



DEPARTAMENTO JURÍDICO

Int. N° 11 de fecha 11.01.2021

RESOLUCION EXENTA (e) N°

**Aprueba protocolo de
rehabilitación pacientes
secuestrados por COVID-19 en
Salas ERA.**

VIÑA DEL MAR.

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado. La Resolución N° 07/2019 y 08/ 2019 ambas de Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que a la suscrita otorgan el D.F.L. N° 1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469, conjuntamente con los Decretos Supremo N°140/2005 y 8/2020 ambos del Ministerio de Salud y Decreto N° 26 de fecha 04

de diciembre del 2020 el cual se encuentra en etapa de Toma Razón en Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1. Que con arreglo art 18 bis del DL 2763 de 1979 al Director del Servicio le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

Correspondiéndole velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutive de los diferentes Unidades de la Dirección del Servicio y de sus establecimientos, dentro de las cuales tienen especial importancia las áreas relativas a la atención de Salas ERA. Pues respecto de pacientes secueledos por COVID 19 se considera que Un 20%, Los cuadros clínicos SARS-COV-2 son severos, de los cuales 5% requieren ingreso a unidades de cuidados críticos, con necesidad ventilación invasiva, asociado a largas estadías, que provocan diversas secuelas del orden motor, respiratorio, deglutorio, cognitivo y salud mental principalmente.

La evidencia indica que al menos 30% de las personas recuperadas post UPC necesitarán rehabilitación ambulatoria hospitalaria y un 20% rehabilitación domiciliaria debido a la complejidad de sus complicaciones. Se ha estimado que otro 30% de personas recuperadas post UPC necesitarán de rehabilitación de complejidad leve, donde en la atención primaria deberán continuar con la rehabilitación de estos usuarios.

Por lo cual se debe contar con políticas administrativas, técnicas y manuales de operación previamente definidas que faciliten dicha recuperación.

- 2.- Que las prestaciones de salud para ser eficientes y oportunas requieren contar con mecanismos de acción claros, precisos y estandarizados, de manera que la atención de salud pueda cumplir su finalidad respecto de los diferentes usuarios de la Red Asistencial, respecto de los cuales se debe velar de manera especial

para que cuenten con accesibilidad, oportunidad y continuidad de en las acciones de salud que le corresponden.

3.- Concordante con lo expresado, un problema de salud puede resolverse en distintos puntos de la Red de acuerdo a su complejidad y a la capacidad resolutoria de la misma, pero para que esta resolución sea eficiente y segura deben existir ciertas definiciones y acuerdos de Red, los que son necesarios fijarlos en un documento que refleje tales definiciones y modos de actuar frente a un problema concreto de salud.


4.- Memorándum N° 01 de enero del 2021 del Jefe de la Subdirección de Gestión Asistencial de la Dirección del Servicio dirigido al Jefe del Departamento Jurídico, solicitando la confección de una Resolución para la aprobación del "**Protocolo de Rehabilitación pacientes secuestrados por COVID 19 Salas ERA del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota.**"

5.- Que con el fin de obtener lo anteriormente expuesto y dar cumplimiento a lo solicitado, esta Dirección ha considerado pertinente fijar en un texto único y obligatorio el documento individualizado como: "Protocolo de Rehabilitación pacientes secuestrados por COVID 19 en Salas ERA del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota."

RESUELVO:

1.- APRÚEBESE con carácter obligatorio el cumplimiento del procedimiento contenido en el documento individualizado como: "Protocolo de Rehabilitación pacientes secuestrados por COVID 19 en Salas ERA del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota."

2.- ESTABLECESE como contenido del "Protocolo de Rehabilitación pacientes secuestrados por COVID 19 en Salas ERA del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota." el siguiente texto:

	Protocolo Rehabilitación para pacientes secuestrados COVID-19 SSVQ	Fecha: noviembre 2020
		Nº versión: 1

	Elaborado por:	Revisado por:	Autorizado por:
Mesa Técnica:	Klga. Carla Calderón Referente Respiratorio Comisión de rehabilitación respiratoria COVID- 19 de SSVQ: Klgo. Juan Aguirre, Klga. Marcela Barros, Klga. Carol Muza, Klga. Karin Ramirez, Klgo. Alfredo Rojas, Klgo. Elias Sepulveda, Klga. Paola Valencia.	Dr. Francisco Armijo Subdirector de Gestión Asistencial/ Referente Respiratorio.	Sr. Alfredo Molina Director Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
Firma:			
Fecha:	23/12/20	31/12/2020	31/12/2020



Índice

1. Introducción:.....	6
2. Objetivos	7
__Objetivo General:	7
3. Ámbito de Aplicación	8
4. Población Objetivo	8
__Criterios de Inclusión:.....	8
__Criterios de Exclusión:	8
5. Definiciones.....	9
__Tipos de atenciones:.....	10
__Componentes de la sesión de Rehabilitación respiratoria (90 min)	13
__Registro por sesión:	14
__Signos y síntomas a monitorear durante la sesión por parte del profesional: ..	¡Error!
Marcador no definido.	
__Programación de actividades (cronograma):	16
__Egreso:	17
7. Rendimientos Estandarizados y Detalle de Prestaciones	17
8. Desarrollo del flujo	18
9. Bibliografía	18
10. Anexos.....	21

1. Introducción.

El COVID-19 es una enfermedad producida por el virus Sars-Cov-2 que se ha descubierto recientemente. Tanto el virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019. Notificado por primera vez el 31 de diciembre del 2019 y declarado como pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo del 2020(1).

