

El reumatólogo consultor: enlace entre la medicina primaria y la hospitalaria. Organización de la Unidad Consultora de Reumatología-Atención Primaria (UCRAP). Experiencia del primer año de funcionamiento

E. Trujillo^a, A. Joyanes^b, M.I. Fuentes^c, E. Fraga^c, E. Campelo^d, M. Pastor^e y T. González^a

^aServicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Unidad Consultora de Reumatología-Atención Primaria (UCRAP). ^bGerencia y ^cDirección Médica de Atención Primaria. Área de Salud de Tenerife. ^dGerencia y ^eDirección Médica. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España.

Fundamento: Comunicamos la creación de una unidad consultora de reumatología para atención primaria y analizamos la experiencia del primer año de funcionamiento, así como la valoración que de ella hacen los médicos de atención primaria y los pacientes atendidos.

Material y método: Hemos registrado los datos de cada paciente y la actividad generada a través de una hoja de registro. La valoración por médicos y pacientes se ha realizado mediante cuestionarios diseñados para tal fin.

Resultados: Se ha atendido a 17.602 consultas ordinarias y 45 consultas urgentes. La demanda ha sido creciente. Se han recibido 532 llamadas telefónicas y 36 correos electrónicos. Se han realizado 269 artrocentesis y 1.993 infiltraciones. El 3,2% de los pacientes se remitió al servicio hospitalario de reumatología. La artrosis, los reumatismos de partes blandas y las raquialgias encabezan los diagnósticos más frecuentes. Se han diagnosticado 52 nuevos casos de enfermedad inflamatoria.

Todos los aspectos de la actividad del reumatólogo consultor fueron evaluados muy positivamente por los médicos de asistencia primaria. La evaluación de los pacientes es también muy satisfactoria.

Discusión: La atención combinada en el hospital y en la asistencia primaria por el mismo especialista supone una posibilidad óptima de acercar a la atención primaria una especialidad hasta ahora exclusivamente hospitalaria. La experiencia es considerada muy positiva por reumatólogos, médicos de atención primaria y pacientes.

Palabras clave: Reumatólogo consultor. Atención primaria. Asistencia hospitalaria.

The rheumatology consultant: a link between hospital and primary care. Organization of a rheumatology unit in primary care. First year experience

Background: We communicate the development of a rheumatology consultation unit in primary care and analyze its first year of functioning as well as the evaluation made by family physicians and patients.

Material and Methods: We entered each patient's data and the activity generated in a register. The evaluation by doctors and patients was carried out through a specific questionnaire designed for this purpose.

Results: A total of 17,602 scheduled consultations and 45 urgent consultations were made. Demand for this service increased: 532 telephone calls and 36 electronic messages were received. Two hundred sixty-nine arthrocenteses and 1993 infiltrations were performed; 3.2% of patients were referred to the hospital's rheumatology service. The most frequent diagnoses were arthrosis, soft tissue disorders, and back pain. Fifty-two new cases of inflammatory joint diseases and connective tissue disorders were diagnosed. All aspects of the rheumatology consultant's activities were positively evaluated by the family physicians. The patients' evaluation was also highly satisfactory.

Discussion: Until now, rheumatology has only been available in hospitals. The provision of medical care by the same specialist in the hospital and primary care environments is an optimal means of making this specialty available in primary care. The evaluation of rheumatologists, family doctors and patients was highly favorable.

Key words: Rheumatology Consultant. Primary Care. Hospital Care.

Correspondencia: Dra. E. Trujillo Martín. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Ctra. La Cuesta-Taco, s/n. La Laguna. 38320 Tenerife. España. Correo electrónico: etrujillo@ser.es

Manuscrito recibido el 5-9-2002; y aceptado el 5-12-2002.

Introducción

El modelo sanitario asistencial de los países más desarrollados está experimentando una pérdida del papel de la hospitalización convencional y una cre-

