Más salud

Grupo de Trabajo: Marco de actuación en Atención Primaria y su relación con Asistencia Hospitalaria en la patología músculo-esquelética (Aparato locomotor)

Plan de Acción de Atención Primaria Comunitaria (PRI) 2022/2023

GENERALITAT VALENCIANA
Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

+primaria

Índice

0. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS 1

1. MÉTODO 1

2. CONSIDERACIONES GENERALES Y MEDIDAS A ADOPTAR 2

3. DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A FISIOTERAPIA 3

4. DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A REUMATOLOGÍA 4

5. DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A A CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA PRIMARIA 6

6. DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN 6

7. ACTUACIONES RECOMENDADAS A LLEVAR A CABO POR ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MUSCULOESQUELÉTICOS 7

8. ANEXOS 10

8.1 ANEXO 2: RECOMENDACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR IMAGEN 10

8.2 ANEXO 3: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA (BANDERAS ROJAS) 11

9. COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO 12

0. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La coordinación entre niveles asistenciales es clave para optimizar los resultados en salud. Definir el entorno y las características que deben regir la relación y comunicación entre los profesionales de los dos niveles asistenciales en el contexto de los procesos que afectan a los pacientes, es esencial en cualquier problema de salud, más aún en patología musculoesquelética en la que son varias las especialidades y los actores implicados.

Los objetivos del presente documento son:

OBJETIVO GENERAL

Normalizar los criterios de actuación y de derivación entre niveles asistenciales en patología musculoesquelética.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

• Incrementar la capacidad resolutiva de los profesionales de Atención Primaria (AP)

• Consolidar y homogenizar la cartera se servicios de AP (infiltraciones, ecografía, prescripción de ejercicio físico, accesibilidad a pruebas de imagen, prescripciones ortoprotésicas)

• Minimizar/eliminar los rechazos de interconsultas.

• Definir y homogeneizar los criterios en la derivación bidireccional entre AP, Medicina Física y Rehabilitación, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Reumatología y Fisioterapia de AP.

• Proponer actuaciones a llevar a cabo por los profesionales de Enfermería con los pacientes con problemas de salud relacionados con la patología musculoesquelética en el ámbito de AP.

• Minimizar los tiempos de espera y optimizar los resultados en salud con la consiguiente mejora de la atención a los pacientes.

1. MÉTODO

Se estima como más operativo crear un grupo reducido de profesionales (Anexo 1) pertenecientes a los dos niveles asistenciales, con amplia experiencia asistencial en gestión y en coordinación entre niveles, que elaboren el presente documento para posteriormente remitirlo a sociedades científicas e instituciones profesionales, con el fin de que aporten las consideraciones que estimen de interés.

Dichas aportaciones serán posteriormente tomadas en consideración para incorporarlas al documento definitivo.

El documento definitivo será remitido desde la Conselleria de Sanitat i Salut Pública a todos los Departamentos de Salut de la Comunitat Valenciana para su adaptación e implementación.

2. CONSIDERACIONES GENERALES Y MEDIDAS ADOPTAR

I) DERIVACION A ASISTENCIA HOSPITALARIA

1. Cualquier derivación de un paciente desde AP será valorada, priorizada y citada por asistencia hospitalaria (AH). Por tanto, no existirá la citación directa a las agendas AH desde AP.

2. Se establecerán medidas para mejorar la calidad en la derivación, revisando sistemáticamente, por la comisión de integración AP-AE, la calidad de las interconsultas así como todos los rechazos mensuales que se produzcan en AH.

II) LA INTERCONSULTA

1. La Interconsulta debe recoger la información clínica más relevante en cuanto a anamnesis y exploración física, así como las pruebas complementarias de laboratorio y/o imagen (Anexo 2) que se requieran para llegar al diagnóstico o sospecha de la patología del paciente.

2. Todas las interconsultas de derivación realizadas desde AP serán valoradas por AH en consulta con la presencia del paciente.

