

PROTOCOLO/GUÍA ASISTENCIAL DE CUIDADOS DE FISIOTERAPIA EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA AFECTADOS POR COVID-19

UFAP DEL ÁREA DE SEGOVIA

VERSIÓN 1.7

1 de diciembre de 2020

**Actualización Criterios y
Algoritmo**

AUTORAS: Fisioterapeutas de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Área de Segovia: Gloria Martínez Ramírez, Patricia Llorente Rubio, Amalia San Romualdo Illana, Henar Tejedor Zarzuela, Elena Álvarez San José, Patricia Verdugo Fernández, Eva Bartolomé Castillo, Victoria Cámara Moro, María Luisa Sanz Montarelo; María Ascensión Llorente Castillo.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA. INTRODUCCIÓN:

El presente documento pretende ser una ayuda y servir de guía de actuación clínica a los profesionales de atención primaria (AP) en el seguimiento de los pacientes que han presentado una infección por SARS-CoV-2 leve o moderada, que se encuentren en seguimiento por el Equipo de Atención Primaria (EAP) y que no hayan recibido pautas previas de fisioterapia en el hospital.

Este virus causa diversas manifestaciones en cada paciente con infección por COVID-19, siempre se tendrá en cuenta la clínica que ha presentado el enfermo durante la enfermedad.

Los profesionales de AP desarrollamos actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social ya que somos el nivel básico e inicial que garantiza la globalidad y la continuidad a lo largo de la vida del paciente.

Estas recomendaciones van dirigidas a personas confinadas en casa por la pandemia de COVID-19 y/o en fase de recuperación domiciliaria. Son recomendaciones generales que se deben considerar individualmente en función de la situación de cada persona, del nivel de afectación tras el COVID-19 y de las comorbilidades de base que puedan tener.

Se han elaborado una serie de recomendaciones de fisioterapia respiratoria y ejercicio terapéutico para ayudar en la reincorporación de cada paciente a su rol habitual en la sociedad. (1)

2. JUSTIFICACIÓN:

Después de la declaración del estado de alarma por COVID-19 y de la situación extraordinaria que estamos viviendo a partir de la declaración de la pandemia por la OMS, se requiere por parte de los Profesionales de la Salud, entre ellos de los Fisioterapeutas de AP, un replanteamiento de la atención sanitaria a realizar con los pacientes/usuarios con el fin abordar los nuevos retos que se nos presentan. (2)

Por todo ello es necesario establecer un plan de medidas para la reorganización de la actividad de fisioterapia sin perder de vista la posibilidad futura de nuevos repuntes epidémicos. (3)

3. POBLACIÓN DIANA:

“Se debe asegurar que cada paciente sea atendido en el nivel asistencial que su proceso requiera, en base a criterios de complejidad terapéutica; así los tratamientos con cierto nivel de riesgo y complejidad deben ser atendidos en el segundo nivel asistencial, con la finalidad de optimizar los recursos humanos y materiales disponibles” (4), (5)

3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Usuarios/Pacientes de las ZBS adscritas a la UFAP (4) que han presentado una infección por SARS-Cov-2 leve/moderada con presencia de síntomas, tales como:

- disminución de la función respiratoria
- aumento o presencia de secreciones respiratorias
- desacondicionamiento físico provocado por el periodo de inmovilización.

El abordaje se realizara sobre pacientes en fase subaguda o tras remitir esta fase si aún quedaran secuelas.

3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Focalidad neurológica.
- Restricciones de movilidad articular.
- Signos/Síntomas de infección activa como: fiebre, mialgia generalizada, secreciones abundantes tratadas con antibioterapia.
- Problemas de salud asociados que contraindiquen el tratamiento.
- Patología psicosocial grave. (4)
- Toda patología que impida la colaboración del paciente.
- No obtener el debido consentimiento del paciente para la realización del tratamiento, tras haber sido informado de los objetivos del mismo. (4)
- Haber recibido pautas previas de fisioterapia durante el ingreso hospitalario.