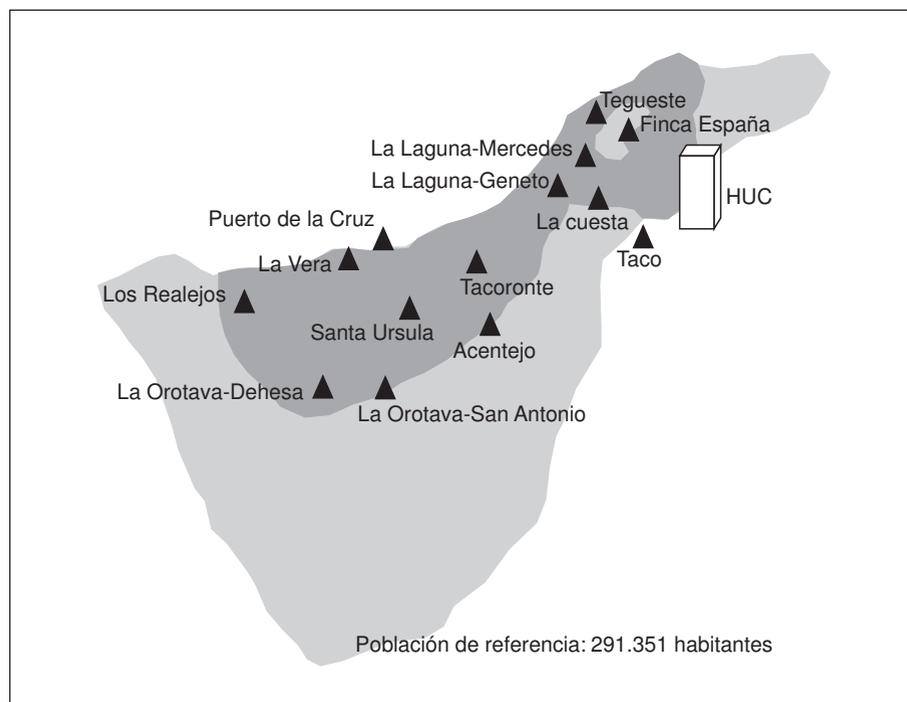


Figura 1. Mapa del área de referencia del Hospital Universitario de Canarias (HUC). Localización del HUC y las 14 áreas de salud.

ciente tendencia hacia la asistencia especializada extrahospitalaria. La tendencia generalizada es programar una aproximación progresiva de los especialistas a los pacientes, llevando la asistencia especializada lo más cerca posible del lugar de residencia del paciente¹.

En España, además, la falta de coordinación entre la atención primaria (AP) y especializada ha sido uno de los déficit históricos de nuestro sistema sanitario. La figura del médico especialista consultor, entendida como enlace entre la atención primaria y la especializada, es uno de los instrumentos que se han desarrollado en los últimos años para intentar solventar esta carencia^{2,3}.

Esta figura constituye un apoyo a los médicos de AP, a los que, de este modo, se ofrece una formación continuada. Se estima que ésta puede ser una medida ideal para reducir las listas de espera en las especialidades, sin crear listas paralelas. Con estas visitas, el médico de cabecera y el consultor-especialista tienen la posibilidad de intercambiar experiencias y opiniones *in situ*, lo que contribuye de forma notable a la formación de ambos y a una resolución asistencial más completa. Así, el especialista se acerca al entorno del paciente, lo que permite una aproximación global a éste. La espera es siempre inferior a la de cualquier lista de una especialidad en el hospital y, además, el paciente no tiene que desplazarse.

Hasta hace poco tiempo la atención especializada del paciente reumático se realizaba exclusivamente en el nivel hospitalario. En la actualidad todas las

sociedades científicas reumatológicas, incluida la española, están de acuerdo en que los reumatólogos debemos ofertar nuestro servicio, haciéndolo accesible al escalón inicial de la asistencia sanitaria^{4,5}.

En la última década en determinadas áreas se han desarrollado experiencias destinadas a introducir la reumatología en la AP⁶⁻¹². La reumatología proporciona así una asistencia global (hospitalaria y extrahospitalaria) e integrada en su área sanitaria, según las competencias de la especialidad y en directa colaboración con AP.

El Hospital Universitario de Canarias (HUC) se encarga de la prestación sanitaria de 291.351 personas, que constituyen su población de referencia. En el área de referencia del HUC, en la isla de Tenerife, se localizan 14 centros de salud (fig. 1). La totalidad de los reumatólogos de la nuestra se encuentra en el medio hospitalario o nivel terciario, y no hay reumatólogos en el escalón secundario de la asistencia. De esta manera, en la consulta externa del servicio de reumatología de un hospital de tercer nivel, se recibe de forma directa a enfermos enviados desde AP y, por tanto, actuamos como segundo nivel de atención. En nuestra área de salud, la reumatología es, por tanto, una especialidad exclusivamente hospitalaria.

Hasta el momento no existía comunicación entre nuestro servicio y AP, lo que impedía una adecuada política de transferencia de pacientes entre niveles y un adecuado seguimiento de los pacientes crónicos. Además, existía un retraso en la lista de

