

Trabajo de Fin de Grado
Curso 2014/2015



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
EN
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Autor/a: Lara Sordo Villoria

Tutor/a: Pedro Martín Villamor

Resumen:

La Espondilitis Anquilosante es una enfermedad inflamatoria y crónica que afecta, aproximadamente, al 0,25% de la población mundial.

Aunque pueda parecer una cifra baja, las consecuencias de la Espondilitis Anquilosante (EA) son bastante importantes, sobre todo si tenemos en cuenta que los principales afectados son jóvenes de entre 20 y 40 años, y que es una enfermedad muy incapacitante para los que la padecen. Además, supone una de las principales causas de visita a las consultas de reumatología y un gran impacto en el gasto sanitario de cualquier sistema de salud.

En este trabajo se ha llevado a cabo una revisión y actualización bibliográfica de los aspectos más significativos de la EA, resaltando las pautas y actuaciones que se pueden desarrollar desde la enfermería, especialmente si existe una consulta de enfermería en reumatología (CER). El trabajo concluye que esta opción mejoraría la calidad de vida de los pacientes e incidiría positivamente en los aspectos sociales y sanitarios de la enfermedad.

Palabras clave: Espondilitis Anquilosante, enfermedad incapacitante, consecuencias socio-sanitarias, control de síntomas, consulta de enfermería de reumatología.

Índice:

• Resumen.....	1
• Introducción y justificación.....	3
• Objetivo principal.....	5
• Metodología.....	5
• Desarrollo del tema	6
1. La Espondilitis anquilosante:	
◦ Definición.....	8
◦ Causas.....	9
◦ Clínica.....	10
◦ Diagnóstico.....	13
◦ Tratamiento.....	14
2. Enfermería en la Espondilitis Anquilosante.....	17
• Conclusión e implicación en la práctica.....	26
• Bibliografía.....	27
• Anexos.....	31

Introducción y justificación:

La Reumatología es una especialidad derivada de la Medicina Interna que, desde 1940, se ocupa de las enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo.

Dentro de esta especialidad encontramos más de 250 enfermedades diferentes, y aunque no existe una clasificación definitiva para este ámbito, el grupo de enfermedades en el que se encuentra la Espondilitis Anquilosante es en el de las espondiloartropatías. (1)

Éstas son un conjunto de enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas que provocan artritis, por lo que también se las conoce como espondiloartritis. Todas ellas comparten características clínicas, patogénicas, genéticas, radiológicas, epidemiológicas y terapéuticas.

Afectan a alrededor del 1,9% de la población general, y entre el 0,3 y el 1,3% de la población europea. Asimismo, conforman en torno al 13% de las visitas a los servicios de Reumatología en España y algunos estudios realizados por la compañía farmacéutica estadounidense Abbott, han confirmado que, por ejemplo en Canarias, las incapacidades temporales por enfermedades reumáticas suponen un coste de 79 millones de euros al año (2). Además se estima que casi el 61% de los casos de espondiloartropatía se refiere a la Espondilitis Anquilosante (EA). (3) (4)

La prevalencia global de la EA se considera aproximadamente del 0,25% de la población mundial. Sin embargo hablaríamos de unas cifras de 0,5-1% teniendo en cuenta solo a la raza blanca (5), y en torno al 2,5% en poblaciones cercanas a los polos. En Europa se cree que puede rondar entre el 0,3 y el 1,8% de la población. (6)

Según el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (7), más de 150.000 personas en España padecen la enfermedad.

También se ha demostrado que enferman más hombres que mujeres, concretamente entre 2,5 y 3 hombres por cada mujer. No obstante, algunos reumatólogos coinciden en que esta diferencia es menor si consideramos la existencia de mujeres no diagnosticadas por el hecho de que suelen presentar síntomas más leves. (8)

Respecto a la edad de inicio de la EA hay discrepancias. Por ejemplo, la Sociedad Española de Reumatología afirma que los primeros síntomas suelen aparecer entre los 20 y los 30 años, mientras que la Spondylitis Association of America garantiza que comienza entre los 17 y los 45 años.

Por último, varios estudios realizados por el equipo de INSERM (Institut National de Santé et Recherche Médical) han concluido algunos datos importantes sobre la Espondilitis Anquilosante (9):

- La pérdida de trabajo anual media por paciente es de 62 días.
- El 27% de los pacientes alcanza la invalidez permanente.
- El 20,3% de los pacientes termina cambiando de profesión.
- Otro 20,3% abandona cualquier tipo de actividad profesional.

Además de todos estos datos, se aproxima a 7.920 euros la cantidad anual que supone un solo paciente para la sanidad española, que en caso de tratarse de un caso con mala evolución podría alcanzar la cifra de 75.000 euros por paciente y año.

Debido a su prevalencia relativamente elevada, el gasto que supone tanto a nivel económico como socio-sanitario, y el desconocimiento generalizado que existe en la población sobre esta enfermedad es por lo que, a continuación, va a desarrollarse este tema en profundidad.

Objetivo:

Hacer visible la importancia sanitaria y social de la EA actualizando pautas de intervención que, desde la enfermería, contribuyan a diagnosticar de manera precoz la enfermedad y aliviar los efectos de su evolución.

Metodología:

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre la Espondilitis Anquilosante y la actuación de enfermería ante estos pacientes.

La búsqueda bibliográfica comenzó en el mes de diciembre del año 2014.

Las bases de datos utilizadas han sido: Dialnet, Medline, PubMed, Scielo, Google y Google Académico.

Entre los criterios de búsqueda se han aplicado:

- Periodo de tiempo: entre el 1 de enero de 2004 y el 1 de diciembre de 2014.
- Palabras empleadas: “espondiloartropatía”, “espondiloartritis”, “espondilitis anquilosante”, “anquilopoyética”, “ankylosing spondylitis”, “intervención de enfermería”, “nursing care”.
- Idiomas seleccionados: español e inglés.
- Especie seleccionada: humanos.

El proceso de este Trabajo de Fin de Grado ha sido:

1. Selección de fuentes que permitiesen ofrecer una visión completa y actualizada de la Espondilitis Anquilosante
2. Selección de fuentes relevantes respecto del trabajo de enfermería en las enfermedades reumáticas
3. Ordenación de las intervenciones de enfermería siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon

Desarrollo del tema

Las espondiloartropatías, principalmente se diferencian de las demás enfermedades reumáticas en que afectan mayoritariamente al esqueleto axial y a las entesis, que son los sitios de inserción de los tendones, ligamentos, fascias y cápsulas articulares al hueso; así como también el sitio de unión del cartílago al hueso subcondral. (10)

La inflamación crónica de las entesis, llamada entesitis, produce fibrosis, osificación y formación de hueso nuevo, provocando la pérdida de movilidad del tronco y rigidez progresiva del paciente, conocida como anquilosis. (11)

Las articulaciones afectadas con más frecuencia en las espondiloartropatías son: hombros, columna vertebral, articulaciones sacroilíacas, caderas, rodillas y tobillos.

