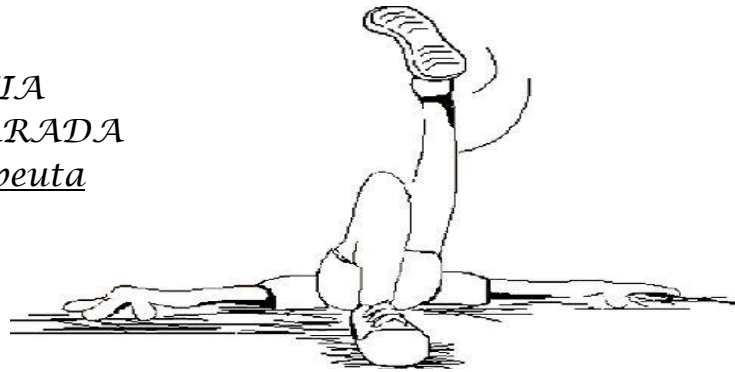


ARTICULOS



*PATRICIA
PÉREZ PARADA
Fisioterapeuta*



TRABAJO EN EQUIPO

- [Consejos](#)
- [Ejercicios](#)

Por: [Patricia Pérez](#)

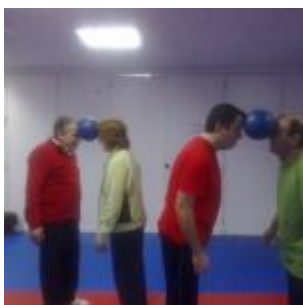
Cuando se tiene espondilitis nunca está de más tener un compañero cerca que de vez en cuando eche una mano con las obligaciones propias de tener una enfermedad crónica.

Realizar los ejercicios diarios con la ayuda de un compañero puede aportar grandes beneficios, pero he de confesar que no es una forma de trabajo que me guste especialmente, principalmente por una razón: ESTO NO ES UN JUEGO, pero en ocasiones el trabajar junto a un amigo/compañero puede hacer que os relajéis y que lo convirtáis en una pequeña competición, aumentando muchísimo el riesgo de lesión. Por lo tanto, recordad siempre que trabajo en equipo sí, pero con las mismas precauciones que cuando se trabaja en solitario. Esto implica seguir manteniendo la postura correcta, realizar los estiramientos con paciencia, sin dar tirones y sobre todo id informando al compañero de cuál es vuestro estado muscular y articular en cada momento

Aclarando: es muy importante elegir el compañero adecuado y poder confiar en él. A continuación os dejo algunos “ejercicios matrimoniales” o “de pareja” para que CON CUIDADO los pongáis en práctica:



Trabajo de propiocepción de la región dorsal. Se trata de caminar sin que se caiga la pelota situada en la región dorsal alta, intentando “reposicionar” la cabeza, el tórax y los hombros.



En este caso la pelota está colocada en la frente mientras los “gimnastas” caminan sin que ésta se caiga. Existe así un trabajo propioceptivo de la región anterior del cuello, cuya musculatura se encuentra muy debilitada en los pacientes con EA debido a la postura.



Trabajo propioceptivo global, tanto de miembros superiores como inferiores. Intentan quitarse el uno al otro la pelota, manteniendo las piernas separadas para aumentar la base y disminuir el riesgo de caída.



A la hora de estirar es muy importante que no se den tirones y que se respete el límite de dolor del compañero. En este caso, con las piernas estiradas y separadas, las manos de las “gimnastas” están agarradas. Primero tira una hasta que la compañera avisa y ahí se mantiene el estiramiento hasta que la tirantez disminuya.

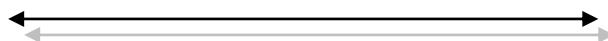


Igual que en el caso anterior, pero con las manos cruzadas para estirar de forma oblicua. De nuevo insisto en la importancia de no dar tirones y de respetar los síntomas del compañero.



Por último, cuando el compañero estira sentado con las piernas juntas podemos ayudar empujando ligeramente en la zona dorsal media hasta el límite de tolerancia al estiramiento.

Espero que encontréis un buen compañero que os permita hacer más amena la sesión de ejercicio diario. Pero recordad la prudencia y que esto no es un juego, aunque en ocasiones lo parezca.



¿CALOR O FRÍO?

- [Consejos](#)

Por: Patricia Pérez

Todos tenemos la posibilidad de utilizar la aplicación de frío o calor local para tratar una dolencia. Especialmente los pacientes reumáticos, que sufren con frecuencia molestias articulares y/o musculares, pueden beneficiarse de este remedio barato, efectivo y fácil de aplicar.

Lo cierto es que la gran parte de la población duda de si debe aplicar frío o calor. En términos generales decimos que el calor se usa para procesos crónicos y el frío para procesos agudos. Pero en ocasiones al paciente le cuesta distinguir entre lo que es crónico y agudo:

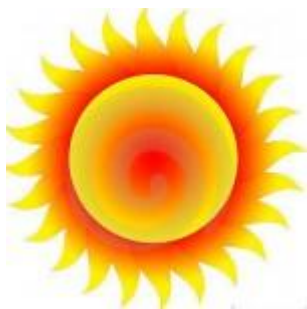
- **Dolor crónico:** tiene una duración mayor de 6 meses, suele ser difuso y no hay traumatismo previo asociado. **CALOR.**
- **Dolor agudo:** corta duración en el tiempo, de aparición repentina y en ocasiones asociado a mecanismo de lesión. **FRÍO.**

Esta forma de clasificación no hace referencia a los síntomas que experimenta el paciente, por lo que quizá resulte más práctico clasificarlo como dolor mecánico o inflamatorio, en función del origen del dolor. Así, de forma genérica aplicaremos calor en dolores mecánicos y frío en dolores inflamatorios:

- **Dolor mecánico:** aumenta con el movimiento, rigidez matutina leve o nula no interfiere en el sueño. **CALOR.**
- **Dolor inflamatorio:** suele mejorar con el movimiento, rigidez matutina y aumenta durante la noche dificultando el sueño. **FRÍO.**

Cada paciente elegirá el frío o calor según le convenga para su sintomatología, aunque tras elegir una opción, siempre queda el sentido común. Si tras la aplicación de uno de ellos, en lugar de mejorar, empeora, sustitúyalo por el otro.

CALOR:



Lo más cómodo para su aplicación es una manta eléctrica porque se adapta fácilmente y no pierde temperatura. Si no disponéis de ella valdrá un saquito de los que se calienta en el microondas o incluso paños que calentéis con la plancha. Tened cuidado con la primera aplicación pues podría estar más caliente de lo esperado y producir os una quemadura.

Cuando ya notéis la zona caliente mantened el calor unos 15 minutos y retirad. Pasada aproximadamente una hora volved a aplicar de nuevo si fuera necesario.

Tened en cuenta que el calor también quema por efecto acumulativo, así que no permanezcáis con la fuente de calor más tiempo del recomendado.

Contraindicaciones:

No se debe aplicar calor en las siguientes circunstancias:

- *Si usted es hipersensible al calor.*
- *Si hay alteraciones de la sensibilidad en la zona sobre la que se quiere aplicar el calor.*
- *En pacientes con inflamaciones agudas.*
- *En pacientes con insuficiencia cardiopulmonar e hipertensión.*
- *En pacientes con alteraciones circulatorias venosas y linfáticas.*
- *Sobre lesiones cutáneas.*

FRÍO:



Lo ideal es utilizar para su aplicación una bolsa de gel frío porque se adapta perfectamente a la zona a tratar. Si no disponéis de ella valdrá hielo o cualquier bolsa de productos congelados (muy prácticos los guisantes). Es importante que siempre envolváis la bolsa de frío con alguna tela. Nunca lo pongáis directamente porque el riesgo de quemadura por frío es muy alto.

Una vez hayáis hecho la aplicación y comencéis a notar que la piel se enfría, mantenedlo un máximo de 15 minutos y retirad. No volver a aplicar hasta pasada al menos una hora.

Contraindicaciones:

No se debe aplicar frío en las siguientes circunstancias:

- *Si usted es hipersensible al frío.*
- *Si hay alteraciones de la sensibilidad en la zona sobre la que se quiere aplicar el frío.*
- *En pacientes con anemia o con problemas cardíacos.*
- *En pacientes con tumoraciones malignas.*
- *En pacientes con problemas arteriales o con síndrome de Raynaud.*



!!!VAMOS DE PASEO!!!

- [Consejos](#)

Por: Patricia Pérez

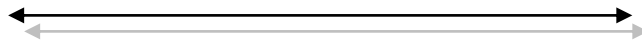
Incorporados ya a la rutina del día a día y de vuelta de las vacaciones de Navidad aprovecho la ocasión para hablaros sobre los viajes en coche. Quizá estos consejos os lleguen tarde para los desplazamientos de estas fechas, pero seguro que el próximo fin de semana o puente que tengamos (creo que San José) os acordaréis de los consejos de hoy.