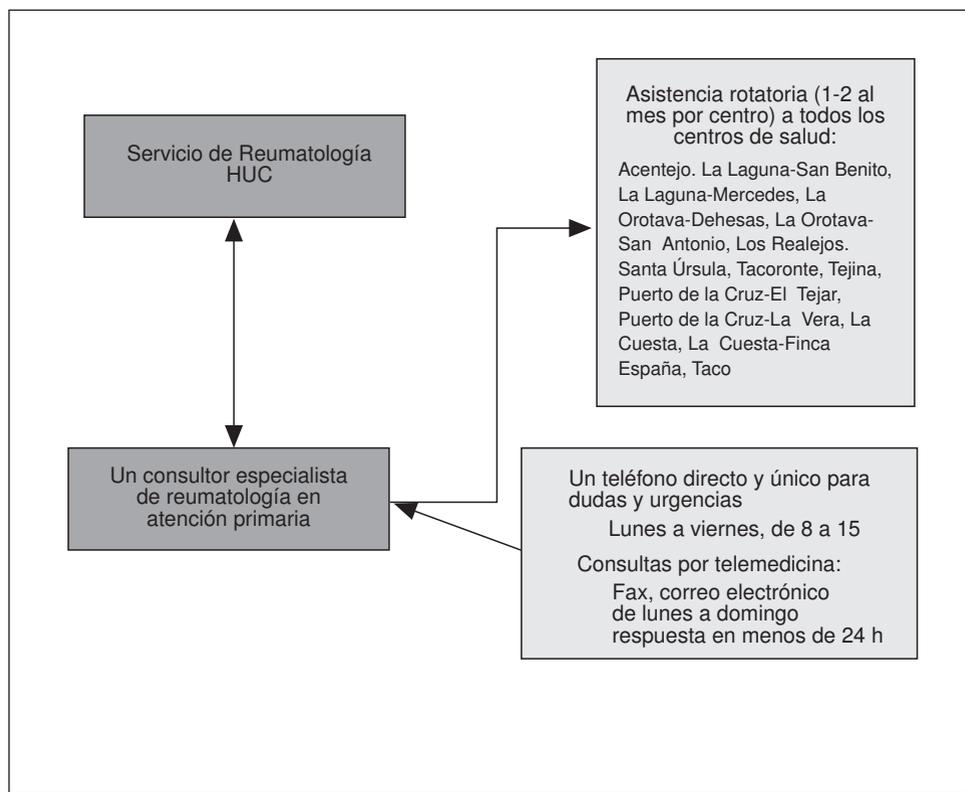


Figura 2. Organigrama de la UCRAP.

espera de más de 8 meses para ser atendido por un reumatólogo por primera vez (se atienden más de 7.500 consultas al año). Por tanto, era una necesidad la creación de un modelo asistencial reumatológico basado en la cooperación y la interrelación entre la medicina primaria y la hospitalaria.

Ante estos hechos, el Servicio de Reumatología del HUC, con el apoyo de los órganos de gobierno del HUC y AP del área de Tenerife puso en marcha el 1 de junio de 2001 la Unidad Consultora de Reumatología-Atención Primaria (UCRAP), basándose en la figura del consultor en reumatología para los médicos de AP, especialista del hospital que se desplaza a los centros de salud, actuando por tanto como puente permanente entre la AP y el Servicio de Reumatología del HUC, y viceversa.

Material y método

En la figura 2 se expone el organigrama de funcionamiento de la UCRAP. La función de consultor es asumida por un reumatólogo del servicio que dedica a tal tarea 4 días a la semana. Éste visita cada día un centro de salud, con una periodicidad de una a dos veces al mes en cada centro.

El paciente es siempre valorado por el reumatólogo-consultor en presencia del médico de cabecera del paciente (médicos y pediatras de AP), para po-

der así intercambiar opiniones entre ambos. Para las consultas urgentes (pacientes que precisan, según criterio médico, una evaluación rápida por un reumatólogo) los médicos de AP se ponen en contacto telefónico con el consultor que atiende al paciente, si fuera necesario, en las siguientes 24 h.

En cada visita se desarrolla una hora de actividad docente en grupo, en el horario establecido para la docencia por cada centro. Anualmente se elabora un calendario de seminarios consensuado entre AP y reumatología (programa de formación en reumatología de la UCRAP).

En el funcionamiento de la UCRAP se han seguido las recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología (Criterios de Calidad de la Asistencia Reumatológica, 2002) para conseguir una asistencia técnicamente correcta y socialmente eficiente al paciente¹³. Se registran los datos de cada paciente atendido por la UCRAP: sexo; edad; actividad generada (infiltraciones, artrocentesis y estudio de cristales); si son necesarias una, dos o tres visitas, o debe controlarse periódicamente; las solicitudes de exploraciones complementarias, y las derivaciones a otros servicios. El motivo de consulta se ha codificado según la Clasificación de la WONCA¹⁴. Una vez visitados por el reumatólogo, los diagnósticos se han codificado según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.^a revisión, Modificación Clínica (CIE-9, MC)¹⁵.

TABLA 1. Encuesta realizada a uno de cada 20 pacientes atendidos para valorar la presencia del reumatólogo en atención primaria

1. ¿Cree que ha sido bien estudiado y tratado por el reumatólogo? (muy bien; bien; regular; mal)
2. ¿Cómo ha sido atendido por el reumatólogo? (muy bien; bien; regular; mal)
3. ¿Le ha dado el reumatólogo información suficiente y comprensible sobre su enfermedad? (sí, no)
4. Grado de satisfacción general (puntuación del 1 al 10)

El grado de satisfacción se evalúa mediante dos cuestionarios autoadministrados a todos los médicos de AP que han participado, mediante una puntuación de 1 a 5 (puntuación numérica continua): un cuestionario evalúa la actividad asistencial y otro la actividad docente. El grado de satisfacción de los pacientes atendidos se evalúa también mediante cuestionario autoadministrado de forma consecutiva a uno de cada 20 pacientes atendidos (tabla 1).

Resultados

Experiencia del primer año de funcionamiento

Un 88% de los médicos de AP del área de referencia del HUC han realizado, por lo menos, una consulta a la UCRAP. Durante este período de visitas a los centros, el médico de atención primaria estuvo presente en el 79% de las consultas.

