

Seguimiento en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria de pacientes COVID – 19

Continuidad asistencial en cuidados de Fisioterapia de
pacientes COVID - 19.



Sociedade Galega de Fisioterapeutas

www.sogafi.es

Versión 1.0 - 26 de Abril de 2020



Autores:

D. Guillermo Bilbao Ogando.

Fisioterapeuta UFAP Cento de Saúde Tenorio. Área sanitaria Pontevedra-Salnés. Profesor asociado CC da Saúde. Facultade de Fisioterapia Pontevedra. Universidade de Vigo (UV). Asesor del Área SERGAS de la SOGAFI.

D. Tirso Docampo Ferreira.

Fisioterapeuta de Atención Primaria, SAP Moaña. Área Sanitaria de Vigo. Vocal SERGAS de la SOGAFI. Miembro del Consello Técnico de Atención Primaria da Xunta de Galicia.

Dña. Ana Lista Paz.

Doctora en Fisioterapia. Profesora e investigadora en la Facultade de Fisioterapia de la Universidade da Coruña (UDC). Asesora del Área de Fisioterapia Respiratoria de la SOGAFI.

D. Pablo Pérez Mariño.

Fisioterapeuta de Atención Primaria en la UFAP del Centro de Saúde de Lavadores. Vicesecretario del Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia (COFIGA). Miembro del Consello Técnico de Atención Primaria da Xunta de Galicia. Asesor del Área SERGAS de la SOGAFI.

D. Luis Pintos Pérez.

Fisioterapeuta en Atención Primaria en SAP de Ponteareas. Área Sanitaria de Vigo. Asesor del Área SERGAS de la SOGAFI.

D. Eduardo Fondevila Suárez.

Fisioterapeuta, MSc. Profesor Asociado en la Escuela Universitaria de Fisioterapia Gimbernat-Cantabria - adscrita a la Universidad de Cantabria (UC). Ejercicio libre en el ámbito comunitario (A Coruña). Presidente de la Sociedade Galega de Fisioterapeutas.



Seguimiento en las UFAP de pacientes COVID - 19

Continuidad asistencial en cuidados de Fisioterapia de pacientes COVID - 19.

Desde la Sociedade Galega de Fisioterapeutas (SOGAFI) presentamos la siguiente propuesta para la continuidad asistencial de Fisioterapia en los pacientes con Covid - 19, tanto en aislamiento domiciliario como tras Alta Hospitalaria dentro de sus domicilios en el ámbito de la atención Primaria y Comunitaria.

- 1. Justificación.**
- 2. Actividad asistencial.**
 - 2.1 Procedimiento.
 - Captación.
 - Implementación .
 - 2.2 Consulta de Fisioterapia.
 - Fase de confinamiento.
 - Fase Posterior al confinamiento.
 - 2.3 Registro atención realizada.
 - 2.4 Atención domiciliaria.
- 3. Recursos.**
- 4. Clinimetría y Valoración diagnóstica de Fisioterapia en AP tras el alta hospitalaria.**
- 5. Fuentes bibliográficas consultadas.**
- 6. Anexos (1-9).**



1. Justificación.

Una vez que se recupere de manera progresiva la atención de pacientes en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria (UFAP), tenemos que tener presente esta nueva realidad asistencial que deberá incorporar la atención de pacientes Covid - 19, tanto en la etapa de confinamiento inicial (aislamiento en domicilio en casos leves), como en la de confinamiento tras Alta Hospitalaria (casos moderados - graves), o posteriormente a este aislamiento hasta la recuperación total.

En muchas ocasiones este grupo de pacientes va a necesitar Fisioterapia, con el objetivo de mejorar sus capacidades funcionales y pulmonares.

Desde el ámbito de la Atención Primaria (AP) se abordará fundamentalmente la fase de convalecencia tras el alta hospitalaria, ya que serán los casos con desarrollo más grave de la enfermedad, que puede incluir ingreso en planta hospitalaria o en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).

2. Actividad asistencial.

Esto nos plantea varios escenarios posibles en cuanto al **proceso superado por el paciente** y en cuanto a la **posibilidad de presentar infección activa** con riesgo epidemiológico al ser derivado a Fisioterapia:

Proceso superado por el paciente:

- Procesos leves con aislamiento Domiciliario.
- Proceso con criterios de ingreso Hospitalario.
- Proceso grave Hospitalario sin criterios de UCI.
- Proceso grave Hospitalario con criterios de UCI.



