



**Mi Universidad**

## **Resumen**

*Nombre del Alumno: Mariana Itzel Hernández Aguilar.*

*Nombre del tema: Artrosis.*

*Parcial: Unidad 4.*

*Nombre de la Materia: Enfermería gerontogeriatrica.*

*Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández.*

*Nombre de la Licenciatura: Enfermería.*

*Cuatrimestre: 6to cuatrimestre.*

La osteoartritis es una patología crónica y degenerativa muy frecuente, siendo una de las principales causas de dolor y discapacidad en el adulto mayor, esta consiste en la insuficiencia de las articulaciones diartrodeas (móviles, tapizadas por la sinovial) y se ve caracterizada por la pérdida gradual de cartílago articular. Esta patología podemos clasificarla en artrosis primaria o secundaria, como por ende la más frecuente es la artrosis primaria (idiopática), sin factores predisponentes obvios, mientras que la artrosis secundaria puede ser precipitada por múltiples factores desde traumatismos, congénitas o del desarrollo, metabólicas, endocrinas. En esta enfermedad las localizaciones más frecuentes de artrosis son la columna cervical y lumbar, rodilla, cadera y dedos de la mano. 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. De las enfermedades reumatológicas, la artrosis, es la que presenta mayor prevalencia y representa la segunda causa de invalidez, después de las enfermedades cardiovasculares. El cartílago es un tejido avascular, sin inervación que está constituido por: agua (65-80%), colágeno (10-30%), proteoglicanos (5-10%) y condrocitos (2%) y este presenta dos funciones que son una superficie de contacto lisa con acción lubricante del líquido sinovial y una distribución de carga.

El colágeno proporciona resistencia al cizallamiento y los proteoglicanos a la compresión de tal forma que 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. 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 de tal forma que 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: estromelisin, colagenasa, gelatinasa que dependen para activarse del pH del medio.

La artrosis forma parte del proceso de deterioro propio del envejecimiento, pero hay factores de riesgo que adelantan o favorecen dicho proceso de tal forma que la artrosis tiene un origen multifactorial, existiendo numerosos factores de riesgo que varían según la articulación considerada, como por ende podemos diferenciar entre

factores generales: edad, sexo, raza, metabólicos, como también están los 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.

El diagnóstico de la artrosis debe realizarse siguiendo criterios clínicos o radiológicos, teniendo en cuenta que no siempre existe una buena correlación entre ellos. El dolor es el síntoma principal, es un dolor mecánico, cede en reposo y no despierta al paciente por la noche. Característicamente es intenso al iniciar la movilización de la articulación y con los minutos cede o se alivia, como también la rigidez articular que es un ritmo similar al del dolor. Con la evolución de la enfermedad la rigidez se hace constante y progresiva. La tumefacción principalmente debida a: derrame articular, osteofitos, engrosamiento sinovial o capsular. En una radiología simple sigue siendo la herramienta más útil, a través de esta los signos básicos en la radiología de la artrosis son:

La disminución de la interlínea articular: medida indirecta de la lesión del cartílago articular.

- Osteofitos: es una proliferación reactiva del hueso subcondral a la pérdida cartilaginosa. Predominan en la zona de la articulación que está menos sometida a presión

Esclerosis hueso subcondral: en áreas de sobrecarga articular.

Geodas o quistes subcondrales: son áreas radiolucetas en el espesor del hueso subcondral, de bordes bien definidos. Son consecuencia de la entrada de líquido sinovial por presión a través de microfracturas.

El tratamiento consiste en:

-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.).

-Medidas farmacológicas: el paracetamol es el primer fármaco a utilizar y el pilar de tratamiento farmacológico en artrosis, su dosis recomendada de 1 a 4 gr/día.

-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.

El tratamiento quirúrgico en la artrosis se reserva para los casos en los que el tratamiento conservador no es capaz de controlar el dolor o la función. Los procedimientos quirúrgicos más utilizados para su tratamiento son: las artroscopias de limpieza, artroplastias, osteotomías, artrodesis y denervaciones selectivas.