En principio un paciente con EA no tiene porqué verse limitado a la hora de viajar en coche si respeta una serie de recomendaciones básicas, que no sólo están destinadas a los pacientes con EA sino al público en general. Aunque es evidente que el paciente que vaya a hacer el viaje debe evitar hacerlo en periodos de crisis agudas de dolor o cuando esté con un “brote”. Al margen de esto debéis:

- ***Preparad el viaje con antelación:*** *salid con el tiempo adecuado y con la ruta bien organizada, teniendo en cuenta los tiempos de parada necesarios para “desentumecer” articulaciones.*
- ***Si es posible conducid un coche automático:*** *así evitaréis movimientos repetitivos que pueden llegar a irritar el tejido articular o muscular.*
- ***Descansad las horas adecuadas antes del mismo:*** *dormid las horas suficientes. No iniciéis el viaje si las condiciones físicas no son las adecuadas o tras una noche en la que el dolor os haya obligado a levantaros múltiples veces.*
- ***No comáis abundantemente las horas previas:*** *con el fin de evitar somnolencia.*
- ***Evitad en la medida de lo posible los atascos:*** *esto sí tiene especial interés en el paciente con EA, puesto que cuando hay retenciones debéis permanecer quietos en la misma posición por un tiempo indeterminado (generalmente largo) sin que existan posibilidades de salir o apartarse del mismo. Por lo tanto, es importante que retraséis o adelantéis las salidas y regresos en fechas señaladas para evitar retenciones*
- ***Parad al menos cada tres horas:*** *en este tiempo de pausa debéis aprovechar para bajaros del vehículo, pasear, mover las piernas y hacer movilizaciones y estiramientos de cuello y brazos, al menos durante 15 minutos.*
- ***Mantenerse hidratado:*** *beber agua antes y durante el viaje para mantener, no sólo el cerebro, sino también vuestras articulaciones y tejido muscular lo más hidratado posible.*

- **No iniciéis el viaje recién levantados:** una de las características más comunes de la EA es la rigidez matutina, por lo tanto, debéis respetar el tiempo necesario para que la rigidez ceda antes de iniciar el viaje.
- **Consultad con el médico:** comentadle a vuestro reumatólogo cuál es vuestro destino y si alguna medicación de la que estáis tomando interfiere en vuestra capacidad de conducción.
- **Pedid ayuda con las maletas:** no carguéis pesos innecesarios y, si lo hacéis, intentad guardar una buena higiene postural.

El resto de recomendaciones son comunes a todos los conductores: no bebas alcohol, no hables por el móvil, evita distracciones, guarda distancia de seguridad, ponte el cinturón, respeta las señales... y sobre todo disfruta del viaje y de los días de vacaciones.



ESPONDILITIS Y MATERNIDAD (1ª PARTE)

Por: Patricia Pérez

A lo largo de los años que llevo trabajando con EDEPA, muchas de las socias con EA os habéis acercado a mí para mostrarme vuestra preocupación ante este tema. “**Si me quedo embarazada, ¿qué va a pasar con mi espalda?**”. Muchos son los miedos que os invaden, como a cualquier futura mamá que planea un embarazo; pero a vuestro caso se añaden las preocupaciones propias de vuestra enfermedad y de vuestros dolores.

“¿Podré tomar medicación?”; “¿Me aumentará mucho el dolor?”; “¿Y el parto lo aguantarán mis sacroilíacas?”; “¿Cómo voy a poder cuidar a mi bebé con este dolor?”; “¿Le podré dar el pecho?”.

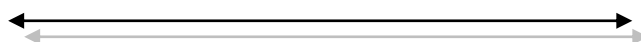
En principio el embarazo en mujeres con EA no supone ningún problema especial para la madre y el feto, pero es lógico plantearse todas estas cuestiones cuando se lleva años luchando contra una enfermedad que influye en vuestra calidad de vida. Ninguna de estas preguntas puede ser respondida con rotundidad porque en cada persona la enfermedad influye de una manera diferente; pero sí puedo acercaros a lo que ocurre en la mayoría de los casos.

La primera consideración a tener en cuenta cuando se planea un embarazo es todo lo relacionado con la **MEDICACIÓN**. En la búsqueda de vuestro bebé no sólo deberéis tener en cuenta a vuestra pareja, sino también a vuestro reumatólogo, que deberá saber con antelación vuestra intención de intentar un embarazo. Él será quien os asesore con vuestra medicación. Cada caso será tratado en particular pues no todas las pacientes siguen el mismo tratamiento ni cada enfermedad sigue el mismo curso. Esta recomendación de contar con vuestro reumatólogo para planear el embarazo también va destinada a los hombres con espondilitis que queráis ser papás pues determinados fármacos también deben ser revisados en el caso de los varones.

A los pacientes (hombres y mujeres) tratados con algún fármaco anti – TNF (“tratamientos biológicos”) o tratados con Metotrexate, el reumatólogo les retirará esta medicación al menos 6 meses antes de intentar el embarazo. Para los pacientes tratados con Sulfasalazinas, los especialistas suelen recomendar retirar el fármaco durante el embarazo. En el caso de los antiinflamatorios no esteroideos y de los antiinflamatorios esteroideos (corticoides) será el médico el que valore la relación beneficio – riesgo.

Ante esta supresión o reducción de la medicación durante el embarazo se recomienda ser más constante en la realización de los ejercicios de gimnasia y natación y acudir a la consulta de fisioterapia con regularidad. Ni la gimnasia, ni la natación ni los tratamientos individuales de fisioterapia adaptados a la gestación están contraindicados durante el embarazo y se pueden realizar de forma segura salvo que el médico aconseje lo contrario.

La semana que viene seguiré hablándoos de embarazo, parto y maternidad para intentar despejar el resto de interrogantes.



ESPONDILITIS Y MATERNIDAD (2ª PARTE)

- Sin categoría

Por: Patricia Pérez

La semana pasada os acercaba a las dudas más frecuentes que suelen plantearme las mujeres con EA que se plantean un embarazo:

“¿Podré tomar medicación?”; “¿Me aumentará mucho el dolor?”; “¿Y el parto lo aguantarán mis sacroilíacas?”; “¿Cómo voy a poder cuidar a mi bebé con este dolor?” “¿Le podré dar el pecho?”.

Y en el post anterior sólo os daba respuesta al tema **MEDICACIÓN**. Hoy intentaré despejaros el resto de interrogantes:

¿Qué ocurrirá con **MI DOLOR** si no tomo medicación? Esto es difícil saberlo y no podemos asegurar una ausencia de dolor durante el embarazo. Existe un estudio realizado con 939 mujeres afectadas de EA en 13 países diferentes (*Monika Østensen and Harald Østensen: Ankylosing spondylitis – The Female Aspect. [Journal of Rheumatology 1998; 25(1): 120-124]*) En el que los resultados mostraban que en un 30% de ellas la enfermedad se mantuvo igual durante el embarazo; en otro 30% la enfermedad empeoró y en el 40% restante mejoró. De todas ellas la mitad realizaban ejercicio o fisioterapia durante la gestación. Asimismo se apreció que la incidencia de complicaciones de la EA como afectación de articulaciones periféricas o uveítis era mucho menor durante el embarazo y peor en los 6 meses posteriores al parto.

En cuanto al tipo de **PARTO**, ese mismo estudio refiere que el 90% de los partos concluyeron normalmente y, de ellos, 7 de cada 10 transcurrieron de forma natural y 3 de cada 10 necesitaron cesárea (en la población en general el número de cesáreas es de 1 cada 10). Por lo tanto existe un ligero incremento del número de cesáreas entre las pacientes con EA, probablemente en aquellas en las que sus articulaciones sacroilíacas estén más comprometidas.

Pero a muchas de vosotras os asusta más “el después”, es decir, el momento en el que **EL BEBÉ LLEGA A CASA** y la incertidumbre de si podréis atenderlo con normalidad o, por el contrario, el dolor os lo impedirá. De nuevo aquí cada persona tendrá su propia experiencia pero si recurrimos a las estadísticas, más de la mitad de mujeres a las que se refiere el estudio anterior mostró dificultades en el cuidado del bebé y 3 de cada 10 necesitó la colaboración de una tercera persona.

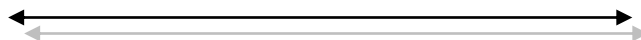
Por último mencionaré que la **LACTANCIA MATERNA** será posible siempre y cuando la paciente pueda controlar su dolor con la medicación compatible con la lactancia. Si ésta fuera posible, será muy importante cuidar desde el primer día la postura que se mantiene durante la toma, ya que dar el pecho implica permanecer durante largos períodos en una misma postura que debe ser cómoda y relajada para evitar desequilibrios musculares.



