

Estándares de calidad asistencial en reumatología

Alberto Alonso Ruiz^a, Javier Vidal Fuentes^b, Jesús Tornero Molina^b, Jordi Carbonell Abelló^c, Pablo Lázaro y de Mercado^d y M. Dolores Aguilar Conesa^d

^aServicio de Reumatología. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

^bServicio de Reumatología. Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. España.

^cServicio de Reumatología. Hospital del Mar. Barcelona. España.

^dTécnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS). Madrid. España.

Objetivo: Elaborar estándares de calidad asistencial y de tiempos de los procesos reumatológicos.

Material y métodos: Tras una revisión sistemática de la literatura un grupo de trabajo, constituido por 10 reumatólogos y 2 metodólogos, ha seleccionado 164 indicadores de calidad y de tiempos de proceso. Un panel de 65 expertos los ha puntuado mediante metodología Delphi.

Resultados: Entre los 164 estándares obtenidos destacan: número máximo de habitantes por reumatólogo (40.000-50.000); número mínimo de reumatólogos en una unidad de reumatología (3); tiempo de duración de la primera consulta (30 min) y la sucesiva (19 min), relación sucesiva/primer consulta (3,2); un reumatólogo no debe atender más de 5 primeras visitas/día y no más de 11 consultas sucesivas/día, no debe pasar consulta más de 5 h/día, ni más de 4 días/semana; el tiempo máximo de espera para la primera consulta no será superior a 4 semanas; el tiempo necesario para la visita de pacientes ingresados (43 min al ingreso, 17 min la visita diaria y 40 min el alta); tiempo para la realización de las técnicas más frecuentes en reumatología (12 min para artrocentesis e infiltraciones y 17 min para análisis del líquido sinovial).

Conclusiones: Este estudio fija estándares básicos de calidad, organización y tiempo, y es un instrumento útil para la organización de una unidad de reumatología, ya que facilita el diálogo con los gestores sanitarios y contribuye a mejorar la calidad de la práctica reumatológica.

Palabras clave: Estándares. Calidad asistencial. Reumatología.

Asistance quality standards in rheumatology

Objective: To developed standards for quality of care and processing times in rheumatology.

Materials and methods: After a systematic review of the literature, a working group of 10 rheumatologists and 2 methodologists selected 164 indicators of quality of care and processing times. A panel of 65 experts rated the indicators following a Delphi methodology.

Results: Among the most important of the 164 standards obtained were: maximum number of inhabitants per rheumatologist (40,000-50,000); minimum number of rheumatologists in a Rheumatology Unit (3); duration of the first visit (30 minutes) and successive visits (19 minutes), ratio of successive/first visits (3.2); a rheumatologist should receive no more than 5 first visits/day and no more than 11 successive visits/day, and should spend no more than 5 hours on patients visits/day nor more than 4 days/week; the maximum waiting time for first visits should not exceed 4 weeks; the time needed to visit hospitalised patients (43 minutes on admission, 17 minutes for daily visit and 40 minutes at discharge); and time to carry out some of the most frequent procedures in rheumatology (12 minutes for arthrocentesis and infiltrations and 17 minutes for synovial fluid analysis).

Conclusions: This study establishes basic standards for quality of care, organisation and process times. It is a useful tool for organizing a Rheumatology Unit which can facilitate dialogue with health administrators and help improve the quality of rheumatology care.

Key words: Standards. Quality of care. Rheumatology.

Este estudio ha sido financiado íntegramente por la Sociedad Española de Reumatología (SER) durante las presidencias de los Dres. Jordi Carbonell Abelló y Jesús Tornero Molina.

Correspondencia: Dr. A. Alonso Ruiz.
Servicio de Reumatología. Hospital de Cruces.
Plaza de Cruces, s/n. 48903 Barakaldo. Vizcaya. España.
Correo electrónico: alonsoru@teleline.es

Manuscrito recibido el 9-5-2007 y aceptado el 13-7-2007.

Introducción

La Sociedad Española de Reumatología (SER) es una asociación científica que tiene por objeto fomentar el estudio de las enfermedades reumáticas (osteomusculares y del tejido conectivo) y atender a los problemas relacionados con la especialidad¹⁻³. En el ámbito de la reumatología se incluye un número muy elevado de en-

fermedades, a las que se aplica una gran variedad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos⁴. La variabilidad es una característica propia de la práctica médica, pero en ocasiones puede comprometer la calidad asistencial y disminuir la eficiencia. Consciente de la necesidad de unos estándares que sirvan de referente para disminuir la variabilidad, la SER ha impulsado este estudio con el objetivo de elaborar estándares de calidad y de tiempos mínimos para los diferentes procedimientos reumatológicos, mediante una metodología sólida, que permitan planificar el desarrollo de las unidades de reumatología y mejorar la calidad de la atención a los pacientes. Este estudio ha sido impulsado, financiado y realizado por la SER durante la presidencia de los Dres. Jordi Carbonell Abello y Jesús Tornero Molina.

