

La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención

J. Morales-Romero^a, J.M. Cázares-Méndez^b, J.I. Gámez-Nava^c, M. Triano-Páez^d, A.I. Villa-Manzano^c, M.A. López-Olivo^a, B.E. Rodríguez-Arreola^b y L. González-López^a

^aReumatología. Hospital General Regional 110. Guadalajara. Jalisco. México.

^bFacultad de Medicina. Universidad Juárez del Estado de Durango. Gómez Palacio. Durango. México.

^cUnidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara. Jalisco. México.

^dJefatura de Medicina Interna. Hospital General Regional 110. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara. Jalisco. México

Objetivo: El conocimiento de los motivos de atención en reumatología es necesario para planear mejor la distribución de recursos para la salud. El objetivo del presente estudio es identificar los motivos por los que se solicita atención médica reumatológica en un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social situado en Guadalajara (México).

Material y métodos: Se ha realizado un estudio transversal descriptivo, basado en la revisión de una base de datos informatizada, de los motivos de consulta y de otros indicadores de atención médica en reumatología. Se identificaron el número de consultas otorgadas por motivo de atención, primeras visitas y sucesivas, su distribución por sexo y edad, el promedio mensual de recetas prescritas y otros indicadores de desempeño.

Resultados: Se programaron 5.790 consultas en un año (primera visita el 26%). Las 3 enfermedades más frecuentes en consulta fueron: artritis reumatoide (47,1%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 46-48), lupus eritematoso sistémico (12,7%; IC del 95%, 12-14) y espondilitis anquilosante (7,7%; IC del 95%, 7-8). Hubo 4 mujeres por cada varón atendido. El grupo de edad con mayor demanda de atención fue el de 30 a 59 años. Cada mes se otorgaron 242 consultas en promedio por reumatólogo con 2,5 recetas por consulta. El cumplimiento de citas para el servicio fue del 85%. Se concedió un promedio de 7,5 incapacidades por mes por reumatólogo.

Conclusión: La atención en reumatología se otorga mayormente a enfermedades inflamatorias articulares y enfermedades autoinmunitarias. Estas enfermedades demandan gran cantidad de recursos en salud. Estudios futuros deberán estimar los costes de

estos recursos para planear mejor las necesidades de salud en estos pacientes.

Palabras clave: Enfermedades reumáticas. Motivos de atención. Estudios epidemiológicos. Evaluación de servicios de salud.

Patterns of health care in an out patient rheumatologic clinic

Introduction: Studies evaluating the pattern of diseases evaluated by rheumatology services are required to improve the planning of healthcare resource distribution.

Aim: To describe the pattern of diseases motivating consultations in an outpatient clinic of a secondary care center in Guadalajara, Mexico.

Material and methods: A cross-sectional, descriptive study was performed. Data on the diseases evaluated in the rheumatology service and other healthcare indicators were obtained through a search of the hospital's computerized database. The number of initial and repeat consultations, their distribution by age and sex, the mean monthly number of prescriptions, and other indicators of performance were identified.

Results: There were 5,790 consultations in 1 year (26% were initial visits). The three most frequent diseases were: rheumatoid arthritis (47.1%, 95% CI 46-48%), systemic lupus erythematosus (12.7%, 95% CI 12-14%), and ankylosing spondylitis (7.7%, 95% CI 7-8%). Four women were attended for each man. Consultations were most frequent in the group aged 30-59 years old. The mean number of consultations per rheumatologist/month was 242, with a mean of 2.5 prescriptions per patient. The rate of compliance with appointments was 85%. A

Correspondencia: Dr. J. Morales-Romero.
Salto del Agua, 2192. Colonia jardines del Country. 44210 Guadalajara. Jalisco. México.
Correo electrónico: jaimemrom@prodigy.net.mx

Manuscrito recibido el 9-3-2005 y aceptado el 9-3-2005.

mean of 7.5 were diagnosed with temporary work disability for each rheumatologist/month.

Conclusions: The most prevalent disorders in our outpatient rheumatology clinic were inflammatory joint diseases and systemic autoimmune diseases. These disorders required a high proportion of health-care resource. Further studies are required to evaluate the costs of these resources with the aim of establishing better strategies for the health care needs in these patients.

Key words: rheumatic diseases, reasons for consultations, epidemiological studies, health-care services research.

Introducción

La reumatología se encarga de la evaluación y el tratamiento de más de 100 enfermedades, algunas de las cuales son causa importantes de discapacidad funcional¹. Las enfermedades reumáticas tienen una alta prevalencia de demanda en los servicios de salud, ya que se estima que alrededor del 33% de la población general en algún momento de su vida presenta algún signo o síntoma de enfermedad reumática². En los servicios de reumatología se ha incrementado gradualmente la demanda de atención, lo cual lleva a un aumento de los costes de salud^{3,4}. Es importante conocer el patrón de enfermedades que se atienden en estos servicios de consulta externa de reumatología con el objetivo de planear mejor la distribución de recursos en salud, así como de las necesidades médicas que se generarán en los próximos años. El presente estudio describe las enfermedades más frecuentemente atendidas en un servicio de reumatología de un hospital de segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y analiza los patrones de demanda de estos servicios. Este análisis de la atención médica dispensada en la consulta externa de reumatología se llevó a cabo a través de indicadores clínicos del proceso de atención médica y sus resultados pueden apoyar la toma de decisiones en salud para mejorar la planificación de estos servicios.