Sobre este tema me gustaría recomendaros a las que estéis interesadas un libro que es una guía de lactancia materna donde se recoge todo lo relacionado con ella. Su título es “UN REGALO PARA TODA LA VIDA” y el autor es el pediatra Carlos González.

Por otro lado os dejo una web realizada por el Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta (Denia, Alicante) donde podréis consultar la compatibilidad de todos los medicamentos y hierbas con la lactancia. Os sorprenderá descubrir que medicamentos como la sulfasalazina o la indometacina son completamente compatibles con la lactancia. Decídselo a vuestro reumatólogo. **“WWW. E-LACTANCIA.ORG”**.

En resumen podemos concluir que la Espondilitis Anquilosante no es incompatible con el embarazo y la maternidad. Son muchas las socias de EDEPA que han pasado por esta experiencia y seguro que no les importa compartirla con todas las que aún no estéis decididas por culpa de todos estos miedos. Nadie dice que sea fácil, y menos cuando hay dolor, por eso, será la situación personal de cada paciente la que finalmente decidirá si se embarca en esta maravillosa experiencia de ser madre.



LA RELAJACIÓN COMO MEDIO TERAPÉUTICO.

- Consejos

Por: Patricia Pérez

Hace un par de semanas os hablaba de nuestras “jornadas” de educación para la salud, esas clases que dedicamos, no a hacer gimnasia, ejercicios o estiramientos, sino a centrarnos en algún tema de interés para el paciente que le pueda ayudar a mejorar su calidad de vida.

Hoy os acercaré al porqué de uno de los temas favoritos de nuestros pacientes: **LAS CLASES DE RELAJACIÓN.**

No sé exactamente si ésta es una de las clases favoritas porque “nos saltamos el esfuerzo que supone el ejercicio” o porque verdaderamente “encuentran el beneficio que les aporta la relajación”. El caso es que, como os comentaba en el post anterior, mis pacientes se pasan el curso entero preguntando cuándo toca relajación.

En estas clases no siempre sigo la misma dinámica, pero en general los pacientes se colocan tumbados en la colchoneta en una posición que les resulte cómoda (hay que tener en cuenta que permanecerán en esa posición al menos 30 minutos, aunque pueden moverse en función de su necesidad específica). El objetivo es llegar a liberar la mente de tensiones y pensamientos concretos, pero sin llegar a dormirse. Dormirse no es sinónimo de haber estado más relajado, por lo que los pacientes deben evitar que el sueño los invada.

Existen muchas maneras de realizar un ejercicio de relajación y mi manera simplemente es una de ellas. El inicio de la relajación lo realizo siempre a través de la respiración, que suelo ir guiando de una u otra manera en función del objetivo que quiera conseguir. Y a continuación acompaño a los pacientes para que realicen una “meditación guiada” a través de la visualización de situaciones o sensaciones relajantes. Todo esto lo puedo acompañar de cualquier estímulo sensitivo (música, olores...)

Para finalizar volvemos a realizar un ciclo de respiraciones y lentamente se colocan en una posición lateral donde ya abren los ojos y esperan la vuelta a la normalidad. Este proceso de finalización hay que hacerlo lentamente para evitar mareos.

Y todo esto... ¿por qué? ¿Puede una persona con dolor crónico beneficiarse de las técnicas de relajación? Pues buscando y buscando he encontrado un artículo publicado en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/12/26/dolordossiers/1135603778.html>, en la sección de salud, donde se hace referencia a las declaraciones que hace la doctora Fitzcharles y sus colaboradores sobre la relación entre dolor y las técnicas de relajación. Os copio textualmente el texto:

Según la doctora Fitzcharles y sus colaboradores, “los mecanismos dolorosos se encuentran en un estado constante de cambio..., algo que se conoce como la plasticidad del sistema nervioso”. El hecho de que el dolor reumático sea generalmente crónico es

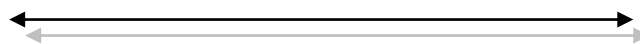
lo que contribuye a esta plasticidad. “Esta compleja interacción entre neurotransmisores que estimulan la sensación dolorosa desde las articulaciones y los impulsos que la inhiben desde el sistema nervioso central, dan como resultado la percepción final del dolor”.

Como el dolor reumático viaja desde las articulaciones al cerebro por fibras nerviosas de conducción lenta, la percepción que tiene el paciente es más la de un **dolor persistente y sordo** que algo agudo y punzante. También desde el sistema nervioso central se envían impulsos nerviosos que modulan la percepción dolorosa a través de una vía donde los neurotransmisores son opioides y cannabinoides producidos por el propio organismo.

Este sistema que utiliza moléculas similares a los derivados de la morfina es la que explica por qué **algunas estrategias como la relajación, la meditación, la distracción o la hipnosis pueden contribuir a mejorar el dolor**. También por esta vía actuaría la respuesta a un placebo (una sustancia inactiva que es capaz de mejorar un síntoma).

También **la inflamación articular** que se produce en las enfermedades reumáticas **parece contribuir a la percepción del dolor**. Parece que la inflamación es capaz de activar fibras nerviosas que habitualmente se encuentran dormidas. De hecho, se ha calculado que casi un tercio de las vías nerviosas que transmiten el dolor lo hacen por este mecanismo inflamatorio.

Otro reciente descubrimiento han sido los mecanismos moleculares que subyacen a la influencia del estado psicológico sobre la percepción del dolor. Tanto el estrés como la depresión son capaces de aumentar la producción de sustancias pro-inflamatorias en el paciente reumático. Artículo muy interesante y que nos abre puertas para seguir trabajando, no sólo el cuerpo, sino la mente también.



LA POSTURA DE LA “ESCUADRA”

- [Consejos](#)
- [Ejercicios](#)

Por: [Patricia Pérez](#)

De nuevo os ofrezco una postura fácil de realizar en casa y que podéis incorporar a vuestra rutina diaria. Se trata de hacer una “escuadra” con vuestro cuerpo y la forma ideal de conseguirlo es utilizando el suelo y una pared.



En primer lugar debéis colocaros sentados en el suelo, lo más próximos posible a la pared sobre la que hayáis decidido trabajar. Una vez sentados os tumbáis de forma que podáis estirar las piernas a lo largo de la pared, permaneciendo con las rodillas completamente estiradas.

En esta postura debéis permanecer el tiempo necesario para producir un estiramiento de la región posterior, aunque deberéis tener en cuenta vuestro nivel de tolerancia y algunas recomendaciones:

- Si hay dolor activo en la región sacroilíaca colocad una colchoneta en el suelo para amortiguar el contacto.
- En caso de tener la cabeza muy anteriorizada será necesaria la utilización de un cojín o similar que posicione la cabeza. Ésta nunca debe quedar en el aire, levantada o sin apoyo.



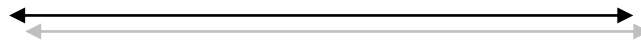
- Algunas personas no podrán colocarse en posición de “escuadra” porque su limitación le impide estirar las rodillas. Si se da esta situación es preferible alejarse de la pared para poder estirar las rodillas, que permanecer con ellas dobladas.



Por último, antes de finalizar, intentad mover los pies hacia la flexión y extensión, coordinándolo con la respiración:

- Cuando tomáis aire (inspiración) lleváis la punta de los pies en dirección hacia vuestra cabeza.
- Cuando echáis aire (espiración) lleváis la punta de los pies en dirección al techo.

Para levantaros al finalizar colocaos primero de lado, en posición fetal y desde esa posición id recuperando poco a poco la verticalidad.



¿FUNCIONA LA GIMNASIA CORRECTIVA?

- [Ejercicios](#)

Por: [Patricia Pérez](#)

Desde hace 6 años acompaño a pacientes con espondilitis Anquilosante (EA) en las clases de gimnasia correctiva. Dos días en semana nos reunimos 45 minutos para caminar, movilizar, estirar, flexibilizar, respirar, crecer, fortalecer, corregir, charlar, relajar, reír... En definitiva para intentar mejorar el estado global del paciente a través del ejercicio.

Ahora bien, ¿lo conseguimos?, es decir, ¿funciona realmente la gimnasia correctiva? Para poder comprobar que nuestro trabajo y el del paciente tienen un beneficio hemos realizado valoraciones, tanto subjetivas como objetivas, del estado general del paciente. Estas comprobaciones las realizamos a través de encuestas, test, escalas de valoración y mediciones que nos proporcionan datos de la percepción que el paciente tiene de su enfermedad, así como datos que nos permiten determinar si la corrección postural se ha llevado a cabo.

