



Mi Universidad

RESUMEN

Nombre del Alumno: Jesus Alexander Gómez Morales

Nombre del tema: Artrosis

Parcial: 4

Nombre de la Materia: Enfermería Gerontogeriatrica

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura en enfermería Grupo B

Cuatrimestre: Sexto Cuatrimestre

ARTROSIS

La osteoartritis es una enfermedad crónica y degenerativa común, siendo la principal causa de dolor y discapacidad en adultos mayores. Afecta las articulaciones diartrodiales, caracterizándose por la pérdida gradual de cartílago articular.

Clasificación Etiológica:

- **Artrosis Primaria (Idiopática):** Sin factores predisponentes obvios.
- **Artrosis Secundaria:** Puede ser causada por traumatismos, condiciones congénitas o de desarrollo, y factores metabólicos o endocrinos.

Localizaciones Frecuentes:

- Columna cervical y lumbar
- Rodilla
- Cadera
- Dedos de la mano
- Articulación trapecio-metacarpiana
- Articulación metatarso-falángica del primer dedo

Síntomas Característicos:

- Dolor mecánico
- Rigidez matutina

El dolor no siempre se correlaciona con el daño estructural observado en las radiografías.

EPIDEMIOLOGIA:

La artrosis es la enfermedad reumatológica más prevalente y la segunda causa de invalidez después de las enfermedades cardiovasculares. Su incidencia es mayor en mujeres, especialmente después de los 50 años, y aumenta con la edad hasta los 80 años. Existe una gran variabilidad geográfica en su prevalencia, con diferencias también entre poblaciones de diferentes etnias.

El estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología en el año 2000 estimó que el 20% de la población tiene alguna enfermedad reumática. La artrosis de rodilla y de manos es la más prevalente, afectando al 80% y al 50% de las personas entre 60 y 70 años, respectivamente.

FISIOPATOLOGIA:

La artrosis se manifiesta como un trastorno bioquímico influenciado por varios factores, incluyendo el estrés mecánico. El cartílago, un tejido avascular y sin inervación, está compuesto por agua (65-80%), colágeno (10-30%), proteoglicanos (5-10%) y condrocitos (2%). Sus funciones principales son proporcionar una superficie de contacto lisa para lubricación y distribuir la carga.

La artrosis surge por la pérdida de la integridad de los tejidos articulares que soportan cargas o el deterioro del cartílago y el hueso. La perspectiva ha cambiado de un enfoque mecanicista a uno molecular e inflamatorio, caracterizado por fisuras y erosiones en el cartílago que pueden exponer el hueso subcondral, especialmente en zonas de carga. La degradación del cartílago es causada por un aumento no controlado de la actividad enzimática, con episodios de inflamación de la membrana sinovial.

Inicialmente, el cartílago afectado aumenta la producción de condrocitos y su actividad metabólica, lo que incrementa los proteoglicanos y engrosa el cartílago (fase de artrosis compensada), que puede durar años. Con el tiempo, la síntesis de proteoglicanos disminuye, adelgazando el cartílago y causando remodelación ósea e hipertrofia, con esclerosis subcondral y formación de osteofitos.

Este proceso involucra múltiples células, enzimas e interleucinas, formando un complejo sistema. Las metaloproteinasas de matriz (estromeliasina, colagenasa, gelatinasa) dependen del pH para activarse. La IL-1, sintetizada por los condrocitos, estimula la producción de estas enzimas y del activador hástico del plasminógeno. El óxido nítrico también participa en la lesión del cartílago al estimular la síntesis de metaloproteinasas.

El equilibrio del sistema se mantiene gracias a los inhibidores de estas enzimas: el inhibidor hástico de metaloproteinasas y el inhibidor del activador del plasminógeno. En resumen, la artrosis se caracteriza por un desequilibrio entre la degradación y reparación de la matriz, con la pérdida progresiva del cartílago como el principal dato anatomopatológico.

FACTORES DE RIESGO

La artrosis está asociada al envejecimiento, pero ciertos factores de riesgo pueden adelantar o favorecer su aparición. Es una enfermedad multifactorial con factores de riesgo que varían según la articulación afectada.

Factores Generales:

- **Edad:** La prevalencia e incidencia aumentan con la edad.

- **Sexo:** Hasta los 50 años, la prevalencia es similar en ambos sexos; después, es mayor en mujeres, especialmente tras la menopausia.
- **Raza y factores metabólicos.**

Factores Biomecánicos:

- **Obesidad:** Incrementa significativamente el riesgo de gonartrosis; cada unidad de IMC aumenta el riesgo en un 15%.
- **Malformaciones, displasias y traumatismos:** Afectan la distribución de cargas y aumentan el riesgo de artrosis.
- **Microtraumatismos repetidos:** Comunes en actividades laborales intensas o deportistas de élite, favorecen la aparición de artrosis.
- **Extirpación de meniscos:** Especialmente del menisco externo, es muy artrógeno.
- **Debilidad del cuádriceps:** Relacionada con la gonartrosis.

El deporte moderado no se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar artrosis.