3. Quedan excluidas del apartado anterior las "*interconsulta consultiva*" que se realiza desde AP a AH sin presencia del paciente (telefónica, video interconsulta etc.) y las derivaciones ortoprotésicas recomendadas por el médico de AP hasta que se habilite que puedan ser sean prescritas por AP.

4. En AP se valorará en el paciente la presencia de signos y/o síntomas de alarma ("banderas rojas") con el objetivo de que la valoración por AH se realice en un periodo máximo de 48 h (Anexo 3).

5. No se rechazará, sin valorar presencialmente al paciente, ninguna interconsulta, salvo error manifiesto, entendiendo como tales: propuestas cuyo motivo de consulta sea: "***a petición propia***", "***revisión***", "***control***", "***continuar tratamiento*** o similares.

6. La relación entre las diferentes especialidades de AH será trasversal, la interconsulta la realizará el profesional que la decide (no se remitirá al paciente a AP para su remisión a otra especialidad), si bien mediante los sistemas de información se le comunicará a AP la remisión realizada.

7. Se recomienda se establezcan las medidas necesarias para redireccionar pacientes, derivados desde AP, entre las distintas especialidades mencionadas en caso necesario, notificándoselo, en su caso, al médico de AP que lo derivó (estas situaciones se dan debido a las peculiaridades propias de los Departamentos en las que una determinada patología es vista en unos Departamentos por una especialidad y en otros Departamentos por otra. Ej. Patología de la espalda.

8. Se establecerán, o en su caso se homogeneizarán, los flujos de derivación **directa** entre las cuatro especialidades médicas (Medicina de Familia, Traumatología, Rehabilitación y Reumatología) de acuerdo con el presente documento.

9. Se implantarán mecanismos de comunicación entre profesionales de ambos niveles asistenciales para consultar problemas relacionados con los pacientes que orienten la actuación y ayuden a la derivación (teléfono, Webex, cita en agenda especialista del médico de familia, video consulta, chat..).

III) LA DERIVACION A FISIOTERAPIA DE AP

1. Se establecerá, o en su caso se homogeneizará, la derivación **directa** de los médicos de AP a Fisioterapia de AP de acuerdo con las recomendaciones del presente documento.

2. Se derivarán a Fisioterapia de AP desde AP las patologías musculoesqueléticas de baja complejidad que se indican en el presente marco de actuación.

3. Se procederá del mismo modo que en la derivación AH. Cualquier derivación de un paciente desde AP será valorada, priorizada y citada por Fisioterapia. Por tanto, no existirá la citación directa a las agendas Fisioterapia desde AP.

IV) ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

1. Se establecerán las actuaciones necesarias a llevar a cabo por Enfermería con los pacientes con problemas de salud relacionados con la patología musculoesquelética, especialmente en el ámbito de AP, tal y como se muestran en el presente documento marco.
2. Se recomienda la utilización de los recursos de la Comunidad disponibles en la Zonas Básicas de Salud para prevenir los problemas de salud relacionados con el aparato locomotor.

V) “ALTAS” EN LOS PROCESOS

1. Cuando un paciente sea dado de alta por atención especializada se emitirá informe al MF donde hará contar que es ALTA, y en el que constará el diagnóstico y tratamiento recomendado.

2. Cuando un paciente sea dado de alta por un episodio de enfermedad determinada y con posterioridad aparezca una situación nueva de esa misma enfermedad, el MF lo derivará como **primera visita**. Lo mismo se aplicará cuando
el paciente acuda a revisiones periódicas, pero surjan imprevistos entre visitas (valorar interconsulta telefónica u otras modalidades de interconsulta).

3. Las citaciones para visitas de seguimiento que se estimen en AH serán citadas por ese mismo nivel.

VI) OTRAS CONSIDERACIONES Y MEDIDAS

1. Se recomienda que las prescripciones ortoprotésicas sean realizadas por el médico que detecta las necesidades de esta y responsable del seguimiento del paciente.

2. Se recomienda el modelo de médico de AH y de AP referente de patología musculo esquelética en cada Zona Básica de Salud.

