



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE FISIOTERAPIA

DIMENSIÓN PRÁCTICO DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN FISIOTERAPIA

TEMA:

INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTE MASCULINO DE 62 AÑOS
CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

AUTORA:

GENESIS LIZBETH BAQUE CABRERA

TUTOR:

DR. ALEX ENRIQUE DIAZ BARZOLA

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2024

**INTERVENCIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTE MASCULINO DE 62
AÑOS CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

Dedicatoria

El presente trabajo se lo dedico primeramente a Dios por prestarme vida para permitirme cumplir con cada una de mis metas propuestas, por cuidarme guiarme y darme la fuerza y la sabiduría necesaria para no rendirme ante cualquier adversidad que se me haya atravesado durante este proceso de formación universitaria.

Gracias les doy también a mi mamá Isabel, mi papá Leónidas y mi Hija Ainhoa por ser mi fortaleza y pilar fundamental en todas las etapas de mi vida, ya que siempre he recibido su apoyo incondicional sus sabios consejos que me han ayudado ser una excelente mujer, su dedicación para que logre realizar mis metas que es convertirme una excelente profesional.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mis Docentes, quienes con su confianza y compromiso me han enseñado no solo conocimientos, si no también valores y principios que han enriquecido mi entendimiento como estudiante y profesional.

A mis hermanos, por su constante ánimo y apoyo, a mi familia, por su mayor respaldo en cada paso de este camino, a mi Esposo, por su paciencia y confianza durante esta etapa de mi vida.

Este caso clínico es dedicado con profundo agradecimiento y cariño a todas las personas que han sido pilares fundamentales en mí camino académico y personal. Su amor, apoyo y confianza han sido la fuerza que me ha impulsado a alcanzar este logro.

Agradecimiento

Primeramente, le agradezco a Dios por el ser motor y guía principal en mi vida, por acompañarme y permitirme confiarle los anhelos de mi corazón. Te agradezco tanto Dios porque sin tu amor incondicional y tu sabiduría divina, no habría logrado superar todos los desafíos, gracias por iluminar mi camino y darme las fuerzas para seguir adelante.

Gracias a mis padres porque desde muy pequeña me enseñaron el significado de perseverar y luchar por nuestros sueños; a mi hija quien ha sido mi pilar fundamental de inspiración para terminar mis estudios.

Le debo este logro a mi amada universidad, la casa que me ha formado a nivel profesional y humanístico, quien me acogió incluso cuando yo no sabía quién era, quien me formo como una mujer responsable y honesta. Así mismo agradezco a mis colegas que desde el primer momento que cursamos una clase juntos me brindaron todo su apoyo incondicional

Este logro más que mío es de todos aquellos que lo hicieron posible y jamás me alcanzaran las palabras para agradecerles, por tanto.

Aprobación del Tutor

Información Final del Sistema Antiplagio

Índice General

Dedicatoria.....	1
Agradecimiento	2
Aprobación del Tutor	3
Información Final del Sistema Antiplagio.....	4
Índice General.....	5
Resumen	7
Abstract.....	8
Introducción	9
1. Planteamiento del Problema	11
1.1. Datos Generales	11
1.1. Análisis del Motivo de Consulta y Antecedentes	12
1.2. Principales Datos Clínicos Relacionados con la Enfermedad Actual	12
2. Justificación	14
3. Objetivos	15
3.1. Objetivo General	15
3.2. Objetivos Específicos.....	15
4. Línea de Investigación	16
5. Marco Teórico.....	17
5.1. Antecedentes	17
5.2. Espondilitis Anquilosante	17
5.3. Causas	18
5.4. Cuadro Clínico	19
5.5. Diagnostico	20
5.6. Fisioterapia	21
5.7. Técnicas y Enfoques Fisioterapéuticos	21
5.8. Consideraciones Especiales para Pacientes de Edad Avanzada.	22
5.9. Escala Visual Analógica	23

6. Marco Metodológico	24
6.1. Valoración de Fisioterapia	24
6.2. Formulación del Diagnóstico Presuntivo y Definitivo	25
6.3. Análisis y Descripción de las Conductas que Determinan el Origen del Problema y Procedimientos a Realizar	25
6.3.1. Origen del Problema	25
6.3.2. Procedimientos a Realizar	26
6.4. Indicación de las Razones Científicas de las Acciones de Salud, Considerando Valores Normales.....	27
7. Resultados	28
7.1. Seguimiento del Plan de Cuidados	28
7.2. Observaciones	28
8. Discusión de Resultados	30
9. Conclusiones	32
10. Recomendaciones	33
11. Referencias Bibliográficas	34
12. Anexos	36

