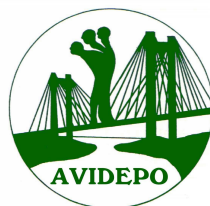


# LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Guía  
del Paciente



**Asociación Viguesa  
de Espondilíticos de Pontevedra**

Diseño de Portada: *Nacho Cassá González*  
Diseño y Maquetación de Interiores: *Nacho Cassá González*  
Dibujos Rehabilitación: *Inmaculada Castro*  
Cita de Portada: *Khalil Gilbran*  
Edita: *AVIDEPO*

Depósito Legal: *VG: 331/1999*  
Imprime: *Viguesa de Impresión, S.L.*

## **DEDICATORIAS**

Al Dr. Norberto Gómez, médico Reumatólogo, sin cuyo decidido esfuerzo y estrecha colaboración no hubiera sido posible llevar a feliz término la redacción de esta Guía.

A la Dra. Inmaculada Castro, médico Rehabilitador, a la que le pedimos una mano... y nos entregó toda su profesionalidad, con el apoyo y la eficaz colaboración de su jefe de servicio el Dr. Lojo Ambroj.

A Nacho, un buen hijo, que a sus 20 años dedicó su tiempo libre, con exquisita paciencia, a interminables reuniones de trabajo e investigación al frente de su ordenador... sin pedir nada a cambio.

Gracias, Antonio, Julio, Bea, César, y todos los que, permaneciendo en el anonimato, creyeron que con esfuerzo e ilusión se podría sacar adelante esta Guía.

*AVIDEPO*, Abril de 1.999



## **INDICE**

PROLOGO .....	9
ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESPONDILÍTICOS DE PONTEVEDRA .....	11
AVIDEPO .....	11
<b>LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE</b>	
INTRODUCCIÓN .....	12
DEFINICIÓN .....	13
¿CÓMO SE MANIFIESTA LA EA? .....	13
PROCESO DE LA ENFERMEDAD .....	14
¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD? .....	15
¿A QUIENES AFECTA LA EA? .....	15
¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA EA? .....	15
AFECCIONES RELACIONADAS CON LA EA .....	16
ESTADO FÍSICO DEL ENFERMO DE EA .....	17
ESTADO PSÍQUICO DEL ENFERMO DE EA .....	18
ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA EA .....	19
<b>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA EA</b>	
TRATAMIENTO .....	21
<b>TRATAMIENTOS DE REHABILITACION</b>	
LA REHABILITACION EN LA EA.....	22
<b>TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS DE LA EA</b>	
HIDROTERAPIA Y TERMOTERAPIA .....	23
BALNEARIOS .....	23
LA TALASOTERAPIA .....	24
CIRUGÍA .....	25
FAJAS Y CORSES .....	25
OTROS REMEDIOS ALTERNATIVOS .....	25
<b>INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LA EA</b>	
DESCANSO EN LOS AFECTADOS DE EA .....	26
LA ALIMENTACIÓN EN LA EA .....	27
EL TRABAJO .....	28
LA CONDUCCIÓN .....	28
LAS MUJERES Y LA ESPONDILITIS .....	29
VIDA SEXUAL .....	29
MINUSVALÍA E INCAPACIDAD .....	29
<b>EPÍLOGO</b>	
UNA LLAMADA A LA ESPERANZA .....	31

## **REHABILITACIÓN**

<b>PROGRAMA DE REHABILITACIÓN</b>	
CAMBIOS MORFOLÓGICOS Y BIOMECÁNICOS QUE INFLUYEN EN LA EA .....	35
ESTE PROGRAMA DEBE INCLUIR: .....	36
.	
<b>NORMAS</b>	
NORMAS POSTURALES .....	37
NORMAS DE HIGIENE POSTURAL .....	39
.	
<b>TRATAMIENTO REHABILITADOR</b>	
COLUMNA O RAQUIS .....	49
EJERCICIOS DE MOVILIDAD COSTAL Y ABDOMINAL .....	51
EJERCICIOS VENTILATORIOS .....	53
.	
<b>ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA .....</b>	<b>54</b>
.	
<b>TERAPIA OCUPACIONAL Y AYUDAS TÉCNICAS .....</b>	<b>56</b>
.	
<b>LIGAS REUMATOLÓGICAS .....</b>	<b>57</b>
.	
<b>ASOCIACIONES ESPAÑOLAS DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE .....</b>	<b>58</b>
.	

## PRÓLOGO

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad muy antigua; se han visto lesiones típicas en una momia egipcia que vivió hace más de 8000 años. Pero no es hasta 1691 que el irlandés Bernard Connor describe, “... un tronco de esqueleto humano, donde las vértebras, las costillas, el sacro y los ilíacos, que naturalmente son distintos y separados, no forman más que un solo hueso continuo e inseparable...”, por primera vez las secuelas de la enfermedad.

A finales del pasado siglo, Strümpell, von Bechterew y, sobre todo, Pierre Marie realizan una descripción clínica y evolutiva de la EA. Pese a que éste último ya la separa de la Artritis reumatoide, en los países anglosajones no se considera como una enfermedad diferente hasta los años sesenta.

En 1931 Krebs describe las alteraciones radiológicas típicas, especialmente la afectación sacroilíaca, y en 1950 Forestier y Rotés individualizan la Hiperostosis vertebral con la que hasta entonces se confundía.

En 1973, de forma independiente, Brewerton en Gran Bretaña y Schlosstein en Estados Unidos, descubren la asociación de la enfermedad con el antígeno de histocompatibilidad B27 en más del 90% de los casos, hecho que no sólo ha permitido comprender mejor la misma sino que ha facilitado la apertura de nuevas vías de investigación terapéutica que prometen poder prevenir y controlar su evolución en un futuro no muy lejano.

El aprendizaje reumatológico al lado de una de las personas que han contribuido de forma tan importante al conocimiento de la EA, el Profesor Rotés Querol, me han hecho sentir en la ya larga trayectoria profesional, una especial predilección por esta enfermedad y, consecuentemente, por quienes la padecen. Estoy orgulloso de contar entre mis buenos amigos a varios de mis pacientes con EA y sin temor a equivocarme puedo afirmar que son personas de una calidad humana difícilmente superable.

Hace muchos años leí un estudio en el que se comparaba la capacidad intelectual de un grupo de pacientes con EA, con otro formado por portadores de otros procesos donde claramente destacaban los espondilíticos, y no me sorprende porque, en general, son personas inquietas, con deseos de aprender de todo, aunque de manera especial sobresale el interés por conocer su enfermedad, sus posibles problemas y cómo evitarlos, cómo evoluciona la investigación etc. y por encima de todo tienen un gran sentido de la solidaridad.

Creo que esta Guía del Paciente es una muestra evidente de lo dicho anteriormente.

La Asociación Viguesa de Espondilíticos de Pontevedra ha realizado un trabajo cuidadoso para facilitar a sus asociados y a otras asociaciones una información amplia y al mismo tiempo ajustada de su enfermedad, así como de las pautas terapéuticas imprescindibles para su mejor control posible. Sin duda, han buscado los asesores adecuados para esta realización, por lo que no dudo que será un éxito. Enhorabuena.

Vigo, 6 de Abril de 1999

José L. Ferreiro Seoane  
Reumatólogo, miembro de la Sociedad Española de Reumatología y del American  
College of Rheumatology

## ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESPONDILÍTICOS DE PONTEVEDRA

La mayoría de los miembros de **AVIDEPO** padece espondilitis anquilosante y, en su experiencia, ha sufrido la ansiedad e incertidumbre del dolor y de múltiples pruebas complementarias que precedieron el diagnóstico definitivo, a veces demorado durante largos años. Hemos elaborado esta guía para facilitar, a todos los afectados, el conocimiento de la naturaleza, los métodos diagnósticos, la evolución, el pronóstico y los tratamientos de la espondilitis anquilosante. La exposición de los diversos puntos que integran esta guía ha procurado ser sencilla y clara, explicándose todo término técnico cuya comprensión pudiera ofrecer dudas.

### AVIDEPO

La Asociación Viguesa de Espondilíticos de Pontevedra nace en Vigo tras una serie de reuniones, comisiones de trabajo, elaboración de estatutos, etc., quedando inscrita en la Delegación de Xustiza, Interior e Relacións Laborais el 21 de Marzo de 1997, con el N° de Registro 4091.

Esta Asociación está formada por personas que padecen espondilitis anquilosante, familiares, amigos y colaboradores. Su común objetivo consiste en paliar los efectos del proceso, lograr mejor calidad de vida y contribuir a buscar soluciones conjuntamente con los profesionales implicados en la atención de la enfermedad: médicos (reumatólogos, rehabilitadores, cirujanos, ortopédicos, traumatólogos), personal de enfermería y fisioterapeutas.

La medicación, en especial los analgésicos y los antiinflamatorios, tiene un importante papel en el control de los síntomas, pero es insuficiente para mantener la movilidad de las articulaciones involucradas en el proceso inflamatorio. El adecuado manejo de la espondilitis anquilosante requiere la colaboración de todos: enfermos, familiares, personal sanitario asistencial y autoridades sanitarias

### *Si quieres ponerte en contacto con nosotros puedes dirigirte a:*

Presidente: José Antonio Casero Lozano.  
678 58 68 65

Apartado 5234 de Vigo (PONTEVEDRA)

e-mail: [avidepo@avidepo.com](mailto:avidepo@avidepo.com)

Nuestra página Web: [www.avidepo.com](http://www.avidepo.com)

### **AVIDEPO:**

- Miembro de **LIRE** (Liga reumatológica Española).
- Miembro de **ASIF** (Federación Internacional de Espondilitis Anquilosante).
- Perteneciente a: **Coordinadora Nacional** de Asociaciones de Espondilitis.

## LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

### INTRODUCCIÓN

La comprensión de los aspectos básicos de la EA requiere un breve y conciso repaso a la anatomía de la **columna vertebral**, también denominada **raquis**.

#### 1. ANATOMÍA.

La columna vertebral es un largo tallo óseo, situado en la línea media de la parte posterior del tronco que, además de servir de apoyo a múltiples músculos y vísceras, protege la médula espinal, a través de la cual se intercomunican el cerebro y las restantes estructuras corporales.

El raquis está formado por la aposición de 33 ó 34 huesos de morfología cilindroide (**vértebras**), unidos en su parte anterior por **discos intervertebrales** (*figura 1*) que actúan como amortiguadores de las presiones que se generan con el movimiento. La columna vertebral se divide arbitrariamente, de arriba hacia abajo, en 4 porciones:

- cervical (7 primeras vértebras)
- dorsal (12 vértebras)
- lumbar (5 vértebras)
- sacrococcígea (9 ó 10 últimas vértebras)

Las vértebras sacras (5) y cocígeas (4 ó 5) situadas ya en la zona pélvica, están soldadas entre sí. El **75%** de la longitud de la columna corresponde a las vértebras y el **25%** restante a los discos. El sacro, con forma de pirámide, se une a cada lado con el más grande de los huesos de la pelvis, el ilíaco, formando las articulaciones sacroilíacas (*figura 2*).

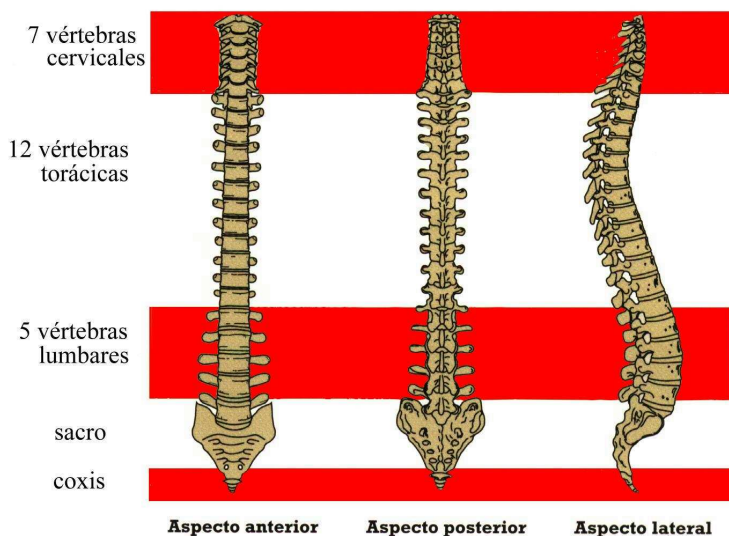


fig. 1

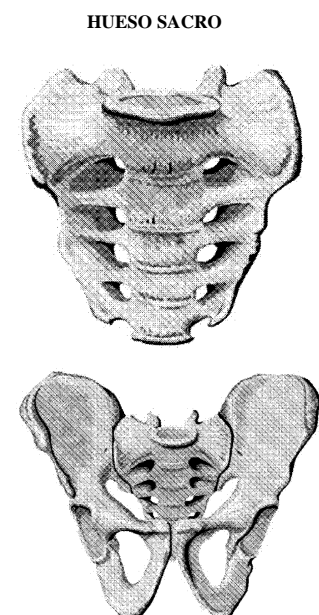


fig. 2

## 2. BIOMECÁNICA.

La musculatura de la espalda está relacionada con las funciones del miembro superior, el torax, y los miembros inferiores. Se extiende desde el cráneo a la pelvis y da soporte al esqueleto.

Entre vértebras adyacentes sólo son posibles movimientos limitados. Es la suma de todos estos pequeños movimientos lo que nos permite realizar la flexión, extensión, lateralizaciones y rotaciones, que tienen mayor amplitud en la zona cervical y lumbar.

La columna, en bipedestación<sup>1</sup>, presenta tres curvas desde el punto de vista lateral: *lordosis cervical*, *cifosis dorsal*, *lordosis lumbar* (figura 3).

Si se mira de frente se presenta de forma recta.

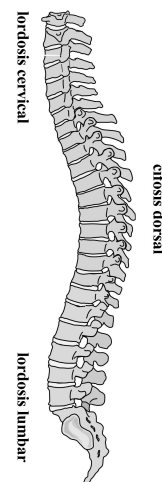


fig. 3

### DEFINICIÓN

La **espondilitis anquilosante (EA)**, también denominada **espondilitis anquilopoyética**, es un proceso reumático inflamatorio, de curso crónico, que afecta fundamentalmente a las articulaciones situadas en la columna vertebral y a las que unen la columna a la pelvis (*sacroilíacas*). Algo más de la tercera parte de los enfermos sufrirá inflamación de otras articulaciones (pequeñas articulaciones del pie, tobillos, rodillas, caderas, etc.), casi siempre en las extremidades inferiores.

Su nombre procede del griego: *Spondylos* (vértebra) + *itis* (inflamación) y *agkylos* (unido, soldado); esto es, inflamación de las articulaciones de las vértebras con tendencia a la fusión o soldadura de los huesos que la integran.

