



Sociedad Española  
de Reumatología -  
Colegio Mexicano  
de Reumatología

# Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

## Norma de calidad para el manejo del paciente con artritis psoriásica: proyecto QUANTUM

Jesús Sanz Sanz<sup>a,\*</sup>, Emma Beltrán<sup>b</sup>, M. Consuelo Díaz-Miguel Pérez<sup>c</sup>, Cristina Fernández-Carballido<sup>d</sup>, Eva Galíndez<sup>e</sup>, Carlos García Porrua<sup>f</sup>, Jordi Gratacós<sup>g</sup>, Julio Medina<sup>h</sup>, Rubén Queiro<sup>i</sup>, Julio Ramírez<sup>j</sup>, Delia Reina<sup>k</sup>, Carlos Rodríguez Lozano<sup>l</sup>, Fernando José Rodríguez Martínez<sup>m</sup>, Esteban Rubio<sup>n</sup> y Raúl Veroz<sup>o</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital del Mar, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>d</sup> Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Elda, Elda, Alicante, España

<sup>e</sup> Servicio de Reumatología, Hospital de Basurto, Bilbao, España

<sup>f</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

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

<sup>h</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>i</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, SESPA, Oviedo, España

<sup>j</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, Barcelona, España

<sup>k</sup> Servicio de Reumatología, Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Sant Joan Despí, Barcelona, España

<sup>l</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

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

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

<sup>o</sup> Servicio de Reumatología, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de abril de 2018

Aceptado el 26 de junio de 2018

On-line el 24 de julio de 2018

Palabras clave:

Artritis psoriásica

Multidisciplinar

Norma de calidad

### R E S U M E N

**Objetivo:** Generar una norma de calidad para el manejo del paciente con artritis psoriásica (APs).

**Métodos:** Metodología cualitativa que incluyó: 1) dos grupos focales (uno con pacientes con APs y otro con especialistas no reumatólogos implicados en su cuidado); 2) revisión de la literatura publicada sobre documentos en el ámbito de la calidad asistencial en APs; 3) reunión de grupo nominal donde 15 expertos reumatólogos generaron, de forma consensuada, una serie de criterios de calidad así como fórmulas o medidas objetivas cuantificables para evaluarlas; 4) Delphi para establecer la factibilidad, prioridad y grado de acuerdo con los criterios de calidad, y 5) generación de estándares de calidad y sus atributos. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

**Resultados:** Se generaron 59 estándares de calidad, 18 de los cuales de cumplimiento obligatorio, agrupados en 4 bloques según unos objetivos específicos: 1) acortar el tiempo hasta el diagnóstico (n=6); 2) optimizar el manejo de la enfermedad (n=26); 3) mejorar la colaboración multidisciplinar (n=9), y 4) mejorar la monitorización (n=18). Para evaluar el cumplimiento de estos estándares en muchos casos se revisarán las historias clínicas. Otras fuentes serán la memoria del servicio y del hospital así como los buscadores bibliográficos. En cuanto al nivel de exigencia a la hora de considerar por cumplido el estándar, algunos son de tipo sí/no, otros están desde el 50 al 100%, y en este rango muchos en el 80%.

**Conclusiones:** Esta norma de calidad debe ayudar en la mejora de la calidad de atención para el paciente con APs.

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jesussanzsanz4@gmail.com](mailto:jesussanzsanz4@gmail.com) (J. Sanz Sanz).

## Quality standard for the management of patients with psoriatic arthritis: QUANTUM Project

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Psoriatic arthritis  
Multidisciplinary  
Quality standard

**Objective:** To generate a quality standard for the management of patients with psoriatic arthritis (PsA).  
**Methods:** We employed qualitative methodology that included: 1) Two focus groups (one with patients with PsA and another with non-rheumatologist specialists involved in the care of PsA patients); 2) A narrative literature review of published documents related to the quality of care in PsA; 3) A nominal group meeting in which 15 expert rheumatologists generated and reached a consensus on a series of quality criteria, as well as formulas or quantifiable objective measures to evaluate them; 4) The Delphi method to establish the feasibility, priority and agreement with the quality criteria; 5) A final generation of standards of care and their attributes. A descriptive analysis of the results was carried out.

**Results:** A total of 59 standards of care was generated, 18 of mandatory compliance, grouped into 4 blocks according to specific objectives: 1) early diagnosis (n = 6); 2) optimizing the management of the disease (n = 26); 3) multidisciplinary collaboration (n = 9); 4) monitoring improvement (n = 18). To assess compliance with these standards of care, in many cases, the medical records will be reviewed. Other sources will be the records of the service and hospital and bibliographic databases. Regarding the level of compliance, for some of the standards of care this is yes/no; for others, compliance ranges from 50% to 100% and, in this range, in many cases, compliance was 80%.

**Conclusions:** This set of standards of care should help improve quality of care in PsA patients.

© 2018 Published by Elsevier España, S.L.U.

## Introducción

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad multiorgánica, crónica y progresiva, potencialmente grave y compleja, que hace que estos pacientes deban ser evaluados y tratados correctamente desde la primera visita de forma indefinida<sup>1-4</sup>. En la práctica clínica habitual, se recomienda evaluar y manejar estos pacientes en función de datos clínicos objetivos teniendo siempre en cuenta la opinión del paciente a la hora de tomar decisiones<sup>5,6</sup>. Sin embargo, a pesar de disponer de numerosas guías nacionales e internacionales específicas, el estudio emAR II, realizado en nuestro país<sup>7,8</sup>, mostró que aproximadamente en el 60% de las historias clínicas no consta una evaluación de la afectación articular o la valoración global del paciente; en el 87% no aparece registrado un índice articular y en el 84%, un índice funcional.

Muchos de estos pacientes con APs, además, son seguidos por dermatólogos y reumatólogos de forma independiente, a lo que hay que añadir sus visitas a Atención Primaria (AP), que hace que el proceso asistencial pueda no ser el óptimo desde un punto de vista clínico, del paciente, e incluso del sistema<sup>9-11</sup>. Es por ello que en los últimos años han surgido distintas iniciativas, como las recomendaciones EULAR de 2012<sup>12</sup> o la implantación de modelos de atención multidisciplinar<sup>13,14</sup>, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención de dichos pacientes.

Por otro lado, se ha propuesto medir la calidad de la atención médica mediante el desarrollo e implantación de estándares de calidad<sup>15</sup>. Un estándar de calidad lo podemos definir como una declaración o criterio que puede utilizar un profesional o el público en general para medir la calidad de la práctica diaria. Señalan, explícitamente, el comportamiento esperado y deseado y se utilizan como guías para evaluar el funcionamiento y alcanzar la mejora continua. Se establecen con el fin de servir de referencia y para identificar variaciones en la práctica diaria y así poder aplicar las correcciones necesarias en el momento oportuno. Una vez desarrollados e implantados, por ejemplo, en un servicio médico, pueden facilitar el funcionamiento del servicio, proveen un modo para la resolución de problemas y fomentan la colaboración entre los miembros del servicio<sup>15-17</sup>.

Sobre la base de estos principios, en los últimos años en reumatología se han publicado distintos documentos relacionados para mejorar la calidad de la atención y asegurar la equidad, tanto a nivel

nacional como internacional<sup>18,19</sup>. Aunque la cantidad de iniciativas va aumentando, su número todavía es pequeño<sup>20-25</sup>.