Las “Hojas de Valoración” las distribuimos dos veces al año, una al inicio del curso (octubre) y otra al finalizarlo (junio) y en ellas recogemos:

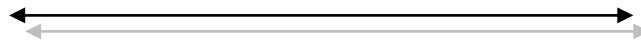
- Primero, datos personales del paciente, sus antecedentes personales y la evolución de su enfermedad.
- En segundo lugar, el paciente señala en una escala del 1 al 10 cuál es su nivel de dificultad/facilidad para determinadas actividades de la vida diaria.
- En tercer lugar, el paciente determina en una escala similar (1 – 10) la intensidad/ausencia de síntomas relacionados con su enfermedad (dolor, rigidez, cansancio, hinchazón...).
- Y por último, haciendo una valoración global el paciente “pone nota” a su estado general.
- A continuación somos nosotras, las fisioterapeutas, las que realizamos la valoración, a través de la cinta métrica, de los niveles de flexibilidad de columna vertebral y capacidad respiratoria mediante el test de Schöber, medición de la distancia dedos – suelo y medición de la expansión torácica.

Cuando realizamos una comparativa de las valoraciones y mediciones de octubre y junio encontramos que TODOS los pacientes que acuden a gimnasia correctiva presentan mejoría en la medición de alguno de los parámetros estudiados.

Es evidente, por lo tanto, que existe un aumento de la flexibilidad vertebral y suele ser mucho más evidente el aumento de la capacidad torácica. Además el paciente valora de forma más positiva su estado general y determina en la escala de valoración una mayor facilidad para las actividades de la vida diaria.

Podemos concluir, por lo tanto, que los pacientes que realizan con regularidad ejercicio adaptado a su enfermedad mejoran su flexibilidad y aumentan su capacidad torácica y su fuerza. Con esto se adquiere un mejor control de la postura, una disminución de las dificultades en las actividades de la vida diaria y finalmente un aumento de la calidad de vida.

¿Funciona la gimnasia correctiva? Podemos asegurarlo: **SÍ**



PROPÓSITOS

- [Consejos](#)

Por: [Patricia Pérez](#)

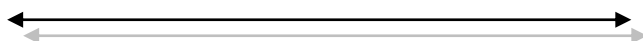
Este post no puede hoy comenzar de ninguna otra manera:

Y tampoco podía ser otro el tema sobre el que os hablaré hoy. Intentaré ayudaros a hacer la lista de propósitos para el año en el que hemos entrado, así que coged vuestra agenda para ir anotando con boli rojo todos los cambios que debéis introducir en vuestra vida para mejorar vuestra salud:

1. **Dejar las adicciones:** evidentemente este es el propósito de año nuevo más pensado (y también menos conseguido). Incluiría fumar, beber alcohol y cualquier otra sustancia que nos haga dependientes. Si consideráis que no podéis
2. hacerlo solos, pedid ayuda a vuestro médico de Atención Primaria, que sin duda sabrá asesoraros y prescribiros, según el caso, la medicación adecuada, si fuera necesario.
3. **Cuidar la alimentación:** después de los excesos navideños debemos volver a incorporar a nuestra dieta alimentos saludables. Y esto no quiere decir que sea necesario hacer una dieta. Una buena manera de comenzar a cuidar la alimentación es introduciendo frutas y verduras diariamente (ya sabéis, al menos 3 raciones, aunque lo ideal son 5).
4. **Beber agua:** parece algo muy lógico, pero la mayoría de la población no llega a los 1,5 – 2l. de ingesta de agua recomendada diariamente. Si bebes poco, pero sí algo, trata de beber dos o tres vasos más al día. Pero si eres de las personas que no bebe prácticamente nada, tendrás que incorporar el agua de forma paulatina (no intentes beber el litro y medio de golpe el primer día). Beber agua también implica reducir todo lo posible el consumo de bebidas carbonatadas y azucaradas o edulcoradas.
5. **Cuidar la postura:** sobre este punto no tengo mucho que decir que no haya dicho ya en los tres post que le he dedicado a la higiene postural. ¡¡Sólo falta ponerlo en práctica!!
6. **Realizar ejercicio de forma regular:** esto es básico para el paciente espondilítico. Como ya sabéis, siempre os recomendamos hacer ejercicio bajo supervisión (a ser posible de un fisioterapeuta), pero si no es posible tenéis disponibles en este blog múltiples ejercicios que podéis ir incorporando de forma paulatina a vuestra rutina diaria.

7. **Realizar estiramientos diariamente:** esto podría considerarse un complemento del punto anterior, pero en ocasiones la falta de tiempo os obliga a elegir entre hacer ejercicio o estirar. Si este es tu caso, SIEMPRE será mejor estirar sin hacer ejercicio antes, que hacer ejercicio sin estirar después.
8. **Mantener posturas:** es importante que mantengáis una “lucha” contra la tendencia flexora de vuestra enfermedad y una buena manera de hacerlo es a través de las posturas. Ya os hemos hablado en ocasiones de algunas, como la postura de la “escuadra” (<http://siteduelelaespalda.com/?p=303>), permanecer boca abajo 5 o 10 minutos diariamente o la postura de la esfinge. Incorporadlas a vuestra rutina diaria.
9. **Descansar lo necesario:** en ocasiones las obligaciones del día a día nos obligan a mantener un ritmo de trabajo que se aleja mucho de lo que nuestro cuerpo necesita. Por la noche es necesario descansar al menos 8 horas diarias. Para el paciente con EA en ocasiones mantenerse 8 horas en la cama implica un aumento de su dolor, por lo tanto, deberá mantener periodos de descanso adicionales a lo largo del resto del día para compensar la falta de descanso nocturno.
10. **Relajar la mente y el espíritu:** cada uno debe buscar la actividad que más sosiegue su mente y más la libere en situaciones de estrés. Una buena manera de combatir el estrés es aprender técnicas de relajación a través de la respiración.
11. **Aprender cosas nuevas:** no importa la edad; cualquier excusa es buena para aprender algo, porque aprender cosas nuevas mejora nuestra autoestima, estimula el cerebro y mejora la memoria y la coordinación. Cualquier momento es bueno para intentar aprender inglés, viajar a países de otras culturas, aprender a tocar un instrumento o a cocinar. Lo importante es que sea algo que os guste, que os motive y de lo que disfrutéis.
12. **Abrazar la felicidad:** la felicidad no hay que buscarla en ningún sitio porque vive con nosotros siempre: sólo tenemos que aprender a abrazarla a través de las pequeñas cosas del día a día.
13. **Leer regularmente:** es el último punto, pero no por ello el menos importante. Espero que desde aquí me vayáis informando de vuestros propósitos.

Espero que todo este año que acabamos de inaugurar nos colme de alegría, buenos momentos y salud para poder disfrutarlos.



SALUD VS ENFERMEDAD.

- [Consejos](#)

Por: [Patricia Pérez](#)

Casualmente hace unos días, navegando por Internet, encontré en la Wikipedia unas palabras que no podía dejar de comentar con vosotros. Hablaban sobre salud y enfermedad y decían:

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales. Generalmente se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel.

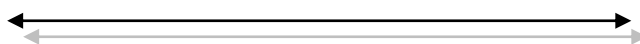
Quizá para la mayoría, estas palabras no nos desvelen nada nuevo. Evidentemente todos entendemos la enfermedad como la pérdida, transitoria o no, del estado de salud. Pero... ¿es la salud meramente la ausencia de enfermedad? La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Por lo tanto, hay tres factores íntimamente relacionados, tanto en la salud como en la enfermedad:

- Lo físico.
- Lo mental.
- Lo social.

Así, cada persona se enfrenta a la enfermedad de una manera diferente según sus circunstancias. Hago de nuevo referencia a la Wikipedia, que dice:

La forma en que un individuo percibe la salud y la enfermedad es un fenómeno complejo y particular de como éste reacciona en conjunto y enfrenta la situación en diferentes dimensiones de su personalidad (emocional, racional, físico y espiritual por ejemplo). Así, cada persona vivirá la experiencia de salud-enfermedad de manera diferente y esto condicionará el significado que dé a tales experiencias.

Es la forma de enfrentarnos a vuestra enfermedad la que condicionará vuestro estado de felicidad. Joan Riehl-Sisca define el *rol del enfermo* como «la posición que asume una persona cuando se siente enferma». Así que ya sabéis, escoged las mejores posiciones para seguir disfrutando de la vida a pesar de vuestra pérdida del estado de salud.



MENS SANA IN CORPORE SANO

- [Consejos](#)

Por: Patricia Pérez

La semana pasada os acercaba a la importancia de mantener una dinámica optimista a la hora de enfrentaros con vuestra enfermedad ([El dolor no controla mi vida](#)). Y hoy mi intención es proporcionaros herramientas para poder llevar a cabo esa propuesta. Todo lo que sigue a continuación es válido para cualquier persona que quiera mantener un buen estado de salud, pero en el caso de las personas con EA, cobra mayor importancia.