### ¿CÓMO SE MANIFIESTA LA EA?

La EA, al igual que otras enfermedades de su mismo grupo denominadas espondiloartritis, suele iniciarse de forma insidiosa, lenta y gradual, con episodios de dolor en la región sacrolumbar (figura 4) que irradian hacia las nalgas e incluso por la cara posterior del muslo, simulando una ciática. El dolor mejora con la actividad física suave y se intensifica durante la noche y contra la madrugada. Por ello, no es raro que el enfermo se levante de cama a primera hora de la mañana y camine unos minutos para aliviarlo, aunque de forma parcial y transitoria. Al levantarse de cama, la movilidad de la columna está generalmente limitada (*rigidez*) y es dolorosa. Las áreas donde los tendones, ligamentos y fascias<sup>2</sup> musculares se insertan en el hueso, denominadas entesis, son también diana del proceso inflamatorio (**entesitis**). La fascia plantar en su unión al calcáneo (hueso del talón) es la habitualmente implicada y, a veces, puede constituir el primer síntoma (figura 5). En la región intercostal, las entesitis pueden simular un dolor pleural o cardíaco.

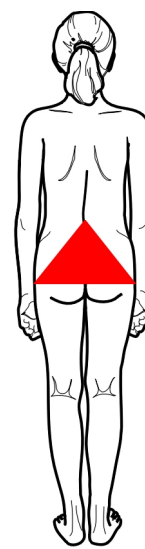
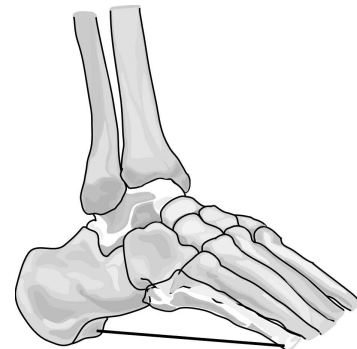


fig. 4

<sup>1</sup> Posición del cuerpo de pie.

<sup>2</sup> Membrana resistente que recubre un músculo (o un grupo muscular) y que en sus extremos se encuentra unida a estructuras óseas.

La mayoría de los casos comienza entre los 15 y 30 años con predominio de los varones: 3-6 por cada mujer. La EA puede inflamar articulaciones de las extremidades de forma asimétrica, irregular, intermitente o persistente, con tendencia a provocar lesiones locales irreversibles. El calor, la hinchazón, el dolor y la imposibilidad para una normal movilización de la articulación afectada son los principales síntomas.



Fascia Plantar fig. 5

**PROCESO DE LA ENFERMEDAD**

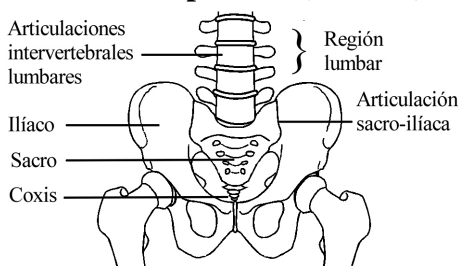
La inflamación en la EA involucra:

- las áreas donde los tendones y ligamentos se insertan en el hueso.
- las articulaciones a través de las que se unen las vértebras entre sí.
- la columna con los huesos ilíacos de la pelvis.

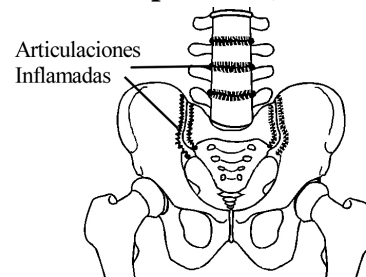
Las fascias, membranas que recubren grupos musculares, también constituyen un objetivo del proceso inflamatorio, en especial las localizadas en la planta de los pies y entre las costillas. En los puntos donde ligamentos, tendones y fascias se fijan en el hueso (*entesis*) la inflamación produce destrucción ósea parcial que se sigue de la formación de nuevo hueso (*hueso reactivo*) que, a menudo sobrepasa los límites normales y avanza sobre los propios ligamentos, tendones o fascias. A su vez, en éstos, el proceso inflamatorio se sigue de la formación de un tejido fibroso más duro y menos flexible (*figura 6*).

En la columna, el hueso reactivo tiende a unir las vértebras entre sí y producir anquilosis (fijación o inmovilización).

**1.- Antes del proceso (Normal)**



**2.- Durante el proceso (Inflamación)**



**3.- Después del proceso (anquilosis)**

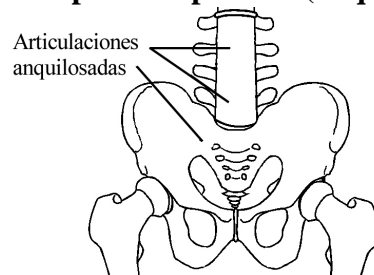


fig. 6

## ¿CUÁL ES LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD?

En el momento de redactar esta guía, las ciencias médicas todavía no han esclarecido la causa de la EA ni de las restantes enfermedades del grupo (*espondiloartritis*). Los datos disponibles permiten considerar la participación de tres factores determinantes:

- Un terreno de predisposición, representado por la herencia del antígeno<sup>3</sup> de histocompatibilidad<sup>4</sup> **HLA-B27**.  
HLA-B27: Sustancia glucoproteica situada en la superficie de las células y que forma parte de un complejo sistema que permite identificarse ante otras células. El complejo de histocompatibilidad (HLA) incluye múltiples grupos de glucoproteínas que, a título comparativo, podrían realizar funciones similares a las letras y números que conforman la matrícula de un automóvil. Esto es, permiten conocer perfectamente el vehículo y su propietario.
- Los fragmentos de bacterias que penetrarían a través del tubo digestivo.
- Y por último, una respuesta inadecuada del sistema inmunológico, desproporcionada y contra sustancias de los tejidos propios con bastante similitud a los fragmentos bacterianos y al HLA-B27.

En nuestro medio, el **6%** de las personas son portadoras del HLA-B27 y, por lo tanto, están predisuestas, esto es, tienen mayor probabilidad para desarrollar una EA. Sin embargo, un **5%** de los que sufren la enfermedad no son portadores del HLA-B27 (lo cual implica que no es absolutamente necesario) y sólo una pequeña parte de quienes son portadores padecerá espondilitis.

No es preciso determinar el HLA-B27 a todos los hijos de enfermos, sino sólo a quienes presenten síntomas sugestivos de espondilitis o signos inflamatorios articulares.

## ¿A QUIÉNES AFECTA LA EA?

La EA es frecuente, ya que de cada 1000 personas dos sufren la enfermedad, sobre todo los varones, en quienes se diagnostica más frecuentemente (3-6 varones por cada mujer). Cabe recordar que, pese a todo, lo más probable es que no haya diferencias por sexos y que las manifestaciones de la EA con más formas atípicas en la mujer, constituyen un motivo para su incorrecto diagnóstico. La mayoría de los síntomas se inician entre los 15 y 30 años, siendo raros los casos en niños y ancianos.

## ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA EA?

La consulta clínica, esto es, los síntomas referidos por el enfermo y los datos obtenidos en la exploración, van a ser la clave del diagnóstico médico. La confirmación de la EA se basa normalmente en las imágenes radiográficas de **sacroilitis** - lesiones que indican inflamación de las articulaciones sacroilíacas.

En fases muy precoces y en formas atípicas es preciso recurrir a otros medios de diagnóstico por la imagen como la **gammagrafía ósea** y la **tomografía computarizada**:

<sup>3</sup> Sustancia reconocida como extraña que desencadena la producción de otras proteínas (anticuerpos) dirigidas a bloquearla o destruirla.

<sup>4</sup> Semejanza entre los caracteres antígenos de los tejidos.

- La gammagrafía ósea consiste en la inyección de un componente bioquímico similar a los fosfatos de calcio, marcado con un isótopo radiactivo de corta vida media. Este isótopo se depositará sobre las áreas de hueso más activas metabólicamente (que coinciden con las que sufren el proceso inflamatorio) lo que permite ubicarlas con bastante exactitud mediante una cámara especial. Es un método muy sensible pero inespecífico.
- La tomografía computarizada permite ver erosiones en las carillas de las sacroilíacas antes que cualquier radiografía simple, aunque también supone una mayor dosis de radiación.

Los análisis de laboratorio no tienen ninguna utilidad en el diagnóstico de la EA pero sirven para medir la actividad inflamatoria de modo global y las posibles alteraciones provocadas por la propia medicación sobre riñón, hígado y sangre. Con todo, en los casos muy dudosos, la determinación del HLA-B27 permite orientar el diagnóstico, aunque sin confirmarlo.

Las claves del diagnóstico que, por otra parte, se hace sobre la base de unos criterios consensuados internacionalmente, son:

- Los síntomas: dolor sacro- lumbar, rigidez matutina, etc.
- La exploración: expansión limitada del pecho, limitación de la columna en tres planos (flexión, rotación y lateralidad) y ritmo del dolor.
- Métodos Radiológicos.

Una orientación inadecuada por parte del médico es la principal causa del retraso del diagnóstico, sobre todo en el contexto de una consulta apresurada, una exploración incompleta y una formación insuficiente, como ocurre en buena parte de los ambulatorios y de algunos hospitales. Las denominadas “pruebas reumáticas”, craso error de nomenclatura y motivo de continuos errores, no son, en absoluto marcadores de “enfermedad reumática” y, por supuesto, no tienen valor alguno para clasificar a un enfermo como espondilítico.

### AFECCIONES RELACIONADAS CON LA EA

La EA es una enfermedad sistémica. Esto quiere decir que no está restringida al aparato locomotor y que puede inducir inflamación en otros órganos:

En el **ojo** del 20-40% de los enfermos se producen **uveítis**, inflamación de la porción interna del ojo, normalmente en forma de episodios intermitentes unilaterales pero que pueden recurrir y comprometer la visión de forma irreversible si no se tratan. El ojo se enrojece y duele, además de perderse claridad en la percepción de los objetos. Es precisa su evaluación por el oftalmólogo en el más breve espacio de tiempo posible para evitar secuelas y debe considerarse una urgencia a todos los efectos.

Los **pulmones** están ocasionalmente involucrados de forma directa por un proceso inflamatorio que afecta a los lóbulos superiores y que lleva a la fibrosis y a la aparición de cavidades que, posteriormente, se hacen susceptibles de sobreinfección. El tabaco perjudica a todos los espondilíticos pero, en especial, a quienes ya hayan sufrido problemas pulmonares previos o a quienes padezcan fibrosis<sup>5</sup> pulmonar. La rigidez de las articulaciones que unen las costillas a las vértebras dorsales disminuye la expansión torácica y el volumen de aire que se recambia con cada respiración, lo que se hace más patente en casos avanzados.

---

<sup>5</sup> Formación de tejido fibroso.

El **corazón** se encuentra entre los órganos diana de la EA, pero sólo excepcionalmente provoca síntomas. La inflamación de la válvula aórtica (*aortitis*) es la forma más frecuente de lesión cardíaca en este proceso, seguida de las alteraciones de la conducción del impulso eléctrico, lo que induce pequeños trastornos del electrocardiograma y, a veces, arritmias<sup>6</sup>. La aortitis sólo tiene una repercusión significativa en el funcionamiento cardíaco en casos muy graves.

El **intestino** es un largo tubo de más de 7 metros de longitud a través del que se absorben todos los nutrientes y el agua que precisamos. En su interior, tapizado por una membrana mucosa, existen miles de millones de bacterias que contribuyen a la fermentación y digestión de algunos productos. En más del **75%** de los espondilíticos, aún en quienes no tienen síntomas digestivos, se han observado múltiples pequeñas ulceraciones de la mucosa cuyo número es proporcional a la actividad de la enfermedad. Por ellas podrían penetrar fragmentos de bacterias y sustancias que normalmente deberían permanecer relegadas al interior del tubo digestivo. Su papel en la espondilitis parece de gran trascendencia pero no se ha aclarado por completo.

Un número elevado de enfermos espondilíticos presenta una verdadera enfermedad inflamatoria intestinal similar a la conocida enfermedad de Crohn, en donde no sólo hay úlceras de diversos tamaños sino que todas las capas de varios tramos del intestino (no sólo la mucosa) están inflamadas. Aunque suelen presentar diarrea, cólicos, anemia y otros síntomas, existen casos con mínimas manifestaciones.

Los síntomas generales resultan poco habituales, pero lógicamente como en todas las enfermedades crónicas, pueden aparecer astenia<sup>7</sup>, anorexia<sup>8</sup>, decaimiento, depresión, fatigabilidad e incluso, dependiendo de la actividad inflamatoria, febrícula<sup>9</sup>.

## ESTADO FÍSICO DEL ENFERMO DE EA

No hay dos casos idénticos de EA. Los síntomas aparecen y desaparecen, variando su intensidad. No hay aviso de cuándo sobrevendrá el próximo brote ni tampoco ninguna indicación de cuándo se calmará. Los brotes pueden disminuir hacia los cincuenta años. En algunos casos, este período de remisión permanente ocurre antes.

La gravedad de la rigidez asociada con la enfermedad también varía. Así pues, es muy importante intentar conservar una buena postura. No todos los pacientes que lleven a cabo un programa regular de ejercicios conservarán la postura y movilidad normales. Sin embargo, evitarán la aparición acelerada de graves deformidades de la columna y preservarán al máximo su capacidad funcional.

Todo paciente con EA es un enfermo crónico y, por tanto, presenta un estado de salud deficitario, considerado globalmente: el decaimiento, la astenia, el cansancio e incluso la depresión aparecen casi siempre en el transcurso de la evolución de este proceso.

No puede descuidarse una nutrición completa y equilibrada. La anemia es una complicación nada infrecuente en cualquier enfermedad inflamatoria crónica y, aunque puede verse favorecida por una alimentación insuficiente, lo habitual es que sea ocasionada por la repercusión de la inflamación sostenida sobre la médula ósea, lugar de formación de las células sanguíneas y de los glóbulos rojos.

---

<sup>6</sup> Alteración de la normal secuencia (intervalos regulares) de las contracciones cardíacas.

<sup>7</sup> Decaimiento, falta de dinamismo y vivacidad.

<sup>8</sup> Falta anormal de apetito.

<sup>9</sup> Aumento anormal de escasa cuantía en la temperatura corporal, normalmente de larga duración y con valores inferiores a 37,5°C

Los AINE sin protección gástrica y la coexistencia de una enfermedad inflamatoria intestinal pueden provocar microhemorragias y, posteriormente, anemia.

El médico realizará controles periódicos para detectar esta eventualidad y modificará la pauta de tratamiento según las necesidades de cada enfermo.

El tratamiento más acertado de la enfermedad requiere la cooperación de médico, fisioterapeuta y paciente. Cualquier idea del paciente creyendo que sólo necesita consultar al médico con el objetivo de que le recetará una “píldora mágica”, no sólo es errónea, sino también peligrosa. Llevar a cabo un programa regular de ejercicios es el tratamiento más adecuado para detener el desarrollo de la anquilosis, aunque requiere una considerable fuerza de voluntad.