3. Se recomienda la realización de Jornadas, en la que participarían todos los profesionales de AP implicados para la puesta en marcha de las recomendaciones que incluye este documento marco una vez haya sido remitido a los distintos Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana. En dicha Jornada de trabajo participarán como ponentes: al menos un médico/a de familia, un médico/a rehabilitador, un médico/a reumatólogo, un médico/a traumatólogo, un fisioterapeuta y un enfermero/a. La Jornada se realizará en horario laboral y será de obligatoria asistencia.

4. Cada departamento debe crear una Comisión de integración Primaria-Hospitalaria en patología musculoesquelética que analizará la implantación y evolución de las medidas propuestas en este documento-marco, estableciendo las medidas que sean necesarias para su óptimo desarrollo y su adecuación a las peculiaridades propias de cada departamento de salud.

3. DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE ATENCION PRIMARIA A FISIOTERAPIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se recomienda la derivación directa de Médico de AP a Fisioterapia de AP en los siguientes casos de pacientes ya diagnosticados:

- Lumbalgia mecánica crónica sin radiculopatía
- Cervicalgia mecánica crónica sin radiculopatía
- Síndrome subacromial sin limitación balance articular
- Gonartrosis ≤ grado II de Kellgren (incluida meniscopatía) sin limitación del balance articular
- Coxartrosis ≤ grado II de Kellgren

En la remisión directa desde Médico de AP a Fisioterapia de AP de las patologías de baja complejidad acordadas se recomienda centrar el tratamiento en la cinesiterapia específica, dirigida a corrección postural, reeducación de patrón respiratorio, restauración del equilibrio muscular (activación, potenciación y estiramientos) y reentrenamiento motor neurosensorial (activación del sistema estabilizador, automatización de la estabilización en tareas progresivamente más complejas), adecuando la pauta de cinesiterapia a la situación funcional clínica de los pacientes.

El seguimiento clínico de la evolución de los pacientes se recomienda a los 3 meses, en Medicina de AP.

4. DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE ATENCION PRIMARIA A REUMATOLOGIA

El objetivo de la derivación debe ajustarse a alguna de las siguientes situaciones:

• **Diagnóstico, tratamiento y seguimiento a largo plazo** de las enfermedades reumáticas crónicas que lo requieran: artritis crónicas (artritis reumatoide, espondilitis, artritis psoriásica), enfermedades autoinmunes sistémicas (lupus, Sjögren, vasculitis, miopatías, esclerodermia); enfermedades auto inflamatorias, enfermedades metabólicas óseas complejas (osteomalacia, Paget, osteoporosis complejas).

• **Diagnóstico, tratamiento y seguimiento hasta estabilización,** de patologías que pueden beneficiarse de un primer abordaje por reumatología, pero cuyo seguimiento puede ser realizado en AP (patología microcristalina: el diagnóstico debe idealmente ser realizado mediante estudio de líquido sinovial; osteoporosis, en caso de duda diagnostica o terapéutica).

• **Confirmación de diagnóstico e infiltración local** cuando esté indicado, de patología de partes blandas y Síndromes regionales (tendinitis, entesitis), en caso de que el médico de AP no esté familiarizado con la técnica.

• **Confirmación de diagnóstico (sin seguimiento)**, **en caso de duda por parte del médico de AP,** de patologías como el Síndrome de dolor crónico generalizado, fibromialgia, artrosis, cervicalgia-dorsalgia-lumbalgia mecánica crónica o tendinopatías crónicas. Tras confirmar el diagnóstico, se remitirá a su médico de AP para su control y seguimiento.

<u>Información y pruebas complementarias que deben estar disponibles al realizar la interconsulta (en la medida en que permitan la priorización de la citación)</u>

• **Anamnesis dirigida y exploración física:** Incluir los datos más relevantes (especialmente datos de alarma o signos inflamatorios).

• **Analítica:** hemograma, VSG, PCR, bioquímica básica, sistemático de orina. Añadir:

- Sospecha de artritis: factor reumatoide y anticuerpos antipéptido citrulinado cíclico.
- Sospecha de lupus, Sjögren u otra enfermedad autoinmune sistémica: ANA.
- Sospecha de miopatía (debilidad muscular): creatinfosfokinasa y transaminasas.
- Osteoporosis: calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, Vit D, cociente calcio/creatinina en orina.
- Rx solo lateral, de columna dorsal y lumbar (centradas en T7 y L1) Densitometría lumbar y femoral.

