

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**



**INFORME FINAL DE CURSO DE ESPECIALIZACION:
ESPECIALIZACIÓN EN EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN
PATOLOGÍAS DE COLUMNA VERTEBRAL**

**TITULO DEL INFORME FINAL:
SACROILEITIS + LUMBAGO**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADEMICO DE:
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**

PRESENTADO POR:
VANESSA GISELLE CHAVEZ CANALES N° CARNET CC19053
JULIA JOHANNA HERNANDEZ ZAPATA N° CARNET HZ18001
CRISTINA NATALY RAMOS GARCIA N° CARNET GG12082

DOCENTE ASESOR:
DRA. KARLA FLORES DE FELIPE

SEPTIEMBRE DE 2025
SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMERICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES



MSC.JUAN ROSA QUINTANILA

RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN

VICERRECTORA ACADÉMICO

MSC.ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA

SECRETARIO GENERAL

LICDA. ANA RUTH AVELAR
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIO

LIC. CARLOS AMILCAR SERRANO RIVERA

FISCAL GENERAL

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES**



DECANO
MSC. CARLOS IVAN FRANCO

VICEDECANA
DRA. AZUCENA RETANA

SECRETARIO
LIC CARLOS DE JESUS SANCHEZ

DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADO
LIC. EVER ANTONIO PADILLA

DIRECTOR DE LA ESCUELA O JEFE DE DEPARTAMENTO
DR. AMADEO ARTURO CABRERA

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADO
LICDA. LUZ ESTELI GUEVARA DE DIAZ

INDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCION.....	3
1. MARCO TEORICO.....	5
1.1.2 SACROILEITIS.....	5
1.1.3 ANATOMÍA.....	5
1.1.4 CAUSAS DE LA SACROILEÍTIS.....	7
CAUSAS VISCERALES DE LA SACROILEÍTIS.....	8
1.1.5 SÍNTOMAS.....	8
1.1.6 LUMBAGO.....	9
Frecuencia de aparición.....	9
1.1.7 SÍNTOMAS.....	10
1.1.8 TIPOS.....	10
1.2 CONTEXTUALIZACIÓN.....	10
1.3 RELEVANCIA DEL CASO.....	11
1.4 BREVE REVISIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD.....	11
1.5 OBJETIVO DEL CASO CLINICO:.....	12
2 PRESENTACION DEL CASO.....	12
2.1 DATOS GENERALES DEL PACIENTE.....	12
2.2 MOTIVO DE CONSULTA:.....	13
2.3 HISTORIA CLÍNICA.....	13
2.4 EVALUACIÓN FÍSICA.....	13
PRUEBAS ESPECÍFICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL DORSAL Y LUMBAR.....	16
2.5 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.....	17
2.6 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DEFINITIVO.....	19
2.7 PLAN FISIOTERAPÉUTICO POR FASES.....	19
PLAN DE TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN 4 FASES.....	24
2.8 EVOLUCIÓN.....	26
3.2 JUSTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO.....	28
3.3 ENFOQUE FISIOTERAPÉUTICO ADOPTADO.....	29

3.4	ALTERNATIVAS DIAGNOSTICAS	29
3.5	ALTERNATIVAS FISIOTERAPÉUTICAS	29
3.6	PRONÓSTICO	30
3.7	LECCIONES APRENDIDAS.....	30
4.	CONCLUSIÓN	30
4.1	RESUMEN DE LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES DEL CASO.....	31
4.2	IMPORTANCIA CLÍNICA	31
4.3	APORTES A LA PRÁCTICA PROFESIONAL	32
4.4	RECOMENDACIONES	32
	BIBLIOGRAFIA.....	33
	ANEXOS	34

RESUMEN.

Paciente femenina de 25 años que acude a consulta por dolor irradiado en toda la extremidad inferior derecha, acompañado de adormecimiento completo del pie derecho y sensación de hormigueo nocturno. Refiere una evolución de 19 días, sin antecedentes traumáticos claros. El dolor se describe como quemante, aumenta al permanecer sentada por períodos prolongados y mejora parcialmente con la movilidad. Fue evaluada por un médico general, quien indicó estudios de imagen (Radiografía y Resonancia Magnética), encontrándose: escoliosis leve de convexidad derecha en la región dorsolumbar, abombamientos discales en niveles cervicales (C4-C6) y lumbares (L3-S1), rectificación de la columna en todos sus segmentos debido a espasmo muscular, así como discopatía grado III en L3-L4 y grado IV en L4-L5-S1. Estos hallazgos evidencian compromiso mecánico y neural, lo que genera dolor irradiado y limitación funcional significativa.

Durante la evaluación fisioterapéutica se identificó acortamiento de miembro inferior izquierdo, marcha antálgica y resultado positivo en la prueba de Laguerre, lo que confirma irritación en la articulación sacroilíaca derecha. Con base en la sintomatología y hallazgos clínicos, se estableció como diagnóstico definitivo sacroileítis asociada a lumbago.

El plan fisioterapéutico se diseñó en cuatro fases, incluyendo control del dolor mediante TENS y SIS, ejercicios de estabilización lumbopélvica, fortalecimiento progresivo, educación postural y prevención de recaídas. Tras 12 semanas, la paciente presentó mejoría en movilidad, disminución del dolor y reincorporación gradual a sus actividades laborales y recreativas. Este caso resalta la importancia de un diagnóstico temprano y un abordaje integral en patologías combinadas de columna y pelvis, favoreciendo la recuperación funcional y la calidad de vida.

Palabras claves: Sacroileítis, Lumbago, Abombamiento discal, Rectificación de columna.

ABSTRACT

A 25-year-old female patient presented with pain radiating throughout the entire right lower extremity, accompanied by complete numbness of the right foot and nighttime tingling sensations. She reported a 19-day progression of symptoms, with no clear history of trauma. The pain was described as burning, worsening after prolonged periods of sitting, and partially improving with movement.

She was evaluated by a general practitioner, who ordered imaging studies (X-ray and magnetic resonance imaging). The results revealed mild right-convex scoliosis in the thoracolumbar region, disc bulging at cervical levels (C4-C6) and lumbar levels (L3-S1), spinal straightening in all segments due to muscle spasm, as well as grade III disc disease at L3-L4 and grade IV at L4-L5-S1. These findings indicate mechanical and neural compromise, generating radiating pain and significant functional limitation.

