



Original

Caracterización de pacientes con artritis reumatoide según el nivel asistencial

Daniel Roig Vilaseca^{a,*}, Montserrat Núñez Juárez^b, Esther Núñez Juárez^c, José Luis Del Val García^c, Alex Sánchez Plà^d, Maria Bonet Llorach^e, en nombre del grupo ARQUALIS¹

^a Unitat de Reumatologia, CAE Cornellà, SAP Baix Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Reumatología, Instituto Clínico de Especialidades Médico-Quirúrgicas (ICEMEQ), Hospital Clínic, Barcelona, España

^c SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^d Departamento de Estadística, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^e Servicio de Reumatología, Hospital de l'Alt Penedes, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de junio de 2008

Aceptado el 11 de noviembre de 2008

On-line el 6 de mayo de 2009

Palabras clave:

Artritis reumatoide

Sistema de salud

Características de la población

Características clínicas

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de los pacientes con artritis reumatoide (AR) que acuden a consultas de reumatología en diferentes niveles asistenciales.

Material y métodos: Entrevista y evaluación clínica a pacientes con AR en consultas de reumatología de centros de especialidades, de atención primaria y de hospitales comarcales y de tercer nivel. Se recogieron datos generales, sociolaborales y de la enfermedad. Se realizó un estudio descriptivo y un análisis de correspondencias múltiples para establecer perfiles característicos.

Resultados: Se entrevistaron 812 pacientes. Se observaron diferencias significativas entre las características de los pacientes de cada nivel asistencial. En las consultas de reumatología de atención primaria predominan los pacientes de edad avanzada (mayores de 75 años), con estudios básicos y con un tipo de enfermedad de poco tiempo de evolución y, en general, poco grave. En los hospitales comarcales predominan los pacientes varones, obreros cualificados, con ingresos bajos, enfermedad erosiva y manifestaciones extraarticulares. En los hospitales de tercer nivel predominan las mujeres jóvenes con estudios, que padecen una enfermedad de larga evolución y que requieren tratamiento biológico.

Conclusión: Hay diferencias significativas en las características de los pacientes que acuden a cada uno de los niveles asistenciales.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Characterization of patients with rheumatoid arthritis according to the health care level

ABSTRACT

Objective: To characterize rheumatoid arthritis patients seen in Rheumatology Units at different health care levels.

Material and methods: Questionnaire and clinical examination of rheumatoid arthritis patients seen as outpatients in Rheumatology Units from Primary Care, county Hospitals and Reference Hospitals. Demographic, social, labour and disease data were collected. Statistical study included a description of the variables and a multiple correspondence analysis to define patient profiles.

Results: Eight hundred and twelve patients with rheumatoid arthritis were included. There were significant differences in patient profiles at the different care level. In Primary Care, patients were older, with basic studies, and with short duration and generally mild rheumatoid arthritis. In local hospitals the typical patient was a man, qualified worker, with low income, and an erosive disease with extraarticular manifestations. At reference Hospitals prevailing patients were young women with a long duration disease and requiring biological therapy.

Keywords:

Rheumatoid arthritis

Health care system

Population characteristics

Clinical characteristics

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 26188drv@comb.es (D. Roig Vilaseca).

¹ Otros miembros del grupo ARQUALIS: C. Alegre (Hospital Vall d'Hebron, Barcelona), X. Alzaga (SAP Muntanya, Barcelona), X. Arasa (Hospital Verge de la Cinta, Tortosa, Tarragona), D. Boquet (Hospital Arnau de Vilanova, Lleida), M.A. Campillo (SAP Dreta, Barcelona), M. Carandell (Hospital Sant Camil, Sant Pere de Ribes, Barcelona), M. Centelles (Hospital de Mataró, Mataró, Barcelona), T. Clavaguera (Hospital de Palamós, Palamós, Girona), L. Figueiras (SAP Cerdanyola, Cerdanyola del Vallés, Barcelona), C. Hoces (SAP Baix Llobregat Centre, Cornellà de Llobregat, Barcelona), E. Llopart (SAP Muntanya, Barcelona), Ma.D. Muñoz (Institut d'Estudis de la Salut), S. Ordoñez (Hospital Arnau de Vilanova, Lleida), M.R. Oriach (SAP Dreta, Barcelona), C. Trabado (SAP Esquerra, Barcelona).