• **Pruebas de Imagen:**

• Sospecha de artritis crónica poliarticular (tipo artritis reumatoide), o de artrosis de pequeñas articulaciones: Rx simple PA de manos y pies.

• Sospecha de lumbalgia **inflamatoria** crónica: Rx AP de columna lumbar (incluyendo pelvis), y lateral de columna lumbar. En dorsalgia o cervicalgia, AP y lateral del nivel afecto.

• En caso de clínica en una única articulación: Rx en dos proyecciones de la articulación afecta y la contralateral (Ej. hombros, rodillas, caderas, tobillos…)

• En osteoporosis:
  - Rx sólo lateral, de columna dorsal y lumbar (centradas en T7 y L1)
  - Densitometría lumbar y femoral

5. DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE ATENCION PRIMARIA A CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

El objetivo de la derivación debe ajustarse a alguna de las siguientes situaciones:

• De forma general, la patología del aparato locomotor para valoración de tratamiento quirúrgico que haya agotado las posibilidades del tratamiento no quirúrgico, tras un tiempo mínimo de evolución (incluida la artrosis avanzada).

• Patología tumoral e infecciosa del AP. Locomotor.

• Inestabilidades articulares o luxaciones recidivantes. Roturas del manguito rotador.

• Bloqueos articulares, hidrartros de origen mecánico (roturas meniscales-ligamentosas de rodilla).

• Neuropatías por atrapamiento de nervios en grado moderado-severo.

• Dedo en resorte, Enfermedad de Dupuytren, Ganglión sintomático. Hallux valgus sintomático.

• Patología del raquis con afectación motora. (Según Departamentos la patología del raquis quirúrgica es asumida por Neurocirugía o COT).

• Fracturas vertebrales osteoporóticas recientes.

• Traumatismos o síntomas secundarios a traumatismos, excepto torácicos, craneales y maxilofaciales.

• Pacientes cuya primera atención urgente por fracturas-luxaciones se realizó en otra área sanitaria y que requieran seguimiento por COT de zona

6. DERIVACIÓN DE PACIENTES DESDE ATENCION PRIMARIA A MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Patología musculoesquelética mecánica sin respuesta a tratamiento en AP durante 3 meses.

• Lumbalgia mecánica crónica

• Cervicalgia mecánica crónica

• Síndrome subacromial

• Coxalgia mecánica

• Gonalgia mecánica

Patología musculoesquelética mecánica

• Dorsalgia mecánica crónica

• Radiculopatía sin afectación motora

• Estenosis de canal lumbar

• Hombro doloroso sin criterios de remisión a Fisioterapia AP

• Capsulitis retráctil

• Mano artrósica

• Dolor de tejidos blandos (dolor miofascial, dolor tendinoso, bursitis)

• Síndrome Femoro-patelar

Patología ortopédica infantil

• Tortícolis congénita, plagiocefalia

• Alteraciones de raquis (cifosis, hiperlordosis, escoliosis)

• Alteraciones de la marcha

• Alteraciones rotacionales o angulares de miembros inferiores

• Pies cavos, pies valgos

• Dismetrías de miembros inferiores

La patología postraumática o postquirúrgica que precise tratamiento rehabilitador será derivada desde Cirugía Ortopédica y Traumatología

7. ACTUACIONES RECOMENDADAS A LLEVAR A CABO POR ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MUSCULOESQUELÉTICOS

Dada la relación existente entre PMSK, fundamentalmente de origen inflamatorio sistémico, con el aumento del riesgo cardiovascular del paciente, es necesario que las enfermeras de atención primaria realicen un control de los factores de riesgo cardiovascular clásicos (obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo y sedentarismo) así como la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En colaboración con los fisioterapeutas de AP, los profesionales de enfermería familiar y comunitaria pueden jugar un importante papel en la atención de los pacientes con patología musculoesquelética, de la misma forma que ocurre con pacientes con diabetes, HTA, dislipemia, EPOC, asma, etc.

