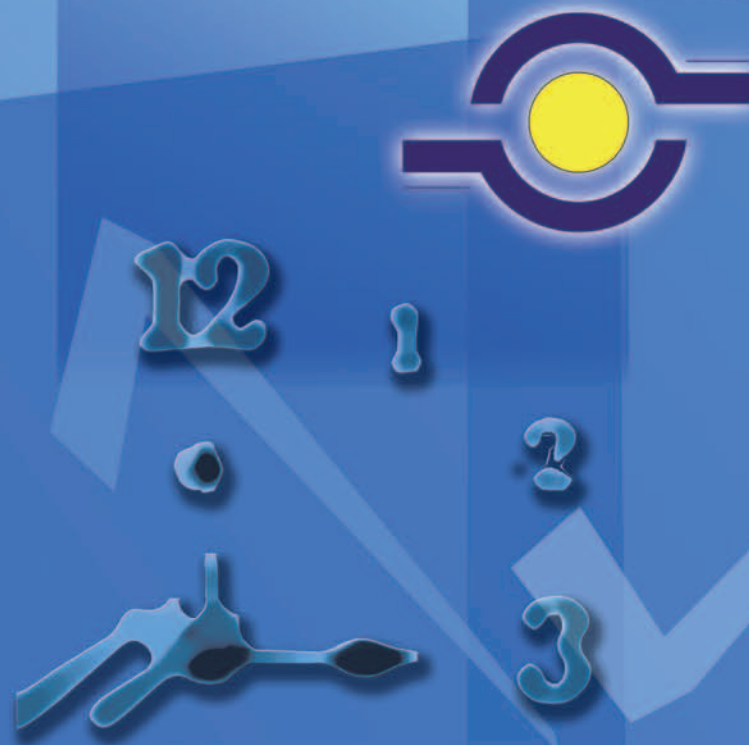


# ESTÁNDARES DE TIEMPOS DE PROCESO, Y CALIDAD ASISTENCIAL EN REUMATOLOGÍA

ESTÁNDARES DE TIEMPOS DE PROCESO, Y CALIDAD ASISTENCIAL EN REUMATOLOGÍA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

# **ESTÁNDARES DE TIEMPOS DE PROCESO, Y CALIDAD ASISTENCIAL EN REUMATOLOGÍA**



Edita: Sociedad Española de Reumatología

D.L.: M. 19073-2006

Imprime: EGRAF, S. A.

La Sociedad Española de Reumatología (SER), es una asociación científica, sin ánimo de lucro, que tiene por objeto fomentar el estudio de las enfermedades reumáticas en beneficio de los pacientes. Dentro de sus actividades estatutarias, se encuentran las de promover la atención cualificada a los ciudadanos aquejados de dolencias reumatológicas, así como la colaboración con los organismos, públicos y privados, competentes en la materia con el fin de establecer una asistencia eficiente para las personas mencionadas.

Hace ya unos años, bajo la Presidencia de mi antecesor, el Dr. Jordi Carbonell, y la mía propia, la SER acometió la tarea y el proyecto de establecer unos patrones estandarizados de calidad y organización de tiempos y recursos para la actividad profesional de los reumatólogos en España. Iniciado en este momento, pues, y ejecutado desde entonces, la andadura ve hoy su culminación definitiva con este libro que el lector tiene en sus manos: *Calidad y tiempos mínimos en Reumatología*.

Bajo la coordinación de los Dres. Alberto Alonso y Javier Vidal (y con la colaboración de un comité de dirección integrado por reumatólogos expertos y conocedores de las tareas de gestión), un grupo amplio de panelistas, representativos de todas las formas de ejecución de nuestra actividad profesional y distribuidos equitativa y homogéneamente por todo el territorio nacional, han trabajado intensamente para dar lugar a este documento. La agencia TAISS aportó su ayuda técnica cualificada y valor, por ello, nuestro más sincero reconocimiento a su entrega y cualificación profesional.

Este documento, pretende mostrar ante la Autoridad Sanitaria, los colectivos de pacientes y la sociedad civil, el patrón oro de calidad de ejecución de la actividad profesional del reumatólogo en España, fundamentalmente en su faceta asistencial, pero sin descuidar las tareas de formación e investigación.

La necesidad de este tipo de materiales se hace patente en un escenario de transferencia total de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas Españolas, con el fin de evitar la excesiva variabilidad en nuestro marco de ejercicio profesional, con las consiguientes diferencias inter-regionales en la asignación de tiempos y recursos a la asistencia, docencia e investigación reumatológicas.

Además, pensamos que disponer de este cuerpo de información, aceptado y consensuado entre los reumatólogos españoles, debería servir para establecer una orientación hacia el marco de calidad que todos pretendemos implantar, con la consiguiente asignación de recursos materiales, arquitectónicos y humanos, de los que tan carente y necesitados están muchas unidades de reumatología en nuestro país.

Ojalá que con este esfuerzo que aquí se presenta, iniciemos entre todos, siempre en beneficio del paciente, un camino firme y comprometido hacia la mejora progresiva de la calidad de nuestros actos médicos, buscando el rango más alto de excelencia profesional.

**Dr. Jesús Tornero Molina**

*Presidente*

*Sociedad Española de Reumatología*

El tiempo es el patrimonio más valioso y con frecuencia más escaso. Nos preocupa la calidad de nuestra actividad asistencial, de la docencia, de la investigación, de la organización de nuestras unidades de Reumatología, y naturalmente el tiempo que precisamos para llevar estas actividades a cabo. Sin duda tiempo y calidad tienen una relación muy estrecha.

¿Cuánto tiempo necesitamos para valorar adecuadamente a un paciente con artritis reumatoide? ¿cuánto tardamos en hacer una artrocentesis? ¿qué estructura básica deben tener nuestras consultas para que el desarrollo de la tarea asistencial sea el adecuado? ¿cuánto tiempo deberíamos dedicar a asistencia, docencia, investigación, organización?... y otras muchas preguntas fundamentales para nuestra actividad profesional y el cuidado de la salud de nuestros pacientes, no han tenido una respuesta adecuada durante mucho tiempo.

Todas estas preguntas suelen tener una respuesta personal que varía dependiendo del reumatólogo, gestor, localización geográfica, tipo de hospital o consulta. La variabilidad es un aspecto característico de la actividad sanitaria, pero resulta conveniente ajustarla a unos mínimos. La definición de unos estándares es el paso fundamental para disminuir esta variabilidad.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha promovido el desarrollo de estos estándares con el objetivo de que todos (médicos, pacientes, gestores) tengamos un punto de referencia a la hora de saber si para la actividad que estamos realizando disponemos de los medios y el tiempo adecuado para que tenga una adecuada calidad

La metodología desarrollada para obtener los estándares es el método Delphi, que adecuadamente desarrollado permite obtener respuestas a cuestiones en las que no se dispone de evidencia científica

Este Documento ha sido realizado durante los años 2004 y 2005, promovido por la Junta de la Sociedad Española de Reumatología, inicialmente bajo la presidencia del Dr. Jordi Carbonell y finalizado durante la presidencia del Dr. Jesús Tornero.

El grupo de trabajo que ha desarrollado el documento ha estado formado por un grupo de reumatólogos de la SER (Comité Directivo) y los investigadores de TAISS (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud).

El Comité Directivo (CD) de la SER, coordinado por el Dr. Javier Vidal (responsable ante la Junta de la SER del desarrollo del Documento, como coordinador de Asuntos Profesionales), definió los objetivos a alcanzar, elaboró los estándares y realizó un análisis de los resultados. Los investigadores de TAISS (Dr. Pablo Lazaro y la Dra. Dolores Aguilar) realizaron inicialmente una búsqueda bibliográfica sistemática, elaboraron los estándares conjuntamente con el CD, llevaron a cabo el estudio Delphi y analizaron los resultados con el CD.

Para llevar el desarrollo del método Delphi ha sido necesario un panel de expertos que contestaran a un cuestionario largo y complejo. Su contribución desinteresada ha sido fundamental para el desarrollo de este Documento.

La secretaría de la SER permitió que todo el proceso funcionara de forma eficiente, segura y rápida, desde la fase inicial de una idea en marcha hasta la distribución final del Documento.

Este Documento fue presentado en el Congreso de la SER en Las Palmas en mayo de 2005. Posteriormente fue revisado por las Sociedades Autonómicas de Reumatología antes de su distribución entre los Socios de la SER y autoridades sanitarias.

Han sido más de 2 años de trabajo desde que se presentó este proyecto a la Junta de la SER. Gracias a todos los que han trabajado de una u otra forma para que este Documento sea una realidad: los investigadores de TAISS, los miembros del CD, la secretaría de la SER, los Presidentes Jordi Carbonell y Jesús Tornero. Y gracias especialmente al panel de expertos, cuyas opiniones constituyen el sustrato básico de estos estándares.

Deseo y espero que este Documento sea útil a reumatólogos y gestores. El objetivo de todos debe ser el mismo: mejorar la calidad de la asistencia al paciente reumatológico.

**Alberto Alonso Ruiz**

*Coordinador del Documento*

*«Estándares de tiempos de proceso y calidad asistencial en Reumatología»*

# CALIDAD ASISTENCIAL Y SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

---

*Dr. Javier Vidal Fuentes*

*Dr. Alberto Alonso Ruiz*

*Dr. Jesús Tornero Molina*

Podemos conceptualizar la calidad asistencial como una verdadera doctrina, más próxima o relacionada con el método inductivo de las áreas de conocimiento humanistas, que con el método deductivo de las áreas técnicas. Sin embargo, su repercusión real centra la actividad médica en los países más desarrollados, y en España empieza a repercutir en la práctica clínica de forma cada vez más preponderante. La realidad es tal que, aspectos como: responsabilidad civil del médico, normas de buena práctica clínica, competencia entre hospitales, medicina basada en la evidencia, formación continuada, homologación de títulos en la Unión Europea, protocolos de actuación, contratos programas, asignación y gestión de los recursos económicos, productividad e incentivación de los profesionales, son todos ellos, y muchos más, el marco donde el ejercicio de la medicina se está desarrollando.

Toda esta doctrina es relativamente compleja en cantidad de contenidos pero de fácil entendimiento cuando se profundiza en ellos. Concepto de calidad, componentes de la calidad, control y garantía de calidad, objetivos, factores que intervienen, métodos de valoración, medidas de intervención, programas estratégicos, utilización de recursos, coste/eficacia etc..., son algunos de sus fundamentos. Todos ellos están incorporados directa o indirectamente a la práctica médica, en sus vertientes, asistencial, investigadora y docente. Por ello, un mejor conocimiento de los mismos puede ayudarnos a mejorar las perspectivas globales de la asistencia sanitaria desde el punto de vista de los proveedores y los pacientes.

El tema de la calidad asistencial no es nada superfluo en la actualidad para los médicos clínicos, aunque su desarrollo e implementación es relativamente reciente, en los últimos 10 años.

## CONCEPTO DE CALIDAD ASISTENCIAL

Existen muchos conceptos o definiciones de calidad asistencial, que han variado a lo largo de los años. Uno de los más recientes y citados define que la calidad consiste en el grado con que los servicios de salud incre-



mentan la probabilidad de alcanzar, desde un punto de vista individual y colectivo las expectativas de salud que la población tiene en base a los conocimientos profesionales actuales. Es decir los servicios sanitarios tienen que ser capaces de producir el efecto deseado consistente con el conocimiento científico de ese momento.

A pesar de todo la definición de calidad asistencial es confusa por lo que de forma mayoritaria se identifica con sus componentes:

- a) **Efectividad** en alcanzar los objetivos.
- b) **Eficiencia** en la utilización de recursos.
- c) **Adecuación** en los medios y en la competencia.
- d) **Calidad científico-técnica.**
- e) **Satisfacción** del paciente en la asistencia.

El interés de cada uno de estos componentes varía según los pacientes, los profesionales sanitarios o las autoridades sanitarias.

**De forma integradora podemos decir que la calidad asistencial se define como la asistencia en tiempo adecuado (planificación estratégica), por el personal adecuado (adecuación científico-técnica), con los medios necesarios y disponibles (adecuación tecnológica, eficiencia, coste/ eficacia) para obtener los resultados previstos/deseados (medicina basada en la evidencia, fuentes de información, formación continuada, método científico) y con la adecuada satisfacción percibida por el paciente.**

Uno de los factores que está cobrando relevancia es la calidad de la interacción entre el médico y el paciente que depende de, la calidad de su comunicación, la capacidad de mantener la confianza del paciente y la habilidad de tratar al paciente con interés, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad. Quizá el cambio más importante ha sido el reconocimiento creciente de que la asistencia debe responder a las preferencias y valores de los consumidores y, que su opinión sobre la asistencia es un importante indicador de su calidad. Tanto el desarrollo político como el científico han favorecido el énfasis en la importancia y legitimidad en las perspectivas de los pacientes en la calidad asistencial. Entre los atributos de la asistencia que son influenciados por las organizaciones sanitarias está la accesibilidad, la cual puede ser medida por las listas de espera o por la disponibilidad que existe de las distintas especialidades médicas, a modo de ejemplo. Otro factor clave del proceso de la calidad asistencial es el tiempo que el médico dedica al paciente. Este debe ser un equilibrio entre la efi-

ciencia clínica y la adecuada relación con el paciente. No debe ser un factor dependiente del número de pacientes pendientes de atención, sino dependiente de la necesidad de resultado esperado en cada paciente.

## VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

La monitorización de variables hospitalarias como el índice de infecciones, mortalidad o estancia por proceso son parcialmente identificativas de calidad asistencial. Existen métodos más sofisticados y eficientes para su valoración. La calidad asistencial debe ser evaluada sobre la base de tres componentes: la estructura, (dependientes de las características del hospital y sus médicos), el proceso (en el que intervienen los componentes de la interacción del médico con otros colegas y el paciente) y los resultados (variación del estado de enfermedad o salud resultante).

Toda práctica asistencial debe estar basada en:

- 1) accesibilidad**
- 2) calidad científico-técnica y humana**
- 3) continuidad**
- 4) eficiencia**

Entre los métodos de valoración de calidad es posible enumerar los siguientes (utilizando como fuente fundamental la revisión de las historias clínicas):

1. – ¿Fue el proceso asistencial adecuado?
2. – ¿Podría un mejor cuidado asistencial mejorar los resultados?
3. – ¿Considerando el proceso asistencial y los resultados fue la calidad asistencial aceptable?
4. – Cumplimiento de criterios explícitos (protocolos).
5. – Valoración de si los resultados son concordantes con los esperables en base al juicio y la evidencia científica.

Otros métodos de valoración utilizan:

- Estadísticas asistenciales y administrativas.
- Observación participativa.
- Opinión de los pacientes.
- Métodos proyectivos.

Una parte importante de las referencias para la medición de la calidad asistencial esta basada en las guías de práctica clínica (Protocolos) basadas en la evidencia (*medicina basada en la evidencia*).

## MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

En las últimas décadas la preocupación sanitaria ha sido el coste de la asistencia. Sin embargo, esto empieza a cambiar a favor de la calidad asistencial, ya que una mejor calidad se asocia paradójicamente con menores costes. Esto ha introducido los términos de control de calidad o de garantía de calidad como mecanismos para adecuar y mejorar la calidad asistencial. Sin embargo la variabilidad en la provisión de la asistencia obliga a aplicar patrones, guías y procedimientos estandarizados que disminuyan la posibilidad de errores.

**Suficiencia, Eficiencia y Competencia** son términos de gran utilidad como referentes de mejora de la calidad.

No debemos olvidar que junto al componente técnico del control de calidad (*calidad científico técnica*) está la *calidad del arte de curar*, es decir el comportamiento y la forma de los profesionales en la práctica asistencial.

### Calidad Asistencial, Legislación y Sociedades Científicas.

La íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la salud, con el derecho a la vida y a la integridad física, con el derecho a la intimidad personal y familiar, con el derecho a la dignidad humana y con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, han sido los promotores del tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias desarrollado en **la LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE 22-11-2003).**

La normativa de las Comunidades Europeas, centrada en las directivas sobre reconocimiento recíproco, entre los Estados miembros, de diplomas, certificados y otros títulos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias ha sido otro de los precursores de esta ley reguladora.

La finalidad de esta Ley es dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes instrumentos y recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preven-

tivo y en lo asistencial, tanto en su vertiente pública como en la privada, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad de la atención sanitaria prestada a la población, garantizando, asimismo, que todos los profesionales sanitarios cumplen con los niveles de competencia necesarios para tratar de seguir salvaguardando el derecho a la protección de la salud.

**Como se reconoce en el título I de la ley**, del ejercicio de las profesiones sanitarias, *Los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en los ámbitos asistenciales, investigadoras, docentes, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias.* **Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad**, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.

