



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE FISIOTERAPIA**

**TEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCION
DEL TITULO DE LICENCIADO(A) EN FISIOTERAPIA**

TEMA

**“INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTE FEMENINO DE 47
AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL.”**

AUTOR:

EVELYN MARILYN ABAD SÁNCHEZ

TUTOR

Dr. MILTON ALEXIS SAMANIEGO VALLE

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2023

TEMA

INTERVENCIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTE FEMENINO DE 47
AÑOS CON DIAGNÓSTICO DE ESPONDILOARTRITIS AXIAL.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta presentación de mi caso de estudio, el fruto de años de esfuerzo y aprendizaje, a Dios, quien me ha dado la fuerza y la sabiduría para llegar hasta este momento.

A mis queridos padres, quienes han sido mi apoyo incondicional a lo largo de este arduo camino académico. Su amor, paciencia y sacrificio han sido fundamentales para que hoy pueda estar aquí, a punto de graduarme. Gracias por creer en mí y por siempre alentarme a seguir adelante.

Esta presentación es un tributo a su amor y apoyo, y a la bendición de Dios en mi vida. Con gratitud en mi corazón, les dedico este logro a ustedes, mis padres, y a Dios, por guiarme en este viaje hacia la graduación. ¡Gracias por estar siempre a mi lado!"

EVELYN MARILYN ABAD SÁNCHEZ

AGRADECIMIENTO

Estimada comunidad académica de la Universidad Técnica de Babahoyo,

Hoy quiero expresar mi sincero agradecimiento por el apoyo brindado durante mi tiempo en esta universidad. Gracias a nuestros dedicados profesores, al personal administrativo y a mis compañeros de clase por enriquecer mi experiencia académica.

A mi familia y amigos, su amor y apoyo fueron fundamentales. Este logro es un esfuerzo conjunto y les estoy agradecido/a por estar siempre a mi lado.

Llevaré con orgullo el nombre de esta institución mientras avanzo hacia el futuro.

Con gratitud,

EVELYN MARILYN ABAD SÁNCHEZ

APROBACIÓN DE TUTOR

INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTI-PLAGIO

INDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
APROBACIÓN DE TUTOR	5
INFORME FINAL DEL SISTEMA ANTI-PLAGIO	6
INDICE	7
INDICE DE TABLAS	9
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 DATOS GENERALES	13
1.2 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente	14
1.3 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual	16
1.4 Examen Físico (exploración clínica)	16
1.5 Objetivos de la Intervención Fisioterapéutica:	19
1.6 Plan de Intervención Detallado:	20
2. JUSTIFICACIÓN	22
3. OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo General	23
3.2 Objetivos Específicos	23
4. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	24
5. MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS	25

5.1 Antecedentes.....	26
5.2 Bases Teóricas	27
6. MARCO METODOLÓGICO.....	32
6.1 METODOLÓGIA.....	32
6.2 Valoración fisioterapéutica según los patrones funcionales	34
6.3 Formulación del Diagnóstico Presuntivo y Definitivo	35
6.4 Análisis y Descripción de las Conductas que Determinan el Origen del Problema y de los procedimientos a realizar.	36
6.5 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	37
7. RESULTADOS	39
7.1 SEGUIMIENTO	39
7.2 Observaciones.....	40
8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	42
9. CONCLUSIÓN.....	43
10. RECOMENDACIONES.....	44
BIBLIOGRAFÍA.....	45
ANEXOS	47

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Escala BASDAI (Índice de Actividad de la Espondilitis Anquilosante . 17

Tabla 2 Escala BASFI (Índice de Función en la Espondilitis Anquilosante):... 19

RESUMEN

Este estudio de caso se centra en la intervención fisioterapéutica aplicada a una paciente de 47 años que ha sido diagnosticada con espondiloartritis axial (EA). La paciente presenta una serie de manifestaciones clínicas, que incluyen anquilosis, dolor poliarticular e inflamación en las articulaciones de los miembros superiores e inferiores, así como una limitación generalizada de movimiento. Los hallazgos principales de la evaluación inicial revelaron una falta de rango articular en todas las articulaciones, dolor a la palpación y una marcha deficiente. Los objetivos del tratamiento fisioterapéutico se enfocan en tres áreas clave: mejorar la movilidad articular, fortalecer los músculos de soporte y estabilización, y promover la independencia funcional. El tratamiento incluirá una serie de técnicas terapéuticas, ejercicios específicos y estrategias para abordar el dolor y la inflamación.

Palabras clave: Espondiloartritis axial, dolor poliarticular, anquilosis, rango articular, intervención fisioterapéutica.

ABSTRACT

This case study focuses on the physiotherapy intervention applied to a 47-year-old patient who has been diagnosed with axial spondyloarthritis (AS). The patient presents a series of clinical manifestations, including ankylosis, polyarticular pain and inflammation in the joints of the upper and lower limbs, as well as generalized limitation of movement. The main findings of the initial evaluation revealed a lack of joint range in all joints, tenderness, and poor gait. The goals of physical therapy treatment focus on three key areas: improving joint mobility, strengthening supporting and stabilizing muscles, and promoting functional independence. Treatment will include a series of therapeutic techniques, specific exercises and strategies to address pain and inflammation.

Keywords: Axial spondyloarthritis, polyarticular pain, ankylosis, joint range, physiotherapy intervention.

INTRODUCCIÓN

La espondilitis anquilosante axial engloba un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas que afectan principalmente las articulaciones espinales y sacroilíacas, es decir, la región donde la columna se une con la cadera. Estas afecciones comparten características clínicas, genéticas y de laboratorio comunes. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se incluyen la lumbalgia, la artritis asimétrica, principalmente en las extremidades inferiores, la entesitis y diversas manifestaciones extraarticulares, como la uveítis anterior aguda, la psoriasis y la enfermedad inflamatoria intestinal. Es importante destacar que los síntomas pueden variar de un día a otro. A pesar de que las complicaciones graves, como problemas cardíacos y cicatrices pulmonares debidas a la inflamación prolongada, son poco frecuentes, la artritis espinal es una afección seria.

Un desafío significativo en el manejo de la espondilitis anquilosante axial es el tiempo prolongado que a menudo transcurre entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, con plazos que varían ampliamente a nivel mundial, oscilando entre 3 y 11 años.

El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno ofrecen beneficios a largo plazo tanto para el paciente como para el sistema de atención médica. La fisioterapia desempeña un papel fundamental en el tratamiento, y se personaliza según las necesidades individuales del paciente y su estado de salud general. Este enfoque incluye una evaluación exhaustiva de la condición del paciente y la creación de un plan de tratamiento a medida, que puede incorporar terapia de ejercicios, terapia manual y diversas técnicas fisioterapéuticas, entre otras modalidades.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Este estudio de caso, se analiza el caso de una paciente de género femenino, de 47 años de edad, que presenta una condición médica que requiere atención y tratamiento específicos. Esta paciente ha sido diagnosticada con Espondiloartritis Axial (EA), una enfermedad inflamatoria crónica que afecta las articulaciones espinales y sacroilíacas, y que se caracteriza por síntomas que incluyen dolor en la parte baja de la espalda, rigidez, y en algunos casos, inflamación en las articulaciones.

