Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Análisis comparativo de las consultas externas de reumatología y cirugía ortopédica-traumatología en un área sanitaria gallega

Norberto Gómez Rodríguez, Jesús Ibáñez Ruán, Yolanda Penelas-Cortés Bellas[a] y Tomás García Ferreiro[b]

Servicios de Reumatología y [a]Documentación Clínica. [b]Unidad de Calidad. Centro Médico POVISA. Vigo. Pontevedra.

Objetivo: Analizar comparativamente las características de las consultas externas de los servicios de reumatología (REU) y cirugía ortopédica-traumatología (COT) dentro de un área sanitaria.
Pacientes y métodos: POVISA es el centro de referencia de un sector de población del Servicio Gallego de Salud (SERGAS) de 127.000 habitantes. El servicio de documentación clínica revisó retrospectivamente las historias de los enfermos adultos (edad > 14 años) atendidos por primera vez en las consultas externas de COT y REU desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 1999, registrando el origen de la derivación (atención primaria, atención especializada o servicio de urgencias), los procedimientos quirúrgico-instrumentales requeridos y codificando los diagnósticos consignados por el especialista (reumatólogo o traumatólogo).
Resultados: Se atendieron un total de 1.983 pacientes, 1.403 (70,7%) en COT y 580 (29,3%) en REU, en su mayoría derivados desde atención primaria (92% en REU; 95% en COT). Hubo un claro predominio femenino en ambas especialidades: COT (60%), REU (77%).
Se constataron uno o más diagnósticos en 496 (85,5%) de los pacientes de REU frente a 901 (64,2%) de los enfermos atendidos en COT, siendo el promedio de diagnósticos por paciente de 1,4 (REU) frente a 0,6 (COT) ($p < 0,0001$). Las artrosis (COT: 28,6%; REU: 63,3%) y los reumatismos de partes blandas (COT: 27,9 %; REU: 26,2%) fueron los procesos más frecuentes, seguidos de las enfermedades del disco intervertebral y las anomalías biomecánicas de la columna: 21,5% (REU) y 8% (COT). Los traumatismos fueron registrados como causa de consulta en 81/1.403 casos (5,8%) y en 169/1.403 (12,9%) fue preciso algún procedimiento instrumental o quirúrgico. De los 50 enfermos derivados desde urgencias a COT, se diagnosticó artrosis o reumatismos de partes blandas en 19 (38%). En REU se recogieron procesos reumáticos inflamatorios en 54/496 pacientes (10,9%).
Conclusiones: Existe una notable superposición asistencial entre los servicios de REU y COT. Para ambos, las enfermedades médicas del aparato locomotor, sobre todo artrosis y reumatismos de partes blandas, constituyen el principal motivo de consulta. El superior rendimiento diagnóstico observado en REU puede explicarse por las características de la especialidad, más afines con estos procesos. La asistencia en las enfermedades del aparato locomotor no parece adecuadamente estructurada; se precisa una mayor presencia de reumatólogos y la aplicación de protocolos de derivación que permitan optimizar y complementar la actividad de COT y REU.

Palabras clave: Asistencia reumatológica. Aparato locomotor. Consulta externa.

Correspondencia: Dr. N. Gómez Rodríguez.
Unidad de Reumatología. Centro Médico POVISA.
36211 Vigo. Pontevedra.

Manuscrito recibido el 4-7-2000 y aceptado el 22-1-2001.

Rev Esp Reumatol 2001; 28: 52-56

Comparative analysis of the out patient consultories of rheumatology and orthopedic surgery-traumatology in a Gallician health care area

Objective: To compare the characteristics of the out patient clinics of rheumatology (RHE) and orthopedic surgery/traumatology (OST) within the health care are of Gallician, Spain.
Patients and methods: POVISA is a reference center for a sector of the population of the Gallician healthcare department (SERGAS) of 127,000 inhabitants. The Department of Clinical Records retrospectively reviewed the clinical histories of the adult patients (> 14 years) attended for the first time in the OST and RHE out patient clinics from January 1 to March 31, 1999, reporting the origin of reference (primary health care, specialized care or emergency department), the surgical-instrumental procedures required and encoding the diagnoses assigned by the specialist (rheumatologist or traumatologist).