La ley establece una serie de aspectos que se vinculan directamente con la propia doctrina de la SER y que específicamente se relacionan con la Calidad Asistencial, como son:

- Los profesionales tienen el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables.

En relación a la Investigación y docencia:

- Toda la estructura asistencial del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales.
- En relación al desarrollo profesional y su reconocimiento se requerirá la evaluación favorable de los méritos del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continuada acreditada, actividad docente y de investigación. La evaluación habrá de tener en cuenta también los **resultados de la actividad asistencial** del interesado, **la calidad de la misma** y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica.

Adicionalmente, la **Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**. (BOE 29-05-2003) recoge principios normativos en materia de asistencia sanitaria que la propia labor de la SER ha desarrollado o está desarrollando, como es el caso de este documento.

Esta Ley, al amparo de las previsiones constitucionales y de los competencias autonómicas en materia de sanidad, constituye un medio para aproximar la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano y facilitarle, así, garantías en cuanto a **la equidad, la calidad y la participación**, de manera que el Sistema Nacional de Salud mantenga una identidad común y responda a los principios constitucionales de unidad, autonomía y solidaridad en los que se fundamenta dicho Estado autonómico.

Se reconoce en la Ley, que se han producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Y se plantean nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, como son la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, **la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria.**

**En materia de calidad e Infraestructura de la calidad, se reconoce que:**

La mejora de la calidad en el sistema sanitario debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas. Y las infraestructuras, las normas de calidad y seguridad, los indicadores de calidad, las Guías de práctica clínica y guías de práctica asistencial, serán algunos elementos para su consecución.

**En este contexto se prevén Planes de calidad del Sistema Nacional de Salud y Planes integrales de salud.** En los que sin perjuicio de las competencias autonómicas de planificación sanitaria y de organización de los servicios, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en colaboración **con las sociedades científicas, elaborarán planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.** Estos planes integrales de salud:

- a) Establecerán **critérios sobre la forma de organizar los servicios** para atender las patologías de manera integral y semejante en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- b) **Determinarán los estándares mínimos y los modelos básicos de atención** para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades.
- c) **Especificarán actuaciones de efectividad reconocida.**

**Asimismo, en la LEY 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. (BOE 27-12-2003)**, cuyo objeto es establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, establece sobre la Planificación de recursos humanos que, estará orientada a su adecuado dimensionamiento, distribución, estabilidad, desarrollo, formación y capacitación, en orden a mejorar la calidad, eficacia y eficiencia de los servicios.

## **Documento de Calidad Asistencial de la SER**

En relación a todo lo expuesto, la calidad asistencial es el resultado final que persigue el ejercicio profesional, y en el que se engloban el resto los componentes vinculados como son la formación e investigación científicas.

La calidad asistencial puede ser definida como *«El grado con que los servicios de salud incrementan la probabilidad de alcanzar, desde un punto de vista individual y colectivo, las expectativas de salud que la población tiene, en base a los conocimientos profesionales actuales y con la adecuada satisfacción percibida por el paciente».*

**La Sociedad Española de Reumatología**, como representante de los profesionales mejor capacitados en la atención de las enfermedades reumáticas ha desarrollado un proyecto de calidad asistencial para determinar los estándares asistenciales en el ámbito de la especialidad. Dicho proyecto se llevó a cabo durante los años 2004 y 2005 y cuyos resultados se están dando a conocer en la actualidad.

El objetivo del mismo ha sido elaborar estándares de tiempo de estancia, tiempo de realización, y estándares de calidad asistencial para las enfermedades y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más relevantes en reumatología, identificar criterios de estructura, organización, científico técnicos y de gestión en el desarrollo ejercicio profesional, y tanto para el ámbito hospitalario como extrahospitalario.

## Bibliografía

1. Davis, J.E., *Quality health care. Service to the community*. Vital Speeches Day, 1988. **54**(24): p. 757-9.
2. Anderson, E.A. and L.A. Zwelling, *Strategic service quality management for health care*. Am J Med Qual, 1996. **11**(1): p. 3-10.
3. Arcelay, A., et al., *Self-assessment of all the health centres of a public health service through the European Model of total quality management*. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv, 1999. **12**(2-3): p. 54-8.
4. Baker, T.L. and S.A. Taylor, *Patient satisfaction and service quality in the formation of customers' future purchase intentions in competitive health service settings*. Health Mark Q, 1997. **15**(1): p. 1-15.
5. Bate, P. and G. Robert, *Studying health care «quality» qualitatively: the dilemmas and tensions between different forms of evaluation research within the U.K. National Health Service*. Qual Health Res, 2002. **12**(7): p. 966-81.
6. Brusafferro, S., et al., *[The balance between quality and resources in health care organizations: study on a hospital cleaning service managed in outsourcing]*. Ann Ig, 2004. **16**(1-2): p. 387-95.
7. Kenagy, J.W., D.M. Berwick, and M.F. Shore, *Service quality in health care*. Jama, 1999. **281**(7): p. 661-5.
8. Porter, J., *Health care service quality*. Jama, 1999. **282**(14): p. 1330; author reply 1331.
9. Sokas, T.X., *Health care service quality*. Jama, 1999. **282**(14): p. 1330-1.
10. Volchok, J., *Healing our health care system: a plan to provide service and quality care*. Curr Surg, 2005. **62**(4): p. 448-9.
11. Ulus, F., *Modern times and quality of care*. Psychiatr Serv, 2005. **56**(5): p. 612.
12. Gorman, C., *Quality care*. Time, 2005. **165**(16): p. 158.
13. Laine, J., et al., *The association between quality of care and technical efficiency in long-term care*. Int J Qual Health Care, 2005. **17**(3): p. 259-67.
14. Sciamanna, C.N., *Will high-quality care be the norm by the time I need it?* Am J Med Qual, 2005. **20**(1): p. 5-6.
15. Manthous, C.A., *Medical errors and quality of care in Connecticut hospitals. Grappling with the implications of the IOM reports*. Conn Med, 2005. **69**(1): p. 29-32.
16. Schulmeister, L., K. Quiett, and K. Mayer, *Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: perceptions of patients undergoing outpatient autologous stem cell transplantation*. Oncol Nurs Forum, 2005. **32**(1): p. 57-67.
17. J. VARO. *Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios*. Edit. Diaz de Santos, Madrid. 1994.

## Coordinador

- **Dr. Alberto Alonso Ruiz**

*Jefe de la Sección de Reumatología del Hospital de Cruces.*

*Master en Dirección y Gestión de Centros y Servicios Sanitarios.*

*Master en Dirección Médica y Gestión Clínica.*

*Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital de Cruces*

*Tutor de Residentes.*

## Comité Directivo

### Coordinador

- **Dr. Javier Vidal Fuentes**

*Licenciado y Graduado en Medicina. Especialista de Reumatología.*

*Secretario General de la Sociedad Española de Reumatología.*

*Coordinador de asuntos profesionales de la SER.*

*Coordinador de la Unidad de Dolor reumático.*

*Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara.*

## Miembros de Comité Directivo

- **Dr. Manuel Caamaño Freire**

*Médico Especialista en Reumatología. Facultativo Especialista de Área de Reumatología (Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela).*

- **Jordi Carbonell Abelló**

*Jefe de Servicio de Reumatología.*

*Coordinador Unidad del Aparato Locomotor.*

*Director Master Reumatología SER-UOC.*

*Profesor Asociado Reumatología UAB.*

- **Dr. Mariano González Lanza**

*Jefe de Sección de Reumatología.*

*Ex-Subdirector Médico.*

*Ex-Vocal de la Comisión Nacional de la Especialidad de Reumatología.*

*Ex-Tesorero de la S.E.R.*



- **Dr. Francisco Javier Manero Ruiz**  
*Doctor en Medicina y Cirugía.*  
*Jefe de la Sección de Reumatología del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.*  
*Vocal de la Junta de la SER.*  
*Participación en el seminario y curso de Gestión de Unidades Clínicas de ESADE e IAAP.*
- **Dr. Eugenio de Miguel**  
*Adjunto de Reumatología Hospital La Paz Madrid.*  
*Doctor en Medicina.*  
*Profesor de la Escuela de Ecografía de la Sociedad Española de Reumatología.*  
*Línea de investigación principal: Utilidad y fiabilidad de la Ecografía en Reumatología.*
- **Dr. Francisco Javier Navarro Blasco**  
*F.E.A. de Reumatología Hospital General Universitario de Elche.*  
*Especialista Universitario en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud por la Universidad Politécnica de Valencia.*  
*Director Médico del Hospital Univ. de Elche (1995-1998).*  
*Research Fellow in Rheumatology. Guy's Hospital, London University (1988-89).*
- **Dr. José Javier Pérez Venegas**  
*Facultativo Especialista de Área del Hospital Universitario Puerta del Mar.*  
*Ex-responsable de la Unidad de Reumatología del Hospital del SAS de Jerez (Cádiz), donde realizó labores de Jefe de Estudios y presidente de la Comisión Local de Docencia.*  
*Miembro del Comité Asesor para la acreditación de competencias profesionales para reumatólogos del SAS.*  
*Presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología.*
- **Dr. Jesús Tornero Molina**  
*Presidente de la Sociedad Española de Reumatología.*  
*Jefe de Sección del Hospital Universitario de Guadalajara.*  
*Profesor Asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá.*

# Investigadores de TAISS

## (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud)

- **Pablo Lázaro y de Mercado**

*Médico Especialista en Medicina Interna y Neumología.*

*Doctor en Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.*

*Master en Dirección de Empresas, por el Instituto de Estudios Superiores de la Empresa (IESE).*

*Estudios post-doctorales en el RAND/UCLA Center for Health Policy Analysis, Santa Mónica, California.*

*Fue Subdirector General de Evaluación Sanitaria y Tecnología en el Ministerio de Sanidad y Consumo, y Director de la Unidad de*

*Investigación en Servicios de Salud (UISS) del Instituto de Salud Carlos III.*

*Actualmente es el director de TAISS (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud).*

- **M<sup>a</sup> Dolores Aguilar Conesa**

*Médico especialista en Medicina Interna.*

*Master en Salud pública (Administración Sanitaria).*

*Dra. en Medicina Preventiva y Salud Pública.*

*Investigadora de Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS).*

## Miembros del panel de expertos y Comunidad Autónoma (CCAA) de ejercicio profesional

CCAA	Nombre
Andalucía	Eduardo Rejón Gieb
Andalucía	José Javier Pérez Venegas
Andalucía	Eduardo Collantes Estévez
Andalucía	Juan Miguel Sánchez Burson
Andalucía	Rafael Cáliz Cáliz
Andalucía	Rafael Ariza Ariza
Aragón	Rosa Roselló Pardo
Aragón	Francisco Javier Manero Ruiz
Aragón	Juan Carlos Cobeta García
Asturias	Francisco Javier Ballina García
Asturias	Juan Carlos Torre Alonso
Asturias	Luis Arboleya Rodríguez
Baleares	Jordi Fiter Areste
Baleares	Luis Espadaler Poch
Baleares	Pau Lluch Mesquida
Canarias	Antonio Naranjo Hernández
Cantabria	Víctor Martínez Taboada
Castilla La Mancha	José Luis Cuadra Díaz
Castilla La Mancha	Antonio López Meseguer
Castilla La Mancha	Javier Paulino Tévar
Castilla y León	Javier Alegre López
Castilla y León	Lucía Pantoja Zarza
Castilla y León	Julio Medina Luezas
Castilla y León	José Manuel Martín Santos
Cataluña	Pedro Benito Ruiz
Cataluña	Alejandro Olive Marqués
Cataluña	Daniel Roig Vilaseca
Cataluña	Carmen Moragues Pastor
Cataluña	Jordi Carbonell Abelló
Cataluña	Josep Blanch I Rubió
Cataluña	Juan D. Cañete Crespillo

<b>CCAA</b>	<b>Nombre</b>
Cataluña	José Valverde García
Comunidad Valenciana	José Carlos Rosas Gómez de Salazar
Comunidad Valenciana	Francisco Javier Navarro Blasco
Comunidad Valenciana	Javier Calvo Catalá
Comunidad Valenciana	Enrique Batlle Gualda
Euskadi	Marcelo Calabozo Raluy
Euskadi	Juan Carlos Vesga Carasa
Euskadi	Alberto Alonso Ruiz
Euskadi	Manuel Figueroa Pedrosa
Extremadura	José M <sup>a</sup> . Salazar Vallinas
Extremadura	Eugenio Chamizo Carmona
Extremadura	Miguel A. Abad Hernández
Galicia	Manuel Caamaño Freire
Galicia	Genaro Graña Gil
Galicia	Juan Cruz Martínez
Galicia	Francisco Javier Toro Santos
Galicia	Antonio Mera Valera
La Rioja	Angel Elena Ibañez
Madrid	Juan Mulero Mendoza
Madrid	Jesús Tornero Molina
Madrid	Mariano González Lanza
Madrid	Patricia Carreira Delgado
Madrid	Alberto García Vadillo
Madrid	Javier Vidal Fuentes
Madrid	Gabriel Herrero-Beaumont Cuenca
Madrid	Eugenio de Miguel Mendieta
Madrid	Antonio Zea Mendoza
Madrid	Pilar Aguado Acin
Madrid	Antonio Morales Piga
Madrid	Rosario García de Vicuña Pinedo
Madrid	Indalecio Monteagudo Sáez
Madrid	Luis Carreño Pérez
Murcia	Luis Francisco Linares Ferrando
Navarra	Eduardo Loza Cortina



# INDICE

---

	<i>Página</i>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	23
<b>II. OBJETIVOS</b> .....	25
Objetivo general .....	25
Objetivos específicos .....	25
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	27
III.1. Estructura organizativa del proyecto .....	27
III.2. Desarrollo metodológico .....	28
III.2.1. Selección de indicadores .....	28
III.2.2. Asignación de los valores a los indicadores .....	28
<b>IV. RESULTADOS</b> .....	31
<b>ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA</b> ..	31
1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA .....	31
1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos .....	31
Puntuación de estándares de estructura priorizados en escala de 1 a 9 .....	31
1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia .....	32
Puntuación de estándares de estructura de personal en escala de 1 a 9 .....	32
Orden de prioridad para adjudicar una escala jerárquica .....	32
Dependencia Jerárquica de la Unidad/Servicio de Reumatología ..	32
2. ESTÁNDARES DE PROCESO .....	33
2.1. Proceso: estándares de organización .....	33
Estándares de organización priorizados en escala de 1 a 9 .....	33
Otros estándares de organización .....	33
2.2. Proceso: estándares de calidad .....	34
Estándares de calidad priorizados en escala de 1 a 9 .....	34
2.3. Proceso: estándares de tiempo .....	34
<b>ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA</b> .....	43
1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA .....	43
1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos .....	43
Estándares de estructura priorizados en escala de 1 a 9 .....	43
Otros estándares de estructura de instalaciones y equipamientos	43
1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia .....	44

	<i>Página</i>
2. ESTÁNDARES DE PROCESO .....	44
2.1. Proceso: estándares de tiempo .....	44
Estándares de tiempo .....	44
2.2. Proceso: estándares de calidad .....	46
Estándares de calidad priorizados en escala de 1 a 9 .....	46
Estándares de calidad (actividad máxima de consulta) .....	47
Otros estándares de calidad .....	47
2.3. Proceso: estándares de organización .....	48
Estándares de organización .....	48
<b>ESTÁNDARES PARA EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA .....</b>	<b>57</b>
1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos .....	57
Estándares de estructura .....	57
2. ESTÁNDARES DE PROCESO .....	57
2.1. Proceso: estándares de calidad .....	57
Estándares de calidad priorizados en escala de 1 a 9 .....	57
2.2. Proceso: indicadores de actividad clínica .....	57
Estándares de actividad clínica .....	57
2.3. Proceso: estándares de organización .....	58
2.4. Proceso: estándares de tiempo .....	58
Estándares de tiempo .....	58
3. ESTÁNDARES DE RESULTADOS .....	59
3.1. Resultados: indicadores clínicos .....	59
Porcentaje medio de reingresos al mes .....	59
<b>ESTÁNDARES DE TIEMPO DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS REUMATOLÓGICAS .....</b>	<b>64</b>
1. ESTÁNDARES DE PROCESO .....	64
1.1. Proceso. Tiempo de realización de procedimientos técnicos .....	64
Puntuación de tiempos de realización .....	64
<b>ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN EN REUMATOLOGÍA ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN .....</b>	<b>66</b>
<b>V. DISCUSIÓN .....</b>	<b>69</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>73</b>
VI.1. Estándares Generales para la Unidad de Reumatología .....	73
VI.2. Estándares para Consultas en Reumatología .....	74
VI.3. Estándares para Hospitalización en Reumatología .....	74
VI.4. Estándares de tiempo de realización de técnicas en Reumatología ..	75
VI.5. Estándares de investigación/formación en Reumatología .....	75
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>77</b>

# I. INTRODUCCIÓN

---

La especialidad de Reumatología dirige su práctica a una gran cantidad de enfermedades en las que se aplican numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Estos procedimientos pueden requerir el ingreso del paciente o pueden realizarse en pacientes de forma ambulatoria. Idealmente, estos procedimientos deberían ser realizados por expertos, con unas directrices explícitas basadas en la mejor evidencia científica disponible, y libres de interferencias que no pretendan el mejor beneficio para el paciente. Sin embargo, para la mayor parte de los procedimientos que se han estudiado, tanto en España como fuera de España, y tanto para unas especialidades como otras, existe una amplia variabilidad en la utilización de procedimientos, en su calidad, o en el tiempo de espera.

