

Enfermedades de la Vejez

¿Qué es el ALZHEIMER?

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es una enfermedad neurodegenerativa que da lugar a un deterioro cognitivo adquirido de inicio insidioso y curso lento y progresivo, cuyas principales manifestaciones son la pérdida de memoria inmediata y los trastornos conductuales. También conocida como Mal de Alzheimer o Demencia Senil tipo Alzheimer, es la causa de demencia más frecuente en los mayores, representando el 50-60% de todas ellas.

Por lo general, el síntoma inicial es la incapacidad de retener la información reciente, pues se ve alterado el proceso de fijación, con lo que es muy frecuente atribuir estos despistes u “olvidos” a la vejez.

Otros síntomas acompañantes en el curso de la enfermedad son:

- Afasia (dificultad de producir y comprender el lenguaje)
- Apraxia (dificultad para realizar actividades motoras)
- Agnosia (fallo en el reconocimiento de objetos)
- Alteración de la ejecución (fallos en la planificación, organización, secuenciación y abstracción)

La Enfermedad de Alzheimer también interfiere en las actividades de la vida diaria (AVDS), en las relaciones sociales y/o en el ámbito laboral, ya que a medida que avanza la enfermedad van apareciendo más dificultades.

Se produce, por tanto, una afectación en el área física, psíquica y social que repercute en la calidad de vida del mayor y de sus familiares.

El Alzheimer aparece generalmente a partir de los 65-70 años (Alzheimer de inicio tardío), pero cada vez es más frecuente encontrarlo en personas entre 50 y 65 (Alzheimer de inicio Temprano), por lo que es fundamental la DETECCIÓN PRECOZ y el TRATAMIENTO PREMATURO, para lo que es imprescindible una valoración exhaustiva a cargo del Servicio de Neuropsicología. Del mismo modo, el Servicio Médico y de Enfermería llevarán a cabo programas y actividades preventivas que promuevan la salud y el envejecimiento activo.

Debemos recordar que el Alzheimer no es el único tipo de demencia, con lo que un correcto diagnóstico es fundamental a la hora de establecer el tratamiento adecuado. Los familiares tienen que estar muy bien informados del tipo de demencia que sufre el mayor, ya que el pronóstico y la evolución son diferentes para cada una de ellas.

Fases del ALZHEIMER

La esperanza de vida en un mayor con Enfermedad de Alzheimer es, de media, de entre 8 y 10 años desde el momento del diagnóstico, sin embargo la evolución varía de un paciente a otro, existiendo casos en los que se puede llegar hasta los 20 años. La evolución de la Enfermedad de Alzheimer se define en tres fases:

1. Fase leve o inicial.

- Sintomatología ligera, mantenimiento de la autonomía. Aparecen problemas sociales y laborales debidos a la enfermedad, pero se preserva la independencia en las AVDs
- Se afecta la memoria a corto plazo, aparecen olvidos o despistes.
- Algunos cambios de humor y del comportamiento.
- Lentitud en el aprendizaje y complicaciones en la comunicación y la comprensión del lenguaje escrito.
- Rechazo a conocer nuevas personas y lugares, preferencia por lo que les resulta familiar.
- La organización y la planificación resulta problemática.

2. Fase Moderada:

- Se va perdiendo la autonomía, el sujeto ya no es completamente independiente y comienza a requerir ayuda de su cuidador.
- Pérdida de memoria a corto plazo y largo plazo. Olvidos cada vez más frecuentes e incapacidad y confusión a la hora de recordar acontecimientos de la historia personal.
- Mayor dificultad para realizar tareas habituales, puede que sean autónomos en las AVDs, pero requieren de ayuda para otras actividades más complejas y se recomienda supervisión en las primeras.
- Pueden no ser capaces de encontrar las palabras adecuadas, aparecen problemas de comunicación y lenguaje.
- Desorientación en temporo-espacial y dificultad en la toma de decisiones
- Dificultad para tomar decisiones y pérdida de la iniciativa.
- Colocación de objetos en lugares equivocados.
- Cambios de humor, de comportamiento y de personalidad más pronunciados.

3. Fase Severa:

- Aparecen dificultades en todas las AVDs y en el lenguaje.
- La pérdida de memoria es prácticamente total, no reconocen a las personas, no son capaces de alimentarse y no preservan el control de las funciones corporales.
- Requieren de atención y cuidados constantes
- Debilidad física muy acentuada.
- Mantiene la capacidad para sonreír

Causas del ALZHEIMER

No existe una causa concreta a la que se le pueda atribuir la responsabilidad de la aparición de la Enfermedad de Alzheimer. Al contrario, su etiología es multifactorial, es decir, existen una serie de factores de riesgo, tanto genéticos como ambientales que, al interferir entre sí, dan lugar a una serie de acontecimientos que resultan en el inicio de la enfermedad.

Los principales factores de riesgo implicados en la etiopatogenia del Alzheimer son:

- Influencia genética: Existen varios genes implicados, sobre todo en el tipo de inicio precoz. En los casos en los que un familiar directo padece la enfermedad, la probabilidad de que su descendencia la desarrolle es 2-4 veces mayor.
- Edad: El riesgo se duplica cada 5 años. A los 65 la probabilidad de padecerla es del 10%, llegando hasta el 50% a los 85 años.
- Sexo: Cuestión controvertida. Existe un mayor porcentaje de mujeres que presentan la enfermedad, sin embargo, se cree que puede ser debido a su mayor esperanza de vida.
- Escolarización y nivel educativo: La ejercitación cognitiva y el aprendizaje estimulan la comunicación neuronal (plasticidad neurológica), con lo que un bajo nivel educativo viene relacionado con un aumento del riesgo de desarrollar la enfermedad.
- Hipertensión Arterial de larga evolución:
- Antecedentes de Traumatismo Craneal
- Nutrición: Una dieta basada en productos de gran contenido calórico, con altos niveles de ácidos grasos saturados y/o de ácidos grasos omega 6, están relacionados con un mayor riesgo de sufrir Alzheimer. Hay dietas especializadas para la prevención y tratamiento del Alzheimer
- Niveles elevados de Homocisteína. Esta sustancia es un aminoácido orgánico que interviene en procesos fundamentales para el organismo, pero que, en concentraciones altas, está íntimamente relacionada con la aparición de cardiopatías y neuropatías.
- Antecedentes de procesos depresivos o Sd. de Down.
- Otros: Tabaco, estilo de vida sedentaria, diabetes y obesidad.

Es importante mencionar que, obviamente, algunos de estos factores como son la edad, la predisposición genética o el sexo, no se pueden evitar. Sin embargo, otros muchos como el sedentarismo, la conducta alimenticia, el hábito tabáquico, etc, son factores de riesgo potencialmente modificables en los que se debe incidir a la hora de desarrollar planes preventivos que promuevan un estilo de vida saludable y un envejecimiento activo.

En la actualidad no existe ninguna prueba específica para el Diagnóstico de Certeza de la Enfermedad de Alzheimer, sino que es necesario realizar una valoración integral que abarque las áreas neurológica, psíquica y física del paciente, para llegar a un Diagnóstico. De manera general, se realiza una anamnesis completa y se elabora una Historia Clínica personal que incluya todos los datos de interés para el médico. Del mismo modo, se lleva a cabo una exploración física integral detallando la funcionalidad de cada uno de los sistemas y aparatos.

El Neuropsicólogo, por su parte, realiza una batería de pruebas, test y cuestionarios destinados a valorar el estado cognitivo del paciente. De ser necesario, y tras llegarse a un consenso entre el equipo médico y el de neuropsicología, se programarán las pruebas complementarias que dichos profesionales consideren adecuadas.

Finalmente, cobra especial relevancia en este punto la figura de la familia, pues se considerarán como los informadores más fiables a la hora de exponer al médico cuál es la evolución del paciente, y hacer un “seguimiento” durante el periodo de tiempo comprendido entre consulta y consulta, lo cual es de vital importancia a la hora de prescribir un tratamiento correcto acorde a las necesidades del mayor.

Tratamientos del ALZHEIMER

Aunque aún hoy en día no existe una cura definitiva para el Alzheimer, los grandes avances y el conocimiento más exhaustivo de la enfermedad nos permite proporcionar un tratamiento cada vez más eficaz y con el menor número de efectos indeseados.

En Vitalia defendemos la importancia de combinar los tratamientos farmacológicos con las terapias no farmacológicas, con lo que se consigue, por un lado, disminuir la sintomatología, y por otro, preservar o enlentecer el deterioro de las capacidades cognitivas, con el objetivo de que la calidad de vida de nuestros mayores se mantenga intacta durante el mayor tiempo posible.

Tratamiento farmacológico del ALZHEIMER

El tratamiento farmacológico está destinado a mejorar los síntomas cognitivos, psicológicos y de la conducta. Actualmente se sabe que la base de la enfermedad reside en la pérdida de sinapsis neuronales y la muerte de las mismas en determinadas áreas anatómicas cerebrales bien definidas. Gracias a este conocimiento se ha podido establecer un tratamiento eficaz, si bien no curativo, destinado a potenciar y modificar aquellos procesos de neurotransmisión que aún se mantienen íntegros.