Material y métodos

En un estudio transversal descriptivo, se revisaron los padecimientos que motivaron atención médica en la Consulta Externa de Reumatología del Hospital General Regional 110 del IMSS de Guadalajara (Jalisco, México). Esta atención se dispuso a pacientes que acudieron desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2001. La revisión se efectuó a través del banco de datos del Sistema Informático Médico Operativo (SIMO) del hospital. El SIMO es un sistema de información médica que

utilizan las Unidades de Atención del IMSS. Este sistema pretende unificar los criterios para la información que será incorporada a la base oficial de datos y estandarizar diversos indicadores para evaluar el desempeño y la productividad de la atención médica. Sobre la base de estos datos se elabora el diagnóstico de salud o situacional de cada unidad médica. La información fuente se origina a partir de una hoja de captura de información estandarizada que cada médico de consulta externa realiza una vez finalizada la atención de un paciente. La información que debe hacer constar el médico incluye: nombre del paciente, sexo, año de nacimiento, número de afiliación, tipo de consulta otorgada (primera visita o sucesivas), diagnóstico final, número de recetas e incapacidades otorgadas, así como altas del servicio. Una vez rellenas, estas hojas pasan a una oficina que concentra toda la información generada por cada consultorio y se agrupan por servicio. Posteriormente estos informes son revisados por personal capacitado para la codificación de la información, quien introduce la información de las enfermedades atendidas de acuerdo con el Código Internacional de Enfermedades en su décima revisión⁵. De acuerdo con la estructura que presenta éste, es posible asignar cualquier enfermedad reumática a un código en particular. Esta información se recoge en una base de datos del SIMO por personal con conocimientos en la recogida de información. Este departamento emite cada mes un informe que concentra esta información, disponible para su consulta con fines administrativos o de investigación. Los indicadores de productividad de la atención médica reumatológica que se incluyeron en este estudio se basaron en diversos indicadores de la institución para evaluar el desempeño de la Consulta Externa de servicios de especialidades médicas. Estos indicadores incluyeron: el promedio de consultas concedidas al mes, primera visita y sucesivas, la relación entre el número total de primeras visitas dividido por el número total de consultas sucesivas, promedio mensual de altas del servicio, la relación entre el número de altas del servicio dividido por el total de consultas, el porcentaje de citas cumplidas, el promedio de consultas-hora, el promedio de recetas prescritas al mes, el promedio mensual de incapacidades expedidas y el número de días de baja laboral. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Se calculó la prevalencia de los principales motivos de consulta y sus intervalos de confianza del 95%. La información obtenida se almacenó en una base de datos electrónica y se analizó a través del programa estadístico SPSS versión 8.0.

Resultados

El Hospital General Regional 110 es una unidad médica de segundo nivel del IMSS. Da cobertura de atención en reumatología a 3 hospitales generales y a un total de 30 unidades de medicina familiar. Durante el año

