



Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

## Utilidad de la consultoría reumaológica *in situ*: análisis de una experiencia prolongada en el tiempo



Jesús Tornero-Molina<sup>a,b,\*</sup>, María Luisa Díez-Andrés<sup>c</sup>, Fernando Alonso<sup>d</sup>, Cintia de la Llana-Calvo<sup>c</sup>, Susana Luengo Rojo<sup>e</sup>, Elena Casado Silvestre<sup>c</sup> y Raquel Grado Sanz<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

<sup>b</sup> Departamento de Medicina y Especialidades Médicas, Universidad de Alcalá de Henares, Alcalá de Henares, España

<sup>c</sup> Centro de Salud Cervantes, Gerencia de Atención Integrada, Guadalajara, España

<sup>d</sup> Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

<sup>e</sup> Centro de Salud Pastrana, Gerencia de Atención Integrada, Guadalajara, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 8 de marzo de 2021

Aceptado el 28 de abril de 2021

On-line el 3 de julio de 2021

#### Palabras clave:

Reumatólogo consultor

Atención Primaria

Coordinación asistencial

### R E S U M E N

**Objetivo:** Estudiar la utilidad a largo plazo de un reumatólogo consultor *in situ* (RCI) en un centro de salud (CS).

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo sobre la cohorte completa de pacientes atendidos entre 2013 y 2019. Se analizaron las variables clínicas y de curso asistencial, intentando perfilar qué diagnósticos de los pacientes reumáticos tenían más probabilidades de continuar su atención en el CS con el médico de Atención Primaria (MAP).

**Resultados:** Se atendieron 876 consultas; 205 de varones (23,4%) y 671 de mujeres (76,6%), con una edad media de 64,1 años (DE = 16,6). La mayoría de las consultas (280; 33,2%) fueron diagnósticas. En 167 ocasiones (19,8%) se abordaron temas terapéuticos; en 47 (5,6%) se realizaron infiltraciones. La petición de pruebas no disponibles para el MAP se verificó en 154 situaciones (18,3%). El perfil de paciente con más opciones de continuar su seguimiento con el MAP en el CS es el que tenía artrosis (OR = 0,13; IC 95%: 0,02-0,67), reumatismo de partes blandas (OR = 0,06; IC 95%: 0,01-0,45) o hernia discal cervical (OR = 0,13; IC 95%: 0,02-0,66). Los pacientes con menos probabilidades de seguimiento por MAP tras su paso por RCI son los que tenían artritis reumatoide (OR = 0,03; IC 95%: 0,00-0,24), otras artropatías inflamatorias (OR = 0,36; IC 95%: 0,16-0,80) o polimialgia reumática (OR = 0,19; IC 95%: 0,06-0,64); también los que necesitan control de enfermo crónico (OR = 0,16; IC 95%: 0,07-0,34).

**Conclusiones:** El RCI facilita el seguimiento por el MAP de la artrosis, reumatismos de partes blandas y de la discopatía cervical, pues le permite disponer de determinadas pruebas complementarias para el diagnóstico.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

### Usefulness of Rheumatology Consultancy *in situ*: Analysis of a Long-term Experience

#### A B S T R A C T

**Objective:** To report the long-term experience of a rheumatologist consultant *in situ* (RCI) in a primary care centre (PCC).

**Material and methods:** Observational retrospective study analysing the complete cohort of the patients seen by the RCI between 2013 and 2019. Rheumatology patients' clinical characteristics and course of care were collected to estimate the diagnoses that were most likely to be monitored by a primary care physician (PCP).

#### Keywords:

Rheumatologist consultant

Primary Care

Care coordination

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jtorneromolina@ser.es (J. Tornero-Molina).

