RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N°41 -GCPS-ESSALUD-2022

Lima, 20 ABR 2022

Visto:

La Nota N°203 -GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2021 y el Informe N° 30-SGPE-GPNAIS-GCPS-ESSALUD-2022, de la Sub Gerencia de Prestaciones Especializadas de la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, que sustenta y propone el Documento Técnico: "Manejo Integral de rehabilitación de los pacientes con SARS-COV-2 en EsSalud" y;

CONSIDERANDO:

Que, el inciso e) del artículo 2° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud – ESSALUD, tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, la Organización Mundial de la Salud ha calificado con fecha 11 de marzo del 2020, el brote de Coronavirus (COVID-19) como una pandemia al haberse extendido en más de 100 países del mundo de manera simultánea;

Que, mediante Decreto Supremo N°030-2022-PCM se prolonga el estado de emergencia por el COVID-19.

Que, mediante Resolución Ministerial N°1218-2021/MINSA que aprueba la NTS N°178 MINSA-DGIESP-2021 Norma Técnica de salud para la prevención y control COVID-19 en el Perú y con

Que mediante Resolución Ministerial N°009-2022 MINSA modifica la NTS N°178 MINSA/DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la COVID-19 en el Perú, conforme al anexo que forma parte de la presente Resolución.

Que mediante Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N°107-GCPS-ESSALUD-2017, que aprueba la Directiva de Gerencia Central de Prestaciones N°018-GCPS-ESSALUD-2017 "Normas para la Rehabilitación Integral de las Personas con Discapacidad en EsSalud".

Que, mediante la Directiva de Gerencia General N°21-GCPP-ESSALUD-2020, se aprueba las "Normas para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y técnicos-orientadores en ESSALUD";

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015 y 142-PE-ESSALUD-2017, se aprueba y pone en vigencia la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud;

Que, en el artículo 161° La Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud es el órgano encargado de formular y evaluar las políticas y normas para la atención integral de salud, depende de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y está a cargo de las siguientes funciones: a) Formular, proponer y evaluar las políticas, objetivos, estrategias, planes y programas para la atención integral de salud, en lo referente a promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, enfermedades priorizadas y servicios intermedios, así como los criterios de evaluación de resultados e impacto de las intervenciones sanitarias.

Que, mediante la Nota e Informe Vistos, la Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud, presenta a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud la propuesta del Documento Técnico: "Manejo Integral de rehabilitación de los pacientes con SARS-COV-2 en EsSalud";

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD - ESSALUD - V°B° T. VILLANUEVA A. GERENTE CENTRAL

SUBGERENCIA DE PRESTACIONES ESPECIALIZADAS - GPNAIS-GCPS-ES... V°B° I. SALAS A. SUBGERENTE

Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - GCPS - ESSALUD - V° B° J. ZANABRIA C. GERENTE

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
ANGEL ALVAREZ CABEZAS
Fedatario Suplente
Resolucion N° 42 GCPS-ESSALUD-2020

20 ABR. 2022

Siempre con el pueblo

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 11 -GCPS-ESSALUD-2022

Que, la propuesta de documento técnico mencionado en el considerando precedente ha sido elaborado en cumplimiento con lo establecido en la normatividad vigente para su formulación, validación y aprobación;

Estando a lo expuesto y en uso de las atribuciones conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR,** el Documento Técnico: "Manejo Integral de rehabilitación de los pacientes con SARS-COV-2 en EsSalud" que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

2. **DISPONER,** que la Gerencia de Políticas y Normas de Atención en Salud, se encargue de la difusión y asistencia técnica a nivel nacional del Documento Técnico aprobado con la presente Resolución.

3. **ENCARGAR**, a la Gerencia Central de Operaciones, las acciones de supervisión, evaluación y control del cumplimiento de lo dispuesto en el Documento Técnico aprobado con la presente Resolución.

4. **ENCARGAR,** a la oficina de Apoyo y seguimiento de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud remitir la presente resolución a la Secretaria General para su publicación de la en el Compendio Normativo del Seguro Social de Salud-ESSALUD.

V° B° J. ZANABRIA C. GERENTE - Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud - ESSALUD - GPNAIS-GCPS-ESSALUD

V°B° SALAS A. SUBGERENTE - SUBGERENCIA DE PRESTACIONES ESPECIALIZADAS - GPNAIS-GCPS-ESSALUD

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Seguro Social de Salud
ANGEL ALVAREZ CABEZAS
Fedatario Suplente
Resolucion N° 42 GCPS-ESSALUD-2020

REGISTRESE Y COMUNIQUESE

20 ABR. 2022

Dr. TOMY D. VILLANUEVA AREQUIPEÑO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

" Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres

RESOLUCIÓN DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
Nº 11 -GCPS-ESSALUD-2022

DOCUMENTO TÉCNICO: "MANEJO INTEGRAL DE REHABILITACIÓN DE LOS PACIENTES CON SARS-COV-2 EN ESSALUD"

	NOMBRE	CARGO	FECHA	FIRMA Y V°B°
Elaborado por	Ibis Salas Alarcón	Sub Gerente de Prestaciones Especializadas		Dra.IBIS K. SALAS ALARCÓN SUBGERENTE DE PRESTACIONES ESPECIALIZADAS - GPNAIS Gerencia Central de Prestaciones de Salud EsSalud
Revisado por	José Carlos Zanabria Calderón	Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud		JOSE C. ZANABRIA CALDERON Gerente de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD ESSALUD
Aprobado por	Tomy Dupuy Villanueva Arequipeño	Gerente Central de Prestaciones de Salud		Dr. TOMY D. VILLANUEVA AREQUIPEÑO Gerente Central de Prestaciones de Salud ESSALUD

2022

EQUIPO FORMULADOR:

Dra. Jeanette Borja Arroyo	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación del HNERM, quien lo preside
Dr. Carlos Arce Gonzales	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación, Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del HNGAI, miembro
Dra. Edith Alonso Erazo	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación del HNASS, miembro
Dra. Erika Giraldo Vizcarra	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación, Sub gerente en Rehabilitación Social y Laboral, miembro
Dra. Mónica Parra Otárola	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación, Jefe del Servicio del H II Castilla, miembro
Dra. Luz Mariella Farías Muñiz	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación, Jefe del Servicio del H II Negreiros, miembro
Lic. Lourdes Gamarra Mendoza	TM en Terapia Física y Rehabilitación de PADOMI, miembro
Lic. Eileen Vanessa Sarmiento Arboleda	TM en Terapia Física y Rehabilitación de Pol JJ Rodríguez, miembro
Dra. Blanca Aurora Castro Quiroz de Gallardo	Coordinador Técnico del Comité

VALIDACION:

Dr. Yuri Sandy Mascaro Rivera	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación de Padomi
Dra. Carol Lissette Guisado Aguayo	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación del HNASS
Dra. Jhovana Carhuallanqui Bastidas	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación del HNGAI
Dra. Mónica Viviana Barba Escudero	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación del HNGAI
Dra. Aleyda Cecilia Delgado Manzanares	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación del HNGAI
Dra. Nives Santayana Calisaya	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación, Jefe de Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del HNERM
Dr. Alan Calderón Berrio	Médico especialista en Medicina de Rehabilitación del HNERM
Lic. Gerson Chacón Barroz	TM en Terapia Física y Rehabilitación de PADOMI
Lic. Lucy Iglesias Farfán	TM en Terapia de Lenguaje de PADOMI
Lic. Briseida Vásquez García	TM en Terapia Física y Rehabilitación del Hosp. Negreiros
Lic. Michiko Zambrano Flores	TM en Terapia Física y Rehabilitación del Hosp. Negreiros
Lic. Edinson Pérez Arana	TM en Terapia Ocupacional del Hosp. Negreiros
Lic. LLanely Bardales Muñoz	TM en Terapia de Lenguaje del Hosp. Negreiros
Lic. Beliza Cuellar Davalos	TM en Terapia Física y Rehabilitación del HNGAI
Lic. David Parra Reyes	TM en Terapia de Lenguaje del HNGAI
Lic. Mc Anthony Caviedes Polo	TM en Terapia Ocupacional del HNGAI

Lic. Cesar Augusto Farje Napa	TM en Terapia Física y Rehabilitación del HNERM
Lic. Sharom Toyama Nakamatsu	TM en Terapia de Lenguaje del HNERM
Lic. Claudia Velásquez Rodríguez	TM en Terapia Ocupacional del HNERM

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
V°B°
T. VILLANUEVA A.
GERENTE CENTRAL
ESSALUD

SUBGERENCIA DE PRESTACIONES ESPECIALIZADAS
V°B°
I. SALAS A.
SUBGERENTE
GPNAIS-GCPS-ESSALUD

Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS
V° B°
J. ZANABRIA C.
GERENTE
ESSALUD

ÍNDICE

			Pág
CAPITULO I	:	DISPOSICIONES INICIALES	5
CAPITULO II	:	ÓRGANOS RESPONSABLES	11
CAPITULO III	:	DISPOSICIONES GENERALES	11
CAPITULO IV	:	DISPOSICIONES ESPECIFICAS	12
Anexo N° 1	:	Escala de Coma de Glasgow/ Glasgow Coma Scale (GCS)	28
Anexo N° 2	:	Escala de agitación-sedación de Richmond/ Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)	29
Anexo N° 3	:	Cinco Preguntas Estandarizadas / Standardized Five Questions (S5Q)	29
Anexo N° 4	:	Escala visual análogica (EVA)	30
Anexo N° 5	:	Escala conductual del dolor (BPS) / Behavioral Pain Scale (BPS)	31
Anexo N° 6	:	Escala CAM-UCI / Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit	32
Anexo N° 7	:	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC)	33
Anexo N° 8	:	Escala de Borg modificada (mBORG)	34
Anexo N° 9	:	Puntaje del Estado Funcional Para La Unidad De Cuidados Intensivos/ Functional Status Score For The Intensive Care Unit (FSS-UCI)	35
Anexo N° 10	:	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria / Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)	36
Anexo N° 11	:	Movilización Precoz	38
Anexo N° 12	:	Mini Examen del Estado Mental / Mini-Mental Test / Test Mini-Mental Folstein/ Mental State Examination (MMSE)	39
Anexo N° 13	:	Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)	40
Anexo N° 14	:	Escala Modificada de Disnea (mMRC)	41
Anexo N° 15	:	Cabrini Respiratory Strain Score (CAB-RSS) / Score De Estrés Respiratorio	42
Anexo N° 16	:	Índice de Rox	43
Anexo N° 17	:	Índice de Barthel	44
Anexo N° 18	:	Prueba de equilibrio de 4 etapas / The 4-STAGE Balance Test / Prueba 4-Sbt	45
Anexo N° 19	:	Short Form-12 (SF-12) / Calidad de vida relacionada a la Salud	46
Anexo N° 20	:	Test 1min Sit To Stand (1mSTST)	47
Anexo N° 21	:	Test de la caminata de 6 minutos	48
Anexo N° 22	:	Protocolo Uso CNAF en COVID-19	49
Anexo N° 23	:	Sistema de Oxigenoterapia de Alto Flujo	49
Anexo N° 24	:	Flujograma Uso de CNAF	50
Anexo N° 25	:	Decanulación	51
Anexo N° 26	:	Componentes del Equipo de Protección Personal EPP	52

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD - ESSALUD - V°B° T. VILLANUEVA A. GERENTE CENTRAL

Gerencia de Política y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS - ESSALUD - V° B° J. ZANABRIA C. GERENTE

SUBGERENCIA DE PRESTACIONES ESPECIALIZADAS - GPNAIS-GCPS-ESSALUD - V°B° I. SALAS A. SUBGERENTE

CAPITULO I
DISPOSICIONES INICIALES

Artículo 1. Objeto

Estandarizar las intervenciones de salud y socio- laborales que realiza el equipo multidisciplinario de Medicina Física y Rehabilitación, para el manejo integral de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 en unidad de cuidados críticos, hospitalización, áreas ambulatorias, domiciliarias y en los Centros de Rehabilitación Profesional y Social o Módulos Básicos de Rehabilitación Profesional y Social de las Redes Prestacionales y Asistenciales del Seguro Social de Salud -EsSalud.

Artículo 2. Finalidad

Contribuir con la Rehabilitación integral, oportuna y eficiente de los pacientes con infección por SARS-CoV-2 mediante atenciones asistenciales y socio - laborales, brindadas por el equipo multidisciplinario de Medicina Física y Rehabilitación.

Artículo 3: Marco Normativo

3.1 Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.

3.2 Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud (ESSALUD) y su Reglamento Decreto Supremo Nº002-99-TR y modificaciones.

3.3 Ley N° 29344: Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

3.4 Ley N° 29733: Ley de Protección de Datos Personales, y su modificatoria.

3.5 Ley N° 29783: Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y su modificatoria.

3.6 Ley N°30024: Ley Que Crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas, y su modificatoria.

3.7 Ley N° 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y su Reglamento aprobado por el Decreto Supremo Nº 009-97-SA y modificatorias, por el Decreto Supremo Nº 001-98-SA; Ampliatorias y Complementarias.

3.8 Ley N° 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad y su Reglamento.

3.9 Decreto Supremo N° 030-2022-PCM, que prolonga el estado de emergencia por el COVID-19.

3.10 Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

3.11 Resolución Ministerial N° 308-2009 MINSA, que aprueba la NTS N° 079-MIMSA/DG-SA., "Unidades Productoras de Servicios de Medicina de Rehabilitación

3.12 Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

3.13 Resolución Ministerial N° 255-2016-MINSA, que aprueba la "Guía para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".

3.14 Resolución Ministerial N° 981-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°127MINSA/2016/DGIESP, "Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad"

3.15 Resolución Ministerial N° 902-2017/MINSA, que aprueba el "Catalogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud".

3.16 Resolución Ministerial N° 1069-2017/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 242 MINSA/2017/DGAIN que establece la "Cartera de Atención de Salud en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención".

3.17 Resolución Ministerial N° 1295-2018-MINSA: Norma Técnica de Salud "Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".

3.18 Resolución Ministerial N° 456-2020-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud Nº 161-MINSA/2020/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para el uso de los Equipos de Protección Personal por los trabajadores de las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud".

3.19 Resolución Ministerial N° 004-2021-MINSA, que aprueba NTS N° 171-MINSA-2021 Adecuación de la organización de los Servicios de Salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente al COVID

3.20 Resolución Ministerial N° 1218-2021/MINSA que aprueba la NTS N° 178 MINSA-DGIESP-2021 Norma Técnica de salud para la prevención y control COVID-19 en el Perú

3.21 Resolución Ministerial N° 009-2022 MINSA que modifica la NTS N°178 MINSA/DGIESP-2021

3.22 Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 767-PE-ESSALUD-2015, que aprueba el Texto Actualizado y Concordado del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Social de Salud-ESSALUD.

3.23 Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 254-PE-ESSALUD-2017, que aprueba el "Manual de Perfiles de Puestos- MPP de ESSALUD".

