



Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

## Estado actual de la atención multidisciplinar para pacientes con artritis psoriásica en España: proyecto NEXUS 2.0



Rubén Queiro <sup>a,\*</sup>, Pablo Coto <sup>b</sup>, Beatriz Joven <sup>c</sup>, Raquel Rivera <sup>d</sup>, Teresa Navío Marco <sup>e</sup>, Pablo de la Cueva <sup>f</sup>, Jose Luis Alvarez Vega <sup>g</sup>, Basilio Narváez Moreno <sup>h</sup>, Fernando José Rodríguez Martínez <sup>i</sup>, José Pardo Sánchez <sup>j</sup>, Carlos Feced Olmos <sup>k</sup>, Conrad Pujol <sup>l</sup>, Jesús Rodríguez <sup>m</sup>, Jaume Notario <sup>n</sup>, Manel Pujol Busquets <sup>o</sup>, Mercè García Font <sup>p</sup>, Eva Galindez <sup>q</sup>, Silvia Pérez Barrio <sup>r</sup>, Ana Urruticoechea-Arana <sup>s</sup>, Merce Hergueta <sup>t</sup>, M. Dolores López Montilla <sup>u</sup>, Antonio Vélez García-Nieto <sup>v</sup>, Francisco Maceiras <sup>w</sup>, Laura Rodríguez Pazos <sup>x</sup>, Esteban Rubio Romero <sup>y</sup>, Lourdes Rodríguez Fernandez Freire <sup>z</sup>, Jesús Luelmo <sup>aa</sup> y Jordi Gratacós <sup>bb</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, ISPA, Oviedo, España

<sup>b</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, ISPA, Oviedo, España

<sup>c</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>d</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>e</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

<sup>f</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

<sup>g</sup> Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

<sup>h</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

<sup>i</sup> Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

<sup>j</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

<sup>k</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

<sup>l</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

<sup>m</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>n</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

<sup>o</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

<sup>p</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

<sup>q</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

<sup>r</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia, España

<sup>s</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Can Misses, Ibiza, Islas Baleares, España

<sup>t</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Can Misses, Ibiza, Islas Baleares, España

<sup>u</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

<sup>v</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

<sup>w</sup> Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

<sup>x</sup> Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

<sup>y</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>z</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

<sup>aa</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, I3PT, Sabadell, Barcelona, España

<sup>bb</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell, I3PT, Sabadell, Barcelona, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 20 de octubre de 2017

Aceptado el 17 de enero de 2018

On-line el 26 de febrero de 2018

#### Palabras clave:

Artritis psoriásica

Psoriasis

Atención multidisciplinar

Estándar de calidad

### R E S U M E N

**Objetivo:** 1) Analizar la implementación de los modelos de atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica (APs), y 2) definir estándares de calidad de mínimos y de excelencia.

**Métodos:** Se envió una encuesta a profesionales que ya realizan atención multidisciplinar o están en vías preguntando por: 1) tipo de modelo de abordaje multidisciplinar, y 2) grado, prioridad y facilidad de la implementación de los estándares de calidad de estructura, proceso y resultado. En 6 reuniones regionales se presentaron y discutieron los resultados de la encuesta, tanto a nivel nacional como regional, y se definió la prioridad definitiva de los estándares de calidad. En una reunión de grupo nominal, 11 expertos (reumatólogos y dermatólogos) analizaron los resultados de la encuesta y las reuniones regionales. Con ello definieron qué estándares de calidad son actualmente de mínimos y cuáles de excelencia.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rubenque7@yahoo.es (R. Queiro).

**Resultados:** Los modelos de atención multidisciplinaria conjunta y paralelo son los más implementados, y los de los estándares de calidad es muy variable: en los de estructura varía del 22 al 74%, en los de proceso del 17 al 54% y en los de resultado del 2 al 28%. De los 25 estándares de calidad originales, 9 se consideran solo de mínimos, 4 de excelencia y 12 tienen definidos unos criterios para ser de mínimos y otros para la excelencia.

**Conclusiones:** La definición de estándares de calidad de mínimos y de excelencia ayudará en la consecución del objetivo de la atención multidisciplinaria para pacientes con APs, que es la mejor asistencia sanitaria posible.

© 2018 Elsevier España, S.L.U.

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

## Current status of multidisciplinary care in psoriatic arthritis in Spain: NEXUS 2.0 project

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Psoriatic arthritis

Psoriasis

Multidisciplinary care

Quality standards for care

**Objective:** 1) To analyze the implementation of multidisciplinary care models in psoriatic arthritis (PsA) patients, 2) To define minimum and excellent standards of care.

**Methods:** A survey was sent to clinicians who already performed multidisciplinary care or were in the process of undertaking it, asking: 1) Type of multidisciplinary care model implemented; 2) Degree, priority and feasibility of the implementation of quality standards in the structure, process and result for care. In 6 regional meetings the results of the survey were presented and discussed, and the ultimate priority of quality standards for care was defined. At a nominal meeting group, 11 experts (rheumatologists and dermatologists) analyzed the results of the survey and the regional meetings. With this information, they defined which standards of care are currently considered as minimum and which are excellent.

**Results:** The simultaneous and parallel models of multidisciplinary care are those most widely implemented, but the implementation of quality standards is highly variable. In terms of structure it ranges from 22% to 74%, in those related to process from 17% to 54% and in the results from 2% to 28%. Of the 25 original quality standards for care, 9 were considered only minimum, 4 were excellent and 12 defined criteria for minimum level and others for excellence.

