

# Urgencias en Reumatología

Marlio Charry Barrios<sup>1</sup>

## Resumen

**Las enfermedades reumáticas se ven inicialmente en el servicio de emergencias; por esta razón los médicos deben tener los conocimientos que les permite hacer un tratamiento apropiado y oportuno de estos problemas y si es necesario remitir el paciente al reumatólogo; este servicio debe ser garantizado pues es sabido que es necesario y costo efectivo.**

**Palabras clave: Emergencia, artritis, reumatismo, reumatología, lupus, cuidado crítico, osteoporosis**

## Summary

**The rheumatic diseases are seen initially in the emergency room; for this reason the doctors should have the knowledge to allow them to make an appropriate and opportune treatment of these problems and if it is necessary, to refer the patient to the rheumatologist; this service should be guaranteed then, because it is known to be necessary and cost-effective.**

**Key words: Emergency - arthritis - rheumatism.**

## Introducción

Una emergencia es un accidente fortuito o necesidad urgente, la artritis es la inflamación de una articulación, y el reumatismo es un trastorno caracterizado por dolor y rigidez atribuibles al sistema músculo-esquelético. El dolor es un estado de conciencia con tono afectivo impregnado de matices desagradables, a veces muy intensos, que se acompañan de reacciones que tienden a eludir las causas que lo provocan. El es-

pectro de las urgencias en reumatología es correspondiente al espectro de cualquier población y de las enfermedades reumáticas en general; la población colombiana ha venido evolucionando hacia el envejecimiento con disminución de la base de la pirámide; por todo lo anterior, las urgencias reumatológicas se pueden presentar a cualquier edad, en ambos sexos, en todas las razas, estratos socio-económicos y profesiones. Estos casos urgentes pueden ir desde un problema leve a uno muy grave que pone en riesgo la vida de la persona y obliga incluso a ser tratados en una unidad de cuidado intensivo. Las urgencias pueden ser de carácter infeccioso o no, presentarse en la población adulta o pediátrica, ser localizadas, regionales o sistémicas, primarias por enfermedad reumática debido a complicaciones de estas o no, o secundarias al tratamiento de estas enfermedades, complicaciones de enfermedades concomitantes o una combinación de todas las anteriores. Estas características hacen que su manejo sea sencillo o complejo; en el primer caso podrían ser manejadas por cualquier médico general, médico de familia o médico internista, siendo afortunadamente la mayoría de los pacientes. Una proporción menor son problemas complejos que ameritan el manejo por un reumatólogo e incluso con enfoque multidisciplinario. Esto obliga a que el enfoque diagnóstico y terapéutico sean lo más preciso posible para obtener buenos resultados y, desde luego, la racionalización de los recursos económicos tan escasos por estas épocas en los diferentes sistemas de salud en el mundo, sin poner en peligro la vida de las personas.

La Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor realizó en el año 2001 una encuesta a los colombianos sobre el dolor, encontrando que se originaba en la cabeza en un 30,2% de los casos; en la cara en 1,2%; el

---

<sup>1</sup> Médico Internista - Reumatólogo. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo E.S.E. Neiva, Colombia

---

Enviado para publicación: Marzo 4 de 2003  
Aceptado en forma revisada: Mayo 22 de 2003

cuello en 2,4%; la boca y la garganta en el 6,9%; el tórax o corazón en 2,0%; los brazos en el 4,5%; la espalda en 17,6%; el abdomen en 6,3%, la cadera 3,4%, como cólico menstrual en el 2,6% y en las extremidades inferiores en el 14,5%. La frecuencia del dolor fue de 9,2% en las 24 horas previas; entre uno y dos días en el 19,2%; entre tres y siete días en el 22,8%; entre ocho y treinta días en el 21,2%; entre treinta y noventa días en el 6,4% y en más de noventa en el 21,2%; en conclusión en más del 70% la frecuencia del dolor se presentó en menos de treinta días, lo que se considera como dolor agudo incluyendo en la mayoría de los casos el sistema músculo-esquelético. Sólo en el 33% de los casos, las personas consultaron al médico; esta situación puede estar reflejando una limitación en el acceso a los servicios de salud incluida una lista de espera prolongada para acceder a la consulta o recurso humano escaso, un nivel bajo de educación o de ingreso económico.