Dentro de este grupo, las más frecuentes son:

- **Espondilitis anquilosante**
- **Artritis reactiva o síndrome de Reiter:** está causada por una infección bacteriana. Provoca inflamación en los ojos y ulceración en la piel y en la boca. Además, afecta a todas las articulaciones, especialmente a las rodillas y a las muñecas. (12)
Las bacterias que habitualmente causan este tipo de infección son: Chlamydia, mediante contacto sexual; y Salmonella, Shigella, Yersinia o Campylobacter, al ingerir alimentos contaminados, por lo que su primer síntoma es la diarrea. (13)
- **Artritis psoriásica:** afecta al 15% de los enfermos crónicos de la enfermedad de la piel llamada psoriasis. Sin embargo, este no es un factor necesario, ya que puede aparecer en personas sin psoriasis cutánea.
La artritis psoriásica se produce cuando el sistema inmunológico ataca a las articulaciones, produciendo inflamación y dolor. (14)
- **Artritis enteropática o de la enfermedad inflamatoria intestinal:** está asociada a la Colitis Ulcerosa y a la Enfermedad de Crohn. Aproximadamente

afecta entre un 10 y un 35% de los enfermos de estas patologías intestinales, y pueden verse comprometidas las articulaciones axiales y periféricas. (15)

- **Artritis idiopática juvenil:** la causa de ésta es desconocida y el diagnóstico se establece en menores de 16 años cuando la inflamación articular persiste al menos 6 semanas. Se considera que el sistema inmunológico del paciente reacciona contra el propio organismo. (16)
- **Artritis indiferenciadas:** en este grupo se incluye a los pacientes con artritis que aún no pueden ser incluidos en un diagnóstico específico de acuerdo con los criterios del American College of Rheumatology (ACR) (18). En algunos estudios se cree que la prevalencia de este tipo de artritis podría llegar hasta el 56%. (17) (19) (1)

Características	EA	A.Reactiva	A.Psoriásica	A.En EII	Esp. Juvenil
Edad de inicio	>16	>20	Cualquier	Cualquier	<16
Género	H>M	H>M	M>H	M=H	M>H
Tipo de debut	Insidioso	Agudo	Variable	Insidioso	-
Sacroilitis	>95%	20%	50%	50%	80%
Simetría	Sí	No	No	Sí	Sí
Artritis periférica	+	++	++	+	+
Entesitis	+	+	+	+	+
Espolón calcáneo	+	++	+	¿?	+
HLA-B27 positivo	>90%	40-80%	40-50%	35-75%	70%
Riesgo en sujetos HLA-B27 positivo	2-10%	20%	¿?	¿?	¿?
Agregación familiar	+	+	+	+	+
Uveítis	25-30%	Común	Ocasional	Común	Común

Afectación cardíaca	+	+	+	¿?	¿?
Prostatitis, uretritis, cervicitis	-	+	-	-	-

*Sociedad Española de Reumatología. Las espondiloartritis.

1. Espondilitis anquilosante

Definición:

Según la Sociedad Española de Reumatología, la espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria y crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral, las cuales tienden a fusionarse entre sí, provocando una limitación de la movilidad.

El término deriva del griego, *spondylos* se refiere a la espina dorsal o vértebras; *itis* significa inflamación y la palabra *ankylos* quiere decir rígido.

El rasgo característico de la EA es la implicación de las articulaciones sacroilíacas durante la progresión de la enfermedad, ya que son las que unen la columna vertebral a la pelvis y las que transmiten el peso de la misma a los miembros inferiores, y por lo tanto, las que más afectan al movimiento del paciente. (20)

Sin embargo, la afectación no es exclusiva de la espina dorsal, ya que pueden verse dañadas articulaciones periféricas, e incluso presentarse síntomas extra locomotores. Por esta razón, se puede considerar una enfermedad sistémica.

Causas:

A día de hoy no se conoce la causa exacta de la EA. Sin embargo, la carga genética parece que juega un papel importante en la aparición de esta enfermedad.

El antígeno de histocompatibilidad HLA-B27, es una proteína que puede encontrarse en la superficie de los glóbulos blancos (21), y cuyas funciones son reconocer los fragmentos de virus o bacterias que infectan el organismo y provocar la destrucción de la célula infectada.

En España, aproximadamente el 7% de la población posee el antígeno, por lo que se les considera HLA-B27 positivo; pero solo un 5% de estas personas están en riesgo de desarrollar la EA. Es decir, de cada 1000 personas solo 70 poseen este gen, y de estas 70, solo 4 de ellas desarrollarán la enfermedad.

No obstante, si una persona HLA-B27 positivo tiene un familiar de primer grado, como padres o hermanos, con EA, la probabilidad de desarrollar la enfermedad aumenta casi hasta el 20%. (5)

Si nos referimos a las personas que ya padecen EA, entre el 90 y el 95% de ellos son HLA-B27 positivos, por lo que hay un 5% de la población enferma que no presenta el antígeno, lo que supondría que no es necesaria la presencia de esta glicoproteína para desarrollar la enfermedad. (8) (22)

Recientemente algunos científicos han descubierto la implicación de dos genes más en la aparición de la EA, como son el IL23R y el ERAP1 (23). Respecto a esto, José Antonio López de Castro, del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa, centro mixto del CSIC y la Universidad Autónoma de Madrid, ha confirmado que “individuos HLA-B27 positivos que son además portadores de ciertas variantes de ERAP1 tienen un riesgo de desarrollar la enfermedad aproximadamente un 30% más alto que los individuos que no las tienen”.

Además de la carga genética, en la actualidad se está estudiando la posibilidad de que otros factores sean inductores de la enfermedad, como por ejemplo la entrada de bacterias o virus a través del sistema digestivo. (22)

Clínica:

La EA es una enfermedad de comienzo insidioso y evolución lenta, que cursa en brotes alternados con periodos de latencia en los que el enfermo puede llevar una vida normal.

Como se ha comentado antes, es considerada una enfermedad sistémica, por lo que para explicar su sintomatología se clasifica en dos grupos:

- **Manifestaciones clínicas del sistema locomotor:**

El primer síntoma que percibe un enfermo de EA suele ser la lumbalgia, la cual tiene una duración superior a 3 meses (6). Este dolor en la zona baja de la espalda, producido por la inflamación de las articulaciones sacroilíacas, puede irradiarse a la cadera, a uno o ambos glúteos, así como a la parte posterior del muslo, por lo que en un principio puede ser confundido con la afectación del nervio ciático (22). Su manifestación se produce durante los periodos de descanso o inactividad, por eso es común que los pacientes se despierten en mitad de la noche o de madrugada y el dolor vaya desapareciendo a medida que se levantan y dan algunos pasos. Sin embargo, según el Instituto Ferrán de Reumatología, la probabilidad de que una persona menor de 45 años con dolor lumbar de más de 3 meses de evolución padezca EA, es menor del 5%.

Con el paso del tiempo la inflamación puede afectar a toda la columna vertebral, así como a caderas (coxitis), rodillas, tobillos, dedos de los pies, hombros y a las entesis (entesopatía), como el tendón de Aquiles (8). Debido a esta última afectación, es muy común que a los enfermos les duelan los pies al caminar sobre superficies duras. (19)

Si la enfermedad avanza rápido y no se pone tratamiento en el momento adecuado, las articulaciones y los huesos pueden fusionarse entre sí, debido a la formación de hueso nuevo a través de sindesmofitos. Éstos son osificaciones entre los cuerpos vertebrales por calcificación de las fibras externas de los discos intervertebrales (6). Esta anquilosis provoca otro de los síntomas más característicos, que es la rigidez, la cual puede producir gran incapacidad, sobre todo si afecta a la columna, ya que pierde flexibilidad y por lo tanto el paciente ve limitados muchos de sus movimientos cotidianos. (19)

La afectación del movimiento de la caja torácica también es común y se produce por la inflamación y fusión de la zona de unión de las costillas al esternón y a las vértebras, lo que tiene como consecuencia que se limite la expansión normal del pecho en la inspiración, y que se dificulte la respiración. (6)

- **Manifestaciones clínicas fuera del sistema locomotor:**

Además de la afectación articular, a medida que la EA evoluciona puede presentar otros síntomas, como son:

- Fiebre por debajo de 38°C y malestar general, sobre todo en fases iniciales.
- Pérdida de apetito
- Uveítis o iritis: es una inflamación aguda del tracto anterior del ojo que afecta entre un 25 y un 40% de los casos. Sus síntomas son dolor, enrojecimiento y visión borrosa unilateral, que empeora con la exposición a la luz brillante. Precisa seguimiento por parte del oftalmólogo para evitar complicaciones más serias, como pérdida de visión. (19) (24) (18)
- Aortitis: es la inflamación de la raíz aórtica. Esta afectación podría derivar en una insuficiencia valvular y en trastornos de la conducción cardiaca, pero muchas veces no provocan síntomas y solo se detectan si se realiza un electrocardiograma, por lo que es necesario el seguimiento anual por parte del cardiólogo. (24)
- Afectación pulmonar: como se ha comentado antes, esto es consecuencia de la inflamación y rigidez que se produce en las articulaciones condrovertebrales y condroesternales. Se produce una limitación de la amplitud de la caja torácica en la inspiración, por lo que existe una restricción de la capacidad pulmonar (24). Esta característica se acentúa con el tabaco, (6) y también se considera necesario el seguimiento por parte del neumólogo.

- Enteropatía: un gran número de enfermos de EA presentan alguna enfermedad inflamatoria intestinal (Colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn). Se caracteriza por la presencia de úlceras e inflamación en varios puntos del intestino, lo cual genera síntomas como diarrea, pérdida de peso, anemia y cólicos. Es importante la revisión periódica del gastroenterólogo para evitar posibles complicaciones. (24) (18)
- Osteoporosis: es la pérdida de masa ósea que puede afectar hasta al 50% de los pacientes de EA. El riesgo es mayor en pacientes que presentan anquilosis o fusión de la columna vertebral, y esta característica aumenta el riesgo de sufrir fractura espinal. (24) (18)
- Alteraciones genitourinarias: las más comunes son la uretritis inespecífica y la prostatitis. Ambas producen sensación de quemazón al orinar y suelen preceder a la artritis entre 1 y 3 semanas. (11)
- Alteraciones neurológicas: se producen como consecuencia de los cambios que sufre la columna vertebral, ya sea por compresión de la médula o de los nervios periféricos. Los síntomas más comunes, que aparecen en un 10% de los enfermos de EA, son hormigueo y pérdida de fuerza en las extremidades. Requieren de un seguimiento por parte del neurólogo para evitar que avance y que se produzcan complicaciones como dificultad para caminar. (6)
- Psoriasis: es una enfermedad de la piel que cursa con descamación y requiere seguimiento por parte del dermatólogo. (18)
- Amiloidosis secundaria reactiva o adquirida (25): se caracteriza por el depósito en los tejidos de una sustancia amorfa llamada amiloide, produciendo alteraciones estructurales y funcionales. Su complicación más grave es la insuficiencia renal que puede llegar a causar la muerte. (26)

Diagnóstico:

Actualmente, no existe un diagnóstico concluyente para la EA, por lo que se lleva a cabo a través de 3 puntos que se complementan (22):

- **Anamnesis y exploración física:** es importante atender a los síntomas que cuenta el paciente. En cuanto a la exploración se debe valorar la existencia de limitación en los movimientos de flexión, rotación y lateralidad de la columna vertebral, así como la expansión de la caja torácica.
- **Pruebas radiológicas:** se realizan radiografía y resonancia magnética de columna vertebral y articulaciones sacroilíacas. En algunos casos puede ser conveniente realizar una gammagrafía ósea, que nos mostrará las zonas en las que existe actividad metabólica, es decir, en las que hay un proceso inflamatorio.
- **Pruebas de laboratorio:** analíticas de sangre para detectar la presencia del gen HLA-B27, la Proteína C Reactiva y determinar la Velocidad de Sedimentación Globular. No obstante, ninguno de estos marcadores es determinante, ya que algunos consideran a la EA una enfermedad seronegativa, es decir, que no altera ningún valor analítico.

Para unificar los criterios diagnósticos, la Sociedad Española de Reumatología sigue el modelo de Nueva York modificado (27), que consiste en seguir los siguientes pasos:

Para el diagnóstico:

- Criterios clínicos:
 - Dolor lumbar y rigidez durante más de 3 meses que mejora con el ejercicio, pero no se alivia con el reposo.
 - Limitación de la movilidad de la columna lumbar en planos frontal y sagital.
 - Limitación de la expansión torácica.
- Criterios radiológicos:
 - Sacroileitis grado ≥ 2 bilateral
 - Sacroileitis grado 3-4 unilateral

Para el grado de afectación:

- Espondilitis anquilosante definida si el criterio radiológico se asocia al menos con un criterio clínico.
- Espondilitis anquilosante probable si:
 - Están presentes los 3 criterios clínicos
 - El criterio radiológico está presente sin ningún signo o síntoma que satisfaga el criterio clínico. En este caso se deben considerar otras causas de sacroileitis.

Respecto a los grados de afectación según los criterios radiológicos, consideramos:

- Grado 0: Normal
- Grado 1: Sospechoso. Osteoporosis yuxtaarticular con imagen de pseudoensanchamiento.
- Grado 2: Sacroileitis mínima. Alternancia de erosiones con zonas de esclerosis reactiva y pinzamiento articular.
- Grado 3: sacroileitis moderada. Grado 3 más avanzado con formación de puentes óseos.
- Grado 4: Anquilosis ósea. Fusión ósea completa.

Tratamiento:

El tratamiento que se utiliza en la EA tiene dos variantes fundamentales: tratamiento farmacológico y tratamiento no farmacológico.

- **Tratamiento farmacológico:** tiene como finalidad paliar los síntomas y evitar que la enfermedad avance de forma incapacitante, dado que a día de hoy no existe una cura definitiva.

En este caso los analgésicos simples como el paracetamol se descartan como opción.

Cuando un paciente es diagnosticado de EA se siguen unos pasos en lo que a tratamiento se refiere, empezando con los más simples y tradicionales, y añadiendo otros más innovadores progresivamente.

Los medicamentos de referencia al comienzo de la enfermedad son los **antiinflamatorios no esteroideos** (AINE), que ayudan a reducir la inflamación y como consecuencia, alivian el dolor y la rigidez (19). Debido a sus efectos secundarios, entre los que los más importantes son las úlceras y hemorragias gástricas (8), se intenta reducir el número de tomas del fármaco todo lo posible. Lo ideal sería tomar 1 sola dosis por la noche para disminuir la rigidez matutina (22). Es importante saber que estos medicamentos no crean tolerancia ni dependencia, por lo que pueden administrarse durante periodos de tiempo prolongados. (6)

Entre los AINE más utilizados están el ibuprofeno, el naproxeno, el ácido acetilsalicílico, la indometacina, el diclofenaco, el meloxicam y el piroxicam.

De algunos de ellos existen presentaciones “retard”, que ayudarían a aliviar el dolor durante toda la noche, como son del naproxeno, la indometacina y el piroxicam.

Existe un subgrupo dentro de los AINE que se conocen como **inhibidores de la COX-2** y que no dañan la mucosa gástrica como los anteriores. En esta categoría tenemos el celecoxib.

En algunos casos en los que la hinchazón de las articulaciones es localizada, una infiltración de **corticoides** puede resultar muy efectiva. (18)

Hay pacientes a los que el tratamiento con esta medicación no les resulta suficiente para aliviar el dolor y poder llevar una vida normal, por lo que es necesario utilizar lo que se conocen como **fármacos modificadores de la enfermedad** (FAME), como la sulfasalazina y el metotrexato.