**Conclusions:** The definition of minimum and excellent quality standards for care will help achieve the goal of multidisciplinary care for patients with PAs, which is the best healthcare possible.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

## Introducción

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad crónica y progresiva que presenta un gran impacto en la calidad de vida del paciente<sup>1-4</sup>. En la práctica clínica habitual, muchos de ellos son evaluados por dermatólogos y reumatólogos de forma independiente, lo que hace que el proceso asistencial pueda no ser el óptimo desde un punto de vista clínico y del paciente, e incluso de la eficiencia del sistema<sup>5-7</sup>. Por ello, se han puesto en marcha en España distintas unidades para la atención multidisciplinaria del paciente con APs en las que reumatólogos y dermatólogos colaboran estrechamente<sup>8</sup>. Además, esta visión multidisciplinaria es recomendada por importantes organizaciones, como la European League Against Rheumatism<sup>9</sup>.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, durante el 2016 se desarrolló el proyecto NEXUS para fomentar y estandarizar la atención multidisciplinaria de pacientes con APs con el objetivo de garantizar una atención de máxima calidad para estos pacientes.

Para ello se analizaron los distintos modelos de atención multidisciplinaria implementados en nuestro país y se generaron estándares de calidad (estructura, proceso, resultado), así como indicadores de calidad<sup>10</sup>. Estos modelos y variables de calidad fueron, además, positivamente evaluados por los pacientes y los gerentes hospitalarios. Posteriormente, toda esta información se difundió a nivel regional para que reumatólogos y dermatólogos interesados en comenzar algún tipo de modelo de atención multidisciplinaria tuviesen un punto de partida.

Durante 2017 se ha puesto en marcha el proyecto NEXUS 2.0, con el fin de analizar la situación de los modelos de atención multidisciplinaria previamente implementados o en vías de implementación, así como la implementación de los estándares de calidad definidos en el proyecto anterior. Aunque en el NEXUS se recomendó una evaluación de los estándares a los 2 años, teniendo en cuenta todo lo anteriormente descrito, y en especial todas las barreras y las limitaciones descritas en el proyecto NEXUS para la implementación de los modelos en aquellos centros que ya los disponen, el análisis de los primeros meses de la difusión de estos modelos a centros con interés en implementarlos puede ayudar a la hora de evaluar posibles áreas de mejora y así generar nuevas propuestas para fomentar la implementación y que esta sea lo más efectiva posible.

Esto podría servir no solo de guía para aquellos profesionales que quieran iniciar una atención multidisciplinaria de pacientes con APs, sino también como base para ir evolucionando y mejorando esta atención multidisciplinaria.

## Métodos

### Diseño del estudio NEXUS 2.0

Estudio continuación del proyecto NEXUS, descrito a continuación. Los objetivos de esta nueva fase fueron: 1) analizar la implementación de los distintos modelos de atención multidisciplinaria para pacientes con APs, así como sus estándares de calidad, todo ello desarrollado durante la fase anterior, proyecto NEXUS, y 2) definir unos estándares de calidad de mínimos para favorecer y

fomentar la implementación de estos modelos. Para su consecución se ha seguido una metodología mixta y se ha realizado en 3 fases. La primera, cuantitativa, consistente en la cumplimentación y el análisis de una encuesta, y la segunda, en un estudio cualitativo, que a su vez consistió en reuniones regionales y una posterior reunión nacional.

#### Proyecto NEXUS

Estudio diseñado para fomentar y promover la atención multidisciplinar en la APs. Para ello se analizaron los modelos de atención multidisciplinar existentes en España y se generó una serie de estándares e indicadores de calidad para una correcta atención de estos pacientes. Parte de este estudio, la correspondiente al análisis de los modelos de atención multidisciplinar en APs, ha sido descrita previamente<sup>10</sup>. En resumen, este proyecto se realizó durante 2016, tras una revisión de la literatura sobre los distintos modelos de atención multidisciplinar en APs y otra revisión sistemática para buscar estándares e indicadores de calidad desarrollados para estos pacientes. Toda la información obtenida se presentó y discutió en una reunión de grupo nominal con los 24 expertos del proyecto, 12 reumatólogos y 12 dermatólogos, que realizan atención multidisciplinar en pacientes con APs en la práctica diaria. En ella, por un lado, se analizaron los distintos modelos de atención multidisciplinar en APs en España. Se describieron 12 modelos de atención multidisciplinar en APs diferentes, implementados desde hace al menos 1-2 años, que globalmente se agruparon en 3 subtipos diferentes: presencial conjunto, presencial paralelo y circuito preferencial. Por otro lado, también se definió una serie de estándares de calidad de estructura, proceso y resultado preliminares para estos modelos de atención multidisciplinar, así como sus correspondientes indicadores de calidad. Tras esta reunión, mediante entrevistas estructuradas e individuales a los 24 expertos, se recogieron datos que incluían el centro, el servicio y la población atendida, y sobre el modelo de atención multidisciplinar (tipo, recursos materiales y humanos, requerimientos de los profesionales, objetivos, criterios de entrada y salida, agendas, protocolos de actuación, responsabilidades, toma de decisiones, actividad investigadora y docente, sesiones clínicas conjuntas, creación/inicio, planificación, ventajas/desventajas del modelo y barreras/facilitadores en la implementación del modelo). También, tras la reunión, los estándares y los indicadores de calidad preliminares fueron votados en un Delphi, donde además del grado de acuerdo se evaluó su prioridad y su factibilidad a la hora de su implantación.