Un 20%, Los cuadros clínicos SARS-COV-2 son severos, de los cuales 5% requieren ingreso a unidades de cuidados críticos, con necesidad ventilación invasiva, asociado a largas estadías, que provocan diversas secuelas del orden motor, respiratorio, deglutorio, cognitivo y salud mental principalmente.

La evidencia indica que al menos 30% de las personas recuperadas post UPC necesitarán rehabilitación ambulatoria hospitalaria y un 20% rehabilitación domiciliaria debido a la complejidad de sus complicaciones. Se ha estimado que otro 30% de personas recuperadas post UPC necesitarán de rehabilitación de complejidad leve, donde en la atención primaria deberán continuar con la rehabilitación de estos usuarios.

En la actualidad los programas de rehabilitación respiratoria son una adaptación de la rehabilitación convencional para acomodarse a las necesidades pacientes secueledos de COVID-19, por tanto, están sujetos a permanentes revisiones y actualizaciones, según la experiencia clínica y evidencia científica demostrada.

2. Objetivos

Objetivo General:

Mejorar la funcionalidad cardiorrespiratoria y calidad de vida relacionada a la salud respiratoria de los pacientes con secuelas por COVID 19, con indicación de rehabilitación en establecimientos de atención primaria de salud.

Objetivos Específicos:

- Reducir los síntomas respiratorios adquiridos producto de patología y estadía prolongada hospitalaria.
- Mejorar la tolerancia al ejercicio físico de pacientes con secuelas de COVID-19.

- Mejorar calidad de vida relacionada a la salud respiratoria en usuarios ingresados en el Programa de rehabilitación respiratoria.
- Asegurar la continuidad de atención al paciente con requerimientos de rehabilitación respiratoria provenientes de nivel secundario y/o un terciario

3. Ámbito de Aplicación

Este documento establece los lineamientos para la continuidad atención de pacientes con requerimientos rehabilitación respiratoria, derivados a la Atención Primaria de Salud desde los establecimientos secundarios/terciarios, pertenecientes a la red asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota a la atención primaria en las salas ERA.

4. Población Objetivo

Criterios de Inclusión:

- Usuarios beneficiarios pertenecientes a la red asistencial del SSVQ.
- Usuario beneficiario con indicación médica de rehabilitación respiratoria post COVID-19.
- Certificación médica de estado clínico compatible para ingresar al programa de rehabilitación respiratoria.
- Voluntad del paciente para ingresar al programa manifestado en un consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Infección aguda por Sars-Cov-2.
- PCR SARS-COV-2 positiva.
- Patología crónica descompensada.
- Patología aguda incompatible con el programa de rehabilitación respiratoria.
- Trastornos psiquiátricos o neurocognitivos limitantes.
- Cualquier condición de salud que a criterio del médico sea limitante de participar en el Programa de rehabilitación respiratoria.

5. Definiciones

El programa de Rehabilitación Respiratoria para pacientes con secuelas por COVID 19, estará inserto en un programa de rehabilitación integral multidisciplinaria que se llevará a cabo en la APS, se encuentra en ***Protocolo de Rehabilitación para pacientes secueados de COVID-19 en APS.***

La duración del programa es de 8 semanas, se realizará en modalidad mixta presencial/remota donde el ingreso y alta del paciente será presencial. La modalidad de atención en el resto de las sesiones será definida entre paciente/profesional de salud, dependiendo también del resultado de la encuesta de tele rehabilitación (anexo 2.1) y las condiciones de lugar de residencia donde se proponen realizar.

Rendimiento: se define rendimientos como el número de actividades (consulta, actividades u otro) a realizar por hora cronológica. El rendimiento es variable y particular para cada tipo de actividad, profesional y especialidad (15).

Rehabilitación: es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno. Las condiciones de salud se refieren a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismo. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, una anomalía congénita o predisposición genética.

Telerehabilitación: Es un método de prestación de servicios de rehabilitación que utiliza la tecnología para atender a personas, médicos y sistemas minimizando las barreras de distancia, tiempo y costo. Puede definirse como la aplicación de tecnologías de telecomunicación, teledetección y de operación, y tecnologías informáticas para ayudar en la prestación de servicios de rehabilitación médica a distancia.

COVID-19: enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-COV-2

Secueado: trastorno o lesión que queda tras la curación de una enfermedad que es consecuencia de ella.

Consentimiento Informado: proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en una actividad en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes para que tome la decisión de participar.

Tipos de atenciones:

Atención Presencial: atención de salud que produce un encuentro físico con el usuario, se da contacto visual y el lenguaje no verbal juega un papel muy importante. Esta puede ser en el establecimiento de salud o domicilio del usuario

Atención Remota: atención de salud no presencial que se brinda de forma remota a través de dispositivos y comunicación digital. Para desarrollar este tipo de atención se debe hacer bajo estándares de calidad, los que deben considerar los siguientes aspectos (17-18):

Análisis de factibilidad

Condiciones técnicas: acceso a internet, tecnología (computador u otro), espacio físico para llevar a cabo la terapia y estar acompañado de un tutor al momento de la ejecución.

Antecedentes mórbidos: condición de salud que dificulta participar de una videollamada (Discapacidad visual o auditiva).

