



Nombre del Alumno:

Yarix Karina Escobar González

Nombre del tema:

Artrosis y Osteoporosis

Nombre de la Materia:

Enfermería gerontogeriatrica

Nombre del profesor:

Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura:

Enfermería

6to Cuatrimestre, Grupo B, 4° parcial

}

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.

Etiológicamente podríamos clasificarlas en Artrosis Primaria o 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. 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.

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. La Sociedad Española de Reumatología realizó un gran estudio en el año 2000 (estudio EPISER), que estimó que el 20% de la población tenía algún tipo de enfermedad reumática, siendo la artrosis de rodilla y de las manos las más prevalente, al afectar al 80% y al 50% de la población entre 60 y 70 años, respectivamente.

FISIOPATOLOGIA

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. La degradación de la matriz del cartílago se debe aún aumento no controlado de la actividad enzimática. La progresión no es lineal y está sometida a episodios de inflamación de la membrana sinovial. 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 hístico del plasminógeno.

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. 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 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.

DIAGNÓSTICO

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

Clínica Puede aparecer en forma de crisis, subaguda o crónica.

- Dolor: síntoma principal
- Rigidez articular.
- Tumefacción
- Crepitación

Radiología 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
- Osteofitos
- Esclerosis hueso subcondral

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

- Rodilla

- Cadera.
- Columna cervical o lumbar
- Trapezometacarpiana

Otras pruebas complementarias

- Biomarcadores: las pruebas de laboratorio básicas son normales
- Líquido sinovial: la articulación artrósica suele tener mayor cantidad de líquido sinovial, sin tener relación la cantidad de éste con la intensidad de la artrosis.
- RMN y artroscopia: para la mayoría de las localizaciones habituales de la artrosis, salvo para la columna donde la RMN es la prueba diagnóstica por excelencia.

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.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

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/o la función. Los procedimientos quirúrgicos más utilizados para su tratamiento son: las artroscopias de limpieza, artroplastias, osteotomías, artrodesis y denervaciones selectivas.

OSTEOPOROSIS

La osteoporosis es un problema en crecimiento exponencial. Según las estimaciones de la NOF (National Osteoporosis Foundation) 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. La prevalencia en mujeres mayores de 50 años era del 22,8% en columna lumbar y 9,1% en cuello femoral. El 12,73% de la población de mujeres españolas tenía osteoporosis en columna lumbar o cuello femoral, lo que representa en torno a 1.974.400 mujeres; el 2,68% de la población tenía osteoporosis en ambas localizaciones. Estas cifras representan unos valores muy altos de prevalencia. Se estima que un 40% de las mujeres de raza blanca posmenopáusicas tiene, a la edad de 50 años, un 40% de riesgo durante toda su vida de tener una fractura en la cadera, columna lumbar o radio distal.

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. En el momento actual sigue vigente la clasificación tradicional de osteoporosis primaria o secundaria dependiendo de la presencia de alguna enfermedad. Dentro de la osteoporosis

primaria podemos distinguir el tipo I o posmenopáusica y el tipo II o también llamada senil. Aunque, como se puede observar en la tabla, la osteoporosis afecta fundamentalmente a las mujeres, también existe en el hombre y es causa de fracturas por fragilidad ósea.

FACTORES DE RIESGO

Entre todos los factores de riesgo, el índice de masa corporal (IMC) bajo (menor de 19 kg/m²) y las pérdidas de peso importantes son los mejores predictores de forma aislada de baja DMO. Los tres ítems que se incorporan en el ORAI (Osteoporosis Risk Assessment Instrument) incluyen edad, bajo peso y ausencia de terapia estrogénica. La osteoporosis en mujeres mayores de 65 años y entre 60-65 años cuando existen más factores de riesgo o fractura previa. La guía clínica escocesa aconseja que aquellos pacientes que han sufrido una o más fracturas por fragilidad deberían ser objetivo prioritario para la investigación y tratamiento de la osteoporosis (grado de recomendación B).

- **Factores genéticos:** 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.
- **Factores hormonales:** El déficit de estrógenos, ya sea por una menarquía 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. La deprivación estrogénica supone una falta de freno a la acción de los osteoclastos, y esto conlleva una pérdida acelerada y desproporcionada de hueso trabecular (alto remodelado óseo