Voy a usar una conocida expresión latina para explicarme:

“MENS SANA IN CORPORE SANO”

Pues bien comenzaremos por lo más sencillo, el CORPORE. Los pilares básicos para mantener el cuerpo sano son:

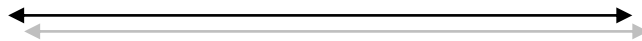
- **Alimentación:** equilibrada, sin excesos ni carencias y que incluya una buena hidratación a base de agua.
- **Descanso:** el sueño es vital para la supervivencia. Durante la noche se activan los mecanismos de reparación celular que van a permitir mantener en condiciones óptimas las estructuras durante el día. Además la falta de descanso nocturno se relaciona con una disminución de la tolerancia al dolor.
- **Ejercicio regular:** ya os hablé de su importancia en el post Espondilitis y movimiento.

Pero... ¿y la MENS? ¿Qué podéis hacer para mantener la mente bajo control cuando vivís diariamente con el dolor? He aquí alguna propuesta:

- **Información:** saber qué es la EA y cuál puede ser su evolución os permitirá anticiparos a la situación y prepararos para ella. La información nos hace libres.
- **Control:** dadle a la enfermedad el sitio que se merece en vuestras vidas, pero no más del que necesita. Vuestra vida no puede girar en torno a la enfermedad.
- **Ejercicios mentales:** dedicad diariamente un pequeño espacio de tiempo a realizar alguna actividad que ocupe toda vuestra atención y que no os permita poder pensar en nada más. Que cada uno elija la que más le guste, pero algunos ejemplos pueden ser sudokus, operaciones matemáticas, hacer mandalas, gimnasia mental, lectura de un libro interesante...

- **Relajación:** también diariamente escoged unos minutos para poner os cómodos, relajar la musculatura y para vaciar vuestra mente. Al principio puede resultaros difícil mantener la mente sin ideas. Si es así, una manera fácil de comenzar es la visualización de colores. Con los ojos cerrados no penséis en nada más que en un color concreto (el que más os inspire en ese momento) y dejad que os rodee y os inunde.
- **Círculo personal:** rodeaos de gente que conozca y comprenda vuestra enfermedad, pero que no os trate diferente por el hecho de tener EA. En los momentos malos la gente que nos rodea es vital para mantener la mente positiva.
- **Hobbies:** manteneos ocupados con un hobby que os apasione. Esto hará que vuestra mente esté libre de enfermedad durante ese periodo de tiempo que le dedicáis a esa pasión.

Espero que hagáis una buena interpretación de todo esto y que pronto empecéis a comprobar que cuerpo, mente y emoción trabajan como un equipo.



PECTORAL MAYOR Y DORSAL ANCHO.

- [Consejos](#)

Por: Patricia Pérez

En alguna entrada anterior ya os hemos hablado de la importancia que tiene realizar estiramientos de forma regular y rutinaria. En esta ocasión intentaré explicaros la importancia que tiene estirar un grupo muscular en concreto. Me refiero a los músculos pectoral mayor y dorsal ancho.

Antes de estirar un músculo es importante tener una referencia anatómica de cómo es el músculo, cuál es su localización y cuál su función:

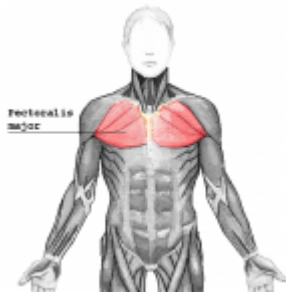


Imagen anatómica del músculo pectoral mayor que puede realizar las funciones de rotación interna y aproximación del hombro, con componente de flexión. (Imagen obtenida de http://es.wikipedia.org/wiki/Pectoral_mayor)

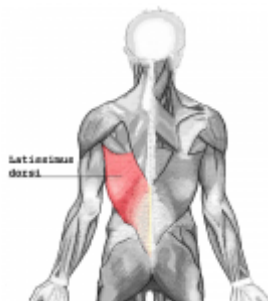


Imagen anatómica del músculo dorsal ancho que puede realizar las funciones de rotación interna y aproximación del hombro, con componente de extensión. (Imagen obtenida de http://es.wikipedia.org/wiki/Dorsal_ancho)

Como podéis comprobar ambos músculos realizan una función común que llevaría al hombro a la rotación interna. Es importante que los pacientes con EA trabajen intensamente ambos músculos porque, debido a la enfermedad, se suelen encontrar retraídos o acortados. En el post titulado “El Navegante” os hablé sobre la postura a la que tiende un paciente afectado de EA y podéis comprobar ahí que los hombros se colocan en una posición desplazada hacia delante y hacia dentro. De ahí que estirar los músculos que realizan esta función se convierta en interesante para los pacientes con EA.

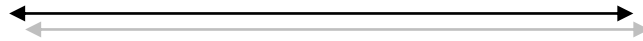
A continuación os dejo algunas imágenes con una de las formas que usamos para realizar estos estiramientos, aunque existen múltiples maneras más:



Estiramiento de pectoral.



Estiramiento de dorsal ancho.



EL DOLOR NO CONTROLA MI VIDA

- [Consejos](#)

Por: [Patricia Pérez](#)

Es evidente que el dolor que se establece y mantiene en el tiempo de forma prolongada produce una variación en el estado de ánimo del paciente. Todas las personas que sufren dolor crónico han sentido este fenómeno. Cuanto más se alarga el dolor en el tiempo más empeora el estado anímico y el paciente suele sumirse en un estado apático que puede evolucionar hacia una depresión.

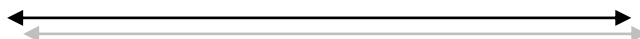
Pero... ¿y al revés? ¿Puede ese estado apático influir directamente sobre la percepción del dolor? Parece ser que SÍ. Una actitud negativa o depresiva debilitará el sistema inmunitario, exponiendo al cuerpo a mayores afecciones. Pero además, con ese estado anímico, la percepción del dolor se modifica, disminuyendo el umbral del dolor. Esto quiere decir que el dolor se presentará antes y con mayor intensidad porque las señales nociceptivas llegarán amplificadas al cerebro.



¿MEDIO LLENO O MEDIO VACÍO?

Múltiples estudios confirman la importancia de mantener una actitud optimista en las patologías que cursan con dolor crónico. Es de vital importancia y forma parte del tratamiento luchar cada día contra la apatía y el desánimo propios de la enfermedad crónica. El tratamiento farmacológico ayuda a controlar el dolor, pero muchas veces, a pesar del tratamiento, el dolor sigue presente. El ejercicio y la terapia física individual (tratamiento fisioterápico) podrán formar parte también de ese control del dolor. Pero no podéis olvidar vuestra herramienta “interior”, vuestro control mental, el manejo adecuado de una actitud positiva y optimista. Estas serán las claves para convivir con el dolor crónico y hacer que simplemente forme parte de vuestras vidas, pero que no os controle la vida. Repetíos cada día esta afirmación:

;;;El dolor forma parte de mi vida, pero el dolor NO controla mi vida!!!



EL NAVEGANTE

- [Consejos](#)

Por: Patricia Pérez

Sabemos que la espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad que afecta principalmente a las articulaciones. Este deterioro articular irá modificando paulatinamente la postura de quién la padece, alejándose progresivamente de lo que consideramos la “postura normal”. De un modo general podemos decir que la persona con EA tiene un cuerpo que tiende a la flexión y a replegarse sobre sí mismo. La EA, por lo tanto, tiende a “cerrar el cuerpo”, mientras que nuestra labor (fisioterapeutas y pacientes) consistirá en intentar conseguir “abrir el cuerpo”. En estas imágenes podemos percibir la diferencia postural de una persona sana y otra con EA.



Y ahora que sabéis esto ¿qué podéis hacer? En primer lugar seguir las recomendaciones médicas en cuanto a medicación. Pero vuestra labor como pacientes no concluye ahí. Tenéis que responsabilizaros de vuestra patología y dedicar cada día un tiempo a contrarrestar los efectos de la EA. En algún lugar leí una vez la siguiente reflexión:

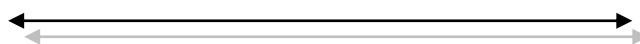
El navegante pesimista se queja del viento,

El navegante optimista espera que cambie,

El realista... ajusta las velas.

Vosotros (pacientes con EA) sois los navegantes y vuestra enfermedad (la EA) el viento. No seáis como el pesimista, lamentándose por su dolor, ni como el optimista, esperando que desaparezca sólo. Sed realistas; luchad contra vuestra enfermedad y ajustad bien las velas para que el viento no os tire al mar.

En entradas sucesivas os intentaremos proporcionar herramientas para que podáis ajustar las velas de vuestro barco y consigáis luchas contra este viento llamado EA.