Con base en todo lo anteriormente descrito, se puso en marcha el proyecto QUANTUM (*Quality Initiative To Improve Outcomes*), en el que, en una primera fase, se ha generado una norma de calidad que es la que se describe en esta publicación. Y, en una segunda fase, esta se aplicará en una serie de centros para su posterior acreditación.

## Métodos

El proyecto QUANTUM es un proyecto basado en la metodología cualitativa avalado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA). Su objetivo principal ha sido desarrollar una norma de calidad sobre la atención de pacientes con APs, para que los centros que así lo deseen puedan certificarse con este sello de calidad.

### Grupos focales

En primer lugar, se celebraron 2 grupos focales: uno con pacientes con APs y otro con especialistas (no reumatólogos, en concreto: médicos de AP, dermatólogos, endocrinos, cardiólogos y nefrólogos) implicados en el cuidado de estos pacientes. En ellos se abordó todo el proceso de atención a los pacientes con APs en el sistema sanitario español, desde que un paciente tiene síntomas hasta el tratamiento y seguimiento. Se elaboró un casillero tipológico para identificar los perfiles de los pacientes participantes que garantizaran su representatividad (asociados y no asociados, distintos grupos de edad, sexo, con corta y larga evolución de su enfermedad). De igual manera, se generó otro casillero tipológico específico para los especialistas (distintas edades, sexo y hospitales de referencia). Se elaboró para ambos grupos un mapa de discusión específico con el que se definieron una serie de prioridades (qué aspectos de la atención son especialmente importantes), así como las barreras y facilitadores ante los que nos encontramos para poder dar una atención de máxima calidad. La participación tanto de los pacientes como de los especialistas de estos grupos focales en el proyecto QUANTUM se limitó a esta actividad. Los resultados de los mismos, por otro lado, se tuvieron en cuenta por parte de los expertos (ver más adelante).

## Revisión de la literatura

Posteriormente se realizó una revisión de la literatura buscando documentos, en el ámbito de la calidad asistencial, como consensos<sup>26</sup>, guías de práctica clínica y proyectos relacionados como el QUANTUM internacional<sup>27</sup>, 2E<sup>25</sup>, NEXUS<sup>28</sup> o el ONLY TOOLS<sup>29</sup>. El objetivo de esta revisión fue el de recopilar indicadores y estándares de calidad relacionados con el manejo de pacientes con APs. Para ello se interrogó Medline desde su creación hasta enero de 2017 utilizando términos Mesh como [Quality of Health Care], términos en texto libre y se utilizó la herramienta de *Clinical Queries*.

## Reunión de grupo nominal y Delphi

Toda esta información recogida en los apartados anteriores (grupos focales y revisión de la literatura) se presentó y discutió en una reunión de grupo nominal, donde un total de 15 expertos generaron, de forma consensuada, una serie de criterios de calidad así como fórmulas o medidas objetivas cuantificables para ser evaluados. Estos criterios abarcan todo el proceso asistencial del paciente con APs, desde el inicio de sus síntomas hasta su monitorización a largo plazo, y otros elementos relacionados, como la formación de posgrado. Se agruparon en 4 categorías en función de una serie de objetivos generales: 1) acortar el tiempo hasta el diagnóstico; 2) optimizar el manejo de la enfermedad; 3) fomentar la colaboración multidisciplinar, y 4) mejorar la monitorización. Tras ello, mediante un Delphi, se analizó la factibilidad y prioridad de los criterios de calidad generados junto con el grado de acuerdo con los mismos.

## Desarrollo de la norma de calidad

Con la colaboración de la Fundación Ad Qualitatem, experta en auditorías de calidad, se reformularon los criterios de calidad a estándares de calidad para conformar así una norma. Una norma de calidad es un documento, establecido por consenso y aprobado por

un organismo reconocido (nacional o internacional), que proporciona para un uso común y repetido una serie de reglas, directrices o características para las actividades de calidad o sus resultados, con el fin de conseguir un grado óptimo de orden en el contexto de la calidad.

Todos estos estándares de calidad se desarrollaron con una estructura común que incluye: el requisito a cumplir, la justificación de por qué se ha seleccionado, el indicador de estándar de calidad, el nivel objetivo a alcanzar, las evidencias de cumplimiento, un campo de aclaraciones y el tipo de estándar, pudiendo ser un estándar de cumplimiento obligatorio (requisito indispensable si posteriormente un centro quiere certificarse) o no obligatorio (ver apartado de resultados). Se consideraron como obligatorios aquellos estándares con gran impacto en la calidad asistencial de los pacientes con APs, y que, en opinión de los expertos, son «irrenunciables».

Todo ello se circuló entre los 15 expertos para sus comentarios finales y aprobación.

## Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los estándares de calidad de la norma.

## Resultados

Finalmente, en la norma de calidad se incluyeron 59 estándares que hacen referencia a todo el proceso asistencial del paciente con APs. A continuación describimos y resumimos los principales atributos de los mismos (tablas 1-4).

### Acortar el tiempo hasta el diagnóstico

En este bloque (tabla 1) se han incluido 6 estándares de calidad —ninguno obligatorio— encaminados a facilitar la reducción del tiempo de diagnóstico de APs. Hacen referencia a la coordinación

**Tabla 1**  
Estándares de calidad para acortar el tiempo hasta el diagnóstico

#	Estándar	Indicador	Nivel objetivo	Evidencias del cumplimiento	Tipo de estándar
1	Deberá existir un interlocutor o persona de referencia en cada centro de salud de AP para la patología del aparato locomotor/servicio de reumatología	Existencia de un interlocutor en cada centro de salud para la patología del aparato locomotor/servicio de reumatología	Sí/No	Se solicitará el acta de nombramiento y sus funciones o alguna otra evidencia que pueda justificarlo	No obligatorio
2	Se facilitarán rotaciones a los residentes de familia y a los médicos de AP por los servicios de reumatología	N.º de rotaciones realizadas al año	5 residentes médico familia/año	Deberá haber evidencias de la realización de estas rotaciones, las cuales deben ser de $\geq 1$ mes de duración. Esta información debe quedar recogida en la memoria anual del servicio de reumatología	No obligatorio
3	El servicio de reumatología debería realizar consultorías o asesorías en cada centro de salud	El centro ha establecido una metodología para realizar consultorías o asesorías a los centros de salud	Sí/No	Registros de las asesorías realizadas	No obligatorio
4	El servicio de reumatología deberá realizar actividades de formación específicas en APs, destinadas a los centros de salud, con una periodicidad mínima anual	N.º de formaciones realizadas al año	Mínimo, una formación	Pueden ser la lista de asistentes, la documentación de la formación impartida, el plan de formación, etc.	No obligatorio
5	El servicio de dermatología debe contar con el protocolo de derivación a seguir ante la sospecha de APs	Existencia de un protocolo de derivación	Sí/No	El protocolo de derivación debe estar implantado y ser conocido por el servicio de dermatología	No obligatorio
6	El servicio de dermatología debe contar con un protocolo específico de <i>screening</i> para el cribado de APs	Existencia del protocolo específico de <i>screening</i>	Sí/No	El protocolo específico de <i>screening</i> debe estar implantado en el servicio de dermatología	No obligatorio

AP: atención primaria; APs: artritis psoriásica; N/A: no aplica.