**Results:** A total of 876 consultations were attended; 205 were men (23.4%) and 671 women (76.6%). Most of the consultations (280, 33.2%) were diagnostic. On 167 occasions (19.8%) therapeutic issues were analysed; in 47 (5.6%) therapeutic infiltrations were performed. Chronic patient control was applied in 163 subjects (19.3%). A request for tests not available to the PCP was the reason for the consultation in 154 situations (18.3%). The profile most likely to continue being monitored in the PCC is the patient with osteoarthritis (OR = 0.13, CI 95%: 0.02-0.67), soft tissue rheumatism (OR = 0.006, 95%CI: 0.01-0.45) or cervical disc herniation (OR = 0.13, 95%CI: 0.02-0.66). Less likely to be monitored by PCP after being seen by the RCI were subjects with rheumatoid arthritis (OR = 0.03, 95%CI: 0.00-0.24), other inflammatory arthropathies (OR = 0.36, 95%CI: 0.16-0.80) or with polymyalgia rheumatica (OR = 0.19, 95%CI: 0.06-0.64), and those in need of chronic disease monitoring (OR = 0.16, 95%CI: 0.07-0.34).

**Conclusions:** The RCI makes it easier for the PCP to monitor patients with osteoarthritis, soft tissue rheumatism and cervical disc pathology.

© 2021 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

## Introducción

La prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población general es alta<sup>1</sup>. Algunos autores afirman que, en el curso de un año, el 40% de la población puede padecer algún tipo de dolor reumático. Ello condiciona una utilización muy importante de los servicios sanitarios por este tipo de pacientes y una repercusión notable sobre la Atención Primaria. Al mismo tiempo, el acceso y la comunicación con las consultas especializadas, tanto para los enfermos reumáticos como para los médicos de Atención Primaria (MAP), no siempre es fácil, dada su ubicación muchas veces distante y considerada la posible demora<sup>2,3</sup>.

Con el fin de facilitar la aproximación progresiva entre niveles asistenciales en beneficio del paciente reumático, fue creada en nuestra área de salud la figura del reumatólogo consultor *in situ* (RCI), entendida como un enlace permanente entre la MAP y la atención especializada. El objetivo de este trabajo es comunicar la experiencia a largo plazo de la implantación de este dispositivo asistencial y analizar los potenciales rendimientos y beneficios derivados de su existencia.

## Material y métodos

La finalidad del presente trabajo fue estudiar la utilidad a largo plazo de un RCI en un centro de salud (CS) y la búsqueda de aquellos tipos de enfermedades reumáticas susceptibles de beneficiarse especialmente de este dispositivo asistencial.

Para ello diseñamos un estudio observacional retrospectivo en el que analizamos la cohorte completa de pacientes atendidos por el RCI durante el período comprendido entre agosto de 2013 y diciembre de 2019 en el CS Cervantes de Guadalajara (Castilla-La Mancha, España). Este CS está formado por un equipo de 6 médicos de familia con una población de 8.301 tarjetas sanitarias a su cargo (SESCAM, enero de 2020). El RCI (JTM) pertenecía a la Unidad de Reumatología del Hospital General Universitario de Guadalajara.

Se recogieron las siguientes variables de los pacientes: sexo, edad, fecha de consulta y número de consultas. Se obtuvo el motivo de la consulta definiendo las siguientes categorías: a) consulta diagnóstica para valoración de diagnóstico de sospecha; b) visita de tratamiento del paciente para evaluación de aspectos terapéuticos; c) infiltración: consulta exclusiva para realizar infiltraciones; d) petición de pruebas: valoración de solicitud de pruebas de forma conjunta con el reumatólogo, especialmente para aquellas no accesibles para los MAP; e) control de paciente crónico: seguimiento de pacientes con enfermedad crónica; f) visita de informes: prescripciones ortopédicas o de minusvalía y g) no consta: aquellos casos en los que no estaba establecido el motivo de consulta.

Se clasificaron los diagnósticos según los siguientes grupos: a) artrosis periférica, b) artrosis de columna vertebral, c) reumatismo

de partes blandas, d) hernia/dolencia discal cervical, e) hernia/dolencia discal lumbar, f) síndrome del túnel carpiano, g) artritis reumatoide, h) otras artropatías inflamatorias, i) polimialgia reumática/arteritis de la temporal, j) osteoporosis, k) fibromialgia y l) otros diagnósticos.