En numerosos estudios se ha documentado que el uso de distintos procedimientos diagnósticos o terapéuticos puede variar de forma considerable entre países, entre distintas zonas de un mismo país e incluso entre centros o médicos de la misma zona geográfica<sup>(1)</sup>. Esta variabilidad también se ha objetivado en el manejo de algunas enfermedades musculoesqueléticas, como la artritis reumatoide en España<sup>(2)</sup>. En ocasiones, esta variabilidad puede ser debida a factores del paciente, pero en otras ocasiones son debidas al médico, al servicio, al hospital, o al sistema sanitario en el que se diagnostica y se trata al paciente. Esta variabilidad puede tener consecuencias irrelevantes para el paciente, pero en otras ocasiones puede comprometer la calidad asistencial, alargar la espera de forma innecesaria, o producir efectos no deseados.

Por las mencionadas razones, en algunos países, como en el Reino Unido<sup>(3,4)</sup>, y en algunas regiones españolas, como la Comunidad de Madrid<sup>(5)</sup>, se han desarrollado criterios de calidad para la asistencia reumatológica. En consecuencia, parece razonable que la Sociedad Española de Reumatología (SER) desarrolle estándares que contribuyan a: a) mejorar la calidad asistencial; b) manejar unos tiempos de proceso aceptables; c) establecer los recursos humanos, tecnológicos, y estructurales apropiados; d) utilizar los recursos disponibles de forma coste/efectiva; y e) evitar dife-



rencias inaceptables en el acceso o en la calidad de los procedimientos clínicos en Reumatología.

Las enfermedades que maneja el reumatólogo son muy numerosas, los procedimientos clínicos que se realizan en Reumatología son muchos, y los indicadores de calidad también son muy abundantes y pueden ser muy sofisticados. Por lo tanto, para que este proyecto sea manejable, los estándares se desarrollarán para los procedimientos más relevantes y el enfoque no ignorará la realidad española, de manera que puedan aplicarse en el contexto asistencial actual y ayuden a perfeccionarlo.

## II. OBJETIVOS

---

### Objetivo general

Elaborar estándares de tiempo de estancia, tiempo de realización, y estándares de calidad asistencial para las enfermedades y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más relevantes en reumatología, y tanto para el ámbito hospitalario como extrahospitalario.

### Objetivos específicos

1. Elaborar estándares generales de calidad para una Unidad de Reumatología.
2. Elaborar estándares de calidad y de tiempo de consulta, e índice de consultas sucesivas por cada primera consulta, para las patologías más relevantes de reumatología que se manejen en el ámbito de la consulta hospitalaria.
3. Elaborar estándares de estancia media, e indicadores de calidad para las patologías más relevantes de reumatología que requieran ingreso hospitalario.
4. Elaborar estándares de tiempo de realización, y estándares de calidad para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos más relevantes de reumatología.
5. Elaborar estándares de calidad en investigación y formación en Reumatología.



# III. METODOLOGÍA

## III.1. Estructura organizativa del proyecto

Este proyecto ha sido realizado por un grupo de trabajo (GT) formado un **Comité Directivo** (CD) constituido por reumatólogos, designados por la SER y por **investigadores de TAISS** (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud). El GT ha desarrollado indicadores relativos a: 1) Aspectos generales de una Unidad de reumatología; 2) consulta hospitalaria; 3) ingresos hospitalarios; 4) técnicas diagnósticas o terapéuticas; 5) investigación y formación. El CD ha propuesto los nombres de reumatólogos para constituir un grupo de expertos (**Panel de expertos**) que mediante la técnica Delphi a dos vueltas, han puntuado los indicadores. El panel de expertos ha sido seleccionado de diversas comunidades autónomas (CCAA), de diversos tipos de hospitales, y de diversos entornos extra-hospitalarios. Los indicadores, una vez puntuados dan lugar a los estándares. La **Figura 1** muestra el desarrollo de todo el proceso.

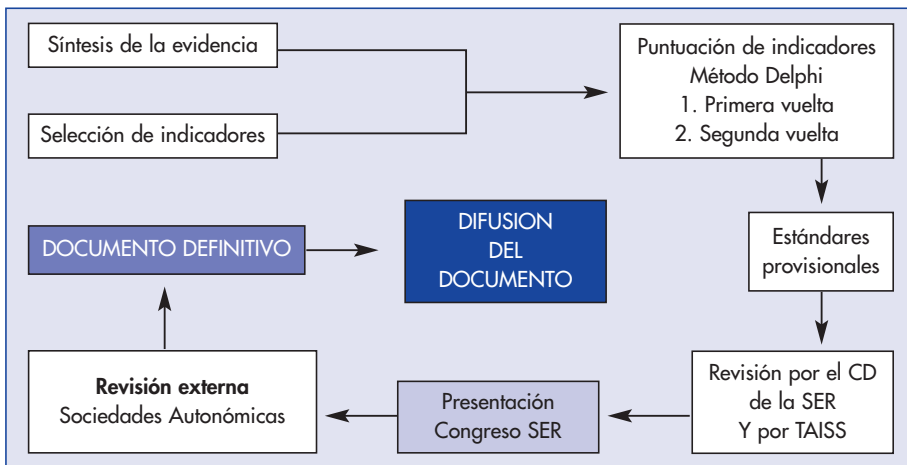


Figura 1. PROCESO DE ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

## III.2. Desarrollo metodológico (Figura 1)

### III.2.1. Selección de indicadores

Cada uno de los miembros del Comité Directivo, ha propuesto una lista de indicadores a desarrollar. Por ejemplo, estancia media hospitalaria apropiada para diversas patologías, índice de reingresos para grupos de diagnóstico relacionados (GRDs), tiempo apropiado de primera consulta hospitalaria para patologías concretas, tiempo apropiado de sucesivas consultas hospitalarias para patologías concretas, tiempo de realización de determinadas técnicas diagnósticas o terapéuticas.

Para facilitar esta tarea, previamente los investigadores de TAISS han elaborado un dossier (revisión bibliográfica sobre estándares en Reumatología) recopilando los indicadores desarrollados previamente en otros trabajos, que ha sido entregado al GT.

Con las listas de indicadores aportadas por los miembros del Comité Directivo los investigadores de TAISS han elaborado un primer borrador del cuestionario Delphi.

En una reunión conjunta entre los investigadores de TAISS y el GT se discutieron uno por uno todos los indicadores propuestos alcanzando un borrador de consenso. Este borrador ha sido enviado por correo electrónico a los miembros del Comité Directivo, quienes han puntuado la pertinencia de cada uno de los indicadores (ítems) del cuestionario.

Con estas puntuaciones el GT y los investigadores de TAISS, han seleccionado los 144 ítems más puntuados y se ha elaborado el cuestionario definitivo para realizar la primera ronda del Delphi.

### III.2.2. Asignación de los valores a los indicadores

Para puntuar los indicadores, se ha utilizado el método Delphi a dos vueltas. En la primera vuelta, la SER ha enviado por correo a cada uno de los miembros del Panel de reumatólogos, la lista de indicadores, y las instrucciones para puntuar los indicadores.

Para cada uno de los indicadores, los panelistas han puntuado una cifra, dependiendo del indicador elegido. En ocasiones han tenido que puntuar en una escala de 1 a 9 (1=nada importante y 9=muy importante) de

acuerdo a la importancia que conceden al enunciado de ese ítem. En otras ocasiones se les ha pedido que cuantifiquen el valor de un indicador (por ejemplo, el tiempo de espera para 1ª consulta de una artritis microcristalina). En otro grupo de preguntas lo que se le pide es que seleccione una opción de entre varias que se le ofrecen, o que numere un grupo de opciones según su orden de prioridad. Para facilitar la respuesta, los indicadores se han ordenado de acuerdo al tipo de respuesta requerida.

Los reumatólogos han enviado sus respuestas a la SER por correo. Los investigadores de TAISS han analizado los datos, calculando la media, mediana y rangos de cada indicador cuantitativo y el porcentaje de cada opción en los indicadores categóricos. Con este análisis se ha elaborado una hoja específica para cada uno de los panelistas que incluía para cada indicador estimadores de centralización (la media y mediana), estimadores de dispersión (desviación estándar y rangos: máximo y mínimo), y la respuesta que ha dado ese panelista concreto, en la ronda 1. Por lo tanto, se han hecho tantos cuestionarios diferentes como panelistas han respondido a la primera ronda. Con estos cuestionarios se ha realizado la segunda vuelta del Delphi.

En la segunda vuelta del Delphi, cada panelista ha recibido por correo el cuestionario con las puntuaciones del grupo (media, mediana, desviación estándar y rangos) y su propia puntuación, por si desea modificar su puntuación en función de las puntuaciones globales del grupo, pero no puede identificar qué puntuación ha otorgado qué panelista. Es decir ha sido un proceso de retroalimentación manteniendo el anonimato de las respuestas lo cual es una fortaleza del método Delphi para establecer estándares<sup>(6-12)</sup>. La segunda vuelta ha terminado cuando se han recibido las puntuaciones de todos los panelistas.

Una vez recibidas las puntuaciones, se ha llevado a cabo el análisis estadístico de la segunda vuelta de puntuaciones para obtener en cada uno de los indicadores categóricos su frecuencia y distribución, y para los cuantitativos o numéricos su media, mediana, desviación estándar, rangos máximo y mínimo y coeficiente de variación ( $CV = \text{desviación estándar} / \text{media}$ ).

Este análisis se ha discutido en una reunión conjunta entre los investigadores de TAISS y el GT para decidir la información sintética que se presentan en los estándares definitivos.

Teniendo en cuenta el tipo de preguntas que se hacen en este Delphi, en donde las respuesta pueden depender de factores tan diversos como la

experiencia previa del reumatólogo, sus conocimientos, preferencias o expectativas, es de esperar que, en algunas preguntas, pueda haber una gran variabilidad en los resultados, especialmente en las variables numéricas o cuantitativas. Por ello como medida de esta variabilidad se ha utilizado el CV categorizado de la siguiente forma:

Valor	Grado de variabilidad
<25%	Muy Bajo
26%-<50%	Bajo
51%-<75%	Medio
76%-<100%	Alto
>100%	Muy alto

En la presentación final de los resultados, los indicadores o estándares, se han agrupado en 5 grandes apartados:

1. Estándares generales para una Unidad de Reumatología.
2. Estándares para Consultas en Reumatología.
3. Estándares para el Proceso de Hospitalización en Reumatología.
4. Estándares de tiempo de realización de Técnicas en Reumatología.
5. Estándares de investigación/formación en Reumatología.

A su vez, dentro de cada apartado se han clasificado, en los casos en los que procede, según se trate de estándares de estructura, proceso o resultado.

Las tablas que se presentan (**Tablas 1, 2, 3, 4, 5**) tienen, una primera columna con el enunciado de cada uno de los estándares, y a su derecha las columnas de cada uno de los estadísticos presentados. Para facilitar la lectura, se ha sombreado la columna de la «media» en el caso de los estándares con valores continuos, o la de los «porcentajes (%)» en los estándares con valores categorizados.

## IV. RESULTADOS

---

A mediados de octubre de 2004 se envió el cuestionario de la primera ronda a 76 panelistas. Todos los panelistas son reumatólogos, con amplia distribución geográfica, de forma que ha habido representación de la mayoría de las C.C.A.A. La recepción de cuestionarios puntuados de esta primera ronda se mantuvo hasta 28 de diciembre del 2004, en esta fecha habían respondido 65 panelistas. Los cuestionarios de la segunda ronda se enviaron a partir del 10 de enero de 2005, cerrándose su recepción el 28 de marzo de 2005. A esta segunda ronda han respondido los 65 panelistas.

### **ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA (Tabla 1)**

#### 1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA

##### 1.1. *Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos*

#### **Puntuación de estándares de estructura priorizados en escala de 1 a 9**

Los estándares de este apartado se han puntuado en una escala del 1 al 9 (1=poco prioritario; 9=muy prioritario). De los 21 ítems planteados, en 9 de ellos la puntuación obtenida ha sido de  $\geq 8$ . La puntuación mayor (8,5) la han obtenido dos ítems: «La zona de hospitalización no debe tener barreras (arquitectónicas o funcionales) que dificulten el acceso a pacientes con discapacidad musculoesquelética», y «En la estructura de la Unidad de Reumatología debe existir microscopio de luz polarizada». Muy cerca (8,4) se encuentran 2 ítems: «En el área de hospitalización de Reumatología los elementos de los baños deben estar adaptados a pacientes reumáticos (e.g., bañeras, duchas especiales,...)» y «La Unidad de Reumatología debe tener estructura y recursos para poder atender a los pacientes reumatológicos urgentes». Los menos puntuados han sido «Una Unidad de Reumatología debe poder realizar artroscopia diagnóstica», y «En la estructura de la Unidad de Reumatología debe existir material para la realización de Biopsia ósea», con puntuación de 5,2 y 5,3 respectivamente. En general, los ítems menos



puntuados han sido los relativos a la existencia en las Unidades de Reumatología de material necesario para la realización de diferentes tipos de biopsias.

La variabilidad en la opinión de los panelistas al puntuar estos ítems es baja o muy baja, en ninguno de ellos el CV supera el 40%.

## 1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia

### **Puntuación de estándares de estructura de personal en escala de 1 a 9**

El ítem «El personal de staff debe estar entrenado para la realización de EAV, HAQ, DAS 28, BASFI, BASDAI, SLEDAI, SLICC, BASMI, ...» ha obtenido una puntuación de 8,1 y el ítem «El personal de enfermería debe estar entrenado para la realización de, como mínimo, EAV, HAQ, BASFI, BASDAI, SLEDAI, y SLICC», una puntuación de 7,4. La variabilidad en la opinión de los panelistas al puntuar estos ítems es muy baja, en ambos el CV no supera el 17%.

### **Orden de prioridad para adjudicar una escala jerárquica**

La cualidad más valorada para la adjudicación de la escala jerárquica es la «Capacidad organizativa» (346 puntos), le sigue «Capacidad clínica» con 247 puntos, a más distancia quedan «Reconocimientos clínicos de trabajos realizados» (176 p), «Años de ejercicio» (143 p) y «Capacidad política» (121 p).

### **Dependencia Jerárquica de la Unidad/Servicio de Reumatología**

El 74% de los panelistas opina que la Unidad/Servicio de Reumatología debe tener dependencia jerárquica de la «Dirección Médica». Ningún panelista ha considerado que deba depender jerárquicamente de «Traumatología».

El número máximo de habitantes en el área de Salud por cada reumatólogo, a juicio de más de la mitad de los panelistas (53%), es 40.000 h. La tercera parte (33%) de los panelistas opina que es 50.000 h.

Para el 91% de los panelistas el Jefe de la Unidad de Reumatología debe ser la persona que organice la estructura asistencial de Reumatología en el Área de Salud.

Debería haber un mínimo de 1 administrativo/secretaria por cada 4 médicos. El número mínimo de miembros que debería tener una Unidad Funcional de Reumatología es 3.

La variabilidad en la opinión de los panelistas al puntuar estos ítems es baja, en ambos el CV no supera el 32%.

## 2. ESTÁNDARES DE PROCESO

### 2.1. *Proceso: estándares de organización*

#### **Estándares de organización priorizados en escala de 1 a 9**

Se han valorado 9 ítems en este apartado, de los cuales 4 han obtenido una puntuación superior o igual a 8. El más puntuado (8,4) ha sido «Todos los médicos del Servicio deben tener acceso on-line con la biblioteca», le sigue con 8,2 «Debe haber accesibilidad a pruebas diagnósticas realizadas en Atención Primaria que permita la instauración de consultas de acto único», y «Todos los médicos del Servicio deben disponer de dirección de correo electrónico institucional» con 8,1. El menos puntuado del grupo «Se deben distribuir cuestionarios de calidad percibida de la asistencia recibida por los pacientes en Consulta Externa, Hospital de Día, y Hospitalización», ha obtenido una puntuación de 6,6.

La variabilidad en la opinión de los panelistas al puntuar estos ítems es muy baja, en ninguno el CV supera el 19%.