Condiciones clínicas: Probabilidad de recuperación del proceso disfuncional mediante tele rehabilitación. Ej: Enfermedades que requieran maniobras de terapia respiratoria no son factibles de ser tratadas vía remota.

Para el desarrollo del programa se aplicará una encuesta de tele rehabilitación que contempla estos aspectos.

Implementación

Modalidad: la tele rehabilitación puede llevarse a cabo mediante modalidad sincrónica y/o asincrónica.

- Telerehabilitación Sincrónica: el profesional dirige la sesión de rehabilitación a distancia, mediante una teleconsulta a través de videoconferencia.
- Telerehabilitación Asincrónica: el paciente realiza la sesión de manera no guiada, considerando las instrucciones proporcionadas previamente por el profesional.

Uso de tecnologías y plataformas: Para la atención remota se deben utilizar las plataformas ZOOM o MEET (Ordinario N° 2448/4.8.2020). Independiente de la tecnología que se emplee debe asegurarse una óptima calidad de imagen y audio, lo cual depende de calidad del internet: Se

recomienda una velocidad de carga / descarga mínima de 512 kilobits por segundo (0.512 Mbps) en cada dirección.

Preparación: antes de comenzar, asegurar condiciones adecuadas de privacidad, iluminación, espacio, ruido externo y seguridad.

La periodicidad, horario y duración de las sesiones ulteriores, deben programarse de acuerdo con los mismos criterios que se emplearían en un proceso de rehabilitación presencial.

Aspectos bioéticos

Informar al paciente sobre la tele rehabilitación: asegurarse de que los pacientes entienden cómo se desarrollará la consulta.

Consentimiento/asentimiento informado: se deberá firmar un consentimiento informado. Este procedimiento se puede realizar a través firma directa, digital o mediante una grabación de video de la aceptación verbal del paciente a esta modalidad, al inicio de las sesiones de tele rehabilitación.

Privacidad: Se debe resguardar la privacidad de las sesiones de tele consulta sincrónicas, para lo cual, el profesional deberá contar con las condiciones necesarias para asegurar que ninguna persona, ajena al proceso de tele rehabilitación del paciente, tendrá acceso a la información audiovisual de la sesión. Ej: monitor de video llamada debe estar orientado en una dirección solo accesible al profesional. Por su parte, los pacientes menores de edad deben estar en todo momento acompañados por un adulto durante las sesiones sincrónicas.

Seguridad digital: utilizara antivirus y cortafuegos.

Confidencialidad: Las sesiones de tele rehabilitación sincrónicas no deben ser grabadas, sin la autorización explícita del o la paciente. Si hay una razón válida y clínicamente apropiada para la grabación de una sesión de tele consulta.

Calidad de la atención: el profesional debería proveer de todas las condiciones necesarias para un óptimo proceso de rehabilitación a distancia.

Cumplimiento legal: cumplir con todos los requisitos de las leyes, normas y código de ética establecida en la práctica clínica presencial.

Registro: Se debe hacer un registro de cada atención en ficha clínica física y/o electrónica.

Para mayor detalle en relación a telerehabilitacion consultar ***Protocolo de telerehabilitacion SSVQ 2020.***

1. Intervención en sala ERA:

Una vez realizada la consulta médica y derivación correspondiente a los profesionales necesarios para su rehabilitación integral, se iniciará la intervención kinésica en la sala ERA.

En la consulta inicial se explicará en qué consiste la Rehabilitación respiratoria, se aplicará la pauta de evaluación clínica inicial, se registrarán los datos obtenidos en su ficha clínica. En base a esos resultados se plantearán objetivos operacionales, que por medio de intervención terapéutica se apuntara a resolver en el plan de rehabilitación.

Evaluación clínica

- ✓ CLINICA: FC, FR, PA, SatO2, BORG
- ✓ CAPACIDAD FÍSICA: 1 STS
- ✓ FUERZA: 1RM para EESS
- ✓ Escala de disnea MRC modificada
- ✓ Fuerza de musculatura respiratoria: Pimometría
- ✓ Cálculo frecuencia cardíaca de reserva limite
- ✓ Evaluación funcional: Barthel
- ✓ Salud respiratoria: SGRQ-1
- ✓ DOLOR: EVA
- ✓ Encuesta telerehabilitación física
- ✓ Consentimiento informado

El desarrollo de las pruebas clínica señaladas en la evaluación clínica, se encuentra en el anexo ***Manual de rehabilitación respiratoria post COVID-19 para el profesional.***

Si en la evaluación se pesquisa que el paciente tiene problemas de funcionalidad que le impiden realizar el programa se referirá a la sala de rehabilitación integral.

Para elegir la modalidad de la intervención, ya sea presencial o remota, se aplicada una encuesta de tele rehabilitación, el resultado de esta tiene un carácter orientativo, siendo esta una herramienta para que el profesional aplique su criterio al definir la modalidad de tratamiento junto al paciente. También se dejará registrado a un tutor, el cual debe estar presente cada vez que se realice una sesión de manera remota. El paciente debe firmar este consentimiento informado para ingresar al programa, donde se compromete a cumplir los requerimientos y la asistencia al programa y adjuntarla a su ficha clínica.

Una vez realizada su evaluación clínica, se prescribirá el programa de rehabilitación respiratoria y se entregará al paciente el ***Manual para paciente de Rehabilitación Respiratoria post COVID-19***, que contiene la definición del programa, modalidad del programa, indicaciones de preparación para la sesión, reconocer urgencia, banderas rojas y amarillas, cronograma, pauta de ejercicios y numero de contacto del profesional encargado. Además de elementos necesarios para atención remota y saturómetro en caso de ser un paciente oxígeno dependiente, todos en carácter de comodato.