Analizamos las siguientes pruebas complementarias solicitadas por el RCI en cada visita realizada. Estas podían incluir: a) radiografía simple, b) densitometría, c) resonancia magnética, d) tomografía computarizada, e) electromiograma y f) ninguna.

Por último, se establecieron las siguientes posibilidades de seguimiento del curso asistencial del paciente: a) alta, b) seguimiento por MAP sin precisar más seguimiento por reumatología, c) seguimiento por RCI en visitas sucesivas en el CS, d) paso a seguimiento por reumatología del hospital, e) interconsulta a traumatología, f) interconsulta a rehabilitación, g) interconsulta a fisioterapia y h) interconsulta a otras especialidades.

El estudio fue autorizado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos de nuestra área de salud (referencia CELM: 2020.02.PR). Los datos se obtuvieron por explotación del programa asistencial Turriano (programa informático empleado para la gestión de la historia clínica en MAP). Toda la información fue anonimizada y tratada de acuerdo con la normativa vigente en lo que respecta a la protección de datos. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, obteniendo frecuencia y porcentaje de las categorías. Se calcularon distintos modelos de regresión logística multivariante para estimar qué diagnósticos de los pacientes reumáticos tenían menos probabilidades de tener como destino final el seguimiento por el MAP en el CS.

## Resultados

Durante el período comprendido entre el 1 de agosto de 2013 y el 31 de diciembre de 2019 el RCI atendió un total de 876 consultas de pacientes, 205 eran de varones (23,4%) y 671 de mujeres (76,6%). La edad media de la población atendida fue de 64,1 años (DE = 16,6). El promedio de consultas verificadas con el consultor por cada paciente fue de 4 (DE = 5,8). La mayoría de las consultas (280; 33,2%) fueron diagnósticas. En 167 ocasiones (19,8%) se abordaron temas relacionados con el tratamiento del paciente; en 47 (5,6%) se realizaron infiltraciones terapéuticas. Se utilizó el dispositivo para control de enfermo crónico 163 veces (19,3%). La petición de pruebas no disponibles para el MAP fue el motivo de la consulta en 154 situaciones (18,3%). El resto de las consultas se dedicó a la emisión de informes y otras tareas no cuantificadas (tabla 1).

La mayoría de las veces (450; 63,8%) no se solicitó ninguna prueba complementaria; cuando el RCI tuvo que solicitar alguna, la densitometría ósea (101; 14,3%) fue la primera en orden de frecuencia, seguida por la resonancia magnética (70; 9,9%), la radiología simple (45; 6,4%), la electromiografía (26; 3,7%) y la tomografía

**Tabla 1**  
Principales resultados del análisis de la utilidad de la consultoría reumatológica *in situ*: estudio descriptivo

Variable	n	%
<b>Sexo</b>		
Mujer	671	76,6
Hombre	205	23,4
Total	876	100,0
<b>Diagnóstico</b>		
Osteoporosis	166	19,6
Otros	105	12,4
Polimialgia reumática	100	11,8
Hernia/dolencia discal lumbar	88	10,4
Otras artropatías inflamatorias	87	10,3
Reumatismo de partes blandas	83	9,8
Artrosis periférica	74	8,8
Artritis reumatoide	72	8,5
Artrosis de columna vertebral	28	3,3
Hernia/dolencia discal cervical	18	2,1
Síndrome del túnel del carpo	18	2,1
Fibromialgia	6	0,7
Total	845	100,0
<b>Tipo de consulta</b>		
Consulta diagnóstica	280	33,2
Tratamiento del paciente	167	19,8
Paciente crónico	163	19,3
Peticion de pruebas	154	18,3
Infiltración	47	5,6
No consta	31	3,7
Informes	2	0,2
Total	844	100,0
<b>Pruebas complementarias</b>		
Ninguna	450	63,8
Densitometría ósea	101	14,3
Resonancia magnética	70	9,9
Radiografía simple	45	6,4
Electromiograma	26	3,7
Tomografía computarizada	13	1,8
Total	705	100,0
<b>Destino del paciente</b>		
Seguimiento por Reuma en CS	369	43,7
Seguimiento por MAP	341	40,4
Alta	61	7,2
PIC Reuma en hospital	32	3,8
PIC Trauma	24	2,8
PIC Rehabilitación	7	0,8
PIC Fisioterapia	6	0,7
PIC Otra especialidad	4	0,4
Total	844	100,0
Edad media (DE) mediana [RI]	64,1 (16,6)	54 [66-77]
Número de consultas	4,0 (5,8)	1 [1-4]

