



# Mi Universidad

## cuadro sinóptico

*Nombre del Alumno:* Hannya Eunice Domínguez Santiago

*Nombre del tema:* Artritis

*Parcial:* II

*Nombre de la Materia:* Fisiopatología

*Nombre del profesor:* Felipe Antonio Morales Hernández

*Nombre de la Licenciatura:* Enfermería

*Cuatrimestre:* 5° “B”

*Comitán de Domínguez a 28 de enero 2024*

# ARTRITIS

**SON** { una causa frecuente de deterioro funcional en los ancianos. La principal queja es el dolor, y es importante buscar la presencia de signos inflamatorios articulares y su localización para hacer un dx diferencial.

**MONOARTRITIS** { Es la presencia de síntomas y signos de inflamación localizados en una sola articulación.

**CLASIFICACIÓN** { en agudas, con una evolución de menos de 6 semanas de duración  
y crónicas cuando tienen una evolución superior a 6 semanas.

**ARTRITIS INFECCIOSAS** {

- Es la inflamación de las articulaciones producida por la infección de los tejidos sinoviales por bacterias piogénicas u otros microorganismos infecciosos
- Los pacientes con inmunocompromiso por tratamiento con corticoides, enfermedad maligna o diabetes, también experimentan una mayor probabilidad de artritis infecciosa.
- El microorganismo más habitual tanto en los ancianos como en los pacientes más jóvenes es el staphylococcus aureus; sin embargo, las bacterias gram negativas causan un numero significativo de casos.

**MANIFESTACIONES** { suele ser un cuadro febril agudo con monoartritis (o más raro, poliartritis). Se afectan sobre todo las articulaciones grandes (hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla).

**DIAGNÓSTICO** {

- mediante análisis del líquido sinovial según se muestra en la tabla 2. Una cifra de leucocitos mayor de 50.000/ $\mu$ l indica infección, a no ser que existan cristales.
- La tinción con Gram y el cultivo identifican al microorganismo causal hasta en el 50% de los casos. Deben hacerse hemocultivos
- La radiografía no tiene gran valor por la demora en mostrar las lesiones

**TRATAMIENTO** {

- Debe ser inmediato para evitar la destrucción del cartílago y el daño articular permanente.
- Hay que realizar aspiraciones repetidas, y lo más completas posibles, del líquido articular. Si la fiebre y los signos de artritis no mejoran sustancialmente en 48-72 horas, puede ser necesario el drenaje quirúrgico de la articulación,
- El tratamiento de elección será intravenoso con cloxacilina más cefalosporina de tercera generación.
- cocos Gram positivos: cloxacilina 2 g/4-6 h, o cefazolina 1 g/8 h, asociado o no a un aminoglucósido los primeros 3-5 días.
- Si se han visto cocos Gram negativos: ceftriaxona 2 g/día o cefotaxima 1 g/8 h.
- Si se han visto bacilos Gram negativos: ceftriaxona 2 g/24 h o cefotaxima 2 g/8 h o un carbapenem.

**GOTA** { Es una artritis recidivante, aguda o crónica, de las articulaciones periféricas, originada por el depósito de cristales de urato monosódico en y alrededor de las articulaciones y tendones, procedentes de los líquidos corporales hiperuricémicos supersaturados.

**CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO** {

- Existe una mayor incidencia de mujeres entre los ancianos con gota, sobre todo en el grupo de inicio tardío. Las mujeres constituyen hasta el 60% de los pacientes de inicio tardío y casi todos los casos de comienzo por encima de los 80 años.
- Mayor incidencia de afectación poliarticular, no sólo por la acumulación de más pacientes con enfermedad crónica, sino de inicio poliarticular.
- Existe predilección por las pequeñas articulaciones de la mano (interfalángicas, predominio distal), sobre todo en mujeres, y asociado al empleo de diuréticos.
- Los tofos se desarrollan precozmente en localizaciones atípicas. Se ha observado sobre todo en mujeres, incluso sin ataques previos de gota.
- La asociación del empleo de diuréticos e insuficiencia renal se ha observado entre la mayoría de los ancianos con gota. Hasta el 75% de los casos de gota de inicio tardío se asocia con estos fármacos, y hasta el 95- 100% en mujeres.

**TRATAMIENTO** {

- Los objetivos incluyen: tratamiento del ataque agudo, prevención de episodios posteriores, valoración de factores asociados y contribuyentes, y tratamiento hipouricemiente a largo plazo.
- alopurinol: se reservará para aquellos pacientes con 2-3 ataques con tofos o con evidencia radiográfica de daño articular.
- La reducción de niveles de ácido úrico por debajo de 6 mg/dl eventualmente prevendrá nuevos episodios y resorción de tofos
- La dosis de 300 mg/día habitual en jóvenes deberá ser adaptada para ancianos con afectación renal: 200 mg/día si el aclaramiento de creatinina es menor de 60 ml/min; 100 mg/día si es menor de 30 ml/min, y 100 mg/2-3 días si es menor de 10 ml/min.