TRES POSTURAS CADA DÍA

- [Ejercicios](#)

Por: Patricia Pérez

Hoy quiero enseñaros a echarle un pulso a vuestra enfermedad!! Ya os hemos dicho muchas veces que la EA tiende a “cerrar” el cuerpo, así que no hay nada mejor que “abrirlo” diariamente. Para ello os recomiendo mantener CADA DÍA estas tres posturas:



Tumbado boca arriba: preferiblemente en el suelo o sobre cualquier superficie firme. Piernas estiradas y cabeza acomodada (si necesitáis colocar algún soporte hacedlo). Desde ahí y sin perder la postura llevad los brazos hacia atrás sin que se eleve el pecho.

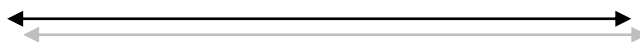


Postura de la esfinge: boca abajo con las piernas estiradas y apoyados sobre los codos, que estarán alineados con los hombros. Mantened la cabeza erguida y el ombligo contactando con el suelo. Si no conseguís erguir la cabeza, simplemente dirigid la vista hacia arriba. Si no conseguís mantener el ombligo en el suelo, intentad que la pelvis no se levante.



Sentado: sobre superficie rígida, mantened las piernas estiradas, el cuerpo derecho. Para los que la postura sea imposible, tenéis que empezar apoyándoos en una pared.

Estas posturas tenéis que realizarlas diariamente, adaptándolas a vuestras limitaciones. El tiempo que le debéis dedicar a cada una será variable en función de la dificultad que os entrañe a cada uno. Id empezando



MÚSCULO PIRAMIDAL

Por: Patricia Pérez

Aprovecho el post de hoy para seguir acercándoos a vuestra musculatura. Hoy os presentaré al músculo piramidal, pero antes de hablaros sobre su importancia os hago una breve mención anatómica:



Músculo piramidal que realiza las funciones de rotación externa y abducción (separación) de cadera.

(Imagen obtenida de:

http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4a/Posterior_Hip_Muscles_es.jpg

El paciente con EA tiende, por su enfermedad, a fijar la cadera en una posición de rotación externa muy marcada, de forma que el músculo piramidal se encuentra en una posición de acortamiento constante. Esta situación hace que el músculo piramidal se encuentre retraído y en ciertas ocasiones inflamado, o que provoca dolor. Pero además, sobre este músculo pasa el nervio ciático que puede irritarse debido a la disfunción del piramidal, generando síntomas en toda la pierna similares a una ciatálgia.

Una buena manera de conservar el piramidal en las mejores condiciones es realizando estiramiento. Os dejo un par de fotos con dos maneras diferentes de estirar el piramidal

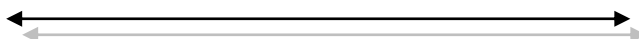


Estiramiento del piramidal con los pacientes tumbados boca abajo. Se mantiene esta postura para que el estiramiento se haga por tracción de la gravedad.



Estiramiento del piramidal con los pacientes tumbados boca arriba donde la pierna del piramidal que se va a estirar se coloca sobre la otra, que se eleva hasta que aparezca tirantez en la región glútea.

Un estiramiento más para hacerlo de forma rutinaria.



MÚSCULO PSOAS

Por: Patricia Pérez

Siguiendo en la línea de la entrada anterior hoy le voy a dedicar estas palabras a un gran amigo o enemigo, según se mire, que convive cada día con nosotros, el músculo psoas. Antes de hablaros sobre él me gustaría que lo pudierais identificar en vuestro cuerpo y que supierais cual es su función:

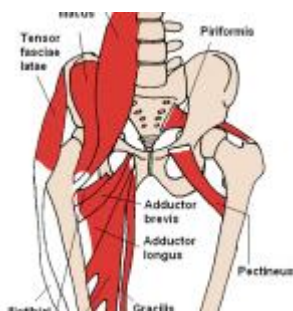


Imagen anatómica del músculo psoas que puede realizar las funciones de flexión de cadera y rotación externa (si toma punto fijo en la columna vertebral) y flexión lumbar e hiperlordosis (si toma punto fijo en el fémur). (Imagen obtenida

de http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/e/e2/Anterior_Hip_Muscles_2.PNG

Este músculo es de vital importancia en la mecánica de la pelvis y la cadera y suele estar muy acortado en los pacientes con EA. De nuevo, la postura a la que tiende el paciente afectado de EA es lo que va a dificultar que algunos músculos trabajen adecuadamente. En este caso, el paciente con EA tiende a realizar una fijación de cadera, que se posicionará con una marcada flexión y rotación externa, manteniendo al psoas en una posición de acortamiento constante. Es por esto que el estiramiento de este músculo debe realizarse con frecuencia para intentar equilibrar la tensión que genera la postura del paciente con EA.

Algunas formas de realizar el estiramiento de psoas son:



Estiramiento de psoas en colchoneta

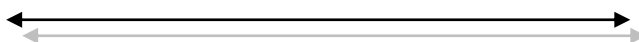


Estiramiento de psoas de rodillas



Estiramiento de psoas de pie

Ya sabéis: para conocer de verdad a vuestro psoas debéis empezar a estirarlo.



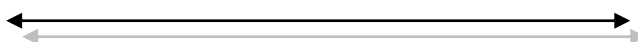
EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Por: Patricia Pérez

Ya os hemos hablado en múltiples ocasiones de nuestro trabajo con los pacientes de EA en las clases de gimnasia correctiva grupal. Y también os hemos acercado al trabajo que hacemos en nuestra consulta a nivel particular con cada paciente individualmente. Pero nuestra labor como fisioterapeutas no concluye ahí, como ya habéis visto, porque también está dentro de nuestras competencias el formar e informar a los pacientes sobre los recursos que tienen a su alcance para mejorar su calidad de vida.

- **Ergonomía e higiene postural:** sobre este tema ya dediqué nada menos que tres entradas en este blog y poco más tengo que añadir.
Es importante que durante nuestro día a día intentemos mantener la postura correcta y nos movamos de la forma más económica posible para nuestro sistema articular y muscular. Al menos una vez al año les hago a mis pacientes una demostración gráfica “in situ” de cómo deben sentarse, tumbarse o colocarse delante del ordenador.
- **Cuidado del suelo pélvico:** este es un “taller” clásicamente dedicado a las mujeres por ser las que más beneficiadas se puedan sentir. En él realizo un breve recuerdo anatómico para poder ubicar, distinguir y, sobre todo, sentir nuestro suelo pélvico. Y a partir de ahí realizamos el aprendizaje de ejercicios que fortalezcan el suelo pélvico y hablamos sobre los problemas que acarrea tener débil esta musculatura.
- **Relajación:** mis pacientes de las clases de grupo se pasan todo el año preguntando cuándo vamos a dar una clase de relajación. Quiero pensar que tanta insistencia se debe a que obtienen grandes beneficios de la relajación y no a que ese día no realizamos gimnasia. Sea como sea, suelo dedicar tres clases al año a que los pacientes encuentren la mejor manera de desconectar de sus preocupaciones a través de meditaciones guiadas, música y respiraciones.
- **Otros temas:** aquí englobo cualquier tema que inquiete al paciente y del que necesiten asesoramiento, como puede ser alimentación, deporte...

En las próximas entradas os iré desglosando cada uno de los temas para que también tengáis vosotros, lectores, toda la información que le damos a nuestros pacientes.



HIGIENE POSTURAL (1ª PARTE)

Por: Patricia Pérez

Durante las próximas entradas os voy a aproximar a la ergonomía e higiene postural. Intentaré conseguir que seáis más conscientes de vuestras posturas para que podáis corregirlas. Así, os hablaré sobre las mejores opciones posturales en diferentes situaciones:

- Cuando estáis de pie
- Cuando estáis sentados
- Cuando estáis tumbados
- Cuando cargáis con pesos

CUANDO ESTÁIS DE PIE

Estar de pie en una postura estática es potencialmente dañino para la espalda. Así que intentad evitar, en la medida de lo posible, situaciones en las que sea necesario mantenerse de pie y quietos sin movimiento.

Si no es posible evitar la postura estática (por ejemplo mientras plancháis), habrá que colocar uno de los pies sobre una superficie que parezca un escalón, de manera que una de las piernas esté ligeramente flexionada. Habrá que alternar una pierna con la otra para evitar sobrecargas.

Y estando de pie, hay que prestar atención al calzado, que debe ser:

- Ancho, que no oprima el pie ni mantenga los dedos apiñados
- Sin tacón alto porque con él la espalda aumenta mucho su curvatura lumbar y aumenta el riesgo de lesión
- Sin ser excesivamente plano porque sobrecarga ligeramente las rodillas

Por lo tanto el calzado ideal sería aquel similar al clásico de caballero, ancho, estable y con un tacón de aproximadamente 1,5 cm.

CUANDO ESTÁIS SENTADOS

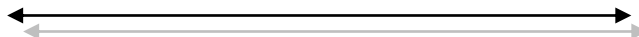
Debéis evitar asientos que no sean firmes, como el sofá, especialmente si vais a realizar alguna actividad mientras permanecéis sentados.