CS: centro de salud; DE: desviación estándar; MAP: médico de Atención Primaria; PIC: parte de interconsulta; RI: rango intercuartílico.

computarizada (13; 1,8%). Las entidades más frecuentemente abordadas en la consultoría reumatológica (ordenadas por frecuencia decreciente) fueron las siguientes: a) osteoporosis (166 consultas; 19,6%), b) artritis reumatoide y otras artropatías inflamatorias (159; 18,8%), c) hernia discal cervical/lumbar (106; 12,5%), d) polimialgia reumática (100; 11,8%), e) reumatismo de partes blandas (83; 9,8%), f) artrosis periférica (74; 8,8%), g) artrosis de la columna vertebral (28; 3,3%) y h) síndrome del túnel carpiano (18; 2,1%). La fibromialgia fue motivo de atención en 6 ocasiones (0,7%).

En lo que respecta al destino y curso asistencial del enfermo reumático tras ser revaluado conjuntamente por el RCI y el MAP en el CS (tabla 1), la mayoría de los sujetos fueron destinados a seguimiento por MAP (341 individuos; 40,4%) o por el RCI en el propio CS (369 pacientes; 43,7%). A 61 pacientes (7,2%) se les dio el alta de seguimiento médico y solo en 63 ocasiones se derivó a los sujetos a consulta hospitalaria (32 a reumatología, 24 a traumatología y 7 a rehabilitación).

La tabla 2 muestra, según modelo ajustado multivariante, el riesgo del enfermo reumático atendido por el RCI de continuar su seguimiento con el MAP (variable de referencia) frente al resto de los destinos analizados. Los sujetos con artritis reumatoide y otras artropatías inflamatorias y polimialgia reumática tienen menor probabilidad de continuar su seguimiento exclusivo con el MAP tras ser evaluados por el RIC, con OR de 0,03 (IC 95%: 0,00-0,24); 0,36 (IC 95%: 0,16-0,80) y 0,19 (IC 95%: 0,06-0,64), respectivamente. Lo mismo sucede cuando la consultoría *in situ* del CS es para pedir pruebas o hacer seguimiento de paciente crónico. Desde la perspectiva del tipo de prueba solicitada, cuando se indicaba un estudio neurofisiológico disminuía de forma significativa la probabilidad de que el sujeto siguiera siendo atendido por su MAP.

La investigación sobre el riesgo (OR) del paciente de continuar su seguimiento asistencial en el propio CS con su MAP habitual frente a su paso a ser atendido por la especialidad de reumatología (RIC o consulta hospitalaria) se expone en la tabla 3. Se confirma en este análisis multivariante ajustado que los pacientes de mayor edad, con enfermedad inflamatoria articular, con trastornos crónicos, que precisan pruebas de difícil interpretación o con tratamientos especiales son los que más probabilidades tienen de precisar seguimiento por la atención especializada reumatológica.

Por último, si analizamos (tabla 4) el riesgo de que el paciente atendido en el dispositivo siguiera su curso asistencial en la especialidad de reumatología (frente al resto de las opciones analizadas, tanto en la consultoría *in situ* como en el ámbito hospitalario) el perfil de paciente con menos opciones es el que tenía artrosis, reumatismo de partes blandas o hernia discal cervical, con OR de 0,13 (IC 95%: 0,02-0,67); 0,06 (IC 95%: 0,01-0,45) y 0,13 (IC 95%: 0,02-0,66), respectivamente.

