

ESPECIALIDAD MÉDICA: REUMATOLOGÍA

Concepto

La definición de Reumatología entraña algunas dificultades, ya que a diferencia de otras especialidades médicas su objeto de estudio no se limita de manera estricta a las enfermedades que afectan a un órgano o sistema, como pueda ser la Cardiología o la Nefrología; tampoco se ocupa de los procesos morbosos agrupados por una etiología común, como es el caso de las Enfermedades Infecciosas o la Oncología. Constituye una forma mixta entre estos dos modelos de especialidades, ya que atiende a las enfermedades que afectan al aparato locomotor en su conjunto, y además a las enfermedades de tejido conectivo.

El término reumatismo deriva del griego “reumatismos”, que hacía referencia a un humor pernicioso que al fluir del cerebro a las articulaciones y otras estructuras, se consideraba que producía dolor. Según descripción de Joseph L Hollander en 1985, la reumatología moderna es la rama de la Medicina Interna que se ocupa del estudio de las enfermedades reumáticas, entendiendo por tales las que producen dolor, inflamación o rigidez localizados en el sistema músculo-esquelético, e incluye en su campo a las enfermedades del tejido conectivoⁱ.

Similar definición, aunque más precisa, ha sido dada por la Comisión Nacional de Reumatología en nuestro país, que la ha definido como “La parte de la Medicina Interna que se ocupa del estudio de las enfermedades del tejido conectivo y de los trastornos médicos del aparato locomotor”ⁱⁱ.

Confluye en el campo del aparato locomotor con la Cirugía Ortopédica; en algunos aspectos concretos tiene áreas de confluencia con las Enfermedades Infecciosas, en el campo de las infecciones óseas y articulares, y con la Neurología, en el campo de la atención de los padecimientos neurológicos del aparato locomotor. El campo de las enfermedades del colágeno, o de otras enfermedades reumáticas que afectan otros sistemas diferentes del músculo-esquelético, o incluso por los efectos indeseables de los fármacos empleados en el tratamiento de estas enfermedades, obliga al reumatólogo a mantener un estrecho contacto, y suficientes conocimientos, de especialidades tales como la Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Hematología, Inmunología, Endocrinología, Oncología, Dermatología, Oftalmología y desde luego de Medicina Interna, que de manera general comprende a todas ellas.

Con el advenimiento de la especialización médica en el primer tercio del siglo XX, el estudio de las enfermedades reumáticas se emprendió desde áreas diferentes,

fundamentalmente desde la Cirugía Ortopédica, la Medicina Física y Rehabilitación, e incluso desde la Hidrología Médica ya que los balnearios han constituido históricamente un procedimiento terapéutico habitual de estas enfermedades.

Sin embargo, hace ya años que en España, y en los países de nuestro entorno cultural, la Reumatología como rama de la Medicina Interna se ha impuesto, con toda certeza por la naturaleza sistémica de un importante contingente de las enfermedades cubiertas por esta especialidad, que exigen conocimientos y enfoque que clásicamente se han incluido dentro de la Medicina Interna, o de otras especialidades derivadas directamente de ella. La Comisión Nacional de Reumatología, considera a ésta como una rama perteneciente al tronco de la Medicina Interna, y aquellos que inician su especialización en Reumatología deben adquirir conocimientos suficientes en otras áreas de la Medicina Internaⁱⁱⁱ.

En la actualidad la Reumatología es una especialidad médica plenamente implantada e independiente en la inmensa mayoría de los países de nuestro entorno cultural, tanto en los de ámbito anglosajón, como pueda ser el Reino Unido y Estados Unidos, como en países europeos con tradición científica y médica sólida e independiente, como los Países Escandinavos, Francia o Alemania.

La Reumatología está implantada no solo a nivel asistencial, sino también académico, y las Cátedras de Reumatología son habituales en las facultades de Medicina europeas, e incluso en España, donde una de las Cátedras se sitúa en la Universidad Miguel Hernández de Elche.

Además de existir diferentes sociedades científicas en los diferentes países – como es en el nuestro la Sociedad Española de Reumatología – hay una sociedad de ámbito mundial – la International League against Rheumatism (ILAR) que en la actualidad organiza congresos mundiales, y otra europea – La European League against Rheumatism (EULAR). Diferentes sociedades nacionales publican revistas científicas en las que se realiza la comunicación y el intercambio de conocimientos en reumatología, además de aparecer frecuentemente artículos de esta especialidad en revistas generales de Medicina y de Medicina Interna.

Razones de aparición de la Reumatología como especialidad

El hecho de que históricamente médicos dedicados a varias ramas afines de la medicina mostraran interés preferencial, y a la postre se especializaran en el campo de las enfermedades que afectaban al aparato locomotor - llamadas reumáticas -, indica

claramente que desde su campo inicial de actuación, percibieron la necesidad de prestar un interés preferencial a este tipo de enfermos.