Estado epidemiológico de la infección:

1) <i>Sin PCR al Alta Hospitalaria.</i> Se consideran 14 días más presentando infección activa
2) <i>PCR positiva al Alta.</i> Se considera infección activa y se realizará nueva PCR a los 14 días
3) <i>PCR negativa al Alta.</i> Se considera infección pasada tres días después de la resolución de los síntomas.

Tabla 1. Estado epidemiológico de la infección.

Evaluado el escenario concreto del paciente, la atención de Fisioterapia debe cubrir sus necesidades sin exponer al resto de la comunidad y a los profesionales que lo atienden al peligro que supone un contagio.

Según estas consideraciones previas, se plantea el siguiente protocolo de atención desde las UFAP de este tipo de pacientes según sus necesidades.

2.1. Procedimiento.

a) Captación:

La captación de pacientes COVID - 19 que necesite valoración por parte de las UFAP, se hará principalmente desde las consultas de los Médicos Especialistas de Atención Primaria (MEAP), como ocurre hasta ahora con el resto de procesos atendidos en las UFAP.



Ocasionalmente tendremos un porcentaje de pacientes que hayan necesitado ingreso Hospitalario por esta enfermedad, con tratamientos de Fisioterapia durante el ingreso, y que una vez que cursen Alta hospitalaria serán captados por los Coordinadores de Fisioterapia Hospitalarios. De esta manera se evita la demora en la continuidad asistencial, ya que se podrá enviar una notificación a la UFAP correspondiente, para hacer seguimiento de Fisioterapia desde su UFAP de referencia.

b) Implementación

a. Agendas Profesionales

Se diseñarán **en las agendas de profesionales de Fisioterapia** espacios para realizar la atención de estos pacientes, con el modo de cita telefónica.

- En los casos captados en consultas de MEAP, estos indicarán al personal administrativo que den una primera consulta en las horas destinadas a estos pacientes. Además el MEAP realizará una anotación en *Ianus* explicando la situación actual de ese paciente.
- Los pacientes captados por las Coordinaciones de Fisioterapia de atención hospitalaria serán notificados a través de fax a la UFAP. Por indicación de los fisioterapeutas de Atención Primaria, el personal administrativo los cargará en el primer espacio libre de agenda para primera consulta telefónica de estos pacientes.

b. Actos específicos atención pacientes Covid - 19

Será necesario también diseñar acrónimos específicos para esta nueva actividad, de modo que quede registrada la labor asistencial realizada.

A modo de ejemplos:

- **PRIT:** *(en consonancia con la actual PRI) para primera consulta telefónica.*
- **TSUV:** *(en consonancia con la actual TSUC) para citas sucesivas de pacientes COVID19.*
- **PROV:** *(en consonancia con la actual PROG) para consultas programadas de seguimiento de pacientes COVID19.*



Es importante empezar a registrar la actividad telefónica que se hace con cualquier usuario de la UFAP (con la opción PRIT); y al mismo tiempo se registrar la actividad específica que se hace de pacientes COVID19.

2.2. Consulta de Fisioterapia.

Estableceremos una atención en las fases de confinamiento domiciliario de manera No presencial y una atención posterior hasta la recuperación completa de las capacidades funcionales y pulmonares, que podrá ser *No presencial* o *Presencial*.

2.2.1 Fase de confinamiento domiciliario

Confinamiento inicial. Pacientes con sospecha o COVID-19 positivo, con sintomatología leve-moderada y que no requieran de ingreso hospitalario. Se realizará un plan de educación para la salud, con las siguientes medidas:

- Medidas de higiene y prevención.
- Recomendaciones generales de auto-cuidados.
- Recomendaciones generales para mantenerse activos.
- Pacientes con comorbilidad respiratoria previa:
 - Recordar la importancia de que continúen tomando su medicación inhalada.
 - Repasar, en caso de ser necesario, la técnica correcta de administración de la medicación inhalada e higiene de los dispositivos.
 - Continuar con el programa de Fisioterapia que estuviesen realizando y prestar supervisión telemática si es necesario.