Para ello es importante la valoración del nivel cognitivo y de colaboración del paciente, así como el apoyo de familiares y/o cuidadores para una supervisión y/o ayuda en las pautas marcadas para el tratamiento domiciliario.

3.3 CONTINUIDAD ASISTENCIAL:

Para garantizar la continuidad asistencial, si durante la realización del tratamiento el Fisioterapeuta observase alguna complicación no incluida en las guías de práctica clínica de Fisioterapia en Atención Primaria de Castilla y León, deberán ser remitidos a su Médico de Atención Primaria para su valoración y si procede, derivación al Servicio oportuno de AE.

3.4 SALIDAS:

- Complicaciones que no garanticen la continuidad asistencial (apartado 3.3).
- Abandono del tratamiento por parte del paciente.
- Traslado de domicilio fuera de las ZBS adscrita a la UFAP. (4)
- Pacientes ya tratados en las UFAP que hayan aprendido correctamente los ejercicios y sean capaces de realizarlos en su domicilio.
- Exitus.

4. DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR. OBJETIVOS:

Objetivo general:

- Servir de guía de actuación en el manejo de los cuidados de Fisioterapia por COVID-19 en AP. (6), (7)

Objetivos específicos:

- Paliar los síntomas provocados por COVID -19.
- Disminuir las secuelas.
- Restaurar gradualmente la condición física (mejorar la movilidad articular y el tono muscular) y psicológica.
- Mejorar el patrón y la función respiratoria.
- Mejorar la tolerancia al ejercicio aeróbico, mejorar el equilibrio y la propiocepción.
- Facilitar la adaptación a las AVD, fomentando el autocuidado.
- Promover la independencia con el fin de conseguir mejorar y restaurar la calidad de vida.
- Adherencia terapéutica y empoderamiento del paciente.

5. PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES:

La CAPTACIÓN la realizará el personal sanitario del EAP, la DERIVACIÓN la realizarán los Médicos de Atención Primaria (MAP) y los pediatras de AP, LA VALORACIÓN FISIOTERÁPICA Y LA ELECCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO la realizarán los fisioterapeutas de AP, teniendo en cuenta la orden CIN 2135/2008. (4)

La EJECUCIÓN del plan terapéutico se llevará a cabo por los Fisioterapeutas con la participación de los TCAE pertenecientes a las UFAP.

5.1 DERIVACIÓN:

Los pacientes serán derivados por los MAP y los pediatras de AP, si cumplen con los criterios de inclusión, mediante una solicitud de interconsulta con la Unidad de Fisioterapia en la que conste el motivo de consulta, los antecedentes personales, todos aquellos datos de la Historia Clínica que se consideren de interés para el tratamiento fisioterápico y el resultado de pruebas complementarias que se hayan realizado (4).

Algoritmo circuito derivación presente en Anexo 8.

6. PLAN DE ACTUACIÓN.

6.1. VALORACIÓN INICIAL:

Una vez tramitada la solicitud de interconsulta, el fisioterapeuta realizará valoración telefónica del estado del paciente, con el propio paciente y/o cuidador.

Se completará la Historia Clínica, realizando una buena anamnesis, atendiendo a los datos facilitados por el MAP en el volante de interconsulta y rellenando el cuestionario presente en el Anexo 4 que nos servirá para la valoración inicial así como para las sucesivas reevaluaciones y las escalas presentes en los Anexos 1, 2 y 5. En el caso de que el paciente tenga pulsioxímetro en domicilio se anotarán las mediciones registradas, en caso no tenerlo, se realizará el Test de Roth como medida de visualización de alarma, Anexo 3.

Se proporcionarán al paciente y/o cuidador recomendaciones y pauta de ejercicios, en base a la

evidencia científica disponible, a seguir por dicho paciente en su domicilio, en formato papel, mediante correo ordinario, formato digital por correo electrónico, o por cualquier otro medio necesario.