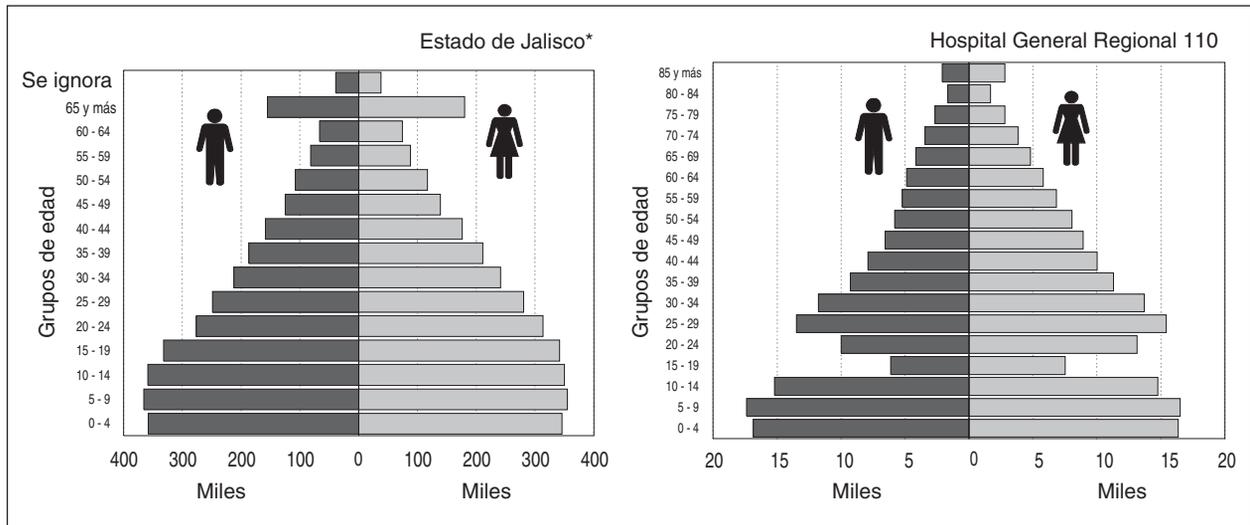


Figura 1. Pirámides de población del estado de Jalisco y del Hospital General Regional 110 durante 2001. Ambas tienen una forma triangular con una base ancha y un vértice angosto. Además, la pirámide de población del hospital presenta un estrechamiento notable en el grupo de 15 a 19 años.

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

2001 la población adscrita fue de 308.865 habitantes. La pirámide poblacional de nuestro hospital tiene una forma triangular similar a la del estado de Jalisco (fig. 1). Los grupos de edad de la población se distribuyeron como sigue: menores de 1 año el 1,70%; de 1 a 4 años el 9,1%; de 5 a 9 años el 11,0%; adolescentes de 10 a 19 años el 14,0%; personas en edad productiva de 20 a 59 años el 51,0%, y de 60 años o más 13,2%.

La consulta externa de reumatología se dispensa a través de 2 consultorios: uno para el turno matutino y otro para el vespertino. Ambos consultorios dependen del Departamento de Medicina Interna.

En la Consulta Externa de Reumatología se registró en el año estudiado un total de 5.790 consultas (incluidas primeras visitas y sucesivas), lo que correspondió al 2,5% de 233.209 consultas programadas por cualquier motivo de las 28 especialidades del hospital (especialidades médicas y quirúrgicas). Con respecto a las 14 especialidades médicas que son ramas de la División de Medicina Interna en el hospital, la Consulta Externa de Reumatología ocupó el tercer lugar en número de consultas anuales programadas, superada sólo por 2 servicios: el de Cardiología (9.093 consultas) y el de Medicina Interna (7.885 consultas), pero con un mayor número de consultas respecto a las restantes especialidades médicas, tales como endocrinología, neurología, gastroenterología, oncología, infectología y nefrología.

En la Consulta de Reumatología, 8 enfermedades constituyeron el 83,4% del total de las consultas durante el año. De ellas, los 3 primeros motivos de consulta fueron la artritis reumatoide (47,1%), el lupus eritematoso sistémico (12,7%) y la espondilitis anquilosante (7,7%)

TABLA 1. Motivos de atención en reumatología

	Consultas otorgadas (n = 5.790)	IC del 95%
Artritis reumatoide	2.725 (47,1%)	46-48
Lupus eritematoso sistémico	736 (12,7%)	12-14
Espondilitis anquilosante	443 (7,6%)	7-8
Otras artritis ^a	296 (5,1%)	5-6
Artrosis	267 (4,6%)	4-5
Osteoporosis	151 (2,6%)	2-3
Esclerosis sistémica	115 (2,0%)	1,8-2,1
Síndrome de Sjögren	97 (1,7%)	1,3-1,8
Otros diagnósticos ^b	960 (16,6%)	18-20

IC: intervalo de confianza.

^aOtras artritis incluyen: gota, otras espondiloartropatías, reumatismo palindrómico y artritis reumatoide juvenil; ^botros diagnósticos incluyen: vasculitis, lumbalgia, dermatopolimiositis, síndrome de atrapamiento nervioso periférico, síndrome antifosfolípido primario, reumatismo de tejidos blandos, fibromialgia, otros no reumáticos.

(tabla 1). Esta proporción se mantuvo a lo largo de los 3 cuatrimestres.

Se otorgaron 1.501 primeras visitas, que representan el 25,9% del total de consultas otorgadas. Los padecimientos más frecuentes fueron la artritis reumatoide (655 consultas; 44,3%), el lupus eritematoso sistémico (146 consultas; 9,7%) y la espondilitis anquilosante (96 consultas; 6,4%), que constituyeron el 60,4% de las pri-

