

Recibido: 6-8-2018

Aceptado: 3-9-2018

## ACTUACIÓN DE ENFERMERIA EN EL SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

### NURSING PERFORMANCE IN THE MONITORING AND CONTROL OF ANCHILOPING SPONDYLITIS

#### Autor:

Villamor Ruiz, E.M.; Ortiz Fernández, S.; Gómez Coca.

#### Institución:

Servicio Andaluz de Salud. [elenavillamor.r@gmail.com](mailto:elenavillamor.r@gmail.com)

#### Resumen:

Introducción: La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad reumatológica, con un cuadro evolutivo bastante marcado y con un compromiso progresivo axial ascendente. La práctica del ejercicio físico, de forma correcta y regular, es de vital importancia para poder disponer de buenos resultados a largo plazo, ya que éstos ayudan a mejorar la postura corporal y la amplitud de los movimientos torácicos. Objetivo: Evaluar la influencia del ejercicio físico en la calidad de vida de pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante. Metodología: Se llevó a cabo una revisión sistemática acerca de la bibliografía de este tema en las bases de datos más importantes globalmente: MedlinePlus, Pubmed, Scielo, Biblioteca Cochrane Plus, página oficial de la OMS y revistas científicas. Resultados: En cuanto a los componentes SF-36, la función física (FF) presentó un valor promedio de 50,26, el componente de rendimiento físico (DF) de 50,00 y el dolor corporal (DC) 56,84. En la salud general (SG) se obtuvo un valor medio de 61,58, en la vitalidad (VT) de 50,66 y en la función social (FS) de 50,00. El valor medio en el componente de rendimiento emocional (DE) evaluado fue de 67,98 y en la salud mental (SM) de 54,74. Conclusiones: los pacientes que practicaban ejercicio físico presentaban valores medios superiores en el dolor, la función física, rendimiento físico y emocional, salud general y mental comparando con los que no practican, éstas diferencias, como se puede analizar, son estadísticamente significativas en los componentes función física, el rendimiento físico, el dolor corporal, rendimiento emocional, salud mental y vitalidad.

**Palabras Clave:** Calidad de vida relacionada con la salud, Espondilitis Anquilosante, Actividad Física, Cuidados, estado de salud.

## Abstract:

Introduction: Ankylosing Spondylitis (AS) is a rheumatological disease, with a quite marked evolutionary picture and with a progressive ascending axial commitment. The practice of physical exercise, in a correct and regular way, is of vital importance in order to have good long-term results, since these help to improve the body posture and the amplitude of the thoracic movements. Objective: To evaluate the influence of physical exercise on the quality of life of patients diagnosed with ankylosing spondylitis. Methodology: A systematic review of the literature on this topic was carried out in the most important databases globally: MedlinePlus, Pubmed, Scielo, Cochrane Plus Library, official WHO website and scientific journals. Results: Regarding the SF-36 components, the physical function (FF) presented an average value of 50.26, the physical performance component (DF) of 50.00 and the corporal pain (DC) 56.84. In general health (SG) an average value of 61.58 was obtained, in the vitality (VT) of 50.66 and in the social function (FS) of 50.00. The mean value in the emotional performance component (ED) evaluated was 67.98 and in mental health (SM) of 54.74. Conclusions: patients who practiced physical exercise had higher average values in pain, physical function, physical and emotional performance, general and mental health compared to those who do not practice, these differences, as can be analyzed, are statistically significant in the components physical function, physical performance, body pain, emotional performance, mental health and vitality.