Se proporcionará un número de teléfono de contacto y/o correo electrónico para cualquier duda que pudiera surgir.

Se llevará a cabo un seguimiento telefónico con el fin de valorar cambios en el estado del paciente y necesidad de adaptación del plan de actuación.

6.2. TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

Las principales recomendaciones de fisioterapia, en este contexto se basaran en:

1. Educación para la salud. (7)
2. Ejercicio aeróbico.
3. Ejercicios de fuerza, mantenimiento muscular y entrenamiento.
4. Fisioterapia respiratoria (8)

▪ EDUCACIÓN PARA LA SALUD:

Medidas de higiene y prevención:

- Correcto lavado de manos.
- Cubrirse la nariz y la boca con un pañuelo al toser y estornudar, y desecharlo a un cubo de basura con tapa y pedal. Si no se dispone de pañuelos emplear la parte interna del codo para no contaminar las manos.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz o la boca.
- Aislamiento social (2 metros).

Recomendaciones generales:

- Dejar de fumar.
- Correcta alimentación.
- Favorecer una correcta hidratación a lo largo del día.
- Manejo del estrés.
- Mantenerse activo.

Recomendaciones a la hora del drenaje de secreciones en el caso de que existieran:

- Uso de mascarilla quirúrgica.
- Realizar correcto lavado de manos después.
- Desinfección de superficies próximas.
- Ventilar la habitación durante unos minutos al finalizar.
- Para expectorar: en pañuelo de papel, se desecha en bolsa hermética y se tira al contenedor.

- **EJERCICIO AERÓBICO:** pautas de ejercicio progresivo, caminar, andar rápido, etc. Comenzando con intensidad baja y aumentar gradualmente. Al principio sesiones cortas de baja intensidad 3-5 sesiones semana. Tratamiento adaptado a cada paciente, dependiendo de las sensaciones de fatiga y/o disnea inicial (escala de Borg, Anexo 1) de cada paciente.

- **EJERCICIO DE FUERZA:** basados en el protocolo de mejora del equilibrio, movilidad y prevención de caídas en las personas mayores vigente en las Guías Clínicas de Fisioterapia de Sacyl en su actualización a fecha de 2018.(4) Manuales de ejercicios de Otago.(9),(10), (11),(12) Anexo 7.
Además de las recomendaciones para pacientes sobre ejercicio físico y prevención de caídas durante el confinamiento, que podemos consultar en el Aula para Pacientes del Portal de Salud de Castilla y León: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/videos-aula-pacientes/ejercicios-prevencion-caidas> (4), (13)

- **FISIOTERAPIA RESPIRATORIA:** el objetivo es reeducar el patrón respiratorio, mejorar la ventilación, movilizar el tórax y favorecer el drenaje de secreciones en el caso de que coexistieran, sobre todo en aquellos pacientes con patología respiratoria crónica previa a la enfermedad por COVID-19 o bien en aquellos con una capacidad pulmonar reducida a causa de la enfermedad. Seguir información presente en el Anexo 6.

Se recomienda una correcta evaluación de cada caso y adaptación a las necesidades individuales de cada paciente.

7. RECURSOS NECESARIOS

7.1. RECURSOS HUMANOS

Fisioterapeutas, Médicos de Atención Primaria (MAP), Pediatras de Atención Primaria, TCAE, otros miembros del EAP y Equipos de Admisión.

7.2. RECURSOS MATERIALES

- **Infraestructura (4):**
 - Consulta de Fisioterapia.
 - Sala de Fisioterapia.
 - Ordenador
 - Impresora
 - Acceso a Medora
 - Teléfono

- Fotocopiadora
- Mail para cada una de las UFAP pueda contactar con el paciente, enviar información, etc.
- Telesalud y/o cualquier otra aplicación de videollamada.

