



Prevalencia de urgencias reumatológicas en pacientes del Hospital General de Zona número 29

RESUMEN

Objetivo: investigar la prevalencia de las enfermedades reumáticas que requirieron admisión a los servicios de urgencias de enero de 2011 a diciembre de 2012.

Material y método: estudio retrospectivo de los registros del servicio de urgencias para identificar las enfermedades reumáticas más frecuentes.

Resultados: en 2011 ingresaron a urgencias 18,210 pacientes, 35 con enfermedades reumáticas: 11 con lupus y 8 con artritis reumatoide, la edad promedio fue de 51.6 años. En 2012 ingresaron a urgencias 15,866 pacientes, 20 con enfermedades reumáticas: 7 con lupus y 3 con artritis reumatoide, la edad promedio fue de 46.3 años. El sexo femenino fue el más afectado.

Conclusión: en el periodo 2011-2012 sólo se registraron 55 casos de enfermedad reumática. Las enfermedades reumáticas con más riesgo para la vida son el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide.

Palabras clave: enfermedad reumatológica, urgencias reumatológicas, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.

Alfredo García-Juárez¹
María Alma Hernández²
Karla Giovanna Burgos-Franco³
Nathaly Flores-González³
Silvia García-Moreno³

¹ Departamento de Reumatología.

² Departamento de Medicina Familiar.

Hospital General de Zona núm. 29, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

³ Estudiante de octavo semestre de la carrera de Médico Cirujano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Prevalence of rheumatologic emergencies in patients of Zone General Hospital no. 29

ABSTRACT

Objective: To investigate the prevalence of rheumatic illnesses that required admission to the emergency department from January 2011 to December 2012.

Material and methods: A retrospective study was performed with the records of the Emergency Room to identify the most common rheumatic illnesses.

Results: In 2011 were admitted to the emergency room 18,210 patients, 35 of them with rheumatic illnesses: 11 with lupus and 8 with rheumatoid arthritis, the mean age was 51.6 years. In 2012 were admitted to the emergency room 15,866 patients, 20 of them with rheumatic

Recibido: 7 de enero 2014

Aceptado: 22 de abril 2014

Correspondencia: Dr. Alfredo García Juárez
Isabel la Católica 413 interior 3
06800 México, DF
garciajuarez@prodigy.net.mx

Este artículo debe citarse como

García-Juárez A, Hernández MA, Burgos-Franco KG, Flores-González N, García-Moreno S. Prevalencia de urgencias reumatológicas en pacientes del Hospital General de Zona número 29. Med Int Méx 2014;30:635-640.

illnesses: 7 with lupus and 3 with rheumatoid arthritis, the mean age was 46.3 years. Females were the most affected.

Conclusion: From 2011 to 2012 only 55 cases of rheumatic illness were registered. The rheumatic illnesses implying the highest risk for life are systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis.

Key words: rheumatic illnesses, rheumatic emergencies, systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis.

ANTECEDENTES

En Estados Unidos ocurren 36.5 millones de visitas ambulatorias relacionadas con artritis y otras afecciones reumáticas.

Las enfermedades reumáticas han aumentado y son un problema de salud pública en Estados Unidos, con 43 millones de personas afectadas en 1998 y un estimado de 60 millones predicho para el año 2020. El 73.2 y 65% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias son personas de 45 años o más y mujeres, respectivamente.

La población de pacientes con artritis reumatoide que sufre un evento cardioisquémico es mayor a la de la población sin artritis reumatoide. Door-num identificó un evento agudo isquémico en 1.2% de una población de 29,942 pacientes con artritis reumatoide y, en el seguimiento a 30 días, la mortalidad fue de 17.6%.¹

Los pacientes hospitalizados con lupus eritematoso sistémico, en promedio, representan 1.7%; de acuerdo con Ward, más de 29% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico son hospitalizados al año y son tratados por actividad de su enfermedad, infecciones, insuficiencia renal y enfermedad cardiovascular; la mortalidad hospitalaria es de 3.7%.

