



Mi Universidad

Ensayo

Nombre del Alumno: Karla Sofía Tovar Albores

Nombre del tema: Artrosis

Parcial: Cuarto

Nombre de la Materia: Enfermería gerontogeriatrica

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Sexto

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, podría 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.

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.

Epidemiología

La artrosis es la enfermedad osteoarticular con mayor prevalencia en todo el mundo. En los países industrializados, 80 % de la población mayor de 65 años sufre artrosis y la afección de la rodilla o de la cadera es la causa más frecuente de discapacidad para la deambulación en las personas mayores. En España, la prevalencia sintomática de artrosis de rodilla en personas mayores de 20 años es de 10.2 % y en artrosis sintomática de manos de 6.2 %.

Existen numerosos estudios epidemiológicos de prevalencia de artrosis en distintas poblaciones, pero sus resultados no son sencillos de generalizar y comparar por la variabilidad en la definición de la enfermedad (criterios clínicos o radiográficos), sesgos de selección (edad y sexo de los participantes), articulaciones seleccionadas, dificultad para establecer síntomas precoces de la enfermedad y la diversidad en el umbral del dolor en la población.

Los datos clínicos de artrosis suelen aparecer a partir de los 40 años, con inicio gradual y evolución lenta, difiriendo según la localización y el individuo. El dolor es el síntoma cardinal (de características mecánicas). Otros signos y síntomas son rigidez articular (de corta duración), deformidad articular, crepitación, debilidad o inestabilidad.

Teniendo en cuenta la magnitud y repercusión de la enfermedad, esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de artrosis sintomática de rodilla en una muestra aleatoria poblacional de 40 y más años, así como las variables asociadas con su presencia.

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.

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.

Clínica

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.

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: 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 radiolucientes en el espesor del hueso subcondral, de bordes bien definidos. Son consecuencia de la entrada de líquido sinovial por presión a través de microfracturas.

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

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.); 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.

Medidas farmacológicas:

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. Debe realizarse tratamiento gastroprotector (los más recomendados son los inhibidores de la bomba de protones) en todo paciente que recibe AINE clásico y presenta algún factor de riesgo. Otra opción es la toma de un COX-2. 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.

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 tramadol es el opiáceo más utilizado en el tratamiento de la artrosis. En combinación con paracetamol y/o AINE es eficaz en el tratamiento del brote doloroso de pacientes con artrosis de rodilla cuando no responden al tratamiento de base.

Tratamientos tópicos

Son efectivos en procesos localizados cuando se utilizan en periodos de menos de dos semanas. Es una opción adicional para los pacientes con artrosis que tienen un alivio del dolor inadecuado o que no pueden tolerar la terapia sistémica. Los dos agentes mejor evaluados son los antiinflamatorios no esteroideos tópicos y la capsaicina. Existe razonablemente fuerte evidencia para concluir que los agentes tópicos son eficaces y seguros para los pacientes con artrosis. El efecto adverso descrito es la irritación cutánea de la zona de aplicación.