En todo caso, para que aparezca una nueva especialidad en Medicina, se requieren diversos requisitos ^{iv}.

Requisitos científicos

1. El gran desarrollo de la Medicina, fundamentalmente en el último tercio del siglo XIX, y en los comienzos del XX tanto en los conocimientos clínicos, como en las diversas ciencias básicas que ayudaron a una mejor comprensión de las enfermedades. Tal cantidad de conocimientos se hizo inabarcable para una sola persona.
2. La aparición de técnicas diagnósticas y terapéuticas de complejidad creciente, y con gran importancia en el estudio de determinados grupos de enfermedades u órganos, hizo que grupos de médicos tuvieran que dedicarse de manera selectiva a campos concretos, a fin de dominarlos adecuadamente. Determinadas técnicas se convirtieron de por sí en la base de especialización, tal como ocurrió con la Radiología, Radioterapia, y en tiempos más modernos la endoscopia digestiva, neurofisiología clínica, medicina nuclear, ecografía, o la resonancia magnética, entre otras.
3. La orientación localicista de la Patología, dio lugar a la aparición de especialidades tales como la Cardiología, Neurología, Gastroenterología o Neumología.
4. Finalmente surgieron especializaciones basadas en criterios etiológicos o fisiopatológicos, ligados a procesos que requerían técnicas diagnósticas o terapéuticas diferentes, complejas y específicas; así nacieron las Enfermedades Infecciosas o la Oncología médica.

En el caso de la Reumatología coinciden más de una de estas orientaciones:

- a) La localicista, ya que la Reumatología se centra en el estudio de las enfermedades que afectan al aparato locomotor, con cuya semiología y técnicas de exploración los reumatólogos deben familiarizarse.
- b) El interés de la reumatología en las enfermedades de tejido conectivo tiene su origen en las frecuentes manifestaciones en el aparato locomotor que presentan estas, y sitúa también a la Reumatología dentro del grupo de especialidades médicas basadas en criterios etiológicos o fisiopatológicos. Las enfermedades de tejido conectivo son de naturaleza sistémica y requiere del reumatólogo conocimientos de Medicina Interna que le permitan afrontar sus manifestaciones en

otros órganos y sistemas y resolver o recabar la colaboración de otros especialistas médicos con criterios de eficiencia.

Requisitos de naturaleza Social

El interés de la sociedad por la adecuada atención de las enfermedades reumáticas se debe a dos factores: por un lado, la adecuada atención, y el hallazgo de soluciones eficaces para aquellas dolencias que hasta hace poco eran las causas comunes de enfermedad y muerte hicieron pasar a un segundo plano enfermedades antaño comunes y temidas, y aumentaron marcadamente el nivel general de salud. Como consecuencia lógica, muchas enfermedades de curso habitualmente más crónico, y con frecuencia invalidante en mayor o menor grado, se hicieron más evidentes y el interés prestado a ellas ha ido consecuentemente en aumento, lo que en gran medida propició el nacimiento y ha impulsado a la Reumatología.

Por otra parte, las consecuencias económicas y sociales de las enfermedades reumáticas son de tal magnitud que forzosamente se han convertido en fuente de atención por parte de la sociedad, que ha favorecido la existencia de médicos dedicados a la atención de este tipo de dolencias ^v.

Repercusión social de las enfermedades reumáticas

La repercusión de estas enfermedades sobre la población ya la mencionó Marañón en su libro “Diecisiete lecciones sobre el reumatismo”^{vi}. Se trata de un problema social de gran magnitud, y que justifica ampliamente la atención que se debe de prestar al aprendizaje de estos procesos durante los estudios pre y postgraduados de Medicina para asegurar una atención eficiente. Para ilustrar la magnitud del problema se aportan algunos datos significativos.

Prevalencia

En nuestro país, se han publicado dos estudios transversales, prospectivos, con el objeto de conocer la prevalencia de las enfermedades del aparato locomotor. El primero, publicado en 1982 ^{vii}, se realizó a partir de un estudio del pueblo de Los Cortijos (Ciudad Real). Se evaluaron un total de 827 personas, el 87% de la población seleccionada, mediante historia clínica, exploración física y examen analítico y radiológico. El 20% de la población tenía más de 60 años de edad. La población de Los Cortijos se consideró representativa de la población rural del interior del país. El 40 %