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico con edad promedio de 45 años y menor estabilidad económica son más propensos a visitar los servicios de urgencias, con frecuencia de 10%.²

En México, Rojas-Serrano y Cardiel describen que los pacientes con lupus acuden por poliartralgias, fiebre y dolor abdominal.³

Las infecciones asociadas con las enfermedades reumatológicas constituyen causas de ingresos a los servicios urgencias en 31 a 41%, las infecciones pueden ser secundarias a neumonía, septicemia, infección de las vías urinarias y otras infecciones locales. Los estudios de laboratorio confirman el diagnóstico en 78% y el estudio radiológico puede apoyar este diagnóstico.⁴⁻⁶

El documento *The 2011 model of the clinical practice of emergency medicine*,⁷ elaborado en Estados Unidos por seis organizaciones acerca de la urgencia médica, definió los siguientes conceptos: *paciente crítico*: paciente con síntomas de una enfermedad que amenazan la vida o daño con alta probabilidad de mortalidad si no se interviene de manera inmediata. *Paciente emergente*: paciente con síntomas de una enfermedad o daño que quizá evolucione a severidad o complicaciones con alta probabilidad de mortalidad y *paciente en riesgo bajo*: paciente con



síntomas de una enfermedad o daño que tiene baja probabilidad de progresión de la enfermedad o aparición de complicaciones.

La intención de este trabajo es conocer la prevalencia de las enfermedades reumáticas en el servicio de urgencias del Hospital General de Zona núm. 29.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de los registros del servicio de urgencias realizado para identificar las enfermedades reumáticas más frecuentes. El primer paso de la investigación fue revisar los datos electrónicos de los pacientes que habían asistido al servicio de urgencias del Hospital General de Zona núm. 29, de enero de 2011 a diciembre de 2012. La fuente electrónica para obtener esta información fue ARIMAR (Área de Informática Médico y Archivo Clínico).

El segundo paso fue identificar las claves internacionales de las enfermedades reumáticas, una vez identificadas, se excluyó la dorsalgia como causa de problema reumatológico por considerarla una entidad de origen mecánico.

El tercer paso fue la búsqueda de las siguientes claves en la listas electrónicas: M02 (enfermedad de Reiter), M05 (artritis reumatoide), M07 (artritis psoriásica), M10 (gota), M11 (artritis por cristales), M13 (monoartritis no clasificada), M14 (artropatía neuropática), M15 (osteoartritis generalizada primaria), M16 (coxaartrosis), M17 (gonartrosis primaria), M20 (*hallux valgus*), M30 (poliarteritis nodosa), M31 (granulomatosis de Wegener), M32 (lupus), M33 (dermatomiositis), M34 (esclerosis sistémica), M35 (síndrome de Sjögren), M45 (espondilitis anquilosante), M60 (miositis), M80 (osteoporosis).

El cuarto paso fue identificar la emergencia o urgencia que tenía el paciente reumatológico.

El quinto paso fue el análisis de los resultados con tablas estadísticas y desviación estándar.

RESULTADOS

El Cuadro 1 muestra las características de los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias de enero a diciembre de 2011: 18,210 ingresos, de los que sólo 35 fueron por enfermedades reumáticas. La edad promedio de los pacientes fue de 51.6 ± 18.67 años, el sexo femenino se vio afectado en 68%, los trabajadores representaron 48%; esta población tenía edad promedio de 43.2 ± 14.3 años.

Las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron: lupus eritematoso sistémico ($n=11$), osteoartritis primaria ($n=11$), artritis reumatoide ($n=8$), gonartrosis ($n=3$) y gota ($n=2$).

También se observó que 55% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico eran trabajadores y estaban en edad productiva (39 años en promedio, datos no mostrados). Con respecto a los pacientes con osteoartritis primaria, 81% correspondió al sexo femenino, no se encontró un grupo de edad predominante; 75% de los pacientes con artritis reumatoide correspondieron al sexo femenino y eran trabajadores en edad productiva (49.5 años).

Los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias de enero a diciembre de 2012 fueron 15,866; sólo 20 fueron por enfermedades reumáticas.

El Cuadro 2 muestra las características de los pacientes atendidos en 2012; la edad promedio fue de 46.3 ± 14.7 años; el sexo femenino se vio afectado en 55%, 45% eran trabajadores.