Componentes de la sesión de Rehabilitación respiratoria (90 min)

- Calentamiento (5 min)

Movilización activa de EESS

- Preparación Aeróbica (10min)

Caminata en el lugar, pararse y sentarse de la silla, subir y bajar escalones

- Fortalecimiento de EESS (30 min)

Seleccionar 3-5 ejercicios, 8-12 repeticiones

- Fortalecimiento de EEII (30min)

Seleccionar 3-5 ejercicios, 8-12 repeticiones

- Ejercicios respiratorios (10 min)

- Fase de relajación o vuelta a la calma (5 min)

Elongación

Durante la realización de la sesión la intensidad del ejercicio debe ser leves-moderadas (sensación de disnea y/o fatiga muscular 4-5 de la escala de Borg modificada), se podrá ir progresando paulatinamente hasta alcanzar 6 en la escala de Borg modificada (23).

Se contará con una batería de ejercicio en video en la página web de SSVQ para que lo realicen en la modalidad Remota asincrónica, el kinesiólogo tratante deberá indicar los videos a realizar y su dosificación.

Si tras cinco sesiones de rehabilitación no se objetiva mejoría alguna del paciente, corresponderá su evaluación clínica en forma presencial por el equipo de rehabilitación.

En caso de que el paciente presente una patología aguda durante el proceso de rehabilitación, se suspenden la sesiones hasta que se resuelva su condición. Para reingresar, se volverá a realizar la evaluación inicial para valorar su condición actual. Si el paciente llegase a ser hospitalizado, la unidad de rehabilitación se encargará de mantener el proceso de rehabilitación según su condición.

Registro por sesión:

Después de cada intervención se deberá registrar en su ficha clínica: FC, FR, SatO₂, escala de Borg modificada y de extremidad inferior.

Además, consignar si se cumple la sesión completa, si existe alguna bandera roja o amarilla y si existe alguna observación durante la sesión.

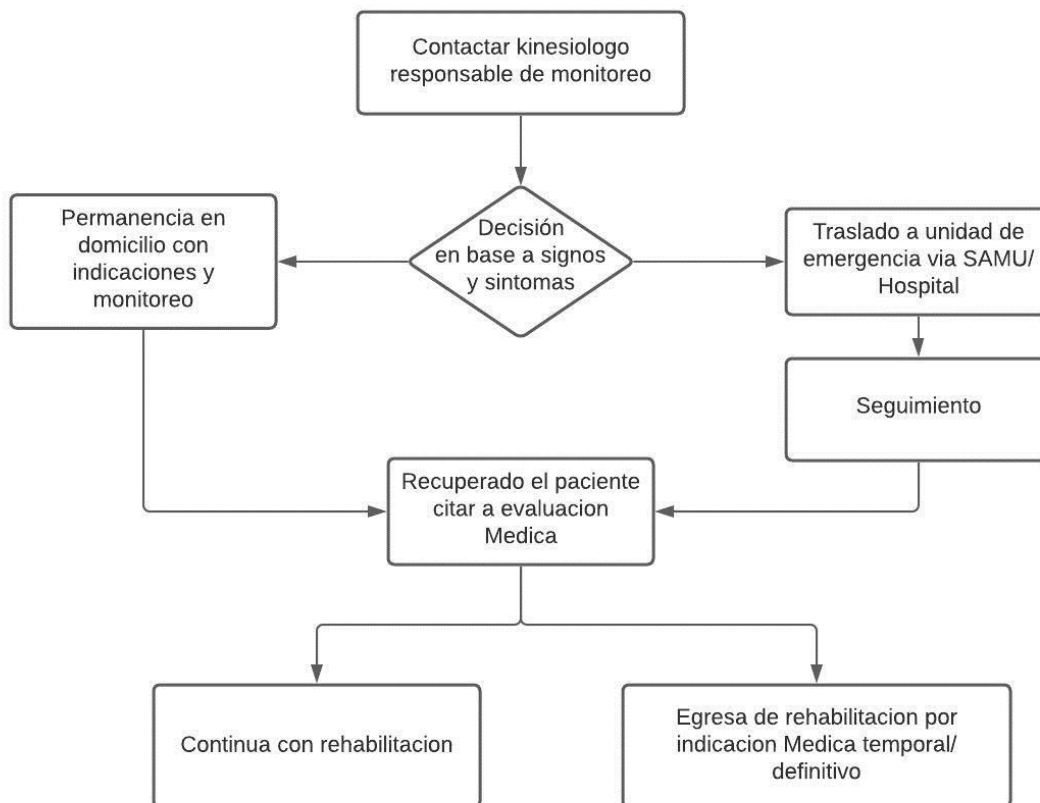
Signos y síntomas a monitorear durante la sesión por parte del profesional:

Si durante la sesión aparecen signos o síntomas mencionados a continuación seguir la conducta indicada:

URGENCIA:

Dificultad para respirar severa (Borg 10) que no sede en reposo, dolor opresivo en el pecho que no sede en reposo, Sat. O₂ <80% con oxígeno ambiental que no sede o disminuye después de 3 min de reposo, confusión, pérdida de conciencia.