**Tabla 2**  
Estándares de calidad para optimizar el manejo de la enfermedad

#	Estándar	Justificación	Indicador	Nivel objetivo	Evidencias del cumplimiento	Aclaraciones	Tipo de estándar
1	El centro debe contar con una consulta de enfermería que disponga de tiempo y con los recursos necesarios (materiales adecuados y actualizados para los pacientes con APs)	El objetivo es identificar el tiempo necesario para tener una atención individualizada con cada paciente y garantizar su adecuada prestación	Existencia de consulta de enfermería	Sí/No	Se verificará que se ha establecido un tiempo para la consulta de enfermería y que la consulta cuenta con material adecuado y actualizado	El servicio de reumatología debe tener una enfermera asignada y se debe garantizar el tiempo de atención a los pacientes (20 min). El material adecuado se refiere a la información que se le entregará, que debe estar actualizado y ser específico de APs (evitando, en la medida de lo posible, material «genérico»)	Obligatorio
2	La consulta donde se preste atención a los pacientes con APs debe disponer o tener acceso permanente a un ordenador, báscula, tallímetro y microscopio	La consulta deben contar con los recursos técnicos necesarios para poder realizar correctamente la prestación del servicio	La consulta debe tener acceso a los recursos enunciados	Sí/No	Se verificará que las consultas cuenten con los recursos necesarios y que los equipos que lo precisen estén correctamente mantenidos	N/A	No obligatorio
3	Las consultas externas donde se prestará la asistencia a los pacientes de APs deben ser accesibles y estar señalizadas	El objetivo es garantizar que el acceso a las consultas externas de reumatología tenga unas instalaciones accesibles, ya que son enfermos que pueden tener una movilidad reducida, y estas consultas deben estar claramente señalizadas	El área de consultas externas debe ser accesible y estar claramente señalizada	Sí/No	Se evidenciará que las consultas externas cumplen con los requisitos de accesibilidad y están señalizadas	N/A	No obligatorio
4	Los pacientes con APs deben tener un acceso a un puesto administrativo propio asignado a los pacientes del servicio de reumatología, ubicado en las instalaciones del servicio y que gestione las agendas de reumatología	Con el objetivo de facilitar las gestiones que tiene que realizar el paciente dentro de las consultas externas, el servicio de reumatología debe tener un puesto administrativo propio para estos pacientes	Existencia de un puesto administrativo propio para los pacientes de reumatología o de cualquier medio propuesto por el servicio, que facilite estas gestiones al paciente	Sí/No	Se evidenciará la existencia de un puesto administrativo o el medio propuesto por el servicio con el objetivo de facilitar estas gestiones	N/A	No obligatorio
5	Los centros que traten a los pacientes con APs deben tener acceso a ecógrafo y RM	La realización de estas pruebas facilita el diagnóstico de la APs	Los centros deben tener acceso al ecógrafo y a la RM	Sí/No	Se verificará que el centro cuenta con ecógrafo y RM y que se tiene acceso a las mismas	N/A	No obligatorio
6	En el servicio de radiología de los hospitales donde se traten a los pacientes con APs debe existir un equipo dedicado específicamente al aparato locomotor	Tener un equipo (o persona) dedicado en el servicio de radiología al aparato locomotor mejora el diagnóstico de estos pacientes	Existe un equipo de radiólogos dedicado al aparato locomotor que trata a los pacientes con APs	Sí/No	Se evidenciará que haya unas personas dedicadas específicamente al aparato locomotor	Se aplicará solamente en hospitales medianos o grandes	No obligatorio
7	En el catálogo de farmacia del centro deben estar accesibles todas las dianas autorizadas para la APs en cada momento	El objetivo es que todos los centros tengan acceso a las dianas terapéuticas autorizadas en el mercado	El catálogo de farmacia del centro incluye todas las dianas autorizadas	Sí/No	Se auditará el catálogo de farmacia	N/A	No obligatorio

Tabla 2 (continuación)

#	Estándar	Justificación	Indicador	Nivel objetivo	Evidencias del cumplimiento	Aclaraciones	Tipo de estándar
8	Los servicios deberán participar y desarrollar actividades de formación exclusiva en APs y programas de formación continuada en APs	Actualizar los conocimientos en APs de los miembros del servicio	N.º de actividades de formación realizadas. N.º de personas que han participado en las actividades de formación	Una actividad de formación al año	Se solicitarán los certificados de las formaciones realizadas	Deberán realizar una planificación de la formación continuada, como acciones puntuales de los trabajadores de los servicios	Obligatorio
9	Se verificará que la APs debe formar parte de la formación de pre/posgrado	El objetivo es hacer hincapié en la importancia de la formación para tratar adecuadamente la APs	Existencia de formación sobre APs pre/posgrado	Sí/No	En los hospitales universitarios se verificará en docencia que, para reumatología, se haya incluido formación específica de APs para pregrado. En posgrado los residentes de reumatología se considera que tienen formación específica de APs	N/A	No obligatorio
10	El servicio de reumatología debe contar con un protocolo específico de asistencia para pacientes con APs	El manejo de los pacientes con APs debe estar estandarizado y realizarse según un protocolo específico, que debe seguirse y actualizarse periódicamente	Existencia de un protocolo específico de asistencia para pacientes con APs	Sí/No	Se evidenciará que el protocolo está implantado en el servicio de reumatología	N/A	No obligatorio
11	El servicio de dermatología deberá tener alguna infografía informativa (en forma de póster/folleto... ) visible en la consulta con el objetivo de ayudar a identificar los síntomas sugestivos de APs	El objetivo de la realización de los documentos gráficos es ayudar a la detección de la APs	Existencia de infografía informativa en la consulta	Sí/No	Existencia de infografía la cual debe estar situada en un lugar visible para los pacientes	N/A	No obligatorio
12	El servicio de dermatología debe facilitar el acceso a una información precoz sobre la posible evolución de la psoriasis y síntomas sugestivos de APs	El objetivo es empoderar al paciente mediante la información sobre su enfermedad para mejorar el autocuidado y la toma de decisiones	Facilitar el acceso a una información precoz sobre la evolución de la psoriasis y síntomas sugestivos de APs al paciente	Sí/No	Se evidenciará la información entregada al paciente	Se recomienda dar información escrita al paciente sobre la posible evolución de la psoriasis y síntomas sugestivos y registrar la entrega en la historia clínica	No obligatorio
13	Se deben ofrecer consejos generales por escrito a los pacientes con APs	Estos consejos están enfocados a mejorar la calidad de vida y el manejo de comorbilidades	Existe información sobre consejos generales al paciente con APs	Sí/No	Se revisará la información entregada al paciente	N/A	No obligatorio
14	Se deberá facilitar la información sobre las asociaciones de pacientes	El objetivo de este indicador es informar al paciente de aquellos recursos que puedan facilitar o mejorar la calidad de vida de los mismos, entre ellos, las asociaciones de pacientes	Se facilita información sobre las asociaciones de pacientes	Sí/No	Se solicitarán evidencias de cómo se entrega esta información	Esta información puede ofrecerse mediante folletos de las propias asociaciones en las consultas, o bien en un apartado específico dentro del informe médico entregado al paciente. Este indicador solo será evaluado en aquellos centros que cuenten con una asociación de pacientes dentro de su zona de influencia	No obligatorio

Tabla 2 (continuación)