Resumen

Este estudio se enfoca en un paciente masculino de 62 años con diagnóstico de espondilitis anquilosante axial, una enfermedad inflamatoria crónica que afecta la columna vertebral y limita la movilidad. La intervención fisioterapéutica se diseñó para mejorar su calidad de vida y reducir el dolor asociado. A lo largo del estudio, se implementó un plan de tratamiento que incluyó ejercicios específicos y modalidades terapéuticas. Los resultados reflejaron mejoras significativas en la movilidad, la reducción del dolor y la calidad de vida del paciente. Este caso destaca la importancia de la fisioterapia como componente esencial en el manejo de la espondilitis anquilosante y proporciona recomendaciones para futuros tratamientos fisioterapéuticos en pacientes con esta afección.

Palabras Claves: Espondilitis anquilosante, Fisioterapia, Calidad de vida, Movilidad, Tratamiento Fisioterapéutico.

Abstract

This study focuses on a 62-year-old male patient diagnosed with axial ankylosing spondylitis, a chronic inflammatory disease that affects the spine and limits mobility. The physiotherapy intervention was designed to improve your quality of life and reduce associated pain. Throughout the study, a treatment plan was implemented that included specific exercises and therapeutic modalities. The results reflected significant improvements in mobility, pain reduction, and patient quality of life. This case highlights the importance of physical therapy as an essential component in the management of ankylosing spondylitis and provides recommendations for future physical therapy treatments in patients with this condition.

Key Words: Ankylosing Spondylitis, Physiotherapy, Quality of life, Mobility, Physiotherapeutic Treatment.

Introducción

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad reumática crónica que principalmente afecta la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas, manifestándose con inflamación, rigidez y una pérdida gradual de movilidad. Esta condición puede impactar significativamente la calidad de vida de los pacientes, limitando sus actividades cotidianas y provocando dolor crónico (Van der Linden, 2019).

Este estudio de caso se centra en la intervención fisioterapéutica en un paciente masculino de 62 años diagnosticado con EA. La fisioterapia juega un papel crucial en el manejo integral de esta enfermedad, al enfocarse en mejorar la movilidad, aliviar el dolor y promover la independencia del paciente. A lo largo de este informe, se examinará el plan de tratamiento implementado, los ejercicios seleccionados para atender las necesidades del paciente, las modalidades terapéuticas empleadas y los resultados obtenidos.

Este estudio subraya la relevancia de la fisioterapia como componente esencial del tratamiento de la EA, destacando su impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes que padecen esta enfermedad crónica. Además, proporciona una visión general de las estrategias terapéuticas aplicables a casos similares, con el objetivo de mejorar la atención y los resultados en personas que enfrentan los desafíos de esta condición.

Se espera que, a través de un plan de fisioterapia personalizado, la calidad de vida del paciente mejore significativamente, permitiéndole recuperar su independencia funcional en la mayor medida posible. El seguimiento constante y la adaptación del tratamiento conforme avanza la situación del paciente son

elementos clave para asegurar resultados positivos. La literatura sugiere que combinar técnicas tradicionales con nuevas estrategias basadas en la evidencia puede optimizar los resultados en la rehabilitación post-ACV (López-Fernández, 2023).

1. Planteamiento del Problema

La EA es una patología inflamatoria grave que afecta fundamentalmente a la columna vertebral y articulaciones sacroilíacas, causando inflamación, rigidez y pérdida de movilidad. Esta condición impacta intensamente en la calidad de vida de quienes la sufren, limitando la capacidad para realizar sus actividades diarias y causando dolor constante.

En el caso de un paciente masculino de 62 años con diagnóstico de EA, el principal desafío radica en abordar las limitaciones físicas y funcionales que impone la enfermedad. La EA puede provocar rigidez en la columna vertebral, restricción de la movilidad y dolor constante, disminuyendo así la independencia y calidad de vida del paciente. Sin un tratamiento adecuado y una atención fisioterapéutica oportuna, la condición podría empeorar, aumentando la discapacidad y disminuyendo aún más la función física.

