



ARTÍCULO ESPECIAL

Encuesta Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre el manejo de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal



Daniel Ginard^{a,b,*}, Mercedes Ricote^{c,d}, Pilar Nos^{b,e}, M. Elena Pejenaute^{c,d}, Miquel Sans^{b,f}, Noelia Fontanillas^{d,g,h}, Manuel Barreiro-de Acosta^{b,i,j} y José Polo García^{d,k,l}, en representación de GETECCU y SEMERGEN

^a Servicio de Aparato Digestivo/IDISBA, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

^b Miembro de GETECCU

^c Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Mar Báltico, Madrid, España

^d Miembro del grupo de trabajo de Aparato Digestivo de SEMERGEN

^e Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitari y Politècnic de València, Valencia, España

^f Servicio de Aparato Digestivo, Centro Médico Teknon/ISADMU, Barcelona, España

^g Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Bezana, Santa Cruz de Bezana, Cantabria, España

^h Coordinadora Grupo de Digestivo de SEMERGEN

ⁱ Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^j Presidente de GETECCU

^k Medicina Familiar, Centro de Salud Casar de Cáceres, Casar de Cáceres, Cáceres, España

^l Presidente de SEMERGEN

Recibido el 29 de septiembre de 2022; aceptado el 30 de octubre de 2022

Disponible en Internet el 17 de noviembre de 2022

PALABRAS CLAVE

Atención primaria;
Gastroenterología;
Enfermedad
inflamatoria
intestinal;
Manejo;
Diagnóstico;
Coordinación

Resumen

Introducción: La colaboración entre Atención Primaria (AP) y Gastroenterología en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es crucial para ofrecer una atención médica de alta calidad. El objetivo del presente estudio es analizar, en el ámbito nacional, la relación entre AP y los gastroenterólogos con el objetivo de conocer los aspectos de mejora en el manejo de pacientes con EII y cómo poder implementarlos, para así desarrollar posteriormente propuestas y proyectos concretos entre SEMERGEN y GETECCU.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal, realizado mediante cuestionario online anónimo entre octubre de 2021 y marzo de 2022.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: daniel.ginard@gmail.com (D. Ginard).

KEYWORDS

Primary care;
Gastroenterology;
Inflammatory bowel
disease;
Management;
Diagnosis;
Coordination

Resultados: Se recopilaron un total de 157 encuestas de Gastroenterología y 222 de AP. El 43,8% y el 34,3% de los gastroenterólogos y médicos de familia, respectivamente, consideraron tener una buena relación. El grado de conocimiento de los médicos de familia sobre diferentes aspectos de la EII (puntuado sobre 10) fue: aspectos clínicos $6,67 \pm 1,48$, diagnósticos $6,47 \pm 1,46$, terapéuticos $5,63 \pm 1,51$, de seguimiento $5,53 \pm 1,68$ y complicaciones $6,05 \pm 1,54$. La percepción del apoyo y soporte entre ambas unidades no superó el 4,5 en una escala de 0 a 10 en ninguna de las encuestas. Las propuestas de mejora más votadas fueron: mayor coordinación entre especialistas, implantación de unidades de EII y colaboración de enfermería.

Conclusión: Existen deficiencias en la relación entre AP y Gastroenterología con especial dedicación a la EII que requiere de los esfuerzos de las sociedades científicas que los representan para una mayor coordinación, con elaboración de protocolos conjuntos y medios de comunicación ágiles, rápidos y efectivos.

© 2022 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Spanish Society of Primary Care Physicians (SEMERGEN) and Spanish Working Group on Crohn's Disease and Ulcerative Colitis (GETECCU) survey on the management of patients with inflammatory bowel disease

Abstract

Introduction: Collaboration between Primary Care (PC) and Gastroenterology in inflammatory bowel disease (IBD) is crucial to provide high-quality healthcare. The aim of this study is to analyse the relationship between PC and gastroenterologists at a national level in order to identify areas for improvement in the management of patients with inflammatory bowel disease (IBD) and how to address them, with the aim of subsequently developing concrete proposals and projects between SEMERGEN and GETECCU.

Methods: Descriptive, observational, cross-sectional study, was carried out using an anonymous online questionnaire between October 2021 and March 2022.

Results: A total of 157 surveys from Gastroenterology and 222 from PC were collected. 43.8% and 34.3% of gastroenterologists and family practitioners, respectively, considered that there was a good relationship between the units. The level of knowledge from family practitioners regarding different aspects of IBD out of 10 was: clinical 6.67 ± 1.48 , diagnosis 6.47 ± 1.46 , treatment 5.63 ± 1.51 , follow-up 5.53 ± 1.68 and complications 6.05 ± 1.54 . The perception of support between both units did not exceed 4.5 on a scale from 0 to 10 in either of the surveys. The most highly voted improvement proposals were better coordination between the units, implementation of IBD units, and nursing collaboration.

Conclusion: There are deficiencies in the relationship between PC and Gastroenterology with special dedication to IBD that require the efforts of the scientific societies that represent them for greater coordination with the development of joint protocols and agile, fast, and effective communication channels.

© 2022 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introducción

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) comprende un conjunto de trastornos inflamatorios crónicos de etiología desconocida que afectan el tracto digestivo. Se clasifican principalmente en enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU), enfermedades de etiología desconocida que cursan con periodos de actividad y de remisión^{1,2}. La incidencia en España es de 16,2 casos por 100.000 habitantes/año, habiendo experimentado un gran aumento en los últimos años y situando a España entre los países con mayor incidencia^{3,4}. Aunque la EII se diagnostica con mayor frecuencia en personas jóvenes, puede ocurrir a cualquier edad³. La presentación clínica de la EII es variable, lo

cual puede retrasar su diagnóstico significativamente en el tiempo^{3,5,6}. La EII se asocia con una morbilidad y una discapacidad significativas, pudiendo producir incapacidad laboral u hospitalización del paciente⁷⁻⁹.

Debido a su naturaleza crónica, la EII requiere de un seguimiento por parte de los profesionales sanitarios especializados en esta patología¹⁰. Esta necesidad de seguimiento continuo, unido a su elevada incidencia, supone un coste importante para los sistemas de salud, representando actualmente una de las enfermedades gastrointestinales en las que se produce mayor gasto sanitario^{11,12}.

