

Actividad asistencial en las consultas externas de las unidades de reumatología de Galicia

Manuel Rodríguez Gómez^a, Juan Jesús Gómez-Reino^b, Fausto Galdo Fernández^c, Miguel Ángel González-Gay^d, Iñigo Hernández Rodríguez^e, Jesús Juan Ibáñez Ruán^f y Grupo Gallego de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Reumáticas*

^aSección de Reumatología. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.

^bServicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

^cServicio de Reumatología. Hospital Juan Canalejo. A Coruña. España.

^dSección de Reumatología. Hospital Xeral. Lugo. España.

^eSección de Reumatología. Hospital Meixoeiro. Vigo. Pontevedra. España.

^fSección de Reumatología. Hospital POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

Objetivos: Análisis de los pacientes que son asistidos en las unidades de reumatología del servicio público de salud de Galicia.

Pacientes y métodos: Estudio multicéntrico. Se incluyeron pacientes durante el período de una semana de todas las consultas externas de reumatología dependientes del Servicio Gallego de Salud.

Resultados: Se estudiaron 1.357 pacientes, 422 nuevos y 935 revisiones. Las edades medias fueron 55,1 ± 15,6 y 56,9 ± 16,7 años, respectivamente.

Entre los pacientes nuevos, el 22,5% fue diagnosticado de enfermedades inflamatorias, y el 77,5% de enfermedades no inflamatorias. La principal fuente de derivación de los pacientes fue medicina primaria. El índice kappa global para el análisis de concordancia entre los diagnósticos de los médicos remitentes y los establecidos por el reumatólogo fue de 0,8 (intervalo de confianza del 95%, 0,73-0,86). En enfermedades inflamatorias fue sensiblemente inferior.

Entre los pacientes revisados, los diagnosticados de enfermedades inflamatorias representaron el 63,4% del total. En este grupo de pacientes se observó mayor puntuación en el test HAQm y mayor frecuencia de casos con invalidez permanente.

Globalmente, los pacientes con enfermedad inflamatoria requirieron mayor tiempo de consulta que el resto de los pacientes, y en ellos la tasa de altas fue menor.

Conclusiones: En las consultas externas de reumatología, los pacientes con enfermedades inflamatorias representan

mayor número, consumen más tiempo de asistencia, muestran mayor grado de discapacidad y tienden a acumularse con el paso del tiempo. Hay un alto grado de concordancia diagnóstica con los médicos de atención primaria en enfermedades no inflamatorias que contrasta con una elevada tasa de derivación de éstas.

Palabras clave: Enfermedades reumáticas. Asistencia ambulatoria. Consulta externa.

Clinical activity in outpatient rheumatology clinics in Galicia (Spain)

Objectives: To analyze patients attending rheumatology units of the public health service in Galicia (Spain).

Patients and methods: We performed a multicenter study. Outpatients from all rheumatology clinics of the Galician health service were included over a 1-week period.

Results: A total of 1,357 outpatients were studied (422 new patients and 935 follow-up patients). The mean ages were 55.1 ± 15.6 and 56.9 ± 16.7 years, respectively. Among new patients, 22.5% had inflammatory disease, and 77.5% had noninflammatory disorders. The main source of patient referral was primary care. The overall kappa index in the analysis of agreement between the diagnosis of the referring physician and that of the rheumatologist was 0.8 (95% CI: 0.73-0.86). Agreement was appreciably lower in the group with inflammatory diseases.

Among follow-up patients, those with a diagnosis of inflammatory disorders represented 63.4% of the total. This group showed a higher score in the HAQ test and had a greater frequency of patients with permanent work disability.

Overall, patients with inflammatory disease required longer consultations than the remaining patients, and their discharge rate was considerably lower.

*Al final del manuscrito se relacionan los investigadores que componen este grupo.

Este trabajo ha sido financiado por una beca de investigación de la Sociedad Gallega de Reumatología.

Correspondencia: Dr. M. Rodríguez Gómez.
Sección de Reumatología. Complejo Hospitalario de Ourense.
Ramón Puga, 52. 32005 Ourense. España.
Correo electrónico: manrodri@telefonica.net

Manuscrito recibido el 19-3-2006 y aceptado el 29-6-2006.

Conclusions: In rheumatology outpatient clinics, patients with inflammatory diseases are more numerous, spend longer in consultations, have greater disability, are more likely to show permanent work disability, and tend to accumulate with the passage of time. Agreement was high in the diagnosis of noninflammatory diseases, contrasting with the high referral rate.

Key words: Rheumatic diseases. Ambulatory care. Out-patient clinic.

Introducción

Las enfermedades reumáticas tienen una alta incidencia en nuestro medio. Se estima que el 13% de la población presenta algún tipo de afectación por estas enfermedades. Constituyen un motivo frecuente de demanda de atención en medicina primaria, en donde ocasionan el 12% de las visitas¹.