Acción: Flujograma



BANDERA ROJA:

Temperatura por sobre 37.2°C (axilar), FC de reserva mayor al 60%, SatO2 menores a 90%, opresión en el pecho (EVA>6), dolor de pecho (EVA>6), dificultad para respirar (Borg mayor a 6), tos severa, mareos, dolor de cabeza (EVA>6), visión poco clara, palpitaciones, sudoración, inestabilidad, dolor musculo esquelético EVA mayor a 6.

Acción: Detener el ejercicio y comunicarse de inmediato con kinesiólogo

BANDERA AMARILLA:

Síntomas y Signos de trombosis venosa profunda.

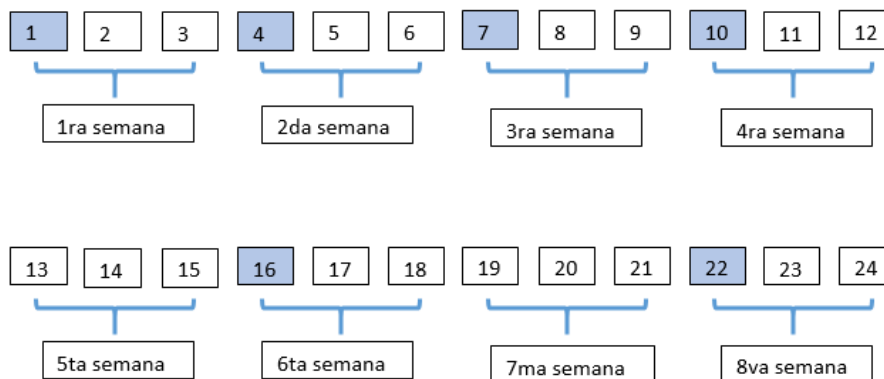
Acción: Comunicarse con kinesiólogo

Programación de actividades (cronograma):

Para la programación de las 8 semanas de rehabilitación respiratoria. Dependiendo del estado clínico del paciente se indicarán 2 o 3 sesiones por semana.

En cuadro se expone la organización de las sesiones. En el cuadro azul se representa la sesión sincrónica, donde el kinesiólogo realizara toda la sesión junto al paciente, ya sea presencial o remota. Se verificará que se cumplan las condiciones de seguridad y privacidad en el ambiente, que se realicen lo ejercicios en la cantidad indicada y con la performance correcta, educando en cuanto a los signos y síntomas de alerta, luego realizará la evaluación post sesión y registra. Estas prestaciones tendrán un rendimiento de 90 min efectivos para su realización, las sesiones pueden ser grupales con un máximo de 3 personas de manera remota.

El cuadro blanco representa la sesión asincrónica, es decir se agenda la hora en la que realizara la sesión el paciente, este la realiza con ayuda del manual del usuario o la batería de ejercicios disponibles en la página del SSVQ y al finalizar se comunica con el kinesiólogo quien realizara la evaluación post sesión, verificara si la sesión se cumplió en su totalidad y si existió algún problema o signos y síntomas de alerta, además de resolver dudas si las hay. Esta prestación tendrá un rendimiento de 20 min efectivos, se hará de manera individual.



Programa de 8 semanas, donde le recuadro celestes representa sesión sincrónica y el cuadro blanco sesión asincrónica y su distribución

Egreso:

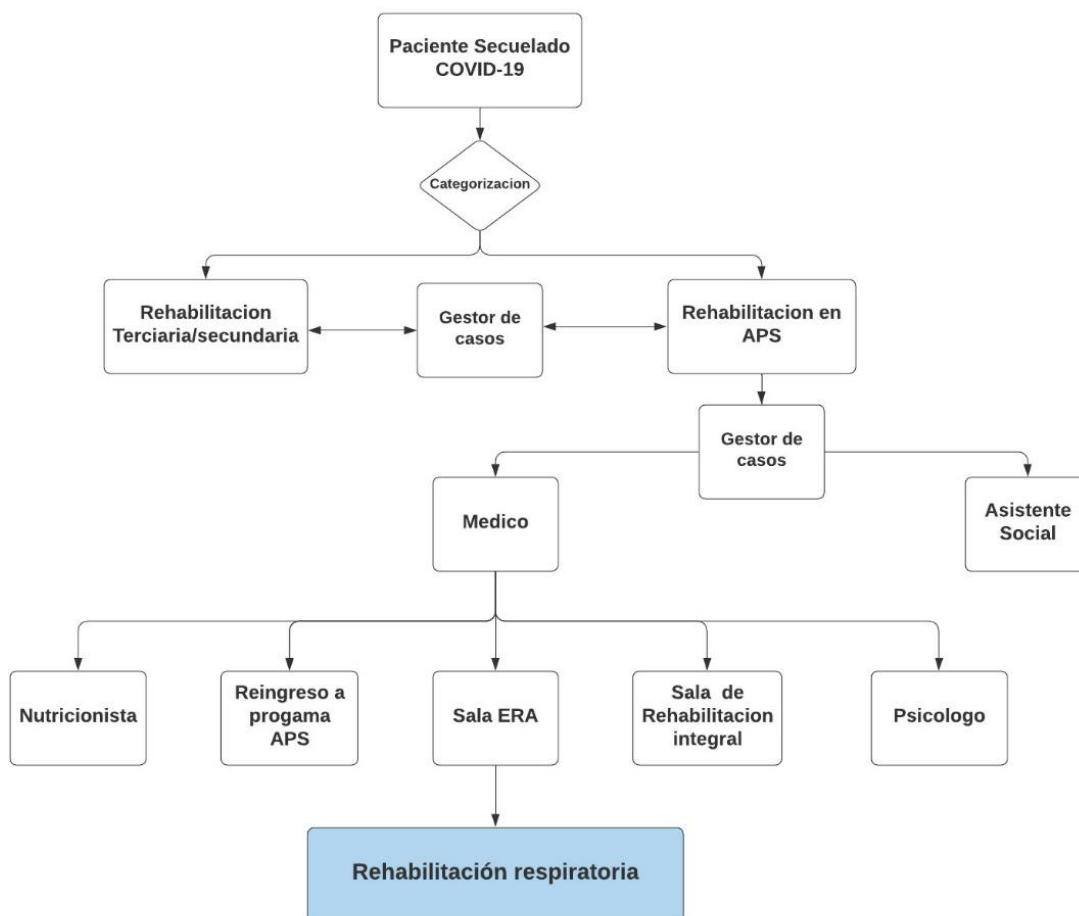
Se realizará de manera presencial, se volverá a aplicar la misma pauta de evaluación inicial para medir su evolución y verificar el cumplimiento de objetivos terapéuticos planteados. De lograr los objetivos se egresa de rehabilitación respiratoria y luego se deriva con médico para evaluación del plan integral.

