

1. Datos de la persona

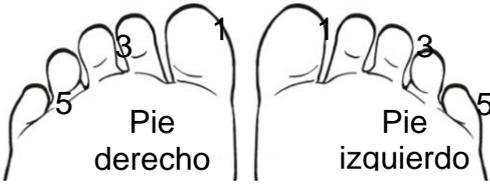
Nombre:		Apellido:		Sexo:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Edad:	0-5 <input type="checkbox"/>	6-18 <input type="checkbox"/>	19-39 <input type="checkbox"/>	40-54 <input type="checkbox"/>	55+ <input type="checkbox"/>	Teléfono:	
Dirección:							

2. Comprobación sencilla de los riesgos relativos a la movilidad y la salud

Haga las siguientes preguntas:				
Pérdida de movilidad	¿Se ha reducido mucho su movilidad en los últimos tres meses?	Sí <input type="checkbox"/>  Derivar al servicio de salud	No <input type="checkbox"/>	
Movilidad de niños y niñas	¿El niño o niña tiene dos años o más y no puede andar?	Sí <input type="checkbox"/>  Derivar al servicio de rehabilitación	No <input type="checkbox"/>	
Riesgo de caídas	¿Le preocupa caerse o se ha caído más de una vez en el último año?	Sí <input type="checkbox"/>  Derivar al servicio de rehabilitación → Exploración relativa a los productos de apoyo	No <input type="checkbox"/>	
Lesiones por presión	¿Tiene alguna lesión por presión en el cuerpo (en la cadera, los glúteos o la espalda)?	Sí <input type="checkbox"/> → Recomendar evitar la presión sobre la herida  Derivar para tratamiento de las heridas	No <input type="checkbox"/>	
Riesgo de heridas en los pies	Usted ha tenido:	Una herida en el pie <input type="checkbox"/> Una amputación <input type="checkbox"/>	Si responde que sí en cualquiera de estos casos → Realizar exploración de los pies	
	Usted tiene:	Una herida, lesión o hinchazón en el pie <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Lepra <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca o renal <input type="checkbox"/>		Si responde que sí en cualquiera de estos casos → Compruebe que la persona asiste al servicio de salud regularmente. Si no lo hace  Derivar
	Usted:	Fuma <input type="checkbox"/> Bebe alcohol (mucho) <input type="checkbox"/> Suele andar descalzo/a <input type="checkbox"/>		

3. Exploración de los pies (llenar si la persona responde que sí a alguna de las preguntas sobre el riesgo de desarrollar heridas en los pies)

Revise el aspecto de los pies: Observe atentamente la parte superior e inferior de los pies de la persona y entre los dedos.		
La persona ha tenido:	Heridas en los pies <input type="checkbox"/> Amputación de un dedo del pie, un pie o una pierna <input type="checkbox"/>	Si responde que sí en cualquiera de estos casos → Señal de riesgo elevado <input type="checkbox"/>
La persona tiene:	Una herida o lesión en un dedo, pie o pierna <input type="checkbox"/>	
Un pie está:	Rojo <input type="checkbox"/> Caliente al tacto <input type="checkbox"/> Hinchado <input type="checkbox"/>	
Se observan:	Problemas de piel o uñas <input type="checkbox"/> Forma inusual del pie/dedo del pie <input type="checkbox"/>	→ Señal de riesgo <input type="checkbox"/>
Comprobar el flujo sanguíneo		
¿Se observan señales de flujo sanguíneo deficiente?	Hinchazón del tobillo o del pie <input type="checkbox"/> Pie frío o pálido <input type="checkbox"/> Ausencia de pelo en los pies o dedos <input type="checkbox"/>	Si responde que sí en cualquiera de estos casos → Señal de riesgo <input type="checkbox"/>
Pregunte: ¿Siente dolor en la parte posterior de las piernas?	Por la noche <input type="checkbox"/> Al caminar menos de 200 metros <input type="checkbox"/>	
Prueba de pulso	Pie izquierdo: Parte superior <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/> Pie derecho: Parte superior <input type="checkbox"/> Tobillo <input type="checkbox"/>	Sin pulso → Señal de riesgo <input type="checkbox"/>
Prueba de relleno capilar: Presione firmemente el extremo de cada dedo gordo. Cuente los segundos que pasan hasta que el dedo recupera su color.	Relleno capilar superior a 3 segundos <input type="checkbox"/>	→ Señal de riesgo <input type="checkbox"/>