Del 1 de junio de 2001 a 1 de junio de 2002 se han realizado 17.602 consultas, lo que equivale a 27 pacientes/día. Se ha asistido a una demanda creciente, de modo que durante el primer mes de funcionamiento (junio de 2001) se atendió una media de 14 pacientes/día; en el mes de diciembre de 2001 la media fue de 26 pacientes/día, y en junio de 2002 hemos alcanzado la cifra de 32 pacientes/día. Además de las consultas ordinarias atendidas en las visitas programadas, en cada centro se han atendido 45 urgencias (casos en que el médico quiere consultar con un reumatólogo y que estima que no pueden esperar a una próxima visita al centro de salud).

Durante este período se han recibido 532 llamadas al teléfono de la UCRAP de los médicos de AP; el 49% para consultas sobre pacientes sin urgencia (atendidos previamente o no), el 45% para consultas sobre la organización de las visitas (confirmar fechas, saber horario o temas docentes, entre otros) y el 8% para consultas urgentes. Se ha registrado un total de 36 correos electrónicos para exponer comentarios o dudas.

El 76% de los pacientes consultados eran mujeres; el 23%, varones y el 1%, niños (≤ 14 años). En la figura 3 se expone la distribución por grupos de edad de la población atendida. En este período, el reumatólogo consultor ha atendido a 38 pacientes de edad comprendida entre 0 y 15 años (edad pediátrica). Se ha realizado un total de 269 artrocentesis, con estudio de cristales en el 43% de los casos, y 1.993 infiltraciones. En la tabla 2 se presentan las

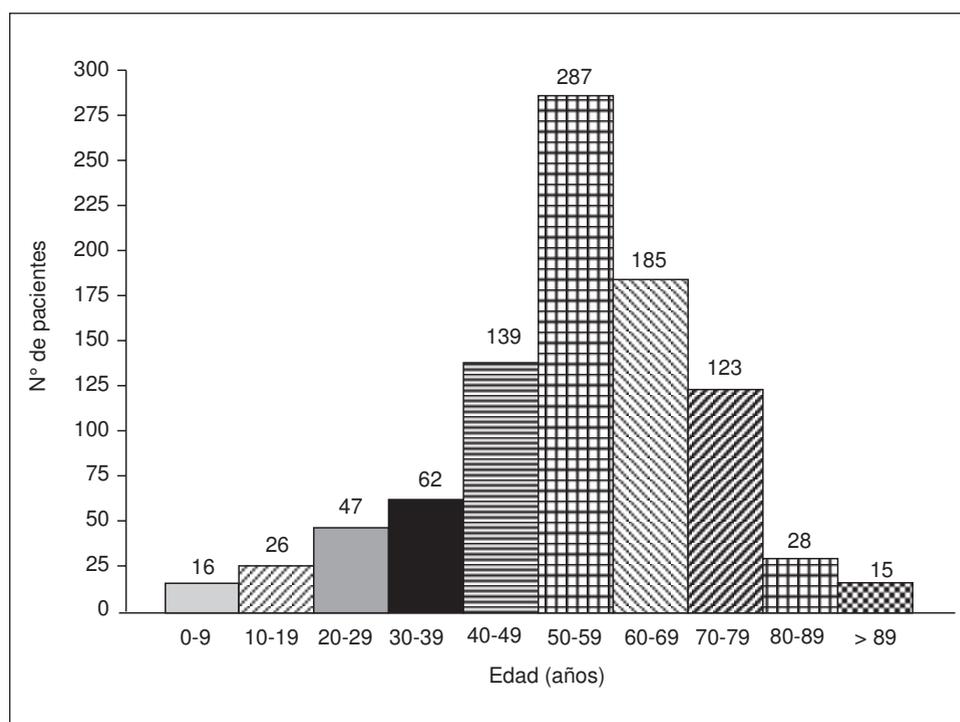


Figura 3. Distribución de los pacientes por grupos de edad.

TABLA 2. Exploraciones complementarias generadas

	N.º de exploraciones/100 visitas
Radiografía	22,71
Laboratorio	18,37
Densitometría	5,24
Gammagrafía	2,48
TAC	1,73
RMN	1,39
Capilaroscopia	0,75
EMG	1,64
Ecografía de partes blandas	0,35
Otras	0,11

TAC: tomografía axial computarizada; RMN: resonancia magnética nuclear; EMG: electromiografía.

exploraciones complementarias solicitadas: las exploraciones más frecuentes fueron las radiológicas y los análisis de laboratorio.

El 58% de las consultas sólo requirió la visita inicial, el 29% ha requerido dos o tres consultas (la mayoría por no disponer de análisis o radiografías en la primera visita) y el 12% requiere seguimiento periódico (no incluidos los pacientes derivados al HUC). El 3,2% de los pacientes consultados se remitió al servicio de reumatología del HUC por tratarse de procesos para ingreso, estudio o seguimiento hospitalario (fundamentalmente conectivopatías, neoplasia o sospecha de neoplasia o sospecha de proceso infeccioso). Las remisiones a otros servicios fue del 0,4%.