Sin embargo, están indicados en las artralgias de manos y pies, ya que no se consideran efectivos para los síntomas espinales.

Además, un estudio realizado en noviembre de 2013 (28), aseguró que no hay evidencias suficientes de que la sulfasalazina sea eficaz en el tratamiento del dolor, la mejora de la función física o la movilidad de la columna vertebral.

En los últimos años han surgido unos medicamentos que se incluyen dentro del grupo “**terapia biológica**”, y tienen la función de bloquear el factor de necrosis tumoral alfa (TNF alfa), lo que detiene el proceso inflamatorio. Entre ellos, los aprobados para su

utilización en España son el infliximab, el etanercept y el adalimumab (1). Generalmente estos fármacos suelen estar unidos al uso de otro tipo de antiinflamatorio.

Aunque los bloqueadores de TNF-alfa hayan demostrado ser muy eficaces para el control de los síntomas, no han podido hacerlo con el control del daño estructural que produce la EA, es decir, no frena la formación de hueso nuevo. (29)

Algunos especialistas, según la ASEARPO, recomiendan el uso de la terapia biológica desde el inicio de la enfermedad para evitar en la medida de lo posible las lesiones irreversibles.

- **Tratamiento no farmacológico:** suele ser un aspecto que para los enfermos pasa a un segundo plano, pero tiene mucha importancia ya que en este caso, la finalidad es mantener la amplitud de movimiento tanto en la espalda como en el cuello (19). Para ello lo primordial es la educación del paciente por parte del personal sanitario para que aprenda lo que debe hacer. (1)

Uno de los aspectos importantes de esta parte del tratamiento es el ejercicio diario, y para ello los enfermos de EA deben acudir habitualmente a la consulta de un fisioterapeuta que les oriente sobre la gimnasia adecuada.

El otro punto a tener en cuenta es el mantenimiento de una buena postura tanto en la cama como durante el resto del día.

Las posibilidades del tratamiento no farmacológico se desarrollarán más adelante, en el apartado de la actuación de enfermería ante un caso de EA.

- **Tratamiento quirúrgico:** no es lo habitual, pero puede ser bastante útil en algunos pacientes, como en los que necesiten un reemplazo total de cadera por pérdida del cartílago. A veces también puede ser necesaria la intervención de la columna vertebral, sobre todo para corregir las posibles anomalías en el cuello, o para reparar fracturas vertebrales causadas por algún traumatismo. (18)

2. Enfermería en la Espondilitis Anquilosante:

Un paciente reumático necesita en su proceso de atención integral a un equipo multidisciplinar, en el que cada profesional desempeñe sus funciones adecuadamente, con el objetivo de mantener su funcionalidad y productividad. (30)

Para valorar la actividad en la que se encuentra implicado un enfermero en un servicio como éste, la Sociedad Española de Reumatología llevó a cabo un estudio, con el que también se pretendía hacer ver la necesidad de unificar criterios sobre las tareas que debe realizar el enfermero y que hasta ahora, dependen de su propia iniciativa y autoaprendizaje (31). En el estudio los resultados revelaron la necesidad de disponer de un profesional de enfermería a tiempo completo con una consulta propia en el servicio de reumatología, lo que supondría un mayor control asistencial.

Asimismo, el Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (GTESER), en el que participaban reumatólogos y enfermeras, desarrollaron un proyecto con el fin de precisar cuáles son las características que debe tener una Consulta de Enfermería en Reumatología (CER). Los resultados mostraron un grado de acuerdo muy alto en estándares generales, de estructura, de proceso, de tratamiento y seguimiento, en educación sanitaria y en calidad asistencial (32). Esto se traduce, por ejemplo, en disponer de despacho propio, participación en reuniones, interacción con atención primaria, valoración de la capacidad funcional...etc.

Los objetivos de la creación de CER irían encaminados al aumento de la calidad asistencial y a la reducción de costes económicos y sanitarios, según la Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas (EULAR). Es por ello por lo se aconseja la colaboración de la enfermería, tanto en atención primaria como especializada, en el plan de actuación de un paciente reumático desde el comienzo de la enfermedad para evaluar la actividad inflamatoria de la misma, detectar precozmente los posibles efectos secundarios de los fármacos, y mejorar la educación relacionada con la salud. (33)

Más concretamente, el personal de enfermería que se encarga del seguimiento de pacientes de Espondilitis Anquilosante en las CER, debe realizar una serie de actividades para plasmar la evaluación del paciente, así como elaborar y aplicar un plan de cuidados personalizado. (34)

Estas actividades tienen unos objetivos marcados por la Agrupación Española de Profesionales de la Salud para el Estudio de Enfermedades Reumáticas (AEPROSER), que son:

- Promover el bienestar y la salud mediante la educación sanitaria.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Mejorar el seguimiento de la EA.
- Entrenar al paciente en la administración de sus fármacos.
- Apoyar el control analítico para evitar efectos adversos.
- Mejorar el cumplimiento terapéutico.
- Realizar índices metrológicos y test de valoración funcional.

Para explicar los puntos más importantes que deben recogerse en la historia clínica de un paciente con EA en una CER, se ha considerado que lo más conveniente es seguir el orden de los patrones funcionales de Marjory Gordon para no olvidar ningún aspecto esencial. (35)

- **Percepción de la salud:** pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación, salud y bienestar.

Para comenzar con la valoración concreta en la consulta de enfermería, podemos hacerle preguntas generales al paciente sobre cómo se siente, cómo es su tolerancia a la EA, además de preguntarle sobre la adherencia terapéutica e informarle de la importancia de tomar la medicación según la pauta prescrita por el reumatólogo para conseguir aliviar el dolor.

Es esencial que le preguntemos sobre los hábitos tóxicos, y recordarle siempre lo importante que es abandonar el hábito del tabaco para que no disminuya la elasticidad de la caja torácica y no se deteriore la capacidad de respirar. (6)

Por último, debemos asegurarnos de que el paciente tiene los conocimientos suficientes acerca de su enfermedad como para llevar unos autocuidados adecuados.

- **Nutricional – metabólico:** pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Debemos pesar al paciente cada vez que acuda a revisión y tallar dependiendo de la edad. Realizaremos el Índice de Masa Corporal, que no debe estar por encima de 25 y preguntaremos sobre los hábitos alimenticios. Es muy importante que el paciente espondilítico se mantenga normopeso, ya que si no podrían dañarse aún más sus articulaciones, sobre todo rodillas y caderas.

A estos pacientes se les recomienda que aumenten el consumo de ácidos grasos omega 3 que se encuentran por ejemplo en el pescado azul, la yema de los huevos y las nueces, ya que ayudan a reducir la inflamación articular.

Los antioxidantes que encontramos en frutas, verduras y hortalizas también presentan este efecto beneficioso al eliminar sustancias químicas del cuerpo que causan inflamación.

Es importante recomendar alimentos ricos en fibra, como el pan integral y la avena, así como aconsejar el aumento del consumo de calcio para fortalecer los huesos.

Además deben evitarse los azúcares, el alcohol, las grasas saturadas y las grasas trans, ya que aumentan el colesterol en sangre y la Proteína C Reactiva. (19) (36)

Se observará el estado y color de la piel, de las mucosas y del pelo.

También se vigilarán las extremidades inferiores en busca de edemas o signos de déficit circulatorio.

Por último, es importante anotar si ha tenido fiebre en algún momento, ya que es uno de los posibles signos que aparecen, sobre todo al inicio de la enfermedad.