Una vez elegida la silla, debe tener una altura adecuada de forma que los pies queden en contacto con el suelo (y no colgando) y las rodillas queden al mismo nivel o por encima de las caderas. Si utiliza un reposa pies debe tener una inclinación ajustable entre 0° y 15° sobre el plano horizontal.

El respaldo de la silla debe cubrir la espalda en su totalidad y debe respetar las curvas normales de la columna. Si en la silla se va a permanecer durante largos periodos (por ejemplo, la silla del trabajo) es importante que el respaldo sobrepase la altura de la cabeza para poder apoyarla si fuera necesario. La espalda debe de estar en contacto con el respaldo, sobre todo la región lumbar. El ángulo de inclinación del respaldo dependerá de la actividad realizada siendo más recostada 110° cuando sea para descansar y en torno a los 105° cuando sea para leer.

Una mención especial requiere el trabajar con el ordenador. La pantalla tiene que poder orientarse e inclinarse, de forma que podáis colocarla a unos 45 cm de distancia, frente a los ojos (no a izquierda ni derecha) y a su altura, o ligeramente por debajo. El teclado debe estar bajo, para no levantar los hombros y dentro de la mesa (no al borde) para poder apoyar los antebrazos en la mesa con el codo flexionado unos 90°. Si usáis prolongadamente el ratón, alternad cada cierto tiempo la mano con la que lo maneáis.

¡¡La próxima semana más!! Espero que vayáis corrigiendo malos hábitos.¡¡ Buen puente!!



HIGIENE POSTURAL (2ª PARTE)

Por: Patricia Pérez

Siguiendo con la dinámica del post anterior os vuelvo a hablar sobre higiene postural, centrándonos hoy en:

CUANDO ESTÁIS TUMBADOS

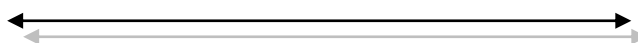
A la hora de estar acostados debéis prestar atención a tres cosas principalmente: postura, colchón y almohada.

Postura: si dormís boca arriba, lo ideal es colocar una almohada bajo las rodillas para que éstas queden ligeramente flexionadas; si dormís de lado, también es aconsejable colocar una almohada entre las rodillas para mantener las piernas paralelas. Hay que evitar dormir boca abajo, porque la curvatura de la zona lumbar aumenta mucho. Si sólo podéis conciliar el sueño en esa postura debéis intentar modificarla ligeramente, de forma que una de las piernas quede flexionada por uno de los lados y el cuerpo ligeramente rotado hacia ese lado.

Colchón: la superficie sobre la que dormís debe ser firme, pero no dura. El colchón no se debe hundir ni acomodarse como una hamaca, pero tampoco debe tener la consistencia de tabla. A la hora de comprar un colchón debéis elegir uno que respete las curvaturas fisiológicas de vuestra espalda. Una buena manera de saber si el colchón es adecuado es colocarse encima de él, boca arriba, con las piernas estiradas y comprobar con una mano que no queda ningún hueco en la zona lumbar. Es importante además respetar las indicaciones del fabricante en cuanto a la vida útil del colchón. En la mayoría de las marcas el colchón debe reemplazarse a los 10 años de uso.

Almohada: como norma general la almohada debe cubrir completamente el espacio que queda entre el colchón y la cabeza. Las dimensiones de la almohada van a variar, por tanto, en función de la postura en la que descanséis. Si dormís boca arriba, la almohada debe asegurar que la columna cervical forme con la columna dorsal el mismo ángulo que al estar de pie. En el caso de los pacientes con EA debe asegurar el apoyo de la cabeza. Si dormís de lado, la almohada debe cubrir el hueco del hombro para asegurar que la columna cervical queda alineada con el resto de la espalda. Si dormís boca abajo (aunque no es una postura recomendable) lo mejor es hacerlo sin almohada.

Espero que esta semana pongáis en práctica todas estas recomendaciones. Y, por cierto, para levantaros de la cama o de cualquier otro sitio, es básico ponerse primero de lado. No lo olvidéis. ¡¡*Para levantarte, primero de lado!!*



HIGIENE POSTURAL (3ª Y ÚLTIMA PARTE)

Por: Patricia Pérez

Por tercera semana consecutiva volveré a hablaros sobre higiene postural (prometo cambiar el tema para la próxima entrada). Tras hablaros en los post anteriores sobre posturas cuando estáis de pie, cuando estáis sentados o cuando estáis acostados, hoy os comentaré las formas ideales de levantar o mover un peso:

CUANDO CARGÁIS PESOS

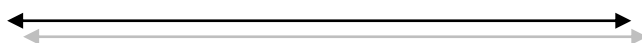
A la hora de agacharos doblando la espalda con las rodillas estiradas. De esta forma sólo conseguiréis que la presión que debe soportar la zona lumbar aumente muchísimo, aumentando, por lo tanto, y de forma proporcional las probabilidades de lesión en la zona. Las alternativas que tenéis para cargar un peso sin poner en riesgo a vuestra espalda son:

Carga vertical: colocaos delante del objeto que queréis levantar. Si es de bastante peso debe quedar lo más próximo posible a vuestros pies. Doblad las rodillas para agacharos, manteniendo la espalda recta y ambos pies apoyados en el suelo. Coged el peso y aproximadlo todo lo que podáis a vuestro cuerpo (como si lo abrazarais). Estirad las piernas para recuperar la verticalidad. Para coger el peso de esta manera es necesario tener ambas rodillas sin lesión.

Carga sobre una pierna: si una de vuestras rodillas está lesionada y no tenéis la posibilidad de flexionarla completamente debéis dejar esa pierna ligeramente más adelantada que la otra de forma que cuando os agachéis vuestro peso no recaiga sobre ambas rodillas, sino solamente sobre la que queda en la parte posterior. La espalda debe quedar recta y el peso todo lo arrimado al cuerpo que podáis. Para levantaros, simplemente estirad ambas rodillas.

Carga con una pierna por detrás: Si no tenéis posibilidades de doblaros sobre ninguna de vuestras rodillas, tampoco deberíais cargar un peso del suelo. Pero sí podríais coger un objeto no pesado. Para la siguiente forma de cargar hace falta tener buen equilibrio o un lugar en el que realizar apoyo (una mesa o silla). Cuando os agachéis hacedlo manteniendo las rodillas estiradas y doblando la espalda, a la vez que levantáis una de las piernas hacia atrás. El cuerpo trabajará como una báscula.

Una vez cargado el peso debe permanecer lo más cerca posible de vuestro cuerpo, durante el menor tiempo posible.



BALNEARIO GASTEINER HEILSTOLLEN

Por: Patricia Pérez

Hoy os traigo una buena opción para los que tengáis ganas de hacer un viaje dedicado a vuestra espondilitis. He descubierto hace poco, a través de Internet, un balneario en Austria en el que parece ser que se dan las condiciones óptimas para hacer mejorar a los pacientes con EA.

El balneario se llama Gasteiner Heilstollen (<http://www.gasteiner-heilstollen.com/>) y se encuentra situado en Austria, cerca de Salzburgo, en un entorno natural rodeado por las cordilleras centroeuropeas. En él se dan de forma natural unas condiciones ambientales características que incluyen:

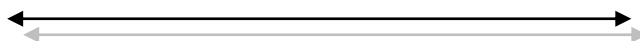
- Temperatura del aire entre 37 y 41,5 °C.
- Humedad relativa mayor del 70%.
- Niveles naturales de gas Radón en dosis terapéuticas.

Con todo esto el balneario ofrece terapias individuales en función de la patología y del paciente que suelen incluir la entrada en la “galería de la curación”, que es donde se dan estas condiciones óptimas

(<http://www.gasteiner-heilstollen.com/heilstollentherapie.html>). Los estudios realizados por el balneario hablan de que entre un 80 y un 90 % de los pacientes notan una mejoría importante de su dolor y que esta mejoría persiste en el tiempo durante unos 9 meses, pudiendo disminuir la ingesta de medicamentos antiinflamatorios.

Desde aquí os lanzo la propuesta y espero que si alguno de vosotros (que tenga un buen nivel adquisitivo, desde luego) se anima, nos traiga el relato de su experiencia. Las únicas contraindicaciones que existen son:

- Embarazadas y niños.
- Hipertiroidismo.
- Tumores recientes.
- Claustrofobia severa.
- Trastornos circulatorios, cardíacos y renales.



TEST DE EXPANSIÓN TORÁCICA

Por: Patricia Pérez

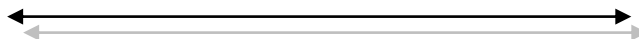
De sobra sabemos que la EA va limitando la movilidad de la columna vertebral. A nivel dorsal esa falta de movilidad repercute directamente sobre las costillas, que también limitan su movilidad, quedando, por lo tanto, modificada la función respiratoria. Los pacientes con EA tienen mayor tendencia a realizar respiración abdominal y no torácica por la situación postural.