**Key Words:** Quality of life related to health, Ankylosing Spondylitis, Physical Activity, Care, health status.

## 1. INTRODUCCIÓN

La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad reumatológica, con un cuadro evolutivo bastante marcado y con un compromiso progresivo axial ascendente con consecuencias nefastas para el paciente (Altan L, Bingol U, Aslan M, Yurtkuran M, 2006). Sin embargo, algunos autores como (Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM, 1996 y Ward MM, 1998) señalan que la práctica del ejercicio físico, de forma correcta y regular, es de vital importancia para poder disponer de buenos resultados a largo plazo, ya que éstos ayudan a mejorar la postura corporal, la amplitud de los movimientos torácicos, la movilidad de la columna vertebral, la calidad de vida y el estado de salud. Otros investigadores, aseguran que el ejercicio físico también previene o retrasa y minimiza las deformidades inherentes a la enfermedad (Ariza-Ariza R, Hernandez-Cruz B, Navarro-Sarabia F, 2003 y Bostan E, Borman P, Bodur H, Barca N 2003). Según algunos autores, es actualmente reconocida la importancia de enfoques no farmacológicos en la intervención de diversas condiciones del foro reumático como principal medida terapéutica teniendo los fármacos un papel adyuvante.

La fisioterapia y el desarrollo de los programas de ejercicio constituyen una parte fundamental en el tratamiento de estas patologías. Se inicia este punto con una cuestión previa: ¿actividad física o ejercicio físico?, la actividad física se refiere a "cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente gasto de energía", mientras que ejercicio físico "comprende actividad física planificada, estructurada y repetitiva de la que resulta el mantenimiento o la mejora de una o más facetas de la condición física y de la salud" (Chorus S, Miedema S, Boonen A, Van der Linden S, 2003). En este estudio, la terminología utilizada fue el ejercicio físico, ya que su objetivo fue evaluar la influencia de aquél en la calidad de vida de los pacientes.

El ejercicio físico en las patologías reumáticas tiene como propósito trabajar la fuerza muscular, amplitud articular, propiocepción, la postura corporal y consecuentemente mejorar prestaciones funcionales. En la EA, el ejercicio físico permite restituir al sistema osteoarticular, los arcos de amplitud de movimiento que la inflamación hizo perder, dar a la musculatura satélite de las articulaciones bloqueadas en rigidez reversible la posibilidad de reanudar el tono normal, permitiendo la conservación de amplitud de movimiento con relevancia funcional (Barlow JH, et al, 1993 y Dagfinrud H, et al, 2004).

El ejercicio puede contribuir para el control del mensaje nociceptivo, promoviendo su el bloqueo medular ("puerta de control"), a través de la estimulación de las fibras mielinizadas de gran calibre, priorizando la vía rápida, ya sea a través de la activación del sistema opioide endógeno, con liberación de sustancias "Morfina-like", lo que limita la actividad de neurotransmisores involucrados en los mensajes nociceptivos a nivel medular.

En la mayoría de los casos, el factor de estabilidad dinámica, promueve una modulación y coordinación de la actividad muscular, este tipo de estimulación se basa en múltiples mensajes aferentes procedentes de varios receptores periféricos, que sufren procesos complejos de integración, tanto a nivel medular o a nivel supra-segmentar (Dagfinrud H, et al, 2004). La calidad de vida en 1986, era definida por la OMS como "la percepción de los individuos o grupos de que sus necesidades están a ser satisfechas y de que no les se están negando las oportunidades de alcanzar la felicidad y la satisfacción completa". En una persona con EA, la calidad de vida, está basada en la percepción de la malla de las consecuencias de la enfermedad en los siguientes aspectos: síntomas, aptitud física, capacidad de trabajo, funciones e interacciones psicosociales, efectos secundarios indeseables de la medicación (Davis C, 2005) y también de los costes biológicos y financieros, directos e indirectos (Fernandez-de-Las-Penas C, 2005). Sin embargo, la disminución de las capacidades funcionales, el aumento del dolor y las alteraciones psicológicas, resultantes de la enfermedad, son los factores que más contribuyen al deterioro de la calidad de vida en estos pacientes (Haibel H, 2005). La promoción de la calidad de vida implica la adopción de un estilo de vida adecuada a su enfermedad y que sea promotor de la salud (Ince G, Sarpel T, Durgun B, Erdogan S, 2006), investigaciones realizadas demostraron que el ejercicio físico contribuye, entre otros beneficios, para la disminución del dolor, aumento del bienestar y, por consiguiente, mejor calidad de vida (Lim J, Lee S, Lim S, 2005 y Lim J, Moon I, Lee S, 2005). Independiente de la promoción de una política de salud que engloba naturalmente todas las formas de asistencia médica y farmacéutica, incluyendo la rehabilitación médica y funcional, es importante la prestación de servicios de servicios por técnicos especializados en una perspectiva de mejora de la calidad de vida de las personas con Espondilitis Anquilosante.