During the physical therapy evaluation, shortening of the left lower limb, antalgic gait, and a positive Laguerre test were identified, confirming irritation of the right sacroiliac joint. Based on clinical symptoms and diagnostic findings, the definitive diagnosis was established as sacroiliitis associated with lumbago.

The physiotherapeutic plan was designed in four phases, including pain control through TENS and SIS, lumbopelvic stabilization exercises, progressive strengthening, postural education, and relapse prevention strategies. After 12 weeks of treatment, the patient demonstrated improved mobility, reduced pain, and gradual reintegration into her work and recreational activities.

This case highlights the importance of early diagnosis and comprehensive management in combined spinal and pelvic pathologies, promoting functional recovery and improving the patient's quality of life.

Keywords: Sacroiliitis, Lumbago, Disc bulging, Spinal straightening.

INTRODUCCION

En la práctica fisioterapéutica, los trastornos musculoesqueléticos relacionados con la columna vertebral representan una de las principales causas de consulta clínica, no solo por su alta prevalencia, sino también por su impacto directo en la funcionalidad, independencia y calidad de vida de las personas. Entre estas afecciones, la lumbalgia y la sacroileítis constituyen diagnósticos que frecuentemente coexisten, generando sintomatología compleja que compromete estructuras musculares, articulares y neurales, así como patrones de movimiento y postura.

La sacroileítis, definida como la inflamación de una o ambas articulaciones sacroilíacas, suele manifestarse con dolor profundo en región glútea, que puede irradiarse hacia las extremidades inferiores. Su origen puede ser multifactorial, involucrando tanto factores biomecánicos, como inflamatorios. Por otro lado, la lumbalgia, entendida como el dolor localizado en la región lumbar baja, representa una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. En ambos casos, el abordaje fisioterapéutico no solo debe centrarse en el alivio del dolor, sino también en la reeducación funcional, la corrección postural y la prevención de recaídas.

En este caso clínico adquiere particular relevancia al tratarse de una paciente joven, con diagnóstico confirmado de discopatía lumbar en grados avanzados y signos clínicos de sacroileítis derecha. Se pretende no solo lograr

la disminución de los síntomas dolorosos, sino también fomentar la autonomía
Y fortalecer las capacidades físicas residuales de la paciente.

1. MARCO TEORICO

1.1 BASE TEORICA

1.1.2 SACROILEITIS

La sacroileítis es una afección dolorosa que afecta a una o ambas articulaciones sacroilíacas. Estas articulaciones se encuentran en el punto de unión entre la parte inferior de la columna vertebral y la pelvis. La sacroileítis puede causar dolor y rigidez en los glúteos o en la parte baja de la espalda, y el dolor puede extenderse a una o ambas piernas. Estar de pie o sentado durante mucho tiempo o subir escaleras puede empeorar el dolor.

1.1.3 ANATOMÍA.

Articulación sacroilíaca.

La articulación sacroilíaca es una articulación sinovial formada entre el ilion del hueso coxal y el sacro de la columna vertebral. Las articulaciones sacroilíacas izquierda y derecha, junto con la sínfisis del pubis y la articulación sacrococcígea, componen las articulaciones de la cintura pélvica. La función principal de esta articulación es soportar el peso del esqueleto axial y transferirlo a los huesos coxales (figura 1). (1)

Caras articulares.

La articulación sacroilíaca es una articulación de tipo sinovial entre las carillas auriculares del sacro y el ilion. Aunque se clasifica como una articulación sinovial plana,

las carillas auriculares de la articulación sacroilíaca presentan reparos anatómicos bien marcados en forma de depresiones y elevaciones. (figura 2).

Ligamentos.

Debido a su posición y a la gran cantidad de peso que debe soportar, la articulación sacroilíaca debe estabilizarse con varios ligamentos. Los ligamentos principales de la articulación son los ligamentos sacroilíacos anterior y posterior, mientras que los ligamentos accesorios proporcionan estabilidad adicional: el ligamento sacrotuberoso y el ligamento sacroespinoso.

Ligamento sacroilíaco anterior.

El ligamento sacroilíaco anterior está compuesto por muchos filamentos delgados que forman una banda fuerte, ancha y plana. Se encuentra en la cara pélvica de la articulación, formando el componente anteroinferior de la cápsula articular.

Ligamento sacroilíaco posterior.

El ligamento sacroilíaco posterior es un ligamento compuesto formado por tres bandas distintas. Se encuentra posterior y superior a la articulación, llenando el espacio entre las tuberosidades correspondientes del ilion y el sacro. Las bandas que componen este ligamento son las siguientes:

Ligamento sacroilíaco interóseo: Una banda corta pero muy fuerte que cruza el espacio entre el sacro y el ilion en la cara posterior de la articulación uniéndose a sus tuberosidades, justo detrás de las carillas auriculares.

Ligamento sacroilíaco posterior corto: Un ligamento corto que se encuentra superficial al ligamento sacroilíaco interóseo. Llena la parte superior

del espacio entre el ilion y el sacro.

Ligamento sacroilíaco posterior largo: Una banda larga que es la más superficial de los ligamentos sacroilíacos posteriores. Se extiende desde la espina ilíaca posterior superior hasta los tubérculos transversos tercero y cuarto del sacro.

Ligamentos accesorios.

Los ligamentos accesorios ayudan a los ligamentos principales y contribuyen a la estabilidad de la articulación sacroilíaca. La función principal de estos ligamentos es evitar la inclinación hacia adelante del promontorio del sacro.

Ligamento sacrotuberoso: Un ligamento triangular plano que tiene varias inserciones superiores; una banda del ligamento surge en el espacio entre las espinas ilíacas posterior superior y posterior inferior, donde se fusiona parcialmente con los ligamentos sacroilíacos posteriores.

Ligamento sacroespinoso: Una delgada banda triangular que se encuentra en la profundidad del ligamento sacrotuberoso. Se origina en el borde de los segmentos sacro inferior y coccígeo superior, anterior al ligamento sacrotuberoso (2).