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Results. A total of 1,983 patients were attended, 1,403 (70.7%) in OST and 580 (29.3%) in RHE, most of whom had been referred from primary health care (92% RHE; 95% OST). A clear female predominance was observed in both specialities: OST (60%), RHE (77%). One or more diagnoses were reported in 496 (85.5%) of the RHE patients versus 901 (64.2%) of the patients attended in the OST, with a mean value of diagnoses per patient of 1.4 (RHE) vs 0.6 (OST) ($p < 0.0001$). Athrosis (OST: 28.6%), RHE 63.3%) and soft tissue rheumatisms (OST: 27.9%; RHE 26.2%) were the most frequent processes observed followed by intervertebral disk diseases and biomechanical anomalies of the spine: 21.5% (RHE) and 8% (OST). Traumatisms were reported as the cause for consultation in 81/1403 cases (5.8%) and in 169/1403 (12.9%) some instrumental or surgical procedure was required. Of the 50 patients referred from the emergency department of OST athrosis or soft tissue rheumatism were diagnosed in 19 (38%). In RHE inflammatory rheumatic processes were reported in 54/496 patients (10.9%).
Conclusions. The is notable health care overlapping between the departments of RHE and OST. For both departments the main reassons for referrence were diseases of the locomotor apparatus, particularly athrosis and soft tissue rheumatisms. The superior diagnostic performance observed in RHE may be explained by the characteristics of the speciality with is more related to these processes. The health care of the diseases of the locomotor apparatus does not appear to be adequately structured with greater presence of rheumatoloists and the application of reference protocols being required which allow optimization and complementation of the OST and RHE activity.

Key words: Rheumatology department. Locomotor apparatus. Out patient clinic.

Introducción

El objeto de la reumatología es el conjunto de enfermedades médicas, no traumáticas, del aparato locomotor y del tejido conjuntivo[1]. Su prevalencia en la población adulta es elevada (> 25%), constituyendo la primera causa de incapacidad laboral permanente y uno de los principales motivos de baja laboral[2-4], hechos que explican su alto coste económico[4-8].
En nuestra área sanitaria, la atención especializada del aparato locomotor incumbe mayoritariamente a los servicios de cirugía ortopédica-traumatología (COT) y de reumatología (REU), a los que puede derivarse pacientes desde atención primaria o especializada mediante la correspondiente hoja de consulta, así como desde urgencias (interconsulta directa o derivación preferente). Aunque disponemos de información sobre el espectro clínico de la consulta de reumatología en algunas áreas españolas[9-12], sobre la presión de las enfermedades reumáticas en urgencias[13] y sobre la demanda generada desde otras especialidades[14], en nuestro sector sanitario los datos son limitados.
En la práctica diaria visitamos a pacientes que, en un principio, habían sido enviados a otros servicios por el mismo proceso que motiva la consulta, lo que indica una heterogeneidad en los criterios de derivación. En un reciente artículo de Rúa-Figueroa et al[15], se hacía referencia a la escasa información disponible sobre la proporción de enfermedades reumáticas en una consulta de COT, aun cuando podría suponer más de la mitad de la actividad[16].
En Galicia no conocemos ningún estudio comparativo sobre la demanda asistencial por procesos del aparato locomotor entre REU y COT, lo que nos ha llevado a estudiar aspectos cuantitativos y cualitativos de la asistencia de los procesos del aparato locomotor dentro de nuestra área de influencia.

Material y métodos

POVISA es un centro concertado por el Servicio Gallego de Salud (SERGAS) para la atención, excepto obstetricia y pediatría, de una población de 127.000 habitantes. Todas las historias clínicas se custodian en el servicio de documentación clínica, donde se codifican conforme a la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (CIE-9-CM) los procesos que hayan requerido ingreso o cirugía.
El servicio de documentación clínica revisó retrospectivamente las historias de los enfermos adultos (edad > 14 años) atendidos por primera vez en las consultas externas de COT (16 facultativos) y REU (2 facultativos) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 1999, registrando el origen de la derivación (atención primaria, atención especializada o servicio de urgencias), los procedimientos quirúrgico-instrumentales requeridos y codificando todos los diagnósticos consignados por el especialista (reumatólogo o traumatólogo) en la historia clínica y/o en el informe médico, cuando éste fue realizado. Es importante reseñar que se codificaron todos los diagnósticos especificados, no sólo el que motivó la consulta; sin embargo, no se consideró diagnóstico la simple consignación de los síntomas referidos por el paciente o su localización. Así, las notaciones «cervicalgia», «lumbalgia» o «gonalgias», en sí mismas, no fueron incluidas como diagnóstico. Para la codificación se aplicó un sistema similar al reseñado por Gumà et al[17], basado en la nomenclatura del American College of Rheumatology[18].
Se excluyeron los enfermos procedentes de compañías privadas de seguros y los remitidos desde

