

### Material Evaluación Pacientes IMPACCT COVID

Iniciales evaluador		Institución	
Iniciales paciente		Fecha evaluación	

#### I. Confirmación condición clínica y de evaluación del paciente

¿El paciente se encuentra dentro de las 72 horas desde que se determinó el alta de UCI?	SI		NO	
¿El paciente tiene un S5Q 5/5 y CAM-ICU negativo? *	SI		NO	
No, pero el paciente es capaz de entender y firmar el consentimiento informado				

Cinco preguntas estandarizadas (S5Q)*	
A	Abra y cierre los ojos
B	Míreme
C	Abra su boca y saque la lengua
D	Asienta con la cabeza
E	Levante las cejas cuando cuente hasta cinco
Puntaje total	

CAM-ICU*			
Criterio 1 Comienzo agudo. Positivo si la respuesta es sí para 1A o 1B	+		-
1A. Existe evidencia de un cambio agudo en el estado mental en relación con el estado basal?	Si		No
1B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24h? Es decir, ¿tiende a aparecer y a desaparecer o aumenta y disminuye en intensidad evidenciado por la fluctuación en una escala de sedación (SAS o RASS), escala de Glasgow o en la evaluación previa de delirium?	Si		No
Criterio 2. Inatención. Positivo si el puntaje para 2A o 2B es menor a 8 (Máx 10)	+		-
2A. Comience con el componente auditivo del ASE (Attention Screening Examination). Si el paciente es capaz de hacer esta prueba y la puntuación es clara, anótelas y pase al punto 3.			
ASE Auditivo Diga al paciente: "voy a leerle una serie de 10 letras. Indique todas las veces que escuche la letra A apretando mi mano". Luego lea las letras de esta lista en un tono normal a una velocidad de una letra por segundo. S A V E A H A A R T Puede usar en español una secuencia alternativa de 10 letras que incluya 4 o 5 letras "A" para facilitar su memorización, como "ABARATARAN" Se contabiliza un error cuando el paciente no aprieta la mano con la letra "A" o cuando el paciente aprieta la mano con cualquier letra diferente a la letra "A"			
2B. Si el paciente no es capaz de realizar la prueba auditiva o la puntuación no es clara y existen dudas, proceda a aplicar la prueba visual. Si se aplican las 2 pruebas, use el resultado del ASE visual para la puntuación			
ASE visual. Elija las imágenes del grupo A o B. Puntaje se obtiene al contabilizar el número de respuestas correctas "si" o "no" durante el paso 2 (de un máximo de 10). Paso 1: 5 Dibujos Instrucciones. Dígale al paciente: "Sr. o Sra., voy a mostrarle dibujos de algunos objetos comunes. Mírelos detenidamente y trate de recordar cada dibujo porque yo voy a preguntarle después qué dibujos ha visto". Muéstrele los primeros 5 dibujos durante 3s cada uno.			

<b>Paso 2: 10 dibujos Instrucciones. Dígame al paciente</b> “Ahora voy a mostrarle algunos dibujos más”. Algunos de estos dibujos usted ya los ha visto y otros son nuevos. Déjeme saber si usted los ha visto o no anteriormente y mueva su cabeza para decir si — demuéstrole— o no — demuéstrole—. Luego muéstrole 10 dibujos (5 nuevos y 5 repetidos) por 3s cada uno				
<b>Criterio 3. Pensamiento desorganizado. Positivo si puntaje 3A+3B es menor a 4</b>		+	-	
<b>3A. Preguntas de sí o no (usar grupo A o grupo B, alternar en días consecutivos)</b> El paciente obtiene un punto por cada respuesta correcta				
<b>Grupo A</b> ¿Puede flotar una piedra en el agua? ¿Existen peces en el mar? ¿Pesa 1kg más que 2kg? ¿Se puede usar un martillo para clavar un clavo?	<b>Grupo B</b> ¿Puede flotar una hoja en el agua? ¿Existen jirafas en el mar? ¿Pesan 2kg más que 1kg? ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?			
<b>3B. Ordenes. El paciente obtiene un punto si es capaz de obedecer ambas órdenes.</b> Diga al paciente: “muéstreme cuantos dedos hay aquí”. Enseñe 2 dedos al colocarse delante del paciente. Posteriormente dígame: “haga lo mismo con la otra mano”. Si el paciente es incapaz de mover ambos brazos, para la segunda parte de la orden dígame: “agregue un dedo más”				
<b>Criterio 4. Nivel de consciencia alterado. Positivo si la SAS ≠ 4 o la RASS ≠ 0</b>		+	-	
<b>CAM-ICU total</b> La presencia de los criterios 1 y 2 y la presencia de cualquiera de los criterios 3 o 4 confirman la presencia de delirium		+	-	