1.1.4 CAUSAS DE LA SACROILEÍTIS.

Habitualmente es una lesión que aparece durante o después de etapas prolongadas de estrés físico y emocional, el paciente suele presentar:

- Sobrecarga o inflamación en los ligamentos y tejido blando de la articulación sacroilíaca debido a actividades repetitivas.

- Desalineación de la pelvis, que puede deberse a malas posturas continuas, desequilibrio y debilidad muscular o lesiones previas en la zona lumbar.
- Cicatrices que se han complicado en una cesárea, laparoscopias de ovarios, apendicitis pueden causar también una sacroileítis.
- Hernias discales o compresión de las raíces nerviosas S1-S2 que a veces pueden ocurrir después de una caída (3).

CAUSAS VISCERALES DE LA SACROILEÍTIS.

Habitualmente los dolores referidos por las vísceras tienen un horario más concreto de dolor y a veces aumentan por la noche. La asociación que existe es la siguiente:

- **Sacroileítis derecha:** posible disfunción benigna de intestino delgado, próstata, útero debido a los ligamentos sacrouterinos, ovarios.
- **Sacroileítis izquierda:** posible colon irritable, disfunción del riñón tras una etapa prolongada de estrés o angustia, útero debido a los ligamentos sacrouterinos, ovarios.
- Hacemos un inciso para comentar que en algunos casos -muy pocos- una sacroileítis bilateral puede ser consecuencia de una Espondilitis Anquilosante, que es una enfermedad inflamatoria que genera fusiones óseas en columna y pelvis (3)

1.1.5 SÍNTOMAS.

- Dolor en la parte baja de la espalda, pero ligeramente desviados hacia la derecha o hacia la izquierda (en las articulaciones sacroilíacas), que puede irradiarse hacia las caderas, glúteos e incluso hacia las piernas.
- Rigidez en la zona lumbar baja.
- Dificultad para estar de pie quieto o sentado durante períodos prolongados.
- Sensación de bloqueo en la zona afectada, les cuesta andar erguidos.

- Dolor al levantarse después de estar sentado o acostado un tiempo prolongado.
- Dolor al darse la vuelta en la cama.
- Suele mejorar cuando calentamos y llevamos andando un tiempo. Empeora en reposo y por las noches si es de motivo visceral (4)

1.1.6 LUMBAGO.

El Lumbago es el dolor localizado en la parte inferior o baja de la espalda, cuyo origen tiene que ver con la estructura musculoesquelética de la columna vertebral. Se trata de un dolor local acompañado de dolor referido o irradiado que no se produce como consecuencia de fracturas, espondilitis, traumatismos ni causas neoplásicas, neurológicas, infecciosas, vasculares, endocrinas, metabólicas, ginecológicas ni psicósomáticas.

Esta patología afecta tanto a personas jóvenes, como adultas y mayores y aparece tanto en trabajos sedentarios, como en aquellos que implican un gran esfuerzo físico. Se favorece la aparición de este síntoma en las acciones donde se involucran movimientos de flexión o la combinación de flexión con torsión del tronco, así como los trabajos donde las acciones sean repetitivas, en entornos vibratorios y con sobrecargas continuas en posiciones estáticas. Aproximadamente el 80% de la población ha tenido o tendrá alguna lumbalgia durante su vida.

Frecuencia de aparición.

- La espondilitis anquilosante tiene mayor frecuencia en el varón joven.
- Las infecciones van a ser más frecuentes en mayores de 50 años.
- Los cuadros crónicos y degenerativos son más frecuentes entre los 45 y 65 años.

1.1.7 SÍNTOMAS.

Las manifestaciones más comunes de la lumbalgia son el dolor local o irradiado, la inflamación y la presencia de contracturas musculares.

Por otra parte, según el grado de afectación y compresión radicular se pueden producir alteraciones de la sensibilidad (anestesia, hipoanestesia, hiperestesia, hormigueo, etc.) y alteraciones del movimiento (paresia, parálisis, entre otras).

1.1.8 TIPOS

En la actualidad, no existe una clasificación específica de la lumbalgia. No obstante, muchos especialistas distinguen dos categorías:

- Lumbalgia específica: en este tipo se incluyen los diagnósticos de lumbalgia con causa conocida, aproximadamente el 20% de los casos.
- Lumbalgia inespecífica: supone el 80% restante e incluye todos los casos en los que no se conoce la causa específica que provoca el dolor (5).

1.2 CONTEXTUALIZACIÓN.

En El Salvador, los trastornos musculoesqueléticos, especialmente los relacionados con la columna vertebral, representan una causa común de consulta médica y de derivación a Fisioterapia, incluso en personas jóvenes. Factores como el sedentarismo, las malas posturas laborales (particularmente en personas que trabajan largas jornadas frente a una computadora o en bipedestación), el estrés y la falta de cultura preventiva en salud postural, contribuyen al aumento de casos de lumbalgias, radiculopatías y discopatías.

Aunque la mayoría de los casos son abordados de forma conservadora, la falta de seguimiento temprano y la automatización retrasan el inicio del tratamiento. Desde el rol de la fisioterapia, el manejo en estos casos se enfoca en el alivio del dolor, la descomposición neural, la relajación muscular y la reeducación postural, utilizando medios físicos y ejercicio terapéutico.

1.3 RELEVANCIA DEL CASO.

Este proyecto es relevante por tratarse de una paciente joven, Ingeniera Civil, cuyo trabajo le exige permanecer de pie durante largos periodos, lo cual representa un factor de riesgo biomecánico significativo para el desarrollo de alteraciones a nivel de la columna vertebral.

La presencia de discopatía lumbar avanzada con irradiación dolorosa y compromiso sensitivo en el miembro inferior derecho evidencia una afectación funcional que puede interferir directamente con sus actividades laborales y su calidad de vida.

Además, la combinación de hallazgos como escoliosis leve, abombamientos discales cervicales y lumbares, y rectificación por espasmo muscular refleja una descompensación postural generalizada que requiere una intervención fisioterapéutica integral y personalizada. Este caso subraya la importancia del abordaje temprano para evitar la cronificación del dolor, prevenir el deterioro neurológico y favorecer la reintegración plena a la actividad laboral.

