



Original

Características de una unidad de artritis precoz que mejoran la eficiencia de la derivación: encuesta a las unidades SERAP

Virginia Villaverde^a, Miguel Ángel Descalzo^b, Loreto Carmona^{b,*}, Miriam Bascones^c y Jordi Carbonell^d, Grupo de estudio SERAP[◇]

^a Sección de Reumatología, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

^b Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

^c Departamento Médico, Abbott Laboratories, Madrid, España

^d Servicio de Reumatología, Hospital del Mar, Institut Municipal Atenció Sanitaria, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de julio de 2010

Aceptado el 24 de noviembre de 2010

On-line el 21 de marzo de 2011

Palabras clave:

Encuesta

Artritis precoz

Derivación

Atención primaria

Atención especializada

Servicios de salud

R E S U M E N

Objetivo: Identificar las características de una unidad de artritis precoz (UAP) que se asocian con una mejor eficiencia de la derivación desde atención primaria.

Métodos: Encuesta a 36 UAP creadas en centros hospitalarios de toda España en el año 2004, mediante el programa SERAP. Las preguntas de la encuesta recogían detalles del proceso formativo de los médicos de atención primaria (MAP), del sistema de *feedback*, liderazgo y derivación. Se consideró que una UAP era tanto más eficiente, cuanto menor fuera el número de pacientes mal derivados. Para el análisis se utilizaron dos dinteles de derivación errónea: 25 y 50%.

Resultados: Treinta y cuatro UAP (94%) participaron en la encuesta. La mayoría (62%) realizó la formación de los médicos en una sesión por centro de atención primaria. Catorce de las 34 UAP (42,4%) informaron regularmente del estado del proyecto a sus MAP y sólo 20 (39,4%), contactaron con los MAP que estaban derivando mal a los pacientes. El tiempo de espera medio para una primera consulta en Reumatología fue de 73 días (15-365 días). El porcentaje de pacientes mal derivados osciló entre el 0 y el 80% (38% ± 21). Sólo 10 UAP (27,8%) tenían una derivación aceptable, según el dintel más estricto (25% de derivación errónea). Hasta 27 UAP (75%) cumplían criterios de derivación aceptable si se establecía el dintel en el 50%.

Conclusiones: Sólo dos aspectos de la estrategia adoptada por las UAP estaban asociados con la eficiencia en la derivación: 1) el hecho de que se contactara con los MAP que no estaban derivando bien y 2) una menor lista de espera en la consulta general de Reumatología.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Characteristics of early arthritis units that may be associated with better referral efficiency: survey of SERAP units

A B S T R A C T

Objective: To identify characteristics of early arthritis units, that may be associated with better referral efficiency.

Methods: A national survey of the 36 early arthritis units (EAU) in Spanish Rheumatology Units in 2004 (SERAP project). Survey collected information about general practitioners (GP) educational program to improve knowledge and practical skills of early arthritis, networking and feed-back system and referral efficiency. EAU were classified in two groups according to 25 and 50% of inappropriate referral process, respectively.

Keywords:

Survey

Early arthritis

Referral

Primary Care

Specialized care

Health services

* Autor para correspondencia. Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Calle Marqués del Duero, 5, 1.º, 28001 Madrid. España.

Correo electrónico: loreto.carmona@ser.es (L. Carmona).

◇ En el anexo 1 aparece una lista con sus componentes.

Results: Thirty four of the 36 (94%) EAU, answered the survey. GP were trained in only 1 medical meeting in the primary care clinic, with one or more rheumatologists responsible of GP education. Fourteen of the 34 EAU (42.4%) regularly interacted with GP and only 20 (39.4%) contacted the GP who were responsible for the wrong referral process. Median lag time for referral to the Rheumatology out-patient clinic, was 73 days (15–365 days). The percentage of wrongly referred patients was between 0 and 80% ($38\% \pm 21$). Only 10 EAU (27.8%) referred patients appropriately according to the most strict criteria (25% of inappropriate referral) and 27 EAU (75%), according to 50% of inappropriate referral criteria.