Material y métodos

En el desarrollo de este estudio ha intervenido un grupo de trabajo (GT) formado por 10 reumatólogos seleccionados por la SER (véase apartado "Agradecimientos") y 2 metodólogos de una empresa experta en investigaciones sanitarias (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud: TAISS). En primer lugar, se realizó una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de identificar los estándares de calidad disponibles en el ámbito de la reumatología. La búsqueda bibliográfica se ha realizado en PubMed y en revistas científicas relacionadas con esta área de conocimiento⁵⁻²³. Basándose en esta revisión, el GT elaboró una relación de 210 indicadores, que se priorizaron en función de su importancia, finalmente se seleccionaron los 144 indicadores considerados más prioritarios. Estos indicadores fueron puntuados por un panel de 65 expertos (PE) (véase apartado "Agradecimientos"). Los miembros del panel de expertos seleccionados por el GT debían ser reumatólogos, con más de 5 años de experiencia y reconocido prestigio profesional; así se consiguió una representación geográfica de casi todas las comunidades autónomas.

Se ha utilizado el método Delphi a dos vueltas (octubre de 2004 a marzo de 2005). El PE puntuó los 144 indicadores en la primera ronda. En la segunda ronda se puntuaron 164 indicadores (ya que se habían añadido 20 indicadores por las sugerencias aportadas por los miembros del PE en la primera ronda).

Los indicadores planteados tenían diferentes formatos de puntuación: *a*) en escala de importancia de 1 a 9; *b*) asignación de un valor numérico; *c*) elección de opción (estándares categóricos), o *d*) asignación de un orden de prioridad a una serie de opciones. Para cada indicador cuantitativo (de escala o de valor numérico) se ha calculado el número de panelistas que lo puntuaron (N) y estimadores de centralización (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar [DE]). La variabilidad se

calculó mediante el coeficiente de variación ($CV = DE/media$), categorizado de la siguiente forma: *a*) variabilidad muy baja ($CV < 25\%$); *b*) variabilidad baja ($CV, 26-50\%$); *c*) variabilidad media ($CV, 51-75\%$); *d*) variabilidad alta ($CV, 76-100\%$), y *e*) variabilidad muy alta ($CV > 100\%$). En los indicadores con respuesta categórica se calculó la frecuencia de respuesta de cada una de las categorías.

Los estándares están agrupados en 5 grandes apartados: *a*) estándares generales para una unidad de reumatología y su área de salud; *b*) estándares para consultas en reumatología; *c*) estándares para el proceso de hospitalización en reumatología; *d*) estándares de tiempo de realización de técnicas en reumatología, y *e*) estándares de investigación y formación en reumatología. La lista completa de todos estos estándares se presentan en el anexo en internet, mientras que en las tablas 1 a 3 y en las figuras 1 a 5, se resumen los más relevantes.

Resultados

La variabilidad en las puntuaciones (CV) ha sido baja o muy baja en la mayoría de los estándares. En el anexo se presenta la relación de todos los estándares y sus puntuaciones, a continuación se comenta los más relevantes de cada uno de los apartados.

Estándares generales para una unidad de reumatología y su área de salud

Bajo este epígrafe se agrupan estándares sobre aspectos generales de estructura, organización, calidad y tiempo de una unidad de reumatología. En la sección A del anexo en internet se muestra todos los estándares puntuados y en la tabla 1 se presenta un resumen con los más importantes. El número máximo de habitantes por cada reumatólogo debe ser inferior a 50.000; una unidad de reumatología debe estar formada por al menos 3 reumatólogos, debe haber una enfermera por cada 3 consultas, un auxiliar por cada 2 consultas y un administrativo por cada 4 médicos; la capacidad organizativa, seguida de la capacidad clínica, deben ser los méritos más valorados para dirigir una unidad de reumatología.