Su objetivo principal es, por lo tanto, rehabilitar las funciones alteradas, minimizando déficits y potenciando al máximo las capacidades residuales del mayor, así como su autoestima.

A grandes rasgos, los principales grupos de fármacos utilizados en el tratamiento de la EA son:

- Agentes Colinérgicos (Inhibidores de la colinesterasa): Estimulan la transmisión colinérgica central potenciando los procesos de memoria y aprendizaje.
- Moduladores del Glutamato (Memantina): Se utiliza en las fases moderada y severa. Actúa sobre el segundo neurotransmisor más importante implicado en esta enfermedad, promoviendo el mantenimiento de los mecanismos de aprendizaje y memoria.
- Fármacos destinados al tratamiento de los trastornos no cognitivos asociados a EA: Destinados a tratar los síntomas psicológicos y conductuales que aparecen en demencia.

Tratamiento No farmacológico cognitivo y conductual del ALZHEIMER

El principal objetivo es actuar junto con el tratamiento farmacológico para enlentecer la progresión de la enfermedad. Consiste en, a través de una serie de actividades específicas, trabajar las funciones cognitivas que el mayor todavía conserva, con el fin de mantenerlas el mayor tiempo posible y enlentecer su degeneración.

La base de la eficacia de estas terapias radica en el concepto de plasticidad neurológica, es decir, la capacidad que tienen las células que conforman el sistema nervioso para reconstituirse de forma anatómica y funcional, después de ciertas patologías, enfermedades o incluso traumatismos (OMS). De este modo, cuanto mayor sea la estimulación cognitiva llevada a cabo por el paciente, mayor grado de estimulación de la plasticidad neuronal y, por tanto, más probabilidad de mantener sus capacidades cognitivas estables.

Las principales técnicas incluidas en el Tratamiento No Farmacológico de la Enfermedad de Alzheimer son:

- Estimulación cognitiva (Memoria, lenguaje, atención, funciones ejecutivas, cálculo, gnosias, praxias).
- Estimulación sensorio-motora
- Modificación de la conducta
- Rehabilitación logopédica
- Entrenamiento en AVDs
- Psicomotricidad

- Laborterapia
- Arteterapia
- Musicoterapia
- Actividades Asistidas con Animales
- Taller de Relajación
- Ludoterapia
- Actividades Culturales
- Entrenamiento psicoeducativo para familiares y cuidadores

La implicación de los familiares es fundamental como herramienta coadyuvante en el tratamiento especializado de estos pacientes, que se encargarán de potenciar la autonomía del mayor a la hora de realizar las AVDs y las tareas cotidianas.

Además, es muy importante que se adapte el entorno a su situación, pues de este modo también se fomenta su autoestima y autocontrol. Por último, se recomienda encarecidamente que se mantenga una rutina diaria en medida de lo posible, evitar cambios de domicilio y situaciones que pongan en peligro la estabilidad de la persona afectada.

En Vitalia evitamos y retrasamos la sintomatología del Alzheimer trabajando con ellos desde el Método Hoffmann: método de tratamiento rehabilitador y preventivo con beneficios físicos, cognitivos, psicológicos y sociales, especializado en personas mayores. Gracias a nuestro Programa Específico para el Alzheimer logramos preservar su autonomía lo máximo posible y modificar el curso de la enfermedad con el fin de mantener a nuestros mayores estables durante más tiempo.

Cómo prevenir el Alzheimer

Los factores de riesgo más influyentes en el riesgo de desarrollar Alzheimer son la edad y los antecedentes familiares, sin embargo, diversos estudios realizados los últimos años mantienen que, la mitad de los casos de EA están asociados a algunos de los factores de riesgo potencialmente modificables que hemos mencionado.

De hecho, la Hipertensión Arterial, íntimamente ligada a la Diabetes, a la Obesidad y al tabaco, así como el sedentarismo y la baja estimulación cognitiva, son los principales factores de riesgo modificables relacionados con el desarrollo de Alzheimer y, por lo tanto, son los principales puntos diana en el desarrollo de Medidas para Prevenir el Alzheimer:

- Control de los Factores de Riesgo Vascular: Mantener dentro de los límites normales la glucemia, las cifras de colesterol y la tensión arterial. Dos medidas tan sencillas como el abandono del hábito tabáquico y realizar ejercicio físico de manera habitual, supondrían un importante impacto en la prevención del Alzheimer. Nuestro Programa para la Hipertensión tiene el objetivo informar, formar y valorar su situación, con el fin de mantener las cifras tensionales dentro de los límites normales, lo cual supone una importante medida preventiva para el desarrollo de multitud de patologías.
- Nutrición: Evitar alimentos ricos en grasas saturadas y ácidos grasos omega-6. Las principales fuentes de ácidos grasos saturados son la mantequilla, las carnes rojas, los embutidos, etc, y están directamente relacionadas con el aumento de colesterol. Los omega-6 son beneficiosos en cantidades adecuadas, pero muy perjudiciales en exceso. La adquisición de unos hábitos de vida saludables constituyen un gran avance en la prevención de esta enfermedad. Es fundamental establecer un programa dietético adaptado a sus necesidades, mantener un peso saludable acorde a sus características físicas y metabólicas y la adquisición de unos hábitos alimenticios correctos. Por ese motivo, y con el objetivo de facilitar a cada usuario una dieta sana adaptada a sus necesidades, contamos con el Servicio Dietas del Chef, que elabora los menús a través de alimentos frescos de gran calidad biológica. Además, puesto que la adquisición de estos hábitos radica en la propia voluntad de cada individuo, nuestro Programa para el Sobrepeso se encarga de formar a los mayores que así lo requieran para que puedan hacer una correcta elección de los alimentos que incluyen en su dieta habitual.
- Estimulación Cognitiva y vida intelectual activa: Es fundamental realizar actividades que estimulen la memoria, el aprendizaje, el lenguaje, la atención, operaciones aritméticas, llevar a cabo las AVDs, leer, relacionarse con otras personas, juegos intelectuales, el manejo de otros idiomas, etc. Mediante los Programas de Prevención y el Taller de Memoria, los mayores realizarán actividades de estimulación cognitiva y adquirirán hábitos de vida saludables que les ayudarán a mantener su autonomía e independencia, mejorando su calidad de vida y la de sus familiares.

Si bien es cierto que no existe ninguna medida preventiva que evite que la enfermedad aparezca, lo que sí es posible es modificar su curso. Gracias a estas medidas se logrará el mantenimiento de las capacidades cognitivas durante más tiempo, que la pérdida de la memoria sea más lenta, que el mayor se mantenga en un mejor estado general (tanto físico como cognitivo), etc, con la consiguiente mejora en su calidad de vida y en el estado de bienestar del propio mayor y de sus familiares.

Además, la eficacia de las medidas preventivas está directamente relacionada con la precocidad a la que se establezcan, por lo que el Diagnóstico Precoz es FUNDAMENTAL cuando el objetivo es modificar el curso de la EA, principalmente en las etapas iniciales.

¿Qué es ARTRITIS?

La Artritis Reumatoide es una enfermedad multisistémica crónica, de afectación predominantemente articular, carácter inflamatorio y etiología desconocida. Las articulaciones están protegidas por una cápsula que, junto con los ligamentos, proporciona estabilidad y asegura el buen funcionamiento articular. Su parte externa se denomina Membrana fibrosa, y la interna Membrana Sinovial, la cual inserta en el contorno del cartilago articular.

Generalmente afecta a las pequeñas articulaciones periféricas de manera simétrica, produce una sinovitis inflamatoria (inflamación de la sinovial, membrana que cubre la parte interna de la cápsula articular) que da lugar a destrucción del cartilago articular, a erosión ósea y a deformación de las articulaciones en fases tardías.

Aproximadamente el 1% de la población mundial padece Artritis Reumatoide, es decir, unos 21 millones de personas en todo el mundo. En España, esta cifra sería de 250.000, con una incidencia anual de entre 6 y 10 casos/100.000 habitantes. La Artritis Reumatoide es más frecuente en mujeres, con una relación de 3:1 Mujer:Hombre, y suele aparecer entre los 40 y los 60 años, si bien puede darse a cualquier edad.

La etiología de la Artritis Reumatoide es desconocida, sin embargo, se cree que puede deberse a un agente infeccioso que, en pacientes genéticamente predispuestos, es capaz de desencadenar una respuesta inflamatoria, con la consiguiente destrucción cartilaginosa y deformación ósea. La sinovitis producida en la artritis reumatoide es persistente, debido a que determinadas células inmunológicas infiltran en la cavidad perpetuando el proceso inflamatorio. Además, estas células liberan determinadas moléculas que son las posibles responsables de las manifestaciones extraarticulares.