El diagnóstico se inicia con la visita del paciente sintomático al médico de familia. Habitualmente, si existe una sospecha fundada según la historia clínica y la exploración

física sustentada por pruebas de laboratorio, el paciente es derivado a los servicios de Gastroenterología, los cuales se encargan de realizar el diagnóstico definitivo mediante la realización de pruebas endoscópicas y radiológicas. Como la sintomatología de la enfermedad es heterogénea, variable y fácilmente confundible con otros trastornos digestivos, sobre todo funcionales, el papel de Atención Primaria (AP) es primordial a la hora de identificar los casos con una alta sospecha clínica, pues supone el primer punto de contacto del paciente tras la aparición de los síntomas¹³.

Uno de los objetivos de los médicos de familia en la EII es evitar largos retrasos en el diagnóstico que agraven la enfermedad e identificar con rapidez y fiabilidad a los pacientes que deben ser derivados a la unidad de EII de Gastroenterología. Además, realizan el cribado de pacientes que requieren una derivación urgente de los que, por su buen estado general, pueden seguir procedimientos estándar¹³. Sin embargo, la relación general entre los especialistas en AP y Gastroenterología se realiza en contextos distintos, todos ellos dinámicos y, algunos, rápidamente cambiantes. El sistema sanitario español es muy heterogéneo y presenta importantes desigualdades estructurales, organizativas e incluso presupuestarias entre comunidades autónomas¹⁴. Además, una de las amenazas más relevantes en AP y Gastroenterología es la sobrecarga asistencial, lo que conlleva un deterioro de la calidad y de las condiciones de trabajo. Todos estos factores condicionan la relación entre los diferentes niveles asistenciales y origina que las posibilidades de interacción suelen ser insuficientes¹⁵.

Como consecuencia de la estrecha y continua relación entre los pacientes con EII y los profesionales de atención médica, una atención sanitaria de alta calidad permite optimizar los resultados y mejorar la calidad de vida de los pacientes¹⁰. Por ello, desde la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) se está fomentando la búsqueda de áreas de colaboración en el manejo de pacientes con EII. El objetivo de este estudio fue conocer la opinión y la experiencia de los especialistas en AP y Gastroenterología en el manejo de los pacientes con EII para identificar aspectos de mejora y desarrollar futuros proyectos conjuntos.

Participantes y métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal a través de una encuesta *online* dirigida a gastroenterólogos y médicos de familia. Se diseñaron dos encuestas diferentes, una para cada especialidad. Las encuestas preliminares fueron generadas por los coordinadores del proyecto basándose en una revisión de la literatura. Posteriormente fueron evaluadas por miembros de las juntas directivas de las sociedades científicas de GETECCU y SEMERGEN. Las encuestas fueron anónimas y las respuestas se registraron a través del sistema de encuestas *online* Survey Monkey® (Menlo Park, California, EE.UU.) siguiendo un cuestionario cerrado y estructurado.

Por un lado, la encuesta destinada a gastroenterólogos se dividió en 5 bloques con un total de 23 preguntas: bloque 1: datos sociodemográficos (sexo, edad, comunidad autónoma

de residencia, hospital de afiliación, años trabajados como gastroenterólogo, trabajo en una unidad de EII, tipo de asistencia realizada); bloque 2: nivel de conocimiento sobre la práctica clínica en AP donde se evalúa el acceso a la calprotectina, ecografía, colonoscopia o densitometría ósea; bloque 3: relación e interacción con AP (tipo, satisfacción, actividades formativas, apoyo recibido); bloque 4: diagnóstico y manejo de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), incluyendo la definición de responsabilidades, y bloque 5: mejoras en la práctica diaria para el manejo de los pacientes con EII.

Por otro lado, la encuesta destinada a médicos de familia se estructuró en 5 bloques con un total de 24 preguntas: bloque 1: datos sociodemográficos (sexo, edad, comunidad autónoma de residencia, centro de trabajo); bloque 2: nivel de conocimiento sobre distintos aspectos relacionados con la EII como la clínica, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y las actividades preventivas, las complicaciones; bloque 3: relación e interacción con Gastroenterología (tipo, satisfacción, actividades formativas, apoyo recibido); bloque 4: diagnóstico y manejo de los pacientes con EII, incluyendo la definición de responsabilidades, y bloque 5: mejoras en la práctica diaria para el manejo de los pacientes con EII.

Para las respuestas de ambas encuestas se emplearon escalas de 0 a 10 (siendo 0 la menor puntuación posible y 10 la máxima), salvo para las preguntas 20 y 21 del bloque 4 de la encuesta a gastroenterólogos, donde se empleó una escala de 0 a 5 (siendo 0 la menor puntuación posible y 5 la máxima). Igualmente se incluyeron respuestas cerradas en las que el encuestado debía seleccionar entre las diferentes opciones. Ambas encuestas se encuentran anexadas en el material suplementario (Apéndices A y B).

Selección de participantes y lanzamiento de la encuesta

Dadas las características de la encuesta y sus objetivos, se realizó un muestreo de conveniencia utilizando el listado de miembros de GETECCU y SEMERGEN, para invitarles a responder la encuesta. Esta se lanzó el 25 de octubre de 2021 para gastroenterólogos y el 13 de diciembre para los médicos de familia mediante correo electrónico. Se envió un recordatorio el 21 febrero de 2022 para incrementar la tasa de respuesta. Ambos procesos se cerraron el 1 de marzo de 2022.

Este estudio se realizó en plena conformidad con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, referente a la investigación médica en seres humanos, en su última versión, y de acuerdo con la normativa aplicable sobre Buenas Prácticas Clínicas.

Análisis estadístico

El análisis de los datos se efectuó mediante el programa estadístico, Stata 12® (Stata Corporation, College Station, TX, EE.UU.). Se realizó un análisis descriptivo de los datos. Las variables cuantitativas se describieron mediante medias y desviación estándar (DE) y las cualitativas con frecuencias y porcentajes.