Estándares específicos para consultas en reumatología

En la sección B del anexo en internet se presentan todos los estándares sobre estructura, tiempo, calidad y organización de la consulta de reumatología, los más importantes se muestran en la tabla 2. En las figuras 1 a 5 se detallan los estándares de tiempo según el tipo de

TABLA 1. Resumen de los estándares generales para una unidad de reumatología y su área de salud

Al menos debe haber un reumatólogo por cada 40.000-50.000 habitantes
En una unidad de reumatología debe haber al menos 3 reumatólogos
La unidad debe disponer de una adecuada estructura arquitectónica, sala para técnicas y sala de reuniones
La unidad de reumatología debe tener una infraestructura informática adecuada
Debe haber, al menos, microscopio de luz polarizada y ecógrafo
Al menos debe haber 1 enfermera por cada 3 consultas, 1 auxiliar por cada 2 consultas y 1 administrativo por cada 4 reumatólogos
En una unidad de reumatología debe haber una consulta de enfermería
Cada paciente debe ser seguido siempre por el mismo médico
Debe haber guías, protocolos de actuación y programas de calidad total
El reumatólogo debe tener actividad formadora en medicina primaria
La capacidad organizativa es el elemento más valorado para dirigir una unidad de reumatología

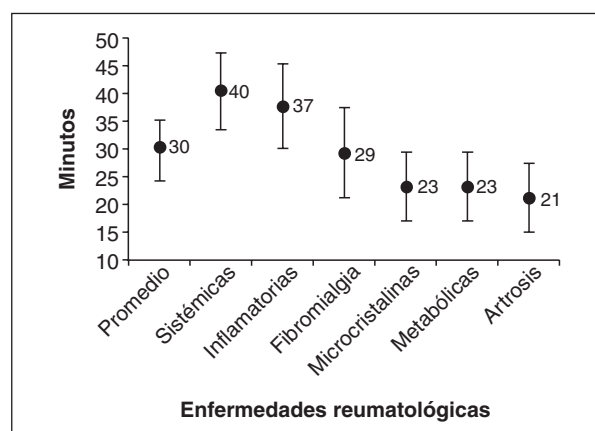
enfermedades. El tiempo de duración promedio de la primera consulta está en torno a los 30 min (fig. 1), el de la segunda consulta (consulta para resultados), en 19 min (fig. 2), y para el resto de las consultas sucesivas, en 17 min (fig. 3), con una relación sucesivas/primera consulta en el primer año de seguimiento de 3,2 (fig. 4); el tiempo máximo de espera para la primera consulta no debe sobrepasar las 4 semanas; un reumatólogo no debe atender más de 5 primeras visitas y no más de 11 sucesivas al día, no debe pasar consulta durante más de 5 h al día, ni más de 4 días a la semana; el reumatólogo debe seguir a prácticamente la totalidad de los pacientes con enfermedades sistémicas e inflamatorias articulares y solo la sexta parte de los pacientes con fibromialgia (fig. 5).

Estándares específicos para el proceso de hospitalización en reumatología

El proceso de hospitalización requiere unos estándares de estructura, actividad clínica, organización y tiempo específicos que se presentan en su totalidad en la sección C del anexo en internet. En la tabla 3 se presentan los más relevantes. Se necesita un mínimo de 3 camas en la unidad de reumatología por cada 100.000 habitantes; la estancia media, según el tipo de hospital, debe estar entre 7 y 9 días; cada reumatólogo no deberá tener

TABLA 2. Resumen de los estándares para una consulta de reumatología

El tiempo de duración de la 1.ª consulta debe ser de 30 min (oscila entre 40 min en enfermedades sistémicas y 21 min en artrosis)
El tiempo de duración de la segunda visita debe ser de 19 min (oscila entre 24 min en enfermedades sistémicas y 14 min en artrosis y artritis microcristalina)
El tiempo promedio del resto de las visitas sucesivas debe ser 17 min (oscila entre 23 min en enfermedades sistémicas y 13 min en artrosis y artritis microcristalina)
La relación consultas sucesivas/1.ª consulta para el primer año de seguimiento debe ser de 3 (oscila entre 5 en enfermedades sistémicas y 2 en fibromialgia)
El tiempo máximo de espera para la primera consulta no debe sobrepasar las 4 semanas. El tiempo máximo de espera entre la primera consulta y la siguiente para ver resultados debe oscilar entre 2 semanas para enfermedades sistémicas y 6 para fibromialgia. El tiempo máximo de espera para el resto de las consultas sucesivas oscila entre 3 meses para los pacientes con enfermedades inflamatorias y sistémicas y 9 para los pacientes con enfermedades metabólicas óseas
Un reumatólogo no debe ver más de 5 primeras visitas y no más de 11 sucesivas al día, no debe pasar consulta durante más de 5 h al día, ni más de 4 días a la semana
El reumatólogo debe seguir prácticamente a 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 los pacientes con fibromialgia
Son recomendables las consultas monográficas
Se debe realizar un informe a máquina estandarizado

**Figura 1.** Tiempo de duración (min) de la primera consulta según el tipo de afección reumática.

asignados más de 7 pacientes ingresados, y el tiempo necesario para la atención a los pacientes reumatológicos ingresados, que variará según el tipo de visita, si se trata de pacientes en planta de reumatología o en otros servicios, o en el hospital de día (fig. 6).