## II. Case Report Form

RUT paciente o nº de ficha		Fecha ingreso esta UCI		Edad	
		Fecha ingreso este hospital		IMC	
Teléfono 1		Teléfono 2		Email	
Sexo	F	M	COVID (+)	SI	NO
				Es traslado desde otra UCI?	SI NO
Fecha ingreso UCI procedencia		Fecha ingreso hosp procedencia			
Fecha intubación 1		Fecha extubación 1		N.º extubaciones	
Fecha intubación 2		Fecha extubación 2		Fecha intubación 3	
Fecha extubación 3		Fecha intubación 4		Fecha extubación 4	
Traqueostomizado?	SI	NO	VMI?	SI	NO
Fecha retiro VMI					
Diagnóstico de ingreso (principal)					
Comorbilidades	Recuerde completar las categorías de Charlson online				
Nivel de soporte vital (máximo alcanzado)	Respiratorio	Básico		Avanzado	
	Cardiovascular	Básico		Avanzado	
	Renal			Hepático	
Nivel educacional (máximo completado)&	Nunca asistió	Sala Cuna	Jardín Infantil	Kinder/pre-kinder	
	Educacional diferencial		Primaria o preparatoria	Ed Básica	
	Humanidades	Media Técnica Profesional	Media científica-humanista		
	Técnica comercial o normalista	Técnico Nivel Superior			
	Profesional (4 o más años)	Postgrado (Magister, Doctorado)			
Empleabilidad&	Tiempo completo	Media jornada	Desempleado	Jubilado	
Escala de fragilidad clínica&					

&Conteste estas preguntas, dentro de la habitación, una vez haya conversado y/o evaluado al paciente.

## Clinical Frailty Scale\* Escala de fragilidad clínica\*



**1 Muy en forma** - Personas que son robustas, activas, energéticas y motivadas. Por lo común, estas personas realizan ejercicios con regularidad. Están entre las personas más en forma para su edad.



**2 Bien** - Personas que no tienen **síntomas de la enfermedad activa** pero están menos en forma que las de la categoría I. A menudo, realizan ejercicios, o son muy **activas ocasionalmente**, p. ej., por temporadas.



**3 Se maneja bien** - Personas cuyos **problemas médicos están bien controlados**, pero **no son activas, de manera regular** más allá de caminatas de rutina.



**4 Vulnerables** - Si bien **no dependen** de otras personas para la ayuda diaria, a menudo **los síntomas limitan sus actividades**. Una queja frecuente es estar “más lento”, y/o sentir cansancio durante el día.



**5 Levemente frágil** - Estas personas a menudo tienen un **enlentecimiento más evidente**, y necesitan ayuda con **las actividades de la vida diaria de alto nivel** (finanzas, transporte, tareas domésticas pesadas, medicamentos). Por lo general, la fragilidad leve va deteriorando progresivamente las compras y el caminar afuera solo, la preparación de las comidas y las tareas hogareñas.