La osteoporosis, según la OMS, la osteoporosis se define como una enfermedad que se caracteriza por la disminución de la masa ósea (descalcificación- pérdida de los minerales óseos) cuyo valor de densidad ósea (DO) es menor a -2.5, razón por la cual incrementa la fragilidad del hueso, y lo vuelve más susceptible a sufrir una fractura, de tal forma que es una "Enfermedad sistémica caracterizada por una disminución de la masa ósea y un deterioro de la arquitectura microscópica del tejido óseo que lleva a un incremento de la fragilidad y el consecuente aumento de la susceptibilidad para fracturas óseas". Una persona tiene osteoporosis según esta definición cuando su densidad mineral ósea (DMO) en índice T en columna lumbar o cuello femoral es inferior a -2,5 desviaciones estándar (DE) del valor medio de un adulto joven del mismo sexo. La epidemiología de la osteoporosis es un problema en crecimiento exponencial. Según las estimaciones de la NOF (Fundación Nacional de Osteoporosis) en el año 2002 el 20% de las mujeres blancas estadounidenses tenían osteoporosis, lo que supone 7,8 millones de personas de la población general; además 21,8 millones de mujeres tenían baja DMO en fémur proximal, una de cada dos de estas mujeres sufriría una fractura de origen osteoporótico.

Los tipos de osteoporosis se clasifican según recambio en:

-Alto recambio: excesiva actividad osteoclástica, los osteoblastos funcionan, acumulación de productos de degradación del colágeno en la orina osteoide.

-Bajo recambio: los osteoclastos funcionan normal, los osteoblastos no producen normal, no hay acumulación de productos de degradación del colágeno en la orina.

## Clasificación etiológica de la osteoporosis:

-Osteoporosis 1 o tipo menopáusica: personas con 50-75 años, alto recambio, es debido a la falta del estímulo estrogénico, de cada seis mujeres le da a un hombre, hueso trabecular, una pérdida ósea anual: 2 a 3% de la masa ósea total en los 6 a 10 primeros años tras la menopausia y fracturas vertebrales

-Osteoporosis 2 o tipo senil: personas con 75 años, bajo recambio, deficiencia crónica en la ingesta de calcio, de cada dos mujeres le da a un hombre, trabecular y cortical, como también hay fracturas cuello femoral, húmero y pelvis.

Sus síntomas son típicamente, en las etapas iniciales de la pérdida ósea no se presentan síntomas. Pero una vez que la osteoporosis debilita tus huesos, podrías tener signos y síntomas como dolor de espalda, causado por un hueso roto o aplastado en la columna vertebral, pérdida de estatura con el tiempo, una postura encorvada e incluso un hueso que se rompe mucho más fácilmente de lo esperado. La edad es un factor de riesgo independiente para desarrollar osteoporosis, pero está muy relacionada con la menopausia en la mujer (por alteraciones en el receptor estrogénico). En el hombre la edad es un factor de riesgo más específico, y de hecho en edades por encima de los 70 años tiende a igualarse la proporción mujer/varón, pasando a ser 2/1. Aunque la densidad de masa ósea es el mejor predictor individual de osteoporosis, varios estudios han demostrado que un factor de riesgo mayor para una fractura osteoporótica es haber padecido una fractura previa por fragilidad 50-100%. El estilo de vida y nutrición también es un factor predisponente para osteoporosis ya que una naja ingesta de calcio en la dieta, déficit de vit. D (dieta pobre, mala absorción, falta de exposición solar), una dieta rica en fosfatos, consumo elevado de proteínas, tóxicos como el tabaco, ingesta excesiva de alcohol, el exceso de cafeína (hipercalciuria), la anorexia nerviosa como también el sedentarismo e inmovilización prolongada forman parte a que esta patología se desarrolle.

Su diagnóstico se hace a través de una densitometría ósea que ayuda a medir la densidad ósea con una máquina que utiliza niveles bajos de rayos X para determinar la proporción de minerales en los huesos. Durante esta prueba, que es indolora, te acuestas sobre una mesa acolchada y un escáner pasa por encima de tu cuerpo. En la mayoría de los casos, solo se examinan algunos huesos, generalmente en la cadera y la columna vertebral. Las recomendaciones de tratamiento a menudo se basan en una estimación del riesgo de fractura de un hueso en los próximos 10 años utilizando información como la prueba de densidad ósea. Si el riesgo no es alto, el tratamiento podría no incluir medicamentos y podría centrarse en modificar los factores de riesgo de pérdida ósea y caídas.

### “Bibliografía”

-Antología UDS, enfermería gerontogeriatrica (2024), URL:  
[ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA.pdf](#)

-Artrosis, Url: [https://unitia.secot.es/web/manual\\_residente/CAPITULO%2040.pdf](https://unitia.secot.es/web/manual_residente/CAPITULO%2040.pdf)