



Original

Factores motivadores y barreras para implantar una vía clínica de atención precoz de espondiloartritis: estudio cualitativo con médicos de atención primaria

Virginia Villaverde^{a,*}, Loreto Carmona^b, Juan Carlos López Robledillo^c, Serafina Serrano^d, Milena Gobbo^e y Grupo de Estudio Esperanza[◇]

^a Servicio de Reumatología, Hospital de Móstoles, Madrid, España

^b Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Niño Jesús, Madrid, España

^d Nueva Investigación, Madrid, España

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

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de enero de 2012

Aceptado el 12 de junio de 2012

On-line el 30 de agosto de 2012

Palabras clave:

Espondiloartritis

Vía clínica

Atención primaria

Atención especializada

R E S U M E N

Fundamento y objetivo: Previo al desarrollo de una vía clínica (VC) para espondiloartritis (EspA) precoz, se realizó un estudio cualitativo para conocer la actitud de los médicos de atención primaria (MAP) respecto de su implantación, para aumentar sus posibilidades de éxito.

Métodos: Se realizaron 5 grupos de discusión (2 en Madrid, 2 en Barcelona y 1 en Sevilla) y 3 entrevistas en Bilbao. Se incluyeron MAP con perfiles que garantizaran la diversidad de puntos de vista. Tanto grupos como entrevistas fueron realizados por expertos en metodología cualitativa.

Resultados: En general, los MAP no conocen las VC. Se consideraron motivaciones para su implantación: mejorar la atención de los pacientes, disponibilidad de un consultor especialista, posibilidad de formación e investigación, remuneración y reconocimiento profesional. Se consideraron dificultades para su implantación: trabajo adicional, burocratización excesiva, falta de respuesta del especialista, desconocimiento informático y la no remuneración. El conocimiento de las EspA por los MAP fue deficiente: se asociaba simultáneamente «espondilitis» con artrosis, lumbalgia, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica. Solo derivaban al especialista para confirmar el diagnóstico, lo demandaba el paciente o el tratamiento era ineficaz.

Conclusiones: Para implantar una VC de EspA, con colaboración óptima de primaria es necesario: a) formalizar los procesos a través de un programa sencillo, práctico y aprobado por gerencia, que facilite la interacción con el especialista sin aumentar la carga de trabajo; b) permitir una retroalimentación de seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso, además de un consultor permanente, y c) proporcionar formación en EspA a los MAP.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Motivations and objections to implement a spondyloarthritis integrated care pathway. A qualitative study with primary care physicians

A B S T R A C T

Keywords:

Spondyloarthritis

Integrated care pathways

Primary healthcare

Specialized healthcare

Background and objectives: Previous to the development of a clinical pathway (CP) for early spondyloarthritis (SpA), a qualitative study was performed to know the attitude of primary care physicians (PCP) with respect to CP implementation.

Methods: 5 discussion groups (2 in Madrid, 2 in Barcelona and 1 in Sevilla) and 3 interviews in Bilbao, were performed. PCP with different profiles were included. Groups and interviews were carried out by experts on qualitative methodology.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virginia.villaverde@yahoo.es (V. Villaverde).

◇ Los nombres de los componentes del Grupo de Estudio Esperanza están relacionados en el anexo 1.

Results: PCP know little about CP. Motivations of professionals to work on a SpA CP were: to improve patients care, availability of a specialist consultant, possibility of learning and doing research, remuneration, and professional recognition. Objections to CP implementation were: extra work, excessive bureaucracy, absence of a specialist consultant, computer difficulties, and no remuneration. SpA knowledge by PCP was defective. PCP associated the term "spondylitis" with osteoarthritis, low-back pain, ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. They only referred patients to the rheumatologist to confirm the diagnosis, when patients complained and when treatment was ineffective.

Conclusions: For an optimal CP implementation, the following is deemed necessary: 1) a practical, simple program that eases the interaction with the rheumatologist without an increase on the PCP work load; 2) to provide continuous feedback by the specialist and 3) to provide knowledge on SpA to PCP.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las espondiloartritis (EspA) son un grupo de enfermedades reumáticas que comparten gran cantidad de características clínicas, radiológicas, epidemiológicas y genéticas, que las distinguen claramente de otras enfermedades inflamatorias del aparato locomotor, especialmente de la artritis reumatoide (AR), de la que se diferencia por tener distinto patrón articular y extraarticular, ausencia de factor reumatoide sérico (seronegativas) y fuerte asociación con el antígeno de histocompatibilidad de clase I, HLA-B27, en la mayoría de los casos. Además, hay evidencias derivadas de estudios en humanos y en modelos animales que sugieren la implicación de bacterias o productos bacterianos en su etiopatogenia¹.