- **Eliminación:** pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Respecto a este patrón, los enfermeros debemos preguntar acerca de la micción: número de micciones al día, cantidad de cada una de ellas, color, olor y síntomas añadidos como quemazón, escozor o dolor.

También registraremos el número de deposiciones al día o a la semana, consistencia y color, así como cualquier otro síntoma digestivo como flatulencias, cólicos, ardor, pesadez, rectorragia...etc. (35)

- **Actividad – ejercicio:** describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Este patrón podríamos considerarle uno de los más importantes en la valoración de enfermería de un paciente con EA, y por lo tanto, es el que más tiempo nos va a llevar en la consulta.

Se deben registrar las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria, temperatura, además de vigilar la movilidad del tórax y su expansión en cada inspiración. En relación con esto, debemos anotar si el paciente ha sentido disnea en algún momento o ha sufrido algún ataque de tos, y si es así también qué estaba haciendo entonces.

Se comprobará la movilidad, flexibilidad y limitación de algunas articulaciones del cuerpo, se observará la marcha y postura en condiciones normales, y se examinará el tono muscular y la existencia de deterioro músculo-esquelético.

En el caso concreto de la EA, el examen del grado de inflamación y dolor de las articulaciones es lo que se conoce como recuento articular e incluye 44 de las mismas (esternoclaviculares, acromioclaviculares, hombros, codos, muñecas, rodillas, tobillos, 10 metacarpofalángicas, 10 interfalángicas proximales y 10 metatarsofalángicas). (37)

Después se le realizará la anamnesis sobre el ejercicio físico y el sedentarismo. Aconsejarle sobre si el deporte que practica es el adecuado y explicarle sus grandes ventajas, como son disminución del dolor, reducción de los síntomas y mejora de la flexibilidad general, además de conllevar grandes efectos psicológicos positivos.

Se pueden ofrecer una serie de recomendaciones sobre los que más le benefician, que son caminar, natación porque ayuda a movilizar todo el cuerpo y el agua soporta el propio peso, y pilates o yoga, que fortalecen los músculos sin sobrecargarlos. Con 30 o 40 minutos al día puede ser suficiente. (36)

Los deportes que no se recomiendan en este caso son el golf, por la postura en flexión lumbar mantenida, y los deportes de contacto. (34)

En cuanto a la higiene postural y rehabilitación, es importante que acuda a un fisioterapeuta. No obstante, el personal de enfermería también podemos asesorar sobre ciertos aspectos. Varios estudios, (30) (34) recomiendan dormir en colchón firme con una almohada delgada o una que solamente apoye el hueco del cuello, y colocarse en decúbito supino con las piernas rectas, evitando la posición fetal.

Evitar encorvar la espalda, manteniendo los hombros hacia atrás y la cabeza erguida durante el trabajo y el descanso nocturno y diurno. Evitar coger pesos, programar periodos de descanso entre actividades y no utilizar fajas o corsés, ya que favorecen la inmovilidad. Todas estas pautas le ayudarán a mantener su funcionalidad y a desarrollar con menos dificultad sus autocuidados, como la higiene o el vestido. No obstante, es esencial preguntarle sobre su autonomía en este sentido.

Hay pacientes que debido a la fusión de alguna articulación ve limitada su movilidad al realizar las ABVD, en cuyo caso se puede asesorar acerca del uso de aparatos de autoayuda, como por ejemplo calzadores con alargadera larga (19).

Un apartado fundamental a tener en cuenta es la realización de fisioterapia cardiorrespiratoria para evitar la restricción de la expansión torácica y la limitación de la capacidad pulmonar (3).

Para terminar con este punto, rellenaremos con el paciente una serie de escalas y test, entre ellas (37):

- BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index): indica la limitación física del paciente.
- BARTHEL o KATZ: valoran el grado de dependencia del paciente en las ABVD. Podemos utilizar cualquiera de los dos.
- BARBER: en este caso nos valorarían la posibilidad de encontrarnos ante un anciano de riesgo.
- BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index): combina diferentes medidas metrológicas (flexión lateral lumbar, rotación cervical, distancia trago-pared, distancia maleolar...). Uno de los más importantes es el test de Schöber, que mide la flexibilidad y la capacidad de expansión de la columna vertebral. (38)

- **Sueño – descanso:** describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Este patrón es otro de los más importantes, junto con el anterior, que hay que valorar en un paciente con EA.

Debemos anotar las horas de sueño al día distribuidas en nocturnas y horario de siesta, preguntar si tiene un horario regular y un lugar en el que dormir habitualmente.

Valorar la presencia de insomnio, la necesidad de tomar medicación inductora del sueño y la sensación de haber descansado al levantarse. (35)

- **Cognitivo – perceptivo**: describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

La cuestión de mayor importancia a valorar en este momento sería el dolor.

Éste es el síntoma principal en las enfermedades reumáticas, causado por la inflamación. El paciente debe contarnos si el tratamiento que sigue le parece efectivo, en qué momentos siente dolor, qué tipo es y qué intensidad tiene, y si conoce algún método alternativo al farmacológico para aliviarlo. En caso de que consideremos que sea necesario, pediremos una derivación al reumatólogo para que valore un reajuste de medicación.

El dolor es un síntoma subjetivo, así que nuestro paciente lo evaluará con la ayuda de dos escalas:

- Escala Analógica Visual (EVA), Escala Numérica (EN) o Escala Categórica (EC): valoran el síntoma del dolor en cuanto a su intensidad.
- BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity): determina la eficacia de un tratamiento farmacológico para la EA o la necesidad de modificarlo, así como la actividad de la enfermedad.

Además, como alternativa a la medicación, el personal de enfermería podemos ofrecer una serie de sugerencias para disminuir la intensidad del dolor.

The Arthritis Society (38) nos informa de que es recomendable que por las mañanas se den una ducha de agua caliente para combatir la rigidez con la que suelen levantarse. También podrán usar este truco antes de realizar actividades físicas, ya que aumentará su movilidad y flexibilidad.

Igualmente el calor local es excelente para aliviar los espasmos musculares, pero siempre recordarles a los pacientes que no deben aplicarlo sobre una articulación inflamada, pues hará que empeore.

En cuanto a la aplicación de frío, han publicado que es ideal para disminuir la inflamación, así como el dolor causado por la misma, ya que tiene poder vasoconstrictivo.

Es fundamental preguntarle al paciente sobre si ha apreciado alguna alteración sensorial de tipo visual, auditivo, vertiginoso... Es especialmente importante que descartemos enrojecimiento ocular o cualquier signo o síntoma sospechoso de uveítis.

- **Autopercepción – autoconcepto:** describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Una enfermedad como la EA puede producir trastornos emocionales y psicológicos, sobre todo en las fases iniciales de la misma.

La reacción de cada paciente depende de varios factores, como son su personalidad, estilo de vida, estado de la enfermedad y contexto social, así que los enfermeros debemos ahondar en todos estos aspectos. (24)

Es importante conocer la imagen que tiene el paciente sobre sí mismo, tanto a nivel físico por posibles cambios morfológicos a nivel articular, como psíquico, debido esencialmente a la falta de funcionalidad.

Podemos realizarles la escala de depresión y ansiedad de Goldberg y la de autoestima de Rosemberg, muy importantes en las primeras consultas tras el diagnóstico.

Se estima que aproximadamente el 46% de mujeres y el 26% de los hombres presentan síntomas de depresión.

- **Rol – relaciones:** describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

En este apartado, lo fundamental que debemos valorar es el desempeño del rol y el apoyo que recibe nuestro paciente. Le preguntaremos sobre cómo se siente él respecto a su círculo de apoyo más cercano, ya sean familiares o amigos, si vive solo, si se siente ayudado... etc.

