GUIA PRACTICA FAMILIAR N° 01

NEURORREHABILITACIÓN Y CUIDADOS EN EL HOGAR • EN CASA

Rehabilitación Integral tras un Accidente Cerebrovascular (ACV o Ictus)

Orientación basada en evidencia clínica para organizar el proceso de recuperación en el hogar junto al equipo terapéutico.

Visado Clínico Oficial SIS: Gonzalo Rojas Quintano (Fonoaudiología) • Actualizado: 12 de octubre, 2026

ESQUEMA ANTICIPATORIO: ¿QUE ENCONTRARAS EN ESTE DOCUMENTO? (MAPA EN 4 BLOQUES)

BLOQUE 1 (Pág. 1)
Lo Esencial y Cifras
Qué dice la evidencia y con qué límites.

BLOQUE 2 (Pág. 2)
Plan en 3 Etapas
Checklist práctico de acciones para organizar el apoyo en el

BLOQUE 3 (Pág. 2)
Semáforo de Señales
Qué observar en el día a día y a quién consultar.

BLOQUE 4 (Pág. 5)
Equipo y Visado SIS
Rol de cada terapeuta, fuentes APA 7 y Acta oficial.

01 Lo Esencial en 1 Minuto: Mensajes Clave para la Familia

Ideas principales que guían la toma de decisiones en el hogar desde el primer día.

1. En Chile, el ACV es la segunda causa de muerte y la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años (policy brief de la Universidad de Chile, 2025).
2. Las secuelas pueden incluir dificultades físicas, de comunicación, de deglución y alimentación, y cambios en la forma de pensar, sentir y actuar; la rehabilitación se considera un pilar para recuperar funciones y reintegrarse a la vida social.
3. El GES chileno garantiza el acceso a rehabilitación tras un ACV isquémico, pero Chile no cuenta con una guía clínica nacional que estandarice la rehabilitación posterior, y las prácticas varían entre establecimientos.
4. Los lineamientos que se proponen incluyen un plan de alta construido con la persona y su familia, la evaluación de una visita al hogar para revisar seguridad y ayudas técnicas, y apoyo a quienes cuidan en todas las etapas.

02 Evidencia Clínica en Cifras

Cada cifra con su población y sus límites; ninguna está estimada.

76%
Mejora funcional significativa
21 adultos, 14 días, sin grupo de comparación: 16 mejoraron.
Fuente: Salii et al. (2025)

81,7%
Con secuelas moderadas a severas
De quienes han sufrido un ACV en Chile (ENS 2016-2017).
Fuente: Toledo-Rodríguez et...

1,9%
Pasó de hospitalización domiciliaria a terapia
65 de 3.338 pacientes en un hospital de Santiago (2023).
Fuente: Riederer González et...

34.413
Egresos hospitalarios por ACV en 2023
Unos 3 por hora; el ACV es la segunda causa de muerte en...
Fuente: DEIS (2023)

Cambios tras 14 días de rehabilitación multidisciplinaria

Gravedad neurológica (NIHSS)	11,4 a 6,8
Cognición (MoCA)	21,2 a 25,1
Independencia funcional (FIM)	56,5 a 78,7
Dolor (escala visual análoga)	6,2 a 2,8
Esfuerzo percibido (escala de Borg)	15,1 a 12,4

Fuente: Salii et al. (2025). Contexto y limitaciones en la pág. 3.

Resultado global del mismo estudio

Mejoró su estado funcional general	76 % (16 personas)
Tuvo progreso positivo y se recomendó extender o...	24 % (5 personas)

Fuente: Salii et al. (2025). Contexto y limitaciones en la pág. 3.

03 Hoja de Ruta Paso a Paso en Casa (Checklist Imprimible)

Marca cada casilla [ ] a medida que organizas el cuidado y la rehabilitación en el hogar.

ETAPA 1 • Antes y alrededor del alta (sin plazo fijo)

Foco: Preparar el regreso a casa

- [ ] Pedir un plan de alta construido con la persona, su familia y sus cuidadores, centrado en sus necesidades específicas.
- [ ] Preguntar si se evaluará una visita al hogar para revisar la seguridad y las ayudas técnicas que harán falta.
- [ ] Revisar con el equipo la red de apoyo y el entorno físico al que se vuelve, para anticipar barreras y aprovechar lo que ayuda.

Respaldo clínico (Toledo-Rodríguez et al. (2025)): Recomienda que al alta el equipo desarrolle junto a la persona y su familia...