1.1. Datos Generales

- Edad: 62 años
- Sexo: Masculino
- Estado Civil: Soltero
- Nacionalidad: Ecuatoriana
- Cantón: Babahoyo
- Lugar de Nacimiento: Babahoyo
- Diagnóstico Médico: Espondilitis Anquilosante (axial)
- Antecedentes Médicos: Operado de las abdominales a los 16 años
- Síntomas Actuales: Molestia en el pecho, columna, dolor en la Ingle
- Grupo sanguíneo: O+
- Grupo cultural: Mestizo
- Religión: católica
- Instrucción: Secundaria

1.1. Análisis del Motivo de Consulta y Antecedentes

El paciente, un hombre de 62 años, acude al centro de fisioterapia debido a molestias que incluyen dolor en el pecho, la columna vertebral y la ingle, síntomas que han deteriorado considerablemente su calidad de vida. Estos problemas lo han llevado a buscar atención fisioterapéutica con el objetivo de aliviar su malestar y mejorar su movilidad y funcionalidad.

Historial Clínico del Paciente

- **Antecedentes Patológicos:** No refiere antecedentes genéticos.
- **Antecedentes Familiares:** Artrosis, artritis.
- **Hábitos Alimenticios:** Evita almidón, cítricos debido a úlceras, y limita el gluten.
- **Dolor:** Experimenta dolor al caminar y en la ingle.
- **Incapacidad Funcional:** Presenta dificultad para sentarse y levantar la rodilla debido al dolor en la caja torácica.
- **Pérdida de Fuerza:** Refleja una leve pérdida de movilidad en la mano derecha, un ligero temblor en la mano izquierda, y una moderada limitación en las extremidades inferiores.
- **Consumo de Drogas:** No reporta consumo de drogas.
- **Actividad Física:** Presenta limitaciones significativas debido a la inflamación en el pie izquierdo.
- **Tratamiento Farmacológico:** Toma metrotexato semanalmente para tratar la enfermedad, ácido fólico para contrarrestar la toxicidad de la medicación, y rectiferol en dos ampollas mensuales.
- **Pruebas de Imagen:** Se realizaron resonancia magnética y ecografía.

1.2. Principales Datos Clínicos Relacionados con la Enfermedad Actual

El paciente acude a fisioterapia debido a diversos síntomas vinculados a la EA, una enfermedad reumática crónica que afecta mayoritariamente la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas. El dolor en la columna, la molestia en el pecho y el dolor en la ingle son síntomas característicos de esta afección. La

incapacidad funcional en actividades como sentarse y levantar la rodilla refuerza la necesidad de una intervención rehabilitadora.

2. Justificación

La EA es una enfermedad crónica que provoca dolor, rigidez y pérdida de movilidad en la columna vertebral y las articulaciones. Estos síntomas impactan gravemente la calidad de vida de los pacientes, restringiendo sus capacidades para realizar actividades cotidianas. La fisioterapia emerge como una intervención clave para mejorar la calidad de vida al mitigar el dolor y restaurar la movilidad.

La fisioterapia puede ayudar a prevenir o retrasar la progresión de estas deformidades, lo que es esencial para evitar complicaciones adicionales. Además puede reducir la necesidad de medicamentos para controlar el dolor y la inflamación, lo que puede disminuir el riesgo de efectos secundarios asociados con la medicación a largo plazo. La fisioterapia es un componente integral en el manejo de la EA y trabaja en conjunto con otros profesionales de la salud, como reumatólogos, para brindar una atención completa y personalizada a los pacientes.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Evaluar la eficacia de una intervención fisioterapéutica en un paciente masculino de 62 años diagnosticado con espondilitis anquilosante.

3.2. Objetivos Específicos

Determinar el impacto de la intervención fisioterapéutica utilizando la Escala Visual Analógica (VAS) como medida cuantitativa.

Evaluar la mejora en la movilidad articular y la fuerza muscular del paciente a través de pruebas de flexibilidad y la escala de fuerza muscular del Medical Research Council (MRC).

Medir los cambios en la calidad de vida del paciente, como resultado de la intervención fisioterapéutica.

4. Línea de Investigación

El caso de estudio se sitúa dentro del dominio de "Salud y calidad de vida," en la línea de investigación de "Fisioterapia y salud" con un enfoque específico en la "Salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales." Este caso de estudio se centra en la evaluación de la efectividad de la intervención fisioterapéutica en un paciente masculino de 62 años diagnosticado con EA, con el objetivo de mejorar su calidad de vida, reducir el dolor y restaurar la movilidad y funcionalidad. A través de este estudio, se abordan aspectos clave relacionados con la aplicación de la fisioterapia en el manejo de enfermedades crónicas y se contribuye al cuerpo de conocimiento en la sublínea de terapia y fisioterapia en el contexto de la salud humana.

5. Marco Teórico

5.1. Antecedentes

Braun (2018) describe la EA Axial, como una variante de la EA, caracterizada por una inflamación crónica en la zona de las articulaciones axiales, donde incluye a la columna vertebral y también las articulaciones sacroilíacas, lo que puede llevar a la fusión progresiva de las vértebras y a una pérdida de movilidad.