Gran parte de las enfermedades reumáticas tiene un curso crónico y requiere, especialmente las entidades de naturaleza inflamatoria, de unidades de reumatología para su estudio y controles periódicos. En nuestro medio, la actividad asistencial de esta especialidad se realiza principalmente en consultas externas de hospitales o en unidades extrahospitalarias ubicadas en centros de especialidades o de medicina primaria, por reumatólogos que dependen de los servicios hospitalarios de referencia. A pesar de haberse apreciado un claro e indiscutible desarrollo de la especialidad en el momento actual, la dotación de recursos humanos es todavía insuficiente en nuestro sistema sanitario, y es necesaria una adecuada administración de éstos. En consecuencia, se hacen necesarios análisis para ahondar en el reconocimiento de las enfermedades que se atienden en las consultas, el perfil de los pacientes que son asistidos en cuanto a su situación sociolaboral y discapacidad que presentan, y también los tiempos empleados y actitudes que adoptan los reumatólogos en su atención. Esta información contribuirá a conocer aspectos interesantes del panorama actual de la asistencia reumatológica y a extraer conclusiones útiles para orientar futuros planes de actuación.

El presente estudio pretende abordar este problema. Para ello se ha llevado a cabo con la colaboración simultánea de todas las unidades asistenciales de reumatología de la Comunidad Autónoma de Galicia. Es el primero en este orden que analiza la situación global de una región sanitaria.

Pacientes y métodos

El estudio es de carácter transversal y multicéntrico de pacientes que acuden a las consultas externas de reuma-

tología de los centros asistenciales de carácter público de la Comunidad Autónoma de Galicia. Se realizó en las consultas externas de todos los servicios y unidades hospitalarias de reumatología y en los centros de especialidades y de atención primaria que disponen de consultas de la especialidad, dependientes del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Estos son: Hospital Juan Canalejo (A Coruña), Ambulatorio El Ventorrillo (A Coruña), Centro de Salud de Carballo, Hospital Clínico de Santiago, Hospital Comarcal de Barbanza (Ribeira), Hospital Arquitecto Marcide (Ferrol), Hospital Xeral de Lugo, Ambulatorio de Lugo, Centro de Salud de Sarria (Lugo), Centro de Salud de Villalva, Hospital de la Costa (Burela), Hospital Comarcal de Monforte, Hospital Montecelo (Pontevedra), Hospital Xeral-Cies (Vigo), Hospital Meixoeiro (Vigo), Hospital POVISA (Vigo), Centro de Especialidades Doblada (Vigo), Complejo Hospitalario de Ourense y Hospital Fundación de Verín. La población total asistida por estos centros, según el censo del Instituto Nacional de Estadística de 2001, es de 2.731.669 habitantes.

En cada una de las consultas externas de reumatología de estos centros se recogieron de forma simple datos de los pacientes que durante una semana acudieron a consulta. Los servicios participantes eligieron la semana del estudio en el período comprendido entre el 1 de noviembre de 2003 y el 31 de marzo de 2004. En cada centro se incluyeron la totalidad de los pacientes, sin ninguna clase de selección.

Se estimó un grado de pérdida de pacientes en el estudio, por no adherencia de éstos al protocolo o por fallos en la recogida de datos, < 5% del total.

A cada uno de los pacientes encuestados se le invitó a responder un cuestionario acerca de su filiación, distancia del domicilio al centro y situación laboral. El grado de discapacidad se midió de acuerdo con el cuestionario HAQ modificado (HAQm). A su vez, el reumatólogo consultor anotó en el formulario de cada paciente su procedencia, pruebas complementarias con que acudió el paciente, diagnóstico de sospecha con el que fue enviado, tiempo de evolución de su enfermedad, diagnóstico definitivo, destino del paciente y minutos empleados en la consulta. Los diagnósticos de las diferentes enfermedades se realizaron según criterios estándar establecidos. Para enfermedades sin criterios diagnósticos establecidos, los diagnósticos se basaron en hallazgos clínicos según se describe en libros de texto actualizados.

Los diagnósticos se listaron en 17 categorías, que engloban la totalidad de las enfermedades reumatológicas clasificadas en la CIE9. Se establecieron 2 grupos genéricos: enfermedades de origen inflamatorio y no inflamatorio. En el primer grupo se incluyeron las enfermedades en las que la inflamación es responsable del proceso patológico. En el grupo de enfermedades no inflamatorias se encuadraron el resto de las enfermedades. En el apartado "otras" se incluyeron enfermedades no inflamatorias de

escasa prevalencia, no clasificables en los grupos establecidos. En el apartado "pendiente de diagnóstico" se recogieron los casos que para su clasificación necesitaban de pruebas complementarias pendientes de realización. Un último grupo, "ausencia de enfermedad reumatológica", incluyó casos sin evidencia de enfermedad del aparato locomotor. Estos 3 últimos grupos se englobaron en el apartado de enfermedades con patología no inflamatoria. Cuando se evaluó el grado de concordancia diagnóstica entre los médicos derivadores y los reumatólogos, no se analizaron algunos diagnósticos para los cuales la concordancia no fue posible: "artritis indeterminada", "otras", "pendiente de diagnóstico" y "ausencia de enfermedad reumatológica". Tampoco se analizaron algunas enfermedades cuando el número de casos diagnosticados fue < 12. Los datos se almacenaron y procesaron con el programa SPSS versión 8.0. El intervalo de confianza (IC) se obtuvo a un nivel del 95%, mediante la aproximación a la distribución normal. El análisis estadístico de la asociación entre las variables nominales se realizó con la prueba de la χ^2 . Para variables continuas se utilizó la t de Student. El grado de acierto entre diagnósticos de procedencia y emitidos por el reumatólogo se evaluó con el coeficiente kappa (κ). Se consideró como indicador de buena correlación si $\kappa > 0,75$, satisfactorio si $\kappa = 0,4-0,75$ y pobre si $\kappa < 0,4$. Se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados

Se estudiaron 1.357 pacientes. De ellos 422 eran nuevos y 935 revisiones. En los pacientes nuevos, la edad media fue de $55,1 \pm 15,6$ años, y la proporción de varones y mujeres fue de 1/2,8. Los pacientes revisados tuvieron una edad media de $56,9 \pm 16,7$ años, con una relación de sexos (V/M) de 1/2,3. La proporción de revisiones/nuevos fue de 2,22. En la figura 1 se expresa la población atendida de pacientes nuevos y revisados según grupos de edad y sexo.

Pacientes nuevos

La tabla 1 recoge los grupos diagnósticos de los pacientes nuevos. Las enfermedades inflamatorias representaron el 22,5% del total, y los diagnósticos más comunes dentro de este apartado fueron la artritis reumatoide (AR) (4%), las colagenosis y las vasculitis (4,5%) y las artropatías microcristalinas (4,3%). En el grupo de enfermedades no inflamatorias (77,5% del total), los diagnósticos más frecuentes correspondieron a artrosis y enfermedad articular mecánica periférica (22,1%), enfermedad mecánica o artrósica de la columna vertebral (12,3%), fibromialgia (9,7%) y reumatismos de partes blandas (8,8%). En 37 pacientes no se pudo esta-

blecer el diagnóstico en el momento de la recogida de los datos. En 20 casos no se evidenció enfermedad reumatológica.

En la tabla 2 se recogen comparaciones entre los grupos de patologías inflamatorias y no inflamatorias según diferentes variables. La mayoría de los pacientes fueron derivados por médicos de atención primaria (70,8%). El 10% de casos procedían de los servicios de urgencias hospitalarios. Los servicios de traumatología enviaron el 8,5% de los pacientes. Finalmente, un 10,7% de casos fueron remitidos por otros servicios. Entre los pacientes derivados por medicina primaria predominaron los incluidos en enfermedad no inflamatoria ($p = 0,001$), mientras que en los procedentes de urgencias y otros servicios había más casos con enfermedades inflamatorias.

El tiempo medio de evolución de los pacientes desde la aparición de los primeros síntomas imputables a la enfermedad reumatológica hasta el día de la consulta fue de $24,1 \pm 31,2$ meses. En los pacientes con enfermedad inflamatoria este período fue inferior al de los demás pacientes ($p = 0,0027$). El tiempo de espera transcurrido desde que se solicitó la consulta fue de $3,8 \pm 3,9$ meses. La distancia media desde el domicilio de los pacientes hasta el centro fue $17,1 \pm 20,2$ km. Fue superior en el grupo de pacientes con procesos inflamatorios ($p = 0,042$).

La discapacidad de los pacientes, medida por el test HAQ reducido (HAQm) arrojó un índice medio de $0,58 \pm 0,5$. No hubo diferencias entre los grupos de enfermedades inflamatorias y no inflamatorias. En total, 35 pacientes (8,9%) estaban en situación de incapacidad temporal debido a su proceso reumatológico, y 22 (5,3%) estaban en invalidez permanente. Tampoco se observaron diferencias en situación laboral entre los 2 grupos de enfermedades.

Por término medio, a los pacientes se les dedicó un tiempo de consulta $19,4 \pm 7,9$ min, significativamente superior en el grupo de enfermedades inflamatorias ($p < 0,0001$).

El número de altas en la primera visita fue de 156, que representa el 37,2% del total. Fue significativamente superior en las enfermedades no inflamatorias ($p < 0,0001$). Los 8 pacientes dados de alta con enfermedad inflamatoria correspondían a artritis microcristalinas. Se observó una tasa significativamente superior de altas en los pacientes que acudieron a consulta con radiología simple realizadas por el médico remitente ($p = 0,021$). En 243 casos constaba en el volante del paciente el diagnóstico de presunción con el que el paciente era remitido. Analizados estos casos, el grado de concordancia entre los diagnósticos de los médicos derivadores y del reumatólogo queda reflejado por el índice κ de 0,8 (tabla 3). Se observaron mayores niveles de concordancia en artropatías microcristalinas, enfermedad mecánica y artrósica de la columna vertebral y fibromialgia.

