



# RECORRE

REarticulando las COnsultas de REumatología

**INFORME**

Con el aval de:



Un proyecto patrocinado por:





e	<b>1. Resumen ejecutivo</b>	4
	<b>2. Antecedentes</b>	6
	<b>3. Presentación y objetivos</b>	7
u	<b>4. Metodología</b>	7
	<b>5. Recomendaciones por grupos</b>	10
i	<b>Bloque I. Necesidades del paciente</b>	10
	<b>Bloque II. Expectativas del paciente</b>	11
	<b>Bloque III. Experiencia del paciente</b>	14
	<b>Bloque IV. Cuidado centrado en el paciente: empoderamiento</b>	15
d	<b>6. Recomendaciones finales</b>	17
	<b>7. Bibliografía</b>	21
n	<b>8. Anexos</b>	24
	<b>Anexo I. Términos de búsqueda empleados en la selección bibliográfica</b>	24
i	<b>Anexo II. Bibliografía empleada en cada grupo</b>	25

# 1. Resumen ejecutivo

## Título del estudio



**RECORRE.** REarticulando las COnsultas de REumatología.

## Panel de expertos

### Comité Científico

- **Dr. Manuel Fernández Prada.** Reumatólogo, Hospital Universitario de Guadalajara.
- **Dr. Ángel María García Aparicio.** Reumatólogo, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.
- **D.ª Milena Gobbo.** Psicóloga especialista en dolor y enfermedades reumáticas, Madrid.
- **D. José María Martín.** Enfermero Hospital Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

### Asesores

- **Dr. Juan Carlos Nieto.** Reumatólogo, Hospital Gregorio Marañón, Madrid.
- **Dr. Joaquín Anino.** Reumatólogo, Hospital Hospital General de Ciudad Real.
- **Dra. Clara Moriano.** Reumatólogo, Hospital CAULE, León.
- **Dr. Sergi Heredia.** Reumatólogo, Hospital Moises Broggi, Barcelona.
- **Dra. Blanca García Magallón.** Reumatólogo, Hospital San Jorge, Huesca.
- **Dra. María Espinosa.** Reumatóloga, Hospital Puerta de Hierro, Madrid.
- **D. Antonio I. Torralba.** Presidente de ConArtritis.
- **D.ª Laly Alcaide.** Directora de ConArtritis.

---

## Avales

La **Sociedad Española de Reumatología** ha concedido la declaración de interés científico a la iniciativa RECORRE. Rearticulando la consulta de reumatología.

La **Asociación Conartritis** Coordinadora Nacional de Artritis.

---

## Contexto

Las enfermedades reumáticas tienen, por su carácter crónico, un impacto físico, social y psicológico en el desarrollo personal del paciente. Su satisfacción (y el éxito del tratamiento) dependen de la afectación que produce la enfermedad en su salud, pero también en otras áreas de su vida como son el plano laboral, el bienestar emocional y las relaciones sociofamiliares.

El sistema sanitario ha evolucionado en los últimos años hacia una atención centrada en el paciente. Más allá de los aspectos clínicos, se debe priorizar una perspectiva biopsicosocial (comprender la enfermedad del paciente dentro de un marco más amplio, con un único contexto biológico, psicológico y social). La relación médico-paciente debe basarse en la confianza y en una comunicación fluida, en una atención multidisciplinar y en una evaluación continuada del bienestar psicológico.

Dado que el reumatólogo mantiene una relación a lo largo del tiempo con el paciente, es recomendable que no sólo evalúe los síntomas y el estado de la enfermedad, sino que tenga en cuenta las circunstancias que los modulan, logrando una visión integral y una mejora en la atención a las necesidades reales del paciente.

Pese a que la concienciación y el foco en el paciente son cada vez mayores, siguen existiendo carencias que frenan la implantación plena de una “reumatología centrada en el paciente”. Se impone hacer una reflexión y proponer medidas para seguir avanzando en esta línea.

---

## Objetivos

El objetivo del proyecto RECORRE es generar, a partir de un soporte científico, recomendaciones que contribuyan a readaptar la consulta del paciente con enfermedad reumatológica, con el fin de:

- Optimizar la consulta de Reumatología en pro de una **atención integral al paciente**.
- **Mejorar las expectativas del paciente** sobre el tratamiento de su patología reumatológica.
- Mejorar **la calidad de vida de los pacientes**.

---

## Conclusiones principales

Las principales conclusiones del proyecto RECORRE se vertebran en torno a seis dimensiones básicas:

1. El paciente como eje central - decisiones compartidas
2. Potenciación de una comunicación eficaz
3. Información y formación sobre la enfermedad
4. Valoración de la dimensión psicológica y de calidad de vida
5. Información sobre el tratamiento y terapias alternativas
6. Atención multidisciplinar

Los **modelos de atención en Reumatología** deben **centrarse en el paciente**, integrar sus perspectivas, preferencias y necesidades durante la consulta médica. Implican una **relación médico-paciente más estrecha**, que tiene en cuenta al individuo, sus valores, inquietudes, emociones y relaciones. Para ello, es imprescindible que tanto el reumatólogo como el paciente tengan una **comunicación fluida y empática** que permita ajustar expectativas, responder a necesidades y dar protagonismo al paciente.

Conviene tener en cuenta los **tres pilares de la calidad en la asistencia sanitaria** (efectividad, seguridad y experiencia del paciente) como un grupo interconectado y no de manera aislada. Una correcta experiencia del paciente influye en la eficacia y seguridad terapéuticas. Valorar el estado psicológico del paciente y su calidad de vida será fundamental para conocer el alcance real de la enfermedad y buscar soluciones más allá de la dimensión clínica.

El modelo más apropiado para la **relación médico-paciente** es la **participación mutua**. Una alianza terapéutica, la toma de decisiones compartidas y el refuerzo de la educación del paciente sobre su enfermedad y tratamientos son las principales estrategias para mejorar la adherencia terapéutica y la satisfacción. Esto requiere establecer **modelos de atención multidisciplinar** en reumatología que posibiliten una atención personalizada y completa a lo largo del curso de la enfermedad.

## 2. Antecedentes

La atención al paciente ha sufrido cambios intensos en los últimos años. Se ha evolucionado de una asistencia centrada en el profesional sanitario a otra centrada en el paciente. Se trata de un cambio hacia la “medicina participativa”, es decir, una colaboración estrecha entre el paciente y el equipo que lo atiende, que trabajan conjuntamente para restaurar o mantener su estado de salud<sup>1-3</sup>.

