



INSTITUTO MCKENZIE INTERNACIONAL

VALORACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR

Fecha _____

Nombre _____ Sexo M / F _____

Dirección _____

Teléfono _____

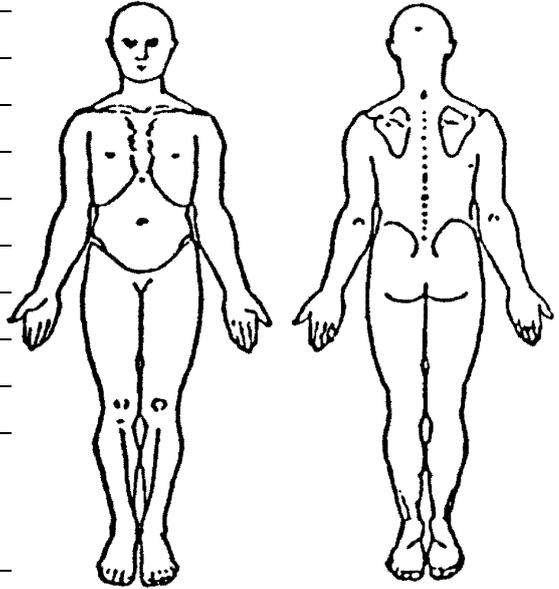
Fecha nac. _____ Edad _____

Remitido por: *Dr. / Él / Otro* _____

Actividad laboral _____

Actividades de ocio _____

Limitación funcional en este episodio _____



Resultado del test _____

Puntuación NPRS (0-10) _____

Síntomas presentes _____

Presentes desde _____ *mejorando / sin cambios / empeorando*

Comenzaron por _____ *sin razón aparente*

Síntomas al inicio: *espalda / muslo / pierna* _____

Síntomas constantes: *espalda / muslo / pierna* _____ Síntomas intermitentes: *espalda / muslo / pierna* _____

Peor *flexionando* *sentado / levantarse* *de pie* *caminando* *tumbado*
am / conforme pasa el día / pm *quieto / en movimiento*
 otro _____

Mejor *flexionando* *sentado* *de pie* *caminando* *tumbado*
am / conforme pasa el día / pm *quieto / en movimiento*
 otro _____

Dolor nocturno: *sí / no* Posturas al dormir: *prono / sup / de lado D / I* Superficie: _____

Historia previa en columna _____

Tratamientos previos _____

PREGUNTAS ESPECÍFICAS

Tos / estornudo / hacer fuerza Continencia vesical / intestinal: *normal / anormal* Marcha: *normal / anormal*

Medicación: _____

Salud general / Comorbilidades: _____ Cirugía reciente / relevante: *sí / no* _____

Historia de cáncer: *sí / no* Pérdida inexplicada de peso: *sí / no* _____

Historia de trauma: *sí / no* Radiología: *sí / no* _____

Objetivos / expectativas / creencias del paciente: _____

EXPLORACIÓN

OBSERVACIÓN POSTURAL

Sentado: *lordótico / neutro / cifótico* Cambio de postura: *mejor / peor / no efecto* _____

Bipedestación: *lordótico / neutro / cifótico* Lateral shift: *derecho / izquierdo / no* Shift relevante: *sí / no*

Otras observaciones / medidas de referencia funcionales: _____

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Déficit motor _____ Reflejos _____

Déficit sensitivo _____ Tests neurodinámicos _____

| PÉRDIDA MOVS. | Gran | Mod | Min | No | Síntomas |
|----------------|------|-----|-----|----|----------|
| | | | | | |
| Flexión | | | | | |
| Extensión | | | | | |
| Side gliding D | | | | | |
| Side gliding I | | | | | |
| Otro | | | | | |

TEST DE MOVIMIENTOS **Describe el efecto en el dolor presente – Durante:** Produce, Abole, Aumenta, Disminuye, No Efecto, Centralizando, Periferizando. **Después:** Mejor, Peor, No Mejor, No Peor, No Efecto, Centralizado, Periferizado.

| | Síntomas durante el test | Síntomas después del test | Respuesta mecánica | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|---|-----------|
| | | | Efecto - ↑ o ↓ ROM o test funcional principal | No efecto |
| Síntomas pretest de pie | _____ | | | |
| FIS | _____ | | | |
| Rep FIS | _____ | | | |
| EIS | _____ | | | |
| Rep EIS | _____ | | | |
| Síntomas pretest tumbado | _____ | | | |
| FIL | _____ | | | |
| Rep FIL | _____ | | | |
| EIL | _____ | | | |
| Rep EIL | _____ | | | |
| Síntomas pretest | _____ | | | |
| SGIS – D | _____ | | | |
| Rep SGIS – D | _____ | | | |
| SGIS – I | _____ | | | |
| Rep SGIS – I | _____ | | | |
| Otros movimientos | _____ | | | |

TESTS ESTÁTICOS

Sentado encorvado / erguido / tumbado en prono en extensión / sentado alargado _____

OTROS TESTS _____

CLASIFICACION PROVISIONAL

Derangement

Central o simétrico Unilateral o asimétrico por encima de la rodilla Unilateral o asimétrico por debajo de la rodilla

Dirección de Preferencia: _____

Disfunción: Dirección _____ **Postural** **OTROS** subgrupo: _____

POTENCIALES INDUCTORES DE DOLOR Y/O DISCAPACIDAD

Comorbilidades Cognitivo – Emocional Contextual

Descripción: _____

PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

Educación _____

Tipo de ejercicio _____ Frecuencia _____

Otros ejercicios / intervenciones _____

Objetivos tratamiento _____

_____ Firma _____