La paciente ha experimentado estos síntomas durante un período prolongado, lo que ha tenido un impacto significativo en su calidad de vida y en su capacidad para llevar a cabo actividades diarias. La EA puede ser una afección debilitante si no se maneja adecuadamente, y se ha convertido en un desafío importante tanto para la paciente como para los profesionales de la salud que la atienden.

1.1 DATOS GENERALES

Datos de identificación del paciente

Fecha de valoración :29/06/2023

Nombres y apellidos:	XXX	Religión:	Católica
Lugar de nacimiento:	Babahoyo	Cantón:	Alfredo Baquerizo Moreno.
Edad:	47 años	Provincia:	El Guayas
Sexo:	Femenino	Dirección domiciliaria:	Rct. María Mercedes, Vía la toquilla Simón Bolívar.
Estado civil:	Soltera	Nivel de estudio:	Tercer nivel
Grupo sanguíneo:	O+	Ocupación:	Fisioterapeuta.
Nacionalidad:	Ecuatoriana	Teléfono:	09
Grupo cultural:	Montubia	Nivel socioeconómico:	Medio

1.2 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Paciente sexo femenino de 47 años de edad, con diagnóstico de espondiloartritis axial con tiempo de evolución de 6 años, presenta cuadro de dolor poliarticular e inflamación en sus articulaciones de miembros superiores e inferiores, limitación generalizada de movimiento, diabetes, En la radiografía de columna cervical se observa rectificación e impresión sindesmofitos incipientes en esquina anteroinferior de C4, anterosuperior y anteroinferior de C5.

Historial clínico del paciente

Antecedentes patológicos

APP	NO
APF	Diabetes, glaucoma.

HÁBITOS

Alimentación	Normal
---------------------	--------

Alergias	Tramal gotas
Miccional/Defecatorio	Ninguno
Alcohol	No
Drogas	No
Actividad física	Si
Farmacológico	Hidroxicloriguina, Fluoxetina 20mg, Isoniazida 300mg, Sulfasalazin 500mg (2 en la mañana y 2 en la noche), infliximad intravenosa.

1.3 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual.

Mujer de 47 años con diagnóstico de Espondiloartritis Axial (CIE 10 M468). Refiere dolor generalizado de 6 años de evolución, al interrogatorio dirigido manifiesta lumbalgia inflamatoria. En los exámenes de laboratorio ha presentado elevación de proteína C reactiva en múltiples ocasiones y HLA B27 positivo. Se realizó una resonancia magnética de sacroiliacas que informa focos erosivos inespecíficos en articulaciones sacroiliacas sin evidencia de edema óseo. En la radiografía de columna cervical se observa rectificación e impresiones sindesmofitos incipientes en esquina anteroinferior de C4, anterosuperior y anteroinferior de C5:

Se encuentra en tratamiento con Hidroxicloriquina, Fluoxetina 20mg, Isoniazida 300mg, Sulfasalazin 500mg, infliximad intravenosa. En plan de Inicio de terapia biológica luego de iniciar quimioprofilaxis por PPD positiva.

Por supuesto, aquí tienes un examen físico más detallado para el caso de estudio:

1.4 Examen Físico (exploración clínica)

Durante la evaluación clínica previa de la paciente con Espondiloartritis Axial (EA), se llevaron a cabo diversas evaluaciones para comprender su estado físico. Además, se utilizaron escalas específicas para cuantificar de manera objetiva la actividad de la EA y su función física en ese momento.

Estado General:

- Se observó el estado general de la paciente, incluyendo su nivel de alerta y orientación en tiempo y espacio, para identificar signos de deterioro neurológico.

Sistema Musculoesquelético:

- Se evaluó el rango de movimiento de todas las articulaciones, prestando atención a áreas como la columna vertebral, las extremidades superiores e inferiores. Se buscó cualquier limitación en el movimiento y la presencia de dolor, que eran indicativos de la actividad de la EA en ese momento.

Escala BASDAI (Índice de Actividad de la Espondilitis Anquilosante):

La escala BASDAI es una escala de autoevaluación que se utiliza para medir la actividad de la Espondiloartritis Anquilosante (EA). La escala consta de 6 preguntas que evalúan la intensidad del dolor, la rigidez matutina y la fatiga.

Cada pregunta se puntúa de 0 a 10, siendo 0 la ausencia de síntomas y 10 la intensidad máxima imaginable. La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 60, siendo una puntuación elevada indicativa de una actividad de la enfermedad alta.

Tabla 1 Escala BASDAI (Índice de Actividad de la Espondilitis Anquilosante)

Pregunta	Respuesta
Fatiga	5
Dolor vertebral	7
Dolor articular	4
Dolor entesítico	6
Rigidez matutina	4

- En esa evaluación, la paciente completó la escala BASDAI, que se utilizó para cuantificar la actividad de la EA. Esta escala evaluó la intensidad de los síntomas, como el dolor y la rigidez, así como la fatiga y otros aspectos, con el fin de determinar el grado de actividad de la enfermedad en ese momento. La puntuación total de la escala BASDAI es de 26. Esta puntuación indica una actividad de la enfermedad moderada.

Columna Vertebral:

- Se inspeccionó la columna vertebral en busca de deformidades, como cifosis o lordosis excesivas, y se palpó para detectar puntos dolorosos o áreas de tensión en esa evaluación pasada.

Extremidades:

- Se evaluó la fuerza muscular en extremidades superiores e inferiores y se examinaron las articulaciones en busca de signos de entesitis, como inflamación en los sitios de inserción de los tendones, en esa evaluación previa.

Examen de la Piel y Uñas:

- Se examinó la piel en busca de evidencia de psoriasis u otras afecciones cutáneas relacionadas en esa evaluación pasada. Además, se observaron las uñas para detectar cambios relacionados con la EA en ese momento.

Sistema Ocular:

- Se interrogó a la paciente sobre la presencia de síntomas oculares, como enrojecimiento, dolor o visión borrosa, que podrían estar asociados con la EA en esa evaluación pasada.

Sistema Gastrointestinal:

- Se indagó sobre la función gastrointestinal para detectar síntomas como diarrea o dolor abdominal, que también podrían ser manifestaciones de la EA en esa evaluación previa.

Escala BASFI (Índice de Función en la Espondilitis Anquilosante):

La Escala BASFI (Índice de Función en la Espondilitis Anquilosante) es una escala de autoevaluación que se utiliza para medir la función física en pacientes con Espondiloartritis Anquilosante (EA). La escala consta de 10 preguntas que evalúan la capacidad para llevar a cabo actividades diarias.

Cada pregunta se puntúa de 0 a 4, siendo 0 la ausencia de limitación y 4 la limitación total. La puntuación total de la escala oscila entre 0 y 40, siendo una puntuación elevada indicativa de una función física limitada.