Distintos estudios demuestran que **los pacientes reumatológicos tienen una gran necesidad de información que no siempre se satisface**<sup>4-7</sup>. Es frecuente que en la consulta los clínicos se centren principalmente en el tratamiento farmacológico<sup>8</sup>, abordando menos otros aspectos y preocupaciones del paciente, lo cual puede deteriorar la relación médico-paciente y reducir la adherencia a dicho tratamiento<sup>9</sup>.

Tanto el ACR como la EULAR recomiendan en sus guías sobre artritis reumatoide que el tratamiento sea una **decisión compartida entre el paciente y el reumatólogo**<sup>10,11</sup>. El desafío consiste en establecer medidas para que la medicina centrada en el paciente sea una realidad. **Mejorar la comunicación, establecer equipos multidisciplinares, considerar la calidad de vida o conocer las necesidades, expectativas y experiencias del paciente** pueden suponer un gran paso en este sentido<sup>12</sup>.

### 3. Presentación y objetivos

El objetivo del proyecto RECORRE es generar, a partir de un soporte científico, **recomendaciones que contribuyan a readaptar la consulta del paciente con enfermedad reumatológica**, con el fin de:

- Optimizar la consulta de Reumatología en pro de una atención integral al paciente.
- Mejorar las expectativas del paciente sobre el tratamiento de su patología reumatológica.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El proyecto, impulsado por MSD, ha permitido que un equipo multidisciplinar de expertos reflexione sobre cómo rearticular la consulta del paciente reumatológico en el futuro. Como resultado final, se elaborará un **documento de conclusiones y recomendaciones** para su posterior difusión.

### 4. Metodología

#### Participantes

El universo a partir del cual se constituyó el panel de expertos contempló los principales perfiles que por su competencia pudieran aportar valor en las distintas áreas de trabajo incluidas en el análisis. Los colectivos cubiertos por el panel de expertos fueron: **asociaciones de pacientes, enfermería reumatológica, psicología y reumatología**.

Para realizar el proyecto se seleccionó a un total de 12 expertos, de los que 4 conformaron el comité científico.

#### Comité Científico:

- **Dr. Manuel Fernández Prada.** Reumatólogo, Hospital Universitario Guadalajara.
- **Dr. Ángel María García Aparicio.** Reumatólogo, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.
- **D.ª Milena Gobbo.** Psicóloga especialista en dolor y enfermedades reumáticas, Madrid.

- **D. José María Martín.** Enfermero, Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

### Asesores:

- **Dr. Juan Carlos Nieto.** Reumatólogo, Hospital Gregorio Marañón, Madrid.
- **Dr. Joaquín Anino.** Reumatólogo, Hospital Hospital General de Ciudad Real.
- **Dra. Clara Moriano.** Reumatólogo, Hospital CAULE, León.
- **Dr. Sergi Heredia.** Reumatólogo, Hospital Moises Broggi, Barcelona.
- **Dra. Blanca García Magallón.** Reumatólogo, Hospital San Jorge, Huesca.
- **Dra. María Espinosa.** Reumatóloga, Hospital Puerta de Hierro, Madrid.
- **D. Antonio I. Torralba.** Presidente de ConArtritis.
- **D.<sup>a</sup> Laly Alcaide.** Directora de ConArtritis.

### Fases y calendario. Métodos

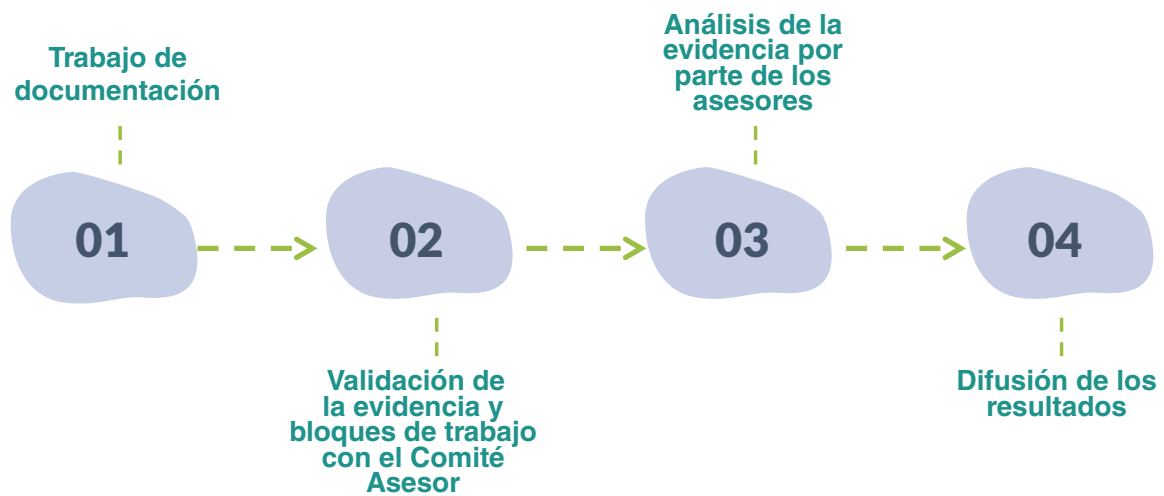
El proyecto RECORRE constó de **4 fases** (figura 1). En la primera fase, de documentación, se realizó una búsqueda en Pubmed de **artículos relevantes para el análisis** según los términos de búsqueda especificados en el anexo I. La búsqueda se acotó a publicaciones de los últimos 10 años.

El comité científico validó la evidencia seleccionada en función de su interés y aplicabilidad en la práctica, hasta dejar un total de **33 publicaciones, que fueron la base del análisis** (anexo II). De ellas, 21 se consideraron prioritarias y 12 de reserva. El total de referencias se dividieron en **4 bloques conceptuales**:

1. Bloque I. Necesidades del paciente
2. Bloque II. Expectativas del paciente
3. Bloque III. Experiencia del paciente
4. Bloque IV. Cuidado centrado en el paciente: empoderamiento



**Figura 1.** Fases del proyecto RECORRE.



Para validar la evidencia (fase 2 del proyecto), los expertos fueron asignados a 4 grupos de trabajo según se detalla en la figura 2. Los grupos 1 y 2 revisaron la evidencia de todos los bloques, el grupo 3 revisó los bloques III y IV, y el grupo 4 los bloques I y II.