Para tal fin, la aplicación de modelos de atención al paciente crónico ha de ser tenido en cuenta en los pacientes con patología músculo esquelética.

Para la monitorización de dichos pacientes, se recomienda la cumplimentación de las hojas de seguimiento existentes en Abucasis, así como otros cuestionarios específicos:

- Seguimiento Cardiovascular
- Riesgo de Osteoporosis
- Adherencia al tratamiento (REFAR)
- Consumo de Alcohol
- Consumo de Tabaco

Se recomienda valorar la adherencia a todos los tratamientos crónicos, así como controlar las interacciones farmacológicas y no farmacológicas (hierbas, productos propios y/o homeopáticos) del paciente.

Se recomienda la colocación de vendajes e inmovilizaciones en patología musculoesquelética bajo prescripción médica, así como prestar educación sanitaria sobre estos: vendajes convencionales, vendajes funcionales y férulas.

Se recomienda dar a conocer al paciente los recursos existentes en su centro de ATENCIÓN PRIMARIA (p. ejemplo unidades de conductas adictivas- UCAs-, programas educativos para la salud“ Pacient Actiu”, grupos de ejercicio físico). Es necesario que la enfermera de atención primaria enfatice al paciente que la realización de ejercicio físico regular no hará que empeore su situación articular.

Se recomienda proveer de información e indicación de aparatos y ayuda tales como sistema de pedaleo, calzado especial, sistemas de apoyo, ayudas técnicas en general, así como informar de ayudas, asociaciones, centros deportivos y comercios comunitarios disponibles en su entorno.

Se recomienda la promoción y prescripción de actividad física de acuerdo con la condición general del paciente y según las guías y protocolos disponibles.

Las nuevas recomendaciones para la población sobre Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo 2022 del Ministerio de Sanidad enfatizan siete mensajes principales:

1. La actividad física proporciona múltiples beneficios para la salud.
2. Todas las personas, tanto mujeres como hombres, de cualquier edad y sea cual sea su estado de salud pueden beneficiarse de ser activas físicamente y reducir el tiempo sedentario.
3. Cualquier tipo de actividad física cuenta, y es importante adaptarla a la vida diaria.
4. Con cualquier incremento en tu actividad física se pueden obtener beneficios para la salud, cualquier cantidad de actividad física es mejor que ninguna, y cuenta más, mejor.
5. Las actividades de fortalecimiento muscular y de mejora de la masa ósea benefician a todas las personas.
6. Es importante para la salud no sólo practicar actividad física, sino también reducir el tiempo que se pasa en modo sedentario.

7. Es importante que las opciones para ser una persona activa sean las más fáciles de elegir en los entornos en los que se vive.

Del mismo modo, se recomienda la atención en el domicilio del paciente con patología articular degenerativa crónicos que no van a poder desplazarse a su Centro de Salud, haciendo hincapié en:

- Detección de necesidades de material ortopédico y/o ayudas técnicas, así como la formación en el uso correcto de dichos dispositivos con el fin de favorecer la autonomía del paciente.

- Detección de barreras arquitectónicas y propuesta de adaptaciones.

- Promoción de la actividad física de pacientes crónicos domiciliarios utilizando recursos telemáticos validados, como el proyecto Vivifrail (https://vivifrail.com/es/inicio/) u otros similares.