Conclusion: There are significant differences in rheumatoid arthritis patient profiles at different health care levels.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En la literatura médica se demuestra la existencia de diferencias en el tratamiento de diferentes enfermedades (incluidas las reumáticas) entre los médicos generalistas y los médicos especialistas, la necesidad de coordinación entre ambos niveles, el beneficio de la especialización en su tratamiento y las ventajas de la remisión precoz a atención especializada¹⁻⁵. También se han demostrado diferencias en las características de los pacientes con artrosis de rodilla atendidos por médicos especialistas o por médicos generalistas⁶, y recientemente se ha publicado un estudio que muestra diferencias en la gravedad de los pacientes con artropatía psoriásica atendidos en diferentes niveles asistenciales especializados⁷. Como consecuencia de cambios en la organización de la atención sanitaria durante las últimas décadas, Cataluña tiene una estructura organizativa única, en la que tanto especialistas adscritos a hospitales (comarcales o de segundo nivel y de referencia o de tercer nivel) como especialistas adscritos a atención primaria proporcionan la atención reumatológica. En función de la disponibilidad de asistencia reumatológica en cada comarca, el paciente con artritis reumatoide (AR) puede ser derivado a un nivel u otro (fig. 1). En las zonas en las que hay reumatólogo de atención primaria o de segundo nivel, sólo se derivan al hospital de referencia los casos más complejos que no pueden tratarse en esos niveles. La formación reumatológica de los reumatólogos de todos los niveles es similar, pero hay diferencias en la disponibilidad directa de recursos. Así, sólo los niveles hospitalarios tienen acceso a los tratamientos biológicos. En el contexto de un estudio multicéntrico sobre calidad de vida en pacientes con AR se analizaron las características de los pacientes con AR que acuden a especialistas reumatólogos en cada uno de los 3 niveles asistenciales.

Objetivo

Conocer las características de los pacientes con AR en cada uno de los niveles asistenciales.

Material y métodos

Para su participación en el estudio se seleccionaron unidades de reumatología de atención primaria, hospitales comarcales y

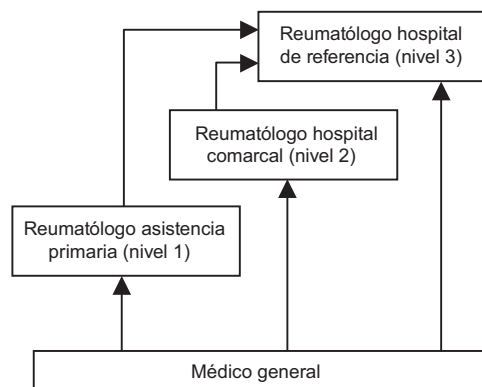


Figura 1. Flujo de pacientes con artritis reumatoide en Cataluña.

hospitales de tercer nivel de toda Cataluña que garantizaran la representatividad de la muestra, que tuvieran en cuenta tanto los distintos niveles asistenciales como las distintas comarcas de Cataluña y que reflejaran la variabilidad sociodemográfica de cada una de ellas. El tamaño de la muestra se determinó según el censo de población de Cataluña de 1999 (6.208.817 habitantes), para una prevalencia del 0,5%⁸ y para un intervalo de confianza del 95%. El tamaño mínimo calculado de la muestra fue de 764 pacientes.

Se incluyó a todos los pacientes consecutivos diagnosticados de AR según los criterios del ACR (American College Rheumatology 'Colegio Americano de Reumatología')⁹ que acudieron a las consultas de los centros participantes en el estudio entre agosto de 2004 y enero de 2005 y que aceptaron participar en él. Se excluyeron los pacientes con inicio de la enfermedad antes de los 16 años o que tuvieran, además, otra enfermedad reumática inflamatoria, comorbilidad o psicopatología graves. A los pacientes incluidos se les realizó una encuesta en la que se recogieron datos generales (edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal), sociolaborales (estudios, régimen de convivencia, profesión, situación laboral, ingresos mensuales, grado de independencia económica, ayuda cotidiana para las actividades, tiempo empleado en asistencia sanitaria, satisfacción con el tratamiento) y de la enfermedad (tiempo de evolución, comorbilidad, rigidez matutina, estado funcional global, factor reumatoide, presencia de erosiones, manifestaciones extraarticulares, afección radiológica precoz, índice DAS [*disease activity score* 'puntuación de la actividad de la enfermedad'] 28 y tratamientos).