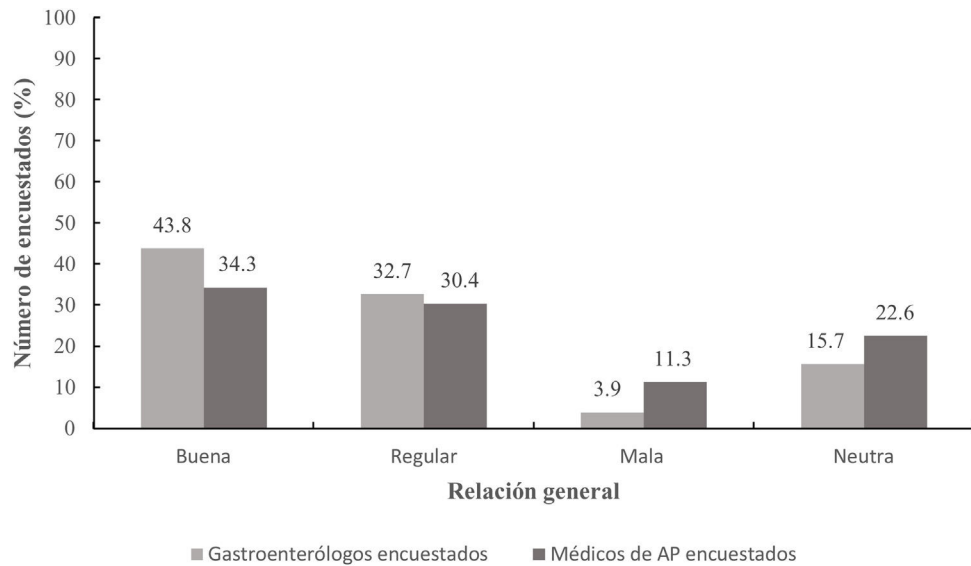


Figura 1 Relación general entre Gastroenterología y médicos de familia en el área sanitaria.
AP: atención primaria

Resultados

La encuesta se envió a los emails de los socios de la GETECCU y SEMERGEN y fue cumplimentada por 157 gastroenterólogos y 222 médicos de familia, lo que representa el 14% y el 3%, del total de los socios, respectivamente.

Resultados de las encuestas de los participantes de Gastroenterología

La mayor parte de los encuestados fueron mujeres (68,8%), con representación de todos los grupos de edad. En su mayoría llevaban ejerciendo más de 10 años como gastroenterólogos (71,3%) en un hospital (96,2%). (Información completa en el [Apéndice C.](#))

En relación con el nivel de conocimiento sobre los diferentes aspectos de los centros de salud de la zona, la mayor parte de los participantes afirmaron conocer el acceso a la calprotectina (69,5%), a la ecografía digestiva (72,1%) y a la colonoscopia (80,7%). Menos de la mitad de los encuestados confirmaron saber el número de centros del área (44,8%) y el acceso a la densitometría ósea (30,3%).

En cuanto a la relación general entre Gastroenterología y AP en el área sanitaria, el 43,8% la consideró buena, el 32,7% regular, el 3,9% mala y el 15,7% neutra ([fig. 1](#)). En base al tipo de relación, considerando respuesta múltiple, el 19,9% de los encuestados afirmaron no tener ningún tipo de relación/intervención activa en la práctica diaria (sin tener en cuenta un contexto de investigación o formación). El 36,4% y el 63,6% indicaron tenerla de manera telefónica o a través de la historia médica electrónica, respectivamente. El 9,3% y el 6,3% confirmaron tener algún tipo de relación a través de reuniones presenciales, o telemáticas, respectivamente. El 5,2% señalaron tenerlo con algún representante por servicio. El 12,2% de los encuestados seleccionaron otras opciones, como interconsultas, e-consultas o email. Finalmente, en cuanto al grado medio de satisfacción con la

relación/interacción activa en la práctica diaria con los médicos de familia, de 0 a 10, la puntuación media fue de $5,4 \pm 2,4$.

La mayor parte de los encuestados (60,7%) indicaron no tener ningún tipo de actividad formativa con AP. El resto afirmaron participar en actividades como talleres (10%), cursos (24,7%), congresos o reuniones científicas (2%), grupos de trabajo (5,3%), proyectos de investigación (2,7%) y/u otros (8,7%). En términos generales, la percepción del apoyo y soporte general que se recibe desde AP en el caso de la EII, de 0 a 10, fue de $4,4 \pm 2,4$.

En cuanto al diagnóstico y manejo de los pacientes con EII, para el 77,0% de los encuestados las responsabilidades, las funciones y las actuaciones de AP y Gastroenterología no están bien delimitadas. La mayoría (75,0%) afirman no tener acceso a recursos como protocolos, consensos, algoritmos o similares para el diagnóstico, la derivación o el manejo consensuado con AP.

En relación con la importancia del papel o de la función de los médicos de familia, de 0 a 5, los encuestados puntuaron el diagnóstico precoz y la derivación del paciente con un $4,0 \pm 1,1$ y un $4,5 \pm 0,7$, respectivamente. Sin embargo, en el resto de las funciones las puntuaciones fueron menores de 3 ([fig. 2](#)). Del mismo modo, las puntuaciones fueron similares para pacientes con EII con brotes o complicaciones ([tabla 1](#)). Por otro lado, menos del 30% de los encuestados proporcionaban información a sus médicos de familia de los diferentes aspectos del manejo de los pacientes con EII ([tabla 2](#)). Tan solo afirmaron dar indicaciones explícitas sobre vacunación (61,2%) y hábitos tóxicos (50,4%). En general, los gastroenterólogos revelaron hablar sobre estos temas con el paciente, pero no con los médicos de familia.

Por último, dentro de las mejoras en la práctica clínica diaria para el manejo de los pacientes, los encuestados indicaron principalmente que las mejoras más relevantes serían: la implantación de unidades de EII, la ayuda por parte de enfermería y la formación específica ([tabla 3](#)).