1.4 BREVE REVISIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD.

La combinación de lumbago y sacroileítis en una paciente joven representa un problema de salud de gran relevancia, ya que ambas condiciones generan dolor persistente y limitación funcional. Este cuadro no solo afecta la movilidad y la postura, sino que también interfiere con las actividades de la vida diaria y el desempeño laboral, reduciendo la calidad de vida.

Además, la coexistencia de factores mecánicos, posturales e inflamatorios aumenta la complejidad del abordaje terapéutico, haciendo necesario un tratamiento integral y temprano que evite complicaciones mayores y favorezca la reincorporación plena de la paciente a sus actividades cotidianas.

1.5 OBJETIVO DEL CASO CLINICO:

Abordar mediante el tratamiento fisioterapéutico la inflamación de la articulación sacroilíaca en paciente joven, enfocando el tratamiento en el alivio del dolor y la recuperación funcional.

2 PRESENTACION DEL CASO

2.1 DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre: Julia Alejandra Canales Joya

Edad: 25 años.

Sexo: Femenino.

Ocupación: Ingeniera Civil.

Fecha de evaluación: 08-01-25

Diagnóstico: Lumbago + Sacroileítis.

Teléfono: 7938-7084

2.2 MOTIVO DE CONSULTA:

Paciente femenina acude a Fisioterapia por cuadro de lumbalgia con irradiación hacia región glútea derecha. El dolor ha sido motivo de consulta médica previa y afecta su movilidad y tolerancia a la actividad física. Se solicita evaluación y abordaje fisioterapéutico para manejo del dolor y mejora funcional.

Antecedentes médicos relevantes: Paciente femenino con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico, en seguimiento médico.

2.3 HISTORIA CLÍNICA.

Recibo paciente femenino de 25 años de edad con el diagnóstico antes mencionado, con un periodo de evolución de 19 días, de causa idiopática. Paciente manifiesta presentar el dolor en toda su pierna derecha y adormecimiento total de su pie. Acudió a médico que la remitió a realizarse exámenes de RX y RM, como resultado de los exámenes se observa ligera escoliosis de convexidad derecha en columna dorsolumbar, abombamientos discales en niveles de C4, C5, C6, L3, L4, L5 – S1; rectificación de la columna cervical, dorsal y lumbar en relación con espasmo muscular y discopatía grado III en L3 – L4 y grado IV en L4, L5 – S1. (figura 3 y 4)

2.4 EVALUACIÓN FÍSICA.

- **Dolor:** Si presenta, en Escala de EVA (5), en glúteo derecho y que irradia a todo miembro inferior, es un dolor de tipo quemante y que empeora al permanecer mucho tiempo en la posición sentada. Dolor acompañado con adormecimiento y sensación de hormigueo en los pies por las noches.
- **Inflamación:** No presenta.

- **Edema:** No presenta.
- **Sensibilidad:** Conservada.
- **Tono muscular:** Normal.
- **Espasmos Musculares:** En musculatura lumbar.
- **Estado de la piel:** normal.
- **Acortamiento:** Si presenta, 2 cms + del miembro inferior izquierdo. (Figura 3)
- **Marcha:** Antálgica.

Test Articular (figuras 4 - 5):

- **Flexión de tronco:** 55°
- **Extensión de tronco:** 58°
- **Inclinación lateral derecha:** 35°
- **Inclinación lateral izquierda:** 30°

Test Muscular:

- **Fuerza muscular de columna:** Grado 4.
- **Fuerza muscular de miembro inferior:** Grado 4.

Test Postural (figura 6).

Vista Anterior	Vista Posterior	Vista Lateral
<ul style="list-style-type: none"> - Cabeza: Flexión - Hombros: Hombro izquierdo más elevado, hombro derecho leve depresión. - Tetillas: Asimétricas. - Pliegues: Pronunciados más en el lado izquierdo que el derecho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cabeza: Normal - Hombros: Hombro izquierdo más elevado, hombro derecho leve depresión. - Escapulas: Leve ABD. - Columna: leve escoliosis de convexidad derecha 	<ul style="list-style-type: none"> - Cabeza: Flexión - Hombros: Antepulsión. - Columna: Aumento leve de cifosis cervical. - Tetillas: Asimétricas. - Pliegues: Más pronunciado en el lado izquierdo.
<ul style="list-style-type: none"> - Caderas: Izquierdo leve elevación, lado derecho en depresión. - Acortamiento de miembros: inferiores. 2 cms + del lado izquierdo. - Rodillas: normal alineadas. - Tobillos: normal, alienados. 	<ul style="list-style-type: none"> - en columna dorsolumbar. - Pliegues: Pronunciados más en el lado izquierdo que el derecho. - Caderas: Izquierdo leve elevación, lado derecho en depresión. - Rodillas: normal alineadas. - Tobillos: normal, alienados. 	<ul style="list-style-type: none"> - en el lado izquierdo que el derecho. - Caderas: Anteversión. - Rodillas: alineadas. - Tobillos: normal, alienados.

PRUEBAS ESPECÍFICAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL DORSAL Y LUMBAR.

- 1-** Se realizó la Prueba de Extensión de la pierna, en decúbito prono con activación contra resistida. Paciente refirió leve molestia en región glútea derecha, sin irradiación ni signos de dolor intenso. Prueba considerada negativa al no reproducir sintomatología característica, ni generar limitación funcional.

- 2-** Se realizó la Prueba de Signo de Lasegue en Sedestación. Se solicitó a la paciente flexionar la articulación coxofemoral manteniendo la pierna en extensión. La maniobra se completó sin provocar dolor lumbar ni irradiación hacia extremidad inferior. Resultado negativo.

- 3-** Se realizó la Prueba de Laguerre, con la paciente en decúbito supino. Se efectuó una flexión de 90° de cadera y rodilla, seguida de abducción y rotación externa de la articulación coxofemoral derecha. La maniobra provocó dolor en miembro inferior derecho, región glútea media y articulación sacroilíaca derecha. Prueba considerada positiva.