Una vez finalizada su programa se realizará la evaluación a los 6 meses de su egreso, para consignar su condición de salud.

1. Rendimientos Estandarizados y Detalle de Prestaciones

DETALLE PRESTACIONES REHABILITACIÓN RESPIRATORIA			
REGISTRO ESTADÍSTICO (REM)	ACCIÓN	RENDIMIENTO (minutos)	OBSERVACIÓN
CONSULTA MÉDICA INGRESO	Evaluación diagnóstica, registro pertinencia, solicitud de exámenes complementarios, examen clínico inicial, referencia a otras especialidades, registro clínico.	20	
CONSULTA KINESICA INGRESO	Evaluación clínica, pauta de ejercicios, plan de rehabilitación, modalidad de atención, registro clínico, firma de consentimiento informado. Esto corresponde a 30 min de evaluación más 20 min de educación y 10 min de limpieza y desinfección del lugar.	60	
CONSULTA REMOTA SINCRÓNICA	Se realiza la sesión completa de rehabilitación junto con el usuario por vía remota, evaluación clínica, registro. Esta puede ser grupal con un máx. 3 personas por tele rehabilitación.	90	
CONSULTA REMOTA ASINCRÓNICA	Usuario realiza sesión de rehabilitación por su cuenta, en un horario definido, apoyado de material audiovisual, al final se la sesión se contacta vía remota con kinesiólogo quien realizará la evaluación clínica y registro.	20	
VISITA DOMICILIARIA	El kinesiólogo se movilizará al domicilio del usuario, donde realizará la sesión de rehabilitación junto con el usuario, evaluación clínica y registro. A esto se le suma tiempo de traslado.	60	
CONSULTA KINESICA ALTA	Evaluación clínica, revisión cumplimiento objetivos, encuesta satisfacción usuaria, registro.	60	

1. Desarrollo del flujo



6. Bibliografía

1. Discurso del director general de la OMS sobre COVID-19. 11 de marzo 2020.
2. Kakodkar P, Kaka N, Baig MN. A comprehensive literature review on the clinical presentation, and management of the pandemic coronavirus disease 2019 (COVID-19). Cureus 2020 Apr.

3. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L, et al. Features of 20 133 UK patients in hospital with COVID-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ* 2020 May.
4. C. Huang et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet* January 24, 2020
5. Vanhorebeek I, Latronico N, Van den Berghe G. ICU-acquired weakness. *Intensive Care Med.* 2020 Apr.
6. Sheehy LM. Considerations for Postacute Rehabilitation for Survivors of COVID-19. *JMIR Public Health Surveill* 2020.
7. Protocolo de rehabilitación en personas COVID 19 grave y crítico desde la etapa aguda a la post aguda. MINSAL
8. Grabowski DC, Maddox KEJ. Postacute Care Preparedness for COVID-19: Thinking Ahead. *JAMA*. 26 de mayo de 2020.
9. NHS England. After-care needs of inpatients recovering from COVID-19. 2020.
10. Chinese Association of Rehabilitation Medicine, Respiratory Rehabilitation Committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine, ET al. 2020.
11. Murray A, Gerada C, Morris J. We need a Nightingale model for rehab after covid-19, 2020.
12. Hsieh MJ, Lee WC, Cho HY, Wu MF, Hu HC, Kao KC, et al. Recovery of pulmonary functions, exercise capacity, and quality of life after pulmonary rehabilitation in survivors of ARDS due to severe influenza A (H1N1) pneumonitis. *Influenza Other Respir Viruses* 2018 Sep.
13. Herridge MS, Moss M, Hough CL, Hopkins RO, Rice TW, Bienvenu OJ, et al. Recovery and outcomes after the acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients and their family caregivers. *Intensive Care Med* 2016 May.
14. OPS Alerta epidemiológica: complicaciones y secuelas COVID-19. Agosto 2020.
15. Definiciones y terminología Orientaciones Técnicas compromisos de gestión años 2020, pág. 55
16. Definiciones y terminología Orientaciones Técnicas compromisos de gestión años 2020, pág. 56
17. Brennan D, Tindall L, Theodoros D, Brown J, Campbell M, Christiana D, et al. A blueprint for telerehabilitation guidelines. *International journal of telerehabilitation*. 2010.
18. Guía de telerehabilitación COLKIN 2020.
19. Lan L, Xu D, Ye G, Xia C, Wang S, Li Y, et al. Positive RT-PCR test results in patients recovered from COVID-19. *JAMA* 2020 Feb 27.
20. BTS guidance Delivering rehabilitation to patients surviving COVID-19 using an adapted pulmonary rehabilitation approach – BTS guidance.
21. COLKINE. Guía Práctica de Relerehabilitación para Kinesiólogos. 2020.