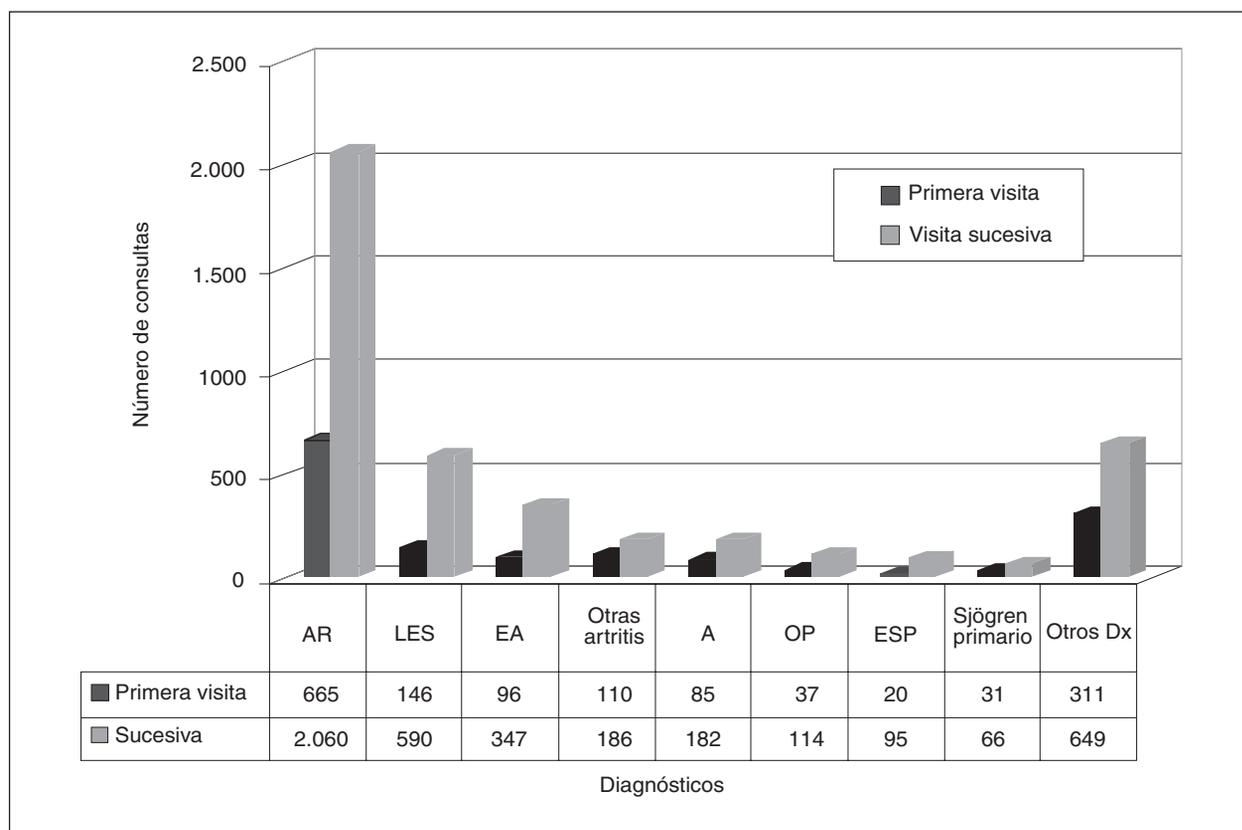


Figura 2. Motivos de consulta en reumatología: primera visita y visitas sucesivas. AR: artritis reumatoide; LES: lupus eritematoso sistémico; EA: espondilitis anquilosante; A: artrosis; OP: osteoporosis; ESP: esclerosis sistémica progresiva. Otros diagnósticos incluyen: vasculitis, lumbalgia, dermatopolimiositis, síndrome de atrapamiento nervioso periférico, síndrome antifosfolípido primario, reumatismo de tejidos blandos, fibromialgia, otros no reumáticos. Otras artritis incluyen: gota, otras espondiloartropatías (síndrome de Reiter, síndrome de Behçet, artritis psoriásica), reumatismo palindrómico y artritis reumatoide juvenil.

meras visitas. Con una frecuencia menor les siguieron una serie de enfermedades que se recogen en la figura 2. El promedio mensual de primeras visitas fue de $125,1 \pm 49,2$, con un máximo de 220 y un mínimo de 65 consultas por mes.

Por otro lado, se programaron 4.289 consultas sucesivas. En esta categoría, el número de consultas por artritis reumatoide fue de 2.060 (48%), por lupus eritematoso sistémico de 590 (13,8%) y por espondilitis anquilosante de 347 (8,1%). También constituyeron los 3 primeros motivos de atención médica, con el 70% de las consultas (fig. 2). El promedio de consultas sucesivas al mes fue de $357,4 \pm 74,4$, con un máximo de 502 y un mínimo de 229 consultas por mes.

Del total de consultas se atendió a 4.646 mujeres (80,2%) y a 1.144 varones (19,8%), lo que significa que se atendió a 4 mujeres por cada varón. El sexo femenino fue el principal solicitante de atención médica en todos los diagnósticos, con excepción de la espondilitis anquilosante. La relación de sexo femenino:masculino en enfermedades reumáticas fue para la artritis reuma-

toide de 6:1, para el lupus eritematoso sistémico de 14:1, para la espondilitis anquilosante de 1:2, para la osteoporosis primaria de 24:1 y para el síndrome de Sjögren primario de 15:1.