Confinamiento tras alta hospitalaria. Pacientes dados de alta hospitalaria, con sintomatología más severa, y que han requerido un ingreso hospitalario y/o en UCI. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Ministerio de Sanidad del Gobierno de España recomiendan 15 días de aislamiento después del alta hospitalaria, tras haber cesado los síntomas del COVID-19 y/o después de tener pruebas negativas.

La intervención de Fisioterapia durante el tiempo de confinamiento tras el alta se realizará preferiblemente por sistemas de consulta telemática y se basará en cuatro pilares: *valoración diagnóstica de fisioterapia, encaminada a valorar las capacidades funcionales y*



pulmonares del paciente; intervención educativa para la salud; intervenciones de fisioterapia respiratoria y diseño de programas de ejercicio terapéutico.

A nivel de la *valoración diagnóstica de fisioterapia* se propone una evaluación rápida mediante lista de chequeo (v. Anexo1) a realizar telefónicamente. En función del resultado, se pasarían sendos cuestionarios, también telefónicamente, para objetivar las eventuales pérdidas de capacidades funcionales y pulmonares (v. Anexos 2, 3 y 4), quedando registrada la valoración en un cuadro final (v. Anexo 5). Los Anexos 6-9 recogen una propuesta de valoración funcional presencial.

Fisioterapia durante el tiempo de confinamiento tras el alta hospitalaria.
1. Valoración diagnóstica de Fisioterapia.
2. Intervención educativa para la salud.
3. Intervenciones de fisioterapia respiratoria, encaminadas a mejorar las capacidades pulmonares y la reeducación al esfuerzo.
4. Diseño de programas de ejercicio terapéutico encaminados a mejorar las capacidades funcionales.

Tabla 2. Intervenciones de Fisioterapia durante el tiempo de confinamiento tras el alta.

Actualmente, en el caso de los pacientes positivos/sospechosos de infección por SARS CoV-2, con movilidad independiente y que presenten sintomatología respiratoria leve-moderada, el contacto directo con el fisioterapeuta no se justifica.

2.2.2 Fase posterior al confinamiento:

En esta fase la atención de fisioterapia se encamina a la recuperación de las capacidades perdidas, siendo la atención no presencial la opción preferente; aunque también se contemplará la opción de atención Presencial (siguiendo lo establecido en el documento **“Reordenación de la actividad de Fisioterapia en Atención Primaria en la Comunidad Autónoma de Galicia”**).

En ambas fases, la atención a estos pacientes será preferentemente por vía telemática, a través de seguimiento por contacto telefónico, videoconferencias, plataformas de digitales, etc.



Las **revisiones se harán en citas Programadas** por el fisioterapeuta, con la frecuencia que este estime, y que serían registradas por el personal administrativo (con opción de recordatorio de la cita a través de mensaje a los pacientes).

2.3. Registro atención realizada.

Todas las intervenciones de Fisioterapia realizadas se registrarán en la Historia Clínica electrónica del paciente, en el **código CIAP** que se habilite para ello a todos los profesionales de AP y asociadas al episodio específico de Fisioterapia L46 (Interconsulta con otro profesional de AP/Fisioterapia), que sirve como histórico de la atención recibida en las UFAP.

2.4. Atención domiciliaria.

Se plantea también la posibilidad de **atención domiciliaria** de ser imprescindible, en aquellos casos en que no sea posible la atención fisioterápica a los pacientes de manera presencial ni no presencial (para ergonometría del hogar y del cuidador así como seguimiento de las pautas marcadas tras primera consulta telefónica).

La asistencia domiciliaria se realizará con el Equipo de Protección Individual (EPI) adecuado, que se colocará antes de la entrada en el domicilio y se retirará a la salida, procesando los distintos elementos según protocolos establecidos, y haciendo el desplazamiento en medios habilitados para ello.

3. Recursos.

Para poder desarrollar con éxito la atención de los pacientes Covid - 19 desde la Fisioterapia de Atención Primaria serían imprescindibles los siguientes recursos materiales: ampliación y acceso de contacto telemático con profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales; medios telemáticos adecuados, imprescindible soporte visual que aseguren la seguridad en las comunicaciones profesional - paciente e interprofesional (sistemas cifrados); equipos adecuados de Protección Individual para atención presencial en UFAP o en domicilio, en los casos estrictamente necesarios; así como el medio de desplazamiento al domicilio; medios y productos adecuados para desinfección y agendas



personales modificadas según las posibilidades de atención en cuanto a tiempos y tipo de actos.

