

Pacientes referidos por primera vez de medicina familiar a la consulta externa de reumatología

Antecedentes. En la mayoría de los países, poco se conoce acerca de los pacientes que son referidos por los médicos de familia (MF) o generales a la consulta externa de reumatología (CER), debido a que la mayoría de los registros de utilización de servicios de salud se realizan en pacientes hospitalizados¹. El MF tiene un fuerte efecto en la regulación de la afluencia de pacientes enviados a una clínica especializada. Asimismo, es el responsable primario del tratamiento inicial que recibirá el paciente debido a la reducida accesibilidad a la consulta especializada, el tiempo de espera y la gran prevalencia de enfermedades reumáticas. Se ha estimado que el 9,3% de todos los problemas de salud atendidos por MF son por afecciones reumáticas, cifra similar a la demanda por los procesos respiratorios (9,4%) y mayor que los problemas de salud relacionados con accidentes, enfermedades cardiovasculares y mentales². Aunque la osteoartritis (OA) y enfermedad de tejidos blandos son los motivos más frecuentes de derivación al reumatólogo³, el pronóstico de otras afecciones reumáticas se puede ver afectado si los pacientes son remitidos tardíamente.

Objetivo. Describir los motivos de remisión de los pacientes referidos por primera vez por médicos familiares a la consulta externa.

Emplazamiento. Hospital General Regional de México.

Participantes. Entre enero de 2002 y 2004, 530 pacientes consecutivos fueron referidos por los MF a la consulta externa de reumatología para la valoración por primera vez de manifestaciones.

Mediciones. En la primera visita a reumatología se aplicó un cuestionario estructurado, con la valoración de las siguientes variables: sociodemográficas; antecedentes de manifestaciones reumáticas

TABLA 1. Afecciones reumáticas atendidas en la primera evaluación de pacientes remitidos por el médico familiar

Afección	n	%
Osteoartritis de manos	108	20,4
Artritis reumatoide	103	19,4
Fibromialgia	29	5,5
Osteoporosis	34	6,4
Lumbalgia/cervicalgia	15	2,8
Espondiloartropatías	19	3,6
Gonartrosis	29	5,5
Enfermedades sistémicas	25	4,7
Gota	10	1,9
Enfermedad tejidos blandos	29	5,5
Enfermedad indiferenciada tejido conectivo	6	1,1
Síndrome túnel del carpo	7	1,3
Sin enfermedad reumática	33	6,2

cas (tiempo de evolución de síntomas, duración con MF antes de su remisión a reumatología). Los motivos de la remisión por el MF fueron clasificados como artralgias de manos, artritis/oligoartritis o poliartritis, monoartritis, dolor generalizado, uveítis, dolor en columna cervical, lumbar, hombro, cadera y rodilla, síntomas cutáneos, manifestaciones hematológicas y pacientes enviados con el diagnóstico de osteoporosis. Se determinaron el tiempo entre el inicio de las manifestaciones reumáticas y la primera valoración por reumatología y el período entre valoración inicial por MF y la remisión a reumatología.

Resultados. En total, 530 pacientes fueron referidos para valoración por primera vez en la CE de Reumatología. La edad promedio fue de $44,9 \pm 15,9$ años y el 80% eran mujeres. Los principales síntomas de la remisión fueron las artralgias en las manos (25,8%), la artritis oligoarticular o poliarticular (22,3%), la gonalgia (8,5%), manifestaciones sistémicas (5,8%) dolor generalizado y la evaluación por sospecha de osteoporosis (5,5%). La duración de los síntomas reumáticos antes de la valoración por el reumatólogo fue de 43 meses y el tiempo entre la valoración por el MF y la remisión la reumatólogo fue de 16 meses. La OA de manos, la artritis reumatoide, la valoración por osteoporosis y la fibro-

mialgia fueron los diagnósticos más frecuentes (tabla 1).

Discusión. Los síntomas principales de remisión fueron por artralgias en las manos, la artritis y la gonalgia, a diferencia de otros estudios^{4,5} donde se encontró que las causas principales de remisión fueron las afecciones de los tejidos blandos y la lumbalgia. El período entre el inicio de síntomas reumáticos y la visita al MF fue de 43 meses. Este período prolongado puede estar influido por la conducta del paciente al buscar ayuda, el acceso a los servicios de salud, la naturaleza de la enfermedad y el uso de medicinas alternativas. Asimismo, el período hasta la visita al reumatólogo fue de 16 meses, lo cual indica que los pacientes están sujetos a largos períodos de observación antes de ser remitidos. El pronóstico de algunas afecciones reumatológicas depende, entre otros factores, de una temprana referencia al reumatólogo⁶. Por ejemplo, el pronóstico de la artritis reumatoide depende de un diagnóstico y un tratamiento tempranos (durante los primeros 3-6 meses), lo cual disminuye la morbilidad y la mortalidad.

En conclusión, los pacientes fueron observados durante un largo período por los MF antes de ser remitidos a reumatología, lo que quizá repercuta en el pronóstico de algunas afecciones reumáticas.

Abraham Zonana Nacach^a
y Alfredo Campaña Parra^b

^aUnidad de Investigación Clínica y Epidemiología. Hospital General Regional N.º 20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tijuana. Baja California. México.

^bConsulta Externa de Reumatología. Hospital General Regional N.º 20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tijuana. Baja California. México.

Palabras clave: Gestión.
Enfermedades aparato locomotor.
Osteoporosis. Fibromialgia.

1. Miedema HS, Van der Linden SM, Rasker JJ, Valkenburg HA. National database of patients visiting rheumatologists in The Netherlands: the standard diagnosis register of rheumatic diseases. A report and preliminary analysis. *Br J Rheumatol*. 1998;37:555-61.
2. Njalsson T, Sigurdsson JA, McAuley RG. Health problems in family practice. An Icelandic multicentre study. *Scand J Prim Health Care*. 1996;14:4-12.
3. Vanhoof J, Declerck K, Geusens P. Prevalence of rheumatic diseases in a rheumatological outpatient practice. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:453-5.

4. Gámez-Nava JI, González-López L, Davis P, Suárez-Almazor ME. Referral and diagnosis common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol*. 1998;37:1215-9.
 5. Kahl LE. Musculoskeletal problems in the family practice setting: guidelines for curriculum design. *J Rheumatol*. 1987;14:811-4.
 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;29:2251-2.
-