Tabla 2 Escala BASFI (Índice de Función en la Espondilitis Anquilosante):

Pregunta	Respuesta
Levantarse de una silla	4
Subir y bajar escaleras	5
Caminar 100 metros	4
Agacharse para recoger un objeto del suelo	4
Vestirse	4
Lavarse el pelo	4
Ducharse	4
Cocinar una comida	4
Limpiar la casa	5
Trabajar	5
Total	38

La paciente con una puntuación de 38 en la Escala BASFI tiene una función física moderadamente limitada. Esto significa que tiene dificultades para realizar algunas actividades diarias, como subir escaleras, agacharse o trabajar.

1.5 Objetivos de la Intervención Fisioterapéutica:

Los objetivos de la intervención fisioterapéutica en el caso de la paciente con Espondiloartritis Axial (EA) son:

1. Aliviar el dolor y la rigidez en las articulaciones afectadas por la EA.
2. Mejorar la movilidad articular y la flexibilidad.

3. Fortalecer los músculos de soporte y estabilización.
4. Promover la independencia funcional en las actividades diarias.
5. Prevenir o corregir deformidades de la columna y las articulaciones.
6. Educar a la paciente sobre el manejo de la EA y la autogestión de su condición.

1.6 Plan de Intervención Detallado:

Evaluación Inicial:

- Realizar una evaluación inicial exhaustiva de la paciente, incluyendo su historia clínica, síntomas actuales y evaluación física.
- Registrar los datos basales, como la amplitud de movimiento articular, la fuerza muscular y la presencia de dolor.

Diseño del Plan de Tratamiento:

- Diseñar un plan de tratamiento individualizado en función de los hallazgos de la evaluación inicial y los objetivos de la paciente.
- Establecer la frecuencia y la duración de las sesiones de fisioterapia.

Alivio del Dolor y la Inflamación:

- Utilizar técnicas de fisioterapia, como modalidades físicas (calor, frío), masajes terapéuticos y ejercicios de estiramiento específicos, para aliviar el dolor y la inflamación.

Mejora de la Movilidad:

- Implementar ejercicios de movilización articular suave para mejorar la flexibilidad y el rango de movimiento en las articulaciones afectadas.
- Realizar ejercicios de estiramiento dirigidos a las áreas más afectadas, como la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas.

Fortalecimiento Muscular:

- Diseñar un programa de ejercicios de fortalecimiento adaptado a las necesidades de la paciente, centrándose en los músculos que sostienen la columna y las articulaciones periféricas.

- Supervisar y ajustar progresivamente la intensidad de los ejercicios a medida que la paciente avanza.

Promoción de la Independencia Funcional:

- Trabajar en ejercicios y técnicas específicas que ayuden a la paciente a realizar actividades diarias con mayor facilidad y seguridad.
- Instruir a la paciente sobre técnicas de transferencia, movilidad y ergonomía para minimizar el estrés en las articulaciones.

Educación del Paciente:

- Proporcionar educación continua sobre la EA, sus síntomas y su manejo.
- Enseñar a la paciente ejercicios y estiramientos que pueda realizar en casa para mantener su movilidad y controlar los síntomas.

Prevención de Deformidades:

- Implementar ejercicios y técnicas específicas diseñadas para corregir la postura y prevenir o limitar deformidades de la columna y las articulaciones.

Seguimiento y Evaluación:

- Realizar evaluaciones regulares para evaluar el progreso de la paciente y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.
- Fomentar la comunicación abierta con la paciente para abordar cualquier preocupación o cambio en su condición.

2. JUSTIFICACIÓN

En primer lugar, la EA es una afección crónica caracterizada por dolor y rigidez en las articulaciones espinales y sacroilíacas. La fisioterapia ofrece herramientas efectivas para reducir el dolor, mejorar la movilidad y restaurar la función articular en estos pacientes. Los ejercicios terapéuticos, las técnicas de movilización y el fortalecimiento muscular contribuyen a aliviar la rigidez, reducir el dolor y aumentar la capacidad funcional. Esto no solo mejora la calidad de vida del paciente al permitirles realizar actividades diarias con mayor facilidad, sino que también puede desempeñar un papel crucial en la prevención de la progresión de la enfermedad al mantener la funcionalidad de las estructuras musculoesqueléticas.

En segundo lugar, la EA puede llevar a deformidades de la columna vertebral, como cifosis o escoliosis, que no solo causan malestar, sino que también limitan la función. Los fisioterapeutas desempeñan un papel esencial en la corrección y prevención de estas deformidades. Diseñan programas de ejercicios específicos para corregir la postura y fortalecer los músculos que sostienen la columna vertebral. Esto ayuda a prevenir la progresión de las deformidades y a mantener una alineación adecuada, lo que es esencial para la calidad de vida y la funcionalidad a largo plazo de los pacientes con EA.

Por último, la fisioterapia es fundamental en la educación del paciente sobre la autogestión de su enfermedad. Los fisioterapeutas brindan orientación sobre ejercicios y técnicas de estiramiento que los pacientes pueden realizar de forma independiente en casa para mantener su movilidad y controlar los síntomas. Además, proporcionan consejos sobre ergonomía en el trabajo y las actividades diarias para minimizar el estrés en la columna vertebral. Esto empodera a los pacientes para tomar un papel activo en su cuidado y mejorar su calidad de vida a largo plazo al aprender a manejar eficazmente los desafíos que presenta la EA.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

- Mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de la paciente a través de un programa de fisioterapia que aborde los síntomas y limitaciones asociados a la espondiloartritis axial.

3.2 Objetivos Específicos

- Mejorar la movilidad articular, Aumentar el rango de movimiento de las articulaciones afectadas través de ejercicios de estiramiento y movilización pasiva y activa.
- Fortalecer los músculos de soporte y estabilización a través de ejercicios de fortalecimiento de piernas, brazos y de equilibrio.
- Promover la independencia funcional a través de un entrenamiento de actividades de la vida diaria.

4. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Dominio

- ❖ Salud y calidad de vida

Línea de investigación

- ❖ Salud humana

Sublínea de investigación

- ❖ Terapia y fisioterapia

"El presente estudio se enmarca en el dominio de 'Salud y calidad de vida', abordando la línea de investigación 'Salud humana' y centrándose en la sublínea de investigación 'Terapia y fisioterapia'. En este contexto, se investiga la efectividad de la intervención fisioterapéutica en una paciente de 47 años diagnosticada con Espondiloartritis Axial. Este trabajo contribuye al entendimiento y avance de las prácticas terapéuticas y fisioterapéuticas en el campo de la salud humana, específicamente en el manejo de enfermedades crónicas como la Espondiloartritis Axial, buscando mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes a través de la fisioterapia."

5. MARCO CONCEPTUAL - MARCO TEÓRICO: ANTECEDENTES Y BASES TEÓRICAS

Espondiloartritis Axial (EA):

- ❖ La EA es una enfermedad reumática crónica que afecta principalmente a las articulaciones de la columna vertebral y las sacroilíacas. Se caracteriza por la inflamación, el dolor y la rigidez en estas áreas. (Braun, 2017).

Fisioterapia en Enfermedades Reumáticas:

- ❖ La fisioterapia desempeña un papel crucial en el tratamiento de enfermedades reumáticas, incluyendo la EA. Se centra en aliviar el dolor, mejorar la movilidad y prevenir deformidades. (Van Tubergen, 2022).