## ESTADO PSÍQUICO DEL ENFERMO DE EA

Todas las enfermedades crónicas, entre ellas la EA, pueden inducir trastornos emocionales, originándose una serie de procesos psicológicos que se pueden resumir en cinco puntos:

1. **Negación:** Este fenómeno es especialmente peligroso y conlleva la no aceptación de la enfermedad.
2. **Cólera:** Es la reacción del “¿por qué a mí?”.
3. **Pactos:** En este estado la persona suele “negociar” su enfermedad, a menudo con Dios. Ej. típicos basados en promesas del tipo “si me pongo bien voy a hacer...”
4. **Depresión:** Representa el pesar natural ante un suceso y percepción del futuro no especialmente gratificante.
5. **Aceptación:** Este es el estado ideal. Supone la puesta en marcha de los mecanismos necesarios que ayuden a que la persona asuma su limitación y utilice todos los recursos existentes que le proporcionen una futura mejor calidad de vida.

Evidentemente no existe una forma “típica” de reaccionar. La forma de asumir el proceso va a estar condicionada por la personalidad individual, el estilo de vida, el estado de la enfermedad y por el contexto social en el que ocurra.

Cualquier trabajo psicológico debe estar orientado a llegar a la fase de **aceptación** lo más rápidamente posible. Y por supuesto controlar el riesgo de que la persona pueda quedarse estancada en cualquiera de las fases intermedias.

Pero... ¿Por qué la depresión en los pacientes de EA?... Pues porque se sufre de pérdidas constantes y progresivas. Desde el inicio de la enfermedad, en donde se pierde la salud y empieza la discapacidad hasta la pérdida de funciones, recursos, espacios sociales, competitividad y oportunidades. Así como el cambio de nuestra imagen corporal. Y para colmo el **dolor**.

La importancia de entender la depresión en la EA permite al paciente vivirla con las menos regresiones posibles, lo que significa perder menos recursos de relación social y el concepto de uno mismo.

Es preciso cambiar la necesidad de *atención -auto compasión* (buscando que los demás adivinen y consuelen) por la actitud de buscar la atención que se necesita en forma activa y responsablemente. O sea, tomar los medicamentos, hablar de lo que se siente en forma directa, llamar al dolor... dolor. Llorar por lo que se siente física y psicológicamente y decirlo, sin máscaras. Y no ocultarse en un “no pasa nada”. Utilizar los medios de la medicina física que tanto nos enseñan.

Así mismo, es muy importante informarse bien sobre la enfermedad y mantener unas abiertas relaciones sociales. Es aquí donde se recomienda la participación en grupos de terapia de apoyo psicológico y fisiológico. En este sentido son muy positivas las ASOCIACIONES, que proporcionan una información de máxima calidad, además de crear un marco idóneo donde las dudas, emociones y sentimientos pueden ser mejor atendidos y entendidos.

El apoyo familiar es una de las bases más importantes para facilitar la adaptación a las nuevas circunstancias que se crean a causa de la EA, por lo que todos los allegados deben conocer los aspectos básicos del proceso patológico y contribuir a crear el clima propicio.

Entre las distintas teorías acerca de la terapia a seguir, se pueden dar como básicas las siguientes indicaciones:

- Evitar aquellas situaciones que provoquen falta de actividad: ver la TV demasiadas horas, comer y dormir en exceso, etc.
- Realización de actividades gratificantes y placenteras. Por ejemplo: planear algo agradable, salir de paseo, de compras, al campo... ir a ver un espectáculo, ir a una conferencia, hacer deporte, entretenerse en casa leyendo o escuchando música, hacerse algo para uno mismo (comprarse algo, cocinarse algo, vestirse bien), pasar tiempo relajándose, iniciar una conversación (en una tienda, en una fiesta, en clase), discutir un tema interesante o divertido, asistir a las terapias de grupo... etc.,
- Promover, propiciar y fomentar las relaciones sociales y familiares que sean capaces de generar un bienestar y sentimientos positivos.
- En muchos casos la depresión aumenta los pensamientos negativos hacia uno mismo. Se incluyen pensamientos de culpa, crítica y minusvalía. En estos casos es conveniente interrumpir la cadena obsesiva de pensamientos nada más comiencen y cambiarlos por otros más positivos y realistas.

En esta lucha constante se producen ciclos que se rompen por las recaídas. Que éstas no adquieran una duración prolongada y no se repitan demasiado sería el primer propósito. No sentir que después de cada recaída hay que darse una especie de licencia para abandonarse durante más tiempo. Ser conscientes de la recaída, no culpabilizarse, ni sentirse mal por ello y retomar los objetivos fijados.

*“Agradecemos la colaboración en este apartado de los psicólogos David Zamorano y Fernando García” – AVIDEPO.*

## ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA EA

En Reumatología, la EA está englobada dentro de las **espondiloartropatías** inflamatorias (*espondiloartritis*). Son procesos que afectan frecuentemente las sacroilíacas, las articulaciones de la columna, las articulaciones que unen los cartílagos costales con el esternón, o la clavícula con éste último hueso. En todas ellas se producen casos de **uveítis, entesitis y artritis**.

Además, también inflaman articulaciones de las extremidades de forma generalmente intermitente y asimétrica. Aquí cabe incluir:

- La **artritis psoriásica**<sup>10</sup>: padecen psoriasis el 1-3% de la población y el 12% de éstos sufrirán artritis.
- Las **artritis reactivas**: una de cuyas formas es el llamado síndrome de Reiter. En algunos casos se producen: **uretritis** o inflamación de la uretra (conducto que conduce la orina desde la vejiga hacia el exterior), **cervicitis** o inflamación del cuello uterino, y **prostatitis** o inflamación de la próstata.
- Las **artritis enteropáticas**<sup>11</sup>: artritis de las enfermedades inflamatorias del intestino.

---

<sup>10</sup> Enfermedad de la piel caracterizada por su cronicidad y la aparición de lesiones rojizas con descamación en múltiples localizaciones. El 12% de los enfermos que la padecen también sufren inflamación articular.

<sup>11</sup> Término general para las enfermedades intestinales.

## TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA EA

### TRATAMIENTO

Aunque la espondilitis es una enfermedad inflamatoria crónica sin tratamiento curativo en el momento actual, los antiinflamatorios no esteroideos (**AINE**) consiguen reducir el dolor, mejorando el estado general y permitiendo una mayor actividad física.

Los analgésicos<sup>12</sup> simples, por si solos, representan un papel secundario, pero pueden ayudar a combatir el dolor o ser un tratamiento sintomático eficaz en el caso de intolerancia a los AINE.

El antiinflamatorio más cómodo es aquel que puede tomarse una sola vez al día, generalmente de noche, y cuyo efecto gradual permite mejorar el sueño, reducir la rigidez matutina y aliviar el dolor que se nota durante el día. Debido a la existencia de una amplia variabilidad individual, tanto el médico como el enfermo deben colaborar en la elección del medicamento más eficaz.

Para quienes sufren una espondilitis especialmente agresiva y, sobre todo, para quienes vean afectadas las articulaciones periféricas, se suele recomendar **metotrexato**, **azatioprina** o **sulfasalacina**. Esta última medicina se ha estudiado muy exhaustivamente y es especialmente útil para síntomas relacionados con las articulaciones periféricas, siendo pequeño su efecto sobre la columna. El metotrexato se usa también para pacientes con artritis sorriática, pero aún no se sabe si sirve para la espondilitis.

La **indometacina**, la **fenilbutazona**, el **piroxicam**, el **diclofenaco** y el **naproxeno** son, probablemente, los AINE más empleados. Se ha demostrado la eficacia de la administración intravenosa de altas dosis de **metilprednisolona** durante tres días, en forma de una infusión durante una hora. Los pacientes con importante actividad inflamatoria periférica responden mejor y durante más tiempo (meses).

Se están ensayando nuevos medicamentos intravenosos. Uno de ellos es el **pamidronato**, aunque son necesarios más estudios para demostrar su utilidad a largo plazo.

Finalmente, queremos destacar que el desarrollo de nuevos AINE está modificando el panorama del tratamiento del conjunto de las enfermedades reumáticas inflamatorias.

El médico podrá introducir medicamentos destinados a proteger el tubo digestivo de los efectos adversos de los AINE, en especial el estómago. **No es conveniente automedicarse**. Cada caso particular debe ser analizado para decidir cuál es la estrategia más adecuada en la prevención o tratamiento de las lesiones del aparato digestivo. Los antiácidos simples dan una falsa sensación de seguridad al suprimir el ardor y dolor "de estómago" pero no constituyen una verdadera protección.

Concluiremos este apartado señalando como un gran error pensar que solamente la terapia farmacológica es apropiada para el tratamiento de la espondilitis. Las medicinas únicamente se administrarán para reducir la inflamación, el dolor y la rigidez, a fin de permitir al paciente llevar una vida más activa.

---

<sup>12</sup> De AN (sin) y ALGOS (dolor). Sustancia destinada a combatir el dolor.

## TRATAMIENTOS DE REHABILITACIÓN

### LA REHABILITACIÓN EN LA EA

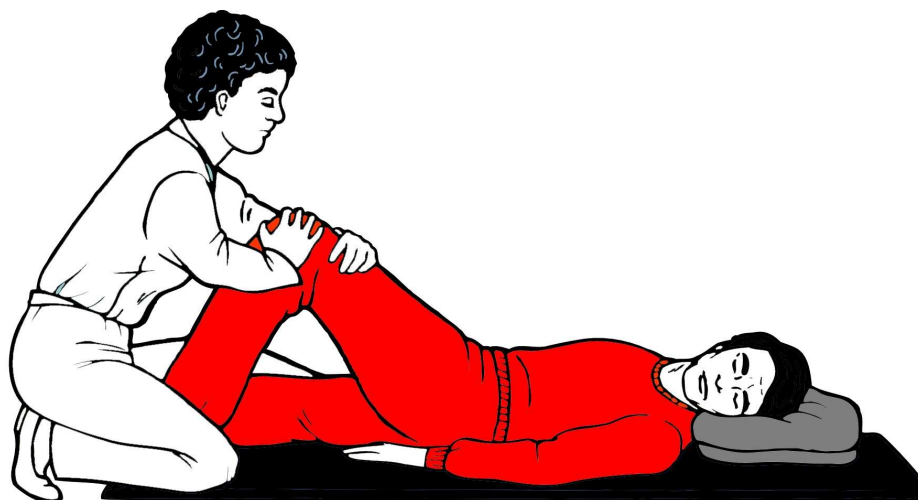
La rehabilitación constituye, junto con los AINE, un pilar fundamental en el tratamiento de la EA e incluye, además de la educación postural, la **fisioterapia**. Ésta ayuda a mantener la mayor flexibilidad y movilidad posibles del raquis (columna vertebral) mediante tratamiento de microondas, ultrasonidos, masajes y cinesiterapia (ejercicios controlados).

El paciente debe colaborar con el médico rehabilitador y el fisioterapeuta realizando, en su propio domicilio, una serie de ejercicios programados. Los ejercicios respiratorios son de gran importancia para incrementar el volumen de aire movilizado.

Los ejercicios potencian los músculos de la columna y de las extremidades, evitando su atrofia y su retracción, proceso que se desarrollaría inexorablemente si no se toman medidas.

Si el paciente se encuentra demasiado rígido y con dolor puede probar a tomar un baño caliente o ducha y después intentar lentamente hacer sus ejercicios.

Dada la importancia de la rehabilitación en el tratamiento de la EA, este capítulo está desarrollado ampliamente más adelante y constituye la segunda parte de esta Guía.



## **TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS DE LA EA**

### HIDROTERAPIA Y TERMOTERAPIA

Desde el punto de vista de su significado, **hidroterapia** es la utilización del agua como agente terapéutico, en cualquier forma, estado o temperatura ya que es un vector de agentes físicos como la temperatura y la presión.

La forma ideal de aplicación es piscina terapéutica de agua caliente en la que se aprovecha la acción de empuje que el agua ejerce sobre todo cuerpo sumergido. Bajo el agua se pueden realizar ejercicios musculares que no se pueden realizar en el suelo, por el alivio del peso que proporciona la sumersión.

Existe un factor mecánico asociado que actúa de estímulo (es el llamado *procedimiento hidroquinético*): podemos destacar los baños de remolino o el masaje subacuático.

Con la combinación de temperatura y movimiento se consiguen efectos beneficiosos sobre dolores articulares y espasmos musculares.

La **termoterapia** es la utilización del calor y frío desde el punto de vista terapéutico, aunque se denomina *termoterapia* a la aplicación de calor y *crioterapia* a la aplicación de frío.

La aplicación de calor puede servir de analgesia en la enfermedad al producir un efecto relajante sobre el espasmo muscular. Es recomendable la aplicación de calor seco con arena, sal gorda, envolturas secas (como prendas de lana previamente calentadas), almohadillas o mantas eléctricas.

No es recomendable, en ningún caso, la aplicación de frío para reducir la inflamación en los pacientes de EA.

### BALNEARIOS

El balneario es un establecimiento con características de hotel y hospital donde acuden enfermos durante un tiempo, más o menos prolongado, para someterse a una **cura hidromineral**.

Una cura hidromineral es aquella aplicación, con fines terapéuticos, de determinadas clases de aguas. Éstas se diferencian del resto de las aguas no terapéuticas por su composición y características físicas, tales como la cantidad y tipo de sales disueltas o la temperatura a la que surgen. Otra condición para considerarlas como tales es que manan de la tierra en forma de fuentes o manantiales naturales.

El balneario debe estar ubicado en el mismo manantial, por lo que al efecto beneficioso del agua deben sumarse los del clima y ambiente donde está situado.

Estas aguas pueden aplicarse de diversas formas:

- En aplicación externa: baños completos o parciales, duchas, chorros o pulverizaciones.
- En aplicación interna: en forma de bebida.

Además, pueden utilizarse otros materiales de la misma fuente como los lodos.

Dado el enorme interés que en los últimos años ha despertado la cura hidromineral, es necesario establecer algunas pautas respecto a la aplicación que tienen los balnearios en el caso de la EA:

- Estas curas no se realizarán nunca en fases agudas.
- Se deben elegir aguas “hipertermales”, es decir, calientes.
- Puede aplicarse una cura termal pasados dos o tres meses de una crisis aguda.
- La aplicación será externa.

Dentro de las aguas beneficiosas cabe destacar:

- Las **cloruladas hipertermales**: como las de Caldas de Besaya, Arnedillo, Caldas de Montbuy, Archena.
- Las **sulfuradas hipertermales**: como las de Cuntis, Ledesma, Lugo, Montemayor, Retortillo.
- Las **sulfatadas hipertermales**: como las de Cuntis, Graena, Zestoa.
- Las **bicarbonatadas hipertermales**: como las de Mondariz, Arnoia, Molgas.
- Las **oligometálicas hipertermales**: como las de Caldelas de Tuy o La Hermida.

Al tratamiento hidromineral se unen los efectos beneficiosos del clima, el reposo, el régimen alimenticio y la relajación psíquica.

Finalmente, es recomendable consultar con el especialista cuándo es el momento adecuado y cuál es el establecimiento más idóneo para cada caso. El tratamiento hidromineral debe durar entre dos o tres semanas, aunque se ajustará siempre en particular a cada paciente.

## LA TALASOTERAPIA

Se denomina **talasoterapia** a la ciencia encargada del estudio y aplicación del mar con fines terapéuticos. Está indicada, entre otros casos, para determinados reumatismos en fases silentes.