#	Estándar	Justificación	Indicador	Nivel objetivo	Evidencias del cumplimiento	Aclaraciones	Tipo de estándar
15	Se deberá facilitar información <i>online</i> veraz para los pacientes, a través de la <i>web</i> del hospital o del servicio o facilitando el acceso a otras <i>webs</i> , como la página de la SER	El objetivo de este indicador es facilitar al paciente información <i>online</i> veraz sobre la APs evitando que el paciente acceda a fuentes erróneas de información	Se facilita información <i>online</i> veraz para pacientes	Sí/No	En función del sistema elegido por el centro para facilitar información <i>online</i> se verificará cómo se facilita la misma	N/A	No obligatorio
16	Los tiempos mínimos de evaluación establecidos en las agendas de reumatología deben ser de 30 min para las primeras consultas y de 20 min para las consultas sucesivas	Se consideran esos tiempos como los recomendables para una buena prestación asistencial	Duración de las primeras consultas de 30 min. Duración de las consultas sucesivas de 20 min	100%	Se auditarán las agendas de consultas de reumatología para evidenciar que se han establecido esos tiempos mínimos de evaluación	N/A	No obligatorio
17	Los pacientes con APs deben ser siempre evaluados por el mismo reumatólogo	Que el paciente sea siempre evaluado por el mismo reumatólogo facilita que el especialista tenga mejor información sobre la evolución de la APs en el paciente, además de mejorar la atención	Los pacientes deben tener un reumatólogo único asignado	80%	Se auditarán historias clínicas para garantizar que cada paciente tiene un reumatólogo asignado y se mantiene en las distintas consultas	Se asume que puede haber cambios, como bajas o vacaciones de los especialistas, pero la tendencia general es que el paciente tenga un reumatólogo asignado que se mantenga en el tiempo	No obligatorio
18	En la historia clínica del paciente debe figurar la fecha del diagnóstico articular realizado y el inicio de los síntomas de la psoriasis y la forma específica de afectación de ese paciente (forma periférica, axial, mixta, etc.)	El objetivo de este indicador es asegurar y estandarizar la información que debe incluir la historia clínica	Registro, en la historia clínica, de la fecha del diagnóstico articular realizado, el inicio de los síntomas de psoriasis y la forma específica de afectación	80%	Se auditarán las historias clínicas	N/A	Obligatorio
19	Evaluación de la «indexación» de los pacientes con APs	El objetivo de la evaluación de la indexación de los pacientes es ver nuevos diagnósticos	El diagnóstico debe estar codificado	Sí/No	Se auditarán las historias clínicas	Se refiere a la codificación y al registro de la APs con distintos nombres con el objetivo de que el centro pueda extraer esta información y analizarla	No obligatorio
20	La historia clínica debe incluir: antecedentes familiares, consumo de tabaco, alcohol, la frecuencia con la que realiza ejercicio físico (tipo de ejercicio y horas aproximadas de ejercicio a la semana), situación laboral, comorbilidades y una actualización periódica (mínimo semestral) del tratamiento que está tomando el paciente en el momento de la consulta	El objetivo de este indicador es asegurar y estandarizar la información que debe incluir la historia clínica y establecer la periodicidad de revisión del tratamiento del paciente	Registro en la historia clínica del paciente de los antecedentes familiares, el consumo de tabaco, alcohol, la actividad física diaria, la situación laboral, las comorbilidades y la revisión del tratamiento	70%	Se auditarán las historias clínicas	Todos los ítems anteriormente mencionados deben estar documentados de forma clara en la historia clínica	Obligatorio

Tabla 2 (continuación)

#	Estándar	Justificación	Indicador	Nivel objetivo	Evidencias del cumplimiento	Aclaraciones	Tipo de estándar
21	Se evaluará la existencia de un registro o base de datos de los pacientes con APs que incluya el diagnóstico, la forma clínica de presentación y su tratamiento	Los servicios deben tener un registro o base de datos de pacientes que incluya el diagnóstico, la forma clínica de presentación y su tratamiento	Existencia de un registro o base de datos de los pacientes con APs	Sí/No	Existencia de base de datos o registro de pacientes con APs	N/A	No obligatorio
22	En pacientes con APs periférica se deberá dejar registro, al diagnóstico, del FR	Se solicitan estas pruebas complementarias, para la valoración de otros biomarcadores	Registrar al diagnóstico el FR	80%	Se auditarán las historias clínicas	N/A	Obligatorio
23	En pacientes con APs, se deberá registrar al diagnóstico, y cuando se inicia el tratamiento, las serologías para los virus de las hepatitis B y C	Se solicitan pruebas complementarias para la valoración de situación ante determinadas infecciones virales	Registro al diagnóstico y al inicio del tratamiento de la realización de las serologías para los virus B y C	80%	Se auditarán las historias clínicas	N/A	Obligatorio
24	En pacientes con APs, se deben realizar e incluir las radiografías de manos/pies, pelvis, tórax y articulaciones sintomáticas	El objetivo de realizar estos estudios radiológicos es facilitar el diagnóstico de la APs	Realización de las radiografías de manos/pies, pelvis, tórax y articulaciones sintomáticas	70%	Se auditarán las historias clínicas	N/A	Obligatorio
25	En los pacientes con APs periférica se debe utilizar el MDA, DAPSA o cualquier otro índice de actividad global validado, quedando registrados de forma anual en la historia clínica todos los apartados que componen este índice	El MDA es un método para evaluar el estado de remisión, o mínima actividad, que es adecuado para la toma de decisiones y la utilización en un esquema de tratamiento por objetivos	Realización del MDA, DAPSA o cualquier otro índice de actividad global validado, de forma anual	50%	Se auditarán las historias clínicas	Aunque no figure el dato del resultado final, sí deben estar recogidos todos los ítems que lo configuran, para conseguir su resultado final	No obligatorio
26	El servicio de reumatología contará con un protocolo de acceso con el servicio de salud mental del área, para la atención de aquellos pacientes que necesiten apoyo psicológico	El objetivo de este indicador es contar con el apoyo de un psicólogo clínico por la prevalencia de ansiedad y depresión que tienen estos pacientes	Existe un protocolo de acceso	Sí/No	Se auditará que exista un protocolo de acceso con el servicio de salud mental del área	N/A	No obligatorio

APs: artritis psoriásica; DAPSA: *Disease Activity in Psoriatic Arthritis*; FR: factor reumatoide; MDA: *Minimal Disease Activity*; N/A: no aplica; RM: resonancia magnética; SER: Sociedad Española de Reumatología.