3.24 Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-ESSALUD-2013, que aprueba la Directiva N° 018-GG-ESSALUD-2013 "Definición. Características y Funciones Generales de los Establecimientos de Salud del Seguro Social de Salud- EsSalud"

3.25 Resolución de Gerencia General N°737-GG-EsSalud-2014, que aprueba la Directiva N° 09-GG-ESSALUD-2014 "Lineamiento para la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud-ESSALUD"

3.26 Resolución de Gerencia General N° 1407-GG-ESSALUD-2015, que aprueba la Directiva N° 10–GG-ESSALUD-2015; "Norma de Bioseguridad del Seguro Social de Salud-EsSalud".

3.27 Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2016, que aprueba el "Manual de Operaciones de los Centros de Rehabilitación Profesional y Social CERPS.

3.28 Resolución de Gerencia General N° 913-GG-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva N° 15–GG-ESSALUD-2016; "Norma de Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en el Seguro Social de Salud –EsSalud".

3.29 Resolución de Gerencia General N° 397-GG-ESSALUD-2016, que aprueba la Directiva N° 07–GG-ESSALUD-2016, "Directiva de Organización y Articulación de las prestaciones sociales y prestaciones sanitarias para la atención integral socio sanitaria de la población asegurada vulnerable de EsSalud".

3.30 Resolución de Gerencia General N° 227-GG-ESSALUD-2019, que aprueba la Directiva de Gerencia General N° 04-GCPP-ESSALUD-2019 "Directiva para la Implementación de la Gestión por Procesos del Seguro Social de Salud – ESSALUD".

3.31 Resolución de Gerencia General Nº 863 -GG-ESSALUD-2020 "Plan para la Vigilancia, Prevención y Control de COVID-19 en el trabajo de ESSALUD".

3.32 Resolución de Gerencia General N° 1553-GG ESSALUD 2020, que aprueba la directiva de Gerencia General N°21-GG-ESSALUD 2020" Normas para la formulación, evaluación, aprobación y actualización de documentos normativos y documentos técnico-orientadores en ESSALUD".

3.33 Resolución de Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad N° 05-GCPAMyPCD-ESSALUD-2016, que aprueba el Programa de Rehabilitación Social del Asegurado con Discapacidad Intelectual "Camino a la autodeterminación"

3.34 Resolución de Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad N° 06-GCPAMyPCD-ESSALUD-2016 que aprueba el "Programa virtual y vivencial Escuela de Familias y Discapacidad".

3.35 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 58-GCPS-EsSalud-2016 que aprueba la Directiva N°009-GCPS-EsSalud-2016 "Normas para la elaboración del Manual de Procedimientos Asistenciales en el Seguro Social de Salud-EsSalud".

3.36 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 103-GCPS-EsSalud-2017 que aprueba la Directiva N°06-GCPS-EsSalud-2017 "Procedimientos para la Evaluación, Calificación y Certificación de Discapacidad en EsSalud".

3.37 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 35-GCPS-ESSALUD-2021 que aprueba el "Documento Técnico Orientador para la Atención de pacientes con oxigenoterapia de alto flujo en ambientes de atención crítica temporal del Seguro Social de Salud-ESSALUD"

3.38 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 45-GCPS-ESSALUD-2021 que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Gestión y uso de oxígeno medicinal en el Seguro Social de Salud-ESSALUD"

3.39 Resolución de Gerencia Central de Prestaciones de Salud N° 49-GCPS-ESSALUD-2021 que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para el Control de Calidad del Oxígeno Medicinal en el Seguro Social de Salud-ESSALUD".

Artículo 4. Ámbito de Aplicación

El presente Documento Técnico es de aplicación y cumplimiento en todas las Redes Prestacionales/Asistenciales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud-ESSALUD; propias, de terceros o bajo modalidad de Asociación Público - Privada (APP).

Artículo 5. Definiciones

5.1 **Actividades de la Vida Diaria (AVD):** Son todas aquellas actividades, gestos y hábitos realizados cotidianamente por un individuo con el objeto de cuidar de sí mismo (cuidados personales) y que son básicas para su independencia personal.

Pueden ser subdivididas en dos categorías: Elementales: Que incluye la alimentación, higiene personal, uso de inodoros-ducha-bañera, vestido, deambulación. Instrumentales: Incluye tareas domésticas, transporte, transferencias - movilización – desplazamientos, comunicación.

5.2 **Cánula de Alto Flujo[1]:** La Cánula Nasal de Alto-Flujo (CNAF) es un soporte respiratorio no invasivo diseñado para suministrar flujos entre 30 y 60 l/min. Su potencial atractivo se basaba en su comodidad y mayor adherencia al tratamiento. Diferentes estudios recientes mostraron resultados donde CNAF no es inferior al tratamiento con VMNI (Ventilación Mecánica No Invasiva).

5.3 **Cicloergómetro[2]:** Equipo que permite la realización de contracciones dinámicas controladas. Se puede ajustar a piernas o brazos. Tiene diferentes modos de operación: pasivo, con asistencia mediante servomotores y activo.

5.4 **Clasificación de los pacientes según Nivel de Riesgo para COVID-19[3]:**

- RIESGO BAJO:

  Se considera la atención de los pacientes que no precisaron de ingreso hospitalario y no presentan factores de riesgo adicionales.

- RIESGO MODERADO:

  Se considera la atención de pacientes que no precisaron de ingreso hospitalario y presentan algún factor de riesgo adicional; pacientes que precisaron ingreso, hospitalario o domiciliario y no presentan factores de riesgo adicionales.

- RIESGO ALTO:

[1] Colaianni N., Castro M., (2019) Cánula nasal alto-flujo (CNAF): Puesta al día. Archivos de Medicina. 15, 1-8.
[2] Ergómetro para extremidades superiores e inferiores: Servicios científico-técnicos de la UPC. Universidad Politécnica de Catalunya. Barcelona. Recuperado el 23 de junio de 2021, de UPC.EDU. Website: https://www.upc.edu/sct/es/equip/112/ergometro-extremidades-superiores-inferiores.html
[3] Documento para la atención integral al paciente post-COVID (2020). Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Website http://www.sepsiq.org/file/InformacionSM/2020-Sedisa-DocumentoAtencionIntegralPost-Covid.pdf

Se considera la atención de Pacientes que han precisado de ingreso hospitalario y que al alta presenta alguno o algunos de los factores de riesgo identificados.

5.5 CPAP (CONTINUOUS POSITIVE AIRWAY PRESSURE): Es una presión positiva continua durante la inspiración y la espiración. Se aplica en modalidades de ventilación espontánea. Las maquinas que proporcionan CPAP utilizan un tubo y una mascarilla o un dispositivo nasal para proporcionar una presión constante y estable.

5.6 Cuestionario de Colaboración (S5Q): Evalúa la capacidad de compresión de órdenes, realiza 5 preguntas y según las respuestas elabora la calificación.

5.7 Debilidad Adquirida en la UCI (DAUCI): Es la presencia de polineuropatía, miopatía o ambas, producida por disminución de la excitabilidad neuromuscular, debilidad muscular generalizada y un destete difícil de la ventilación mecánica, se asocia con alta morbimortalidad y la estancia prolongada en la unidad de cuidados intensivos.

5.8 Delirium: Es un estado de alteración mental aguda que se presenta en adultos en estado crítico en la unidad de cuidados intensivos. Se asocia con un tiempo prolongado en ventilación mecánica para ayudar a la respiración.

5.9 Destete Ventilatorio: Es la retirada de la ventilación mecánica para volver a establecer la respiración espontánea.

5.10 Dinamometría de Presión Manual: Es un parámetro que mide la fuerza muscular estática máxima.

5.11 Equipo De Protección Personal (EPP)[4], [5]: Son dispositivos, materiales e indumentaria personal destinados a cada trabajador para protegerlo de uno o varios riesgos presentes en el trabajo y que puedan amenazar su seguridad y salud. Se compone de: mandilón o mameluco; perchera o delantal; respirador; mascarilla quirúrgica: protectores oculares: protector facial; guantes; protector de calzado y gorro, según riesgo ocupacional, siendo estos componentes de uso hospitalario.

5.12 Escala CAM-UCI / Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit[6]: Es un instrumento para la evaluación y monitorización de la confusión mental (delirio) en pacientes de UCI. La confusión mental, que también se denomina delirio, es un cambio en la conciencia de una persona.

5.13 Escala Conductual del Dolor (BPS): Es una escala valoración de dolor basada en indicadores de comportamiento con mayor confiabilidad y validez de criterio para valorar el dolor en pacientes críticos no comunicativos.

5.14 Escala de Agitación-Sedación de Richmond (RASS): Mide el estado de sedación de los pacientes y es altamente utilizada en las áreas críticas y hospitalarias en pacientes bajo sedación médica.

5.15 Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Es un instrumento de autoevaluación más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedad física.

---

4 Resolución Ministerial N° 456-2020 del Ministerio de Salud (MINSA) que aprueba la NTS N° 161-MINSA/2020/DGAIN "Norma Técnica de Salud para el uso de los Equipos de Protección Personal por los Trabajadores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".

5 Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI/ESSALUD (2020) Recomendaciones para el uso de Equipo de Protección Personal (EPP) por el Personal de Salud Asistencial ante casos sospechosos, probables o confirmados de COVID-19 de marzo 2020.

6 Miranda F, Arevalo-Rodriguez I, Diaz G, Gonzalez F, Plana MN, Zamora J, Quinn TJ, Seron P. (2018) Confusion Assessment Method for the intensive care unit (CAM-ICU) for the diagnosis of delirium in adults in critical care settings. The Cochrane Database of Systematic Reviews (9).

5.16 **Escala de Borg Modificada (MBORG):** Es una escala visual análoga estandarizada que permite evaluar la percepción subjetiva de la dificultad respiratoria o del esfuerzo físico ejercido; no existen estudios que analizan la correlación entre dicha escala y la saturación de oxígeno.

5.17 **Escala de Disnea del Medical Research Council (MRC):** Prueba para valorar grado de disnea que se presenta en la ejecución de actividades de la vida diaria, incluye el caminar.

5.18 **Escala de Glasgow:** Es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.

5.19 **Escala FSS-ICU (Functional Status Score for the Intensive Care Unit)[7]:** Es un instrumento de medición del funcionamiento físico para la unidad de cuidados intensivos basada en sus propiedades psicométricas; válido y confiable en UCI. La FSS-ICU mide exclusivamente actividades funcionales y puntúa el nivel de asistencia física para cada actividad, incluida la marcha.

5.20 **Escala Medical Research Council (MRC):** Es una escala que valora la fuerza muscular del paciente hospitalizado o que acude a la consulta ambulatoria.

5.21 **Escala o Índice de Barthel:** Es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar las actividades de vida diaria (AVD), consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

5.22 **Escala Visual Análoga (EVA):** Permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores.

5.23 **Estimulación Cognitiva**: Es el conjunto de actividades y estrategias de intervención neuropsicológica dirigidas a potenciar la neuroplasticidad del cerebro estimulando las funciones y procesos cognitivos preservados de los diversos componentes de las funciones cognitivas.

5.24 **Estimulación Multisensorial:** Consiste en entregar experiencias sensoriales al paciente, las cuales deben ser placenteras, permitiendo así el procesamiento adecuado de los estímulos, lo que facilitará que la persona tenga suaves transiciones entre los estados de alerta, logrando un nivel óptimo de atención. Los estímulos se entregan de forma externa, intensa y regulada por medio de los distintos canales sensoriales (visual, auditivo, táctil, propioceptivo y olfato-gustativo).

5.25 **IPAP:** La presión positiva continua en la vía respiratoria aplica una presión de soporte uniforme durante la inspiración y la espiración. La presión positiva con 2 niveles en la vía respiratoria es similar a la CPAP, pero alterna niveles distintos de presión en la inspiración y en la espiración.

5.26 **Monitor Multiparámetros**: Es un dispositivo médico destinado a la supervisión de las constantes vitales de un paciente. Se utilizan principalmente en los servicios de cuidados intensivos, de hospitalización o de urgencias.

5.27 **Oxigenoterapia de Bajo Flujo[8]:** El paciente respira una cantidad de aire ambiental junto con el oxígeno. Para que el sistema sea eficaz, el paciente debe ser capaz de mantener un volumen corriente normal, tener un patrón respiratorio normal y ser capaz de cooperar. Los sistemas de flujo bajo son la cánula nasal, mascarilla de oxígeno simple, la mascarilla de respiración con bolsa de reserva.

5.28 **Paciente Crítico[9]:** El paciente crítico es definido por la Sociedad Americana de Medicina Intensiva, como aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia según evolución.

---

[7] González-Seguel F, Camus-Molina A, Leppe J, Hidalgo-Cabalín V, Gutiérrez-Panchana T, Needham DM, et al. Chilean version of the Functional Status Score for the Intensive Care Unit: a translation and cross-cultural adaptation. Medwave 2019;19(1):e7439 doi: 10.5867/medwave.2019.01.7439.

[8] Oxigenoterapia. (s/f). Recuperado el 21 de julio de 2021, de com.mx. Website: https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_1.htm

[9] Society of critical care medicine. Available at: http:// www.myicucare.org/Pages/default.aspx. Accessed September 29, 2014.

5.29 **Presión Espiratoria Máxima (PEMAX)[10]:** La Presión Espiratoria Máxima (PEMax) evalúa a los músculos intercostales y abdominales. La medición se realiza a partir de la espiración teniendo en cuenta la capacidad pulmonar total, contra una vía o equipo ocluido.

5.30 **Presión Espiratoria Positiva (PEP):** La presión espiratoria positiva (PEP) es una forma de fisioterapia torácica que utiliza un dispositivo con una máscara o boquilla y válvula de una vía antirreflujo, que crea una resistencia, conectada al tubo de la espiración.

5.31 **Presión Inspiratoria Máxima (PIMAX)[10]:** La Presión Inspiratoria Máxima (PIMax) es la máxima capacidad para generar una presión pulmonar negativa y evalúa principalmente la fuerza diafragmática. La medición consiste en que el paciente debe generar la máxima presión inspiratoria a partir del volumen residual.

5.32 **Presión Positiva al Final de la Espiración (PEEP):** La presión positiva al final de la espiración (PEEP) es una técnica mecánica que a menudo se utiliza al ventilar a un paciente inconsciente. Impide que ésta retorne a la presión atmosférica. Se aplica en modalidades controladas o asistidas.

5.33 **Prueba de Caminata de 6 Minutos (PC6M):** Evalúa de forma integral la respuesta de los sistemas respiratorio, cardiovascular, metabólico, musculoesquelético y neurosensorial al stress impuesto por el ejercicio. La integración funcional se analiza mediante la distancia máxima que un paciente puede recorrer durante un periodo de 6 minutos caminando tan rápido como sea posible.

5.34 **Prueba Levantate y Anda (TEST TIME GET UP AND GO / TIMED UP AND GO TEST (TUG):** Prueba funcional de la movilidad para los pacientes que puedan caminar solos o requerir una ayuda para la marcha. Determina el riesgo de caída.