de los encuestados padecía, o había padecido, alguna forma de enfermedad reumática a lo largo de su vida. Por procesos destacó que el 26,1 % de la población padecía artrosis, el 10,3 % dolor lumbar, y el 1,6% artritis reumatoide (mujeres: 1,02%; varones 0,57%). El segundo estudio, realizado en Asturias, se publicó en 1993^{viii}. Se evaluaron 702 personas mayores de 18 años, el 76% de la población invitada, seleccionadas según un muestreo aleatorio, estratificado, polietápico y proporcional. Todos fueron entrevistados por médicos entrenados, aplicándose criterios validados para establecer los diagnósticos. El 23,8% de la muestra se diagnosticó de artrosis (mujeres: 29,7%; varones: 16,2%; $p < 0,0001$). Por debajo de los 65 años de edad, las mujeres presentaron una mayor prevalencia de artrosis que los varones, igualándose los valores a partir de dicha edad. Al igual que en otros estudios la prevalencia de artrosis aumentó claramente con la edad, en ambos sexos, alcanzando el 80% por encima de los 65 años. Otros procesos se diagnosticaron con menor frecuencia. El 19,8% de la población presentó algún tipo de reumatismo de partes blandas, el 14,8% se diagnosticó de lumbalgia y el 2,5% de alguna artropatía inflamatoria. La prevalencia de artritis reumatoide se estimó en el 0,71%, con mayor frecuencia en las mujeres (1,0%) que en los varones (0,3%). Los reumatismos de partes blandas también aparecieron con mayor frecuencia en las mujeres (mujeres: 27,6%; varones: 10,4%; $p < 0,0001$). No hubo diferencias por sexos en la prevalencia de lumbalgia. Sin embargo, tanto el diagnóstico de reumatismo de partes blandas como el de lumbalgia se realizaron con mayor frecuencia en las personas en edad laboral activa. La prevalencia de la artritis reumatoide ha recibido una atención especial, y se ha estimado entre el 0,2 y 0,8% de la población adulta^{ix, x}.

Morbilidad percibida.

El estudio de la morbilidad percibida supone un método alternativo para conocer los problemas de salud más frecuentes en una comunidad. Este tipo de estudios se basan en la información proporcionada por los propios sujetos.

Prevalencia de síntomas reumáticos.

Ballina et al^{xi} describen la prevalencia de síntomas reumáticos, en los 12 meses previos a la entrevista, observada en la misma muestra de la población general descrita en el estudio citado con anterioridad (2). El 45% (315/702) de las personas evaluadas manifestaron haber experimentado dolor, de por lo menos una semana de duración, en alguna parte del aparato locomotor en el último año. Otros síntomas, como tumefacción,

limitación de la movilidad y deformidades aparecieron en el 17,2% de los entrevistados. El dolor localizado en la región lumbar (28,2%) o cervical (24,1%) ocuparon el primer lugar. Las articulaciones periféricas afectadas con mayor frecuencia fueron las rodillas, los hombros y las manos, en ese orden. Al igual que en estudios anteriores, los síntomas aumentaron con la edad y fueron más frecuentes en las mujeres (mujeres: 55,1%; varones: 33,1%) y en la población con niveles más bajos de estudios.

Encuestas Nacionales de Salud y de la Comunidad Valenciana

La Encuesta Nacional de Salud, realizada en julio de 1987 sobre morbilidad percibida, mostró que el 23,8% de la población de 16 y más años de edad refería padecer o haber padecido algún “reumatismo, artrosis o artritis, ciática, lumbago o dolor de espalda” durante el último año^{xii}. Merece la pena destacar que las afecciones del aparato locomotor ocuparon el primer lugar, por encima de procesos tan comunes como el dolor de cabeza, los problemas de la boca o del estómago. Si a las quejas por reumatismo o artrosis se añaden aquellas que aparecen bajo los epígrafes de “gota, ácido úrico” o “problemas persistentes en los pies”, dicho porcentaje sería sensiblemente superior.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1995^{xiii}, al preguntar por las dolencias, enfermedades o impedimentos que hubieran limitado la actividad del entrevistado por más de 10 días en el último año, el 27,4% de la población general de 16 y más años contestó afirmativamente en el epígrafe “artrosis, reumatismo, gota, dolor de espalda, lumbago”. El segundo lugar lo ocuparon las fracturas y traumatismos (17,7%), seguido de las enfermedades del corazón y aparato circulatorio (9,2%); enfermedades del aparato respiratorio (7,7%); gripes, catarros y anginas (7,3%), y enfermedades genitourinarias: próstata y riñón (6,4%), entre otras.

En la Encuesta Nacional de Salud de 1995 el 13,2% de la población general afirmó haber tenido dolores o síntomas que le obligaron a reducir sus actividades del tiempo libre en las dos últimas semanas. En dichas personas, “el dolor de huesos, de columna o de las articulaciones” (41,9%) ocupó el primer lugar entre las posibles causas. En la misma encuesta, el 11,9% de la población afirmó haber tenido dolores o síntomas que le obligaron a reducir su actividad principal –trabajo, estudios, labores del hogar– en las dos últimas semanas. En esas personas, “el dolor de huesos, de columna o de las articulaciones” (41,4%) también ocupó el primer lugar.