El resultado es que la membrana sinovial va engrosándose progresivamente, formando vellosidades y adheriéndose a los bordes del cartilago, lo que da lugar a un tejido de granulación denominado pannus que, poco a poco, va reemplazando poco a poco al cartilago origina

Causas del ARTRITIS

A pesar de que la causa de la Artritis Reumatoide sigue siendo desconocida a día de hoy, se están produciendo importantes avances en la investigación de los mecanismos inmunológicos inflamatorios.

Recientes estudios demuestran que algunas personas tienen una tendencia hereditaria genética a desarrollar esta enfermedad puesto que el propio sistema inmune ataca a las articulaciones porque no las reconoce como propias y por ello se inflaman. Esta tendencia se asocia con la presencia de ciertos marcadores genéticos en la superficie de las células.

Asimismo, se cree que ciertas proteínas que se transmiten de forma hereditaria podrían predisponer a la enfermedad.

Síntomas del ARTRITIS

Manifestaciones articulares:

En la mayoría de los casos, la Artritis Reumatoide comienza de manera insidiosa, con síntomas inespecíficos, hasta que debuta como poliartritis, sobre todo de manos, muñecas, rodillas y pies. Presenta una distribución simétrica y, característicamente, afecta a las manos, aunque puede hacerlo a cualquiera de las articulaciones mencionadas. Las que más frecuentemente se dañan son las metacarpofalángicas y los carpos, aunque también las interfalángicas proximales y las metatarsofalángicas.

La sintomatología articular comienza con dolor, inflamación y rigidez matutina prolongada de más de una hora de duración. Además, pueden aparecer tenosinovitis, rotura de tendón, debilidad y atrofia muscular, entre otros síntomas. Con la evolución de la enfermedad la articulación se deforma dando lugar a luxaciones y subluxaciones. Las deformidades más frecuentes son la desviación en ráfaga cubital, el dedo en martillo o la deformidad en Z. En los pies es característico el hundimiento del antepié, el *hallux valgus* y los dedos en martillo, entre otras.

Manifestaciones extraarticulares:

En la mayoría de los casos no tienen demasiada importancia clínica, sin embargo, en ocasiones, son el principal signo de actividad. Estos síntomas son muy habituales en pacientes con cifras de Factor Reumatoide elevadas, sin embargo, algunos síntomas como la astenia son muy frecuentes.

- **Nódulos reumatoideos:** Lo más frecuente es que aparezcan en zonas de presión, por ejemplo el codo, el tendón de Aquiles, la Rodilla, etc. Aparecen cuando el Factor Reumatoide es positivo, son de consistencia dura, muestran una adhesión a planos profundos y son indoloros, excepto en el caso de que se sobreinfecten.
- **Manifestaciones Oculares:** La Queratoconjuntivitis seca es la manifestación ocular más frecuente.
- **Manifestaciones Pleuropulmonares:** Aparecen más a menudo en hombres y las más importantes son:
 - *Pleuritis:* Inflamación de la pleura.
 - *Fibrosis pulmonar:* Afecta sobre todo a la base del pulmón y puede aparecer en Artritis Reumatoide graves.
 - *Nódulos pulmonares:* Puede aparecer tan sólo uno, o varios, generalmente asintomáticos, aunque pueden producir una cavitación y sobreinfectarse. Aparecen principalmente en localización periférica y en los lóbulos superiores.
 - *Bronquiolitis obliterante:* Enfermedad respiratoria obstructiva crónica de la vía respiratoria inferior
 - *Hipertensión pulmonar:* Aparece con poca frecuencia pero empeora mucho el pronóstico.
 - **Vasculitis Reumatoide:** Puede producir lesiones en los dedos aisladas como consecuencia de una arteritis, hasta cuadros de afectación sistémica con implicación del Sistema Nervioso Periférico. Aparece en AR grave de larga evolución
- **Afectación cardíaca:** La pericarditis es la más frecuente y suele ser asintomática.
- **Neurológicas:** Se puede producir una compresión de los nervios periféricos debido a la inflamación de la sinovial o como consecuencia de las deformidades de las articulaciones. También es frecuente el Síndrome del Túnel Carpiano o el atrapamiento de otros nervios como el N. Cubital o el N. Radial.
- **Óseas:** Es frecuente la osteoporosis de etiología multifactorial.
- **Renales:** En el tratamiento de la AR se utilizan fármacos renotóxicos.
- **Hepáticas:** Como consecuencia de la propia enfermedad o debido al uso de determinados fármacos. La cirrosis biliar primaria se asocia con las enfermedades autoinmunes, como es el caso de la AR.
- **Síndrome de Felty:** Esplenomegalia y neutropenia. En AR de larga evolución.
- **Amiloidosis:** Es infrecuente.
- **Hematológicas:** Anemia.



Fases del ARTRITIS

Como hemos comentado anteriormente, la etiología de la Artritis Reumatoide es desconocida, sin embargo, se cree que puede deberse a un agente infeccioso que, en pacientes genéticamente predispuestos, es capaz de desencadenar una respuesta inflamatoria, con la consiguiente destrucción cartilaginosa y deformación ósea. La sinovitis producida en la artritis reumatoide es persistente, debido a que determinadas células inmunológicas infiltran en la cavidad perpetuando el proceso inflamatorio. Además, estas células liberan determinadas moléculas que son las posibles responsables de las manifestaciones extraarticulares.

El resultado es que la membrana sinovial va engrosándose progresivamente, formando vellosidades y adheriéndose a los bordes del cartílago, lo que da lugar a un tejido de granulación denominado pannus que, poco a poco, va reemplazando poco a poco al cartílago original. En general, la Artritis reumatoide evoluciona de la siguiente manera:

- **Primera Fase:** Inflamación sinovial y perisinovial. Se produce edema y dolor articular.
- **Segunda Fase:** Cuando la inflamación se mantiene en el tiempo se produce la sustitución del Cartilago original por el tejido de granulación que hemos comentado anteriormente. Se ve comprometida la movilidad articular y los daños degenerativos van agravándose.
- **Tercera Fase:** Fibrosis y anquilosis, deformidad e inmovilización articular. El pannus pasa a convertirse en tejido fibroso (cicatricial). Es frecuente en esta fase la “deformación en ráfaga” de los dedos de la mano.
- Sin embargo, la evolución de la **Artritis reumatoide** es muy variable, lo más común es que presente un carácter fluctuante con un grado de deformidad articular variable, pero lo cierto es que es difícil de predecir. Las remisiones son más probables durante el primer año, sin embargo, tan sólo un 10% de los pacientes logran remisiones a largo plazo. También mejora durante el embarazo, pero empeora tras el parto.

La esperanza de vida disminuye en pacientes con AR, lo que va en relación con el grado de afectación articular. Las complicaciones más habituales son las infecciones, las hemorragias gastrointestinales y los efectos secundarios de los fármacos. Los principales Factores Pronósticos de la Artritis Reumatoide son: “**FACTORES DE BUEN PRONÓSTICO**”

Diagnóstico del ARTRITIS

Las pruebas que se realizan para diagnosticar la **Artritis Reumatoide** son:

- Exploración física
- Analítica de sangre rutinaria e inmunológica
- Otras valoraciones como el estado funcional y la calidad de vida del mayor

Tratamientos del ARTRITIS

FÁRMACOS DE PRIMERA LINEA:

1. **AINES (ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS):** Se utilizan para reducir el dolor y la inflamación. Se puede utilizar cualquiera de ellos y son necesarios durante muchos periodos, sin embargo, no modifican el curso normal de la enfermedad, simplemente se reservan para un alivio sintomático inmediato y de corta duración. Su uso prolongado en el tiempo da lugar a efectos secundarios a nivel gastrointestinal.

Existe un grupo farmacológico, denominado “**Inhibidores selectivos de la COX-2**” que, si bien difieren en su farmacodinamia, ofrecen el mismo resultado en el alivio sintomatológico y no producen daños en la mucosa gastrointestinal, con lo que podría constituir un tratamiento efectivo para la AR. Sin embargo, debe existir un gran control en la administración de estos fármacos, pues están relacionados con potenciales efectos adversos cardiovasculares.

2. **Glucocorticoides:** A dosis bajas ayudan a controlar las manifestaciones clínicas. Las inyecciones intraarticulares ayudan a aliviar los síntomas de manera local, sin embargo, no pueden repetirse más de una vez cada 3 meses.

FÁRMACOS DE SEGUNDA LINEA: MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD:

Dentro de este grupo se incluyen una serie de fármacos que producen un alivio sintomático mantenido y que frenan el proceso de degeneración articular, con lo que **son capaces de modular el curso normal de la enfermedad**. El tratamiento con estos fármacos debe iniciarse lo antes posible, pues su uso temprano permite enlentecer la degeneración del cartilago articular. Una vez comienza a administrarse, sus efectos no se notan hasta pasadas varias semanas o, incluso, meses, con lo que se administrarán de manera conjunta los AINES y/o Corticoides.