Actualmente, el grupo incluye a la espondilitis anquilosante (EA), las artritis reactivas, algunos subgrupos de artritis psoriásica, la artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal crónica, un subgrupo de la artritis idiopática juvenil y las espondiloartritis indiferenciadas. Su espectro clínico es amplio y heterogéneo, expresándose con mayor o menor intensidad, en cada una de las enfermedades que componen el grupo.

La prevalencia de las EspA no es baja, pues afecta a un 1,9% de la población general². En España, el Estudio Nacional de Validación de Espondiloartropatías³ demostró una prevalencia media del 13% en pacientes que consultaban servicios de reumatología, variando del 8 al 16% entre las diferentes regiones españolas. Se estima que la EA, una enfermedad de aparición en jóvenes, comporta una pérdida de trabajo anual medio de 62 días por paciente. Al 20% de los pacientes con EA, la enfermedad le lleva a cambiar de profesión, otro 20% abandona toda actividad profesional, llegando el 27% a situación de invalidez permanente⁴. Se trata pues de enfermedades de prevalencia relativamente elevada y con una carga socio sanitaria importante. Sin embargo, hasta el momento no se les ha prestado la misma atención que a otras enfermedades reumáticas, como la AR o la osteoporosis.

Aunque hoy en día han surgido nuevos criterios de clasificación para diagnosticar las EspA de forma más precoz^{5,6}, es cierto que hasta hace poco tiempo se aplicaban criterios diagnósticos que requerían la presencia de signos que, por su naturaleza, son tardíos, como la sacroileítis radiológica o la disminución de la movilidad en la EA⁷, lo que podía inducir retrasos diagnósticos y limitar su utilización para el diagnóstico precoz, entre otros problemas⁸. El retraso medio diagnóstico de las EspA en España se conoce gracias al proyecto REGISPONER y es de media superior a 6 años⁹, fenómeno que afecta de modo similar a otros países de nuestro entorno¹⁰. Este retraso se debe tanto al inicio insidioso de la enfermedad como a la aplicación de criterios que requieren la presencia de «cambios avanzados» y al hecho de que las EspA no son bien conocidas por el médico no especialista, tanto por problemas derivados de la formación académica como porque en ocasiones no cuenta con el apoyo adecuado de consultores en reumatología. Hasta hace pocos años, el diagnóstico precoz quizá tuviera menos valor, habida cuenta de la ausencia de medidas eficaces. En la actualidad, la respuesta al tratamiento en la EA ha mejorado notablemente y se está extendiendo

a las otras EspA. Además, existen tratamientos más eficaces y que podrían modificar las lesiones estructurales y la evolución hacia la anquilosis de la enfermedad¹¹.

La Fundación Española de Reumatología (FER) en 2009 diseñó el Programa Esperanza, una vía clínica (VC) para EspA precoz que integra primaria y especializada, cuyo objetivo es reducir la variabilidad en la práctica clínica, facilitar el diagnóstico precoz, mejorar la formación de médicos generales y especialistas, optimizar los recursos sanitarios y estimular la investigación. Previo al desarrollo de la VC, y tras los problemas detectados con la puesta en marcha de un programa similar en AR en el año 2004 (Programa SERAP¹²), la FER llevó a cabo un estudio cualitativo para explorar el grado de conocimiento de las VC en general entre los médicos de atención primaria (MAP), valorar las dificultades para su instauración, conocer las motivaciones y los frenos para la aceptación de una VC, evaluar los conocimientos del MAP en EspA y valorar las necesidades y expectativas de la atención primaria en estas enfermedades, para incorporar esta información al plan gestor del programa y aumentar así sus posibilidades de éxito.

