



# 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) \_\_\_\_\_

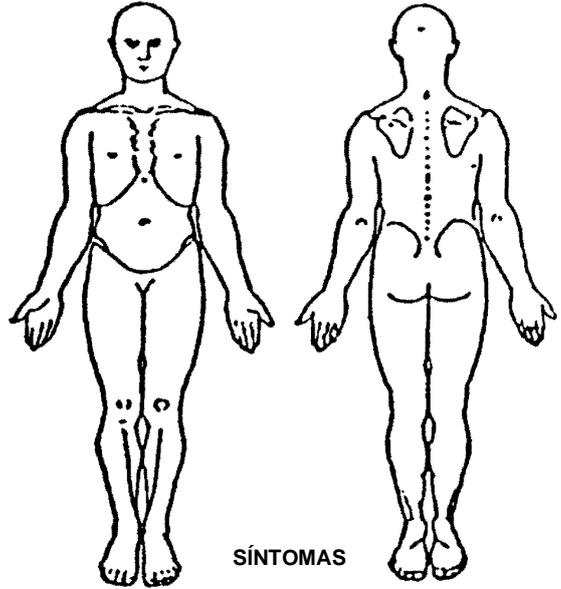
Síntomas presentes \_\_\_\_\_

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
<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 · Dirección de Preferencia: _____ | <input type="checkbox"/> Central o simétrico        | <input type="checkbox"/> Unilateral o asimétrico<br>por encima de la rodilla | <input type="checkbox"/> Unilateral o asimétrico<br>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 \_\_\_\_\_