

Guía para completar las fichas de valoración MDT

Historia: Página uno Las respuestas del paciente se registran pudiendo ser complementadas por el fisioterapeuta si lo considera apropiado	
Identidad de género	<p>Anota cómo se identifica el paciente. Utiliza esta información para mantener una comunicación respetuosa y para la documentación.</p> <p>Indica el sexo asignado al nacer (masculino, femenino, intersexual), basándose en los registros clínicos o en la confirmación del paciente. Si la identidad de género difiere, anota ambas cuando sea clínicamente relevante.</p>
Referido	<p>Marca con un círculo la opción correspondiente; puedes anotar la fecha de la cita de seguimiento.</p>
Exigencias laborales / Actividades de ocio	<p>Exigencias laborales:</p> <p>Anota las actividades laborales e indica la frecuencia de cada una; por ejemplo, 50 % sentado, 50 % de pie. También puedes señalar otros tipos de estrés, como la presión derivada de los plazos de entrega.</p> <p>Actividades de ocio:</p> <p>Anota las actividades de ocio o aficiones e indica la frecuencia de la actividad, p. ej., 75 % sentado, 25 % agachado, o podría decir, por ejemplo, caminar 3 veces a la semana durante 40 minutos, jardinería 3 horas a la semana. Puedes indicar el nivel de actividad en general, p. ej., «sedentario» o «muy activo».</p>
Limitación funcional en el episodio actual	<p>Pide al paciente que identifique las actividades concretas que no puede realizar o que le resultan difíciles debido a sus síntomas actuales.</p>
Resultado / Puntuación del test	<p>Anota el indicador de resultado específico o la herramienta de cribado que se utilice, así como la puntuación obtenida.</p>
Puntuación NPRS:	<p>Pregunta al paciente cuál es la intensidad de su dolor, incluyendo la intensidad en la parte más distal. Puedes utilizar una escala de dolor, un valor máximo o la intensidad media del dolor.</p>
Mapa corporal	<p>Se utiliza para registrar «todos los síntomas de este episodio», es decir, todos los síntomas que el paciente ha experimentado durante este episodio. Es posible que no todos los síntomas sigan presentes.</p>
Síntomas actuales	<p>Anota la localización y el tipo de síntomas que siguen preocupando al paciente. Esto puede diferir del cuadro clínico, ya que es posible que no todos sigan presentes. Se puede indicar el periodo de tiempo, por ejemplo: «dolor lumbar solo en las últimas 48 horas».</p>
Desde	<p>Normalmente se expresa en semanas o días. Se puede indicar una fecha concreta si se conoce o si es necesario por motivos legales.</p>
Mejora / Sin cambios / Empeora	<p>Marca la opción que corresponda y pregunta al paciente cómo o de qué manera están mejorando o empeorando sus síntomas.</p>



Historia: Página uno

Las respuestas del paciente se registran pudiendo ser complementadas por el fisioterapeuta si lo considera apropiado

Iniciado como consecuencia de	Si procede, describe el mecanismo de la lesión, por ejemplo, al levantar peso y girar el cuerpo, o marca «sin causa aparente».
Síntomas al inicio	Marca con un círculo el momento en que apareció el dolor inicial (por ejemplo, marca «espalda»), y luego anota cuándo aparecieron los demás síntomas.
Constante / Intermitente	Marca la opción correspondiente. Espalda = hasta el pliegue glúteo, Muslo = por encima de la rodilla, Pierna = por debajo de la rodilla, Cuello = hasta la punta del hombro, Brazo = del hombro al codo, Antebrazo = del antebrazo a la mano.
Sección «Mejor / Peor»	Anotación: Marcar con un círculo «siempre»: si no se aclara, significa una respuesta de dolor inmediata. Si se refiere al tiempo, hay que aclararlo fuera del círculo indicando, por ejemplo, «10 minutos», «prolongado». Trazar una línea debajo: «a veces». Línea oblicua que lo atraviesa: sin efecto. Pon un «?» encima de la actividad si el paciente sigue sin estar seguro incluso después de más preguntas, en lugar de dejarlo en blanco. Si el paciente presenta dos áreas de síntomas no relacionadas, indica qué actividades afectan a cada síntoma.
Dolor nocturno	Si siempre ha sido así, marca «Sí»; si a veces ha sido así, subraya «Sí». Si no te ha afectado, marca «No». Si antes era así, marca «Sí», pero escribe «antes».
Posturas para dormir	Marca la opción habitual; indica si no puede realizar esta actividad debido al dolor actual e indica su estado actual: el mejor y el peor.
Superficie / Cojines	Anota la superficie (para la zona lumbar) y el número y tipo de almohada (para la zona cervical) si lo consideras pertinente.
Antecedentes médicos relacionados con la columna	Si se trata de un cuadro episódico, indica la localización previa de los síntomas, la duración de los episodios anteriores, la gravedad de los mismos y si no presenta síntomas entre episodios.
Tratamientos anteriores	Anota qué tratamientos ha recibido para este episodio y, si procede, qué tratamientos ha recibido para episodios anteriores. Indica si algo le ha ayudado anteriormente.
Preguntas específicas	Marca con un círculo las respuestas correctas y escribe cualquier aclaración en las líneas indicadas.

Exploración: Página dos

No es imprescindible realizar todos los componentes de la exploración con cada paciente. Si no se lleva a cabo alguna sección, se traza una línea oblicua que la atraviesa.

Observación postural	Marca con un círculo la respuesta correcta.
Cambio de postura	Marca la respuesta con un círculo e indica qué dolor varía y en función de qué cambio de postura, si procede.
Otras observaciones / Medidas de referencia	Anota cualquier observación significativa, p. ej., atrofia, hinchazón, enrojecimiento, etc. Anota las medidas de referencia funcionales pertinentes, p. ej., alcance, sentarse en cuclillas.
Exploración neurológica	Especifica qué déficit se observa en cada sección y anótalo si es anormal, p. ej., disminución del reflejo S1. Se pueden añadir los reflejos de Babinski y clonus a los reflejos si es necesario.
Pérdida de movimiento	Anota «normal» si la prueba ha sido normal. Tacha con una línea oblicua si no procede.
Movimientos repetidos	Si el orden de los movimientos de la prueba se realiza de forma diferente al indicado en el formulario, numera el orden. También puedes anotar el número total de repeticiones realizadas.
Pruebas estáticas	Respuesta sintomática: utiliza únicamente términos estándar. Observa y describe el efecto sobre todos los síntomas, especialmente los más distales.
Otros tests	Respuesta mecánica: marca una flecha hacia arriba o hacia abajo en la casilla correspondiente. Puedes indicar qué movimiento se ha visto afectado por el cambio si es diferente al que se está evaluando.
Clasificación provisional	Marca con un círculo la posición en la que se ha realizado y anótalo con las palabras estándar «Después».
Posibles factores causantes del dolor y/o la discapacidad	Indica qué tests se han realizado y la respuesta obtenida.
Principios del Tratamiento	<p>Educación: anota los detalles, por ejemplo, cambios de postura, evitar temporalmente la flexión, tranquilizar al paciente, etc.</p> <p>Tipo de ejercicio: documenta los ejercicios específicos indicados al paciente, p. ej., RFIL, y anota la frecuencia.</p> <p>Documente cualquier otro ejercicio o intervención realizada.</p> <p>Objetivos del tratamiento: indica qué cambios esperas observar en la próxima visita y los aspectos que deseas reevaluar el segundo día. También se pueden registrar los objetivos a corto y largo plazo del paciente.</p>