#### **Otros estándares de organización**

Los panelistas valoran la dedicación que debe tener a la asistencia, docencia, investigación y organización. A juicio de los panelistas, quienes deben dedicar mayor parte de su tiempo a la asistencia son los reumatólogos sin actividad hospitalaria (67%), los adjuntos (60%) y los residentes (58%). Los jefes de sección deberían dedicar un 44% y los jefes de servicio un 30%. Sin embargo, los jefes de servicio son los que más tiempo deben dedicar a la gestión (la tercera parte de su tiempo), seguidos de los jefes de sección (18% de su tiempo). El porcentaje de tiempo a dedicar a la investigación debería ser semejante para todos los estamentos (en torno a un 15%), aunque un poco más bajo para los reumatólogos sin actividad hospitalaria (10%).

También, en el área de la formación ha asignado un porcentaje de tiempo semejante a todos los estamentos (11%), salvo en el caso de los residentes, a los que se les asigna un 23%. Jefes de servicio, de sección y adjuntos, deberían destinar algo más de la décima parte de su tiempo a la docencia, mientras que esta actividad en los reumatólogos sin actividad hospitalaria y en los residentes, debería estar en torno al 5%. Concretamente, en

relación con la docencia MIR, los jefes de servicio, de sección y adjuntos deberían dedicar a ella un 15% de su tiempo, mientras que los tutores de residentes deberían emplear en esta actividad la cuarta parte de su tiempo.

El tiempo máximo de acceso a la historia clínica debería ser de 2,4 horas en los casos urgentes y entre 1 y 2 días en los casos rutinarios.

En general, la variabilidad entre los panelistas a la hora de puntuar todos estos ítems ha sido baja o media, con dos excepciones:

En el caso del tiempo que debe dedicar un residente a la gestión hay un CV de 245%. Este dato debe ser interpretado con cautela ya que los rangos de tiempo oscilan entre 0% y 5%, por tanto no se puede considerar que la dispersión en la opinión sea grande.

En el tiempo máximo en horas de acceso a la historia clínica en casos urgentes, con un CV=168%. Aquí hay una mayor dispersión en la opinión de los panelistas ya que el rango oscila entre un cuarto de hora y 24 horas.

## *2.2. Proceso: estándares de calidad*

### **Estándares de calidad priorizados en escala de 1 a 9**

Se han planteado 3 ítems en este apartado. Los dos más valorados (puntuación=7,6) han sido: «En los Servicios de Reumatología se deben utilizar Guías y Protocolos de Actuación», y «Cada paciente debe ser asignado y seguido siempre por el mismo médico». El ítem menos puntuado «En los Servicios de Reumatología deben existir Programas de Calidad Total y mecanismos de evaluación de estos programas», ha obtenido 7,1 puntos.

En estos estándares de calidad la variabilidad en la opinión de los panelistas ha sido muy baja, en ninguno el CV supera el 19%.

## *2.3. Proceso: estándares de tiempo*

El tiempo que debe emplear un reumatólogo en realizar un informe de incapacidad es de 21 minutos, mientras que para informes solicitando medicaciones especiales u otros informes adicionales el tiempo estimado es de 11 min. Un informe reglado de alta, a máquina, le debe llevar 25 min. El tiempo que dedica el reumatólogo por paciente a hacer un consentimiento informado, estaría en torno a los 13 min. y el tiempo diario que invierte en atender llamadas telefónicas de los pacientes en 29 min. La variabilidad en la opinión de los panelistas en este tipo de estándares oscila entre 33% y 43%.

**TABLA 1**  
**ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA (pág. 1)**

## **1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA**

### 1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

<b>Estándares de estructura (priorizados en escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
La zona de hospitalización no debe tener barreras (arquitectónicas o funcionales) que dificulten el acceso a pacientes con discapacidad musculoesquelética.	65	8,5	9	0,8	7,7	9,3	5	9	9,6
La Unidad de Reumatología debe tener estructura y recursos para poder atender a los pacientes reumatológicos urgentes.	65	8,4	9	0,8	7,6	9,2	5	9	9,4
En el área de hospitalización de Reumatología los elementos de los baños deben estar adaptados a pacientes reumáticos (e.g., bañeras, duchas especiales,...).	65	8,4	9	0,7	7,6	9,1	6	9	8,9
Debe haber Hospital de Día con los medios materiales y humanos para la asistencia.	65	8,3	9	0,9	7,4	9,2	5	9	11,1
La sala de reuniones debe disponer, al menos, de material informático suficiente para consultar datos en la red intrahospitalaria así como en bancos de datos extrahospitalarios.	65	8,2	8	0,8	7,4	9,0	6	9	9,8
La Unidad de Reumatología debe disponer de sala de reuniones.	65	8,2	8	0,8	7,4	9,0	7	9	9,7
La sala de reuniones de los médicos reumatólogos debe disponer, al menos, de mobiliario adecuado para la revisión de historia, escribir historias clínicas y evoluciones y recibir e informar a familiares.	65	8,1	8	0,8	7,3	8,9	6	9	9,9

**TABLA 1**  
**ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA (pág. 2)**

<b>Estándares de estructura (priorizados en escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
En el Servicio de Reumatología se debe disponer de una sala de curas y para realización de las técnicas habituales.	65	8,0	8	0,9	7,1	8,9	5	9	11,6
Los reumatólogos deben tener posibilidad de realizar radiosinovectomía en colaboración con el servicio de medicina nuclear.	65	6,9	7	1,8	5,1	8,7	1	9	26,2
Es necesario que haya una buena accesibilidad desde la zona de Hospitalización a la de Rehabilitación.	65	6,4	7	1,6	4,8	8,0	2	9	24,9
Una Unidad de Reumatología debe poder realizar artroscopia diagnóstica.	65	5,2	5	1,5	3,7	6,8	1	9	29,2
<i>En la estructura de la Unidad de Reumatología debe existir:</i>									
Microscopio de luz polarizada	65	8,5	9	1,0	7,5	9,5	4	9	11,6
Ecógrafo	65	7,6	8	1,5	6,2	9,1	3	9	19,1
Densitómetro	65	6,9	7	1,5	5,4	8,5	3	9	22,4
Capilaroscopio	65	6,7	7	1,7	5,0	8,5	1	9	25,5
<i>En la estructura de la Unidad de Reumatología debe existir material para la realización de:</i>									
Biopsia sinovial con aguja	65	7,0	7	1,9	5,1	8,8	1	9	26,8
Biopsia de grasa subcutánea	65	6,6	7	1,9	4,8	8,5	1	9	28,3
Biopsia de piel	65	6,3	6	2,0	4,3	8,3	1	9	31,2
Biopsia muscular	65	6,2	6	1,8	4,4	8,0	1	9	29,2
Biopsia de glándula salivar	65	6,0	6	2,1	3,9	8,0	1	9	34,5
Biopsia ósea	65	5,3	5	1,9	3,4	7,2	1	9	36,2

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

**TABLA 1**  
**ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA (pág. 3)**

1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia

<b>Estándares de estructura (priorizados en escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
El personal de staff debe estar entrenado para la realización de EAV, HAQ, DAS 28, BASFI, BASDAI, SLEDAI, SLICC, BASMI, .....	65	8,1	8	1,0	7,2	9,1	5	9	11,9
El personal de enfermería debe estar entrenado para la realización de, como mínimo, EAV, HAQ, BASFI, BASDAI, SLEDAI, y SLICC.	65	7,4	7	1,2	6,2	8,7	4	9	16,5
<b>Orden de prioridad en el que se deben valorar los siguientes elementos, para adjudicar una escala jerárquica en las Unidades de Reumatología:</b>							<b>Puntuación</b>	<b>Prioridad</b>	
Capacidad organizativa							346	1,0	
Capacidad clínica							247	2,0	
Reconocimientos clínicos de trabajos realizados							176	3,0	
Años de ejercicio							143	4,0	
Capacidad política							121	5,0	
<b>Jerárquicamente la Unidad/Servicio de Reumatología debe depender de:</b>							<b>N</b>	<b>%</b>	
Dirección médica							48	73,8	
Unidad de aparato locomotor							10	15,4	
Medicina Interna							4	6,2	
Otra							3	4,6	
Traumatología							0	0,0	

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

**TABLA 1**  
**ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA (pág. 4)**

Número máximo de habitantes por cada reumatólogo en un Área Sanitaria:		N	%							
30.000 habitantes		4	6,3							
40.000 habitantes		34	53,1							
50.000 habitantes		21	32,8							
60.000 habitantes		0	0,0							
70.000 habitantes		5	7,8							
80.000 habitantes		0	0,0							
90.000 habitantes		0	0,0							
100.000 habitantes		0	0,0							
Persona que debe organizar la estructura asistencial de Reumatología en un Área de Salud:		N	%							
Jefe de la Unidad de Reumatología		59	90,8							
Director médico/gerente del área		4	6,2							
Jefe del Servicio donde está incluida Reumatología		2	3,1							
Cada reumatólogo		0	0,0							
Otros estándares de estructura personal	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)	
Máximo número de médicos que comparten 1 administrativo/secretaria.	65	4,3	4	1,0	3,2	5,3	3	8	24,2	
Número mínimo de miembros/reumatólogos que deben haber en una Unidad Funcional de Reumatología.	64	3,1	3	1,0	2,1	4,0	2	6	31,3	

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

**TABLA 1**  
**ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA** (pág. 5)

## 2. ESTÁNDARES DE PROCESO

### 2.1. Proceso: estándares de organización

Estándares de organización (priorizados en escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
Todos los médicos del Servicio deben tener acceso on-line con la biblioteca.	65	8,4	9	0,8	7,6	9,3	5	9	9,6
Debe haber accesibilidad a pruebas diagnósticas realizadas en Atención Primaria que permita la instauración de consultas de acto único.	65	8,2	8	0,8	7,3	9,0	5	9	10,3
Todos los médicos del Servicio deben disponer de dirección de correo electrónico institucional.	65	8,1	8	1,0	7,1	9,1	5	9	12,2
El reumatólogo debe tener una actividad formadora de los médicos del área en Reumatología.	65	8,0	8	0,9	7,1	8,8	5	9	10,8
Se debe facilitar información al paciente sobre medidas físicas y ejercicios para cada proceso reumático y de folletos informativos de las diferentes entidades clínicas.	65	7,9	8	0,8	7,0	8,7	5	9	10,8
En la Unidad de Reumatología debe existir una consulta de enfermería que tenga como actividades, entre otras, las de inyectar, controlar efectos secundarios, informar e instruir al paciente.	65	7,8	8	1,0	6,8	8,7	5	9	12,5
Debe existir conexión vía red informática entre Atención primaria y Unidad de Reumatología, que incluya una hoja de derivación con un conjunto mínimo de datos que permita seleccionar tipo de consulta y adecuar los tiempos de consulta.	65	7,6	8	1,1	6,4	8,7	4	9	14,9



**TABLA 1**  
**ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA** (pág. 6)

Estándares de organización (priorizados en escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
El médico de cabecera o el paciente deben tener acceso a la resolución telefónica de problemas derivados de complicaciones del tratamiento, control de toxicidad terapéutica o consultas urgentes.	65	7,4	8	1,2	6,2	8,7	4	9	16,6
Se deben distribuir cuestionarios de calidad percibida de la asistencia recibida por los pacientes en Consulta Externa, Hospital de Día, y Hospitalización.	65	6,6	7	1,2	5,4	7,9	3	9	18,6
<i>Porcentaje de su tiempo que debe dedicar al área de la Asistencia un reumatólogo:</i>									
Sin actividad hospitalaria	58	67,0	70	14,0	53,1	81,0	0	80	21,0
Jefe de Servicio	65	30,2	30	10,4	19,7	40,6	10	60	34,3
Jefe de Sección	65	43,5	40	9,8	33,8	53,3	20	80	22,3
Adjunto	65	58,9	60	8,5	50,4	67,5	30	80	14,2
Residente	65	58,1	60	10,9	47,2	69,0	10	75	18,6
<i>Porcentaje de su tiempo que debe dedicar al área de la Gestión un reumatólogo:</i>									
Sin actividad hospitalaria	58	6,3	5	4,1	2,2	10,3	0	20	65,2
Jefe de Servicio	65	33,0	34	9,8	23,2	42,8	10	60	29,4
Jefe de Sección	65	18,3	20	7,4	10,9	25,7	5	40	40,0
Adjunto	64	6,1	5	3,7	2,5	9,8	0	20	58,8
Residente	64	0,6	0	1,4	-0,8	2,0	0	5	247,4
<i>Porcentaje de su tiempo que debe dedicar al área de la Investigación un reumatólogo:</i>									
Sin actividad hospitalaria	59	9,5	10	4,9	4,6	14,5	0	25	52,0
Jefe de Servicio	65	13,1	10	5,2	7,8	18,3	0	30	39,7
Jefe de Sección	65	14,9	15	6,3	8,6	21,2	0	30	41,6
Adjunto	65	14,3	14	6,8	7,5	21,1	0	30	46,9
Residente	65	13,6	12	5,3	8,3	18,9	0	30	39,0

**TABLA 1**  
**ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA (pág. 7)**

<b>Estándares de organización (priorizados en escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
<i>Porcentaje de su tiempo que debe dedicar al área de la Formación un reumatólogo:</i>									
Sin actividad hospitalaria	59	11,0	10	5,6	5,4	16,6	0	30	51,1
Jefe de Servicio	65	10,4	10	3,9	6,6	14,3	5	25	36,7
Jefe de Sección	65	10,8	10	3,3	7,5	14,0	5	20	29,9
Adjunto	65	10,5	10	3,5	7,0	14,1	0	20	32,9
Residente	65	23,2	20	8,5	14,6	31,7	0	40	36,8
<i>Porcentaje de su tiempo que debe dedicar al área de la Docencia un reumatólogo:</i>									
Sin actividad hospitalaria	59	6,1	5	4,1	2,1	10,2	0	25	66,7
Jefe de Servicio	65	13,3	10	5,8	7,5	19,1	0	30	43,1
Jefe de Sección	65	12,5	10	5,1	7,5	17,6	3	30	40,0
Adjunto	65	10,2	10	3,5	6,6	13,7	3	20	34,3
Residente	65	4,6	5	3,8	0,8	8,4	0	15	82,8T
<b>Otros estándares de organización</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV(%)</b>
Tiempo máximo (expresado en horas) de acceso a la historia clínica en casos urgentes.	65	2,4	1	4,1	-1,6	6,5	0,25	24	167,7
Tiempo máximo (expresado en días) de acceso a la historia clínica en casos rutinarios.	65	1,6	1	1,0	0,6	2,5	0,5	7	61,4

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

**TABLA 1**  
**ESTÁNDARES GENERALES PARA UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA** (pág. 8)

2.2. Proceso: estándares de calidad

Estándares de calidad (priorizados en escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
En los Servicios de Reumatología se deben utilizar Guías y Protocolos de Actuación.	65	7,6	8	1,0	6,7	8,6	3	9	12,5
Cada paciente debe ser asignado y seguido siempre por el mismo médico.	65	7,6	8	1,4	6,2	9,0	2	9	18,6
En los Servicios de Reumatología deben existir Programas de Calidad Total y mecanismos de evaluación de estos programas.	65	7,1	7	1,1	6,0	8,2	4	9	16,1

2.3. Proceso: estándares de tiempo

Estándares de tiempo	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
<i>Tiempo (expresado en minutos) que debe emplear un reumatólogo para realizar:</i>									
Un informe de incapacidad.	65	21,3	20	9,2	12,2	30,5	10	60	42,9
Un informe para solicitar medicaciones especiales o hacer un informe adicional (ortesis, COXIBs, anti-TNFs).	65	11,1	10	4,3	6,8	15,4	5	25	38,9
El consentimiento informado.	65	12,6	12	4,3	8,3	16,9	5	30	33,8
Atender llamadas telefónicas de los pacientes (tiempo diario).	65	28,7	30	9,7	19,0	38,4	10	60	33,8
La redacción de un informe reglado de alta a máquina.	64	25,3	25	9,2	16,1	34,4	10	60	36,2

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

# ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA (TABLA 2)

## 1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA

### 1.1. *Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos*

#### **Estándares de estructura priorizados en escala de 1 a 9**

El orden de prioridad más alto (8,9) lo tiene «En cualquier consulta de Reumatología (intrahospitalaria y extrahospitalaria) debe existir material necesario para realizar infiltraciones y artrocentesis», le siguen 2 ítems con igual puntuación (8,6): «El material mínimo en cada despacho de consulta debe de ser: esfigmomanómetro, fonendoscopio, negatoscopio, báscula, medidor, y material farmacológico para las técnicas habituales de Reumatología» y «Las consultas no deben tener barreras (arquitectónicas o funcionales) que dificulten el acceso a pacientes con discapacidad musculoesquelética». Les siguen muy de cerca (8,5) otros 2 ítems: «El mobiliario mínimo en cada despacho de consulta debe de ser: mesa, 2 sillas para el paciente y acompañante, camilla, lavamanos, carro de curas, taburete, biombo y percha» y «En la consulta se debe disponer de material informático suficiente para poder consultar datos en la red intrahospitalaria», la disponibilidad en la consulta de material informático suficiente para consultar datos del Área y acceso a Internet, tienen una prioridad algo menor, aunque sigue siendo alta (7,6 y 7,4 respectivamente). La prioridad más baja (7,0) de este grupo de ítems ha correspondido a «En la sala de espera de Reumatología las sillas deben ser altas y con reposabrazos».

