

Guía para completar las fichas de valoración de las extremidades

Historia: Página uno

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

Identidad de género:	<p>Registra cómo se identifica el paciente. Utiliza dicha información para comunicarte y documentar de manera respetuosa.</p> <p>Si la identidad de género difiere del sexo asignado al nacer (masculino, femenino, intersexual), basándose en los registros clínicos o en la confirmación del paciente, anota también el sexo asignado al nacer.</p>
Remitido por	<p>Marca con un círculo la opción adecuada. Puedes registrar la fecha de la cita de seguimiento.</p>
Posturas / Estrés	<p>Actividad laboral:</p> <p>Registra las actividades laborales e indique la frecuencia de cada actividad, por ejemplo, 30 % sentado, 30 % de pie, 40 % en movimiento. También se pueden anotar otros tipos de estrés, por ejemplo, la presión de los plazos de entrega.</p> <p>Actividades de ocio:</p> <p>Anota las actividades de ocio o aficiones e indica la frecuencia con la que las realiza, por ejemplo, 75 % sentado, 25 % agachado o podría decir que camina 3 veces por semana durante 40 minutos, hace jardinería 3 horas a la semana, por ejemplo. Puede anotar el nivel de actividad en general, por ejemplo, “sedentario” o “muy activo”.</p>
Limitación funcional en este episodio	<p>Pregunta al paciente sobre actividades específicas que no puede realizar o que le resultan difíciles de realizar debido a los síntomas actuales.</p>
Resultado del test	<p>Registra la medida de resultado específica o la herramienta de cribado que se está utilizando, así como la puntuación.</p>
Puntuación NPRS:	<p>Pregunta al paciente por la intensidad de su dolor. Puedes utilizar una escala de dolor, un máximo o la intensidad media del dolor.</p>
Mapa Corporal:	<p>Se utiliza para registrar “todos los síntomas que el paciente ha experimentado durante este episodio”. Es posible que no todos los síntomas sigan presentes.</p>
Dominancia: diestra/zurda:	<p>Solo en la tabla de extremidades superiores. Marca con un círculo la mano dominante.</p>



Historia: Página uno

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

Síntomas presentes:	Anota aquí la ubicación/tipo de síntomas que aún preocupan al paciente. Puede diferir del cuadro corporal, ya que es posible que no todos los síntomas sigan presentes.
Presentes desde:	Normalmente se indica en años, semanas o días. Se puede escribir una fecha concreta si se conoce o si es necesario por motivos legales.
Mejorando / Sin cambios / Empeorando:	Marca con un círculo la opción que corresponda. Si dicen que están mejorando o empeorando, pregúntale al paciente cómo o de qué manera.
Comenzaron por	Si procede, describe el mecanismo de la lesión, por ejemplo, levantamiento y torsión, accidente de tráfico, lesión practicando deporte. O marca con un círculo "Sin motivo aparente".
Síntomas al inicio:	Marca con un círculo dónde comenzaron los síntomas y anota el periodo de tiempo en el que aparecieron los síntomas asociados.
Antecedentes de columna	Esto <i>podría</i> ser útil para la exploración de la columna vertebral y se puede correlacionar con el gráfico corporal y las dos preguntas siguientes.
Parestesia:	¿Es relevante para el historial del paciente y la localización del dolor?
Toser / estornudar:	Marca con un círculo si toser o estornudar reproduce los síntomas del paciente.
Constante / Intermitente:	Marque con un círculo la opción adecuada. Califique el sitio cuando sea necesario.
Sección Peor / Mejor:	<p>Se puede hacer una pregunta abierta al paciente para iniciar la conversación y, a continuación, abordar los factores que no se hayan tratado, con el fin de garantizar que se completan todos los aspectos de esta sección.</p> <p>Registro:</p> <p>Marca con un círculo "siempre": si no se aclara, esto significa una respuesta inmediata al dolor. Si se refiere al tiempo, es necesario aclararlo fuera del círculo, por ejemplo, "10 minutos", "prolongado". Dibuja una línea debajo cuando sea "a veces" y haz una línea oblicua cuando sea "no efecto".</p>