**Tabla 3**  
Estándares de calidad para mejorar la colaboración multidisciplinaria

#	Estándar	Indicador	Nivel objetivo	Evidencias del cumplimiento	Tipo de estándar
1	Se facilitará a los residentes de dermatología hacer una rotación con una duración mínima de un mes en el servicio de reumatología para formarlos en APs. Igualmente, se facilitará a los residentes de reumatología hacer una rotación con una duración mínima de un mes en dermatología	N.º de residentes que realizan rotaciones en el servicio de reumatología para formarlos en APs. N.º de residentes que realizan rotaciones en el servicio de dermatología para formarlos en APs	Al menos un residente al año	Registro de la rotación realizada	No obligatorio
2	Se recomienda desarrollar jornadas multidisciplinarias hospitalarias en el manejo de la APs	N.º de jornadas realizadas	Realización de una jornada anual	Ver programa de la jornada realizada	No obligatorio
3	Se realizarán sesiones conjuntas de los servicios de dermatología y reumatología con una periodicidad mínima cuatrimestral	N.º de sesiones realizadas	Mínimo de 3 sesiones al año	Se solicitarán al centro, entre otros, los registros que evidencien la realización de estas sesiones conjuntas, como pueden ser el calendario de sesiones derma-reuma	Obligatorio
4	Los servicios de dermatología y reumatología deben colaborar de forma estructurada y periódica para la evaluación y seguimiento de pacientes con APs	Existe una metodología de colaboración entre los 2 servicios	Sí/No	Evidenciar la metodología de colaboración entre los 2 servicios y el acta de las reuniones de la comisión de terapias biológicas	Obligatorio
5	Se deberá poder evidenciar el trabajo colaborativo entre los servicios de reumatología y dermatología mediante los registros del servicio de admisión	Existencia del trabajo colaborativo entre los servicios de reumatología y dermatología	Sí/No	Dependerá de la organización del centro; algunos disponen de consultas conjuntas, otros de consultas multidisciplinarias en APs. En cualquier caso, en admisión debe quedar constancia de las mismas	No obligatorio
6	El servicio de dermatología y el de reumatología realizarán protocolos conjuntos, para la decisión y puesta en común del uso de terapias biológicas	Existencia de protocolos para el uso de terapias biológicas	Sí/No	La realización de protocolos para el uso de terapias biológicas y la implantación de los mismos	No obligatorio
7	Se evaluará la existencia de un protocolo de vacunación en el servicio y del circuito de derivación con medicina preventiva para la actualización del calendario vacunal en los pacientes con APs	Existe un circuito de derivación con medicina preventiva para la actualización del calendario vacunal y la existencia de un protocolo de vacunación en el servicio reumatología	Sí/No	Existencia de un circuito de derivación con medicina preventiva y del protocolo de vacunación en el servicio	No obligatorio
8	Se analizará la presencia de las mismas pruebas duplicadas en varios servicios en un intervalo de un mes	N.º de pruebas duplicadas por paciente en un mes	0	Se auditarán historias clínicas	No obligatorio
9	Los servicios de dermatología y reumatología deberán realizar al menos un proyecto de investigación conjunto sobre la APs	Realización de un proyecto de investigación conjunto	Un proyecto de investigación	Se auditará la documentación del proyecto, quedando este registrado en la memoria de investigación	No obligatorio

APs: artritis psoriásica; N/A: no aplica.

y colaboración con AP, por ejemplo, mediante el desarrollo de asesorías o consultorías en los centros de salud, con rotaciones de residentes de familia y médicos de AP en reumatología u otras actividades formativas. También hacen referencia a 2 procesos relevantes de cara a facilitar un diagnóstico precoz a realizar en los servicios de dermatología, que son la implementación de protocolos para el cribado y protocolos de derivación a reumatología ante la sospecha de APs.

En cuanto a una posible acreditación, se consultarán distintos documentos para evaluar si los estándares de calidad se cumplen, como actas de nombramiento, memoria del servicio y otros registros clínicos y administrativos.

#### Optimizar el manejo de la enfermedad

Se han generado 26 estándares de calidad (tabla 2), 7 de ellos de cumplimiento obligatorio, para optimizar el manejo de la APs, algunos relacionados con los recursos que influyen en la prestación del servicio tanto de infraestructuras como los recursos humanos, la formación del profesional, y la información al paciente y los protocolos de asistencia.

Como comentamos previamente, parte de los mismos hacen referencia a la estructura del centro y del servicio, tanto en térmi-

nos de materiales, dotación y sus características como de recursos humanos. En este sentido, destacamos que se ha generado un estándar de calidad específico sobre enfermería que es uno de los de cumplimiento obligatorio y según el cual, el centro debe contar con una consulta de enfermería que disponga del tiempo y los materiales necesarios. En lo que respecta a la dotación, se propone, por ejemplo, que en la consulta donde se preste atención a los pacientes con APs se disponga de (o se tenga acceso a) un ordenador, microscopio, que se tenga acceso a la ecografía o resonancia magnética o que el catálogo de farmacia del centro debe tener accesibles todas las dianas autorizadas para la APs en cada momento.

En relación con la formación del personal, es preciso señalar que esta norma incluye un estándar de cumplimiento obligatorio por el que los servicios deberán participar y desarrollar actividades de formación exclusiva y continuada en APs (y programas de formación continuada en APs). Otro de ellos evaluará que en el servicio de radiología de los hospitales donde se traten a los pacientes con APs se disponga de un equipo dedicado específicamente al aparato locomotor, aunque este no es obligatorio.

Tampoco son de cumplimiento obligatorio varios de los estándares de calidad que hacen referencia a la disposición de protocolos de asistencia para los pacientes con APs, a la información que se da al paciente, a la continuidad asistencial (que los pacientes sean



**Tabla 4**

Estándares de calidad para mejorar la monitorización

#	Estándar	Justificación	Indicador	Nivel objetivo	Evidencias del cumplimiento	Aclaraciones	Tipo de estándar
1	En la historia clínica de un paciente con APs, debe recogerse, como mínimo anualmente, una exploración física general, que contenga auscultación, perímetro abdominal, peso y talla	El objetivo de este indicador es asegurar y estandarizar la información que debe incluir la historia clínica en la revisión anual	Registro anual de la exploración física general con auscultación, perímetro abdominal, peso y talla	80%	Se auditarán las historias clínicas	Todos los ítems anteriormente mencionados deben estar recogidos de forma clara en la historia clínica con la periodicidad indicada	No obligatorio
2	En la historia clínica de los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología, debe constatarse que se han realizado preguntas específicas sobre el aparato locomotor con una periodicidad mínima anual	El objetivo de este indicador es asegurar que el servicio de dermatología realiza preguntas específicas sobre el aparato locomotor con periodicidad mínima anual	Realización y registro de preguntas específicas sobre el aparato locomotor	80%	Se auditarán las historias clínicas	Se podrá evidenciar mediante respuestas de tipo: no dolor, no inflamación	No obligatorio
3	En la historia clínica de un paciente con APs, debe recogerse, como mínimo en 2 visitas consecutivas de 6 meses o más anuales programadas, una exploración cutánea general, con referencia a la afectación cutánea y ungueal	El objetivo de este indicador es asegurar y estandarizar la información que se debe incluir en las visitas anuales programadas	Realización y registro en las visitas anuales programadas de una exploración cutánea general con referencia a la afectación cutánea y ungueal	80%	Se auditarán las historias clínicas	Todos los ítems anteriormente mencionados deben estar recogidos de forma clara en la historia clínica con la periodicidad indicada	No obligatorio
4	En la historia clínica de un paciente con APs con afectación articular periférica, debe recogerse, como mínimo en 2 visitas consecutivas de 6 meses o más, el NAT, NAD, la presencia o no de dactilitis y entesitis (así como su número)	El objetivo de este indicador es asegurar y estandarizar la información que debe incluir la historia clínica en las 2 visitas anuales programadas de los pacientes con APs con afectación articular periférica	Registro de la información solicitada en las 2 visitas anuales programadas	70%	Se auditarán las historias clínicas	Todos los ítems anteriormente mencionados deben estar recogidos de forma clara en la historia clínica	Obligatorio
5	En la historia clínica de un paciente con APs con forma axial, debe recogerse, como mínimo anualmente, una exploración física de caderas, expansión torácica, rotación cervical y Schöber o Schöber modificado	El objetivo de este indicador es asegurar y estandarizar la información que debe incluir la historia clínica anualmente en los pacientes con APs con forma axial	Registro de la información solicitada anualmente	80%	Se auditarán las historias clínicas	Todos los ítems anteriormente mencionados deben estar recogidos de forma clara en la historia clínica	Obligatorio
6	Se deberá realizar como pruebas complementarias al paciente con APs, al menos en las 2 visitas consecutivas de 6 meses o más, hemograma y bioquímica general	Se solicitan estas pruebas complementarias para determinar el estado general de paciente	Realización de hemogramas y bioquímica general en las 2 visitas programadas	80%	Se auditarán las historias clínicas	N/A	Obligatorio
7	Anualmente se deberá realizar un perfil lipídico y uricemia al paciente con APs	Se solicitan estas pruebas complementarias para la valoración de posibles comorbilidades	Realización anual de un perfil lipídico y uricemia	80%	Se auditarán las historias clínicas	N/A	Obligatorio
8	Se debe dejar registrado, en los pacientes con APs, el valor de la PCR en 2 visitas consecutivas de 6 meses o más y de la VSG de manera anual	Se solicitan estas pruebas complementarias como reactantes de fase aguda	Registro del valor de la PCR en las 2 visitas programadas anuales y de la VSG de manera anual	80%	Se auditarán las historias clínicas	N/A	Obligatorio