El primer autor a abordar este tema, aseguró que el deporte, la danza, la ergonomía, la rehabilitación física y psicomotora y en fin los diversos aspectos de la Motricidad Humana, del juego al el trabajo, pasando por la salud, el ocio y la educación, son las especialidades que surgen de la Ciencia de la Motricidad Humana " (Sieper J, Braun J, 2006). Es competencia de estos profesionales la aplicación de proyectos de intervención en las distintas áreas antes mencionadas, con el fin de mejorar toda la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo, toda la intervención debe planificarse y estructurada, observando el ser humano en la integridad de sus funciones y sus potencialidades, en una perspectiva holística.

No se pretende exclusivamente realizar la rehabilitación propiamente física, pero también operar a nivel de los aspectos psico-socio-culturales.

Se pretendió con esta investigación, comprobar si estos pacientes practican ejercicio físico, con qué finalidad lo hacen, identificar cuáles son los beneficios que los practicantes adquieren en la práctica del ejercicio físico, así como conocer qué repercusiones tienen en el nivel de la calidad de vida en relación con la salud y comprobar si algunas variables, como la edad, la edad del diagnóstico y el tiempo de establecimiento del diagnóstico influyen la calidad de vida en pacientes con EA. (Sweeney S, Taylor G, Calin , A 2002))

## 2. OBJETIVO

En esta perspectiva, este estudio tiene como objetivo:

- Evaluar la influencia del ejercicio físico en la calidad de vida de pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante.

## 3. METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión sistemática acerca de la bibliografía de este tema en las bases de datos más importantes globalmente: MedlinePlus, Pubmed, Scielo, Biblioteca Cochrane Plus, página oficial de la OMS y revistas científicas. La búsqueda de artículos se realizó por medio de los siguientes descriptores: Calidad de vida relacionada con la salud, Espondilitis Anquilosante, Actividad Física, Cuidados, estado de salud.

De 150 resultados mostrados, uno fue escogido para ser analizado en profundidad, por cumplir los criterios de inclusión (últimos 2 años, y en castellano)

La muestra fue de 19 pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante inscritos en el área de salud de Baza. Los criterios de selección de la muestra fueron: pacientes con Espondilitis Anquilosante, con capacidad física y psíquica para responder al cuestionario y con más de 14 años de edad (uno de los requisitos para la aplicación del cuestionario - SF36).

Para que todos los principios éticos inherentes a la investigación se cumpliera, se procedió a la explicación del estudio a la presidencia de la base y los pacientes, con el fin de recibir la su autorización. Se ha elaborado un consentimiento informado, que consistía en un formulario, donde los sujetos declaraban que se bien informados sobre la investigación y que aceptaban participar en ella.

**VARIABLES ESTUDIADAS:**

La primera parte del cuestionario, además de las cuestiones que caracterizaban la muestra en términos socio-demográficos, permitía también recoger información de los pacientes en cuanto a la realización de la rehabilitación, a la práctica de ejercicio físico, modalidad y el motivo que los lleva a participar. La información sobre la calidad de vida se recogió en la segunda parte del cuestionario (SF-36). Este se considera un instrumento de medida genérica de salud, que está destinada a medir la percepción del estado de salud y la calidad de vida, que representan valores humanos básicos para la funcionalidad y el bienestar de cada uno. El formato final contiene 36 elementos cubriendo ocho dimensiones del estado de salud y que detecta tanto los aspectos positivos de la salud, como los negativos de la salud. Las escalas de rendimiento miden el impacto de las limitaciones en la salud debido a problemas físicos (DF) o problemas emocionales (DE), al tipo de trabajo realizado y a la necesidad de reducir el trabajo.

