



# Mi Universidad

## Súper nota

*Nombre del Alumno: Sofía Guadalupe Pérez Martínez*

*Nombre del tema: artrosis*

*Parcial 4*

*Nombre de la Materia: ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA*

*Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernandez*

*Nombre de la Licenciatura: Lic. En enfermería*

*Cuatrimestre: sexto cuatrimestre*

## LA ARTROSIS

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. 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. Así, podemos clasificar la artrosis en dos grupos: primaria, sin una causa definida y secundaria, asociada a otras patologías (hemocromatosis, gota, diabetes mellitus, displasias óseas). Sea o no conocida la causa última de la enfermedad, sí que podemos hablar de una serie de factores estrechamente ligados a su desarrollo:

- Factores sistémicos: sexo, edad, herencia, osteoporosis (estado hormonal).
- Factores locales: obesidad, inestabilidad articular (laxitud, deformidades), traumatismos repetidos, sobrecarga articular (ocupacional).
- Factores genéticos: existe una serie de genes estrechamente asociados al desarrollo de la artrosis que pueden estudiarse mediante un simple test de saliva.

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. El diagnóstico de artrosis debe realizarse siguiendo criterios clínicos y/o radiológicos, teniendo en cuenta que no siempre existe una buena correlación entre ellos. Puede aparecer en forma de crisis, subaguda o crónica. Dolor: 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. Rigidez articular: ritmo similar al del dolor. Con la evolución de la enfermedad la rigidez se hace constante y progresiva. Tumefacción: principalmente debida a: derrame articular, osteofitos, engrosamiento sinovial o capsular. Crepitación - ruidos articulares y deformidad/inestabilidad articular.

La radiología simple sigue siendo la herramienta más útil, ampliamente utilizada y habitualmente suficiente para evidenciar la mayoría de los casos de artrosis. Los signos básicos en la radiología de la artrosis son: 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 radiofuentes en el espesor del hueso

subcondral, de bordes bien definidos. Son consecuencia de la entrada de líquido sinovial por presión a través de micro fracturas.

Las terapias actualmente disponibles son:

- Tratamiento no farmacológico: la fisioterapia, el ejercicio aeróbico (natación, paseo).
- Tratamiento farmacológico: como primera opción, el paracetamol. Como antiinflamatorios no esteroideos se tiende a emplear los inhibidores de la COX-2 (celecoxib y rofecoxib). En algunos momentos pueden ser otros analgésicos como el tramadol o la codeína.
- El sulfato de glucosamina y el condroitín sulfato estimulan la síntesis de matriz extracelular del cartílago y parece que ejercen un control moderado sobre el dolor articular, si bien los estudios realizados no muestran resultados totalmente definitivos. Los corticoides intraarticulares pueden ser eficaces en casos puntuales.
- El ácido hialurónico y los factores de crecimiento plaquetario intra-articulares sirven para tratar aquellos pacientes con una artrosis refractaria al tratamiento médico al tener un efecto analgésico-antiinflamatorio y protector del tejido.

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). Existe fuerte evidencia de que la educación del paciente debe formar parte del manejo de la artrosis. La terapia física es uno de los pilares del tratamiento de la artrosis, produciendo una clara mejoría del dolor y de la función.

**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. En las personas mayores de 75 años el ACR recomienda no usarlos. COX-2: eficacia similar con otros AINES e igual de seguro para el tracto digestivo alto que la combinación de gastroprotector y un AINE clásico. Los comercializados en España en el momento actual son: celecoxib, etoricoxib y parecoxib.

Para las distintas articulaciones más comúnmente afectadas por la artrosis hay clasificaciones más específicas, como son:

**Rodilla: Ahlbäck:** basada en el grado de pinzamiento de la interlínea, uni o bicompartimental, hundimiento de la meseta tibial y la presencia o no de subluxación.

**Cadera: Tönnis:** presencia o no de esclerosis, estrechamiento articular, pérdida esfericidad de la cabeza femoral, presencia de quistes.

**Columna cervical o lumbar:** no existe una clasificación de radiología simple que sea de uso habitual.

**Trapezometacarpiana: Eaton y Glickel:** basada en estrechamiento articular, tamaño osteofitos, esclerosis, subluxación y afectación de articulación trapecioescafoidea.

Desde el punto de vista sintomático el beneficio clínico es discreto y hay importantes problemas para extrapolar los resultados de los ensayos clínicos a la práctica clínica. Ninguno de estos fármacos se puede considerar como tratamiento estructural en la práctica clínica. La prescripción debe ser sintomática, y por lo tanto durante periodos de dos o tres meses. El sulfato de glucosamina ha demostrado que produce una menor disminución del grosor del espacio articular en la radiografía simple de rodilla, por lo que indirectamente se deduce que tiene un efecto condroprotector (posible significación dudosa de los estudios). El condroitín sulfato ha demostrado la reducción de la necesidad de otros analgésicos y respecto a la diacereína existen pocos estudios y con resultados son discordantes.

El valor del tratamiento intraauricular es cuestionable. Los corticoides intraauriculares son ampliamente utilizados en el tratamiento de los pacientes con osteoartritis de rodilla, principalmente en los que tienen un importante derrame o signos de inflamación activa. Los estudios confirman eficacia superior respecto a inyecciones intraauriculares de placebo, pero por su potencial aceleración del daño al cartílago articular no deben constituir el único tratamiento de pacientes con artrosis estable.