2.5 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS



CLÍNICA RADIOLÓGICA & LABORATORIO CLÍNICO

Dr. Mendoza

"Credibilidad y Honestidad"

Nombre del Paciente	No. de Orden	Edad	Género	Fecha de Reporte
JULIA ALEJANDRA CANALES JOYA	12702	25 Años	Femenino	23/12/2024
Nombre del Médico Referente:				
CESAR MAURICIO DERAS BARRIENTOS				

RM COLUMNA LUMBAR + PANORAMICA

SE PRACTICO RM DE LA COLUMNA LUMBOSACRA, CON EQUIPO SIEMENS MAGNETOM C, REALIZANDO SECUENCIAS DE PULSOS SPIN ECO, FAST SPIN ECO POTENCIADOS EN T1, T2, EN EL EJE SAGITAL, ADEMÁS DE CORTES AXIALES EN LOS DISCOS INTERVERTEBRALES Y SECUENCIAS PANORAMICAS, ENCONTRANDOSE QUE:

LA SECUENCIA PANORAMICA MUESTRA RECTIFICACION DE LA LORDOSIS CERVICAL, LA CIFOSIS DORSAL Y LORDOSIS LUMBAR TAMBIEN SE OBSERVAN LIGERAMENTE RECTIFICADAS. HAY LEVE ESCOLIOSIS DE CONVEXIDAD DERECHA DE LA COLUMNA DORSAL Y LUMBAR. LA ESTATURA DE LOS CUERPOS VERTEBRALES ES NORMAL. NO SE APRECIAN FRACTURAS NI CONTUSIONES DE LOS CUERPOS VERTEBRALES. NO SE OBSERVAN PROTRUSIONES DISCALES A NIVEL DORSAL, PERO A NIVEL CERVICAL SE OBSERVAN ABOMBAMIENTOS DISCALES EN C4-C5 Y C5-C6. LOS DISCOS INTERVERTEBRALES CONSERVAN ADECUADA HIPERINTENSIDAD, NO SIGNOS QUE SUGIERAN DISCOPATIA DEGENERATIVA A ESTE NIVEL. LA MEDULA ESPINAL PRESENTA INTENSIDAD DE SEÑAL NORMAL EN LA SECUENCIA PANORAMICA T2.

AL HACER ENFASIS EN LA REGION LUMBAR, SE ENCUENTRA QUE:

LOS PLATILLOS TERMINALES PRESENTAN ADECUADA INTENSIDAD DE SEÑAL EN SECUENCIAS T1 Y T2. SIN EVIDENCIAS DE CAMBIOS MODIC. SE OBSERVAN CAMBIOS DESECATIVOS A NIVEL DEL DISCO DE L4-L5 Y L5-S1. SE IDENTIFICAN OSTEOFITOS MARGINALES INCIPIENTES POSTERIORES.

EN EL NIVEL DE L3-L4 SE DEMUESTRA ABOMBAMIENTO SIMETRICO, NO REDUCCION DE LOS RECESOS LATERALES, SIN CONTACTO RADICULAR.

EL NIVEL DE L4-L5, SE OBSERVA PROTRUSION DISCAL POSTEROCENTRAL, NO HAY REDUCCION DE LOS RECESOS LATERALES, PERO SI CONDICIONA CANAL ESTRECHO RELATIVO CON UN DIAMETRO ANTEROPOSTERIOR DE 14.3. MMS, NO CONDICIONA CONTACTO RADICULAR AL MOMENTO.

EN EL NIVEL DE L5-S1 SE OBSERVA PROTRUSION DISCAL POSTEROCENTRAL, NO HAY REDEUCCION DE LOS RECESOS LATERALES, NO CONDICIONA CONTACTO RADICULAR AL MOMENTO.

HAY HIPERTROFIA DE LIGAMENTO AMARILLO Y DE LAS FACETAS ARTICULARES DESDE L3-L4 HASTA L5-S1, CON HIDRARTROSIS BILATERAL EN L2-L3, L3-L4 Y L4-L5. LA MIOLORESONANCIA NO DEMUESTRA COMPRESIONES PATOLOGICAS. NO SE OBSERVA BLOQUEO DEL SACO DURAL.

LOS ELEMENTOS DE ARCOS POSTERIORES TIENEN CONFIGURACIÓN NORMAL.

NO HAY ALTERACIONES DE TEJIDOS BLANDOS PARAVERTEBRALES.

SE IDENTIFICA NORMAL AMPLITUD DE LOS FORÁMENES DE CONJUNCIÓN.

Gracias por confiarnos su salud...

Clinica #1: 9a Avenida Sur, No. 411, Barrio La Merced, San Miguel
Plaza Farid: Av. Roosevelt Norte #412, Barrio San Felipe, San Miguel
Advanced Radiology: Av. Roosevelt Norte #411, San Miguel

Teléfonos: (503) 2661-2345 / (503) 2669-7475

E-mail: clinicadmendoza@hotmail.com



CLÍNICA RADIOLÓGICA & LABORATORIO CLÍNICO

Dr. Mendoza

"Credibilidad y Honestidad"

x

Nombre del Paciente	No. de Orden	Edad	Género	Fecha de Reporte
JULIA ALEJANDRA CANALES JOYA	12702	25 Años	Femenino	23/12/2024

Nombre del Médico Referente:

CESAR MAURICIO DERAS BARRIENTOS

CONCLUSION:

- ABOMBAMIENTO DISCAL SIMETRICO EN EL NIVEL DE L3-L4, NO REDUCCION DE LOS RECESOS LATERALES, SIN CONTACTO RADICULAR.
- PROTRUSION DISCAL POSTEROCENTRAL EN EL NIVEL DE L4-L5, NO HAY REDUCCION DE LOS RECESOS LATERALES, PERO SI CONDICIONA CANAL ESTRECHO RELATIVO, NO CONDICIONA CONTACTO RADICULAR AL MOMENTO.
- PROTRUSION DISCAL POSTEROCENTRAL EN EL NIVEL DE L5-S1 , NO HAY REDUCCION DE LOS RECESOS LATERALES, NO CONDICIONA CONTACTO RADICULAR AL MOMENTO.
- CAMBIOS ESPONDILOTICOS LEVES EN COLUMNA LUMBAR
- DISCOPATIA DEGENERATIVA GRADO III EN L3-L4 Y GRADO IV EN L4-L5 Y L5-S1
- RECTIFICACION DE LA COLUMNA CERVICAL, DORSAL Y LUMBAR EN RELACION CON ESPASMO MUSCULAR
- TENDENCIA ESCOLIOTICA DE CONVEXIDAD DERECHA DE LA COLUMNA DORSAL Y LUMBAR
- ABOMBAMIENTOS DISCALES DIFUSOS EN C4-C5 Y C5-C6

DRA. MILADYS AGUSTINA HENRIQUEZ

Médico Radiólogo

Gracias por confiarnos su salud...

