



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Ana Paola López Hernández

Nombre del tema: Artrosis, osteoporosis

Parcial: 4to. parcial

Nombre de la Materia: Patología del adulto

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura enfermería

Cuatrimestre: Sexto cuatrimestre

Fecha y lugar de trabajo: 03/08/2024

ARTROSIS

INTRODUCCIÓN

La osteoartritis es la enfermedad crónica y degenerativa más frecuente, siendo la principal causa de dolor y discapacidad en el adulto mayor. Consiste en la insuficiencia de las articulaciones diartrodeas (móviles, tapizadas por la sinovial) y se caracteriza por la pérdida gradual de cartílago articular. Etiológicamente podríamos clasificarlas en Artrosis Primaria o Secundaria. Lo más frecuente es la Artrosis Primaria (idiopática), sin factores predisponentes obvios, mientras que la Artrosis Secundaria puede ser precipitada por múltiples factores: Traumatismos, Congénitas o del desarrollo, Metabólicas, Endocrinas. Las localizaciones más frecuentes de artrosis son: Columna cervical y lumbar; Rodilla; Cadera; Dedos de la mano; Trapecio-metacarpiana; Metatarso-falángica primer dedo.

EPIDEMIOLOGIA

De las enfermedades reumatológicas, la artrosis, es la que presenta mayor prevalencia y representa la segunda causa de invalidez, después de las enfermedades cardiovasculares (3). La incidencia de artrosis es más elevada en mujeres, en especial después de los 50 años, y aumenta con la edad hasta los 80 años. Diversos estudios han demostrado una gran variabilidad geográfica en la prevalencia de la artrosis, encontrándose también diferencias en poblaciones geográficamente similares, pero de diferentes etnias.

FISIOPATOLOGIA

El cartílago es un tejido avascular, sin inervación que está constituido por: Agua (65-80%); Colágeno (10-30%); Proteoglicanos (5-10%) y Condrocitos (2%). Presenta dos funciones: Superficie de contacto lisa con acción lubricante del líquido sinovial; Distribución de carga. El colágeno proporciona resistencia al cizallamiento y los proteoglicanos a la compresión. Aparece artrosis por pérdida de la integridad de los tejidos articulares que han de soportar cargas o por deterioro de las propiedades físicas del cartílago y hueso. Al comienzo, el cartílago afectado produce multiplicación de condrocitos y aumento de la actividad

metabólica. Aumentan los proteoglicanos, por lo que se engrosa el cartílago, es la denominada fase de artrosis compensada, que puede durar años. El tejido reparado no soporta igual las cargas por lo cual, al final disminuye la síntesis de proteoglicanos y comienza el adelgazamiento del cartílago.

FACTORES DE RIESGO

La artrosis forma parte del proceso de deterioro propio del envejecimiento, pero hay factores de riesgo que adelantan o favorecen dicho proceso. La artrosis tiene un origen multifactorial, existiendo numerosos factores de riesgo que varían según la articulación considerada. Podemos diferenciar entre factores generales: edad, sexo, raza, metabólicos, etc. O bien factores biomecánicos: obesidad, malformaciones, traumatismos, meniscopatías, etc.

DIAGNOSTICO

La radiología simple sigue siendo la herramienta más útil, ampliamente utilizada y habitualmente suficiente para evidenciar la mayoría de los casos de artrosis.

TRATAMIENTO

Consiste en medidas farmacológicas y no farmacológicas, y en última instancia el tratamiento quirúrgico; **medidas no farmacológico**: Pérdida de peso; Educación sobre la enfermedad a pacientes y familiares; Terapia física (ejercicios aeróbicos, programas de fortalecimiento muscular específicos, técnicas de tapping.); Terapia térmica; Uso de ortesis, bastones, plantillas; Acupuntura; TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea).; **medidas farmacológicas**: Paracetamol, AINES. Los más usados son ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco y desketoprofeno, Opioides Indicado en aquellos casos no candidatos a cirugía que presentan dolor moderado-severo a pesar de la administración de un AINE o están contraindicados éstos. Tratamientos tópicos Son efectivos en procesos localizados cuando se utilizan en periodos de menos de dos semanas. **Tratamiento quirúrgico**: Los procedimientos quirúrgicos más utilizados para su tratamiento son: las artroscopias de limpieza, artroplastias, osteotomías, artrodesis y denervaciones selectivas.