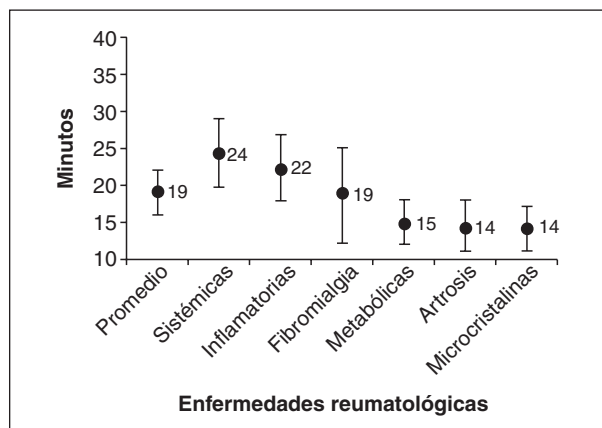


Figura 2. Tiempo de duración (min) de la segunda consulta según el tipo de afección reumática.

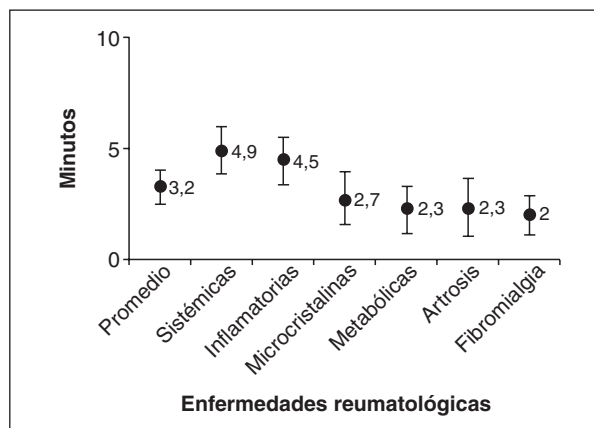


Figura 4. Relación entre las consultas sucesivas y la primera consulta según el tipo de afección reumática.

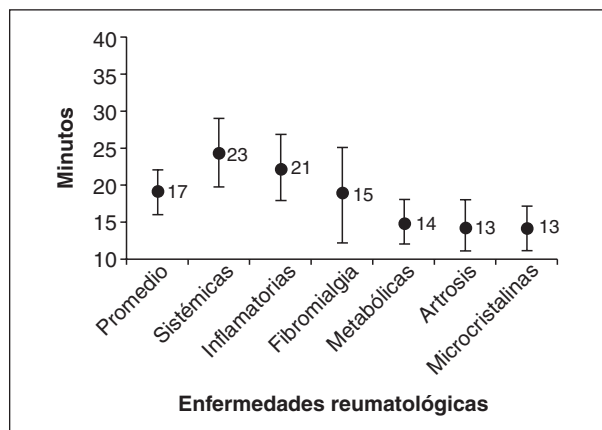


Figura 3. Tiempo de duración (min) de la consulta sucesiva según el tipo de afección reumática.

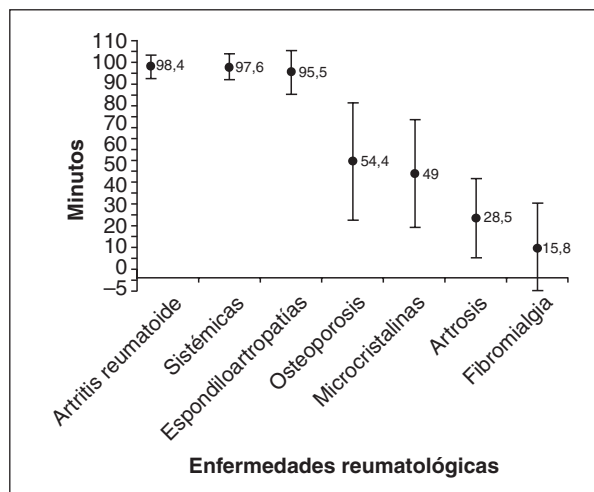


Figura 5. Porcentaje de pacientes, según afección, que debe seguir el reumatólogo tras la primera visita.