La variabilidad en la opinión de los panelistas al puntuar estos ítems es muy baja, en todos ellos el CV no supera el 20%.

#### **Otros estándares de estructura de instalaciones y equipamientos**

Los miembros del panel han considerado que por cada consulta de reumatología, debe haber un mínimo de 9 sillas en la sala de espera, y que ésta debe tener un tamaño mínimo de 21 m<sup>2</sup>. El tamaño del local de la consulta, incluida la sala de exploración debe ser de 20 m<sup>2</sup>.

La variabilidad en la opinión de los panelistas en cómo deben ser estos estándares es baja, oscila entre el 36% en el número mínimo de metros cuadrados por consulta en la sala de espera y 19% en el número mínimo de metros cuadrados del local de la consulta.

## 1.2. Estructura: Personal/Formación/Competencia

Al menos, debiera haber una enfermera/o por cada 2,5 consultas, y un/a auxiliar de clínica por cada 2 consultas. El CV en estos 2 ítems es bajo ( $\leq 50\%$ ).

A juicio de la gran mayoría (92%) de los miembros del panel, el Jefe de la Unidad de Reumatología debe ser la persona que organice la estructura asistencial de la consulta, sólo una pequeña proporción (6%) opina que esta organización la debe hacer cada reumatólogo.

## 2. ESTÁNDARES DE PROCESO

### 2.1. Proceso: estándares de tiempo

#### Estándares de tiempo

La duración promedio de la primera visita debería estar en 30 minutos, oscilando según la patología entre 20 min. en «Artrosis/partes blandas y dolor axial» y 40 min. en las enfermedades sistémicas (**Figura 2**).

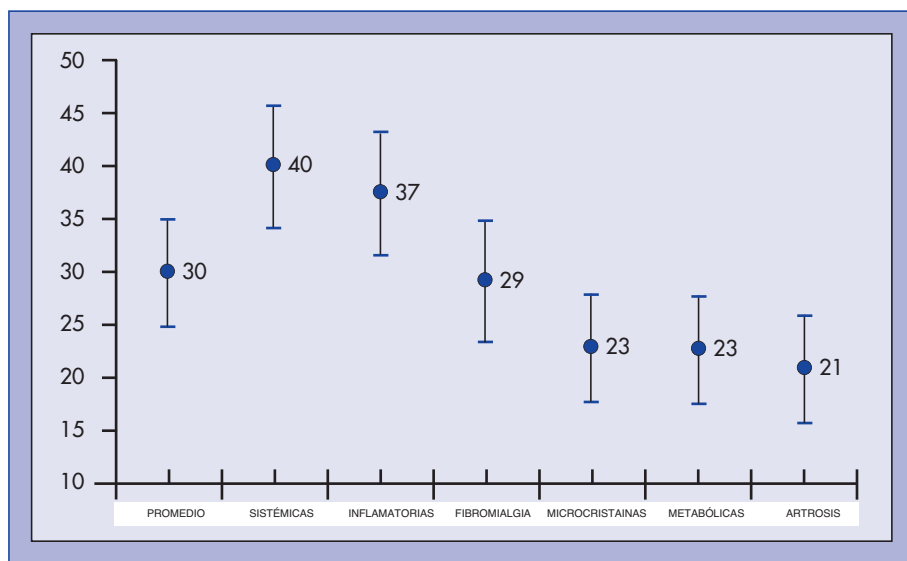


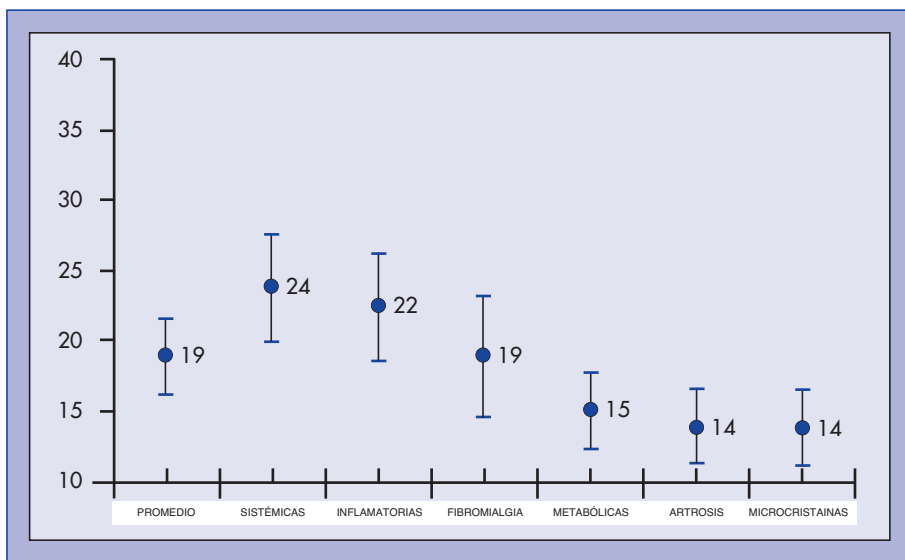
Figura 2. TIEMPO DE DURACIÓN DE LA PRIMERA CONSULTA (MINUTOS)

El promedio de duración de la segunda visita apenas llega a los 20 min. (18,7), oscilando entre 14 min. para artritis microcristalina, artrosis, y enfermedad metabólica ósea, y cerca de 25 min. en las enfermedades sistémicas (**Figura 3**).

El promedio de duración para consultas sucesivas es algo menor (17,4 min.), oscilando entre unos 13 min. para artritis microcristalina, artrosis, y enfermedad metabólica ósea, y 23 min. en las enfermedades sistémicas. En el caso de la fibromialgia, más del 25% de los panelistas opinan que se trata de una entidad clínica que no debe ser seguida en reumatología.

El promedio de tiempo que debería esperar como máximo un paciente para ser atendido en consulta de reumatología está en torno a un mes, oscilando entre 2 semanas para las patologías inflamatorias y las enfermedades sistémicas y 6 semanas para fibromialgia, artrosis y enfermedad metabólica ósea.

El promedio de tiempo de espera entre primera consulta y segunda consulta para ver resultados, a juicio de los panelistas, debe ser algo menos de un mes (3,7 semanas), oscilando entre 2,5 semanas en patologías inflamatorias y enfermedades sistémicas y 6 semanas en la fibromialgia.



**Figura 3. TIEMPO DE DURACIÓN DE LA SEGUNDA CONSULTA (MINUTOS)**

El tiempo de espera promedio para consultas sucesivas estaría en 5 semanas, oscilando entre 3 semanas en patologías inflamatorias y enfermedades sistémicas y cerca de 10 semanas en la enfermedad metabólica ósea.

El tiempo máximo que debería esperar un paciente en la sala de espera tras la hora en que ha sido citado, no debiera sobrepasar los 27 minutos. También, a juicio de los panelistas, el tiempo necesario para realizar una consulta de segunda opinión es de 38 minutos.

En general, el CV en los tiempos de duración de primera, segunda visita, y visita sucesiva es muy bajo. En el caso de los tiempos de espera para primera consulta, o entre primera y sucesiva, el CV es alto para algunas patologías como es el caso del tiempo de espera para primera consulta en patologías inflamatorias (CV=89%), o en enfermedades sistémicas (CV=87%), o el tiempo de espera entre primera y sucesivas para la fibromialgia (CV=85%). En el caso del tiempo de espera para consultas sucesivas el CV es medio.

## 2.2. *Proceso: estándares de calidad*

### **Estándares de calidad priorizados en escala de 1 a 9**

En más de la mitad de los 10 ítems planteados en este apartado, la puntuación obtenida ha sido superior a 8. Los ítems considerados más prioritarios han sido: «En la primera visita se debe realizar, al menos, una historia clínica completa (anamnesis y exploración física), solicitar las exploraciones complementarias necesarias, informar al paciente, hacer un diagnóstico y tratamiento provisional», y el «En las visitas sucesivas de tratamiento en consultas, se debe, como mínimo, valorar las exploraciones complementarias, recoger la evolución del paciente, realizar un diagnóstico definitivo, instaurar el tratamiento, informar al paciente, e informar al médico de cabecera». Los menos valorados «Los hospitales de referencia del Área deberán tener consultas monográficas de las patologías más relevantes» (puntuación=7,4) y «Se considera un estándar de calidad la existencia de consultas multidisciplinarias. Por ejemplo, reumatólogo/ neurocirujano/ unidad del dolor, para seguimiento de lumbalgias» con una puntuación de 6,5.

La variabilidad en la opinión de los panelistas al puntuar estos ítems es muy baja, en todos ellos el CV no supera el 22%.

## Estándares de calidad (actividad máxima de consulta)

A juicio de los miembros del panel, el número máximo de primeras visitas que debe ver un reumatólogo en una jornada laboral, no debe exceder de 5, y el de segundas visitas de 11. Se considera que el reumatólogo no debe pasar consulta más de 4 días a la semana, y que el número de horas diarias de consulta no debe ser superior a 5.

Estos estándares han tenido un CV muy bajo ( $\leq 25\%$ ) o bajo (29%).

## Otros estándares de calidad

La relación sucesivas/primer visita en reumatología (**Figura 4**), para el primer año de seguimiento, debe ser 3,2 en promedio, oscilando entre 1,9 para fibromialgia y 4,9 para enfermedades sistémicas. Hay que destacar, que 6 de los panelistas que opinan que la fibromialgia no debe ser seguida en consultas de reumatología, han asignado el valor 0 a la relación sucesivas/primer visita, estos valores 0 no han sido incluidos en el cálculo del estándar

En la puntuación de estos estándares el CV ha sido bajo, salvo en el caso de la artrosis, partes blandas y dolor axial en el que es medio (CV=59%).

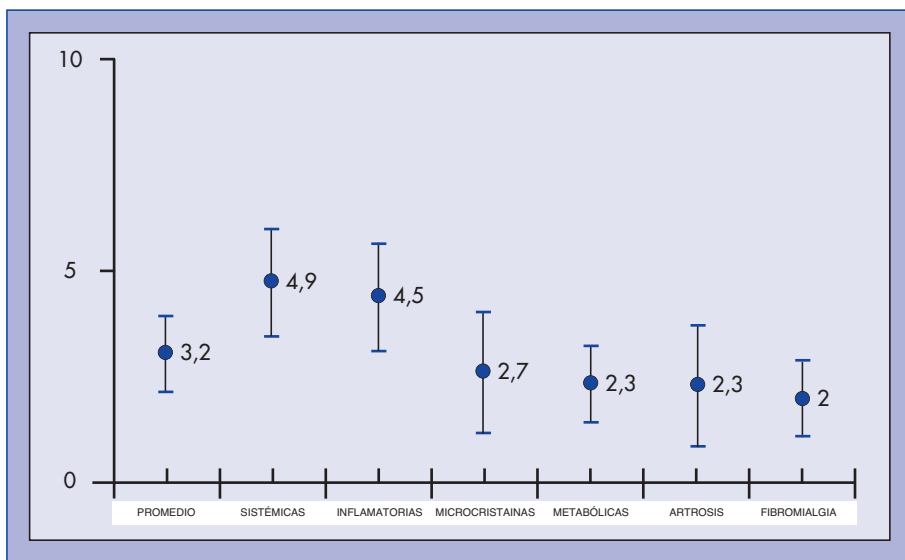


Figura 4. RELACIÓN CONSULTA SUCESIVA/PRIMERA CONSULTA

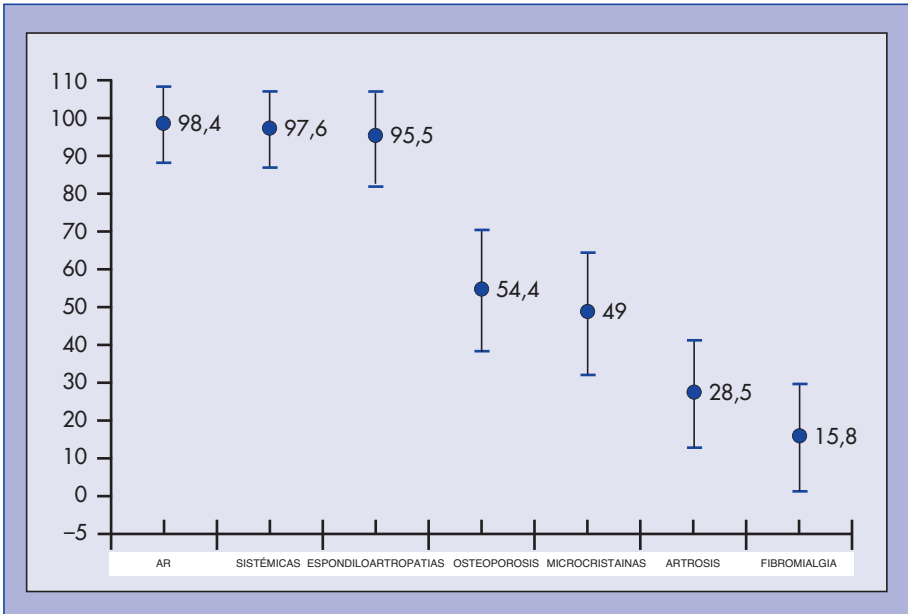


### 2.3. Proceso: estándares de organización

#### Estándares de organización

Patologías como la artritis reumatoide, las espondiloartropatías o las conectivopatías, deben ser seguidas casi en su totalidad (> 95%) por los reumatólogos, también deberían ser seguidas por reumatólogos el 55% de los casos de osteoporosis, la mitad de las artritis microcristalinas, algo más de la cuarta parte de los síndromes dolorosos locales (artrosis, partes blandas, dolor axial) y sólo la sexta parte de las fibromialgias (**Figura 5**)

En el cálculo de la mayoría de estos porcentajes la variabilidad entre los panelistas ha sido baja o media, pero concretamente en la fibromialgia ha habido mucha variabilidad entre los panelistas (CV=130%).