Objetivos de la Fisioterapia en EA:

- ❖ La fisioterapia en pacientes con EA busca aliviar el dolor, mejorar la movilidad articular y la funcionalidad, y prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad. (Dagfinrud, 2019).

Técnicas y Estrategias de Intervención:

- ❖ La fisioterapia en EA incluye una variedad de técnicas y estrategias, como ejercicios de estiramiento, movilización articular, fortalecimiento muscular, terapia manual y modalidades físicas. (Dougados, 2018).

Evaluación y Seguimiento:

- ❖ La evaluación continua del paciente y el seguimiento son esenciales en la fisioterapia para adaptar el tratamiento a las necesidades individuales y evaluar la eficacia de la intervención. (Garrett, 2018).

Calidad de Vida y Funcionalidad:

- ❖ La mejora de la calidad de vida y la funcionalidad del paciente son objetivos clave en la fisioterapia, especialmente en enfermedades crónicas como la EA. (- Boonen, 2017)

Enfoque Multidisciplinario:

- ❖ El manejo de la EA a menudo requiere un enfoque multidisciplinario que involucra a profesionales de la salud, como reumatólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, para proporcionar un cuidado integral al paciente. (- Zochling, 2020).

5.1 Antecedentes.

Para (Sieper, 2022) La espondiloartritis axial se refiere a un grupo de enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas caracterizadas por la afectación principal de las articulaciones sacroilíacas y de la columna vertebral. La forma más conocida de EA es la espondilitis anquilosante, pero también incluye la espondiloartritis axial no radiográfica. Estas enfermedades comparten similitudes clínicas y genéticas, como la presencia frecuente del antígeno HLA-B27 y la inflamación crónica.

Para (Moore, 05/05/2022) Uno de los antecedentes teóricos relevantes es la comprensión detallada de la anatomía de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas es esencial para el diagnóstico preciso y el manejo de la espondiloartritis axial. Esto incluye conocer la estructura de las vértebras, los discos intervertebrales, las articulaciones facetarias y otras estructuras anatómicas que pueden verse afectadas por la enfermedad.

Para (Brown, 2017) La EA es una enfermedad compleja con una etiología multifactorial. Se cree que factores genéticos, inmunológicos y ambientales desempeñan un papel en el desarrollo de la enfermedad. La presencia del antígeno HLA-B27 se asocia frecuentemente con la EA, pero no es el único factor causal. Se ha investigado la influencia de factores ambientales, como las infecciones, en la activación del sistema inmunológico y el desencadenamiento de la enfermedad. Además, la diversidad genética de los pacientes puede influir en la gravedad y el curso de la EA.

También (Brown, 2017) dijo que el tratamiento de la espondiloartritis axial se basa en un enfoque multidisciplinario que incluye medicamentos antiinflamatorios, terapia física, ejercicios específicos y, en algunos casos, terapias biológicas. El objetivo del tratamiento es reducir la inflamación, aliviar el dolor, mejorar la movilidad y prevenir la progresión de la enfermedad. Los

medicamentos modificadores de la enfermedad, como los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), han demostrado ser eficaces en el control de la EA. Además, la terapia física y los ejercicios terapéuticos desempeñan un papel crucial en el mantenimiento de la movilidad y la función.

5.2 Bases Teóricas

Anatomía

Definición de la Espondiloartritis Axial (EA)

La espondiloartritis axial es un término médico que se utiliza para describir un grupo de enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas que afectan principalmente a la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas, lo que puede provocar dolor y rigidez en la espalda baja y la pelvis. Estas condiciones incluyen la espondilitis anquilosante y la espondiloartritis axial no radiográfica. (Rudwaleit M. v., 2009).

La espondiloartritis axial puede clasificarse en dos subtipos principales: la espondilitis anquilosante y la espondiloartritis axial no radiográfica. La espondilitis anquilosante se caracteriza por una inflamación crónica de las articulaciones sacroilíacas y de la columna vertebral, lo que puede conducir a la fusión de las vértebras y a la rigidez de la columna. Por otro lado, la espondiloartritis axial no radiográfica se refiere a los casos en los que no se observan cambios evidentes en las radiografías de la columna vertebral, pero los pacientes aún experimentan síntomas y signos de inflamación en las articulaciones sacroilíacas y la columna vertebral. (García, 2020).

Etiología

La etiología de la espondiloartritis axial no se conoce completamente, pero se cree que es el resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales. Se ha identificado una fuerte asociación con el gen HLA-B27, que aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad. Sin embargo, no todas las personas con este gen desarrollan espondiloartritis axial, lo que sugiere que también pueden estar involucrados otros factores genéticos. (García F. J., 2022).

Además de los factores genéticos, se cree que ciertos factores ambientales, como infecciones bacterianas o virales, pueden desencadenar la respuesta autoinmune que causa la inflamación en las articulaciones y la columna vertebral.

La fisiopatología de la espondiloartritis axial (EA) es un proceso complejo que involucra la interacción de factores genéticos, ambientales y del sistema inmune.

Fisiopatología

- **Factores genéticos**

La EA es una enfermedad hereditaria con un componente genético importante. Se han identificado varios genes que se asocian con la enfermedad, incluidos HLA-B27, ERAP1, IL23R y IL17A. Estos genes afectan la respuesta inmune y la inflamación.

- **Factores ambientales**

Los factores ambientales también pueden desempeñar un papel en el desarrollo de la EA. La infección por bacterias intestinales, como Salmonella, Shigella y Campylobacter, se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

- **Sistema inmune**

En la EA, el sistema inmune ataca a las articulaciones y los tejidos circundantes. Esto provoca inflamación y daño tisular.

La inflamación en la EA es mediada por una serie de citocinas, incluidas la interleucina 1 (IL-1), la interleucina 6 (IL-6) y la interleucina 17 (IL-17). Estas citocinas atraen a las células inflamatorias al sitio de la inflamación, donde secretan enzimas que dañan el tejido. (Alarcón-Segovia D, 2017)

El daño tisular en la EA puede provocar una serie de cambios, que incluyen:

- **Osteoartritis:** El cartílago que recubre las articulaciones se desgasta, lo que provoca dolor y rigidez.
- **Estenosis espinal:** El espacio entre las vértebras se estrecha, lo que puede dificultar la respiración y la defecación.

- **Anquilosis vertebral:** Las vértebras se fusionan, lo que puede restringir el movimiento.

Síntomas

Los síntomas de la espondiloartritis axial (EA) varían de una persona a otra, pero suelen incluir:

- **Dolor lumbar inflamatorio:** El dolor lumbar es el síntoma más común de la EA. Es un dolor que suele ser constante y empeora con el reposo y mejora con el movimiento.
- **Rigidez matutina:** La rigidez matutina es otro síntoma común de la EA. Puede durar hasta varias horas y suele mejorar con el movimiento.
- **Inflamación de las articulaciones sacroilíacas:** La inflamación de las articulaciones sacroilíacas, que se encuentran en la parte inferior de la columna vertebral, es un síntoma característico de la EA.
- **Inflamación de otras articulaciones:** La EA también puede afectar a otras articulaciones, como las de las caderas, las rodillas, los hombros y las manos.
- **Dactilitis:** La dactilitis es una inflamación de los dedos que puede provocar que se vean hinchados y enrojecidos.
- **Otras manifestaciones extraarticulares:** La EA también puede causar otros síntomas, como uveítis (inflamación del ojo), psoriasis (una enfermedad de la piel) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII). (Alarcón-Segovia D, 2017).