22. Sociedad española de neumología y cirugía torácica. Fisioterapia respiratoria en el manejo de paciente covid-19 recomendaciones generales. 20 abril 2020.
23. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013
24. Vitacca M, Carone M, Clini EM, Paneroni M, Lazzeri M, Lanza A, et al. Joint Statement on the Role of Respiratory Rehabilitation in the COVID-19 Crisis: The Italian Position Paper. *Respiration*. 2020.

25. Vitacca M, Lazzeri M, Guffanti E, Frigerio P, D'Abrosca F, Gianola S, et al. Italian suggestions for pulmonary rehabilitation in COVID-19 patients recovering from acute
26. Yang LL, Yang T. Pulmonary Rehabilitation for Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *ChronicDisTranslMed*. 2020.
27. Liu K, Zhang W, Yang Y, Zhang J, Li Y, Chen Y. Respiratory rehabilitation in elderly patients with COVID-19: A randomized controlled study. *Complementary therapies in clinical practice*. 2020.
28. ZhonghuaJie He He Hu Xi ZaZhi Recommendations for respiratory rehabilitation of coronavirus disease 2019 in adult. *ChineseJournal of Tuberculosis and Respiratory Medicine* 2020 Apr.
29. F.A. Kloket all. The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *EurRespir J*. 2020 Jul.
30. Programa de rehabilitación pulmonar para la atención primaria de salud. Ministerio de Salud. División de Atención Primaria. Unidad de Salud Respiratoria 2013-10.
31. A. Campos, O. Cabrera, F. Arancibia. Rehabilitación respiratoria en pacientes EPOC: experiencia en Atención Primaria de Salud. *RevChilEnfermRespir* 2015.
32. Spruit MA, Holland AE, Singh SJ, Troosters T, Balbi B, Berney S, et al. Report of an ad-hoc International task force to develop an expert-based opinion on early and short-term rehabilitative interventions (after the acute hospital setting) in COVID-19 survivors. *European Respiratory Society*. 3 April 2020.
33. Orientaciones técnicas para la Rehabilitación en tiempos de pandemia. Prevención del síndrome post COVID-19. MINSAL 2020.