Comprobar el nivel de sensibilidad		
Pregunta: ¿Tiene alguna sensación inusual o dolor en los pies o en los dedos de los pies?	Sí <input type="checkbox"/>	→ Señal de riesgo <input type="checkbox"/>
<p>Prueba de sensibilidad: Pida a la persona que cierre los ojos y toque la punta de los dedos 1, 3 y 5. Después de cada vez que se toque los dedos, pídale que cambie de pie.</p> <p>Marque con una ✓ los dedos con sensibilidad.</p> <p>Marque con una X los dedos que no tienen sensibilidad</p>	 <p>Pie derecho Pie izquierdo</p>	<p>Si la persona no puede sentir dos o más dedos de los pies → Señal de riesgo <input type="checkbox"/></p>

Resumir el riesgo de desarrollar heridas en los pies: Contar el número de señales de riesgo y de riesgo elevado marcadas			
Número de señales de riesgo marcadas		Nivel de riesgo de desarrollar heridas en los pies	
Riesgo	Riesgo elevado		
0-1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	Bajo	→ Enseñar sobre el uso de calzado protector adecuado. → Enseñar a cuidarse los pies.
2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	Moderado	→ Enseñar a cuidarse los pies. → Evaluar la necesidad de calzado terapéutico.
3+ <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	Elevado	☞ Derivar al servicio de salud o al consultorio de heridas de pies.

4. Preguntas sencillas para evaluar la necesidad de productos de apoyo para la movilidad

Andador o silla de ruedas		
¿Puede ponerse de pie y caminar?	Sí, sin dificultad <input type="checkbox"/>	No requiere acción.
	Sí, con asistencia <input type="checkbox"/> Sí, solo distancias cortas <input type="checkbox"/> Sí, solo con una pierna <input type="checkbox"/>	<p>Si responde que sí en cualquiera de estos casos → Evaluar la necesidad de productos de apoyo para caminar. ☞ Discutir la derivación para evaluar la necesidad de silla de ruedas.</p>
	No, no puede caminar <input type="checkbox"/>	☞ Derivar para la evaluación de silla de ruedas.
Rampa portátil (solo para personas que usen silla de ruedas, andador convencional o andador de cuatro ruedas)		
¿Necesita subir y bajar escalones o subir y bajar de un vehículo con regularidad?	Sí <input type="checkbox"/> → Una rampa portátil puede ayudar. No <input type="checkbox"/>	
Barra de apoyo (por ejemplo, en el dormitorio o el baño, al lado del inodoro o junto a escalones)		
¿Tiene dificultades para desplazarse en casa? (por ejemplo, para acostarse y levantarse, mantener el equilibrio, sentarse, ponerse de pie, subir escaleras o moverse de un lugar a otro).	Sí <input type="checkbox"/> → Las barras de apoyo pueden ayudar. No <input type="checkbox"/>	
Tabla de transferencia (por ejemplo, para transferirse hacia o desde la cama, el inodoro, el sofá o el vehículo)		
¿Le cuesta transferirse de un lugar a otro?	Sí <input type="checkbox"/> → Una tabla de transferencia puede ayudar. No <input type="checkbox"/>	
Prótesis de pie o pierna (para personas con una pierna o pie amputado)		
¿Usa prótesis?	Sí <input type="checkbox"/> → Comprobar prótesis ☞ Derivar al servicio de prótesis en caso de duda. No <input type="checkbox"/> ☞ Discutir si es necesaria la derivación al servicio de prótesis.	

5. Otros productos de apoyo

Tiene dificultades para:	Ver <input type="checkbox"/> Oír <input type="checkbox"/> Cuidado personal <input type="checkbox"/> Comunicarse <input type="checkbox"/> Cognición (pensar/recordar) <input type="checkbox"/>	Si responde que sí en cualquiera de estos casos → Otros productos de apoyo o  derivación a otros servicios
---------------------------------	--	--

6. Planificación

Evaluar:	Visión <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Cuidado personal <input type="checkbox"/> Comunicación <input type="checkbox"/> Cognición <input type="checkbox"/>	
Evaluar la necesidad de:	Andador <input type="checkbox"/> Rampa portátil <input type="checkbox"/> Barras de apoyo en el hogar <input type="checkbox"/> Tabla de transferencia <input type="checkbox"/> Calzado terapéutico <input type="checkbox"/>	
Enseñar:	Cómo cuidarse los pies <input type="checkbox"/> Uso de calzado protector adecuado <input type="checkbox"/>	
Derivar para:	Atención de salud <input type="checkbox"/> Tratamiento de heridas <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Clínica de heridas en los pies <input type="checkbox"/> Revisión de prótesis o evaluación <input type="checkbox"/> Otros: 	
Seguimiento en:	1-3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/>	Fecha de consulta de seguimiento: 