## Discusión

La implantación del dispositivo de consultoría reumatológica *in situ* en un CS permite, en nuestro caso, resolver en este nivel asistencial más del 90% de la enfermedad reumatológica atendida. Demostramos en este estudio que la RCI resulta especialmente útil para el cuidado en el CS y por el MAP de sujetos con artrosis, reumatismos de partes blandas y enfermedad discal cervical. Además, como dato particular de nuestra experiencia, detectamos un valor añadido al facilitar y agilizar el cuidado por atención especializada (incluso en el propio CS por el RCI) de pacientes con artritis reumatoide, otras artropatías inflamatorias o polimialgia reumática. También resultó útil para la petición de determinadas pruebas complementarias para el diagnóstico cuya solicitud está vedada en nuestra área de salud a los MAP.

La existencia de este instrumento de atención sanitaria añade a las anteriores ventajas la reducción del impacto asistencial sobre la esfera hospitalaria y una mayor comodidad para los pacientes reumáticos, aquejados de discapacidad y dificultad de desplazamiento. Además, aunque no ha sido analizado en el presente estudio, el dispositivo mejora la continuidad asistencial y coordinación entre niveles y contribuye a la actualización y formación médica continuada en las dolencias médicas del aparato locomotor. Al mismo tiempo, se establece un *feed-back* muy enriquecedor al potenciar las fortalezas propias de las 2 especialidades, medicina de familia y reumatología.

Son muchos los autores<sup>4-7</sup> que avalan la utilidad de este dispositivo asistencial que validamos con el presente estudio. Para ellos, además de las ventajas ya mencionadas se deberían añadir otras, entre las que se incluyen: incentivar el trabajo en equipo, aumentar la resolución de la intervención del especialista en su primera consulta con el paciente, evitar pruebas y tratamientos innecesarios y ayudar a identificar desde muy pronto al sujeto que requiere una consulta rápida con atención especializada.

**Tabla 2**

Riesgo (*odds ratio*) del enfermo reumático atendido en la consultoría del centro de salud de continuar su seguimiento por el médico de Atención Primaria frente al resto de destinos asistenciales (modelo ajustado multivariante)

	OR	IC 95%	p
<i>Sexo</i>			
Mujer (ref. hombre)	1,58	(1,03-2,41)	0,036
Edad	0,98	(0,97-0,99)	0,003
<i>Diagnóstico (referencia artrosis periférica)</i>			
Artrosis de columna vertebral	1,31	(0,46-3,71)	0,616
Reumatismo de partes blandas	0,99	(0,43-2,30)	0,984
Hernia/dolencia discal cervical	0,85	(0,23-3,16)	0,808
Hernia/ dolencia discal lumbar	0,83	(0,36-1,92)	0,667
Síndrome del túnel del carpo	0,16	(0,02-1,13)	0,066
Artritis reumatoide	0,03	(0,00-0,24)	0,001
Otras artropatías inflamatorias	0,36	(0,16-0,80)	0,012
Polimialgia reumática/arteritis temporal	0,19	(0,06-0,64)	0,007
Osteoporosis	0,76	(0,37-1,58)	0,466
Fibromialgia	1,07	(0,16-7,07)	0,946
<i>Tipo de consulta (referencia consulta diagnóstica)</i>			
Tratamiento del paciente	0,65	(0,36-1,17)	0,150
Infiltración	1,39	(0,59-3,27)	0,454
Petición de pruebas	3,12	(1,47-6,61)	0,003
Paciente crónico	0,16	(0,07-0,34)	<0,001
<i>Pruebas (referencia radiografía simple)</i>			
Densitometría ósea	0,75	(0,25-2,22)	0,602
Resonancia magnética	1,04	(0,42-2,58)	0,941
Tomografía computarizada	4,60	(0,91-23,36)	0,066
Electromiograma	5,65	(1,02-31,15)	0,047