**Figura 2.** Asignación de grupos de trabajo en el proyecto RECORRE



## 5. Recomendaciones por grupos

### Bloque I. Necesidades del paciente

#### necesidad

Del lat. *necessitas, -ātis*.

1. f. Impulso irresistible que hace que las causas obren infaliblemente en cierto sentido.
2. f. Aquello a lo cual es imposible sustraerse, faltar o resistir.
3. f. Carencia de las cosas que son menester para la conservación de la vida.

**Los pacientes reumatológicos presentan unas necesidades específicas** vinculadas a las características y evolución de su enfermedad. En ellos son más prevalentes trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión<sup>13</sup>, los cuales se asocian a un mayor consumo de recursos<sup>14</sup>, una menor adherencia al tratamiento<sup>15</sup> y una peor calidad de vida<sup>16</sup>. Además, estos problemas predicen un peor pronóstico de la enfermedad<sup>17</sup>. La ansiedad y la depresión pueden estar presentes desde el mismo momento del diagnóstico<sup>18</sup> por lo que **la evaluación del aspecto psicosocial debe ser periódica** a lo largo de toda la enfermedad.

En muchas ocasiones una comunicación eficaz médico-paciente es suficiente para aliviar el estrés o la ansiedad del diagnóstico de una enfermedad crónica<sup>19</sup>. **El diálogo con el equipo que lo atiende es esencial** para dar respuesta a las necesidades del paciente. Es fundamental definir qué tipo de información se da y cómo se transmite, hacerle partícipe de la situación clínica, el tratamiento y las opciones posibles, **promoviendo decisiones compartidas tras proporcionar una información de calidad**<sup>20</sup>. Al establecer un plan terapéutico común con el paciente, el médico se asegura de que este comprende las explicaciones y comparte los objetivos a alcanzar, lo cual redundará en un mejor cumplimiento terapéutico<sup>21</sup>.

Para dar respuesta a las necesidades del paciente, es necesario también facilitar el contacto con el especialista o la enfermera cuando surgen problemas o dudas a lo largo de la enfermedad y dedicar un tiempo adecuado de consulta, así como establecer interconexiones con Atención Primaria, enfermería especializada y asociaciones de pacientes<sup>8</sup> que complementen el apoyo recibido en consulta.

#### Recomendaciones propuestas

Tras el análisis de la evidencia, las principales necesidades de los pacientes detectadas son: **1)** Falta de información detallada y completa sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad; **2)** Escaso apoyo psicológico por parte del reumatólogo; **3)** Acceso difícil al especialista, **4)** Poca aceptación de las terapias alternativas por parte de los reumatólogos.

En respuesta a ello, se proponen las siguientes recomendaciones:

1. **Talleres de comunicación efectiva dirigidos a médicos y enfermería** para mejorar la información que dan a los pacientes.
  - Incluirán cómo mejorar la empatía con el paciente y cómo adecuar **la información** en función de las circunstancias de cada paciente.
  - Importancia de que ambas partes “hablen el mismo lenguaje” en la consulta de Reumatología.
2. Organizar **jornadas informativas realizadas por reumatólogos y/o enfermería** con el objetivo de informar a un grupo amplio de pacientes con opción a debate abierto.
3. Redirigir a los pacientes a sitios donde haya **información fiable, clara, didáctica, actualizada y adaptada** a la evolución de su enfermedad.
  - Facilitar a los pacientes **guías de información general** (por ejemplo, de la SER) y de asociaciones de pacientes.
4. Realizar una **valoración sencilla del estado psicológico del paciente con preguntas clave**, además de las preguntas clínicas propias de la enfermedad, para detectar a los pacientes de alto riesgo y derivarlos antes a las consultas de Psicología o Psiquiatría.
  - Los criterios para derivar a Psicología desde la consulta de Reumatología ya existen (<https://www.openreuma.es/a-psicologiacutea.html>) y lo más inmediato para mejorar las necesidades psicológicas del paciente es conocerlos y aplicarlos cuando sea necesario.
5. Debatir en consulta sobre **las terapias alternativas**, que pueden tener un efecto placebo beneficioso en algunos pacientes.
  - Las asociaciones de pacientes llevan trabajando mucho tiempo para romper las barreras y mitos sobre las terapias alternativas y los posibles efectos secundarios de estos tratamientos.

## Bloque II. Expectativas del paciente

### expectativa

Del lat. *expectātum* 'mirado, visto'.

1. f. Esperanza de realizar o conseguir algo.
2. f. Posibilidad razonable de que algo suceda.
3. f. Posibilidad de conseguir un derecho, una herencia, un empleo u otra cosa, al ocurrir un suceso que se prevé.

Las expectativas en salud se pueden definir como **un proceso cognitivo de creencias respecto al estado de salud**. Pueden reflejar creencias de que algo puede suceder, o bien el deseo de lo que se considera que se debería conseguir<sup>22</sup>.

**La satisfacción con el tratamiento va a depender en parte de si la eficacia conseguida cumple con las expectativas previas.** Una comunicación clara entre paciente y médico que establezca objetivos individualizados puede reducir estas preocupaciones y facilitar que se cumplan las expectativas del paciente, informando de los efectos esperados y las opciones posibles en cada situación. Además, el uso de cuestionarios y escalas validadas permite conocer la experiencia y satisfacción con el tratamiento, así como expresar las preocupaciones<sup>23</sup>. La adherencia al tratamiento dependerá en gran parte de las creencias previas y de las expectativas del paciente en cuanto a este<sup>24</sup>.

Otros factores que influyen en las expectativas del paciente son sus experiencias y el conocimiento previo que haya adquirido acerca del tratamiento y la enfermedad<sup>25</sup>. **Estas expectativas van variando a lo largo del tiempo**, según la enfermedad evoluciona, y es posible que cambien en fases de recaída o cuando se modifica el tratamiento, por lo que debe mantenerse la atención centrada en el paciente durante la evolución de la enfermedad<sup>26</sup>.

La perspectiva del paciente y del médico pueden ser diferentes. Para el primero el objetivo se enfoca a menudo en el control de la actividad de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de alcanzar este objetivo, el paciente puede seguir percibiendo síntomas como dolor residual o fatiga<sup>27</sup>. Además, puede tener otros objetivos como restablecer su actividad física habitual o conservar su trabajo<sup>28</sup>. Es aquí donde cobran importancia **los equipos multidisciplinares y las asociaciones de pacientes**, que pueden proporcionar información complementaria y apoyo psicológico<sup>29</sup> para que las expectativas del paciente se ajusten más a la realidad.