Estándares para las técnicas de diagnóstico y tratamiento en reumatología

Con respecto a las técnicas, se ha elaborado únicamente estándares de tiempo (sección D del anexo), dada la complejidad de obtener estándares de calidad y que los estándares de estructura se han presentado en el apartado de estándares generales y de estándares para una consulta de reumatología. Un resumen con las más relevantes se muestra en la tabla 4. Las técnicas más habituales (infiltraciones, artrocentesis) precisan un mínimo de 12 min y el estudio de cristales en líquido sinovial, 16 min. Los tiempos necesarios para la realización de biopsias oscilan entre los 19 min de la biopsia de grasa subcutánea y los 50 min de la biopsia ósea. Las técnicas de tratamiento del dolor (epidurales, bloqueo nervioso, infiltración de sacroilíacas), al igual que la radiosinovectomía, están en torno a 30 min.

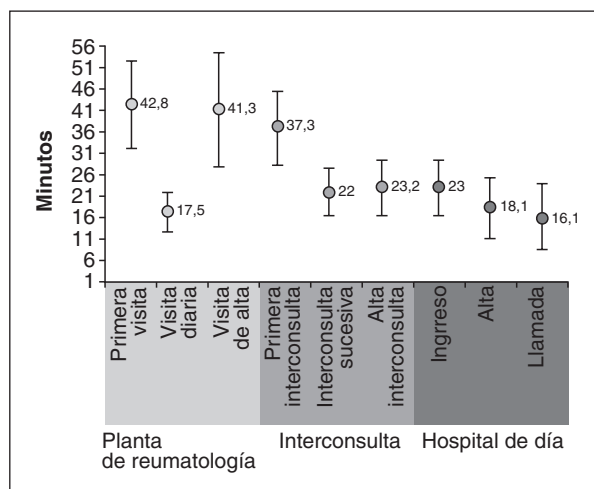


Figura 6. Tiempos de actividad (min) con pacientes hospitalizados.

TABLA 3. Resumen de los estándares para el proceso de hospitalización en reumatología

Por cada 100.000 habitantes del área, debe haber un mínimo de 3 camas en la unidad de reumatología
Un reumatólogo debe tener como máximo 7 pacientes asignados en una planta de hospitalización
La estancia media general (en días) de los pacientes reumatológicos dependerá del tipo de hospital: comarcal, 7,3; de referencia, 9,2, y universitario, 9,5
El tiempo necesario para atender a los pacientes hospitalizados: 1.ª visita, 42 min; visita diaria, 17 min; visita de alta, 41 min. El tiempo para una interconsulta, 37 min. Tiempo para el paciente ingresado en hospital de día, 23 min

TABLA 4. Resumen de los estándares de tiempo de realización de técnicas en reumatología

Los tiempos mínimos de realización de las técnicas más frecuentes en reumatología están en torno a los 15 min (12 min para inyección intraarticular e infiltración y 16 min para análisis de líquido sinovial)
Las infiltraciones con control ecográfico, técnicas de tratamiento del dolor y radiosinovectomía están en torno a los 30 min
El tiempo para la realización de biopsias oscila entre 19 min de la biopsia de grasa subcutánea y 50 min de biopsia ósea
El tiempo estimado para realizar una ecografía es de 30 min, 15 min para una capilaroscopia y 19 para una densitometría

Estándares para la investigación y formación en reumatología

La elaboración de estándares para la formación y especialmente para la investigación es un tema especialmente complejo, por lo que sólo se ha elegido algunos estándares básicos (sección E del anexo), en la tabla 5 se presenta un resumen de los más importantes. Se establecen recomendaciones mínimas sobre el número de sesiones semanales (según haya o no docencia en el centro), y sobre el número de comunicaciones científicas, publicaciones y proyectos de investigación que debería desarrollar un reumatólogo. También se establece la distribución óptima del tiempo de dedicación a la docencia y la formación.

Discusión

La íntima conexión que el ejercicio de las profesiones sanitarias tiene con el derecho a la protección de la salud ha sido la promotora 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-

TABLA 5. Resumen de los estándares de investigación/formación en reumatología

Se recomienda realizar 3 sesiones semanales en las unidades con docencia MIR y, al menos 1, en las unidades sin docencia MIR
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 docencia se incrementaría hasta un 25%)
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
Desde la Administración se debería subvencionar anualmente, por lo menos, 1 proyecto de investigación por cada 5 reumatólogos en ejercicio

MIR: médico interno residente.