**6 Moderadamente frágil** - Personas que necesitan ayuda con **todas las actividades en el exterior** y con **las tareas domésticas**. En el hogar, suelen tener problemas con escaleras y necesitan **ayuda para bañarse** y podrían necesitar asistencia mínima (asesoramiento, acompañamiento) para vestirse



**7 Gravemente frágil** - **Totalmente dependientes para el cuidado personal**, por cualquier causa (física o cognitiva). Incluso así, estos parecen estables y no parecen estar en alto riesgo de muerte (dentro de ~ 6 meses).



**8 Extremadamente frágiles** - Completamente dependientes, se acercan al final de la vida. Por lo general, no pudieron recuperarse, ni siquiera de una enfermedad menor.



**9. Enfermos terminales** - Se acercan al final de su vida. Esta categoría se aplica a las personas con **una expectativa de vida menor a los 6 meses**, que no evidencien **otra fragilidad**.

### Puntuación de fragilidad en personas con demencia

El grado de fragilidad se corresponde con el grado de demencia. Los **síntomas frecuentes en la demencia leve** incluyen el olvido de los detalles de un evento reciente, aunque aún se recuerda el evento en sí mismo, la repetición de las mismas preguntas/historias y retraimiento social.

En la **demencia moderada**, hay gran deterioro de la memoria reciente, aunque aparentemente puedan recordar bien eventos del pasado. Con pautas, pueden cuidarse solos.

En la **demencia grave**, no pueden dedicarse al cuidado personal sin ayuda.

\* Canadian Study on Health & Aging, revised.

K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005; 173:489-495.

© Rockwood Version 1.2, 2009. Spanish version, 2020, translated by Transperfect.

### III. Escalas de evaluación directa

#### a. Medical Research Council Sum Score (MRC-SS)

	Hemicuerpo derecho	Hemicuerpo izquierdo
Abducción de hombro		
Flexión de codo		
Extensión de muñeca		
Flexión de cadera		
Extensión de rodilla		
Dorsiflexión		
MRC Sum score total		

#### b. Functional Status Score for the Intensive Care Unit (FSS-ICU)

Puntaje total		
Girar	Supino a sedente	Sedente a bípedo
Sedente al borde de la cama	Marcha o movilidad en silla de ruedas	
<b>1) Girar 2) Transferencia de supino a sedente<sup>1</sup> 3) Transferencia de sedente a bípedo<sup>1</sup> 4) Mantenerse sentado al borde de la cama<sup>1</sup></b>		
Sin asistencia física o dispositivos de asistencia (Independiente)		7
Sin asistencia física, pero requiere del uso de la baranda o dispositivos de asistencia (Independiente Modificado)		6
Requiere indicaciones, pero no asistencia física. Puede usar dispositivos de asistencia (Supervisión)		5
Paciente realiza $\geq 75\%$ (Asistencia Mínima)		4
Paciente realiza entre un 26-74% (Asistencia Moderada)		3
Paciente realiza $\leq 25\%$ (Asistencia Máxima)		2
La actividad se realiza, pero el paciente no asiste en absoluto (Dependiente)		1
Incapaz de intentar o de completar la actividad debido a debilidad		0
<sup>1</sup> Las actividades completadas con tecla o grúa debido a debilidad obtienen puntaje 0. Si 2 o menos actividades no se realizan por razones diferentes a debilidad, entonces asigne el puntaje promedio de las actividades realizadas. El puntaje total FSS-ICU no puede ser calculado si más de 2 actividades no se realizan por razones diferentes a debilidad.		
<b>5) Marcha<sup>2</sup>/ Movilidad en silla de ruedas<sup>3</sup></b>		
$\geq 45$ metros Sin asistencia física o dispositivos de asistencia (Independiente)		7
$\geq 45$ metros Sin asistencia física, pero requiere dispositivo de asistencia/andador/prótesis (Independiente Modificado)		6
$\geq 45$ metros Requiere indicaciones, pero no asistencia física. Puede usar dispositivos de asistencia (Supervisión)		5
$\geq 45$ metros Paciente realiza $\geq 75\%$ (Asistencia Mínima o Contacto Manual Mínimo)		4
$\geq 45$ metros Paciente realiza entre un 50-74% (Asistencia Moderada)		3
$\geq 15$ metros Camina $\geq 15$ metros con asistencia de solo una persona (Asistencia Máxima)		2
$< 15$ metros Camina $< 15$ metros con asistencia de 1 persona, o cualquier distancia con asistencia de 2 personas (Asistencia Total)		1
Incapaz de intentar o de completar la actividad debido a debilidad		0
<sup>2</sup> Mayor distancia recorrida sin un descanso sentado / <sup>3</sup> El puntaje máximo para la Movilidad en silla de ruedas es 6. Si 2 o menos actividades no se realizan por razones diferentes a debilidad, entonces asigne el puntaje promedio de las actividades realizadas. El puntaje total FSS-ICU no puede ser calculado si más de 2 actividades no se realizan por razones diferentes a debilidad.		

c. Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MEMORIA		ROSTRO	TERCIOPELO	IGLESIA	MARGARITA	ROJO	PUNTOS
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	1er. Ensayo						SIN PUNTOS
	2do. Ensayo						
<b>ATENCIÓN</b>							
Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla en mismo orden [ ] 2 1 8 5 4							
El paciente debe repetir la serie de forma la inversa [ ] 7 4 2							__/2
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si $\geq 2$ errores.							
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							__/1
Reste de 7 en 7 iniciando en el 100							
[ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65							
4 o 5 sustracciones correctas: <b>3 puntos</b> , 2 o 3 correctas: <b>2 puntos</b> , 1 correcta: <b>1 punto</b> , 0 correctas: <b>0 puntos</b>							__/3
<b>LENGUAJE</b>							
Repetir: Sólo sé que Juan es el único que necesita ayuda hoy [ ]							
El gato siempre se escondió debajo de la cama cuando los perros estaban en la habitación [ ]							__/2
<b>FLUIDEZ</b> / Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.							
[ ] _____ (N $\geq 11$ palabras)							__/1
<b>ABSTRACCIÓN</b>							
[ ] tren – bicicleta							
Similitud entre p. ej. Plátano – naranja = fruta [ ] regla - reloj							__/2
<b>RECUERDO DEMORADO</b>	Debe acordarse de las palabras	ROSTRO	TERCIOPELO	IGLESIA	MARGARITA	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
	<b>SIN PISTAS</b>	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
<b>Opcional</b>	Pista de categoría						
	Pista elección múltiple						__/5
<b>ORIENTACIÓN</b>							
[ ] Día del mes (fecha) [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la semana [ ] Lugar [ ] Ciudad							__/6
Adaptación: L. Ledesma PhD., P. García Psic., J. Salvador PhD				Normal $\geq 19/22$		TOTAL	
© Z. Nasreddine MD				www.mocatest.org		Añadir 1 punto si tiene $\leq 12$ años de estudios	
						22	



#### IV. Escalas de auto-reporte

*Este cuestionario ha sido diseñado para ayudarnos a saber cómo se siente usted. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde de prisa sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo realmente se sintió.*

1. Me siento tenso o nervioso.
  - Todos los días
  - Muchas veces
  - A veces
  - Nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
  - Como siempre
  - No lo bastante
  - Sólo un poco
  - Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
  - Definitivamente y es muy fuerte
  - Sí, pero no es muy fuerte
  - Un poco, pero no me preocupa
  - Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
  - Al igual que siempre lo hice
  - No tanto ahora
  - Casi nunca
  - Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
  - La mayoría de las veces
  - Con bastante frecuencia
  - A veces, aunque no muy a menudo
  - Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre.
  - Nunca
  - No muy a menudo
  - A veces
  - Casi siempre
7. Puedo estar sentado confortablemente y sentirme relajado.
  - Siempre
  - Por lo general
  - No muy a menudo
  - Nunca
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
  - Por lo general, en todo momento
  - Muy a menudo
  - A veces
  - Nunca
9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.
  - El Nunca
  - En ciertas ocasiones
  - Con bastante frecuencia
  - Muy a menudo
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
  - Totalmente
  - No me preocupo tanto como debiera
  - Podría tener un poco más de cuidado
  - Me preocupo al igual que siempre
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
  - Mucho
  - Bastante
  - No mucho
  - Nada
12. Me siento optimista respecto al futuro.
  - Igual que siempre
  - Menos de lo que acostumbraba
  - Mucho menos de lo que acostumbraba
  - Nada
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
  - Muy frecuentemente
  - Bastante a menudo
  - No muy a menudo
  - Rara vez
14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión.
  - A menudo
  - A veces
  - No muy a menudo
  - Rara vez