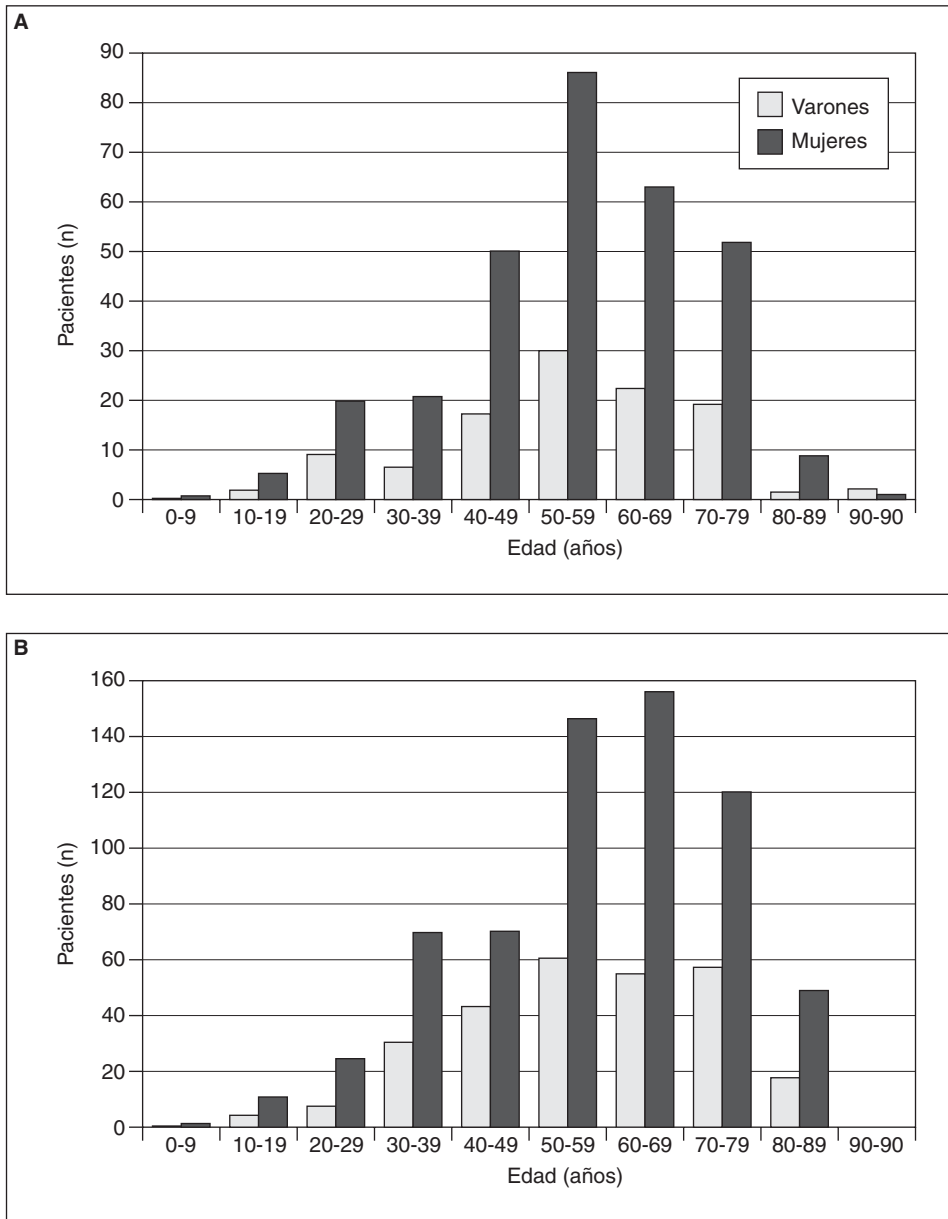


Figura 1. Grupos de edad y población asistida. A) Pacientes nuevos. B) Revisiones.

La AR, espondiloartropatías y enfermedades óseas metabólicas reflejaron los índices de concordancia más bajos.

Revisiones

En las revisiones predominaron las enfermedades inflamatorias (63,4%). Entre ellas, la AR fue el diagnóstico más frecuente (26,4%), seguido de colagenosis y vasculitis (14,7%), y espondiloartropatías (11,8%). Al contrario que en pacientes nuevos, las enfermedades no inflamatorias fueron mucho menos frecuentes en las

revisiones, que representaron el 36,6% del total. Las enfermedades óseas metabólicas (9,8%), artrosis y enfermedad articular mecánica periférica fueron las entidades más prevalentes en este grupo (tabla 4).

La antigüedad de los pacientes en el servicio, contando a partir del primer año en que acudieron a consulta fue de $5,4 \pm 5$ años. El tiempo transcurrido desde la revisión previa de los pacientes a la actual fue de $5,3 \pm 5,4$ meses, inferior en pacientes con enfermedad inflamatoria ($p = 0,03$). Este resultado viene a significar una frecuentación global de 2,26 visitas/año por paciente.

La distancia media global desde el domicilio de los pacientes al centro fue $22,6 \pm 24,1$ km. El test HAQ_m re-

TABLA 1. Clasificación por diagnósticos de los pacientes nuevos

	Número de pacientes (%)
Artritis reumatoide	17 (4)
Colagenosis-vasculitis	19 (4,5)
Polimialgia reumática	4 (0,9)
Espondiloartropatía	21 (5)
Artropatía microcristalina	18 (4,3)
Artritis indeterminada	14 (3,3)
Artritis/osteitis infecciosa	2 (0,5)
Total enfermedad inflamatoria	95 (22,5)
Artrosis y enfermedad articular mecánica periférica	93 (22,1)
Enfermedad mecánica/artrósica de la columna vertebral	52 (12,3)
Reumatismos de partes blandas	37 (8,8)
Enfermedades óseas metabólicas	27 (6,4)
Fibromialgia	41 (9,7)
Radiculopatías	5 (1,2)
Neuropatías por atrapamiento	11 (2,6)
Otras	4 (0,9)
Pendiente de diagnóstico	37 (8,8)
Ausencia de enfermedad reumatológica	20 (4,7)
Total enfermedad no inflamatoria	327 (77,5)

flejó un índice medio global de $0,6 \pm 0,6$; en la AR fue de 0,9. Respecto a la situación laboral, 41 pacientes (4,4%) estaban en incapacidad temporal debido a su enfermedad reumática, y 97 (10,48%) en invalidez permanente. El tiempo medio de consulta fue de $15,8 \pm 6,9$ min. En total, 176 de los pacientes revisados (19%) fueron dados de alta.