2003). 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, la educación sanitaria, la investigación y el intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades.

Uno de los problemas importantes para la instauración de nuevos servicios de reumatología y para la gestión de los servicios ya establecidos es la ausencia de unos estándares sólidos de calidad y de tiempo. La SER ha dinamizado el desarrollo reumatológico realizando estudios fundamentales para el progreso de la especialidad en España¹⁻³. Siguiendo la línea de establecer unas bases sólidas para el desarrollo de la reumatología en España, la SER ha elaborado estos estándares de calidad y de tiempos mínimos, tanto para la atención a los pacientes como para la formación y la investigación. Otros grupos profesionales han realizado estudios con una orientación similar^{5,6,16}. Mención especial merecen los estándares publicados por la British Society for Rheumatology (BSR)¹⁹ y la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM)⁷.

El estudio se ha realizado mediante una revisión de la literatura y el método Delphi con un grupo de trabajo formado por reumatólogos e investigadores independientes con experiencia en metodología. El panel ha sido seleccionado cuidadosamente con el objetivo de que su opinión sea representativa del colectivo de reumatólogos españoles. La técnica Delphi se desarrolló en la RAND Corporation, Estados Unidos, para realizar estudios de predicción y se ha utilizado en diversas apli-

caciones. Hay numerosos estudios en el campo de la medicina que utilizan este método²⁴⁻²⁷. La técnica se aplica en cuestiones sobre las que resulta complicado obtener una evidencia científica y se basa en el concepto de que un consenso obtenido entre un grupo de expertos proporciona una idea muy aproximada de la dimensión real de un problema^{28,29}.

Aunque en el anexo en internet se presenta la relación completa, el texto se acompaña de una selección de los estándares (tablas 1 a 5 y figs. 1 a 6) que se ha considerado de especial relevancia para la planificación tanto de la estructura como de los equipamientos y organización de las unidades de reumatología. Se hacen recomendaciones sobre el número de reumatólogos mínimo necesario para la correcta atención reumatológica en el área de salud (uno por cada 40.000-50.000 habitantes) y en una unidad de reumatología (al menos 3). También se establece en torno a qué duración debe tener una consulta, y se diferencia según se trate de primera, segunda o sucesivas consultas y, a su vez, por el tipo de enfermedad reumatológica; con estos tiempos se quiere garantizar un tiempo suficiente para el correcto desarrollo del proceso asistencial. Además de la duración de cada consulta, en estos estándares también se puede encontrar cómo debe organizarse cada día de consulta para conseguir un equilibrio óptimo entre consultas primeras y sucesivas, y cuál debe ser el máximo de horas diarias de consulta y de días a la semana que debe tener un reumatólogo para que le permita compaginar esta actividad asistencial con otras actividades asistenciales y con actividades docentes, investigadoras y formativas. Igualmente se establece cuáles deben ser los tiempos máximos de lista de espera según el tipo de consulta (primera, segunda o sucesiva) y el tipo de enfermedad. Los estándares de tiempos mínimos para la consulta de reumatología permiten organizarla en torno a un número aproximado de 13 a 15 pacientes por reumatólogo y día, mientras que los estándares de tiempo máximo de espera permiten estratificarla según el tipo de enfermedad reumatológica. En la práctica clínica habitual, una demanda asistencial progresiva, con medios humanos y materiales similares, con frecuencia desemboca en un aumento del número de consultas por médico, con el consiguiente deterioro de la calidad. Sin embargo, es posible que una parte importante de las consultas correspondan a enfermedades que, una vez diagnosticadas, no necesariamente se deba atenderlas en reumatología. En este sentido, este estudio establece el porcentaje de cada enfermedad que debe seguir el reumatólogo tras la primera visita. Únicamente determinados grupos de pacientes (enfermedades inflamatorias articulares, conectivopatías y un pequeño porcentaje de otras enfermedades reumatológicas) hay que seguirlos en un servicio de reumatología, ya que el resto de los pacientes puede continuar su seguimiento en atención primaria, después de que se ha establecido su diagnóstico e instaurado un tratamiento.