ETAPA 2 • Rehabilitación en el hogar y en el centro (sin plazo fijo)

Foco: Trabajar movimiento, comunicación y vida diaria con apoyo del equipo

- [ ] Entrenar movilidad, fuerza y equilibrio con ejercicios terapéuticos individualizados.
- [ ] Practicar el lenguaje y la comunicación, incluidos ejercicios que la persona continúa sola en casa.
- [ ] Trabajar con terapia ocupacional el autocuidado y las tareas del hogar.

Respaldo clínico (Salii et al. (2025)): En un programa de 14 días con ejercicio terapéutico, terapia del habla...

ETAPA 3 • Retorno a la comunidad (sin plazo fijo)

Foco: Autonomía cotidiana, participación y apoyo a quien cuida

- [ ] Aprender estrategias de autogestión para manejar los cambios físicos y cognitivos, las relaciones y la participación en la comunidad.
- [ ] Si la persona desea volver a trabajar, pedir una evaluación de las habilidades que el trabajo requiere y apoyo para retomarlo.
- [ ] Pedir información y apoyo específicos para quienes cuidan, durante todas las etapas de la recuperación.

Respaldo clínico (Toledo-Rodríguez et al. (2025)): Para el retorno a la comunidad recomienda entrenamiento en estrategias de...

04 Semáforo de Señales en Casa: ¿Qué Observas y a Quién Acudir?

Guía rápida de derivación directa según las dificultades que notas en la rutina diaria.

¿QUE SEÑAL O DIFICULTAD OBSERVAS EN CASA?	ESPECIALISTA A CONSULTAR
Se atora al tomar líquidos, tose durante las comidas o le cuesta tragar Las alteraciones de la deglución y la alimentación están entre las secuelas posibles del ACV, y la guía GES chilena incluye recomendaciones sobre la evaluación de la...	**-> Fonoaudiología** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar
Dificultad para encontrar palabras, comprender o expresarse La terapia del habla oportuna se asoció a mejor comunicación y mayor motivación para el resto de la rehabilitación (Salii et al., 2025).	**-> Fonoaudiología** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar
Pérdida de equilibrio, debilidad o dificultad para caminar y levantarse Los ejercicios terapéuticos individualizados dentro de un marco multidisciplinario se asociaron a mejores resultados físicos y cognitivos (Salii et al., 2025).	**-> Kinesiología** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar
Dificultad para usar la mano afectada, vestirse o alimentarse La terapia ocupacional entrena el autocuidado y las tareas del hogar (Salii et al., 2025).	**-> Terapia Ocupacional** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar
Desánimo marcado, irritabilidad, cambios de conducta o agotamiento de quien cuida Entre las secuelas hay cambios en la forma de pensar, sentir y actuar; se recomienda apoyo psicosocial y apoyo específico a cuidadores (Toledo-Rodríguez et al., 2025).	**-> Psicología** **Evaluación y pauta en casa** Ver perfiles en /pacientes/buscar

D Datos de las fuentes

Cada cifra viene de un documento citado, con su población y sus límites. No hay valores estimados.

En Chile: datos del país y lineamientos locales

Estos datos vienen del policy brief «Rehabilitación en personas tras un ACV: hacia dónde debemos avanzar» (Universidad de Chile, 2025), que a su vez cita fuentes oficiales; cada dato indica de dónde viene.

Segunda causa de muerte

El ACV en Chile; además, es la primera causa de hospitalización en personas mayores de 65 años.

Fuente: Toledo-Rodríguez et al. (2025)

122 por 100.000

Tasa de incidencia del ACV en Chile; en 2023 hubo 34.413 egresos hospitalarios por ACV (unos 3 por hora).
Fuente: Toledo-Rodríguez et al. (2025), citando a Lavados et al. (2021) y DEIS (2023)

48 horas y 15 días

Plazos GES para el ACV isquémico: la rehabilitación hospitalizada debe iniciarse dentro de 48 horas desde la indicación médica y la ambulatoria dentro de 15 días.
Fuente: Toledo-Rodríguez et al. (2025), citando a MINSAL (2013)

49 %

Cobertura nacional de las Salas de Rehabilitación Comunitaria sobre los CESFAM (existen 285 salas).
Fuente: Toledo-Rodríguez et al. (2025), citando a MINSAL (2022)