- **Material de valoración (4):**

- Cuestionarios de valoración y Test utilizados.
- Escala de Borg modificada (Anexo 1)
- Escala de disnea MRC (Anexo 2)
- Test de Roth (Anexo 3)
- Cuestionario de Valoración telefónica (Anexo 4)
- “Test de sentarse y levantarse de una silla (chair stand test)” (Anexo 5)
- Fisioterapia respiratoria pacientes COVID manejo domiciliario (Anexo 6)
- Ejercicios de Otago (Anexo 7)
- Escala Visual Analógica (Anexo 9)

- **Sistema de registro (4):**

- Archivador.
- Historia de Fisioterapia
- Ficha de Fisioterapia.
- Material de oficina.

- **Material terapéutico (4):**

- Emplear material de uso individual para cada paciente (15),(16)
- Material de fortalecimiento muscular: bandas elásticas tipo Theraband
- Folletos/cuadernillos con los consejos de educación para la salud, los ejercicios respiratorios y los ejercicios terapéuticos.
- Soporte audiovisual realizado por las Fisioterapeutas de las UFAP del Área de Segovia.

9. RESPONSABLES DEL PROCESO

Los profesionales del EAP: Médicos de Atención Primaria (MAP), los Pediatras de AP, los Fisioterapeutas y TCAE de las UFAP adscritas al EAP

10. OBSERVACIONES

La guía asistencial está sujeta a revisiones semanales conforme las nuevas actualizaciones en evidencia científica que sean llevadas a cabo y publicadas por los diferentes profesionales sanitarios.

Actualmente los vídeos tutoriales para la realización de los ejercicios respiratorios en domicilio, están colgados en la página de Sacyl del Complejo Asistencial de Segovia en el área de Educación para la Salud, en el siguiente enlace:

- <https://www.saludcastillayleon.es/CASegovia/es/educacion-salud/fisioterapia>

Quedan pendientes publicar en el Aula de Pacientes de Sacyl.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Manejo_primaria.pdf
2. <http://www.aefi.net/Portals/1/coronavirus/Reordenacio%CC%81n%20actividad%20UFAP%20Abril%202020.pdf>
3. Colegio profesional de fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid. <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2020/04/Covid19-criterios-24-04-2020.pdf>
4. Guías Clínicas de Fisioterapia. Protocolos de Fisioterapia en Atención Primaria. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Junio 2018.
5. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/2AtencionPrimaria/home.html>
6. <https://www.saludcastillayleon.es/es/covid-19/informacion-profesionales/atencion-primaria/>
7. Guía fisioterapia respiratoria en el manejo del paciente con COVID -19: recomendaciones generales. Separ. Área fisioterapia respiratoria.
8. Procedimiento gerencia de asistencia sanitaria de Segovia. Ejercicios durante el ingreso de Covid-19
9. Manuales de ejercicios de Otago. Later Life Training Chair-based Exercise Manual, May 2009. The Postural Stability Instructor Manual, Later Life Training, 2008, 2010,2012.
10. Otago Fuerza y Equilibrio. Gawler S, Hanna S.Later Life Training.
11. Manual de LLT “Cómo enseñar el programa de ejercicios de Otago”. Dinan S, Gawler S. Later Life Training.
12. Equilibrio y movilidad. Rose DJ. Ed Paidotribo 2005.
13. <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/recursos/videos-aula-pacientes/ejercicios-prevencion-caidas>
14. Guía “Seguimiento en las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria de pacientes COVID- 19. Sociedad Galega de Fisioterapeutas. Versión 1. 26 de abril de 2020.
15. Chorin E, Padegimas A, Havakuk O, Birati EY, Shacham Y, Milman A, Topaz G, Flint N, Keren G, Rogowski O. Assessment of Respiratory Distress by the Roth Score. Clin Cardiol. 2016 Nov;39(11):636-639. [DOI 10.1002/clc.22586]
16. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. Journal of Physiotherapy. Volume 66, issue 2, April 2020, Pages 73-82.
17. Rodríguez Mañas L, Bayer AJ, Kelly M, Zeygang A, Izquierdo M, Laosa O, et al. An evaluation 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.
18. http://www.spanishexernet.com/pdf/PROTOCOLO%20CONDICION%20FISICA%20CORTO%20EXERNET_mayores.pdf
19. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-fuerza-flexibilidad-el-equilibrio-S0211139X12002491>
20. <https://www.tratamientoictus.com/escala-eva-de-dolor-2/>

