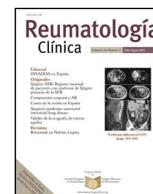




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original breve

Reumatología privada ambulatoria, estudio descriptivo en la Comunidad de Madrid

Juan Carlos Nieto González ^{a,b}

^a Hospital Ruber Internacional, Madrid, España

^b Clínica Armstrong Internacional, Madrid, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de agosto de 2017

Aceptado el 23 de noviembre de 2017

On-line el 16 de diciembre de 2017

Palabras clave:

Reumatología

Privada

Pacientes

Descriptivo

RESUMEN

Se conoce el estado de la reumatología privada en España, pero no hay información sobre el tipo de pacientes atendidos. Este estudio describe la experiencia de varios años de práctica de reumatología privada a tiempo parcial en la comunidad autónoma de Madrid. Se recogieron los datos demográficos y descriptivos de consulta de pacientes atendidos de forma consecutiva durante 3 años. De un total de 706 pacientes atendidos, casi la mitad (46%) solo acudió una vez a consulta y el 12% de los pacientes que se citaron no llegaron a presentarse a la cita. La mayor parte de los pacientes fueron mujeres (72,4%) con una edad media de 44,3 años (rango 3-93). Los diagnósticos más frecuentes fueron artrosis (20,9%), osteopenia/osteoporosis (16,8%), artromialgias inespecíficas (13,4%) y reumatismos de partes blandas (9,6%). La mayoría de los pacientes, un 83,1% (587 pacientes), eran clientes de las compañías MAPFRE, Adeslas y Asisa. Aproximadamente una cuarta parte de las pruebas complementarias que se piden en consulta no se revisan en consultas posteriores.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

Private Rheumatology in the Community of Madrid, Spain: Descriptive Study

ABSTRACT

The status of private rheumatology is known, but there is no information on the kind of patients seen. This study describes the experience over a 3-year period in a private rheumatology practice in the Autonomous Community of Madrid. We collected demographic and descriptive data. Of 706 patients seen, almost half (46%) were there for their first visit, and 12% of patients who had asked for an appointment did not attend. The majority of patients were women (72.4%) with a median age of 44.3 years old (range 3-93). The most frequent diagnoses were osteoarthritis (20.9%), osteopenia/osteoporosis (16.8%), arthralgia (13.4%) and soft tissue disorder (9.6%). The majority of the patients had private insurance with Spanish companies, such as MAPFRE, Adeslas and Asisa. At least one quarter of ancillary tests ordered in the first visit were not revised on a second visit.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Keywords:

Rheumatology

Private

Patients

Descriptive

Introducción

La enfermedad musculoesquelética es muy frecuente en la población general, generando el 20% de las consultas en

atención primaria¹. El estudio epidemiológico de la Sociedad Española de Reumatología a finales de los años 90 mostró que más de 20% de los mayores de 20 años presentaban alguna enfermedad reumatológica². Las consultas por este motivo en medicina privada se reparten entre las especialidades de traumatología, rehabilitación y reumatología.

La reumatología privada es un ámbito de la especialidad en auge en los últimos años, un 38,2% de los reumatólogos españoles

Correo electrónico: juancarlos.nietog@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.11.004>

1699-258X/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

ejercen la especialidad en el ámbito privado, la mayoría de forma mixta (25%)³. Las comunidades autónomas donde el número de reumatólogos que realizan práctica privada es mayor son Cataluña y Madrid³. El ámbito privado es muy relevante, ya que aproximadamente un tercio del presupuesto nacional de sanidad se destinó a la medicina privada en 2013² y más de 700 millones de euros en la comunidad autónoma de Madrid (CAM) concretamente³.

Actualmente, conocemos el estado de la reumatología privada en España con relación a profesionales y distribución por comunidades autónomas⁴, pero no existe información sobre el tipo de paciente y las enfermedades que se atienden. La CAM cuenta con 150 reumatólogos de plantilla en hospitales públicos, de los cuales el 33,8% trabaja también en el ámbito privado⁵. No se disponen datos exactos del número de reumatólogos que realizan práctica privada de forma exclusiva a día de hoy, pero la Sociedad Madrileña de Reumatología está realizando esfuerzos en esa dirección en la actualidad.

Por lo general, se acepta que la enfermedad que se atiende en reumatología en el ámbito privado y en la medicina pública es similar, donde más del 25% de la carga asistencial se dedica a atender enfermedad inflamatoria, mientras que la artrosis y la osteoporosis suponen un porcentaje ligeramente menor (21%), pero pueden existir ciertas diferencias⁶. Lamentablemente, disponemos de escasa información en relación con la práctica privada. El conocimiento del tipo de paciente y de la enfermedad atendida, así como los recursos que consume, es importante para una mejor gestión y calidad en la práctica de la reumatología privada, beneficioso tanto para el sistema sanitario nacional como para el reumatólogo y sobre todo para el paciente¹.