Gerstner ha presentado los “siete pilares de la sabiduría” para establecer un diagnóstico; estos son el interrogatorio, el examen físico, el examen radiológico, los exámenes de laboratorio, los exámenes histológicos, el recurso de otros especialistas y la evolución de la enfermedad. Mediante un buen análisis bayesiano logramos integrar estos pilares y definir el diagnóstico lo más preciso posible, lo cual determina la conducta subsiguiente. El Colegio Americano de Reumatología<sup>1</sup> en 1996 publicó las guías para la evaluación inicial del paciente adulto con síntomas músculo-esqueléticos agudos.

Aproximadamente el 15% de las consultas de los pacientes en general se hacen por un dolor o trastorno músculo-esquelético. Usar exámenes de laboratorio para tranquilizar a los pacientes es generalmente innecesario y los resultados de las pruebas pueden ser anormales en la ausencia de enfermedad reumática. Estas guías dan un esquema para la evaluación inicial del paciente adulto con dolor músculo-esquelético agudo (es decir, menos de 6 semanas de duración) que es visto en instituciones de primer nivel y son por lo tanto recomendadas.

### Epidemiología

Revisando la literatura se encuentra que Schlosser et. al.<sup>2</sup> fueron los primeros en revisar el tema de las urgencias en reumatología; ellos estudiaron los diagnósticos en 5592 pacientes nuevos consecutivos que se presentaron al servicio de emergencias de un hospital

general. Los pacientes considerados como “reumáticos” se analizaron además para determinar el espectro de problemas reumatológicos que se vieron en este servicio. Se estudiaron cuatrocientos ochenta y tres pacientes. El diagnóstico preciso frecuentemente no se pudo determinar, pero el grupo más grande fue de reumatismo de tejidos blandos. Este estudio muestra que una variedad amplia de “pacientes reumatológicos” son vistos inicialmente en el servicio de emergencias.

Hood<sup>3</sup>, usando el examen locomotor de tamizaje GALS (Gait, Arms, Legs, Spine - Marcha, extremidades superiores e inferiores y columna vertebral), evaluó la prevalencia de enfermedades reumáticas en pacientes admitidos con problemas médicos agudos y otros en la fase de rehabilitación de su enfermedad. La prevalencia total de la prueba de tamizaje positiva fue de 53% en el grupo de agudos y 94% en el grupo de enfermedad crónica, aunque la proporción de falsos positivos en los pacientes en rehabilitación fue de 30% debido a factores diferentes del problema reumático y que limitaban las funciones locomotoras (principalmente ortopédicos y neurológicos). El diagnóstico de un problema reumatológico fue hecho por primera vez en una minoría significativa (10%) de los pacientes y fue usualmente controlado con el tratamiento. El problema reumático más común fue la osteoartritis que alcanzó el 55% de toda la enfermedad reumática, seguido por la enfermedad articular inflamatoria (16%), y la osteoporosis (12%). Además de la osteoporosis, la enfermedad ósea de Paget y la polimialgia reumática fueron encontradas más frecuentemente en los pacientes en rehabilitación que en aquellos admitidos con un problema médico agudo. Se encontraron un número de asociaciones clínicamente importantes entre desórdenes médicos y reumáticos, como la enfermedad cerebrovascular con la capsulitis del hombro y la insuficiencia cardíaca con gota. La sensibilidad del examen de tamizaje GALS fue sumamente alta (92% y 100%), mientras su especificidad disminuyó en el grupo de rehabilitación de 83% a 17%. Esto indica que el uso rutinario del examen locomotor de tamizaje GALS debe ser considerado como parte de la evaluación de todos los pacientes hospitalizados con problemas médicos, sean agudos o crónicos<sup>3</sup>. Pal<sup>4</sup>, entre 2863 pacientes atendidos en un servicio de emergencias encontró que 85 (2,97%) se presentaron por síntomas músculo-esqueléticos. La mayoría estaba en el grupo de edad de 20 a 59 años. La mayoría de los síntomas fueron del

dorso, cuello, pecho, hombro y rodilla. Los síntomas principales fueron dolor, dolor a la presión, inflamación, rigidez, limitación de los movimientos o una combinación de estos; el resto fueron misceláneas, ej. fiebre, cefalea y parestesia.