En la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana realizada en el año 2005, se aportan datos actualizados en nuestra Comunidad: el 11,7% de los encuestados mayor de 16 años afirmaba padecer algún tipo de reumatismo, artrosis o artritis; el 18,3% había padecido de lumbalgia y el 16,9% de dolor cervical.

Estudios sociosanitarios

Otros estudios realizados en nuestro país, como los conocidos por Reumatos 80^{xiv} y Reumatos 90^{xv}, aportan cifras parecidas. Así, de las 5.521 personas, de 20 o más años de edad, encuestadas en el estudio Reumatos 80, el 29,4% dijo padecer o haber padecido alguna dolencia reumática en su vida. En la misma encuesta, el 19% afirmó padecer, en el momento de la entrevista, algún proceso reumático.

Diez años después, se publicó el estudio Reumatos 90, basado en una entrevista telefónica realizada a 1.018 hogares, en el que una sola persona por hogar proporcionó la información de toda la familia, seleccionados mediante estratificación proporcional por Comunidad Autónoma y hábitat, que incluyeron un total de 3.126 personas de 16 y más años. El 12,7% (mujeres: 15,1%; varones: 10,5%) de la población de 16 y más años manifestó padecer alguna enfermedad reumática. Por orden, se mencionaron los siguientes diagnósticos para las 399 personas afectadas: artrosis (43%), dolor de columna (18,5%), dolor cervical (15,3%), lumbago (13%), artritis (9%), ciática (7,2%), gota (4%), dolor de hombro / brazos (3%), dolor de pierna / rodilla (1,6%) y reumatismo (3,8%).

Los estudios realizados en otros países aportan cifras parecidas. Entre el 10 y el 40% de la población adulta padece algún tipo de afección del aparato locomotor, prevalencia que aumenta con la edad y es mayor en las mujeres, según muestran los datos procedentes de diversas encuestas ^{xvi}, ^{xvii}, ^{xviii}, ^{xix}, ^{xx}, ^{xxi}.

Incapacidades

Las enfermedades del aparato locomotor constituyen la primera causa de incapacidad en España, representando el 53% de todas las causas de incapacidad laboral total y el 18% de la incapacidad laboral absoluta ^{xxii}. A su vez, las pensiones satisfechas por dichas incapacidad suponen la parte más importante del coste total derivado de las enfermedades del aparato locomotor, estimado en el 57%, mucho mayor que el gasto médico (12%) y farmacéutico (1%).

Incapacidad Laboral Transitoria

En atención primaria, las enfermedades reumáticas representan una de las causas más frecuentes de incapacidad laboral transitoria, representando un 14,4%^{xxiii}, 15%^{xxiv}, 20,7%^{xxv} en diferentes estudios, En el medio rural este porcentaje puede ser aún mayor y alcanzar el 25% de todas las causas de incapacidad laboral transitoria^{xxvi}, ocupando el primer lugar y afectando a los trabajadores de mayor edad. Las lumbalgias ocuparon en todos los estudios el primer lugar, con diferencia, por encima de otras afecciones del aparato locomotor, siendo, a su vez, la primera causa en jornadas perdidas por baja laboral. Recientemente se revisaron los procesos de incapacidad laboral transitoria de origen reumático ocurridos en Guadalajara entre 1990 y 1995^{xxvii}. Las causas del total de los 6.970 procesos revisados fueron: 1) procesos dolorosos de la columna vertebral 60,1%; 2) reumatismos de partes blandas 17,1%; 3) artrosis periférica y trastorno interno de rodilla 11,8%; y 4) artropatías inflamatorias 4%. El mayor número de días perdidos se debió de nuevo a los procesos de la columna vertebral.

Incapacidad Laboral Permanente

En el extenso estudio sobre incapacidades laborales publicado por Cavero^{xxviii} mostró que las enfermedades del aparato locomotor ocuparon el primer lugar en un 29,5% de entre todas las causas de incapacidad laboral permanente, y constaban como segunda proceso causante de la invalidez en un 64% de los expedientes. Por procesos, la artrosis ocupó el primer lugar, con un marcado predominio por la localización axial, seguido de la artrosis periférica, los procesos de partes blandas y finalmente las artropatías inflamatorias. La invalidez debida a enfermedades del aparato locomotor se distribuyó en: absoluta, 30,7%; total, 68,0%; parcial, 0,5%; y gran incapacidad, 0,5%. Las enfermedades del aparato locomotor causaron el 18% de todas las incapacidades absolutas y el 53% de las totales.