OSTEOPOROSIS

La prevalencia en osteoporosis en mujeres es: 0-59 años 14,8%, 60-69 años 21,6% 70-79 años 38,5%, > 80 años, 70%.

TIPOS DE OSTEOPOROSIS

Alto recambio: Excesiva actividad osteoclástica, Los osteoblastos funcionan normalmente, acumulación de productos de degradación del colágeno en la orina. **Bajo recambio:** Los osteoclastos funcionan normalmente, Los osteoblastos no producen normalmente osteoide. No hay acumulación de productos de degradación del colágeno en la orina.

En el momento actual sigue vigente la clasificación tradicional de osteoporosis primaria o secundaria dependiendo de la presencia de alguna enfermedad, medicamento o cirugía que justifique su aparición. Dentro de la osteoporosis primaria podemos distinguir la tipo I posmenopáusica y la tipo II o también llamada senil.

FACTORES DE RIESGO

Entre todos los factores de riesgo, el índice de masa corporal (IMC) bajo (menor de 19 kg/m²) y las pérdidas de peso importantes son los mejores predictores de forma aislada de baja DMO.

Clasificación:

Factores genéticos: a osteoporosis es de origen multifactorial. Hasta un 46-62% de la densidad ósea es atribuible a factores genéticos. Son predictores de baja densidad ósea el sexo femenino, la edad avanzada y la raza blanca. La incidencia de osteoporosis disminuye entre los negros africanos y los japoneses.

Factores hormonales: El déficit de estrógenos, ya sea por una menarquía tardía o una menopausia precoz, constituye un factor de riesgo importante de osteoporosis en la mujer. En el mundo occidental se mantiene la edad media de presentación de la menopausia a los 49 años, mientras que la esperanza de vida ha aumentado hasta superar los 80.

Factores ambientales: la ingesta de calcio en la dieta es necesaria para un metabolismo óseo normal. El calcio se absorbe con dificultad en el intestino, no llegando al 30% de lo ingerido en adultos. Algunas sustancias de los vegetales (como los fitatos y oxalatos) inhiben la absorción de calcio, aunque las leguminosas contienen isoflavonas que mejorarían la fijación del mismo al hueso. Por ello, se precisan 1.100 mg/día de calcio para absorber 200 mg, al considerar la presencia de vegetales y la menor absorción que se produce con la edad.

Factores tóxicos: El consumo crónico de alcohol tiene efecto depresor sobre la proliferación de los osteoblastos e interfiere en la absorción intestinal del calcio, además de asociarse a un proceso global de malnutrición.

OSTEOPOROSIS SECUNDARIA

Numerosas enfermedades nutricionales, endocrinas, metabólicas, tóxicas o genéticas producen osteoporosis y aumentan el riesgo de fractura. La osteoporosis del varón es secundaria en el 30-60 % de los casos, siendo las causas más frecuentes el hipogonadismo, el tratamiento corticoideo y el alcoholismo. Los tratamientos de deprivación andrógena en el carcinoma de próstata están haciendo aumentar la prevalencia de osteoporosis en el varón de edad avanzada. En las mujeres es frecuente la osteoporosis por hipertiroidismo, hipoestrogenemia, tratamiento corticoideo y anticonvulsivante.

Los anticonvulsivantes (fenitoína, carbamacepina, fenobarbital, primidona), disminuyen los niveles de vitamina D, inactivan los esteroides, disminuyen la absorción intestinal de calcio e inactivan las células óseas, favoreciendo la aparición de osteoporosis. Otros fármacos como anticoagulantes (heparina, warfarina), tiroxina, metotrexato y ciclosporina pueden producir osteoporosis

BIBLIOGRAFIA

[Guía Osteoporosis - Guía de buena práctica clínica en Geriátria OSTEOPOROSIS Geriátria y - Studocu](#)

[CAPITULO 40.pdf \(secot.es\)](#)