La escala para el dolor (DC) representa la intensidad y la incomodidad que causa y el modo cómo interfiere con el trabajo normal. El componente salud en general (SG) mide la percepción holística de la salud, englobando la salud actual, la resistencia a la enfermedad y el aspecto saludable y vitalidad (VT) incluyendo los niveles de energía y de fatiga.

La dimensión función social (FS) capta la cantidad y la calidad de las actividades sociales, el impacto de los problemas físicos y emocionales en estas actividades y la salud mental (SM), incluye los conceptos de ansiedad, de depresión, de pérdida de control conductuales o emocionales y de bienestar psicológico.

Las variables extrañas identificadas en el presente estudio se reportan al nivel de desarrollo de la enfermedad y nivel funcional de los pacientes. Para el tratamiento estadístico de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package para las Ciencias Sociales), versión 12.0, y las técnicas estadísticas utilizadas fueron la descriptiva y la inferencial. En el análisis descriptivo los resultados se expresaron con promedios, mínimo, máximo y desviación estándar. La prueba de Mann-Whitney para verificar la diferencia de promedios y la correlación R de Pearson para comprobar las asociaciones entre variables, los resultados eran significativos cuando  $p < 0,05$ .

**4. RESULTADOS**

La muestra estaba constituida por 10 elementos del género femenino (52,6%) y 9 del género masculino (47,4%). En cuanto al estado civil, 14 elementos estaban casados, 4 solteros y un viudo. Profesionalmente presentaban profesiones muy variadas.



La media de edad de los encuestados se situó en los 46,58 años y la edad de aparición de los primeros síntomas en los 27,53 años, con una edad mínima de 15 y máxima de 50 años. En cuanto a la edad del diagnóstico, el promedio se estableció en los 35 años, el tiempo de establecimiento del diagnóstico en los 6,88 años, con un máximo de 39 años y los pacientes presentaban una duración de la enfermedad de 10,83 años. En cuanto a la realización de la rehabilitación, la mayoría de los pacientes mencionó afirmativa. En la actualidad, con el fin de prevenir la evolución de la enfermedad, también para el tratamiento de la sintomatología y la modalidad terapéutica realizada por la mayoría de los pacientes era la hidroterapia.

De las modalidades practicadas, se ha confirmado que la natación / hidrogenástica representa la modalidad practicada en mayor porcentaje, después de bicicleta, caminatas y ejercicios todos los días. En cuanto a la frecuencia semanal 30% realiza una a dos a veces por semana, igual porcentaje cinco a seis veces, y el 20% realiza tres a cuatro veces, igual porcentaje a los que practican todos los días.

Los pacientes fueron con el propósito de sentirse mejor, por consejo médico, con el fin de mejorar su estado de salud, para retrasar la evolución de la enfermedad y para convivir con amigos. En cuanto a los componentes SF-36, la función física (FF) presentó un valor promedio de 50,26, el componente de rendimiento físico (DF) de 50,00 y el dolor corporal (DC) 56,84. En la salud general (SG) se obtuvo un valor medio de 61,58, en la vitalidad (VT) de 50,66 y en la función social (FS) de 50,00.

El valor medio en el componente de rendimiento emocional (DE) evaluado fue de 67,98 y en la salud mental (SM) de 54,74.

El valor mínimo (12,50) observado se refiere al nivel de rendimiento físico y el máximo, (100) a nivel de rendimiento emocional.

Estadística inferencial:

El género femenino presentó valores medios inferiores al género masculino en las componentes FF, DF, SG y DE. Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) en cualquiera de las dimensiones.