Se considera beneficioso el efecto del agua del mar por:

- Su condición: salinidad, temperatura y corrientes marinas.
- El hábitat marino: arenas, cienos, algas y microorganismos.
- La zona costera: arenas, vegetación y clima.

El agua del mar actúa como estímulo térmico que favorece la circulación y como estímulo mecánico con efecto masaje. Así mismo, presenta un efecto cinesiterápico ya que obliga a realizar una contracción muscular activa para conservar el equilibrio lo que a la larga mejora la capacidad funcional. Este efecto comienza a notarse ya cuando introducimos los pies en el agua, por lo tanto no es necesaria la inmersión completa sino que es suficiente permanecer en la orilla de pie unos minutos, al borde del agua.

La arena, componente de diversas características, asociado al mar, es otro agente terapéutico. Actúa como vehículo de calor, adquiere y mantiene la temperatura a través de la radiación solar y es un verdadero “campo de marcha” de diversa dificultad (según

el grado de humedad, consistencia y grosor). Mejora el equilibrio y potencia la musculatura, siendo más dificultosa la marcha por arena seca que por arena húmeda.

Pasear o permanecer quieto al borde del mar, con los pies semisumergidos, produce un masaje y un baño de contraste, así como un ejercicio de equilibrio beneficioso para el aparato circulatorio y locomotor.

## CIRUGÍA

Sólo ocupa un lugar secundario en el tratamiento de la espondilitis. Únicamente se aplica a un 6% de personas con espondilitis para sustituirle la cadera (*prótesis*). Estas operaciones dan muy buen resultado, devuelven la movilidad y eliminan el dolor de la articulación dañada. La cirugía rara vez interviene para restablecer la posición vertical de la columna y el cuello de las personas que se han doblado, las cuales tienen problemas para ver de frente, mirar a los demás a la cara, ver rótulos de las tiendas, números de las puertas, cruzar la calle, etc.

En °caso de intervención quirúrgica es necesaria una comunicación directa con el ortopeda o neurocirujano. Se facilitará la mayor información posible al anestesiólogo acerca de los tratamientos, sobre todo en el caso de corticoides o inmunosupresores. También se hará notar la presunta disminución de la capacidad respiratoria y en la posible deformación de la columna cervical. Esta última contingencia podría complicar la intubación. Otras veces, es conveniente avisar sobre la posibilidad de afectación cardíaca o la anemia de enfermedad crónica. Finalmente, señalar que la anquilosis lumbar puede dificultar la aplicación de raqui-anestesia.

## FAJAS Y CORSES

Desgraciadamente, todavía se recetan por algunos médicos, al no haber conseguido establecer un diagnóstico correcto. Muy a menudo empeoran la situación, ya que mantienen la columna rígida. ¡Correas fijas para no poder moverse!... Son una reliquia del pasado en que los médicos pensaban, equivocadamente, que era inevitable que todos los que tenían espondilitis acabaran automáticamente con la columna soldada.

## OTROS REMEDIOS ALTERNATIVOS

Algunos enfermos han probado, en algunas ocasiones, dietas, acupuntura, aromaterapia, reflexología, homeopatía, etc. No se ha demostrado que ninguna de estas terapias suponga una ventaja sobre el tratamiento convencional ni que reporte beneficios a medio o a largo plazo.

Todo enfermo debe observar con cautela los preparados de las llamadas Medicina Natural y Homeopatía. La mayor parte de los preparados de herbolarios y de “Medicina Natural” integran alcaloides de origen vegetal con efectos analgésicos y antiinflamatorios, antioxidantes y otras acciones de menor o nulo interés. Lamentablemente, a causa de la combinación de varios ingredientes, se producen unos efectos colaterales generalmente no deseados que, como ocurre con el efecto terapéutico, son variables y, a veces, inoperantes.

En todo caso importa, sobre todo, que quien ejercite estas terapias alternativas tenga un amplio conocimiento de la EA.

## **INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA SOBRE LA EA**

### EL DESCANSO EN LOS AFECTADOS DE EA

Si la EA es muy activa y la rigidez muy molesta, puede ser necesario pasar una temporada sin trabajar e incluso un tratamiento hospitalario. Esto no quiere decir quedarse inmóvil ya que tal cosa podría acelerar la anquilosis de la columna. Así, se puede aprovechar el periodo de descanso sin trabajar para ampliar los ejercicios de espalda, pecho y extremidades a fin de mantenerlos flexibles.

En la cama, es importante probar a permanecer parte del tiempo boca a abajo. Conviene adoptar esta postura unos minutos antes de levantarse de cama y los 20 minutos primeros después de acostarse, siempre que el estado del paciente lo permita. Al principio es posible que no se pueda aguantar durante más de cinco minutos seguidos e incluso que se necesite un cojín debajo del pecho pero, con la práctica, a medida que la columna se relaja, será más fácil. Si se convierte en un hábito, esta postura ayudará a evitar que la espalda y las caderas se doblen y, aunque no sea factible todos los días, al menos un poco de tiempo dedicado a ella es mejor que nada.

Echarse sobre la cama de espaldas con las piernas colgando hacia el suelo puede constituir también un buen ejercicio de estiramiento.

#### **- LA CAMA**

Debería ser firme, confortable y con cierto grado de amortiguación. Si se tiene un somier de muelles, es necesario conseguir un tablón adecuado y ponerlo entre el colchón y el somier. Una plancha de madera contraplacada es una base adecuada. Deberían revisarse los colchones regularmente, procurando no comprar uno demasiado duro. Es aconsejable escapar de los fabricantes que, pretendiendo tener unos extensos conocimientos médicos, venden colchones a precio de oro.

Es bueno reducir el número de cojines a uno, o incluso a ninguno. Echarse sobre la espalda con un cojín alto podría conllevar la pérdida gradual de la buena alineación del cuello y los hombros. Por eso es recomendable, en muchos casos, el uso de una almohada individual y personalizada.

Cuando se viaja, si la cama donde uno se hospeda es demasiado mullida, es aconsejable echar el colchón en el piso a fin de conseguir una base adecuada.

#### **- LAS SILLAS**

Como quiera que la EA no tratada causa una flexión creciente de la columna, todos los esfuerzos han de encaminarse para conservar la postura erguida. Es raro que la columna se anquilese completamente pero, en previsión de ello, el paciente deberá esforzarse siempre para conservar la columna recta.

La silla de la oficina o de casa juega un papel importante. Por esto, debe poseer todas las facilidades de ajuste o acomodamiento posible, permitiendo cualquier cambio de posición y una libertad de movimientos adecuados (asiento con altura ajustable, respaldo con inclinación variable, altura de los brazos y del respaldo siempre

modificables) y a ser posible giratorio. La zona de asiento no debe de ser demasiado larga para no tener dificultad en poder ajustar la zona lumbar al respaldo.

Las sillas y los sofás bajos y blandos son áreas catastróficas. Favorecen la mala postura y aumentan el dolor.

## LA ALIMENTACIÓN EN LA EA

La idea de que las enfermedades reumáticas inflamatorias están causadas o se transmiten por los alimentos es errónea. No existen datos que permitan implicar a ningún alimento concreto en el desarrollo de una enfermedad reumática. Sin embargo, las bacterias que se ingieren con el agua, carnes, pescados, vegetales u otros productos sí pueden contribuir a empeorar la sintomatología o incluso a desencadenar la enfermedad cuando el terreno es propicio.

Las personas portadoras del **HLA-B27**, antígeno de histocompatibilidad al que ya se ha hecho referencia, están predispuestas a desarrollar procesos inflamatorios articulares al entrar en contacto con antígenos bacterianos químicamente parecidos al propio HLA-B27. Deben evitarse, por lo tanto, aguas no cloradas ni higienizadas, lechuga, tomates u otras hortalizas que no estén debidamente lavadas, mariscos crudos y huevos o derivados (mahonesa) no sometidos al tratamiento térmico adecuado (cocción, fritura...).

Múltiples preparados alimentarios industriales contienen una considerable cantidad de conservantes, colorantes, aromatizantes y estabilizantes no naturales que pueden irritar la mucosa que recubre el estómago y el intestino, facilitando el paso de fragmentos bacterianos (antígenos) a la circulación sanguínea.

En general, **toda dieta debería apuntar hacia la moderación**. No existe una dieta específica para el paciente reumático ni, por tanto, para el afectado de EA. Pero creemos de interés apuntar aquí algunas normas de comportamiento nutritivo que hemos extractado de los escasos estudios publicados al respecto hasta la fecha:

- Se aconseja la reducción de carne roja, siendo más conveniente la carne de pollo, conejo, etc.
- Los pescados poseen ácidos grasos insaturados que, indirectamente, aminoran algunas de las reacciones inflamatorias en el organismo humano. Se han hecho estudios con la administración de estos ácidos grasos naturales, y se han observado mejorías parciales de los síntomas en enfermedades reumáticas inflamatorias.
- Los yogures, sobre todo los enriquecidos en lactobacilos, por su acción reguladora de la flora intestinal y el aporte de calcio orgánico, tienen una acción favorable en las espondiloartritis como la EA.
- Si no coexisten otras enfermedades y no se toman fármacos con acciones potenciadoras o bioquímicamente incompatibles, las bebidas alcohólicas no están contraindicadas pero, desde luego, han de ingerirse con moderación. Por su contenido en salicilatos, taninos y sustancias antioxidantes, sería preferible el vino frente a bebidas destiladas, pero siempre en cantidades pequeñas (menos de 200 cc/día) y durante las comidas ya que ayuda a digerir.
- Evitar pautas de nutrición que disminuyan la inmunidad: por ejemplo, evitar fumar, alimentos transformados, alcohol, té y café.

- Evitar por las noches las salsas o condimentos que acompañan a los alimentos: tabasco, chili, ketchup,...
- Las infusiones de tila, manzanilla y menta son muy recomendables después de las comidas, sobre todo de la cena, ya que favorecen la digestión.

Por último, si un paciente encuentra que un alimento específico agrava su enfermedad deberá ser escrupulosamente estricto con su dieta y dejarlo fuera de la misma, haciendo una excepción las menos veces posibles.

## EL TRABAJO

Es muy importante prestar atención a la posición de la espalda mientras se trabaja.

Un trabajo que permite cambiar de estar sentado a estar de pie o incluso caminar de vez en cuando, es el más apropiado. Cuando el trabajo consista en estar sentado es necesario ajustar el asiento a la altura apropiada de forma que la mesa quede a la altura del pliegue del codo y que permita aproximarse a ella lo más posible. Es conveniente moverse de vez en cuando para evitar el anquilosamiento.

Si se tiene un trabajo pesado o cansado, se recomienda tener un periodo de descanso antes de llevar a cabo otras actividades en la casa o en otra parte. Descansar en horizontal durante 20 minutos a medio día es muy útil, intentando hacerlo boca abajo la mayor parte de este tiempo.

Si en el trabajo se tiende mucho a agacharse o la espalda está sometida durante mucho tiempo a una gran tensión, debe comentarse esto con el médico. Éste siempre podrá aconsejar o ayudar a cambiar al trabajo más apropiado.

Algunos afectados de EA encontrarán muy útil mostrar esta guía a sus médicos o jefes para explicarles sus necesidades.

## LA CONDUCCIÓN

El uso del automóvil merece especial atención no sólo por la postura que mantenemos en él aumentando la presión discal, sino por el estrés y la tensión que genera.

Higiene Postural:

- Ajustar la distancia asiento-volante de forma que la espalda quede en la posición correcta. Las rodillas deben de quedar mínimamente más altas que las caderas. Hay que evitar estirarse para llegar a los mandos del automóvil, por lo que no debe colocarse el asiento demasiado lejos del volante. La distancia para lograr la relajación de la musculatura cervical y de los miembros superiores será aquella en que nuestra muñeca contacte con la parte superior del volante. Éste debe mantenerse agarrado con los codos ligeramente flexionados.
- La forma de entrar en el coche es en bloque: se sienta uno en el asiento y siguiendo la mecánica del giro al incorporarse en la cama se introduce o se sale del vehículo. Así, se evita el giro lumbar y la movilización dolorosa de las sacroilíacas al hacer una excesiva rotación externa de la cadera.

Los pacientes con rigidez de cuello u otras partes de la espalda, tienen frecuentemente dificultad en el momento de aparcar o dar marcha atrás. Los espejos especiales pueden ser de muy buena ayuda. Es importante practicar el estacionamiento usando estos nuevos accesorios. Se aconseja también evitar movimientos bruscos del cuello ya que éste es mucho más propenso a las lesiones en un afectado por la EA, debido a su rigidez.

Existen dispositivos accesorios a la hora de escoger un coche que deben de ser valorados muy seriamente por el paciente de EA: dirección asistida y cierre centralizado son un buen ejemplo.

En cuanto al asiento, el respaldo debe tener forma anatómica y la columna lumbar debe aplicarse contra él. En caso contrario debe corregirse con un suplemento especial o una almohadilla. En viajes largos, conviene hacer una parada de diez minutos, aproximadamente, cada 100 kms. u hora de conducción, aprovechando para efectuar estiramientos.

## LAS MUJERES Y LA ESPONDILITIS

La principal diferencia entre sexos es que las mujeres tienden más a la afección de las articulaciones periféricas y tal vez sufren una espondilitis menos agresiva.

En general, el tratamiento es el mismo para ambos sexos aunque, por supuesto, hay que tener un cuidado especial con las mujeres en edad de gestar o embarazadas. A diferencia de otra enfermedad inflamatoria, la artritis reumatoide, en la EA no se suele producir una remisión de los síntomas durante el embarazo.

Los AINE contribuyen a disminuir la fertilidad pero no tienen una repercusión importante sobre las posibilidades de embarazo. Las mujeres deben evitar todos los medicamentos antiinflamatorios durante los tres primeros meses y a lo largo del último mes de gestación. La fisioterapia permitirá contrarrestar parcialmente la supresión de los medicamentos.

Todas las dudas que emerjan en el contexto de un embarazo deben ser consultadas con el obstetra y el reumatólogo.

## VIDA SEXUAL

La espondilitis no suele impedir las relaciones sexuales, aunque puede limitarlas, sobre todo cuando la espondilitis afecta la cadera o está en plena actividad. No obstante, hay personas que pierden la postura de la columna considerablemente, hecho que les puede ocasionar también dificultades durante las relaciones sexuales.

Un dialogo comunicativo con la pareja debería superar estos problemas, sin olvidar el sentido del humor. La espondilitis, puede producir disminución de la libido<sup>13</sup>, lo que debería tenerse en cuenta y no confundirlo como señal de otra cosa.

## MINUSVALÍA E INCAPACIDAD

La EA produce en quien la padece unas limitaciones que, según su mayor o menor gravedad, pueden ser susceptibles de valoración por un Tribunal Médico en orden a la consecución de una **minusvalía** o **pensión de invalidez**.

---

<sup>13</sup> Pulsión, apetito y deseo sexual.

## 1. MINUSVALIA.

La EA se encuadra dentro de las enfermedades incapacitantes que ocasiona, en quien la padece, un mayor o menor grado de minusvalía física.