### Recomendaciones propuestas

Tener en cuenta que **las expectativas del paciente mejoran los resultados terapéuticos obtenidos**.

1. Se debe ser capaz de generar expectativas positivas y reales en relación con los tratamientos recibidos; así como tener en cuenta que las expectativas pueden cambiar con el tiempo a medida que el paciente asimila nuevos conocimientos y experiencias de su enfermedad.

- Explorar las creencias y expectativas del paciente antes de comenzar un nuevo tratamiento. Preguntar cuál sería su objetivo ideal.
  - Evaluar **la satisfacción con los tratamientos** desde la perspectiva del paciente.
  - El papel de **las asociaciones de pacientes** es muy importante en la gestión de expectativas.
2. Completar en la consulta un **breve cuestionario que permita valorar el impacto social, laboral y familiar de la enfermedad**, así como en la calidad de vida. Se realizará en el momento del diagnóstico y de forma periódica a lo largo del seguimiento si el paciente lo requiere.
  3. **Crear estrategias para ayudar a los pacientes a reconocer síntomas atribuibles a la enfermedad reumatológica** y diferenciarlos de otros causados por comorbilidades como la depresión y la ansiedad.
    - El reumatólogo debe tratar de **identificar miedos injustificados y creencias erróneas** que pueden amplificar el impacto psicológico de la enfermedad.
    - Una buena táctica es generalizar y normalizar los problemas para ayudar al paciente a que se comunique de manera más eficaz.
  4. Para incrementar la adherencia se recomienda explicar que el control de la enfermedad permite también evitar el daño orgánico y el aumento del riesgo cardiovascular, tanto en la artritis psoriásica como en la AR.
    - Las expectativas de los pacientes se ven influenciadas por **la adherencia y satisfacción con los tratamientos, el efecto de la enfermedad en la calidad de vida y el tiempo de consulta**.
    - Se podría solicitar un tiempo mínimo por paciente, en torno a 30 minutos por paciente nuevo y 20 minutos para revisiones (aunque es un aspecto de gestión más que de optimización de la consulta).
  5. **La atención global del paciente** debe implicar su empoderamiento a través de mensajes educativos sobre su enfermedad y los diferentes tratamientos.
    - El paciente debe recibir asesoramiento realista sobre la eficacia de los fármacos, sus posibles efectos secundarios y cómo manejarlos.
    - Se debe reforzar la capacidad del paciente para afrontar las consecuencias de su enfermedad e **involucrarlo en la toma de decisiones terapéuticas**.
    - **Se presentarán alternativas terapéuticas siempre de forma positiva** sobre su eficacia y seguridad.
    - Se recomienda que el **especialista muestre confianza, seguridad y experiencia** cuando instaure o cambia un tratamiento para conseguir una mejor adherencia y confianza en el tratamiento.
  6. **Distinguir entre las expectativas del médico y las del paciente** para llegar a un mejor entendimiento y que los pacientes puedan afrontar mejor su enfermedad.
  7. Establecer **modelos de atención multidisciplinar** que permitan la atención holística del paciente.

## Bloque III. Experiencia del paciente

### experiencia

Del lat. *experientia*.

1. f. Hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo.
2. f. Práctica prolongada que proporciona conocimiento o habilidad para hacer algo.
3. f. Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas.

La experiencia previa del paciente y la calidad de la relación médico-paciente son clave para la correcta aplicación de un modelo asistencial centrado en el paciente<sup>30</sup>. **La experiencia del paciente es uno de los tres pilares que definen la calidad de la asistencia sanitaria.** Existe evidencia sobre su asociación con la efectividad y la seguridad del tratamiento<sup>31</sup>, así como con una mejor adherencia a este<sup>32,33</sup>. Conocer lo que el paciente siente y resolver posibles creencias erróneas ayuda a mejorar los resultados en salud.

Hay diferentes acciones que se pueden llevar a cabo para mejorar la adherencia, como informar adecuadamente a los pacientes, marcar claros objetivos de salud y estilo de vida acordados entre médico y paciente, seguir de forma estrecha cómo se está tomando el tratamiento, o utilizar **recursos sociales y sanitarios accesibles para el paciente que le puedan ayudar en el día a día**<sup>34</sup>. Otro factor que se asocia con una mejor experiencia del paciente es que su seguimiento sea realizado por el mismo médico a lo largo de su evolución, en la medida de lo posible, acompañado de un seguimiento en paralelo por un profesional de enfermería<sup>35</sup>.

### Recomendaciones propuestas

1. Valorar los **tres pilares de la calidad en la asistencia sanitaria: efectividad, seguridad y experiencia del paciente**, como un grupo interconectado y no de manera aislada.
  - Una correcta experiencia del paciente impacta directamente sobre la eficacia y seguridad terapéuticas.
2. Explorar y tener en cuenta **parámetros de calidad de vida**, aparte de los clínicos, y añadir dominios como la fatiga, el dolor o la autosuficiencia a la valoración clínica para optimizar la terapia y tener una visión más global.
  - **Evaluar de forma regular y sistemática la calidad de vida** y el grado de independencia, así como insistir en la importancia del ejercicio físico habitual.
3. Seguimiento clínico por **un mismo médico**, así como un seguimiento paralelo por un profesional de enfermería.
  - **El abordaje multidisciplinar, incluidas las asociaciones de pacientes**, es imprescindible para que el paciente tenga mejor calidad de vida.

4. **Proporcionar sistemáticamente a los pacientes información sobre recursos sociales disponibles** (como asociaciones de pacientes) y sobre webs de salud fiables en las que obtener **información de calidad** sobre la enfermedad.
  - Potenciar el uso de las nuevas tecnologías que puedan beneficiar la comunicación con el paciente y el manejo de su enfermedad.
5. Tratar de **identificar miedos injustificados y creencias erróneas** que podrían tener un impacto psicológico sobre la enfermedad.
  - Es importante minimizar el sentimiento de culpabilidad de los pacientes, así como reforzar la capacidad de afrontar las consecuencias.
6. **Ayudar a los pacientes a reconocer los síntomas que realmente se atribuyen a la patología**, para diferenciarlos de los causados por comorbilidades, en momentos de **brote o exacerbación**.
  - En estos periodos se pueden desarrollar barreras que se pueden perpetuar en el tiempo e interferir en la evolución de la enfermedad.
7. **Compartir con el paciente la responsabilidad para planificar e instaurar el tratamiento.**
8. **Facilitar canales de comunicación y acceso a las consultas de Reumatología** para solventar dudas y problemas.
  - La implantación de programas educativos para pacientes reduce las discrepancias y aumenta la adherencia a largo plazo.
  - **Se recomienda que la información se adapte al paciente.** Cuantos más formatos de información (oral y escrito) mayor satisfacción y éxito.
  - La formación de los médicos y enfermería en técnicas de comunicación e información mejora la adherencia.