La siguiente es una lista de dificultades que a veces tienen las personas después de haber vivido un evento estresante. Por favor lea cada frase y luego indique cuán molesta ha sido cada dificultad durante estos ÚLTIMOS SIETE DÍAS, encerrando en un círculo el número de la alternativa que mejor refleje su forma de sentir. ¿Cuánto le molestaron y afligieron estas dificultades?”.

		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1	Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes	0	1	2	3	4
2	Tenía problemas para permanecer dormido	0	1	2	3	4
3	Otras cosas me hacían pensar en el suceso	0	1	2	3	4
4	Me sentía irritable y enojado	0	1	2	3	4
5	Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido	0	1	2	3	4
6	Pensaba en ello aún cuando no quería	0	1	2	3	4
7	Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real	0	1	2	3	4
8	Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido	0	1	2	3	4
9	Imágenes del suceso asaltaban mi mente	0	1	2	3	4
10	Me sobresaltaba y asustaba fácilmente	0	1	2	3	4
11	Intentaba no pensar en el suceso	0	1	2	3	4
12	Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver	0	1	2	3	4
13	Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos	0	1	2	3	4
14	Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el evento	0	1	2	3	4
15	Tenía problemas para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
16	Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido	0	1	2	3	4
17	Intentaba apartarlo de mi memoria	0	1	2	3	4
18	Tenía problemas de concentración	0	1	2	3	4
19	Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones fisiológicas tales como transpiración, dificultad al respirar, náuseas o taquicardia	0	1	2	3	4
20	Soñaba con lo sucedido	0	1	2	3	4
21	Me sentía vigilante y en guardia	0	1	2	3	4
22	Intentaba no hablar de ello	0	1	2	3	4

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales y problemas relacionados con el uso del alcohol o drogas

Piense en los últimos 30 días y responda estas preguntas considerando cuánta dificultad ha tenido al llevar a cabo las siguientes actividades. Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
<b>Comprensión y Comunicación</b>						
D1.1	<u>Concentrarse</u> en hacer algo durante <u>diez minutos</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D1.2	<u>Recordar</u> las cosas importantes que tiene que hacer?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D1.3	<u>Analizar y encontrar soluciones a los problemas</u> de la vida cotidiana?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D1.4	<u>Aprender</u> una <u>nueva tarea</u> , por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D1.5	<u>Entender en general</u> lo que dice la gente?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D1.6	<u>Comenzar y mantener una conversación</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
<b>Movilidad</b>						
D2.1	<u>Estar de pie</u> por largos períodos de <u>tiempo</u> , como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D2.2	<u>Pararse</u> luego de estar sentado?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D2.3	<u>Moverse adentro de su hogar</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D2.4	<u>Salir</u> de su <u>hogar</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D2.5	<u>Caminar una larga distancia</u> , como un <u>kilómetro</u> [o equivalente]?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
<b>Cuidado Personal</b>						
D3.1	<u>Lavarse todo el cuerpo</u> ? (bañarse)	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D3.2	<u>Vestirse</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D3.3	<u>Comer</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D3.4	Quedarse <u>solo/a</u> durante <u>unos días</u> ?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
<b>Relacionarse con otras personas</b>						
D4.1	<u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D4.2	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D4.3	<u>Llevarse bien con personas cercanas?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D4.4	<u>Hacer nuevos amigos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D4.5	Realizar <u>actividades sexuales?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
<b>Actividades de la vida diaria</b>						
D5.1	Ocuparse de sus <u>responsabilidades domésticas?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.2	Realizar <u>bien</u> sus tareas domésticas más importantes?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.3	<u>Terminar</u> todo el trabajo doméstico que necesitaba realizar?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.4	Terminar las tareas domésticas tan <u>rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo

Si trabaja (remunerado, no remunerado, autónomo) o va a la escuela, complete las preguntas D5.5-D5.8. De lo contrario, vaya a D6.1.

Debido a su condición de salud, en los últimos <u>30 días</u> , ¿cuánta <u>dificultad</u> ha tenido para:						
D5.5	Llevar a cabo <u>su trabajo diario o las actividades escolares</u> diarias?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.6	Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.7	<u>Terminar</u> todo el trabajo que necesitaba realizar?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D5.8	Terminar su trabajo tan <u>rápido</u> como era necesario?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo

Participación en la sociedad						
En los últimos <u>30 días</u> :						
D6.1	¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>participar en actividades de su comunidad</u> (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.2	¿Cuánta dificultad ha tenido debido a <u>barreras u obstáculos</u> existentes en el mundo que lo rodea?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.3	¿Cuánta dificultad ha tenido para <u>vivir con dignidad</u> debido a las actitudes y acciones de otras personas?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.4	¿Cuánto <u>tiempo</u> dedicó <u>usted</u> a su condición de salud o a sus consecuencias?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.5	¿Cuánto ha sido <u>afectado emocionalmente</u> por su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.6	¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.7	¿Cuánta dificultad ha tenido <u>su familia</u> debido a sus problemas de salud?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo
D6.8	¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por <u>sí mismo(a)</u> cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema/no puede hacerlo

H1	En general, en los últimos 30 días, ¿durante <u>cuántos días</u> ha tenido estas dificultades?	<b><i>Anote el número de días</i></b>
H2	En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o su trabajo debido a una condición de salud?	<b><i>Anote el número de días</i></b>
H3	En <u>los últimos 30 días</u> , sin contar los días en los que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o su trabajo por una condición de salud?	<b><i>Anote el número de días</i></b>

Con esto concluye nuestra entrevista. Muchas gracias por su participación.



## V. Documento de Consentimiento informado

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE UCI** **INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE**

Usted está siendo invitado a participar en el estudio: **“Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud física, mental y social de sobrevivientes de cuidados intensivos, sus familiares y los profesionales tratantes: estudio de cohorte prospectiva con componente cualitativo”**

Investigador Principal: Catalina Merino Osorio

**Contexto:** Los sobrevivientes a la estadía en unidad de cuidados intensivos (UCI) pueden sufrir secuelas físicas, emocionales y/o cognitivas hasta dos años después, lo cual también afecta a sus familiares. En Chile, no existe información sobre la magnitud de estas discapacidades, las cuales se espera que afecten a más personas durante una pandemia.

**Objetivo:** Determinar el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud física, mental y participación social de sobrevivientes que requirieron ventilación mecánica en la UCI en comparación con pacientes que ingresan por otras causas durante, y después de la pandemia. Un objetivo secundario es explorar la experiencia de los profesionales de salud trabajando durante la pandemia y de los familiares o representantes legales de los participantes.

#### **¿Quiénes pueden participar en este estudio?**

En este estudio pueden participar los pacientes mayores de 18 años, que recibieron ventilación mecánica invasiva por más de 48 hrs en una de las siete UCI participantes durante y después de la pandemia de COVID-19. Los centros participantes son Clínica Alemana Santiago, Clínica Bupa, Clínica Indisa, Hospital Regional de Antofagasta, Hospital Regional de Coquimbo, Hospital del Salvador y Hospital Metropolitano.

