

Revisión sistemática de los procesos degenerativos en la tercera edad

Autor: Sánchez González, Mónica (Fisioterapeuta).

Público: Fisioterapeutas. **Materia:** Investigación. Área: Área de Investigación en Ciencias de la Salud - Fisioterapia. **Idioma:** Español.

Título: Revisión sistemática de los procesos degenerativos en la tercera edad.

Resumen

La artrosis es un proceso de degeneración de los cartílagos por un uso excesivo. Se da en paciente de edad avanzada, aunque también existen grupo de riesgo como son los deportistas, ya que realizan actividades de alto impacto. Su sintomatología se caracteriza por el dolor y la inflamación de las articulaciones, acompañada con rigidez matutina que mejora a lo largo del día. En esta patología cobra gran relevancia el tratamiento fisioterápico, con el fin de paliar su sintomatología y de prevenir su avance.

Palabras clave: Artrosis, fisioterapia, tercera edad.

Title: Systematic review of degenerative processes in the elderly.

Abstract

Arthrosis is a process of cartilage degeneration due to excessive use. It occurs in the elderly patient, there is also the risk group as a child of athletes, since high-impact activities are carried out. Its symptoms are characterized by pain and inflammation of the joints, accompanied by a morning stiffness that improves throughout the day. In this pathology, physiotherapeutic treatment is very important, in order to alleviate its symptoms and prevent its advancement.

Keywords: Osteoarthritis, physiotherapy, seniors.

Recibido 2018-07-29; Aceptado 2018-08-02; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098161

INTRODUCCIÓN

Los procesos degenerativos se caracterizan por un deterioro por sobreuso del cartílago articular, que puede incluso llegar a desaparecer cuando las patologías se encuentran en un estado muy avanzado. ^(1,2,3)

Por otro lado, también pueden ser causadas por una mala proliferación del tejido óseo, cuando estas nuevas formaciones se sitúan en áreas subcondrales o por ejemplo en estructuras periféricas de una articulación. Este tipo de afecciones suelen estar ligadas a personas que se sitúan en edades más avanzadas. ^(1,4,5,6)

LA ARTROSIS.

La artrosis es un proceso degenerativo de las articulaciones móviles. La membrana sinovial experimenta un proceso inflamatorio crónico que también afecta a la capsula articular. Con el paso del tiempo suele aparecer una fibrosis de la sinovial y de la capsula, con su consiguiente reducción del movimiento articular. ^(1,3,4,5,7)

El objetivo principal del tratamiento fisioterápico es aliviar el dolor y la rigidez articular, manteniendo siempre el arco completo de movimiento. También es importante tratar de conservar la fuerza muscular para evitar futuras atrofias. Todo el tratamiento deberá de ser individualizado en función de la localización y del estado en que se encuentra dentro de la enfermedad y la sintomatología que presente el paciente. ^(1,4,6,8)

La termoterapia siempre es una técnica de elección en estos casos ya sea por conducción o por calor local. Es empleada para producir un alivio del dolor y de cara a preparar las articulaciones en las fases previas a la realización de ejercicios, ya sean de tipo estiramiento o de fortalecimiento muscular. ^(1,3,6,9)

Para mantener la movilidad y la fuerza muscular, se han de realizar ejercicios activos, preferentemente en suspensión y sin carga que genere impacto en las articulaciones. La tonificación muscular se ha de realizar a través de ejercicios de tipo isométricos y eventualmente podrán incluirse ejercicios activo-asistidos moderados, ya que una carga excesiva puede generar dolor en el paciente. ^(1,2,5,7,9)

Para retardar lo máximo posible el avance de la patología es aconsejable dar unas pautas de ergonomía básicas a los pacientes que les permita realizar sus actividades de la vida diaria, pero sin esfuerzos ni tensiones sobre las zonas que presenten artrosis. ^(2,5,7) Algunos de ellos serían mantener un control de la obesidad, evitar la carga de pesos, coger el ascensor en lugar de subir y bajar las escaleras, proteger las articulaciones afectadas de los movimientos extremos y de los traumatismos, empleo de un bastón para la deambulación en el lado contralateral al que se presente la artrosis para descargar la zona o intercalar periodos de descanso a lo largo de la rutina diaria para evitar la inflamación articular. ^(1,4,6,8,9,10)

Siempre se ha de evitar las intervenciones quirúrgicas, pero en los casos que ya es necesario, por norma general se suelen emplear las artrodesis y la osteotomía. En el primer caso, ésta consiste en la unión de las superficies articulares, y, aunque alivia el dolor, genera una gran pérdida de movilidad, haciendo que por compensación las articulaciones periféricas se ven obligadas a compensar el movimiento. ^(1,4,6,8) Por ello, actualmente prácticamente se usa de forma exclusiva para el tratamiento de la rizartrrosis. Respecto a la osteotomía, es la técnica más empleada en las rodillas que presentan desviaciones sobre el eje axial, sin encontrarse en fases muy avanzadas. Permite la correcta distribución de la carga de una forma mucho más exacta, por lo que se produce un retraso del deterioro articular y se mejora el dolor. ^(1,3,6,8,9,11)

LA COXARTROSIS

Es una de las localizaciones más frecuentes de la artrosis. Es una de sus formas más invalidantes ya que por la zona en la que se encuentra y por la deformidad que produce llega a impedir la marcha de forma correcta. Ocasiona dolor de tipo mecánico, e decir, no duele en reposo, pero sí en la deambulación. ^(1,3,6,8,10,11)