Las correlaciones negativas moderadas entre la FF, el DF y el tiempo de establecimiento del diagnóstico, sugieren que el aumento de este contribuye negativamente, tanto en las funciones, como en el rendimiento físico. Las relaciones positivas encontradas entre el tiempo de establecimiento del diagnóstico y los componentes FS, DC y VT, permiten comprobar que el tiempo de demora a comprobar el diagnóstico contribuye a aumentar la función social, la vitalidad, pero también el dolor percibido por los pacientes.

Se ha comprobado que existe una relación entre la edad del diagnóstico (ID) y las dimensiones FF y DF, en las que el aumento de la edad del diagnóstico disminuye la función y el rendimiento físico. Se constató, asimismo, una

correlación moderada positiva entre la edad del diagnóstico y las componentes DC y VT, que con el aumento de la edad del diagnóstico, el dolor aumenta. Para comprobar si existían diferencias en los componentes de la calidad de vida entre los practicantes y los no practicantes de ejercicio físico, se compararon los promedios y fue posible que los pacientes que practicaban ejercicio físico presentaban valores medios superiores en el dolor, la función física, rendimiento físico y emocional, salud general y mental comparando con los que no practican, éstas diferencias, como se puede analizar, son estadísticamente significativas en los componentes función física, el rendimiento físico, el dolor corporal, rendimiento emocional, salud mental y vitalidad.

## 5. DISCUSIÓN

La muestra presentó una media de edad de 27,53 años, va en contra de la bibliografía, que menciona que la EA se caracteriza como una patología a partir de la segunda década de vida, con inicio alrededor de la adolescencia y raramente aparece después de los 45 años de edad (Timms A, Wordsworth B, Brown M, 2006). Sin embargo, muchas personas con EA sólo vienen a tener conocimiento del diagnóstico de su enfermedad en la edad avanzada, tal vez debido al hecho de que se ha desarrollado con pocos síntomas, ya que la edad mínima de la aparición de los primeros síntomas fue de 15 y la máxima de 50 años de edad.

El tiempo medio que tardó en ser establecido el diagnóstico fue de 6,88 años. Es importante señalar que hay pacientes cuyo diagnóstico se ha confirmado en menos de un año, sin embargo en un paciente el tiempo que tardó en ser establecido el diagnóstico fue de 39 años, lo que, como afirman investigadores del área, "retrasos de 10 años son el ejemplo estándar de crimen clínico" (Van Tubergen, et al, 2002). En vista de el hecho de que se trate de una enfermedad con un compromiso axial rápido y progresivo, estos 6,88 años (promedio) pueden considerarse elevados y pueden tener consecuencias nefastas, ya que la evolución podría haber sido contrariada en las fases tempranas de la enfermedad, y que, debido al aumento del tiempo de confirmación, la enfermedad se ha dejado evolucionar. En el presente estudio, fue posible comprobar que todos los pacientes con aproximadamente once años de edad evolución se presentan profesionalmente activos.

En cuanto al estado civil, se consideró que la mayoría estaba casada, que permite corroborar la idea, de que las personas con EA tienen generalmente una vida conyugal productiva y gratificante, pudiendo casarse y tener hijos como cualquier otro ciudadano. Sin embargo, los estudios realizados demostraron que, a veces, surgen problemas relacionados con el sexo, no desear el contacto sexual como consecuencia de los dolores, de la fatiga, de la anemia y de la falta de libido.

En cuanto a la rehabilitación, la mayoría realiza rehabilitación periódicamente para el de tratamiento de los síntomas y para prevenir la evolución de la



enfermedad, lo que demuestra una preocupación por parte de los pacientes en intentar reducir los síntomas y minimizar la evolución progresiva que caracteriza la enfermedad. La mayoría realiza hidroterapia, lo que va contra estudios realizados y que concluyen que se trata de la modalidad terapéutica más practicada y que demuestra contribuir al desarrollo aumento de la funcionalidad (Altan L, Bingol U, Aslan M, Yurtkuran M, 2006), disminución del dolor y mejora de la percepción global de la salud (Ward M, 1998) y posee un papel importante en la reversión del cuadro inicial de la enfermedad (Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM, 1996).