Material y métodos

El objetivo principal de las técnicas de investigación cualitativa no es demostrar empíricamente los hechos, sino analizar e interpretar el sentido, las motivaciones y los comportamientos vinculados a tales hechos. Para el objetivo de este estudio, dado su carácter exploratorio, se consideró que la técnica más adecuada era la realización de grupos focales. Se elaboró un casillero tipológico para identificar los perfiles de los médicos participantes que garantizaran la diversidad de puntos de vista, así como el número de grupos que serían necesarios. Se estableció que el perfil de los participantes sería MAP que pasaran consulta en el sistema nacional de salud, con perfiles que incluyeran distintos grupos de edad, diferente número de años en ejercicio, distintos sexos y diversidad de ámbitos poblacionales (rural y urbano). Asimismo, se consideró necesario realizar grupos que permitieran conocer la distinta situación en función del ámbito geográfico, ya que existen diferencias en este aspecto tras las transferencias de la gestión del sistema de salud a las autonomías. Concretamente, se consideró importante conocer aspectos diferenciales de los sistemas vasco, catalán y andaluz. Se realizaron 5 grupos de discusión (2 en Madrid, 2 en Barcelona y 1 en Sevilla).

Los grupos focales estuvieron formados por entre 6 y 8 MAP, y se celebraron en el plazo de una semana, de forma consecutiva, en salas que reunían los requisitos habituales para este tipo de grupos, con un ambiente neutro en lo estructural y en lo simbólico. El discurso fue grabado íntegramente en audio y vídeo, transcrito de forma literal y analizado semiológicamente. En Bilbao, dada la dificultad de organizar grupos de discusión con grabación audiovisual, se seleccionaron 3 informantes clave que permitían completar el perfil del casillero tipológico en cuanto a edad, años de experiencia, participación en VC y colaboración con reumatología. Los entrevistadores eran expertos y siguieron un guión que reproducía

los términos del mapa de discusión. Tanto en los grupos como en las entrevistas, se finalizó la recogida de la información cuando se confirmó que se había saturado el discurso, es decir, cuando los nuevos comentarios eran redundantes y no aportaban nada nuevo. La moderación de los grupos y la realización de las entrevistas se llevaron a cabo por sociólogos ajenos al proyecto y expertos en técnicas cualitativas, tanto de recogida de datos como de análisis. Se realizó un análisis semiológico con la ayuda del programa *Nudist Vivo* para la identificación de categorías y códigos, utilizando el método inductivo¹³.

Mapa de discusión

Se recogió información sobre los siguientes aspectos: a) conocimientos actuales de los MAP sobre EspA; b) interés y conocimientos generales sobre los programas de VC; c) resistencias potenciales al programa: posibles dificultades en la implantación como una adecuada vía jerárquica para garantizar la factibilidad, saturación de los centros de atención primaria (CAP), disponibilidad de recursos (tiempo, ordenadores, etc.); d) aspectos motivadores del programa: extrínsecos (remuneración, reconocimiento profesional, premios, currículum, etc.); intrínsecos (aumento de conocimientos, satisfacción por el trabajo bien hecho, posibilidad de investigación, etc.); trascendentes (mejora en la atención a los pacientes, mejora en las relaciones atención primaria-especializada, etc.), y e) expectativas ante el programa: deficiencias a cubrir, mejoras potenciales en la atención y en las vías de comunicación, etc.

Resultados

Conocimiento de las vías clínicas

En general, los MAP no conocen las VC, salvo en Andalucía, donde se asociaron con programas del Servicio Andaluz de Salud. Se consideraron dificultades para su implantación: la falta de colaboración de atención especializada, la insuficiente informatización de las consultas de atención especializada, posibles problemas con la protección de datos de los pacientes y la compatibilidad con los programas informáticos, ya en uso en atención primaria.

«En atención primaria, no usamos esa nomenclatura» (Madrid); «Nunca he oído hablar de ello» (Bilbao).

«Las VC son herramientas que ayudan a trabajar mediante protocolos» (Sevilla); «Esto está pensado para unificar criterios» (Sevilla); «Es más hospitalario que ambulatorio» (Sevilla); «Hay un “referente” con el que puedes consultar. Trabaja en su especialidad y, además, está a disposición del MAP para facilitar la comunicación entre atención primaria y especializada» (Sevilla); «¿Van a querer los especialistas estos planes? Los mayores se negarían seguro» (Madrid/Barcelona/Bilbao); «Los especialistas no están informatizados» (Madrid/Barcelona/Sevilla/Bilbao); «Cada área es diferente en la informatización. No hay un programa único. Yo esto lo veo inviable» (Madrid); «En teoría, todo es muy bonito, pero luego hay muchas dificultades en la práctica» (Barcelona).