**Tabla 3**

Riesgo (*odds ratio*) del enfermo reumático atendido en la consultoría del centro de salud de continuar su seguimiento por el médico de Atención Primaria frente al de seguimiento en la especialidad de Reumatología (modelo ajustado multivariante)

	OR	IC 95%	p
<i>Sexo</i>			
Mujer (referencia hombre)	1,53	(0,92-2,54)	0,100
Edad	0,98	(0,96-1,00)	0,010
<i>Diagnóstico (referencia artrosis periférica)</i>			
Artrosis de columna vertebral	1,20	(0,35-4,15)	0,778
Reumatismo de partes blandas	2,94	(0,96-8,98)	0,059
Hernia/ dolencia discal cervical	4,34	(0,43-43,79)	0,213
Hernia/ dolencia discal lumbar	1,50	(0,53-4,24)	0,447
Síndrome del túnel del carpo	0,26	(0,04-1,86)	0,179
Artirris reumatoide	0,02	(0,00-0,16)	0,000
Otras artropatías inflamatorias	0,32	(0,13-0,78)	0,012
Polimialgia reumática/arteritis temporal	0,14	(0,04-0,48)	0,002
Osteoporosis	0,59	(0,26-1,33)	0,206
Fibromialgia	0,64	(0,09-4,69)	0,660
Otros	1,22	(0,46-3,24)	0,690
<i>Tipo de consulta (referencia consulta diagnóstica)</i>			
Tratamiento del paciente	0,37	(0,18-0,73)	0,005
Infiltración	1,13	(0,33-3,84)	0,846
Petición de pruebas	3,37	(1,40-8,09)	0,007
Paciente crónico	0,08	(0,04-0,20)	0,000
<i>Pruebas (referencia radiografía simple)</i>			
Densitometría ósea	1,00	(0,29-3,48)	1,000
Resonancia magnética	0,99	(0,35-2,85)	0,992
Tomografía computarizada	3,15	(0,55-18,13)	0,199
Electromiograma	3,55	(0,58-21,81)	0,171

A pesar de los múltiples esfuerzos realizados<sup>8,9</sup> nuestro sistema de salud adolece de un distanciamiento entre niveles asistenciales que entorpece y demora el acceso del paciente con enfermedad reumática a la atención especializada, especialmente en los casos de enfermedad inflamatoria o sistémica, o con necesidad de acceso a pruebas tecnológicas sofisticadas o tratamientos complejos. Se han propuesto múltiples soluciones<sup>10-12</sup>, incluyendo consultas de diagnóstico rápido, unidades de conexión y otras muchas experiencias, la mayoría de las cuales se ejecutan en el ámbito hospitalario. Son raras las experiencias como la actual, en la que un mismo especialista «senior» se desplaza de forma habitual, continua en el tiempo y con un modelo rodado y perfeccionado, al mismo CS donde, a

su vez, existe un equipo de MAP estable. Es indudable que estos 2 factores humanos ayudan al éxito de la experiencia, haciéndola, como se demuestra, eficiente y con un alto grado de satisfacción por pacientes (alto en el 20% y muy alto en el 80%, según estudio previo no publicado).

Esteban Giner et al.<sup>13</sup> analizaron la eficacia a un año de una consulta de conexión entre medicina interna y Atención Primaria, en el área de Alcoy (Alicante) y demostraron un bajo consumo de recursos con una importante reducción de derivaciones, sin encajecimiento (como también sucede con nuestra experiencia) para el sistema, ya que en ambos casos hemos aprovechado los recursos de personal y materiales preexistentes, lo que supone incremen-

**Tabla 4**

Riesgo (*odds ratio*) del enfermo reumático atendido en la consultoría del centro de salud de continuar su seguimiento en la especialidad de Reumatología frente al resto de destinos asistenciales analizados (modelo ajustado multivariante)