En este estudio se ha comprobado que diez pacientes realizaban ejercicio físico y los nueve restantes no cumplían cualquier plan de ejercicio físico, lo que demuestra que aproximadamente la mitad de la muestra no realiza ejercicio físico, hecho que es negativo tanto a nivel de la prevención o retraso de la evolución, como la mejora de la funcionalidad y disminución de la anquilosis. Los motivos que conducen a los pacientes a practicar el ejercicio físico, fueron el de obtener beneficios a nivel del estado de salud con la finalidad de contrarrestar la evolución de la enfermedad, en estudios realizados, demuestran que la práctica de ejercicio físico en la EA presenta beneficios físicos, junto con beneficios psicológicos (Ward M, 1998 y Bakker C, Boers M, van der Linden S, 1993).

Se obtuvieron relaciones entre la edad y el componente FF, en el que el aumento de la edad está asociado a una disminución de la capacidad de realizar actividades físicas menores, como el baño, actividades extenuantes, actividades de nivel intermedio, cómo levantar o cargar las compras, subir escaleras, inclinarse y arrodillarse. Las relaciones positivas entre la edad y la DC permitieron que, con el paso de los años y con la evolución de la enfermedad, el dolor corporal aumentara, lo que es importante, ya que es contraria a los resultados de un estudio realizado en España (Davis C, Van der Heijde D, Dougados M, Woolley M, 2005), que demostró que, con el paso de los años, el dolor el cuerpo disminuye como resultado anquilosis.

Las investigaciones realizadas demostraron que el aumento del tiempo (años) de confirmación del diagnóstico si se relaciona con la calidad de vida (Bakker C, 1995).

Las correlaciones negativas, en las dimensiones FF, DF y las positivas, a nivel de la DC, en la que el aumento del tiempo de establecimiento del diagnóstico se encuentra positivamente asociado con el aumento del dolor corporal. Los componentes FS y VT también se relacionaron con el aumento del tiempo de establecimiento del diagnóstico. Cuanto más tiempo demora la confirmación del diagnóstico, mayores son los niveles de FS, que representan la cantidad y la calidad de las actividades sociales y el impacto de los problemas físicos y emocionales en estas actividades, y mayores los niveles de VT. Sin embargo, los niveles de dolor también aumentan con el aumento del tiempo de establecimiento del diagnóstico.

La edad del diagnóstico de forma análoga se relacionó con los componentes de la calidad de vida, cuanto más tarde se diagnostica, mayores son las puntuaciones medias al nivel de los componentes DC y VT, ya que, al ser diagnosticada más tarde contribuye a que la enfermedad se deja evolucionar y, por consiguiente, aumente la percepción del dolor, sin embargo, las personas sienten más energía y fuerza para vivir cuando la enfermedad es diagnosticada en edades más avanzadas.

Las relaciones de asociación negativas encontradas, entre el aumento de la edad del diagnóstico y los componentes FF y DF, sugieren que el rendimiento y la función física disminuyen con el aumento de la edad del diagnóstico (Davis C, et al, 2005).