La acreditación de minusvalía viene dada por la valoración que realiza un Equipo de Valoración y Orientación del Área de Servicios Sociales, el cual determinará si el paciente tiene un grado de minusvalía superior al 33% que es el valor establecido a partir del cual se obtiene la condición de minusválido (Orden del 8-3-94).

El Certificado de Minusvalía aporta una amplia serie de prestaciones y beneficios. Se puede citar, a modo de ejemplo:

- Importantes deducciones en la Declaración de la Renta.
- Exención del Impuesto de Matriculación.

## 2. PENSIONES DE INVALIDEZ.

Las pensiones que otorga la Seguridad Social tienen como beneficiarios a los trabajadores que presentan unas reducciones anatómicas y funcionales graves que, previsiblemente, disminuyen o anulan su capacidad laboral. Esto da lugar a diferentes grados de incapacidad:

- a) Incapacidad permanente **total** para la profesión habitual: es aquella que inhabilita al trabajador para la realización de las tareas fundamentales de su profesión, pudiendo dedicarse a otras. Según la edad del trabajador: si es menor de 55 años la cuantía de la pensión es el 55% de la base reguladora; si es mayor de 55 años es el 75% de esta base, siempre que carezca de otros ingresos. A esta pensión se le aplica retención a cuenta del IRPF
- b) Incapacidad permanente **absoluta** para todo trabajo: inhabilita al trabajador para cualquier otra profesión u oficio. La cuantía de la pensión es el 100% de la base reguladora, en cualquier edad. No tiene retención a cuenta.
- c) **Gran invalidez**: se da en los casos de pérdidas anatómicas y funcionales y que además se requiera la asistencia de otra persona para llevar a cabo actos esenciales de la vida. La cuantía de la pensión es el 150% de la base reguladora. No tiene retención a cuenta.

Para las personas que no puedan acceder a las pensiones de la Seguridad Social, el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales (en Galicia: Consellería de Sanidade e Servicios Sociais) concede una pensión de invalidez no contributiva.

- Pensión de Invalidez de nivel **no contributivo**: para optar a ella hay que carecer de ingresos suficientes (según unos baremos que se establecen cada año), tener más de 18 años y menos de 65, ser español o residir desde hace más de 5 años en territorio español, y tener una minusvalía o enfermedad crónica igual o superior al 65%. Si la minusvalía es superior al 75% y se necesita la ayuda de otra persona para los actos esenciales de la vida, se añade un complemento a la pensión. Las cuantías de ambos casos parten de unos mínimos que varían cada año en función del I.P.C. previsto.

## EPÍLOGO

### UNA LLAMADA A LA ESPERANZA

El pronóstico de la EA es variable pero, en general, excepto casos muy agresivos, se considera favorable. El grado de fusión ósea (*anquilosis*) y rigidez articular, muy diferente en cada enfermo, es habitualmente parcial y limitado en extensión, por lo que, en la actualidad, tiende a eliminarse el adjetivo "anquilosante".

La mayoría de los enfermos son capaces de valerse por sí mismos y realizar una vida laboral activa a los 10 años a partir del diagnóstico, que es cada vez más precoz. Las imágenes de los antiguos textos de medicina sobre la espondilitis "anquilosante" eran un tanto dramáticas, puesto que recogían los enfermos más avanzados y que no habían sido tratados durante su evolución. Sin embargo, los tratamientos médicos y rehabilitadores han mejorado sustancialmente el pronóstico a largo plazo.

Es cierto que, en este momento, todavía estamos lejos del objetivo final ante cualquier enfermedad: **la curación**. No es posible resolver este problema sin una investigación adecuada. Hoy, la mayoría de los científicos que se ocupan de las espondiloartritis, ha centrado sus estudios sobre la susceptibilidad genética (HLA-B27) y sobre aquellos microorganismos que, por sus características, pueden provocar confusión en nuestro sistema inmune "reactividad cruzada".

Los últimos trabajos científicos han preparado las bases para el bloqueo de la reactividad cruzada a través de mecanismos de ingeniería genética. Cuando esto se consiga, la posibilidad de detener la enfermedad totalmente será una realidad y, además, será posible un tratamiento precoz que cabría calificar de "curativo".

*Dr. Norberto Gómez*



# REHABILITACIÓN



## PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

A la hora de trazar un programa de ejercicios terapéuticos específicos para los pacientes de EA, no es suficiente mostrar una serie de “fórmulas magistrales” con lo que se debe hacer. Puesto que es un **programa** que se ha de realizar diariamente y de por vida, es necesario conocer:

- a) La anatomía y la biomecánica normal de nuestro organismo:
  - (ver *Introducción: la columna vertebral*, pag 12)
- b) El porqué del mismo:
  - recordemos que la EA es un proceso de muy larga duración e
  - invalidante a largo plazo. Así pues el tratamiento prescrito deberá realizarse de forma sistemática, adquiriéndolo como un hábito más de la vida del paciente, igual que la higiene diaria u otros muchos que realizamos a lo largo del día y que no se debe interrumpir con la excusa de fiestas o vacaciones. Este programa lo ejecutará el paciente todos los días, una vez adiestrado, ya que para ello no son necesarios aparatos sofisticados ni costosos.

### CAMBIOS MORFOLÓGICOS Y BIOMECÁNICOS QUE INFLUYEN EN LA EA

La inflamación, el dolor y las posturas viciosas que el paciente de EA adopta, conducen a una rápida rigidez de la columna lumbar, incluso mucho antes de que se detecten alteraciones radiológicas, con dificultad para realizar la flexión del tronco.

Esto implica una pérdida de la curva lumbar que va a ir modificando toda la estática, produciéndose un aumento de la cifosis dorsal y de la lordosis cervical, una flexión de las caderas y rodillas y un cambio en la posición de los pies para así conseguir mantener el equilibrio (*figura 1*). El dolor torácico obligará así mismo a movilizar en menor medida la caja torácica, con lo que la sensación de fatiga aumenta.

Todos estos cambios descritos en el aparato locomotor pueden ser evitados, corregidos, o en el peor de los casos frenar su evolución, mediante un programa terapéutico sistematizado que una vez aprendido deberá practicarse a diario.

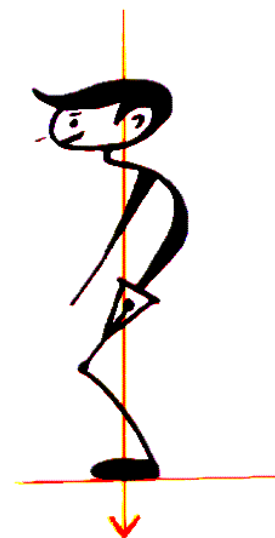


fig. 1

ESTE PROGRAMA DEBE INCLUIR:

a) **Normas:**

1. Normas posturales, cuando se precise reposo.
2. Normas de higiene postural, tanto en las actividades de la vida diaria, como en el trabajo.

b) **Tratamiento Rehabilitador:**

1. Columna o raquis: Ejercicios de mantenimiento de la estática de la columna.
2. Ejercicios de musculación dorsolumbar.
3. Movilidad costal o abdominal: Ejercicios de mantenimiento de todos los rangos articulares y lucha contra la atrofia muscular.
4. Ejercicios ventilatorios para mantener la movilidad de la caja torácica lo más correctamente posible, incrementando el flujo aéreo.

c) **Deportes:**

1. Deportes recomendados.
2. Deportes contraindicados.

d) **Ayudas Técnicas y Actividades de la vida diaria.**

## NORMAS

### 1. NORMAS POSTURALES (CUANDO SE PRECISE REPOSO)

#### A.- DECÚBITO (posición del cuerpo extendido en plano horizontal).

- **Supino** (*boca arriba*): alinear la cabeza con el tronco en una almohada que se adapte al cuello, miembros inferiores en línea con el tronco, evitando el flexo de cadera y la rotación externa; si es necesario se utilizarán almohadas o cojines de contención. En este caso es recomendable mantener las piernas separadas para evitar un anquilosamiento que en un futuro impida la higiene personal, etc.
- **Prono** (*boca abajo*): es conveniente la alternancia de esta postura con la anterior para prevenir el flexo de caderas, con los miembros superiores por encima de la cabeza para facilitar la movilidad torácica y evitar la retracción de los pectorales.
- **Lateral** (*de costado*): se debe usar poco tiempo y alternando ambos costados, ya que facilita el flexo de caderas.

#### B.- SEDESTACIÓN (posición del cuerpo sentado).

Con la espalda recta de tal manera que el sujeto llegue con los pies al suelo, manteniendo caderas, rodillas y pies en ángulo recto y el tronco pegado al respaldo.

#### C.- BIPEDESTACIÓN (posición del cuerpo de pie).

Intentar la alineación corporal de todos los segmentos, intentando evitar la flexión del tronco o los miembros inferiores. Para ello, si se está parado, es útil intentar hacer contacto completo con una pared, alternando la carga sobre uno u otro miembro inferior.

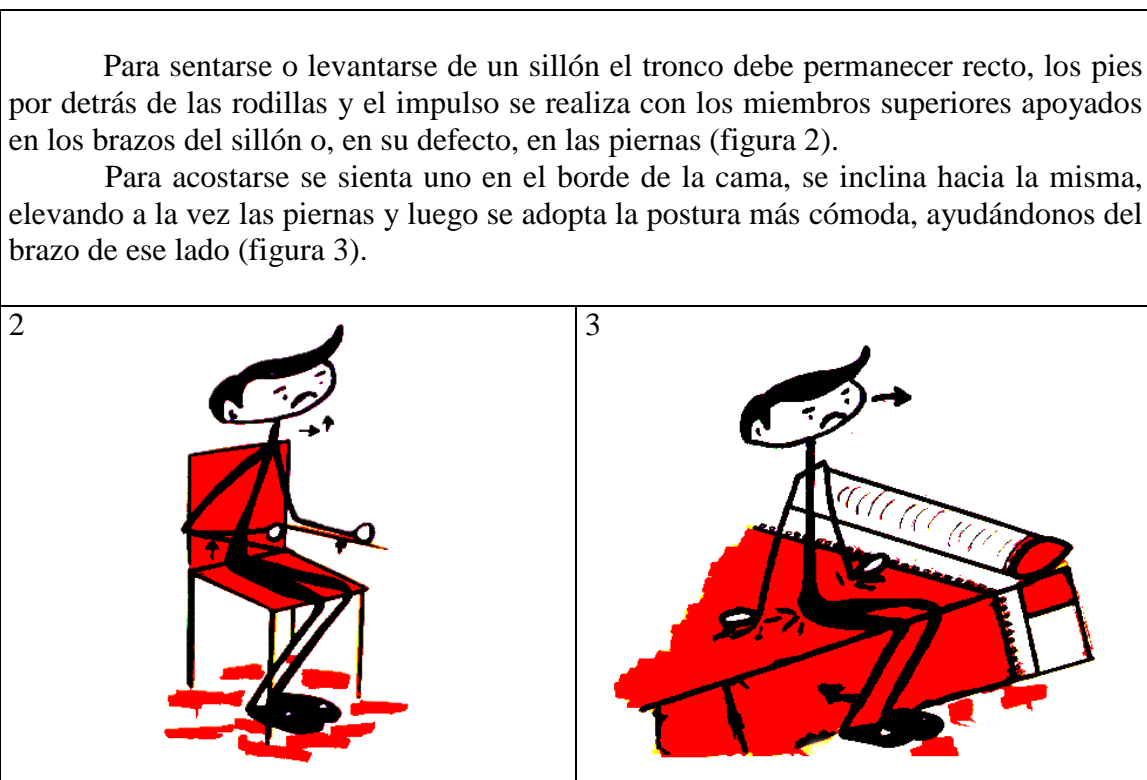
Buscar una cierta flexión de la cadera, con la finalidad de inclinar la pelvis y disminuir la lordosis lumbar. Cambiar de posición frecuentemente y separar a menudo los pies para aumentar la base de sustentación.

D. - MARCHA.

Intentar la alineación corporal y la extensión de los miembros inferiores, manteniendo el braceo. Puede ser útil el ejercicio de caminar por una línea con un libro en la cabeza.

E. - CAMBIOS POSTURALES.

Lo más en bloque posible, intentando evitar la rotación de la columna o las posturas de flexión de tronco. Cuando se está tumbado, se consigue dar la vuelta de una forma sencilla: extendiendo el brazo y la pierna del lado que se va a girar y flexionando el contrario, con un impulso de la pierna flexionada y un giro leve del cuello.



F. - OTRAS NORMAS.

Es recomendable:

- cambiar de postura cada dos horas, guardando la más cómoda para la noche.
- realizar movimientos con los pies de forma frecuente, para evitar problemas circulatorios.
- tirar de los pies hacia la cabeza. Con esto se consigue contraer todos los músculos del cuerpo sin mover las articulaciones y por lo tanto evitar la atrofia que produce el reposo.
- realizar los ejercicios ventilatorios aprendidos, al menos una vez al día, para evitar problemas respiratorios.

## 2. NORMAS DE HIGIENE POSTURAL

Las normas de higiene postural son básicas en cualquier sujeto sano para prevenir el Síndrome Doloroso Lumbar (SDL) de causa mecánica, así como las complicaciones que pueden derivarse de su olvido, tales como ciáticas o hernias discales. Es evidente que en una columna ya enferma, estas normas deben ser rigurosamente seguidas en un paciente de EA.

Se trata, básicamente, de realizar todas las actividades de nuestra vida diaria mediante posturas que no perjudiquen al disco intervertebral, siendo la más conveniente la denominada **postura de lordosis neutra**.

Normas de Higiene postural:

### A.- CAMA.

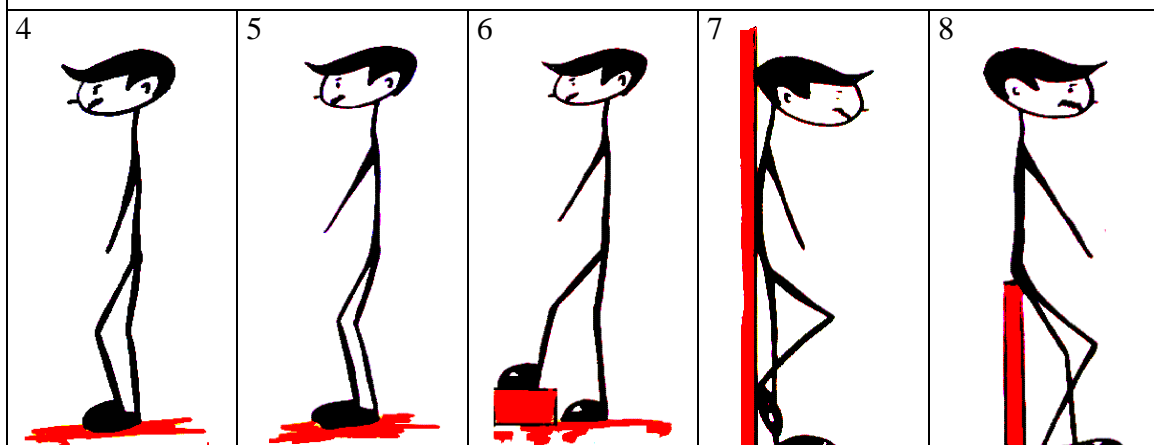
- Ver *Información Complementaria*, página 26.

