



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Cecilia Gabriela Pérez Vázquez

Nombre del tema: Artrosis, osteoporosis

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Patología del adulto

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura enfermería

Cuatrimestre: Sexto cuatrimestre

Fecha: 02/08/2024

ARTROSIS

Introducción:

La osteoartritis es la enfermedad crónica y degenerativa más frecuente, siendo la principal causa de dolor y discapacidad en el adulto mayor, así mismo Consiste en la insuficiencia de las articulaciones (móviles, tapizadas por la sinovial) y se caracteriza por la pérdida gradual de cartílago articular también la Etiológicamente podríamos clasificarlas en Artrosis **Primaria o Secundaria**. Los más frecuente son es **la Artrosis Primaria** (idiopática), sin factores predisponentes obvios, mientras que **la Artrosis Secundaria** puede ser precipitada por múltiples factores así mismo Traumatismos, Congénitas o del desarrollo, Metabólicas, Endocrinas, en donde se localiza la artrosis Columna cervical lumbar; Rodilla; Cadera; Dedos de la mano; Trapecio-metacarpiana; Metatarso-falángica primeros dedos, Pero principalmente en manos

Epidemiología:

De las enfermedades reumatológicas, la artrosis, es la que presenta mayor prevalencia y representa la segunda causa de invalidez, después de las enfermedades cardiovasculares 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, así mismo nos dice que estimó que el 20% de la población tenía algún tipo de enfermedad reumática, siendo la artrosis de rodilla y de las manos las más prevalente, al afectar al 80% y al 50% de la población entre 60 y 70 años, respectivamente.

Fisiopatología

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, nos dice que la artrosis tiene un origen multifactorial, existiendo numerosos factores de riesgo que varían según la articulación considerada así podemos diferenciar entre factores generales como la edad, sexo, raza, metabólicos, etc. bien factores biomecánicos: obesidad, malformaciones, traumatismos, meniscopatías, etc. Nos dice que la edad e influenciadas por el sexo Hasta los 50 años la prevalencia es similar en ambos sexos, a partir de esa edad es mayor en mujeres.

Diagnóstico

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. Las medidas no farmacológicas son la clave en el tratamiento de la artrosis y las farmacológicas son un complemento de éstas No existen guías clínicas basadas en la evidencia para el tratamiento de esta patología.

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 Terapia térmica; Uso de ortesis, bastones, plantillas; Acupuntura; TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea).; medidas farmacológicas: Paracetamol, AINES. Los más usados son ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco Opioides Indicado en aquellos casos no candidatos a cirugía que presentan dolor moderado-severo a pesar de la administración de un AINE .

OSTEOPOROSIS

Afección en la que la fuerza ósea se debilita y es susceptible a fracturas. Suele afectar a la cadera, la muñeca o la columna. El hueso es un tejido vivo, en constante renovación. Por un lado, se forma hueso nuevo (formación ósea), y, simultáneamente, se destruye hueso envejecido (reabsorción ósea).

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 el tipo I posmenopáusica y el 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 así mismo osteoporosis en mujeres mayores de 65 años y entre 60-65 años cuando existen más factores de riesgo o fracturas previas.

Clasificación:

Factores genéticos: 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.

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, nos dice que la mujer pase más de la tercera parte de su vida en menopausia así mismo la



deprivación estrogénica supone una falta de freno a la acción de los osteoclastos y esto conlleva una pérdida acelerada y desproporcionada de huesos trabecular

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 corticoide y el alcoholismo. Los tratamientos de deprivación andrógeno 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 corticoide y anticonvulsivante.

Los anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, 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

Los sujetos trasplantados tienen mayor riesgo de osteoporosis por el fracaso orgánico anterior al trasplante y el tratamiento corticoide posterior.

Los cuadros de malabsorción entre ellos la enfermedad inflamatoria intestinal enfermedad celiaca gastrectomía.

BIBLIOGRAFIA

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

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