ANEXO 1

ESCALA DE BORG

Percepción del esfuerzo



Extremo

10

Máximo

9



Muy, muy pesado

8

Muy pesado

7



Más pesado

6

Pesado

5



Algo pesado

4

Ligero

3

Muy ligero

2



Muy, muy ligero

1

Reposo

0

+

-

ANEXO 2

| 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 3

TEST DE ROTH

El test de Roth (17) trata de evaluar el grado de disnea de un paciente, y consiste en indicarle al paciente que, tras una inspiración forzada, comience a contar lo más rápido posible del 1 al 30, tratando de aguantar todo lo que pueda la respiración, sin realizar de nuevo una inspiración. Se mide, con un cronómetro, el tiempo que transcurre en segundos o los números que cuenta, desde que el paciente cuenta el 1, hasta el último número que es capaz de contar en una sola respiración, o hasta que el paciente inspire de nuevo. Si es preciso repetirlo, es conveniente hacerlo tras tres inspiraciones forzadas.

Cuando el resultado del test sea igual o inferior a 8 segundos, la sensibilidad es del 78% y la especificidad del 81% para una SatO₂ < 95%; y la sensibilidad del 53% y la especificidad del 93% para una SatO₂ < 90%.

Cuando el resultado sea menor o igual a 5 segundos, la sensibilidad es del 91% y la especificidad del 34% para un resultado de la pulsioximetría de Sat O₂ < 95% ; y la sensibilidad del 82% y la especificidad del 56% para una satO₂ < 90%.

ANEXO 4

CUESTIONARIO VALORACIÓN TELEFÓNICA

- ¿Cómo se encuentra?.
- ¿Temperatura?.
- ¿Dolor de garganta?.
- ¿Tiene tos? ¿Es persistente?.
- ¿Expectora? ¿Tipo de expectoración?.
- ¿Dolores musculares?.
- ¿Hipogeusia? (Pérdida de gusto).
- ¿Anosmia? (Pérdida de olfato).
- ¿Dolor de cabeza?.
- ¿Congestión nasal?.
- ¿Diarrea?.
- ¿Vómitos?.
- ¿Molestias digestivas?.
- ¿Se fatiga al levantarse al comenzar a caminar o cuando está en reposo?(Disnea grave o severa).
- ¿Tiene algún dolor que le dificulte la respiración?.
- ¿Ha estado en contacto con alguna persona diagnosticada o susceptible de presentar Covid-19 en los últimos 14 días?.

ANEXO 5

“Test de sentarse y levantarse de una silla (chair stand test)” (18), (19)

Consistirá en levantarse y sentarse de una silla tamaño estándar (44cm de altura) situada contra la pared, con los pies apoyados en el suelo y los brazos cruzados y pegados al pecho como muestra la imagen inferior.

A la señal de “YA” el sujeto deberá levantarse completamente y volver a la posición inicial el mayor número de veces posible en 30seg. Si al finalizar el ejercicio el participante ha completado la mitad o más del movimiento (levantarse y sentarse), se cuenta como completo.



ANEXO 6

FISIOTERAPEUTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGOVIA

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PACIENTES COVID MANEJO DOMICILIARIO

RECUPERACIÓN DINÁMICA RESPIRATORIA Y VOLUMEN PULMONAR EN LA COVID-19

OBJETIVO:

Que al inspirar, se llenen los pulmones de aire y se reparta bien en todo el órgano, que no se limite a la parte superior, llegando hasta el fondo de ellos. El movimiento del aire dentro de los pulmones hace que las mucosidades que se puedan acumular, se muevan, y así sea más fácil expulsarlas con la tos. La acumulación de secreciones impide el correcto intercambio de gases que se realiza en los pulmones, así como su probable infección. De esta manera aumentaremos la saturación de oxígeno en sangre.