### B.- BIPEDESTACIÓN.

- Buscar una cierta flexión de la cadera, con la finalidad de inclinar la pelvis y disminuir la lordosis lumbar.
- Cambiar de posición frecuentemente y separar a menudo los pies para aumentar la base de sustentación.

Siempre que sea posible, es conveniente buscar el apoyo para la espalda.

(Figuras 4 a 8)





### C.- SEDESTACIÓN no laboral.

- Ver *Normas Posturales*, página 37.

D.- AUTOMÓVIL.

- Ver Información Complementaria, página 28 (Figuras 9 y 10).

<p>9</p>  <p><b>MAL</b></p>	<p>10</p>  <p><b>BIEN</b></p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

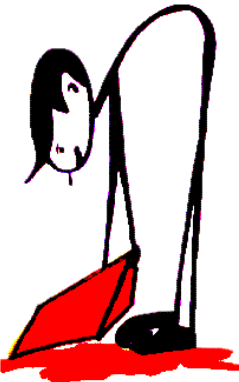

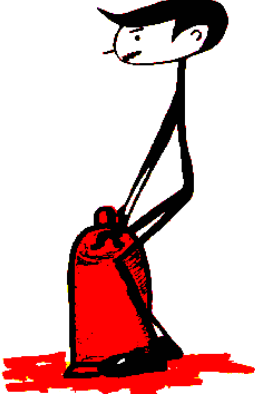
E.- PASO DE SEDESTACIÓN-BIPEDESTACIÓN Y VICEVERSA.

- Ver Cambios Posturales, página 38.

F.- MOVIMIENTO DE HIPERFLEXIÓN LUMBAR.

- En cuclillas, como los levantadores de peso, para elevar un objeto del suelo (Figuras 11 y 12).

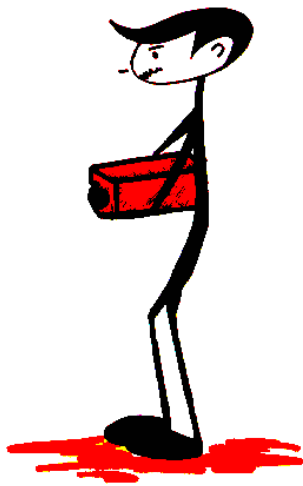
- Ligera flexión de caderas y rodillas, con espalda recta y piernas separadas, para elevar un objeto situado a la altura de nuestras rodillas (Figura 13).

<p>11</p>  <p><b>MAL</b></p>	<p>12</p>  <p><b>BIEN</b></p>	<p>13</p>  <p><b>BIEN</b></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

G.- TRANSPORTE DE OBJETOS.

Es necesario realizar la postura de lordosis neutra o flexión leve de caderas y rodillas con contracción de abdomen y glúteos, reduciendo al máximo la distancia del objeto al cuerpo (Figuras 14 y 15).

14



**BIEN**

15



**BIEN**

H.- GIROS LUMBARES.

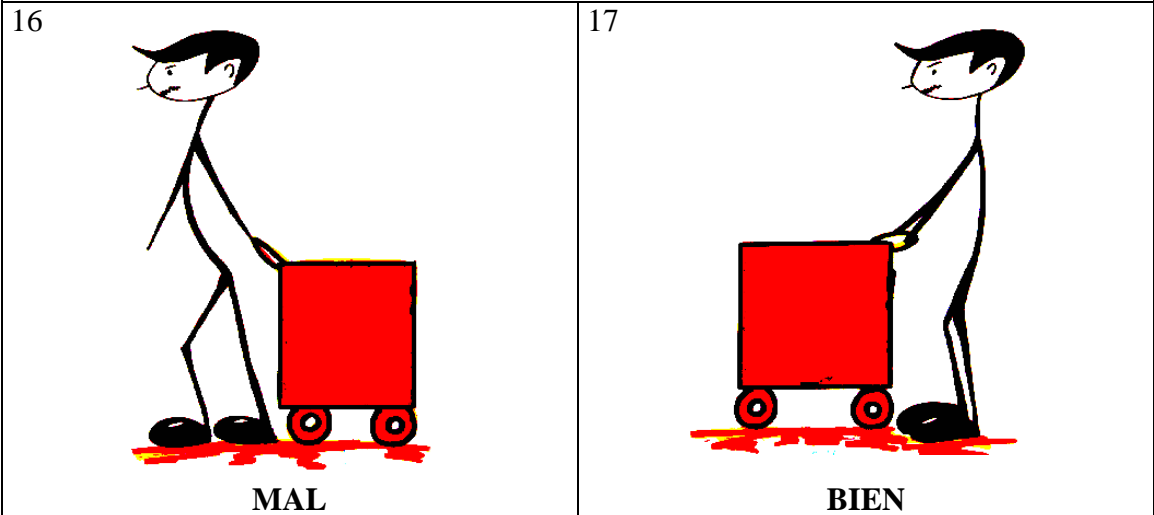
Deben evitarse siempre, siendo necesario aprender a dar la vuelta en bloque ante cualquier situación.

I.- ELEVAR LOS BRAZOS POR ENCIMA DE LA CABEZA.

Dada la estrecha relación existente entre la musculatura de los brazos y la columna, siempre que se elevan éstos por encima de la cabeza, es preciso realizar una lordosis excesiva que causa dolor. Por lo tanto, en cualquier actividad, los brazos no sobrepasarán la altura de los ojos; para ello recurriremos, si es necesario, a una banqueta o escalera.

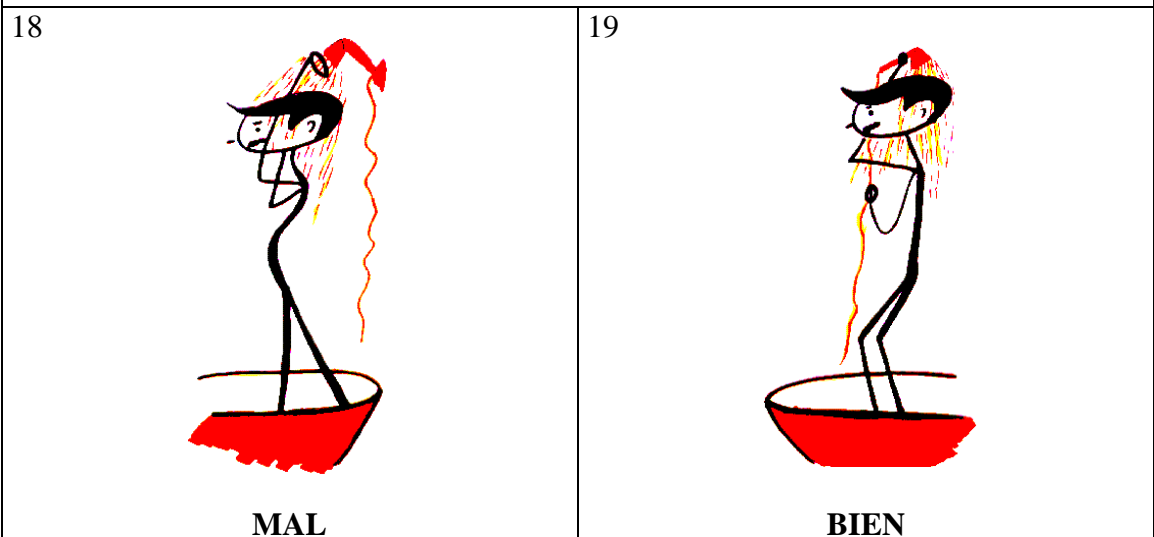
J.- ARRASTRAR O EMPUJAR OBJETOS.

Si es posible, es mejor empujar de espaldas, y ayudándose de las piernas flexionadas. Al llevar un carrito, no se debe arrastrar éste, ya que implica además un giro del cuerpo. La forma correcta es empujarlo de frente, a la altura de la cintura (Figuras 16 y 17).

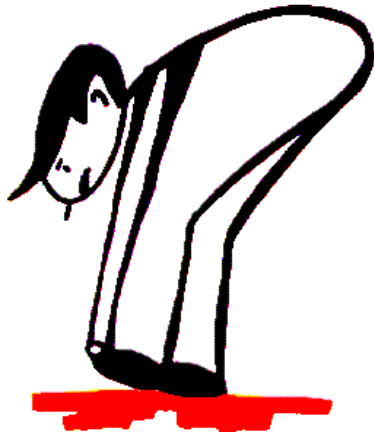


K.- ACTIVIDADES COTIDIANAS.

Hay que evitar todos los pequeños gestos incorrectos que sumados a lo largo del día producen una acumulación de dolor. Entre ellos, y realizados de forma automática, podemos citar: la ducha, afeitado, lavado de dientes, calzarse y vestirse. Como norma general, debemos seguir las normas básicas antes expuestas y realizar el mayor número de tareas sentados, colocando los objetos de uso personal al alcance de la mano y modificando en lo posible la distribución del armario (Figuras 18 a 23).

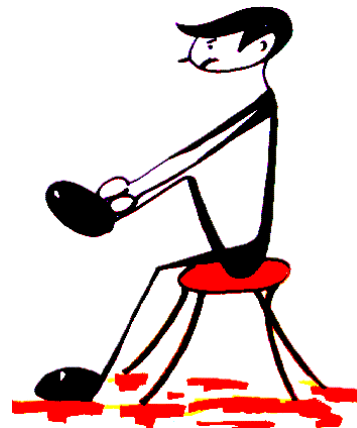


20



**MAL**

21



**BIEN**

22



**MAL**

23



**BIEN**

Para introducir una carga en el maletero del coche, y al objeto de evitar la sobrecarga, se aconseja colocar un pie en la defensa como protección lumbar (Figuras 24 a 25).

24



**MAL**

25



**BIEN**

L.- ACTIVIDADES PROFESIONALES.

- Profesiones que requieren bipedestación mantenida: es importante el control de la lordosis mediante el uso de un escalón, la antepulsión de una cadera de forma alternante o la báscula pélvica activa. La altura del plano de trabajo deberá situarse aproximadamente en la cintura o un poco más alto, en función de la actividad.
- Profesiones que requieren sedestación mantenida: la mesa de trabajo deberá quedar a la altura del pliegue del codo y la silla deberá permitir aproximarse a ella lo más posible.

Para aquellos que trabajan con un ordenador es conveniente tener en cuenta:

- El teclado o ratón deberá estar situado aproximadamente a 25 cm. de la mesa, por delante de nuestro cuerpo, de forma que se apoye el brazo durante su uso y, así, distender los músculos dorsales y evitar una hipercifosis.
- El monitor se situará enfrente, a una altura ligeramente inferior al plano visual para evitar la hiperlordosis cervical, el giro del cuello y la sobrecarga de la musculatura. La distancia a la que se sitúa el monitor depende de la acomodación visual del sujeto. Si han de consultarse documentos mientras se usa el ordenador, estos se colocarán por debajo del monitor de forma que el esfuerzo sea mínimo (Figura 26).

No se debe utilizar el teléfono sujetándolo con la cabeza y el cuello. Si se necesita tener las manos libres existen dispositivos de acoplamiento y los llamados teléfonos de “manos libres”.

La disposición del lugar de trabajo será de fácil acceso y es aconsejable una silla giratoria de forma que con un mínimo movimiento se pueda acceder, sin sobrecarga, a cualquier lugar.

26

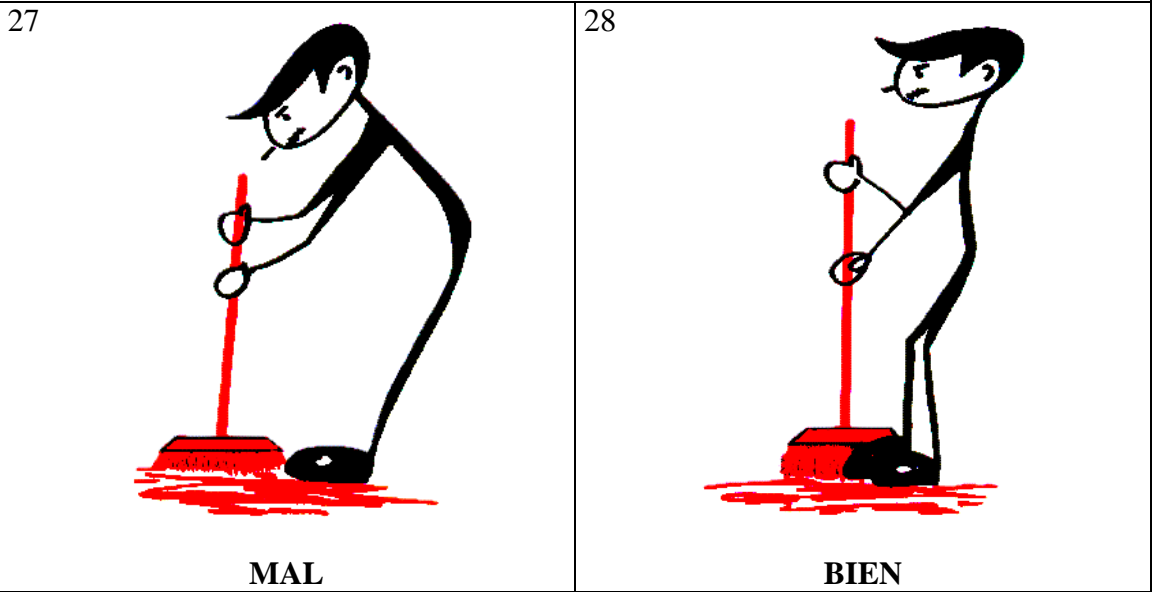


M.- TAREAS DOMÉSTICAS.

Merecen una atención especial ya que son muy variadas y de las que más quejas se escuchan en múltiples ocasiones.

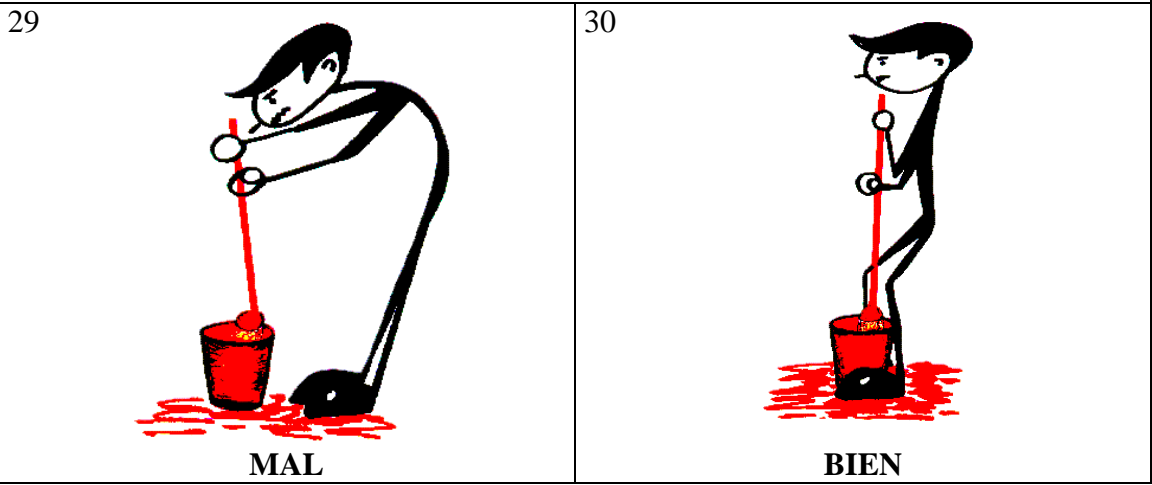
- Hacer la cama: es necesario arrodillarse o doblar las rodillas de la forma antes explicada. Se extenderá la ropa desde el centro hacia nosotros y, si es necesario, colocando una rodilla en la misma para las partes más distantes. A ser posible se debe acceder hacia la cama por los dos lados.