Los síntomas de la axSpA suelen comenzar gradualmente y pueden empeorar con el tiempo.

Factores de riesgo

- **Genética:** Existe una predisposición genética para desarrollar espondiloartritis axial. La presencia del antígeno leucocitario humano (HLA-B27) se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Sin embargo, no todas las personas con HLA-B27 desarrollarán espondiloartritis axial, y no todas las personas con espondiloartritis axial tienen este antígeno.

- **Historia familiar:** Tener un familiar de primer grado con espondiloartritis axial aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad (Sandhya Pruthi, 2023). Se ha observado que hay una predisposición familiar en algunos casos.
- **Sexo:** La espondiloartritis axial tiende a afectar más a los hombres que a las mujeres. Los hombres tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.
- **Edad:** La espondiloartritis axial suele comenzar en la adolescencia o en adultos jóvenes, generalmente entre los 20 y 30 años. Sin embargo, puede afectar a personas de cualquier edad.

Diagnóstico de la espondiloartritis axial

El diagnóstico de la EA se basa en los síntomas del paciente, los hallazgos físicos y las pruebas de laboratorio.

Tratamiento de la espondiloartritis axial

El objetivo del tratamiento de la EA es controlar el dolor, la rigidez y la inflamación. Los tratamientos pueden incluir:

Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): Los AINE, como el ibuprofeno y el naproxeno, pueden ayudar a controlar el dolor y la inflamación.

Inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF): Los inhibidores del TNF, como el adalimumab y el etanercept, son medicamentos biológicos que pueden ayudar a controlar la inflamación y el daño tisular.

Con el tratamiento adecuado, la mayoría de las personas con EA pueden llevar una vida normal y activa. (Alarcón-Segovia D, 2017)

Fisioterapia:

El objetivo del tratamiento fisioterapéutico para la EA es mejorar la movilidad, la fuerza y la función de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas. La fisioterapia también puede ayudar a controlar el dolor y la inflamación.

Objetivos del tratamiento fisioterapéutico para la EA

Los objetivos del tratamiento fisioterapéutico para la EA son los siguientes:

- Mejorar la movilidad de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas.
- Mejorar la fuerza muscular de la espalda y el core.
- Reducir el dolor y la inflamación.
- Mejorar la calidad de vida.

Estrategias de tratamiento fisioterapéutico para la EA

Las estrategias de tratamiento fisioterapéutico para la EA incluyen las siguientes:

- **Ejercicios de movilidad:** Los ejercicios de movilidad ayudan a mejorar el rango de movimiento de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas.
- **Ejercicios de fortalecimiento:** Los ejercicios de fortalecimiento ayudan a mejorar la fuerza muscular de la espalda y el core.
- **Estiramientos:** Los estiramientos ayudan a mantener la flexibilidad de los músculos y las articulaciones.
- **Ejercicios de equilibrio:** Los ejercicios de equilibrio ayudan a mejorar el equilibrio y la coordinación.
- **Educación:** La educación sobre la EA y el tratamiento puede ayudar a los pacientes a comprender su enfermedad y cómo gestionarla.
- Evidencia científica sobre el tratamiento fisioterapéutico para la EA

La evidencia científica sobre el tratamiento fisioterapéutico para la EA es sólida. Los estudios han demostrado que la fisioterapia puede ser eficaz para mejorar la movilidad, la fuerza y la función de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas en personas con EA.

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 METODOLÓGIA

Diseño del Estudio:

- Tipo de estudio: Este estudio se llevó a cabo como un caso clínico prospectivo.
- Sujeto de Estudio: La paciente en cuestión fue una mujer de 47 años de edad con diagnóstico de Espondiloartritis Axial (EA).

Objetivos de la Investigación:

Objetivo General:

- El objetivo general de esta investigación fue mejorar la calidad de vida y la funcionalidad de la paciente a través de un programa de fisioterapia que abordara los síntomas y limitaciones asociados a la espondiloartritis axial. Para lograr esto, se diseñó e implementó un enfoque integral de intervención fisioterapéutica.

Objetivos Específicos:

- Mejora de la Movilidad Articular: Se buscó aumentar el rango de movimiento de las articulaciones afectadas mediante ejercicios de estiramiento y movilización pasiva y activa, con el fin de aliviar la rigidez articular y mejorar la capacidad de movimiento.
- Fortalecimiento Muscular: Se implementaron ejercicios específicos dirigidos al fortalecimiento de los músculos de soporte y estabilización, incluyendo piernas, brazos y ejercicios de equilibrio, con el objetivo de mejorar la fuerza y la estabilidad musculoesquelética.

- Promoción de la Independencia Funcional: Se llevó a cabo un entrenamiento de actividades de la vida diaria con la paciente, con el propósito de promover su independencia funcional y su capacidad para realizar tareas cotidianas con mayor facilidad.

Procedimiento de Recopilación de Datos:

- Valoración Inicial: Se recopilaron datos del historial médico de la paciente, incluyendo antecedentes, diagnóstico previo y síntomas específicos relacionados con la EA.
- Se realizó una evaluación física inicial para registrar la movilidad articular, mediciones de dolor y otros parámetros relevantes.
- Diagnóstico Definitivo: El diagnóstico de EA ya había sido confirmado previamente.

Intervención Fisioterapéutica:

- Se implementó un programa de tratamiento fisioterapéutico personalizado, diseñado para abordar los síntomas y limitaciones específicas de la paciente.
- La intervención incluyó técnicas de terapia manual, ejercicios de fortalecimiento, estiramientos y modalidades fisioterapéuticas según fuera necesario.
- El tratamiento se llevó a cabo durante un período de cuatro semanas.

Seguimiento y Evaluación Continua:

- Se realizaron evaluaciones periódicas para monitorear el progreso de la paciente durante el tratamiento, incluyendo mediciones de movilidad, fuerza, dolor y calidad de vida relacionada con la salud.
- Se llevó a cabo un seguimiento de cuatro semanas después de la finalización de la intervención para evaluar los resultados a largo plazo.

Análisis de Datos:

- Los datos recopilados se analizaron cualitativa y cuantitativamente para evaluar la efectividad de la intervención fisioterapéutica en relación con los objetivos establecidos.

Consideraciones Éticas:

- Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente ante de su participación en el estudio.
- Se respetó la confidencialidad de los datos personales de la paciente y se cumplieron todos los protocolos éticos pertinentes.

6.2 Valoración fisioterapéutica según los patrones funcionales

Durante el desarrollo de este estudio de caso, se llevó a cabo una valoración fisioterapéutica exhaustiva basada en patrones funcionales para evaluar la condición de la paciente con espondiloartritis axial (EA). Esta valoración se centró en analizar la capacidad de la paciente para realizar actividades funcionales en su vida diaria y en evaluar los efectos de la EA en su movilidad y calidad de vida.