Tabla 4 (continuación)

#	Estándar	Justificación	Indicador	Nivel objetivo	Evidencias del cumplimiento	Aclaraciones	Tipo de estándar
9	En pacientes con APs con alteración periférica, se deben realizar radiografías de articulaciones afectas con una periodicidad mínima de 3 años	Es necesario realizar controles radiográficos a pacientes con APs con alteración periférica de las articulaciones afectas, para ver la evolución de la misma	Realización de radiografías de articulaciones afectas con periodicidad mínima de 3 años	80%	Se auditarán las historias clínicas	Se debe recoger la presencia o no de erosiones y el número de articulaciones con erosiones. En el caso de que se detecten erosiones, se debe cuantificar o identificar las falanges	No obligatorio
10	En pacientes con APs con forma axial, se debe realizar un control radiográfico con un intervalo de 2-5 años	Es necesario realizar control radiográfico a pacientes con APs con forma axial para ver la evolución de la misma	Realización de un control radiográfico	80%	Se auditarán las historias clínicas	N/A	No obligatorio
11	En pacientes con APs con forma mixta, se debe realizar un control radiográfico al menos a los 5 años	Es necesario realizar controles radiográficos a pacientes con APs con forma mixta para ver la evolución de la misma	Realización del control radiográfico	70%	Se auditarán las historias clínicas	La recomendación es que se realicen cada 3-5 años	Obligatorio
12	Se deberá realizar la evaluación de la función con la presencia del índice HAQ, si el paciente tiene una afectación periférica, o mediante BASFI si la afectación es axial, realizándose con una periodicidad mínima anual	El objetivo es evaluar, mediante índices, la situación funcional general y axial (de existir dicha afectación)	Realización de la evaluación con el índice HAQ en pacientes con afectación periférica. Realización de la evaluación con el índice BASFI en pacientes con afectación axial	Sí/No	Se auditarán las historias clínicas	N/A	Obligatorio
13	Se deberá realizar, con periodicidad mínima anual, la EVA global del médico, la global del paciente y la EVA del dolor	El objetivo es conocer la evaluación de la EVA global del médico, la global del paciente y la EVA del dolor	Realización anual de la EVA global del médico, la global del paciente y la EVA del dolor	Sí/No	Se auditarán las historias clínicas	N/A	Obligatorio
14	En pacientes con APs se realizará con una periodicidad mínima anual la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con el índice PsAID	El objetivo es conocer el resultado de forma periódica sobre la evaluación de la calidad de vida	Realización de una evaluación de la calidad de vida de los pacientes con el índice PsAID	70%	Se auditarán las historias clínicas	Este indicador se comenzará a evaluar en historias clínicas a partir del 2017	No obligatorio
15	En pacientes con APs se debe realizar una evaluación específica del riesgo cardiovascular, al menos cada 2 años	Dada la comorbilidad de los pacientes con APs, el objetivo es conocer el perfil de riesgo cardiovascular	Realización de una evaluación específica del riesgo cardiovascular	80%	Se auditarán las historias clínicas	Se valorará en función de los pacientes que tengan algún factor de riesgo cardiovascular	No obligatorio
16	N.º de publicaciones, artículos en revistas nacionales, comunicaciones, pósteres a congresos y tesis realizadas en relación con la APs en los últimos 5 años	El objetivo de este indicador es fomentar y reconocer el trabajo de investigación sobre la APs realizado en el centro	N.º de publicaciones, artículos, comunicaciones, pósteres a congresos y tesis realizadas	3	Se revisarán las publicaciones, artículos, pósteres, comunicaciones y las tesis realizadas	N/A	No obligatorio
17	Se cuantificará la participación en ensayos clínicos y registros de APs en los últimos 5 años	El objetivo de este indicador es fomentar y reconocer el trabajo de investigación sobre APs realizado en el centro	N.º de ensayos clínicos realizados en los últimos 5 años. Registros de APs realizados en los últimos 5 años	Mínimo, uno	Se revisará la memoria de investigación	N/A	Obligatorio
18	Evaluación de la satisfacción por parte de los pacientes de la atención recibida, con una periodicidad, al menos, anual	El objetivo de realizar una evaluación de la satisfacción a los pacientes es detectar puntos fuertes y áreas de mejora sobre las que trabajar	Realización y valoración de una encuesta de satisfacción de los pacientes	Sí/No	Realización de las encuestas de satisfacción a los pacientes	Además de realizar la encuesta de satisfacción se deben analizar los resultados y tomar medidas en función de estos	No obligatorio

APs: artritis psoriásica; BASFI: *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*; EVA: escala visual analógica; HAQ: *Health Assessment Questionnaire*; N/A: no aplica; NAD: número de articulaciones dolorosas; NAT: número de articulaciones tumefactas; PCR: proteína C reactiva; PsAID: *Psoriatic Arthritis Impact of Disease*; VSG: velocidad de sedimentación globular.

siempre evaluados por el mismo reumatólogo) o a los tiempos mínimos de evaluación para las primeras consultas y para las consultas sucesivas.

Por otro lado, otros 2 estándares de cumplimiento obligatorio indican que en la historia clínica del paciente deben figurar una serie de datos, desde la fecha del diagnóstico o la forma específica de afectación hasta los antecedentes familiares, consumo de tabaco, o presencia comorbilidades. Además, se exige una actualización periódica del tratamiento en el momento de la consulta. Igualmente se han generado otros 3 obligatorios que indican que en pacientes con APs se deberá registrar, al diagnóstico y cuando se inicia el tratamiento, las serologías para los virus de las hepatitis B y C, se deberán realizar radiografías de manos/pies, pelvis, tórax y articulaciones sintomáticas, y, específicamente, en pacientes con APs periférica se deberá dejar registro, al diagnóstico, del factor reumatoide.

Para evaluar el cumplimiento de estos estándares de calidad en muchos casos se revisarán las historias clínicas. Otras fuentes serán la memoria del servicio y del hospital, así como diversos catálogos.

Y, en cuanto al nivel de exigencia a la hora de considerar por cumplido el estándar de calidad, este varía mucho dependiendo del mismo: hay uno al 50%, otro del 100%, pero varios están en el 70-80% o son de tipo sí/no.

#### *Mejorar la colaboración multidisciplinaria*

En este bloque se han incluido los estándares de calidad que se refieren principalmente a la coordinación y colaboración de los servicios de reumatología y dermatología (también con otros servicios, como puede ser el de medicina preventiva). Son un total de 9 (tabla 3), 2 de los cuales son de carácter obligatorio (en caso de que se decida realizar una acreditación).