INSPIRAR: coger aire por la nariz.

ESPIRAR: soltar el aire por la boca.

El diafragma es el principal músculo responsable de la inspiración, está situado bajo los pulmones y los separa de "la tripita". Tiene forma de cúpula, es como un paraguas abierto.

RECOMENDACIONES: ¡nunca con FIEBRE! Realizarlos de 2 a 3 veces al día, con ropa cómoda y dos horas después de las comidas. No deben provocar fatiga, dificultad respiratoria, cefalea ni mareos, si así fuera, pare y realícelos con menor intensidad. Descanse 5 minutos al terminar los ejercicios.

1. LA FORMA CORRECTA DE RESPIRAR. Respiración diafragmática.

La respiración diafragmática o abdominal es un movimiento automático, es como parpadear o conducir, que surge de forma espontánea, pero sí podemos actuar sobre él de forma consciente. Con los ejercicios vamos a reeducar los músculos respiratorios consiguiendo automatizar la forma correcta de realizarlos.

Se pueden hacer en distintas posiciones pero vamos a empezar sentados. Se podrían hacer también tumbados boca arriba con una almohada o cojín debajo de las rodillas.

Sentados: manos en la barriguita y tomar el aire por la nariz. Al inspirar notaremos como sobresale el abdomen hacia fuera. Al espirar, soltaremos el aire por la boca y la barriguita se meterá hacia dentro, apretando ligeramente los abdominales. Nos podemos ayudar con las manos apretando un poco la tripa hacia dentro y hacia arriba.

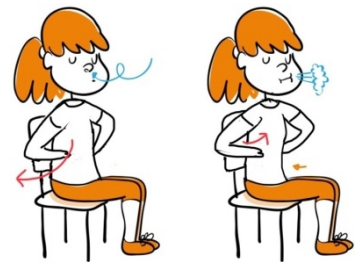


Una vez hemos aprendido a realizar la respiración diafragmática, podemos empezar con los ejercicios siguientes.

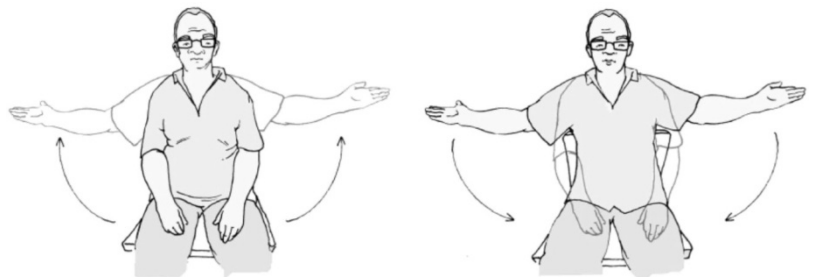
2. EXPANSIÓN TORÁCICA:

Es posible llevar el aire de forma dirigida a la zona que queramos de la parrilla costal. Ayudará a mejorar el volumen pulmonar y la mecánica ventilatoria.

Sentados: brazos en jarra colocando las manos a la altura de las últimas costillas. Pellizcar un poco la piel para tomar sensación de la zona. Inspirar y dirigir el aire hacia nuestras manos procurando un movimiento de apertura de las costillas hacia los lados. Mantener la respiración un par de segundos y soltar el aire por la boca, ayudándonos de nuestras manos para presionar sobre parrilla costal y acompañar la espiración.



Sentados: manos sobre los muslos. Inspirar a la vez que elevamos los brazos y los ponemos en cruz. Mantener la postura y el aire 2-3 segundos y al bajar espirar suavemente por la boca volviendo a la posición inicial.