Pero además, tras todo lo anteriormente descrito, en 2 grupos focales, uno con pacientes con APs y otro con gestores hospitalarios,

se evaluaron tanto los modelos como los estándares y los indicadores provisionales, y se generaron comentarios que fueron, a su vez, tenidos en cuenta por los expertos. Con todo ello, se obtuvieron un total de 25 estándares de calidad y 24 indicadores de calidad definitivos. Esta fase final está pendiente de publicación.

En último lugar, toda esta información se difundió en reuniones regionales donde participaron, además de los 24 expertos del NEXUS, reumatólogos y dermatólogos interesados en implementar este tipo de atención multidisciplinar en sus centros (fig. 1).

#### Encuesta NEXUS 2.0

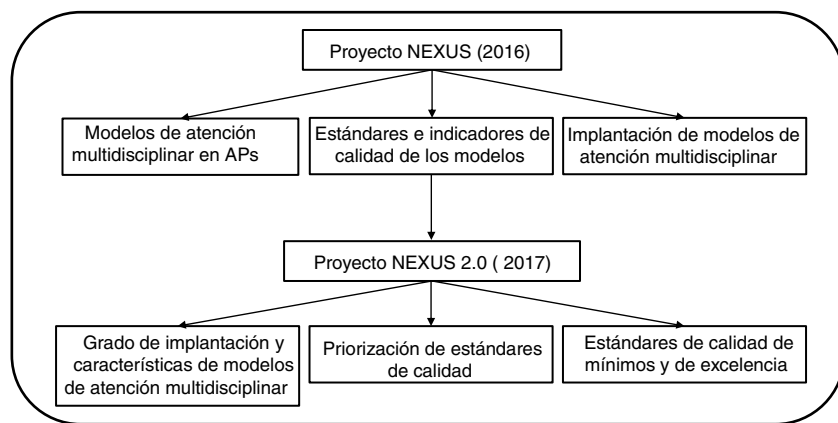
Se envió una encuesta *on-line* estructurada a los participantes del proyecto NEXUS (tanto a aquellos que ya estaban realizando la atención multidisciplinar como a los interesados en implementarla) en la que se preguntaba por: 1) tipo de modelo de abordaje multidisciplinar (conjunto, paralelo, circuito preferencial, otro, pendiente de creación); 2) grado de implementación de los estándares de calidad de estructura, proceso y resultado (sí/no); 3) prioridad en la implementación de los estándares de calidad (de 1 a 5, 1 = muy poco prioritario, 5 = muy prioritario), y 4) facilidad en la implementación de los estándares de calidad de estructura, proceso y resultado (de 1 a 5, 1 = muy fácil, 5 = muy difícil).

#### Reuniones regionales NEXUS 2.0

Se realizaron un total de 6 reuniones regionales en las que se presentaron los resultados de la encuesta tanto a nivel nacional como regional. Se discutieron los mismos así como las barreras y los facilitadores en la implementación de los modelos y de los estándares de calidad de estructura, proceso y resultado. Tras ello, se revaluó la prioridad de los estándares de calidad y se definió la prioridad definitiva de los mismos.

#### Reunión nacional NEXUS 2.0

En una reunión de grupo nominal, 11 expertos (reumatólogos y dermatólogos) en la atención multidisciplinar analizaron los resultados de la encuesta y las reuniones regionales. Con ello definieron qué estándares de calidad son actualmente de mínimos y cuáles de excelencia. Se consideran como estándares de calidad de mínimos aquellos que deben cumplirse siempre, independientemente del tipo de modelo de atención multidisciplinar. Por otro lado, los estándares de excelencia no serían de obligado cumplimiento pero dan un plus de calidad a aquellos centros que los cumplen y desde



Abreviaturas AP:s = artritis psoriásica

Figura 1. Desarrollo del proyecto NEXUS 2.0. APs: artritis psoriásica.

luego es el objetivo a implementar que todo modelo debe contemplar.

### Análisis estadístico

Se realiza un análisis descriptivo de los datos.

### Resultados

#### Implementación de los modelos de atención multidisciplinar en la artritis psoriásica y los estándares de calidad de estructura, proceso y resultado

Se incluyeron 50 centros, en los que el 79% ya tiene implementado un modelo de atención multidisciplinar para pacientes con APs. El tipo de abordaje multidisciplinar más frecuentemente implementado es el conjunto 38%, seguido del paralelo (27%) y el circuito preferencial (27%). El 8% refiere estar implementando un modelo que actualmente se asemeja al circuito preferencial pero que irá cambiando hacia uno conjunto o paralelo.

En cuanto al grado de implementación de los estándares de calidad definidos previamente en el NEXUS (tablas 1-3), este es muy variable. Entre los estándares de calidad de estructura (tabla 1), la

**Tabla 1**  
Grado de implantación de los estándares de calidad de estructura de los modelos de atención multidisciplinar para pacientes con APs

Estándar de calidad de estructura	Implantación
Estructura física adecuada y el equipamiento necesario	43%
Consulta correctamente señalizada	22%
Acceso a la sala de espera	43%
Responsable de la consulta identificados (reumatólogo)	48%
Responsable de la consulta identificados (dermatólogo)	52%
Acceso a cuidados de enfermería/auxiliar de enfermería	41%
Historia clínica electrónica	74%
Acceso a otros especialistas, pruebas de laboratorio e imagen cuando es necesario (RM, ecógrafo, etc.)	61%
Protocolo de actuación en la consulta de APs	31%

APs: artritis psoriásica; RM: resonancia magnética.