Los motivos de consulta de las primeras visitas se presentan en la figura 4. La artrosis, los reumatismos de partes blandas y las raquialgias, por or-

TABLA 3. Casos nuevos de enfermedad reumática inflamatoria diagnosticados por el reumatólogo consultor

Afección	N.º de casos
Artritis reumatoide	21
Lupus eritematoso sistémico	7
Síndrome de Sjögren primario	5
Esclerodermia	3
Enfermedad mixta del tejido conectivo	4
Espondilitis anquilosante	5
Espondilitis psoriásica	2
Vasculitis	1
Conectivopatías indiferenciadas	4

den de frecuencia, encabezan los diagnósticos más frecuentes consultados a la UCRAP, que se exponen en la figura 5. Gran parte de los pacientes con enfermedad reumática inflamatoria atendidos en el área por el reumatólogo consultor eran ya casos previamente diagnosticados, cuyos médicos consultaban por diferentes motivos (mal control o activación de su enfermedad, efectos secundarios o desconocimiento del tratamiento o demanda del paciente de segunda opinión). Los casos nuevos de enfermedad inflamatoria del aparato locomotor y del tejido conectivo diagnosticados en el área por el reumatólogo consultor se presentan en la tabla 3 (no se incluyen los nuevos casos diagnosticados en la consulta hospitalaria).

El tipo de paciente y las enfermedades atendidas en las consultas urgentes es diferente de los de la

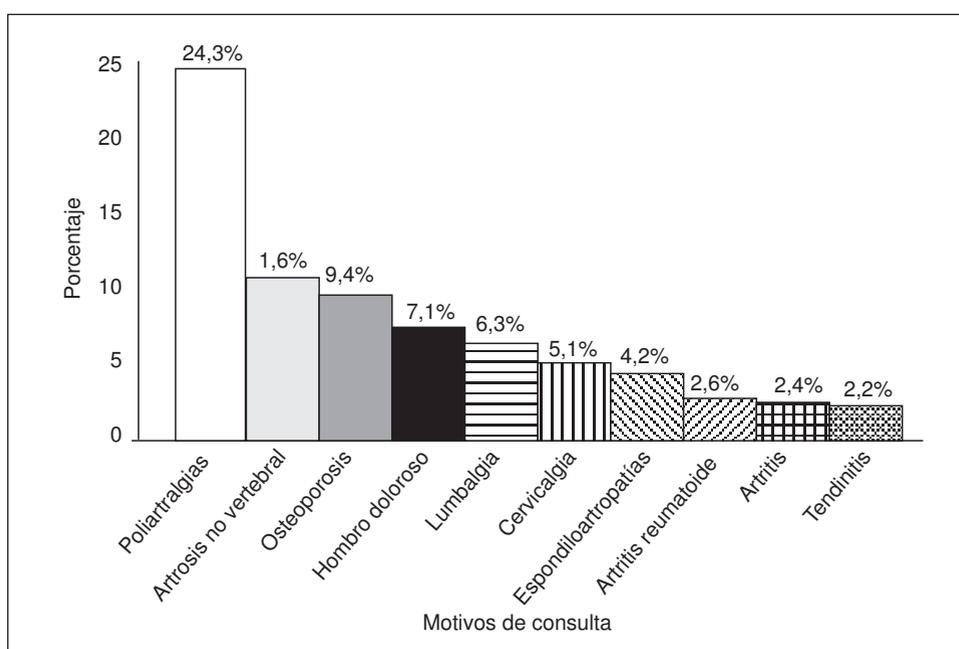


Figura 4. Motivos más frecuentes de las consultas realizadas más frecuentes realizados a la UCRAP, según la clasificación de la WONCA.