En la figura 3 se representan los grupos de edad del total de motivos de consulta en reumatología. Se observa que el 77,3% de la atención en reumatología se dispuso a pacientes de 30 a 59 años de edad. En la figura 4 se aprecia el patrón de comportamiento de la edad en los 3 principales motivos de consulta; el mayor pico de edad tanto para el lupus eritematoso sistémico como para la artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante fue entre 30 y 39 años, seguido de un segundo pico entre los 50 y 59 años.

Hubo un promedio de 482 ± 98 consultas al mes, lo que significa que cada hora se otorgaron $2,5 \pm 0,36$ consultas. Durante el año se prescribieron 14.715 recetas, con un promedio de 2,5 recetas por consulta. Se expidieron 177 incapacidades, que supusieron 2.979 días de baja laboral, con un promedio de 0,5 días laborales perdidos por consulta. El cumplimiento de citas fue del 85%, la

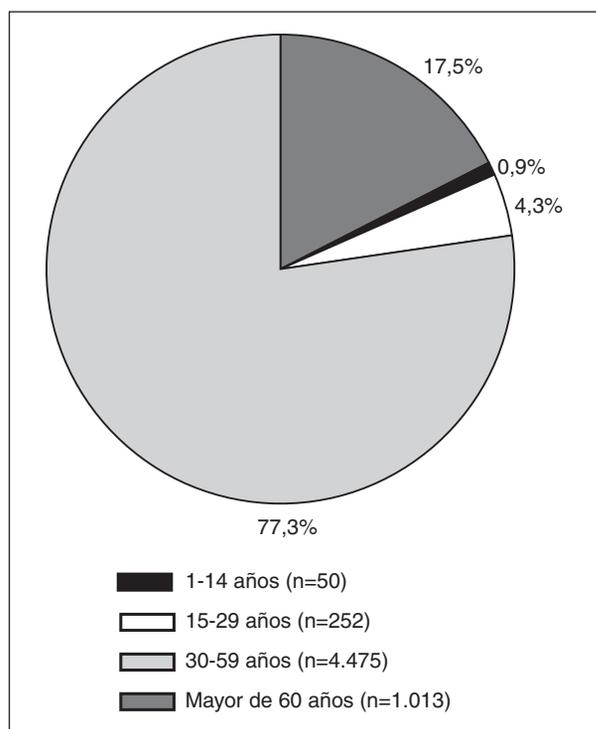


Figura 3. Distribución de la atención en reumatología por grupos de edad. n = número de consultas otorgadas en un año para cada grupo de edad. El porcentaje representa la proporción de consultas de cada grupo de edad sobre el total (5.790 consultas).

tasa de pacientes en primeras visitas por mes fue de 125 ± 49 y la de altas de consulta de 16 ± 15 pacientes por mes (tabla 2). La relación entre primeras visitas y consultas sucesivas fue de 1:2,9, y la relación entre altas de consulta y total de consultas fue de 1:3,4.

Discusión

Actualmente, las instituciones de salud requieren de indicadores que informen de la productividad y la calidad de los servicios prestados para cada especialidad médica. Para contribuir en la búsqueda de estos indicadores en nuestro país, este estudio presenta la productividad originada en la Consulta Externa de Reumatología de un centro de segundo nivel de atención del IMSS.

El presente estudio muestra los siguientes hallazgos relevantes: de todas las consultas programadas en el hospital, 2,5 de cada 100 fueron de reumatología. Las 3 enfermedades más frecuentes en Consulta Externa de Reumatología fueron la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la espondilitis anquilosante. Estas 3 enfermedades constituyeron el 67,5% del total de consultas dispensadas durante el año. Este patrón se mantuvo cuando se analizaron por separado los motivos de consulta de las primeras visitas y de las sucesivas. Como se ha descrito en otros estudios^{1,6}, la artritis reumatoide fue la enfermedad reumática más frecuente