Las enfermedades reumáticas más frecuentes fueron lupus eritematoso sistémico ($n=7$), gonartrosis ($n=5$), artritis reumatoide ($n=3$), gota ($n=3$)

Cuadro 1. Pacientes con enfermedades reumáticas ingresados al Servicio de Urgencias del Hospital General de Zona núm. 29 durante 2011

Características	Edad en años						Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70	
Edad promedio							51.6 ±18
Femenino	4	4	3	4	6	3	24
Masculino	2	2	1	2	1	3	11
Beneficiario	2	2	2	1	5	6	18
Trabajador	4	4	2	5	2	0	17
Lupus	1	3	0	3	2	2	11
Osteoartritis	3	2	3	0	1	2	11
Artritis reumatoide	2	0	1	3	2	0	8
Gonartrosis	0	0	0	0	2	1	3
Gota	0	1	0	0	0	1	2

Cuadro 2. Pacientes con enfermedades reumáticas ingresados al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona núm. 29 durante 2012

Características	Edad en años						Total
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	>70	
Edad promedio							46.3 ± 14.7
Femenino	2	0	3	4	2	0	11
Masculino	1	3	0	3	2	0	9
Beneficiario	0	0	2	5	4	0	11
Trabajador	3	3	1	2	0	0	9
Lupus	3	2	1	1	0	0	7
Gonartrosis	0	0	0	3	2	0	5
Artritis reumatoide	0	0	1	1	1	0	3
Gota	0	1	0	1	1	0	3
Síndrome de Sjögren	0	0	1	0	0	0	1
Osteoartritis	0	0	0	1	0	0	1

y síndrome de Sjögren y osteoartritis primaria con un paciente cada una.

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico eran trabajadores en 71% y estaban en edad productiva (26 años en promedio, datos no mostrados).

Al sumar los dos años las enfermedades más frecuentes fueron: lupus eritematoso sistémico (n=18), osteoartritis primaria (n=12), artritis

reumatoide (n=11), gonartrosis (n=8) y gota (n=5).

DISCUSIÓN

En el periodo 2011-2012 sólo se registraron 55 casos de enfermedad reumática; la explicación de esto podría ser la siguiente: en un trabajo, McCarthy describe que las notas de admisión en urgencias sólo hay una documentación reumatológica de 5%, los médicos jóvenes no diagnostican



con confianza enfermedades como osteoartritis primaria (36.2%), artritis reumatoide (36.3%) y gota (37.5%); 75% de los médicos fue incapaz de diagnosticar enfermedades del tejido conectivo y, finalmente, más de 88% encontró como desafío la medición músculo-esquelética.⁸

Los trabajadores en este trabajo representaron 48%, con edad promedio de 43.2 años, que no difiere del trabajo de Puolakka efectuado en pacientes con artritis reumatoide. De los 159 pacientes evaluados, sólo 42% alcanzó un puntaje de 50 en la escala de medición de mejoría del Colegio Americano de Reumatología; el corte de mejoría significativa fue a seis meses, dato que podría ser útil para fines de incapacidad en nuestro medio.⁹

Panopalis y colaboradores describen al lupus como una enfermedad frecuente en los servicios de urgencias.^{10,11}

Hay evidencia de que la supervivencia de pacientes con enfermedades reumáticas ha mejorado, según la bibliografía en 85%, pero el hecho de haber sufrido una afección renal establece un mal pronóstico.¹²

En los servicios de urgencias la artritis reumatoide se asocia con una infección, que puede ocurrir por el tratamiento inmunosupresor o la terapia biológica (por ejemplo, los anticuerpos antifactor de necrosis tumoral α) y puede causar un cuadro de artritis séptica o infecciones oportunistas reportadas en menos de 3%. Otra complicación que deberá tomarse en cuenta es la subluxación cervical que afecta a pacientes con artritis reumatoide erosiva con media de 12 años de evolución y ocurre en 43%.

La mortalidad temprana se debe a una enfermedad cardiovascular, lo que es más común en pacientes con artritis reumatoide, además de que ésta es un estado de hipercoagulabilidad, lo que facilita la cardiopatía isquémica.^{13,14}

Aunque este estudio tiene limitaciones, no difiere de otros que estudian situaciones similares; la edad mayor de 45 años y el sexo femenino son factores de riesgo.¹⁵

Se ha descrito que la hemorragia alveolar que acompaña al lupus eritematoso sistémico es una rara y grave complicación con mortalidad de 70 a 90%, la disnea puede formar parte de este cuadro, también es parte de una pericarditis o de un derrame pleural; por último, un evento vascular cerebral en un paciente joven puede ser la primera manifestación del lupus eritematoso sistémico y el infarto agudo de miocardio se observa con más frecuencia en pacientes con esta enfermedad.¹⁶