**Tabla 2**  
Grado de implantación de los estándares de calidad de proceso de los modelos de atención multidisciplinar para pacientes con APs

Estándar de calidad de proceso	Implantación
Acceso a una formación específica y estandarizada en APs	31%
Agenda específica y tiempo de consultas definidos	35%
Citas específicas <sup>a</sup>	39%
Criterios de entrada y salida definidos y conocidos por los servicios desde los que se deriva	35%
El manejo de los pacientes con APs se realiza con base en sus características clínicas, gravedad de la enfermedad, otros hallazgos clínicos, factores pronóstico, evidencia científica y preferencias de los pacientes	54%
Entrega de informe médico al paciente <sup>b</sup>	54%
Dar información al paciente sobre su enfermedad, tratamientos, pronóstico y otra información relevante <sup>c</sup>	54%
Recogida sistemática (de datos) de la actividad en consulta y los resultados de pacientes	41%
Generación e implantación de planes y estrategias para incrementar el conocimiento en APs y la colaboración entre profesionales	17%

APs: artritis psoriásica.

<sup>a</sup> «Citas específicas» hace referencia a la emisión de un papel o similar donde se indican todos los datos referentes al día, hora y demás información de una cita médica. «Agenda específica» hace referencia a una cuestión administrativa y es al reconocimiento de un espacio médico específico para esta actividad.

<sup>b</sup> A entregar en todas las visitas y debe contener datos básicos sobre su diagnóstico, evaluación y tratamiento (especialmente si hay cambios).

<sup>c</sup> Tanto oral como escrita, e incluye también todo lo referente a la atención multidisciplinar en la que se encuentra.

**Tabla 3**  
Grado de implantación de los estándares de calidad de resultado de los modelos de atención multidisciplinar para pacientes con APs

Estándar de calidad de resultado	Implantación
Evaluación sistemática y periódica de la actividad en consulta	20%
Evaluación sistemática y periódica de la actividad de la APs	28%
Evaluación sistemática y periódica de la función de la APs	20%
Evaluación sistemática y periódica de la seguridad	20%
Evaluación sistemática y periódica de la calidad de vida	19%
Evaluación sistemática y periódica de la satisfacción de los pacientes y profesionales implicados	6%
Evaluación sistemática y periódica de los costes	2%

APs: artritis psoriásica.

historia clínica electrónica está disponible en más del 70% de los centros pero la correcta señalización de la consulta solo en el 22% de los mismos. En los del proceso (tabla 2), está implementado en el 54% de los centros la entrega un informe médico al paciente, pero únicamente en el 17% se generan e implantan planes y estrategias para incrementar el conocimiento en APs y la colaboración entre profesionales. Sin embargo, llama la atención el porcentaje tan llamativamente bajo de la implementación de los estándares de calidad de resultado (tabla 3). Un 28% realiza una evaluación sistemática y periódica de la actividad de la APs, por contra, solo el 2% realiza una evaluación sistemática y periódica de los costes.

La prioridad en su implementación (material en el anexo), varía según el estándar pero en general es alta, especialmente para algunos de ellos. Se consideraron como los más prioritarios, en los estándares de estructura, la disposición de una estructura física adecuada y el equipamiento necesario, así como de protocolos de actuación en la consulta de APs; entre los de proceso, el manejar a los pacientes con APs con base en sus características clínicas, gravedad, etc., así como con base en las preferencias de los mismos, e informar al paciente sobre su enfermedad, tratamientos, pronóstico y otra información relevante. Por último, en los estándares de resultado, los estándares de calidad más prioritarios son la evaluación sistemática y periódica de la actividad de la enfermedad y de la seguridad del paciente.

Finalmente, en cuanto a la facilidad en la implementación (material en el anexo), a excepción de los estándares de calidad de resultado, la mayoría de los estándares de calidad de estructura y proceso son considerados como bastante fáciles de implementar.

Por otro lado, se recogieron las barreras u otras dificultades en la implementación de los estándares de calidad. En la tabla 4 se describen, destacando la falta de tiempo y de implicación de todos los actores, especialmente de gerencia y admisión.

#### Estándares de calidad de estructura, proceso y resultado de mínimos y máximos

La tabla 5 muestra los estándares de calidad de mínimos y de excelencia una vez todo lo anteriormente descrito fue discutido por los expertos. Algunos se consideran de mínimos, como el acceso a la sala de espera y que los responsables de la consulta estén perfectamente identificados; otros de excelencia, como la disposición de un ecógrafo en la consulta de atención multidisciplinar y en algunos se subespecifica qué nivel sería de mínimo y cuál de excelencia. Por ejemplo, para el estándar de calidad sobre el acceso a cuidados de enfermería/auxiliar de enfermería, se considera de mínimos el tener acceso a una enfermera/auxiliar de enfermería con cierto manejo y conocimiento de la APs y atención multidisciplinar, mientras que estándar de calidad de excelencia sería la disposición de enfermera/auxiliar de enfermería bien formada integrada en la unidad de atención multidisciplinar.