El fármaco de elección actualmente es el Metotrexato, debido a su elevada eficacia y a que es muy bien tolerado.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

Las **medidas terapéuticas no farmacológicas** y la **educación higiénico-sanitaria**, unidas a un **diagnóstico precoz** y la instauración de **tratamiento farmacológico temprano**, son aspectos fundamentales en la evolución y el manejo de la Artritis Reumatoide. El inicio precoz de un correcto plan terapéutico, nos ofrece la posibilidad de modular el pronóstico tan sombrío de esta enfermedad. De hecho, cada vez son más los casos que presentan un retardo en la aparición de signos degenerativos articulares.

Debemos mencionar que las enfermedades crónicas son una causa muy común de sentimientos de impotencia, frustración y tristeza, por lo que es fundamental informar correctamente al paciente y sus familiares sobre cualquier aspecto relacionado con la patología en cuestión, así como sobre cualquier decisión que se tome con respecto a su tratamiento. Además, los pacientes crean un fuerte lazo de unión con sus seres queridos en este tipo de situaciones, con lo que constituirán un punto de apoyo fundamental durante el tratamiento.

Los objetivos del **Tratamiento de Rehabilitación** son aliviar el dolor, controlar la inflamación y prevenir la destrucción articular. Una vez instaurada la enfermedad, la manera de lograrlo es preservando y cuidando las habilidades funcionales que aun mantiene el enfermo, con el fin de que conserve su autonomía el máximo tiempo posible y sea capaz de llevar una vida completamente normal.

El reposo es muy importante en el manejo de esta artropatía, y los requerimientos dependerán de la situación del paciente en ese momento. Por ejemplo, un tiempo de reposo adecuado reduce la fatiga que se produce cuando la AR está activa y, en caso de inflamación articular, disminuirá sus manifestaciones. El reposo absoluto en cama sólo está indicado en las fases agudas cuando hay una gran afectación del estado general, y no debe ser prolongado.

Pero los programas de rehabilitación requieren de combinar el reposo con actividades y ejercicios adecuados a estos pacientes. Para ello, es necesario contar con un grupo de profesionales especializados en la **Artritis Reumatoide** capaces de programar una serie de ejercicios destinados a mantener la movilidad articular y evitar la atrofia muscular. De este modo disminuirán la rigidez y las deformidades y se mantendrá el tono muscular. Se debe evitar todo aquel ejercicio que cause dolor una hora después de haberlo practicado.

Cura del ARTRITIS

La **Artritis** es una enfermedad crónica y degenerativa para la que, hasta el momento, no existe una cura definitiva. El Tratamiento tiene un enfoque multidisciplinar y globalizado que persigue el objetivo de controlar el dolor, reducir la inflamación articular y evitar las secuelas, de modo que la funcionalidad de la articulación se preserve durante el mayor tiempo posible. También es importante instaurar tratamiento para el control de los síntomas extraarticulares, como veremos a continuación. El tratamiento es fundamentalmente farmacológico, sin embargo, también son de vital importancia las **medidas generales de educación, los programas de rehabilitación y fisioterapia, la terapia ocupacional y el reposo adecuado**. La cirugía se reserva para los casos en los que la gravedad es tal que ya no existe ninguna otra alternativa terapéutica.

Cómo prevenir el ARTRITIS

Alimentación

Se debe llevar una dieta sana y equilibrada, en primer lugar para mantener un peso corporal adecuado, y en segundo porque existen una serie de alimentos perjudiciales y otros beneficiosos para la enfermedad.

- **Alimentos desaconsejados:**

- Aquellos con grandes cantidades de grasas saturadas: Procedentes de carnes, leche entera y derivados.
- Existen una serie de alimentos, que responden a una reacción individual, capaces de desencadenar un brote de artritis. Es recomendable observarlo día a día y, en caso de que ocurra, eliminar ese producto de su dieta habitual. Normalmente el empeoramiento por este motivo suele durar 4 ó 5 días.
- Grupo de Vegetales con potencial perjudicial: patata, tomate, berenjena y pimiento.
- Eliminar la cafeína, el tabaco y los cítricos
- Alimentos ricos en oxalatos: Disminuyen la absorción de Calcio y además son capaces de depositarse en las articulaciones desencadenando un brote artrítico. Algunos ejemplos son las espinacas o la remolacha.
- Alimentos ricos Purinas: Se transforman en ácido úrico. Ejemplos: las habas, la coliflor, las espinacas, las lentejas, espárragos , guisantes o champiñón.

- **Alimentos Aconsejados:**

- Verduras y hortalizas, especialmente las de hoja verde. Cuentan con un gran contenido en Vitamina C, y se caracterizan por su capacidad antioxidante de los radicales libres de las articulaciones. También contienen ácido fólico y calcio
- Pescado Azul: Elevado contenido en ácidos grasos Omega 3.
- Aceites ricos en Omega 3: El de linaza, el de Canola o el de Nuez.
- Frutas, frutos secos y semillas: Manzana, plátano, melocotón, sandía, fresas, aguacate, cerezas...
- Cereales integrales: Aportan minerales, en especialmente selenio y vitaminas.
- **Importancia del Potasio:** Su déficit puede dar lugar a problemas cardíacos y es un factor de riesgo para la aparición de Artritis Reumatoide.

Actividad física:

La práctica de ejercicio físico de manera regular ayuda a fortalecer las articulaciones, reduciendo así el impacto de algunas enfermedades como son la Artritis o la Osteoporosis. Al igual que ocurre con otras enfermedades, en el caso de la Artritis Reumatoide el diagnóstico precoz y la instauración temprana de tratamiento farmacológico condiciona el pronóstico a medio y largo plazo, mejorando la capacidad funcional de los enfermos.

Es obvio que, ante un brote de artritis, el paciente deberá guardar reposo, si bien no necesitará un reposo absoluto en cama a no ser que así lo indique el especialista. El resto del tiempo, por el contrario, deberá realizar deporte de manera habitual y siguiendo un programa adaptado a sus circunstancias con un objetivo terapéutico claro.

Existen un sinfín de ejercicios específicos para la Artritis Reumatoide, tal es el caso de los Isométricos, por ejemplo, que requieren una contracción muscular sin necesidad de mover la articulación. Los deportes más recomendables para estos pacientes son nadar, andar y montar en bicicleta, siempre teniendo en cuenta su situación y atendiendo a sus necesidades.

Es importante que durante el reposo se adopte una postura adecuada, evitando la flexión de las articulaciones. Durante el descanso nocturno, por ejemplo, pueden utilizarse dispositivos como férulas, con el objetivo de mantener estiradas las extremidades y evitar así el dolor y la inflamación.

Hábitos de vida saludables:

Es fundamental mantener un peso corporal adecuado, sobre todo para reducir el riesgo de sufrir artritis de rodilla y de cadera. Las personas con obesidad o sobrepeso soportan una gran carga en las articulaciones que, con el paso de los años, determinarán un aumento del riesgo de padecer esta enfermedad.

Algunos consejos para el cuidado de nuestras articulaciones son:

- Evitar lesiones articulares
- No realizar movimientos perjudiciales de manera repetitiva, pues podrían ser causa de lesión articular.
- Fortalecer la musculatura accesoria a la articulación, de esta manera la fortaleceremos y reduciremos el riesgo de desgaste articular.

¿Qué es la **ARTROSIS**?

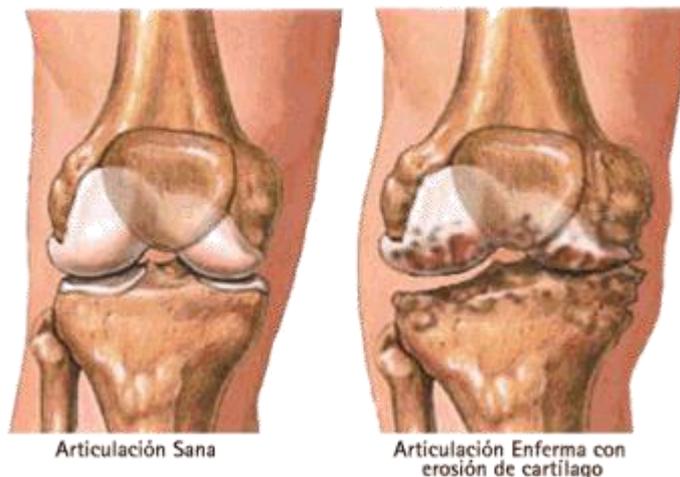
Las articulaciones son estructuras anatómicas formadas por la unión de dos o más huesos, gracias a las cuales es posible realizar movimientos mecánicos, soportar el peso corporal, proporcionar elasticidad y permitir el crecimiento. Algunos de sus componentes estructurales son la Cavidad Articular, el Cartílago Articular, la Cápsula Articular, el Líquido Sinovial, los Ligamentos y los Discos Articulares, entre otros, dependiendo de su clasificación funcional y morfológica.

La Artrosis, también conocida como **Osteoartritis** y **Artropatía Degenerativa**, se trata de una artropatía crónica, no inflamatoria, caracterizada principalmente por **alteraciones destructivas del cartílago** y del fibrocartilago, debidas a una reacción osteofítica de los rebordes articulares, y por la formación de cavidades fibroquísticas en las epífisis. Es decir, se produce una degeneración cartilaginosa acompañada por neoformación ósea y de tejidos blandos intra y periarticular.