## Bloque IV. Cuidado centrado en el paciente: empoderamiento

empoderar

Conjugar

De *en-* y *poder*<sup>2</sup>.

1. tr. Hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido. U. t. c. prnl.
2. tr. Dar a alguien autoridad, influencia o conocimiento para hacer algo. U. t. c. prnl.

La atención centrada en el paciente se entiende como ofrecer una atención respetuosa **que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales de los pacientes, asegurando que estos guíen las decisiones clínicas**. Cada paciente debe ser tratado como una persona única<sup>36</sup>.

Distintos estudios demuestran que **los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen una alta necesidad de información que en ocasiones no se satisface**<sup>4-6</sup>. Tanto el ACR como la EULAR recomiendan en sus guías para la AR que el tratamiento sea una decisión compartida entre el paciente y el reumatólogo<sup>10,11</sup>. Este proceso contribuye al éxito del tratamiento<sup>37</sup>, logra unos mejores resultados de salud, adherencia al tratamiento y satisfacción en el control de su enfermedad<sup>38,39</sup>. La atención centrada en el paciente requiere tiempo y un cambio en la mentalidad del profesional y del paciente, pero se asocia con una mejoría en el estado de salud de los pacientes e incrementa la eficiencia del seguimiento, reduciendo exploraciones complementarias innecesarias y derivaciones a otros especialistas<sup>40</sup>.

A día de hoy los resultados notificados por el paciente (*patient-reported outcomes*, PROs) no valoran aspectos de la enfermedad fundamentales para el paciente como la fatiga, la calidad del sueño o la vertiente psicológica<sup>41,42</sup>. Ante la discordancia descrita entre la valoración del reumatólogo y del paciente acerca del control de su enfermedad<sup>43</sup>, **el uso de PROs puede tender un puente entre las perspectivas del reumatólogo y del paciente**. La atención correcta debe proporcionar herramientas para empoderar al paciente, lo cual implica el **aprendizaje en el autocontrol de síntomas y sobre el efecto biopsicosocial** que comporta vivir con una enfermedad crónica<sup>44</sup>.

### Recomendaciones propuestas

1. Para poder rearticular la consulta de Reumatología es prioritario situar al **paciente como eje central**.
  - Es importante escucharlo, contar con sus apreciaciones y opiniones, para identificar brechas en la atención médica y mejorar la asistencia sanitaria.



- Participación por parte del paciente en la toma de decisiones relativas a su salud, acuerdos sobre el tratamiento, mayor educación sobre su enfermedad y sobre los fármacos.
2. **Comprender las actitudes y sentimientos** del paciente hacia su enfermedad y medicación crónica.
    - Es necesario explorar factores que impactan en el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos e identificar estrategias para mejorarlo desde la perspectiva del paciente.
    - Atención médica individualizada, que tiene en cuenta sus preferencias y aborda los problemas personales y emocionales.
  3. **Evaluación sistemática de PROs.**
  4. **Realizar cuestionarios de adherencia** en enfermedades reumáticas para **identificar y evaluar a los pacientes con riesgo de incumplimiento.**
    - Intentar utilizar siempre la misma marca de fármaco, ya que muchos ancianos identifican el fármaco por su aspecto (forma y color).
  5. **Aumentar el conocimiento del paciente sobre el uso de medicamentos.** Una colaboración activa entre paciente, farmacéuticosmédicos y enfermería.
  6. **Compartir los efectos adversos** conocidos de los medicamentos prescritos y educar a los pacientes sobre la forma de reconocerlos y afrontarlos, lo cual genera confianza.
    - Conocer e informar sobre las posibles interacciones con otros fármacos que esté tomando el paciente.
  7. **Aprender a utilizar los instrumentos y herramientas que ya existen** para hacer a las consultas reumatológicas más eficientes y que ayuden a **la auto-gestión** de los pacientes.
    - Mejorar los modelos sanitarios actuales aprovechando las **nuevas tecnologías** y canales de comunicación, optimizando los recursos.

## 6. Recomendaciones finales

**Los modelos de atención en reumatología deben centrarse en el paciente**, integrar sus perspectivas, preferencias y necesidades durante la consulta médica. Implican una relación médico-paciente más estrecha, que tiene en cuenta al individuo, sus valores, inquietudes, emociones, relaciones personales y otros aspectos vitales. Para ello, es imprescindible que tanto el reumatólogo como el paciente tengan una comunicación empática que permita ajustar expectativas, responder a necesidades y dar protagonismo al paciente.

**Los tres pilares de la calidad en la asistencia sanitaria (efectividad, seguridad y experiencia del paciente)** deben tenerse en cuenta como un grupo interconectado y no de manera aislada. Una correcta experiencia del paciente influye en la eficacia y seguridad terapéuticas. Valorar de forma periódica **el estado psicológico del paciente y su calidad de vida** será vital para conocer el alcance real de la enfermedad y buscar soluciones más allá de los aspectos clínicos.

El modelo más apropiado de relación médico-paciente es la participación mutua. Una alianza terapéutica, **la toma de decisiones compartidas** y el refuerzo de **la educación del paciente** sobre su enfermedad y tratamientos son las principales estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en enfermedades crónicas. Esto requiere establecer modelos de atención multidisciplinar que permitan una atención personalizada y completa (educación sanitaria, apoyo psicológico, consejos de autocuidado, ejercicio y alimentación, entre otros) a lo largo del curso de la enfermedad.