**Tabla 4**  
Barreras en la implantación de los estándares de calidad de estructura, proceso y resultado

<p><i>Estándares de estructura</i></p> <p>La formación en enfermería es limitada. La enfermería no tiene cultura de implicación en muchas ocasiones</p> <p>Falta de comunicación entre servicios</p> <p>Realizar los protocolos y mantenerlos actualizados conlleva tiempo</p> <p>No hay espacio físico en la mayoría de las consultas externas</p> <p>Mucha burocracia en general. No hay protocolos fáciles de derivación</p> <p>Existe una gran presión asistencial</p> <p>Desmotivación de los profesionales sanitarios</p> <p>Largas listas de espera (consulta, pruebas complementarias)</p> <p>Falta de esfuerzo para homogeneizar actuaciones, espacio del hospital, gerencia, etc.</p> <p>Falta de recursos humanos en general</p>
<p><i>Estándares de proceso</i></p> <p>Barreras administrativas (agenda y citación). No es fácil disponer de una agenda única o la imputabilidad de los pacientes a un servicio u otro</p> <p>Mucha burocracia en general</p> <p>Tiempo insuficiente para atender al enfermo</p> <p>Desmotivación de los profesionales sanitarios</p> <p>Gran presión asistencial</p> <p>Falta de desarrollo de protocolos de derivación</p> <p>Ausencia de plan funcional, de colaboración con gerencia/admisión</p> <p>Sistema informático no preparado para una captura eficiente de datos</p> <p>Falta de una estandarización clara de las medidas a emplear en la evaluación del paciente</p> <p>Fallos informáticos</p>
<p><i>Estándares de resultado</i></p> <p>Desmotivación de los profesionales sanitarios</p> <p>Falta de tiempo</p> <p>Ausencia de herramientas para recogida de datos, ausencia escalas de evaluación de satisfacción</p> <p>Sistema informático no preparado para una captura y análisis eficiente de datos</p> <p>Difícil la evaluación de los costes</p>

Siguiendo con los estándares de resultado, de nuevo algunos son considerados solo de mínimos, como la disposición de una agenda específica y tiempo de consultas definidos o el establecimiento de criterios de entrada y salida definidos y conocidos por los servicios. Otros son de excelencia como como la generación e implementación de planes y estrategias para incrementar el conocimiento en APs y la colaboración entre profesionales. Y, finalmente, varios tienen unas indicaciones para ser estándares de mínimos y otras para la excelencia. Es el caso de los estándares de calidad sobre la entrega de informe médico al paciente o el que hace referencia a la información que se le debe dar, donde sería de mínimos el hacerlo al inicio, alta, o si hay cambios significativos en el tratamiento, y de excelencia si se hace en cada visita.

Por último, en cuanto a los estándares de calidad de resultado, igualmente encontramos estándares de calidad que son de mínimos, como la evaluación sistemática y periódica de la seguridad; otros de excelencia, como la evaluación sistemática y periódica de los costes, y algunos en los que se concreta cómo serían de mínimos y como de excelencia.

## Discusión

En el presente documento hemos presentado los resultados del proyecto NEXUS 2.0, continuación del proyecto NEXUS. El objetivo final del proyecto NEXUS fue el de mejorar la atención, la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes con APs, así como en una mejor utilización de los recursos sanitarios<sup>10</sup>. Para ello se analizaron y caracterizaron en profundidad los distintos modelos implementados en nuestro país, que básicamente se agruparon en 3 formatos diferentes, modelo de atención conjunto, paralelo y circuito preferencial<sup>10</sup>. Pero una vez establecidos estos modelos de atención multidisciplinar, resulta imprescindible evaluar su actividad para poder demostrar su eficacia y evaluar áreas de mejora, tal y como se viene realizando en otros ámbitos de la Reumatología<sup>11-16</sup>. Por este motivo, además se definió, sobre la base de la mejor evidencia y experiencia, una serie de estándares e indicadores de calidad que fueron evaluados y refrendados por pacientes y gestores sanitarios.

En esta continuación del proyecto inicial hemos constatado, por un lado, el gran interés existente en el desarrollo de la atención multidisciplinar en la APs entre reumatólogos y dermatólogos, que se ha plasmado en la implementación de algún tipo de modelo de atención multidisciplinar en varios centros. Como esperábamos, dependiendo de las características y circunstancias de cada uno de ellos, el modelo implementado es variable, siendo el conjunto y el paralelo los más implementados.

Por otro lado, y con relación a la implementación de los estándares de calidad, existe una gran variabilidad. Destacamos, en primer lugar, el bajo grado de implementación de estándares de calidad de resultado. Tal y como se objetivó en las reuniones locales, una de las principales barreras en la implementación de los mismos, además de la falta de tiempo, es la inexistencia de un sistema de recogida de datos electrónico eficiente que permita seguir con los procesos y la actividad clínica habitual en consulta y que, al mismo tiempo, permita una recogida de datos en un formato (codificación) que posibilite la posterior explotación y análisis estadístico. Cambiar esta situación necesita de la implicación de diferentes actores incluyendo gerentes, informáticos y clínicos, hecho no exento de dificultades.

Con relación a los estándares de estructura, a pesar de ser el subgrupo de estándares que muestra mayor implementación, llama la atención que 2 tercios de los centros no disponen actualmente de un protocolo de actuación en la consulta de APs. Aunque muchos procesos clínicos están interiorizados, el desarrollo de protocolos consensuados en este sentido puede ayudar enormemente para disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Además, cualquier cuestión relacionada con la actividad en los distintos modelos (nivel de responsabilidad, actuaciones a seguir en caso de que algunos de los responsables no pueda acudir a la consulta, cómo se imputa la prescripción de terapias biológicas, etc.) que quede por escrito evitará confusiones u otro tipo de problemas.