Dentro del proceso de hospitalización se establecen estándares de estructura en función del tamaño del área: se fija en 3 el número de camas que debe haber en la unidad de reumatología por cada 100.000 habitantes. Al igual que en consulta, se recomienda tiempos mínimos necesarios para atender al paciente hospitalizado, distinguiendo entre el tipo de consulta (primera visita, la visita diaria y la del alta) y de planta (planta de reumatología e interconsultas de otros servicios), que sirven de base para la planificación de la carga de trabajo del servicio. Las recomendaciones sobre la estancia media facilitan una estancia media orientativa a la que aproximarse, aunque considerando en cada caso el tipo de hospital y la complejidad de los pacientes ingresados.

Se establecen tiempos mínimos para procedimientos diagnósticos y terapéuticos en reumatología, desde los que se realizan de forma sistemática en la consulta, como una artrocentesis o infiltración de partes blandas, hasta técnicas infrecuentes, como la biopsia ósea. La aplicación de estos estándares puede ayudar a que el tiempo invertido en realizarlos se contabilice de forma adecuada.

En los estándares que pueden compararse, se observa concordancia con los de otros organismos. Por ejemplo, la duración recomendada de la primera consulta de 30 min en estos estándares es igual a la recomendada por la BSR¹⁹, de la misma forma también resultan semejantes el número máximo de primeras consultas/día (5) que debe atender un reumatólogo o el tiempo máximo de espera entre primera consulta y la sucesiva (4-6 semanas). Con respecto a la duración recomendada de las consultas sucesivas, para la BSR¹⁹ sería sólo ligeramente inferior (15 min) a la de este estudio (17 min), y algo superior (20 min) la estimada por la SORCOM⁷; además, la SORCOM establece una recomendación de un reumatólogo por 45.000 habitantes, cifra muy similar a los 40.000-50.000 recomendados en este estudio. El Colegio Americano de Reumatología propone también un reumatólogo por 45.000 habitantes³⁰. Estas semejanzas entre documentos similares, junto con la baja variabilidad entre los panelistas, indican que estos estándares tienen una alta fiabilidad.

El proceso para la obtención de estos estándares ha precisado más de un año de trabajo, la implantación de una metodología sólida, la colaboración de un número importante de reumatólogos con alta cualificación y experiencia, así como la infraestructura de la SER. El método para obtener los estándares es perfectamente reproducible por otras sociedades científicas que deseen obtener unos estándares similares.

En definitiva, se ha obtenido un número importante de estándares fundamentalmente de calidad y de tiempo para la atención reumatológica, con una metodología sólida, que puede servir como documento básico para la planificación tanto de la estructura como de los equipamientos y organización de las unidades de reumatología.

gía. Estos estándares deben contribuir 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 diferencias inaceptables en el acceso o en la calidad de los procedimientos clínicos en reumatología.

Agradecimientos

Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración de los siguientes profesionales:

Coordinador del Estudio:

Alonso Ruiz, Alberto

Grupo de trabajo de la SER:

Coordinador: Vidal Fuentes, Javier

Alonso Ruiz, Alberto

Caamaño Freire, Manuel

Carbonell Abelló, Jordi

De Miguel Mendieta, Eugenio

González Lanza, Mariano

Manero Ruiz, Francisco J.

Navarro Blasco, Francisco J.

Pérez Venegas, José J.

Tornero Molina, Jesús

Vidal Fuentes, Javier

TAISS (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud)

Lázaro y de Mercado, Pablo

Aguilar Conesa, M. Dolores

Panel de expertos

Abad Hernández, Miguel A.

Aguado Acín, Pilar

Alegre López, Javier

Alonso Ruiz, Alberto

Arboleya Rodríguez, Luis

Ariza Ariza, Rafael

Ballina García, Francisco J.

Battle Gualda, Enrique

Benito Ruiz, Pedro

Blanch i Rubió, Josep

Caamaño Freire, Manuel

Calabozo Raluy, Marcelo

Cáliz Cáliz, Rafael

Calvo Catalá, Javier

Cañete Crespillo, Juan D.

Carbonell Abelló, Jordi

Carreira Delgado, Patricia

Carreño Pérez, Luis

Chamizo Carmona, Eugenio

Cobeta García, Juan Carlos

Collantes Estévez, Eduardo

Cruz Martínez, Juan

Cuadra Díaz, José L.

De Miguel Mendieta, Eugenio

Elena Ibáñez, Ángel

Espadaler Poch, Luis

Figuroa Pedrosa, Manuel

Fiter Areste, Jordi

García de Vicuña, Rosario

García Vadillo, Alberto

González Lanza, Mariano

Graña Gil, Genaro

Herrero-Beaumont Cuenca, Gabriel

Linares Ferrando, Luis F.