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

TABLA 1. Distribución de las derivaciones a reumatología y cirugía ortopédica-traumatología según su origen

Origen	Traumatología Pacientes (%)	Reumatología Pacientes (%)	Totales Pacientes (%)	Significación estadística (test χ^2)
Atención primaria	1.332 (95)	532 (91,7)	1,864 (94)	NS
Atención especializada	21(1,5)	33 (5,7)	54 (2,7)	p < 0,001
Urgencias	50 (3,5)	15 (2,6)	65 (3,3)	NS
Totales	1.403 (100)	580 (100)	1.983 (100)	NS

NS: no significativo.

TABLA 2. Diagnósticos durante el primer trimestre de 1999 en los servicios de cirugía-ortopédica-traumatología (COT) y reumatología (REU)

	COT (n = 1.403) (%)	REU (n = 580) (%)	Significación estadística (test χ^2)
Pacientes con uno o más diagnósticos[a]	901 (64,2)	496 (85,5)	p < 0,001
Conectivopatías	3 (0,3)	31 (6,3)	p < 0,0001
Vasculitis	0	5 (1)	p < 0,0001
Espondiloartritis	3 (0,3)	6 (1,2)	p < 0,001
Artropatías por depósito de cristales y asociadas a trastornos metabólicos	4 (0,4)	8 (1,6)	p < 0,0001
Artritis relacionada con infección	22 (2,4)	4 (0,8)	p < 0,01
Artrosis	258 (28,6)	314 (63,3)	p < 0,0001
Tumores óseos y articulares	6 (0,7)	2 (0,4)	NS
Reumatismos de partes blandas	252 (27,9)	130 (26,2)	NS
Enfermedades neurológicas[b] y vasculares	62 (6,9)	50 (10)	NS
Trastornos biomecánicos de la columna vertebral	72 (8)	85 (21,5)	p < 0,001
Enfermedades óseas y del cartílago	68 (7,5)	53 (10,7)	NS
Miscelánea	12 (1,3)	5 (1)	NS
Procesos no reumáticos	83 (9,2)	14 (2,8)	NS

[a]Todos los porcentajes de los 13 grupos de enfermedades están calculados tras excluir a los pacientes sin diagnóstico específico. Por la coexistencia de varios procesos en un mismo enfermo la suma de los porcentajes supera el 100%. NS: no significativo; [b]artropatía neuropática, síndromes de compresión, distrofia refleja, enfermedad de Raynaud, síndromes parkinsonianos y otros.

otras áreas sanitarias. Los resultados fueron analizados con el programa SPSS versión 6.1.3 mediante la aplicación de la tabla de contingencia 2 × 2. Se utilizó la prueba de la χ^2 corregida por continuidad (n > 40).

Resultados

Entre REU y COT, durante el primer trimestre de 1999, se efectuaron 4.290 primeras consultas, de las que 1.983 fueron pacientes del SERGAS, 1.403 (70,7%) fueron atendidos en COT y 580 (29,3%) en REU, derivados mayoritariamente desde atención primaria (COT 94,7%; REU 91,7%). Las interconsultas desde atención especializada tuvieron una repercusión escasa en la actividad de los servicios estudiados, pese a lo que fueron significativamente más frecuentes hacia REU (33/580; 5,7%) que hacia COT (13/1.403; 0,9%) (p < 0,0001) (tabla 1).

Las tasas estimadas de derivación mensual de enfermos por cada médico de atención primaria hacia REU y COT fueron, respectivamente, 5,9 y 14,8.

El predominio femenino fue más acusado en REU (77% frente a 60%). Se constataron uno o más diagnósticos en 496 (85,5%) de los pacientes de REU frente a 901 (64,2%) de los enfermos atendidos en COT, siendo el promedio de diagnósticos por paciente de 1,4 (REU) frente a 0,6 (COT) (p < 0,0001). Las artrosis (COT 28,6%; REU 63,3%) y los reumatismos de partes blandas (COT 27,9%; REU 26,2%) fueron los procesos más prevalentes, seguidos de las enfermedades del disco intervertebral y las anomalías biomecánicas de la columna: 21,5% (REU) y 8% (COT). De los 26 procesos infecciosos (osteomielitis, artritis, bursitis y otras infecciones de partes blandas) en COT se atendieron 22 (84,6%). En la tabla 2 se resumen los datos comparativos entre los grupos diagnósticos de REU y COT.

