REV COLOMB REUMATOL. 2024;xxx(xx):xxx–xxx

Asociación Colombiana de Reumatología

Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma

Artículo de reflexión

Estrategias para la organización de las consultas de reumatología

*Juan Fernando Rivadeneira Jácome** y *Lara Montserrat González García*

Investigadores independientes, Pujili, Ecuador

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 25 de julio de 2023
Aceptado el 28 de noviembre de 2023
On-line el xxx

Palabras clave:
Reumatología
Enfermedades reumáticas
Duración de las consultas

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades reumáticas tienen aproximadamente un 10% de prevalencia en la población general. Paralelamente, se ha experimentado un aumento de la carga de trabajo en los servicios de reumatología, en particular en las consultas. Muchas instituciones de salud han limitado el tiempo de la consulta de reumatología a unos 15 min. En este artículo se demuestra la necesidad de alargar la duración de dichas consultas.
Objetivo: El objetivo de este trabajo es revisar la literatura sobre los estándares de la duración de las consultas de reumatología y proponer nuevas estrategias organizativas al respecto.
Materiales y métodos: Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura actual relacionada con los estándares asistenciales de las consultas de reumatología, que incluyen la aplicación de una gran variedad de procedimientos diagnósticos, lo que influye decisivamente en la duración de dichas consultas.
Resultados: Se proponen estrategias de organización basadas en la clasificación de las consultas en primera, segunda y de seguimiento, con un número diario determinado de cada una y una mayor duración para las 2 primeras.
Conclusión: Aunque estas estrategias organizativas implican un esfuerzo mayor por parte del personal administrativo, sin duda redundarán en una mejor calidad asistencial a los pacientes de la consulta de reumatología.

© 2024 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Strategies for organizing rheumatology consultations

Keywords:
Rheumatology
Rheumatic diseases
Consultations length

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of rheumatic disease in the general population is approximately 10%. At the same time, there has been an increase in the workload of rheumatology services, particularly concerning consultations. Many health institutions have limited the duration of rheumatology consultation to about 15 min. This article demonstrates the need to lengthen the duration rheumatology consultations.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: drjuanrj86@gmail.com (J.F. Rivadeneira Jácome).
https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.11.002
0121-8123/© 2024 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Rivadeneira Jácome JF, González García LM. Estrategias para la organización de las consultas de reumatología. Rev Colomb Reumatol. 2024. https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.11.002

Objective: The goal of this work is to review the literature about the standards for the duration of rheumatology consultations and to propose new organizational strategies in this regard.
Materials and methods: A narrative review of the current literature related to care standards in rheumatology consultations was carried out, including the wide variety of diagnostic procedures, which decisively influence the duration of these consultations.
Results: Organizational strategies are proposed, based on classifying consultations into first, second, and follow-up visits, with a specific daily number, and giving more time to the first 2 types of consultations.
Conclusion: Although this planning implies greater effort on the part of administrative staff, it will undoubtedly result in a better quality of care for rheumatology patients.
© 2024 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades reumáticas constituyen un importante problema de salud pública: en los últimos años se ha detectado un aumento considerable de la prevalencia de estas enfermedades y se calcula que aproximadamente el 10% de la población mundial padece una de ellas[1,2].

La clasificación de las enfermedades reumáticas es a veces difícil debido a la etiología desconocida y a la heterogeneidad en su presentación clínica. La osteoartritis y la artritis reumatoide son las 2 enfermedades reumáticas más comunes y representan un gran porcentaje de discapacidad[3].

Las enfermedades reumáticas comparten manifestaciones de inflamación o dolor en las diversas estructuras del aparato musculoesquelético, con frecuentes alteraciones autoinmunes y compromiso sistémico[4]. Los exámenes de laboratorio y los estudios de imágenes orientan o confirman la presencia de alguna enfermedad reumática siempre y cuando sean interpretados en el contexto clínico del paciente[5], porque la base para el diagnóstico de una enfermedad reumática es la clínica.