Clinica #1: 9a Avenida Sur, No. 411, Barrio La Merced, San Miguel
 Plaza Farid: Av. Roosevelt Norte #412, Barrio San Felipe, San Miguel
 Advanced Radiology: Av. Roosevelt Norte #411, San Miguel

Teléfonos: (503) 2661-2345 / (503) 2669-7475

E-mail: clinicadmendoza@hotmail.com

2.6 DIAGNOSTICO PRESUNTIVO Y DEFINITIVO

- **Diagnostico presuntivo:** Lumbago ya que es mas un sintoma que una enfermedad en si.
- **Diagnostico definitivo:** Sacroileitis ya que se puede corroborar con estudios de imagen (RM, radiografía), y tiene criterios diagnósticos más definidos. Por eso se considera un diagnóstico real, específico y principal, ya que sí identifica la estructura y la patología de base.

2.7 PLAN FISIOTERAPÉUTICO POR FASES

Fase	Objetivo	Tratamiento
Fase 1: Disminución del dolor y relajación muscular (Semana 1 a 3)	Disminuir el dolor en la región lumbar e irradiado, relajar la musculatura paravertebral y zona glútea, reducir la irritabilidad neural y preparar tejidos para el movimiento.	• Uso del TENS en zona paravertebral lumbar (L3-S1) y/o glúteo derecho. Parámetros: 80–100 Hz, 100–150 μ s, intensidad sensitiva, 15 minutos.

		<ul style="list-style-type: none"> • SIS (Sistema Súper Inductivo): Alivio del dolor crónico. 50 Hz, 1.9–2.4 T, 10 minutos en zona L3–S1 o glúteo derecho.
<p>Fase 2: Activación del core y estabilización lumbopélvica (Semana 4 a 6)</p>	<p>Reeducar el control motor, activar musculatura profunda del abdomen, mejorar postura y estabilidad de la columna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bicicleta estática: 8–10 minutos. • Respiración diafragmática y activación del transverso abdominal: 3x5 repeticiones. • Contracciones isométricas de glúteos. • Estiramientos de isquiotibiales con banda elástica. • Compresa caliente: 12 minutos en zona lumbar y glúteo derecho.

		<ul style="list-style-type: none"> • SIS: Estimulación muscular tónica. 20 Hz, 2.0–2.5 T, 10–12 minutos. • Masaje terapéutico manual en zona paravertebral lumbar.
Fase 3: Fortalecimiento funcional progresivo (Semana 5 a 8)	Aumentar fuerza y control de la musculatura estabilizadora y mejorar tolerancia al movimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Bicicleta estática: 10–15 minutos sin resistencia. • Puente de glúteos con banda elástica: 3x10 repeticiones. • Marcha sentada alterna con banda elástica: 3x12 repeticiones. • Sentadillas asistidas con apoyo en pared: 3x10 repeticiones.

		<ul style="list-style-type: none"> • Step-up en plataforma baja: 3x8 por pierna. • TENS post ejercicio: 60–100 Hz, 100 μs, 20 minutos. • SIS: Resistencia. 30–35 Hz, 2.0–2.8 T, 12–15 minutos. • Masaje terapéutico manual (opcional).
<p>Fase 4: Retorno a la funcionalidad y prevención de recaídas (Semana 9 a 12)</p>	<p>Consolidar funcionalidad, mantener control postural, fomentar autocuidado y manejo de síntomas crónicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento funcional en bipedestación: 3x6 pasos. • Equilibrio unipodal sobre colchoneta: 2x20 segundos por pierna. • Transferencias de peso con rotación de tronco en sedestación: 3x8 repeticiones. • Ejercicios con banda elástica en brazos

		<p>(remo, elevación frontal): 2x10 repeticiones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compresa caliente (opcional post jornada laboral): 15 minutos. • SIS: Relajación muscular. 10–20 Hz, 1.5–2.0 T, 10 minutos. • Masaje manual.
--	--	---

VALORACIÓN OCUPACIONAL.

Autonomía en AVD (según entrevista ocupacional) (figura 7):

- **Autocuidado:** Conservado, pero con dificultad al vestirse (especialmente calzado).
- **Movilidad funcional en casa:** moderadamente limitada en escaleras y al estar de pie en cocina.
- **Trabajo:** Dolor interfiere en la concentración y realización de su trabajo debido a postura prolongadas en bipedestación y en sedestación al trasladarse en automóvil disminuyendo su desempeño laboral.
- **Ocio:** Disminuido por miedo al dolor y cansancio.
- **Estado emocional:** Ansiedad leve relacionada al dolor crónico y temor a agravar su condición.

PLAN DE TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL EN 4 FASES

Fase	Objetivos	Tratamiento
Fase 1: Semanas 1 a 3	<ul style="list-style-type: none"> - Control del dolor mediante adaptación de las actividades. - Evitar sobrecarga de la articulación sacroilíaca. - Mantener autonomía básica en AVD. - Prevenir inmovilidad y desuso. 	<ul style="list-style-type: none"> - reeducación postural para sedestación, levantarse de la cama, usar el baño, etc. - Uso de cojines ergonómicos y soportes lumbares. - Adaptación del entorno (silla con apoyo lumbar, mesa adecuada). - Técnicas de conservación de energía. - Actividades significativas en posiciones antálgicas.

Fase 2: Semanas 4 a 6	<ul style="list-style-type: none"> - Reentrenar AVD instrumentales (cocinar, compras, limpieza liviana). 	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica guiada de tareas domésticas adaptadas. - Ahorro de energía.
Fase 3: Semanas 7-8	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar tolerancia a la actividad y resistencia. - Promover patrones de movimiento seguros. - Trabajar la confianza. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios ocupacionales funcionales (bandas, actividades con propósito). - Técnicas de resolución de problemas (alcanzar objetos, seguridad). - Reentrenamiento en habilidades cognitivas si el dolor interfiere. - Actividades recreativas terapéuticas para reducir el estrés.