La artrosis aparece generalmente después de los cuarenta años y es más frecuente en el sexo femenino. El síntoma principal es el dolor de tipo mecánico (provocado por el movimiento). En general, las articulaciones afectadas no presentan signos inflamatorios, si bien existen algunas formas clínicas en las que aparecen brotes de inflamación. Las articulaciones artrósicas muestran una limitación de la movilidad y, con frecuencia, dan lugar a una actitud viciosa difícil de corregir.

Se trata de la enfermedad articular más frecuente y es la causa más importante de incapacidad entre los mayores, tanto de nuestro país, como de otros muchos del mundo occidental. La edad es el factor de riesgo más influyente en el desarrollo de esta patología y se estima que **después de los 35 años el 50% de las personas presentan artrosis en alguna localización**. A partir de los 70 años afecta a aproximadamente el 80% de la población y, a partir de los 50, al 70% o más.

Artrosis en Rodilla



Aunque las causas no son completamente conocidas, se sabe que en el desarrollo de la enfermedad intervienen factores bioquímicos, biomecánicos, inmunológicos y de la respuesta inflamatoria y puede estar asociada a los siguientes **factores de riesgo**:

- Sexo femenino: Es ésta es más frecuente la artrosis de manos y de rodillas, mientras que en el hombre es más frecuente la de cadera.
- Edad: Va asociada a la edad, es el principal factor de riesgo.
- Factores genéticos: En el caso de las mujeres, aquellas que presenten predisposición genética, tienen un mayor riesgo de desarrollar Artrosis en los dedos de la mano. Parece que el patrón hereditario en mujeres es Autosómico Dominante (AD), mientras que en varones muestra un carácter recesivo (AR).
- Obesidad (IMC > 30): Incrementa el riesgo de Artrosis de Rodilla.
- Ocupación y actividad laboral: Se desarrolla artrosis en determinadas localizaciones atendiendo al sobreesfuerzo que realice debido a la labor profesional.
- Práctica de deporte profesional.

- Alteraciones de la alineación estructural.
- Traumatismos o artritis previas (sépticas, sobre todo).
- Menopausia.
- Enfermedades por depósito de calcio.
- Enfermedades metabólicas y endocrinas.
- Otras enfermedades óseas y articulares.

Atendiendo a su Etiología, **la Artrosis** puede ser:

- I. **Artrosis Primaria o Idiopática:** De etiología multifactorias, es decir, no se conoce su causa, pero existen una serie de factores de riesgo que interactúan entre sí determinando el desarrollo de dicha artropatía. Por ejemplo, la edad, la predisposición genética, el sexo, la obesidad, los niveles de estrógenos en sangre y los microtraumatismos articulares. Atendiendo a la articulación afectada puede clasificarse según su localización en:
 - **Generalizada:** Puede aparecer en pequeñas articulaciones distales o de la columna vertebral; puede afectar a grandes articulaciones y a la columna vertebral; o ser de carácter mixto.
 - **Localizada:**
 - Manos: nódulos de Heberden y Bouchard, rizartrrosis del pulgar, artrosis erosiva interfalángica
 - Pies: hallus valgus, hallus rigidus, artrosis talonavicular.
 - Rodilla: compartimento femorotibial y femoropatelar
 - Cadera: excéntrica (superior), concéntrica (medial), difusa
 - Raquis: interapofisaria, discovertebral, ligamentaria (hiperostosis anquilosante vertebral), espondilosis
 - Otras localizaciones: hombro, acromioclavicular...
- I. **Artrosis Secundarias:** Son aquellas relacionadas con:
 - Traumatismos
 - Enfermedades endocrinas (Diabetes mellitus, hipotiroidismo, obesidad o hiperparatiroidismo).
 - Patologías congénitas del desarrollo.
 - Alteraciones del metabolismo como la Hemocromatosis, la Enfermedad de Wilson o la Enfermedad de Gaucher.
 - Enfermedades articulares inflamatorias por depósito de microcristales, por infecciones, artritis reumatoide.
 - Alteraciones neuropáticas como la Artropatía de Charcot.
 - Otras.

Síntomas ARTROSIS

El principal síntoma de la artrosis es el dolor articular, lo cual conduce a una limitación en la movilidad con progresiva pérdida funcional. El comienzo es insidioso y existe un largo periodo de evolución, en los primeros estadios es indolora y progresivamente va apareciendo un dolor de características mecánicas (empeora con el movimiento y mejora con el reposo, es típica la rigidez matutina de la articulación, que cede aproximadamente a los 15-30 minutos) cada vez más intenso.

El dolor es mayor con el inicio del movimiento, y viene acompañado por una sensación de rigidez y entumecimiento.

La articulación se muestra tumefacta (de consistencia ósea), aparece crepitación y la movilidad se ve comprometida. En fases avanzadas aparece deformidad, si bien no existen signos ni síntomas de afectación sistémica.

La artrosis puede afectar a cualquier articulación tanto de los miembros superiores, miembros inferiores como de la columna vertebral (raquis). Sin embargo, la artrosis tiende a producirse principalmente en aquellas articulaciones sometidas a mayor sobrecarga, ya sea por movimientos excesivos o por sobrepeso.

En las extremidades, la artrosis afecta fundamentalmente a los dedos de las manos, las rodillas, las caderas y al dedo gordo del pie. En la columna vertebral, la columna cervical y la columna lumbar son las regiones más frecuentemente afectadas por artrosis. Destacan como formas clínicas:

Mano: Interfalange Distal (IFD) o Nódulos de Heberden: Es la forma más frecuente de artropatía distal idiopática. Es más frecuente en mujeres mayores de 45 años y la afectación funcional es leve o inexistente, se trata más bien de un problema estético. Es posible que exista predisposición genética (AD en mujer y AR en hombre).

Mano: Interfalange Proximal (IFP) o Nódulos de Bouchard).

Mano: Base del pulgar o Rizartrosis: Se trata de la segunda localización más frecuente, aparece sobre todo en mujeres.

Coxartrosis o Artrosis de Cadera: Es una de las localizaciones que más incapacidad produce. En la mayoría de los casos es de etiología secundaria a anomalías congénitas o del desarrollo. Aparece sobre todo en varones y generalmente es unilateral, siendo la cojera su síntoma cardinal. El dolor aparece en la región de la ingle, en nalgas y en la parte proximal del muslo, incluso en rodilla. El movimiento más afectado es la rotación interna.

Gonartrosis o Artrosis de Rodilla: Más frecuente en mujeres. Aparece con menos frecuencia que la artrosis de las manos y los pies y con mayor frecuencia que la de cadera. Al principio se produce en un solo lado, pero muestra una tendencia a hacerse bilateral. Lo más común es que aparezca un varo de rodilla, es decir, las piernas quedan arqueadas hacia fuera.

Artrosis vertebral: Las localizaciones más frecuentes son las zonas cervical (C5-C6) y lumbar (L4-L5 y L5-S1).

Artrosis Esterno-clavicular: En la mayoría de los casos es asintomática, las consultas son debidas a motivos estéticos.

Artrosis Generalizada: Es de etiología idiopática, y presenta un gran condicionamiento genético. Sobre todo aparece en mujeres perimenopáusicas y el curso clínico se caracteriza por brotes inflamatorios con afectación de tres o más articulaciones. Estos brotes ceden paulatinamente, dejando una deformidad residual con una leve afectación funcional.

Osteoartritis Erosiva: Es el tipo más agresivo y grave de artrosis. Se producen brotes inflamatorios agudos con destrucción de la articulación, sobre todo las Interfalángicas Distales y Proximales. Da lugar a deformidad y una severa limitación funcional.

La artrosis que se desarrolla en otras articulaciones distintas a las enumeradas es mucho más infrecuente y si aparece, suele estar relacionada con algún traumatismo o fractura antigua. Puede aparecer en una única articulación o afectar a varias simultáneamente, lo cual carece de importancia de cara al pronóstico y el tratamiento de la enfermedad.