La morbimortalidad en los pacientes reumáticos disminuye significativamente cuando se realiza un diagnóstico precoz y se implementa un tratamiento. Por eso, la piedra angular de un servicio de reumatología es la consulta, donde se establece el vínculo paciente-reumatólogo. Por ejemplo, en el caso de la artritis reumatoide, la implementación de un tratamiento temprano permite retardar o detener el deterioro articular, y así mejorar la calidad de vida de los pacientes[6].

El exhaustivo examen físico y el interrogatorio a cada paciente que acude a una consulta de reumatología son cruciales para determinar el diagnóstico y consumen un tiempo imposible de acortar. El «apuro» de la consulta puede dar como resultado una disminución de la calidad del servicio. Sobre la base de esa inquietud, se han realizado estudios dirigidos a establecer estándares de calidad asistencial en reumatología[7,8] que proponen tiempos mínimos para las consultas.

El propósito de este artículo es revisar la literatura sobre los estándares de la duración de las consultas de reumatología y proponer una nueva estrategia organizativa al respecto.

Sobre el examen reumatológico

Con el fin de poner en evidencia la complejidad del proceso diagnóstico y justificar la necesidad de llevarlo a cabo cuidadosamente, a continuación se resumen aspectos fundamentales para tener en cuenta en el examen clínico reumatológico[9]:

- Localización y simetría del dolor o de las lesiones.
  - Determinar si el problema es regional o generalizado, simétrico o asimétrico, periférico o central.
- Inicio y cronología de los síntomas.
  - Establecer la fecha de inicio de los síntomas y su evolución.
- Examen de las articulaciones y los tejidos blandos circundantes, los huesos y los grupos musculares individuales involucrados en el movimiento de la zona afectada.
  - Interrogar al paciente sobre las circunstancias en torno a las cuales se iniciaron los síntomas (agudos, subagudos o crónicos) y los tipos de movimientos que los agravan.
  - Inspeccionar todas las áreas de las articulaciones en busca de signos de inflamación (calor, sensibilidad en la línea articular, dolor con el movimiento activo o pasivo, particularmente en los extremos del rango de movimiento, e hinchazón o derrame intraarticular), deformidades, debilidades y atrofias musculares, eritema, falta de fuerza muscular, entre otros.
  - Palpar las articulaciones de las extremidades en busca de cambios de temperatura.
  - Palpar la línea articular y las principales estructuras óseas y de tejidos blandos para valorar sensibilidad.
- Examen de los tendones, los meniscos y los ligamentos.
  - Inspeccionar estos componentes del sistema musculoesquelético, porque pueden o no ser la fuente primaria de la enfermedad reumática.
- Aspectos sistémicos y extraarticulares.
  - Interrogar sobre fatiga, anorexia, pérdida de peso, entre otros síntomas, que indiquen la presencia de un trastorno médico subyacente que pudiera predisponer a un problema reumatológico específico.
- Pérdidas funcionales.

Cómo citar este artículo: Rivadeneira Jácome JF, González García LM. Estrategias para la organización de las consultas de reumatología. Rev Colomb Reumatol. 2024. https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.11.002

- Interrogar sobre posibles pérdidas o deterioros funcionales, desde leves (dificultad para vestirse) hasta severos (dificultad para caminar).
- Historia familiar.
  - Interrogar al paciente sobre los antecedentes patológicos familiares, pues varias enfermedades reumáticas tienen una base genética.

De acuerdo con los aspectos sobre el examen reumatológico, es importante reconocer el papel de la clínica como la piedra angular en el proceso de diagnóstico de las enfermedades reumáticas.

Sobre los estándares para una consulta de reumatología

El tiempo asignado a cada consulta es un factor crítico para el adecuado diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. No se puede olvidar que en las consultas los profesionales de la salud deben desarrollar funciones, no solo en el ámbito asistencial, que incluyen las mencionadas anteriormente, sino también acciones de prevención y educación sanitaria con los pacientes.