Recursos Materiales imprescindibles para el manejo de pacientes COVID19 en desde Fisioterapia en la Atención Primaria.
1. Ampliación y acceso de contacto telemático con profesionales sanitarios de los distintos niveles asistenciales.
2. Medios telemáticos adecuados, imprescindible soporte visual que aseguren la seguridad en las comunicaciones profesional - paciente e interprofesional (sistemas cifrados).
3. Equipos adecuados de Protección Individual para atención presencial en UFAP o en domicilio, en los casos estrictamente necesarios; así como el medio de desplazamiento al domicilio.
4. Medios y productos adecuados para desinfección.
5. Agendas personales modificadas según las posibilidades de atención en cuanto a tiempos y tipo de actos.

Tabla 3. Recursos Materiales imprescindibles para el manejo de pacientes COVID19 desde Fisioterapia en AP.



4. Clinimetría y valoración diagnóstica de fisioterapia de los pacientes COVID-19 en AP tras el Alta Hospitalaria.

Para la valoración diagnóstica de fisioterapia en pacientes COVID19 tras el alta hospitalaria, la Sociedade Galega de Fisioterapeutas propone un protocolo de valoración de las capacidades pulmonares y funcionales basado primeramente en una lista de chequeo rápido a realizar telefónicamente (v. Anexo 1) a la que remite en una segunda fase una posterior propuesta de valoración clinimétrica mediante cuestionarios (v. Anexos 2-4). La valoración funcional del paciente puede ser realizada telefónicamente, quedando registrada (v. Anexo 5). En aquellos casos donde sea posible la evaluación presencial, la valoración diagnóstica de fisioterapia se puede completar mediante pruebas de valoración funcional validadas (v. Anexos 6-9).

5. Fuentes bibliográficas consultadas.

1. Área de Fisioterapia Respiratoria de SEPAR. Fisioterapia respiratoria en el manejo del paciente con COVID-19: recomendaciones generales. Versión 2.20 de abril 2020. En: <https://drive.google.com/file/d/1GBZUQVzimOLWJ5cUDw8jV36wAilbBdUS/view>
2. Asociación Española de Fisioterapeutas en Atención Primaria y Salud Comunitaria. Reordenación de la actividad de Fisioterapia en Atención Primaria para abordar la situación sanitaria provocada por COVID19. 21 de abril de 2020. En: <http://www.aefi.net/Portals/1/coronavirus/Reordenacio%CC%81n%20actividad%20UFAP%20Abril%202020.pdf>
3. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. CONTINUIDAD ASISTENCIAL AL ALTA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEUMONÍA POR SARS-CoV-2 CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN SARS-CoV-2. Abril 2020. En: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2020/04/Covid19-criterios-24-04-2020.pdf>
4. *Ad-hoc international task force* de la *European Respiratory Society* (ERS): <https://ers.app.box.com/s/npzkvigt14w3pb0vbsth4y0fxe7ae9z9>



5. Guía de consenso de diferentes asociaciones italianas:

<https://ers.app.box.com/s/825awayvkl7hh670yxbmzfcw5medm1d>

6. Guía Asociación Médica de Rehabilitación de China (17 abril 2020):

<http://rs.yiigle.com/yufabiao/1183323.htm>

7. Cuesta-Vargas and Gabel. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Spanish versión of the lower limb functional index. Health and Quality of Life Outcomes 2014, 12: 75.

8. Cuesta-Vargas and Gabel. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Spanish versión of the upper limb functional index. Health and Quality of Life Outcomes 2013, 11: 126.

9. Rodríguez Mañas L, Bayer AJ, Kelly M, Zeygang A, Izquierdo M, Laosa O, et al. Anevaluation of the effectiveness of a multi-modal intervention in frail and pre-frail older people with type 2 diabetes – the MID-frail study: study protocol for a randomised controlled trial. Trials. 2014; 15:34



Anexo1: Valoración diagnóstica rápida de Fisioterapia mediante lista de chequeo de las capacidades funcionales y cardio-respiratorias de los pacientes COVID-19 en Atención Primaria tras el alta hospitalaria (encuesta telefónica).