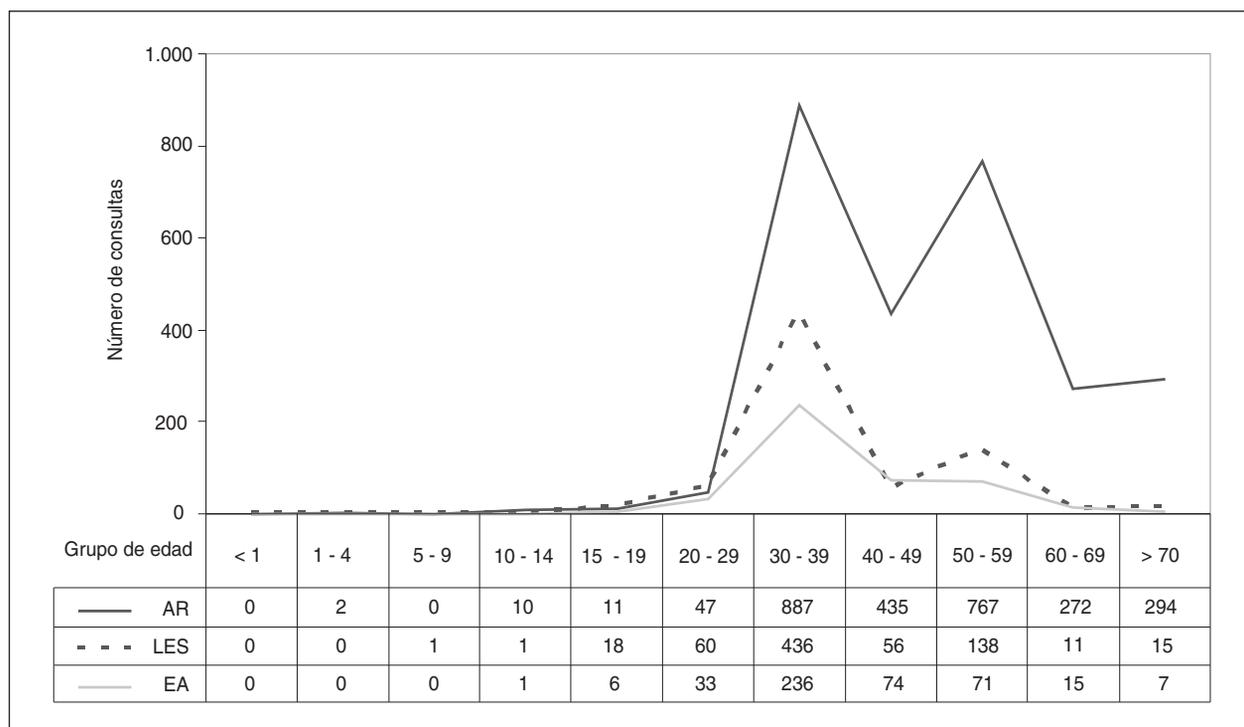


Figura 4. Grupos de edad de los 3 primeros motivos de consulta. AR: artritis reumatoide; LES: lupus eritematoso sistémico; EA: espondilitis anquilosante.

TABLA 2. Otros indicadores de atención médica^a

Actividad	Productividad anual (n)	Productividad mensual	
		Media ± DE	Mediana ^b (rango ^c)
N.º de consultas	5.790	482 ± 98	498 (294-636)
Primeras visitas al mes	1.501	125 ± 49	120 (65-220)
Altas	196	16 ± 15	13 (1-51)
Consultas sucesivas	4.289	357 ± 74	355 (229-502)
Consultas/hora	5.790/2.291,2	2,5 ± 0,36	3 (2-3)
Recetas	14.715	1.226 ± 330	1.186 (680-1.885)
Incapacidades	177	15 ± 6	15 (6-25)
Días de incapacidad	2.979	248 ± 120	237 (70-397)
Tasa de cumplimiento de citas, n (%)	4.974 (85)	–	–

DE: desviación estándar.

^aEstos indicadores describen las actividades de 2 consultorios de reumatología; ^blas medianas se obtuvieron de los valores mensuales comunicados durante 12 meses; ^cel rango indica el valor mínimo y máximo de la productividad mensual registrada durante 12 meses.**TABLA 3. Comparación de motivos de atención en reumatología con otros estudios**

Enfermedad reumática	Wolfe et al ¹² (n = 10.000)	Badía-Flores et al ¹⁰ (n = 1.958)	Covarrubias-Cobos et al ¹¹ (n = 1.000)	Presente estudio (n = 5.790)
Nivel de atención	NR	Privada-institucional	Institucional de tercer nivel	Institucional de segundo nivel
Artritis reumatoide (%)	31,5	31,3	33,0	47,1
Lupus eritematoso sistémico (%)	5,1	3,9	13,4 ^a	12,7
Espondilitis anquilosante (%)	1,0	2,0	2,6 ^b	7,7
Artrosis (%)	15,4	26,6	23,6	3,4
Síndrome de Sjögren (%)	NR	1,1	NR	1,7

NR: no referido en el artículo.

^aIncluido en enfermedades autoinmunitarias sistémicas; ^bincluido en espondiloartropatías.

para el sexo femenino y la espondilitis anquilosante para el masculino. En conjunto, la demanda de consulta fue de 4 mujeres por cada varón, con un pico mayor en edades productivas de 30 a 59 años. Es muy importante tener en consideración la edad, ya que estas enfermedades pueden afectar a la productividad laboral y social, y son causa frecuente de demanda de incapacidades y pensiones por invalidez⁷⁻⁹. Alrededor de tres cuartas partes de los pacientes atendidos en nuestro servicio están dentro del rango de edad con vida laboral productiva, por lo que estas enfermedades deben considerarse prioritarias en salud en diversos órdenes, como el de los costes que pueden derivarse de las incapacidades y pensiones por invalidez, pérdida de años de vida saludable, por lo que representan un importante gasto para la sociedad.

La prevalencia detectada en este trabajo para la artritis reumatoide, del 47,1%, es mayor que la comunicada por Badía-Flores et al¹⁰, quienes la cifran en un 31%, y que la descrita por Covarrubias-Cobos et al¹¹, que la sitúan

en un 33%. Esta prevalencia de artritis reumatoide en consultas de reumatología se ha observado también en otros países¹².