Los traumatismos fueron registrados como causa de consulta en 81/1.403 casos (5,8%) y en 169/1.403 (12,9%) fue preciso algún procedimiento instrumental o quirúrgico. De los 50 enfermos derivados desde urgencias a COT, se diagnosticó artrosis o reumatismos de partes blandas en 19 (38%). En REU se recogieron procesos reumáticos inflamatorios en 54/496 pacientes (10,9%).

De los 15 pacientes remitidos desde urgencias a REU, sólo dos (13%) sufrían algún tipo de reumatismo inflamatorio local o sistémico, mientras que nueve (60%) presentaban un síndrome fibromiálgi-

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

co, y en 4 (27%) se consideró la sintomatología como secundaria a un proceso artrósico.

Discusión

El período de tiempo analizado, 3 meses, coincide con el de otros estudios[12] y puede considerarse representativo del perfil general de actividad de los servicios de COT y REU en nuestra área sanitaria, aunque somos conscientes de que existe cierto sesgo en la distribución de las diferentes enfermedades, en parte por la variación estacional y, en parte, como consecuencia del tamaño relativamente pequeño de la muestra. Así, las conclusiones obtenidas a partir de los pacientes remitidos desde urgencias a los servicios estudiados, en total 75, deben evaluarse con especial cuidado, ya que representan sólo el 2,3% en REU y el 3,5% en COT.

La ausencia de datos epidemiológicos precisos sobre las enfermedades reumáticas en Galicia dificulta el cálculo de la demanda previsible para un sector de población concreto. Las estimaciones realizadas por la Comisión Técnica de Reumatología del País Vasco sobre la tasa de derivación desde atención primaria hacia reumatología (1,8-2,2 enfermos/médico de cabecera/semana) no están lejos de las obtenidas en nuestra área sanitaria (1,5). Ahora bien, con los datos obtenidos y teniendo en cuenta que casi el 87% de las consultas de COT fueron motivadas por enfermedades médicas del aparato locomotor que no requirieron instrumentación o cirugía, dicha tasa se triplicaría. La presión relativa desde atención primaria hacia REU (92%) excedió notablemente a lo registrado en otros centros, como el Hospital Universitario Germans Trias i Pujol[14] (36,7%). En ese mismo hospital el porcentaje de derivaciones a REU desde urgencias cuadruplicó el registrado en nuestro centro (2,6%). Esta situación puede explicarse por la confluencia de varios factores. Por un lado, la mayoría de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias no han sido evaluados por su médico de cabecera y no presentan procesos que puedan considerarse graves, incluyendo gran parte de los que tienen dolencias del aparato locomotor, cuya presión se ha estimado en un 9-11%[13,14,19]. Por otra parte, la asistencia en el servicio de urgencias corre fundamentalmente a cargo de médicos generales, quienes no siempre disponen de suficiente formación respecto a las enfermedades del aparato locomotor, situación que empeora en el contexto de la elevada presión asistencial del servicio y de las dificultades para recabar la presencia física *in situ* del reumatólogo, en gran medida porque el programa de trabajo en la policlínica exterior de reumatología está saturado. Una vez atendidos en urgencias, muchos de estos pacientes son remitidos de nuevo hacia atención primaria y, a su vez, desde allí son derivados en forma de «consulta preferente» hacia REU o COT. La masificación de la atención primaria y la ausencia de un protocolo de derivación consensuado son otros factores que contribuirían a la elevada presión generada desde este ámbito asistencial. A igual que otros autores, opinamos que la disponibilidad de reumatólogos en el servicio de urgencias, presentes o localizados, mejoraría la calidad asistencial[19-21]. La descongestión de las consultas externas programadas también podría permitir la evaluación de las urgencias reumatológicas que fuesen surgiendo a lo largo de la jornada laboral y cuya frecuencia ha sido recientemente resaltada[22]. A pesar de su escasa representación, las interconsultas desde atención especializada fueron significativamente más frecuentes en REU (5,7% frente a 0,9%).

El predominio femenino es casi constante en las consultas de reumatología, con algunas oscilaciones de magnitud según el área y el origen de la derivación[12,14,16,17,19], aunque entre nuestros enfermos (77%) fue superior al registrado en otras series nacionales[12,14,16].

