



Original

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

Virginia Villaverde<sup>a,\*</sup>, Loreto Carmona<sup>b</sup>, Juan Carlos López Robledillo<sup>c</sup>, Serafina Serrano<sup>d</sup>, Milena Gobbo<sup>e</sup> y Grupo de Estudio Esperanza<sup>◇</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital de Móstoles, Madrid, España

<sup>b</sup> Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Camilo José Cela, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Niño Jesús, Madrid, España

<sup>d</sup> Nueva Investigación, Madrid, España

<sup>e</sup> Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 26 de enero de 2012

Aceptado el 12 de junio de 2012

On-line el 30 de agosto de 2012

#### Palabras clave:

Espondiloartritis

Vía clínica

Atención primaria

Atención especializada

### R E S U M E N

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

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

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

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

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

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

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Spondyloarthritis

Integrated care pathways

Primary healthcare

Specialized healthcare

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

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

\* Autor para correspondencia.

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

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

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

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

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

## Introducción

Las espondiloartritis (EspA) son un grupo de enfermedades reumáticas que comparten gran cantidad de características clínicas, radiológicas, epidemiológicas y genéticas, que las distinguen claramente de otras enfermedades inflamatorias del aparato locomotor, especialmente de la artritis reumatoide (AR), de la que se diferencia por tener distinto patrón articular y extraarticular, ausencia de factor reumatoide sérico (seronegativas) y fuerte asociación con el antígeno de histocompatibilidad de clase I, HLA-B27, en la mayoría de los casos. Además, hay evidencias derivadas de estudios en humanos y en modelos animales que sugieren la implicación de bacterias o productos bacterianos en su etiopatogenia<sup>1</sup>.

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

La prevalencia de las EspA no es baja, pues afecta a un 1,9% de la población general<sup>2</sup>. En España, el Estudio Nacional de Validación de Espondiloartropatías<sup>3</sup> demostró una prevalencia media del 13% en pacientes que consultaban servicios de reumatología, variando del 8 al 16% entre las diferentes regiones españolas. Se estima que la EA, una enfermedad de aparición en jóvenes, comporta una pérdida de trabajo anual medio de 62 días por paciente. Al 20% de los pacientes con EA, la enfermedad le lleva a cambiar de profesión, otro 20% abandona toda actividad profesional, llegando el 27% a situación de invalidez permanente<sup>4</sup>. Se trata pues de enfermedades de prevalencia relativamente elevada y con una carga socio sanitaria importante. Sin embargo, hasta el momento no se les ha prestado la misma atención que a otras enfermedades reumáticas, como la AR o la osteoporosis.

Aunque hoy en día han surgido nuevos criterios de clasificación para diagnosticar las EspA de forma más precoz<sup>5,6</sup>, es cierto que hasta hace poco tiempo se aplicaban criterios diagnósticos que requerían la presencia de signos que, por su naturaleza, son tardíos, como la sacroileítis radiológica o la disminución de la movilidad en la EA<sup>7</sup>, lo que podía inducir retrasos diagnósticos y limitar su utilización para el diagnóstico precoz, entre otros problemas<sup>8</sup>. El retraso medio diagnóstico de las EspA en España se conoce gracias al proyecto REGISPONER y es de media superior a 6 años<sup>9</sup>, fenómeno que afecta de modo similar a otros países de nuestro entorno<sup>10</sup>. Este retraso se debe tanto al inicio insidioso de la enfermedad como a la aplicación de criterios que requieren la presencia de «cambios avanzados» y al hecho de que las EspA no son bien conocidas por el médico no especialista, tanto por problemas derivados de la formación académica como porque en ocasiones no cuenta con el apoyo adecuado de consultores en reumatología. Hasta hace pocos años, el diagnóstico precoz quizá tuviera menos valor, habida cuenta de la ausencia de medidas eficaces. En la actualidad, la respuesta al tratamiento en la EA ha mejorado notablemente y se está extendiendo

a las otras EspA. Además, existen tratamientos más eficaces y que podrían modificar las lesiones estructurales y la evolución hacia la anquilosis de la enfermedad<sup>11</sup>.

La Fundación Española de Reumatología (FER) en 2009 diseñó el Programa Esperanza, una vía clínica (VC) para EspA precoz que integra primaria y especializada, cuyo objetivo es reducir la variabilidad en la práctica clínica, facilitar el diagnóstico precoz, mejorar la formación de médicos generales y especialistas, optimizar los recursos sanitarios y estimular la investigación. Previo al desarrollo de la VC, y tras los problemas detectados con la puesta en marcha de un programa similar en AR en el año 2004 (Programa SERAP<sup>12</sup>), la FER llevó a cabo un estudio cualitativo para explorar el grado de conocimiento de las VC en general entre los médicos de atención primaria (MAP), valorar las dificultades para su instauración, conocer las motivaciones y los frenos para la aceptación de una VC, evaluar los conocimientos del MAP en EspA y valorar las necesidades y expectativas de la atención primaria en estas enfermedades, para incorporar esta información al plan gestor del programa y aumentar así sus posibilidades de éxito.

## Material y métodos

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

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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3383048>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3383048>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)