Nuestro estudio identificó que la segunda causa de atención reumatológica era el lupus eritematoso sistémico, y la tercera, la espondilitis anquilosante. Estas prevalencias de demanda de atención en consulta por estas enfermedades son mayores que las comunicadas en otros trabajos¹⁰⁻¹² (tabla 3).

Las diferencias encontradas en la prevalencia de motivos de atención pueden deberse al método empleado para la recogida de la información. En el presente estudio la información se recabó de una base de datos institucional diseñada para fines de evaluación y obtención de indicadores de productividad y desempeño del IMSS. Este sistema de información tiene la ventaja de que permite apreciar las demandas de consulta en salud generada en el grupo total de enfermos que acudieron durante ese período y constituye una manera más am-

plia que la utilizada por otros estudios al seleccionar una muestra de manera no aleatoria¹¹.

De cualquier forma, la alta prevalencia de diagnóstico de artritis reumatoide descrita en todos los estudios es importante de cara a planificar la demanda de los servicios de salud, pues deberá considerarse que estos pacientes generarán una serie de necesidades por el uso de medicamentos, ya sea para el tratamiento de su enfermedad (como antiinflamatorios no esteroideos, medicamentos inductores de remisión e incluso medicamentos biológicos) o de los estados comórbidos que son frecuentes en esta enfermedad (como protectores de la mucosa gástrica, antihipertensivos). Pero además estos pacientes generarán la necesidad de vigilancia especializada tanto de la evolución de su enfermedad como de los posibles efectos secundarios de los medicamentos, así como de rehabilitación física o tratamiento ortopédico.

A partir de los resultados de nuestro estudio se plantean los siguientes puntos, que deberán evaluar los responsables de tomar decisiones en temas de salud:

1. La demanda de atención en reumatología es frecuente y está determinada mayormente por enfermedades que tienen un claro riesgo de deterioro funcional y/o incremento de la tasa de mortalidad, como son la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la espondilitis anquilosante. Esto requiere que en los hospitales donde se brinda la atención de primer contacto a estos pacientes se capacite y actualice al médico de familia para que sea capaz de establecer un diagnóstico oportuno, realizar un seguimiento clínico adecuado y adoptar una estrategia correcta de sistemas de derivación del paciente a los servicios de reumatología.

2. Las enfermedades vistas en reumatología demandan una gran cantidad de recursos de atención, de los cuales un parámetro indirecto es el elevado número de recetas por paciente que se ha observado en este estudio, si bien futuros estudios deberán evaluar las demandas de atención de los pacientes reumáticos en otros servicios (rehabilitación física, ortopedia) por causa de su enfermedad, así como las demandas de estudios de laboratorio y gabinete. El papel de los responsables de tomar decisiones es planificar, junto con el personal de salud, estrategias para cubrir estas demandas, reducir los costes en salud y brindar programas de educación para la salud a pacientes y familiares.

Nuestro estudio, sin embargo, tiene varias limitaciones que exigen descripción. Llama fuertemente la atención que entre los primeros 8 motivos de atención no figuren diagnósticos de enfermedades tales como el reumatismo de tejidos blandos, la lumbalgia de origen mecánico y la fibromialgia primaria. ¿Por qué esta baja prevalencia de demanda de atención en nuestra población? A continuación apuntamos algunas posibles explicaciones. En primer lugar, el reumatismo de tejidos blandos y la fibromialgia primaria no parece que se

consideren enfermedades que requieran derivación al reumatólogo por parte del médico de primer nivel de atención. Esto disminuye su prevalencia en la consulta de reumatología. Por otro lado, tanto la lumbalgia mecánica como algunos reumatismos de tejidos blandos pueden ser de naturaleza transitoria y no requerir atención especializada o ser enviadas al servicio de ortopedia para su atención. Además, existe la dificultad diagnóstica de algunas entidades por parte del médico de familia. Por ejemplo, en fibromialgia existe una baja concordancia documentada entre el diagnóstico por el médico de familia y el reumatólogo¹³. Aun así, la fibromialgia primaria parece ser en nuestro país un diagnóstico menos frecuente de lo comunicado en la bibliografía¹⁴. De manera similar, a pesar de la alta prevalencia conocida de la artrosis en población general, su demanda de atención en servicios de reumatología es inferior a la de la artritis reumatoide en diversos estudios¹⁰⁻¹². En el presente trabajo, la artrosis ocupó el quinto lugar en demandas de atención; aunque no se estudiaron las razones de esta baja prevalencia en consulta, debe considerarse que esta enfermedad en sus formas leve y moderada puede ser adecuadamente diagnosticada y tratada por los médicos de familia y es posible que ésa sea una razón importante para la baja solicitud de referencia de esta entidad a reumatología; posiblemente se considera más prioritario remitir al nivel especializado enfermedades con mayor riesgo de deterioro funcional como la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante o el lupus eritematoso sistémico. Otro factor que posiblemente influye en la baja prevalencia de artrosis en nuestra consulta es que los pacientes con este diagnóstico son remitidos de nuevo por el reumatólogo tras la primera o segunda consulta para seguir su control en medicina familiar, mientras que los pacientes con artritis reumatoide usualmente permanecen en el servicio de reumatología durante más consultas debido al tipo de tratamiento y seguimiento que precisan ambas enfermedades.