También queremos destacar el bajo grado de implementación de estándares de proceso encaminados a la evaluación sistemática del paciente con APs, hecho ya constatado en otros estudios<sup>17</sup>. De nuevo, la gran presión asistencial con el consiguiente limitación del tiempo en consulta, así como la falta de un sistema eficiente para

**Tabla 5**  
Estándares de calidad de estructura, proceso y resultado de mínimos y de excelencia

Estándar de calidad	Mínimo	Excelencia	Observaciones
<b>Estructura</b>			
<i>Consulta correctamente señalizada</i>	X	X	Mínimo: que un paciente entre por la puerta del hospital y llegue a la consulta donde esté citado sin problemas Excelencia: unidad multidisciplinar Dermatología-Reumatología con los nombres de los responsables
<i>Acceso a la sala de espera</i>	X		
<i>Responsable de la consulta identificados (reumatólogo)</i>	X		
<i>Responsable de la consulta identificados (dermatólogo)</i>	X		
<i>Acceso a cuidados de enfermería/auxiliar de enfermería</i>	X	X	Mínimo: acceso a una enfermera/auxiliar de enfermería con cierto manejo y conocimiento de la APs y atención multidisciplinar Excelencia: disposición de enfermera/auxiliar de enfermería integrada en la unidad bien formada
<i>Historia clínica electrónica</i>		X	
<i>Acceso a otros especialistas, pruebas de laboratorio e imagen cuando es necesario (RM, ecógrafo, etc.)</i>	X	X	Mínimo: poder derivar y tener acceso Excelencia: derivación preferente sin listas de espera (como preferente)
<i>Protocolo de actuación en la consulta de APs</i>	X	X	Mínimo: documento resumen que al menos incluya los criterios de entrada y salida, protocolos diagnósticos y tratamiento (se siguen recomendaciones SER, EULAR, AEDV, etc.) Máximo: documento más extenso explicativo del anterior con procedimientos explícitos, responsabilidades, etc.
<i>Estructura física adecuada y el equipamiento necesario</i>			
<i>Que garantice intimidad (cerrojo, biombo) y buena visibilidad (ventana y luz natural)</i>	X	X	Excelencia: luz natural
<i>El mobiliario mínimo en cada despacho de consulta debe de ser: mesa, sillas, camilla (grande y eléctrica deseable), armario, percha, cajones, papelera de reciclaje, papelera normal</i>	X		
<i>Los aparatos/utensilios/instrumentos necesarios para la atención incluyen negatoscopio, cinta métrica, goniómetro, microscopio de luz polarizada, tensiómetro, tallímetro, báscula, registro iconográfico, fonendoscopio, kit de biopsias, infiltración, curas y material de cultivos</i>	X		
<i>Cuestionarios, calculadoras (físicos o electrónicos)</i>	X		
<i>Al menos un ordenador con conexión a Internet</i>	X	X	Mínimo: ordenador con intranet
<i>Impresora</i>	X	X	Mínimo: acceso a una impresora
<i>Teléfono</i>	X		
<i>Ecógrafo</i>		X	
<b>Proceso</b>			
<i>Acceso a una formación específica y estandarizada en APs</i>	X	X	Mínimo: haber acudido al menos en los 2 años previos a un evento relevante de la especialidad en la que se incluya como tema de interés la APs Excelencia: además de lo anterior tener más formación en este sentido
<i>Agenda específica y tiempo de consultas definidos</i>	X		
<i>Citas específicas</i>	X		
<i>Criterios de entrada y salida definidos y conocidos por los servicios</i>	X		
<i>El manejo de APs con base en características clínicas, gravedad de la APs, otros hallazgos clínicos, factores pronóstico, evidencia científica y preferencias de pacientes</i>	X		
<i>Entrega de informe médico al paciente</i>	X	X	Mínimo: al inicio, alta, si cambios significativos en el tratamiento Excelencia: en cada visita
<i>Dar información al paciente sobre su enfermedad, tratamientos, pronóstico y otra información relevante</i>	X	X	Mínimo: al inicio, alta, si cambios significativos en el tratamiento Excelencia: en cada visita
<i>Recogida sistemática (de datos) de la actividad en consulta y de resultados pacientes</i>	X	X	Excelencia: comorbilidad una vez al año
<i>Generación e implantación de planes y estrategias para incrementar el conocimiento en APs y la colaboración entre profesionales</i>		X	
<b>Resultado</b>			
<i>Evaluación sistemática y periódica de la actividad en consulta</i>	X		
<i>Evaluación sistemática y periódica de la actividad de la APs</i>	X	X	Mínimo: NAD, NAT, dactilitis, entesitis clínicamente evidentes, VGP, VGM, formas axiales BASDAI, PASI, BSA Excelencia: MASEI, MDA, cuestionario cumplimiento con el tratamiento una vez al año