Motivaciones para aceptar la vía clínica

Existen diferentes motivaciones para acogerse a los planes de VC, relacionadas con la edad de los MAP y su experiencia, que determinan 2 perfiles de profesionales bien diferenciados: a) los jóvenes: proactivos, emprendedores, interesados en la formación y en las actividades que les sirvan para mejorar su currículum, interesados por las nuevas propuestas dirigidas a mejorar la asistencia sanitaria y con una actitud desinteresada hacia las retribuciones económicas, y) los veteranos: actitud pasiva, desengañados frente a las nuevas

propuestas de las reformas sanitarias, desinteresados por la formación y tan solo incentivados por las retribuciones económicas. La «juventud» y la «veteranía» se identificaron más por las motivaciones que mueven al MAP y su grado de «burn out» que por la edad biológica.

Las motivaciones para acogerse a dichos planes eran de diferentes tipos, según se relacionasen con aspectos trascendentes, intrínsecos, extrínsecos y/o de gestión.

Motivos trascendentes

Los aspectos trascendentes se valoraron de una forma similar en ambos perfiles de MAP: a) mejorar la atención de los pacientes, disminuyendo tiempos de espera, número de visitas, pruebas diagnósticas y fármacos; b) mayor contacto con el paciente y mayor implicación en el seguimiento, y c) disponer de un consultor especialista con el que intercambiar información y con el que establecer una relación fluida de retroalimentación.

«Se mejora la atención al paciente, se agiliza y se ahorran recursos» (Barcelona); «Ahorraría tiempos de espera para el paciente» (Madrid); «Habría un feed-back con el especialista» (Barcelona/Sevilla/Madrid); «Tener un consultor que pase visita en el ambulatorio, que coordine y con el que poder intercambiar opinión» (Barcelona); «Se ahorrarían pruebas diagnósticas. Muchas veces se duplican» (Madrid).

Motivos intrínsecos

Los aspectos intrínsecos tenían un especial valor en el perfil de los «jóvenes» MAP y suponían la posibilidad de formación y de investigación, la posibilidad de rotar un mes al año en un servicio del hospital y la satisfacción propia por el trabajo bien hecho; «Sería muy interesante poder hacer formación» (Barcelona/Madrid).

«La satisfacción propia de hacer un buen trabajo como médico y pensando en el bien del paciente» (Barcelona/Madrid); «Estaría muy bien poder rotar un mes al año en un servicio del hospital, si te buscan un sustituto para tu consulta» (Barcelona).

Motivos extrínsecos

En cuanto a los aspectos extrínsecos, de nuevo hubo diferencias según el perfil de MAP. Los «veteranos» valoraron la remuneración por la participación en el programa, mientras que los «jóvenes» se mostraron interesados por el reconocimiento profesional y la valoración curricular. En el único aspecto en el que coincidieron ambos perfiles fue en la falta de interés por los premios que se pudieran otorgar al centro.

«El reconocimiento es importante de cara a la carrera profesional» (Madrid/«jóvenes»); «Para mí el currículum es muy importante» (Madrid/«jóvenes»); «El currículum me da exactamente igual» (Madrid/«veteranos»).

Motivos de gestión

Los aspectos de gestión resultaron de especial interés para ambos perfiles de MAP, por cuanto que se relacionaban con el trabajo cotidiano. La VC constituiría una herramienta para facilitar el trabajo del MAP, siempre y cuando el diseño del programa garantice su implantación en tiempos razonables sin coste para el sistema sanitario. Además, debería ser una aplicación de fácil acceso, funcionamiento sencillo e intuitivo, e idealmente con acceso directo en la red a la información relevante. Por último, el apoyo de una sociedad científica al programa garantizaría seriedad y contenido científico.

«Esto te podría facilitar el trabajo» (Barcelona); «Es muy importante que esté bien hecho, bien diseñado. Esto es para facilitar el

trabajo» (Madrid/Sevilla); «Tener toda la información del paciente es importante» (Madrid/Barcelona).

«El apoyo de una sociedad científica le daría un contenido más serio, más científico» (Madrid); «Tiene que ser algo sencillo de manejar y que no se cuelgue cada 2 por 3» (Sevilla).