1. Dimensión 1: Evaluación rápida de la funcionalidad de los miembros inferiores	SI	NO
¿Tiene usted dificultad o necesita ayuda para vestirse? (ejemplo: pantalones/zapatos/calzetas).		
¿Tiene usted dificultad para levantarse de la silla?.		
¿Tiene usted dificultad para caminar y/o subir y bajar escalones?.		

Si dos de tres son respuestas afirmativas, adminístrese al paciente el cuestionario de valoración "Índice funcional del miembro inferior" para cuantificar el porcentaje (%) de pérdida de funcionalidad en sus miembros inferiores.

2. Dimensión 2: Evaluación rápida de la funcionalidad de los miembros superiores	SI	NO
¿Tiene dificultad para introducir los brazos en una camisa o vestirse?.		
¿ Es usted incapaz de realizar actividades a la misma altura o por encima del hombro? (también aseo).		
¿Tiene usted dificultad para abrir frascos o botes con las manos?.		

Si dos de tres son respuestas afirmativas, adminístrese al paciente el cuestionario de valoración "Índice funcional del miembro superior" para cuantificar el porcentaje (%) de pérdida de funcionalidad en sus miembros superiores.

3. Dimensión 3: Evaluación rápida de la función cardio-respiratoria	SI	NO
¿Siente usted ahogo/dificultad respiratoria al hacer esfuerzos o actividades de la vida diaria?		

Si la respuesta es afirmativa, adminístrese al paciente la Escala Medical Research Council (MRC) modificada para la disnea.

- Si el/la paciente responde negativamente a dos o tres preguntas de la primera y/o la segunda dimensión, se puede estimar que no existe una gran pérdida funcional de sus miembros superiores/inferiores (no obstante, según entrevista clínica, puede valorarse administrar los cuestionarios IFMS e IFMI).
- El valor del MRC (0-4) debe ser interpretado dentro del contexto clínico de cada paciente.



Anexo 2: Índice funcional del miembro inferior (IFMI)

ÍNDICE FUNCIONAL DEL MIEMBRO INFERIOR (IFMI)

Nombre: _____ Fecha: _____

Pierna Derecha Pierna Izquierda:

Por favor complete: puede que ahora sea difícil hacer algunas cosas con sus piernas de las que hace normalmente. Esta lista contiene frases que la gente usa para describir esos problemas en ellos mismos. Piense usted en los últimos días. Si hay alguna pregunta que le describe, máquela. Si no, déjela en blanco. Si una frase sólo le describe parcialmente, marque la mitad de la casilla.

- *Para encuesta telefónica: Le explicamos al paciente que solo hay 3 respuestas posibles a cada una de las preguntas: "SI", "NO" y "A veces". Si el paciente dice "SI", marcamos con una (X); si el paciente dice "A veces", marcamos con una (/); si el paciente dice "NO", la dejamos en blanco ().*
- *Un SI (X) = 1 punto. Un "A veces" (/) = 0.5 puntos. Un "NO" () = 0 puntos.*

SOBRE MI/S PIERNA/S

1	Me quedo en casa la mayor parte del tiempo-	
2	Cambio frecuentemente de postura para aliviar el dolor.	
3	Evito hacer trabajos pesados (ej: limpiar, levantar más de 5kg, trabajar el jardín, etc).	
4	Paro a descansar más a menudo.	
5	Pido a los demás que hagan las cosas por mí.	
6	Tengo dolor/problema casi todo el tiempo.	
7	Tengo dificultad para levantar y cargar peso (ejemplo: bolsas, compras de hasta 5 kg, etc)-	
8	Mi apetito es diferente.	
9	El caminar o el hacer mis actividades recreativas están afectados.	
10	Tengo dificultad con las tareas normales de la casa y la familia.	
11	Duelmo peor.	
12	Necesito ayuda con mi cuidado personal (ejemplo: la ducha y la higiene)-	

