>	<p><b>Disfagia leve.</b> Supervisión a distancia, puede necesitar de restricciones de una consistencia. La persona puede presentar uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aspiración solamente de líquidos pero con un fuerte reflejo de tos para despejar completamente.</li> <li>Penetración a la vía aérea antes de los pliegues vocales con una o más consistencias, o sobre las cuerdas vocales despejadas espontáneamente.</li> <li>Retención en la faringe que es despejada espontáneamente.</li> <li>Leve disfagia oral con reducción de la masticación y/o retención oral que se despeja espontáneamente.</li> </ul>

<b>NUTRICIÓN POR VÍA ORAL - DIETA MODIFICADA Y/O INDEPENDENCIA</b>	
<b>NIVEL 6</b>	<b>Con límites funcionales/independencia modificada:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dieta normal, deglución funcional.</li><li>• La persona puede tener un leve retraso en la fase oral o faríngea, retención o restos cubriendo la epiglotis, pero consigue despejarlo espontáneamente.</li><li>• Puede necesitar tiempo adicional en las comidas.</li><li>• No hay aspiraciones ni penetraciones en ninguna consistencia.</li></ul>
<b>NIVEL 7</b>	<b>Normalidad en todas las situaciones:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dieta normal, sin necesidad de estrategias o tiempo adicional.</li></ul>

## 4. MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

### Administración y Puntuación.

Comentario de panel de expertos: considerar para la dimensión de Funciones Cognitivas la aplicación de las variaciones de pauta MOCA (blind, basic, etc.) en los casos pertinentes a eventuales condiciones de la persona usuaria.

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 puntos 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 la misma longitud (los prismas rectangulares son aceptables), Se asigna CERO puntos 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 repetir las 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 siguientes 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 siguientes 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 qué 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 qué 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. Respuestas no aceptables para tren/bicicleta: tienen ruedas, ruedan y para regla/reloj: tienen números.

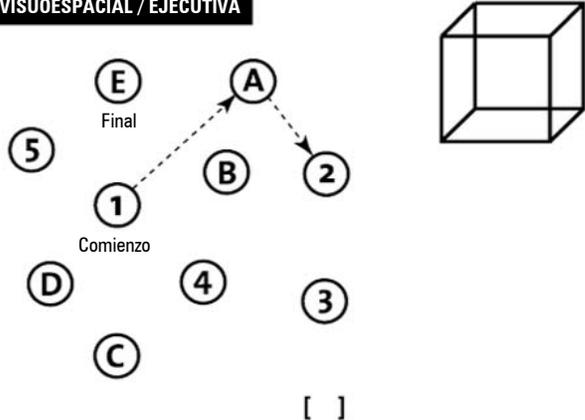
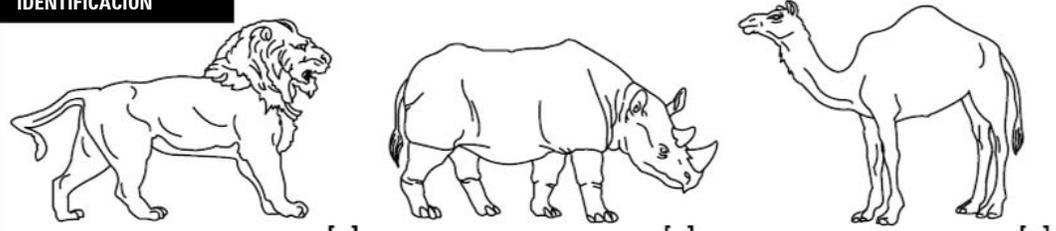
- 10. Recuerdo diferido:** El evaluador da las siguientes instrucciones: "Antes le leí una serie de palabras y le pedí que las recordara. Dígame todas las palabras que pueda recordar". El evaluador marca las palabras que el paciente recuerda sin necesidad de pistas: Se asigna un punto por cada una de 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.

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)**  
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

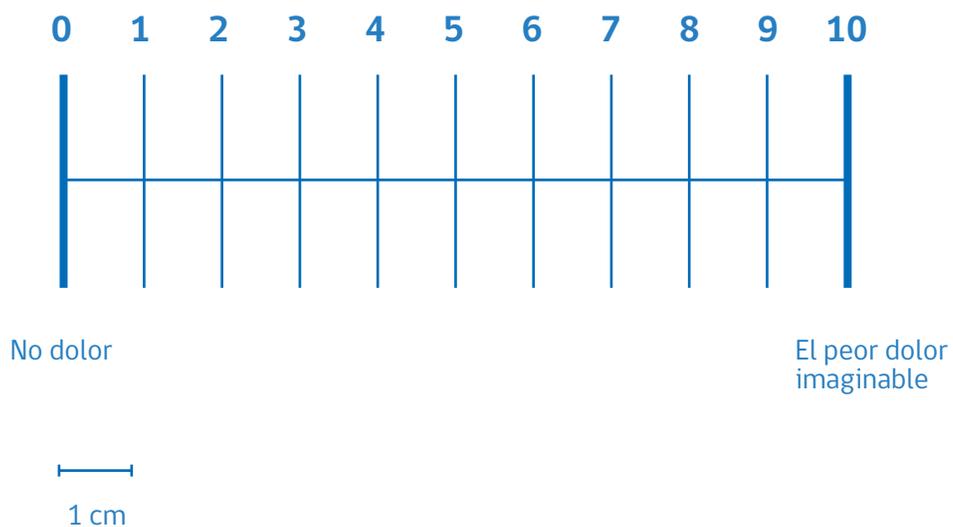
NOMBRE:  
Nivel de estudios:  
Sexo:

Fecha de nacimiento:  
FECHA:

<b>VISUOESPACIAL / EJECUTIVA</b>							Copiar el cubo <input type="checkbox"/>	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)	Puntos				
		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/5			
<b>IDENTIFICACIÓN</b>							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/3			
<b>MEMORIA</b>	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	<input type="checkbox"/>	ROSTRO	<input type="checkbox"/>	SEDA	<input type="checkbox"/>	IGLESIA	<input type="checkbox"/>	CLAVEL	<input type="checkbox"/>	ROJO	Sin puntos	
		1er intento											
		2º intento											
<b>ATENCIÓN</b>	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2						<input type="checkbox"/>				___/2		
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/>					F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					___/1	
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		<input type="checkbox"/>	93	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	65	___/3	
		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.											
<b>LENGUAJE</b>	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>				___/2		
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.							<input type="checkbox"/>				___/1		
		(N ≥ 11 palabras)											
<b>ABSTRACCIÓN</b>	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla						<input type="checkbox"/>				___/2		
<b>RECUERDO DIFERIDO</b>	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	<input type="checkbox"/>	ROSTRO	<input type="checkbox"/>	SEDA	<input type="checkbox"/>	IGLESIA	<input type="checkbox"/>	CLAVEL	<input type="checkbox"/>	ROJO	<input type="checkbox"/>	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		<input type="checkbox"/>											
<b>Optativo</b>		Pista de categoría											
		Pista elección múltiple											
<b>ORIENTACIÓN</b>	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha)	<input type="checkbox"/>	Mes	<input type="checkbox"/>	Año	<input type="checkbox"/>	Día de la semana	<input type="checkbox"/>	Lugar	<input type="checkbox"/>	Localidad	___/6	
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org		Normal ≥ 26 / 30					<b>TOTAL</b>					___/30	
		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios											

## 5. 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.



## REFERENCIAS

1. OMS. Prevención y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales [Internet]. 2020 [citado 30 de septiembre de 2022]. 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](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. Stalin Augusto Jurado Auria, Sheyla Elizabeth Villacrés Caicedo, Rosa María Bulgarín Sánchez. Consideraciones relativas a la discapacidad durante el brote de COVID-19. RECIMUNDO [Internet]. 11 de octubre de 2020 [citado 30 de septiembre de 2022];4(4). Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/885>
3. 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.
4. Hodgson CL, Udy AA, Bailey M, Barrett J, Bellomo R, Bucknall T, et al. Erratum to: The impact of disability in survivors of critical illness. *Intensive Care Med*. diciembre de 2017;43(12):1938.
5. MINSAL. ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA REHABILITACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID-19 [Internet]. DIGERA/DIPRECE; 2020. Disponible en: <https://rehabilitacion.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/Orientaciones-Te%cc%81cnicas-para-la-Rehabilitacio%cc%81n-en-tiempos-de-pandemia.-Prevencio%cc%81n-del-Si%cc%81ndrome-post-COVID.pdf>
6. Huang C, Huang L, Wang Y, Li X, Ren L, Gu X, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet*. enero de 2021;397(10270):220-32.
7. Huang L, Yao Q, Gu X, Wang Q, Ren L, Wang Y, et al. 1-year outcomes in hospital survivors with COVID-19: a longitudinal cohort study. *The Lancet*. agosto de 2021;398(10302):747-58.
8. Fugazzaro S, Contri A, Esseroukh O, Kaleci S, Croci S, Massari M, et al. Rehabilitation Interventions for Post-Acute COVID-19 Syndrome: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 24 de abril de 2022;19(9):5185.
9. Five Times Sit to Stand Test | RehabMeasures Database [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/five-times-sit-stand-test>
10. Mador MJ, Rodis A, Magalang UJ. Reproducibility of Borg scale measurements of dyspnea during exercise in patients with COPD. *Chest*. junio de 1995;107(6):1590-7.
11. O'Neil KH, Purdy M, Falk J, Gallo L. The Dysphagia Outcome and Severity Scale. *Dysphagia*. 1999;14(3):139-45.
12. Delgado C, Araneda A, Behrens MI. Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. *Neurología*. julio de 2019;34(6):376-85.
13. Visual Analog Scale | RehabMeasures Database [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/visual-analog-scale>