Conclusions: Only two aspects of the EAU implementation strategy were associated with better referral efficiency: 1) interaction with the GP responsible of the inappropriate referral process and 2) a lower median lag time for referral to the Rheumatology out-patient clinic.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad inflamatoria articular crónica más frecuente en España con una prevalencia del 0,5%¹ y una incidencia de 8,3 casos por 100.000 habitantes². A pesar de que en los años sesenta se consideraba una enfermedad relativamente benigna, en las últimas décadas se ha comprobado que, abandonada a su evolución natural, acaba produciendo no sólo un importante deterioro radiológico y funcional, sino también una disminución de la calidad de vida y un aumento de la morbilidad y la mortalidad de los pacientes^{3,4}.

En la actualidad, el manejo de la AR precoz se ha transformado radicalmente como consecuencia de la incorporación de nuevos fármacos que controlan la progresión de la enfermedad y la demostración de la mayor eficacia del tratamiento intensivo, cuando se administra en una fase más temprana del proceso patológico^{5–7}. El tratamiento de la AR precoz persigue dos objetivos terapéuticos realistas actualmente: la consecución de la remisión y la prevención del daño articular. Como el pronóstico depende en gran medida de un tratamiento precoz, la derivación temprana al especialista desde atención primaria y el diagnóstico precoz, son fundamentales^{6,8,9}. Sin embargo, diversos estudios publicados en la literatura han demostrado que el tiempo que transcurre desde el inicio de la sintomatología hasta que el paciente es atendido por el especialista dista mucho de lo recomendado: entre 6 y 12 meses en el mejor de los casos^{10,11}, por lo que parece que el principal factor limitante para la instauración precoz del tratamiento es el acceso a la atención especializada.

Por ello, surge la necesidad de la puesta en marcha de consultas de artritis de reciente comienzo, especialmente diseñadas para evaluar y tratar adecuadamente la AR precoz¹². En la actualidad no existen en nuestro país, al menos de forma institucionalizada, unidades de artritis funcionales dentro de los servicios de Reumatología en todos los centros de asistencia sanitaria pertenecientes al Sistema Nacional de Salud. Esto origina que, según el ámbito geográfico, el lugar de residencia del paciente o las características del médico o centro donde se prestan los servicios, el manejo del paciente con AR, no sea el mismo en todo el territorio nacional, dando lugar por tanto a inequidades.

El Programa de investigación en gestión de patologías: Evaluación de un modelo de atención de la artritis en España (programa SERAP), promovido por la Sociedad Española de Reumatología (SER) en noviembre de 2004, supuso una coyuntura única para la creación de unidades de artritis precoz (UAP) en centros hospitalarios de toda España y su evaluación pormenorizada, una oportunidad de mejora y un referente para el establecimiento de unos estándares mínimos de calidad de derivación para el diagnóstico y tratamiento precoz de los pacientes con AR de reciente comienzo.

Métodos

El programa SERAP

Mediante el programa SERAP se pusieron en marcha en el año 2004, 36 UAP y se desarrollaron dos estudios: un estudio de la

incidencia de artritis en España² y un estudio de intervención abierto no aleatorizado de 3 años de duración aprovechando la cohorte de pacientes con artritis precoz surgida del anterior. El objetivo del estudio de intervención era comparar el pronóstico de los pacientes atendidos en estas unidades frente al de los que son atendidos por la «vía tradicional», utilizando para ello la cohorte PROAR¹³.

El requisito fundamental para definir una agenda clínica de un Servicio de Reumatología como UAP, era que los pacientes con sospecha de artritis precoz fueran atendidos como máximo a los 15 días de la visita y posterior derivación del médico de atención primaria. Se prepararon unos materiales para la derivación y un programa de formación para los médicos de atención primaria, que los responsables de las UAP debían difundir entre los médicos participantes de sus áreas. Los centros hospitalarios participantes se seleccionaron por criterios no probabilísticos, pero sí de forma que hubiera una representatividad geográfica de todo el país, al igual que los centros de atención primaria.