El análisis estadístico consistió en un estudio descriptivo básico para las variables individuales y un análisis de correspondencias múltiples para estudiar la relación entre las variables y para establecer perfiles característicos. Para la caracterización de una categoría de una variable cualitativa, se realizaron comparaciones múltiples entre medias y proporciones del subgrupo, determinado por la categoría estudiada y la muestra global, método que permitió conocer qué características de cada variable diferencian a los pacientes según el nivel asistencial en que se controlan.

Resultados

Se entrevistaron 812 pacientes con AR procedentes de 5 unidades de reumatología de atención primaria (n = 218; 26,85%), 6 hospitales comarcales (n = 287, 35,34%) y 2 hospitales de tercer nivel de Cataluña (n = 307, 37,81%). Las características de la población estudiada se resumen en la [tabla 1](#). En las [tablas 2](#) y [3](#) se detallan los valores de las variables en los que se observaron rasgos diferenciales y estadísticamente significativos (p < 0,001) entre los pacientes con AR que se controlan en cada uno de los niveles asistenciales. En síntesis, en las consultas de reumatología de atención primaria predominan los pacientes de edad avanzada (mayores de 75 años), con estudios básicos, jubilados, con un tipo de enfermedad de poco tiempo de evolución y en general poco grave, con bastante satisfacción en relación con el tratamiento. En las consultas de los hospitales comarcales, los pacientes más frecuentes son varones, obreros cualificados, con ingresos bajos, una enfermedad erosiva y manifestaciones extraarticulares, que utilizan antiinflamatorios no esteroideos y corticoides para su control de forma habitual y en mayor proporción que los pacientes de los otros grupos. En los hospitales de tercer nivel predominan

Tabla 1

Características generales de la población estudiada (datos en porcentajes si no se especifica otra unidad)

Edad (años \pm DE)	60,65 \pm 14,22
Sexo (mujeres)	78,8
Estudios (ninguno; básicos; medios; superiores)	13,33; 43,02; 31,95; 11,70
Convivencia (solo; en pareja; en pareja con familiares; con familiares; otros)	12,58; 37,24; 33,87; 14,32; 1,99
Estado civil (soltero; casado; separado; viudo)	9,94; 67,95; 7,33; 14,78
Profesión (profesionales; administrativos; servicios; obrero cualificado; obrero no cualificado; otros)	6,37; 5,37; 5,12; 3,50; 68,54; 11,11
Situación laboral (trabaja; en paro; invalidez transitoria; invalidez laboral permanente; jubilado; trabajos domésticos; otros)	18,34; 2,89; 3,52; 20,10; 31,66; 20,48; 3,02
Ingresos familiares mensuales (€) (<500; 501-1.000; 1001-1.500; 1.501-2.000; >2.000)	20,21; 35,93; 23,78; 11,76; 8,32
Independencia económica	50,90
Necesidad de ayuda cotidiana	53,19
Comorbilidades (DM; EPOC; IC; CPI; enfermedad neurológica)	6,20; 5,58; 4,96; 3,10; 2,23
Satisfacción con el tratamiento (nada; poco; regular; bastante; mucho)	0,87; 1,74; 11,46; 43,96; 41,97
Efectos secundarios del tratamiento	26,88
Tiempo de evolución (meses \pm DE)	133,52 \pm 117,11
IMC (kg/m ² \pm DE)	26,64 \pm 4,47
Estado funcional (I; II; III; IV)	33,16; 39,30; 23,80; 3,74
Factor reumatoide positivo	76,26
Enfermedad erosiva	63,90
Manifestaciones extraarticulares	19,10
Afectación radiológica precoz	19,00
Tratamiento con FAME	87,42
Tratamiento con FAME por más de 4 años	67,12
Más de un FAME	56,47
DAS 28 \pm DE	4,02 \pm 1,38
Tratamientos prescritos (AINE+CE; FAME; biológicos)	87,32; 64,04; 10,71

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; CPI: cardiopatía isquémica; DAS: *disease activity score* 'puntuación de la actividad de la enfermedad'; DE: desviación estándar; DM: diabetes mellitus; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; IC: insuficiencia cardíaca; IMC: índice de masa corporal.

las mujeres jóvenes con estudios, que padecen una enfermedad de larga evolución y que requieren tratamiento biológico. No se encontraron diferencias entre los niveles asistenciales con relación a la convivencia, estado civil, necesidad de ayuda cotidiana, presencia de comorbilidades, efectos secundarios del tratamiento, estadio funcional, presencia de factor reumatoide, tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad ni en el DAS 28.