Se observaron diferencias significativas entre los grupos de enfermedades inflamatorias y no inflamatorias (tabla 5). Los pacientes del primer grupo tenían más antigüedad en las unidades de reumatología ($p < 0,0001$), el período transcurrido desde la revisión era menor ($p = 0,03$), la distancia desde su domicilio al centro era superior ($p < 0,0001$), obtuvieron mayor puntuación en el test HAQm ($p < 0,0001$) y en este grupo hubo más frecuencia de casos con invalidez permanente ($p = 0,002$). Sin embargo, no hubo diferencias entre los 2 grupos en porcentajes de casos con incapacidad temporal. El tiempo dedicado a las consultas fue similar en los 2 grupos de pacientes. La proporción de altas fue significativamente mayor en el grupo de patologías no inflamatorias ($p < 0,0001$).

TABLA 2. Características generales de los pacientes nuevos

	Enfermedad inflamatoria (n = 95)	Enfermedad no inflamatoria (n = 327)	p
Derivación			
Medicina primaria (%)	53 (55,8)	246 (75,2)	0,001
Urgencias (%)	19 (20)	23 (7)	0,001
Traumatología (%)	6 (6,3)	30 (9,2)	NS
Otros (%)	17 (17,9)	28 (8,6)	0,017
Tiempo de evolución (meses)	$17,6 \pm 32,7$	$26,2 \pm 30,9$	0,027
Distancia al centro (km)	$21,4 \pm 25,1$	$15,7 \pm 18,2$	0,042
Puntuación HAQm	$0,65 \pm 0,58$	$0,56 \pm 0,54$	NS
Incapacidad temporal (%)	8 (8,4)	27 (9,3)	NS
Invalidez permanente (%)	6 (6,7)	16 (5,1)	NS
Tiempo en consulta (min)	$23,2 \pm 8,1$	$18,2 \pm 7,4$	$< 0,0001$
Altas (%)	8 (10,3)	146 (46,1)	$< 0,0001$

Los datos se expresan como media \pm DE o como %.

TABLA 3. Concordancia entre el diagnóstico previo y el emitido por el reumatólogo

	Índice κ (IC del 95%)
Artritis reumatoide	0,45 (0,20-0,70)
Colagenosis-vasculitis	0,77 (0,58-0,97)
Espondiloartropatías	0,59 (0,34-0,83)
Artropatías microcristalinas	0,87 (0,74-0,90)
Artrosis/enfermedad articular mecánica periférica	0,70 (0,59-0,81)
Enfermedad mecánica/artrósica de columna vertebral	0,83 (0,71-0,95)
Reumatismos de partes blandas	0,73 (0,58-0,88)
Enfermedades óseas metabólicas	0,51 (0,43-0,62)
Fibromialgia	0,83 (0,71-0,97)
Total	0,80 (0,73-0,86)

IC: intervalo de confianza.

Discusión

El estudio recoge una muestra de la actividad asistencial en consultas externas, con pacientes estudiados durante el mismo período en las unidades de reumatología participantes. La afluencia de pacientes fue la habitual, y no se realizó selección de los pacientes. En este trabajo no se ha pretendido realizar un análisis pormenorizado del funcionamiento de los diferentes servicios, sino obtener una idea global de la actividad y de las características de todos los pacientes asistidos. No se conocen las razones

TABLA 4. Pacientes revisados: distribución por grupos diagnósticos

	Pacientes (%)
Artritis reumatoide	247 (26,4)
Colagenosis-vasculitis	137 (14,7)
Polimialgia reumática	22 (2,4)
Espondiloartropatía	110 (11,8)
Artropatía microcristalina	46 (4,9)
Artritis indeterminada	23 (2,5)
Artritis/osteítis infecciosa	7 (0,7)
Total enfermedad inflamatoria	592 (63,4)
Artrosis y enfermedad articular mecánica periférica	82 (8,8)
Enfermedad mecánica/artrósica de la columna vertebral	42 (4,5)
Reumatismos de partes blandas	34 (3,6)
Enfermedades óseas metabólicas	92 (9,8)
Fibromialgia	26 (2,8)
Radiculopatías	12 (1,3)
Neuropatías por atrapamiento	6 (0,6)
Otras	29 (3,1)
Pendiente de diagnóstico	9 (0,9)
Ausencia de enfermedad reumatológica	11 (1,2)
Total enfermedad no inflamatoria	343 (36,6)

por las que los pacientes fueron referidos desde otros servicios hospitalarios o desde medicina primaria. Frecuentemente, los pacientes son remitidos por presentar enfermedades más severas o de difícil tratamiento, porque los propios pacientes lo solicitan o por otros causas. En consecuencia, nuestros resultados hacen referencia solamente a los pacientes que son derivados a consultas de reumatología, y no pueden ser extendidos a todos los pacientes con enfermedad reumatológica de la comunidad.