**Procedimientos del estudio:** Usted, como paciente, participará en un seguimiento de seis meses de duración, durante el cual evaluaremos su fragilidad (ECF), funcionamiento físico (FSS-ICU), fuerza muscular (MRC-SS), discapacidad (WHODAS 2.0), capacidad cognitiva (MOCA-blind), síntomas de ansiedad y depresión (HADS) y estrés postraumático (IES-R), calidad de vida (EQ-5D-3L), actividad física (GPAQ), empleabilidad y sobrevida de manera presencial al alta de UCI (en máximo 75 minutos), y vía telefónica a los 3 y 6 meses post-alta UCI (en máximo 25 minutos). Por lo tanto, sólo se le solicitará contestar los test especificados de forma libre y voluntaria. Su participación, o negación a participar, no altera la realización de procedimientos que mantengan su bienestar físico, psíquico o emocional durante la estadía en este centro asistencial.

**Riesgos y beneficios:** Su participación en este estudio no presenta ningún potencial riesgo para usted. Su información será manejada de manera anónima, y no se entregará información ni a sus familiares ni a otros profesionales del área. Si alguna de las evaluaciones arroja resultados fuera de los rangos esperables, se le entregará una interconsulta de derivación a rehabilitación en su centro asistencial e información sobre los servicios disponibles para buscar apoyo de manera gratuita online (<https://www.gob.cl/saludablemente>).

**¿Quién diseñó el estudio?** Klgo. Ana Cristina Castro, junto a Klga Catalina Merino, Klgo Felipe Gonzalez-Seguel, Klgo Agustín Camus y Klgo Jaime Leppe.

**Costos para el participante:** La participación en este estudio no ofrece ningún costo para usted. Este estudio cuenta con financiamiento de la Universidad del Desarrollo, Fondo COVID-19 UDD 2020-2021.

**Participación voluntaria:** Usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin alterar en ningún aspecto sus funciones ni evaluaciones en la unidad.



**Confidencialidad:** Tanto la información otorgada por usted como su información personal será resguardada por un período de 5 años posterior al estudio bajo clave de acceso y encriptados. El manejo y almacenamiento de la información se realizará codificada de manera confidencial durante el proceso de investigación, y teniendo acceso único los autores del estudio. La información recolectada será presentada en forma agregada en publicaciones y conferencias científicas.

**Más información:** Kinesiólogo coordinador del estudio en cada centro: Agustín Camus (Clínica Alemana Santiago), Javiera Aguilera (Clínica Bupa), Felipe Muñoz (Clínica Indisa), Yerko Villagra (Hospital Regional de Antofagasta), Eduardo González (Hospital Regional de Coquimbo), Camilo Cáceres (Hospital del Salvador) y Fernanda Baus (Hospital Metropolitano). Ante cualquier consulta, contactar al Investigador responsable del estudio: Kiga, Catalina Merino Osorio celular: +56 9 90707808, correo electrónico: catalinamerino@udd.cl

**Aprobación:** Este proyecto ha sido aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo: Presidente Dr. Marcial Osorio.

*Estas hojas de información son para que usted las guarde.*

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PACIENTE.

#### **Reconocimiento del Participante en la investigación:**

- Me han leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado *“Impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud física, mental y social de sobrevivientes de cuidados intensivos, sus familiares y los profesionales tratantes: estudio de cohorte prospectiva con componente cualitativo”*
- He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidos en forma satisfactoria.
- Entiendo que recibiré una copia firmada y fecha de este formulario de CI.
- Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- Entiendo que puedo retirar y o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada mi estadía en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- Acepto libremente participar en este proyecto de investigación.

Nombre y Firma Participante: \_\_\_\_\_

Fecha del consentimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

**Declaración del Investigador:** El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.

Nombre y firma del investigador que toma CI: \_\_\_\_\_

Fecha del consentimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

**Estas hojas se guardarán por 5 años**