	OR	IC 95%	p
<i>Sexo</i>			
Mujer (referencia. hombre)	1,55	(0,82-2,93)	0,177
Edad	0,98	(0,96-1,00)	0,036
<i>Diagnóstico (referencia artrosis periférica)</i>			
Artrosis de columna vertebral	0,13	(0,02-0,67)	0,015
Reumatismo de partes blandas	0,06	(0,01-0,45)	0,006
Hernia/ dolencia discal cervical	0,13	(0,02-0,66)	0,014
Hernia/ dolencia discal lumbar	1,00		
Síndrome del túnel del carpo	0,32	(0,05-1,96)	0,217
Artritis reumatoide	0,27	(0,05-1,37)	0,113
Otras artropatías inflamatorias	2,07	(0,17-24,99)	0,566
Polimialgia reumática	1,30	(0,19-9,11)	0,792
Osteoporosis	1,00		
Fibromialgia	0,21	(0,04-1,04)	0,056
<i>Tipo de consulta (referencia consulta diagnóstica)</i>			
Tratamiento del paciente	2,12	(0,76-5,93)	0,152
Infiltración	3,59	(0,86-14,95)	0,079
Petición de pruebas	2,70	(0,74-9,79)	0,131
Paciente crónico	2,63	(0,90-7,70)	0,079
Informes	1,00		
No consta	1,00		
<i>Pruebas (referencia radiografía simple)</i>			
Densitometría ósea	0,98	(0,11-8,39)	0,986
Resonancia magnética	0,85	(0,22-3,26)	0,818
Tomografía computarizada	1,00		
Electromiograma	1,00		
Ninguna	0,66	(0,22-2,00)	0,464

tar la eficiencia del modelo. El perfil de paciente que se beneficiaba de estas consultas de conexión coincide en muchos aspectos con el de nuestro estudio: pluripatológico, plurimedicado, con gran diversidad y heterogeneidad de motivos de consulta, exploraciones complementarias que evaluar y diagnóstico. Otros autores<sup>14</sup> demuestran con un mecanismo de atención de consultoría ser capaces de resolver en una única visita el 40% de las consultas solicitadas por MAP.

Trujillo y su equipo<sup>15</sup> han estudiado la rentabilidad de una unidad consultora de reumatología-Atención Primaria. Solo el 3,2% de los pacientes atendidos fue remitido al servicio hospitalario de reumatología. La artrosis, los reumatismos de partes blandas y las raquialgias encabezan los diagnósticos más frecuentes. Según los datos de este grupo, los nuevos casos diagnosticados de artropatía inflamatoria son menos frecuentes.

Otro grupo español<sup>16</sup> estudió la idoneidad de las interconsultas dirigidas desde Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias analizando sus características desde el punto de vista de las 2 partes implicadas. En concreto, investigaron a 225 pacientes seleccionados aleatoriamente. Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que un alto porcentaje de consultas realizadas desde Atención Primaria a las especialidades médicas del hospital son consideradas no adecuadas o innecesarias: del 26% cuando se exigía el acuerdo de los 4 observadores y del 37% cuando solo se requería que coincidieran 3 de los 4 investigadores. La racionalización del sistema sanitario debería permitir el diagnóstico y tratamiento del paciente según su necesidad en el nivel asistencial más idóneo, evitando el uso no adecuado de otros servicios.

Acercar al médico especialista reumatólogo al MAP y facilitar el acceso del paciente reumático al especialista en el medio extrahospitalario evita, como se aprecia en el presente estudio, derivaciones inadecuadas a otras especialidades del aparato locomotor. Nuestro análisis es retrospectivo y se podría haber completado con el estudio en paralelo del comportamiento y de las tasas de derivación de los pacientes reumáticos en otros CS de nuestra área sin la figura del RCI, para comparar los resultados obtenidos con ambos diseños de asistencia. Otros trabajos similares al que presentamos confirman, no obstante, nuestros hallazgos<sup>17,18</sup>.