El protocolo del programa, junto con los dos estudios, fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Institut Municipal d'Assistència Sanitària de Barcelona y los pacientes incluidos dieron su consentimiento a participar. Básicamente, todos los pacientes con sospecha de artritis –definida como la presencia de tumefacción en dos o más articulaciones, dolor a la palpación en articulaciones metacarpofalángicas o carpos y rigidez matutina de más de 30 min de duración durante más de 4 semanas y menos de 1 año de evolución– pertenecientes al área de referencia de cada centro hospitalario eran remitidos al programa. El reclutamiento de los pacientes tuvo lugar durante 1 año y el seguimiento se realizó durante 2 años.

Encuesta a las unidades de artritis precoz

Durante el seguimiento se detectó una enorme variabilidad entre las UAP en cuanto al número de derivaciones desde los centros de atención primaria, el número de pacientes atendidos, los porcentajes de derivación errónea, etc., por lo que se decidió realizar una encuesta cuyo objetivo fuera detectar las áreas de mejora y los aspectos relacionados con una mayor eficiencia de las UAP, para realizar las modificaciones oportunas, en un intento de que todas ellas funcionaran de la forma más homogénea posible.

Para ello, un monitor del proyecto recogió toda la información mediante entrevista personal estructurada con el responsable de cada una de las UAP. Las preguntas de la encuesta, que fueron elaboradas por el comité de dirección del proyecto, aparecen reflejadas en la *tabla 1*. Las preguntas iban dirigidas a conocer detalles del proceso formativo de los médicos de atención primaria, del sistema de *feedback*, liderazgo y derivación.

Análisis estadístico

Se utilizaron medidas de tendencia central adecuadas a la distribución de las variables para la descripción de la muestra. Se describieron las UAP con respecto a las variables, mediante

Tabla 1
Ítem de la encuesta realizada mediante entrevista personal en cada una de las unidades de artritis precoz.

Aspecto	Ítem
Formación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿En cuántas sesiones se realizó la formación de los centros de atención primaria? • ¿Dónde se hicieron las reuniones de formación? • ¿Quién llevó a cabo la formación? • ¿Se conocía previamente a los FEA de las UAP en el área, fuera del hospital? • ¿Habían participado previamente los FEA en actividades de formación a primaria?
Feedback y liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • Señale los cargos de los reumatólogos que realizaron la formación • ¿Van los reumatólogos regularmente a resolver dudas o a recordar el proyecto? • ¿Pueden los médicos de atención primaria resolver dudas mediante algún sistema rápido: teléfono directo, entrar a preguntar a algún reumatólogo en su centro, etc.? • ¿Se ha mandado de forma regular información del estado del proyecto a todos los centros de atención primaria? • ¿Se contacta con los médicos de atención primaria que derivan mal a los pacientes?
Derivación	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es el tiempo de lista de espera habitual para Reumatología (no a la UAP) para una primera visita? (Días) • ¿Hay otras vías claras de derivación a Reumatología distintas a las de la UAP? • ¿Forma usted parte de la UAP? • ¿Los médicos de atención primaria, le derivan directamente los pacientes? <p>En su opinión, ¿qué factores hacen que la UAP funcione bien?</p> <p>En su opinión, ¿cuál/es son los factores que dificultan la derivación correcta de los pacientes en su UAP?</p>

frecuencias absolutas y relativas. Se dividieron las UAP desde el punto de vista de la derivación en dos grupos (25 y 50% de pacientes bien derivados, respectivamente). Para la comparación entre grupos, se utilizó la prueba de Fisher.

Resultados

Un total de 34 UAP de las 36 (94%) participó en la encuesta. Las estrategias que se llevaron a cabo para la implantación de las UAP, así como la distribución según fuera la derivación, se reflejan en la *tabla 2*. A continuación se realiza una descripción general de las estrategias utilizadas por las UAP, para el mantenimiento de la derivación desde atención primaria.

Sesiones formativas

La mayoría de las UAP (21; 62%) optó por realizar la formación en una sesión por centro de atención primaria (CAP). Las otras opciones más frecuentes fueron: en varias sesiones por CAP (4; 11,8%) o en una sola general (3; 8,8%). Sólo una UAP optó por hacer sesiones en los CAP y además otra general. Las reuniones se celebraron con mayor frecuencia en los CAP participantes, en sesiones compartidas de los equipos de atención primaria (24; 72,7%). La siguiente opción más frecuente fue en dependencias centrales de atención primaria (5; 15,2%).