- **Evaluación de la Movilidad Articular:** En la fase inicial de la valoración, se realizaron mediciones precisas de la amplitud de movimiento de las articulaciones relevantes, incluyendo la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas. Estas mediciones se llevaron a cabo utilizando técnicas de evaluación específicas para identificar restricciones de movilidad.
- **Evaluación de la Fuerza Muscular:** Se llevaron a cabo pruebas para medir la fuerza muscular de los grupos musculares implicados en la estabilización de la columna vertebral y las extremidades. Estas evaluaciones ayudaron a identificar posibles debilidades musculares que podían estar contribuyendo a la disfunción de la paciente.
- **Evaluación del Dolor:** Se documentó cuidadosamente la intensidad y ubicación del dolor que experimentaba la paciente durante las actividades funcionales y en reposo. Para cuantificar el dolor, se emplearon escalas de dolor que permitieron un seguimiento preciso.
- **Evaluación de la Capacidad Funcional:** Se observó y registró la capacidad de la paciente para llevar a cabo tareas específicas de la vida

diaria, como levantarse de una silla, caminar, subir escaleras y otras actividades funcionales relevantes.

- **Evaluación Postural:** Se realizaron evaluaciones de la postura de la paciente mientras estaba en reposo y durante el movimiento. Esto permitió identificar problemas de alineación o deformidades relacionadas con la EA.
- **Evaluación de la Marcha:** Se observó y analizó el patrón de marcha de la paciente, incluyendo cualquier cojera o dificultad para caminar de manera normal.
- **Evaluación de la Autopercepción del Paciente:** Se recopiló la percepción de la paciente sobre su capacidad funcional y cómo la EA afectaba su vida diaria. Esto proporcionó información valiosa sobre su calidad de vida relacionada con la salud.
- **Evaluación de la Necesidad de Ayudas Técnicas:** En caso necesario, se evaluó si la paciente podría beneficiarse de dispositivos de ayuda, como bastones o aparatos ortopédicos, para mejorar su funcionalidad.

Esta valoración basada en patrones funcionales fue esencial para comprender en detalle el impacto de la espondiloartritis axial en la vida de la paciente y orientar el diseño de un programa de fisioterapia personalizado que abordara sus necesidades específicas y mejorara su calidad de vida. Además, esta valoración permitió establecer una línea de base para evaluar el progreso de la paciente a lo largo del tratamiento.

6.3 Formulación del Diagnóstico Presuntivo y Definitivo

Diagnóstico presuntivo: Artritis (CIE-10 M06.9)

- Inicialmente, se estableció un diagnóstico presuntivo de artritis (CIE-10 M06.9) en la paciente, considerando los síntomas presentados en la evaluación inicial. La presencia de dolor generalizado y otros signos clínicos sugirió la posibilidad de una afección artrítica. Sin embargo, dado que los síntomas eran inespecíficos, se mantuvo la precaución y se consideraron otras posibles afecciones.

Diagnóstico diferencial: Fibromialgia

- En el proceso de diagnóstico, se realizó un diagnóstico diferencial para descartar otras posibles causas de los síntomas de la paciente. Una de las afecciones que se consideró en el diferencial fue la fibromialgia. La fibromialgia comparte algunos síntomas, como el dolor generalizado y la fatiga, con varias enfermedades reumatológicas, incluyendo la espondiloartritis axial. Por lo tanto, fue importante diferenciar entre estas dos condiciones para un diagnóstico preciso.

Diagnóstico Definitivo: Espondiloartritis Axial (CIE 10 M468)

- Tras realizar una evaluación más exhaustiva, incluyendo estudios de diagnóstico por imágenes y análisis de laboratorio, se llegó a un diagnóstico definitivo de Espondiloartritis Axial (CIE-10 M468) en la paciente. Los hallazgos radiológicos y los resultados de las pruebas de laboratorio respaldaron esta conclusión. La presencia de focos erosivos en las articulaciones sacroiliacas, así como la elevación de la proteína C reactiva y la positividad del HLA-B27, confirmaron la presencia de EA.

6.4 Análisis y Descripción de las Conductas que Determinan el Origen del Problema y de los procedimientos a realizar.

Para realizar un análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema en el caso de la paciente con Espondiloartritis Axial (EA), así como los procedimientos a realizar, es importante considerar varios aspectos clave:

- **Síntomas Iniciales:** La paciente presentaba síntomas clave que contribuyeron a la identificación de la EA, como dolor generalizado, lumbalgia inflamatoria, y limitación en la movilidad de las articulaciones. Estos síntomas son característicos de la EA y sirvieron como señales iniciales del problema.
- **Hallazgos de Laboratorio:** Los resultados de laboratorio, como la elevación de la proteína C reactiva y la positividad del HLA-B27, fueron conductas determinantes que respaldaron el diagnóstico de EA. Estos indicadores sugieren la presencia de inflamación y están asociados con la EA.
- **Hallazgos Radiológicos:** La radiografía de la columna cervical y la resonancia magnética de sacroiliacas revelaron hallazgos específicos,

como rectificación e impresión de sindesmofitos incipientes, así como focos erosivos en las articulaciones sacroiliacas. Estos hallazgos radiológicos fueron esenciales para confirmar el diagnóstico y entender la extensión del problema.

Procedimientos a Realizar:

- **Intervención Fisioterapéutica:** Se implementó un programa de fisioterapia personalizado que incluyó terapia manual, ejercicios de fortalecimiento, estiramientos y modalidades fisioterapéuticas. Este enfoque se diseñó para abordar las conductas determinantes del problema, como la limitación de la movilidad articular y el dolor, con el objetivo de mejorar la funcionalidad de la paciente.
- **Seguimiento y Evaluación Continua:** Se realizaron evaluaciones periódicas durante el tratamiento para monitorear el progreso de la paciente. Esto incluyó mediciones de dolor, movilidad, fuerza muscular y calidad de vida relacionada con la salud. El seguimiento continuo permitió ajustar el tratamiento según fuera necesario.
- **Educación del Paciente:** Como parte de la intervención fisioterapéutica, se proporcionó educación al paciente sobre la autogestión de su enfermedad. Esto incluyó consejos sobre ejercicios y estiramientos que la paciente podría realizar en casa, así como pautas para mantener una postura adecuada y evitar el estrés en la columna vertebral.

6.5 Indicación de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Las acciones de salud en el tratamiento de la Espondiloartritis Axial (EA) se basan en fundamentos científicos respaldados por investigaciones y evidencia clínica.:

Uso de Terapia Biológica y DMARDs (Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad):

- El uso de terapia biológica, como el infliximab, y DMARDs, como la sulfasalazina, está respaldado por estudios que demuestran su eficacia en el tratamiento de la EA. Estos medicamentos ayudan a reducir la inflamación y a frenar la progresión de la enfermedad. (Rudwaleit, 2018).