DIAGNOSTICO:

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

CLINICA:

La artrosis se manifiesta con varios signos y síntomas que pueden variar en intensidad y localización según la articulación afectada. A continuación, se detallan los principales aspectos clínicos de la artrosis:

1. Dolor:

- **Característica Principal:** Es el síntoma más común y característico de la artrosis.
- **Tipo de Dolor:** Mecánico, que empeora con la actividad y mejora con el reposo.
- **Ubicación y Severidad:** Puede variar dependiendo de la articulación afectada; suele ser difuso y mal localizado en etapas tempranas, y más intenso y localizado en etapas avanzadas.

2. Rigidez:

- **Matutina:** Rigidez después de periodos de inactividad, especialmente por la mañana, generalmente dura menos de 30 minutos.
- **Post-actividad:** Rigidez tras realizar actividades prolongadas.

3. Limitación Funcional:

- **Movimiento Restringido:** Dificultad para mover la articulación afectada, disminuyendo la amplitud de movimiento.
- **Afectación de la Vida Diaria:** Impacta en actividades cotidianas como caminar, subir escaleras o manipular objetos.

4. Crepitación:

- **Sonido de Crujido:** Sensación de crujido o chasquido al mover la articulación, debido a la fricción entre las superficies articulares desgastadas.

5. Inflamación:

- **Leve a Moderada:** Puede haber hinchazón y aumento de la temperatura en la articulación afectada.
- **Episódica:** Generalmente no constante, puede ocurrir durante los brotes inflamatorios.

6. Deformidad Articular:

- **Progresiva:** Deformidades visibles en la articulación en etapas avanzadas, como nódulos de Heberden (en las articulaciones interfalángicas distales) y nódulos de Bouchard (en las articulaciones interfalángicas proximales).

7. Inestabilidad Articular:

- **Desgaste Extremo:** Puede llevar a una inestabilidad de la articulación, aumentando el riesgo de caídas o lesiones adicionales.

8. Síntomas Sistémicos:

- **Ausencia General:** La artrosis es típicamente una enfermedad local, sin síntomas sistémicos importantes.

Evaluación Clínica:

- **Examen Físico:** Evaluación de la movilidad articular, presencia de dolor a la palpación, crepitación y deformidades.
- **Radiografías:** Para confirmar el diagnóstico, evaluar la pérdida de espacio articular, presencia de osteofitos y cambios en el hueso subcondral.

Diagnóstico Diferencial:

- **Otras Artritis:** Debe diferenciarse de otras formas de artritis como la artritis reumatoide, artritis psoriásica y gota.
- **Dolor No Articular:** Descartar causas de dolor no articular como tendinitis, bursitis o problemas neurológicos.

En resumen, la clínica de la artrosis está dominada por el dolor mecánico, rigidez post-inactividad, limitación funcional y, en etapas avanzadas, deformidades e inestabilidad articular. La evaluación y el manejo adecuado pueden ayudar a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

RADIOLOGIA

La radiología es una herramienta esencial para el diagnóstico y seguimiento de la artrosis. Las imágenes radiográficas proporcionan información sobre los cambios estructurales en las articulaciones afectados por la enfermedad. A continuación, se describen las principales características radiológicas de la artrosis:

1. Disminución del Espacio Articular:

- **Característica Principal:** Indicador más temprano y común de artrosis.
- **Causa:** Debido al adelgazamiento y pérdida del cartílago articular.
- **Localización:** Observada en todas las articulaciones afectadas, con variaciones según la carga y uso de la articulación.

2. Osteofitos:

- **Definición:** Formaciones óseas (espolones) en los márgenes articulares.
- **Causa:** Intento del cuerpo por estabilizar la articulación.
- **Visibilidad:** Claramente visibles en las radiografías como proyecciones óseas en los bordes de la articulación.

3. Esclerosis Subcondral:

- **Definición:** Aumento de la densidad ósea justo debajo del cartílago articular.
- **Causa:** Respuesta al estrés mecánico y la carga aumentada debido a la pérdida de cartílago.
- **Aspecto Radiográfico:** Áreas de hueso más denso y blanco en las radiografías.

4. Quistes Subcondrales:

- **Definición:** Cavidades llenas de líquido dentro del hueso subcondral.
- **Causa:** Fugas de líquido sinovial en el hueso debido a fisuras en el cartílago.
- **Visibilidad:** Aparecen como áreas radiolúcidas (más oscuras) en las imágenes radiográficas.

5. Deformidades Óseas:

- **Desarrollo Progresivo:** Cambios en la forma del hueso y la articulación debido a la remodelación ósea.

- **Ejemplos:** Alteraciones en la forma de la cabeza femoral en la cadera, o de los huesos carpianos en la mano.

6. Pérdida de la Integridad del Cartílago:

- **Difícil de Visualizar Directamente:** El cartílago no se ve en las radiografías convencionales.
- **Indicadores Indirectos:** Espacio articular reducido, osteofitos, y esclerosis subcondral son señales indirectas de la pérdida de cartílago.