**Figura 5. PORCENTAJE DE PACIENTES DE CADA PATOLOGÍA QUE DEBE SER SEGUIDO POR EL REUMATÓLOGO TRAS LA PRIMERA VISITA**

**TABLA 2**  
**ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA (pág. 1)**

## 1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA

### 1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

Estándares de estructura (priorizados en escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
En cualquier consulta de Reumatología (intrahospitalaria y extrahospitalaria) debe existir material necesario para realizar infiltraciones y artrocentesis.	65	8,9	9	0,5	8,4	9,3	6	9	5,1
El material mínimo en cada despacho de consulta debe de ser: esfigmomanómetro, fonendoscopio, negatoscopio, báscula, medidor, y material farmacológico para las técnicas habituales de Reumatología.	65	8,6	9	0,6	8,1	9,2	7	9	6,7
Las consultas no deben tener barreras (arquitectónicas o funcionales) que dificulten el acceso a pacientes con discapacidad musculoesquelética.	65	8,6	9	0,7	7,9	9,4	5	9	8,6
El mobiliario mínimo en cada despacho de consulta debe de ser: mesa, 2 sillas para el paciente y acompañante, camilla, lavamanos, carro de curas, taburete, biombo y percha.	65	8,5	9	0,7	7,8	9,2	6	9	8,1
En la consulta se debe disponer de material informático suficiente para poder consultar datos en la red intrahospitalaria.	65	8,5	9	0,6	7,8	9,1	6	9	7,6
En la consulta se debe disponer de material informático suficiente para consultar datos del Área sanitaria.	65	7,6	8	1,0	6,5	8,6	4	9	13,8
En la consulta se debe disponer de material informático suficiente para consultar datos a Internet.	65	7,4	8	1,5	5,9	8,8	1	9	19,8

**TABLA 2**  
**ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA** (pág. 2)

<b>Estándares de estructura (priorizados en escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
En la sala de espera de Reumatología las sillas deben ser altas y con reposabrazos.	64	7,0	7	1,4	5,6	8,4	3	9	20,2
<b>Otros estándares de estructura de instalaciones y equipamientos</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
Número mínimo de sillas por consulta en la sala de espera de Reumatología.	63	9,4	10	3,1	6,3	12,5	2	20	32,6
Número mínimo de m <sup>2</sup> por consulta en la sala de espera de Reumatología.	63	20,8	20	7,5	13,3	28,3	9	60	36,1
Número mínimo de m <sup>2</sup> del local de la consulta incluida la zona de exploración.	64	20,0	20	3,9	16,1	23,9	12	30	19,5
<b>1.2. Estructura: Personal/competencia</b>									
<b>Estándares de estructura de personal</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
Máximo número de consultas que comparten 1 enfermera/o.	65	2,7	3	0,9	1,7	3,6	1	6	35,3
Máximo número de consultas que comparten 1 auxiliar clínico.	64	1,9	2	0,9	1,0	2,8	0	6	47,5
<b>Persona que debe organizar la estructura asistencial de Reumatología en la consulta:</b>								<b>N</b>	<b>%</b>
Director médico/gerente del área								0	0,0
Jefe del Servicio donde está incluida Reumatología								1	1,5
Jefe de la Unidad de Reumatología								60	92,3
Cada reumatólogo								4	6,2

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

**TABLA 2**  
**ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA** (pág. 3)

## 2. ESTÁNDARES DE PROCESO

### 2.1. Proceso: estándares de tiempos

Estándares de tiempos	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
<i>Tiempo de 1ª visita (duración en minutos):</i>									
Promedio	65	29,7	30	5,2	24,4	34,9	15	45	17,6
Artritis microcristalina	63	23,5	20	6,1	17,4	29,5	15	45	25,8
Patologías inflamatorias	64	37,4	40	7,3	30,1	44,8	20	60	19,6
Artrosis, partes blandas y dolor axial	62	21,5	20	6,0	15,5	27,5	10	45	28,1
Enfermedades sistémicas	64	40,0	40	7,3	32,7	47,3	20	60	18,2
Enfermedad metabólica ósea	63	23,0	20	6,0	17,0	29,0	10	45	26,0
Fibromialgia	64	29,3	30	8,2	21,1	37,5	15	60	27,8
<i>Tiempo de 2ª visita (duración en minutos):</i>									
Promedio	65	18,7	20	3,1	15,7	21,8	10	30	16,4
Artritis microcristalina	63	14,0	15	3,2	10,8	17,3	5	20	22,9
Patologías inflamatorias	64	22,4	20	4,4	18,0	26,7	15	30	19,4
Artrosis, partes blandas y dolor axial	63	14,4	15	3,6	10,7	18,0	5	20	25,3
Enfermedades sistémicas	64	24,3	25	4,6	19,8	28,9	15	40	18,8
Enfermedad metabólica ósea	63	15,1	15	3,3	11,8	18,4	10	25	21,9
Fibromialgia	62	18,8	17,5	6,8	12,0	25,5	10	45	36,0

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

**TABLA 2**  
**ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA (pág. 4)**

Estándares de tiempos	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
<i>Tiempo de consulta sucesiva (duración en minutos):</i>									
Promedio	65	17,4	18	3,3	14,1	20,7	10	30	18,9
Artritis microcristalina	63	12,5	10	3,8	8,7	16,3	5	20	30,1
Patologías inflamatorias	64	20,9	20	4,2	16,7	25,1	10	30	20,3
Artrosis, partes blandas y dolor axial	63	13,3	15	3,6	9,7	16,9	5	20	26,8
Enfermedades sistémicas	64	22,7	20	5,2	17,5	27,9	15	40	22,8
Enfermedad metabólica ósea	63	13,6	15	3,2	10,4	16,8	5	20	23,6
Fibromialgia	48	14,7	15	3,6	11,1	18,3	10	20	24,7
<i>Tiempo de espera para 1ª consulta (semanas):</i>									
Promedio	65	3,9	4	1,7	2,1	5,6	1	12	44,5
Artritis microcristalina	63	3,1	3	2,1	1,0	5,2	0	12	66,9
Patologías inflamatorias	64	2,1	2	1,8	0,2	3,9	0	12	88,4
Artrosis, partes blandas y dolor axial	64	5,6	6	2,3	3,3	7,9	1	12	41,9
Enfermedades sistémicas	64	2,0	2	1,7	0,3	3,7	0	12	86,7
Enfermedad metabólica ósea	64	5,6	6	2,5	3,1	8,0	1	12	44,4
Fibromialgia	61	6,2	6	3,2	3,0	9,4	1	20	52,2
<i>Tiempo de espera entre 1ª consulta y sucesiva para ver resultados y poner tratamiento (semanas):</i>									
Promedio	65	3,7	4	1,0	2,7	4,7	2	8	27,6
Artritis microcristalina	63	3,3	3	1,4	1,9	4,6	0	8	42,4
Patologías inflamatorias	64	2,5	2	1,1	1,4	3,6	1	8	43,2
Artrosis, partes blandas y dolor axial	63	4,8	4	1,7	3,1	6,4	1	10	35,3
Enfermedades sistémicas	64	2,5	2	1,1	1,4	3,6	1	8	44,6
Enfermedad metabólica ósea	63	4,6	4	2,0	2,7	6,6	1	12	42,5
Fibromialgia	61	5,7	4	4,8	0,9	10,5	2	30	84,2%

**TABLA 2**  
**ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA** (pág. 5)

Estándares de tiempos	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
<i>Tiempo de espera máximo para consultas sucesivas (meses):</i>									
Promedio	61	5,2	5	2,2	3,0	7,4	1	12	41,7
Artritis microcristalina	63	6,7	6	3,4	3,3	10,1	1	24	50,4
Patologías inflamatorias	63	3,4	3	2,0	1,4	5,4	1	12	58,5
Artrosis, partes blandas y dolor axial	62	8,3	8	3,8	4,6	12,1	1	24	45,1
Enfermedades sistémicas	63	3,2	3	2,0	1,2	5,2	1	12	63,7
Enfermedad metabólica ósea	63	9,5	8	6,5	3,0	16,0	1	48	68,4
Fibromialgia	50	8,0	6	4,5	3,5	12,4	2	24	56,0
Tiempo máximo de espera del paciente (expresado en minutos) en la sala de espera tras la hora en que ha sido citado, antes de ser visto por el reumatólogo.	64	27,0	30	9,5	17,4	36,5	15	60	35,4
Tiempo medio (expresado en minutos) necesario para una consulta de 2ª opinión.	65	37,5	30	16,3	21,1	53,8	10	120	43,6

## 2.2. Proceso: estándares de calidad

Estándares de calidad (priorizados en escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV
En cualquier consulta de Reumatología (intrahospitalaria y extrahospitalaria) debe existir material necesario para realizar infiltraciones y artrocentesis.	65	8,9	9	0,5	8,4	9,3	6	9	5,1
En la 1ª visita se debe realizar, al menos, una historia clínica completa (anamnesis y exploración física), solicitar las exploraciones complementarias necesarias, informar al paciente, hacer un diagnóstico y tratamiento provisional.	65	8,9	9	0,3	8,5	9,2	8	9	3,9%

**TABLA 2**  
**ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA** (pág. 6)

<b>Estándares de calidad</b> <b>(priorizados en escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
En las visitas sucesivas de tratamiento en consultas, se debe, como mínimo, valorar las exploraciones complementarias, recoger la evolución del paciente, realizar un diagnóstico definitivo, instaurar el tratamiento, informar al paciente, e informar al médico de cabecera.	65	8,8	9	0,5	8,3	9,3	7	9	5,5
El reumatólogo debe asegurarse que el paciente ha comprendido los aspectos relevantes de su enfermedad (diagnóstico, pronóstico y tratamiento).	65	8,6	9	0,8	7,8	9,4	5	9	9,1
En el informe clínico de alta médica deben figurar, al menos, los siguientes apartados: motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia actual, exploración física, exploraciones complementarias, diagnóstico y tratamiento.	65	8,3	9	1,0	7,4	9,3	4	9	11,5
En la visita del alta se debe elaborar un informe mecanografiado.	65	8,3	8	0,9	7,4	9,1	5	9	10,5
Dentro del Área deben existir Protocolos de Derivación y Seguimiento con AP para los pacientes reumatológicos.	65	7,7	8	0,8	6,8	8,5	5	9	11,0
La información recogida en las historias deberá ser consistente con las guías de práctica clínica, de forma que permitan realizar estudios retrospectivos en cada proceso específico.	65	7,7	8	1,1	6,5	8,8	3	9	14,6
Los hospitales de referencia del Área deberán tener consultas monográficas de las patologías más relevantes.	65	7,4	7	1,1	6,3	8,6	3	9	14,8

**TABLA 2**  
**ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA (pág. 7)**

<b>Estándares de calidad (priorizados en escala de 1 a 9)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
Se considera un estándar de calidad la existencia de consultas multidisciplinares. Por ejemplo, reumatólogo/neurocirujano/unidad del dolor, para seguimiento de lumbalgias.	65	6,5	7	1,4	5,1	7,9	2	9	21,2
<b>Estándares de calidad (actividad máxima de consulta)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
Número máximo de 1 <sup>as</sup> visitas que debe ver un reumatólogo en una jornada laboral.	64	4,7	4,5	1,3	3,3	6,0	2	10	28,7
Numero máximo de 2 <sup>as</sup> visitas que debe ver un reumatólogo en una jornada laboral.	64	11,1	10	2,5	8,6	13,6	5	20	22,7
Número máximo de días de consulta por facultativo en una semana.	65	3,8	4	0,5	3,3	4,3	3	5	12,5
Número máximo de horas de consulta diarias.	65	5,1	5	0,5	4,6	5,6	4	6	10,5
<b>Otros estándares de calidad</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
<i>Relación consultas sucesivas/1ª visita para el primer año de seguimiento, en promedio, para reumatología, y para cada una de las siguientes situaciones clínicas:</i>									
Promedio	61	3,2	3	0,7	2,5	4,0	2	5	22,4
Artritis microcristalina	61	2,7	3	1,2	1,5	3,9	1	10	43,3
Patologías inflamatorias	61	4,5	4	1,1	3,4	5,5	2	8	23,6
Artrosis, partes blandas y dolor axial	61	2,3	2	1,4	1,0	3,7	1	10	58,2
Enfermedades sistémicas	61	4,9	5	1,1	3,8	6,0	2	8	22,7
Enfermedad metabólica ósea	61	2,3	2	1,1	1,2	3,3	1	8	47,0
Fibromialgia	52	2,0	2	0,9	1,1	2,9	0,5	4	45,7

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.



**TABLA 2**  
**ESTÁNDARES PARA CONSULTAS EN REUMATOLOGÍA** (pág. 8)

2.3. Proceso: estándares de organización

Estándares de proceso: organización	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
<i>Porcentaje de cada patología que debe ser seguido por el reumatólogo tras la primera visita, en vez de ser enviado para su seguimiento a otro nivel:</i>									
Artritis reumatoide	65	98,4	100	5,1	93,3	103,5	75	100	5,2
Espondiloartropatías	64	95,5	100	9,8	85,8	105,3	50	100	10,2
Síndromes dolorosos locales (artrosis, partes blandas, dolor axial)	63	28,5	25	17,5	11,0	46,1	0	70	61,4
Conectivopatías	65	97,6	100	6,1	91,5	103,7	75	100	6,2
Artritis microcristalinas	63	49,0	50	24,9	24,2	73,9	20	100	50,7
Fibromialgia	64	15,8	10	20,3	-4,4	36,1	0	100	128,1
Osteoporosis	63	54,4	50	27,4	27,0	81,8	10	100	50,4

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

# ESTÁNDARES PARA EL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA (TABLA 3)

## 1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

### Estándares de estructura

El máximo número de pacientes por habitación, a juicio de los panelistas, es 2. Por cada 100.000 habitantes del Área, debe haber un mínimo de 3 camas en la Unidad de Reumatología.

## 2. ESTÁNDARES DE PROCESO

### 2.1. *Proceso: estándares de calidad*

#### Estándares de calidad priorizados en escala de 1 a 9

Se han planteado 4 ítems en este apartado, todos ellos han obtenido una puntuación superior a 8,5. Los dos más valorados (puntuación=8,9) han sido: «En la primera visita a un paciente ingresado se debe realizar una historia clínica completa (anamnesis y exploración física), solicitar las exploraciones complementarias necesarias, informar al paciente y la familia, realizar un diagnóstico provisional y escribir las órdenes de tratamiento», y «En la visita del día de alta hospitalaria del paciente se debe establecer un diagnóstico final y el tratamiento a seguir después del alta e informar al paciente. Se debe realizar un informe a máquina completo». Les sigue el ítem «En el informe de alta hospitalario deben figurar, al menos, los siguientes apartados: motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia actual, exploración física, exploraciones complementarias, evolución, diagnóstico y codificación, tratamiento y fecha de revisión (si procede)» (8,8), y el ítem «En las visitas diarias durante el tiempo que el paciente permanece ingresado se debe recoger la evolución del paciente, realizar exploración física, valorar las exploraciones complementarias, ajustar el tratamiento e informar al paciente» (8,7).

En estos estándares de calidad la variabilidad en la opinión de los panelistas ha sido muy baja, en ninguno el CV supera el 9%.

### 2.2. *Proceso: indicadores de actividad clínica*

#### Estándares de actividad clínica

La estancia media global de los pacientes reumatológicos debería oscilar entre 7,3 días para un hospital Comarcal y 9,5 días para uno Universitario.

En la valoración de la estancia media según tipo de patologías agrupadas en GRDs, hay tres GRDs, con estancia media superior a 20 días: GRD 238 (Osteomielitis), con 22 días de estancia media; GRD 242 (Artritis séptica) con 21 d.; y GRD 561 (osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor), con 22 d. La estancia media menor (4,3 d) corresponde al GRD 248 (Tendinitis, miositis y bursitis). Hay que decir que han sido varios los panelistas que consideran que esta patología no debe ser ingresada para su tratamiento en los Servicios de Reumatología.

Estos estándares se han puntuado con baja variabilidad de opinión entre los panelistas, en ninguno el CV supera el 40%.

### **2.3. Proceso: estándares de organización**

El número de pacientes en planta que debe tener asignado un reumatólogo no debe exceder de 7.

A juicio de los panelistas el tiempo máximo de demora para realizar una punción de lesión por el radiólogo intervencionista, cuando el paciente está ingresado es de 2,7 días.

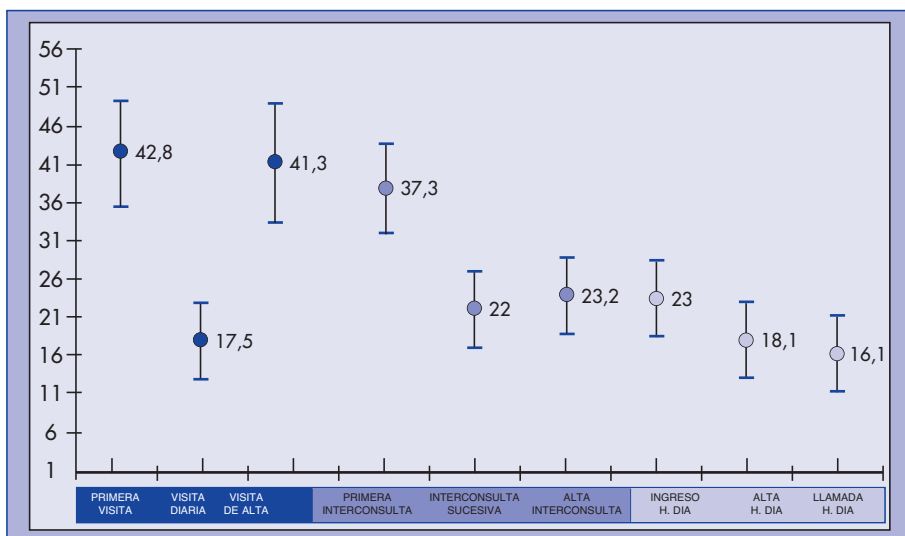
### **2.4. Proceso: estándares de tiempo**

#### **Estándares de tiempo (Figura 6)**

La primera visita ha un paciente ingresado debe durar unos 45 minutos, la visita diaria cuando ya está ingresado, 18 min., y la visita del día del alta, incluyendo el informe, unos 40 minutos. Cuando se trata una interconsulta de un paciente ingresado, la duración de la primera visita, incluyendo desplazamientos debe ser 37 min., la de visitas sucesivas, 22 min., y la del alta 23 min. El tiempo estimado que pasa diariamente un reumatólogo hablando con otros especialistas (radiología, laboratorio,...) sobre sus pacientes ingresados se estima en 54 min. El tiempo medio empleado por el reumatólogo en realizar el consentimiento informado de un paciente es de 13 minutos, y el tiempo diario en atender llamadas de pacientes o familiares es de unos 30 minutos.

En estos estándares de tiempo la variabilidad en la opinión de los panelistas ha sido baja, en ninguno el CV supera el 34%.