**Tabla 5**  
(continuación)

Estándar de calidad	Mínimo	Excelencia	Observaciones
<i>Evaluación sistemática y periódica de la función de la APs</i>	X	X	Mínimo: HAQ/BSFI (si afectación axial) al inicio, alta, si cambios significativos en el tratamiento y una vez al año Excelencia: en cada visita
<i>Evaluación sistemática y periódica de la seguridad</i>	X		Mínimo: en cada visita (seguir las recomendaciones nacionales en este sentido)
<i>Evaluación sistemática y periódica de la calidad de vida</i>	X	X	Mínimo: DLQI, PsAID al inicio, alta, si cambios significativos en el tratamiento y una vez al año Excelencia: EVA prurito en cada visita
<i>Evaluación sistemática y periódica de la satisfacción de los pacientes y profesionales implicados</i>		X	Excelencia: al menos una vez al año
<i>Evaluación sistemática y periódica de los costes</i>		X	

AEDV: Academia Española de Dermatología y Venereología; APs: artritis psoriásica; BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; BSA: Body Surface Area; DLQI: Dermatology Quality of Life Index; EULAR: European League Against Rheumatism; EVA: escala visual analógica; HAQ: Health assessment Questionnaire; MASEI: Madrid Sonographic Enthesitis Index; MDA: Minimal Disease Activity; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAT: número de articulaciones tumefactas; PASI: Psoriasis Area Severity Index; PsAID: Psoriatic Arthritis Impact of Disease; RM: resonancia magnética; SER: Sociedad Española de Reumatología; VGM: valoración global del médico; VGP: valoración global del paciente.

la recogida de datos y la variabilidad en el tipo de variables a utilizar en la evaluación de la APs han podido contribuir decisivamente. En este sentido, recientemente un grupo de expertos ha estandarizado la evaluación clínica de pacientes con espondiloartritis axial y APs mediante la generación de un cuadro de actuación (proyecto ONLY TOOLS<sup>18</sup>), en el que, además de sistematizar la evaluación de estos pacientes sobre la base de la mejor evidencia y experiencia, se han generado distintos formatos de este cuadro de actuación para facilitar la recogida de datos.

Como hemos mostrado, en esta segunda fase del proyecto NEXUS se ha puesto de manifiesto que la factibilidad en la implementación de los estándares de calidad no es uniforme y que existe una serie de dificultades y otras barreras que no ayudan en este sentido. Por ello, pero teniendo siempre presente que el objetivo final que se persigue con la atención multidisciplinar, que es el de la excelencia clínica, el grupo de expertos del proyecto definió qué estándares de calidad serían de mínimos, es decir, estándares imprescindibles, y cuáles marcarían la atención excelente. Pero además, en algunos de los estándares de calidad se han definido niveles de mínimos y otros de excelencia. Consideramos que esta clasificación de estándares se ajusta de una manera más realista a las características de atención multidisciplinar que actualmente se practica en nuestro país y que servirá para motivar y ayudar a aquellos centros con mayor número de dificultades a la hora de implementar estos modelos y estándares. Finalmente, en este sentido queremos destacar que tanto en el análisis de situación, como con relación al desarrollo de estos estándares de mínimos, tanto reumatólogos como dermatólogos están totalmente alineados.

Por otro lado, queremos poner de manifiesto que este proyecto presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, los participantes tanto reumatólogos como dermatólogos, están especialmente interesados en la atención multidisciplinar, lo que puede hacer que estos datos no reflejen bien el estado actual en la atención multidisciplinar. Pero, teniendo en cuenta el alto número de participantes, consideramos que en cierta manera puede reflejar bien lo que sucede en nuestro país. También, y dado que gran parte de este estudio se ha basado en reuniones y opinión de los participantes (incluyendo una encuesta autodeclarada), igualmente puede no reflejar bien (como lo haría un estudio epidemiológico), la situación real de la atención multidisciplinar. Sin embargo, los mismos argumentos, barreras y facilitadores se han ido repitiendo, así como el acuerdo en este sentido entre reumatólogos y dermatólogos, lo que añade valor a lo presentado. Por otro lado, también hemos realizado una evaluación de la implantación con tiempo limitado, es decir, lo ideal probablemente hubiese sido hacerlo con más tiempo desde el desarrollo de los estándares e indicadores. Sin embargo, dadas las dificultades que hipotéticamente podrían tener los centros, se

decidió adelantar unos meses esta fecha para así poder ayudar lo antes posible en caso de dificultades y no perder la inercia de un proyecto que se inicia. Entre los estándares y los indicadores que hemos definido es posible que el lector eche en falta alguno de eficiencia. Debemos indicar que se seleccionaron intentando ser lo más realistas posible, pero teniendo en mente que se ha de aspirar a máximos en calidad, por lo que estos cambiarán en un futuro próximo y estamos convencidos de que incluirán indicadores «duros» de eficiencia. Finalmente, tampoco hemos realizado un análisis ajustado con los datos concretos sobre los centros evaluados. Este se realizará en próximos análisis de este proyecto.

En resumen, en el proyecto NEXUS 2.0 hemos seguido trabajando en la difusión y el desarrollo de modelos de atención multidisciplinar de calidad para pacientes con APs, pero ajustada a las características y las circunstancias de nuestro sistema nacional de salud. Así, una de las aportaciones más relevantes del proyecto NEXUS ha sido la de crear herramientas para asegurar una práctica homogénea, centrada en el paciente, basada en la mejor evidencia y experiencia, y capaz de definir desde los requisitos irrenunciables de calidad hasta la excelencia clínica. Este sistema además permite una autoevaluación para una continua mejora en la atención multidisciplinar. Es por ello que confiamos plenamente en que todo lo generado en este proyecto sea decisivo para alcanzar la excelencia clínica en la atención de pacientes con APs.