En otro estudio, Tornero et al^{xxix} analizaron de forma retrospectiva las causas de incapacidad laboral permanente ocurridas en la provincia de Guadalajara a lo largo de 1990. Sus resultados mostraron que las enfermedades del aparato locomotor (34,4%) fueron la primera causa de incapacidad laboral permanente seguido de las enfermedades cardiovasculares (28,8%), las enfermedades del aparato respiratorio (15%), las enfermedades neurológicas (14,4%) y las enfermedades psiquiátricas (7,2%). En el 20,5% de los casos la enfermedad reumática fue la única causa de incapacidad permanente, mientras que en el 13,9% restante estuvo asociada a otros procesos. De

entre las causas de incapacidad laboral permanente de origen reumático, la artrosis, con el 72,5%, supuso el mayor porcentaje, seguido de la hernia discal (22,5%) y las artropatías inflamatorias (4,8%). Una revisión posterior realizada por estos mismos autores del período 1990-1995 no mostró diferencias sustanciales^{xxx}.

En su conjunto, los datos disponibles muestran que casi una tercera parte de la población general padece alguna enfermedad del aparato locomotor. Estas enfermedades causan el 10% de todas las consultas realizadas en atención primaria, el 10% de las urgencias atendidas en los centros hospitalarios, algo más del 15% de las incapacidades laborales transitorias, ocupando entre el primero y tercer lugar según el hábitat; y son la primera causa de incapacidad laboral permanente, ocasionando la quinta parte de las incapacidades absolutas y algo más de la mitad de las incapacidades totales. La artrosis y los reumatismos de partes blandas, incluyendo el dolor lumbar, pueden considerarse los principales responsables de tan alta morbilidad. Por el contrario, sólo el 2% de la población padece de algún tipo de artropatía inflamatoria. La morbilidad por enfermedades del aparato locomotor aumenta marcadamente con la edad y es mayor en las mujeres.

La atención prestada a distintas enfermedades viene condicionada en gran medida por su mortalidad; ello sin duda ha influido de marcadamente en el relativo abandono que hasta hace poco han sufrido los procesos reumáticos por parte de la comunidad científica y de la sociedad. Las enfermedades reumáticas ocupaban el decimoquinto lugar como causa de muerte, entre las 17 categorías de la Clasificación Internacional de enfermedades. Sin embargo, la mortalidad debida a algunos de estos procesos es apreciable. Como ejemplo, en Estados Unidos, la mortalidad producida por la artritis reumatoidea superó a la producida por la hipertensión maligna, el cáncer de tiroides o la apendicitis. El lupus eritematoso sistémico superó a la colitis ulcerosa, endocarditis bacteriana o fibrosis quística, y por último la esclerosis sistémica progresiva a la enfermedad hemolítica del recién nacido o a la encefalitis vírica^{xxxi}. En todo caso, en algunas de estas, como es el caso de la artritis reumatoide, ha podido demostrarse que su presencia con frecuencia se obvia en los certificados de defunción, con lo que no se considera como causa de muerte, cuando ha sido una condición predisponente de reconocida importancia para la implantación de otros procesos directamente causantes del fallecimiento. Estudios de supervivencia han permitido demostrar que la supervivencia de los pacientes con artritis reumatoide está disminuida aproximadamente

en un 50% en relación con la población control, lo que la sitúa en márgenes similares a los de la enfermedad de Hodking, o la diabetes mellitus^{xxxii}.

Contenidos de la especialidad de Reumatología

La Reumatología es la disciplina de la Medicina Interna que se ocupa del estudio de las enfermedades del tejido conectivo y de los trastornos médicos del aparato locomotor. El reumatólogo actual debe ser capaz de realizar:

1. Profilaxis, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades incluidas en la definición de la especialidad.
2. Asistencia integral a los enfermos con procesos reumáticos, tanto a los ingresados en centros hospitalarios, como a los pacientes atendidos en consultas externas del hospital o en centros de especialidades.
3. Investigación básica, epidemiológica, clínica y terapéutica en los procesos que integran el contenido de la especialidad.
4. Docencia pre y postgraduado, así como formación continuada de los contenidos de la especialidad.
5. Colaboración con los médicos de asistencia primaria, con los de otras especialidades, así como con otros profesionales que contribuyan al tratamiento de estos enfermos.
6. Conocimiento preciso de las posibilidades de tratamiento fisioterapéutico y rehabilitador aplicables a los enfermos reumáticos.
7. Contribuir a la solución de la problemática sociolaboral que plantean las enfermedades reumáticas.
8. Concienciar a la población sobre las posibilidades terapéuticas de las enfermedades reumáticas.

De forma más concreta, el reumatólogo debe tener capacidades para desarrollar su actividad en diversos aspectos:

Aspecto etiopatogénico

- Etiología y patogenia de todas las enfermedades y procesos que integran el contenido de la especialidad.
- Conocimientos anatómico, bioquímico, fisiológico, fisiopatológico y biomecánico del tejido conectivo y sistema músculo-esquelético.

- Conocimiento de las bases epidemiológicas, genéticas, bioquímicas, microbiológicas, inmunológicas, biomecánicas y anatomopatológicas de aplicación en esta especialidad.
- Examen clínico detallado del sistema músculo-esquelético y de aquellos otros sistemas relacionados con estas enfermedades.