El proyecto RECORRE ha sido un proyecto claramente centrado en el paciente (figura 3). Las principales conclusiones de esta iniciativa se vertebran en torno a **6 dimensiones básicas**, con las siguientes recomendaciones:

### Decisiones compartidas. El paciente como eje central

1. Situar al **paciente como eje central** en la consulta de Reumatología.
  - Es importante escucharlo, contar con sus recomendaciones y opiniones, para identificar brechas en la atención médica y de esta forma mejorar la asistencia sanitaria.
2. **Compartir con el paciente la responsabilidad de planificar e instaurar el tratamiento.**
  - Se debe reforzar la capacidad de los pacientes para afrontar las consecuencias de su enfermedad e involucrarlos en la toma de decisiones terapéuticas.

### Potenciación de una comunicación eficaz

1. Realizar **talleres de comunicación efectiva dirigidos a especialistas** para mejorar la información que se facilita a los pacientes.
  - Incluirán cómo mejorar la empatía y cómo adecuar **la información** en función de las circunstancias de cada paciente.

- La formación de los médicos en técnicas de comunicación e información mejora la adherencia terapéutica.
2. Facilitar **canales de comunicación y acceso a las consultas de Reumatología** para solventar dudas y problemas.
    - Potenciar el uso de **las nuevas tecnologías** que puedan beneficiar la comunicación con el paciente y el manejo de su enfermedad, además de optimizar recursos.
    - **Se recomienda que la información se adapte al paciente.** Cuantos más formatos de información (oral y escrito), mayor satisfacción y éxito.

### Información y formación sobre la enfermedad

1. Organizar **jornadas informativas** impartidas por reumatólogos y **dirigidas a pacientes.**
2. **Ayudar a los pacientes a reconocer síntomas atribuibles a la enfermedad reumatológica** y diferenciarlos de otros causados por comorbilidades como la depresión o la ansiedad.
3. **Proporcionar sistemáticamente a los pacientes información sobre recursos sociales disponibles** (como asociaciones de pacientes) y sobre webs de salud solventes en las que obtener información de calidad sobre la enfermedad.

### Valoración de la dimensión psicológica y de calidad de vida

1. Realizar una **valoración sencilla del paciente con preguntas clave sobre su estado psicológico**, además de las preguntas clínicas propias de la enfermedad, para detectar a los pacientes de alto riesgo y derivarlos antes a las consultas de Psicología o Psiquiatría.
  - Conocer y aplicar los criterios ya existentes para derivar a Psicología desde la consulta de Reumatología (<https://www.openreuma.es/a-psicologiacutea.html>).
  - **Evaluación regular y sistemática de la calidad de vida** y el grado de independencia, así como insistir sobre la importancia del ejercicio físico continuado.
  - **Evaluación sistemática de PROs.**
2. Tener en cuenta que **las expectativas del paciente mejoran los resultados terapéuticos.**
  - Explorar las creencias y expectativas del paciente antes de comenzar un nuevo tratamiento. Preguntarle cuál sería su objetivo ideal.
  - **Identificar miedos injustificados y creencias erróneas** que pueden amplificar el impacto psicológico de la enfermedad.
  - Evaluar **la satisfacción con los tratamientos** desde la perspectiva del paciente.
  - **Distinguir entre las expectativas del médico y las del paciente** para llegar a un mejor entendimiento y que los pacientes puedan afrontar mejor su enfermedad.



## 7. Bibliografía

1. Bensing J. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centred medicine. *Patient Educ Couns* 2000; 39 (1): 17–25.
2. Sevin C, Moore G, Shepherd J, et al. Transforming care teams to provide the best possible patient-centred, collaborative care. *J Ambul Care Manag* 2009; 32 (1): 24–31.
3. Van der Eijk M, Nijhuis FA, Faber MJ, et al. Moving from physician-centred care towards patient-centred care for Parkinson's disease patients. *Parkinsonism Rel Dis* 2013; 19 (11): 923–7.
4. Dragoi RG, Ndosi M, Sadlonova M, et al. Patient education, disease activity and physical function: can we be more targeted? A cross sectional study among people with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and hand osteoarthritis. *Arthritis Res Ther* 2013; 15: R156.
5. Kjekken I, Dagfinrud H, Mowinckel P, et al. Rheumatology care: involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care, and unmet healthcare needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res* 2006; 55 (3): 394–401.
6. Nota I, Drossaert CH, Taal E, van de Laar MA. Patients' considerations in the decision-making process of initiating disease modifying antirheumatic drugs. *Arthritis Care Res* 2014; 67 (7): 956-64.
7. Barton JL, Trupin L, Tonner C, et al. English language proficiency, health literacy, and trust in physician are associated with shared decision making in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2014; 41: 1290–7.
8. Segan JD, Briggs AM, Chou L, et al. Patient-perceived health service needs in inflammatory arthritis: A systematic scoping review. *Sem Arth Rheum* 2018; 47: 765-77.
9. Longtin Y, Sax H, Leape LL, et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 2010; 85: 53–62.
10. Singh JA, Saag KG, Bridges SL et al. 2015 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016; 68 (1): 1–26. Disponible en: <https://www.rheumatology.org/portals/0/files/acr%202015%20ra%20guideline.pdf>
11. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. Disponible en: <https://ard.bmj.com/content/79/6/685>.
12. Fautrel B, Alten R, Kirkham B, et al. Call for Action: How to Improve Use of Patient-Reported Outcomes to Guide Clinical Decision Making in Rheumatoid Arthritis. *Rheumatol Int* 2018; 38 (6): 935-47.
13. Anyfanti, P, Gavriilaki, E, Pырpasopoulou A, et al. Depression, anxiety, and quality of life in a large cohort of patients with rheumatic diseases: common, yet undertreated. *Clin Rheumatol* 2016; 35: 733–9.