La mayoría tenían una duración de síntomas de 1 a 7 días. Los diagnósticos fueron principalmente problemas no inflamatorios. El tratamiento que recibieron fue analgésicos/anti-inflamatorios (AINEs), férulas, Tubigrip y cuellos. Sólo dos pacientes (2.4%) se hospitalizaron. Hubo un número muy pequeño de pacientes con problemas inflamatorios. Las remisiones directas a ortopedia o reumatología serían apropiadas en algunos casos<sup>4</sup>. En un estudio chileno, Pacheco<sup>5</sup>, registró ciento cuarenta y cinco hospitalizaciones por enfermedades reumáticas. De éstos, 82 eran debidas a enfermedades reumáticas primarias. El lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide y las vasculitis fueron los diagnósticos principales y la estancia hospitalaria promedio fue de 18.5 días. Sesenta y tres pacientes requirieron una consulta con un reumatólogo, especialmente por osteoartritis y enfermedad por cristales. Las hospitalizaciones por enfermedades reumáticas son prolongadas, y corresponden al 0.46% de todas las hospitalizaciones y la principal enfermedad responsable es el lupus eritematoso sistémico<sup>5</sup>. Como resultado de esta revisión, se aconseja realizar cursos de actualización sobre medicina músculo-esquelética para los médicos que laboran en servicios de emergencias, también producir guías o algoritmos de manejo de problemas reumáticos.

### Emergencias significativas

Recientemente, Moreland<sup>6</sup> cuestiona si la artritis reumatoide de inicio reciente deba ser considerada una emergencia médica. Lard et.al.<sup>7</sup>, compararon los efectos de iniciar un tratamiento temprano o tardío modificador de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. La demora promedio en la iniciación de tratamiento modificador de la enfermedad fue de 15 días en el grupo de tratamiento temprano y 123 días en el grupo de tratamiento tardío. Había menos daño articular radiológico después de 2 años en el grupo de tratamiento temprano (puntaje de Sharp promedio, 3.5; con 95% de intervalo de confianza [IC]: 1 a 7) comparado con el grupo del tratamiento tardío (puntaje de Sharp promedio, 10; 95% IC: 5 a 5;  $P < 0.05$ ).

El área bajo la curva promedio del puntaje de actividad de la enfermedad a los 2 años fue menor en el grupo del tratamiento temprano (64 unidades; 95% IC: 59 a 69 unidades) comparado con el grupo del tratamiento tardío (73 unidades; 95% IC: 69 a 77 unidades;  $P = 0.002$ ). En esta comparación no aleatorizada, el inicio temprano de drogas anti-reumáticas modificadoras de la enfermedad estuvo asociado con un mejor resultado de la enfermedad a los 2 años<sup>7</sup>.

Gregorio Riera Espinosa después de revisar los estudios de Black<sup>8</sup>, McClung<sup>9</sup> y Ross<sup>10</sup>, en comunicación personal nos da la bienvenida al nacimiento del término “emergencia osteoporótica”, pues concluye que la aparición de una fractura considerada secundaria a osteoporosis debe verse como una emergencia médica que amerita intervención terapéutica específica, de rápida instauración, mantenida y vigilada durante varios años.