Discusión

Hay estudios que demuestran el beneficio de la especialización en el tratamiento de las diferentes enfermedades musculoesqueléticas¹, incluida la AR¹⁰, que es la enfermedad inflamatoria articular más prevalente⁸. Además, se ha reconocido la importancia de la detección precoz por parte de los médicos de atención primaria y la efectividad de su rápida remisión al reumatólogo^{11,12}, y se han desarrollado criterios para la derivación al especialista¹³. Sin embargo, no hay estudios que comparen el tipo de atención proporcionada para un mismo nivel de especialización en función de los recursos disponibles. En Cataluña, en el contexto de un cambio global en la estructura de la atención sanitaria¹⁴, la existencia de 3 niveles asistenciales de reumatología se debe a la conversión progresiva de una atención especializada realizada en centros de atención especializada adscritos a centros de atención primaria a otro modelo, en el que la atención especia-

lizada se proporciona a través de servicios hospitalarios que pueden realizar las consultas en el propio hospital o en centros extrahospitalarios más próximos al paciente. En este contexto, se han creado y potenciado hospitales de segundo nivel como referentes sanitarios intermedios. De esta manera, en algunas zonas, el especialista que antes desarrollaba su trabajo en centros de atención primaria pasa a depender del hospital; esto conlleva un cambio de recursos, y que el hospital comarcal se interponga entre el médico generalista y el hospital de tercer nivel. Sin embargo, todavía hay zonas en las que la derivación del médico de familia al hospital de tercer nivel es directa al no haber reumatólogo dependiente de atención primaria ni en el hospital comarcal. En estos casos el filtro se realiza en el hospital de tercer nivel en función de cómo se organiza el servicio internamente.

Este modelo no está exento de discusión entre aquellos que priman la proximidad del especialista al paciente y al médico generalista y aquellos que consideran que la centralización de las especialidades en los hospitales permite racionalizar los recursos. Estudios sobre las preferencias de los pacientes con enfermedades reumáticas (especialmente enfermedades inflamatorias) muestran que éstos prefieren ser visitados en centros hospitalarios próximos a su domicilio más que en centros de atención primaria¹⁵.

Se han descrito diferencias en el tratamiento de los pacientes con enfermedades reumáticas por reumatólogos de países con diferentes sistemas sanitarios, sin que se observen diferencias en el pronóstico¹⁶. Para aprovechar esta especial circunstancia, y en el contexto de este estudio sobre calidad de vida en pacientes con AR, se han analizado las diferencias entre los pacientes que acuden a consultas de reumatología en diferentes niveles asistenciales. No se ha encontrado ningún trabajo que analice este mismo aspecto, aunque recientemente Reina et al⁷, en un estudio multicéntrico que incluía pacientes con artropatía psoriásica visitados en los 3 niveles asistenciales, mostraron una peor capacidad funcional entre los pacientes atendidos en el tercer nivel.

Los pacientes de la muestra se adaptan a la distribución epidemiológica habitual de la AR: predominio de mujeres, edad media de 60 años y presencia de factor reumatoide en un 76% de los casos. Los resultados obtenidos con relación a la enfermedad entran dentro de la lógica del seguimiento recomendado de estos pacientes. Así, los pacientes más graves (de mayor tiempo de evolución, con manifestaciones extraarticulares, formas erosivas o con afección radiológica precoz) tienden a ser vistos en centros hospitalarios en los que se dispone de recursos a los que no se puede acceder directamente en la atención primaria, como las terapias biológicas o la presencia de otras especialidades. De esta manera, se explica que los pacientes hospitalarios sean más jóvenes. No tenemos una explicación clara de por qué no hay diferencias entre los grupos con relación al estadio funcional o al grado de actividad medida mediante el DAS 28. Ésta puede deberse a la utilización de tratamientos biológicos de forma más precoz en pacientes más graves, lo que reduciría el DAS 28 global y evitaría el empeoramiento del estadio funcional, o a que los pacientes en el nivel 1 tienen más secuelas y menos actividad inflamatoria.