14. Leon L, Jover JA, Loza E, et al. Health-related quality of life as a main determinant of access to rheumatologic care. *Rheumatol Int* 2013; 33 (7):1797–804.
15. Vangeli E, Bakhshi S, Baker A, et al. A systematic review of factors associated with non-adherence to treatment for immune-mediated inflammatory diseases. *Adv Ther* 2015; 32 (11): 983–1028.
16. Matcham F, Scott IC, Rayner L, et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Seminars Arthritis Rheumat* 2014; 44 (2): 123–30.
17. Leon L, Redondo M, Garcia-Vadillo A, et al. Influence of patient personality in the treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2016; 36 (11): 1549–55.
18. Gafvels C, Hagerstrom M, Nordmark B, Wandell PE. Psychosocial problems among newly diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Clin Rheumatol* 2012; 31 (3): 521–9.
19. Leon L, Redondo M, Fernández-Nebro A, et al. Expert recommendations on the psychological needs of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2018; 38: 2167–82.
20. Connelly K, Segan J, Lu A, et al. Patients' perceived health information needs in inflammatory arthritis: A systematic review. *Sem Arth Rheum* 2019; 48 (5): 900-10.
21. Koehn C, Esdaile J. Patient education and self-management of musculoskeletal diseases. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2008; 22: 395–405.
22. Taylor PC, Codrina Ancuta, Orsolya Nagy, et al. Treatment Satisfaction, Patient Preferences, and the Impact of Suboptimal Disease Control in a Large International Rheumatoid Arthritis Cohort: SENSE Study. *Patient Prefer Adherence* 2021; 15: 359-73.
23. Cea-Calvo L, Raya E, Marras C, et al. The beliefs of rheumatoid arthritis patients in their subcutaneous biological drug: strengths and areas of concern. *Rheumatol Int* 2018; 38 (9): 1735-40.
24. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health* 1999; 14 (1): 1–24.
25. Lempp H, Scott DL, Kingsley GH. Patients' views on the quality of health care for rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2006; 45(12), 1522–8.
26. Lempp H. How to manage patients' expectations in rheumatoid arthritis treatment. *Int J Clin Rheumatol* 2015; 10 (5), 301–3.
27. Pollard LC, Choy EH, Gonzales J, et al. Fatigue in rheumatoid arthritis reflects pain, not disease activity. *Rheumatology* 2006; 45 (7): 885–9.
28. Simpson C, Franks C, Morrison C, Lempp H. The patient's journey: rheumatoid arthritis. *BMJ* 2005; 331 (7521): 887–9.
29. NICE Clinical Guideline 79. Rheumatoid Arthritis. The Management of Rheumatoid Arthritis in Adults. NICE, London, UK (2018). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng100>

30. De Toro J, Cea-Calvo L, García-Vivar ML, et al. The Experience With Health Care of Patients With Inflammatory Arthritis A Cross-sectional Survey Using the Instrument to Evaluate the Experience of Patients With Chronic Diseases. *J Clin Rheumatol* 2021; 27 (1): 25-30.
31. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 2013; 3: e001570.
32. Borgsteede SD, Westerman MJ, Kok IL, et al. Factors related to high and low levels of drug adherence according to patients with type 2 diabetes. *Int J Clin Pharm* 2011; 33 (5): 779–77.
33. Fortuna RJ, Nagel AK, Rocco TA, et al. Patient experience with care and its association with adherence to hypertension medications. *Am J Hypertens* 2018; 31 (3): 340–45.
34. Cea-Calvo L, Marín-Jiménez I, de Toro J, et al. Association between non-adherence behaviors, patients' experience with healthcare and beliefs in medications: a survey of patients with different chronic conditions. *Curr Med Res Opin* 2020; 36 (2): 293-300.
35. Orozco-Beltrán D, de Toro J, Galindo MJ, et al. Healthcare Experience and their Relationship with Demographic, Disease and Healthcare-Related Variables: A Cross-Sectional Survey of Patients with Chronic Diseases Using the IEXPAC Scale. *Patient* 2019; 12: 307-17.
36. Barton JL, Décary S. New galaxies in the universe of shared decision-making and rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2020; 32 (3): 273-8.
37. Barton J, Hulen E, Schue A, et al. Experience and Context Shape Patient and Clinician Goals For Treatment of Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Study. *Arthritis Care Res* 2018; 11: 1614-20.
38. Joosten EAG, De Fuentes-Merillas L, de Weert GH, et al. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychothe Psychosom* 2008; 77 (4): 219–26.
39. Nota I, Drossaert CH, Taal E, et al. Patient participation in decisions about disease modifying anti-rheumatic drugs: a cross-sectional survey. *BMC Musculoskeletal Dis* 2014; 15: 333.
40. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49 (9): 796–804.
41. Gossec L, Dougados M, Dixon W. Patient-reported outcomes as end points in clinical trials in rheumatoid arthritis. *RMD Open* 2015; 1(1): e000019.
42. Hewlett S, Kirwan J, Pollock J et al. Patient initiated outpatient follow up in rheumatoid arthritis: six year randomised controlled trial. *BMJ* 2015; 330 (7484): 171.
43. Khan NA, Spencer HJ, Abda E et al. Determinants of discordance in patients' and physicians' rating of rheumatoid arthritis disease activity. *Arthritis Care Res* 2012; 64 (2): 206–14.
44. Solomon DH, Rudin RS. Digital health technologies: opportunities and challenges in rheumatology. *Nat Rev Rheumatol* 2020; 16 (9): 525-35.

## 8. Anexos

### Anexo I. Términos de búsqueda empleados en la selección bibliográfica

#### TÉRMINOS DE BÚSQUEDA

<b>Rheumatoid arthritis</b>	Patient journey
<b>Patient experience</b>	Patient education
<b>Clinical expectations</b>	Patient reported outcomes
<b>Adherence</b>	Quality of life
<b>Non-adherence</b>	Methodology
<b>Rheumatic diseases</b>	Patient perspective
<b>Emotional well-being</b>	Patient satisfaction
<b>Chronic diseases</b>	Medication adherence/non-adherence
<b>Chronic patients</b>	Patient engagement
<b>Beliefs about medication</b>	Patient centered-care
<b>Psoriatic arthritis</b>	Perceptions
<b>Spondyloarthropathies</b>	



## Anexo II. Bibliografía empleada en cada grupo

### 1- NECESIDADES DEL PACIENTE

<b>Patients' Perceived Health Information Needs in Inflammatory Arthritis: A Systematic Review</b>	Connelly K, et al. Semin Arthritis Rheum. 2019;48(5):900-10.
<b>Expert Recommendations on the Psychological Needs of Patients With Rheumatoid Arthritis</b>	Leon L, et al. Rheumatol Int. 2018;38(12):2167-2182.
<b>Patient-perceived health service needs in inflammatory arthritis: A systematic scoping review</b>	Segan JD, et al. Semin Arthritis Rheum. 2018;47(6):765-77.
<b>Depression, Anxiety, and Quality of Life in a Large Cohort of Patients With Rheumatic Diseases: Common, Yet Undertreated</b>	Anyfanti P, et al. Clin Rheumatol. 2016;35(3):733-9.