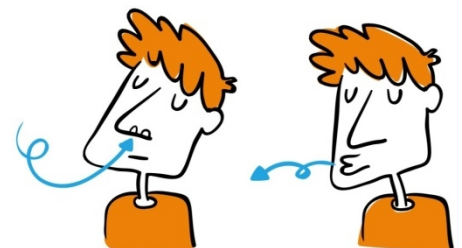
Una vez controlamos el ejercicio, se puede completar con pequeños pesos en las manos y elevando los brazos por encima de la cabeza, siempre dentro de nuestras posibilidades, hasta donde lleguemos.



3. RESPIRACIÓN LABIOS FRUNCIDOS:

También es muy común la sensación de **disnea o dificultad respiratoria**. Podemos realizar el siguiente ejercicio para reducirlo.

Inspirar lentamente por la nariz, aguantar el aire 2-3 segundos y soplar lentamente por la boca frunciendo los labios.



Ilustraciones Colegio Profesional Fisioterapeutas de Madrid y adaptaciones propias. Manual de Rehabilitación Respiratoria en Epoc de escueladeoacientes.es (3)

4. VENTILACIÓN DIRIGIDA

Nuestra capacidad pulmonar es muy amplia, pero cuando respiramos de forma normal, no conseguimos movilizar todas las zonas del pulmón.

Con el fin de mejorar la **ventilación** y la **re-expansión pulmonar** podemos realizar la técnica de "VENTILACIÓN DIRIGIDA"

La posición de partida para la realización de este ejercicio puede ser **sentados** o **tumbados boca arriba**.

En este ejercicio vamos a trabajar con la respiración diafragmática o abdominal y la respiración torácica o alta.

Colocaremos una mano sobre el abdomen y la otra sobre el tórax, para sentir a donde estamos dirigiendo el aire cuando entra en nuestro cuerpo.

Cogemos aire por la nariz y lo soltaremos por la boca; inhalamos notando como suben o ascienden las manos colocadas en tórax y abdomen.

Soltamos el aire por la boca, notando como bajan o descienden las manos.



Tumbados boca arriba, con las caderas y rodillas flexionadas. Cogemos el aire por la nariz y lo soltaremos por la boca. Colocaremos las manos en la misma posición, una en tórax y otra en abdomen. Notaremos como suben las manos al coger el aire y como bajan cuando soltamos el aire.

Repetiremos el ejercicio varias veces.



5. ESPIRACIÓN LENTA CON BOCA ABIERTA (ELTGOL)

Con la técnica de “ESPIRACIÓN LENTA CON BOCA ABIERTA (ELTGOL)” vamos a poder **movilizar las secreciones** que tengamos dentro de nuestros pulmones, desde la zona más distal o alejada, a la zona más proximal, es decir desde los pulmones hacia los bronquios.

La posición de partida para la realización del ejercicio puede ser **sentados o tumbados de lado**.

Cogeremos el aire por la nariz y soltaremos despacio por la boca, con la boca abierta.

Colocaremos las manos en el abdomen.

Realizaremos una respiración diafragmática o abdominal, en la que el tiempo de espiración será del doble que el tiempo de la inspiración.

Cogeremos el aire por la nariz y soltaremos despacio por la boca, con la boca abierta hasta eliminar todo el aire.

INSPIRACIÓN: tiempo: 1-2

ESPIRACIÓN: tiempo: 1-2-3-4

Repetiremos el ejercicio varias veces.



En el caso de realizar este ejercicio tumbado sobre un lado, nos colocaremos cómodamente. Cogeremos el aire por la nariz y lo soltaremos por la boca, con la boca abierta, recordando que el tiempo de la espiración será del doble que el tiempo de la inspiración.

INSPIRACIÓN: tiempo: 1-2

ESPIRACIÓN: tiempo: 1-2-3-4

Repetiremos el ejercicio varias veces, y en el caso de haberlo realizado sobre un lado, lo repetiremos también tumbados sobre el otro lado.