En el estudio de Ward se encontró que los pacientes con lupus eritematoso sistémico tienen mortalidad menor de 59% cuando son hospitalizados más de tres ocasiones, en contraste con los que tiene una sola hospitalización, en los que la mortalidad es considerablemente menor, y que en los hospitales con experiencia en el tratamiento de pacientes con lupus la mortalidad es de 4.2% *versus* hospitales sin experiencia, de 11.3%. Se define hospital con experiencia si tiene más de 50 internamientos al año con criterios de lupus.¹⁷

El trabajo de Clarke y colaboradores, efectuado en pacientes con lupus, reportó como biomarcadores de mal pronóstico las altas concentraciones de creatinina.¹⁸

El uso de marcadores como la proteína C reactiva es de utilidad para disminuir la mortalidad en pacientes con enfermedades reumáticas.¹⁹

Por último, lo ideal es tener acceso a otros estudios de laboratorio, como el interferón α (IFN- α), anticuerpos anti-Ro, anticuerpos anti-ADN de doble cadena, anti-RNP, anti-Smith, que se asocian con mayor actividad lúpica.²⁰

REFERENCIAS

1. Doornum VS, Brand C, King B, Sundararajan V. Increased case fatality rates following a first acute cardiovascular event in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2006;54:2061-2068.
2. Panopalis P, Gillis ZJ, Yazdany J, Trupin L, et al. Frequent use of the emergency department among persons with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Research* 2010;62:401-408.
3. 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.
4. Issacs DJ, Greer S, Sharma S, Symmons D, et al. Morbidity and mortality in rheumatoid arthritis with prolonged and profound therapy-induced lymphopenia. *Arthritis Rheumatism* 2001;44:1998-2008.
5. Pryor DB, Bologna GS, Kahl L. Risk factors for serious infection during treatment with cyclophosphamide and high-dose corticosteroids for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1996;39:1475-1482.
6. Bernatsky S, Boivin FJ, Manzi J, Joseph L, Ginzler E. Mortality in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatism* 2006;54:2550-2557.
7. Perina GD, Brunett PC, Caro AD, Char MD, et al. The 2011 model of the clinical practice of emergency medicine. *Acad Emerg Med* 2012;19:19-40.
8. McCarthy ME, Sheane JB, Cunnane G. Greater focus on clinical rheumatology is required for training in internal medicine. *Clin Rheumatol* 2009;28:139-143.
9. Puolakka K, Kautiainen H, Möttonen T, Hannonen P, et al. Early suppression of disease activity is essential for maintenance of work capacity in patients with recent-onset rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheuma* 2005;52:36-41.
10. Panopalis P, Gillis ZJ, Yazdany J, Trupin L, et al. Frequent use of the emergency department among persons with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Research* 2010;62:401-408.
11. Panopalis P, Yazdany J, Gillis ZJ, Trupin L, et al. Health care costs and costs associated with changes in work productivity among persons with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Research* 2008;59:1788-1795.
12. Williams FK, Chinn S, Hughes GRV, Leach RM. Critical illness in systemic lupus erythematosus and the antiphospholipid syndrome. *Ann Rheum Dis* 2002;61:414-421.
13. Westlake LS, Colebatch NA, Baird J, Kiely P, et al. The effect of methotrexate on cardiovascular disease in patients with rheumatoid arthritis: a systemic literature review. *Rheumatology* 2010;49:295-307.
14. Dornum SV, Brand C, King B, Sundararajan V. Increased case fatality rates following a first cardiovascular event in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2006;54:2061-2068.
15. Hootman MJ, Helmick GC, Schappert MS. Magnitude and characteristics of arthritis and other rheumatic condition on ambulatory medical care visits. United States, 1997. *Arthritis Care Research* 2002;47:571-581.
16. Slobodin G, Hussein A, Rozenbaum M, Rosner I. The emergency room in systemic rheumatic diseases. *Emerg Med J* 2006;23:667-671.
17. Ward MM. Association between physician volume and in-hospital mortality in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2005;52:1646-1654.
18. Clarke EA, Estaidle MJ, Bloch AD, Lacaile B, et al. A Canadian study of the total medical costs for patients with systemic lupus erythematosus and predictors of costs. *Arthritis Rheum* 1993;36:1548-1559.
19. Van Leuven SI, Franssen R, Kaltefleiter JJ, Levi M, et al. Systemic inflammation as a risk factor for atherothrombosis. *Rheumatology* 2008;47:3-7.
20. Weckerle EC, Franek SB, Kelley AJ, Kumabe M, et al. Network analysis of associations between serum interferon- α activity, autoantibodies, and clinical features in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2011;63:1044-1053.