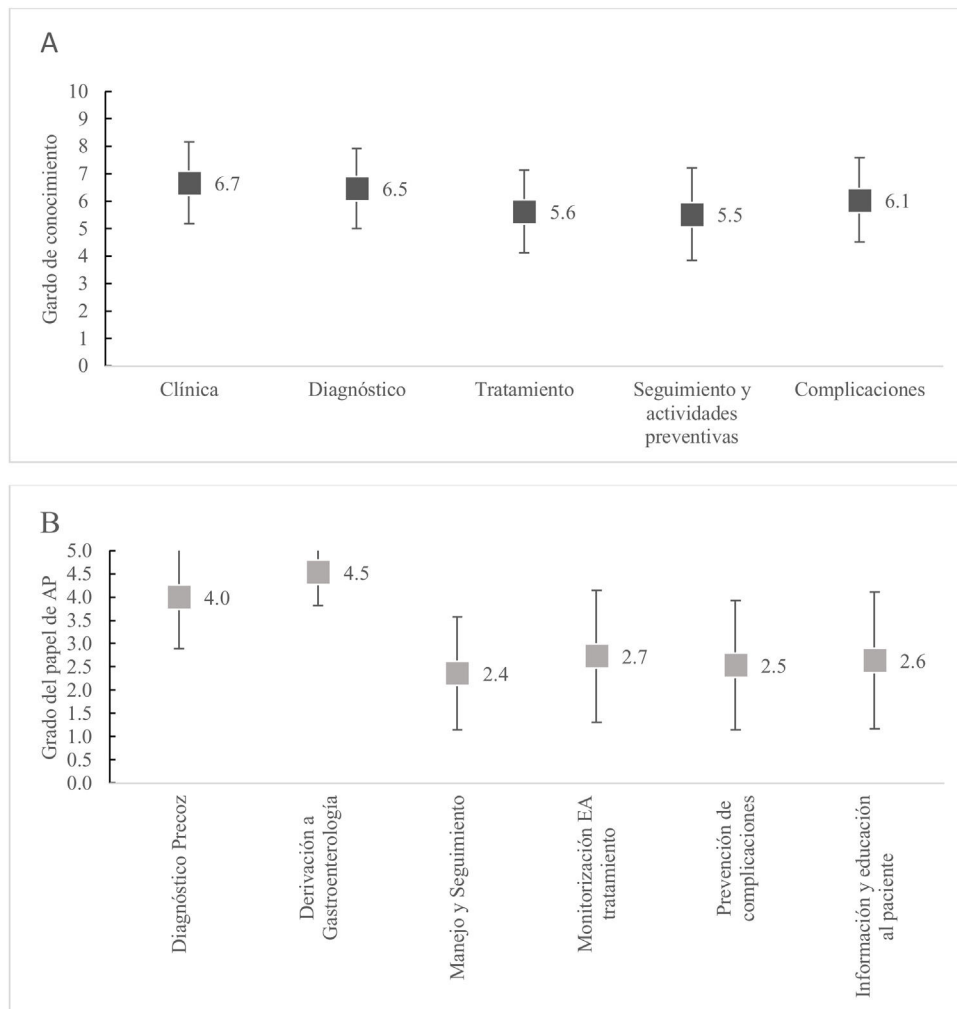


Figura 2 Grado de conocimiento de los médicos de familia sobre los diferentes aspectos de la EII frente al grado de implicación en los mismos. A) Graduación de 0 (ninguno) a 10 (mucho) del nivel de conocimiento en los siguientes aspectos en base a la opinión de los encuestados. B) Graduación de 0 (ninguna) a 5 (mucho) del papel, función (y por lo tanto implicación) que tendría AP en los siguientes aspectos, en base a la opinión de los encuestados de Gastroenterología. EA: evento adverso.

Resultados de las encuestas de los participantes de atención primaria

La mayor parte de los encuestados fueron mujeres (63,8%), con representación de todos los grupos etarios, aunque con mayor prevalencia en las franjas de mayor edad. En su mayoría llevaban ejerciendo más de 10 años en el área (65,8%) en un centro de salud (66,7%). El 31% de los encuestados residían en Cantabria. El resto de las comunidades autónomas de residencia de los especialistas en AP se muestran en el material suplementario (Apéndice D).

En relación con el nivel de conocimiento sobre la EII, los encuestados consideraron una puntuación media de $6,7 \pm 1,5$ sobre la clínica, de $6,5 \pm 1,5$ en el diagnóstico, de $5,6 \pm 1,5$ en el tratamiento y el seguimiento de actividades preventivas y de $6,1 \pm 1,5$ sobre sus complicaciones (fig. 2).

En cuanto a la relación general entre AP y Gastroenterología en el área sanitaria, el 34,3% la consideraron buena, el 30,4% regular, el 11,3% mala y el 22,6% neutra (fig. 1). El 48,0% afirmaron no tener ningún tipo de

relación/intervención activa en la práctica diaria con la unidad de EII de los servicios de Gastroenterología (sin tener en cuenta un contexto de investigación o formación). El 29,4% y el 13,3% indicaron tenerla de manera telefónica o por email, respectivamente. El 3,9% y el 2,5% confirmaron tener algún tipo de relación a través de reuniones presenciales y telemáticas, respectivamente. El 5,9% señalaron tenerla con algún representante por servicio. El 14,2% seleccionaron otras opciones, como interconsultas, e-consultas, abordaje multidisciplinar, acceso fácil en hospitales pequeños, etc. Finalmente, en cuanto al grado medio de satisfacción con la relación/interacción activa en la práctica diaria con Gastroenterología, de 0 a 10, la puntuación fue de $5,0 \pm 3,1$.

La mayor parte de los encuestados (61,7%) indicaron no tener ningún tipo de relación/interacción activa fuera del ámbito de la práctica diaria con Gastroenterología. El resto de los profesionales sanitarios afirmaron participar en actividades como talleres (9,5%), cursos (22,4%), congresos o reuniones científicas (14,4%), grupos de trabajo (9,9%),

Tabla 1 Graduación de 0 (ninguna) a 5 (mucho) del papel y de la función (y por lo tanto implicación) que tendría los médicos de familia en los siguientes aspectos en un paciente con EII en general y en brotes o complicaciones

	Resultado, media $\pm$ DE
Variables pacientes con EII general	
Diagnóstico precoz de la enfermedad	4,0 $\pm$ 1,1
Derivación del paciente a Gastroenterología	4,5 $\pm$ 0,7
Manejo y seguimiento del paciente (brotes, síntomas asociados, derivación al especialista, etc.)	2,4 $\pm$ 1,2
Monitorización de acontecimientos adversos por el uso de los tratamientos farmacológicos	2,7 $\pm$ 1,4
Prevención de complicaciones	2,5 $\pm$ 1,4
Información y educación al paciente	2,6 $\pm$ 1,5
Variables pacientes EII con brotes o complicaciones	
Diagnóstico precoz del brote o complicación	3,5 $\pm$ 1,3
Derivación del paciente a Gastroenterología	4,2 $\pm$ 1,0
Manejo y seguimiento del paciente con brote o complicaciones	2,0 $\pm$ 1,2
Monitorización de acontecimientos adversos por el uso de los tratamientos farmacológicos en el paciente con brotes o complicaciones	2,4 $\pm$ 1,4
Prevención de otras complicaciones	2,7 $\pm$ 1,4
Información y educación al paciente	2,9 $\pm$ 1,4

proyectos de investigación (3,5%) u otros (2,5%). En términos generales, la percepción del apoyo y del soporte general que se recibe desde Gastroenterología en el caso de la EII, de 0 a 10, fue de 4,3 $\pm$ 2,7.