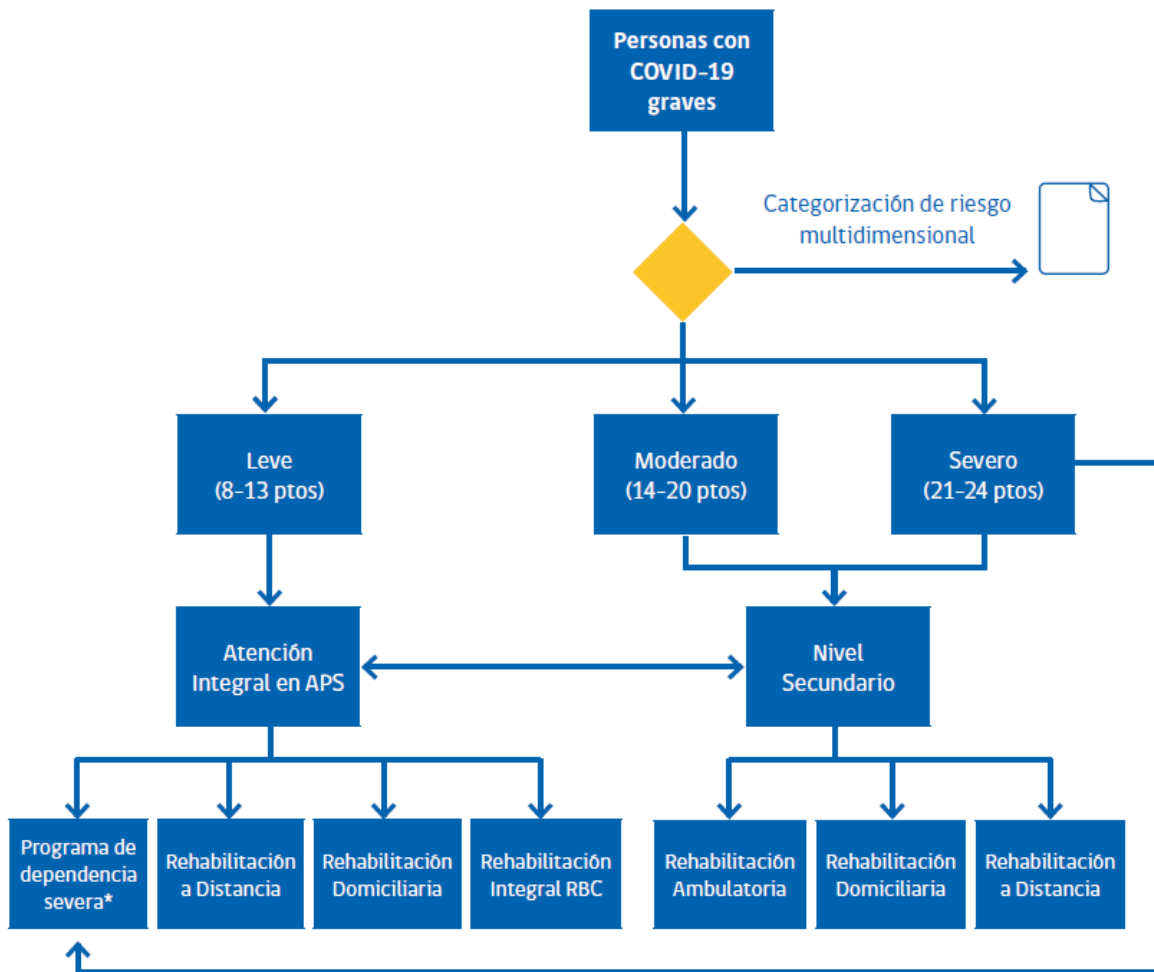
1. Anexos

10.1 Categorización de riesgo de deficiencias, según dimensiones, elaborado por consenso de expertos MINSAL (32).

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

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

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



10.3 Encuesta de telerehabilitación

Encuesta de telerehabilitación

(Guía práctica para telerehabilitación de kinesiólogos- COLKINE 22 de abril 2020)

La siguiente encuesta debe ser completada antes de su primera consulta de telerehabilitación. Su propósito es conocer su motivo de consulta e información relevante de su condición que nos servirá para su evaluación y planificación de objetivos.

Esta encuesta no posee un valor cuantitativo, sino más bien un carácter orientativo para la generación de objetivos de intervención. Por lo cual los resultados serán manejados de manera interna, resguardando la privacidad del usuario.

Por favor escriba su edad en años	
¿Dispone de computador o dispositivo similar con conexión a internet?	
¿Cómo definiría su habilidad con el internet? ¹	● Buena ● Regular ● Mala
¿Cuenta con un lugar con buena luz, espacio físico y privacidad para poder desarrollar una sesión de tele rehabilitación?	
¿Ha tenido experiencia previa con tele rehabilitación?	
¿Presenta alguna discapacidad visual o auditiva?	
¿Cuál es su estatura? ¿Cuál es su peso?	
¿Cuál es su principal problema de salud?	
¿Qué actividades agravan su problema?	

¹ Buena: Logra encender computador, utilizar correo electrónico, manejo de programas de video llamadas vía computadora o celular. Regular: Logra encender computador, utilizar correo electrónico, manejo de programas de video llamadas vía computadora o celular con asistencia Mala: No logra encender computador, utilizar correo electrónico, manejo de programas de video llamadas vía computadora o celular, ni tiene asistencia para realizarlo.

¿Qué actividades disminuyen o mejoran su problema?	
¿Qué tratamientos ha realizado en el pasado para su problema?	

¹ Buena: Logra encender computador, utilizar correo electrónico, manejo de programas de video llamadas vía computadora o celular. Regular: Logra encender computador, utilizar correo electrónico, manejo de programas de video llamadas vía computadora o celular con asistencia Mala: No logra encender computador, utilizar correo electrónico, manejo de programas de video llamadas vía computadora o celular, ni tiene asistencia para realizarlo.

¿Le ayudó? (ej., medicamentos, cirugías, kinesiología, etc.)	
Si siente dolor, por favor seleccione un número que indique el nivel de dolor que sintió durante la semana pasada.	0 (sin dolor) - 10 (peor dolor imaginable)
¿Actualmente realiza alguna actividad física, ejercicio o deporte? Si su respuesta es sí, por favor describa qué hace actualmente y con cuánta frecuencia.	
¿Cómo calificas tu actividad física general en un día típico?	<ul style="list-style-type: none"> ● Sedentario ● Ligera ● Moderada ● Vigorosa

3- REITÉRESE el carácter obligatorio del documento individualizado como "Protocolo de Rehabilitación pacientes secuestrados por COVID 19 en Salas ERA del Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota." Por lo cual su eventual incumplimiento generará las responsabilidades administrativas correspondientes.

4- PROCÉDASE, por la Subdirección de Gestión Asistencial a remitir vía digital, copia íntegra de la presente Resolución a todas las partes involucradas en el cumplimiento del Protocolo que en este acto se aprueba.

ANÓTESE REGISTRÉSE Y COMUNÍQUESE.

**D. ALFREDO MOLINA NAVES
DIRECTOR.
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA**

AMN/ FAB/ECE/PVJ/pvj

DISTRIBUCION:

- Dirección S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q
- Depto. Jurídico S.S.V.Q.
- Of. De Partes S.S.V.Q.

Aprueba Protocolo de rehabilitación respiratoria pacientes secuestrados por COVID 19 en Salas ERA

Correlativo: 527 / 29-01-2021

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Alfredo Andrés Molina Naves	DIRECCIÓN SSVQ	Director Servicio Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Pamela Verdugo Johnston	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Francisco Miguel Armijo Brescia	DIRECCIÓN SSVQ	M.C.Med.Integral
Eduardo Antonio Canales Espinoza	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario



Verificar: <https://verificar.ssvq.cl/>

Folio: 1ET-7JI-DT8

Código de verificación: IYS-ZB6-2JW