



Mi Universidad

Nombre del alumno: Andrin Armin Córdova Pérez

Nombre de la materia: enfermería gerontogeriatrica

Nombre del profesor: Morales Hernández Felipe Antonio

Nombre de la licenciatura: Lic. En Enfermería

Cuatrimestre: 6to Cuatrimestre

ARTROSIS



INTRODUCCION

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.

Etiológicamente podríamos clasificarlas en artrosis primaria y secundaria. Lo más frecuente es la artrosis primaria (idiopática), sin factores predisponentes obvios, mientras que la artrosis secundaria puede ser precipitada por múltiples factores: traumatismos, congénitas o del desarrollo, metabólicas, endocrinas.

Las localizaciones más frecuentes de artrosis son: columna cervical y lumbar; rodilla, cadera; dedos de la mano; trapecio-metacarpiana; metatarso-falángica primer dedo.

EPIDEMIOLOGIA

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.

FISIOPATOLOGIA

Se manifiesta como un trastorno bronquítico desencadenado por varios factores, entre los que se encuentra el estrés mecánico.

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 fisura y erosiones que pueden poner al descubierto al hueso subcondral, sobre todo en zonas de carga.

En resumen, se caracteriza por un desequilibrio entre la degradación y reparación de la matriz, siendo el dato anatomopatológico primordial la pérdida progresiva 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. Podemos diferenciar entre factores generales: edad, sexo, raza, metabólicos. O bien factores biomecánicos: obesidad, malformaciones, traumatismos. Meniscospatias

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, displacia o traumatismo que influya en la distribución de cargas será un factor de riesgo artrogeno.

DIAGNOSTICO

El diagnostico de artrosis debe realizarse siguiendo criterios clínicos y radiológicos, teniendo en cuenta que no siempre no 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 estas. No existen guías clínicas basadas en la evidencia para el tratamiento de esta patología.

MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

Las medidas no farmacológicas más ampliamente utilizadas en tratamiento de la artrosis son: pérdida de peso; terapia física, terapia térmica; uso de ortesis, bastones, plantillas, acupuntura; TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea).

MEDIDAS FARMACOLOGICAS

PARACETAMOL

Es el primer fármaco a utilizar y el pilar de tratamiento farmacológico en artrosi. 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 mas intensa los AINES son superiores al pracetamol.

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 estos.

TRATAMIENTOS TOPICOS

Son efectivos en pricesos localizados cuando se utiliza en periodos de menos de dos semanas.es una opción adicional para los pacientes con artrosis que tiene un alivio del dolor inadecuado o que no pueden tolerar la terapia sistémica.

TERAPIA INTRAARTICULAR

El valor de tratamiento intraarticular es cuestionable. Los corticoides intraarticulares 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.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

El tratamiento quirúrgico en la artrosis se reserva para los casos en los que el tratamiento conservador no es capaz de controlar el dolor y la función.

Los procedimientos quirúrgicos mas utilizados para su tratamiento son: las artroscopias de limpieza, artroplastias, osteotomías, artrodesis y denervaciones selectivas.



OSTEOPOROSIS

Supone 7,8 millones de personas general; además 21,8 millones de mujeres tenían baja DMO en femur proximal. Una de cada estas mujeres sufrirían una fractura de origen osteoporotico.

PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN MUJERES POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN LA OMS.

50-59 años= 14.8%

60-69 años=21,6%

70-79 años= 38,5%

➤ 80 años = 70%

PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS EN EL SEXO FEMENINO SEGÚN EDAD Y LOCALIZACION (CRITERIOS OMS)

	20-44 años	45-49 años	50-59 años	60-69 años	70-79 años
Prevalencia media					
Columna	34%	4,31%	9,09%	24,29%	40%
Lumbar					11,13%
Cuello					
Femoral.	0,17%	0%	1,3%	5,71%	24,24%
					4,29%

TIPOS DE OSTEOPOROSIS

En términos generales, la clasificación de la osteoporosis depende de que exista un alto o bajo remodelado óseo, cuyo significado se desarrolla en un capítulo aparte de esta guía.

Clasificación de la osteoporosis según recambio

Alto recambio

- excesiva actividad osteoclastica
- los osteoblastos funcionan normalmente
- acumulación de productos de degradación del colágeno en la orina

bajo recambio

- los osteoclastos funcionan normalmente
- los osteoblastos no producen osteoide
- no hay acumulación de productos de degradación de colágeno en la orina.

FACTORES DE RIESGO: ETIOPATOGENIA

FACTORES GENETICOS

La 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. La incidencia de osteoporosis disminuye entre los negros africanos y los japoneses.

FACTORES HORMONALES

El déficit de estrógenos, ya sea por una menarquia 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. Esto condiciona que la mujer pase más de la tercera parte de su vida en menopausia.

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 andrógina 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.