Esta colaboración multidisciplinaria incluye, por ejemplo, la inclusión de rotaciones de los residentes de dermatología y reumatología en los servicios de reumatología y dermatología, respectivamente, durante su formación. Asimismo, se evalúa el desarrollo de jornadas conjuntas específicas de APs y de sesiones clínicas conjuntas (estas últimas forman parte de uno de los estándares de calidad obligatorios). El otro estándar obligatorio hace referencia a que los 2 especialistas deben colaborar en la evaluación y seguimiento del paciente. Otras formas de colaboración multidisciplinaria incluyen la realización de protocolos conjuntos sobre terapias biológicas y la participación de ambos servicios en algún proyecto de investigación común.

Finalmente, es preciso comentar que se ha incluido un estándar de calidad que evaluará las pruebas duplicadas (innecesarias e injustificadas) que se hayan realizado a los pacientes.

Para poder evaluar el cumplimiento de los estándares, de nuevo se podrán consultar distintas fuentes, como registros clínicos y administrativos, o las memorias anuales de los servicios.

#### *Mejorar la monitorización*

Se han generado 18 estándares de calidad cuyos requisitos están asociados al seguimiento de los pacientes con APs (tabla 4). También se han establecido otros relacionados con el número de publicaciones, la participación en ensayos clínicos y la satisfacción del paciente.

Varios de ellos implican tener que dejar registrado en la historia clínica datos referentes a la evaluación del paciente, algunos con una cadencia específica, tanto en la dermatológica como en la reumatológica. Se incluyen, por ejemplo, estándares de calidad sobre la exploración general, la exploración cutánea o ungueal y el cribado de clínica del aparato locomotor a realizar en el servicio de dermatología, y la exploración tanto axial como periférica para los reumatólogos (la exploración reumatológica se considera

de cumplimiento obligatorio). Del mismo modo se incluyen en este bloque otras actuaciones que se deben llevar a cabo para mejorar la monitorización de los pacientes, como son la realización de pruebas complementarias (analíticas y radiografías) así como el uso de cuestionarios para evaluar el dolor, la función o la calidad de vida de los pacientes. Cabe señalar que se ha constituido un estándar específico para la evaluación del riesgo cardiovascular. La mitad de los estándares de este apartado se han considerado como de obligado cumplimiento.

Por otro lado, en este bloque hemos seleccionado 2 estándares de calidad para evaluar la actividad investigadora del servicio. Esta medición se realizará con la justificación de un número de publicaciones, artículos en revistas nacionales, comunicaciones, pósteres a congresos y tesis realizadas, así como con la participación en ensayos clínicos y registros de APs. Además, hay uno específico para la evaluación de la satisfacción por parte de los pacientes de la atención recibida.

Para valorar el cumplimiento de estos estándares de calidad, en la mayoría de los casos se revisarán las historias clínicas. Otras fuentes serán la memoria del servicio y los buscadores bibliográficos para recoger la difusión de los trabajos de investigación del servicio. Destacamos en este punto el desarrollo e implantación de cuestionarios de satisfacción del paciente.

Finalmente, en cuanto al nivel de exigencia a la hora de considerar por cumplido el estándar de calidad, este varía dependiendo del mismo, pero muchos de ellos están en el 70-80%.

## **Discusión**

El objetivo principal del proyecto QUANTUM ha sido el de definir criterios de cumplimiento en la práctica asistencial que sirvan de referencia para asegurar el manejo óptimo de los pacientes con APs. Se trata de identificar y priorizar fortalezas y áreas de mejora en los centros donde se atiende esta patología para garantizar la calidad asistencial y homogeneizar al máximo la atención de estos pacientes y reducir la variabilidad clínica en el manejo de esta enfermedad<sup>7,8</sup>. Otros objetivos del proyecto han sido los de mejorar la colaboración entre profesionales de las distintas especialidades implicadas que asisten a estos pacientes, la colaboración y comunicación con AP para facilitar el diagnóstico precoz del paciente y el acceso al especialista, así como el de desarrollar y fomentar la cultura de calidad en los centros.

Actualmente, en nuestro sistema sanitario, el objetivo de garantizar la calidad de todo el proceso asistencial nunca se ha establecido de manera más explícita. Para ello debemos identificar las brechas principales entre la práctica óptima y la rutinaria, y así poder diseñar estrategias para cerrar dichas brechas y desarrollar políticas para poder implementar estas estrategias de una manera rápida y rentable<sup>15,18,19</sup>.

En el caso de la APs, existen publicados datos más que suficientes que urgen a revisar su circuito asistencial y a generar una norma de calidad para mejorar esta situación<sup>7,8</sup>. Basándonos en ello, hemos establecido y descrito en este artículo una serie de estándares de calidad para definir el cuidado óptimo de estos pacientes.

En nuestro conjunto de estándares de calidad, hay unos que merecen algunos comentarios. En cuanto a los que van dirigidos a acortar el tiempo hasta el diagnóstico, consideramos que las distintas propuestas generadas son factibles, tanto en AP como en dermatología. Varias de ellas son de carácter formativo, y van a precisar gran implicación por parte del servicio de reumatología. Otras están relacionadas con el cribado y protocolos de derivación a reumatología ante la sospecha de APs, que también van a necesitar de una estrecha colaboración con dermatología. Teniendo en cuenta que el retraso diagnóstico (incluso de 6 meses) se asocia a progresión de daño y peor función en el largo plazo<sup>30,31</sup>, y que

actualmente hay datos que muestran que en España sigue existiendo una demora en el diagnóstico<sup>32</sup>, consideramos fundamental trabajar en estos aspectos.

En el área enfocada a optimizar el manejo de la enfermedad, encontramos 6 estándares de calidad que se han considerado de cumplimiento obligatorio. Uno de ellos hace referencia a enfermería, en concreto a que el centro debe contar con una consulta de enfermería que disponga del tiempo y de los recursos necesarios, tal y como se viene recomendando<sup>25</sup>. Siendo conscientes de la gran presión asistencial a la que están sometidas muchas consultas médicas, su colaboración resulta fundamental para garantizar nuestros objetivos de calidad<sup>33</sup>. Al igual que en el apartado anterior, se pone de manifiesto el papel primordial que juega la formación en estos estándares. Se ha generado uno de cumplimiento obligatorio por el que los servicios deben participar y desarrollar actividades de formación exclusiva y programas de formación continuada en APs. Tal y como sucede con otras enfermedades, estamos convencidos de que este tipo de iniciativas claramente mejorarán los resultados de estos pacientes<sup>34</sup>. Otros estándares de obligado cumplimiento están relacionados con la recogida de datos en la historia clínica del paciente. En distintos proyectos realizados en nuestro país se ha puesto de manifiesto que la recogida de datos fundamentales sobre la enfermedad y su evolución es deficiente<sup>7,8</sup>, hecho que puede afectar negativamente en la calidad de la atención prestada.

Por otro lado, en el bloque de estándares desarrollados para mejorar la colaboración multidisciplinaria, hemos focalizado especialmente en la colaboración entre dermatología y reumatología a través de distintas actividades y procesos. Estas incluyen algunas de carácter formativo, pero también otras como la investigación. En nuestro país, ya existen implantados distintos modelos de atención multidisciplinaria que han supuesto una herramienta de apoyo para los especialistas en la atención de los pacientes con APs que presentan algún tipo de problema diagnóstico y/o de control de la enfermedad. También han demostrado mejorar la colaboración entre dermatología y reumatología, que se ha traducido en la creación de un programa docente y el desarrollo de varios proyectos conjuntos<sup>28,35</sup>.