Frenos para aceptar la vía clínica

Aunque los frenos comentados para que los MAP aceptasen una VC fueron menos numerosos que las motivaciones, tenían gran importancia: requerimiento de tiempo o trabajo adicionales, burocratización excesiva, falta de percepción de utilidad práctica real, falta de respuesta por parte del especialista o consultor, desconocimiento informático y falta de remuneración. De todos ellos, el más importante, y el que sería más limitante para acogerse a los planes de la VC, fue el requerimiento de tiempo o trabajo adicional.

«Si no conlleva más tiempo y más trabajo, y favorece al paciente. . .» (Madrid/Barcelona/Sevilla/Bilbao); «Si no le ves la utilidad real y te lleva tiempo. . .» (Madrid/Barcelona); «Estoy solo y tengo 4-5 minutos por paciente. Si esto requiere tiempo, sería imposible» (Bilbao); «Hay muchos programas que han empezado y se han terminado a los 2-3 años» (Barcelona); «Si de repente el especialista se empieza a interesar por patologías que antes no le importaban, piensas: ¿qué habrá detrás?» (Madrid/Barcelona); «¿Hay intereses políticos y económicos? Probablemente. . .» (Madrid).

«Si es de los de arriba (gestores), será para darte más trabajo. Si viene de la SEMFyC/otra sociedad, habrá que ver quién lo implanta y por qué» (Madrid/Barcelona/Sevilla); «¿Quién se beneficia con esto?» (Madrid); «¿Va a tener tratamientos penalizados en atención primaria?» (Madrid/Barcelona/Sevilla).

Conocimientos de espondiloartritis en atención primaria

Los MAP asociaban simultáneamente «espondilitis: EA, artritis psoriásica, etc.» con otras afecciones musculoesqueléticas muy frecuentes, como la artrosis y la lumbalgia; de hecho, el término «espondilitis» resultó en exceso inespecífico para los MAP. Los MAP solo derivaban a los pacientes al especialista cuando necesitaban pruebas diagnósticas que no se pueden solicitar desde atención primaria, cuando lo demandaba el paciente o cuando el tratamiento era ineficaz. Por último, los MAP se cuestionaron la utilidad de una VC en una enfermedad que consideraban muy poco frecuente, que no amenaza la vida del paciente y que tiene un tratamiento poco agradecido, por lo que reconocieron que no suelen derivar a este tipo de paciente al especialista.

«¿Es E. anquilopoyética?, porque espondiloartropatías en general, es todo: artrosis y cualquier patología de la columna» (Madrid); «Afortunadamente, tampoco tenemos tantas, son poco frecuentes» (Sevilla/Madrid); «Espondilitis y fibromialgia son patologías que interesan poco o nada al especialista» (Barcelona); «No hay problema para derivar al paciente al reumatólogo, los ve rápido. El problema es que ellos no tienen armas terapéuticas» (Madrid).

«¿Qué sentido tiene hacer esto para patologías en las que se da un caso entre 2 millones de habitantes?» (Madrid); «Con esto no se salvarían vidas» (Barcelona); «Esta patología ósea poco la derivaríamos al especialista» (Barcelona); «Es una patología muy poco frecuente, poco agradecida, que no la quiere nadie: ni los traumas, ni los reumas ni nosotros» (Barcelona/Madrid).

Discusión

Este estudio cualitativo pone de manifiesto aspectos muy relevantes para la implantación de una VC que desee contar con la

colaboración de atención primaria y, en concreto, una VC dedicada a los pacientes con EspA. Por un lado, destaca la falta de conocimiento, pero sobre todo de expectativas, de los MAP en las EspA, hecho que sospechábamos como causa del retraso diagnóstico en la EA, pero que se compensa por una disposición muy positiva ante la formación y la colaboración al respecto. Por otro lado, se observa una disposición ambivalente hacia las VC, aportando datos sobre las motivaciones y barreras para su implantación. En concreto, entendimos que los MAP encontrarían dificultades para aceptar una VC que incrementara su carga de trabajo y que no fuese ágil e intuitiva, pero a la vez colaborarían en el caso que su participación redundara en el beneficio real del paciente y estuviera aprobado por sus superiores.