Medidas Preventivas de la ARTROSIS

Como hemos comentado previamente, la *Artrosis* está directamente relacionada con la edad, con lo que, si bien no es posible evitar la enfermedad, lo que sí se puede lograr es retrasar en gran medida su aparición. Del mismo modo, se pueden realizar multitud de actividades rehabilitadoras cuando la enfermedad ya está instaurada, con el fin de preservar la funcionalidad de la articulación el mayor tiempo posible. Las principales medidas preventivas son:

- **Pérdida de Peso:** Como hemos comentados, uno de los principales factores en la etiología de la artrosis es la obesidad, ya que las articulaciones soportan un peso superior al óptimo de manera prolongada en el tiempo, lo que, paulatinamente, va provocando una degeneración articular progresiva. Tal es el caso de la **Gonartrosis o Artrosis de Rodilla**. La pérdida de peso es, por lo tanto, fundamental en la prevención y el control de esta artropatía. En caso de antecedentes familiares es aún más recomendable la adquisición de unos hábitos dietéticos saludables que permitan mantener un peso adecuado a la estatura. Se recomienda adherirse a un Programa para el Sobrepeso u Obesidad, que confeccione un plan dietético adaptado a las necesidades específicas de cada caso, siempre con el apoyo y asesoramiento de un Servicio de Nutrición.
- **Actividad Física:** La inactividad debilita la musculatura en detrimento de la salud articular, la cual pierde flexibilidad, consistencia y fuerza. Los músculos son capaces de proteger la articulación gracias a que la sostienen, absorben los golpes y evita los movimientos viciosos o perjudiciales. El ejercicio físico, por lo tanto, ayuda a mantener la integridad articular, se recomienda hacer estiramientos diarios, elaborar un plan de actividades periódicas como natación, ejercicio aeróbico, Pilates, etc, atendiendo siempre a las posibilidades personales de cada individuo. La actividad física, además, proporciona importantes beneficios a nivel cardiovascular y pulmonar.

- **Ejercitar Articulación Afectada:** Es una medida de vital importancia de cara a mantener la movilidad articular, reforzar la musculatura accesoria y evitar el empeoramiento. Los ejercicios deben ser suaves, de bajo impacto, y prolongados, evitando en todo momento que aparezca dolor, lo que evita que evolucione la degeneración. El Servicio de Fisioterapia podrá elaborar un plan de rehabilitación adaptado a las necesidades personales de cada paciente, así como desarrollar programas de actividades personalizadas.
- Cuando la enfermedad está instaurada, se deberán **evitar movimientos que produzcan dolor**, así como aquellas actividades que supongan un esfuerzo articular intenso y mantenido.
- **Medidas Higiénico-Sanitarias:** La educación postural es una medida fundamental en la prevención y rehabilitación de la artrosis, debemos evitar posturas inadecuadas, con lo que se reducirá la tensión muscular y se favorecerá la relajación. Se recomienda mantenerse erguido y no utilizar sillas bajas, pues causan una gran tensión en caderas y rodillas a la hora de sentarse y levantarse. En viajes largos, es aconsejable hacer paradas cada hora, pasear y moverse, para evitar rigidez articular.
- El **Uso de bastones y muletas** pueden reducir el esfuerzo y preservar la articulación, pues disminuye el dolor y, por consiguiente, la degeneración cartilaginosa.
- En los Casos de **Rizartrosis o Artrosis de la Base del Pulgar**, es importante evitar los movimientos de prensa (se aconseja el uso de utensilios de mango ancho) e intentar no soportar objetos durante mucho tiempo. También es perjudicial la colocación de férulas inmovilizantes.
- Son muy recomendables las duchas calientes con chorro de agua a presión en las articulaciones afectadas. El frío y el calor, aplicados de manera localizada, también pueden aliviar el dolor.
- La **alimentación** cobra especial relevancia en la prevención de la Artrosis. Unos correctos hábitos nutricionales permiten, por un lado, equilibrar el aporte de los nutrientes necesarios para nuestra salud, y por otro, lograr mantener un peso saludable. Las principales recomendaciones son:
 - Evitar el aporte excesivo de carbohidratos, los cuales constituyen una importante fuente energética que, si no se correlaciona con la actividad física diaria, se acumularán en el organismo como reserva energética.
 - Controlar la ingesta de fructosa y otros azúcares.
 - Asegurar el correcto aporte de **Vitaminas A, C y E**. Las verduras y hortalizas de hoja verde contienen Vitamina C, la cual neutraliza la acción de los radicales libres sobre las articulaciones. La Calabaza y el Calabacín, por su parte, son una fuente alimenticia rica en Vitamina A, con actividad desintoxicante. Los frutos secos aportan gran cantidad de Vitamina E, sin embargo debemos controlar su consumo, pues su contenido calórico es muy elevado.
 - La **Vitamina D** interviene en el metabolismo del calcio, aumentando su absorción intestinal, así como la de fosfato. Este fenómeno favorece el proceso de osificación. La luz solar es la principal fuente para la síntesis de esta vitamina, sin embargo, algunas fuentes alimenticias como el Salmón, las sardinas, el atún o los productos enriquecidos, también proporcionan un aporte de Vit. D.
 - Lo **ácidos grasos Omega 3** están relacionados con procesos antiinflamatorios, con los consiguientes beneficios para las formas clínicas de artrosis de carácter inflamatorio. Son alimentos ricos en Omega 3 los pescados azules.

En resumen, **la Prevención es un pilar fundamental en el manejo y la evolución de la Artrosis**. Los **Programas de Prevención** deberán fomentar los hábitos de vida saludables y realizar valoraciones integrales con el propósito de promocionar la salud y alcanzar diagnósticos precoces, pues la clave del éxito en el tratamiento, es instaurarlo en el momento más temprano posible.

Diagnóstico y Tratamiento de la ARTROSIS

El diagnóstico se realiza mediante una anamnesis completa y una radiografía simple. El signo radiológico más temprano es un **pinzamiento de la línea articular**, aunque también es posible encontrar otras alteraciones como un aumento de la remodelación, quistes subcondrales y deformidad de la articulación.

- **Anamnesis:** Dolor de características mecánicas tal y como se ha descrito anteriormente. En general ausencia de fiebre, de inflamación y de otras manifestaciones sistémicas.

- **Exploración física:** Se objetiva deformidad y mala alineación articular, hipotrofia muscular alrededor de la articulación y cierto grado de tumefacción (como consecuencia de sinovitis o derrame articular). A la palpación aparece dolor difuso y crepitación articular debida al rozamiento de dos superficies cartilaginosas ásperas y rugosas.
- **Radiografía simple:** Disminución del espacio articular, osteofitos marginales, esclerosis subcondral y alteraciones del contorno óseo.
- **Las pruebas de laboratorio** serán inespecíficas.
Actualmente no existe ningún tratamiento curativo para la artrosis, sin embargo, disponemos de una serie de **medidas terapéuticas destinadas a combatir los síntomas y enlentecer el curso de la enfermedad.** De este modo, los pacientes logran un importante alivio del dolor, lo cual les permite llevar una vida prácticamente normal. Es fundamental llegar a un Diagnóstico precoz, pues cuanto antes se instaure el tratamiento, más efectivo resultará, y mejores serán los resultados obtenidos.

Tratamiento Farmacológico

El tratamiento farmacológico está destinado a disminuir los síntomas. Los principales grupos farmacológicos utilizados son:

- **Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES)** como grupo farmacológico de primera línea, en concreto el Paracetamol. Son efectivos para reducir el dolor gracias a su acción antiinflamatoria.
- **En caso de que los síntomas no se controlen con AINES,** utilizar opiáceos menores como grupo farmacológico de segunda línea: Tramadol, Codeína.
- En los casos de **Artrosis de Rodilla,** se ha probado la inyección intraarticular de ácido hialurónico, pues al parecer, producen un efecto más lento pero más duradero que los corticoides inyectados.
- **La inyección intraarticular de corticoides** no se deberá realizar más de 1 vez cada cuatro meses.
- **Cirugía:** De elección ante indicaciones muy concretas: pacientes con dolor invalidante que limite o impida el desarrollo de una vida normal. Las principales técnicas utilizadas son la artroplastia total (se recurrirá a ella en caso de artrosis muy avanzada o ante un fracaso intenso del tratamiento farmacológico), las osteotomías o las artroscopias (para eliminar fragmentos de cartilago que se han desprendido).

Tratamiento no Farmacológico

La primera línea de actuación consiste en promocionar las medidas preventivas enumeradas previamente. Es fundamental la adopción de unos hábitos de vida saludables basados en:

- **Dieta equilibrada:** Que asegure el aporte nutricional correcto, sin excesos ni carencias.
- Mantener un **peso corporal saludable.** En casos de sobrepeso u obesidad, adherirse a un plan alimenticio hipocalórico para alcanzar el peso corporal deseable.
- **Educación higiénico-postural:** Eliminar las posturas inadecuadas con el fin de evitar sobrecargas articulares innecesarias y tensiones musculares que pueden derivar en daño articular.
- **Actividad física regular:** Se recomienda una actividad aeróbica y de bajo impacto. El programa físico debe ser constante y mantenerse en el tiempo debido a la importancia que tiene la fortaleza muscular a la hora de preservar la estabilidad articular.
- **Programa de Fisioterapia:** Se deberán realizar ejercicios específicos destinados a conservar la movilidad articular así como su estabilidad, a través de la ejercitación de la musculatura accesoria. Para ello el fisioterapeuta responsable realizará un programa de rehabilitación específico y adaptado a las necesidades de cada uno de sus pacientes.