Se ha estimado en 23 minutos el tiempo requerido por el reumatólogo para valorar un paciente y pautar su tratamiento en hospital de día, mientras que el tiempo requerido para su control post-tratamiento y alta se estima en 18 minutos. Cada llamada originada por efectos adversos del tratamiento en el Hospital de día consumiría 16 minutos del tiempo del reumatólogo



**Figura 6. TIEMPOS DE ACTIVIDAD CON PACIENTES HOSPITALIZADOS (MINUTOS)**

En las estimaciones de estos tiempos la variabilidad ha sido baja (CV<50%).

### 3. ESTÁNDARES DE RESULTADOS

#### 3.1. Resultados: indicadores clínicos

##### Porcentaje medio de reingresos al mes

Para los 14 GRDs consultados, el porcentaje de reingresos más bajo (1,4%) corresponde a «GRD 248 (Tendinitis, miositis y bursitis)». Varios panelistas han considerado que se trata de una patología que no debe ser hospitalizada en el Servicio de Reumatología, puntuando alguno de ellos con un 0 al porcentaje de reingresos. Estos casos concretos no han sido tenidos en cuenta en el cálculo de este indicador de resultado. El porcentaje de reingresos más alto (8,9%) corresponde a «GRD 239 (Fracturas patológicas y neoplasias malignas)», seguido de «GRD 561 (Osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor)» con 8,2%, y «GRD 240 (Trastornos del tejido conectivo con comorbilidad)» con 7,6%.

El porcentaje de reingresos presenta una variabilidad en la opinión de los panelistas media o alta. Se trata de uno de los subapartados donde más panelistas se han abstenido.

**TABLA 3**  
**ESTÁNDARES PARA HOSPITALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA (pág. 1)**

## 1. ESTÁNDARES DE ESTRUCTURA

### 1.1. Estructura: Instalaciones/Materiales/Equipamientos

Estándares de estructura	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
El número mínimo de camas de Reumatología por cada 100.000 habitantes atendidos por la Unidad de Reumatología.	65	3,0	3	1,0	2,0	4,0	1	6	32,9
Máximo número de camas (pacientes) por habitación.	63	2,0	2	0,3	1,7	2,2	1	3	14,5

## 2. ESTÁNDARES DE PROCESO

### 2.1. Proceso: estándares de calidad

Estándares de proceso: calidad (priorizados en escala de 1 a 9)	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
En la 1ª visita a un paciente ingresado se debe realizar una historia clínica completa (anamnesis y exploración física), solicitar las exploraciones complementarias necesarias, informar al paciente y la familia, realizar un diagnóstico provisional y escribir las órdenes de tratamiento.	65	8,9	9	0,3	8,6	9,2	8	9	3,5
En la visita del día de alta hospitalaria del paciente se debe establecer un diagnóstico final y el tratamiento a seguir después del alta e informar al paciente. Se debe realizar un informe a máquina completo.	65	8,9	9	0,4	8,5	9,3	7	9	4,4
En el informe de alta hospitalario deben figurar, al menos, los siguientes apartados: motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, historia actual, exploración física, exploraciones complementarias, evolución, diagnóstico y codificación.	65	8,8	9	0,4	8,4	9,2	7	9	4,7
En las visitas diarias durante el tiempo que el paciente permanece ingresado se debe recoger la evolución del paciente, realizar exploración física, valorar las exploraciones complementarias, ajustar el tratamiento e informar al paciente.	65	8,7	9	0,8	7,9	9,4	5	9	9,0

**TABLA 3**  
**ESTÁNDARES PARA HOSPITALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA** (pág. 2)

2.2. Proceso: estándares de actividad clínica

Estándares de proceso: actividad clínica	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
<i>Estancia media global (en días) de los pacientes reumatológicos según nivel del hospital:</i>									
1) Comarcal	59	7,3	7	2,0	5,3	9,3	3	15	27,7
2) De referencia	59	9,2	9	2,3	6,9	11,5	5	20	25,0
3) Universitario	62	9,5	10	2,3	7,2	11,8	5	20	23,9
<i>Estancia media (expresada en días) apropiada para cada uno de los siguientes GRDs:</i>									
GRD 238 (Osteomielitis).	59	22,3	20	7,0	15,3	29,4	4	45	31,6
GRD 239 (Fracturas patológicas y neoplasias malignas).	61	16,0	15	4,1	11,9	20,0	7	30	25,6
GRD 240 (Trastornos del tejido conectivo con comorbilidad).	61	14,2	15	3,9	10,3	18,1	9	30	27,5
GRD 241 (Trastornos del tejido conectivo sin comorbilidad).	61	8,8	8	2,3	6,5	11,0	5	15	25,9
GRD 242 (Artritis séptica).	61	21,2	21	5,4	15,8	26,7	7	42	25,5
GRD 243 (Problemas médicos de espalda).	60	7,3	7	2,3	5,0	9,5	3	15	31,0
GRD 244 (Enfermedades óseas y artropatías con comorbilidad).	61	8,9	9	2,2	6,7	11,2	3	15	25,2
GRD 245 (Enfermedades óseas y artropatías sin comorbilidad).	61	6,1	6	1,8	4,3	7,9	2	15	29,3
GRD 246 (Artropatías no específicas).	60	7,2	7	1,9	5,3	9,2	3	15	26,9
GRD 247 (Signos y síntomas del sistema músculo esquelético y tejido conectivo).	60	7,5	7	1,9	5,6	9,4	3	15	25,5
GRD 248 (Tendinitis, miositis y bursitis).	54	4,3	4	1,6	2,7	5,9	2	10	38,3
GRD 256 (Otros diagnósticos del sistema músculo esquelético y tejido conectivo).	59	7,1	7	2,2	4,9	9,3	3	15	31,2
GRD 560 (Trastornos músculo esqueléticos excepto osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor).	59	11,5	10	3,6	7,8	15,1	2	20	31,8
GRD 561 (Osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor).	59	22,3	21	7,2	15,0	29,5	6	45	32,5

**TABLA 3**  
**ESTÁNDARES PARA HOSPITALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA** (pág. 3)

**2.3. Proceso: estándares de organización**

<b>Estándares de proceso: organización</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
Número máximo de pacientes en planta que debe tener asignado un reumatólogo.	65	6,9	6	2,1	4,9	9,0	3	12	29,6

**2.4. Proceso: estándares de tiempo**

<b>Estándares de tiempo</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
-----------------------------	----------	--------------	----------------	-----------	-------------	-------------	------------	------------	---------------

*Tiempo (expresado en minutos) que debe emplear un reumatólogo para realizar:*

La 1ª visita del paciente hospitalizado.	65	42,8	45	10,3	32,5	53,0	30	60	24,0
La visita diaria del paciente hospitalizado.	65	17,5	15	4,7	12,8	22,1	10	30	26,7
La visita del día de alta hospitalaria (incluyendo informe).	65	41,3	40	13,6	27,8	54,9	10	90	32,8
La 1ª visita de una interconsulta de un paciente ingresado, incluyendo sus correspondientes desplazamientos dentro del hospital.	65	37,3	35	8,7	28,6	46,0	20	60	23,3
La visita sucesiva de una interconsulta de un paciente ingresado, incluyendo sus correspondientes desplazamientos dentro del hospital.	65	22,0	20	5,7	16,3	27,7	15	45	26,0
La visita de alta de una interconsulta de un paciente ingresado, incluyendo sus correspondientes desplazamientos dentro del hospital.	65	23,2	20	6,5	16,7	29,6	10	40	27,9
Hablar con otros especialistas, radiología, laboratorio, etc. sobre los enfermos ingresados, incluyendo sus correspondientes desplazamientos dentro del hospital (tiempo diario).	65	54,2	60	17,1	37,1	71,2	20	120	31,5
Valorar a un paciente y pautar su tratamiento en el Hospital de Día.	65	23,0	20	6,5	16,5	29,5	10	40	28,2
Control post-tratamiento y alta de un paciente en el Hospital de Día.	65	18,1	18	6,8	11,3	24,9	5	45	37,6
Atender una llamada por efectos adversos del tratamiento en el Hospital de Día.	65	16,1	15	7,7	8,3	23,8	5	45	48,1

**TABLA 3**  
**ESTÁNDARES PARA HOSPITALIZACIÓN EN REUMATOLOGÍA** (pág. 4)

### 3. ESTÁNDARES DE RESULTADOS

#### 3.1. Resultados: indicadores clínicos

Porcentaje medio apropiado de reingresos en 1 mes para cada uno de los siguientes GRDs:	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV (%)
GRD 238 (Osteomielitis).	60	6,6	5	4,9	1,6	11,5	0	30	74,8
GRD 239 (Fracturas patológicas y neoplasias malignas).	61	8,9	10	6,6	2,3	15,4	0	30	74,2
GRD 240 (Trastornos del tejido conectivo con comorbilidad).	61	7,6	8	4,3	3,3	11,9	0	20	56,4
GRD 241 (Trastornos del tejido conectivo sin comorbilidad).	61	4,2	4	3,8	0,4	8,0	0	20	89,5
GRD 242 (Artritis séptica).	61	4,3	5	3,1	1,3	7,4	0	10	70,9
GRD 243 (Problemas médicos de espalda).	60	2,8	2	2,5	0,3	5,3	0	10	89,3
GRD 244 (Enfermedades óseas y artropatías con comorbilidad).	61	4,2	5	2,9	1,3	7,1	0	10	68,8
GRD 245 (Enfermedades óseas y artropatías sin comorbilidad).	61	2,1	2	2,0	0,1	4,2	0	10	95,2
GRD 246 (Artropatías no específicas).	60	3,6	3	3,3	0,2	6,9	0	20	93,2
GRD 247 (Signos y síntomas del sistema músculo esquelético y tejido conectivo).	60	3,3	3	2,6	0,7	5,9	0	10	77,9
GRD 248 (Tendinitis, miositis y bursitis).	55	1,4	1	1,6	-0,2	2,9	0	8	114,6
GRD 256 (Otros diagnósticos del sistema músculo esquelético y tejido conectivo).	60	2,4	2	2,0	0,5	4,4	0	10	81,3
GRD 560 (Trastornos músculo esqueléticos excepto osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor).	59	5,3	5	3,3	2,0	8,6	0	15	62,2
GRD 561 (Osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor).	60	8,2	9,5	5,1	3,0397	13,327	0	20	62,9

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.



# ESTÁNDARES DE TIEMPO DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS REUMATOLÓGICAS (TABLA 4)

## 1. ESTÁNDARES DE PROCESO

### 1.1. Proceso. Tiempo de realización de procedimientos técnicos

#### Puntuación de tiempos de realización

Las técnicas diagnósticas con menor tiempo estimado de realización han sido: capilaroscopia (16 min.) y análisis de líquido sinovial (17 min.). Las técnicas con mayor tiempo: biopsia ósea (50 min.), biopsia del nervio sural (44 min.), biopsia muscular y biopsia sinovial (42 min. cada una).

Las técnicas terapéuticas con menor tiempo estimado han sido la infiltración de partes blandas (tendinosa, ligamentaria, fascial o muscular), con un tiempo de 12 min., y la inyección intra articular (12,4 min). Por otra parte, la técnica terapéutica de mayor duración ha sido la inyección intraarticular, artrocentesis o infiltración en niños con necesidad de sedación (42 min.), seguida de la radiosinovectomía con control radioscópico o ecográfico en otra articulación que no sea la rodilla, con un tiempo de 35 min., y la inyección lumbar con control radioscópico (34,5 min.).

Tanto en las técnicas diagnósticas como terapéuticas, los panelistas han respondido estas preguntas únicamente en las técnicas con las que tienen experiencia. En prácticamente todas ellas la variabilidad en sus opiniones ha sido baja (CV entre 25% y 50%).

TABLA 4 ESTÁNDARES DE TIEMPO DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS EN REUMATOLOGÍA									
1. ESTÁNDARES DE PROCESO									
1.1. Proceso: tiempo de realización de procedimientos técnicos									
Tiempo de realización (en minutos)	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV(%)
<i>Técnicas diagnósticas:</i>									
Artrocentesis con control ecográfico.	61	24,3	25	7,1	17,2	31,4	10	60	29,2
Artrocentesis con control radioscópico.	52	32,0	30	11,1	20,9	43,1	10	60	34,7
Análisis del líquido sinovial (estudio de cristales).	65	16,7	15	5,7	11,0	22,4	8	30	34,1
Biopsia sinovial.	56	41,8	44	12,7	29,1	54,6	15	60	30,4
Biopsia de nervio sural.	48	43,9	45	12,7	31,2	56,6	15	90	28,9
Biopsia muscular.	50	42,1	45	11,1	31,0	53,2	20	60	26,3

**TABLA 4**  
**ESTÁNDARES DE TIEMPO DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS EN REUMATOLOGÍA**

Tiempo de realización (en minutos)	N	Media	Mediana	DE	M-DE	M+DE	MIN	MAX	CV(%)
Biopsia ósea.	49	49,7	50	11,9	37,8	61,6	30	80	24,0
Biopsia de piel.	55	24,1	25	7,0	17,1	31,1	10	45	29,1
Biopsia de grasa subcutánea.	56	19,1	20	5,9	13,2	24,9	5	30	30,9
Biopsia de glándula salivar.	53	26,7	30	8,0	18,7	34,7	10	45	29,8
Biopsia de arteria temporal.	47	38,6	40	9,8	28,9	48,4	15	60	25,3
Ecografía músculo esquelética.	62	26,0	30	7,0	19,0	33,0	10	45	27,0
Capilaroscopia.	58	15,7	15	4,0	11,7	19,7	5	25	25,6
Densitometría ósea.	55	18,5	20	5,0	13,5	23,5	5	30	26,8
<i>Técnicas terapéuticas:</i>									
Inyección intraarticular.	65	12,4	12	3,6	8,9	16,0	5	20	28,8
Inyección intraarticular con control ecográfico.	62	21,1	20	5,9	15,1	27,0	7	40	28,1
Inyección intraarticular con control radioscópico.	51	25,2	25	8,2	17,0	33,4	7	45	32,5
Infiltración de partes blandas (tendinosa, ligamentaria, fascial o muscular).	64	12,3	11	3,8	8,5	16,0	5	25	30,7
Inyección epidural lumbar.	57	27,6	30	8,8	18,8	36,4	10	60	31,9
Inyección epidural cervical.	45	33,4	30	10,7	22,8	44,1	10	60	31,8
Inyección lumbar con control radioscópico.	45	34,4	30	10,9	23,5	45,4	15	60	31,7
Inyección en sacroilíaca con control radioscópico.	48	33,1	30	9,3	23,7	42,4	15	60	28,2
Inyección intraarticular, artrocentesis o infiltración en niños con necesidad de sedación.	56	42,3	40	11,4	31,0	53,7	25	80	26,8
Bloqueo nervioso periférico.	46	31,6	30	11,8	19,8	43,4	10	80	37,3
Radiosinovectomía sin control radioscópico o ecográfico (rodilla).	55	25,0	25	7,3	17,7	32,3	10	45	29,3
Radiosinovectomía con control radioscópico o ecográfico (otras articulaciones).	52	35,2	35	9,5	25,6	44,7	15	60	27,1

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

# ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN EN REUMATOLOGÍA (TABLA 5)

## ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN

La mitad de los panelistas han opinado que el número mínimo de comunicaciones a congresos nacionales que debe hacer un reumatólogo debe ser de 1 cada año, aunque algo más de la quinta parte (23%) han opinado que debe ser superior.

En cuanto a los congresos internacionales, un 30% opinan que se deben hacer, al menos, 1 comunicación cada año. Si bien, la cuarta parte de los panelistas consideran adecuada 1 cada 2 años. El 16% opina que sería suficiente 1 comunicación cada 5 años.

El 45% de los panelistas opinan que cada reumatólogo debe realizar 1 publicación anual en revistas científicas. El 26% cree que bastaría con 1 publicación cada 2 años.

El número mínimo de proyectos de investigación subvencionados en reumatología, a juicio del 40% de los panelistas, debería ser de 1 por cada 5 reumatólogos. Un 16% opina que bastaría con un proyecto por cada 10 reumatólogos, y esa misma proporción de panelistas cree que sería necesario un proyecto por cada 2 reumatólogos.

El número mínimo de sesiones clínicas semanales en una Unidad de Reumatología con docencia MIR debiera ser 3, mientras que en unidades sin docencia MIR podría bastar con 1 ó 2. Como media, el número de reuniones semanales en el Servicio de Reumatología, incluyendo sesiones clínicas, debería ser de 3.

El número de días libres al año, dedicados a formación debería ser en torno a 15 para adjuntos, jefes de sección y jefes de servicio. El porcentaje de tiempo dedicado a la docencia pregrado de un profesor asociado debe ser algo inferior al 20%.

El CV para este tipo de estándares ha oscilado entre 27% y 64%.