Finalmente, respecto a los estándares propuestos para mejorar la monitorización de los pacientes, al margen de los estándares que van a evaluar si esta se realiza correctamente tal y como se recogen en numerosas guías<sup>6,12</sup>, queremos resaltar, como novedad, que en este bloque hemos seleccionado 2 estándares de calidad para evaluar la actividad investigadora del servicio. Esta, tal y como hemos descrito, se realizará mediante la evaluación del número de publicaciones, artículos en revistas nacionales, comunicaciones, pósteres a congresos y tesis realizadas, así como con la participación en ensayos clínicos y registros de APs. Tampoco podría faltar, si queremos garantizar la mejor calidad asistencial, un estándar específico para la evaluación de la satisfacción, por parte de los pacientes, de la atención recibida. Esta es una máxima irrenunciable, más teniendo en cuenta que, en opinión de los propios pacientes con APs, existen muchas áreas de mejora en su atención<sup>36,37</sup>.

El siguiente paso del proyecto QUANTUM será el de evaluar los estándares de calidad de esta normativa de calidad en distintos centros hospitalarios. Esto tiene que aportarnos una serie de ventajas, como el poder detectar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora, la optimización de recursos, el aumento de la eficiencia y eficacia de los procesos, la organización del trabajo basado en procedimientos rigurosos, protocolos de actuación y la mejor evidencia científica y reducción de la variabilidad de la práctica clínica, entre otras muchas.

El cumplimiento de esta norma llevará consigo una reducción de los costes de no calidad, un cambio de cultura y compromiso con la mejora continua, una mejora de la comunicación interna y el trabajo en equipo, un avance en el desarrollo, la motivación y la implicación de los profesionales.

Y en relación con nuestros pacientes, tendrá como finalidad una atención centrada en su satisfacción, sus necesidades y sus expectativas, y una mayor participación en las decisiones que les afecten, entre otros objetivos.

En resumen, para garantizar la máxima calidad de la atención en pacientes con APs, tanto los proveedores de servicios como los pacientes y los profesionales de la salud deben trabajar juntos para desarrollar un marco para la correcta atención de dichos pacientes. La norma generada en el proyecto QUANTUM estamos convencidos de que ayudará a alcanzar esta meta.

## Financiación

Este proyecto estuvo financiado por Abbvie.

## Conflicto de intereses

Los autores refieren no tener conflictos de interés.

## Agradecimientos

A las doctoras Teresa Otón y Estíbaliz Loza por su coordinación científica.

## 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 Pérez A, Arribas Castrillo JM, Ballina García J, Riestra Noriega JL, López 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 P, et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133:377–85.
- Smolen JS, Braun J, Dougados M, Emery P, Fitzgerald O, Helliwell P, et al. Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:6–16.
- Sociedad Española de Reumatología. Grupo de trabajo ESPOGUIA 2015.
- Casals-Sanchez JL, García de Yébenes Prous MJ, Descalzo Gallego MA, Barrio Olmos JM, Carmona Ortells L, Hernandez García C. Characteristics of patients with spondyloarthritis followed in rheumatology units in Spain. *emAR II study*. *Reumatol Clin*. 2012;8:107–13.
- Jovani V, Loza E, García de Yébenes MJ, Descalzo MA, Barrio JM, Carmona L, et al. Variability in resource consumption in patients with spondyloarthritis in Spain. Preliminary descriptive data from the emAR II study. *Reumatol Clin*. 2012;8:114–9.
- 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 Suppl. 73:S126–31.
- Betteridge N, Boehncke WH, Bundy C, Gossec L, Gratacos J, Augustin M. Promoting patient-centred care in psoriatic arthritis: a multidisciplinary European perspective on improving the patient experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016;30:576–85.
- 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.
- Cobo-Ibáñez T, Villaverde V, Seoane-Mato D, Muñoz-Fernández S, Guerra M, del Campo PD, et al. Multidisciplinary dermatology-rheumatology management for patients with moderate-to-severe psoriasis and psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int*. 2016;36:221–9.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. 2005;83:691–729.
- Ethical review and oversight issues in research involving standard of care interventions: Workshop in Brief. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015.
- Angaran DM. Selecting, developing, and evaluating indicators. *Am J Hosp Pharm*. 1991;48:1931–7.
- Hagen N, Young J, MacDonald N. Diffusion of standards of care for cancer pain. *CMAJ*. 1995;152:1205–9.
- Rodeheaver GT. The US model for national standards of care. *J Wound Care*. 1995;4:238–9.

20. Kennedy T, McCabe C, Struthers G, Sinclair H, Chakravaty K, Bax D, et al. BSR guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44:553–6.
21. Davies K, Cleary G, Foster H, Hutchinson E, Baildam E, British Society of Paediatric and Adolescent Rheumatology. BSPAR Standards of Care for children and young people with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2010;49:1406–8.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. Torre Alonso JC, Díaz del Campo Fontecha P, Almodóvar R, Cañete JD, Montilla Morales C, Moreno M, et al. Recommendations of the Spanish Society of Rheumatology on treatment and use of systemic biological and non-biological therapies in psoriatic arthritis. *Reumatol Clin*. 2017; <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.007>.
27. Favier G, Gladman DD, Merola JF, Armstrong AW, Boehncke WH, Helliwell PS. Benchmarking Care in Psoriatic Arthritis – The QUANTUM Report: a report from the GRAPPA 2016 Annual Meeting. *J Rheumatol*. 2017;44:674–8.
28. Queiro R, Coto P, Rodriguez 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.
29. 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*. 2018;14:155–9.
30. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1045–50.
31. Tillett W, Jadon D, Shaddick G, Cavill C, Korendowych E, de Vries CS, et al. Smoking and delay to diagnosis are associated with poorer functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1358–61.
32. Rojas-Vargas M, Munoz-Gomariz E, Escudero A, Font P, Zarco P, Almodovar R, et al. First signs and symptoms of spondyloarthritis – data from an inception cohort with a disease course of two years or less (REGISPONSER-Early). *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48:404–9.
33. Candelas G, Villaverde V, Garcia S, Guerra M, Leon MJ, Canete JD. Benefit of health education by a training nurse in patients with axial and/or peripheral psoriatic arthritis: a systematic literature review. *Rheumatol Int*. 2016;36:1493–506.
34. Solomon DH, Losina E, Lu B, Zak A, Corrigan C, Lee SB, et al. Implementation of treat-to-target in rheumatoid arthritis through a learning collaborative: results of a randomized controlled trial. *Arthritis Rheumatol*. 2017;69:1374–80.
35. Luelmo J, Gratacos J, Moreno Martinez-Losa M, Ribera M, Romani J, Calvet J, et al. Multidisciplinary psoriasis and psoriatic arthritis unit: report of 4 years' experience. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105:371–7.
36. Leung YY, Tam LS, Lee KW, Leung MH, Kun EW, Li EK. Involvement, satisfaction and unmet health care needs in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48:53–6.
37. Helliwell P, Coates L, Chandran V, Gladman D, de Wit M, FitzGerald O, et al. Qualifying unmet needs and improving standards of care in psoriatic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014;66:1759–66.