El objetivo de este estudio descriptivo de la práctica de la reumatología ambulatoria privada es proporcionar información sobre la enfermedad y las características generales de los pacientes atendidos.

Pacientes

Estudio descriptivo observacional de pacientes atendidos consecutivamente en 2 centros médicos con consulta de reumatología privada durante 3 años. Se incluyó a los pacientes atendidos en el Hospital Ruber Internacional y en la Clínica Armstrong, ambas en Madrid. En ambos centros se realiza una atención ambulatoria en consultas externas un día a la semana, con la posibilidad de ingreso, consultas desde urgencias y hospital de día solamente en el Hospital Ruber Internacional. Ninguno de los 2 centros dispone de ecógrafo en consulta, dependiendo del servicio de radiología esta técnica de imagen, mientras que la capilaroscopia estaba disponible solo en el Hospital Ruber Internacional.

Se recogieron datos demográficos (edad, género, fecha de la primera consulta y diagnóstico) y datos descriptivos de la práctica privada (compañía de seguro o privada, número total de citas, consultas nuevas vs. revisiones, número de consultas no presentadas, pruebas solicitadas e interconsultas a otros especialistas). Los pacientes solicitaron consulta de forma libre y se consideraron consulta nueva a todo paciente que era atendido por primera vez y revisiones todas las consultas posteriores. Se consideró consulta no atendida aquella cita solicitada y no presentada por el paciente, sin haber sido anulada previamente.

Se recogió la impresión diagnóstica inicial o el diagnóstico definitivo si era posible, y se resume como artritis crónicas (artritis reumatoide, espondiloartritis, artritis psoriásica y artritis idiopática juvenil), conectivopatías (lupus, miopatías inflamatorias, síndrome de Sjögren y esclerodermia), osteopenia/osteoporosis, artrosis (independientemente de la localización), artromialgias inespecíficas, reumatismos de partes blandas (p. ej., epicondilitis, trocanteritis, fascitis plantar mecánica, etc.), artritis

microcristalinas (artritis gotosa y artritis por pirofosfato cálcico dihidratado), dolor axial inespecífico (lumbalgias, dorsalgias y cervicalgias de origen no inflamatorio), alteraciones analíticas (anticuerpos positivos, aumento de reactantes de fase aguda o de enzimas musculares, ASLO elevado, etc.), fibromialgia, polimialgia reumática y «otras». Se incluyeron en «otras» aquellas enfermedades que suponían menos del 1% del total de pacientes atendidos (p. ej., epiescleritis, hiperostosis idiopática, fenómeno de Raynaud, enfermedad de Paget, etc.).

Se recogieron las pruebas complementarias solicitadas, las analíticas de sangre y las pruebas de imagen (radiografías simples, ecografías músculo-esqueléticas [EME], densitometrías, resonancias magnéticas [RM] y tomografías computarizadas), así como las interconsultas a otras especialidades.

Los resultados se presentan en números totales y porcentajes (%) para las variables cualitativas y en medianas y rango para las variables cuantitativas.

Resultados

Se atendió a 706 pacientes en 207 días de consulta, con una media de 7,2 pacientes citados por día de consulta. Se programaron un total de 1.493 visitas médicas, las consultas nuevas fueron 706 (47,3%) y las revisiones 612 (41%), mientras que las consultas no presentadas fueron 175 (11,7%). La mediana de edad fue 44,3 años (rango 3-93) y 511 pacientes fueron mujeres (72,4%). La mayoría de los pacientes, un 83,1% (587 pacientes), eran clientes de las compañías MAPFRE, Adeslas y Asisa. La relación completa de pacientes según la compañía de seguros se muestra en la [figura 1](#).

Los diagnósticos más frecuentes fueron la artrosis (148 pacientes, 20,9%), la osteopenia/osteoporosis (119 pacientes, 16,8%), las artromialgias inespecíficas (95 pacientes, 13,4%) y los reumatismos de partes blandas (68 pacientes, 9,6%). Los 3 primeros diagnósticos supusieron el 51% de los pacientes y junto con los reumatismos de partes blandas cubrían el 61% de los diagnósticos totales. La relación completa de diagnósticos se presenta en la [tabla 1](#).

Se solicitaron un total de 659 analíticas (0,5 por visita) y 558 pruebas de imagen (0,42 por visita). De las pruebas de imagen, la radiografía simple fue la más frecuente, 61,8% (345 radiografías), la EME supuso un 20,1% (112), la RM un 9,1% (51) y las densitometrías un 8,6% (48); solo se pidieron 2 tomografías. Se solicitaron 120 interconsultas a otras especialidades, 99 (82,5%) al servicio de rehabilitación. El resto de interconsultas se dividieron en 7 (5,8%) a traumatología, 6 (5%) a la unidad del dolor, 2 (1,6%) a digestivo y endocrinología, y una interconsulta (0,8%) a dermatología, inmunología, oftalmología y neumología. La relación total de pruebas complementarias e interconsultas se muestra en la [tabla 2](#).