5.35 **Prueba Sentarse y Levantarse en 1 Min (TEST 1 MIN SIT-TO-STAND (1minSTST):** Prueba que consiste en sentarse y levantarse de una silla sin apoyar las manos tantas veces como sea posible durante 1 minuto con el paciente conectado al oxímetro de pulso.

5.36 **Short Form 12 (SF-12):** Es una escala caracterizada por ser una versión abreviada del cuestionario original con sólo doce ítems (tiempo de aplicación de dos minutos aproximadamente), cuyo objetivo es evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años.

5.37 **Síndrome Post UCI(PICS):** Es aquella situación que afecta a pacientes que sobreviven a su estancia en la unidad de cuidados intensivos y que al recibir el alta de la UCI presentan secuelas físicas, cognitivas y psíquicas que impactan de forma negativa en su calidad de vida, así como en la de sus familiares y cuidadores.

5.38 **Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación (SAAC)[11]:** Son instrumentos de intervención educativa y logopédica dirigidos a personas con alteraciones diversas de comunicación y/o lenguaje. Tienen como objetivo la enseñanza de un conjunto de estructuras de códigos no vocales, que permitirán establecer o ampliar las posibilidades de comunicación de personas con déficit o incapacidad para hablar, fomentando así su autoestima y autonomía personal y social.

5.39 **Sistema Estomatognático[12]:** Unidad morfofuncional constituida por un conjunto de estructuras esqueléticas, musculares y otras que participan en las funciones de succión, masticación, salivación, deglución y comunicación verbal.

---

[10] Mora-Romero U.J., Gochicoa-Rangel L. y cols. (2014). Neumología y Cirugía de Tórax. 73(4). 247-253

[11] UNIR REVISTA (2020). Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) Recuperado de https://www.unir.net/educacion/revista/los-sistemas-aumentativos-y-alternativos-de-comunicacion-saac/

[12] Fisioterapia orofacial: sistema estomatognático. Recuperado el 21 de julio de 2021. Website: https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/diego-minambres/fisioterapia-orofacial-sistema-estomatognatico/

5.40 **Test de Equilibrio 4SBT (The 4-Stage Balance Test= Test/ Prueba 4-SBT)**: La prueba de equilibrio de 4 etapas. La prueba tiene el propósito de evaluar el equilibrio estático en posición de pie. Requiere de un cronómetro y se basa en posiciones de los pies en bipedestación de dificultad creciente, sirve para valorar el riesgo de caídas.

5.41 **Ventilación Espontánea:** Es el proceso fisiológico mediante el cual se realiza el intercambio gaseoso entre el medio externo y los espacios alveolares.

5.42 **Ventilación Mecánica:** Es un sistema de soporte vital cuya eficacia está claramente establecida. Su utilidad radica en que es capaz de mantener la ventilación alveolar cuando el paciente no puede sostenerla por más tiempo, es decir, cuando aparece insuficiencia respiratoria.

CAPITULO II
ÓRGANOS RESPONSABLES

Artículo 6. El Gerente/Director de la Red Prestacional/Asistencial es responsable de:

6.1. Planificar, controlar y evaluar en el ámbito de su competencia las acciones y estrategias para la implementación y cumplimiento del presente documento técnico a nivel de la Red Prestacional /Asistencial.

6.2. Gestionar en coordinación con las áreas correspondientes, la implementación de la mejora de los procesos para la atención de los pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19.

6.3. Gestionar los recursos para la atención de Rehabilitación Integral del paciente con COVID-19, teniendo en cuenta la demanda de atención y oferta disponible.

Artículo 7. El Gerente/Director de la IPRESS es responsable de:

7.1. En el ámbito de sus competencias, dirige, planifica, controla, organiza y ejecuta las acciones para la atención de rehabilitación de los pacientes con diagnóstico de COVID-19.

7.2. Es responsable de la gestión de los recursos humanos, logísticos, tecnológicos, organización y programación del personal a su cargo para la atención de Rehabilitación integral de los pacientes con COVID-19.

Artículo 8. El Jefe de Departamento y/o Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, es responsable de:

8.1. Realizar la programación del recurso humano y requerimiento de materiales e insumos para la atención de Rehabilitación de los pacientes con COVID-19.

8.2. Coordinar con los CERPs y PADOMI para la atención de Rehabilitación socio-laboral y domiciliaria del paciente con COVID-19 respectivamente.

8.3. Programar y realizar capacitaciones virtuales para el personal del Servicio, para la implementación de este documento técnico.

8.4. Realizar el monitoreo y supervisión del cumplimiento de lo dispuesto en el presente Documento Técnico en su ámbito de competencia.

CAPITULO III
DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 9: Equipo Multidisciplinario de Medicina Física y Rehabilitación

El equipo multidisciplinario está conformado por: Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Tecnólogo médico (TM) en Terapia Física y Rehabilitación, Tecnólogo médico (TM) en Terapia Ocupacional y Tecnólogo médico (TM) en Terapia del Lenguaje.

El Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación es el profesional que dirige al equipo multidisciplinario y realiza las coordinaciones con los especialistas, según se requiera, de las áreas críticas, hospitalarias, ambulatorias y domiciliarias, para definir el manejo conjunto de los pacientes afectados por el SARS-CoV-2.

Asimismo, se realiza coordinación con los Servicios de Psicología, Trabajo Social y Nutrición si el caso lo amerita.

CAPITULO IV
DISPOSICIONES ESPECIFICAS

A. REHABILITACION DEL PACIENTE CON SARS-COV-2 EN LA UCI

Artículo 10. Manejo de Rehabilitación en UCI:

10.1 Intervención del Médico de Medicina Física y Rehabilitación

Luego de determinar la estabilidad hemodinámica, respiratoria y neurológica del paciente crítico, el médico especialista en rehabilitación, evaluará al paciente utilizando las diferentes escalas de valoración o medidas de resultado, llegará a un diagnóstico funcional y establecerá los objetivos y metas de rehabilitación; finalmente elaborará el plan de tratamiento integral e individualizado del paciente.

- **Escalas o Medidas de Resultado**: La evaluación integral de los pacientes en UCI, incluye la aplicación de escalas de valoración medibles, con el fin de realizar la prescripción de las distintas terapias.

MEDIDAS DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO CON SARS-COV-2[13]	
Funciones Vitales	Monitor multiparámetros
Conciencia y colaboración	Escala de coma de Glasgow, Escala de agitación - sedación de Richmond (RASS), Cuestionario de colaboración (S5Q)
Dolor	Escala visual análoga (EVA), Escala conductual del dolor (BPS)
Delirium	Escala CAM –UCI
Función respiratoria	PiMax y PeMax
Fuerza muscular periférica	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC), dinamometría
Disnea	Escala de Borg modificada (mBORG)
Independencia funcional	FSS-UCI
Ansiedad	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

[13] Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF). Recomendaciones sobre Movilización Precoz y Rehabilitación Respiratoria en la COVID-19. Disponible en: https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/05/RECOMENDACIONES-SEMICYUC-SERMEF.pdf

CRITERIOS DE ESTABILIDAD CLÍNICA
Sistema respiratorio • Posición en decúbito supino y sin relajantes neuromusculares ≥24 horas. • $FiO_2 \leq 0.6$ • $SpO_2 \geq 90\%$ • Frecuencia Respiratoria ≤ 30 rpm • PEEP≤12 cm H2O
Sistema Cardiovascular • Presión arterial sistólica ≥ 90 mmHg o ≤ 180 mmHg • Presión arterial media ≥ 65 mmHg o ≤ 110 mmHg • Frecuencia cardíaca ≥ 40 lpm o ≤ 120 lpm • Ausencia de arritmias de reciente aparición o de isquemia miocárdica. • Ausencia de signos de shock
Sistema Nervioso • Puntuación entre -2 a +1 en la escala de Agitación de Richmond (para movilización activa) • Ausencia de delirium (CAM-UCI negativo)

SpO_2: Saturación de oxígeno pulsioximetría. PEEP: Presión positiva al final de la espiración.

Contraindicaciones:

- No se aconseja realizar movilización con dosis de noradrenalina superiores a 0,2 µg/kg/min o de dobutamina superiores a 8 µg/kg/min.
- Las contraindicaciones propias de la TERAPIA RESPIRATORIA.

- **<u>Criterios de Interrupción de Movilización Precoz</u>**: Puede deberse a la negativa del paciente, a la aparición de eventos adversos o a la inestabilidad del paciente.

Eventos adversos:

- Extubación accidental
- Retiro accidental de accesos vasculares u otros dispositivos (sonda nasogástrica, drenajes)
- Inestabilidad del paciente:
- Detección de fiebre (temperatura central ≥ 38,3°C)
- Frecuencia cardíaca < 40 lpm o > 120 lpm
- Aparición de taquiarritmia o isquemia miocárdica
- Presión arterial sistólica > 200 mm Hg o < 90 mm Hg
- Presión arterial media < 60 mm Hg o >110 mm Hg
- Aumento progresivo de dosis de vasoactivos durante las sesiones o aparición de signos de mala perfusión periférica
- Frecuencia respiratoria < 5 rpm o > 40 rpm
- SpO2 < 88%
- Aparición de asincronías paciente-respirador
- Delirium hiperactivo, agitación o aparición de coma

- **<u>Criterios para la Indicación de Terapia Respiratoria</u>:**

Criterios de Inclusión:

- Presencia de neumonía o infección de vías bajas, con necesidad de mayor aporte de O2, dificultad respiratoria, episodios de tos grave frecuente o productiva, condensación visible en Rx, TAC o US. Tos productiva débil y/o evidencia de neumonía y/o retención de secreciones.

Criterios de Exclusión:

- Neumonía que presente las siguientes características: Demanda de escaso aporte de O2 (por ejemplo, flujo de O2 ≤ 5l/min para SpO2≥90%), tos no productiva, paciente que tose y es capaz de expulsar secreciones.

- **Weaning o Destete:** Se define como el periodo de transición y retiro del soporte ventilatorio con presión positiva una vez que se ha resuelto la falla respiratoria aguda. Para su realización es requisito fundamental la recuperación de la ventilación espontánea sostenible.

Criterios para el Destete y Extubacion

Sedación / Conciencia:
• SAS 4 • RASS -2 a 1 • GCS > 8 puntos
Respiratorio:
• Establecer la Presión de soporte necesaria para mantener Vt @ 6 ml/kg de peso ideal. • PEEP ≤10 cmH2O • Gases arteriales: descartar hipoxemia (PaO2≥ 80 mmHg) • Evaluar adecuada excursión torácica sin uso de musculatura accesoria. • Capnografia Volumétrica: Vd/Vt < 0.6 • Frecuencia respiratoria < 30 rpm
Hemodinámico:
• Presión arterial sistólica <180 mmHg • Presión arterial diastólica <90 mmHg • FC < 100 lpm

10.2 Intervención de Terapia Física: Realizada por el TM de Terapia Física y Rehabilitación:

10.2.1. **Cuidado Postural**

La postura correcta, es toda aquella que no sobrecarga la columna ni a ningún otro elemento del aparato locomotor, tiene como finalidad evitar una postura viciosa, que sobrecarga las estructuras óseas, tendinosas, musculares, vasculares, etc.

En caso de pacientes con COVID–19 se debe tener un permanente cuidado en las diversas posturas especialmente en la postura en prono vigil, para prevenir las posibles secuelas musculoesqueléticas.

10.2.2. **Movilización Precoz**

La movilización precoz se define como la "actividad física suficiente para provocar efectos fisiológicos agudos que mejoran la ventilación, perfusión, metabolismo muscular y estado de alerta y son contramedidas para la estasis venosa y la trombosis venosa profunda". Debe iniciarse dentro de los primeros 2 a 5 días de una enfermedad o lesión grave.

La implementación de la movilización precoz puede lograr resultados funcionales favorables, interviniendo en la reducción progresiva de la sedación, en la prevención del delirio y facilitar el proceso de separación del ventilador mecánico.

Comprende todos los ejercicios y estrategias de movilización como la kinesioterapia, elongamiento muscular, sedestación, control de tronco, transferencias en la cama, y según evolución del paciente continuar cicloergometría.

10.2.3. **Fisioterapia Respiratoria / Fisioterapia Cardiorespiratoria**

La fisioterapia cardiorespiratoria tiene como finalidad facilitar la eliminación de las secreciones traqueobronquiales, disminuir la resistencia de la vía aérea, reducir el trabajo respiratorio, mejorar el intercambio gaseoso y aumentar la tolerancia al ejercicio.

Dentro de las intervenciones tenemos:

1. ***Maniobras Fisioterapéuticas Instrumentales***
2. ***Maniobras Fisioterapéuticas no instrumentales***
3. ***Ejercicios Terapéuticos para el acondicionamiento del sistema cardiorespiratorio***

La Fisioterapia Respiratoria es la utilización de un conjunto de recursos biotecnológicos para optimizar la función respiratoria del paciente con COVID-19 grave. Se interviene al paciente en Ventilación Mecánica Invasiva, Ventilación Mecánica No Invasiva, Portadores de Cánula de Alto Flujo o similares.

Entre las técnicas se consideran:

a. Técnicas de higiene bronquial

La indicación de la higiene bronquial debe basarse en el diagnóstico funcional, el impacto de la retención de secreciones en la función pulmonar, la dificultad para expectorar, el nivel de cooperación y el estado funcional del paciente; que permitan al profesional elegir el método más efectivo y menos dañino para el paciente.

Entre las técnicas de higiene bronquial en pacientes con VM se consideran:

- Incrementan el volumen inspiratorio: Posicionamiento, movilización, Manual o hiperinsuflación con el ventilador.
- Incrementan el flujo espiratorio: Posicionamiento, compresión torácica, movilización, tos con el asistente manual y tos con el asistente mecánico, Manual o hiperinsuflación con el ventilador, PEEP Y ZEEP.
- Incrementan la capacidad residual funcional: Posicionamiento y PEEP.

Entre las técnicas de higiene bronquial en pacientes con VS se consideran:

- Incrementan el Volumen Inspiratorio: Posicionamiento, hiperinsuflación manual, movilización y ejercicios respiratorios.
- Incrementan el Flujo Espiratorio: Posicionamiento, hiperinsuflación manual, movilización, tos con el asistente manual y tos con el asistente mecánico, tos y jadeo y ejercicios respiratorios.
- Oscilación: Percusión, vibración y HFOO
- Incrementan la capacidad residual funcional: Posicionamiento, CPAP, EPAP Y PEP

b. Técnicas de expansión pulmonar

La terapia de expansión pulmonar está especialmente dirigida a aumentar el volumen pulmonar, incrementando la gradiente de presión transpulmonar, ya sea reduciendo la presión pleural o aumentando la presión intraalveolar. Por lo tanto, los pacientes con ventilación espontánea o ventilación mecánica, que utilizan sus músculos respiratorios o dispositivos que crean presión intraalveolar positiva, pueden beneficiarse de esta técnica.