Van der Linden (2019) señala que entender la anatomía de la EA Axial es crucial para comprender esta enfermedad, la cual se caracteriza por una inflamación crónica en las articulaciones y ligamentos de la columna vertebral y sacroilíacas, con riesgo de fusión vertebral y desarrollo de dolor y rigidez en la región lumbar y la cadera.

Benjamin (2019) subraya la diversidad de factores que contribuyen al desarrollo de enfermedades como la EA Axial. Esta condición inflamatoria crónica de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas puede ser desencadenada por una combinación de factores genéticos, inmunológicos, ambientales y de estilo de vida. Si bien la predisposición genética, en particular la presencia del antígeno HLA-B27, juega un rol importante, no es el único factor.

Según Benjamin (2019) no existe una cura definitiva, pero la fisioterapia tiene un rol fundamental en la mitigación de los signos y síntomas para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

5.2. Espondilitis Anquilosante

La EA es una condición reumática crónica que afecta principalmente la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas, manifestándose con inflamación, rigidez y una progresiva reducción de la movilidad en estas zonas (Van

der Linden, 2019).

Según la Sociedad Española de Reumatología (2019), la EA es una patología inflamatoria persistente que impacta principalmente las articulaciones de la columna vertebral, las cuales pueden llegar a fusionarse, restringiendo significativamente el movimiento. El término espondilitis anquilosante proviene del griego: "spondylos," que significa columna vertebral, y "anquilosis," que denota rigidez. Una característica distintiva de esta enfermedad es el compromiso de las articulaciones sacroilíacas, encargadas de conectar la columna con la pelvis y distribuir el peso corporal hacia las extremidades inferiores.

Aunque la causa exacta de la EA no está completamente esclarecida, se considera que existe una fuerte predisposición genética, particularmente vinculada al gen HLA-B27. Sin embargo, no todas las personas con esta predisposición desarrollan la enfermedad, lo que indica que otros factores, como infecciones o influencias ambientales, podrían desempeñar un papel crucial en su aparición.

Entre los síntomas más comunes de la EA se encuentran el dolor y la rigidez en la parte baja de la espalda y las caderas, especialmente por la mañana o tras periodos de inactividad. Con el tiempo, la inflamación crónica puede causar la fusión de las vértebras, lo que lleva a una columna vertebral rígida y encorvada (Braun, 2018).

5.3. Causas

Se ha identificado que la predisposición genética desempeña un papel significativo en el desarrollo de la EA. El antígeno de histocompatibilidad HLA-B27 es una proteína presente en la superficie de los glóbulos blancos, cuya función principal es identificar y destruir células infectadas por virus o bacterias. De cada

1,000 personas que poseen este gen, solo 4 de cada 70 llegarán a desarrollar la EA. Sin embargo, si una persona con el gen HLA-B27 tiene un familiar de primer grado con la enfermedad, la probabilidad de padecerla aumenta hasta casi un 20%.

En cuanto a aquellos ya diagnosticados con EA, entre el 90% y el 95% presentan positividad para HLA-B27, lo que deja un 5% de pacientes que no portan este antígeno, sugiriendo que su presencia no es imprescindible para el desarrollo de la enfermedad. A pesar de ello, la acción de esta glicoproteína está estrechamente relacionada con la patogénesis de la EA. Recientemente, investigaciones han identificado otros dos genes, IL23R y ERAP1, que también están vinculados con la aparición de la espondilitis anquilosante.

5.4. Cuadro Clínico

Comprender a fondo el cuadro clínico es esencial para guiar eficazmente la intervención fisioterapéutica y mejorar la calidad de vida del paciente. Entre los síntomas más prominentes de la EA se encuentra el dolor lumbar crónico, que se presenta como una molestia persistente en la parte baja de la espalda. Este dolor suele ser constante y se intensifica durante la noche y en las primeras horas de la mañana.

La rigidez matutina es otro indicador clave de la EA, caracterizada por una dificultad para moverse al despertar que puede prolongarse por al menos 30 minutos. Además del dolor lumbar, el paciente puede experimentar molestias en las articulaciones sacroilíacas, situadas en la base de la columna, con un dolor que puede irradiarse hacia los glúteos y la parte posterior de los muslos. La inflamación crónica en la columna y las articulaciones conlleva una disminución de la movilidad, lo que limita la capacidad del paciente para realizar movimientos como doblarse,

girar o flexionar la columna.