En el caso de que acuda a la consulta con un acompañante, debemos hacerle entender la importancia de que la empatía hacia los enfermos de EA les permite vivir la enfermedad con menos regresiones. (24)

En lo que se refiere al entorno laboral debemos tranquilizarle, explicando que la mayoría de los afectados continúan con su actividad laboral, pero es importante que siga unas recomendaciones. No debe mantener una postura encorvada o flexionada mucho tiempo, evitar levantar peso excesivo, colocar el ordenador a una altura adecuada, hacer descansos cada poco tiempo...etc. (19)

Es esencial que el paciente se sienta útil en su trabajo y no crea que es un obstáculo para sus compañeros. (24)

En cualquier dolencia crónica, el apoyo y la ayuda de familia y amigos ayuda a sobrellevar la enfermedad y facilita la adaptación a las nuevas circunstancias. (8)

Son muy recomendables los grupos de apoyo y asociaciones específicas de la EA, ya que los propios enfermos comparten experiencias y sentimientos, además de ofrecerse mutuamente mucha información. (18)

- **Sexualidad – reproducción:** describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Un paciente de EA puede tener una vida sexual completamente normal.

Los aspectos que más pueden influir negativamente son el dolor, la limitación de la movilidad de algunas articulaciones, especialmente de la cadera, y las alteraciones emocionales.

Respecto a esto, los enfermeros debemos recomendarles que lo más saludable en estos casos es una comunicación efectiva con su pareja, en la que se expongan abiertamente las necesidades de cada uno y puedan adaptarse a cualquier problema. (19)

En mujeres que deseen quedarse embarazadas podemos informarles sobre que no conlleva ningún riesgo para el bebé, aunque debe revisar con el médico su tratamiento.

En cuanto al momento del parto, lo más probable es que sea mediante cesárea por dos razones:

- Puede que la anestesia epidural no esté recomendada por la fusión de vértebras, por lo que se optaría por la anestesia general.
- La afectación de las caderas puede dificultar el parto vaginal.

Un estudio realizado por la Arthritis Foundation, halló que las probabilidades de que mejore, empeore o permanezca igual el curso de la enfermedad durante el embarazo, son las mismas. Sin embargo, hay autores que afirman que entre el 24 y el 33% de las embarazadas manifiestan empeoramiento en la EA, sobre todo el en segundo trimestre. (40)

- **Tolerancia al estrés:** describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés. (35)

Podemos preguntarle al paciente sobre las modificaciones que ha sufrido su vida desde el diagnóstico de la EA, y el grado de adaptación a partir de lo que él mismo nos cuente.

Informarnos sobre los sistemas de apoyo contra el estrés con los que cuenta, la dependencia familiar que presenta...etc.

Es aconsejable recomendar algunas técnicas de relajación que podrán ayudarle, por ejemplo, a conciliar el sueño o a aliviar ligeramente el dolor.

- **Valores – creencias:** describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

Para terminar con la valoración, el paciente debe contarnos cómo ve su futuro, es decir, debe manifestar que tiene planes y visión de futuro.

Debemos estar atentos a la actitud que presenta ante el dolor y la preocupación por el estado actual de la enfermedad y su futuro avance.

Es importante que le expliquemos que aunque no haya cura, cada día son más importantes y valiosos los avances que se hacen de la EA, y que con un tratamiento ajustado a sus necesidades puede continuar con su vida normal.

Conclusiones e implicación en la práctica:

- La EA afecta a una importante proporción de personas a nivel mundial.
- Provoca grandes limitaciones físicas en gente joven.
- Supone una buena parte del gasto socio-sanitario de un país.
- Es esencial para el control de la evolución de la enfermedad atender a los síntomas más precoces, entre los que destaca la lumbalgia.
- Es importante la implantación de Consultas de Enfermería de Reumatología, para el control periódico de estos pacientes.
- Las intervenciones de enfermería en cada uno de los patrones funcionales mejoran la calidad de vida de estos pacientes al retardar la progresión de la enfermedad y atender los aspectos psicológicos y sociales de la misma.
- Las intervenciones de enfermería aumenta la calidad asistencial y reduce los gastos económicos y sanitarios.

Bibliografía:

- 1) Cañete JD, Collantes E, Fernández Sueiro JL, Juanola X. Espondiloartropatías. Dossier de prensa. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, Departamento de comunicación de la SER; 2009.
- 2) España A. Las incapacidades temporales por enfermedades reumáticas suponen un coste de 79 millones de euros en Canarias. Dossier de prensa. Lanzarote: Abbott Laboratories, Sala de prensa; 2011.
- 3) Alonso Blanco MC. Protocolo de Ejercicios mediante Reeducción Postural Global en la Espondilitis Anquilosante. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, Departamento de Ciencias de la Salud I; 2011.
- 4) Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro J, et al. PubMed. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry. [Online].; 2007 [cited 2015 Enero 3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17526930>.
- 5) Reumatología SER. ¿Qué es la Espondilitis Anquilosante? Sociedad Española de Reumatología, Departamento de Reumatología; 2005.
- 6) SER. Guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con Espondiloartritis. Guía de práctica clínica. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, Departamento de Epidemiología; 2009.
- 7) López de Castro JA. Un estudio del CSIC arroja nueva luz sobre el mecanismo patogénico de la espondilitis anquilosante. Nota de prensa. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas , Departamento de Biología Molecular; 2012.
- 8) Asociación enfermos de artrite Pontevedra - ASEARPO. [Online].; 2013 [cited 2014 Diciembre 22. Available from: <http://asearpo.org/>.
- 9) Thématiques I. Inserm - Institut national de la santé et de la recherche médicale. [Online]. [cited 2015 Enero 5. Available from: <http://www.inserm.fr/>.
- 10) Ortiz Peña P, Calvo Páramo E, Varela P, Valle R, Londoño Patiño J. Entesis, entesopatía y espondiloartritis. Artículo de revisión. Bogotá: Asociación Colombiana de Reumatología, Departamento de Radiología; 2011.