En los pacientes enviados como nuevos hubo predominio de sexo femenino y de edad media en la sexta década de la vida. Solamente un 22,5% del total presentaba enfermedad reumática inflamatoria. Las entidades más diagnosticadas fueron artrosis, enfermedad articular mecánica periférica, y enfermedad mecánica y artrósica de la columna vertebral. Estos resultados son similares a otros previos de nuestro país², pero difieren sustancialmente de otros estudios realizados en otros ámbitos en donde la epidemiología de las enfermedades reumáticas o la planificación sanitaria son diferentes de los nuestros^{3,4}. Aunque la mayor parte de pacientes (70,8%) fueron derivados por médicos de atención primaria, en otras series esta proporción fue > 90%⁵⁻⁷. A diferencia

TABLA 5. Características de los pacientes revisados

	Enfermedad inflamatoria (n = 586)	Enfermedad no inflamatoria (n = 349)	p
Antigüedad (años)	6,4 ± 5,4	5,7 ± 5,7	< 0,0001
Tiempo revisión previa (meses)	5 ± 4,5	5,8 ± 6,5	0,03
Distancia al centro (km)	24,4 ± 26,1	17,8 ± 22,4	<0,0001
Puntuación HAQm	0,67 ± 0,67	0,55 ± 0,51	<0,0001
Incapacidad temporal (%)	23 (3,9)	18 (5,3)	NS
Invalidez permanente (%)	76 (12)	21 (6,2)	0,002
Tiempo en consulta (min)	14,6 ± 5,4	13,7 ± 7	NS
Altas (%)	22 (3,8)	154 (45,4)	<0,0001

Los datos se expresan como media ± DE o como %.

de estos estudios, en nuestro medio se observa una apreciable proporción de pacientes derivados de otros servicios, principalmente de urgencias y de traumatología. Resultó llamativo que entre los pacientes derivados por sus médicos de atención primaria hubo menor proporción de enfermedad inflamatoria.

El tiempo medio de espera para un paciente nuevo para ser visto por un reumatólogo fue de 3,8 ± 3,9 meses. Este período es similar al referido en otras series en países de nuestro entorno⁸⁻¹⁰. Otro hecho a destacar es el considerable período que transcurrió desde que los pacientes iniciaron sus síntomas reumatológicos hasta que fueron vistos por el especialista. Tiene especial importancia en el grupo de enfermedades inflamatorias, que son las que más específicamente se pueden beneficiar de su tratamiento por el reumatólogo. En éstas fue de 17,6 ± 32,7 meses desde el inicio de la sintomatología de los pacientes. Este período se debe considerar excesivo, ya que una actuación temprana en estas enfermedades puede ser crucial en conseguir un control adecuado y en mejorar su pronóstico. En este aspecto habría que incidir con programas de educación a médicos generales y a la población general, y organizar los recursos sanitarios para priorizar la atención precoz de éstas enfermedades. En el presente análisis, el tiempo medio global empleado en la primera visita fue de 19,4 ± 7,9 min, y en enfermedades inflamatorias fue algo superior (23,2 ± 8,1). Recientemente, la Sociedad Española de Reumatología ha realizado un estudio de desarrollo de estándares de tiempos de proceso y calidad asistencial en reumatología, en el que se estima que el tiempo de duración de la primera consulta debe ser de 30 min, oscilando entre 40 min en las enfermedades sistémicas y 20 en la artrosis¹¹. Los tiempos que se recogen en este análisis están lejos de los que se han considerado idóneos, y pueden reflejar un ejercicio de adaptación del reumatólogo para consultar a un número excesivo de pacientes.

Gran parte de pacientes fueron dados de alta en la primera consulta. La mayoría de estos enfermos tenían enfermedad mecánica, y los 8 casos con enfermedad inflamatoria tenían artropatía microcristalina. Es de resaltar que, en parte, la mayor tasa de altas en pacientes nuevos correspondió a los que tenían enfermedad mecánica que acudieron a consultas con pruebas radiológicas realizadas por su médico de atención primaria. Otros estudios reflejan la importancia de esta aportación⁵, y se ha afirmado que un 40% de primeras visitas pueden solucionarse con una única consulta.

En el análisis de concordancia entre el diagnóstico previo y el emitido por el reumatólogo se obtuvo un índice κ global de 0,8, que se considera indicador de buena correlación. La diferencia con otros estudios, en donde los índices obtenidos fueron inferiores¹²⁻¹⁵, puede deberse en parte a que frecuentemente los pacientes fueron referidos sin un diagnóstico preciso, indicando solamente los principales síntomas por los que cada paciente debería ser investigado. En solamente 243 (57,6%) de los volantes se hacía constar un diagnóstico de sospecha y, en consecuencia, nuestro estudio se limitó a esos pacientes. Probablemente, gran parte de pacientes remitidos sin diagnóstico correspondiesen a casos en los que los médicos derivadores tenían mayores dudas en su clasificación. En consecuencia, los índices obtenidos pueden sobrestimar su capacidad diagnóstica. Los índices fueron superiores en enfermedades mecánicas, artrosis, fibromialgia y artropatías microcristalinas. A la inversa, la menor concordancia se observó en enfermedades inflamatorias como AR, espondiloartropatías, y en enfermedades óseas metabólicas.

