



# INSTITUTO MCKENZIE INTERNACIONAL

## VALORACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Id. Género \_\_\_\_\_

Fecha nac. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Remitido por: *Dr. / Él / Otro* \_\_\_\_\_

Actividad laboral \_\_\_\_\_

Actividades de ocio \_\_\_\_\_

Limitación funcional en este episodio \_\_\_\_\_

Resultado del test \_\_\_\_\_

NPRS (0-10) \_\_\_\_\_

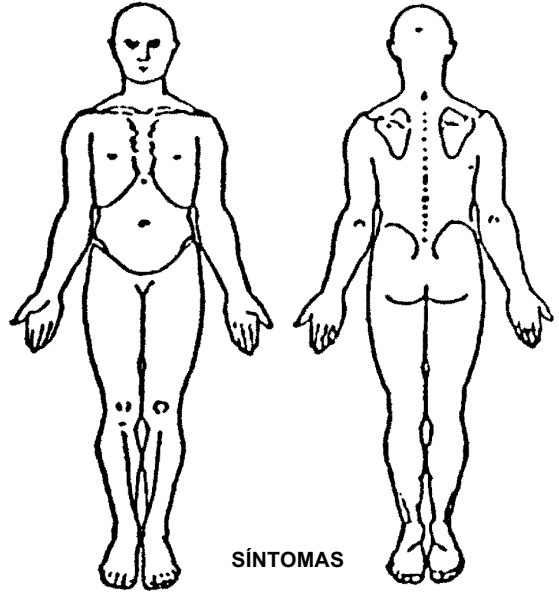
Síntomas presentes \_\_\_\_\_

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 de peso inexplicable: *sí / no* \_\_\_\_\_

Historia de trauma: *sí / no* \_\_\_\_\_ Radiología: *sí / no* \_\_\_\_\_

Objetivos y expectativas del paciente: \_\_\_\_\_

## EXPLORACIÓN

### OBSERVACIÓN POSTURAL

Sentado: *lordótico / neutro / cifótico*      Cambio de postura: *no efecto / 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, Elimina, Aumenta, Disminuye, No Efecto, Centralizando, Periferizando. **Después:** Mejor, Peor, No Mejor, No Peor, No Efecto, Centralizado, Periferizado.

	Respuesta sintomática		Respuesta mecánica	
	Durante el test	Después del test	Efecto - Cambio en ROM o test funcional principal	No efecto
<b>Síntomas pretest de pie</b>				
FIS				
Rep FIS				
EIS				
Rep EIS				
<b>Síntomas pretest tumbado</b>				
FIL				
Rep FIL				
EIL				
Rep EIL				
<b>Síntomas pretest</b>				
SGIS – D				
Rep SGIS – D				
SGIS – I				
Rep SGIS – I				
Otros movimientos				

### TESTS ESTÁTICOS

Sentado encorvado / sentado en lordosis / sentado alargado / tumbado en prono en extensión \_\_\_\_\_

**OTROS TESTS** \_\_\_\_\_

### CLASIFICACION PROVISIONAL

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Patología grave: _____                             | <input type="checkbox"/> Condición médica: _____                          |
| <input type="checkbox"/> Derangement <i>Dirección de Preferencia:</i> _____ | <input type="checkbox"/> Central o simétrico                              |
| <input type="checkbox"/> Disfunción articular / ARN                         | <input type="checkbox"/> Unilateral o asimétrico por encima de la rodilla |
| <input type="checkbox"/> Patología mecánica atípica                         | <input type="checkbox"/> Unilateral o asimétrico por debajo de la rodilla |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de dolor crónico                          | <input type="checkbox"/> Artropatía inflamatoria / artritis               |
| <input type="checkbox"/> Síndrome postural                                  | <input type="checkbox"/> Postcirugía                                      |
| <input type="checkbox"/> Síndrome radicular sin DP                          | <input type="checkbox"/> Compromiso estructural                           |
| <input type="checkbox"/> Estenosis de columna                               | <input type="checkbox"/> Trauma / Trauma en recuperación                  |

Subgrupo de la clasificación / descripción \_\_\_\_\_

**POTENCIALES DRIVERS DE DOLOR Y/O DISCAPACIDAD**      Comorbilidades      Cognitivo – Emocional      Contextual  
 Descripción: \_\_\_\_\_

### PRINCIPIOS DE TRATAMIENTO

Educación \_\_\_\_\_

Tipo de ejercicio \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

Otros ejercicios / intervenciones \_\_\_\_\_

Objetivos del tratamiento \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_