En cuanto al diagnóstico y manejo de los pacientes con EII, para el 76,2% de los encuestados las responsabilidades, las funciones y las actuaciones de AP y Gastroenterología no están bien delimitadas. La mayoría afirman tener acceso al historial médico del paciente (91,2%), a la colonoscopia (66,8%), a la ecografía digestiva (56,5%) y a la calprotectina (63,7%). Sin embargo, solo el 30,6% disponen de un protocolo para el diagnóstico, la derivación o el manejo del paciente con EII, y el 22,3%, de indicaciones claras o guías explícitas por parte del gastroenterólogo. Por otro lado, la puntuación media, de 0 a 10, en cuanto a la facilidad de derivar pacientes con sospecha de EII o ya diagnosticados al gastroenterólogo, fue de 6,1 $\pm$ 2,7 y de 5,7 $\pm$ 2,7, respectivamente.

Dentro de las actuaciones realizadas en el diagnóstico y el manejo de los pacientes con EII, la mayoría afirmaron participar en la clínica (86,4%), en el diagnóstico (65,5%), en el seguimiento y en actividades preventivas (71,3%). En cambio, en el tratamiento y en las complicaciones la participación se redujo al 35,6% en ambos casos. Los encuestados puntuaron la seguridad en el diagnóstico precoz con un 5,8 $\pm$ 1,4, el manejo y el seguimiento con un 5,8 $\pm$ 1,2, la derivación a Gastroenterología con un 6,0 $\pm$ 1,4, la

Tabla 2 Instrucciones claras y/o explícitas a sus médicos de familia sobre alguno de los siguientes aspectos (opción de respuesta múltiple)

Variable	Resultado, n (%)
Valoración del impacto de la enfermedad en el día a día del paciente	20 (16,3)
Valoración y manejo de los síntomas de la enfermedad	31 (25,7)
Detección y manejo de brotes	35 (28,9)
Consejo nutricional y adecuación de la dieta	23 (19,0)
Seguridad con el manejo de fármacos inmunosupresores clásicos y terapias biológicas	33 (27,3)
Cribado cáncer (cervix, cáncer no-melanoma, colorrectal)	39 (32,2)
Cribado osteoporosis	17 (14,1)
Cribado déficit de hierro	25 (20,6)
Cribado enfermedad cardiovascular	20 (16,5)
Depresión y ansiedad (apoyo psicológico)	28 (23,1)
Hábitos tóxicos (deshabitación)	61 (50,4)
Salud reproductiva (valoración del deseo gestacional y consejo)	18 (14,9)
Vacunación	74 (61,2)
Evaluación de la adherencia	12 (9,9)
Automanejo y educación al paciente en general	21 (17,4)
Información al paciente sobre la enfermedad y relacionados	35 (28,9)
Información al paciente sobre las asociaciones de pacientes y grupos de apoyo	32 (26,5)
Otra/s	14 (11,6)

monitorización de eventos adversos derivados del tratamiento con un 5,6 $\pm$ 1,2, la prevención de complicaciones con un 5,5 $\pm$ 1,5, y la información y educación al paciente con un 5,9 $\pm$ 1,4.

Por último, dentro de las mejoras en la práctica clínica diaria para el manejo de los pacientes con EII, los encuestados seleccionaron que las mejoras más relevantes serían: una mayor coordinación general entre los especialistas en AP y Gastroenterología, el establecimiento de protocolos integrales y consensuados desde el diagnóstico precoz y la derivación hasta el manejo y el seguimiento general adaptados al tipo de paciente y a los recursos disponibles, y el acceso generalizado a la colonoscopia (tabla 4).

Discusión

La EII es una enfermedad que afecta a nivel mundial y un problema de salud de primer orden. Presenta una mayor tasa de incidencia en los países desarrollados u occidentalizados⁴. Además, en estos países se estima un crecimiento del 3% cada 5 años³. La EII tiene un gran impacto sobre la vida del paciente, debido a su cronicidad y a su debut generalmente en edades tempranas, pues el 50% de los pacientes tienen entre 20 y 39 años, etapa fundamental en el ámbito profesional y personal. Por tanto, un mal control de la

Tabla 3 Las 7 mejoras consideradas como más relevantes graduadas por su importancia de 1 (de las 7, la menos importante) a 7 (de las 7, la más importante) para los gastroenterólogos encuestados (opción de respuesta múltiple)

Variable	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)
Implantación de unidades de EII	3 (2,4)	3 (2,4)	5 (3,9)	14 (11,0)	7 (5,6)	16 (12,7)	63 (49,6)
Mayor tiempo en consulta	5 (3,9)	3 (2,2)	6 (4,4)	10 (7,4)	15 (11,8)	22 (17,3)	60 (44,4)
Ayuda por parte de enfermería	4 (2,9)	4 (3,5)	6 (5,3)	9 (7,9)	16 (11,9)	36 (26,7)	52 (46,0)
Formación específica	2 (1,8)	6 (5,8)	14 (13,5)	16 (15,4)	20 (17,7)	20 (17,7)	18 (17,3)
Sesiones presenciales en el centro de salud/hospital conjuntas	6 (5,8)	10 (9,5)	17 (15,9)	17 (15,9)	23 (22,1)	21 (20,2)	19 (17,8)
Sesiones telemáticas conjuntas	6 (5,6)	5 (3,9)	7 (5,6)	18 (14,3)	19 (17,8)	19 (17,8)	33 (26,2)
Acceso «directo o facilitado» a un especialista consultor	4 (3,2)	6 (6,1)	8 (8,8)	21 (21,2)	28 (22,2)	31 (24,6)	15 (15,2)
Generación de folletos informativos, libros para pacientes	6 (6,1)	7 (5,4)	6 (4,7)	12 (9,3)	21 (21,2)	22 (22,2)	41 (31,8)
Mayor coordinación general entre especialistas en AP y Gastroenterología	7 (5,4)	4 (3,4)	5 (4,2)	12 (10,1)	19 (14,7)	37 (28,7)	38 (31,9)
Definición y claridad en las funciones y responsabilidades de todos los implicados en el manejo de pacientes con EII	10 (8,4)	8 (6,3)	7 (5,5)	9 (7,0)	24 (20,2)	26 (21,9)	47 (36,7)
Establecimiento de protocolos integrales y consensuados (diagnóstico precoz y derivación, manejo y seguimiento general) adaptados al tipo de paciente y recursos disponibles	2 (1,6)	4 (3,6)	7 (6,3)	18 (16,2)	17 (13,3)	38 (29,7)	46 (41,4)
Acceso generalizado a la calprotectina	8 (7,2)	4 (4,2)	7 (7,4)	15 (15,8)	13 (11,7)	15 (13,5)	37 (38,9)
Acceso generalizado a la colonoscopia	4 (4,2)	3 (2,4)	5 (3,9)	14 (11,0)	14 (14,7)	14 (14,7)	63 (49,6)

enfermedad puede tener efectos negativos en el bienestar físico y psicosocial del paciente^{8,9,16-18}.

AP presenta un papel muy relevante en la detección de la EII, pues supone el primer punto de contacto del paciente tras la aparición de los síntomas¹³. Por otro lado, dada la complejidad de la enfermedad, el diagnóstico y el seguimiento son realizados principalmente por los especialistas de las unidades de EII de Gastroenterología. En la mayoría de los hospitales de nuestro país se han establecido unidades especializadas y multidisciplinarias de EII, formadas por equipos que se encargan de los casos más complejos¹⁹, y en cuya formación e impulso ha trabajado GETECCU, siendo pioneros en todo el mundo, con el programa de Certificación de Unidades de Atención Integral de EII (CUE)²⁰. Aunque este modelo ha mostrado una alta eficiencia en el manejo de los pacientes y ha permitido reducir las estancias hospitalarias, en nuestro estudio solo el 5,7% de los encuestados de AP afirman tener acceso a unidades de EII. Además, se ha demostrado que, dentro del equipo multidisciplinar, la enfermería especializada en EII y la AP ejercen un papel complementario durante el seguimiento^{13,19,21}. Los datos de esta encuesta muestran la necesidad, en ambos niveles asistenciales, de una mayor coordinación general entre los especialistas en AP y Gastroenterología, la implantación de unidades de EII, su difusión en AP y la pertinencia de una enfermería especializada.

En consonancia con los aspectos de mejora, el modelo más extendido, y el recomendado por la *European Crohn and Colitis Organization* (ECCO), es aquel en el que la AP participa en coordinación con las unidades especializadas y siguiendo las recomendaciones de sus guías, sobre todo en la implementación de medidas preventivas en los pacientes de EII que favorezcan su «autocuidado»¹⁹. Sin embargo, el 75,0% y el 69,4% de los gastroenterólogos y médicos de familia encuestados, respectivamente, alegan no disponer de protocolos integrales y consensuados (diagnóstico precoz y derivación, manejo y seguimiento general) adaptados al tipo de paciente y a los recursos disponibles.

A pesar de la disponibilidad de varias guías de práctica clínica elaboradas rigurosamente, como la guía británica (*British Society of Gastroenterology*)²², la norteamericana (*American College of Gastroenterology*)²³, la Organización Mundial de Gastroenterología²⁴, la europea (ECCO)²⁵ y los documentos de posicionamiento de GETECCU²⁶, ambas especialidades coinciden en la falta de responsabilidades, funciones y actuaciones delimitadas, como ocurre, por ejemplo, en el caso de la calprotectina fecal. Además, aunque las guías existentes son útiles, no están diseñadas para el entorno de AP, lo que dificulta su aplicación. Una gran proporción de la atención de la EII ocurre en el ámbito ambulatorio y, en consecuencia, el conocimiento adecuado de la enfermedad y su manejo básico por parte

Tabla 4 Las 7 mejoras consideradas como más relevantes graduadas por su importancia de 1 (de las 7, la menos importante) a 7 (de las 7, la más importante) para los médicos de familia encuestados (opción de respuesta múltiple)

Variable	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)
Implantación de unidades de EII	15 (8,9)	10 (5,9)	7 (4,1)	22 (13,0)	34 (20,1)	25 (14,8)	56 (33,1)
Mayor tiempo en consulta	3 (1,9)	4 (2,4)	10 (5,9)	14 (8,4)	26 (15,6)	36 (21,6)	74 (44,3)
Ayuda por parte de enfermería	9 (5,9)	5 (3,2)	12 (7,7)	21 (13,6)	38 (24,5)	30 (19,4)	40 (25,8)
Formación específica	2 (1,1)	5 (2,9)	14 (8,0)	13 (7,4)	19 (10,8)	41 (23,4)	81 (46,3)
Sesiones presenciales en el centro de salud/hospital conjuntas	4 (2,4)	6 (3,5)	13 (7,7)	15 (8,8)	24 (14,1)	45 (26,5)	63 (37,1)
Sesiones telemáticas conjuntas	6 (3,8)	8 (5,1)	13 (8,2)	28 (17,7)	33 (20,9)	39 (24,7)	31 (19,6)
Acceso «directo o facilitado» a un especialista consultor	9 (4,9)	9 (4,9)	7 (3,9)	11 (6,0)	22 (12,1)	44 (24,2)	80 (43,9)
Generación de folletos informativos, libros para pacientes	15 (9,4)	7 (4,4)	11 (6,9)	22 (13,8)	42 (26,2)	24 (15,0)	39 (24,4)
Mayor coordinación general entre especialistas en AP y Gastroenterología	6 (3,5)	3 (1,7)	5 (2,9)	11 (6,3)	17 (9,8)	42 (24,2)	90 (51,7)
Definición y claridad en las funciones y responsabilidades de todos los implicados en el manejo de los pacientes con EII	3 (1,9)	6 (3,7)	7 (4,3)	8 (4,9)	34 (20,9)	41 (25,3)	63 (38,9)
Establecimiento de protocolos integrales y consensuados desde el diagnóstico precoz y derivación al manejo y seguimiento general adaptados al tipo de paciente y recursos disponibles	7 (3,9)	6 (3,3)	5 (2,8)	4 (2,2)	22 (12,2)	50 (27,8)	86 (47,8)
Acceso generalizado a la calprotectina	6 (3,8)	5 (3,1)	6 (3,8)	9 (5,6)	15 (9,4)	26 (16,3)	93 (58,1)
Acceso generalizado a la colonoscopia	5 (3,1)	6 (3,7)	6 (3,7)	10 (6,1)	9 (5,5)	24 (14,7)	103 (63,2)

de los médicos de familia es importante para mejorar los resultados²⁷. En nuestro medio, solo el 22,3% de los médicos de familia encuestados indican tener acceso a indicaciones/guías/sugerencias claras y/o explícitas por parte del gastroenterólogo. Por otro lado, la mayoría de los gastroenterólogos admiten dar solo indicaciones claras a AP sobre hábitos tóxicos (50,4%) y vacunación (61,2%).