Dado el elevado índice de concordancia con los reumatólogos en enfermedades no inflamatorias, sorprende la elevada tasa de derivación de estas enfermedades por los médicos de atención primaria. Este hecho no sería pues atribuible a problemas de diagnóstico de los médicos derivadores, sino a una pobre capacidad en el tratamiento satisfactorio de estas enfermedades. También pueden influir la presión asistencial y la demanda de atención especializada por parte del enfermo. Por tanto, se hacen necesarios programas de colaboración entre las unidades de reumatología y las de medicina primaria. Diferentes estrategias han conseguido resultados positivos con la modificación de la conducta de los médicos de atención primaria, con reducción subsiguiente significativa de la tasa de derivaciones, principalmente en enfermedades como fibromialgia, artrosis y reumatismos de partes blandas¹⁶.

Al contrario que en el grupo de pacientes nuevos, en los revisados predominaron claramente las enfermedades inflamatorias. Entre ellas predomina claramente la AR, que abarca un 26,4% del total de las revisiones. Esta alta prevalencia de la AR en los pacientes revisados, es similar a la de otros estudios^{2,3}, y está en consonancia con el Colegio Americano de Reumatología, que estima

que el 80% de los pacientes con AR debe ser seguido por un reumatólogo¹⁷.

El impacto de las enfermedades reumáticas sobre la discapacidad viene reflejado en diferentes estudios realizados en nuestro país^{18,19}. Se ha observado que ocupan el tercer lugar como causa de incapacidad temporal, constituyen la primera causa de invalidez permanente, y representan el 33,47% del coste total de subsidios económicos por invalidez. En nuestro estudio, en pacientes revisados, un 12,9% de los que tenían enfermedad inflamatoria estaba en régimen de invalidez permanente. Asimismo, en enfermedades inflamatorias, especialmente en el grupo de AR, se observó una puntuación alta en el test HAQm. Sin embargo, en pacientes nuevos la discapacidad medida en índices del test HAQm y en las tasas de incapacidad temporal e invalidez permanente fue similar en enfermedades inflamatorias y no inflamatorias. En la actualidad, la excesiva afluencia de pacientes reumatológicos a las consultas de reumatología ha obligado a crear modelos de selección para acceder a éstas, otorgando menor tiempo de consulta a pacientes con enfermedades mecánicas y de partes blandas^{20,21}. Los datos que aquí se presentan indican que parte de la enfermedad osteomuscular no inflamatoria, muchas veces considerada "leve", ocasiona al menos inicialmente tanta discapacidad e incapacidad laboral transitoria como la enfermedad inflamatoria, lo que invita a reflexionar acerca de la necesidad de dar cobertura asistencial adecuada a estos pacientes, como se demanda por la sociedad. Dado que la mayoría de estos pacientes está en edades con vida laboral productiva, se debería considerar prioritaria su atención ya que parece demostrado que una atención adecuada puede influir positivamente en la recuperación de estos pacientes, con el consiguiente ahorro en prestaciones económicas. En un interesante trabajo, Abásolo et al²² demostraron que un régimen de atención especializada consigue reducir significativamente el tiempo de incapacidad temporal en pacientes con enfermedad del aparato locomotor, y el proyecto es coste-efectivo, con ahorro significativo en costes directos e indirectos.

Globalmente, el porcentaje de altas en pacientes con enfermedades inflamatorias fue muy inferior al del resto de enfermedades. Además, se observa que estos pacientes se revisan con mayor frecuencia que los pacientes con enfermedad no inflamatoria y que su antigüedad en los servicios, calculada desde que los pacientes acudieron por primera vez a consulta, es superior en pacientes con enfermedades inflamatorias. Todo ello determina que haya una acumulación progresiva en el tiempo de pacientes con patologías inflamatorias⁵ y que los profesionales estén cada vez más volcados en su atención, con menoscabo de la dedicación que se debería prestar a pacientes que acuden por primera vez con otras enfermedades discapacitantes.

Relación de miembros del Grupo Gallego de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Reumáticas

F. Galdo Fernández, A. Atanes Sandoval, J. Graña Gil, J.L. Fernández Sueiro, F. Blanco García, M. Freire González, F.J. de Toro Santos, J.A. Pinto Tasende (Hospital Juan Canalejo, A Coruña); J.J. Gómez-Reino Carnota, M. Caamaño Freire, A. Mera Varela, J.S. Blanco Rodríguez, S.A. Insua Vilariño, E.M. Pérez Pampin, J.J. Amarelo Ramos (Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela); J.L. Guerra Vázquez, M. Rodríguez López (Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol); J.C. Cea Pereiro (Hospital Comarcal de Barbanza, Ribeira); M.A. González-Gay Mantecón, C. García Porrúa, A. Sánchez-Andrade Fernández (Hospital Xeral, Lugo); M.J. Madrigal Domínguez (Hospital de la Costa, Burela); V.E. Quevedo Vila (Hospital Comarcal, Monforte); M.E. Amigo Díaz (Ambulatorio de Lugo, Centro de Salud de Sarria y Centro de Salud de Villalva, Lugo); J. Cruz Martínez, J.A. Mosquera Martínez, S. Romero Yuste (Hospital Montecelo, Pontevedra); C. Barbazan Álvarez, B. Aspe de la Iglesia (Hospital Xeral-Cies, Vigo); I. Hernández Rodríguez, J.M. Pego Reigosa (Hospital Meixoeiro, Vigo); J.J. Ibáñez Ruán, M. González Pérez (Hospital POVISA, Vigo); J.L. Ferreiro Seoane (Centro de Especialidades Doblada, Vigo); M. Rodríguez Gómez, A. Willisch Domínguez, L. Fernández Domínguez (Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense); B.C. González Álvarez (Hospital Fundación Verín, Verín).