**TABLA 5**  
**ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN EN REUMATOLOGÍA**

<b>ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN</b>		
<b>Estándares de investigación/formación</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<i>Número de comunicaciones a congresos Nacionales:</i>		
Una cada 5 años	5	7,9
Una cada 3años	4	6,3
Una cada 2 años	8	12,7
Una cada año	31	49,2
Más de una al año	15	23,8
<i>Número de comunicaciones a congresos Internacionales:</i>		
Una cada 5 años	10	16,1
Una cada 3años	13	21,0
Una cada 2 años	17	27,4
Una cada año	18	29,0
Más de una al año	4	6,5
<i>Número de publicaciones científicas:</i>		
Una cada 5 años	4	6,5
Una cada 3 años	5	8,1
Una cada 2 años	16	25,8
Una cada año	28	45,2
Más de una al año	9	14,5
<i>Número mínimo de proyectos de investigación subvencionados por reumatólogo y año:</i>		
Uno por cada reumatólogo	5	7,8
Uno por cada 2 reumatólogos	10	15,6
Uno por cada 3 reumatólogos	12	18,8
Uno por cada 5 reumatólogos	26	40,6
Uno por cada 10 reumatólogos	10	15,6
Otra proporción	1	1,6

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

**TABLA 5**  
**ESTÁNDARES DE INVESTIGACIÓN/FORMACIÓN EN REUMATOLOGÍA**

<b>Estándares de investigación/formación (continuación)</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>DE</b>	<b>M-DE</b>	<b>M+DE</b>	<b>MIN</b>	<b>MAX</b>	<b>CV (%)</b>
Número de reuniones semanales (incluyendo sesiones clínicas) que se deben hacer en un Servicio de Reumatología.	64	3,0	3	1,1	1,8	4,1	1	6	37,9
<i>Numero mínimo de sesiones clínicas semanales en Unidades de Reumatología:</i>									
Con docencia MIR	65	2,7	3	0,8	1,8	3,5	1	5	31,5
Sin docencia MIR	63	1,3	1	0,7	0,7	2,0	1	5	50,1
<i>Porcentaje de tiempo dedicado a la docencia MIR de Reumatología de:</i>									
Jefes de Servicio	65	15,3	15	7,0	8,2	22,3	5	40	46,0
Jefes de Sección	65	15,8	15	7,0	8,8	22,8	5	40	44,1
Adjuntos	65	15,5	15	6,8	8,7	22,3	5	40	44,1
Tutor de Residentes	65	24,6	25	7,0	17,6	31,6	10	40	28,5
<i>Número de días libres de trabajo asistencial para formación (al año) para:</i>									
Jefes de Servicio	64	16,6	15	10,5	6,0	27,1	0	90	63,6
Jefes de Sección	64	15,8	15	5,6	10,2	21,3	9	48	35,3
Adjuntos	63	15,1	15	4,1	11,0	19,2	7	30	27,1
Porcentaje de tiempo dedicado a la docencia pregrado de un Profesor Asociado.	60	18,0	15	10,9	7,0	28,9	5	80	60,8

N=número de panelistas que responden; DE=desviación estándar; M-D=media-DE; M+DE=media+DE; CV=coeficiente de variación.

## V. DISCUSIÓN

---

La metodología seguida en este proyecto ha sido muy robusta. Se ha comenzado por una revisión de la literatura, que se ha sintetizado y estructurado de forma útil para que los miembros del Comité Directivo (CD), encargados de seleccionar los estándares, tuvieran una base de partida amplia pero estructurada para realizar su cometido.

El proceso de selección de los estándares se ha realizado en varias etapas. En la primera etapa, cada miembro del CD, basándose en el documento bibliográfico y en su propia experiencia, ha aportado una lista de posibles estándares. Los investigadores de TAISS han fusionado las diferentes listas en una lista provisional, eliminando redundancias y estructurándola en apartados. En una segunda etapa, los miembros del Comité Directivo han supervisado la lista provisional de estándares y han aportado nuevas sugerencias en la formulación y estructuración de sus ítems. Posteriormente, cada uno de estos miembros, separadamente, ha puntuado la pertinencia de cada ítem para formar parte de la lista definitiva de estándares. De esta forma se ha priorizado su importancia y se ha decidido qué ítems formarían parte de la lista definitiva. Para contemplar la posibilidad de que algún área o tema relevante hubiera quedado fuera de esta lista, a los panelistas, en la primera ronda del Delphi, se les ha ofrecido la posibilidad de añadir nuevos ítems. Los nuevos ítems aportados por los panelistas en la primera ronda, han sido sometidos a la opinión del Comité Directivo, que ha decidido cuáles de ellos pasarían a formar parte del cuestionario de la segunda ronda del Delphi. Por tanto, todo el proceso de selección de estándares ha sido ampliamente documentado, reflexionado y debatido por un grupo de profesionales expertos en el campo de la Reumatología.

Finalmente, la puntuación de cada uno de esos estándares se ha obtenido como resultado de una consulta a 65 destacados profesionales con una variada distribución geográfica y diferente trayectoria profesional, para garantizar un amplio abanico de puntos de vista y opiniones.

En consecuencia, el rigor metodológico que se ha utilizado en todo el proceso avala la fiabilidad de los resultados.

En la búsqueda bibliográfica realizado para elaborar el dossier que ha servido como base al Comité Directivo, se han encontrado recomendaciones sobre estándares con los que establecer comparaciones. En la

**TABLA 6  
COMPARACIÓN DE ESTÁNDARES**

<b>Estándares</b>	<b>BSR</b>	<b>SORCOM</b>	<b>RAND_AF</b>	<b>Leiden University</b>	<b>E-SER</b>	<b>Unidad</b>
Tiempo primera consulta	30	45			30	minutos
Tiempo consulta sucesiva	15	20			18	minutos
Radiosinovectomía con rdiofármacos		30			35	minutos
Biopsia de glándula salivar		30			27	minutos
Biopsia sinovial		45			42	minutos
Biopsia muscular		45			42	minutos
Exámen de líquido sinovial		10			17	minutos
Biopsia de grasa subcutánea		15			19	minutos
Capilaroscopia		15			16	minutos
Artroscopia con control radioscópico		45			32	minutos
Artroscopia con control ecográfico		45			24	minutos
Ecografía músculo-esquelética		30			26	minutos
Densitometría ósea		20			19	minutos
Tiempo para redacción de informe de alta		30			25	minutos
Solicitud de medicaciones especiales		10			11	minutos
Relación de habitantes por cada reumatólogo	85.000	45.000			45.000	habitantes
Número máximo de primeras consultas/día	5-6				5	pacientes
Tiempo de espera entre primera consulta y sucesiva	4-6				4	semanas
Tiempo de espera para primera consulta en Artritis Reumatoide			12		2	semanas
Relación sucesivas/primera en AR			1		5	
Tiempo máximo de espera del paciente en la sala d espera desde la hora de su cita				15	26	minutos

**BSR:** The British Society for Rheumatology. Clinical Affairs Committee. Service Provision in Rheumatology Out-patient services. Revised edition, 1999.

**SORCOM:** Panel de expertos recomendados por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM). Criterios de calidad para la asistencia reumatológica. Rev Esp Reumatol 2002; 29: 155-157.

**RAND\_AF:** McGlynn EA, Clark KA. Low back pain (acute). Chapter 15 in: Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA (Editors); Quality of Care for General Medical Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicators. Rand publication MR-1280-AHRQ. Santa Monica, California 2000: 207-224.

**Leiden University:** Miedema HS, Van der Linden SM, Rasker JJ, Valkenburg HA. National database of patients visiting rheumatologists in The Netherlands: the standard diagnosis register of rheumatic diseases. A report and preliminary análisis. Rheumatology 1998; 37: 555-561.

**Tabla 6** se comparan los estándares de este Documento con otros estándares publicados.

Al comparar los estándares obtenidos en este estudio con los obtenidos por otras iniciativas, se puede observar que, en la mayor parte de los comparados, no hay grandes diferencias. Este hecho, acompañado de la baja variabilidad entre los panelistas indica que se puede esperar también una buena fiabilidad en los estándares para los que no hemos encontrado referencias explícitas.

En definitiva, se ha obtenido un documento fiable de utilidad múltiple:

Por una parte, es un documento básico para la planificación tanto de la estructura, como de los equipamientos y organización de las Unidades de Reumatología. A partir del documento es posible diseñar jornadas tipo (**Tabla 7**), que se ajusten a la realidad, pero que mantengan un equilibrio entre la labor asistencial, investigadora, docente y discente, ajustándose a unos mínimos deseables de calidad.

Los estándares de calidad y de resultados deben servir de referente a los Servicios, dentro del hospital y del Área para planificar sus objetivos.

A la hora de establecer negociaciones con los gestores sanitarios, el documento puede constituir una base sólida de partida para ambas partes.

También puede resultar de utilidad en las relaciones con las Asociaciones de Pacientes.

<b>TABLA 7 EJEMPLO DE DISEÑO DE JORNADA TIPO</b>
<p>Un día en Consultas podría estar configurado de la siguiente forma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tres primeras visitas (3x30'=90')</li> <li>Tres segundas visitas (3x19'=57')</li> <li>Siete visitas sucesivas (7x17'=119')</li> <li>Un informe de alta (1x25'=25')</li> <li>Un consentimiento informado (1x13'=13')</li> </ul> <p><i>Duración total= 304 minutos</i></p>
<p>Un día en Planta de hospitalización podría ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un nuevo ingreso (1x45'=45')</li> <li>Visita a seis pacientes asignados (6x18'=108')</li> <li>Un alta con su correspondiente visita (1x41'=41')</li> <li>Hablar con otros especialistas sobre los pacientes asignados (54')</li> <li>Un paciente en interconsulta (1x37'=37')</li> <li>Llamadas de pacientes y atención a familiares (29')</li> </ul> <p><i>Duración total= 314 minutos</i></p>
<p>Ambas jornadas tipo tendrían una duración aproximada de 5 horas, que supondrían el 60% de la jornada laboral de un reumatólogo. Para el resto de la jornada se deberían programar actividades de investigación, formación y docencia.</p>





# VI. CONCLUSIONES

---

A continuación se presentan alguno de los estándares más importantes: generales, de consulta, en pacientes ingresados, de técnicas y de investigación/formación en reumatología.

## VI.1. Estándares Generales para la Unidad de Reumatología

1. El número máximo de habitantes por cada reumatólogo debe ser de 40.000 a 50.000.
2. En una Unidad de Reumatología deben haber al menos 3 reumatólogos.
3. En una Unidad de Reumatología deben haber una enfermera por cada 3 consultas y un auxiliar por cada 2 consultas y 1 administrativo por cada 4 médico.
4. En una Unidad de Reumatología debe existir una consulta de enfermería.
5. La Unidad debe disponer de una adecuada estructura arquitectónica, sala para técnicas y sala de reuniones.
6. La informatización de la Unidad es considerado un aspecto prioritario.
7. El microscopio de luz polarizado y el ecógrafo son los instrumentos más necesarios en una Unidad de Reumatología.
8. Cada paciente debe ser seguido siempre por el mismo médico.
9. Deben existir Guías, Protocolos de actuación y Programas de Calidad total.
10. El reumatólogo debe tener actividad formadora en medicina primaria.
11. Se debe dedicar el 60% del tiempo a la asistencia. El resto se distribuye entre docencia, investigación y gestión.
12. La capacidad organizativa es el merito más valorado para dirigir una Unidad de Reumatología.

## **VI.2. Estándares para Consultas en Reumatología**

1. Existe acuerdo sobre la necesidad de una infraestructura básica en las consultas.
2. El tamaño mínimo de una consulta debe ser de al menos 20 m<sup>2</sup>.
3. Son recomendables las consultas monográficas.
4. El tiempo de duración de la primera consulta debe ser de 30 minutos (oscilando entre 40 minutos en las enfermedades sistémicas y 20 en la artrosis).
5. El tiempo de duración de la consulta sucesiva debe ser de 19 minutos (oscilando entre 24 minutos en las enfermedades sistémicas y 14 minutos en la artrosis).
6. La relación sucesivas/1<sup>a</sup> consulta debe ser 3,2 (oscilando entre 5 en las enfermedades sistémicas y 2 en fibromialgia).
7. Un reumatólogo no debe ver más de 5 primeras visitas, no más de 11 sucesivas, no debe pasar consulta durante más de 5 horas al día, ni más de 4 días a la semana.
8. Deben ser seguidos por reumatólogo prácticamente la totalidad de los pacientes con enfermedades sistémicas e inflamatorias articulares, aproximadamente la mitad de los pacientes con osteoporosis y artropatías microcristalinas, la cuarta parte de los pacientes con artrosis y síndromes dolorosos locales, y sólo la sexta parte de las fibromialgias.

## **VI.3. Estándares para Hospitalización en Reumatología**

1. Por cada 100.000 habitantes del Área, debe haber un mínimo de 3 camas en la Unidad de Reumatología.
2. La estancia media debe estar entre 7,3 y 9,5 dependiendo del tipo de hospital.
3. El tiempo necesario para la 1<sup>a</sup> visita de un paciente hospitalizado es de 43 minutos, para la visita sucesiva 17 minutos y para el día del alta, 41 minutos. Los tiempos para interconsultas son algo inferiores (37, 22 y 23, respectivamente).

## **VI.4. Estándares de tiempo de realización de técnicas en Reumatología**

1. Los tiempos mínimos de realización de las técnicas más frecuentes en Reumatología (inyección intraarticular, infiltración) así como, análisis de líquido sinovial está en torno a los 15 minutos.
2. Las infiltraciones con control ecográfico, técnicas de tratamiento del dolor y radiosinovectomía están en torno a los 30 minutos.
3. El tiempo para realización de biopsias oscila entre 19 minutos de la biopsia de grasa subcutánea y 50 minutos de biopsia ósea.
4. El tiempo estimado para realizar una ecografía es de 30 minutos, 15 minutos para una capilaroscopia y 19 para una densitometría.

## **VI.5. Estándares de investigación/formación en Reumatología**

1. Se recomienda realizar 3 sesiones semanales en las Unidades con docencia MIR y, al menos, 1 en las Unidades sin docencia MIR.
2. Los reumatólogos deben dedicar un 15% de su tiempo a la investigación, un 10% a la formación y un 10% a la docencia (en el caso de los tutores MIR, el tiempo dedicado a la docencia se incrementaría hasta un 25%).
3. La actividad investigadora de los reumatólogos debe posibilitar una producción científica de, al menos, 1 comunicación anual a congresos nacionales, y cada 2 años a congresos internacionales, así como, una publicación en revistas científicas cada 1-2 años.
4. Desde la Administración se debería subvencionar anualmente, por lo menos, 1 proyecto de investigación por cada 5 reumatólogos en ejercicio.



# BIBLIOGRAFÍA

---

1. Lázaro P, Fitch K. From universalism to selectivity: Is 'appropriateness' the answer? *Health Policy* 1996; 36:261-272.
2. Hernández García C, González Álvaro I, Villaverde García V, Vargas Castrillón E. em AR (Estudio sobre el manejo de la Artritis Reumatoide). Sociedad Española de Reumatología. Madrid, 2001.
3. The British Society for Rheumatology. Clinical Affairs Committee. Service Provision in Rheumatology Out-patient services. Revised edition, 1999.
4. The British League Against Rheumatism. Standards of Care for Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis. Documento en formato electrónico: [www.rheumatology.org.uk](http://www.rheumatology.org.uk). Consultada el 5 de septiembre de 2003.
5. Panel de expertos recomendados por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM). Criterios de calidad para la asistencia reumatológica. *Rev Esp Reumatol* 2002;29:155-157.
6. Fitch K, Berstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, van het Loo M, McDonnell J, Vader JP, Kahan JP. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND. Report No. MR-1269-DG-XII/RE, 2001.
7. Bernstein SJ, Lázaro P, Fitch K, Aguilar MD, Rigter H, Kahan JP. Appropriateness of coronary revascularization for patients with chronic stable angina or following an acute myocardial infarction: multinational versus Dutch criteria. *Int J Quality in Health Care* 2002;14:103-109.
8. Shekelle PG, Chassin M, Park RE. Assessing the predictive validity of the RAND/UCLA appropriateness method criteria for performing carotid endarterectomy. *Int J Tech Assess in Health Care*, 1998; 14:707-727.
9. Shekelle PG, Kahan JP, Bernstein SJ et al. The reproductibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures. *N Engl J Med* 1998; 338:1888-1895.
10. McDonnell J, Meijler A, Kahan JP, et al. Panellist consistency in the assessment of medical appropriateness. *Health Policy*, 1996;37:139-152.
11. Kravitz RL, Laouri M, Kahan JP, et al. Validity of criteria used for detecting underuse of coronary revascularization. *JAMA* 1995;274:632-8.
12. Shekelle PG. Are appropriateness criteria ready for use in clinical practice? *N Engl J Med* 2001; 344:677-8.