Puede que en algún momento nos entran ganas de toser porque notamos alguna secreción en la garganta, es normal. Si esto sucede, nos incorporamos, realizamos una inspiración profunda y tosemos.



6. ESPIRACIÓN FORZADA (TEF)

Con la técnica de “ESPIRACIÓN FORZADA” **movilizamos las secreciones**, en este caso desde los bronquios a la garganta, para poder ser **expulsadas** con más facilidad.

La posición para la realización del ejercicio será **sentada**.

Coger aire por la nariz realizando una inspiración profunda y **soltar el aire por la boca** todo lo rápido que pueda como si quisiera sacar vaho por la boca para empañar un cristal.

Realizaremos sólo 3 repeticiones del ejercicio y si notamos alguna secreción en la garganta podemos inspirar profundamente y toser al soltar el aire.

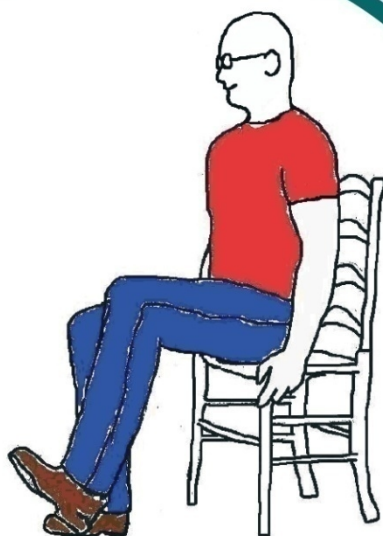
Podemos realizarlo con una mascarilla puesta o con un pañuelo de papel desechable.



ANEXO 7

SILLA SENTADA

Programa de Ejercicios de Inicio



laterLife
training.

Textos de Sheena Gawler

Research Associate, Research Department of Primary Care and Population Health, University College London Medical School
Co-Development Lead & Senior Tutor, Later Life Training

Ilustraciones de Simon Hanna

Falls & Exercise Clinical Practitioner, Cambridgeshire Falls Service
Senior Tutor, Later Life Training

ESTABILIDAD POSTURAL, FUERZA Y EQUILIBRIO

PROGRAMA DE EJERCICIOS CASEROS



laterLife
training•

Textos de Sheena Gawler

Research Associate, Research Department of Primary Care and Population Health
University College London Medical School
Co - Development Lead & Senior Tutor, Later Life Training

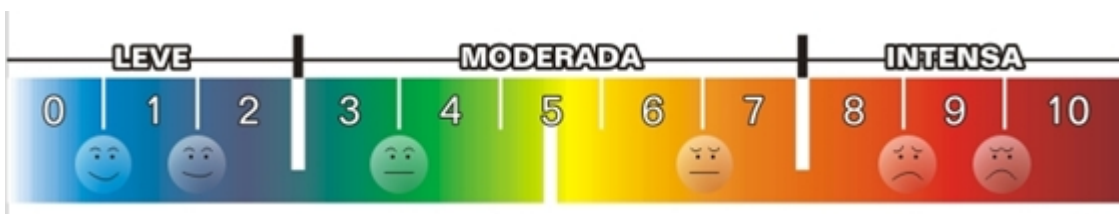
Ilustraciones de Simon Hanna

Falls & Exercise Clinical Practitioner, Cambridgeshire Falls Service
Senior Tutor, Later Life Training

ANEXO 8

Escala Visual Analógica

Las escalas de valoración del dolor son métodos clásicos de medición de la intensidad del dolor, y con su empleo podemos llegar a cuantificar la percepción subjetiva del dolor por parte del paciente.



PROTOCOLO FISIOTERAPIA AP AFECTADOS POR COVID-19 ALGORITMO DERIVACION A UFAP

"personas confinadas en casa por pandemia Covid-19 (desacondicionamiento físico) y/o personas en fase de recuperación"

(01/12/2020)