La coordinación entre los especialistas en AP y Gastroenterología es básica para ofrecer una buena calidad asistencial. Sin embargo, en la actualidad no existen estudios que hayan evaluado previamente esta relación en la EII en España. Tan solo en 2010, en el estudio realizado por Gené et al.¹⁵ en Cataluña se concluyó que el grado de interacción entre ambas unidades era insuficiente. La evidencia demuestra que la calidad asistencial, tanto por parte del gastroenterólogo como del médico de familia, mejora cuando el grado de conocimiento personal entre ambas especialidades es alto. Además, la confianza mutua y el fácil acceso al especialista, tanto para consultas antes de la derivación como para actividades de formación continuada, son las medidas más efectivas para mejorar la coordinación. Por ello es necesario la implementación de mejoras que permitan favorecer la comunicación, resolver dudas y ofrecer soluciones rápidas, evitando errores y costes adicionales²⁸. Sin embargo, la encuesta refleja que, aunque la mayor parte de los gastroenterólogos encuestados consideran que AP tiene un papel relevante

en el diagnóstico precoz y la derivación de pacientes, solo el 43,8% y el 34,3% de los gastroenterólogos y los médicos de familia, respectivamente, consideran tener una buena relación. Estos datos justifican que la percepción del apoyo y soporte entre ambas especialidades no supere el 4,5 en ninguna de las dos encuestas. Además, más del 60% del total de los encuestados afirman no tener ningún tipo de relación o interacción activa fuera del ámbito de la práctica clínica.

Tras la evaluación de los resultados de las encuestas, desde GETECCU y SEMERGEN se proponen las siguientes acciones de mejora colaborativas (algunas centradas en la práctica clínica, otras de corte educativo y otras relacionadas con la difusión y el aprovechamiento de oportunidades o recursos ya existentes) que deberán ser adaptadas a las peculiaridades de cada localidad: 1) generación de protocolos consensuados entre los médicos de familia y gastroenterólogos (para el diagnóstico, la derivación y la monitorización); 2) participación a nivel local en jornadas conjuntas, y 3) otras propuestas: optimización de los recursos ya existentes en GETECCU, como el portal G-EducaInflamatoria (educainflamatoria.com), y mejoras en la comunicación, como la notificación de la acreditación por parte de las unidades de EII a los centros de salud dependientes de las mismas.

Por último, el presente estudio presenta algunas limitaciones. Al tratarse de un estudio realizado mediante una encuesta *online* es inevitable un sesgo de selección; así, la

opinión de los encuestados puede no coincidir con la práctica habitual del resto de especialistas. Por otro lado, se podría considerar un sesgo el hecho de que los médicos que han contestado serían los más interesados en establecer alianzas entre ambas unidades para el manejo de pacientes con EII, mientras que los que no contestaron serían aquellos que no estarían tan interesados en el tema o que considerarían que dichas alianzas no son necesarias. Tampoco es posible determinar si los que no respondieron la encuesta tienen los mismos puntos de vista que los que sí lo hicieron. En cuanto a las fortalezas, los encuestados son profesionales sanitarios activos pertenecientes a las especialidades de interés, de diferentes comunidades autónomas y hospitales, cuya opinión se fundamenta en su experiencia clínica rutinaria. Además, a pesar de la diversidad de afiliaciones, existe unidad en sus perspectivas, por lo que estos datos podrían extrapolarse a otros centros.

Conclusión

La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y un enfoque multidisciplinar son fundamentales para ofrecer una asistencia de calidad. Para ello se requiere una estrecha relación y una mayor coordinación entre AP y Gastroenterología, la implantación de unidades de EII, la colaboración de enfermería y la elaboración de protocolos. Además, los medios de comunicación entre las unidades deben ser ágiles, rápidos y efectivos para la derivación precoz en caso de sospecha de EII²⁹. Por último, desde SEMERGEN y GETECCU se presentan diferentes acciones de mejora colaborativas.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se realizó en plena conformidad con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki referente a la investigación médica en seres humanos en su última versión, y de acuerdo con la normativa aplicable sobre Buenas Prácticas Clínicas.

Financiación

El presente trabajo ha recibido soporte económico de Laboratorios Ferring S.A.U.

Contribución de los autores

Todos los autores han participado en la conceptualización del proyecto, el diseño de las encuestas, la evaluación de los resultados, la redacción y la revisión crítica del manuscrito. Todos los autores han dado la aprobación a la versión final del manuscrito a presentar.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en este estudio.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Instituto de Salud Musculoesquelética (Inmusc) su soporte en la realización y distribución de la encuesta y a Meisys (Madrid, España) su soporte con la redacción del manuscrito.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gastrohep.2022.10.023](https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2022.10.023).