Técnicas Radiográficas:

- **Radiografías Simples:** Principal método para evaluar la artrosis. Se toman en diferentes proyecciones según la articulación afectada (anteroposterior, lateral, oblicua).
- **Resonancia Magnética (RM):** Utilizada para evaluar el cartílago articular, meniscos, ligamentos y tejidos blandos cuando las radiografías simples no proporcionan suficiente información.
- **Tomografía Computarizada (TC):** Empleada ocasionalmente para evaluar con mayor detalle las estructuras óseas.
- **Ecografía:** Puede ser útil para evaluar estructuras superficiales y detectar derrames articulares.

Ejemplos de Cambios Radiográficos por Localización:

- **Rodilla:** Reducción del espacio articular femorotibial, osteofitos en los márgenes de la tibia y el fémur, esclerosis subcondral.
- **Cadera:** Disminución del espacio articular, esclerosis del acetábulo y la cabeza femoral, osteofitos.
- **Mano:** Osteofitos en las articulaciones interfalángicas distales (nódulos de Heberden) y proximales (nódulos de Bouchard), reducción del espacio articular.

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. (7) No existen guías clínicas basadas en la evidencia para el tratamiento de esta patología.

MEDIDAS FARMACOLOGICAS

El tratamiento farmacológico de la artrosis se centra en aliviar el dolor, reducir la inflamación y mejorar la función articular. A continuación, se describen las principales clases de medicamentos utilizados en el manejo de la artrosis:

1. Analgésicos:

- **Paracetamol (Acetaminofén):**
 - **Uso:** Primera línea de tratamiento para el dolor leve a moderado.
 - **Dosis:** Generalmente 500-1000 mg cada 6-8 horas, no excediendo los 4 gramos diarios.
 - **Ventajas:** Menos efectos secundarios gastrointestinales comparado con los AINEs.

2. Antiinflamatorios No Esteroides (AINEs):

- **Uso:** Eficaces para el dolor y la inflamación de moderada a severa.
- **Ejemplos:** Ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, celecoxib.
- **Dosis:** Varían según el medicamento (p.ej., ibuprofeno 200-400 mg cada 4-6 horas).
- **Efectos Secundarios:** Riesgo de úlceras gastrointestinales, insuficiencia renal, hipertensión.

3. Inhibidores Selectivos de la COX-2:

- **Ejemplos:** Celecoxib, etoricoxib.
- **Ventajas:** Menor riesgo de efectos secundarios gastrointestinales comparado con los AINEs tradicionales.
- **Efectos Secundarios:** Riesgo cardiovascular incrementado, uso a corto plazo preferido.

4. Opioides:

- **Uso:** Para el dolor severo no controlado con otros analgésicos.
- **Ejemplos:** Tramadol, codeína, oxicodona.
- **Consideraciones:** Riesgo de dependencia, efectos secundarios como náuseas, mareos, estreñimiento.
- **Dosis:** Tramadol 50-100 mg cada 4-6 horas, no excediendo 400 mg diarios.

5. Antidepresivos y Anticonvulsivantes:

- **Uso:** Para el dolor neuropático asociado a la artrosis.
- **Ejemplos:** Duloxetina, gabapentina.
- **Dosis:** Duloxetina 30-60 mg diarios, gabapentina 300-600 mg tres veces al día.

6. Suplementos Nutricionales y Condroprotectores:

- **Glucosamina y Condroitina:**
 - **Uso:** Controversial, algunas evidencias sugieren que pueden reducir el dolor y mejorar la función articular.
 - **Dosis:** Glucosamina 1500 mg diarios, condroitina 800-1200 mg diarios.
 - **Consideraciones:** Efectividad variable, seguridad a largo plazo generalmente buena.

7. Inyecciones Intraarticulares:

- **Corticosteroides:**
 - **Uso:** Para aliviar exacerbaciones agudas de dolor e inflamación.
 - **Ejemplos:** Triamcinolona, metilprednisolona.
 - **Frecuencia:** Generalmente no más de 3-4 veces al año por articulación.
 - **Efectos Secundarios:** Daño articular a largo plazo, riesgo de infección.
- **Ácido Hialurónico:**
 - **Uso:** Lubricante viscoso para mejorar la movilidad articular y reducir el dolor.
 - **Ejemplos:** Hialuronato sódico.
 - **Frecuencia:** Series de 3-5 inyecciones semanales.
 - **Eficacia:** Variable, beneficios temporales.

8. Terapias Biológicas:

- **Uso:** En investigación y para casos específicos de artrosis con componente inflamatorio importante.
- **Ejemplos:** Inhibidores de IL-1, factores de crecimiento.
- **Consideraciones:** Costosos, requerimiento de más estudios para establecer eficacia y seguridad.

9. Terapias Combinadas:

- **Enfoque Multimodal:** Combinación de analgésicos, AINEs, y otras terapias según la intensidad del dolor y la respuesta individual del paciente.
- **Monitoreo y Ajustes:** Regular evaluación y ajuste de la medicación para maximizar beneficios y minimizar efectos secundarios.