Respecto a quiénes fueron los encargados de la formación, el mismo número de UAP optó por que fuera un solo reumatólogo o varios reumatólogos (15; 44%) y menos, que el coordinador del centro colaborara en la formación de los médicos de atención primaria (4; 11,8%). La mayoría de los reumatólogos implicados en la formación ya era conocida en el área por otras acciones docentes (27; 79,4%) y se trataba de FEA, bien con puesto en el ambulatorio (16; 47%) o en el hospital (15; 44%). En 14 UAP, el jefe de servicio también participó, siendo en 4 UAP (11,8%), el único implicado. En

una sola UAP hubo residentes encargados de la formación, junto con los FEA.

Seguimiento de los centros de atención primaria

Una parte importante de la organización y el mantenimiento de las UAP es el seguimiento de los CAP que deben derivar los pacientes con artritis precoz. Sólo en 12 (36%) de las UAP, los reumatólogos fueron regularmente a resolver dudas o a recordar el proyecto, si bien 33 (97%) de las UAP decían disponer de algún sistema rápido de consulta para resolver dudas. Catorce de las 34 UAP (42,4%) estuvieron informando regularmente sobre el estado del proyecto a sus MAP y sólo 20 (39,4%) decían contactar con los médicos de primaria que estaban derivando mal los pacientes.

Características de los servicios de Reumatología, independientemente de la unidad de artritis precoz

El tiempo de espera medio para una primera consulta en Reumatología era de 73 días, si bien el 50% de los Servicios, tenía una lista de espera igual o inferior a un mes (rango 15–365 días). Sólo en 7 Servicios no existían otras vías claras de derivación a Reumatología, distintas de las de la UAP (21,2%). En 20 Servicios, había reumatólogo consultor en el área (58,9%).

Opiniones de los responsables de las unidades de artritis precoz

Los principales factores que según los responsables de las UAP influían en la derivación correcta de los pacientes desde los CAP fueron: el contacto directo y periódico con los médicos de atención primaria, la formación de los médicos de todos los centros de atención primaria participantes, el acceso rápido y fácil de los pacientes a las UAP y la uniformidad de criterios entre los componentes de las UAP.

Los principales factores, que según los responsables de la UAP, influían en la mala derivación de los pacientes fueron: la sobrecarga asistencial de los médicos de atención primaria que limita la atención y el tiempo de dedicación a los pacientes, la preferencia por parte de los médicos de atención primaria de otras patologías distintas de las enfermedades musculoesqueléticas, el desconocimiento de los médicos de atención primaria de la patología del aparato locomotor, olvido del proyecto con el tiempo, la dificultad de difusión de la información, por cuanto que un número importante de médicos de atención primaria no acudía a las reuniones de formación y por último, la utilización de esta vía de comunicación para remitir pacientes, sin que se cumplieran los criterios de derivación a la UAP.

Derivación a las unidades de artritis precoz y factores que mejoran la derivación

Se consideró que una UAP era tanto más eficiente cuanto menor fuera el número de pacientes mal derivados; esto es, que existiera una baja concordancia entre lo que el médico de atención primaria consideraba artritis precoz y lo que considerase el responsable de la UAP. El porcentaje de pacientes mal derivados osciló entre el 0 y el 80%, con una media y desviación estándar del $38 \pm 21\%$ (mediana: 41%; p_{25} : 24%; p_{75} : 52%).

Para el análisis se utilizaron dos dinteles de derivación errónea: 50 y 25%, respectivamente. Sólo 10 UAP (27,8%) tenían una derivación aceptable según el dintel más estricto, un 25% de derivación errónea o un 75% de derivación adecuada. Hasta 27 UAP (75%) cumplían criterios de derivación aceptable, si se establecía el dintel en el 50%.