Entre las técnicas de expansión pulmonar se incluyen:

- Posicionamiento
- Reexpansión pulmonar en ventilación espontánea
- Procedimientos que reducen la presión pleural: ejercicios respiratorios
- Procedimientos que incrementan la presión alveolar: fase inspiratoria (IPPB), fase espiratoria (EPAP) y fase inspiratoria y espiratoria (CPAP y Bi-level)
- Reexpansión pulmonar en ventilación mecánica: PEEP
- Hiperinsuflación: manual y con el ventilador

c. Técnicas de entrenamiento de musculatura respiratoria:

- Técnicas de entrenamiento de musculatura inspiratoria en ventilación espontánea.
- Técnicas de entrenamiento de musculatura inspiratoria en ventilación mecánica. (12)

Se participa también en el Destete de Ventilación mecánica y Entubación, además en la Decanulación de Traqueostomía previa valoración por el Equipo Multidisciplinario.

10.3 Intervenciones de Terapia Ocupacional: Realizada por el TM de Terapia Ocupacional:

10.3.1 **Posicionamiento**

Para una alineación biomecánica adecuada, mantenimiento de rangos articulares, prevenir rigidez, úlceras de presión y edema, se considera el uso de aditamentos como cuñas y topes anti equinos.

10.3.2 **Estimulación Multisensorial**

Para mantener el estado de alerta, la atención y el ciclo sueño-vigilia, para prevenir la deprivación o sobrecarga sensorial y canalizarlos hacia actividades significativas como AVD y praxias.

10.3.3 **Estimulación Cognitiva**

Estimulación precoz de las funciones cognitivas como: orientación, atención, funciones ejecutivas, cálculo, praxias, lenguaje y memoria.

10.3.4 **Actividades Funcionales**

Activación progresiva en los segmentos del miembro superior mediante la ejecución de actividades pasivas y/o asistidas.

10.3.5 **Actividades De Vida Diaria**

Entrenamiento precoz de patrones de actividades de vida diaria básicas

10.4 Intervenciones de Terapia de Lenguaje: Realizadas por el TM de Terapia de Lenguaje:

10.4.1. **Control Postural Orofacial**

Conjunto de acciones que permiten generar la alineación del paciente facilitando la aparición de los mecanismos protectivos.

10.4.2. **Regulación Orofacial:**

Técnica orientada a la preparación neuromuscular de las cadenas orolinguofaciales responsables de las funciones del sistema estomatognático haciendo uso de recursos manuales.

10.4.3. **Entrenamiento de la Motricidad Orofacial**

Secuencia de ejercicios generales y específicos que realiza el paciente cuyo objetivo es la activación funcional de la deglución y fonación.

10.4.4. **Sistema Aumentativo y Alternativo de Comunicación**

Conjunto de estrategias que permite al paciente mantener una comunicación efectiva con las personas del entorno.

10.4.5. **Entrenamiento de Actividad Fonatoria**

Secuencia de acciones para mejorar la voz y la fonación

B. REHABILITACION DEL PACIENTE CON SARS-COV-2 EN HOSPITALIZACION

Artículo 11. Manejo de Rehabilitación en Áreas Hospitalarias:

11.1. **Intervención del Médico de Medicina Física y Rehabilitación:**

- Valora, prescribe y monitoriza a los posibles candidatos a dispositivos de alto flujo, en coordinación con otros especialistas (Ver anexo 17)
- Valora y monitoriza a los pacientes con oxigenoterapia de bajo flujo y a los provenientes de las unidades críticas.
- Diseña el programa de Rehabilitación individualizado
- Valora la necesidad de uso de oxígeno domiciliario en conjunto con Neumología.

MEDIDAS DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO CON SARS-COV-2 [13]	
Funciones Vitales	Datos de Historia Clínica: PA, FR, FC, T°
Conciencia y colaboración	Escala de Glasgow, Escala de agitación-sedación de Richmond (RASS), Minimental Test, Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)
Dolor	Escala visual análoga (EVA)
Función respiratoria	Saturación de Oxígeno, Escala de Borg modificada (mBORG), Escala modificada de disnea (MMRC), Índice de Rox, Índice de Cabrini.
Fuerza muscular periférica	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC), Dinamometría
Independencia funcional	Índice o Escala De Barthel
Equilibrio	Test de Equilibrio 4SBT
Calidad de vida relacionada a la salud	Short Form-12 (SF-12)
Ansiedad	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

Criterios de Interrupción de las Sesiones de Rehabilitación en Hospitalización [13]

Eventos Adversos

- Retirada accidental de accesos vasculares u otros dispositivos (sonda nasogástrica, drenajes.)
- Caída al suelo u otra superficie firme

Inestabilidad del Paciente:

Las sesiones deberán interrumpirse si se producen las siguientes situaciones:

- Detección de fiebre (temperatura central ≥38,3° C)
- Frecuencia cardíaca < 40 lpm ó > 120 lpm
- Aparición de taquiarritmia o isquemia miocárdica
- Presión arterial sistólica >180 mmHg ó < 90 mmHg
- Presión arterial media < 65 mmHg ó >110 mmHg
- Aumento progresivo de dosis de vasoactivos durante las sesiones o aparición de signos de mala perfusión periférica.
- Frecuencia respiratoria < 5 rpm ó > 40 rpm
- SpO2 <88%
- Delirium hiperactivo, agitación o aparición de coma.

- Puntuación de escala de BORG >3 (total de 10 puntos)
- Opresión en el pecho, eructos, mareos, dolor de cabeza, visión poco clara, palpitaciones, sudoración, incapacidad para mantener el equilibrio, etc.

Otros:

- Indicación del médico tratante

11.2. **Intervención de Terapia Física:** Realizada por el TM de Terapia Física y Rehabilitación:

- Fisioterapia respiratoria / Fisioterapia Cardiorespiratoria: Maniobras fisioterapéuticas Instrumentales, maniobras fisioterapéuticas no instrumentales, manejo de secreciones, técnicas de reexpansión torácica, entrenamiento de musculatura inspiratoria.
- Manejo postural y mantenimiento de rangos articulares (ROM)
- Reeducación neuromuscular: sedestación, bipedestación, balance, entrenamiento de marcha
- Ejercicios terapéuticos funcionales: flexibilidad, fuerza muscular, resistencia, coordinación y equilibrio.

11.3. **Intervención de Terapia Ocupacional:** Realizada por el TM de Terapia Ocupacional:

- Posicionamiento: Para una alineación biomecánica adecuada, mantenimiento de rangos articulares, prevenir rigidez, úlceras de presión y edema, se considera el uso de aditamentos como cuñas y topes anti equinos.
- Entrenamiento en las Actividades de Vida Diaria (AVD), cuidado e higiene personal básica.
- Confección de dispositivos: Elaboración y ajuste de ortéticos que garantizan el manejo postural de las extremidades y uso de material para la integridad de la piel.
- Trasferencias: Traslados (de la cama a una silla, sentado en una silla, etc.); optimizar la posición del paciente en la cama y en el asiento. Entrenamiento en el uso de ayudas para la marcha.
- Manejo del déficit cognitivo incluye: Reorientación, Entrenamiento de habilidades específicas, Habilidades metacognitivas, Habilidades sociales y entrenamiento en tareas específicas.
- Estimulación multisensorial: Estimulación y control de los estímulos sensoriales a nivel táctil, auditivo, propioceptivo, vestibular y visual para mejorar funciones de alerta, protección y discriminación sensorial básicas para el autocuidado e interacción con el entorno.
- Actividades Funcionales: Actividades asistidas, semiasistidas o activas de miembro superior y mano orientados a mejorar rango articular, fuerza, control de movimiento y praxis para la manipulación de materiales, dispositivos o herramientas del uso en la AVD.

11.4. **Intervención de Terapia de Lenguaje:** Realizada por el TM de Terapia de Lenguaje:

- Higiene oral: consiste en el retiro de secreción y otros restos que se encuentren en la cavidad bucal, evitando la contaminación durante la ingesta de alimentos.
- Entrenamiento de la motricidad orofacial: cuyo objetivo es la activación funcional. (UCI, hospitalización)
- Estabilización laríngea: Técnica orientada a contribuir a la activación de los mecanismos de seguridad el proceso deglutorio y mejoras en la calidad vocal a través de recursos manuales o tecnológicos.
- Alimentación no nutritiva – nutritiva, acciones que facilitan el proceso de la deglución activando las estructuras orales, para facilitar la deglución de acuerdo al volumen y viscosidad del alimento.
- Estimulación cognitiva, actividades que facilitan el entrenamiento de la memoria, razonamiento, lenguaje, etc.
- Reeducación del lenguaje: Expresivo y comprensivo

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD - V°B° - VILLANUEVA A. - GERENTE CENTRAL - ESSALUD
Gerencia de Políticas y Normas de Atención Integral de Salud-GCPS - V° B° - J. ZANABRIA C. - GERENTE - ESSALUD
SUBGERENCIA DE PRESTACIONES ESPECIALIZADAS - V°B° - I. SALAS A. - SUBGERENTE - GPNAIS-GCPS-ESSALUD

C. REHABILITACION DEL PACIENTE CON SARS-COV-2 EN CONSULTORIO EXTERNO

Artículo 12. Manejo de Rehabilitación por Nivel de Atención en Áreas Ambulatorias

12.1. **Primer Nivel de Atención:**

Se considera la atención de los pacientes que no precisaron de ingreso hospitalario y no presentan factores de riesgo adicionales.[14]

12.1.1. **Intervención del Médico de Medicina Física y Rehabilitación**

La evaluación por el médico rehabilitador o el médico capacitado en Rehabilitación debe consistir en realizar una evaluación integral del paciente en la cual se considera las siguientes medidas de resultado.

MEDIDAS DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION AMBULATORIO CON SARS-COV-2[13]

PARAMETROS	CONSULTA PRESENCIAL	TELECONSULTA
Funciones Vitales	Datos de Historia Clínica: PA, FR, FC, T°	Datos proporcionados por el paciente, si cuenta con los equipos necesarios: PA, FR, FC, T°
Conciencia y colaboración	Minimental Test.	Minimental Test
Dolor	Escala visual análoga (EVA)	Escala visual análoga (EVA)
Función respiratoria	Saturación de Oxígeno, Escala de Borg modificada (mBORG), Test 1 min Sit To Stand (1Mstst)	Datos de saturación de oxigeno proporcionados por el paciente, si cuenta con el dispositivo necesario. Escala de Borg modificada (mBORG), Test 1 min Sit To Stand (1Mstst)
Fuerza muscular periférica	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC), Dinamometría	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC)*
Independencia funcional	Índice o Escala De Barthel	Índice o Escala De Barthel
Equilibrio	Test de Equilibrio 4SBT	
Calidad de vida relacionada a la salud	Short Form-12 (SF-12)	Short Form-12 (SF-12)

(*) solo valorable hasta el grado 3

Al término de la evaluación se obtendrán los diagnósticos de rehabilitación y se diseñará un Plan de tratamiento personalizado de los pacientes post COVID-19 (ficha terapéutica), así como las interconsultas a las especialidades que sean necesarias y la evaluación de nutrición, psicología o servicio social si se requiere.

12.1.2. **Intervención de Terapia Física**[15] Realizada por el TM de Terapia Física y Rehabilitación:

[14] Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Madrid (2020). Documento para la atención integral al paciente post-COVID. Disponible en http:// www.sepsiq.org/file/InformacionSM/2020-Sedisa-DocumentoAtencionIntegralPost-Covid.pdf

- Aplicación de Agentes físicos según se requiera y de acuerdo a la disponibilidad (atención presencial).
- Ejercicios respiratorios para mejorar la expansibilidad torácica y la respiración diafragmática.
- Ejercicios terapéuticos funcionales: flexibilidad, fuerza muscular, resistencia, coordinación y equilibrio
- Educación de estilo de vida saludable.

12.2. **Segundo Nivel de Atención:**

Se considera la atención de:

- Pacientes que no precisaron de ingreso hospitalario y presentan algún factor de riesgo adicional [14]
- Pacientes que precisaron ingreso, hospitalario o domiciliario y no presentan factores de riesgo adicionales [14]

12.2.1. **Intervención del Médico de Medicina Física y Rehabilitación**

La evaluación por el médico rehabilitador debe consistir en realizar una evaluación integral del paciente en la cual se considera la anamnesis.

MEDIDAS DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION AMBULATORIO CON SARS-COV-2[13]

PARAMETROS	CONSULTA PRESENCIAL	TELECONSULTA
Funciones Vitales	Datos de Historia Clínica: PA, FR, FC, T°	Datos proporcionados por el paciente, si cuenta con los equipos necesarios: PA, FR, FC, T°
Conciencia colaboración	Minimental Test, Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)	Minimental Test, Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)
Dolor	Escala visual análoga (EVA)	Escala visual análoga (EVA)
Función cardiorespiratoria	Saturación de Oxígeno, Escala de Borg modificada (mBORG), Test de caminata 6 min, PiMax y PeMax	Datos de saturación de oxigeno proporcionados por el paciente, si cuenta con el dispositivo necesario. Escala de Borg modificada (mBORG)
Capacidad Aeróbica	Test del escalón	Test del escalón
Fuerza mus periférica	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC), Prueba Muscular Manual (PMM), Dinamometría, 1RM Tren Superior, Press de Banca (fuerza de MMSS), Resistencia de fuerza isométrica en minisentadilla (fuerza en MMII)	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC)*, Prueba Muscular Manual (PMM), Dinamometría, 1RM Tren Superior, Press de Banca (fuerza de MMSS), Resistencia de fuerza isométrica en minisentadilla (fuerza en MMII
Independencia funcional	Índice o Escala De Barthel, Post-Covid-19-Funcional Status (PCFS)	Índice o Escala De Barthel, Post-Covid-19-Funcional Status (PCFS)
Equilibrio	Test de Equilibrio 4SBT, Escala de equilibrio de Berg	

[15] Guerra J.L., Aldrete Velasco J., Camacho Silva B., Rábago Pinedo J. Guía práctica para la Rehabilitación Respiratoria, muscular y neurosensorial del paciente con alta tras infección moderada a severa por COVID-19. Disponible en http://acise.cat/wp-content/uploads/2021/02/Guia-Rehabilitacion-COVID19-Viatris-Enero-2021-nuevo-.pdf

Calidad de vida relacionada a la salud	Short Form-12 (SF-12)	Short Form-12 (SF-12)
Fonación, deglución y componente sensorial.	Evaluación de los órganos fonoarticulatorios y de la deglución. Evaluación de la sensibilidad a la presión, tacto y dolor. VHI-10, EAT-10	Evaluación de los órganos fonoarticulatorios y de la deglución. VHI-10, EAT-10

(*) solo valorable hasta el grado 3

Al término de la evaluación se obtendrán los diagnósticos de rehabilitación y se diseñará un Plan de tratamiento personalizado de los pacientes post COVID-19 (ficha terapéutica), Prescripción de ortéticos y/o ayudas biomecánicas, así como las interconsultas a las especialidades que sean necesarias y la evaluación de nutrición, psicología o servicio social si se requiere.