Siempre que realizamos ejercicio insistimos en que debemos trabajar la **respiración diafragmática**, es decir, llevando el aire hacia abajo de forma que el diafragma descienda. Pero en el caso de los pacientes con EA es importante trabajar también la **respiración torácica**, donde el aire se lleva hacia las costillas, de forma que éstas se expandan. En entradas posteriores os hablaré de estas dos respiraciones.

El ejercicio regular influye positivamente en la dinámica respiratoria del paciente con EA y una manera muy gráfica de comprobarlo es realizar el **test de expansión torácica**: necesitaréis un metro de los de costura, alguien que os ayude con la medición y ¡¡ganar de respirar!!

Hay que colocar el metro alrededor del tórax aproximadamente a la altura de la línea intermamaria. El paciente empieza realizando una espiración forzada, es decir, echa todo el aire que pueda. En ese momento se realiza medición del perímetro torácico. A continuación el paciente coge todo el aire que pueda y se toma de nuevo medida.

Una diferencia entre ambas medidas de más de 5cm indica una expansión torácica normal, aunque en los pacientes con EA la diferencia suele ser menor, en torno a los 2,5cm. Es útil realizar este test antes de iniciar una práctica de ejercicio regular y volver a realizar la medición después de 3 o 6 meses de actividad. Seguramente comprobéis lo beneficioso que es el ejercicio regular para ti.



IMPORTANCIA DE ASOCIARSE

Por: Patricia Pérez

Antes de formar parte de la asociación Edepa mi idea de lo que era una “asociación de pacientes” estaba bastante lejos de la realidad, aunque mi experiencia me dice que muchas otras personas ven en las asociaciones lo mismo que yo veía antes. Me explico: siempre había pensado que ya bastante duro es tener una enfermedad crónica como para recordarlo constantemente viendo a otras personas en esa misma situación.

Pero hace 6 años tuve mi primera reunión con el entonces presidente de Edepa y desde el primer momento en el que pisé la “sede” mis prejuicios acerca de las asociaciones de pacientes cambió. Pensaba encontrarme con un montón de enfermos lamentándose por la desgracia de su enfermedad, comentando constantemente sus dolores, sus medicaciones y sus limitaciones... Y resulta que me encontré un hervidero de actividad frenética. Todos eran enfermos, sí, pero en aquella pequeña sala de “espondilíticos” había risas, sueños, ilusión y mucha alegría. También había agobios, por supuesto, pero porque no encontraban una buena oferta para el viaje de ese año... A partir de ese momento y año tras año he podido compartir muchos más momentos con estos “enfermos” que han aprendido a convivir con su enfermedad sin que ésta se adueñe de sus vidas.

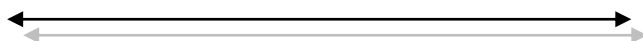
A lo largo de estos años de colaboración con Edepa, me he encontrados con pacientes afectados de EA que eran reacios a asociarse. Algunos de los motivos y las posibles respuestas:

- “No quiero asociarme porque me da pena ver a tanta gente enferma”: No te pases por la asociación, ¡apúntate a la cena de Navidad!
- “No busco asociación porque no quiero ver cómo me puedo quedar yo cuando la enfermedad evolucione”: Que no lo veas no quiere decir que no exista. Y además cada paciente es único y no tiene por qué evolucionar como el vecino.
- “No me asocio para que no me etiqueten como espondilítico”: tener espondilitis es como tener una hipoteca. Quieras o no quieras la tienes encima, a veces no te dejará salir tanto como quieres, otras veces no podrás hacer la vida que deseas, pero cuando salgas nadie tiene por qué ver tu “etiqueta” de *Espondilítico* o *Hipotecado*. Carmen es una de nuestras socias y cuando me comenta lo dolorida que está yo siempre le respondo que, a pesar de los dolores está muy guapa. Ella siempre me responde con una gran sonrisa: “Es que la cara no me duele”. Es el claro ejemplo de que las “etiquetas” se deben quedar en el informe médico.
- “No me asocio porque yo soy joven y allí sólo habrá gente mayor”: os recuerdo que la EA suele diagnosticarse entre los 20 y los 30 años, ¡¡así que de abuelitos nada!!

En resumen, para todos los pacientes crónicos y, en concreto para los afectados de EA, buscad vuestra asociación más cercana y pasad por allí. Conseguiréis, en primer lugar, despegar muchas dudas, calmar vuestra angustia y conseguir información.

Pronto os daréis cuenta de que tienen muchas más cosas que ofrecer.

Este post se lo dedico a todos los amigos de la asociación Edepa, en especial a todos los que hacéis que vuestra labor sea posible.



LA BÁSCULA PÉLVICA

Por: Patricia Pérez

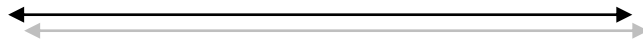
Ya os he hablado en entradas anteriores de la necesidad de movimiento para controlar el dolor. En fases agudas de la enfermedad os puede resultar difícil realizar actividades deportivas como caminar o nadar, por eso es interesante que vayáis aprendiendo el movimiento de báscula pélvica.

Es un movimiento pequeño, pero que en muchos casos resulta difícil de realizar porque se ha perdido la coordinación pélvica. Para empezar lo más sencillo es colocarse tumbado con las rodillas flexionadas y ligeramente separadas. A partir de esa postura debéis intentar “rodar” la pelvis, de forma que se contraigan los glúteos y los abdominales. Es mucho más sencillo integrar el movimiento si activamos la imaginación:

- Podéis imaginar que tenéis una cuerda que va desde la parte inferior del pecho (“la boca del estómago”) hasta el pubis. Durante el ejercicio debéis intentar aproximar todo lo posible esos dos extremos sin levantar el culo.
- Otra forma bastante gráfica de entenderlo es imaginando que tenéis un plato lleno de agua en la parte baja de la tripa. Durante el ejercicio debéis imaginar que vaciáis el plato moviendo la pelvis de forma que el agua “caiga” hacia arriba (la cabeza) y hacia abajo (los pies).

Es importante no confundir el movimiento de basculación con el de elevación. Para hacer este ejercicio NO se deben elevar los glúteos del suelo:

Espero que estéis todos practicando el movimiento. Cuando lo tengáis dominado podéis intentarlo de pie apoyando la espalda en la pared y con las rodillas ligeramente flexionadas. ¡¡Si surge alguna duda ya sabéis dónde encontrarnos!!



ESPONDILITIS Y MOVIMIENTO

Por: Patricia Pérez

Continuando con la dinámica del post de “El Navegante” y, antes de meternos en materia, creo que es necesario recordar que el paciente con EA tiene que, en primer lugar, conocer y aceptar su enfermedad para responsabilizarse de ella.

Ese dolor de espalda que te persigue desde hace años ya NO es una “lumbalgia común” y, por lo tanto, no lo podemos manejar como tal. Generalmente cuando aparece dolor en la región lumbar con características mecánicas e inflamatorias (lumbago) se recomienda al paciente tomar los fármacos pautados por su médico, aplicar calor y guardar reposo relativo hasta mejoría. Pero con el “dolor espondilítico” la cosa cambia; no recomendamos reposo sino MOVIMIENTO.

EL DOLOR DEL PACIENTE CON EA MEJORA CON EL MOVIMIENTO. Ésta es la primera máxima que tiene que aprender el paciente. Evidentemente cuando hablamos de movimiento no nos referimos a hacer una ruta de 12 km, ni a hacer abdominales como Jean Claude Van Damme. Se trata más bien de movilizar las superficies articulares implicadas en el dolor, sin forzar y sin producir un aumento del dolor, por lo que será importante que elijáis bien el ejercicio.

Dependiendo de la intensidad del dolor podéis optar por una actividad u otra:

- Si el dolor es moderado las mejores opciones son caminar o nadar. Para caminar se usará calzado adecuado, habrá que ir por terreno firme y regular y se respetarán los tiempos de parada. Para nadar, es imprescindible que el paciente sepa nadar con soltura y domine alguno de los estilos recomendados (crol o espalda).
- Si el dolor es intenso, será más recomendable realizar movilizaciones suaves de la pelvis. Es imprescindible aprender a realizar el movimiento de báscula pélvica y practicarlo diariamente tumbado o de pie (dedicaré una entrada a hablar sobre este ejercicio). Otra muy buena opción será comprar una pelota tipo fitball para poder sentaros en ella y realizar suaves círculos con la pelvis en los dos sentidos. Poco a poco iremos colgando fotos y videos que muestren exactamente estos ejercicios.

Cuando el dolor os acompañe, os hará parar, pero por favor, no paréis del todo. Moved, moved y moved. Suave y lento, pero constante.

