Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS** **ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS** **CONTRATO: 150.25.4.0354** **VIGENCIA 2025**	HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS Pensilvania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: Cesar Quintero Quintero	**FECHA DE INTERVENCIÓN:** 12/04/2025
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Alba Rocio Suárez	

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	**PROFESIÓN**	**TELÉFONO DE CONTACTO**
Jennyfer García Montoya	**Fisioterapia**	3116827071

TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA	
Primera visita: Aplicación de escalas	**X**

ESCALA DIRIGIDA A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

Responda las siguientes preguntas relacionadas al área de fisioterapia de la manera más amplia que sea posible, evitando respuestas de SI o NO. Si no responde por favor formular las preguntas al cuidador/a

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿El paciente refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Cuál? Explique su respuesta	Refiere dolor en la columna lumbar y cadera derecha, de tipo palpitante y que se irradia en miembros inferiores
¿Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, Con qué frecuencia lo manifiesta? ¿Este dolor impide la realización de actividades durante su día a día? Explique su respuesta	Refiere sentir dolor a cada rato del día, y este lo impide para la realización de sus actividades de la vida diaria
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	Refiere tener limitación para elevar su brazo derecho y las ´piernas a causa del dolor
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	Utiliza bastón para realizar sus desplazamientos
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Aunque posee movimiento independiente, el dolor le genera limitaciones para la realización de transiciones

¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	No requiere de ayuda para adoptar la posición de sedente, aunque no aguanta mucho por dolor
¿Realiza actividades de la vida cotidiana por sí solo? Explique su respuesta	Realiza sus AVD de forma independiente sin necesidad de ayuda
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Refiere que desde hace 7 años presenta dolor y que desde entonces está incapacitado
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	Sale a caminar todos los días de 5 a 10 minutos, después de ese tiempo el dolor aumenta y lo limita
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Refiere realizar todas sus actividades de forma independiente, con dolor y mucho esfuerzo, pero independiente
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	Por fuera de su hogar solo sale a caminar y nada más
¿Cuál considera que es la actividad que más le cuesta dificultad para realizar e impide su autonomía, independencia y funcionalidad? ¿Por qué? Explique su respuesta	Refiere que el dolor lo limita principalmente para agacharse y caminar, ya que el dolor es inmediato y pierde fuerza en las piernas, generando caídas en ocasiones
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	Cuando requiere de ayuda la recibe por parte de algún miembro de su familia

A continuación, se enumerarán una lista de actividades, señale con una X si las realiza o no, en caso de seleccionar NO, explique su respuesta:

COMER	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
BAÑARSE	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
VESTIRSE	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**

ASEO PERSONAL	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
DEPOSICIÓN	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
MICCIÓN	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
USO DEL BAÑO	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
TRASLADO SILLA/CAMA	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
DESPLAZAMIENTO	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
VESTIRSE	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA** Refiere poder vestirse solo, aunque si necesita ayuda para ponerse las medias y los zapatos

Conclusión de la escala e ítems aplicados:

Paciente masculino de 66 años, con clínica característica de hernia discal, que presenta deficiencias moderadas en funciones y estructuras del sistema neuromusculoesquelético, que le genera limitaciones moderadas para la movilidad y participación en sus actividades diarias, lo que le genera restricciones graves para cumplir con su rol social como trabajador, presenta facilitadores como productos y tecnologías para la movilidad, y acceso a fármacos, no se evidencian barreras.

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS CONTRATO: 150.25.4.0354 VIGENCIA 2025**	HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS Pensilvania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ESCALA DIRIGIDA AL CUIDADOR/A DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	RESPUESTAS
¿Refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Donde? Explique su respuesta	No refiere dolor en alguna parte de cuerpo
¿Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, con qué frecuencia lo manifiesta? ¿Este dolor impide la realización de actividades durante su día a día? Explique su respuesta	N/A
¿Presenta síntomas como calambres, hormigueos, dolor punzante, sensación de ardor en espalda, cuello o alguna de sus extremidades? ¿Con que frecuencia? Explique su respuesta	Presenta calambres en las manos
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	Sale a caminar junto con Cesar diariamente de 5 a 10 minutos
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	Si le es fácil, aunque Cesar se pone de mal genio
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	No refiere sentir algún deterioro de su estado físico por brindar ayuda y cuidado a Cesar
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	Si realiza pausas activas durante todo el día
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	Considera que ella maneja una postura adecuada durante el día
En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta	N/A
¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	Nadie del grupo familiar siente o refiere molestias físicas asociadas al cuidado de Cesar
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	No identifica ninguna barrera que limite la independencia y funcionalidad de Cesar

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

La señora Alba Rocio Suárez, encargada del cuidado de Cesar Quintero no presenta ningún deterioro en su salud física, secundario al cuidado de su esposo.

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS** **ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS** **CONTRATO: 150.25.4.0354** **VIGENCIA 2025**	HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS Pasoilvania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

La visita fue realizada en el domicilio de Cesar Quintero Quintero en donde estuvieron presentes durante la intervención la esposa de César la señora Alba Rocio Suárez, quien actúa como su principal cuidadora, y la esposa de su hijo, quien también apoya en su cuidado. El ambiente fue tranquilo y colaborativo, lo cual permitió un adecuado desarrollo de la sesión.

La señora Alba y Cesar mostraron disposición e interés por la información suministrada, respondiendo de manera activa a las preguntas realizadas.
En la aplicación de la escala de valoración se identificó que el señor César Quintero Quintero presenta limitaciones físicas moderadas para la realización de sus actividades de la vida diaria, lo cual restringe de manera grave su participación e inclusión en sus roles sociales.

Se evidenció que tiene dificultades para el adoptar y mantener posturas por periodos de tiempo prolongados y se le dificulta de igual manera los cambios de posición que realiza con el fin de modular el dolor.

Por el lado de su cuidadora se evidenció que la señora Alba Rocio Suárez, no presenta ningún tipo de deterioro físico secundario al cuidado de su esposo, ya que el es una persona funcional en todos los campos.
Durante la visita se brindaron recomendaciones básicas para cuidado y mantenimiento de la salud física priorizando la implementación de actividades físicas en el núcleo familiar con el fin de evitar la aparicón de enfermedades crónicas secundarias a bajos niveles de actividad física.

CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

Es necesario la implementación de estrategias enfocadas en la realización de actividad física en el núcleo familiar, para no solo impactar en la salud física, sino que también en la salud emocional potencializando las relaciones dentro del núcleo.



NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL DE FISIOTERAPIA
REGISTRO PROFESIONAL
TP: 1053864166