La práctica de ejercicio físico reporta beneficios a nivel de diversos componentes de la calidad de vida, en el presente estudio, se ha comprobado que los pacientes que practicaban ejercicio físico presentaban valores medios superiores en los componentes de función y rendimiento físico y salud mental, comparando con los pacientes que no practicaban. Estas diferencias pueden ser comprendidas, por el hecho de que el ejercicio físico, al ser estructurado, planeado y repetitivo, puede ser beneficioso al nivel de la fuerza muscular, amplitud articular, propiocepción, postura corporal y, consecuentemente, mejorar prestaciones funcionales (Van der Linden S, et al, 1984). También se han obtenido beneficios al nivel del rendimiento emocional y de la vitalidad, debido a que el ejercicio físico aumenta la motivación y eficacia, eleva el autoestima, reduce los niveles de ansiedad y depresión, todos son factores fundamentales en la intervención terapéutica rehabilitadora y en el pronóstico de los pacientes con EA. El componente DC presentó beneficios con el ejercicio físico, porque puede contribuir al control de la estimulación nociceptiva, bien por el bloqueo a nivel medular, bien por la liberación de sustancias que limitan la actividad de neurotransmisores involucrados en los mensajes dolorosos a nivel medular (Haibel H, 2005).

De hecho, tras la verificación de las las diferencias en los promedios de los componentes, se concluyó que estas son estadísticamente significativas. Todo esto permite afirmar que el ejercicio físico regular se asume como una de las opciones más válidas, cuyos beneficios también han sido evidenciados en varios estudios, a nivel de los síntomas más comunes de esta patología, especialmente en la reducción del dolor y de la rigidez articular, mejora o el mantenimiento de la amplitud articular, incremento de la fuerza muscular y mejora de la condición física, con repercusiones positivas en la funcionalidad y en la percepción holística del estado de salud (Tugwell P, et al, 1987)

## **6. CONCLUSIONES**

Con los análisis referentes a los datos obtenidos, cuyo principal objetivo fue comprobar la relación entre la práctica de ejercicio físico y la calidad de vida en relación con la salud en pacientes con Espondilitis Anquilosante, se concluye que la calidad de vida en relación con la salud, a pesar de las diferencias no son estadísticamente significativas, es diferente entre el género, y que el femenino presenta valores inferiores al masculino en la mayoría de los componentes. Las variables edad, edad del diagnóstico y tiempo de establecimiento del diagnóstico influyen en la percepción del estado de salud de los pacientes y el ejercicio físico aparece indudablemente como una modalidad terapéutica y promotor de la calidad de vida. Motricidad Humana es el "cuerpo en acto ", por lo que los profesionales de esta área del saber deben planificar sesiones de ejercicios, crear clases de pacientes donde se puedan realizar ejercicios terapéuticos con el fin de impedir o contrarrestar todo el proceso evolutivo inherente a la enfermedad y, modo de influir en la calidad de vida de estos pacientes.