En aquellos pacientes post COVID-19 con secuelas permanentes y luego de haber recibido por lo menos 6 meses tratamiento de Rehabilitación, el medico certificador iniciara el proceso de Evaluación, Calificación y Certificación de la Discapacidad a solicitud del paciente

12.2.2. **Intervención de Terapia Física:** Realizada por el TM de Terapia Física y Rehabilitación:

- Fisioterapia Respiratoria/ Fisioterapia Cardiorespiratoria: Ejercicios respiratorios sobre todo aquellos que salieron de hospitalización: mejorar patrón respiratorio, aumentar movilidad diafragmática y costal, técnicas de higiene bronquial, maniobras de expansión pulmonar
- Aplicación de agentes físicos según se requiera y de acuerdo a la disponibilidad (atención presencial).
- Ejercicios terapéuticos funcionales: flexibilidad, fuerza muscular, resistencia, coordinación y equilibrio.
- Reeducación neuromuscular: sedestación, bipedestación, balance, entrenamiento de marcha
- Educación de estilo de vida saludable.

12.2.3. **Intervención de Terapia del Lenguaje:** Realizada por el TM de Terapia de Lenguaje:

- Entrenamiento de la motricidad orofacial: Secuencia de ejercicios generales y específicos que realiza el paciente cuyo objetivo es la activación funcional.
- Estabilización laríngea, contribuye a la activación de los mecanismos de seguridad el proceso deglutorio y mejoras en la calidad vocal a través de recursos manuales o tecnológicos.
- Estimulación cognitiva para facilitan el entrenamiento de la memoria, razonamiento, lenguaje, etc.

12.2.4. **Intervención de Terapia Ocupacional:** Realizada por el TM de Terapia Ocupacional:

- Ejercicios de estimulación multisensorial
- Atención, concentración y memoria
- Entrenamiento en AVD básicas e instrumentales.

12.3. **Tercer Nivel de Atención:**

Se considera la atención de Pacientes que han precisado de ingreso hospitalario y que al alta presenta alguno o algunos de los factores de riesgo identificados [13]

12.3.1. **Intervención del Médico de Medicina Física y Rehabilitación**

La evaluación por el médico rehabilitador debe consistir en realizar una evaluación integral del paciente en la cual se considera la anamnesis.

MEDIDAS DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE DEL TERCER NIVEL DE ATENCION AMBULATORIO CON SARS-COV-2[13]		
PARAMETROS	**CONSULTA PRESENCIAL**	**TELECONSULTA**
Funciones Vitales	Datos de Historia Clínica: PA, FR, FC, T°	Datos proporcionados por el paciente, si cuenta con los equipos necesarios: PA, FR, FC, T°
Conciencia y colaboración	Minimental Test.	Minimental Test
Dolor	Escala visual análoga (EVA)	Escala visual análoga (EVA)
Función cardiorespiratoria	Saturación de Oxígeno, Escala de Borg modificada (mBORG), Test de caminata 6 min, PiMax y PeMax, Prueba del cicloergometro.	Datos de saturación de oxigeno proporcionados por el paciente, si cuenta con el dispositivo necesario. Escala de Borg modificada (mBORG)
Fuerza mus periférica	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC), Prueba Muscular Manual (PMM), Dinamometría	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC)*
Independencia funcional	Índice o Escala De Barthel	Índice o Escala De Barthel
Equilibrio	Test de Equilibrio 4SBT, Escala de equilibrio de Berg	
Calidad de vida relacionada a la salud	Short Form-12 (SF-12)	Short Form-12 (SF-12)
Fonación, deglución y componente sensorial.	Evaluación de los órganos fonoarticulatorios y de la deglución. Evaluación de la sensibilidad a la presión, tacto y dolor.	Evaluación de los órganos fonoarticulatorios y de la deglución

(*) solo valorable hasta el grado 3

Al término de la evaluación se obtendrán los diagnósticos de rehabilitación y se diseñará una Estrategia de manejo individualizado de los pacientes post COVID-19 (ficha terapéutica), realizando los estudios electrofisiológicos de ser necesarios. Comprende la Prescripción de ortéticos y/o ayudas biomecánicas, así como las interconsultas a las especialidades que sean necesarias y la evaluación de nutrición, psicología o trabajo social si se requiere.

En aquellos pacientes post COVID-19 con secuelas permanentes y luego de haber recibido por lo menos 6 meses tratamiento de Rehabilitación, el medico certificador iniciara el proceso de Evaluación, Calificación y Certificación de la Discapacidad a solicitud del paciente

12.3.2. **Intervención de Terapia Física:** Realizada por el TM de Terapia Física y Rehabilitación:

- Fisioterapia respiratoria/ Fisioterapia Cardiorespiratoria: Manejo de secreciones, técnicas de reexpansión torácica, entrenamiento de musculatura inspiratoria.
- Aplicación de agentes físicos según se requiera y de acuerdo a la disponibilidad (atención presencial).

- Manejo postural y mantenimiento de rangos articulares (ROM)
- Reeducación neuromuscular: sedestación, bipedestación, balance, entrenamiento de marcha
- Ejercicios terapéuticos funcionales: flexibilidad, fuerza muscular, resistencia, coordinación y equilibrio.

12.3.3. **INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL:** Realizada por el TM de Terapia Ocupacional:

- Entrenamiento en las Actividades de Vida Diaria (AVD) Básicas e Instrumentales
- Confección de ortéticos y adaptaciones
- Transferencias posicionales (de silla de ruedas al asiendo del auto y viceversa), optimizar la posición del paciente en sedente, en bípedo y durante la marcha.
- Actividades Funcionales: Actividades asistidas, semiasistidas o activas de miembro superior y mano orientados a mejorar rango articular, fuerza, control de movimiento y praxis.
- Entrenamiento en el uso de ayudas para la marcha.
- Estimulación cognitiva: orientación, entrenamiento de habilidades metacognitivas y sociales, así como el entrenamiento en tareas específicas.
- Estimulación multisensorial: Aplicación de diversas técnicas orientadas a facilitar el procesamiento y organización sensorial y la interacción del paciente con su entorno a través del estímulo de los canales sensoriales (propioceptivo, visual, auditivo, táctil, olfativo, gustativo y vestibular)

12.3.4. **Intervención de Terapia de Lenguaje:** Realizada por el TM de Terapia de Lenguaje:

- Entrenamiento de la motricidad orofacial: cuyo objetivo es la activación funcional del proceso de masticación, deglución y fonación del paciente con o sin sonda nasogástrica y con o sin tubo de traqueostomía.
- Estabilización laríngea: Técnica orientada a contribuir a la activación de los mecanismos de seguridad el proceso deglutorio y mejoras en la calidad vocal a través de recursos manuales o tecnológicos.
- Alimentación no nutritiva – nutritiva, acciones que facilitan el proceso de la deglución activando las estructuras orales, para facilitar las fases de deglución (oral y faríngea) de acuerdo al volumen y viscosidad del alimento.
- Estimulación cognitiva: actividades que facilitan el entrenamiento de la memoria, razonamiento, lenguaje, etc.
- Pautas de Higiene oral y estado de piezas dentarias: Consiste en el retiro de secreción y otros restos que se encuentren en la cavidad bucal, evitando la contaminación durante la ingesta de alimentos.

D. REHABILITACION DEL PACIENTE CON SARS-COV-2 EN DOMICILIO

Artículo 13. Manejo de Rehabilitación en Domicilio: Se considerarán como pacientes con prioridad los pacientes post COVID severo que cumplan con los criterios de ingreso:

- Pacientes mayores de 70 años
- Pacientes con secuelas neurológicas severas permanentes
- Pacientes con secuelas respiratorias severas permanentes

13.1 **Intervención del Médico de Medicina Física y Rehabilitación**:

La evaluación por el médico rehabilitador debe consistir en realizar una evaluación integral del paciente en la cual se considera las siguientes medidas de resultado.

MEDIDAS DE RESULTADO PARA LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE EN DOMICILIO CON SARS-COV-2[13]		
PARAMETROS	**VISITA DOMICILIARIA**	**TELECONSULTA**
Funciones Vitales	Datos de Historia Clínica: PA, FR, FC, T°	Datos proporcionados por el paciente, si cuenta con los equipos necesarios: PA, FR, FC, T°
Conciencia y colaboración	Minimental Test, Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)	Minimental Test, Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ)
Dolor	Escala visual análoga (EVA)	Escala visual análoga (EVA)
Función respiratoria	Saturación de Oxígeno, Escala de Borg modificada (mBORG), Test 1min Sit To Stand (1mSTST)	Datos de saturación de oxigeno proporcionados por el paciente, si cuenta con el dispositivo necesario. Escala de Borg modificada (mBORG)
Fuerza muscular periférica	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC), Dinamometría	Escala de fuerza muscular de la Medical Research Council (MRC)*
Independencia funcional	Índice o Escala De Barthel, Escala de la Cruz Roja	Índice o Escala De Barthel, Escala de la Cruz Roja
Equilibrio	Test de Equilibrio 4SBT	
Calidad de vida relacionada a la salud	Short Form-12 (SF-12)	Short Form-12 (SF-12)

(*) solo valorable hasta el grado 3

Al término de la evaluación se obtendrán los diagnósticos de rehabilitación y se diseñará un Plan de tratamiento personalizado de los pacientes post COVID-19 (ficha terapéutica), así como las interconsultas a las especialidades que sean necesarias y la evaluación de nutrición, psicología o servicio social si se requiere.

13.2 **Intervención de Terapia Física:** Realizada por el TM de Terapia Física y Rehabilitación:

- Aplicación de agentes físicos para manejo de dolor y estimulación neuromuscular, de acuerdo a la disponibilidad (atención presencial).
- Ejercicios respiratorios: manejo de secreciones, expansibilidad torácica y reeducación respiratoria.
- Manejo postural y mantenimiento de rangos articulares (ROM)
- Reeducación neuromuscular: sedestación, bipedestación, balance, entrenamiento de marcha
- Ejercicios terapéuticos funcionales: flexibilidad, fuerza muscular, resistencia, coordinación y equilibrio.
- Orientaciones básicas en actividades de la vida diaria (AVD).
- Entrenamiento en transferencias posicionales.
- Orientaciones para la confección de dispositivos y colocación de adaptaciones domiciliarias.

- Capacitación al familiar cuidador en: control postural, ejercicios de mantenimiento físico, prevención de caídas, habilidades cognitivas, entre otros.

13.3 **Intervención de Terapia de Lenguaje:** Realizada por el TM de Terapia de Lenguaje:

- Entrenamiento funcional del sistema estomatognático (succión, masticación, deglución, respiración y habla)
- Entrenamiento neuromuscular orofacial (Praxias orofaciales, regulación orofacial y acondicionamiento de las cadenas musculares orofaciales)
- Reforzar la actividad fonatoria para mejorar las capacidades y volúmenes respiratorios.
- Entrenamiento de la coordinación fonodeglutoria
- Entrenamiento del lenguaje comprensivo y expresivo
- Capacitación al familiar cuidador en técnicas facilitadoras para deglución y estimulación del lenguaje.

E. REHABILITACION EN LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL Y SOCIAL (CERPS) Y MÓDULOS BÁSICOS DE REHABILITACIÓN PROFESIONAL Y SOCIAL (MBRPS) DEL PACIENTE POST SARS-COV-2

Artículo 14. Manejo de Rehabilitación en CERPS y MBRPS

14.1. **Modalidad de Ingreso:**

- Derivación desde las IPRESS de EsSalud (de nivel I, II y III): Ficha de derivación
- Inscripción en el portal web de EsSalud: banner de Rehabilitación Online.
- Derivación desde centros laborales o instituciones educativas.

14.2. **Población Objetivo:**

Asegurado con discapacidad de todo ciclo de vida, con antecedente de la infección por COVID19, que requiera intervención para su reinserción educativa, social y laboral.

14.3. **Modalidad de Atención:**

De acuerdo a la normativa vigente, el asegurado se atenderá en alguna de las siguientes modalidades:

- Presencial
- Rehabilitación online

14.4. **Procedimientos y Actividades a ejecutar:**

a) **Evaluación de Rehabilitación Profesional y Social:** Actividad desarrollada por el médico rehabilitador de los CERPS y MBRPS, con la finalidad de verificar la condición de discapacidad en el asegurado, así como identificar las restricciones en la participación de los asegurados. Como parte de la evaluación: Determina el diagnóstico de daño, deficiencia, discapacidad, pronóstico laboral y social. Determina si reúne los criterios de ingreso para la atención del asegurado en los siguientes procedimientos según corresponda. El CORE SET laboral.

b) **Evaluación del Equipo de Rehabilitación Profesional y Social:** Comprendido por el Psicólogo, Trabajadora social, TM de Terapia Física, TM de Terapia del Lenguaje, TM de Terapia Ocupacional y el especialista en desarrollo empresarial; con la finalidad de identificar las deficiencias y restricciones en la participación como consecuencia de la COVID-19 a fin de reintegrarlos oportunamente al ámbito educativo, laboral y social.

c) **Soporte Psicológico de personas con discapacidad post Covid-19:** Intervención psicológica de apoyo emocional breve, cuyo objetivo es sostener y mantener la salud mental del asegurado, frente a circunstancias demandantes o percibidas como adversas, con la finalidad de fortalecer sus capacidades de afrontamiento y favorecer la toma de decisiones. Puede ser brindado de forma individual o grupal.

d) **Reincorporación laboral de personas con discapacidad post COVID-19:** Suministro de medios de soporte que comprenden la orientación profesional, capacitación para el trabajo, colocación selectiva (reconversión y reubicación laboral) y seguimiento posterior, para la obtención y conservación del empleo de personas con discapacidad que han superado el Covid-19, recomendando los ajustes razonables (adaptaciones) correspondientes.

e) **Integración e inclusión a la escolaridad de las personas con discapacidad post COVID19:** Desarrollado por el Psicólogo y la Trabajadora Social quienes coordinan el ingreso o permanencia de una persona con discapacidad en edad escolar en el sistema educativo, como resultado de las intervenciones de los profesionales del MBRPS o CERPS, en coordinación con la institución educativa y la familia.

f) **Mantenimiento de la comunicación:** Desarrollado por el TM en terapia del lenguaje con la finalidad de estimular y/o mantener la comunicación de los niños, adultos y adultos mayores con discapacidad.