## Financiación

El proyecto se financió a través de la Universidad Rey Juan Carlos.

## Conflicto de intereses

Los autores no refieren conflictos de interés.

## Agradecimientos

A los doctores Javier Calvo Cátala, Cristina Campos Fernández, Amalia Rueda Cid, Manuel Velasco Pastor, Juan José Lerma Garrido, Dolores Pastor Cubillos, Angels Martínez Ferrer, Almudena Mateu Puchades, Gerard Pitarch, Encarna Montesinos Villaescusa, Juan Alberto Paz Solarte, Maite Abalde, Jose A. Mosquera, Jose Álvarez, Luis Fernández, Javier Concheiro, Jesús Ibáñez, Marisa Cristina Cáceres Cwiek, Laura Cuesta Montero, Laura García Fernández, Pedro Lloret Luna, Rafael Rojo España, Carolina Pereda Carrasco, Paloma Sánchez-Pedreño Guillén, Caridad Soria Martínez, Carmelo Tornero Ramos, María Rosario Oliva Ruiz, Rafael Méndez, María José Moreno Martínez, Luis Francisco Linares Ferrando, Manuel José Moreno Ramos, Encarnación Pagán García, Neus Alicia Quilis

Marti, Ana M. Carrizosa Esquivel, Juan Povedano Gómez, Gustavo Adolfo Añez Sturchio, María Picazo, Azucena Hernández Sanz, Cristina Schoendorff Ortega, Prudencio Ambrojo Antunez, Remedios Llorente Suárez, Francisco Domínguez de Luis, Antonio Cardenal Escarcena, María Torresano Andrés, Manuel Maqueda López.

### Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.reuma.2018.01.010](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.01.010).

### Bibliografía

- Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3:55–78.
- Cats A. Psoriasis and arthritis. *Cutis*. 1990;46:323–9.
- Torre Alonso JC, Rodríguez Perez A, Arribas Castrillo JM, Ballina García J, Riestra Noriega JL, Lopez Larrea C. Psoriatic arthritis (PA): A clinical, immunological and radiological study of 180 patients. *Br J Rheumatol*. 1991;30:245–50.
- Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM, Identification Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133:377–85.
- Boehncke WH, Menter A. Burden of disease: Psoriasis and psoriatic arthritis. *Am J Clin Dermatol*. 2013;14:377–88.
- Kennedy M, Papneja A, Thavaneswaran A, Chandran V, Gladman DD. Prevalence and predictors of reduced work productivity in patients with psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2014;32:342–8.
- Cortesi PA, Scalone L, d'Angiolella L, Belisari A, Fusco F, Olivieri I, et al. Systematic literature review on economic implications and pharmacoeconomic issues of psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30 4 Suppl 73:S126–31.
- Luelmo J, Gratacos J, Moreno Martínez-Losa M, Ribera M, Romani J, Calvet J, et al. A report of 4 years of experience of a multidisciplinary unit of psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatol Clin*. 2014;10:141–6.
- Gossec L, Smolen JS, Gaujoux-Viala C, Ash Z, marzo-Ortega H, van der Heijde D, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies. *Ann Rheum Dis*. 2012;71:4–12.
- Queiro R, Coto P, Rodríguez J, Notario J, Navio Marco T, de la Cueva P, et al. Multidisciplinary care models for patients with psoriatic arthritis. *Reumatol Clin*. 2017;13:85–90.
- Abad MA, Ariza RA, Aznar JJ, Batlle E, Beltran E, de Dios Canete J, et al. Standards of care for patients with spondyloarthritis. *Rheumatol Int*. 2014;34:165–70.
- García-Vicuna R, Montoro M, Egues Dubuc CA, Bustabad Reyes S, Gomez-Centeno A, Muñoz-Fernandez S, et al. Quality standards in a rheumatology Day-Care Hospital Unit The proposal of the Spanish Society of Rheumatology Day Hospitals' Working Group. *Reumatol Clin*. 2014;10:380–8.
- Nolla JM, Martínez C, García-Vicuna R, Seoane-Mato D, Rosario Lozano MP, Alonso A, et al. Quality standards for rheumatology outpatient clinic. The EXTRELLA project. *Reumatol Clin*. 2016;12:248–55.
- Stoffer MA, Smolen JS, Woolf A, Ambrozic A, Berghea F, Boonen A, et al. Development of patient-centred standards of care for osteoarthritis in Europe: The eumusc.net-project. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1145–9.
- Stoffer MA, Smolen JS, Woolf A, Ambrozic A, Bosworth A, Carmona L, et al. Development of patient-centred standards of care for rheumatoid arthritis in Europe: The eumusc.net project. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:902–5.
- Petersson IF, Strombeck B, Andersen L, Cimmino M, Greiff R, Loza E, et al. Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: The eumusc.net project. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:906–8.
- Casals-Sánchez JL, García de Yébenes Prous MJ, Descalzo Gallego MA, Barrio Olmos JM, Carmona Ortells L, Hernández García C, et al. Characteristics of patients with spondyloarthritis followed in rheumatology units in Spain. *emAR II study*. *Reumatol Clin*. 2012;8:107–13.
- Almodovar R, Torre Alonso JC, Batlle E, Castillo C, Collantes-Estevez E, de Miguel E, et al. Development of a checklist for patients with axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis in daily practice: ONLY TOOLS project. *Reumatol Clin*. 2017.