Qué dicen los lineamientos chilenos sobre la rehabilitación tras un ACV

Desde 2006 el ACV isquémico está en el GES. La garantía de acceso asegura, tras la confirmación diagnóstica, la hospitalización y la rehabilitación en un prestador con capacidad resolutiva, con seguimiento y, en menores de 65 años, acceso a ayudas técnicas; hay un copago de 20 % sobre el arancel. La Guía Clínica GES n.° 37 (MINSAL, 2013, con actualización de recomendaciones en 2018) incluye recomendaciones generales sobre la carga de rehabilitación y específicas sobre evaluación de la deglución y terapia motora. Según el policy brief, esas recomendaciones son escasas y muy generales y se enfocan en la evaluación y el diagnóstico en etapas tempranas y en hospitalización; Chile no cuenta con una guía clínica nacional que estandarice la rehabilitación post-ACV y las prácticas son heterogéneas entre establecimientos. Los autores recomiendan iniciar la rehabilitación dentro de las primeras 24 horas, un plan de alta con visita al hogar cuando corresponda, y entrenamiento en autogestión para el retorno a la comunidad.
Fuente: Toledo-Rodríguez et al. (2025), policy brief de la Universidad de Chile. https://uchile.cl/dam/jcr:7854d944-e662-4fb1-8e60-55550de7ce8a/policy-brief-octubre-2025.pdf

Cambios tras 14 días de rehabilitación multidisciplinaria

21 adultos de 62 a 79 años con ACV agudo, atendidos en un hospital distrital de Ucrania. Estudio observacional, sin grupo de comparación.

○ Inicio ● Día 14
La línea une las dos mediciones; cada indicador tiene su propia escala, rotulada en sus extremos.

Gravedad neurológica (NIHSS) — Cambio -4,6
Escala de 0 a 42: más alto = déficit neurológico más grave.



Inicio: 11,4 -> **Día 14: 6,8** **Mejor**

Cognición (MoCA) — Cambio +3,9
Máximo de 30 puntos: más alto = mejor estado cognitivo.



Inicio: 21,2 -> **Día 14: 25,1** **Mejor**

Independencia funcional (FIM) — Cambio +22,2
Escala de 18 a 126: más alto = más independencia.



Inicio: 56,5 -> **Día 14: 78,7** **Mejor**

Dolor (escala visual análoga) — Cambio -3,4
0 = sin dolor; 10 = peor dolor posible.



Inicio: 6,2 -> **Día 14: 2,8** **Mejor**

Esfuerzo percibido (escala de Borg) — Cambio -2,7
De 6 («muy leve») a 20 («esfuerzo máximo»).



Inicio: 15,1 -> **Día 14: 12,4**

«Mejor» indica la dirección favorable de esa escala según la fuente; no dice por sí solo si el cambio es estadísticamente significativo.

Los promedios de los 21 participantes cambiaron en esa dirección entre el inicio y el día 14.
Limitación: Muestra pequeña, un solo hospital, otro país y sin grupo de comparación: orienta, no demuestra que el resultado se repita en tu familia.
Fuente: Salii et al. (2025), Inter Collegas, 12(2), Tabla 2. https://doi.org/10.35339/ic.2025.12.2.sdg

Resultado global del mismo estudio

21 adultos de 62 a 79 años, 14 días de rehabilitación, hospital distrital de Ucrania.

Mejoró su estado funcional general — **76 % (16 personas)**

Tuvo progreso positivo y se recomendó extender o repetir el ciclo — **24 % (5 personas)**

Las 21 personas mostraron algún progreso; en 5 se recomendó otro ciclo de rehabilitación.
Limitación: Muestra pequeña y sin grupo de comparación.
Fuente: Salii et al. (2025), Inter Collegas, 12(2). https://doi.org/10.35339/ic.2025.12.2.sdg

D Datos de las fuentes (continuación)

Cada cifra viene de un documento citado, con su población y sus límites. No hay valores estimados.

Derivaciones a terapia ocupacional al salir del hospital

3.338 pacientes adultos que recibieron terapia ocupacional durante la hospitalización en el Hospital San Juan de Dios (Santiago) en 2023. Estudio observacional retrospectivo. Porcentajes sobre el total de la muestra.

Fueron derivados a hospitalización domiciliaria	**17,5 % (584 personas)**
Pasaron de atención cerrada a terapia ocupacional ambulatoria	**3,2 % (107 personas)**
Pasaron de hospitalización domiciliaria a terapia ocupacional ambulatoria	**1,9 % (65 personas)**

Los autores describen que en Chile la hospitalización domiciliaria no asegura el acceso a terapia ocupacional integral y que la atención ambulatoria posterior no siempre está garantizada.