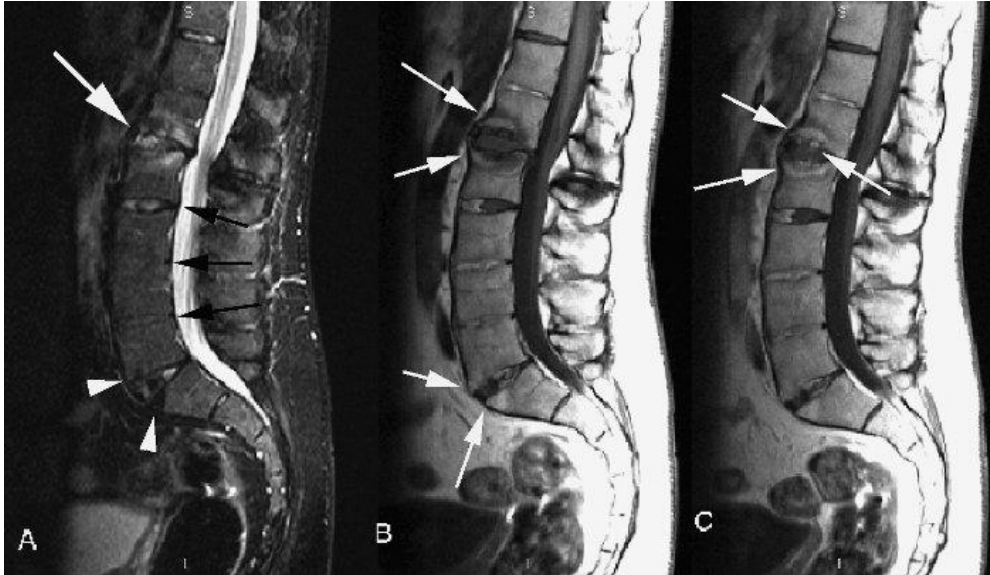
- 11) Collantes E, Juanola X, Pantoja L, Linares L, Queiro R, Marsal S, et al. Las espondiloartritis. Guía de la enfermedad para el paciente. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2007.
- 12) Bykerk V. Reactive Arthritis. Atlanta: American College of Rheumatology; 2013.
- 13) ¿Qué es la Artritis Reactiva? Madrid: Sociedad Española de Reumatología, Departamento de Reumatología; 2005.
- 14) Emery P, Ash Z. Psoriatic Arthritis. Atlanta: American College of Rheumatology; 2012.
- 15) Zárata, Lucía. Artritis enteropáticas. Guía de práctica clínica. OSECACObra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles, Departamento de reumatología; 2011.
- 16) Arnal, Cristina; Collado, Paz; Gamir, María Luz. Artritis Idiopática Juvenil. Dossier de prensa. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, Departamento de comunicación de la SER; 2009.
- 17) Narváez García, Francisco Javier. Qué, cómo, cuándo y hasta cuándo tratar una artritis indiferenciada. Artículo de prensa. Barcelona: Hospital Universitario de Bellvitge, Servicio de Reumatología; 2008.
- 18) Reveille, John D. Espondiloartritis (espondiloartropatía). Revisión. Atlanta: American College of Rheumatology, Departamento de reumatología; 2012.
- 19) Arthritis Foundation. [Online].; 2012 [cited 2014 Diciembre 22. Available from: <http://espanol.arthritis.org/espanol/>.
- 20) Spondylitis Association of America. [Online].; 2011 [cited 2014 Diciembre 22. Available from: <http://www.spondylitis.org/>.
- 21) Medicine Yale School. Antígeno HLA-B27. [Online].; 2012 [cited 2015 Febrero 15. Available from: http://yalemedicalgroup.org/info/health.aspx?ContentTypeId=167&ContentId=hl_a_b27_antigen_ES.
- 22) García Fructuoso FJ. Institut Ferran de Reumatología. [Online].; 2013 [cited 2014 Diciembre 22. Available from: <http://www.institutferran.org/espondilitis.htm>.

- 23) NIH. ¿Qué es la espondilitis? Bethesda: Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU.; 2012.
- 24) AEACR. Asociación provincial de Espondilitis Anquilosante y otras espondiloartropatías de Ciudad Real. [Online].; 2012 [cited 2014 Diciembre 22. Available from: <http://www.aeacr.org/>].
- 25) Rodríguez-Hernández J. Dolor osteomuscular y reumatológico. Revisión. Santa Cruz de Tenerife: Sociedad Española del Dolor; 2004.
- 26) García Fructuoso FJ. Amiloidosis. Institut Ferran de Reumatología. [Online].; 2013 [cited 2015 Febrero 22. Available from: <http://www.institutferran.org/amiloidosis.htm>].
- 27) SER. Criterios de Nueva York modificados para el diagnóstico de la EA. [Online].; 2010 [cited 2014 Diciembre 22. Available from: http://www.ser.es/practicaClinica/espoguia/diagnostico_1/criterios_diagnosticos_EsA.php].
- 28) Chen J, Liu C. PubMed. Sulfasalazine for ankylosing spondylitis. [Online].; 2005 [cited 2014 Diciembre 22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846731>].
- 29) Suárez Martín, Ricardo; Molinero Rodríguez, Claudino; Prada Hernández, Dinorah Marisabel; López Mantecón, Ana Marta; Lemagne Pichardo, Yamilet. Formación de hueso nuevo y espondilitis anquilosante. Artículo de revisión. La Habana: Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y Grupo Nacional de Reumatología; 2012.
- 30) AEPROSER. La enfermera en reumatología. Revisión bibliográfica. Madrid: Agrupación Española de Profesionales de la Salud para el Estudio de Enfermedades Reumáticas; 2009.
- 31) Carbonell Jordá A, Mínguez Veja M, Panadero Tendero G, Bernabeu González P. Implicación clínica del profesional de enfermería en la consulta de reumatología. Alicante: Hospital Universitario San Juan de Alicante, Unidad de Reumatología; 2008.
- 32) Muñoz Fernández S, Lázaro y De Mercado P, Alegre López J, Almodóvar González R, Alonso Ruiz A, Ballina García FJ, et al. Estándares de calidad asistencia para las consultas de enfermería en reumatología. Madrid, Burgos,

- Vizcaya, Oviedo, Las Palmas de Gran Canaria, Alicante, Barcelona, Valencia: Hospitales Universitarios, Servicio de Reumatología; 2012.
- 33) Grupo de Enfermería de la Sociedad Valenciana de Reumatología (GESVR). Propuesta de contenidos de una Consulta de Enfermería en Reumatología. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, Sociedad Valenciana de Reumatología; 2013.
 - 34) Carbonell Jordá A, Mínguez Vega M, Panadero Tendero G, Bernabeu González P. Seguimiento clínico de la enfermera en la evaluación de la espondilitis anquilosante. Alicante: Sociedad Valenciana de Reumatología; 2008.
 - 35) FUDEN. sitio web de Observatorio de Metodología Enfermera. [Online].; 2006 [cited 2015 Marzo 22. Available from: <http://www.ome.es/>.
 - 36) Coordinadora Nacional de Artritis. Consejos para llevar una vida plena con Espondilitis Anquilosante. 2012. Tríptico.
 - 37) Castro Villegas MdC, Batlle Gualda E. Metrología en espondiloartritis. Artículo. Alicante: Hospital Universitario Reina Sofía, Hospital General Universitario de Alicante, Universidad Miguel Hernández, Servicio de Reumatología; 2010.
 - 38) AEXPE. Asociación Extremeña de Pacientes con Espondilitis Anquilosante. [Online].; 2014 [cited 2015 Abril 1. Available from: <http://www.somospacientes.com/aexpe/>.
 - 39) Thompson A. Ankylosing Spondylitis. Canadá: The Arthritis Society, Canadian Rheumatology Association; 2011.
 - 40) Suárez Martín R, Molinero Rodríguez C, Prada Hernández D, Hernández Cuellar IM, López Mantecón AM, López cabrejas G. Espondilitis anquilosante y embarazo. La Habana: Hospital Docente Clínico Quirúrgico "10 de octubre", Centro de Reumatología; 2013.
 - 41) Pérez-Templado H, Oleaga L, Pomés J, Berenguer J, Olondo M, Squarcia M. sitio web de Elsevier Health Science. [Online].; 2012 [cited 2015 Mayo 1. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-espondiloartropatia-seronegativa-rm-cuando-pensar-90123613>.
 - 42) Cassá González N, Castro I, Gilbran K. La Espondilitis Anquilosante. Guía del Paciente. Vigo: Asociación Viguesa de Espondilíticos de Pontevedra; 2004.