Bibliografía

- Sociedad Española de Reumatología, Liga Reumatológica Española. Gabinete Pfizer de recursos humanos. Reumatos'90. Estudio sociosanitario sobre las enfermedades reumáticas en España. Madrid: Servicio Pfizer de publicaciones; 1992.
- Morales Romero J, Cázares Méndez JM, Gámez Nava JI, Triano Páez M, Villa Manzano AI, López Olivo MA, et al. La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. *Reumatol Clin*. 2005;1:87-94.
- 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 1:132.
- Strusberg I, Drenkard C, Roqué MH, Gamron S, Barberis G, Onetti CM. Análisis de pacientes ambulatorios que concurren por primera vez al servicio de reumatología de un hospital universitario. *Rev Esp Reumatol*. 2000;27:382-7.
- Collado P, Bañares A, Hernández C, Fernández B, Ramos P, Morado I, et al. Asistencia reumatológica en una consulta externa de un hospital terciario: experiencia de tres años. *Rev Esp Reumatol*. 2006;23:9-16.
- Rivera J, García-Monforte A. Consulta hospitalaria de reumatología. Hacia el tratamiento y control de la enfermedad inflamatoria. *Rev Esp Reumatol*. 1994;21:44-8.
- Gómez Rodríguez N, Ibáñez Ruán J, Penelas-Cortés Bellas Y, García Ferrero T. Análisis comparativo de las consultas externas de reumatología y cirugía ortopédica-traumatología en un área sanitaria gallega. *Rev Esp Reumatol*. 2001;28:52-6.
- Shipton D, Badley EM, Bookman AA, Hawker GA. Barriers to providing adequate rheumatology care: implications from a survey of rheumatologists in Ontario, Canada. *J Rheumatol*. 2002;29:2420-5.
- Turner G, Symmons D, Bamji A, Palferman T. Consultant rheumatology workforce in the UK: changing patterns of provision 1997-2001. *Rheumatology*. 2002;41:680-4.
- Kirvan JR, Avers H, Creamer P, Davies M, Hickling P, Hutton C, et al. Changes in rheumatology out-patient workload over 12 years in the southwest of England. *Rheumatology*. 2003;42:175-9.
- Desarrollo de estándares de tiempos de proceso y calidad asistencial en Reumatología. Informe final. Sociedad Española de Reumatología. Junio 2005.
- Bolumar F, Ruiz MT, Hernández I, Pascual E. Reliability of the diagnosis of rheumatic conditions at the primary health care level. *J Rheumatol*. 1994;21:2344-8.
- Gámez-Nava JI, González-López L, Davis P, Suárez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol*. 1998;37:1215-9.
- Calabozo M, Aretxabala I, Pérez-Ruiz F, Alonso-Ruiz A, Fraiz E, Ruiz-Lucea E. Concordancia diagnóstica sindrómica entre reumatólogo y médico remitente. *Rev Esp Reumatol*. 1996;23:176.
- Cruz L, Gutiérrez C, López L, Descarrega R, Juncosa S, Olivé A, et al. Análisis de la derivación de pacientes a un servicio hospitalario de reumatología. *Rev Esp Reumatol*. 1995;22:311-6.
- Schulpen GJ, Vierhout WPM, Van der Heijde DM, Landewe RB, Winkens RA, Van der Linden S. Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter? *Ann Rheum Dis*. 2003;62:159-61.
- Marder WD, Meenan RF, Felson DT, Reichlin M, Birnbaum NS, Croft JD, et al. The present and future adequacy of rheumatology manpower. A study of health care needs and physician supply. *Arthritis Rheum*. 1991;34:1209-17.
- Tornero J, Piqueras JA, Carballo LF, Vidal J. Epidemiología de la discapacidad laboral debida a las enfermedades reumáticas. *Rev Esp Reumatol*. 2002;29:373-84.
- Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. *Rev Esp Reumatol*. 2000;27:48-53.
- Tovar Beltrán JV, Navarro Blasco FJ. Consulta externa de reumatología: utilidad de las consultas de urgencias. *Rev Esp Reumatol*. 1999;26:375-7.
- Rúa Figueroa I, Erausquin C, Naranjo A, Ojeda S, Francisco F, Rodríguez-Lozano C. Reumatología ambulatoria y hospitalaria unificadas: un año de experiencia en estratificación de consultas. *Rev Esp Reumatol*. 1999;26:297-303.
- Abásolo L, Blanco M, Bachiller J, Candelas G, Collado P, Lajas C, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders. *Ann Intern Med*. 2005;143:404-14.