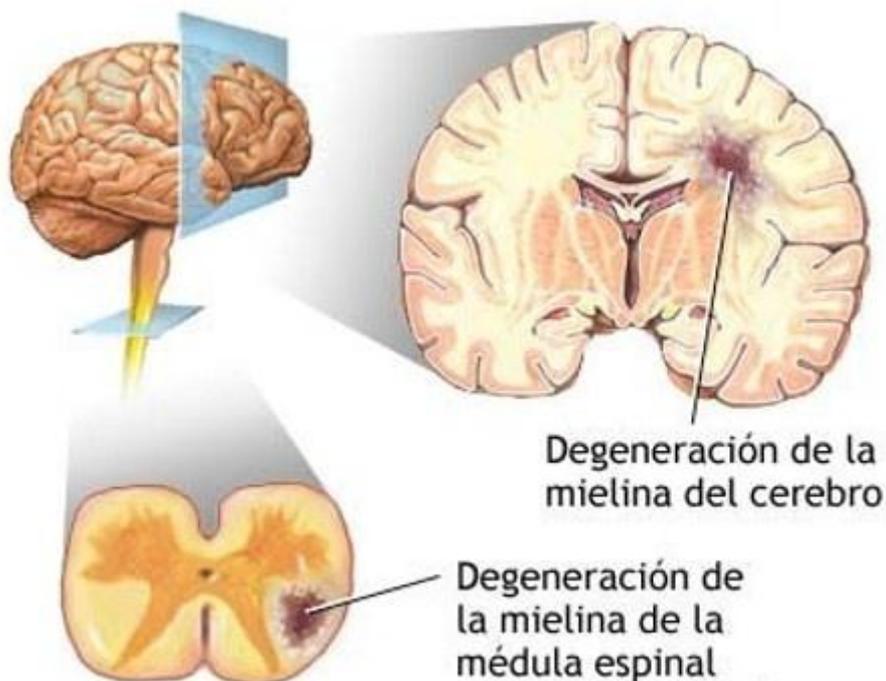
¿Qué es la ESCLEROSIS MULTIPLE?

La **Esclerosis Múltiple** es una enfermedad neurológica crónica que consiste en la aparición de lesiones focales en la sustancia blanca, denominadas placas, donde lo más llamativo es la pérdida de mielina, con un grado variable de destrucción axonal. Estas lesiones suelen ser múltiples y están distribuidas por todo el Sistema Nervioso Central (SNC).

Causas de la ESCLEROSIS MULTIPLE

Aún **no se conocen** las causas de la **Esclerosis Múltiple**, sin embargo gran cantidad de investigaciones sobre esta enfermedad hacen suponer que se debe a una reacción anormal del sistema inmunológico del cuerpo, quien normalmente le defiende contra organismos invasores (bacterias y virus), pero en este caso el organismo ataca sus propios tejidos y células y más concretamente la mielina.

La **Esclerosis Múltiple no es una enfermedad hereditaria**, sin embargo la enfermedad está influenciada por la constitución genética del individuo y se ha demostrado que existen genes que están relacionados con un mayor riesgo de contraer la enfermedad.



La sintomatología es muy variada y dependerá de la localización de la lesión. Habitualmente cursa en brotes, aunque existen formas progresivas. Su etiología es desconocida en la actualidad.

Es la enfermedad neurológica crónica más frecuente en adultos jóvenes en Europa y Norteamérica. En España estamos en una zona de riesgo medio-alto. Afecta principalmente a adultos jóvenes, entre 20 y 50 años.

Síntomas de la ESCLEROSIS MULTIPLE

Los síntomas de la Esclerosis Múltiple pueden simular los de muchos otros trastornos neurológicos. La enfermedad se diagnostica descartando otras afecciones.

Debido a que los nervios en cualquier parte del cerebro o la médula espinal pueden resultar dañados, los pacientes con Esclerosis Múltiple pueden tener síntomas en muchas partes del cuerpo.

Síntomas musculares: Pérdida del equilibrio, espasmos musculares, entumecimiento o sensación anormal en cualquier área, problemas para mover los brazos y las piernas, problemas para caminar, problemas con la coordinación y para hacer movimientos pequeños, temblor en uno o ambos brazos o piernas, debilidad en uno o ambos brazos o piernas.

Síntomas vesicales e intestinales: Estreñimiento y escape de heces, dificultad para comenzar a orinar, necesidad frecuente de orinar, urgencia intensa de orinar, incontinencia urinaria.

Síntomas oculares: visión doble, molestia en los ojos, movimientos oculares rápidos e incontrolables, pérdida de visión (usualmente afecta un ojo a la vez).

Entumecimiento, hormigueo o dolor: dolor facial, espasmos musculares dolorosos, sensación de picazón, hormigueo o ardor en brazos y piernas.

Otros síntomas cerebrales y neurológicos: disminución del período de atención, de la capacidad de discernir y pérdida de la memoria, dificultad para razonar y resolver problemas, depresión o sentimientos de tristeza, mareos o pérdida del equilibrio, hipoacusia.

Síntomas sexuales: problemas de erección, problemas con la lubricación vaginal.

Síntomas del habla y de la deglución: lenguaje mal articulado o difícil de entender, problemas para masticar y deglutir

La fatiga es un síntoma común y molesto a medida que la Esclerosis Múltiple progresa y con frecuencia es peor al final de la tarde.

Tratamientos de la ESCLEROSIS MULTIPLE

Los objetivos terapéuticos en esta enfermedad serán mejorar los episodios agudos, **frenar la progresión** de la enfermedad y el tratamiento de los síntomas y las complicaciones. El tratamiento rehabilitador se centrará en las consecuencias de la enfermedad y el objetivo fundamental será prevenir y reducir las discapacidades y minusvalías.

El tratamiento será individualizado e integrado dentro del equipo interdisciplinario de **Vitalia**, por lo que deben efectuarse intervenciones terapéuticas en diversas ocasiones con objetivos diferentes dada la evolución de esta patología. Todas las áreas afectadas en un usuario serán susceptibles de tratarse en cualquier momento evolutivo de la enfermedad.

Cómo prevenir la ESCLEROSIS MULTIPLE

La causa de la enfermedad es, por el momento desconocida, por lo que no es posible su prevención. Es recomendable realizar visitas periódicas al neurólogo para que haga un seguimiento de la enfermedad.

¿Qué es **FRACTURA DE CADERA**?

Una fractura de cadera es una ruptura en el fémur (hueso del muslo) de la articulación de la cadera. Se trata de una lesión muy seria que requiere atención médica inmediata.

La **Osteoporosis** es una enfermedad que afecta principalmente a las personas mayores, ya que a medida que envejecemos, la parte interna del hueso se vuelve porosa a causa de la pérdida de calcio. Desde el punto de vista epidemiológico, las fracturas de cadera son más comunes en mujeres que en hombres, porque éstas tienen menos masa ósea y a partir de la menopausia la pérdida de calcio es mayor, lo que incrementa el riesgo de fractura ante una caída o un golpe fuerte.

Esta enfermedad crónica causa alrededor de 40.000 Fracturas de cadera y epidemiológicamente, las fracturas más frecuentes del anciano y las relacionadas con la fragilidad ósea por la **Osteoporosis** son:

- Las vertebrales
- Las del radio distal
- Las de la cadera y tercio proximal del fémur
- Las del húmero proximal

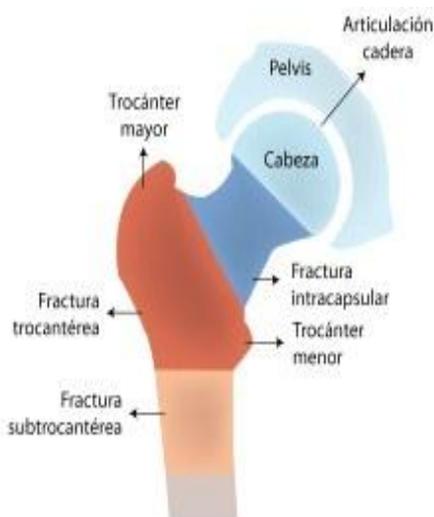
La edad media de los pacientes con fractura de cadera está por encima de los 80 años, y casi el 80% de los fracturados son mujeres, en una relación de 3:1. Esta proporción no se ha visto modificada con el paso de los años. El riesgo anual de sufrir una Fractura de cadera se relaciona con la edad, y alcanza un 4% de riesgo en las mujeres con más de 85 años.

A continuación detallamos con la siguiente tabla, facilitada por el Ministerio de Sanidad, la distribución por sexo de los pacientes, los casos atendidos por Fractura de cadera en el año 2008 y su edad media (Datos obtenidos del CMBD y del INE).

