



# VALORACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR

## INSTITUTO McKENZIE

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Sexo M / F \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha Nac. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Remito por Dr./Él/Otro / \_\_\_\_\_

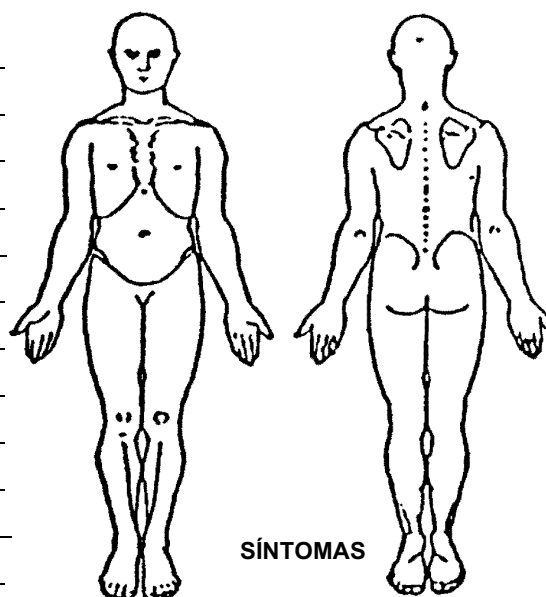
Trabajo: Estrés mecánico \_\_\_\_\_

Ocio: Estrés mecánico \_\_\_\_\_

Incapacidad funcional en este episodio \_\_\_\_\_

Puntuación Incapacidad funcional \_\_\_\_\_

Puntuación VAS (0-10) \_\_\_\_\_



### HISTORIA

Síntomas presentes \_\_\_\_\_

Presentes desde \_\_\_\_\_ mejorando / sin cambios / empeorando

Comenzaron por \_\_\_\_\_ o sin razón aparente

Síntomas al inicio: esp / muslo / pierna \_\_\_\_\_

Síntomas constantes: esp/muslo/pierna \_\_\_\_\_ Sínt. Intermitentes esp/ muslo/ pierna

Peor	flexionando	sentado / levantarse	de pie	caminando	tumbado
	am / conforme pasa el día / pm			quieto / en movimiento	
	otros _____				
Mejor	flexionando	sentado	de pie	caminando	tumbado
	am / conforme pasa el día / pm			quieto / en movimiento	
	otros _____				

Molesta al dormir Sí / No Posturas dormir: prono / sup / de lado D / I Colchón: firme/blando/muy blando

Episodios previos 0 1-5 6-10 11+ Año primer episodio \_\_\_\_\_

Historia previa \_\_\_\_\_

Tratamiento previo \_\_\_\_\_

### PREGUNTAS ESPECÍFICAS

Tos / estornudar / hacer fuerza / +vo / -vo Esfínteres: normal / anormal Marcha: normal / anormal

Medicación: No / AINES / Analg / Esteroides / Anticoag / Otros \_\_\_\_\_

Salud General: Buena / Reg / Mala \_\_\_\_\_

Radiología: Sí / No \_\_\_\_\_

Cirugía importante o reciente: Sí / No \_\_\_\_\_ Dolor noche: Sí / No \_\_\_\_\_

Accidentes: Sí / No \_\_\_\_\_ Pérdida inexplicable de peso: Sí / No \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

## EXPLORACIÓN

### POSTURA

Sentado: *Bien/ Reg/ Mal* Bipedestación: *Bien/ Reg/ Mal* Lordosis: *Red / Acent / Normal* Lateral Shift: *Der/ Izq /No*  
Corrección de Postura: *Mejor / Peor / No efecto* Relevante: *Sí/No*  
Otras Observaciones: \_\_\_\_\_

### NEUROLÓGICO

Déficit Motor \_\_\_\_\_ Reflejos \_\_\_\_\_  
Déficit Sensitivo \_\_\_\_\_ Signos Durales \_\_\_\_\_

### PÉRDIDA DE MOVIMIENTO

	Gran	Mod	Min	No	Dolor
Flexión					
Extensión					
Side Gliding D					
Side Gliding I					

**TEST MOVIMIENTOS** Describe efecto en dolor presente – Durante: produce, abole, aumenta, disminuye, no efecto, centralizando,periferalizando. Después: mejor, peor, no mejor, no peor, no efecto, centralizado, periferalizado.

	Síntomas durante el Test	Síntomás tras el Test	Respuesta mecánica		
			↑Rom	↓Rom	No Efecto
Síntomas pretest de pie:					
FIS					
Rep FIS					
EIS					
Rep EIS					
Síntoma pretest tumbado:					
FIL					
Rep FIL					
EIL					
Rep EIL					
Si requiere, síntomas pretest:					
SGIS – D					
Rep SGIS – D					
SGIS – I					
Rep SGIS- I					

### TESTS ESTÁTICOS

Sentado Encorvado \_\_\_\_\_ Sentado erguido \_\_\_\_\_  
De pie Encorvado \_\_\_\_\_ De pie erguido \_\_\_\_\_  
Tumbado prono extensión \_\_\_\_\_ Sentado alargado \_\_\_\_\_

### OTROS TESTS

\_\_\_\_\_

### CLASIFICACIÓN PROVISIONAL

Derangement \_\_\_\_\_ Disfunción \_\_\_\_\_ Postura \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
Derangement: Localización dolor \_\_\_\_\_

### PRINCIPIO DE TRATAMIENTO

Educación \_\_\_\_\_ Material Proporcionado \_\_\_\_\_  
Terapia mecánica: *Sí / No* \_\_\_\_\_  
Principio de Extensión: \_\_\_\_\_ Principio Lateral: \_\_\_\_\_  
Principio de Flexión: \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
Objetivos tratamiento: \_\_\_\_\_