La EA también puede provocar una postura encorvada, conocida como "cifosis anquilosante", resultante de la fusión de las vértebras, lo que causa una pérdida significativa de flexibilidad en la columna vertebral. Los pacientes con EA a menudo enfrentan fatiga crónica, lo que impacta negativamente su calidad de vida. El manejo de esta enfermedad suele requerir un enfoque multidisciplinario, que puede incluir fisioterapia, medicamentos antiinflamatorios, terapias biológicas en casos más severos y la gestión de complicaciones relacionadas.

5.5. Diagnóstico

El diagnóstico de la EA se fundamenta en una evaluación integral que incluye la valoración de los síntomas clínicos, hallazgos en imágenes radiológicas y pruebas de laboratorio. El paciente puede describir un dolor constante en la parte baja de la espalda, presente por un periodo de al menos cuatro meses. Se evalúa la rigidez y el conflicto de movimiento por las mañanas, síntomas que suelen persistir más de 30 minutos y mejorar con la actividad física. El paciente suele indicar dolencia en las articulaciones sacroilíacas, ubicadas en la zona baja de la espalda.

Se llevan a cabo varias pruebas de laboratorio, entre ellas: Se analiza la presencia del antígeno HLA-B27 en la sangre, se presenta en los pacientes con EA. Aunque, la presencia de este antígeno por sí sola no es suficiente para el diagnóstico; se debe considerar en conjunto con los síntomas clínicos y otros hallazgos; Se miden los niveles de índices de inflamación en la sangre, por ejemplo en la velocidad de sedimentación globular (VSG) y también la proteína C reactiva (PCR), que están elevados en pacientes con EA.

Las imágenes médicas, como radiografías y resonancias magnéticas de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas, son fundamentales para el diagnóstico de la EA. Estas imágenes pueden revelar signos de inflamación, fusión de vértebras y otros cambios característicos de la enfermedad.

5.6. Fisioterapia

La fisioterapia es una rama de la medicina que se encarga de la evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de patologías que afectan la movilidad y función física de las personas. Esto incluye problemas musculoesqueléticos, neuromusculares y cardiovasculares. A través de una serie de técnicas y tratamientos, los fisioterapeutas abordan lesiones, afecciones y otros trastornos que impactan la movilidad y bienestar de los pacientes.

Lewis y colaboradores (2019) describen la EA como una patología reumática que afecta inicialmente la columna vertebral y también las articulaciones sacroilíacas, que se conectan a la base de la columna vertebral con la pelvis y la fisioterapia se desempeña en el manejo de la EA, y se enfoca en mejorar la movilidad, aliviar el dolor y fomentar la autonomía del paciente. Los tratamientos incluyen ejercicios de movilidad, terapia manual y diversas modalidades terapéuticas (Sarac, 2018).

5.7. Técnicas y Enfoques Fisioterapéuticos

La fisioterapia juega un papel fundamental en la gestión de la espondilitis anquilosante (EA), enfocándose en mejorar la calidad de vida, aliviar los síntomas y frenar la progresión de la enfermedad. Según Zhu et al. (2022), para lograr estos objetivos, se implementan diversas técnicas y enfoques, entre los cuales destacan:

- Ejercicios de movilidad y flexibilidad.

- Técnicas de estiramiento.
- Terapias manuales.
- Ejercicios de fortalecimiento muscular.
- Ejercicios de respiración y relajación.

5.8. Consideraciones Especiales para Pacientes de Edad Avanzada.

El tratamiento de la EA en personas de edad avanzada requiere atención particular debido a las características propias de esta población. Es esencial llevar a cabo una evaluación exhaustiva que no solo se centre en la EA, sino que también considere comorbilidades comunes en este grupo, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, osteoporosis y problemas respiratorios, las cuales pueden influir en las decisiones terapéuticas y requerir manejos específicos (Campiti, 2023).

Otro aspecto crucial es la prevención de caídas, dado que tanto la EA como la avanzada edad aumentan el riesgo de incidentes. Es fundamental implementar ejercicios que mejoren el equilibrio y fortalezcan las piernas, además de identificar y minimizar factores de riesgo en el entorno doméstico para prevenir caídas (Balbine, 2020).

En los pacientes mayores con EA, la planificación a largo plazo es esencial, lo que puede implicar discusiones sobre las expectativas del tratamiento, los objetivos de atención y las preferencias del paciente en cuanto a su calidad de vida y, si es necesario, los cuidados paliativos. Un enfoque personalizado y la coordinación de un equipo médico especializado son claves para garantizar un tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida de estos pacientes (Doward, 2020).