Artículo 15. Recomendaciones en Medidas de Bioseguridad en Medicina Física y Rehabilitación:

- Evitar, en la medida de lo posible, el desplazamiento de los pacientes con sospecha de infección COVID-19 o infección confirmada.
- El paciente se desplaza siempre con doble mascarilla quirúrgica y protector facial.
- Minimizar el número de trabajadores de los servicios de Rehabilitación, siempre que sea posible.
- El paciente dependiente debe asistir con un solo familiar o acompañante.
- El personal de salud asistencial deberá hacer uso de Equipo de Protección Personal (EPP) de acuerdo al nivel de riesgo, frente a casos sospechosos, probables o confirmados de COVID-19
- Todo el personal debe recibir entrenamiento en las prácticas de control de infecciones, según corresponda. Esto incluyó técnicas adecuadas de lavado de manos, puesta y retiro de equipos de protección personal (EPP), que incluían gorros, gafas, máscaras N-95, batas o delantales de plástico, guantes y fundas de zapatos.
- Desinfectar todo el material común (ordenadores, teléfonos). En la medida de lo posible, no compartir este material.
- Es fundamental realizar el lavado frecuente y adecuado de las manos. Colocar afiches informativos.
- Colocar frascos con solución hidro-alcohólica, tanto en las áreas de trabajo como en las zonas comunes (accesibles para los pacientes y acompañantes).
- Debe existir una comunicación efectiva entre los servicios hospitalarios y ambulatorios, de forma que todos los casos sospechosos o positivos de infección COVID-19 estén claramente identificados.
- Realizar los procedimientos en ambientes adecuados para la atención de pacientes:
  - Áreas Hospitalarias: UCI, UCIN, hospitalización
  - Áreas Ambulatorias:
    - Consultorio Médico
    - Sala de Procedimientos Médicos
    - Área de agentes físicos
    - Gimnasio adultos y niños
    - Ambiente de terapia ocupacional
    - Ambiente de terapia del lenguaje
    - Ambiente de terapia de aprendizaje

- Ambiente de psicología
- Ambiente de trabajo social

- Domicilio del paciente

ANEXOS

ANEXO N° 1
ESCALA DE GLASGOW

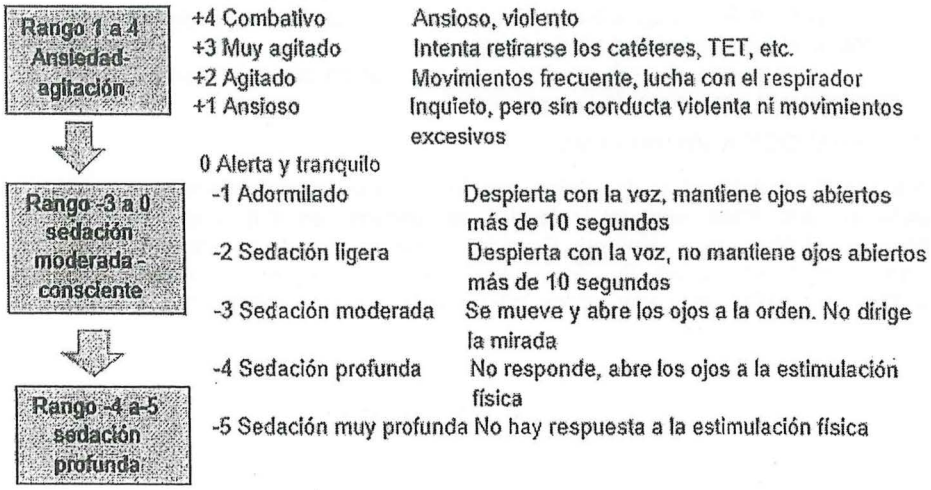
La **Escala de Coma de Glasgow** utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: **la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. Debe desglosarse en cada apartado, y siempre se puntuará la mejor respuesta. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

PARAMETRO	DESCRIPCION	VALOR
ABERTURA OCULAR	ESPONTANEA	4
	VOZ	3
	DOLOR	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADA	5
	CONFUSA	4
	INAPROPIADA	3
	SONIDOS	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA MOTRIZ	OBEDECE	6
	LOCALIZA	5
	RETIRADA	4
	FLEXION	3
	EXTENSION	2
	NINGUNA	1

Fuente: Farreras Rozman, Medicina Interna. 19 Edition-Volumen I. Editorial Elseiver (05/2020).

ANEXO N° 2
ESCALA DE AGITACIÓN-SEDACIÓN DE RICHMOND / RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)

ESCALA RASS (2001)



La administración de sedoanalgesia es esencial en el paciente crítico, especialmente en pacientes tratados con ventilación mecánica (VM), y su finalidad es promover la comodidad del paciente, mejorar la tolerancia al tratamiento y a los cuidados de enfermería, y conseguir objetivos terapéuticos (por ejemplo: control de la presión intracraneal, convulsiones o espasmo bronquial.

Fuente: American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. Crit Care Med. 2013; 41(1): 263-306. Evaluación de la sedación mediante la escala Richmond Agitation Sedation Scale en pacientes con ventilación mecánica de larga duración. Rev ROL Enferm 2015; 38(7-8): 533-538.

ANEXO N° 3
CINCO PREGUNTAS ESTANDARIZADAS/STANDARDIZED FIVE QUESTIONS (S5Q) VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DE COLABORACIÓN DEL PACIENTE

Cada orden es 1 punto. Se puede repetir cada orden hasta 2 veces. Un paciente colaborador y completamente despierto obtiene 5 puntos, que son necesarios para poder evaluar la fuerza muscular.

STANDARDIZED FIVE QUESTION S5Q	
1	Abra y cierre los ojos
2	Míreme
3	Abra la boca y saque la lengua
4	Asienta con la cabeza
5	Eleve las cejas después de que yo haya contado hasta 5

DESPERTAR
Time of Awakening
Funciones de la atención b140.
- Standardized Five Questions S5q (Bernard De Jonghe, 2002)



ANEXO N° 4
ESCALA VISUAL ANALOGICA (EVA)

Consideraciones importantes a la hora de evaluar el dolor:

- Explicar al paciente y a su familia la utilidad de evaluar de forma continuada los síntomas que presenta (facilita toma de decisiones terapéuticas y el control por parte del paciente).
- Determinar el estado cognitivo del paciente y su deseo/capacidad para colaborar.
- Explicar los puntos de anclaje adecuando el lenguaje al estilo cultural de paciente.
- Dejar puntuar al paciente sin interferir ni juzgar.
- Una vez haya puntuado el paciente, validar la puntuación con el paciente (saber si ha comprendido el instrumento y el significado de la puntuación).

ESCALA ANALÓGICA VISUAL- EVA

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos 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. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

ESCALA NUMÉRICA (EN):

Escala numerada del 1-10, donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad, el paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma. Es el más sencillo y el más utilizado.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sin dolor										Máximo dolor



Fuente: Pain assessment. Eur Spine J (2006) 15: S17–S24
https://www.1aria.com/docs/sections/areaDolor/escalasValoracion/EscalasValoracionDolor.pdf
https://www.tratamientoictus.com/escala-eva-de-dolor-2/

ANEXO N° 5
ESCALA CONDUCTUAL DEL DOLOR / BEHAVIORAL PAIN SCALE (BPS)

La Escala Behavioural Pain Scale (BPS) es una escala de valoración del dolor desarrollada para detectar y medir el dolor en el paciente crítico, basándose en indicadores conductuales. Se utiliza para la valoración del dolor en el paciente ventilado y bajo efectos de sedación en la UCI. Constituye una escala específica para la valoración del dolor en los pacientes no comunicativos la Behavioral Pain Scale (BPS) que incluye 3 items conductuales (expresión facial, movimientos de miembros superiores y adaptación a la ventilación mecánica).

ESCALA PARA LA VALORACION DEL DOLOR BEHAVIOURAL PAIN SCALE (BPS)

EXPRESIÓN FACIAL	
Relajado	1
Parcialmente contraída (por ejemplo, fruncir el ceño)	2
Fuertemente contraída (por ejemplo, ojos cerrados)	3
Mueca de dolor	4
MOVIMIENTO DE MIEMBROS SUPERIORES	
Sin movimiento	1
Parcialmente flexionado	2
Fuertemente flexionado con flexión de dedos	3
Permanentemente flexionados	4
ADAPTACIÓN A LA VENTILACIÓN MECÁNICA	
Tolerando ventilación mecánica	1
Tosiendo, pero tolerando ventilación mecánica la mayoría del tiempo	2
Luchando con el ventilador	3
Imposible de ventilar	4

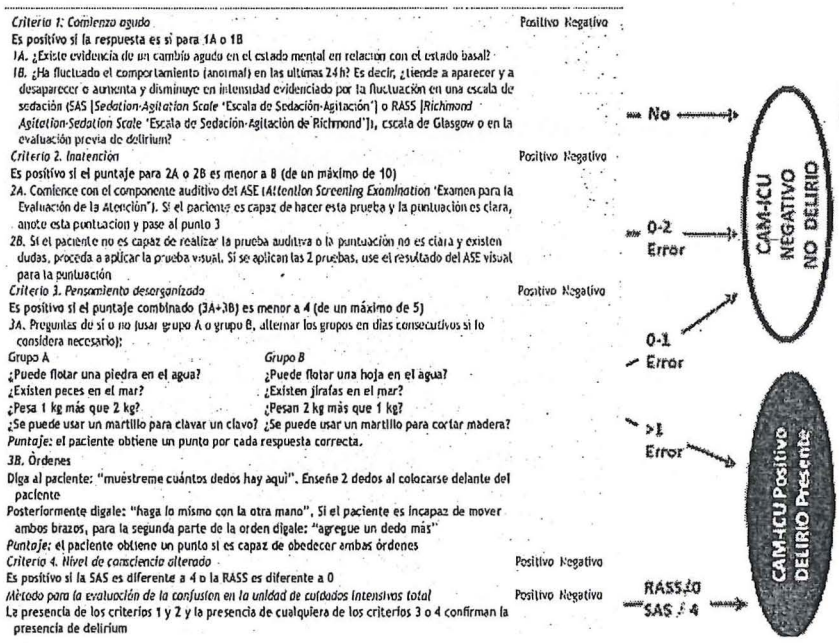
Ausencia del dolor = 3 puntos

Máximo dolor= 12 puntos

Fuente: Escalas de evaluación de dolor y protocolo de analgesia en terapia intensiva. [Internet]. Argentina: Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento; 2012[Citado 22 Ago de 2016]; Pág. 5-6. Disponible en: http:// www.sati.org.ar/files/kinesio/monos/MONOGRAFIADolor-Clarett.pdf

ANEXO N° 6
ESCALA CAM-UCI / CONFUSION ASSESSMENT METHOD FOR THE INTENSIVE CARE UNIT

La escala CAM-ICU (Confusión Assessment Method for the Intensive Care Unit) es un método para la evaluación de la confusión/delirio en la unidad de cuidados intensivos. El CAM-ICU en idioma español es un instrumento válido, confiable y reproducible, que puede aplicarse satisfactoriamente para el diagnóstico de delírium en pacientes de habla hispana.



Modificado de *Tobar t. Medicina Intensiva 2010;34(1):4-13*

En ancianos, el delirium puede ser la única manifestación de una enfermedad grave (sepsis, IAM). La forma más frecuente en el anciano es el delirio hipoactivo (letargia, no agitación). La mortalidad es del 50%-70% a los tres meses.

Fuente: Método para la evaluación de la confusión en la unidad de cuidados intensivos para el diagnóstico de delírium: adaptación cultural y validación de la versión en idioma español. Revista Medicina Intensiva (Chile) Med Intensiva. 2010;34(1):4–13

ANEXO N° 7
ESCALA DE FUERZA MUSCULAR DE LA MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC)

Para determinar el grado de fuerza, se utiliza de manera universal la Escala MRC (Medical Research Council del Reino Unido) la cual es una escala validada y fácil de utilizar a nivel clínico. Permite evaluar la fuerza muscular en las extremidades superior e inferior, en un rango de 0 (parálisis) a 5 (fuerza normal) para cada grupo muscular.

La escala califica la potencia muscular en una escala de 0 a 5 en relación con el máximo esperado para cada músculo. Ejm. Grado 2: movimiento activo que no puede vencer la fuerza

ESCALA DE FUERZA MUSCULAR MODIFICADA DE LA MEDICAL RESEARCH COUNCIL	
0	Ausente: Parálisis Total (Ausencia de contracción muscular visible)
1	Mínima: Contracción muscular visible sin movimiento
2	Escasa: Movimiento eliminada la gravedad
3	Regular: Movimiento parcial solo contra gravedad
3+	Regular +: Movimiento completo solo contra gravedad
4-	Buena -: Movimiento completo contra gravedad y resistencia mínima.
4	Buena: Movimiento completo contra gravedad y resistencia moderada
4+	Buena +: Movimiento completo contra gravedad y fuerte resistencia
5	Normal: Movimiento completo con resistencia total (Fuerza completa)

Fuente: Medical Research Council of the UK, Aids to the investigation of Peripheral Nerve Injuries, Memorando N° 45 London, Pendragon House 1976; 6-7

ANEXO N° 8
ESCALA DE BÖRG MODIFICADA (mBORG)

Constituye una escala de evaluación de la intensidad basado no en mediciones de valores sino en la propia percepción del esfuerzo.

Escala de valoración del esfuerzo percibido. El concepto del esfuerzo percibido es una valoración subjetiva que indica la opinión de la persona respecto a la intensidad del trabajo realizado. La persona que hace el ejercicio debe asignar un número del 1 al 10, para representar la sensación subjetiva de la cantidad de trabajo realizado.

Para simplificar, usaremos una escala del 1 al 10, que es la más habitual en el entrenamiento funcional. Para situarte en la escala tienes que estar pendiente de factores como respiración, pulso, sudoración, fatiga muscular e incomodidad.



Fuente: Borg,G. Psychophysical bases of perceived exertion(Las bases psicofísicas del esfuerzo percibido). J.Med.Sci Sports Exercise, v. 14, n.5, p. 377-381, 1982

ANEXO N° 9
PUNTAJE DEL ESTADO FUNCIONAL PARA LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS / FUNCTIONAL STATUS SCORE FOR THE INTENSIVE CARE UNIT (FSS-UCI)

La Functional Status Score for the Intensive Care Unit (FSS-ICU) es un instrumento válido y confiable para medir el funcionamiento físico en las unidades de cuidados intensivos (UCI)

Description de la Functional Status Score for the Intensive Care Unit

La FSS-ICU está diseñada para medir el funcionamiento físico en la unidad de cuidados intensivos y cuantifica el nivel de asistencia física requerida por el paciente en cinco actividades específicas: girar en la cama, transferencia de supino a sedente, transferencia de sedente a bípedo, mantenerse sentado al borde de la cama y marcha. Este instrumento se puede incorporar en las evaluaciones clínicas rutinarias requiriendo entre 10 a 30 minutos; dependiendo del estado funcional del paciente. Cada actividad se califica utilizando una escala ordinal de ocho puntos que va desde 0 (no se puede realizar) a 7 (independencia completa). El puntaje total es la suma de los puntajes individuales para cada una de las cinco actividades, con un rango de 0 a 35 puntos, donde un puntaje más alto indica una mayor independencia funcional.