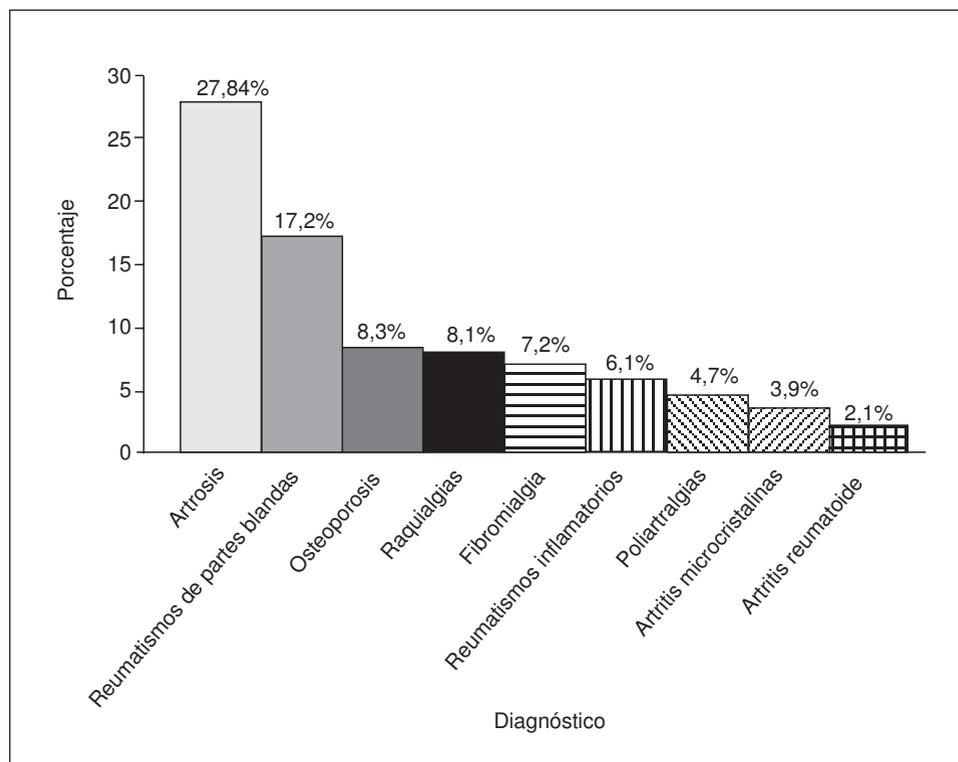


Figura 5. Distribución de los diagnósticos más frecuentes atendidos por la UCRAP, según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.ª revisión, Modificación Clínica (CIE 9, MC).

consulta ordinaria (incluimos exclusivamente urgencias atendidas por el reumatólogo consultor, generadas en AP, y no a los pacientes atendidos en urgencias del HUC ni las interconsultas urgentes intrahospitalarias). Se ha atendido a 41 pacientes, y de ellos el 13% eran enfermos ya conocidos de reumatología. Un 41% tenía algún tipo de artropatía inflamatoria, un 29% sufría alguna afección de partes blandas y un 30% padecía enfermedad mecánica axial o periférica.

Con la implantación de la UCRAP, la lista de espera para los pacientes que son atendidos por primera vez en el Servicio de Reumatología del HUC ha disminuido de forma muy significativa: ha pasado de ser superior a 8 meses en mayo de 2001 a inferior a 6 semanas en julio de 2002.

Actividad docente

En la tabla 4 se presenta el programa de formación de los facultativos desarrollado en este período por el reumatólogo consultor. Asimismo, tenemos en marcha varios proyectos de investigación conjunta, algunos de cuyos resultados han sido comunicados en congresos¹⁶.

Los MIR de familia del HUC, dentro de su rotación en reumatología, han comenzado a acudir junto con el reumatólogo consultor a los centros de salud, próximamente, los MIR de cuarto año de reumatología comenzarán también a hacerlo.

TABLA 4. Programa de formación de los facultativos de atención primaria desarrollado por el reumatólogo consultor

Sesión introductoria. Conceptos básicos
Pruebas de laboratorio en reumatología
Radiología simple en reumatología
Guías de derivación a reumatología: criterios generales de derivación/derivación urgente: signos de alarma y criterios de hospitalización
Medidas generales y físicas (no farmacológicas) del enfermo reumático
Uso racional de analgésicos y AINE
Uso racional de otros fármacos en reumatología
Fibromialgia
Artrosis
Dolor lumbar
Dolor cervical y dorsal
Densidad mineral ósea y osteoporosis
Hombro doloroso y otros reumatismos topográficos
Reumatismos de partes blandas
Actitud ante monoartritis, oligoartritis y poliartritis
Factores psicosociales y comorbilidad de la clínica reumática
Valoración de la capacidad laboral del paciente reumático
Control del tratamiento en la enfermedad reumática
Reumatología pediátrica
Sesión de casos clínicos

Se ha creado el grupo de enfermos fibromiálgicos con el que se han realizado, hasta el momento, dos sesiones divulgativas, sobre la enfermedad mediante información sencilla, normas e higiene postural, educación funcional para el trabajo y ejercicios para intentar mejorar su calidad de vida.

TABLA 5. Valoración del reumatólogo en atención primaria mediante encuesta realizada a los médicos de cabecera (puntuación numérica continua del 1 al 5)

	Puntuación media (rango 1-5)
<i>Actividad asistencial</i>	
Grado de relación establecida con el reumatólogo	4,9
Información recibida sobre la enfermedad del aparato locomotor y orientación diagnosticoterapéutica	4,3
Ayuda con las bajas y altas laborales	4,1
¿Cree que el paciente es bien atendido y tratado?	4,6
Facilidad para localizar al reumatólogo	3,3
<i>Actividad docente</i>	
Organización	4,2
Contenido e interés	4,8
Valoración global	4,5

Evaluación del grado de satisfacción de los facultativos de atención primaria y de los pacientes

El cuestionario destinado a valorar la actividad del reumatólogo consultor en la asistencia primaria fue repartido a la totalidad de los médicos de cabecera del área. La encuesta fue contestada de forma anónima por el 63,2% de los médicos (tabla 5), y todos los aspectos de la actividad asistencial son evaluados con puntuaciones altas. La puntuación más alta (4,8) la obtiene el grado de relación establecido con el reumatólogo, y la más baja (3,1), la facilidad para contactar con el reumatólogo.