Sólo dos aspectos de la estrategia adoptada por las UAP estaban asociados con la eficiencia en la derivación: 1) el hecho de que

Tabla 2

Distribución de las estrategias acometidas por las unidades de artritis precoz para su establecimiento según fuera finalmente la derivación aceptable o no (dintel de derivación: al menos un 50% de los pacientes bien derivados).

	Derivación aceptable		p
	Sí	No	
<i>Número de sesiones formativas a los MAP</i>			
Una sola sesión	18 (72)	6 (75)	1,00
Varias sesiones	7 (28)	2 (25)	
<i>Lugar de las sesiones formativas a los MAP</i>			
En un sitio general (hospital o centro de especialidades)	18 (75)	7 (88)	0,65
En los CAP	6 (25)	1 (13)	
<i>Número de reumatólogos involucrados en la formación de los MAP</i>			
Un solo reumatólogo	12 (48)	3 (33)	0,35
Varios reumatólogos	9 (36)	6 (67)	
Dependiendo del CAP	4 (16)	0 (0)	
<i>Formación por reumatólogos conocidos previamente en el área</i>	20 (80)	7 (78)	1,00
<i>Experiencia previa en formación de MAP</i>	20 (80)	7 (78)	1,00
<i>Cargo del reumatólogo que realizó la formación</i>			
Jefe de servicio	11 (44)	3 (33)	0,62
FEA hospitalario	6 (24)	4 (44)	
FEA ambulatorio	8 (32)	2 (22)	
<i>Los reumatólogos van regularmente a recordar el proyecto y resolver dudas</i>	8 (33)	4 (44)	0,69
<i>Los MAP disponen de un sistema rápido para resolver dudas</i>	24 (96)	9 (100)	1,00
<i>Envío regular del estado del proyecto</i>	12 (48)	2 (25)	0,42
<i>Se contacta con los MAP que derivan mal</i>	18 (72)	2 (25)	0,04
<i>Tiempo medio en lista de espera del servicio (no en la UAP)[†]</i>	56 ± 9	121 ± 48	0,05
Menos de 1 mes	9 (36)	5 (56)	0,03
Entre 1 y 2 meses	9 (36)	1 (11)	
Entre 2 y 6 meses	6 (24)	0 (0)	
Entre 6 meses y 1 año	1 (4)	3 (33)	
<i>Otras vías de derivación a Reumatología claras además de la UAP</i>	20 (83)	6 (67)	0,36
<i>Existe reumatólogo consultor en el área</i>	15 (60)	7 (78)	0,44

Todos los resultados se expresan en n (%).

[†]En días; media ± desviación estándar.

CAP: centro de atención primaria; FEA: facultativo especialista de área; MAP: médico de atención primaria.

se contactara con los médicos de atención primaria que no estaban derivando bien y 2) una menor lista de espera general para Reumatología.

Discusión

Esta encuesta pone de manifiesto la variabilidad existente a la hora de diseñar una UAP y cómo dos factores muy simples pueden mejorar la derivación por parte de los médicos de atención primaria.

Existen encuestas similares publicadas en la literatura^{14,15}, en un intento de mejorar la coordinación y la derivación entre atención primaria y especializada, lo que en la actualidad sigue siendo un reto importante para el Sistema Nacional de Salud Español, cuyo objetivo principal es dar respuesta a las necesidades, demandas y expectativas de la población, de forma que se consigan los máximos niveles posibles de equidad y eficiencia, con recursos cada vez más limitados¹⁶.

La descoordinación entre atención primaria y especializada favorece, por tanto, la aparición de errores y demoras en el establecimiento del diagnóstico y en el correspondiente tratamiento, con consecuencias graves para los pacientes como el importante deterioro radiológico y funcional, la disminución de la calidad de vida y el aumento de la morbilidad y la mortalidad, que suceden en los pacientes con artritis reumatoide, a los que se les ha diagnosticado y tratado tardíamente.

Por todo ello, es fundamental a la hora de poner en marcha una unidad de estas características (UAP) y para que ésta funcione con éxito, que se cumplan ciertos requisitos: la existencia de un área sanitaria con un número suficiente que asegure la inclusión de los casos necesarios, la colaboración con los médicos de atención primaria que deben ser capaces de identificar a los pacientes, lo que

implica un conocimiento básico de la semiología y la patología reumatológica y la presencia en el hospital de una persona o personas interesadas con una infraestructura adecuada, que permita recibir a estos pacientes sin demora y poder realizar las exploraciones necesarias en función de los objetivos¹⁷.