La Espondilitis Anquilosante constituye una de las enfermedades con más implicaciones psico-familiares y socioprofesionales, en la medida en que influye al nivel de absentismo laboral y de las reformas tempranas. Pensamos que es necesario transmitir a los pacientes que, si realmente están dispuestos a trabajar y practicar ejercicio físico, pueden lograr una reducción del dolor y mejoras sustanciales en sus niveles de actividad y calidad de vida.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altan L, Bingol U, Aslan M, Yurtkuran M (2006). The effect of balneotherapy on patients with Ankylosing Spondylitis. *Scandinavian Journal of rheumatology*, 35 (4), pp. 283-289.
2. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996. p. 11–23.
3. Ward MM. Quality of life in patients with ankylosing spondylitis. *Rheum Dis Clin North Am* 1998;24:815– 27.
4. Ariza-Ariza R, Hernandez-Cruz B, Navarro-Sarabia F (2003). Physical function and health-related quality of life of Spanish patients with Ankylosing Spondylitis, *Arthritis and Rheumatism*, 49 (4), pp. 483-487.
5. Bostan E, Borman P, Bodur H, Barca N (2003). Functional disability and quality of life in patients with Ankylosing Spondylitis, *Rheumatology International*, 23(3), pp. 121-126. 20|21|
6. Chorus S, Miedema S, Boonen A, Van der Linden S (2003). Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and Ankylosing Spondylitis of working age, *Annals of the rheumatic disease*, 62(12), pp. 1178-1184.
7. Barlow JH, Macey SJ, Struthers GR. Gender, depression, and ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res* 1993;6:45–51.
8. Dagfinrud H, Mengshoel M, Hagen, B, Loge H, Kvien K (2004). HealthStates of patients with Ankylosing Spondylitis: a comparison with the general population, *Annals of the rheumatic disease*, 63(12), pp. 1605-1610.
9. Davis C, Van der Heijde D, Dougados M, Woolley M (2005). Reductions in health quality of life in patients with Ankylosing Spondylitis and improvements with etanercept therapy, *Arthritis and rheumatism*,53(4), pp. 494-501.
10. Dzedzic K (2000). Espondilitis Anquilosante. In: David C, Lloyd J *Rehabilitación Reumatológica*. Madrid. Editora Harcourt, pp. 119-139.
10. Fernandez-de-Las-Penas C, Alonso- Blanco C, Morales-Cabezas M, Miangolarra-Page JC (2005). Two exercise interventions for the management of patients with Ankylosing Spondylitis: a randomized controlled trial, *American journal of physician medicine and rehabilitation*, 84(6), pp. 407-419.
11. Haibel H, Niewerth M, Brandt J, Rudwaleit M, Listing J, Sieper J, Braun J (2004). Measurement of quality of life in patients with active Ankylosing Spondylitis being treated with infliximab - a comparison of SF-36 and SF-12, *Zeitschrift für Rheumatologie*, 63(5), pp. 393-401.
12. Ince G, Sarpel T, Durgun B, Erdogan S (2006). Effects of a multimodal exercise program for people with Ankylosing Spondylitis, *Physical Therapy*,86(7),pp.924-935.
13. Lim J, Lee S, Lim S (2005). Exercise, pain, perceived family support, and quality of life in Korean patients with Ankylosing Spondylitis, *Psychological reports*, 96(1), pp. 3-8.

14. Lim J, Moon I, Lee S (2005). Effects of home-based daily exercise therapy on joint mobility, daily activity, pain, and depression in patients with Ankylosing Spondylitis, *Rheumatology International*, 25 (3), pp. 225-229.
15. Sieper J, Braun J (2006). Biologic Therapies in Spondyloarthritides- The Current State. In: Royen B, Dijkmans B, (1ª edição). *Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, p. 170.
16. Sweeney S, Taylor G, Calin A (2002). The effect of home based exercise intervention package on outcome in Ankylosing Spondylitis: a randomized controlled trial. *Journal of Rheumatology*, 29 (4), pp. 763-766.
17. Timms A, Wordsworth B, Brown M (2006). Epidemiology, Pathogenesis, and Genetics of Ankylosing Spondylitis. In: Royen B, Dijkmans B (1ª ed). *Ankylosing Spondylitis: Diagnosis and Management*. New York, Editora Taylor & Francis, p.23.
18. Van Tubergen A, Coenen J, Landewe R, Spoorenberg A, Chorus A, Boonen A, Van Der Linden S, Van Der Heijde D (2002). Assessment of fatigue in patients with Ankylosing spondylitis: a psychometric analysis, *Arthritis and rheumatism*, 47(1), pp. 8-16.
19. Ward M (1998). Quality of life in patients with Ankylosing Spondylitis, *Rheumatology disease clinical North American*, 24(4), pp.815-827.
20. Bakker C, Boers M, van der Linden S. Measures to assess ankylosing spondylitis: taxonomy, review and recommendations. *J Rheumatol* 1993;20:1724–30.
21. Bakker C, van der Linden S, van Santen-Hoeufft M, Bolwijn P, Hidding A. Problem elicitation to assess patient priorities in ankylosing spondylitis and fibromyalgia. *J Rheumatol* 1995;22:1304–10.
22. Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis: a proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984;27:361–8.
23. Tugwell P, Bombardier C, Buchanan WW, Goldsmith CH, Grace E, Hanna B. The MACTAR Patient Preference Disability Questionnaire—an individualized functional priority approach for assessing improvement in physical disability in clinical trials in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1987;14:446–51.