La evaluación global de las sesiones formativas es también muy satisfactoria.

En la figura 6 se recogen los resultados de la encuesta realizada a uno de cada 20 pacientes atendidos por el reumatólogo consultor. Sólo un paciente rechazó responder a la encuesta (el total de pacientes encuestados fue de 882). La evaluación de los pacientes es significativamente positiva en todos los aspectos.

Discusión

La visita a los centros de salud del reumatólogo consultor supone un acercamiento de una especialidad tradicionalmente hospitalaria al médico de cabecera, que de este modo puede disponer de un asesoramiento directo y un contacto eficaz con el reumatólogo. Durante el primer año de funcionamiento de la UCRAP destaca el diagnóstico de un número importante de casos de enfermedad inflamatoria articular, algunos de los cuales llevaban varios años de evolución sin diagnóstico. Este sistema permite, además, atender de forma urgente al paciente que lo requiera y que, si precisa ser ingresado, sea derivado rápidamente al hospital. Durante este período se han recibido 532 llamadas al teléfono de la UCRAP de los médicos de atención primaria; sin embargo, y debido a que se trata de un teléfono móvil, han surgido problemas de cobertura de la red telefónica. Por otro lado, la utilización del correo electrónico por los médicos de cabecera ha sido escasa. Este proyecto coordinador ha permitido el desarrollo de sesiones formativas interactivas, la realización de protocolos de derivación, diagnóstico y terapéutico, y la puesta en marcha de investigaciones epidemiológicas conjuntas AP-reumatología. El hecho de que un especialista del hospital

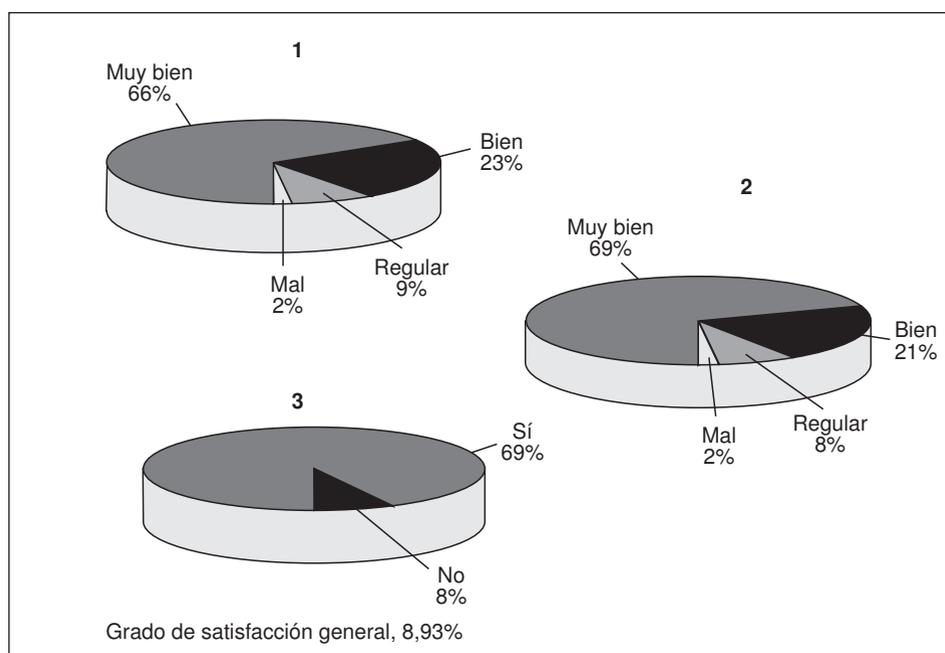


Figura 6. Valoración del reumatólogo en atención primaria mediante encuesta realizada a los pacientes (de forma consecutiva a uno de cada 20 pacientes atendidos). 1) ¿Cree que ha sido bien estudiado y tratado por el reumatólogo? 2) ¿Cómo ha sido atendido por el reumatólogo? 3) ¿Le ha dado el reumatólogo información suficiente y comprensible sobre su enfermedad?

atendida al paciente en la asistencia primaria agiliza mucho los trámites de ingreso y consulta en el hospital. Asimismo, permite llevar a cabo una correcta selección de los pacientes para controlar en el ámbito hospitalario.

La salida del reumatólogo del medio hospitalario y su acercamiento al paciente aumenta su reconocimiento como un especialista básico en el tratamiento de los pacientes del aparato locomotor y facilita su actuación sobre dos aspectos que consideramos primordiales en nuestra especialidad: las consultas urgentes de reumatología y el mundo laboral^{4,5}.