13	Mis actividades normales diarias (trabajo, actividades sociales) están afectadas.	
14	Estoy más irritable y de peor humor-	
15	Me siento débil y/o rígido.	
16	Mi independencia en el transporte está afectada (conducir/transporte público).	
17	Tengo dificultad o necesito ayuda para vestirme (ejemplo: pantalones/zapatos/calzetines).	
18	Tengo dificultad para cambiar de dirección, torcer y girar.	
19	Soy incapaz de moverme tan rápido como desearía.	
20	Tengo dificultad para permanecer mucho tiempo de pie.	
21	Tengo dificultad para agacharme, ponerme de cuclillas.	
22	Tiendo dificultad con los paseos prolongados.	
23	Tengo problemas con los escalones y las escaleras.	
24	Tengo problemas para estar sentado/a durante un tiempo.	
25	Tengo problemas con el equilibrio en superficies irregulares y con el calzado diferente al usual.	

ULFI Puntuación: Para puntuar la parte superior sumar las cajas marcadas: _____ TOTAL
(IFMIpuntos)

MDC (90%CI): 6.67% o 1.67 IFMI puntos. Una puntuación menor a ésta puede ser debido a error.

100 Escala: 100- (TOTAL x 4) = _____%

Cuesta-Vargas and Gabel. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Spanish versión of the lower limb functional index. Health and Quality of Life Outcomes 2014, 12: 75.



Anexo 3. Índice de funcionalidad del miembro superior (IFMS)

ÍNDICE DE FUNCIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR (IFMS)

Nombre: _____ Fecha: _____

Brazo derecho : Brazo izquierdo:

Por favor complete: Sus brazos pueden hacer que sea difícil hacer algunas cosas que hace normalmente. Esta lista contiene frases que la gente usa para describir esos problemas en ellos mismos. Piense usted en los últimos días. Si hay alguna pregunta que le describe, márkela. Si no, déjela en blanco- Si una frase sólo le describe parcialmente, marque la mitad de la casilla.

- *Para encuesta telefónica: Le explicamos al paciente que solo hay 3 respuestas posibles a cada una de las preguntas: "SI", "NO" y "A veces".
Si el paciente dice "SI", marcamos con una (X); si el paciente dice "A veces", marcamos con una (/); si el paciente dice "NO", la dejamos en blanco ().*
- *Un SI (X) = 1 punto. Un "A veces" (/) = 0.5 puntos. Un "NO" () = 0 puntos.*

SOBRE MI/S BRAZO/S

1	Me quedo en casa la mayor parte del tiempo-	
2	Cambio frecuentemente de postura para aliviar el dolor.	
3	Evito hacer trabajos pesados (ej: limpiar, levantar más de 5kg, trabajar el jardín, etc).	
4	Paro a descansar más a menudo.	
5	Pido a los demás que hagan las cosas por mí.	
6	Tengo dolor/problema casi todo el tiempo.	
7	Tengo dificultad para levantar y cargar peso (ejemplo: bolsas, compras de hasta 5 kg, etc)-	
8	Mi apetito es diferente.	
9	El caminar o el hacer mis actividades recreativas están afectados.	
10	Tengo dificultad con las tareas normales de la casa y la familia.	
11	Duelmo peor.	
12	Necesito ayuda con mi cuidado personal (ejemplo: la ducha y la higiene)-	
13	Mis actividades normales diarias (trabajo, actividades sociales) están afectadas.	
14	Estoy más irritable y de peor humor.	

15	Me siento débil y/o rígido.	
16	Mi independencia en el transporte está afectada (conducir/transporte público).	
17	Tengo dificultad para introducir el brazo en una camisa o para vestirme.	
18	Tengo dificultad para escribir o usar una llave y/o ratón.	
19	Soy incapaz de realizar actividades a la misma altura o por encima del hombro.	
20	Tengo dificultad para comer y/o usar utensilios (ejemplo: cuchillo, tenedor, cuchara, palillos).	
21	Tengo dificultad para coger y mover objetos pesados (ejemplo: tazas, tarros, latas).	
22	Tiendo a dejar caer las cosas y/o tengo accidentes menores con mayor frecuencia.	
23	Uso el otro brazo más a menudo.	
24	Tengo problemas con botones, llaves, monedas, llaves de agua, recipientes y tapas de rosca.	
25	Tengo problemas para abrir, agarrar, empujar o presionar (ejemplo: palancas, puertas pesadas).	