Fase 4: Semanas 9 a 12	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener autonomía plena en las actividades significativas. - Favorecer reincorporación al trabajo. - Reforzar hábitos posturales saludables. - Prevenir recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación ergonómica del puesto de trabajo o estudio. - Reintegración progresiva a rutinas previas (cocina, ocio, ejercicio). - Actividades para reforzar identidad
		<p>ocupacional (arte, interacción social, escritura).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plan personalizado de manejo del dolor a largo plazo (como uso de cojines y posturas antalgicas).

2.8 EVOLUCIÓN

Fase 1 (Semanas 1 a 3): Control del dolor y relajación muscular la paciente refiere disminución progresiva del dolor en región lumbar y glútea derecha, pasando de EVA 5 a EVA 3 al finalizar la fase. El adormecimiento del pie se reduce. Tolera adecuadamente las sesiones con TENS y SIS. La marcha antálgica se mantiene, pero con menor rigidez al iniciar la deambulación.

Fase 2 (Semanas 4 a 6): Se observa mayor rango de movimiento en flexión y extensión de tronco, con reducción de la sensación de bloqueo articular. Refiere mejor tolerancia a las posturas prolongadas y menor dolor nocturno. La aplicación de calor, SIS y masaje favoreció la recuperación funcional.

Fase 3 (Semanas 7 a 8): Fortalecimiento funcional progresivo: La paciente incrementa la fuerza de la musculatura de columna y miembro inferior. Realiza sentadillas asistidas y puente de glúteos sin dolor significativo. Se aprecia mejor control postural al caminar y menor dependencia de posturas antálgicas. El dolor residual se mantiene en EVA 1–2 posterior a esfuerzos físicos prolongados.

Fase 4 (Semanas 9 a 12): Retorno a la funcionalidad y prevención de recaídas: La paciente retoma sus actividades laborales con mayor seguridad, logrando permanecer de pie y sentada por periodos más prolongados sin dolor incapacitante. Realiza ejercicios de equilibrio y entrenamiento funcional en bipedestación sin dificultad. Se observa corrección parcial de patrones posturales alterados y adecuada integración de hábitos de autocuidado (uso de cojines lumbares, pausas activas en trabajo). Manifiesta disminución de la ansiedad relacionada al dolor y reincorpora actividades recreativas.

Resultado final: Evolución favorable con reducción significativa del dolor, recuperación de fuerza y movilidad, mejor tolerancia a las actividades de la vida diaria y reincorporación funcional progresiva a su entorno laboral y social.

3. DISCUSIÓN

3.1 COMPARACIÓN CON LITERATURA ACTUAL.

En la antigüedad, la sacroileítis se confundía con lumbalgia común, el diagnóstico dependía de la observación de síntomas visibles, y los tratamientos eran limitados y menos específicos, lo que resultaba en un dolor más intenso y prolongado con menor capacidad de tratamiento. La sacroileítis ahora se comprende mejor y se trata de manera más efectiva gracias a la tecnología moderna y el conocimiento médico, que permiten un diagnóstico temprano (incluso antes de la aparición de dolor evidente).

Desde el enfoque fisioterapéutico, la evidencia respalda el uso de movilizaciones, ejercicios de estabilización lumbo-pélvica y control del dolor mediante modalidades físicas, estrategias que en este caso mostraron mejoras en movilidad y disminución del dolor. Esto refuerza la importancia de intervenciones tempranas, personalizadas y basadas en evidencia para optimizar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente.

3.2 JUSTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y MANEJO

El diagnóstico se establece por la combinación de signos clínicos específicos y la evaluación funcional del paciente, priorizando la identificación de limitaciones y factores desencadenantes. El manejo fisioterapéutico se centra en estrategias personalizadas que promuevan la corrección postural, la reeducación del movimiento y la prevención de recaídas, garantizando así una recuperación funcional sostenida.

3.3 ENFOQUE FISIOTERAPÉUTICO ADOPTADO

Se prioriza un abordaje individualizado que integra ejercicios de fortalecimiento, control postural y manejo del dolor, ajustando la intensidad y modalidad según la tolerancia del paciente para maximizar la recuperación funcional.

3.4 ALTERNATIVAS DIAGNOSTICAS

- **Discopatía lumbar:** Alteración de los discos intervertebrales, que puede provocar dolor lumbar irradiado.
Explicación: Puede confundirse con sacroileítis debido a la irradiación del dolor hacia glúteos y muslos; se confirma con resonancia magnética.
- **Síndrome de piriforme:** Compresión del nervio ciático por el músculo piriforme. **Explicación:** Provoca dolor glúteo y dificultad para la movilidad de cadera; se diferencia por pruebas específicas de tensión del nervio ciático.
- **Osteoartritis de cadera:** Degeneración de la articulación coxofemoral.
Explicación: Dolor en región inguinal o glútea y limitación de la marcha; se confirma mediante radiografía y clínica.
- **Espondilitis anquilosante:** Enfermedad inflamatoria crónica de la columna y articulaciones sacroilíacas.
Explicación: Presenta rigidez matutina y dolor lumbar persistente; se diferencia con criterios clínicos y marcadores serológicos.

3.5 ALTERNATIVAS FISIOTERAPÉUTICAS

- **Movilización articular de la sacroilíaca:** Técnicas manuales suaves para mejorar la movilidad articular.
Explicación: Ayuda a reducir la rigidez y mejorar la función lumbo-pélvica.

- **Ejercicios de estabilización lumbo-pélvica:** Fortalecimiento del core y músculos profundos de la espalda y pelvis.
Explicación: Previene compensaciones musculares y mejora el control postural.
- **Terapia de control del dolor (TENS, calor/frío, ultrasonido): Aplicación de modalidades físicas para disminuir la percepción del dolor.**
Explicación: Permite la movilización más segura y mejora la adherencia a los ejercicios.
- **Reeducación postural y funcional:** Enseñanza de patrones de movimiento correctos y ergonomía.
Explicación: Minimiza la sobrecarga en la articulación sacroilíaca y reduce el riesgo de recaídas.