### 2. EXPECTATIVAS DEL PACIENTE

<b>Satisfacción, cumplimiento de expectativas y adherencia al fármaco biológico subcutáneo en pacientes con artritis reumatoide. Estudio ARCO</b>	Calvo-Alén J, et al. Reumatol Clin. 2020;16(2 Pt 1):116-9.
<b>Patients' and Doctors' Beliefs about Treatment and Long-Term Adherence in Rheumatic Diseases</b>	Yfantopoulos J, et al. Mediterranean J Rheumatol. 2020 Jun;31(Supp 1):152-62.
<b>Patients' Perspectives and Experience of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: A Systematic Review and Thematic Synthesis of Qualitative Studies</b>	Sumpton D, et al. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020;72(5):711-22.
<b>How to manage patients' expectations in rheumatoid arthritis treatment</b>	Heidi Lempp, et al. Int. J. Clin. Rheumatol. (2015) 10(5), 301-3.
<b>Expectations of new treatment in rheumatoid arthritis: developing a patient-generated questionnaire</b>	Hofmann D, et al. Health Expect. 2015;18(5):995-1008.
<b>Fears and Beliefs of People Living With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Literature Review</b>	Palominos PE, et al. Adv Rheumatol. 2018;58(1):1.
<b>The beliefs of rheumatoid arthritis patients in their subcutaneous biological drug: strengths and areas of concern</b>	Cea-Calvo L, et al. Rheumatol Int. 2018;38(9):1735-40.
<b>Perceptions of patients with rheumatic diseases on the impact on daily life and satisfaction with their medications: rheU-life, a survey to patients treated with subcutaneous biological products</b>	González CM, et al. Patient Prefer Adherence. 2017;11:1243-52.
<b>Preferences of Patients and At-risk Individuals for Preventive Approaches to Rheumatoid Arthritis</b>	Falahee M, et al. Clin Ther. 2019;41(7):1346-54.

### 3. EXPERIENCIA DEL PACIENTE

<b>What Matters Most to Patients and Rheumatologists? A Discrete Choice Experiment in Rheumatoid Arthritis</b>	Díaz-Torné C, et al. Adv Ther. 2020;37(4):1479-95.
<b>The Experience With Health Care of Patients With Inflammatory Arthritis: A Cross-sectional Survey Using the Instrument to Evaluate the Experience of Patients With Chronic Diseases</b>	de Toro J, et al. J Clin Rheumatol. 2019;10:1097/RHU.0000000000001155.
<b>Percepciones de los pacientes con enfermedades reumáticas tratados con biológicos subcutáneos sobre su nivel de información. Encuesta RHEU-LIFE</b>	De Toro J, et al. Reumatol Clin. 2019;15(6):343-9.

<b>The Patient Perspective on Absence of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: A Survey to Identify Key Domains of Patient-Perceived Remission</b>	van Tuyl LH, et al. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2017;76(5):855-61.
<b>A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness</b>	Doyle C, Lennox L, Bell D. <i>BMJ open.</i> 2013;3(1):e001570.
<b>Association between non-adherence behaviors, patients' experience with healthcare and beliefs in medications: a survey of patients with different chronic conditions</b>	Cea-Calvo L, et al. <i>Curr Med Res Opin.</i> 2020;36(2):293-300.
<b>Healthcare Experience and their Relationship with Demographic, Disease and Healthcare Related Variables: A CrossSectional Survey of Patients with Chronic Diseases Using the IEXPAC Scale</b>	Orozco-Beltrán D, et al. <i>Patient.</i> 2019;12(3):307-17.
<b>Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study</b>	Pagès-Puigdemont N, et al. <i>Adv Ther.</i> 2016;33(10):1740-54.
<b>Rheumatologists' Insight Into Medication Adherence in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Study</b>	Heidari P, et al. <i>Int J Rheum Dis.</i> 2019;22(9):1695-1705.
<b>Non-adherence to subcutaneous biological medication in patients with rheumatoid arthritis: a multi-centre, non-interventional study</b>	Calvo-Alén J, et al. <i>Clin Exp Rheumatol.</i> 2017;35(3):423-30.
<b>A Systematic Review of Factors Associated with Non-Adherence to Treatment for Immune-Mediated Inflammatory Diseases</b>	Vangeli E, et al. <i>Adv Ther.</i> 2015;32(11):983-1028.
<b>Patient-reported outcomes with golimumab in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: non-interventional study GO-NICE in Germany</b>	Krüger K, et al. <i>Rheumatol Int.</i> 2019;39(1):131-40.
<b>Reasons for discontinuation of subcutaneous biologic therapy in the treatment of rheumatoid arthritis: a patient perspective</b>	Bolge SC, et al. <i>Patient Prefer Adherence.</i> 2015;9:121-31.
<b>Patient-Reported Outcomes in Rheumatoid Arthritis</b>	van Tuyl LH, et al. <i>Rheum Dis Clin North Am.</i> 2016;42(2):219-37.

#### 4. CUIDADO CENTRADO EN EL PACIENTE: EMPODERAMIENTO

<b>Call for Action: How to Improve Use of Patient-Reported Outcomes to Guide Clinical Decision Making in Rheumatoid Arthritis</b>	Fautrel B, et al. <i>Rheumatol Int.</i> 2018;38(6):935-47.
<b>Experience and Context Shape Patient and Clinician Goals For Treatment of Rheumatoid Arthritis: A Qualitative Study</b>	Barton JL, et al. <i>Arthritis Care Res (Hoboken).</i> 2018;70(11):1614-20.
<b>Individualising Chronic Care Management by Analysing Patients' Needs – A Mixed Method Approach</b>	Timpel P, et al. <i>Int J Integr Care</i> 2017;17(6):2.
<b>Patient-centred Care in Established Rheumatoid Arthritis</b>	Voshaar MJ, et al. <i>Best Pract Res Clin Rheumatol.</i> 2015;29(4-5):643-63.
<b>Mobile Apps for Rheumatoid Arthritis: Opportunities and Challenges</b>	Mollard E, et al. <i>Rheum Dis Clin North Am.</i> 2019;45(2):197-209.
<b>The psychosocial burden of psoriatic arthritis</b>	Husni ME, et al. <i>Semin Arthritis Rheum.</i> 2017;47(3):351-60.



# RECORRE

REarticulando las COnsultas de REumatología

Con el aval de:



Un proyecto patrocinado por:

