

**PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19.**  
**REHABILITACIÓ EN EL PACIENT CRÍTIC AFECTAT DE COVID-19:**  
**MOBILITZACIÓ PRECOÇ**

ELABORAT PER:	REVISAT PER:	APROVAT PER:
<p>Grup de Treball Mobilització Precoç. Servei de Medicina Intensiva. Servei de Medicina Física i Rehabilitació.</p> <p>14/04/2020</p>	<p>Ana Ochagavía Calvo. Direcció de l'Àrea de Crítics.</p> <p>Fernanda M<sup>a</sup> Caballero Gómez. Direcció de Servei de Medicina Física i Rehabilitació.</p> <p>14/04/2020</p>	<p>Òrgan d'aprovació</p> <p>COMITÈ EXECUTIU DE CRISI</p> <p>XX/XX/XXXX</p>

## ÍNDEX

<b>1. INTRODUCCIÓ .....</b>	<b>3</b>
<b>2. PROTECCIÓ I PREVENCIÓ FRONT A L'EXPOSICIÓ .....</b>	<b>4</b>
<b>3. INTERVENCIIONS DE L'EQUIP DE REHABILITACIÓ .....</b>	<b>4</b>
<b>4. FASES DE LA MOBILITZACIÓ COVID-19.....</b>	<b>7</b>
<b>4.1. Fase 1 .....</b>	<b>7</b>
<b>4.2. Fase 2 .....</b>	<b>8</b>
<b>4.3. Fase 3 .....</b>	<b>8</b>
<b>4.4. Fase 4 .....</b>	<b>9</b>
<b>4.5. Fase 5 .....</b>	<b>9</b>
<b>5. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>10</b>
<b>6. DOCUMENTACIÓ ANNEXA .....</b>	<b>11</b>
<b>ANNEX 1: Full de registre inici rehabilitació COVID-19 .....</b>	<b>11</b>
<b>ANNEX 2: Full de registre rehabilitació a l'alta de la UCI .....</b>	<b>13</b>

	DOCUMENT	CODI	DATA	REV	
	PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19. Mobilització precoç pacient crític COVID-19	xx-xx-000	16/04/2020	V1	Pàg. 3 de 14
	Propera revisió: mes 20xx				

## 1. INTRODUCCIÓ

Aquest document està dirigit al personal sanitari assistencial que atén pacients amb sospita o confirmació de COVID-19. L'objectiu d'aquesta guia és descriure les recomanacions i pautes en rehabilitació i mobilització precoç d'aquests pacients durant l'ingrés a l'Àrea de Crítics. Donat l'escenari canviant que caracteritza la malaltia per COVID-19, el document queda obert a ser modificat en futures versions.

Tota la informació recollida en aquest document està basada en les diferents guies publicades per entitats científiques i per l'evidència científica actual. Degut a la situació canviant en les diferents àrees assistencials, tota decisió terapèutica serà consensuada amb l'equip tractant. L'execució de les recomanacions descrites en aquest document seran avaluades individualment per cada pacient, valorant el risc / benefici de la intervenció, el consens amb l'equip i l'optimització de recursos materials i humans.

Els fisioterapeutes que realitzin la seva tasca assistencial a l'Àrea de Crítics ho faran amb continuïtat, previsió i planificació de les intervencions per a la mobilització d'aquests pacients.

La situació de pandèmia per la infecció de COVID-19 i la seva elevada incidència, està comportant un elevat nombre de casos que ingressen a les àrees de crítics amb necessitat de suport ventilatori. Aquests pacients reben un suport intensiu, on s'inclou la ventilació mecànica perllongada, la sedació i l'ús de relaxació muscular, tenint alt risc de desenvolupar debilitat adquirida a la UCI (DAUCI). Aquesta complicació pot empitjorar la seva morbiditat i mortalitat. Per aquest motiu, és essencial anticipar una rehabilitació precoç després de la fase aguda del Síndrome de Distrés Respiratori (SDRA) amb la intenció de limitar la gravetat de la DAUCI i promoure una recuperació funcional més precoç. Els objectius de la rehabilitació són: reduir o minimitzar complicacions, preservar la funció respiratòria, prevenir i millorar la disfunció i discapacitat, i millorar la qualitat de vida.