La duración ideal de una consulta de reumatología es aquella que permite al reumatólogo obtener y analizar la información necesaria para llevar a cabo un diagnóstico preciso, indicar un tratamiento y evaluar la evolución del paciente.

Los factores que pueden incidir en la duración de una consulta son de muy variada índole[7]. Por ejemplo, un factor importante es la experiencia del reumatólogo. Aunque no es tan evidente que el más experimentado se demore menos, sí se reconoce que el manejo de los pacientes debe ser más fluido. Adicionalmente, la presencia de otros profesionales de la salud (enfermeros u otros médicos) contribuye al desarrollo rápido de una consulta. Por ejemplo, se ha planteado la conveniencia de un enfermero especializado en el servicio de reumatología[10].

Con vistas a optimizar la organización de las consultas, se ha planteado diferenciarlas de acuerdo con el momento en que el paciente acude. Así, las consultas se clasificarían como sigue:

Primera consulta

En el primer interrogatorio y examen físico al paciente reumatológico se aplica una gran cantidad y variedad de procedimientos diagnósticos[11] y se indican los exámenes complementarios. En esta primera visita, el conjunto mínimo de datos que deben constar son: a) motivo de la consulta; b) anamnesis; c) exploración física; d) exploraciones complementarias (aportadas por el paciente y solicitadas); e) orientación diagnóstica; f) recomendaciones terapéuticas, y g) necesidad de revisiones y plazo recomendado[8].

Las sociedades española y británica de reumatología coinciden en que el tiempo promedio de duración de la primera consulta es de aproximadamente 30 ± 5 min[7,12], aunque para las enfermedades sistémicas e inflamatorias estas consultas son de aproximadamente 40 ± 7 min[7].

Segunda consulta

Incluye la revisión de los exámenes de laboratorio e imágenes para emitir o corroborar un diagnóstico e indicar un tratamiento. En esta visita el conjunto mínimo de datos que deben constar son: a) registro de incidencias desde la visita anterior; b) valoración de las exploraciones complementarias; c) juicio clínico del estado del paciente; d) diagnóstico; e) recomendaciones terapéuticas, y f) necesidad de revisiones y plazo recomendado[8].

La duración de esta segunda consulta se ha estimado en aproximadamente 19 ± 3 min[7].

Consulta de seguimiento

El especialista valora la evolución del paciente, los efectos del tratamiento, y se hacen cambios si es necesario. En este tipo de visita el conjunto mínimo de datos que deben constar son: a) registro de incidencias desde la visita anterior; b) exploración física; c) juicio clínico del estado del paciente con respecto a la visita anterior; d) recomendaciones terapéuticas, y e) necesidad de revisiones y plazo recomendado o alta[8]. Además, el reumatólogo debe revisar el tratamiento con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su eficacia, seguridad y adherencia al tratamiento[8]. En los casos de alta médica, se debe emitir un informe escrito que debe entregarse al paciente y debe constar en la historia clínica[8].

Las consultas de seguimiento se han cronometrado en aproximadamente 17 ± 3 min[7].

Para los pacientes con enfermedades sistémicas e inflamatorias, los 3 tipos de consultas registran un promedio de 5 a 10 min más con respecto a los informados anteriormente[7].

Sobre la duración de las consultas de reumatología

Se ha recomendado que un reumatólogo no debe atender más de 5 primeras consultas ni más de 11 pacientes en total el mismo día[7,8]. Las propuestas que se desarrollan en este artículo no se acomodan a lo establecido, pues contemplan un número mayor de consultas en la misma sesión. Sin embargo, permiten aumentar el tiempo actual de las consultas y con ello mejorar la calidad asistencial a estos pacientes.