El sistema de formación MIR ha dado lugar a especialistas formados en hospitales, con un perfil profesional adecuado sólo para trabajar en estos centros tecnificados y menos accesibles para el paciente¹⁷. Esta actitud restrictiva no es buena para los enfermos y ha contribuido a que otras especialidades del aparato locomotor cuya función debería ser el tratamiento quirúrgico ocupen en el área de salud el lugar que corresponde al reumatólogo^{18,19}. Según un estudio llevado a cabo en 1998 en una consulta ambulatoria de traumatología, sólo a un 36,1% se le diagnosticó una enfermedad ortopédica o traumatológica, correspondiendo el resto a enfermedad reumatológica²⁰. Asimismo, estudios realizados en otros países demuestran una reducción muy significativa de costes cuando es el especialista no quirúrgico el que asume la valoración inicial de la enfermedad osteomuscular²¹. El reumatólogo debe asumir su papel de especialista del aparato locomotor en sus vertientes hospitalaria y extrahospitalaria. Con esto evitamos el desplazamiento al hospital de un gran número de pacientes con procesos mecanicodegenerativos que pueden ser atendidos de forma más adecuada en su centro de salud. La asistencia reumatológica extrahospitalaria no debe ser llevada a cabo por reumatólogos aislados del ámbito hospitalario, ya que lleva a un deterioro progresivo de la calidad asistencial, sino cabo por los mismos profesionales que se encargan de la asistencia hospitalaria. No debemos correr el riesgo de crear unos especialistas hospitalarios y otros extrahospitalarios, tal como ha ocurrido con otras especialidades; el reumatólogo debe ser capaz de asumir las dos vertientes de la especialidad.

La apuesta decidida de las gerencias y direcciones médicas de AP del Área de Tenerife y del HUC ha sido esencial para el éxito de este proyecto. Con la creación de la UCRAP se ha atendido más a una visión global de la asistencia sanitaria que a intereses parcelarios de cada institución.

Agradecimiento

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los directores y subdirectores de los centros de sa-

lud del Área Norte de Tenerife y a los compañeros de atención primaria y del Servicio de Reumatología del HUC.

Bibliografía

1. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, martes 29 de abril de 1986.
2. Informes y Gestión. El Médico especialista consultor. El Médico, 19 de octubre de 2001.
3. Alonso Fernández M, Ayala Luna S, Buitrago Ramírez F, Estremera Urabayen V, García Burriel L, Molina Sánchez MA, et al. Relación entre niveles asistenciales. Madrid: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Documentos SemFYC, 2002.
4. Comité de Expertos. Plan estratégico de la Sociedad Española de Reumatología. Rev Esp Reumatol 1999;26:347-54.
5. Comité de Estrategias de la Sociedad Española de Reumatología. Reflexiones sobre la realidad de la especialidad y línea de acciones futuras de la SER. Rev Esp Reumatol 1994; 21:205-13.
6. Collado P, Bañares A, Hernández C, Fernández B, Ramos P, Morado I, et al. Asistencia reumatológica en una consulta externa de un hospital terciario. Rev Esp Reumatol 1996; 23:9-16.
7. Mateo I. El reumatólogo en el área, ¿qué hago yo en un sitio como éste? Experiencia en Barcelona. Rev Esp Reumatol 1996;23:63-5.
8. Isasi C. El reumatólogo en el área, ¿qué hago yo en un sitio como éste? Experiencia en Madrid. Rev Esp Reumatol 1996; 23:66-7.
9. Pros A, Benito P, Grenzmen V, Pacheco M, Blanch J, Campillo MA, et al. Análisis de la experiencia de un programa integrado de asistencia reumatológica en atención primaria. Med Intern 1997;14:615-9.
10. Campos S, Povedano J, Uceda J, García A, Fernández A, Gonzalez I. Reumatología en los centros de salud: cuatro años de experiencia. Rev Esp Reumatol 2000;27:310-4.
11. Roig D, Hoes C. Experiencia de una unidad de reumatología en la asistencia primaria. Rev Esp Reumatol 1996;23:197.
12. Romera M, Mateo L, Rozadilla A, Cintero I, Roqueta H, Nin E. Análisis del funcionamiento de una unidad de reumatología en atención primaria. Rev Esp Reumatol 2000;27:373-81.
13. Panel de Expertos. Criterios de calidad para la asistencia reumatológica. Rev Esp Reumatol 2002;29:155-7.
14. Clasificación de la WONCA en atención primaria. Barcelona: WONCA, 1990.
15. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9.^a revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Publicación Científica n.º 353-A.
16. Trujillo E, Puchade MJ, Martín C, Botella C, García Marrero MR, González T. Personalidad y coeficiente intelectual en la fibromialgia. Rev Esp Reumatol 2002;29(Supl 1):161.
17. Roig D. La consulta reumatológica extrahospitalaria. Rev Esp Reumatol 2001;28:1-3.
18. Benito P. La reumatología en la asistencia primaria: de la nada a la confusión. Rev Esp Reumatol 1996;11:219-24.
19. Andreu JL. ¿Debe ser tratado por el reumatólogo en paciente reumático? Boletín Informativo de la SER 1994;28:1.
20. Noguera R, Tovar J, Vela P, Navarro F, Medrano C, González JA, et al. Patología del aparato locomotor atendida en una consulta de traumatología «de cupo». Rev Esp Reumatol 1998; 25:180.
21. Overman SS, Kent DL, Usulan DW, Lewis RS. Cost of care and patients satisfaction from routine referral to non-surgical musculoskeletal specialist in a Medicare risk plan. J Clin Rheumatol 1988;4:120-8.