Una investigación llevada a cabo en 1998<sup>19</sup> en una consulta ambulatoria de traumatología demostró que solo a un 36,1% de los individuos atendidos se les diagnosticó una enfermedad ortopédica o traumatológica; el resto correspondieron a enfermedades reumatológicas. Asimismo, estudios realizados en otros países<sup>20</sup> demuestran una reducción muy significativa de costes cuando el especialista no quirúrgico es el que asume, junto con el MAP, la valoración inicial de la enfermedad osteomuscular.

Concluimos, tras nuestro análisis pormenorizado, que estructuras como la que presentamos de consultoría reumatológica *in situ* permiten dar respuesta, en el nivel correcto de atención, a un elevado porcentaje de pacientes reumáticos. Pensamos que la generalización de este modelo en la especialidad de reumatología mejoraría el funcionamiento y la organización de la asistencia y reduciría las derivaciones innecesarias y las listas de espera, por tratarse de una experiencia apropiada, eficaz y eficiente aplicable en múltiples áreas sanitarias de nuestro país.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Sauer JL St, Warner DO, Yawn BP, Jacobson DJ, McGree ME, Pankratz JJ, et al. Why do patients visit their doctors? Assessing the most prevalent conditions in a defined US population. *Mayo Clin Proc.* 2013;88:56–67.
2. Zambrana JL. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. *Med Clin (Barc).* 2004;123:257–9.
3. Fustero MV, García-Mata JR, Junod B, Bårçena M. ¿Funciona el flujo de información entre los niveles primario y especializado? Análisis de la continuidad asistencial en un área de salud. *Rev Calid Asist.* 2001;16:247–52.
4. Roig D. La consulta reumatológica extrahospitalaria. *Rev Esp Reumatol.* 2001;28:1–3.
5. Benito P. La reumatología en la asistencia primaria: de la nada a la confusión. *Rev Esp Reumatol.* 1996;11:219–24.
6. 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.
7. Vidal J, Tornero J, González P, Ramírez R, López A. Medicina de Familia y pacientes reumáticos: mejora de la calidad asistencial. *Rev Esp Reumatol.* 1999;19:242.
8. 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.
9. Comité de Expertos. Plan estratégico de la Sociedad Española de Reumatología. *Rev Esp Reumatol*. 1999;26:347–54.
  10. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;4:CD005471.
  11. Tejera Segura B, Bustabad S. Una nueva forma de comunicación entre reumatología y atención primaria: la consulta virtual. *Reumatol Clín*. 2016;12:11–4.
  12. Cerdán MT, Sanz R, Martínez C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria*. 2005;35:283–7.
  13. Esteban Giner MJ, Giner Galván JL, Prats Hernández JL, Llopis Martínez F, Cortés, Pérez PJ, et al. Aportación al continuo asistencial de una consulta de conexión con atención primaria coordinada con internistas. *Semergen*. 2013;39:361–9.
  14. Grupo para la Asistencia Médica Integrada Continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:46–52.
  15. Trujillo E, Joyanes MI, Fuentes E, Fraga E, Campelod E, Pastore M, et al. 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. *Rev Esp Reumatol*. 2003;30:49–56.
  16. García Paísa MJ, Rigueiro Veloso MT, Rodríguez Ledo P, Rodríguez Fernández C, Muriel A, Abraira V, et al. Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria especialidades médicas hospitalarias. *Semergen*. 2006;32:376–81.
  17. Fernández-Fernández C, Llobera J, Cepeda M, Oliver T, Sobrino E, Jover A, et al. Coordinación entre médicos de familia y el cardiólogo de referencia: resultados de las interconsultas en el centro de salud. *Med Balear*. 2018;33:31–4.
  18. Molina V, Naranjo A, Rodríguez C, Castro R. Análisis del impacto asistencial y docente del consultor reumatólogo en la derivación desde un centro de salud; experiencia de 5 años. *Reumatol Clín*. 2018;14(Espec Cong):185.
  19. 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.
  20. Overman SS, Kent DL, Uslan 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.