En este artículo, considerando todo lo referente a la minuciosidad del examen clínico reumatológico, así como el contexto real en el que se desempeñan los especialistas de reumatología en la práctica diaria, se proponen ciertos aumentos en los tiempos dedicados a cada tipo de consulta (tabla 1).

En este trabajo se proponen nuevos esquemas para planificar las consultas, que contemplan no solo aumentar los tiempos con cada paciente, sino también la duración total de la sesión de consultas. Se parte de aumentar 3 h más la sesión de consultas: de las 5 h propuestas en los estándares internacionales[7], hasta 8 h en una sesión de consultas, teniendo en cuenta la posibilidad de aplicar estos esquemas en sistemas de atención médica pública o en la práctica privada. Así, una sesión de consultas pudiera organizarse según uno de los esquemas que se presentan en la tabla 2.

Cómo citar este artículo: Rivadeneira Jácome JF, González García LM. Estrategias para la organización de las consultas de reumatología. Rev Colomb Reumatol. 2024. https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.11.002

Tabla 1 – Tiempos de duración para las diferentes consultas

Tipos de consulta	Tiempos según los estándares (min)	Tiempos mínimos propuestos en este trabajo (min)
Primera	30 ± 5	35 + 5 = 40
Segunda	19 ± 3	22 + 5 = 27
Seguimiento	17 ± 3	20 + 5 = 25

Los tiempos propuestos en este artículo inician con el valor superior del intervalo de tiempo establecido en los estándares y se añaden 5 min para contemplar la transición de un paciente al próximo.

Por otra parte, en la literatura revisada se establece que un especialista no debe tener más de 4 sesiones de consulta a la semana, con el fin de dar tiempo a otras actividades asistenciales, docentes, de investigación y de su propia formación como especialista[7].

Los esquemas que se proponen no son rígidos, de manera que pueden servir como una orientación que tener en cuenta para organizar las sesiones de consultas. Se aconseja que las consultas de reumatología se realicen por la tarde al menos una vez por semana, con la finalidad de facilitar la accesibilidad de los pacientes[8].

Además, debe contemplarse la posibilidad de atender en el día a pacientes que han acudido a las consultas sin cita previa por empeoramiento de su enfermedad, evento inesperado o derivación desde el servicio de urgencias[8]. Aparte, la organización del hospital debe ocuparse de que no se den más turnos que los programados.

La consulta virtual

La telemedicina también constituye una herramienta de comunicación médico-paciente[13], mediante consultas sincrónicas y asincrónicas[14]. El uso de las tecnologías de la información y la comunicación ha venido en aumento porque los avances tecnológicos ya no son exclusivos de las clases sociales altas[15]. Es común que personas con pocos recursos económicos dispongan al menos de un teléfono celular, por lo que el paciente y el médico pueden comunicarse de manera virtual. Además, es posible que ciertos pacientes que vivan lejos del hospital, o que estén limitados físicamente, encuentren ventajas en este tipo de consulta[16]. De hecho, se ha comprobado que el porcentaje de inasistencia a las consultas virtuales es mucho menor que a las presenciales[17]. Por otra parte, siempre habrá el grupo de pacientes jóvenes, o no tan jóvenes, pero con habilidades informáticas, que acogerán con beneplácito la idea de la consulta virtual.

En la actualidad se han desarrollado varias aplicaciones de telemedicina para teléfonos móviles, aunque el costo y la logística de implementación de estos sistemas son dificultades que vencer para el establecimiento de esta modalidad en los servicios de salud[18]. Evidentemente, la teleconsulta de reumatología quedaría restringida a algunas de las consultas de seguimiento[19]. Sin embargo, habría que incluirlas en el fondo de tiempo para consultas del especialista. De otra manera sería caótico.