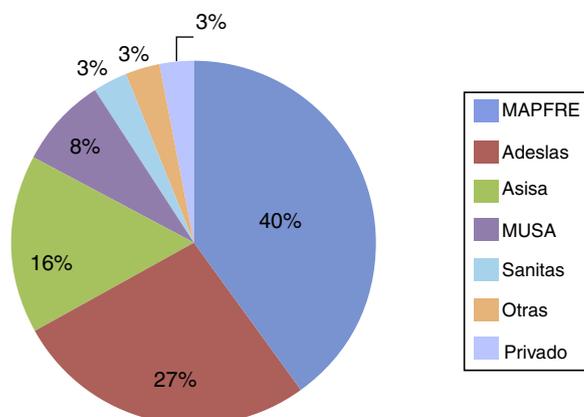


Figura 1. Relación de pacientes atendidos en la consulta ambulatoria privada según la compañía de seguro.

Tabla 1

Impresión diagnóstica o diagnósticos definitivos de los pacientes atendidos en consulta ambulatoria privada

Diagnóstico	Número de pacientes	Porcentaje
Artritis inflamatorias crónicas	55	7,8
Conectivopatías	14	1,9
Artritis microcristalinas	36	5,1
Artrosis	148	21,0
Osteopenia/osteoporosis	119	16,9
Artromialgias inespecíficas	95	13,5
Dolor axial inespecífico	55	7,8
Alteraciones analíticas	31	4,4
Reumatismo partes blandas	68	9,6
Fibromialgia	18	2,5
Polimialgia reumática	12	1,7
Otras	56	7,9

Tabla 2

Relación de pruebas complementarias e interconsultas solicitadas en consulta ambulatoria privada

Pruebas complementarias	n (%)
Analíticas (n: 706)	659 (93,3)
Pruebas de imagen (n: 706)	558 (79)
Radiografías simples (n: 558)	345 (61,8)
Ecografías musculoesqueléticas (n: 558)	112 (20,1)
Densitometría ósea (n: 558)	48 (8,6)
Resonancia magnética (n: 558)	51 (9,1)
Electromiograma (n: 558)	8 (1,4)
Tomografía computarizada (n: 558)	2 (0,35)
Interconsultas total (n: 706)	120 (17)
PIC rehabilitación (n: 120)	99 (82,5)
PIC traumatología (n: 120)	7 (5,8)
PIC Unidad del Dolor (n: 120)	6 (5)
PIC tras especialidades (n: 120)	8 (6,6)

Del total de los pacientes, 325 (46%) fueron atendidos una sola vez. De los 381 pacientes que acudieron al menos a una visita de revisión, el tiempo medio de seguimiento fueron 1,3 años (rango 0 a 3 años). En esa primera consulta se solicitaron 155 analíticas, 173 pruebas de imagen y 32 interconsultas (30 a rehabilitación). En consecuencia, el resultado del 23,5% de las analíticas y el 27,6% de las pruebas de imagen pedidas en la primera consulta no se revisaron en una segunda consulta. Según la prueba de imagen, suponen el 20,8% de las densitometrías (10/48), el 29,4% de las RM (15/51), el 21,4% de las EME (24/112) y el 30,1% de las radiografías simples (104/345). Las características demográficas y el porcentaje de los diferentes diagnósticos en este subgrupo de pacientes fueron superponibles con el total de pacientes.

Discusión

Durante los 3 años de práctica de reumatología privada se atendieron principalmente a mujeres de edad media con una póliza de seguro que presentaban artrosis, osteoporosis, artromialgias inespecíficas o reumatismos de partes blandas. La situación de la reumatología en la medicina pública ha sido estudiado a nivel nacional y por comunidades autónomas^{4,6-8} y recientemente también en la privada³, pero sigue siendo muy escasa la información relativa al amplio porcentaje de pacientes que son atendidos en la reumatología privada. En nuestro estudio, la atención de artrosis y osteoporosis supuso el 38% de la carga laboral, mientras que las artritis crónicas supusieron el 7,8% y las conectivopatías el 1,9%. El estudio de Lázaro et al., realizado en la CAM en 2013, describía que en los servicios de reumatología públicos las artritis crónicas suponían casi un 30% de la carga laboral y las conectivopatías un 9,4%; sin embargo, la artrosis y la osteoporosis eran un 21% de la carga laboral⁵. Por lo tanto, existen diferencias en la enfermedad atendida en la reumatología privada (más artrosis y osteoporosis) y la

atendida en la reumatología pública (más artritis crónicas y conectivopatías); sin embargo, son necesarios más estudios que confirmen estas diferencias.

En nuestro estudio, aproximadamente uno de cada 10 pacientes que solicitan consulta en la reumatología privada no atiende su consulta, no se dispone de literatura científica con la que comparar estos resultados con la medicina pública. Especialmente interesante es que casi la mitad de los pacientes (46%) citados en la privada solo fueron atendidos una vez y que una de cada 4 pruebas solicitadas, analíticas y pruebas de imagen no se revisaron en una segunda consulta. No es posible saber si fueron revisadas por otros especialistas o no fueron realizadas, quizá la primera consulta resolvió la duda de muchos pacientes sobre si el dolor que presentan es debido a alguna enfermedad grave y no llegan a realizarse las pruebas complementarias solicitadas.

En contra de la idea general sobre la medicina privada, el número de pacientes atendidos de forma privada es un porcentaje residual (3%), siendo la mayoría de los pacientes (> 80%) clientes de las principales compañías de seguros (MAPFRE, Adeslas y Asisa). Por supuesto, nuestros resultados no pueden extrapolarse a la totalidad de la CAM debido al número de pacientes atendidos y a que, pese a disponer de la gran mayoría, algunas de las aseguradoras existentes no estaba disponible en ninguno de los 2 centros donde se realizó el estudio.

Las pruebas complementarias que más se solicitaron fueron las analíticas y las pruebas de imagen (radiografías, EME y RM), una por cada 2 consultas, y la especialidad más interconsultada fue el servicio de rehabilitación (> 82% de las interconsultas). La disposición de un ecógrafo en la consulta de reumatología privada podría permitir el diagnóstico y la resolución de muchos de los procesos de partes blandas atendidos, disminuyendo el número de revisiones e interconsultas a rehabilitación, además de reducir el número de pruebas de imagen, especialmente de EME y RM periféricas.

La limitación principal de este estudio es su limitada validez externa, aportando información sobre 2 centros con reumatología privada de la CAM, siendo necesario estudios más amplios (pudiendo incluir datos de calidad asistencial o la gravedad de los pacientes atendidos) y multicéntricos que confirmen estos resultados. Por otra parte, el carácter descriptivo general del estudio y la codificación de los diagnósticos sin hacer uso del código CIE-9 puede ser un factor limitante del estudio. Sin embargo, las enfermedades mayoritariamente atendidas son enfermedades de alta prevalencia y bien diferenciadas entre sí.

En conclusión, la reumatología privada ambulatoria en la CAM atiende principalmente a mujeres de edad media con una póliza de seguros que presenta artrosis, osteoporosis, artromialgias inespecíficas o reumatismos de partes blandas. Por otro lado, la cuarta parte de las pruebas de imagen y analíticas solicitadas no se realizan o revisan por el especialista que las solicita.

Conflicto de intereses

El autor confirma no tener ningún conflicto de interés en el presente manuscrito.

Agradecimientos

A todos los pacientes que solicitaron consulta conmigo en los últimos años, por su confianza y por la experiencia vivida.

Bibliografía

1. Aguado Acín MP, Martín Mola E. Gestión clínica y calidad en reumatología. *Rev Esp Reumatol.* 2003;30:448–55.
2. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad. Sanidad privada aportando valor. Análisis de situación; 2016 [consultado 15 Abr 2016]. Disponible en:

- <https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/3-informe analisis situacionidis2016 pagina web.pdf>.
3. Yoldi Muñoz B, Gómez Centeno A, Moreno Muelas JV. Estado de la reumatología privada en España. *Reumatol Clin.* 2017;13:313–7.
 4. Rodríguez-Arboleya L. Los reumatólogos en la asistencia pública española. *Rev Esp Reumatol.* 1997;24:295–301.
 5. Lázaro, de Mercado P, Blasco Bravo AJ, Lázaro, de Mercado I, Castañeda S, López Robledillo J. La Reumatología en la comunidad de Madrid: disponibilidad actual de reumatólogos y necesidades futuras aplicando un modelo predictivo. *Reumatol Clin.* 2013;9:353–8.
 6. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. EPISER, 2000. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2001.
 7. Alonso-Ruiz A, Calabozo Raluy M, Martín Mola E, Benito Ruiz P, Carbonell Abelló J. Situación laboral de los reumatólogos formados en España entre 1990 y 1999. *Rev Esp Reumatol.* 2002;29:36–42.
 8. Grados D, Marsal S, Olivé A. Asistencia reumatológica en el sector sanitario público de Cataluña: año 2012. *Reumatol Clin.* 2014;10:85–8.