5.9. Escala Visual Analógica

La VAS es una herramienta empleada para cuantificar la intensidad del dolor, donde el paciente marca en una línea de 10 centímetros el punto que mejor refleja la magnitud de su dolor (Huskisson, 2019).

6. Marco Metodológico

Se utilizó un enfoque cualitativo con un estudio de caso descriptivo para realizar esta investigación. Este método permitió una evaluación detallada de la intervención fisioterapéutica en un paciente con EA, enfocándose en un único participante para entender profundamente su respuesta al tratamiento.

6.1. Valoración de Fisioterapia

Patrón de Movimiento Articular

Se analizó la movilidad de la columna vertebral del paciente, evaluando específicamente la flexión, extensión, lateralización y rotación mediante goniometría para determinar los grados de movimiento en cada dirección.

Patrón de Movimiento de la Cadera

La movilidad de las caderas, crucial para la funcionalidad diaria, fue examinada a través de pruebas que midieron la flexión, extensión, abducción y aducción para evaluar la amplitud de movimiento.

Patrón de Marcha

Se realizó una evaluación detallada de la marcha del paciente, observando su capacidad para caminar con eficacia y detectando cualquier anomalía o cojera, prestando atención a la longitud del paso, postura y estabilidad durante la marcha.

Patrón de Fuerza Muscular

Se midió la fuerza muscular en los principales grupos musculares, incluidos los de la espalda, caderas, piernas y brazos, utilizando la escala de fuerza muscular del MRC para asignar una puntuación a cada grupo.

Patrón de Actividades de la Vida Diaria

Se observó y registró la capacidad del paciente para llevar a cabo actividades diarias como sentarse, levantarse y subir escaleras, identificando dificultades y limitaciones en estas tareas.

VAS

La intensidad del dolor en distintas áreas como la columna vertebral, las articulaciones sacroilíacas y las caderas fue medida mediante la VAS.

6.2. Formulación del Diagnóstico Presuntivo y Definitivo

Diagnóstico Presuntivo

Se propuso inicialmente la posibilidad de "Lumbalgia" como diagnóstico presuntivo, basada en la presentación de dolor lumbar y otros síntomas relacionados con la columna vertebral.

Diagnóstico Definitivo

Posteriormente, tras una evaluación más completa que incluyó pruebas de imagen y revisiones clínicas, se estableció como diagnóstico definitivo " Espondilitis Anquilosante Axial", identificando esta condición como la causa principal de los síntomas debido a la inflamación en la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas.

6.3. Análisis y Descripción de las Conductas que Determinan el Origen del Problema y Procedimientos a Realizar

6.3.1. Origen del Problema

El análisis de las conductas que originan los síntomas en este paciente con EA es crucial para planificar una intervención fisioterapéutica efectiva.

- **Limitación de la Movilidad:** La inflamación y rigidez en la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas restringen los movimientos normales del paciente.
- **Dolor Crónico:** El dolor persistente en la columna vertebral, las articulaciones sacroilíacas y las caderas afecta notablemente la calidad de vida del paciente.
- **Debilidad Muscular:** La EA puede provocar debilidad muscular, especialmente en las caderas y la espalda, contribuyendo a la limitación funcional.

6.3.2. Procedimientos a Realizar

Se planificaron y ejecutaron varias intervenciones fisioterapéuticas:

- **Ejercicios de Movilidad:** Diseñados para aumentar la flexibilidad y rango de movimiento en la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas, estos ejercicios se adaptaron a las necesidades del paciente y se realizaron bajo supervisión.
- **Terapia Manual:** Incluyó técnicas para aliviar la tensión muscular, mejorar la alineación y reducir el dolor en las áreas afectadas, utilizando manipulaciones suaves de las articulaciones.
- **Fortalecimiento Muscular:** Los ejercicios específicos se centraron en fortalecer los grupos musculares debilitados, especialmente en las caderas y la espalda.
- **Control del Dolor:** Se implementaron técnicas como la terapia de calor o frío, masajes y educación para el manejo del dolor.

- **Educación al Paciente:** Se empoderó al paciente con estrategias para gestionar su condición en la vida diaria, incluyendo posturas adecuadas y ergonomía.

6.4. Indicación de las Razones Científicas de las Acciones de Salud, Considerando Valores Normales

Las acciones de salud para el tratamiento de la EA se fundamentan en evidencias científicas que consideran valores normales de la función musculoesquelética, movilidad y manejo del dolor. La fisioterapia se centra en mejorar la movilidad articular y prevenir la anquilosis, fortalecer los músculos para mejorar la función y reducir la fatiga, y emplear técnicas de control del dolor para mejorar la calidad de vida del paciente. La educación también juega un papel crucial, ayudando al paciente a adoptar posturas adecuadas y prevenir complicaciones futuras.