Aunque la evidencia en la atención de telemedicina en reumatología es limitada y emergente, se ha determinado que las visitas de telerreumatología no son inferiores a las visitas en persona y, a menudo, son más rentables en tiempo y recursos económicos para los pacientes[13,15]. Aunque los médicos y los pacientes notan la falta de un examen físico en este tipo de consulta, en general, ambos tienen actitudes positivas hacia el uso de la telerreumatología[15] y coinciden en su utilidad, por ejemplo, en el seguimiento de muchas enfermedades reumáticas que requiere un control frecuente de los resultados informados por los pacientes[20].

Frecuencia con la cual los pacientes deben acudir a consultas

Se estima que un paciente debe asistir aproximadamente a 4 consultas al año (primera, segunda y 2 de seguimiento, aunque esto depende de la enfermedad en cuestión[7]).

El tiempo máximo de espera entre la aparición de los síntomas y la primera consulta no debe sobrepasar las 4 semanas. El tiempo entre la primera y la segunda consulta no debe ser mayor de 2 semanas. El intervalo máximo de separación para el resto de las consultas de seguimiento oscila entre 3 meses para los pacientes con enfermedades inflamatorias y sistémicas y 9 para los pacientes con enfermedades metabólicas óseas[7,21].

De acuerdo con el funcionamiento del área de salud extrahospitalaria, se ha supuesto que el reumatólogo debe seguir únicamente determinados grupos de pacientes (enfermedades inflamatorias articulares, conectivopatías y un pequeño porcentaje de otras enfermedades reumatológicas como osteoporosis y artropatías microcristalinas). Habrá casos controlados exitosamente por el reumatólogo (osteoporosis, gota,

Tabla 2 – Esquemas para la planificación de una sesión de consultas

Tipos de consulta	Esquema A			Esquema B		
	Tiempo (min)	Pacientes (n)	Tiempo total (min)	Tiempo (min)	Pacientes (n)	Tiempo total (min)
Primera consulta	40	3	120	40	4	160
Segunda consulta	27	4	108	27	4	108
Consulta de seguimiento	25	6	150	25	8	200
Total de pacientes en una sesión	-	13	378/60 = 6,30 h	-	16	468/60 = 7,80 h

Los esquemas A y B, que parten de los tiempos recomendados en este trabajo, se diferencian solamente en el número de pacientes que consultan en cada sesión, con las consiguientes diferencias en los tiempos totales de la sesión de consultas.

Cómo citar este artículo: Rivadeneira Jácome JF, González García LM. Estrategias para la organización de las consultas de reumatología. Rev Colomb Reumatol. 2024. https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.11.002

artrosis, entre otros) que podrían continuar su seguimiento en la atención primaria[7].

Evolución de un servicio de reumatología

La Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Americano de Reumatología consideran que, para garantizar la correcta atención reumatológica, se necesita un reumatólogo por cada 40.000-50.000 habitantes como mínimo en el área de salud[7].

En la práctica clínica habitual, una demanda asistencial progresiva, con medios humanos y materiales similares, con frecuencia desemboca en un aumento del número de consultas por médico, con el consiguiente deterioro de la calidad. Por ejemplo, se instaura un servicio de reumatología en un hospital de una comunidad que no lo tenía. Al principio, el reumatólogo tendrá pocos pacientes, pero con el tiempo se va incrementando esta cantidad, sobre todo porque los médicos de la asistencia primaria saben que pueden remitir los pacientes a esos especialistas.

Consideraciones no médicas sobre el tiempo de consulta en reumatología

Es importante decir que el sistema informático médico conlleva una demora de 10 a 15 min en el llenado completo de la información de un paciente. Este tiempo varía de acuerdo con la facilidad de cada profesional en el uso de sistemas informáticos. Además, se suma el tiempo que se usa en llenar formularios que requieren los departamentos de calidad o de estadística o los propios pacientes a manera de referencias, contrarreferencias, reembolsos de seguros, entre otros.