ULFI Puntuación: Para puntuar la parte superior sumar las cajas marcadas: _____ TOTAL
(IFMSpuntos)

MDC (90%CI): 7.9% o 1.9 IFMS puntos. Una puntuación menor a ésta puede ser debido a error.

100 Escala: $100 - (\text{TOTAL} \times 4) = \text{_____}\%$

Cuesta-Vargas and Gabel. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Spanish versión of the upper limb functional index. Health and Quality of Life Outcomes 2013, 11: 126.



Anexo 4: Escala *Medical Research Council* modificada para la disnea.

Escala de disnea (MRC)
0: Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.
1: Disnea al andar deprisa o al subir una cuesta poco pronunciada.
2: Incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria, o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.
3: Tener que pasar a descansar al andar unos 100 metros o a los pocos minutos de andar en llano.
4: La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.



Anexo 5. Hoja de Registro del grado de disnea y capacidades funcionales del paciente tras valoración telefónica.

Nombre y apellidos:	Fecha

Valoración de las capacidades funcionales y pulmonares del paciente COVID19 tras el alta hospitalaria mediante encuesta telefónica.

Porcentaje funcionalidad de los miembros inferiores:	%
Porcentaje funcionalidad de los miembros superiores:	%
Grado de disnea (0-4):	



Anexo 6: Pruebas de Valoración Funcional a realizar presencialmente.

1. Disnea.

Utilización de la Escala de Borg modificada para la valoración de la disnea (Anexo 7)

2. Saturación de oxígeno.

Utilización de oxímetro de pulso.

3. Valoración de la tolerancia al esfuerzo.

a) Test de seis minutos marcha.

Referencia de la última taskforce de la ATS/ERS: *ATS/ERS Technical Standard. ERJ 2014;44:1428*

Guía a nivel nacional: *Normativa SEPAR. ArchBronconeumol, 2001.*

b) Test 30s sit-to-stand. (Hoja de registro en Anexo 8)

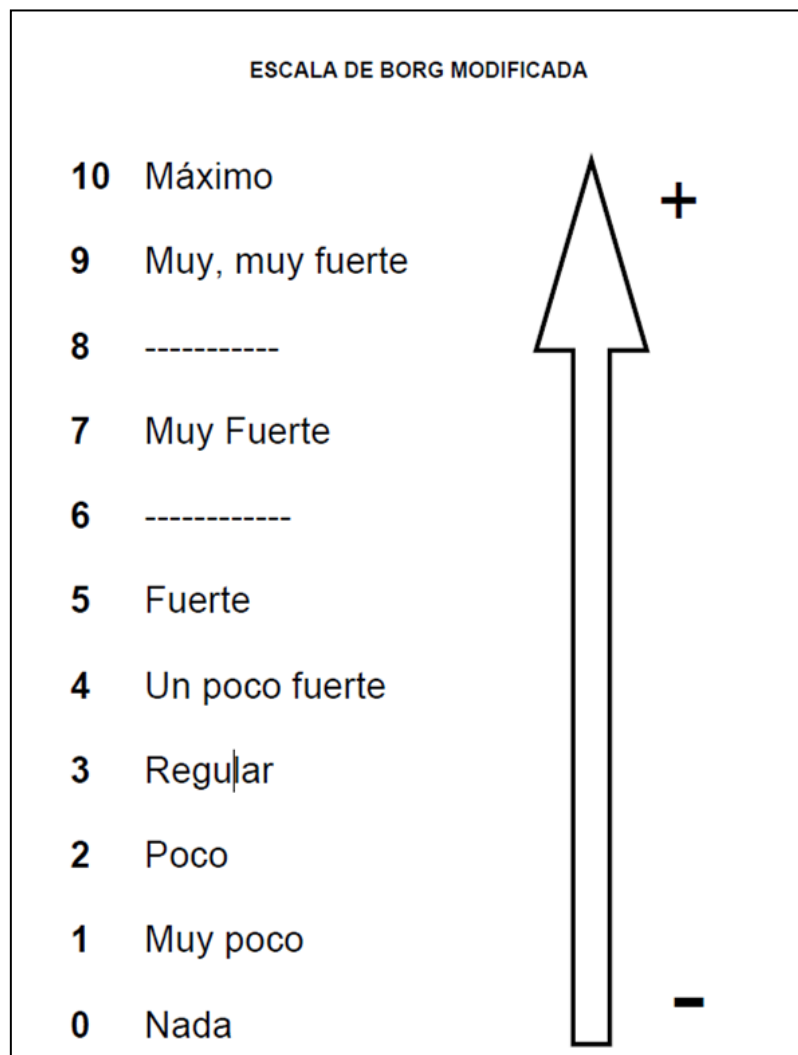
4. Valoración funcional de personas frágiles.