El número de diagnósticos por cada paciente en REU (1,4) fue significativamente superior al de COT (0,6) ($p < 0,0001$) y, a nuestro juicio, pone de manifiesto la mayor adecuación entre la formación reumatológica y las enfermedades médicas del aparato locomotor.

Nos ha llamado la atención que los traumatismos sólo supusieron el 5,8% de las primeras consultas en COT y que, además, únicamente el 12,9% de los pacientes fueron susceptibles de instrumentación o cirugía en algún momento del proceso. Con seguridad, este porcentaje se incrementaría si se hubiesen incluido las compañías aseguradoras privadas; sin embargo, en el ámbito al que se ha ceñido nuestro estudio, el tipo de problemas refleja la disociación entre las características de la especialidad de COT, que debe abordar en su práctica diaria. Así, también en una reciente comunicación se recogía que más del 65% de las consultas de COT correspondía a enfermedades reumáticas no susceptibles de instrumentación o cirugía[23] .

En el espectro clínico de la consulta de REU, el notable predominio de la artrosis y de los reumatismos de partes blandas con exigua participación de los reumatismos inflamatorios (10,9%) coincidió con lo reseñado en otras series de la bibliografía[3,9,12,15]. El tercer motivo de consulta fueron los problemas biomecánicos del raquis, representados por la escoliosis, la cifosis, la espondilolistesis, la estenosis del canal lumbar y la hernia discal. No hemos podido esclarecer el motivo por el que este tipo de procesos fue más frecuente entre los pacientes remitidos a REU (21,5%) que entre los derivados a COT (8%); sin embargo, creemos que existe una distorsión inducida por el alto porcentaje de casos en los que no se constató ningún diagnóstico específico en la historia de COT (35,8%).

Documento descargado de http://www.elsevier.es el 23/05/2013. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Como se ha reseñado en el apartado de «Material y métodos», no consideramos un objetivo de nuestro trabajo estudiar el consumo de recursos humanos y económicos que las enfermedades del aparato locomotor ocasionan en nuestra área.

El hecho de que, en nuestro ámbito, más de las dos terceras partes de los procesos atendidos en COT esté representado por enfermedades reumáticas implica una amplia superposición asistencial entre ambos servicios. En buena medida, esto puede explicarse porque continúa sin conocerse bien el papel del reumatólogo como especialista de las enfermedades médicas del aparato locomotor, lo que puede generalizarse incluso entre el personal sanitario[24]. También contribuye a esta incoherente situación la ausencia de protocolos de derivación consensuados, tanto para atención primaria como especializada, la práctica ausencia de reumatólogos en los centros de salud y las dificultades para el acceso de los enfermos a la atención reumatológica. En consonancia con lo ya reseñado por otros autores, consideramos necesaria tanto una mayor presencia de reumatólogos en atención primaria[25,26] como una mejor coordinación entre los médicos generales, reumatólogos y cirujanos ortopédicos-traumatólogos para conseguir una asistencia coherente y de calidad a las enfermedades del aparato locomotor. Los protocolos de derivación, las guías de práctica clínica y la creación de unidades de aparato locomotor son líneas a tener en cuenta para resolver la situación actual[27].

Agradecimiento

Deseamos expresar nuestra gratitud a M. Correa, N. Pombal, S. Lamela, M. Carreira, S. Fernández, A. Amigo y a M. González, del Servicio de Documentación Clínica, por su esfuerzo y minuciosidad en la recogida de los datos.