Debe aclararse que el llenado de una historia clínica digital depende, además, de la calidad del servicio de energía eléctrica y servidores web. Si algo no funciona correctamente, el llenado de la historia clínica lleva más tiempo del estimado, o se posterga para el final de la jornada laboral, cuando el servicio de energía o Internet funcionen correctamente, sobrepasando las horas laborales estipuladas.

Conclusiones

Dada la complejidad del examen clínico reumatológico y la necesidad de prestar la debida atención a estos pacientes, se impone el uso de tiempos mayores que los 15 o 20 min de que se dispone actualmente.

Aunque la diferenciación de las consultas según la clasificación en primera, segunda y seguimiento exigirá un esfuerzo adicional por parte del personal que se ocupa de otorgar los turnos, estamos seguros de que esa medida mejorará la calidad del servicio de reumatología.

La metodología que se propone en este artículo en relación con el tiempo para las consultas y la organización de los recursos humanos debe contribuir a mejorar la calidad asistencial en un servicio de reumatología. Los esquemas que se proponen no son rígidos y pueden servir como una orientación que tener en cuenta para organizar eficazmente las sesiones de consultas.

Consideraciones éticas

Este manuscrito es totalmente original y se fundamenta en otros trabajos publicados y debidamente citados en el presente documento. Es una reflexión sobre la necesidad de poner a los pacientes en el centro de la atención médica y el uso eficiente del tiempo en las consultas de reumatología. No incluye estudios en seres humanos ni animales. Durante la preparación de este trabajo no se utilizó ninguna herramienta asistida por inteligencia artificial.

Financiación

Ninguna.

Autoría

Los autores estuvieron a cargo de la concepción, el diseño y la escritura del manuscrito y asumen la plena responsabilidad de su contenido.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A nuestra querida familia, gracias por estar en cada paso de este viaje académico. Su amor inquebrantable y su apoyo incondicional nos han dado la fuerza y la confianza para enfrentar los obstáculos y perseguir nuestras metas. Sus palabras de ánimos y sus abrazos reconfortantes siempre han sido nuestro refugio, y por eso les estamos eternamente agradecidos.

A nuestros profesores, su dedicación y pasión por la enseñanza han sido fundamentales en nuestro desarrollo académico. Cada una de sus lecciones, su guía y su valiosa retroalimentación nos han ayudado a crecer como profesionales y como personas. Su compromiso con nuestro éxito ha sido inspirador y nos ha motivado a superar nuestros límites.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ahmed S, Grainger R, Santosa A, Adnan A, Alnaqbi KA, Chen YH, et al. APLAR recommendations on the practice of telemedicine in rheumatology. Int J Rheum Dis. 2022;25:247–58 https://doi.org/10.1111/1756-185X.14286
2. Cardiel MH. Presente y futuro de las enfermedades reumáticas en Iberoamérica. ¿Estamos preparados para hacerles frente? Reumatol Clin. 2011;7:279–80 https://doi.org/10.1016/j.reuma.2010.12.009
3. Cetina-Manzanilla JA. Métodos de diagnóstico en las enfermedades reumáticas. Rev Mex Patol Clin Med Lab. 2017;64:135–45.
4. Fernández-Ávila DG. Telerreumatología: contexto previo, actual y futuro, desde la experiencia de una institución en Colombia. Rev Colomb Reumatol. 2021;28:159–60 https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2021.05.004

Cómo citar este artículo: Rivadeneira Jácome JF, González García LM. Estrategias para la organización de las consultas de reumatología. Rev Colomb Reumatol. 2024. https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.11.002