- Barrer: la altura del palo de la escoba debe ser adecuada de forma que las manos con los codos flexionados, queden a la altura del pecho y la escoba lo más próxima posible a nosotros. El barrido debe ser lateral, situándose de cara a lo que se barre en forma de arrastre (Figura 27 y 28).



- Aspiradora: las mismas normas que para barrer. Para acceder debajo de los muebles es conveniente arrodillarse. Para las cortinas y techos, se alargará el mango de forma que los brazos no sobrepasen la altura de los ojos, y con pequeños movimientos.

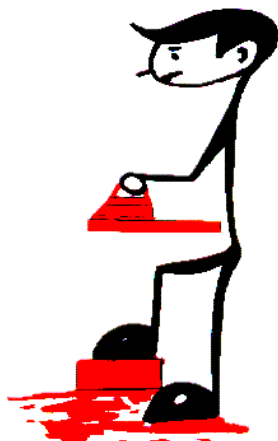
- Fregona: las mismas normas que para barrer. Para escurrir la fregona se situará el cubo lo más próximo posible, presionando las rodillas y haciendo un movimiento de empuje más que de rotación (Figuras 29 y 30).



- Planchar: existen dos posibilidades:
  - a) De pié: se coloca la tabla de planchar a la altura de la cintura, aproximadamente, de forma que el mango de la plancha quede en línea con el codo, y se coloca un taburete pequeño para apoyar un pie en él de forma alternativa de tal manera que la espalda esté en posición correcta (Figura 31).
  - b) Sentado: silla adecuada, tabla de planchar a la altura de la cintura y mango de la plancha a la altura del pliegue del codo (Figura 32).

Se recomienda música, radio, televisión o compañía para evitar el factor asociado de estrés que el planchar indica en muchas ocasiones.

31



**BIEN**

32

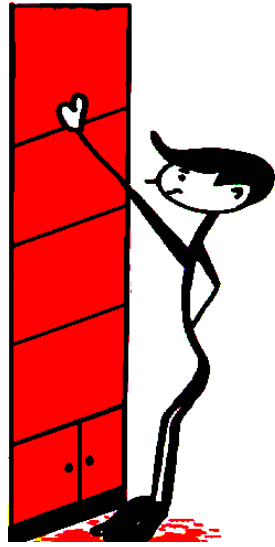


**BIEN**

- Fregar: sería ideal adaptar el fregadero a la altura de la persona que lo va a utilizar. Si la altura es la correcta, se recomienda abrir la puerta del mueble y colocar alternativamente en él un pie u otro para descansar la columna. Si está excesivamente bajo, es mejor doblar caderas y rodillas.
- Manipulación en la encimera: si está a la altura adecuada, la postura de bipedestación será la descrita anteriormente, con la ayuda de un taburete. Si está muy bajo se puede utilizar algún elemento que eleve el plano de trabajo.  
No obstante, es recomendable realizar sentado todas aquellas actividades que sean posibles: pelar patatas, limpiar o trocear alimentos, etc.
- Electrodomésticos: para acceder al horno, lavadora o secadora, etc. se deben doblar las rodillas. Sin embargo, sería recomendable adaptar estos elementos a la altura de los brazos o que sean de carga superior.

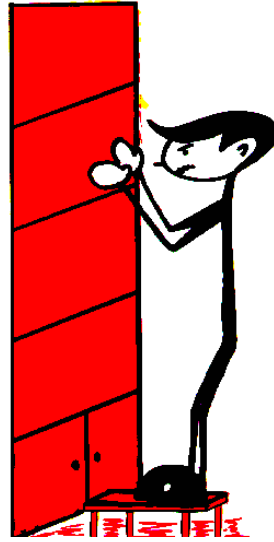
- Actividades en altura: nos referimos aquí a aquellas actividades tales como tender la ropa, limpiar cristales y manipulación en muebles altos. Se buscará siempre una adaptación, como escaleras o mangos largos, para trabajar siempre con la cabeza recta y que los brazos no superen la altura de los ojos (Figuras 33 y 34).

33



**MAL**

34



**BIEN**

## TRATAMIENTO REHABILITADOR

Es necesario hacer una escala en la programación y ejecución del ejercicio según el grado evolutivo del proceso. En el inicio de la EA, mientras no hay limitaciones articulares apreciables, la reeducación será activa y dinámica. Su objetivo es el mantenimiento de la movilidad articular.

Si ya existen limitaciones de la columna, se debe tender a la estabilización de las mismas y a evitar la aparición de otras complicaciones. Los ejercicios serán suaves y progresivos.

Cuando las limitaciones articulares son importantes, las posiciones estáticas y las posturas son el mejor procedimiento.

La dosificación del ejercicio se hará en función de las condiciones personales. El número de veces que se realiza cada ejercicio depende de la capacidad funcional y del nivel del dolor. Es decir, que un día podrán repetirse un número elevado de veces y otro, una o dos veces será suficiente.

Se limitarán los ejercicios de extensión cuando ésta sea francamente dolorosa.

En ocasiones, se interrumpirá totalmente el tratamiento durante el tiempo de agudización inflamatoria, objetivada por una crisis dolorosa y aumento de los parámetros de los análisis. Cuando ocurra una crisis deberán adoptarse, más que nunca, las posturas correctas.

Entre los muchos programas de ejercicios que existen hemos seleccionado éste, a modo de referencia, por ser muy completo, de fácil ejecución y evitar en la medida de lo posible errores que puedan dar lugar a mayor dolor. No obstante, en cada Servicio de Rehabilitación habrá un programa más o menos similar, con ciertas variantes, y será éste el que el paciente debe realizar.

Para facilitar la comprensión vamos a dividir los elementos del tratamiento, aunque es evidente que están estrechamente ligados entre sí.

**NOTA:** Es muy importante tener en cuenta que aquellos ejercicios en cuya ejecución aparece la palabra *tratar* es suficiente realizarlos en este sentido: “*tratar de*”. No es necesario alcanzar el punto máximo de los ejercicios, ya que depende del grado de limitación del paciente.

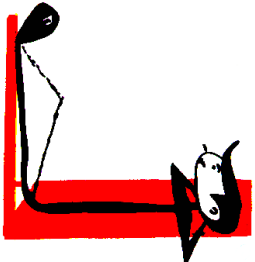
## 1. COLUMNA O RAQUIS

Esencialmente, estos ejercicios tienen los siguientes objetivos:



- crear una lordosis lumbar.
- flexibilizar.
- corregir la cifosis dorsal (si es posible).
- reducir la lordosis cervical.

Se trabaja siempre en extensión de columna. Al intentar conseguir mayor movilidad articular, vamos a realizar “estiramientos” de las partes blandas, que solo actúan cuando los movimientos articulares se realizan hasta el máximo de su recorrido articular. Un estiramiento implica una sensación que puede ser levemente molesta, aunque no dolorosa. No debemos alcanzar el grado de dolor, ya que significaría posibilidad de lesión.

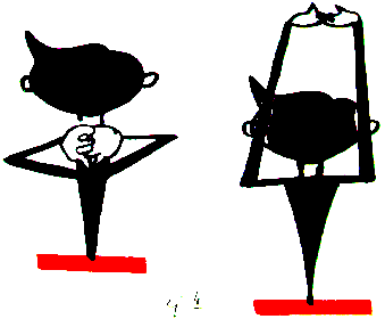
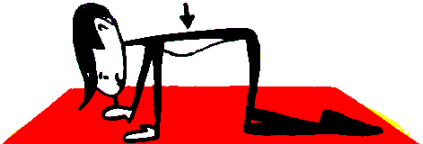
### A.- ISQUIOTIBIALES: MÚSCULOS POSTERIORES DE LA PIERNA.

	<p><b>Ejercicio 1</b> En decúbito dorsal, manos bajo la cabeza, piernas apoyadas en la pared, lo más próximo posible a la vertical, sin despegar los glúteos del suelo: <i>flexión alternativa de las piernas y flexoextensión de los pies.</i></p>
------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### B.-FLEXIBILIZACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR.


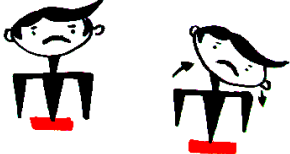


	<p><b>Ejercicio 2</b> Decúbito dorsal: <i>flexionar las piernas sobre el vientre, agarrándose las rodillas con las manos y tirar, espirando. Bajarlas a la posición de partida, inspirando.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 3</b> De rodillas, sentado sobre los talones, rodillas separadas: <i>dejar caer el cuerpo hacia delante, brazos extendidos, inspirando y <b>tratando</b> de tocar el suelo, lo más lejos posible, sin despegar las nalgas de los talones, volver lentamente a la posición de partida.</i> En esta posición se trata de bajar el pecho al suelo y no de presionar con los glúteos hacia atrás.</p>


C.- MOVILIDAD DORSAL Y TORÁCICA.

	<p><b>Ejercicio 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Acostado boca arriba, rodillas flexionadas, pies apoyados en el suelo.</li> <li>· Postura de Indio.</li> <li>· De rodillas, sentado sobre los talones.</li> <li>· Sentado en un banco o silla “a caballo”.</li> </ul> <p>En cualquiera de estas posiciones de partida: <i>se colocan las manos invertidas por detrás de la cabeza y se inicia una extensión lenta de los brazos, hacia arriba, lo máximo posible, inspirando.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 5</b></p> <p>En posición de gateo, muslos verticales, brazos en la prolongación del cuerpo, con las manos en el suelo: <i>relajarse, bajar el pecho lo más cerca posible del suelo, inspirando.</i></p>

D.- MOVILIDAD CERVICAL.

Posición de partida: Sentados en una silla, con los pies en el suelo, los hombros horizontales, los brazos relajados, la cabeza con la vista al frente. Se trata de mover la cabeza, **no de acercar los hombros**. Se parte de la línea media y se realizan movimientos puros.

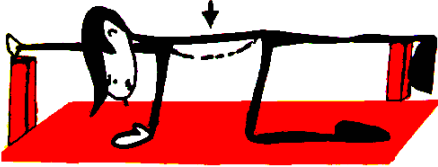





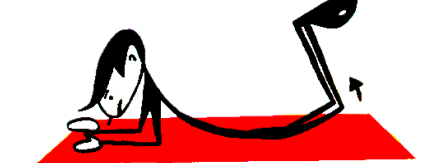
	<p><b>Ejercicio 6</b></p> <p><i>Girar la cabeza hacia la izquierda, de tal modo que la línea de nuestra mirada permanezca sobre el horizonte, intentando llegar a la vertical del hombro con el mentón, sin mover el hombro contrario, volver a la posición de partida, de forma lenta. Descansar y repetir de igual manera hacia la derecha.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 7</b></p> <p><i>Sin dejar de mirar al frente: inclinamos la cabeza hacia la izquierda, tratando de tocar el hombro con la oreja. Sin levantar el otro, volver lentamente a la posición de partida. Repetir hacia la derecha.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 8</b></p> <p><i>Flexionar la cabeza tratando de llegar con el mentón al pecho. Volver a la posición de partida.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 9</b></p> <p><i>Extender la cabeza hacia atrás, intentando ver el techo (no se debe dejar caer la cabeza hacia atrás), es un ejercicio activo. Volver lentamente a la posición de partida, descansar.</i></p>

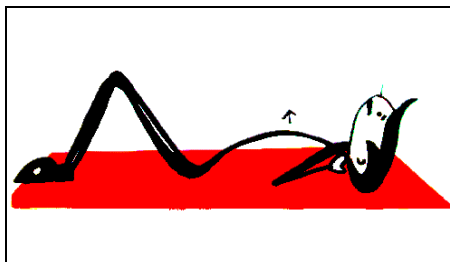
	<p><b>Ejercicio 10</b>  <i>Tratar de deslizar el mentón por el pecho hacia la izquierda hasta el hombro. Volver a la posición de partida, descansar. Repetir hacia la derecha.</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. EJERCICIOS DE MOVILIDAD COSTAL Y ABDOMINAL

A.- EJERCICIOS DE MUSCULACIÓN DORSOLUMBAR.

En posición acortada o contracción completa ofrecen grandes posibilidades de dosificación y son muy recomendables. Los ejercicios a gatas son más fáciles, pudiendo adaptarse a todos los casos. Los ejercicios boca abajo son más activos, pero necesitan una flexibilidad mínima. Los ejercicios boca arriba son bastante difíciles y es preciso tener una capacidad funcional muy buena.

	<p><b>Ejercicio 11</b>  <i>A gatas, apoyado sobre las rodillas y antebrazos: extensión de la pierna y brazo del mismo lado, sin torsión del tronco, tratando de estar recto, arquear la espalda.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 12</b>  <i>El mismo: pero con pierna y brazo contrarios de forma alternativa.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 13</b>  <i>El mismo, pero apoyando una pierna en un banco: levantar brazos alternativamente.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 14</b>  <i>El mismo, pero apoyando los brazos extendidos en un banco: elevar las piernas alternativamente, en extensión.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 15</b>  <i>Boca abajo, con los pies sujetos: tratar de levantar el tronco del suelo, con los brazos por detrás de la cabeza, sin forzarla, en posición neutra. Se trata de invertir la cifosis, no de levantar la cabeza del suelo.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 16</b>  <i>Con los pies sobre un banco, boca abajo, brazos cruzados debajo del pecho: tratar de arquear la espalda.</i></p>
	<p><b>Ejercicio 17</b>  <i>Boca abajo, con los antebrazos apoyados y las piernas flexionadas: tratar de levantarlas del suelo.</i></p>

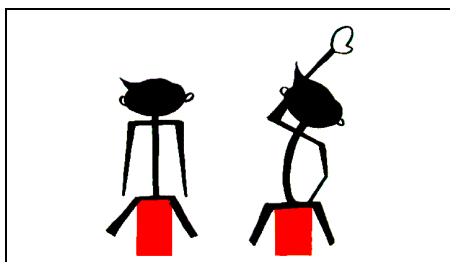


**Ejercicio 18**

- Boca arriba, piernas flexionadas, pies en el suelo.
- Piernas replegadas sobre el vientre.
- Piernas apoyadas en un banco.

