	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 SAGRADO CORAZON VIGENCIA 2025	

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: Ana Rosa Taborda de Arias CC. 25137867. 80Años * Discapacidad Mental, Física (artritis degenerativa.).	FECHA DE INTERVENCIÓN: 17. Septiembre. 2025.
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Marina Giraldo Cadavid. CC. 30387234. 3115625222	

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	PROFESIÓN	TELÉFONO DE CONTACTO
MARYI DIANNE RAMOS HENAO	FISIOTERAPEUTA	3219563565

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	Sí, refiere dolor articular generalizado.
¿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 que el dolor es constante se exacerba en las mañanas y le impide realizar las Actividades de la vida diaria.
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	Sí, presenta artritis degenerativa, que le impide realizar movimientos de motricidad Fina.
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	Sí, usuaria que utiliza ayuda de baston para realizar desplazamientos.
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Sí, paciente que aunque con dificultad puede realizar rolados, sedente y adoptar el bipedo.
¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Si, usuaria refiere que se sienta por si sola con un poco de dificultad.

	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 SAGRADO CORAZON VIGENCIA 2025	

¿Realiza actividades de la vida cotidiana por sí solo? Explique su respuesta	Usuaria refiere que en ocasiones puede realizar AVD, y se le dificulta los movimientos de motricidad fina
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Hace mas de 10 años. presenta artritis degenerativa y hace unos años presenta desgaste de cadera.
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	NO, usuaria refiere no realizar ejercicio.
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Paciente realiza con ayuda. Se levanta, se baña, se viste, desayuna Almuerza. le ayudan con los oficios de su casa. Se acuesta.
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	NO
¿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	Adaptar el bipedo y sentarse.
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	Si' por parte de su cuidador.

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 Si lo hace con ayuda. de una silla en el baño.
VESTIRSE	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Aunque la usuaria lo realiza requiere de ayuda pues algunos movimientos como agacharse se le dificulta.
ASEO PERSONAL	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuaria que aunque realiza la actividad requiere de ayuda.

	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 SAGRADO CORAZON VIGENCIA 2025	

DEPOSICIÓN	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA
MICCIÓN	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA
USO DEL BAÑO	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuaña que aunque realiza la actividad el baño de su vivienda no cuenta con ayudas como agarraderas, por lo que requiere ayuda para sentarse.
TRASLADO SILLA/CAMA	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuaña no utiliza silla. pero necesita ayuda para adoptar el bipedo.
DESPLAZAMIENTO	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Utiliza ayuda ya sea de baston o cuidador. Presenta alto riesgo de caida.
VESTIRSE	SI X	NO ___	EXPLIQUE SU RESPUESTA Usuaña que aunque realiza la actividad requiere ayuda.

Conclusión de la escala e ítems aplicados:

Teniendo en cuenta la encuesta aplicada la usuaria requiere y necesita ayuda para realizar algunas actividades de la vida diaria, utiliza ayuda de bastón para realizar marcha, y en la mayoría de ocasiones necesita de ayuda para pasar del sedente al bípedo y del bípedo al sedente, ademas por presentar artrosis degenerativa Usuaria refiere dolor.

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 SAGRADO CORAZON
VIGENCIA 2025

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	Sí, en la columna.
¿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 dolor al hacer fuerza, para ayudar a levanta a la señora Ana.
¿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 sensación de hormigueo en MMII.
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	No refiere que no le queda tiempo.
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	No es facil pero refiere que le toca ya que no cuenta con más ayuda
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	Si, refiere que de hacer fuerza ha presentado dolor en su columna.
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	NO, cuidador refiere que no le queda tiempo.
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	NO, "la verdad uno nunca se fija si tiene una buena posición"
En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta	Posiblemente, aunque refiere que es la encargada de realizar todas las actividades en la casa.
¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	NO.
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	El acceso a su casa, muchas veces no pensamos que vamos a llegar a una edad avanzada.

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

Teniendo en cuenta la escala aplicada, es importante empezar a generar hábitos saludables, la realización de actividad física es fundamental para disminuir sobrepeso, estres, mejorar la salud mental.

	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 SAGRADO CORAZON VIGENCIA 2025	

Se recomienda redireccionar a medicina general con el fin de identificar problemas osteomuwlares.

Maryi Dianne Ramos Henao
Fisioterapeuta U.M.B.
RP: 1061047276

MARYI DIANNE RAMOS HENAO
FISIOTERAPEUTA
RP: 1061047276