Bibliografía

- Magro F, Gionchetti P, Eliakin R, Ardizzone S, Armuzzi A, Barreiro-de Acosta M, et al. Third European evidence-based consensus on diagnosis and management of ulcerative colitis. Part 1: Definitions, diagnosis, extra-intestinal manifestations, pregnancy, cancer surveillance, surgery, and ileo-anal pouch disorders. *J Crohns Colitis*. 2017;6:640–70, <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx008>.
- Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn's Disease. *Lancet*. 2017;389:1741–55, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31711-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31711-1).
- Chaparro M, Garre A, Núñez Ortiz A, Diz-Lois Palomares MT, Rodríguez C, Riestra S, et al. Incidence, clinical characteristics and management of inflammatory bowel disease in Spain: Large-scale epidemiological study. *J Clin Med*. 2021;10:2885, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10132885>.
- Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: A systematic review of population-based studies. *Lancet*. 2017;390:2769–78, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32448-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32448-0).
- Cantoro L, Di Sabatino A, Papi C, Margagnoni G, Ardizzone S, Giffrida P, et al. The time course of diagnostic delay in inflammatory bowel disease over the last sixty years: An Italian multicentre study. *J. Crohns Colitis*. 2017;11:975–80, <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx041>.
- Vavricka SR, Spigaglia SM, Rogler G, Pittet V, Michetti P, Felley C, et al. Systematic evaluation of risk factors for diagnostic delay in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2012;18:496–505, <http://dx.doi.org/10.1002/ibd.21719>.
- Kaplan GG. The global burden of IBD: From 2015 to 2025. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015;12:720–7, <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2015.150>.
- Leso V, Gervetti P, Macrini MC, Russo F, Iavicoli I. Inflammatory bowel diseases and work disability: A systematic review of predictive factors. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25:165–81, <http://dx.doi.org/10.26355/eurev.202101.24382>.
- Van der Have M, van der Aalst KS, Kaptein AA, Leenders M, Siersema PD, Oldenburg B, et al. Determinants of health-related quality of life in Crohn's disease: A systematic review and meta-analysis. *J Crohns Colitis*. 2014;8:93–106, <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.04.007>.
- Coenen S, Haeck M, Ferrante M, Noman M, van Assche G, Vermeire S. Quality of care in an inflammatory bowel disease clinical trial center: A prospective study evaluating patients' satisfaction. *Acta Gastroenterol Belg*. 2020;83:25–31.
- Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, Lund JL, Dellon ES, Williams JL, et al. Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: Update 2018. *Gastroenterology*. 2019;156:254–72.e11, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.08.063>.

12. Park KT, Ehrlich OG, Allen JI, Meadows P, Szigethy EV, Henrichsen K, et al. The cost of inflammatory bowel disease: An initiative from the Crohn's & Colitis Foundation. *Inflamm Bowel Dis*. 2020;26:1–10, <http://dx.doi.org/10.1093/ibd/izz104>.
13. Laserna-Mendieta EJ, Timón-Zapata J, Montalbán J, Valle Muñoz J. *Enfermedad inflamatoria intestinal. Manual de Medicina de Laboratorio para Atención Primaria*. ResearchGate. 2017.
14. González B, Urbanos RM, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas [Public and private supply of health services by autonomous communities in Spain]. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:82–9, <http://dx.doi.org/10.1157/13062255>.
15. Gené E, García-Bayo I, Barenys M, Abad A, Azagra R, Calvet X. La coordinación entre atención primaria y especializada de digestivo es insuficiente. Resultados de una encuesta realizada a gastroenterólogos y médicos de familia. *Gastroenterol Hepatol*. 2010;33:555–62, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2010.05.004>.
16. Buie MJ, Quan J, Windsor JW, Coward S, Hansen TM, King JA, et al. Global hospitalization trends for Crohn's disease and ulcerative colitis in the 21st century: A systematic review with temporal analyses. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2022, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2022.06.030>.
17. Sairenji T, Collins KL, Evans DV. An update on inflammatory bowel disease. *Prim Care*. 2017;44:673–92, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2017.07.010>.
18. Barreiro-de Acosta M, Marín-Jiménez I, Panadero A, Guardiola J, Cañas M, Montoya MG, et al. Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) y de la Confederación de Asociaciones de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU) para el manejo de los aspectos psicológicos en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41:118–27.
19. Louis E, Dotan I, Ghosh S, Mlynarsky L, Reenaers C, Schreiber S. Optimising the inflammatory bowel disease unit to improve quality of care: Expert recommendations. *J Crohns Colitis*. 2015;9:685–91, <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv085>.
20. Barreiro-de Acosta M, Gutiérrez A, Zabana Y, Beltrán B, Calvet X, Chaparro M, et al. Inflammatory bowel disease integral care units: Evaluation of a nationwide quality certification programme. The GETECCU experience. *United European Gastroenterol J*. 2021;9:766–72, <http://dx.doi.org/10.1002/ueg2.12105>.
21. O'Connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Détré P, et al. N-ECCO consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *J Crohns Colitis*. 2013;7:744–64, <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.06.004>.
22. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T, Hendy PA, Smith PJ, Limdi JK, et al. British gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2019;68:s1–106, <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2019-318484>.
23. Ko CW, Singh S, Feuerstein JD, Falck-Ytter C, Falck-Ytter Y, Cross RK, et al. AGA clinical practice guidelines on the management of mild-to-moderate ulcerative colitis. *Gastroenterology*. 2019;156:748–64, <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.009>.
24. Bernstein CN, Eliakim A, Fedail S, Fried M, Gearry R, Goh KL, et al. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Inflammatory Bowel Disease: Update August 2015. *J Clin Gastroenterol*. 2016;50:803–18, <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0000000000000660>.
25. Kucharzik T, Ellul P, Greuter T, Rahier JF, Verstockt B, Abreu C, et al. ECCO guidelines on the prevention, diagnosis, and management of infections in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis*. 2021;15:879–913, <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab052>.
26. Sicilia B, García-López S, González-Lama Y, Zabana Y, Hinojosa J, Gomollón F, et al. GETECCU 2020 guidelines for the treatment of ulcerative colitis. Developed using the GRADE approach. *Gastroenterol Hepatol*. 2020;43 Suppl 1:1–57, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.07.001>.
27. Bennett AL, Munkholm P, Andrews JM. Tools for primary care management of inflammatory bowel disease: Do they exist? *World J Gastroenterol*. 2015;21:4457–65, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v21.i15.4457>.
28. Gené E, Calvet X. Coordinación entre atención especializada y atención primaria en la especialidad de aparato digestivo. *GH Continuada*. 2010;9:48–54, [http://dx.doi.org/10.1016/S1578-1550\(10\)70011-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1578-1550(10)70011-5).
29. Martín-de-Carpi J, Jiménez Treviño S, Pujol Muncunill G, Martín-Masot R, Navas-López VM. Tiempo hasta el diagnóstico en la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica: claves para un diagnóstico precoz. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020;92:242.e1–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.11.005>.