Uno de los mayores problemas que nos encontramos a la hora de iniciar una consulta de artritis de reciente comienzo es acordar con los médicos de atención primaria cuáles son las manifestaciones clínicas de los pacientes que deben ser remitidos a esta consulta especializada y no a la consulta reumatológica general. Hay diferentes criterios al respecto, motivados por la organización de los sistemas sanitarios y la cantidad de recursos disponibles. Tunn et al¹⁸ establecen que todo paciente con artritis aguda, que implica la existencia de inflamación articular, debe ser remitido, mientras que para otros autores¹⁹, incluidos los responsables del diseño de este estudio, los pacientes tienen que tener tumefacción en dos o más articulaciones, dolor a la palpación en articulaciones metacarpofalángicas o carpos y rigidez matutina de más de 30 minutos de duración, durante al menos 4 semanas y menos de un año, para poder ser derivados a la UAP.

Nuestro estudio demuestra que además del cumplimiento de los requisitos anteriormente comentados, el contacto mantenido entre los médicos responsables de dichas unidades y los médicos de atención primaria, especialmente con los facultativos que no derivan bien a los pacientes, es fundamental para mejorar la eficiencia de la derivación a la UAP.

Cuando analizamos otros factores responsables de la mala derivación, observamos que una lista de espera demasiado larga en la consulta general de Reumatología y/o la no existencia de otra u otras vías claras de derivación influían en que los médicos de atención primaria utilizaran la derivación a la UAP, para que sus pacientes fueran atendidos más rápido.

Aunque existen experiencias previas de este tipo de unidades comparadas con las “tradicionales”¹⁹, no se describen las estrategias que se han llevado a cabo para su implantación y su correcto funcionamiento, así como tampoco para mejorar la coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

En resumen, el hallazgo principal de nuestra encuesta es que existe una enorme variabilidad a la hora de diseñar una UAP. El contacto mantenido fundamentalmente con los médicos de atención primaria que no derivan bien a los pacientes y una lista de espera menor para la consulta general de Reumatología, son los factores principales que mejoran la eficiencia de la derivación desde atención primaria a la UAP.

Financiación

El estudio fue apoyado por la Fundación Española de Reumatología y por una subvención de Abbott Laboratories.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Grupo de estudio SERAP

J. Manero (Hospital Miguel Servet, Zaragoza)
 F. Navarro, B. Hernández (Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla)
 A. García López, S. Renese (Hospital Virgen del Rocío, Sevilla)
 J. L. Marengo, L. Mayordomo (Hospital Universitario Valme, Sevilla)
 A. Fernández Nebro (Hospital Carlos Haya, Málaga)
 E. Raya (Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada)
 F. J. Ballina, M. Alperi (Hospital Central de Asturias, Oviedo)
 L. Espadaler, J. Fiter (Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca)
 G. Salvador (Hospital Mutua Terrassa, Terrassa)
 A. Naranjo (Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria)
 M. Brito (Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife)
 V. Rodríguez-Valverde (Hospital Marqués de Valdecilla, Santander)
 J. del Pino (Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca)
 M. Fernández Prada (Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara)
 J. Maymó, J. Carbonell (Hospital del Mar i Hospital de l'Esperança, Barcelona)
 R. Sanmartí, J. D. Cañete (Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona)
 P. Barceló, E. Moreno (Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona)
 J. Valverde, F. J. Narvaez (Hospital Bellvitge, Barcelona)
 M. Larrosa (Corporació Sanitaria Parc Taulí, Sabadell)
 C. Díaz, B. Nishishinya (Hospital Santa Creu I Sant Pau, Barcelona)
 X. Tena, L. Mateo (Hospital Germans Trias, Badalona)
 E. Pascual, T. Pedraz (Hospital General Universitario de Alicante, Alicante)
 J. J. García Borrás (Hospital Universitario La Fe, Valencia)
 J. Calvo Catalá (Hospital General de Valencia, Valencia)
 J. A. Román Ivorra (Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia)
 J. A. González Fernández, F. J. Navarro Blasco, J. Tovar (Hospital General, Elche)