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 2: RECOMENDACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS POR IMAGEN SEGÚN DIAGNÓTICO O SOSPECHA DIAGNÓSTICA

Lumbalgia	Rx AP y P de raquis lumbar erecto (incluir desde T_{11})
Lumbalgia con ciática (con compromiso neurologico)	Rx y RM Raquis lumbar
Lumbalgia inflamatoria crónica	Rx AP y lat Raquis lumbar (incluyendo pelvis). Incluir Rx Raquis dorsal AP y Lat si hay clínica
Cervicalgia	Rx AP y P raquis cervical
Cervicalgia con radiculitis (con compromiso neurológico)	Rx y RM raquis cervical
Cervicalgia inflamatoria crónica	Rx AP y lateral raquis cervical
Claudicación intermitente neurogena	Rx y RM Raquis lumbar
Hombro doloroso que no cede con tratamiento médico o fisioterapia	Rx y eco/RM Hombro
Dolor en inguinal o muslo	Rx AP de pelvis
Dolor de rodilla sospechoso de origen artrósico	Rx AP ambas rodillas en carga. Perfil en descarga
Clínica de lesión meniscal	RM rodilla afecta (según protocolo de rodilla)
Dolor femoropatelar	Rx AP, P y axial de rótula a 30º
Dolor en tobillo	Rx AP y P tobillo
Epicondilitis	Rx AP y P codo
Dolor en muñeca	Rx AP y P de muñeca
Síndrome del tunel del carpo	Estudio electrofisiológico (EMG)
Pie doloroso	Rx dorsoplantar en carga y oblicua ambos pies
Sospecha de artritis crónica poliarticular (tipo artritis reumatoide), o de artrosis de pequeñas articulaciones	Rx PA de manos y pies
Osteoporosis	Rx solo lateral, de raquis dorsal y lumbar (centradas en T7 y L1) Densitometría lumbar y femoral.

8.2. ANEXO 3: SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA (“BANDERAS ROJAS*”)

• Cefalea de reciente comienzo acompañado de elevación de proteína c reactiva (PCR) (sospecha de arteritis de células gigantes).

• Artritis aguda o subaguda acompañada de fiebre o deterioro del estado general. (sospecha de artritis séptica).

• Dolor cervical, dorsal o lumbar con características inflamatorias acompañado de fiebre o deterioro del estado general (sospecha de discitis séptica).

• Dolor cervical, dorsal o lumbar acompañado de alteración neurológica grave o progresiva.

o Signos de piramidalismo (sospecha de lesión medular).

o Alteración del control de esfínteres (retención aguda de orina, incontinencia urinaria, incontinencia fecal), anestesia en silla de montar, debilidad motora en miembros inferiores progresiva o extensa -no limitada a una sola raíz (sospecha de síndrome de cola de caballo).

• Sospecha de fractura osteoporótica vertebral aguda.
• Pérdida de peso inexplicable, anorexia (sospecha de neoplasia).

(*) La aparición de signos o síntomas de alarma obligaría a la valoración del paciente en un periodo inferior a 48 h. (circuito rápido o urgencias de acuerdo con la organización de los Departamentos de Salud)

9. COMPONENTES DEL GRUPO DE TRABAJO

- **Brotons Muntó, Francisco.** Médico de familia, Jefe de Zona Básica Trinitat-Bilbao. Valencia.
- **Campos González, Juan Carlos.** Médico de familia. Director Médico de Atención Primaria del Departamento de Salud Arnau de Vilanova. (Coordinador del Grupo de Trabajo).
- **De la Torre Aboki, Jenny.** Enfermera. Académica de la Academia de Enfermería de Comunidad Valenciana. Hospital General Universitario Dr Balmis.
- **Mifsut Miedes, Damián.** Cirujano ortopédico y traumatólogo, Jefe de Servicio Hospital U. Francesc de Borja de Gandía.
- **Morell Más, Mª Teresa.** Fisioterapeuta. Supervisora de Fisioterapia del Hospital de Llíria.
- **Martínez Alcolea, María Nieves**. Enfermera de EAP Centro de Salud Benalúa de Alicante.
- **Peñalver Barrios, Mª Lourdes**. Médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Subdirectora médica Hospital Arnau de Vilanova.
- **Sanfélix Genovés, José**. Médico de familia y reumatólogo. Área de Investigación en Servicios de Salud y Fármacoepidemiología. FISABIO.
- **Soler Torró, José Manuel**. Médico de familia. Director de Atención Primaria del Departamento de Salud de la Ribera.
- **Vela Casasempere, Paloma**. Médica reumatóloga. Jefa de Sección de Reumatología Hospital General de Alicante.