Anexos:

Columna vertebral dañada por EA (Fotografía de Elsevier) (41):



Sacroileítis radiológica (Fotografía de la Sociedad Española de Reumatología) (6):



Escala numérica BASFI (Sociedad Española de Reumatología) (6):

Por favor, marque con una X el recuadro que mejor representa su respuesta a estas actividades, mientras más a la izquierda quiere decir que le resulta FÁCIL realizar esa actividad y mientras más a la derecha significa que le resulta DIFÍCIL o incluso IMPOSIBLE, realizar dicha actividad. Todas las preguntas se refieren a la ÚLTIMA SEMANA:

1. Ponerse los calcetines (o medias) sin ayuda

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

2. Recoger un bolígrafo del suelo sin ayuda, inclinándose hacia delante (doblando la cintura)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

3. Coger de una estantería un objeto situado por encima de su cabeza, sin ayuda

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

4. Levantarse de una silla sin apoyar las manos ni utilizar ninguna otra ayuda

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

5. Estar acostado sobre su espalda y levantarse del suelo sin ayuda

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

6. Estar a pie firme durante 10 minutos, sin apoyarse en nada, y no tener molestias

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

7. Subir 12-15 escalones poniendo un pie en cada escalón, sin agarrarse al pasamanos y sin usar bastón o muletas

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

8. Mirarse un hombro girando solo el cuello (sin girar el cuerpo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

9. Realizar actividades que supongan esfuerzo: ejercicios, deporte, jardinería

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

10. Realizar actividades que requieran dedicación plena todo el día (en casa o en el trabajo)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Fácil										Imposible

Escala numérica de BASDAI (Sociedad Española de Reumatología) (6):

Por favor, marque con una X el recuadro que representa su respuesta.

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted en la **ÚLTIMA SEMANA**.

- Fatiga** 1. ¿Cuánta fatiga o cansancio ha tenido usted?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Ninguna Muchísima
- Dolor espinal** 2. ¿Cuánto dolor ha tenido usted en cuello, espalda o caderas debido a su espondilitis?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Ninguno Muchísimo
- Artritis periférica** 3. ¿Cuánto dolor o inflamación ha tenido usted en las otras articulaciones (sin contar cuello, espalda y caderas)?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Ninguno Muchísimo
- Entesitis** 4. ¿Cuánto malestar ha tenido usted en las partes de su cuerpo que le duelen al tocarlas o presionarlas?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Ninguna Muchísima
- Intensidad de la rigidez matutina** 5. ¿Cuánta rigidez matutina ha tenido usted al despertarse?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- Ninguna Muchísima
- Duración de la rigidez matutina** 6. ¿Cuánto tiempo le dura la rigidez matutina desde que se levanta?
- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- 0 horas media hora 1 hora 1 hora y media 2 horas o más

Escala de BASMI (Fotografías de la Sociedad Española de Reumatología) (6):

- **Flexión lateral lumbar:**

El paciente debe colocarse de pie, con los talones y la espalda pegados a la pared, los pies paralelos y los brazos estirados y pegados al cuerpo. A continuación se mide la distancia en centímetros desde la punta del dedo medio de la mano al suelo.

Después el paciente realiza una flexión lateral máxima, se vuelve a medir la distancia hasta el suelo y se anota la diferencia en centímetros entre ambas mediciones. El resultado es la media de ambos lados y el mejor de dos intentos.



- **Rotación cervical:**

Se coloca el goniómetro centrado sobre la cabeza, con el paciente sentado y se le pide que gire la cabeza el máximo posible hacia la derecha y luego hacia la izquierda. Se anota el mejor de dos intentos, tanto para la izquierda como para la derecha. La media de ambos da el resultado final en grados.



- **Distancia trago-pared:**

El paciente se coloca de pie, con los talones y, si es posible, la espalda apoyados contra la pared, sin levantar la barbilla. Se mide la distancia en centímetros entre el trago y la pared durante el máximo esfuerzo por acercar la cabeza a la pared sin levantar la barbilla más allá de la horizontal. La media de ambos lados da el resultado final. Se recoge la mejor de dos mediciones.



- **Distancia maleolar:**

Se coloca al paciente sentado en la camilla con las caderas y las rodillas flexionadas 90°. Las rodillas deben permanecer juntas y se pide al paciente que separe los tobillos lo máximo posible sin separarlas. Se mide la distancia en centímetros entre ambos maléolos internos.

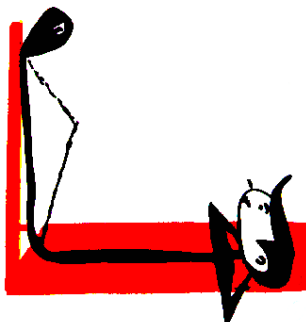


- **Prueba de Schöber:**

Se realiza con el paciente de pie. Se señala un punto que localice L5 (se utilizan las crestas ilíacas, que corresponden a L4, y se marca 1 cm por debajo) y se marca un segundo punto 10 centímetros por encima. Se pide el paciente que realice una flexión anterior máxima, con las rodillas extendidas, y se mide la distancia entre ambos puntos. Se anotará la diferencia en centímetros con respecto al inicio (lo que exceda de 10 cm). Se recogerá la mejor de dos mediciones.



Estiramientos de la columna vertebral (Fotografías de la Asociación Viguesa de Espondilíticos en Pontevedra) (42):



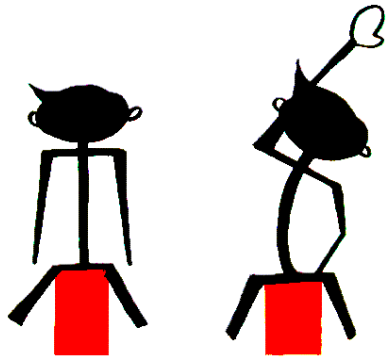
En decúbito supino, manos bajo la cabeza, piernas apoyadas en la pared, lo más próximo posible a la vertical, sin despegar los glúteos del suelo: flexión alternativa de las piernas y flexoextensión de los pies.



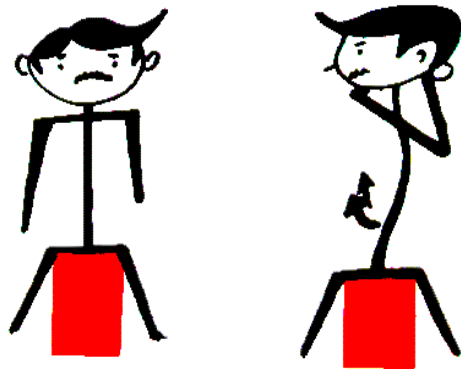
En decúbito supino, flexionar las piernas sobre el vientre, agarrándose las rodillas con las manos y tirar, espirando. Bajarlas a la posición de partida, inspirando.



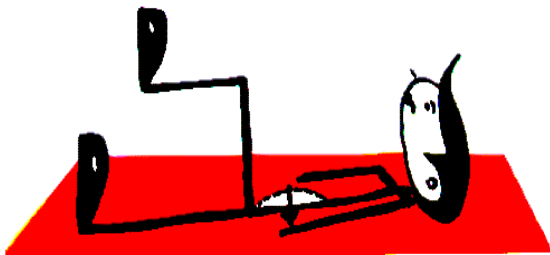
De rodillas, sentado sobre los talones y con las rodillas separadas: dejar caer el cuerpo hacia delante con los brazos extendidos, inspirando y tratando de tocar el suelo, lo más lejos posible, sin despegar los glúteos de los talones y volver a la posición de partida.



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



Sentado en la posición del ejercicio anterior: manos a las clavículas, detrás de la cabeza o invertidas detrás de la cabeza. En cualquiera de estas posiciones, girar el tronco hacia la izquierda y volver a la posición de partida. Las caderas no deben seguir el movimiento, la espalda debe estar alineada y la cabeza en línea con la espalda. Repetir hacia la derecha.



En decúbito supino y con las piernas extendidas en el suelo: elevación alternativa de una y otra pierna flexionada, inspirando, con la región lumbar pegada al suelo y arqueándola en cada movimiento.