7. Resultados

7.1. Seguimiento del Plan de Cuidados

Fase Inflamatoria (Semanas 1-2)

Durante esta fase inicial, el tratamiento se enfocó en controlar la inflamación y aliviar el dolor agudo. El paciente continuó con su medicación antiinflamatoria y se le realizaron ejercicios de estiramiento suaves, acompañados de crioterapia y magnetoterapia para reducir la inflamación.

Fase de Estabilización (Semanas 3-6)

El objetivo fue estabilizar la enfermedad y mejorar la funcionalidad. Se intensificaron los ejercicios de movilidad y se introdujeron ejercicios de fortalecimiento muscular, complementados con termoterapia y electroestimulación.

Fase de Mantenimiento (Semanas 7-10)

Se buscó mantener y mejorar la funcionalidad y calidad de vida, continuando con la medicación y ejercicios, y utilizando modalidades físicas como termoterapia y crioterapia antes y después de los ejercicios.

Fase de Recuperación (Semana 11)

El enfoque se centró en mantener los avances logrados, continuando con la medicación, ejercicios adaptados y las modalidades físicas necesarias para controlar los síntomas.

7.2. Observaciones

Se notaron avances importantes en los síntomas iniciales, tales como la disminución del dolor y la rigidez, junto con una mejora en la movilidad y la capacidad funcional. El paciente mostró una respuesta favorable al tratamiento farmacológico y a los ejercicios prescritos, manteniendo una alta adherencia al plan

terapéutico. Además, se observó un incremento en la calidad de vida del paciente, tanto a nivel físico como emocional, incluyendo una mayor implicación en actividades sociales. La comunicación continua y abierta entre el paciente y el equipo de salud facilitó los ajustes necesarios en el tratamiento conforme surgían nuevas necesidades.

8. Discusión de Resultados

La efectividad del abordaje terapéutico en este caso puede ser analizada considerando la combinación de medicamentos, fisioterapia y modalidades físicas, los cuales jugaron un papel esencial en el control de la inflamación, el alivio del dolor y la mejora de la calidad de vida del paciente.

Es crucial reconocer que cada paciente tiene una respuesta única al tratamiento. En este contexto, se debe enfatizar cómo factores individuales, como la tolerancia a la medicación y el grado de adherencia al tratamiento, influyeron en los resultados obtenidos.

La adherencia al tratamiento por parte del paciente es un elemento fundamental que merece atención. Se puede explorar cómo la consistencia en el uso de los medicamentos y la realización de los ejercicios prescritos fueron determinantes en los resultados positivos alcanzados.

La discusión también debería abordar cómo el tratamiento condujo a una mejora notable en la calidad de vida del paciente, incluyendo su capacidad para llevar a cabo actividades cotidianas, su bienestar emocional y su integración en la vida social.

Durante el seguimiento, se realizaron ajustes en el plan de tratamiento, lo que resalta la importancia de una evaluación continua y la adaptación del tratamiento a las necesidades cambiantes del paciente. Se puede discutir cómo estos ajustes fueron críticos para lograr los resultados favorables.

Asimismo, es relevante destacar la importancia de la comunicación y la colaboración entre los profesionales de salud que forman parte del equipo de atención, como el reumatólogo y el fisioterapeuta. Una comunicación efectiva y

continua permitió tomar decisiones informadas y ajustar el tratamiento de acuerdo con las necesidades del paciente.

Es fundamental considerar la importancia del seguimiento a largo plazo en el manejo de la EA axial. Esto implica continuar monitoreando al paciente, realizar evaluaciones periódicas y ajustar el tratamiento según sea necesario para mantener el control de la enfermedad

9. Conclusiones

La intervención fisioterapéutica en este caso de EA axial fue efectiva para reducir tanto el dolor como la inflamación. La VAS permitió medir una disminución significativa en la intensidad del dolor en áreas clave como la columna vertebral, las articulaciones sacroilíacas y las caderas, lo cual resultó en una mejora considerable en la calidad de vida del paciente al aliviar sus síntomas.

Además, la fisioterapia contribuyó a aumentar la movilidad articular y la fuerza muscular del paciente. Las pruebas de flexibilidad mostraron una mayor amplitud de movimiento en la columna vertebral, y la escala de fuerza muscular del MRC reflejó un incremento en la fuerza de los grupos musculares evaluados, especialmente en los músculos de la cadera y la rodilla.