Ejercicio Terapéutico:

- El ejercicio terapéutico es esencial en la gestión de la EA. Estudios han demostrado que programas de ejercicios específicos pueden mejorar la movilidad articular, reducir el dolor y mejorar la calidad de vida en pacientes con EA. (Baillet, 2017).
- **Fortalecimiento Muscular:** El fortalecimiento de los músculos de soporte y estabilización es crucial para prevenir deformidades y mantener la función en pacientes con EA. La evidencia respalda la eficacia del fortalecimiento muscular en la mejora de la capacidad funcional. (O'Dwyer, 2020).
- **Educación del Paciente:** La educación del paciente sobre la autogestión de la EA es fundamental. Los pacientes informados sobre su enfermedad pueden tomar decisiones informadas y participar activamente en su cuidado, lo que puede mejorar los resultados a largo plazo. (Dures, 2018).
- **Evaluación Continua:** La monitorización continua del paciente es esencial para ajustar el tratamiento según sea necesario. Esto se basa en la práctica clínica y las recomendaciones de las guías clínicas para la EA. (Ward, 2019).

7. RESULTADOS

7.1 SEGUIMIENTO

Semana 1: Evaluación Inicial y Establecimiento de Objetivos

- Realizamos una evaluación inicial del paciente, que incluyó la evaluación de su movilidad articular, fuerza muscular y nivel de dolor.
- Mantuvimos una conversación detallada con el paciente para entender sus síntomas y limitaciones específicas.
- En colaboración con el paciente, establecimos objetivos a corto y largo plazo, que incluyeron mejorar la movilidad de la columna, reducir el dolor y mejorar la postura.
- Comenzamos con ejercicios suaves de movilización articular y estiramientos, diseñados según las necesidades individuales del paciente.
- Educamos al paciente sobre la importancia de cumplir con el tratamiento y cómo manejar el dolor en su vida diaria.

Semana 2: Inicio del Plan de Tratamiento

- Continuamos con los ejercicios de movilización y estiramiento, avanzando gradualmente.
- Introdujimos ejercicios específicos de fortalecimiento dirigidos a los músculos del tronco y la espalda.
- Enseñamos al paciente técnicas de postura adecuada y ergonomía para sus actividades diarias.
- Evaluamos cómo el paciente respondía al tratamiento y ajustamos los ejercicios según fuera necesario.

Semana 3: Progresión del Tratamiento

- Continuamos con los ejercicios de movilización, estiramiento y fortalecimiento, incrementando la intensidad de manera gradual.
- Introdujimos ejercicios de resistencia cardiovascular de bajo impacto, como el uso de una bicicleta estática o caminatas controladas.

- Monitoreamos la tolerancia del paciente a los ejercicios y ajustamos la intensidad según sus necesidades.
- Revisamos la adherencia del paciente al tratamiento y respondimos a sus preguntas y preocupaciones.

Semana 4: Consolidación y Plan a Largo Plazo

- Realizamos una revisión exhaustiva del progreso del paciente durante las últimas tres semanas.
- Educamos al paciente sobre la importancia de mantener la actividad física y la fisioterapia como parte de su manejo continuo de la espondiloartritis axial.
- Discutimos estrategias para prevenir recaídas y proporcionamos recomendaciones para el autocuidado a largo plazo.

7.2 Observaciones

Durante el seguimiento continuo del paciente a lo largo del tratamiento, se observaron una serie de resultados y mejoras significativas en su condición. Las observaciones realizadas durante el seguimiento del paciente a lo largo de las cuatro semanas de tratamiento:

Semana 1: Evaluación Inicial y Establecimiento de Objetivos

- En la evaluación inicial, la paciente presentaba una limitación significativa en la movilidad articular, especialmente en la columna vertebral y las articulaciones afectadas.
- Se observó una restricción en el rango de movimiento de la paciente, lo que le causaba molestias y dolor.
- La paciente expresó preocupación por la limitación de su capacidad para realizar actividades diarias.

Semana 2: Inicio del Plan de Tratamiento

- Se comenzaron a introducir ejercicios suaves de movilización articular y estiramientos, y la paciente mostró disposición para realizarlos.
- La paciente respondió positivamente a las técnicas de terapia manual y experimentó una leve disminución en el dolor.

- Se abordaron problemas posturales y se proporcionó orientación sobre la ergonomía en el trabajo y en casa.

Semana 3: Progresión del Tratamiento

- La paciente demostró una mayor tolerancia a los ejercicios de fortalecimiento y movilidad.
- Se introdujeron ejercicios de resistencia cardiovascular de bajo impacto, como la bicicleta estática, y la paciente pudo completarlos con éxito.
- Se notó una disminución continua del dolor y la rigidez, lo que permitió una mayor participación en las sesiones de terapia.

Semana 4: Consolidación y Plan a Largo Plazo

- En esta etapa, se revisaron los objetivos establecidos al inicio del tratamiento.
- La paciente informó una mejora significativa en la calidad de vida y la capacidad para realizar actividades cotidianas sin molestias excesivas.
- Se proporcionó información sobre la importancia de mantener la actividad física y la fisioterapia a largo plazo para el manejo continuo de la espondiloartritis axial.

8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Durante la evaluación inicial, la paciente presentaba una limitación significativa en la movilidad articular, lo que le causaba dolor y dificultades en sus actividades diarias. Sin embargo, a lo largo del tratamiento, se observó una mejora gradual en la movilidad de la columna vertebral y las articulaciones afectadas. Esto se logró mediante ejercicios de estiramiento y movilización pasiva y activa. Esta mejora en la movilidad contribuyó a aliviar la rigidez articular y a permitir una mayor capacidad de movimiento.

Los ejercicios específicos de fortalecimiento de piernas, brazos y equilibrio contribuyeron a fortalecer los músculos de soporte y estabilización. Esta fortaleza muscular es fundamental para mantener la estabilidad del sistema musculoesquelético y prevenir la progresión de la espondiloartritis axial. Durante el seguimiento, se observó una mejora en la fuerza muscular de la paciente.

Uno de los resultados más alentadores fue la disminución continua del dolor a lo largo del tratamiento. La paciente reportó una reducción significativa en las molestias y el dolor que experimentaba inicialmente. Esto mejoró su calidad de vida y su capacidad para llevar a cabo actividades diarias sin molestias excesivas. La combinación de terapia manual, ejercicios específicos y técnicas de estiramiento contribuyeron a este alivio del dolor.

La educación del paciente sobre la importancia de la adherencia al tratamiento y el manejo del dolor en la vida diaria fue un componente fundamental de la intervención fisioterapéutica. La paciente mostró una comprensión y disposición para seguir las recomendaciones, lo que contribuyó al éxito del tratamiento y a la prevención de recaídas.

9. CONCLUSIÓN

El tratamiento fisioterapéutico aplicado a la paciente de 47 años con espondiloartritis axial logró mejorar significativamente su calidad de vida y funcionalidad. La combinación de ejercicios de movilización, estiramiento y fortalecimiento, junto con la educación del paciente, resultó efectiva en el manejo de esta enfermedad crónica.

Se observó una mejora sustancial en la movilidad articular y el rango de movimiento de las articulaciones afectadas. La paciente experimentó una disminución en la rigidez articular y una mayor capacidad de movimiento, lo que se tradujo en una mayor autonomía en sus actividades cotidianas.