Tampoco están tan claras las diferencias en los aspectos sociolaborales. En una sanidad con acceso universal y en la que la atención reumatológica se entiende como una asistencia continua en beneficio del paciente (no hay límites en la transferencia de pacientes de un nivel a otro), la existencia de diferencias en relación con el nivel de estudios, la profesión, los ingresos o, incluso, el sexo es difícil de explicar. A falta de estudios que analicen datos parecidos, consideramos que, en un grado similar de competencia por parte de los reumatólogos, es probable que la distribución entre los niveles asistenciales esté influida por

Tabla 2
Rasgos diferenciales entre los niveles asistenciales (variables categóricas)

Variable	Categorías diferenciales	Nivel 1 ^a				Nivel 2 ^b				Nivel 3 ^c			
		A (%)	B (%)	C (%)	p	A (%)	B (%)	C (%)	p	A (%)	B (%)	C (%)	p
Edad	Mayor de 75 años	20,83	13,42	41,28	0,000								
	36 a 45 años									16,01	10,96	55,06	0,000
Sexo	Varón					27,62	21,18	45,93	0,001				
	Mujer									88,24	77,96	42,65	0,000
Estudios	Ninguno					17,48	13,05	47,17	0,004				
	Básicos	53,7	42,24	33,82	0,000								
	Medios									36,6	31,16	44,27	0,006
	Superiores									17,65	11,45	58,06	0,000
Profesión	Obrero no cualificado					75,87	67,61	39,53	0,000				
	Profesional									12,42	6,28	74,51	0,000
Situación laboral	Jubilado	37,96	31,03	32,54	0,007								
	Trabaja/otras									23,86	17,98	50	0,001
Ingresos mensuales	< 500 €					27,27	18,84	50,98	0,000				
	> 2.000 €									12,09	7,76	58,73	0,000
Independencia económica	No					53,85	47,17	40,21	0,003				
Ayuda cotidiana	No					53,15	46,06	40,64	0,002				
	Sí									58,82	52,34	42,35	0,002
Satisfacción con el tratamiento	Bastante	51,85	43,47	31,73	0,002								
AR erosiva	No	46,76	36,58	34,01	0,000								
	Sí					69,23	63,42	38,45	0,007				
Manifestaciones extraarticulares	No	90,74	81,16	29,74	0,000								
	Sí					26,92	18,84	50,33	0,000				
Afección radiológica precoz	No									86,6	81,28	40,15	0,001
Tratamiento con corticoides y AINE	No	18,06	12,68	37,86	0,005								
	Sí					92,31	87,32	37,24	0,001				
Tratamiento biológico	No	96,3	89,29	28,69	0,000								
	Sí									17,97	10,71	63,22	0,000

Sólo se muestran los resultados que implican una diferencia significativa respecto al grupo general o entre los subgrupos. Los espacios en blanco indican que no hay diferencias respecto al grupo general.

A: porcentaje de la categoría intragrupo (porcentaje de individuos en la categoría de la variable en el nivel correspondiente); AINE: antiinflamatorios no esteroideos; AR: artritis reumatoide; B: porcentaje de la categoría total (porcentaje de individuos en la categoría de la variable en la muestra completa); C: porcentaje del grupo en categoría (porcentaje de individuos de toda la muestra que están en el nivel correspondiente).

Ejemplo: los pacientes en el nivel 1 se diferencian significativamente del grupo general por tener una edad superior a 75 años, mientras que en el nivel 3 el grupo de edad que predomina de forma significativa es el de 36 a 45 años. Es decir, en el nivel 1 el 20,83% de personas tienen más de 75 años, lo que es significativamente mayor ($p = 0,000$) que el porcentaje de personas de más de 75 años de la muestra completa (13,42%); además, en el nivel 1 está el 41,28% de todos los pacientes con artritis reumatoide que tienen más de 75 años.

^a Reumatología de atención primaria.

^b Reumatología de hospital comarcal.

^c Reumatología de hospital de referencia.

Tabla 3
Rasgos diferenciales entre los niveles asistenciales (variables continuas)

Variables	Nivel 1 ^a			Nivel 3 ^b		
	Media de la categoría (DE)	Media del total (DE)	P	Media de la categoría (DE)	Media del total (DE)	p
IMC	27,29 (4,59)	26,64 (4,47)	0,007	25,85 (4,57)	26,64 (4,47)	0,000
Tiempo de evolución (años)	7,28 (7,82)	11,13 (9,75)	0,000	13,65 (9,79)	11,13 (9,75)	0,000

DE: desviación estándar; IMC: índice de masa corporal.

Ejemplo: en el nivel 1 los pacientes tienen un índice de masa corporal significativamente mayor que la media; lo contrario sucede en el nivel 3.

^a Atención primaria.

^b Hospitales de tercer nivel.

aspectos extramédicos, como la proximidad al domicilio (por motivos de trabajo en los varones y mujeres jóvenes, por dificultades de transporte en personas ancianas o por la disponibilidad de ayuda en la vida cotidiana), la renta (los pacientes con rentas más bajas tienden a ir a centros más próximos) o el nivel de estudios (los pacientes con estudios superiores pueden ser más proclives a solicitar segundas opiniones o derivaciones a niveles superiores al tener mayor información).