Historia: Página uno

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

	<p>Ponga un “?” encima de la actividad si el paciente sigue sin estar seguro incluso después de hacerle más preguntas, en lugar de dejarlo en blanco.</p> <p>Si hay dos áreas de dolor no relacionadas, puede ser necesario indicar si se trata de diferentes puntos de dolor para cada actividad. Utilice texto para otras opciones.</p> <p>A menudo es necesario hacer preguntas de seguimiento para aclarar el efecto.</p>
Con el uso continuado, el dolor	Como arriba con círculo, o línea debajo para algunas veces.
Molesta por la noche:	Si es siempre marca un círculo en sí, si es a veces subraya sí. En el caso que no se vea afectado por un círculo en no. Si le molestaba antes pon un círculo en sí y anota previamente.
Dolor en reposo	Marca con un círculo la opción adecuada. Y califica el sitio cuando sea necesario.
Otras preguntas	Marca con un círculo la opción adecuada y escribe aclaraciones si es necesario.
Historia previa	Si se trata de un episodio, anota la ubicación previa de los síntomas, la duración de los episodios anteriores, la gravedad de los episodios y si ha estado libre de síntomas entre episodios.
Tratamientos previos:	Escribe los tratamientos que ha recibido para este episodio y, si procede, los tratamientos o intervenciones que han recibido para episodios anteriores. Si procede, puedes indicar qué le ha ayudado.
Preguntas específicas (relacionadas con la salud, la medicación, las pruebas de imagen, etc.)	Marca con un círculo las respuestas adecuadas y escribe cualquier aclaración en las líneas proporcionadas.
Objetivos / expectativas del paciente	Toma nota de cuáles son los objetivos y expectativas del paciente.



Exploración: Página dos

No es imprescindible realizar todos los componentes de la exploración con cada paciente. Si no se realiza alguna sección, se traza una línea oblicua a través de ella.

Nota: Durante la exploración SIEMPRE que sea posible compara una extremidad con su homónima.

Observación postural:	Marca la respuesta adecuada.
Modificación de la postura:	Marca un círculo en la respuesta indicada e indica que dolor cambia y la postura que provoca ese cambio si procede.
Otras observaciones:	Registra cualquier diferencia musculoesquelética significativa, por ejemplo, atrofia, hinchazón, enrojecimiento, etc.
Exploración neurológica:	Marca NA si no es aplicable para este paciente. Registra como normal si no hay déficit. Especifica qué déficit hay en cada sección, registra si es anormal, por ejemplo, disminución del reflejo S1. Se puede añadir Babinski/Clonus a los reflejos si es necesario.
Referencia	Dolor o actividad funcional. “¿Hay alguna cosa que pueda hacer que siempre le provoque o aumente el dolor?”. Podría ser caminar, ponerse en cuclillas, subir escaleras, etc., para las extremidades inferiores, o estirarse, lanzar objetos, vestirse, etc., para las extremidades superiores.
Pérdida movimiento (Marca con un círculo la parte del cuerpo correspondiente.)	Marca la casilla correspondiente: Mayor/Moderado/Menor/Ninguno. También puede marcar la casilla “dolor” si el paciente refiere que el dolor limita el movimiento, indicando la localización del dolor.
Movimiento pasivo:	Anota los síntomas y el rango del movimiento relevante que se está evaluando. Comprueba siempre el rango final.
Respuesta dolorosa al test resistido	Anota la dirección probada y si se produce dolor o debilidad.
Otros test / posiciones mantenidas	Anotar cuál y la respuesta obtenida
COLUMNA	
Pérdida de movimiento	Indica el estado y el alcance de la pérdida de movimiento.
Efecto de movimientos repetidos	Indica la dirección del estado y la respuesta sintomática y mecánica.



Exploración: Página dos

Efecto de posiciones mantenidas	Indica la posición estatal utilizada y respuesta sintomática.
Test de columna	Marca con un círculo la posición realizada y regístrala con las palabras estándar "Después".
Síntomas de referencia	Indica los síntomas iniciales previos a la prueba.
Test de movimientos	<p>Numera el orden realizado si es diferente al escrito. Es útil registrar el número de repeticiones para obtener la respuesta.</p> <p>Respuesta sintomática – Usa solo términos estándar. Controla y describe el efecto en los síntomas más distales</p> <p>Respuesta mecánica. Indica qué movimientos se han visto afectados por el cambio si son diferentes al testado, y si ha cambiado la fuerza o el test funcional</p>
Tests estáticos// Efecto de la posición mantenida	Marca con un círculo la posición en la que se realizó y regístrala con las palabras estándar «Después».
Clasificación provisional	Marca con un círculo si se trata de un problema en las extremidades o en la columna. Marca la clasificación. Para Derangement, registra dirección de preferencia. Añade cualquier subgrupo o aclaración necesaria en la línea proporcionada.
Potenciales drivers de dolor y discapacidad:	Rodea el potencial driver de dolor y discapacidad, que hayas identificado y anota los detalles en la línea de abajo.
Principios de tratamiento:	<p>Educación – Registra lo específico, p.ej. corrección postura, evitar movimientos provocativos. Registra equipamiento proporcionado.</p> <p>Principio de tratamiento y dosificación – Indica el ejercicio específico dado, Indica dosis – frecuencia y repeticiones.</p> <p>Barreras a la recuperación– Registra factores que puedan ser una barrera a la recuperación</p> <p>Objetivos del tratamiento – Indica lo que esperas cambiar la próxima visita y cosas que querrías reevaluar en el seguimiento</p> <p>También pueden registrarse objetivos a Corto y Largo plazo.</p>