En cualquiera de estas posiciones de partida, con manos en los hombros: *despegar el tórax, tratando de quedar apoyado sobre los hombros y las nalgas.*

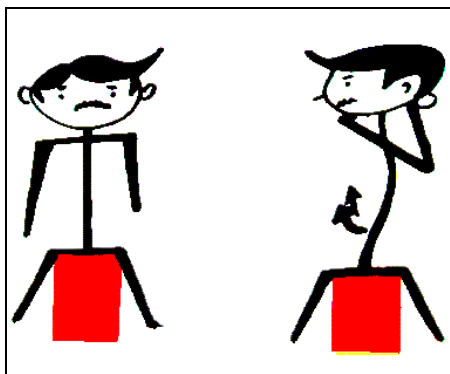
**B.-EXTENSIONES LATERALES ALTAS Y MOVILIZACIONES LATERALES DE LA COLUMNA DORSOLUMBAR.**



**Ejercicio 19**

Sentado a horcajadas sobre un banco o en una silla “a caballo”: *estirar el brazo izquierdo hacia arriba, lo máximo posible, inclinándose a la derecha también lo máximo posible, inspirar, volver a la posición de partida.* Realizar el ejercicio hacia el lado contrario.

**C.-ROTACIÓN DEL RAQUIS DORSOLUMBAR.**



**Ejercicio 20**

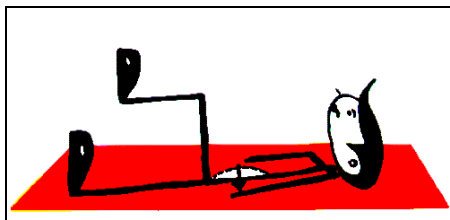
Sentado en la posición del Ejercicio anterior (19):

- manos a las clavículas.
- manos detrás de la cabeza.
- manos invertidas detrás de la cabeza.

En cualquiera de estas posiciones: *Giro del tronco hacia la izquierda y volver a la posición de partida* (el movimiento puede hacerse con tiempo de resorte); las caderas no deben seguir el movimiento, la espalda alineada y la cabeza en línea con la espalda. Repetir hacia la derecha.

**D.- LORDOSIS LUMBAR.**

Se favorece la lordosis lumbar, en el curso de los movimientos abdominales, basculando la pelvis.



**Ejercicio 21**

Decúbito dorsal, piernas extendidas en el suelo: *elevación alternativa de una y otra pierna flexionada, inspirando, región lumbar pegada al suelo, región lumbar arqueada, en cada movimiento.*



### 3. EJERCICIOS VENTILATORIOS

El paciente de EA compensa la tendencia a la restricción de la movilidad de la caja torácica con una ventilación diafragmática excesiva. Por lo tanto debemos flexibilizar el tórax en los tres planos del espacio (extensión, rotación, lateralización), particularmente en extensión, y reeducar en la medida de lo posible la ventilación torácica, tratando de reconstruir un buen “cinturón abdominal”.

#### A.- FLEXIBILIZACIÓN DEL TÓRAX.

Evitaremos los ejercicios de desbloqueo torácico y los ejercicios violentos. Es preferible el trabajo activo en extensión. Los ejercicios descritos en apartados anteriores sirven a este fin.

Vamos a centrarnos, por tanto, en los ejercicios que denominamos de “Percepción Ventilatoria”.

	<p><b>Ejercicio 22</b> Ventilación torácica, con control manual al principio: <i>hinchar el pecho, aplanarlo, hundirlo, bajarlo.</i> Se realiza una progresión de forma que lo realicemos acostados boca arriba, sentados en un banco, sentados “a caballo” en un banco, de rodillas sobre los talones, de pie y finalmente andando. Cada uno de estos pasos significa un grado de dificultad y no debemos pasar al siguiente hasta que no tengamos automatizado el anterior.</p>
	<p><b>Ejercicio 23</b> Ventilación abdominal: <i>inspirar hinchando el vientre, sin mover el tórax, espirar retrayéndolo.</i> Se usará la misma progresión que en el ejercicio anterior (22).</p> <p><b>Ejercicio 24</b> Ventilación abdominotorácica: <i>Inspirar hinchando el vientre y luego el pecho, espirar deshinchando el pecho y luego el vientre.</i> La progresión como en ejercicios anteriores.</p> <p><b>Ejercicio 25</b> En apnea inspiratoria (contener el aire). Se trata de percibir el juego del diafragma: <i>sacar el vientre bajando el pecho, meter el vientre levantando el pecho.</i> La misma progresión que los anteriores.</p> <p><b>Ejercicio 26</b> El mismo ejercicio que el anterior (25), pero en apnea espiratoria (no tomar aire).</p>

En esta serie de ejercicios de Percepción Ventilatoria, podemos además variar los ritmos y las pausas para mejorar la capacidad vital.

## **ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTIVA**

Se considera una buena medida para luchar contra el deterioro de la EA. La Actividad Física produce una importante relajación psíquica y confianza en la propia personalidad, una mejoría en el mecanismo de la respiración y evita el cúmulo excesivo de grasa. Además, la rigidez y la atrofia disminuyen en alguna medida.

Aunque la EA está encuadrada dentro de los procesos que contraindican, generalmente, el deporte de forma absoluta, esta norma se refiere al deporte de alta competición ya que no existe problema cuando se practica de forma **no competitiva** o parcial.

Hay que destacar, también, que la actividad deportiva se realizará fuera de las fases agudas, conforme a los gustos personales, aprovechando los silencios dolorosos

### 1. DEPORTES CONTRAINDICADOS.

- Atletismo: velocidad, saltos, martillo, jabalina, disco.
- Alpinismo, Gimnasia pasiva y con aparatos, patinaje y skí náutico.
- Deportes de competición: fútbol, baloncesto, balonmano, hockey, rugby, etc.
- Deportes de contacto: judo, lucha, kárate, boxeo, etc.
- Deportes de velocidad: automovilismo, motociclismo, ciclismo de ruta o montaña.
- Y todo tipo de deportes que supongan una postura contraindicada para el paciente de EA.

### 2. DEPORTES INDICADOS.

- Atletismo de fondo y marcha, sin intentar récords personales.
- Natación: en piscina climatizada
- Remo de paseo
- Pesca.

### 3. PRÁCTICA PARCIAL.

Aunque la práctica de determinados deportes esté contraindicada, pueden realizarse de forma incompleta. Así, podemos destacar:

- a) Deportes de grupo: generalmente, resultan peligrosos por la falta de control que se tiene ante el contrario y el espíritu competitivo que implica, pero tienen un componente socializante que puede considerarse beneficioso: futbito (en tiempos cortos o rondas de penaltis), voleiboll (solo peloteo a ambos lados de la red).
- b) Deportes de contacto: se encuadran en este apartado aquellos deportes de origen oriental. No se debe llegar al aprendizaje de la técnica de lucha. Sin embargo, y

dirigido por un profesional cualificado, la preparación física previa, con posturas corregidas, estiramientos, mantenimiento de rangos articulares, coordinación, equilibrio, adecuación respiratoria al ejercicio, relajación y corrección postural pueden ser beneficiosos en las primeras fases. Como deporte de estas características se puede destacar el TAI-CHI. El yoga, con algunas de sus posturas, también puede practicarse.

#### 4. NATACIÓN.

Mención especial requiere la natación: al practicase en piscina climatizada<sup>14</sup> se produce una relajación y alivio del dolor. El agua provoca una desgravación de nuestro cuerpo con lo que se facilita el movimiento, resistiendo suavemente éste según la dirección del mismo.

Se practicará en series cortas, sin control de tiempo y con buena técnica para evitar lesiones deportivas, durante una media hora, dos o tres veces a la semana.

Los estilos recomendados son:

- Braza para tórax y cadera.
- Estilo libre para hombros y caderas.
- Espalda para hombros caderas y columna dorsal y lumbar.

#### 5. NUEVOS DEPORTES.

El senderismo: sin carga y por terrenos no demasiado complejos. tiene un factor relajante y puede practicarse en grupos.

---

<sup>14</sup> Temperatura del agua entre 24°C y 28°C. Al hacer ejercicio se produce calor en el cuerpo. Si la temperatura del agua se asemeja a la del cuerpo no es posible eliminar el calor que sobra y esto puede ocasionar un síncope, mareo, etc.

## **TERAPIA OCUPACIONAL Y AYUDAS TÉCNICAS**

En la EA, la limitación importante de la columna vertebral y de las caderas, implica un grado de dificultad en el aseo diario, en el vestirse y calzarse, en el uso de inodoros, sillas no acondicionadas y en la cama.

Incluido en el área de tratamientos del Servicio de Rehabilitación, existe la Terapia Ocupacional, que a prescripción del médico rehabilitador, cuando detecta alguno de estos problemas, señala los aspectos que el terapeuta ocupacional debe abordar. Entre estos, debemos señalar los siguientes:

1. Pautas para conseguir la independencia en la vida diaria.
2. Adaptación del entorno: adecuación de la vivienda, fundamentalmente el cuarto de baño, el dormitorio y la zona de estar así como la eliminación de las barreras arquitectónicas, tanto de acceso a la vivienda como en el interior de ella.
3. Ayudas técnicas que faciliten o permitan la autonomía: adaptación del calzado, elementos para colocarse medias, calcetines o pantalones, alcanzar objetos, uso de teléfonos, etc.
4. Adaptaciones en el puesto de trabajo: teclados, sillas, teléfonos, etc.
5. Valoración vocacional: esto es, la necesidad de considerar la conveniencia o no de un cambio en el puesto de trabajo.
6. Estudio y adaptación ergonómica: esto es, realización de tareas con menor nivel de lesión y fatiga, tanto en el trabajo como en la vida diaria.

La mayoría de estas adaptaciones son fáciles de conseguir, bien porque se pueden hacer en casa, o bien porque se encuentran a la venta. No suelen ser costosas y son fáciles de utilizar. Como ejemplo se puede citar: asideros y barras en la bañera, asientos-suplemento para el inodoro, etc.

Debido a la dificultad que entraña, en muchas ocasiones, la colocación de prendas en la mitad inferior del cuerpo, existen dos opciones complementarias que aminoran esta dificultad: en la cama o sentado, y si aún así no se llega con facilidad a los pies, existen mecanismos como pinzas, cierres automáticos, cremalleras, adhesivos o elásticos.

Adiestrados por el terapeuta ocupacional, es fácil adaptarse a estos cambios y al uso de los elementos señalados.

## **LIGAS REUMATOLÓGICAS**

**Liga Reumatológica Española. (LIRE)**  
**Coordinadora Nacional de Espondilitis Anquilosante.**  
C/ Cartagena, 99 – 2ºB  
28002 Madrid  
España  
Teléfono de Información: 902 11 31 88  
Teléfono: 91 413 57 11      Fax: 91 416 14 03  
Web: <http://www.lire.es>  
e-mail: [ire@lire.es](mailto:ire@lire.es)

**Lliga Reumatológica Catalana.**  
C/ Llibertat, 48 - baixos  
08012 Barcelona  
Teléfono: 93 207 77 78  
Fax: 93 459 44 48

**Liga Reumatológica Galega.**  
C/ Federico Tapia, 49 Locales 27-28  
15005 A Coruña  
Teléfono: 981 23 65 86

**Liga Reumatológica Valenciana.**  
C/ Joanot Martorell, 2 – 4º  
46470 Massanassa (Valencia)  
Teléfono: 96 125 17 29

**Liga Reumatológica Asturiana.**  
Centro Naranco  
C/ Fernández de Oviedo, s/n  
33012 Oviedo  
Teléfono: 98 578 46 23

**Liga Reumatológica de Castilla y León.**  
C/ Campos Góticos, s/n – Edif. CHF  
24005 León  
Teléfono: 987 25 77 05

**ASOCIACIONES ESPAÑOLAS DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE****Asociación de Enfermos de Espondilitis y otras Enfermedades Reumáticas**

C/ Rioja, 130 - bajo  
28915 Leganés (Madrid)  
Teléfono: 91 686 76 86

**Asociación Provincial de Enfermos de Espondilitis de Guadalajara**

Centro Social Municipal  
C/ Cifuentes, 26  
19003 Guadalajara  
Teléfono: 949 26 42 93

**Enfermos de Espondilitis Paraleños Asociados**

C/ Pinto, s/n  
Colegio San Ramón  
28980 Parla (Madrid)  
Teléfono: 91 605 11 72

**Asociación Granadina de Espondilíticos (AGRADE)**

C/ Era del Cura, 20  
18170 Alfácar (Granada)  
Teléfono: 958 81 59 74

**Asociación de Espondilitis Anquilosante Madrileña (ADEAM)**

Avenida de las Provincias, s/n  
28203 Getafe (Madrid)  
Teléfono: 91 696 81 24

**Asociación de Espondilitis Anquilosante Sevillana (EAS)**

Centro Cívico San Jerónimo  
Apartado de Correos nº 4080  
41080 Sevilla  
Teléfono: 95 490 30 86 Fax: 95 490 30 87

**Asociación Valenciana de Enfermos de Espondilitis**

C/ Alboraya, 18, B-13  
46010 Valencia  
Teléfono: 96 369 02 98

**Asociación de Espondilitis Anquilosante de Ciudad Real**

C/ Buen Suceso, 6 – 4ºB  
13300 Valdepeñas (Ciudad Real)  
Teléfono: 926 32 29 85

**Asociación Onubense de Espondilitis Anquilosante**

Apartado de Correos nº 1196  
21080 Huelva

**Asociación de Enfermos de Espondilitis de Fuenlabrada (AEEF)**

C/ Pinto, 10 bis  
28944 Fuenlabrada (Madrid)  
Teléfono: 91 697 30 89

**Asociación Viguesa de Espondilíticos de Pontevedra (AVIDEPO)**

Apartado de Correos nº 5234  
32600 Vigo (Pontevedra)  
Teléfono: 678 58 68 65  
Web: <http://www.avidepo.com>  
e-mail: [avidepo@avidepo.com](mailto:avidepo@avidepo.com)

**Asociación de Espondilíticos de Málaga (ADESMA)**

C/ Sherlock Holmes, 2  
29006 Málaga  
Teléfono: 95 221 10 82

**Asociación de Espondilitis Anquilosante de Valladolid (ADEAVA)**

C/ Dr. Villacián, 11 – 4ºB  
47014 Valladolid

**Asociación Salmantina de Espondilitis Anquilosante**

Plaza Nueva de San Vicente, Local nº6  
37007 Salamanca  
Teléfono: 923 26 97 98

**Asociación Mirandesa de Afectados de Espondilitis (AMAE)**

C/ Río Ebro, 33 – 3ºA  
09200 Miranda de Ebro (Burgos)  
Teléfono: 947 32 37 99

**Asociación Cordobesa de Enfermos Afectados de Espondilitis (ACEADE)**

Apartado de Correos nº 762  
14080 Córdoba  
Teléfono y Fax: 957 29 25 22  
Web: <http://www.espondilitis.com>  
e-mail: [webmaster@espondilitis.com](mailto:webmaster@espondilitis.com)

**Asociación de Espondilíticos Anquilopoyéticos del Principado de Asturias (ADEAPA)**

Apartado de Correos nº 557  
33080 Oviedo (Asturias)  
Teléfono: 98 527 72 76  
Web: <http://www.adeapa.com>  
e-mail: [correo@adeapa.com](mailto:correo@adeapa.com)