J. M. Salazar Vallinas, J. L. Álvarez Vega (Hospital Regional Infanta Cristina, Badajoz)

J. Graña, F. Galdo (Hospital Juan Canalejo, A Coruña)

A. Laffon, I. González Álvaro (Hospital Universitario la Princesa, Madrid)

I. Mateo, M. R. González Crespo (Hospital Doce de Octubre, Madrid)

A. Balsa, T. Cobo, A. Hernández (Hospital La Paz, Madrid)

A. Zea, S. Rodríguez Rubio (Hospital Ramón y Cajal, Madrid)

L. Carreño, I. Monteagudo (Hospital Gregorio Marañón, Madrid)

C. Marras, E. Soriano (Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia)

M. Figuerola, O. Maiz (Hospital Donostia, San Sebastián)

A. Alonso Ruiz (Hospital de Cruces, Baracaldo)

Bibliografía

- Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:88–95.
- Carbonell J, Cobo T, Balsa A, Descalzo MA, Carmona L, and SERAP Study Group. The incidence of rheumatoid arthritis in Spain: results from a nationwide primary care registry. *Rheumatology*. 2008;47:1088–92.
- van der Heijde D, Landewé R, van Vollenhoven R, Fatenejad S, Klareskog L. Level of radiographic damage and radiographic progression are determinants of physical function: a longitudinal analysis of the TEMPO trial. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:1267–70.
- Scott DL, Smith C, Kingsley G. What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2005;19:117–36.
- Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu HD, Breedveld F, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis*. 2007;66:34–45.
- Combe B. Early rheumatoid arthritis: strategies for prevention and management. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007;21:27–42.
- Combe B. Progresión en la artritis reumatoide precoz. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009;23:59–69.
- 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.
- Villaverde V, Balsa A. ¿El control precoz de la artritis reumatoide augura un mejor pronóstico a largo plazo? *Reumatol Clin*. 2010;6:106–10.
- Aletaha D, Eberl G. Attitudes to early rheumatoid arthritis: changing patterns. Results of a survey. *Ann Rheum Dis*. 2004;63:1269–75.
- Hernández-García C, Vargas E, Abásolo L, Lajas C, Bellajdel B, Morado IC, et al. Lag time between onset of symptoms and access to rheumatology care and DMARD therapy in a cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2000;27:2323–8.
- Sokka T, Pincus T. A historical perspective concerning population-based and clinical studies of early arthritis and early rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2003;21 Suppl31:S5–14.
- Villaverde V, Balsa A, Carmona L, Sanmartí R, Maese J, Pascual D, et al. ¿Cómo son los pacientes con artritis reumatoide de reciente comienzo en España? Descripción de la cohorte PROAR. *Reumatol Clin*. 2009;5:115–20.
- Casado J. Situación de la pediatría hospitalaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2005;7 Suppl1:S134–5.
- Boscá Berga J, Paricio Talayero JM. ¿Está coordinado el Servicio de Pediatría? Encuestas a pediatras de Valencia y soluciones. *An Esp Pediatr*. 1997;46:565–70.
- Jonay J, Freire JM, Gervás J. La coordinación entre atención primaria y especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4:357–82.
- Villaverde V, Balsa A, Martín-Mola E. Estrategias para un diagnóstico y tratamiento precoz de la artritis reumatoide. Implantación de consultas de artritis de reciente comienzo. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2000;1:65–72.
- Tunn EJ, Bacon PA. Differentiating persistent from self-limiting symmetrical synovitis in an early arthritis clinic. *Br J Rheumatol*. 1993;32:97–103.
- van der Horst-Bruinsma IE, Speyer I, Visser H, Breedveld FC, Hazes JM. Diagnosis and course of early-onset arthritis: Results of a special early arthritis clinic compared to routine patient care. *Br J Rheumatol*. 1998;37:1084–8.