Black<sup>8</sup>, encontró que la presencia de deformidades vertebrales definidas morfológicamente predicen nuevas fracturas vertebrales y no vertebrales, incluso las fracturas de cadera pero no de la muñeca. Las radiografías de la columna para identificar deformidades vertebrales presentes pueden ser una medida adicional útil para clasificar el riesgo de una mujer de tener una nueva fractura<sup>8</sup>. Ross<sup>10</sup>, concluyó que tanto la densidad del hueso como las fracturas vertebrales prevalentes son predictores complementarios fuertes de riesgo de fractura vertebral. Los resultados sugieren que los médicos pueden usar la densidad del hueso y las fracturas vertebrales prevalentes, individualmente o en combinación, como factores de riesgo para identificar a los pacientes con mayor riesgo de nuevas fracturas<sup>10</sup>.

Rojas<sup>11</sup>, analizó 180 pacientes con lupus que consultaron a un servicio de urgencias. 164 fueron mujeres, puntaje promedio del SLEDAI-Mex de 3.8, SLICC-ACR promedio de, 1.3. La fiebre, la poliartralgia y el dolor abdominal fueron las principales causas de consulta con 26, 25 y 18 casos cada uno. Se hospitalizaron 49 pacientes y éstos fueron estadísticamente diferentes de los no hospitalizados en el nivel de educación formal (10.2 vs. 11.8,  $P = 0.03$ ); la aceptación (7.6 vs. 9,  $P = 0.0001$ ); el rash malar (57% vs. 82%, OR, 95% IC = 0.28, 0.13-0.62,  $P = 0.0008$ ), la dosis diaria de cloroquina (45 vs. 77 mg,  $P = 0.04$ ); la evaluación global del médico de la severidad de la enfermedad (5.6 vs. 2.1,  $P = 0.0001$ ) y el índice de depresión de Beck (21 vs. 16,  $P = 0.01$ ). Cinco pacientes se murieron; dos

con neumonía adquirida en la comunidad, uno con pancreatitis, trombosis múltiples, y sepsis, uno con hemorragia pulmonar; y uno con tromboembolismo pulmonar. La aceptación pobre, el nivel bajo de educación formal, la severidad de la enfermedad, la depresión, los criterios del Colegio Americano de Reumatología más bajos y los puntajes del SLICC-ACR más altos fueron variables importantes identificadas con hospitalización. El uso de la cloroquina parece tener un efecto protector. Se relacionaron como causas de muerte a las infecciones y el síndrome antifosfolípido<sup>11</sup>.

Hernández<sup>12</sup>, obtuvo resultados semejantes a los anteriores; un lupus eritematoso sistémico activo con compromiso multiorgánico, los esteroides y las infecciones fueron asociadas con mortalidad en pacientes mexicanos con lupus que consultaron a una institución de tercer nivel. Se observó un efecto protector de la enfermedad cutánea y el uso de la cloroquina<sup>12</sup>. Williams<sup>13</sup>, llama la atención sobre el hecho que una enfermedad crítica que requiere admisión a una unidad de cuidados intensivos puede ocurrir en pacientes con lupus eritematoso sistémico y el síndrome antifosfolípido. En este estudio, la supervivencia en la unidad de cuidados intensivos fue mejor que lo previamente descrito, pero la supervivencia a largo plazo fue pobre. La administración de ciclofosfamida, la leucopenia, y un puntaje alto de severidad de la enfermedad se asoció con una disminución de la supervivencia. Antes del ajuste para estos factores, sólo la enfermedad renal tuvo un efecto adverso en el resultado, pero después del ajuste, la infección y el síndrome antifosfolípido disminuyeron la supervivencia<sup>13</sup>.

### Remisión de pacientes

Debido a la complejidad de las urgencias reumatológicas y a su espectro amplio, no está definido muy bien a dónde, cuándo, quiénes y cómo deben ser remitidos a evaluación por un reumatólogo. Smith<sup>14</sup>, estudió 253 remisiones de reumatología a un servicio de urgencias: 82 de médicos generales, nueve del servicio de atención de accidentes y emergencias, y 162 de otras unidades del hospital. Sus diagnósticos comprendieron enfermedades del tejido conectivo (22), lumbalgia (46), artritis inflamatoria (59), osteoartritis (22), casos pediátricos (11), problemas de tejidos blandos (41) y 52 otros problemas. Treinta y dos necesitaron tratamiento activo dentro de las primeras 24 horas (clasificados

como emergencias); los ejemplos incluyeron lupus cerebral, hemorragia pulmonar vasculfítica, linfoma retroperitoneal con compresión del plexo sacro, arteritis temporal con disminución de la agudeza visual y monoartritis aguda. Todos necesitaron tratamiento inmediato; únicamente uno murió.