5. Kennedy T, McCabe C, Struthers G, Sinclair H, Chakravaty K, Bax D, et al. BSR guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis. Rheumatology. 2005;44:553–6 https://doi.org/10.1093/rheumatology/keh554
6. MacLean CH, Saag KG, Solomon DH, Morton SC, Sampsel S, Klippel JH. Measuring quality in arthritis care: Methods for developing the Arthritis Foundation's quality indicator set. Arthritis Care Res. 2004;51:193–202 https://doi.org/10.1002/art.20248
7. Matsumoto RA, Barton JL. Telerheumatology: Before, during, and after a global pandemic. Curr Opin Rheumatol. 2021;33:262–9 https://doi.org/10.1097/BOR.0000000000000790
8. McDougall JA, Ferucci ED, Glover J, Fraenkel L. Telerheumatology: A systematic review. Arthritis Care Res. 2017;69:1546–57 https://doi.org/10.1002/acr.23153
9. Molina E, del Rincon I, Restrepo JF, Battafarano DF, Escalante A. Association of socioeconomic status with treatment delays, disease activity, joint damage, and disability in rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res. 2015;67:940–6 https://doi.org/10.1002/acr.22542
10. Muñoz-Fernández S, Aguilar MD, Rodríguez A, Almodóvar R, Cano-García L, Gracia LA, et al. Evaluation of the impact of nursing clinics in the rheumatology services. Rheumatol Int. 2016;36:1309–17 https://doi.org/10.1007/s00296-016-3518-z
11. Nolla JM, Martínez C, García-Vicuña R, Seoane-Mato D, Rosario Lozano MP, Alonso A, et al. Estándares de calidad asistencial para las consultas externas de reumatología. El proyecto Extrella. Reumatol Clin. 2016;12:248–55 https://doi.org/10.1016/j.reuma.2015.11.004
12. Piga M, Cangemi I, Mathieu A, Cauli A. Telemedicine for patients with rheumatic diseases: Systematic review and proposal for research agenda. Semin Arthritis Rheum. 2017;47:121–8 https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.03.014
13. Restrepo JFM. El laboratorio en las enfermedades reumáticas autoinmunes. Med Lab. 2007;13:11–33.
14. Robinson DB, El-Gabalawy HS. Evaluation of the patient. En: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH, editores. Primer on the rheumatic diseases. New York, NY: Springer; 2008. p. 6–41 https://doi.org/10.1007/978-0-387-68566-3_2
15. Ruiz A. Concepto y clasificación de las enfermedades reumáticas. En: Alonso Ruiz A, Álvaro Gracia JM, Andreu Sánchez JL, Blanch Rubió J, Collantes Estévez E, Cruz Martínes J, et al. editores. Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2000. pp. 3-7.
16. Alonso Ruiz A, Vidal Fuentes J, Tornero Molina J, Carbonell Abelló J, Lázaro P, de Mercado, et al. Estándares de calidad asistencial en reumatología. Reumatol Clin. 2007;3:218–25 https://doi.org/10.1016/S1699-258X(07)73690-2
17. Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. Rheumatology. 2000;39 Suppl 2:3–12 https://doi.org/10.1093/rheumatology/39.suppl_2.3
18. Segura BT, Bustabad S. Una nueva forma de comunicación entre reumatología y atención primaria: la consulta virtual. Reumatol Clin. 2016;12:11–4 https://doi.org/10.1016/j.reuma.2015.01.003
19. Solomon DH, Rudin RS. Digital health technologies: Opportunities and challenges in rheumatology. Nat Rev Rheumatol. 2020;16:525–35 https://doi.org/10.1038/s41584-020-0461-x
20. Urbina Aucancela CY, Carrera Montero GY, Quintana Domínguez OS, Guama Bonilla L. Actividad y tratamiento de la artritis reumatoide. Revista Cubana de Reumatología. 2020;22. Disponible en: https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/856
21. Ward IM, Schmidt TW, Lappan C, Battafarano DF. How critical is tele-medicine to the rheumatology workforce? Arthritis Care Res (Hoboken). 2016;68:1387–9 https://doi.org/10.1002/acr.22853

Cómo citar este artículo: Rivadeneira Jácome JF, González García LM. Estrategias para la organización de las consultas de reumatología. Rev Colomb Reumatol. 2024. https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.11.002