Aspecto clínico y patológico

- Enfermedades que afectan primariamente a las articulaciones y estructuras yuxtaarticulares, de índole inflamatorio o no inflamatorio.
- Trastornos mecánicos de la columna.
- Procesos locales específicos de cada articulación.
- Conectivopatías.
- Enfermedades metabólicas óseas y otras osteopatías.
- Tumores primitivos y metastáticos que afectan las estructuras del aparato locomotor.
- Trastornos hereditarios del tejido conectivo y displasias osteoarticulares.
- Enfermedades de otros sistemas orgánicos que pueden afectar al aparato locomotor, incluyendo procesos infecciosos, endocrinológicos, metabólicos, hematológicos y neoplásicos.
- Síndromes de compresión nerviosa o radicular producidos por enfermedades primariamente articulares o procesos sistémicos con afectación del sistema músculo-esquelético.

Aspecto técnico

- Conocimiento e interpretación de las técnicas de laboratorio utilizadas en la especialidad.
- Competencia en la interpretación de técnicas de diagnóstico por imagen y otros medios físicos aplicables al estudio diagnóstico de las enfermedades reumáticas: radiología, ecografía, tomografía axial computerizada, resonancia magnética, gammagrafía ósea.
- Competencia en técnicas de estudio del medio sinovial y articular (artrocentesis, estudio del líquido sinovial al microscopio óptico), sistema músculo-esquelético y tejido conectivo.

Aspecto terapéutico

- Tratamiento farmacológico de las enfermedades y procesos que integran el contenido de la Reumatología.
- Técnicas terapéuticas invasivas, como la infiltración local, sinoviortesis isotópica o el bloqueo nervioso.
- Profilaxis primaria y secundaria de las enfermedades y procesos que integran el contenido de la especialidad.
- Conocimiento e indicaciones de las técnicas de Rehabilitación y Terapéutica Física aplicable a los enfermos reumáticos.
- Conocimiento de las indicaciones, cuidados postoperatorios y complicaciones de los procedimientos quirúrgicos empleados en el tratamiento de las enfermedades reumáticas.

Otros

- Conocimiento de las consecuencias sanitarias y coste socioeconómico, de las enfermedades reumáticas.
- Conocimiento de los problemas sanitarios, sociales, laborales y psicológicos de los enfermos reumáticos.

4.5. Estándares y tiempos asistenciales en Reumatología

La especialidad de Reumatología dirige su práctica a una gran cantidad de enfermedades en las que se aplican numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Estos procedimientos pueden requerir el ingreso del paciente o pueden realizarse en pacientes de forma ambulatoria. Deberían ser realizados por expertos, con directrices explícitas basadas en la mejor evidencia científica disponible. Sin embargo, para la mayor parte de los procedimientos que se han estudiado, tanto en España como fuera, y para diferentes especialidades, existe una amplia variabilidad en la utilización de procedimientos, en su calidad o en el tiempo de espera. Esta variabilidad se ha observado en el manejo de la Artritis Reumatoide en España^{xxxiii}.

En base a ello la SER ha realizado un estudio (metodología DELPHI)^{xxxiv} para elaborar estándares que contribuyan a:

1. Mejorar la calidad asistencial
2. Manejar unos tiempos de proceso aceptables

3. Establecer los recursos humanos, tecnológicos y estructurales apropiados
4. Utilizar los recursos disponibles de forma coste/efectiva
5. Evitar diferencias inaceptables en el acceso o en la calidad de los procedimientos clínicos en Reumatología.

4.5.1. Estándares Generales para la Sección de Reumatología

1. El número máximo de habitantes por cada reumatólogo debe ser de 40.000 a 50.000.
2. En una Sección de Reumatología deben haber al menos 3 reumatólogos.
3. En una Sección de Reumatología deben haber una enfermera por cada 3 consultas y un auxiliar por cada 2 consultas y 1 administrativo por cada 4 médicos.
4. En una Sección de Reumatología debe existir una consulta de enfermería.
5. La Unidad debe disponer de una adecuada estructura arquitectónica, sala para técnicas y sala de reuniones.
6. La informatización de la Unidad es considerado un aspecto prioritario
7. El microscopio de luz polarizada y el ecógrafo son los instrumentos más necesarios en un Servicio de Reumatología.
8. Cada paciente debe ser seguido siempre por el mismo médico
9. Deben existir Guías, Protocolos de actuación y Programas de Calidad total.
10. El reumatólogo debe tener actividad formadora en medicina primaria.
11. Se debe dedicar el 60% del tiempo a la asistencia. El resto se distribuye entre docencia, investigación y gestión.
12. La capacidad organizativa es el mérito más valorado para dirigir una Sección de Reumatología.