Actualment, no hi ha treballs publicats que demostrin el benefici de la mobilització precoç del pacients crítics afectats per COVID-19, però si que hi ha

	DOCUMENT	CODI	DATA	REV	
	PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19. Mobilització precoç pacient crític COVID-19	xx-xx-000	16/04/2020	V1	Pàg. 4 de 14
	Propera revisió: mes 20xx				

recomanacions de diferents societats científiques favorables a realitzar-la. Per tant, es considera que si es pot garantir la seguretat de l'equip rehabilitador (fisioterapeuta i metge rehabilitador), amb els equips de protecció individual (EPI) recomanats, se'n podria valorar l'inici per evitar o minimitzar la DAUCI i altres complicacions com el deliri, el temps de ventilació mecànica, i la millora de l'estat funcional d'aquests pacients, com en qualsevol altre malalt crític.

En l'actualitat es desconeixen les seqüeles funcionals i anatòmiques pel SARS-COV-2 tant a nivell pulmonar, funcional i sistèmic a llarg terme.

## 2. PROTECCIÓ I PREVENCIÓ FRONT A L'EXPOSICIÓ

La protecció de l'equip rehabilitador seguirà les recomanacions del protocol vigent del nostre centre per a procediments respiratoris invasius en pacients sospitosos o confirmats de coronavirus SARS-CoV-2.

Durant la realització de fisioteràpia caldrà assegurar màscares de ventilació mecànica no invasiva (VMNI) sense fugues, evitar desconexions de la ventilació mecànica (VM), aspiració de les secrecions amb un sistema de circuit tancat o col·locar una mascareta quirúrgica als pacients en qualsevol d'aquests casos: respiració a l'aire ambient, ulleres nasals, mascareta tipus Venturi, mascareta alta concentració o ulleres nasals d'alt flux.

## 3. INTERVENCIÓ DE L'EQUIP DE REHABILITACIÓ

Les àrees d'intervenció més importants de la fisioteràpia en el pacient crític COVID-19 són: higiene articular-postural, mobilització precoç i maneig respiratori. La intervenció en els malalts crítics es realitzarà amb activitats que es facin al llit o prop d'ell, valorant el grau de consciència i estat funcional del pacient. Es prioritzarà el maneig postural, la mobilització precoç passiva i activa, i el maneig de la respiració.

Durant l'ingrés a l'Àrea de Crítics es realitzarà una valoració diària conjunta (metge rehabilitador, metge intensivista i fisioterapeuta) de l'estat funcional general, especialment de: l'estat de consciència, respiratori, cardiovascular i musculoesquelètic de tots aquells pacients potencialment tributaris a iniciar rehabilitació. Això si, prèviament consensuat amb l'equip assistencial responsable tant mèdic com d'infermeria.

Independentment de la tècnica d'intervenció aplicada, aquesta haurà de ser individualitzada i planificada prèviament a la realització.

En iniciar la rehabilitació es registrarà (Annex 1): la *ICU mobility scale*, les limitacions i rigideses articulars, les ortesis necessàries, l'activitat de fisioteràpia a realitzar i les complicacions durant la mobilització.

A continuació, es presenten en diferents taules els criteris d'exclusió per iniciar fisioteràpia passiva (Taula 1), d'inclusió per la mobilització activa (Taula 2) i d'interrupció de la mobilització durant la fisioteràpia (Taula 3).

En cas de no ser tributaris a iniciar la rehabilitació cal fer una revaloració diària fins que siguin candidats a iniciar-la. En pacients no candidats a iniciar una mobilització activa, s'haurien d'assegurar els canvis posturals cada 4 hores per evitar lesions per pressió. Si apareix qualsevol dels criteris d'interrupció s'ha d'aturar el procediment, identificar la causa i avaluar-ne la seguretat, així com informar a l'equip assistencial referent. Si la causa és fàcilment reversible, es continuarà la intervenció. En cas contrari, l'endemà es tornarà a avaluar la idoneïtat de seguir el tractament rehabilitador.

**Taula 1.** Criteris clínics d'exclusió per a iniciar la fisioteràpia passiva

Criteris d'exclusió per a iniciar la fisioteràpia passiva
Via aèria no segura
Decúbit pro
$FiO_2 \geq 0'8$ i/o PEEP >12
NA > 1 mcg/Kg/min o DBT > 8 mcg/kg/min
Lactat >20 mg/dl
Esdeveniment neurològic agut
Hipertensió intracranial (HTiC)
Fractura inestable de columna o pelvis
Retirada de tractament actiu

DOCUMENT	CODI	DATA	REV	
PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19. Mobilització precoç pacient crític COVID-19	xx-xx-000	16/04/2020	V1	Pàg. 6 de 14
Propera revisió: mes 20xx				

**Taula 2.** Criteris clínics per iniciar la mobilització activa

<b>Criteris clínics per iniciar la mobilització activa</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Respiratoris</b></p> <p>Decúbit supí</p> <p><math>FiO_2 \leq 0'6</math></p> <p><math>SpO_2 \geq 90\%</math></p> <p><math>PEEP \leq 10 *</math></p> <p><math>FR \leq 30</math> rpm</p> <p>Sense asincronies</p> <p>Via aèria segura</p> <p><i>*Es podria valorar intervenir amb PEEP més elevada, depenent de la situació clínica del pacient i el consens amb l'equip assistencial.</i></p>	<p style="text-align: center;"><b>Cardiovasculars</b></p> <p><math>TAS \geq 90</math> mmHg i <math>\leq 180</math> mmHg</p> <p><math>TAM \geq 65</math> mmHg i <math>\leq 110</math> mmHg</p> <p><math>FC \geq 40</math> bpm i <math>\leq 120</math> bpm</p> <p>Noradrenalina <math>&lt; 0'2</math> mcg/kg/min</p> <p>No arítmies noves ni isquèmia miocàrdica</p> <p>Lactat <math>&lt; 40</math>mg/dL</p> <p>No sospita de trombosi venosa profunda ni trombosi pulmonar aguda.</p> <p>No sospita d'estenosi aòrtica</p>
<p style="text-align: center;"><b>Neurològics</b></p> <p>Escala RASS -2 o +2</p> <p>Pressió intracranial <math>&lt; 20</math>cmH<sub>2</sub>O</p> <p>Esdeveniment neurològic agut</p>	<p style="text-align: center;"><b>Altres</b></p> <p>No existència de fractures inestables d'extremitats i columna.</p> <p>No evidència de sagnat actiu</p> <p>Temperatura corporal <math>&lt; 38^\circ C</math></p>

**Taula 3.** Criteris clínics d'interrupció de la mobilització

<b>Criteris clínics d'interrupció de la mobilització</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Respiratoris</b></p> <p><math>SpO_2 &lt; 90\%</math></p> <p><math>FR &gt; 30</math> rpm</p> <p>Desadaptació de la VM</p> <p>Desconnexió o desplaçament dispositiu via aèria</p>	<p style="text-align: center;"><b>Cardiovasculars</b></p> <p><math>PAS &lt; 90</math> mmHg o <math>&gt; 180</math> mmHg</p> <p><math>PAM \leq 65</math> mmHg o <math>&gt; 110</math> mmHg, o augment <math>&gt; 20\%</math> respecte l'inici.</p> <p>Aparició d'arítmia o isquèmia miocàrdica</p>
<p style="text-align: center;"><b>Neurològics</b></p> <p>RASS <math>&gt; +2</math></p>	<p style="text-align: center;"><b>Altres</b></p> <p>Desconnexió de qualsevol tractament</p> <p>Desmonitorització</p> <p>Palpitacions del pacient</p> <p>Sensació de dispnea o intolerància</p>

A l'alta de l'Àrea de Crítics, el metge rehabilitador realitzarà una valoració i un registre clínic per traspasar la informació dels pacients a l'equip de planta, assegurant la continuïtat assistencial i definint els objectius terapèutics. S'adjunta document de traspàs (Annex 2), aquest document recollirà l'Índex de *Barthel*, el *Medical Research Council (MRC)*, *Functional Ambulation Categories (FAC)*, la força isomètrica de prensió o garra mitjançant una valoració dinamomètrica de la mà dominant i les rigideses articulars.

#### 4. FASES DE LA MOBILITZACIÓ COVID -19

La mobilització cal començar-la quan abans millor, però primer cal fer una valoració exhaustiva. El pacient ha de complir uns criteris mínims per tal de poder intervenir, sobretot si s'ha de realitzar mobilitzacions actives.

S'han descrit 5 fases de la mobilització precoç amb intervencions i objectius concrets.

És important tenir en compte que donada la situació extraordinària s'adequaran tant els recursos humans disponibles com materials a la disponibilitat dels mateixos en cada moment. Per aquest motiu l'inici i la progressió de les fases es pot veure afectada produint-se un retard en la seva aplicació.

Les fases 1 i 2 s'implementaran al llit, i per tant formaran l'anomenada "fase llit". La "fase butaca" engloba la fase 3 i 4, en aquestes fases el pacient començarà a sedestar a la butaca i a realitzar les mobilitzacions fora del llit. La darrera fase o fase 5 és la de "deambulació".

##### 4.1. FASE 1 COVID-19

###### Fase respiratòria o passiva. RASS -5 a -3

**Objectiu: Mantenir l'amplitud articular, l'estat de la musculatura i estimular la circulació quan el pacient està inconscient i no col·labora.**

En aquesta fase caldrà valorar el rang d'amplitud articular per detectar i prevenir les rigideses. Es realitzarà higiene articular amb canvis posturals cada 4 hores per infermeria i el fisioterapeuta realitzarà mobilitzacions passives de les 4 extremitats i de la columna cervical.

Es valorarà l'ús d'ortesis posicionals (mans i anti-equins a peus) que s'aplicaran per infermeria de forma intermitent ( 2 hores ON, 2 hores OFF durant el dia).

	DOCUMENT	CODI	DATA	REV	
	PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19. Mobilització precoç pacient crític COVID-19	xx-xx-000	16/04/2020	V1	Pàg. 8 de 14
	Propera revisió: mes 20xx				

Una vegada millori el nivell de consciència i el pacient pugui col·laborar mínimament es passarà a la següent fase.

#### 4.2. FASE 2 COVID-19

##### Fase passiva-assistida. RASS >-3

**Objectiu: Estimular l'inici del moviment voluntari quan el pacient comença a despertar i a col·laborar.**

Es mantindran els canvis posturals cada 4 hores per infermeria i el fisioterapeuta, en funció del balanç muscular, realitzarà mobilitzacions passives, assistides o actives al llit.

Diàriament es valorarà si el pacient és capaç de vèncer contra gravetat les extremitats superiors (EES) (balanç muscular: 3/5) per passar a la següent fase.

Quan s'aconsegueixi la mobilització activa de les EES contra gravetat s'avançarà al següent nivell.

#### 4.3. FASE 3 COVID-19

##### Fase activa. RASS >-1

**Objectiu: Aconseguir la mobilització activa de les 4 extremitats (contra gravetat) de forma voluntària i augmentar la força del tronc per assolir una sedestació confortable a la butaca.**

El fisioterapeuta incentivarà al pacient a realitzar mobilitzacions actives de les 4 extremitats al llit, sense ajuda, i s'afegiran exercicis de control de tronc en sedestació a la vora del llit. En el moment que el pacient sigui capaç d'aguantar el tronc amb una ajuda mínima, s'iniciarà la sedestació a la butaca, sempre i quan compleixi els criteris per poder aixecar-se, i es disposi de material i espai necessari. El tipus de transferència es valorarà en funció de la força muscular de les extremitats inferiors (EEl) i sempre consensuant la decisió amb l'equip assistencial. En cas que no tingui suficient força, s'utilitzaran ajudes tècniques segons disponibilitat, com la grua o la taula de transferència.

Quan s'aconsegueixi la mobilització activa de les EEl contra gravetat s'avançarà a la següent fase.



	DOCUMENT	CODI	DATA	REV	
	<b>PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19. Mobilització precoç pacient crític COVID-19</b> Propera revisió: mes 20xx	xx-xx-000	16/04/2020	V1	Pàg. 9 de 14

#### 4.4. FASE 4 COVID-19.

**Fase resistida. RASS = 0. Pacient despert i col·laborador**

**Objectiu: Tolerar la bipedestació de forma assistida o no assistida. En cas que fos possible, iniciar deambulació assistida, quan el pacient ha tolerat i superat els exercicis actius i té força al tronc per poder sedestar.**

En aquesta fase el pacient ha tolerat i superat els exercicis actius i té força al tronc per poder sedestar. El fisioterapeuta iniciaran exercicis resistits. La resistència s'adequarà a cada pacient en funció de la força i l'edat, i podrà ser aplicada pel mateix terapeuta o bé amb l'ús de peses.

També es començarà a treballar la bipedestació (a partir de la sedestació a la butaca), fent exercicis d'equilibri, marxa estàtica i tonificació en bipedestació. En cas que sigui possible, s'intentarà la marxa amb ajuda. Es valorarà l'ajuda necessària en funció de la força, l'equilibri i la seguretat del pacient. El tipus d'ajuda pot ser del personal sanitari (fins a 2 persones), o tècnica, amb la plataforma giratòria o els caminadors (fixe o axil·lar).

Quan s'aconsegueixi la mobilització de les EEII contra resistència es continuarà la fisioteràpia fins assolir una marxa funcional (probablement ja a planta).

#### 4.5. FASE 5 COVID-19.

**Deambulació. RASS = 0.**

**Objectiu: Aconseguir una marxa funcional. En cas de tolerar-ho, iniciar pujar i baixar escales, quan el pacient ja té una mobilitat autònoma i no necessita quasi ajuda.**

Es realitzaran exercicis amb resistència, exercicis en bipedestació i marxa (amb mínima ajuda o sense) i escales.

Una vegada aconseguida la deambulació autònoma del pacient es finalitzarà la intervenció.

	DOCUMENT	CODI	DATA	REV	
	PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19. Mobilització precoç pacient crític COVID-19	xx-xx-000	16/04/2020	V1	Pàg. 10 de 14
	Propera revisió: mes 20xx				

## 5. BIBLIOGRAFIA

- Thomas P, Baldwin C, Bissett B, Boden I, Gosselink R, Granger CL, Hodgson C, Jones AYM, Kho ME, Moses R, Ntoumenopoulos G, Parry SM, Patman S, van der Lee L (2020): Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting. Recommendations to guide clinical practice. Version 1.0, published 23 March 2020.
- Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2020 Mar 3;43(0):E029. Recommendations for respiratory rehabilitation of COVID-19 in adult. Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Respiratory rehabilitation committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Cardiopulmonary rehabilitation Group of Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation. Doi: 10.3760/cma.j.cn112147-20200228-00206. [Epub ahead of print].
- Gómez A, López A, Villelabeitia K, Morata A B, Supervía M, Villamayor B, Castillo J, Pleguezuelos E. Junta Directiva SORECAR. Recomendaciones básicas de SORECAT sobre la rehabilitación respiratoria en el paciente COVID-19. 21 Marzo 2020.
- Arbillaga A, Pardàs M, Escudero R, Rodríguez R, Alcaraz V, Llanes S, Herrero B, Gimeno E, Ríos A. Fisioterapia respiratoria en el manejo del paciente con COVID-19: Recomendaciones generales. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. SEPAR. Versión 1.0. 26 Marzo 2020.
- Crisis COVID-19. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) sobre el impacto de la pandemia del coronavirus COVID-19 sobre los Servicios de Rehabilitación. SERMEF.



