



BOLETÍN S.U.E. 061 CEUTA DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA ATENCIÓN PRIMARIA

URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune sistémica, inflamatoria y crónica, con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. La prevalencia en el mundo oscila entre el 0,3 % y 1,2 % y en España se sitúa entre el 0,3 % y 1,6 %.

Los pacientes presentan mayor riesgo cardiovascular por aterosclerosis acelerada, lo que hace que esta enfermedad se relacione con patologías de alta mortalidad y gravedad. El riesgo relativo de desarrollo de un episodio cardiovascular en estos sujetos es del doble que el de las personas de la misma edad y sexo sin este proceso.

Entre las urgencias y emergencias que se relacionan con esta patología se encuentran las siguientes:

- Manifestaciones cardiovasculares (**primera causa de mortalidad**):
 - Pericarditis: es la manifestación más frecuente (hasta un 40 % en autopsias, solo 2 % sintomáticas).
 - Valvulitis.
 - Miocarditis (muy rara).
 - Infarto agudo de miocardio (arteriosclerosis coronaria).
 - Insuficiencia cardíaca congestiva.
 - Accidentes cerebro-vasculares (arteriosclerosis arterias cerebrales).
- Manifestaciones pulmonares (**segunda causa de muerte**):
 - Derrame pleural.
 - Empiema.
 - Neumotórax.
 - Hipertensión pulmonar (muy rara).

- Sepsis por infecciones pulmonares.

- Manifestaciones óseas y articulares:

El principal peligro reside en el desarrollo de una posible luxación atlanto-axoidea (25 % de los pacientes). Si se rompe el ligamento transversal que mantiene la apófisis odontoides en su situación respecto al atlas (de forma traumática o no), con la consiguiente luxación, existe un alto riesgo de mielopatía alta e incluso riesgo vital de muerte súbita (10 % de los pacientes) si la luxación es vertical y comprime bruscamente el tronco, dando lugar a dolor cervical y sintomatología por compresión espinal (15-35 % de los pacientes): hiperreflexia, debilidad de miembros, alteraciones del equilibrio, marcha espástica de base amplia, disartria, sensación de electricidad en la región del dorso y extremidades (signo de L'Hermitte), disfagia, vértigo, problemas visuales, tinnitus, convulsiones.

- Otras manifestaciones:

- Vasculitis cutáneas: pioderma gangrenoso, síndrome de Sweet.
- Vasculitis reumatoidea (**alta mortalidad**): lesiones cutáneas (úlceras telangiectasias, púrpura palpable, livedo reticularis), mononeuritis múltiple, úlcera corneal.

Es importante destacar que la hemorragia digestiva y las infecciones son **dos causas de muerte importantes** en estos pacientes, debido a los efectos secundarios de los fármacos administrados para el tratamiento de esta patología. Existen otros eventos tales como la ruptura del quiste de Baker, escleromalacia perforante, ruptura tendinosa o fracturas diversas que aparecen en pacientes con artritis reumatoide no controlada en cualquier momento de su evolución.

Protocolo de actuación

En cualquiera de estas situaciones tomaremos las **constantes vitales** (frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno basal, tensión arterial en ambos brazos, temperatura, glucemia capilar) en el domicilio, canalizaremos **vía periférica** y actuaremos según la urgencia de la que se trate, realizando una **exploración física exhaustiva** por aparatos previamente (inspección general, Glasgow, exploración neurológica, cardiopulmonar, abdominal y de miembros inferiores) y las pruebas complementarias correspondientes (EKG completo).

A continuación, **trasladaremos al paciente al hospital**. Ya sea porque sospechamos de una luxación atlanto-axoidea o por el riesgo de que ésta se produzca, **siempre en el traslado es imprescindible la inmovilización con collarín cervical**.

Cuando se sospecha de luxación atlanto-axoidea, además de su traslado con collarín, al llegar al hospital es fundamental informar a los compañeros de nuestra sospecha, para realizar **resonancia magnética a la mayor brevedad posible** y, una vez confirmado, **intervención quirúrgica**.

BIBLIOGRAFÍA:

- Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con Artritis Reumatoide. Sociedad Española de Reumatología. 2018; 109-116.
- Marín Hernández D, Orrantía Vértiz M, Barragán Garfias JA, Duarte Mote J. Vasculitis reumatoidea como primera manifestación de artritis reumatoide. Med Int Méx. 2018; 34 (3): 480-485.
- Nam JL, Takase- Minegishi K, Chatzidionysiou K, et al. Efficacy og biological disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 uptodate of the Eular recommendations for the management of the rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2017; 76 (6): 1113- 36.
- Freire González M. Artritis reumatoide. Guía clínica fisterra 2017.
- Arturi A, Arturi V, et al. Emergencias y Urgencias en Reumatología clínica. Revista Argentina de Reumatología. 2017; 28(4): 35- 41.
- Arévalo Ordóñez IM, Proaño López NE. Signos y síntomas de alerta en la artritis reumatoide con compromiso cervical 2016; Vol. 18, No. 2 Supp.1.

AUTORES:

Dra. D^a. Isabel Espejo Pérez

Dr. D. Abdelghani El Amrani

COORDINADOR:

Dr. D. José Ángel Reyes Parras

Recordatorio:

Informamos una vez más, que este boletín está abierto a todo el personal sanitario de Atención Primaria de Ceuta que desee publicar algún artículo, así como para el resto de personal sanitario, previa petición al S.U.E 061, a la atención del responsable de esta publicación. Los artículos deben estar relacionados con la Emergencia o la Urgencia Extrahospitalaria.



EDITA: © INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA
DIRECCIÓN TERRITORIAL DE CEUTA. GERENCIA DE ATENCIÓN SANITARIA.
Avda. Otero, s/n. Edificio Polifuncional, 1^a Planta. 51002 CEUTA.
Depósito Legal: CE 25-2005 ISSN: 1699-3837 NIPO: 736-19-002-8
Catálogo de publicaciones de la Administración del Estado: <http://publicacionesoficiales.boe.es>