Limitación: Un solo hospital público; incluye todos los diagnósticos, no solo ACV.

Fuente: Riederer González et al. (2025), Rev. Invest. Innov. Cienc. Salud, 7(2). https://doi.org/10.46634/riics.481

05 Mapa del Equipo Interdisciplinario: ¿Qué Hace Cada Especialista?

Así puede colaborar el equipo directamente dentro del entorno real del paciente.

KINESIOLOGÍA — En Domicilio

Entrenar movilidad, fuerza, equilibrio y marcha con ejercicios terapéuticos individualizados.

Cuándo consultar: Debilidad de un lado del cuerpo, pérdida de equilibrio o dificultad para caminar.

Evidencia: Salii et al. (2025)

TERAPIA OCUPACIONAL — En Domicilio

Entrenar el autocuidado y las tareas del hogar, y preparar la participación en actividades y entornos adaptados.

Cuándo consultar: Dificultad para vestirse, alimentarse, bañarse o usar la mano afectada.

Evidencia: Salii et al. (2025)

FONOAUDIOLOGÍA — En Domicilio

Trabajar la comunicación (habla y lenguaje) y la seguridad al tragar.

Cuándo consultar: Dificultad para expresarse, comprender o tragar.

Evidencia: Salii et al. (2025)

PSICOLOGÍA — En Domicilio

Acompañar los cambios emocionales y de conducta tras el ACV y apoyar a quienes cuidan.

Cuándo consultar: Desánimo, ansiedad, irritabilidad o agotamiento de quien cuida.

Evidencia: Toledo-Rodríguez et al. (2025)

06 Respaldo Científico Internacional y Normativa Nacional (APA 7)

Evidencia clínica revisada por pares que fundamenta las recomendaciones de esta guía.

1. Toledo-Rodríguez, L., Casanova-Román, M., Álvarez-Espinoza, E., Delgado-Derio, C., Vallejos-González, J., Larenas-Rosa, D., Rivera-Lillo, G., Manzur Valdivia, H., & Salas-Riquelme, C. (2025, octubre). Policy brief. Universidad de Chile.

2. Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2013). Guía Clínica AUGE: Accidente cerebro vascular isquémico en personas de 15 años y más. Santiago: MINSAL. http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/476/Accidente-Cerebro-Vascular-Isquemico-2013.pdf

3. Salii, A., Danylchenko, S., Golovchenko, I., Tarasova, O., Morozenko, D., & Honchar, O. (2025). Inter Collegas, 12(2), 39–46. https://doi.org/10.35339/ic.2025.12.2.sdg

4. Riederer González, C. E., Rosales Lillo, F. G., & Paredes Riederer, M. A. (2025). Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud, 7(2). https://doi.org/10.46634/riics.481

5. Zamorano, P., Calvo, F., Banda, R., Fuentes, J., Molina, C., Medina, E., & Gonzalez-Madrid, M. (2024). International Journal of Integrated Care, 24(1), 7. https://doi.org/10.5334/ijic.7697

6. Waterworth, C. J., Smith, F., Kiefel-Johnson, F., Pryor, W., & Marella, M. (2024). Disability and Rehabilitation, 46(25), 5965–5976. https://doi.org/10.1080/09638288.2024.2317422

07. ACTA DE VISADO CLINICO Y VALIDACION COLEGIADA (RNPI / SIS)

VISADO PRINCIPAL VIGENTE

Este documento cuenta con Visado Clínico Oficial Vigente otorgado por su Editor Clínico Principal acreditado ante la Superintendencia de Salud de Chile (suficiente para su publicación oficial). Adicionalmente, permite el registro de co-visado de especialistas por disciplina en conexionterapeuta.cl/guias.

1. VISADO PRINCIPAL (APROBADO PARA PRODUCCION)

Profesional: Gonzalo Rojas Quintano

Especialidad: Fonoaudiología • Editor Clínico

Acreditación: Registro SIS (RNPI) Verificado

Estado: [APROBADO] VISADO OFICIAL EMITIDO Y VIGENTE

2. CO-VISADO ESPECIALISTA (KINE / FONO / PSICO)

Nombre Profesional: _____

Disciplina y N° SIS: _____

Firma / Timbre: _____

Registro digital en: conexionterapeuta.cl/guias