Un resultado reseñable de este estudio es que puso de manifiesto un aspecto clave que ya habíamos detectado previamente como fundamental para el establecimiento de VC eficientes, la retroalimentación. En el programa SERAP, mediante el cual se establecieron 34 unidades de artritis precoz (UAP), identificamos este factor como el de mayor asociación con una buena derivación desde primaria, por encima incluso de los esfuerzos de las unidades de reumatología en la formación de los MAP¹². El contacto mantenido entre los médicos responsables de dichas unidades y los médicos de atención primaria, especialmente con los facultativos que no derivaban bien a los pacientes, era fundamental para mejorar la eficiencia de la derivación a la UAP. De nuevo, en este estudio cualitativo se pone de manifiesto el descontento de los MAP, ante la ausencia de información por parte del especialista de los pacientes derivados a programas^{12,14}.

Así mismo destaca la importancia de la facilidad de uso y la operatividad de cualquier VC con los sistemas informáticos en uso, locales o a nivel de comunidad autónoma¹⁵⁻¹⁸.

Los resultados de este estudio fueron utilizados para el diseño de una VC en EspA en 25 áreas de salud, como piloto para su implantación a nivel nacional. Cada una de las barreras fue analizada y varias soluciones propuestas, adoptando finalmente la más factible¹⁹.

En resumen, si el objetivo es implantar una VC de EspA, con colaboración óptima de atención primaria es necesario: a) formalizar los procesos a través de un programa sencillo y aprobado por gerencia, que facilite al máximo la interacción con el especialista sin aumentar la carga de trabajo y que garantice la confidencialidad; b) permitir una retroalimentación de seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso, que incluya informes y recomendaciones sobre tratamiento y bajas, además de un consultor permanente, y c) proporcionar formación en EspA a los MAP, preferentemente acreditada y con valor curricular.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El estudio fue apoyado por la Fundación Española de Reumatología y una subvención de Pfizer Laboratorios.

Anexo 1. Grupo de Estudio Esperanza**Coordinador**

Collantes E, H. Reina Sofía, Córdoba

Investigadores

Mulero J, H. Puerta de Hierro, Madrid

De Miguel E, H. U. La Paz, Madrid

Muñoz Fernández S, H. Infanta Sofía, Madrid

Zarco P, F. H. Alcorcón, Madrid

Rivera J, H. Gregorio Marañón, Madrid

Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología

Carmona L

Gobbo M

Colaboradores

Castillo Gallego C, H. U. La Paz, Madrid

Rosas J, H. Marina Baixa, Villajoyosa

Santos G, H. Marina Baixa, Villajoyosa

Fernández Sueiro JL, H. U. Juan Canalejo, La Coruña

Pinto Tasende, H. U. Juan Canalejo, La Coruña

González Díaz de Rabago E, H. U. Juan Canalejo, La Coruña

Montilla C, H. U. de Salamanca, Salamanca

Gómez Castro S, H. U. de Salamanca, Salamanca

López R, H. U. de Salamanca, Salamanca

Del Pino Montes J, H. U. de Salamanca, Salamanca

Granados Bautista IP, H. Virgen de la Salud, Toledo

Hernández Sanz A, H. Virgen de la Salud, Toledo

Sanz Sanz J, H. Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid

Fernández Prada M, H. U. de Guadalajara, Guadalajara

Tornero J, H. U. de Guadalajara, Guadalajara

Campos C, H. G. U. de Valencia, Valencia

Calvo J, H. G. U. de Valencia, Valencia

Juanola X, H. U. de Bellvitge, Barcelona

Ríos V, H. U. de Bellvitge, Barcelona

Moreno E, H. de San Rafael, Barcelona

Rotés MI, H. de San Rafael, Barcelona

Ibero I, H. G. de Elda, Alicante

Fernández Carballido C, H. G. de Elda, Alicante

Jovaní V, H. G. de Elda, Alicante

Martínez Alberola N, H. G. de Elda, Alicante

Linares LF, H. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Moreno Ramos MJ, H. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Uceda A, H. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Moreno Martínez MJ, H. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Beteta MD, H. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Quevedo JC, H. U. Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

Rodríguez Lozano C, H. U. Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria

Trujillo E, H. U. de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

Bustabad S, H. U. de Canarias, Santa Cruz de Tenerife

Román Ivorra JA, H. U. Dr. Peset, Valencia

Muñoz Gil S, H. U. Dr. Peset, Valencia

Juan Mas A, H. Son Llätzer, Mallorca

Ros Vilamajó I, H. Son Llätzer, Mallorca

Ibáñez Barceló M, H. Son Llätzer, Mallorca

Castro Villegas MC, H. U. Reina Sofía, Córdoba

Gratacós Matmija J, H. Sabadell Corp. Parc Taulí, Barcelona

Moreno Martínez-Loza M, H. Sabadell Corp. Parc Taulí, Barcelona

Almodóvar R, H. Fundación Alcorcón, Madrid

Rejón E, H. U. Virgen de Valme, Sevilla

Rodríguez Montero S, H. U. Virgen de Valme, Sevilla

Ruiz Jimeno T, H. Sierrallana, Torrelavega

Aznar JJ, H. de Mérida, Mérida

Chamizo Carmona E, H. de Mérida, Mérida

Garrido Puñal, H. de Mérida, Mérida

Fernández Dapica P, H. 12 de Octubre, Madrid

Brito Brito E, H. Ramón y Cajal, Madrid

Eva Pérez Pampín, H. Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela

Bibliografía

- Collantes-Estévez E, Muñoz-Gomariz E. Espondiloartropatías. Concepto, clasificación y criterios diagnósticos. En: Sanmartín R, editor. Monografías SER. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 2004. p. 11–26.
- Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, et al. Prevalence of spondyloarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum.* 1998;41:58–67.
- Muñoz-Gomariz E, Císal del Mazo A, Collantes-Estévez E. Validación de criterios diagnósticos y de clasificación de las espondiloartropatías: Estudio multicéntrico en España. *Rev Esp Reumatol.* 1994;21:426–9.
- Guillemin F, Briancon S, Pourcel J, Gaucher A. Long-term disability and prolonged sick leaves as outcome measurements in ankylosing spondylitis. Possible predictive factors. *Arthritis Rheum.* 1990;33:1001–6.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Listing J, Akkoc N, Brandt J, et al. The Development of Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) Classification Criteria for Axial Spondyloarthritis (part II): validation and final selection. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:777–83.
- Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewé R, Akkoc N, Brandt J, Braun J, et al. The Assessment of Spondyloarthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:25–31.
- Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum.* 1984;27:361–8.
- Mulero J. Diagnóstico precoz de espondiloartritis. *Reumatol Clin.* 2007;3 Suppl. 2:S15–8.
- Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernandez-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER). *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:1309–15.
- Feldtkeller E, Bruckel J, Khan MA. Scientific contributions of ankylosing spondylitis patient advocacy groups. *Curr Opin Rheumatol.* 2000;12:239–47.
- Fernández-Carballido C. Diagnóstico precoz de las espondiloartropatías en España: el programa ESPeranza. *Reumatol Clin.* 2010;6:6–10.
- Villaverde V, Descalzo MA, Carmona L, Bascones M, Carbonell J. Características de una unidad de artritis precoz que mejoran la eficiencia de la derivación: encuesta a las unidades SERAP. *Reumatol Clin.* 2011;7:236–40.
- Glaser BG, Glaser BG, Strauss AL. The purpose and credibility of qualitative research. *Nurs Res.* 1966;15:56–61.
- Villaverde V, Balsa A, Martín-Mola E. Estrategias para un diagnóstico y tratamiento precoz de la artritis reumatoide. Implantación de consultas de artritis de reciente comienzo. *Sem Fund Esp Reumatol.* 2000;1:65–72.
- Appraisal of Guidelines for Research, Evaluation in Europe (AGREE) Collaborative Group. Guideline development in Europe. An international comparison. *Int J Technol Assess Health Care.* 2000;16:1039–49.
- García J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías clínicas. *Med Prev.* 1999;1:29–39.
- Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial.* 2001;16:199–207.
- Ruiz-López P, Alcalde J, Ferrándiz J. El diseño de la calidad: la gestión de vías clínicas en el contexto de planes de calidad. *Jano.* 2004;66:75–80.
- Muñoz-Fernández S, Carmona L, Collantes E, Mulero J, García-Yébenes MJ, de Miguel E, et al. A model for the development and implementation of a national plan for the optimal management of early spondyloarthritis: the Esperanza Program. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:827–30.