Otra limitación del presente estudio es el hecho de que la fuente de información de este estudio, SIMO, deriva de la codificación de datos por personal no médico encargado de generar los sistemas de recogida de la información en el IMSS. Ello pudiera llevar a englobar padecimientos en categorías ambiguas tales como "otros trastornos del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo"⁵ y, por lo tanto, llevaría a perder algunos diagnósticos. Deberán realizarse mejoras en este sistema de recogida de datos que permitan estudios con mayor especificidad acerca de las demandas de atención en salud.

Dentro de las aportaciones de este estudio se encuentra el análisis de indicadores en atención a la salud como son el número de recetas prescritas, el tiempo requerido para la atención reumatológica, la proporción de asistencia a citas, altas, así como incapacidades laborales

concedidas, que son importantes para estimar la demanda de recursos.

Estudios futuros podrán abordar otros aspectos no contemplados en este trabajo, tales como los costes que genera la atención médica, la calidad de la atención dispensada y la efectividad de la atención para el control del paciente reumático.

En conclusión, en nuestro estudio observamos que: *a)* la demanda de solicitud de atención médica por el paciente reumático es frecuente; *b)* los pacientes que requieren más atención se encuentran en edades laborales productivas; *c)* aunque la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la espondilitis anquilosante se identificaron como los 3 primeros motivos de consulta, deberá planearse mejorar los sistemas de referencia y de captura de diagnósticos de otras enfermedades que parecen ser epidemiológicamente frecuentes, y *d)* la demanda de atención médica a las enfermedades más prevalentes en consulta externa de hospital lleva a incrementar el consumo de recursos. Otros estudios en el futuro deberán evaluar si el patrón de demanda de atención observada por nosotros se produce en otros ámbitos del país y el efecto de la participación del reumatólogo en la toma de decisiones para la planificación de los recursos en la atención dispensada a pacientes con enfermedades reumáticas.

Bibliografía

1. Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology*. 2000;39 Suppl 2:3-12.
2. Koopman WJ, editor. *Arthritis and allied conditions*. 14th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2001.
3. Cooper NJ. Economic burden of rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatology*. 2000;39:28-33.
4. Boonen A, Van der Heijde D, Landewé R, Spogrenberg A, Schoulen H, Rutten-van Nollen et al. Work status and productivity costs due to ankylosing spondylitis: comparison of three European countries. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:429-37.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10) décima revisión. Ginebra: Ed. Organización Panamericana de la Salud; 1992.
6. Sieper J, Braun J, Rudwaleit, Boonen A, Zink A. Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis*. 2002;61 Suppl 3:8-18.
7. Barrett EM, Scott DGI, Wiles NJ, Symmons DPM. The impact of rheumatoid arthritis on employment status in the early years of disease: a UK community-based study. *Rheumatology*. 2000;39:1403-9.
8. Boonen A, Chorus A, Miedema H, Van der Heijde D, Van der Tempel H, Van der Linden S. Employment, work disability, and work days lost in patients with ankylosing spondylitis: a cross sectional study of Dutch patients. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:353-8.
9. Morales-Romero J, González-López L, García-González A, López Olivo MA, Villa-Manzano AI, Rosales-Cervantes MC, et al. Motivos y frecuencia de incapacidad laboral en pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante [resumen]. *Rev Mex Reumatol*. 2004;19:21.
10. Badía-Flores J, Irazoque-Palazuelos F, Gutiérrez-Torres FJ, Villagómez-Calderón J, Salinas-García de la Cadena C, Casas Mercado E, et al. Encuesta de pacientes en la consulta del reumatólogo. Informe preliminar. *Rev Mex Reumatol*. 2000;15:89-94.
11. Covarrubias-Cobos JA, Álvarez-Nemegyei J, Martínez-Campos C. Análisis de mil pacientes reumatológicos de Mérida, Yucatán México. *Rev Mex Reumatol*. 2002;17:297-300.
12. Wolfe F, Flowers N, Anderson J. The National Rheumatic Disease Data Bank: case mix and severity characteristics of patients in rheumatological practice. *Arthritis Rheum*. 1998;41 Suppl:132.
13. Gámez-Nava JI, González-López L, Davis P, Suárez-Almanzor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol*. 1998;37:1215-9.
14. Clark P. Frecuencia y características de la fibromialgia en el Hospital General de México: revisión de la epidemiología. *Rev Mex Reumatol*. 2001; 16:191-7.