4.5.2. Estándares para Consultas en Reumatología

1. Existe acuerdo sobre la necesidad de una infraestructura básica en las consultas.
2. El tamaño mínimo de una consulta debe ser de al menos 20 m².
3. Son recomendables consultas monográficas.
4. El tiempo de duración de la primera consulta debe ser de 30 minutos (40 para las enfermedades sistémicas y 20 en la Artrosis).
5. El tiempo de duración de la consulta sucesiva debe ser de 30 minutos (40 minutos para las enfermedades sistémicas y 20 en la Artrosis)
6. La relación sucesivas/1^a debe ser 3,2 (5 para las enfermedades sistémicas y 2 en fibromialgia).

7. Un reumatólogo no debe ver al día más de 5 primeras visitas, no más de 11 sucesivas, no debe pasar consulta durante más de 5 horas al día, ni más de 4 días a la semana.
8. Deben ser seguidos por reumatólogo prácticamente la totalidad de los pacientes con enfermedades sistémicas e inflamatorias articulares, aproximadamente la mitad de los pacientes con osteoporosis y artropatías microcristalinas, la cuarta parte de los pacientes con artrosis y síndromes dolorosos locales, y sólo la sexta parte de las fibromialgias.

4.5.3. Estándares para Hospitalización en Reumatología.

1. Por cada 100.000 habitantes del área, debe haber un mínimo de 3 camas en el Servicio de Reumatología.
2. La estancia media debe estar entre 7,3 y 9,5 dependiendo del tipo de hospital.
3. El tiempo necesario para la 1ª visita de un paciente hospitalizado es de 43 minutos, para la visita sucesiva 17 minutos y para el día del alta 41 minutos. Los tiempos para las interconsultas serán de 37, 22, y 23 minutos respectivamente.

4.5.4. Estándares de tiempo de realización de técnicas en Reumatología.

1. La realización de inyecciones articulares, infiltraciones y análisis del líquido sinovial estarán en torno a los 15 minutos.
2. Las infiltraciones con control ecográfico, técnicas de tratamiento del dolor y radiosinovectomía están en torno a los 30 minutos.
3. El tiempo para realización de biopsias oscilará entre 19 minutos de la grasa subcutánea y 50 de la ósea.
4. El tiempo para realizar una ecografía es de 30 minutos, 15 minutos para la capilaroscopia y 19 para una densitometría.

4.5.5. Estándares de Investigación/Formación en Reumatología.

1. Se recomienda realizar 3 sesiones semanales en los Servicios con docencia MIR y al menos 1 en el resto.
2. Los reumatólogos deben dedicar un 15% de su tiempo a la investigación, un 10% a la formación y un 10% a la docencia (los tutores MIR el tiempo dedicado a la docencia se incrementa hasta un 25%).

3. La actividad investigadora debe posibilitar una producción científica de al menos 1 comunicación anual a congresos nacionales, y cada 2 años a congresos internacionales, así como una publicación en revistas científicas cada 1-2 años.
4. Desde la Administración se debería subvencionar anualmente, por lo menos 1 proyecto de investigación por cada 5 reumatólogos.

ⁱ.Hollander JL. Introduction. En D McCarty Ed. Arthritis and allied conditions. Lea & Febiger. 1985, Filadelfia.

ⁱⁱ.Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Guía de formación de Médicos Especialistas. Programa de Reumatología. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986, Madrid.

ⁱⁱⁱ.Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Guía de Formación de Médicos Especialistas. Programa de Reumatología. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986. p 137

^{iv}.Beeson PB. The natural history of medical subspecialities. Ann Intern Med 1980;93:624

^v.Dequeker J, Rasker JJ, Woolf AD. Educational issues in rheumatology. Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol. 2000;14:715-29.

^{vi}.Marañón G. Diecisiete lecciones sobre el reumatismo. Espasa Calpe, 1951, Madrid.

^{vii}.Paulino J, Pinedo A, Wong C, Crespo D. Estudio general de la frecuencia de las enfermedades reumáticas en una población determinada con fines epidemiológicos. Rev Esp Reumatol 1982; 9: 1-8.

^{viii}.Ballina FJ, Martín P, Paredes B, Hernández R, Cueto A. Epidemiología de las enfermedades reumáticas en el Principado de Asturias. Atención Primaria 1993; 11: 219-224.

^{ix}.VillaverdeV, Hernández C, Fernández Sueiro JL, Hernández A, Graña J, Carmona L. Prevalencia de la artritis reumatoide en la población española. Rev Esp Reumatol 2000;27:157

^x.Carmona L, Villaverde V, Hernandez-Garcia C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group.The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. Rheumatology (Oxford). 2002 ;41:88

^{xi}.Ballina García FJ, Hernández Mejía R, Martín Lascuevas P, Fernández Santana J, Cueto Espinar A. Epidemiology of musculoskeletal complaints and use of health services in Asturias, Spain. Scand J Rheumatol 1994; 23: 137-141.