La mayoría (176 casos) fueron menos urgentes y necesitaron consulta dentro de 48 horas. Los ejemplos incluyeron fractura vertebral osteoporótica y enfermedad reumatoide aguda. Cuarenta y cinco pacientes pudieron haberse visto por consulta externa; los ejemplos incluyeron epicondilitis y capsulitis adhesiva. El servicio requirió 1 día por semana de tiempo del personal médico a un costo promedio de 45 libras por caso. Esto lleva a concluir que es necesario asegurar la atención de reumatología en emergencias, pudiéndose dar dentro del tiempo habitual de trabajo y es costo efectivo<sup>14</sup>. Hurst<sup>15</sup>, evaluó el efecto de los tiempos de espera sobre la salud de los pacientes remitidos a valoración reumatológica no urgente. Encontró que racionalizando los recursos a través del aplazamiento de la consulta no fue perjudicial para la salud mental o física y los pacientes en ambos brazos del estudio mostraron mejoría significativa y similar en la salud a los 15 meses. El gasto de los recursos en tiempo de espera, sin tener en cuenta los resultados clínicos, es probable que sean malgastados y los recursos adicionales deben dirigirse a lograr un mayor beneficio clínico. Se necesita más investigación en métodos eficaces para controlar la demanda y la mejor identificación de aquellos que se benefician del acceso al cuidado por especialista<sup>15</sup>. Se ha determinado que el diagnóstico fue la causa principal de referencia en el 78% de los casos<sup>16</sup>. El diagnóstico del especialista fue idéntico a esos del médico general en el 44% de los casos. El grado más bajo de correlación se encontró para los pacientes remitidos con artritis reumatoide y el síndrome de Sjögren primario; pareciendo estos difíciles de hacer en la práctica general<sup>16</sup>. Harrington<sup>17</sup>, revisando previamente a la consulta las historias clínicas de los pacientes, encontró que sólo el 59% de los pacientes remitidos requirieron una consulta con reumatología para un cuidado apropiado. Algunos problemas fueron rápidamente resueltos sin necesidad de una consulta. En algunos casos, consultar a otra especialidad o continuar el cuidado anterior fue considerado ser más apropiado. La última alternativa no comprometió los resultados en estos pacientes.

Se considera que la revisión en pre-consulta de nuevos pacientes debe ser una estrategia importante para disminuir los costos del cuidado de la salud, manejar mejor la escasez del personal, mejorar el acceso y la coordinación del cuidado de la enfermedad reumática<sup>17</sup>.

Debido a que hay un número importante de enfermedades reumáticas que son sistémicas, complejas y pueden comprometer la vida de los pacientes, el Colegio Americano de Reumatología<sup>18</sup> considera que los pacientes deben ser remitidos al reumatólogo cuando el diagnóstico no esté definido, los síntomas no estén controlados, haya un aumento de la discapacidad o deformidad, existan complicaciones de la enfermedad, no esté definido el tratamiento, se considere iniciar tratamiento inmunosupresor, o realizar un manejo quirúrgico, se presenten complicaciones por las medicaciones, el paciente solicite una opinión especializada o cualquier combinación de las anteriores opciones.