### D. ICU MOBILITY SCALE

Mes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Sensor Scale	ICU Mobility Scale
A. Nothing in bed	0. Nothing (lying in bed)
B. In-bed activity	1. Sitting in bed, exercises in bed
C. Out-of-bed activity	2. Passively moved to chair (no standing)
	3. Sitting over edge of bed
	4. Standing
	5. Transferring bed to chair (with standing)
D. Walking	6. Marching in place (at bedside) for short duration
	7. Walking with assistance of 2 or more people
	8. Walking with assistance of 1 person
	9. Walking independently with a gait aid
	10. Walking independently without a gait aid

### E. COMPLICACIONS DURANT LA MOBILITZACIÓ

Mes

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

1- Ansietat/agitació  
 2- Asincronies  
 3- Desconnexió de VM  
 4- SpO2<85%/FR>35  
 5- ACR  
 6- ~~Arítmia~~  
 7- Bradicàrdia <40bpm

8-Taquicardia>120  
 9- Hipotensió  
 10- HTA  
 11- Sagnat  
 12- Sortida tub/tràquea  
 13- Retirada SV  
 14- Retirada SNG

15-Retirada catèter/drenatges  
 16- Caiguda  
 17- Dolor  
 18- Vòmit/aspiració  
 19- Pèrdua monitorització  
 20- Altres

DOCUMENT	CODI	DATA	REV	
PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19. Mobilització precoç pacient crític COVID-19	xx-xx-000	16/04/2020	V1	Pàg. 13 de 14
Propera revisió: mes 20xx				

## ANNEX 2. Full de registre rehabilitació a l'ALTA de la UCI

### A. ÍNDEX DE BARTHEL

#### ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Afeitarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidar la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Transferirse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0
<b>TOTAL</b>		

Codi:  
 Edat:  
 Sexe:  
 Data valoració alta UCI:

Barthel previ:  
 Barthel alta UCI:  
 Barthel:

Clinical Frailty Scale pre:  
 Laboral:

Data alta UCI:  
 Data alta aguts:  
 Destí a l'alta:  
 Data alta SS:  
 ICU mob Scale:

### B. MEDICAL RESEARCH COUNCIL (MRC)

D/E	Alta	
Abducció espatlla		
Flexió colze		
Extensió canell		
Flexió maluc		
Extensió genoll		
Dorsiflexió turmell		
	<b>Total:</b>	

DOCUMENT	CODI	DATA	REV	
PROCEDIMENT D'ACTUACIÓ COVID-19. Mobilització precoç pacient crític COVID-19	xx-xx-000	16/04/2020	V1	Pàg. 14 de 14
Propera revisió: mes 20xx				

### C. FUNCTIONAL AMBULATION CATEGORIES CLASSIFICATION (FAC)

Functional Ambulation Categories Classification

Score	Category	Guidance	Dichotomy
0	Nonfunctional (unable)	Person cannot walk or requires help of 2 or more people	Physical dependent gait
1	Dependent, level 2	Person requires firm, continuous support from 1 person to help with carrying weight and with balance	
2	Dependent, level 1	Person needs continuous or intermittent support from 1 person to help with balance or coordination	
3	Dependent on supervision	Person requires verbal supervision or stand-by help from 1 person without physical contact	Physical independent gait
4	Independent on level ground	Person can walk independently on level ground but requires help on stairs, slopes, or uneven surfaces	
5	Independent	Person can walk independently anywhere	

FAC Alta:  
FAC :

### D. DINAMOMETRIA MÀ DOMINANT II (Kg)

	Alta	
D/E		
%		

### E. RIGIDESES ARTICULARS (1/2):