0=Incapaz de intentar o realizarla actividad, 1=Completamente dependiente, 2=Precisa asistencia máxima (realiza <25% del esfuerzo), 3=Precisa asistencia moderada (realiza entre un 26-74% del esfuerzo), 4=Precisa mínima asistencia (realiza >75% del esfuerzo), 5=Necesita estimulo o instrucción verbal, pero sin asistencia, 6=Es independiente pero precisa algún apoyo, 7=Completamente independiente.

Actividades	Puntaje
1. Girar en la cama	
2. Transferencia de supino a sedente	
3. Transferencia de sedente a bípedo	
4. Sedente al borde de la cama	
5.Marcha	
PUNTAJE TOTAL (Suma de todos los puntajes)	

Fuente: Functional Status Score for the Intensive Care Unit: traducción y adaptación transcultural. Versión chilena.

ANEXO N° 10
ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA/HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS)

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, por sus siglas en inglés) fue diseñada por Zigmund y Snaith (1983) con el fin de evaluar el malestar emocional en pacientes con diferentes padecimientos crónicos, valorando los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión. Entre estos síntomas se encuentran: insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o de apetito.

Se aplicará en aquellos pacientes conscientes y nos orientará sobre la necesidad de tratamiento farmacológico y de valoración por el equipo de Psiquiatría si fuera preciso

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA
A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:
3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca
D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre
0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
1. Ya no disfruto con nada
A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder
3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso
D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas
0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones
3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca
D.3. Me siento alegre
3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día
A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a
0. Siempre
1. A menudo
2. Raras veces
3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe
3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca
A.5. Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago
0. Nunca
1. Solo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo
D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal
3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho
A.6. Me siento inquieto /a como si no pudiera parar de moverme
3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. Nunca
D.6. Espero las cosas con ilusión
0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto
A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor
3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca
D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión
0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

INTERPRETACIÓN:

Subescala ansiedad: sumar el resultado de las respuestas a las 7 preguntas impares (0-21)
Subescala depresión: sumar el resultado de las respuestas a las 7 preguntas pares (0-21)
Puntuaciones: Inferior o igual a 7 = no caso / 8-10 = caso dudoso / Igual o superior a 11 = caso

Fuente: https:// studylib.es/doc/5408578/e-scala-hospitalaria-de-ansiedad-y-depresi%C3%B3n-had-

ANEXO N° 11
MOVILIZACION PRECOZ

La movilización precoz consiste en sobre el paciente que está, consiste en ejercicios de Rehabilitación y Medicina Física que se realizan por su situación crítica por su situación crítica, inmóvil en cama. El objetivo es un estímulo motor y sensitivo de tal forma que mantenga o restablezca un estímulo motor y sensitivo de tal forma que mantenga músculo-esquelética.

Valoración Diaria

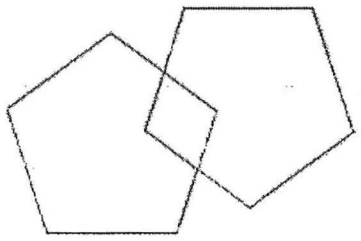
NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	NIVEL IV	NIVEL V
INCONSCIENTE RASS ≤ -3 S5Q < 3	CONSCIENTE RASS - 2 S5Q <3	CONSCIENTE RASS -1,0 S5Q ≥3	CONSCIENTE RASS -1,0 S5Q ≥3	CONSCIENTE RASS 0,+1,+2 S5Q ≥3
Objetivo *Estabilidad Clínica *Retirada sedación	**Objetivo** *Movimientos activos contra gravedad de las EESS	**Objetivo** *Aumentar la fuerza del tronco *Movimientos activos contra gravedad de las EEII	**Objetivo** *Control de tronco en bipedestación *Sedestación en silla * Mejorar funcionalidad	**Objetivo** *Deambulación *Actividades de la vida diaria
Movilizaciones pasivas	Ejercicios pasivos y activos asistidos	Ejercicios activos-asistidos, activos libres	Ejercicios activos-asistidos, activos libres y resistidos	Ejercicios activos y resistidos
		Cicloergómetro EESS 3,5,10 minutos	Cicloergómetro EESS 3,5,10 minutos	Cicloergómetro EESS/EEII 3,5,10 minutos
Cambios posturales c/4h	Cambios posturales c/4h	Cambios posturales asistidos por el paciente c/4h	Ejercicios de control tronco	Entrenamiento equilibrio
Sedestación en cama, posición de silla a 70° progresivo (2v/día) 20 minutos	Sedestación en cama, posición de silla a 70°- 90° (2v/día) 20 minutos	Sedestación en cama, posición de silla a 90° (2v/día) 20 minutos	Sedestación en silla. Transferencia pasiva (2v/día)	Sedestación en silla. Transferencia activa (2v/día)
		Sedestación al borde de cama (1v/día)	Entrenamiento de la bipedestación	Deambulación

Fuente: https:// www.sermef.es/wp-content/uploads/2020/06/NOTA_Documento-consenso-COVID-19-SERMEF-y-SEMICYUC.pdf. Recomendaciones sobre movilización precoz y rehabilitación respiratoria en la COVID-19 de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF).

ANEXO N° 12
MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL / MINI-MENTAL TEST / TEST MINI-MENTAL FOLSTEIN/ MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

El Mini-Mental State Examination (MMSE) o Test Mini-Mental es la prueba más utilizada para indagar síntomas relacionados con el deterioro cognitivo, problemas de memoria, o demencia, especialmente en adultos mayores.

El MMSE de Folstein indaga sobre **cinco dominios cognitivos**, tales como: Orientación en tiempo y espacio, Memoria diferida, Atención y cálculo, Lenguaje y capacidad visuoconstructiva de dibujo

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (FOLSTEIN ET AL)	
	Puntuación
Orientación	
Dígame el día de la semana, el número de día, el mes, la estación y el año	5
Dígame el nombre de la consulta (medico-enfermera), la planta en la que estamos, la ciudad, provincia y nación	5
Fijación	
Repita estas 3 palaras: "peseta-caballo-manzana"	3
(intente, ahora, memorizarlas)	
Concentración y cálculo	
Si tiene 100 ptas. Y me va dando de 7 en 7	
¿Cuántas te van quedando? (Alternativa: deletree la palabra "mundo" de atrás hacia adelante)	5
Memoria	
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	3
Lenguaje y construcción	
Mostrar un bolígrafo "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj	2
Repita esta frase "en un trigal había cinco perros"	1
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa"	3
Escribir en un papel la frase "Cierre los ojos". Mostrarla al paciente y decirle: "¡Hágalo!"	1
"Escriba una frase" (ha de tener sujeto y predicado)	1
"Copie este dibujo" (deben conservarse los ángulos) 	1
TOTAL	30

Fuente: https://psicologoscordoba.org/test-mini-mental-o-mmse. Concordancia entre el Mini-Examen Cognoscitivo y el Mini-Mental State Examination en el cribado del déficit cognitivo. Atención Primaria. Vol 30. 2002

ANEXO N° 13
CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

Instrumento breve y fiable que ayuda a detectar la existencia y grado de deterioro cognitivo, especialmente en adultos mayores, mediante la medición breve, objetiva y cuantitativa de la memoria a corto y largo plazo, orientación y capacidad de cálculo.

Se realizan 10 preguntas breves, que contabiliza los errores. Por lo que la puntuación cero (0) resulta ideal.

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2. ¿Qué día de la semana?
3. ¿En qué lugar estamos? (2)
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono **¿Cuál es su dirección completa?**)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Dónde nació?
7. ¿Cuál es el nombre del presidente?
8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10. Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores: Resultados:
0 - 2 Valoración cognitiva normal
3 - 4 Deterioro leve
5 - 7 Deterioro moderado
8 - 10 Deterioro severo

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Fuente: https://fdocuments.ec/document/cuestionario-de-pfeiffer-55a51af83f857.html

ANEXO N° 14
ESCALA MODIFICADA DE DISNEA (mMRC)

La **escala** de **disnea mMRC** es un instrumento que establece la gravedad de la **disnea** en relación con diversas tareas físicas. Consta de 5 ítems y su valor se establece en un rango de 0 (no **disnea** o solo con grandes esfuerzos) a 4 (**disnea** de reposo).

Modificada en Noviembre de 2017

ESCALA MODIFICADA DE DISNEA (mMRC)	
GRADO	**ACTIVIDAD**
0	Ausencia de disnea al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar para descansar al andar en llano a su propio paso.
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o pocos minutos después de andar en llano.
4	La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.

Fuente: Med Segur Trab (Internet) 2015; 61 (240) 367-377

ANEXO N° 15
CABRINI RESPIRATORY STRAIN SCORE (CAB-RSS) / SCORE DE ESTRÉS RESPIRATORIO

Escala de distress respiratorio (Cabrini Respiratory Strain Scale or CAB-RSS) diseñada en el hospital Santa Cabrini para facilitar la documentación clínica y validar el esfuerzo respiratorio como un marcador de la severidad y la posible herramienta de decisión para avanzar hacia un nivel más alto de apoyo ventilatorio.

Parameters	Points
Respiratory rate	
<20 20-30 31-40 >40	0 1 2 4
Retraction/accessory muscle use	
None Mild Significant	0 1 2
Respiratory amplitude	
Normal Increased Signicantly increased	0 1 2
Overall state	
Relaxed Uncomfortable Very anxious	0 1 2
TOTAL	
CAB-RSS-0-2 low, 3-5 moderate, 6-10 high	

Fuente: https://criticalcarethoughtsdotcom.files.wordpress.com/2020/04/re-thinking-the-early-intubation-paradigm-of-covid-19_-time-to-change-gears_.pdf

ANEXO N° 16
INDICE DE ROX

Es el índice ROX (IROX= [(Sap O2/FiO2)/FR]), que combina oxigenación (SpO2/FiO2) y trabajo respiratorio (FR),es una variable propuesta para evaluar éxito o fracaso de las cánulas nasales de alto flujo; su validez en neumonía COVID-19 tiene una alta sensibilidad para predecir el fracaso de la terapia y se relaciona con una alta mortalidad (45,4%).



Fuente: Alejandro, G. C., Aurio, F., Angelo, R., & Grupo LATAM de ventilación mecánica (WeVent) (2021). Utilización del índice de ROX en la valoración del éxito de oxigenoterapia de alto flujo en la hipoxemia secundaria a coronavirus tipo 2 [Use of the ROX index in the assessment of success of high-flow oxygen therapy in secondary hypoxemia to type 2 coronavirus]. Medicina intensiva, 10.1016/j.medin.2021.07.001. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.medin.2021.07.001

ANEXO N° 17
ÍNDICE DE BARTHEL

Mide la capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria, divididas en 2 grupos que consideran el autocuidado y la movilidad.

Nos permite valorar el nivel de independencia existente previo al ingreso y la evolución hasta el alta. La puntuación se gradúa de 0 a 100 (de 0 a 90 si usan silla de ruedas).

Índice Barthel

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3.Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Grado de dependencia: Dependiente: 0-20; Severa: 21-60; Moderada: 61-90; Leve: 91-99; Independiente: 100

Fuente: Recomendaciones sobre Movilización precoz y Rehabilitación Respiratoria en la COVID-19 de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/05/RECOMENDACIONES-SEMICYUC-SERMEF.pdf

ANEXO N° 18
PRUEBA DE EQUILIBRIO DE 4 ETAPAS
(THE 4-STAGE BALANCE TEST / PRUEBA 4-SBT)

Propósito: Evaluar el equilibrio estático

Equipo: 1 cronómetro

Instrucciones: Hay cuatro posiciones de pie que se vuelven cada vez más difíciles de mantener. Debe describir y demostrar cada posición al paciente. Luego, párese al lado del paciente, sostenga su brazo y ayúdelo a asumir la posición correcta. Cuando el paciente esté estable, suéltelo y mida el tiempo que puede mantener la posición, pero permanezca listo para ayudar al paciente si pierde el equilibrio.

Si el paciente puede mantener una posición durante 10 segundos sin mover los pies o sin necesidad de apoyo, pase a la siguiente posición. Si no es así, detenga la prueba.

Los pacientes no deben utilizar un dispositivo de ayuda (bastón o andador) y deben mantener los ojos abiertos.

LA PRUEBA DE EQUILIBRIO DE 4 ETAPAS

Instrucciones al paciente:

Mostrarle al paciente las cuatro posiciones a evaluar:

- Trate de pararse en cada posición durante 10 segundos.
- Puede extender los brazos o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero no mueva los pies.
- Para cada posición, diré: "Listo, comience". Entonces, comenzaré a controlar el tiempo. Después de 10 segundos, diré: "Detente".

	① Párese con los pies uno al lado del otro.	Tiempo: ___ segundos
	② Coloque la parte anterior del pie de modo que toque el dedo gordo del otro pie.	Tiempo: ___ segundos
	③ De pie en tándem: Coloque un pie delante Del otro, con el talón tocando la punta del pie.	Tiempo: ___ segundos
	④ Párese sobre un pie.	Tiempo: ___ segundos

Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/National Center for Injury Prevention and Control (2017) Stopping Elderly Accidents, Deaths and Injuries (STEADI). https:// www.cdc.gov/steadi/pdf/4-Stage_Balance_Test-print.pdf.

ANEXO N° 19
SHORT FORM-12 (SF-12) / CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por doce ítems, cuya finalidad es otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional)

El puntaje va de 0 a 100, donde el mayor puntaje indica una mejor calidad de vida referente a la salud.