El dolor obliga al paciente a claudicar en cada paso que da, y a ello se une una disimetría de cadera, por lo que la distribución de peso no será equitativa, más una atrofia de la musculatura glútea que producirá una cojera manifiesta que obligará el uso de un bastón o en algunos casos más avanzados una muleta. ^(1,3,5,7,9,11)

El tratamiento fisioterápico se basará en las pautas de economía articular, haciendo hincapié en evitar las marchas prolongadas o estar en bipedestación largos periodos de tiempo. Tampoco son aconsejables la realización de ejercicios muy intensos o de gran impacto, una sedestación prolongada que ocasiona una tendencia flexora y el uso de calzado cerrado que sujete el pie con una suela que amortigüe el impacto del talón al caminar. ^(1,3,5,6,9)

Dentro de las pautas para la mejora de la movilidad articular y su fuerza se puede emplear las técnicas de trabajo muscular, tanto en su versión analítica como en su versión global, mediante contracciones isométricas e isotónicas de todo el miembro inferior, insistiendo en la musculatura glútea, el tríceps coxae, los pelvitrocantéreos y la musculatura del cuádriceps e isquiotibiales. Ocasionalmente y de forma controlada, para aumentar un poco la carga de trabajo se podrán emplear resistencias mecánicas o de tipo manual, siempre evitando la sobrecarga muscular y la fatiga del paciente. ^(1,4,6,7,9,11)

Otra técnica muy empleada en la actualidad para complementar el tratamiento de este tipo de pacientes es la facilitación neuromuscular propioceptiva, ya sea a través de la gimnasia lumbo-abdominal y vertebral, para prevenir la fatiga de la columna que puede ocasionar una rigidez de cadera; y puede ser aplicada también a la corrección del patrón de marcha mediante estímulos sensoriales que le otorguen al paciente información de su alineación corporal y de su higiene postural. ^(1,3,6,8,9,10)

Cualquier tipo de corrección o de técnica postural, de movilización o ejercicio de tonificación siempre se ha de realizar fuera de la crisis de dolor y dentro de la medida de lo posible en descarga para no mantener ningún tipo de impacto sobre la articulación afectada del paciente a tratar con fisioterapia. ^(1,3,5,7,8,10)

El dolor y la gran invalidez que supone, da pie a la evolución del proceso artrósico. En este tipo de pacientes si es necesario la intervención quirúrgica ya sea a nivel preventivo, como son las osteotomías de prevención, o a nivel paliativo como las osteotomías, artoplastias o artodesis totales o parciales. ^(1,3,5,7,8)

El tratamiento a realizar antes de la intervención quirúrgica siempre será común en los aspectos a abordar, y se centrará en ejercicios respiratorios, para la expansión de la caja torácica mientras que el paciente se encuentre encamado y para mantener la misma capacidad respiratoria de cara a cuando recupere la marcha; ^(1,4,6,8) la potenciación de la musculatura del cuádriceps y de los glúteos principalmente para mantener los miembros inferiores fuertes y siempre abordando el tratamiento desde un punto de vista isométrico para no generar dolor e impacto en la rodilla; y por último la

potenciación de las extremidades superiores, en caso de osteotomías, debido al tiempo que deberá el paciente efectuar la deambulación con una descarga mediante el empleo de las muletas. ^(1,3,5,7,9,11)

En lo que se refiere al tratamiento postoperatorio, en las osteotomías ira encaminado a la prevención de las futuras complicaciones de tipo vascular y respiratorias, al mantenimiento de la movilidad general de las extremidades periféricas a las que se realizo la intervención y finalmente a la potenciación de la musculatura de ambos miembros inferiores por igual para evitar descompensaciones en la futura marcha. ^(1,3,5,7,9)

Bibliografía

1. López, F. (2006). Artrosis. Revista clínica electrónica en atención primaria, (11), 0001-4
2. Richmond J, Hunter D, Irrgang J, Jones MH, Levy B, Marx R. Treatment of osteoarthritis of the knee (nonarthroplasty). J Am Acad Orthop Surg. 2009;17(9):591-600.
3. Brosseau L, MacLeay L, Welch V, Tugwell P, Wells GA. Intensity of exercise for the treatment of osteoarthritis (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD004259.
4. Panush RS. Is there a role for diet or other questionable therapies in managing rheumatic diseases? Bull Rheum Dis 1993; 42: 1-4.
5. Stemberger R, Kersch-Schindl K. Osteoarthritis: physical medicine and rehabilitation-nonpharmacological management. Wien Med Wochenschr. 2013;163(9-10):228-35.
6. Fransen M, McConnell S. Land-based exercise for osteoarthritis of the knee: a metaanalysis of randomized controlled trials. J Rheumatol 2009; 36: 1109-1117
7. Hochberg M, Altman R, Brandt K, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part II: Osteoarthritis of the Knee. Arthritis Rheum 1995; 38: 1541-6
8. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: part III: Changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. Osteoarthritis Cartilage. 2010;18(4):476-99.
9. Mei-Hwa Jan, Jiu-Jeng Lin, Jiann-Jong Liao, Yeong-Fwu Lin, Da-Hon Lin Investigation of Clinical Effects of High and Low-Resistance Training for Patients With Knee Osteoarthritis: A Randomized Controlled Trial. PHYS THER. 2008;88:427-436.
10. Monfort, J., & Benito, P. (2006). El ácido hialurónico en el tratamiento de la artrosis. Reumatología clínica, 2(1), 36-43.
11. Roddy E, Zhang W, Doherty M. Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. Ann Rheum Dis 2005; 64: 544-548.