



INSTITUTO MCKENZIE INTERNACIONAL

VALORACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR

Fecha _____

Nombre _____ Sexo _____

Fecha nac. _____ Edad _____

Remitido por: Dr. / Él / Otro _____

Actividad laboral _____

Actividades de ocio _____

Limitación funcional en este episodio _____

Resultado del test _____

NPRS (0-10) _____

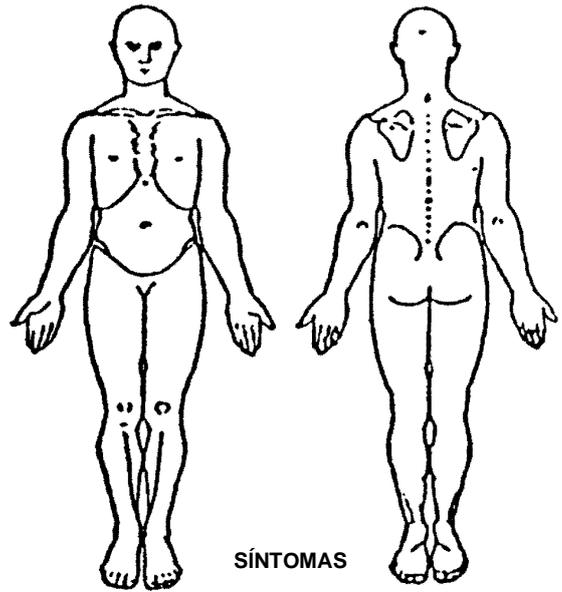
Síntomas presentes _____

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 inexplicada de peso: *sí / no* _____

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

Objetivos / expectativas: _____

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.	Grado				Síntomas
	Gran	Mod	Min	No	
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, Periferalizando. **Después:** Mejor, Peor, No Mejor, No Peor, No Efecto, Centralizado, Periferalizado.

	Respuesta sintomática		Respuesta mecánica	
	Síntomas durante el test	Síntomas después del test	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 / 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 · Dirección de Preferencia: _____ | <input type="checkbox"/> Central o simétrico | <input type="checkbox"/> Unilateral o asimétrico
por encima de la rodilla | <input type="checkbox"/> Unilateral o asimétrico
por debajo de la rodilla |
| <input type="checkbox"/> Disfunción Articular / ARN | <input type="checkbox"/> Condición Mecánica Atípica | <input type="checkbox"/> Síndrome de Dolor Crónico | <input type="checkbox"/> Artropatía inflamatoria / Artritis |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Postural | <input type="checkbox"/> Síndrome Radicular sin DP | <input type="checkbox"/> Estenosis de columna | <input type="checkbox"/> Compromiso Estructural |
| | | | <input type="checkbox"/> Post Cirugía |
| | | | <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 tratamiento _____

_____ Firma _____