Bibliografía

1. Comité de Estrategias de la Sociedad Española de Reumatología. Reflexiones sobre la realidad de la especialidad y líneas de acción futura. Rev Esp Reumatol 1994; 21: 205-13.
2. Encuesta Nacional de Salud, 1995. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
3. Batlle-Gualda E, Jovani V, Ivorra J, Pascual E. Las enfermedades del aparato locomotor en España. Magnitud y recursos humanos especializados. Rev Esp Reumatol 1998; 25: 91-105.
4. Tornero J, Vidal J. Impacto social y económico de las enfermedades reumáticas: la discapacidad laboral. Rev Esp Reumatol 1999; 26: 347-66.
5. Páez-Camino M, Millán J, Senra A. Incapacidad laboral atribuida a enfermedades reumáticas. Rev Esp Reumatol 1992; 19: 9-11.
6. Fernández-Hermida L, Candelas G, Blanco M, Bañares A, Jover JA. Estimación de costes de incapacidad temporal de origen musculoesquelético en un área asistencial de Madrid. Rev Esp Reumatol 1999; 26: 382-6.
7. Sangha O, Stucki G. Economic impact of rheumatologic disorders. Curr Opin Rheumatol 1997; 9: 102-5.
8. Tornero J, Atance JC, Grupeli BE, Vidal J. Impacto socioeconómico de la incapacidad temporal de origen reumático en la provincia de Guadalajara. Rev Esp Reumatol 1998; 25: 340-5.
9. Cruz A, Miquel I, De Alba C, Quirós J, Cabero F, Crespo M. Análisis de la derivación desde atención primaria a la consulta ambulatoria de reumatología. ¿Qué pacientes debe atender el reumatólogo? Rev Esp Reumatol 1996; 23: 4-8.
10. Collado P, Bañares A, Hernández C, Fernández B, Ramos P, Morado I et al. Asistencia reumatológica intrahospitalaria en un hospital terciario: experiencia de tres años. Rev Esp Reumatol 1996; 23: 116-24.
11. Collado P, Bañares A, Hernández C, Fernández B, Ramos P, Morado I et al. Asistencia reumatológica en una consulta externa de un hospital terciario: experiencia de tres años. Rev Esp Reumatol 1996; 23: 9-16.
12. Espeso MA, Gordo EM, Castillo A. Perfil clínico y diagnóstico de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de Reumatología. Rheuma 1997; 1: 13-8.
13. Hortas C, Castrillo JL. Enfermedades reumáticas en un servicio de urgencias. Rev Esp Reumatol 1995; 22: 346-9.
14. Cruz L, Gutiérrez C, López I, Descarrega R, Juncosa S, Olivé A, Tená X. Análisis de la derivación de pacientes a un servicio hospitalario de reumatología. Rev Esp Reumatol 1995; 22: 311-6.
15. Rúa-Figueroa I, Erausquin C, Naranjo A, Ojeda S, Francisco F, Rodríguez-Lozano C. Reumatología ambulatoria y hospitalaria unificadas: un año de experiencia en estratificación de consultas. Rev Esp Reumatol 1999; 26: 297-303.
16. Martínez-Pardo S, Benito P, Blanch J, Faus S, Duró JC, Gosalves V. Análisis de la observancia de un programa terapéutico reumatológico. Rev Esp Reumatol 1990; 17: 123-6.
17. Gumà M, Olivé A, Susana H, Casado E, Lafont A, Tena X. Un sistema de codificación en reumatología. Experiencia de 15 años. Rev Esp Reumatol 2000; 27: 88-92.
18. Schumacher RH. Classification of rheumatic disease. En: Klippel JH, Dieppe PA, editores. Rheumatology. Londres: Mosby, 1994; 1-4.
19. González CM, Moreno AC, López-Longo FJ, Monteagudo I, Carreño L. Patología reumática en el servicio de urgencias de un hospital general. Estudio prospectivo. Rev Esp Reumatol 1995; 22: 350-3.
20. Ruiz MT, Silvestre A, Nolasco A, Pascual E. Enfermos reumáticos crónicos: ¿Se consideran adecuadamente atendidos por la medicina institucional? Rev Esp Reumatol 1990; 17: 156-9.
21. Muñoz S. El reumatólogo en la guardia. Rev Esp Reumatol 1995; 22: 244-5.
22. González-Crespo MR, Fernández-Dapica MP, Padrino JM, Carreira P, Torres C, Bermell JC et al. Urgencias reumatológicas atendidas en las consultas externas de reumatología. Rev Esp Reumatol 2000; 27: 60.
23. González JA, Noguera JR, Tovar JV, Navarro FJ. ¿Qué patología es atendida en una consulta extrahospitalaria de traumatología? Rev Esp Reumatol 2000; 27: 58.
24. Pastor D, Urios E, Peris J. Grado de conocimiento de las enfermedades reumáticas entre el personal sanitario no facultativo. Rheuma 1999; 3: 15-24.
25. Benito Ruiz P. La reumatología en la asistencia primaria: de la nada a la confusión. Rev Esp Reumatol 1996; 23: 37-9.
26. Alonso A, Andreu JL, Bañares A, Carbonell J, Galdo F, Isasi C et al. Plan estratégico de la Sociedad Española de Reumatología. Rev Esp Reumatol 1999; 26: 247-354.
27. Carbonell J. Coordinación entre especialidades. Boletín SER 1999; 47: 1-2.