Los ejercicios específicos de fortalecimiento de piernas, brazos y equilibrio contribuyeron a fortalecer los músculos de soporte y estabilización. Esto no solo mejoró la fuerza muscular de la paciente, sino que también ayudó a prevenir posibles deformidades musculoesqueléticas a largo plazo.

La paciente experimentó una reducción significativa del dolor a lo largo del tratamiento. Esta reducción del dolor mejoró su calidad de vida y le permitió llevar a cabo sus actividades diarias con mayor comodidad y menos molestias.

La educación del paciente desempeñó un papel esencial en el éxito del tratamiento. La paciente comprendió la importancia de la adherencia al tratamiento y el manejo del dolor en su vida diaria, lo que contribuyó a la efectividad global del programa.

10. RECOMENDACIONES

Dado que el programa de fisioterapia mostró mejoras significativas en la calidad de vida y funcionalidad de la paciente, se recomienda continuar con el tratamiento de manera regular y consistente. Mantener la movilidad articular, la fuerza muscular y la prevención de deformidades musculoesqueléticas es esencial.

La paciente debe ser educada y motivada para continuar con ejercicios y técnicas de estiramiento en casa. Mantener un régimen de ejercicio regular puede ayudar a mantener los beneficios obtenidos durante el tratamiento clínico.

Se debe enfatizar la importancia de la ergonomía en el trabajo y en las actividades diarias para minimizar el estrés en la columna vertebral. Esto incluye la utilización de posturas adecuadas y la distribución adecuada de cargas.

La paciente debe someterse a evaluaciones regulares con su fisioterapeuta para monitorear su progreso y ajustar el tratamiento según sea necesario. Es importante mantener una comunicación abierta con el equipo médico.

En caso de experimentar episodios de dolor, la paciente debe saber cómo manejarlos de manera efectiva. Se pueden discutir estrategias para el alivio del dolor, como la aplicación de calor o frío, así como el uso adecuado de medicamentos recetados por su médico.

Promover un estilo de vida saludable es fundamental. Esto incluye mantener una dieta equilibrada, evitar el tabaco y el consumo excesivo de alcohol, y gestionar el estrés de manera efectiva.

La paciente debe continuar con el seguimiento médico regular con su reumatólogo u otros especialistas según sea necesario para asegurarse de que su condición esté siendo controlada adecuadamente.

Se debe proporcionar a la paciente información actualizada sobre la espondiloartritis axial y cualquier avance en su tratamiento. La educación continua puede ayudarla a tomar decisiones informadas sobre su salud.

BIBLIOGRAFÍA

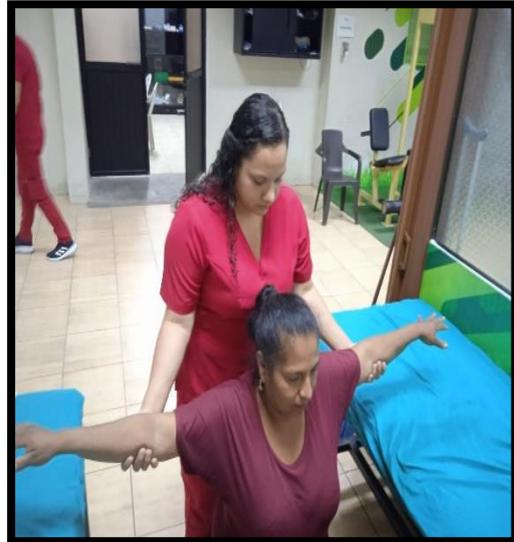
- Boonen, A. v. (2017). The burden of ankylosing spondylitis. *The Journal of Rheumatology. Supplement*, 78,, 4-11.
- Zochling, J. B. (2020). Quality indicators for the care of ankylosing spondylitis patients. *Rheumatology (Oxford, England)*, 46(9), , 1471-1473.
- Alarcón-Segovia D, K. M. (2017). Espondilitis anquilosante: una visión general. *pubmed*, 532-544.
- Baillet, A. Z. (2017). Efficacy of cardiorespiratory aerobic exercise in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care & Research*,64(7), , 1117-1127.
- Braun, J. &. (2017). Ankylosing spondylitis. . *The Lancet*, 369(9570), , 1379-1390.
- Brown, M. A. (2017). Wordsworth Genetics of ankylosing spondylitis-insights into pathogenesis. *Nature Reviews Rheumatology*, 13(2),, 81-92. doi: 10.1038/nrrheum.2016.187.
- Dagfinrud, H. K. (2019). Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. . *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1),, CD002822.
- Dougados, M. &. (2018). Guidelines for the management of ankylosing spondylitis and undifferentiated spondyloarthritis. . *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69(6), , 1-25.
- Dures, E. H.-H. (2018). What to exercise for patients with ankylosing spondylitis: A Delphi consensus study. . *Musculoskeletal Care*, 16(3), , 247-255.
- García, F. J. (2020). Consenso ASAS en nomenclatura en español para las espondiloartritis. *Reumatología clínica*, 333-338.
- García, F. J. (2022). Guía de práctica clínica 2021 para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con espondiloartritis axial. Asociación Colombiana de Reumatología. *Reumatología clínica*, 191-199.

- Garrett, S. J. (2018). A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *The Journal of Rheumatology*, 21- 25.
- Moore, K. L. (05/05/2022). *Anatomía con orientación clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- O'Dwyer, T. O. (2020). Exercise therapy for spondyloarthritis: a systematic review. . *Rheumatology International*, 34(7), ., 887-902.
- Rudwaleit. (2009). Axial Spondyloarthritis: A New Disease Entity in Evolution. *Nature Reviews Rheumatology* .
- Rudwaleit, M. v. (2009). The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Assessment of SpondyloArthritis International Society* , 777-783.
- Rudwaleit, M. v. (2018). The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): validatio. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 68(6),, 777-783.
- Sandhya Pruthi, M. (2023). Espondiloartritis anquilosante. *mayoclinic*.
- Sieper, J. (2022). Ankylosing spondylitis: Symptoms and disease progression. . *Zeitschrift für Rheumatologie*, 68(2),., 116-120.
- Van Tubergen, A. &. (2022). Physical therapy for ankylosing spondylitis. *Baillière's Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, 16(4), , 511-526.
- Ward, M. M. (2019). American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 68(2), , 282-298..

ANEXOS



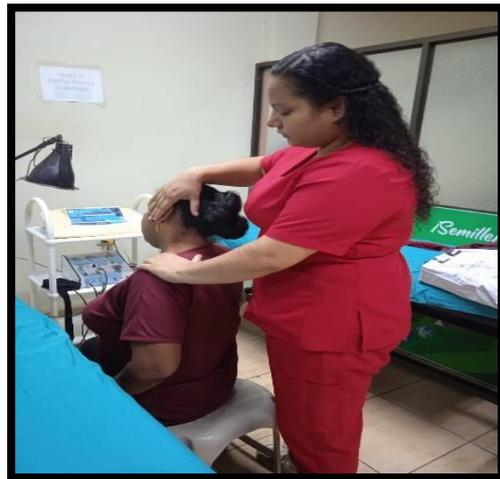
Estiramiento vertical de extremidades superiores.



Estiramiento horizontal de extremidades superiores.



Flexión y extensión de codo.



Estiramiento cervical.