El aumento en la calidad de vida del paciente fue notable como resultado de la intervención fisioterapéutica. El paciente reportó una mayor capacidad para caminar y realizar actividades diarias sin experimentar dolor significativo, lo cual se tradujo en una mayor independencia funcional y una mejora general en su calidad de vida.

10. Recomendaciones

Dado que la EA es una enfermedad crónica, se recomienda que el paciente continúe con un programa de fisioterapia a largo plazo, con el fin de mantener y ampliar los beneficios obtenidos en términos de reducción del dolor, mejora de la movilidad y calidad de vida. Un tratamiento continuo es clave para prevenir la progresión de la enfermedad y conservar una función óptima.

Es fundamental instruir al paciente sobre la importancia de realizar ejercicios específicos en casa, además de asistir a las sesiones de fisioterapia en el centro de salud. Estos ejercicios pueden incluir estiramientos, fortalecimiento muscular y movimientos articulares. La práctica constante de estos ejercicios en el hogar ayudará a mantener y mejorar su función física.

Se recomienda también que el paciente continúe con un seguimiento regular con su reumatólogo para evaluar la evolución de la enfermedad y ajustar la medicación según sea necesario. La colaboración entre el fisioterapeuta y el reumatólogo es crucial para un manejo integral de la EA.

Asimismo, se sugiere que el paciente siga bajo la atención de un equipo médico multidisciplinario, compuesto por fisioterapeutas, reumatólogos y otros especialistas según se requiera. Esta colaboración permitirá brindar una atención más completa y personalizada.

Es importante proporcionar al paciente una educación continua sobre la EA, sus síntomas y el manejo de la enfermedad. Un mayor conocimiento de su condición permitirá al paciente tomar decisiones informadas y participar activamente en su tratamiento.

11. Referencias Bibliográficas

- Aparicio-Esteban, M. M.-M. (2020). Effect of cryotherapy on inflammation and bone resorption markers in spondyloarthritis and axial spondyloarthritis. *A pilot study. Medicine*, 99(49), 23- 47.
- Balbine, F. (2020). Efectividad de la fisioterapia activa en el tratamiento de pacientes adultos diagnosticados de EA. *Revisión bibliográfica*, 1(1), 1-20.
- Benjamin, M. (2019). The impact of environmental factors in inflammatory spondyloarthritis. . *The Journal of Rheumatology*, 44(5), 591-593.
- Braun, J. S. (2018). Ankylosing spondylitis. *Lancet*, 369(9570), 1379-1390.
- Campiti, B. (2023). *Conocimiento sobre el trabajo interdisciplinario en el tratamiento de los trastornos temporomandibulares de la ciudad de San Genaro*. Scielo.
- Doward, L. C. (2020). Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. . *Annals of the Rheumatic Diseases*, 62(1), 20-26.
- Durmus, D. A. (2019). Evaluation of muscle strength and endurance in patients with ankylosing spondylitis. . *Clinical Rheumatology*, 28(4), 395-401.
- Fernández Herreras, J., & Calvo Puente, M. (2023). *Efectos de la lactancia sobre diferentes desenlaces en pacientes con espondiloartritis axial*. Dialnet.
- García-Moreno, J., Calvo-Muñoz, I., & Gómez-Conesa, A. (2021). Efectos del ejercicio físico en la prevención de caídas en pacientes con enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática. *Fisioterapia*, 43(1), 38-47.
- Huskisson, E. C. (2019). Visual analogue scales. In *Pain measurement and assessment. Raven Press.*, 33-37.
- Kendall, F. P. (2019). *Muscles: Testing and Function, with Posture and Pain. Williams & Wilkins.*, 13-15.
- Marugán Rodríguez , A. (2021). Eficacia de incluir el Método Pilates en el tratamiento habitual de fisioterapia en pacientes con EA. *Dialnet*, 3(1), 1-10.
- Sarac, S. (2018). Physiotherapy in Ankylosing Spondylitis. In *Advances in Physical Therapy Research . IntechOpen.*, 121-140.

- Sieper, J. P. (2017). Axial spondyloarthritis. . *The Lancet*, 390(10089),, 73-84.
- Sociedad Española de Reumatología. (2019). *EA* .
- Stolwijk, C. v. (2018). Global self-reported comorbidities in patients with ankylosing spondylitis: results from a large multinational survey. . *Arthritis Care & Research*, 68(5), , 654-662.
- Van der Linden, S. V. (2019). Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. . *Arthritis & Rheumatism*, 27(4),, 361-368.

12. Anexos

Ilustración 1

Radiografía de la Columna del Paciente



Ilustración 2

Colocación de Crioterapia