Ordenadas de forma que a mayor puntuación mejor es el estado de salud y para cada dimensión oscila de 0 a 100 (por ejemplo: si una pregunta tiene tres respuestas sus valores serán 0, 50 y 100). Se trata de un cuestionario autoadministrado, aunque también se puede realizar mediante entrevistador, teléfono o soporte informático

1. En general, usted diría que su salud es:
   A. Excelente-(1)
   B. Muy buena-(2)
   C. Buena-(3)
   D. Regular-(4)
   E. Mala-(5)

2. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? si es así, ¿cuánto?
   A. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora
      a) Sí, me limita mucho-(1)
      b) Sí, me limita un poco-(2)
      c) No, no me limita nada-(3)
   B. Subir varios pisos por la escalera
      a) Sí, me limita mucho-(1)
      b) Sí, me limita un poco-(2)
      c) No, no me limita nada-(3)

3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
   A. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
      a) Siempre-(1)
      b) Casi siempre-(2)
      c) Algunas veces-(3)
      d) Nunca-(4)
   B. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?
      a) Siempre-(1)
      b) Casi siempre-(2)
      c) Algunas veces-(3)
      d) Sólo algunas veces-(4)
      e) Nunca-(5)

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?
   A. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?
      a) Siempre-(1)
      b) Casi siempre-(2)
      c) Algunas veces-(3)
      d) Sólo algunas veces-(4)
      e) Nunca-(5)
   B. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?
      a) Siempre-(1)
      b) Casi siempre-(2)
      c) Algunas veces-(3)
      d) Sólo algunas veces-(4)
      e) Nunca-(5)

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
   A. Nada-(1)
   B. Un poco-(2)
   C. Regular-(3)
   D. Bastante-(4)
   E. Mucho-(5)

6. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia ...
   A. ¿Se sintió calmado y tranquilo?
      a) Siempre-(1)
      b) Casi siempre-(2)
      c) Algunas veces-(3)
      d) Sólo algunas veces-(4)
      e) Nunca-(5)
   B. ¿Tuvo mucha energía?
      a) Siempre-(1)
      b) Casi siempre-(2)
      c) Algunas veces-(3)
      d) Sólo algunas veces-(4)
      e) Nunca-(5)
   C. ¿Se sintió desanimado y triste?
      a) Siempre-(1)
      b) Casi siempre-(2)
      c) Algunas veces-(3)
      d) Sólo algunas veces-(4)
      e) Nunca-(5)

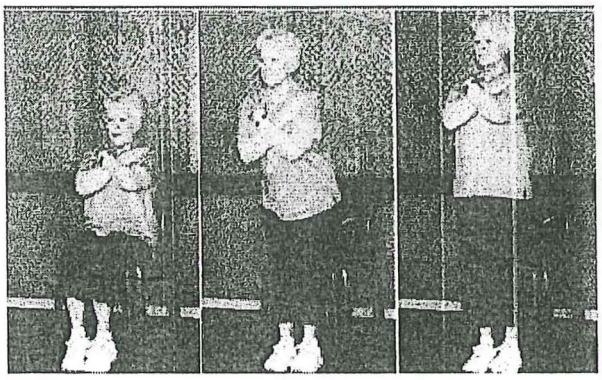
7. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)
   A. Siempre-(1)
   B. Casi siempre-(2)
   C. Algunas veces-(3)
   D. Sólo algunas veces-(4)
   E. Nunca-(5)

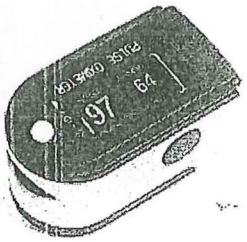
Fuente: Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto trasplantado renal. Mª Isabel Durán Muñoz. Rev. Salud Pública. 12 (5): 807-819, 2010

ANEXO N° 20
TEST 1 MIN SIT TO STAND (1mSTST)

El test de 1min sit-to-stand (1minSTST de ahora en adelante) consiste en sentarse y levantarse de una silla sin apoyar las manos tantas veces como sea posible durante 1 minuto con el paciente conectado al saturador. Se cronometra el minuto, se cuenta el número de repeticiones realizadas, se observa el valor de la saturación de oxígeno y la frecuencia cardíaca y se espera 1 minuto tras el ejercicio para observar la recuperación de los parámetros basales. Antes de hacer la prueba, se informará al paciente de en qué consiste el ejercicio y de que puede parar en el momento que crea necesario (le pediremos que informe del motivo por el que lo hace), así mismo le marcaremos el inicio de la prueba. Se recomienda observar la saturación de oxígeno durante 1 minuto después del ejercicio, pues en algunos casos la desaturación aparece tras el ejercicio.

Porque tiene las características ideales para realizarse en Atención Primaria: no requiere de infraestructura (solo una silla y un pulsioxímetro), se puede hacer en poco tiempo (1 minuto), no precisa de formación especializada para ello, es barato y, en tiempos de SARS-CoV-2, no genera aerosoles. Además, parece seguro, ya que el paciente puede parar cuando lo necesite, y no se han observado complicaciones durante su realización (como, por ejemplo, parada cardiorrespiratoria).





Fuente: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2687

ANEXO N° 21
TEST DE LA CAMINATA DE 6 MINUTOS

El propósito de la prueba de caminata de seis minutos (PC6M) es medir la distancia máxima que un individuo puede recorrer durante dicho período de tiempo caminando tan rápido como le sea posible.

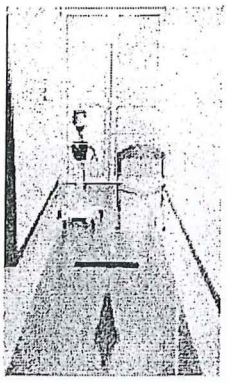
De acuerdo con la velocidad a la cual camina una persona, se determinarán los metros recorridos. La PC6M se lleva a cabo en un corredor con longitud de 30 metros, de superficie plana, preferentemente en interiores y evitando el tránsito de personas ajenas a la prueba.

La PC6M ha mostrado ser de utilidad clínica para la clasificación, seguimiento y pronóstico de los pacientes portadores de diversas enfermedades respiratorias. Además, la prueba permite medir el efecto de intervenciones farmacológicas, quirúrgicas o de rehabilitación sobre la capacidad física de los pacientes.

CONSIDERACIONES TÉCNICAS PARA REALIZAR LA PC6M

Pasillo o corredor:



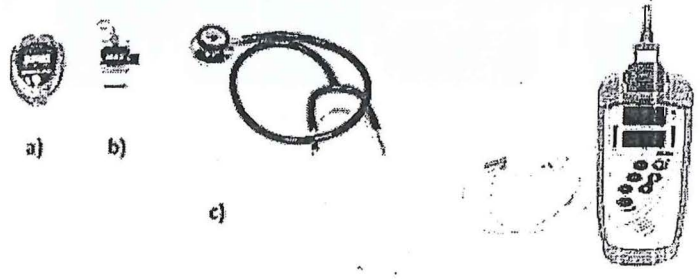




Escala de Borg

Nada	0
Muy, muy ligero	0.5
Muy ligero	1
Ligero	2
Moderado	3
Algo intenso	4
Intenso	5
Muy intenso	6
	7
Muy, muy intenso	8
	9
Máximo	10

Figura 4. Escala de Borg para disnea y fatiga



Fuente: Neumol Cir Torax Vol.74-Núm. 2:127-136 abril-junio 2015. https:// www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2015/nt152h.pdf.

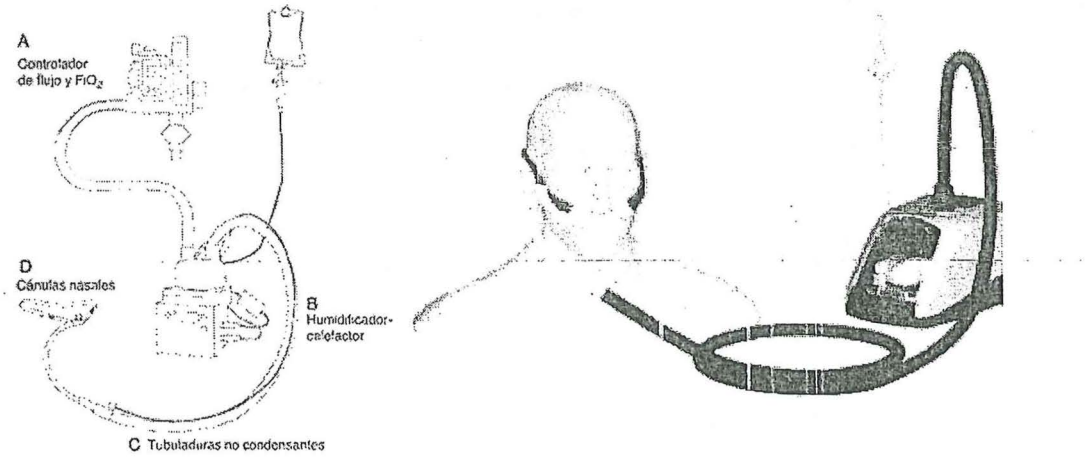
ANEXO N° 22
PROTOCOLO USO CNAF EN COVID-19

Flujograma de acción para uso CNAF (Propuesta HCUCH)



Fuente: Guía recomendaciones de uso de cánula nasal de alto flujo (CNAF) en pacientes COVID-19. Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

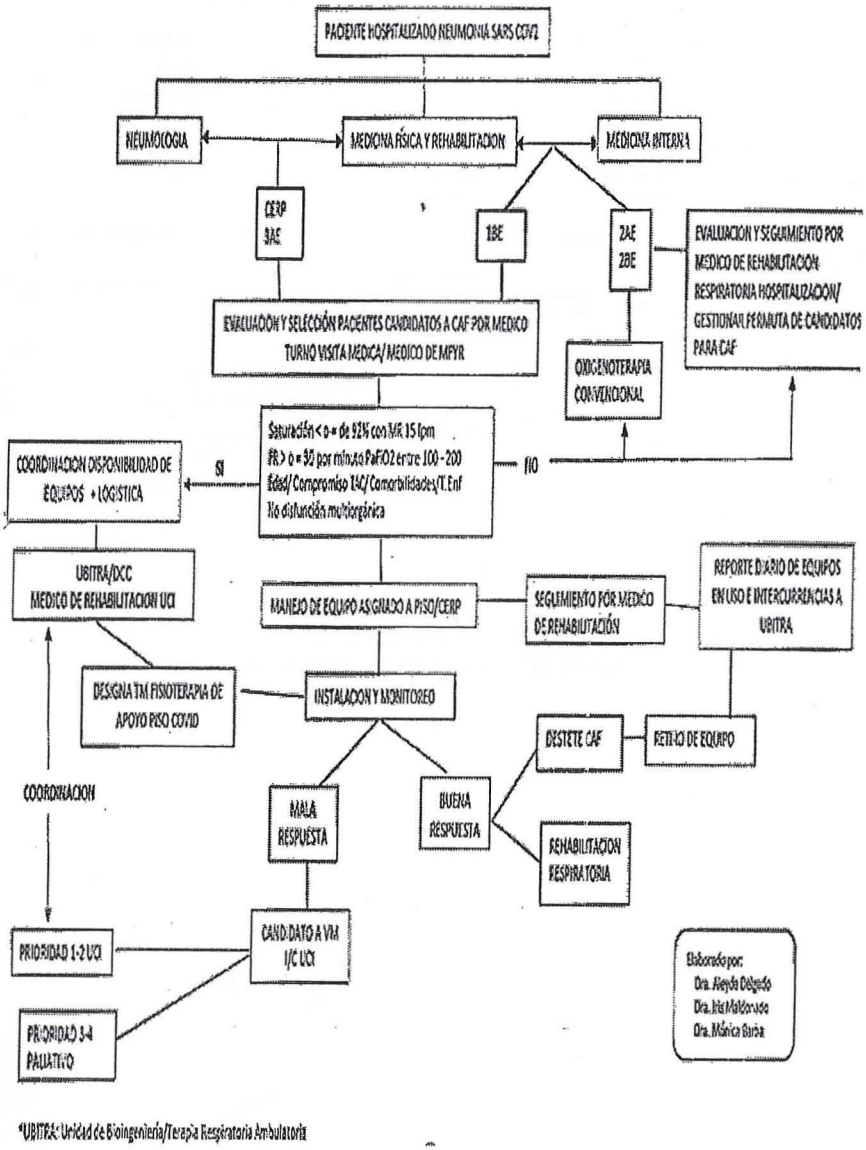
ANEXO N° 23
SISTEMA DE OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO



Fuente: Guía Técnica para el suministro de oxígeno medicinal mediante cánula nasal de alto flujo en el marco de la emergencia sanitaria por COVID-19/ Ministerio de Salud. Dirección General de Operaciones en Salud-Lima: Ministerio de Salud;2021. 48 p. ilus.

ANEXO N° 24
FLUJOGRAMA USO DE CNAF

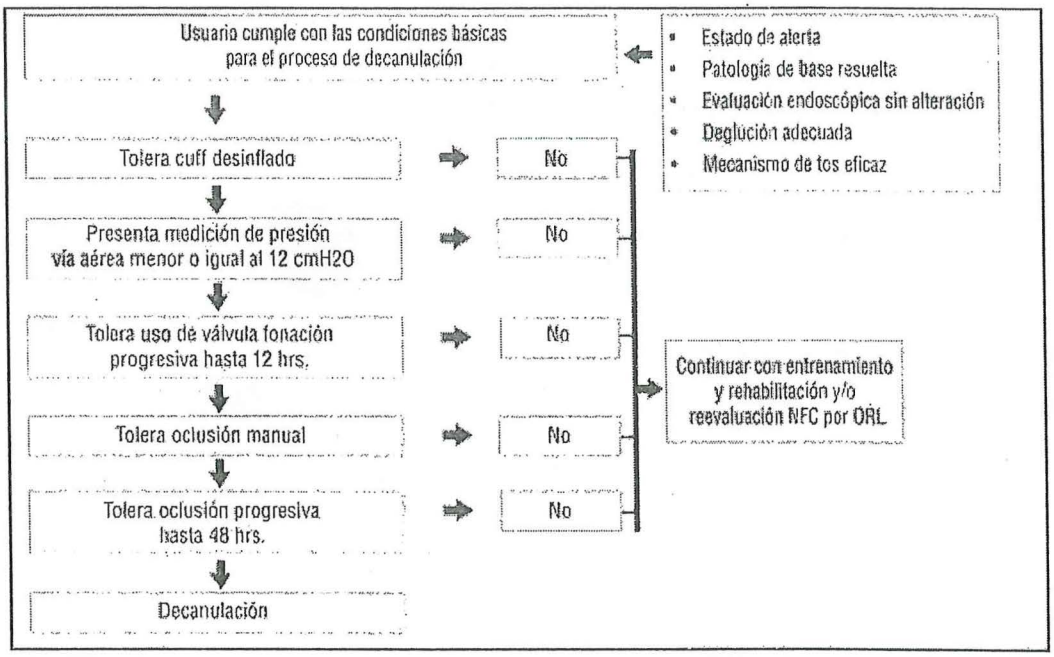
Plan de Rehabilitación



*UBITRA: Unidad de Bioingeniería/Terapia Respiratoria Ambulatoria

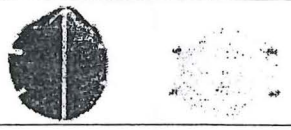
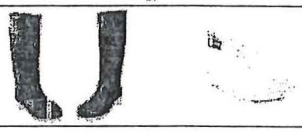
Fuente: Uso de CNAF en el Hospital Almenara

ANEXO N° 25
DECANULACION



Fuente: Evaluación del proceso de decanulación en pacientes traqueostomizados en el Hospital Carlos Van Buren. Una cohorte retrospectiva. Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello 78.

ANEXO N° 26
COMPONENTES DEL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL EPP

Mandilón descartable (No es necesario el uso de cubretodo, mameluco, "coverall")	
Pechera o delantal impermeable	
Respirador N 95 o superior	
Mascarilla quirúrgica	
Lentes	
Escudo facial	
Protector de calzado (opcional)	
Botas o zapatos de trabajo cerrados para personal de limpieza	
Gorro (opcional)	
Guantes protectores descartables (látex o vinitrilo) no estériles	
Guantes de limpieza	

Fuente: Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación-IETSI/ESSALUD (2020) Recomendaciones para el uso de Equipo de Protección Personal (EPP) por el Personal de Salud Asistencial ante casos sospechosos, probables o confirmados de COVID-19 de marzo 2020.