En resumen, los problemas reumáticos son frecuentes en la población colombiana y a pesar que sólo una minoría consulta al médico, un número significativo de ellos podrían estar consultando inicialmente a un servicio de urgencias; teniendo en cuenta que el espectro y la complejidad de estos problemas es amplio, es importante que los médicos que atienden en los servicios de urgencias constantemente estén actualizando los conocimientos en las enfermedades reumáticas, para así poder establecer correctamente el diagnóstico y tratamiento del paciente. Si el caso sobrepasa sus capacidades, remitir en forma oportuna al reumatólogo, quien determinará el tratamiento inmediato o posterior y el escenario donde deba darse incluidas las unidades de cuidado intensivo si el caso lo amerita. Después de controlar la urgencia reumatológica el médico general, el internista o el reumatólogo pueden definir dónde, quién y cuándo debe continuar el cuidado subsiguiente del paciente, teniendo en cuenta la racionalización de los recursos humanos y económicos, utilizando las diferentes estrategias diseñadas para estos casos como son las guías de manejo y las listas de espera sin deteriorar la salud mental o física del paciente. La revisión continua de esta casuística debe servir para establecer las políticas en salud y los contenidos en la enseñanza de las enfermedades reumáticas y de esta forma obtener mejores resultados en la resolución de los problemas reumáticos y así mejorar la calidad de vida de la población.

## Referencias

1. American College of Rheumatology ad hoc Committee on clinical guidelines. Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 1-8.
2. Schlosser G, Doell D, Osterland CK. An analysis of rheumatology cases presenting to the emergency room of a teaching hospital. *J Rheumatol* 1988; 15: 356-358.
3. Hood C, Johnson J, Kelly C. What is the prevalence of rheumatic disorders in general medical inpatients?. *Postgrad Med J* 2001; 77: 774-777.
4. Pal B, Quennell P, Hawes S. A review of accident and emergency attendances for non-traumatic musculo-skeletal complaints. *Rheumatol Int* 2000; 19: 171-175.
5. Pacheco D, Alvarez ME, Vizcarra G, Fuentealba C, Marinovic MA, Ballesteros F. Characteristics of hospitalization of patients with rheumatic diseases admitted to a tertiary care hospital. *Rev Med Chil* 2001; 129: 653-659.
6. Moreland LW, Bridges SL Jr. Early rheumatoid arthritis: a medical emergency?. *Am J Med* 2001; 111: 498-500.
7. Lard LR, Visser H, Speyer I, vander Horst-Bruinsma IE, Zwinderman AH, Breedveld FC, Hazes JM. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med* 2001; 111: 446-451.
8. Black DM, Arden NK, Palermo L, Pearson J, Cummings SR. Prevalent vertebral deformities predict hip fractures and new vertebral deformities but not wrist fractures. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *J Bone Miner Res* 1999; 14: 821-828.
9. McClung MR. Therapy for fracture prevention. *JAMA* 1999; 282: 687-689.
10. Ross PD, Genant HK, Davis JW, Miller PD, Wasnich RD. Predicting vertebral fracture incidence from prevalent fractures and bone density among non-black, osteoporotic women. *Osteoporos Int* 1993; 3: 120-126.
11. Rojas-Serrano J, Cardiel MH. Lupus patients in an emergency unit. Causes of consultation, hospitalization and outcome. A cohort study. *Lupus* 2000; 9: 601-606.
12. Hernández-Cruz B, Tapia N, Villa-Romero AR, Reyes E, Cardiel MH. Risk factors associated with mortality in systemic lupus erythematosus. A case-control study in a tertiary care center in Mexico City. *Clin Exp Rheumatol* 2001; 19: 395-401.
13. Williams FMK, Chinn S, Hughes GRV, Leach RM. Critical illness in systemic lupus erythematosus and the antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 414-421.
14. Smith EC, Berry H, Scott DL. The clinical need for an acute rheumatology referral service. *Br J Rheumatol*, 1996; 35: 389-391.
15. Hurst NP, Lambert CM, Forbes J, Lochhead A, Major K, Lock P. Does waiting matter? A randomized controlled trial of new non-urgent rheumatology out-patient referrals. *Rheumatology* 2000; 39: 369-376.
16. Gran JT. Why are patients referred to outpatient clinic of rheumatology?. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001; 121: 2294-2296.
17. Harrington JT, Walsh MB. Pre-appointment management of new patient referrals in rheumatology: a key strategy for improving health care delivery. *Arthritis Rheum* 2001; 45: 295-300.
18. <http://www.rheumatology.org/research/guidelines/refer/refer.html> (mayo 05 de 2003)