Batería de rendimiento físico breve. *Short Physical Performance Battery* (Anexo 9).

5. Fuerza musculatura periférica.

Dinamometría de mano (handgrip).

Anexo 7: Escala de Borg modificada.





**Anexo 8: Hoja de registro de la tolerancia al esfuerzo durante 30”
mediante el movimiento de sentarse-levantarse (test 30s STS).**

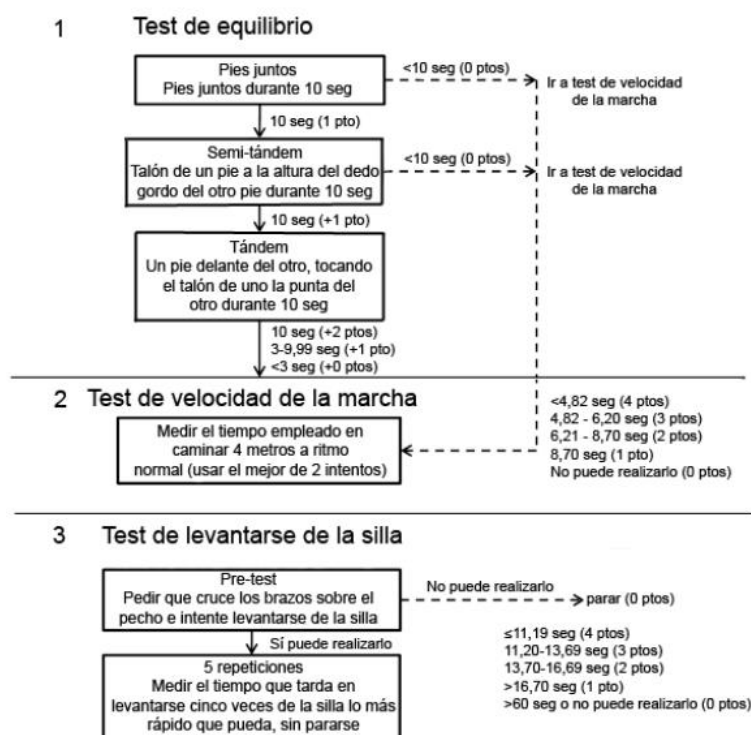
Nombre y apellidos:	Fecha

Número total de movimientos de sentarse-levantarse completados en 30”:	
Tiempo en que se observa/mide el cambio de aceleración (<i>jerk</i>)	
Observaciones:	

Anexo 9: Batería de rendimiento físico breve (SPPB) para la valoración funcional en personas frágiles.

El SPPB (*Short Physical Performance Battery*), consiste en la realización de tres pruebas: equilibrio (en tres posiciones: pies juntos, semi-tándem y tándem), velocidad de la marcha (sobre 2.4 o 4 metros) y levantarse y sentarse en una silla cinco veces. Es muy importante respetar la secuencia de las pruebas, ya que si empezamos por las levantadas, el paciente se puede fatigar y ofrecer rendimientos falsamente bajos en los otros dos sub-test.

El tiempo medio de administración, con entrenamiento, se sitúa entre los 6 y los 10 minutos. Los valores normativos para la población española se han establecido en diversos estudios de cohortes poblacionales y en atención primaria. La puntuación y valoración del resultado total del SPPB resulta de la suma de los tres sub-test, y oscila entre 0 (peor) y 12; cambios en 1 punto tienen significado clínico. Una puntuación por debajo de 10 indica fragilidad y un elevado riesgo de discapacidad, así como de caídas.



Fuente: Rodríguez Mañas L et al, 2014