Se ha descrito un peor pronóstico de los pacientes con AR que tienen una situación socioeconómica menos favorable¹⁷. En este

estudio se observó que estos pacientes (jubilados con nivel de educación bajo y escasos ingresos) se controlan principalmente en el nivel inferior de la atención reumatológica, con un grado de satisfacción aceptable y con puntuaciones de actividad de la enfermedad medidas por el DAS 28 sin diferencias significativas con los otros grupos. Esta situación puede responder, por un lado, a la facilidad para transferir enfermos entre los diferentes niveles y, por otro lado, al hecho de que la mayor parte de los reumatólogos del sistema sanitario público ha tenido una formación similar, lo que proporciona a la asistencia reumatológica de la región una elevada homogeneidad.

La existencia de diferencias en la utilización de los tratamientos biológicos se debería exclusivamente a una razón logística: no están disponibles en la atención reumatológica proporcionada en atención primaria, por lo que todos los pacientes que tienen indicación de estos tratamientos deben ser derivados a niveles superiores.

Finalmente, la existencia de pacientes con características diferentes en cada uno de los niveles asistenciales evidencia la posibilidad de que hayan sesgos en la representación de los enfermos con AR cuando se consideran solamente los procedentes de hospitales de referencia, como sucede en numerosos estudios⁷.

Financiación

Este estudio ha sido becado por la Fundación La Marató TV3 (n.º 30.510).

Agradecimientos

Los autores de este artículo agradecen a F. Segura, D. Buss y R. Ortega por su ayuda en el proyecto y a M.A. Parra, N. Rodríguez, N.R. Sanmartí, J.D. Cañete, LL. Quintó y M.J. Bertrán por sus opiniones.

Bibliografía

- Solomon DH, Bates DW, Panush RS, Katz JN. Costs, outcomes, and patient satisfaction by provider type for patients with rheumatic and musculoskeletal conditions: A critical review of the literature and proposed methodologic standards. *Ann Intern Med.* 1997;127:52-60.
- Skouen JA, Grasdal A, Haldorsen EMH. Return to work after comparing outpatient patient multidisciplinary treatment programs versus treatment in general practice for patients with chronic widespread pain. *Eur J Pain.* 2006;10:145-52.
- Muñoz Álamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns.* 2002;48:23-31.
- Hecht FM, Wilson IB, Wu AW, Cook RL, Turner BJ, for the Society of General Internal Medicine AIDS Task Force. *Ann Intern Med.* 1999;131:136-43.
- Emery P, Breedveld FC, Dougados M, Kalden JR, Schiff MH, Smolen JS. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: Evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:290-7.
- Mitchell HL, Carr AJ, Scott DL. The management of knee pain in primary care: Factors associated with consulting the GP and referrals to secondary care. *Rheumatology.* 2006;45:771-6.
- Reina Sanz D, Del Blanco J, Bonet M, Castaño C, Clavaguera T, Mateo L, et al. Capacidad funcional en la artropatía psoriásica: análisis de 343 pacientes. *Med Clín (Barc).* 2007;129:201-4.
- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, on behalf of the EPISER study group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: Results from the National Survey. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:1040-5.
- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum.* 1990;33:160-72.
- Ward MM, Leigh JP, Fries JF. Progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. Associations with Rheumatology subspecialty care. *Arch Int Med.* 1993;153:2229-37.
- Badley EM. Arthritis in Canada: What do we know and what should we know. *J Rheumatol.* 2005;32(Suppl 72):39-41.
- Rat A-C, Henegariu V, Boissier M-C. Do primary care physicians have a place in the management of rheumatoid arthritis?. *Joint Bone Spine.* 2004;71:190-7.
- Sieper J, Rudwaleit M. Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:659-63.
- Larizgoitia I, Starfield B. Reform of the primary health care: The case of Spain. *Health Policy.* 1997;41:121-37.
- Douglas KMJ, Potter T, Treharne GJ, Obrenovic K, Hale ED, Pace A, et al. Rheumatology patient preferences for timing and location of out-patients clinic. *Rheumatology.* 2005;44:80-2.
- Ward MM. Health services in Rheumatology. *Curr Op Rheumatol.* 2000;12:99-103.
- Alamanos Y, Drosos AA. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmunity Rev.* 2005;4:130-6.