^{xii}.Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987. Madrid, 1989.

^{xiii}.Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1995. Madrid, 1996.

^{xiv}.Gabinete Bernard Krief Consultans. Reumatosis 80's. Estudio sociológico sobre el reumatismo en España. Madrid: Servicio Pfizer de Publicaciones, 1981.

^{xv}.Gabinete Pfizer de Recursos Humanos. Reumatosis'90. Estudio sociosanitario sobre las enfermedades reumáticas en España. Madrid: Servicio Pfizer de Publicaciones, 1992.

^{xvi}.Klaukka T, Sievers K, Takala J. Epidemiology of rheumatic diseases in Finland in 1964-76. Scand J Rheumatol 1982; supl 47: 5-15.

^{xvii}.Cunningham LS, Kelsey JL. Epidemiology of musculoskeletal impairments and associated disability. Am J Public Health 1984; 74: 574-579.

^{xviii}.Lee P, Helewa A, Smythe HA, Bombardier C, Goldsmith CH. Epidemiology of musculoskeletal disorders (complaints) and related disability in Canada. J Rheumatol 1985; 12: 1169-1173.

^{xix}.Lawrence RC, Hochberg MC, Kelsey JL, McDuffie FE, Medsger TA, Felts WR et al. Estimates of the prevalence of selected arthritic and musculoskeletal disorders in the United States. J Rheumatol 1989; 16: 427-441.

^{xx}.Heliövaara M, Aromaa A, Klaukka T, Knekt P, Joukamaa M, Impivaara O. Reliability and validity of the interview data on chronic diseases. The Mini-Finland Health Survey. J Clin Epidemiol 1993; 46: 181-191.

^{xxi}.Badley EM, Webster GK, Rasooly I. The impact of musculoskeletal disorders in the population: are they just aches and pains?. Findings from the 1990 Ontario Health Survey. J Rheumatol 1995; 22: 733-739.

^{xxii}.Cavero Romero C. Valoración de las incapacidades en el Sistema Sanitario Español. Valladolid: Secretario de Publicaciones, Universidad de Valladolid, 1995 (Serie Medicina, nº 33).

^{xxiii}.Fernández Crespo A, Fraguera Fraga F, Sáez-Torres V, Martín García M. Estudio del volumen y la demanda de problemas reumatológicos y su manejo en un centro de atención primaria. Atención Primaria 1989; 6: 32-36.

-
- ^{xxiv}. Jiménez JF, Martínez JA, Rodado C, Martínez D, Sánchez-Seco P, Reyes A. Incidencia de bajas laborales en un C.S. urbano: consideraciones acerca de los grupos diagnósticos (WONCA) que las originaron. *Medicina del Trabajo* 1996; 5: 11-32.
- ^{xxv}. Serrano González MA, Rodríguez Calderón D, Tejedor Muñoz J. Estudio epidemiológico de los procesos reumáticos como causa de absentismo laboral en la provincia de Segovia. *Rev Esp Reumatol* 1984; 11: 131-134.
- ^{xxvi}. González López JJ, Cañadillas Hidalgo I. Análisis de la ILT en una consulta de atención primaria rural (1991-1995). *Medicina del Trabajo* 1997; 6: 91-95.
- ^{xxvii}. Tornero J, Atance JC, Grupeli BE, Vidal J. Incapacidad laboral transitoria de origen reumático (ILTR): causas, distribución y repercusión económica. *Rev Esp Reumatol* 1996; 23: 178.
- ^{xxviii}. Cavero Romero C. Valoración de las incapacidades en el Sistema Sanitario Español. Valladolid: Secretario de Publicaciones, Universidad de Valladolid, 1995 (Serie Medicina, nº 33).
- ^{xxix}. Tornero J, Rodríguez U, Massip M, Vidal J, Fernández JA. La enfermedad reumática como causa de incapacidad laboral permanente en España. *Rev Esp Reumatol* 1992; 19: 294-297.
- ^{xxx}. Tornero J, Fernández-Echevarría JA, Vidal J. Incapacidad laboral permanente por enfermedad reumática (ILPR). Coste social. *Rev Esp Reumatol* 1996; 23: 178.
- ^{xxxi}. National Center for Health Statistics. Vital statistics of the United States. U.S. Department of Health, Education and Welfare. 1972, Washinton.
- ^{xxxii}. Wood PHN. Epidemiological aspects of rheumatic diseases and their relevance to clinicians. *Balliere's Clin Rheumatol* 1987;1:437
- ^{xxxiii}. Hernandez García C, González Alvaro I, Villaverde Garcia V, Vargas Castrillón E. Estudio sobre el manejo de la Artritis Reumatoide. Sociedad Española de Reumatología. Madrid 2001.
- ^{xxxiv}. Estándares de tiempos de proceso, y calidad asistencial en Reumatología. Sociedad Española de Reumatología. Madrid 2006.