3.6 PRONÓSTICO

Con el manejo fisioterapéutico aplicado, se espera alivio del dolor y mejora de la estabilidad pélvica en el corto plazo. La funcionalidad y la capacidad para realizar actividades diarias deberían normalizarse gradualmente, siempre que se mantenga un enfoque individualizado y seguimiento constante.

3.7 LECCIONES APRENDIDAS

- La importancia de un diagnóstico preciso mediante examen clínico y apoyo de imágenes.
- La fisioterapia individualizada y progresiva es clave para la recuperación funcional.
- Integrar manejo del dolor, fortalecimiento y educación postural optimiza los resultados.
- La adherencia del paciente y el seguimiento constante influyen directamente en la evolución.

4. CONCLUSIÓN

En este estudio de caso hemos podido evidenciar que la sacroileítis es un problema que afecta tanto la movilidad como la funcionalidad diaria del paciente. La experiencia nos permitió reconocer la importancia de una evaluación completa y del uso de estudios de imagen para orientar correctamente el diagnóstico. Además, aprendimos que un plan de fisioterapia adaptado a las necesidades del paciente puede marcar una diferencia significativa en la recuperación. La participación activa del paciente, la constancia en las sesiones y la educación sobre hábitos posturales son factores clave que favorecen a resultados positivos y sostenibles en el tiempo. En conjunto, este proyecto reforzó nuestro aprendizaje sobre la aplicación de la evidencia científica a la práctica clínica y la relevancia de un abordaje integral centrado en el paciente.

4.1 RESUMEN DE LOS ASPECTOS MÁS RELEVANTES DEL CASO

- **Síntomas principales:** Dolor lumbar y glúteo que afecta la función diaria.
- **Evaluación:** Diagnóstico confirmado mediante examen clínico y estudios de imagen.
- **Intervención fisioterapéutica:** Movilización, ejercicios de estabilidad, control del dolor y educación postural.
- **Resultados esperados:** Mejora de la movilidad, reducción del dolor y reincorporación a actividades cotidianas.

4.2 IMPORTANCIA CLÍNICA

La sacroileítis no solo genera dolor, sino que también limita la funcionalidad diaria del paciente. Por eso, consideramos esencial un enfoque fisioterapéutico adaptado, que combine alivio del dolor, fortalecimiento y educación postural, para favorecer la recuperación y prevenir futuras complicaciones.

4.3 APORTES A LA PRÁCTICA PROFESIONAL

Al desarrollar este caso, aprendimos la importancia de adaptar cada intervención a la realidad del paciente, considerando su dolor, movilidad y estilo de vida. Nos permitió valorar cómo un enfoque integral, que combine ejercicios, manejo del dolor y educación, mejora los resultados y nos prepara mejor para enfrentar situaciones similares en la práctica clínica.

4.4 RECOMENDACIONES

- Seguir las sesiones de fisioterapia y realizar los ejercicios en casa según las indicaciones, para favorecer la recuperación.
- Prestar atención a la postura en las actividades diarias y hacer los ajustes necesarios para no sobrecargar la articulación.
- Utilizar técnicas de control del dolor cuando sea necesario, para poder continuar con los ejercicios sin molestias.
- Mantener un seguimiento constante con el fisioterapeuta para ajustar el tratamiento según la evolución.
- Adoptar hábitos que protejan la espalda y pelvis, evitando movimientos bruscos o sobreesfuerzos que puedan generar recaídas.

BIBLIOGRAFIA

1. • DCS. KENHUB. [Online].; 2023 [cited 2025 07 12. Available from:
<https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/articulacion-sacroiliaca>.
2. Serrano DC. KENHUB. [Online].; 2023 [cited 2025 07 12. Available from:
<https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/articulacion-sacroiliaca>.
3. Dávila AS. Fisioterapia Goya. [Online].; 2024 [cited 2025 07 31. Available from:
<https://www.fisioterapiagoya.es/sacroileitis-causas-sintomas-tratamiento/>.
4. Frank H. Netter. Atlas de Anatomía Humana. 8th ed. Elsevier España SL, editor.
Barcelona : Elsevier; 2022.
5. A. CM. Cuidate Plus. [Online].; 2025 [cited 2025 07 13. Available from:
<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/musculos-huesos/lumbalgia.html>.
6. Personal de Mayo Clinic. Mayo Clinic. [Online].; 2024 [cited 2025 07 12. Available from:
<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/sacroiliitis/symptoms-causes/syc-20350747>.

ANEXOS

FIGURA 1



FIGURA 2

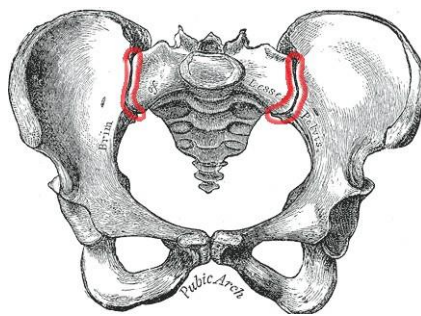


FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7

**Índice de Barthel – Valoración Funcional de Independencia en las
Actividades Básicas de la Vida Diaria**

Actividad	Opciones	Puntaje
Comer	Totalmente independiente	<u>10</u>
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente. Entra y sale solo del baño	<u>5</u>
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	<u>5</u>
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	<u>5</u>
	Dependiente	0
Deposiciones	Continente	<u>10</u>

	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para	5
	administrar supositorios o lavativas	
	Incontinente	0
Micción	Continente o es capaz de cuidarse la sonda	<u>10</u>
	Ocasionalmente, máx. un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	Incontinente	0
Usar el retrete	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	<u>10</u>
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	<u>15</u>
	Mínima ayuda física o supervisión	10

	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m	<u>10</u>
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión	<u>5</u>
	Dependiente	0
Total :	85 puntos	

VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD FUNCIONAL

Puntaje total	Interpretación
100	Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)
60	Dependencia leve
35–55	Dependencia moderada
20–35	Dependencia severa
20	Dependencia total