



Mi Universidad

Nombre del alumno: Ana Belén Gómez Álvarez

Parcial: 4to parcial

Nombre de la materia: Enfermería Gerontogeriatrica.

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la licenciatura: Lic. En Enfermería

Cuatrimestre: 6 "B"

Lugar y fecha: Comitán de Domínguez Chiapas. Agosto de 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.

Las localizaciones más frecuentes de artrosis son: Columna cervical y lumbar; Rodilla; Cadera; Dedos de la mano; Trapecio-metacarpiana; Metatarso-falángica primer dedo. El síntoma característico es el dolor mecánico acompañado de rigidez matutina, no existiendo correlación entre el dolor y el daño estructural apreciada en las radiografías. Esta patología constituye una fuente importante de comorbilidad, discapacidad y pérdida de función en la población general. Está asociada a una elevada carga socioeconómica, siendo la primera causa de cirugías de reemplazo articular.

DESARROLLO

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 en la prevalencia de la artrosis, encontrándose también diferencias en poblaciones geográficamente similares, pero de diferentes etnias.

Se manifiesta como un trastorno bioquímico desencadenado por varios factores, entre los que se encuentra el estrés mecánico. 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. Se ha pasado de un enfoque mecanicista a un enfoque molecular e inflamatorio caracterizado por alteraciones focales del cartílago articular a modo de fisuras y erosiones que pueden poner al descubierto el hueso subcondral, sobre todo en zonas de carga. La degradación de la matriz del cartílago se debe a un aumento no controlado de la actividad enzimática. La progresión no es lineal y está sometida a episodios de inflamación de la membrana sinovial.

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. Se produce remodelación e hipertrofia ósea, con crecimiento en la zona subcondral (esclerosis) y crecimiento en los bordes (osteofitos). En este proceso de reparación y degradación intervienen múltiples células, enzimas e interleucinas (IL) entrelazando un complejo sistema.

Existen Metaloproteinasas de matriz: estromelina, colagenasa, gelatinasa que dependen para activarse del pH del medio. La IL-1 es sintetizada por los condrocitos estimulando la síntesis y secreción de metaloproteinasas y del activador hástico del plasminógeno. El Oxido Nítrico, sintetizado por los condrocitos, estimula la síntesis de metaloproteinasas por lo que participa en la lesión del cartílago. El equilibrio del sistema yace en los inhibidores de las enzimas que degradan la matriz: inhibidor hástico de metaloproteinasas e inhibidor del activador del plasminógeno.

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. Tanto la prevalencia como la incidencia de la artrosis están estrechamente relacionadas con 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.

Este aumento está más acentuado en las mujeres tras la menopausia. El sobrepeso aumenta de la manera significativa el riesgo a desarrollar gonartrosis y participa en su progresión. Se calculó que cada aumento de unidad de IMC incrementaba en un 15% el riesgo de gonartrosis. Por el mismo motivo, cualquier malformación, displasia o traumatismo que influya en la distribución de cargas será un factor de riesgo artrógeno.

Los microtraumatismos repetidos que se producen en una actividad laboral intensa o deportista de élite, también favorecen la aparición de artrosis, mientras que el desarrollo de deporte de manera moderada no se ha relacionado con mayor riesgo. Los meniscos distribuyen las cargas de manera armónica en la rodilla, por lo que la extirpación parcial o total de un menisco, en especial el externo, es muy artrógena. También varios estudios han relacionado la debilidad del cuádriceps y la gonartrosis.

El diagnóstico de artrosis debe realizarse siguiendo criterios clínicos y/o radiológicos, teniendo en cuenta que no siempre existe una buena correlación entre ellos.

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.

Medidas no farmacológicas

Las medidas no farmacológicas más ampliamente utilizadas en el tratamiento de la artrosis son: 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: Es el primer fármaco a utilizar y el pilar de tratamiento farmacológico en artrosis. Dosis recomendada de 1 a 4 gr/día. Es seguro en los tratamientos prolongados.

-AINES orales: Para procesos sintomáticos persistentes o episodios en los que la sintomatología es más intensa los AINES son superiores al paracetamol. Están indicados desde el principio si existen datos de inflamación articular, principalmente derrame. Los más usados son ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco y desketoprofeno. No deben usarse combinaciones de AINES.

-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. Se emplean opiáceos menores: codeína, dihidrocodeína, dextropropoxifeno y tramadol y opiáceos mayores: fentanilo transdérmico, buprenorfina transdérmica y morfina.

-Tratamientos tópicos: Son efectivos en procesos localizados cuando se utilizan en periodos de menos de dos semanas. Es una opción adicional para los pacientes con artrosis que tienen un alivio del dolor inadecuado o que no pueden tolerar la terapia sistémica. Los dos agentes mejor evaluados son los antiinflamatorios no esteroideos tópicos y la capsaicina.

CONCLUSIÓN:

En conclusión la artrosis es una enfermedad reumatológica, presenta mayor prevalencia y también representa la segunda causa de invalidez, es más elevada o frecuente en mujeres y aparece 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, los factores de riesgo son el propio envejecimiento, la obesidad, los microtraumatismos repetidos entre otras causas y finalmente cabe mencionar que existe tratamiento para esta patología los cuales son tratamientos farmacológicos como tratamientos no farmacológicos.