	Varones			Mujeres			Total		
	Casos	Tasa por 100.000 habitantes	Edad Media	Casos	Tasa por 100.000 habitantes	Edad Media	Casos	Tasa por 100.000 habitantes	Edad Media
1997	8.917	46,01	72,08	25.957	128,49	80,13	34.876	88,11	78,07
1998	9.120	46,89	72,69	26.977	133,06	80,36	36.099	90,88	78,42
1999	8.901	45,54	72,57	27.092	132,94	80,56	35.997	90,16	78,58
2000	9.177	46,54	73,00	27.759	135,11	80,78	36.942	91,75	78,85
2001	9.730	48,76	73,00	29.217	140,71	80,94	38.955	95,66	78,96
2002	9.988	49,28	73,45	29.918	142,14	81,19	39.920	96,63	79,25
2003	10.492	50,87	73,99	30.988	144,95	81,29	41.510	98,82	79,44
2004	10.601	50,51	74,27	31.387	144,61	81,38	41.998	98,37	79,58
2005	11.158	52,22	74,51	32.519	147,61	81,73	43.677	100,64	79,89
2006	11.252	51,79	74,97	33.086	148,08	81,87	44.341	100,62	80,12
2007	11.873	53,59	75,38	34.474	151,75	81,88	46.350	103,29	80,21
2008	12.308	54,67	75,71	34.997	151,63	82,13	47.308	103,76	80,46

Tipos de FRACTURA DE CADERA

Las fracturas de cadera se clasifican según su localización anatómica y son: intertrocanteréas, de cuello femoral, de cabeza femoral y subtrocanteréas.



Causas de FRACTURA CADERA

Las caídas y la **Osteoporosis** son las causas más frecuentes de las fracturas de cadera.

Factores de riesgo de FRACTURA CADERA

Aunque los factores de riesgo de una fractura de cadera son complejos, ofreceremos una visión general de los problemas. Los tres que destacamos son factores de riesgo esqueléticos, factores de riesgo relacionados con las caídas y factores de riesgo complejos. Dentro de éstos últimos encontramos algunos modificables (*) y otros no:

- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Raza blanca
- Osteoporosis (*)
- Sedentarismo (*)
- Déficit visual (*)
- Marcha inestable (*)
- Trastornos alimenticios: desnutrición, alcoholismo, obesidad, etc. (*)

Síntomas de FRACTURA CADERA

Generalmente los síntomas aparecen posterior a la caída, aunque a menudo, se desconoce si la fractura se produce por la caída, o primero se fractura la cadera y sucede la caída.

Los signos y síntomas son:

- Dolor en la región inguinal y el trocánter mayor. En ocasiones este dolor se irradia a la rodilla.
- Impotencia funcional, no poder mover la cadera

- Nos encontraremos la extremidad afectada más acortada y con rotación externa, es decir, con el pie mirando hacia afuera
- Debilidad en los músculos de la cadera

Tratamiento de FRACTURA CADERA

En la actualidad, la asistencia a los pacientes con fracturas de la cadera que generalmente tienen edades por encima de los 65 años, deben contemplarse bajo un punto de vista multidisciplinario, ya que esta asistencia no queda reducida solamente al tratamiento local de la fractura, sino también a todas las actuaciones que hay que realizar desde el mismo momento de la caída y que comprenden las llevadas a cabo durante las fases de emergencia y urgencia, pasando por el tratamiento médico quirúrgico de la fase aguda, la recuperación funcional y los cuidados continuados y de rehabilitación, tanto hospitalarios como a domicilio.

La rehabilitación física con el fisioterapeuta ha de instaurarse cuanto antes después de una fractura de cadera e incluye la mejora de la movilidad, el acondicionamiento muscular, el entrenamiento de la marcha, las transferencias y la mejora del equilibrio.

Prevención de FRACTURA CADERA

La prevención, como en todo, pasa por tratar la mayor cantidad posible de factores de riesgo para la fractura. Es evidente que no se puede modificar el sexo, la edad o la raza, sin embargo, la osteoporosis, puede ser diagnosticada y prevenida desde mucho antes de hacerse mayor, logrando una buena reserva de calcio en los huesos.

Se pueden prevenir las caídas. Quizás la mejor forma de prevenir muchas cosas, incluidas las fracturas, es manteniendo una adecuada actividad física, acorde con la edad y características de cada persona. Se recomiendan en general paseos de 30 minutos al día como mínimo, ya que esto mantiene en buen estado a los músculos y permite a las articulaciones no perder sus rangos de movilidad.

No se puede dejar de mencionar, la buena y equilibrada alimentación, puesto que la desnutrición es otro elemento de riesgo importante para prácticamente todas las enfermedades.

Una serie de recomendaciones generales para prevenir las fracturas de cadera serían las siguientes:

- Favorecer una nutrición correcta
- Aumentar la ingesta de calcio con la edad
- Practicar una actividad física adecuada
- Reducir factores de riesgo que dan lugar a la pérdida de masa ósea como el consumo de alcohol y tabaco, una inmovilización prolongada, etc.
- Promover la necesidad de un hábitat adecuado, es decir, buena iluminación, accesos, suelos, supresión de barreras, eliminación de alfombras, para la prevención de caídas
- Controlar el consumo de medicamentos que suponen un factor de riesgo
- Recomendar programas de activación física y mental en personas ancianas

*¿Qué es **DEPRESION**?*

La Depresión es un síndrome geriátrico frecuente que produce un alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad en la población. Se trata de una alteración afectivo-conductual, caracterizada por sentimientos de tristeza, inhibición de ideas y que afecta también a la psicomotricidad. Quizá esta tríada se deba a una disminución de la vitalidad, que se expresa tanto en la esfera psíquica como en la corporal. Esto altera la calidad de vida del que la sufre, y además, es un problema social y de salud pública.

Los estudios epidemiológicos sobre prevalencia de las diferentes alteraciones depresivas varían según el instrumento de diagnóstico utilizado, sea la entrevista psiquiátrica o la aplicación de escalas orientativas, y según el grupo poblacional al que se estudie.

En lo que coinciden la mayoría de estudios y de autores es que los trastornos afectivos del anciano están infradiagnosticados e infratratados.

Factores de riesgo:

Factores neurológicos: Enfermedad de Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple, Enfermedades vasculares, Enfermedad de Huntington

Factores endocrinos: Hipotiroidismo, Hiperparatiroidismo, Enfermedad de Cushing, Hipopituitarismo

Trastornos infecciosos: Influenza, Neurosífilis, Hepatitis, HIV, Herpes Zoster

Trastornos inflamatorios: Lupus, Artritis

Trastornos neoplásicos: Cáncer de mama, riñón, pulmón, ovario, páncreas, leucemia, linfomas

Trastornos cardiovasculares: Postinfarto de miocardio, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca

Trastornos nutricionales: Desnutrición, hipo o hiperpotasemia, déficit vit. B12, hipo o hipernatremia, hipo o hipercalcemia

Los Síntomas de la **DEPRESION**

Aunque el síntoma nuclear de la Depresión es el descenso del estado de ánimo, en los pacientes geriátricos, con dificultades para el proceso mental de las emociones y los sentimientos, pueden no percibir este estado de ánimo alterado y reparar más sintomatología en la esfera física.

Todo esto trae como consecuencia que la Depresión en los mayores no se detecte adecuadamente y que con frecuencia estemos ante depresiones enmascaradas. En bastantes casos este trastorno es bipolar, es decir, a una fase de depresión sigue otra de euforia, manía (enfermedad maniaco-depresiva) en la que la tríada anterior cambia de signo: euforia, fuga de ideas e hiperactividad.

Los síntomas depresivos geriátricos frecuentes son:

- Actitud deprimida, irritabilidad o ansiedad
- Falta de confianza en sí mismo, baja autoestima y remordimiento
- Mala concentración y mala memoria
- Pérdida de interés en las actividades usuales, pérdida de apegos, retracción social
- Pensamientos recurrentes de muerte
- Síntomas psicomotores como enlentecimiento o agitación
- Anorexia y pérdida de peso
- Insomnio
- Ideas delirantes de falta de valía y de mala salud
- Alucinaciones depresivas auditivas y visuales
- Sentimientos de culpa excesivos

Tratamientos de la DEPRESION

Respecto al abordaje terapéutico de la Depresión, en la actualidad, disponemos de medidas farmacológicas, técnicas de psicoterapia y psicosociales. La clave para tratar la Depresión en nuestros mayores es la identificación y la intervención precoz.

La psicoterapia es muy eficaz y útil en depresiones con poco tiempo de evolución.

La mayoría de los antidepresivos han demostrado su eficacia en la población mayor. El antidepresivo ideal debiera no ser cardiotoxico con bajo poder sedativo y no interferir en las funciones de memoria, por lo tanto la elección dependerá de los efectos adversos, el nivel de tolerancia y posibles alteraciones con otros fármacos.

Cura de la DEPRESION

La Depresión generalmente responde de manera eficaz al tratamiento. Si no se detecta, la Depresión puede llevar a complicaciones. El pronóstico generalmente es bueno para aquellas personas que tengan acceso al tratamiento adecuado. En la mayoría de los estudios de seguimiento de la Depresión en ancianos podemos observar como sigue "la regla de los tercios".

Esto quiere decir que un tercio mejora y siguen mejor, otro tercio mejora pero recae y el último tercio no mejora o lo hace levemente. Estas cifras coinciden con los trabajos de Cole.

Cómo prevenir la DEPRESION

La prevención de este tipo de enfermedades es más importante que el propio tratamiento, por tanto el hecho de permanecer física, mental y socialmente activo puede ayudarle a reducir el riesgo de Depresión.