Lluch Mesquida, Pau

López Meseguer, Antonio

Loza Cortina, Eduardo

Manero Ruiz, Francisco J.

Martín Santos, José Manuel

Martínez Taboada, Víctor

Medina Luezas, Julio

Mera Valera, Antonio

Monteagudo Sáez, Indalecio

Moragues Pastor, Carmen

Morales Piga, Antonio

Mulero Mendoza, Juan

Naranjo Hernández, Antonio

Navarro Blasco, Francisco J.

Olive Marqués, Alejandro

Pantoja Zarza, Lucía

Paulino Tévar, Javier

Pérez Venegas, José J.

Rejón Gieb, Eduardo

Roig Vilaseca, Daniel

Rosas Gómez de Salazar, José C.

Roselló Pardo, Rosa

Salazar Vallinas, José M.

Sánchez Burson, Juan M.

Tornero Molina, Jesús

Toro Santos, Francisco J.

Torre Alonso, Juan C.

Valverde García, José

Vesga Carasa, Juan C.

Vidal Fuentes, Javier

Zea Mendoza, Antonio

Bibliografía

1. Alonso A, Andreu JL, Bañares A, Carbonell J, Galdo F, Isasi C, et al. Plan Estratégico de la Sociedad Española de Reumatología. *Rev Esp Reumatol.* 1999;26:347-54.
2. Alonso Ruiz A, Calabozo Raluy M, Martín Mola E, Benito Ruiz P, Carbonell Abelló J. Situación laboral de los reumatólogos formados en España entre 1990 y 1999. *Rev Esp Reumatol.* 2002;29:36-42.
3. Rodríguez Arboleya L. Los reumatólogos en la asistencia pública española. *Rev Esp Reumatol.* 1997;24:295-301.
4. Alonso Ruiz A. Concepto y clasificación de las enfermedades reumáticas. En: Alonso Ruiz A, Álvaro Gracia JM, Andreu Sánchez JL, Blanch i Ru-

- bio J, Collantes Estévez E, Cruz Martínez J, et al, editores. Manual SER de las enfermedades reumáticas. 3.ª ed. Madrid: Panamericana; 2000.
5. MacLean CH, Saag KG, Solomon DH, Morton SC, Sampsel S, Klippel JH. Measuring quality in arthritis care: methods for developing the Arthritis Foundation's quality indicator set. *Arthritis Rheum.* 2004;51:193-202.
 6. Rowan K, Doyle D, Griffiths I. Standards of care for arthritis: pointing the way forward. *Br J Rheumatol.* 1998;37:242-5.
 7. 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;29:155-7.
 8. Jacobi CE, Boshuizen HC, Rupp I, Dinant HJ, Van den Bos GA. Quality of rheumatoid arthritis care: the patient's perspective. *Int J Qual Health Care.* 2004;16:73-81.
 9. Mikuls TR, MacLean CH, Farrar JT, Bilker WB, Saag KG. Quality of Care Indicators for Gout Management. *Arthritis Rheum.* 2004;50:937-43.
 10. Saag KG, Olivieri JJ, Patino F, Mikuls TR, Allison JJ, MacLean CH. Measuring quality in arthritis care: the Arthritis Foundation's quality indicator set for analgesics. *Arthritis Rheum.* 2004;51:337-49.
 11. Pencharz JN, MacLean CH. Measuring quality in arthritis care: the Arthritis Foundation's Quality indicator set for Osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2004;51:538-48.
 12. Bamji AN. Waiting times and referrals. *Rheumatology.* 2000;39:349-52.
 13. Van Campen C, Sixma HJ, Kerssens JJ, Peters L, Rasker JJ. Assessing patients' priorities and perceptions of the quality of health care: the development of the QUOTE-Rheumatic-Patients instrument. *Rheumatology.* 1998;37:362-8.
 14. Hetthen J, Helliwell PS. A comparison between primary care-led rheumatology services and secondary care provision. *Rheumatology.* 1999;38:1294-5.
 15. Helliwell PS, Hetthen J. Primary care rheumatology-leading the way? *Rheumatology.* 1999;38:1174-6.
 16. Scott DL, Shipley M, Dawson A, Edwards S, Symmons DP, Woolf AD. The clinical management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: strategies for improving clinical effectiveness. *Rheumatology.* 1998;37:546-54.
 17. 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 analysis. *Rheumatology.* 1998;37:555-61.
 18. Aguado Acín MP, Martín Mola E. Gestión clínica y calidad en reumatología. *Rev Esp Reumatol.* 2003;30:448-55.
 19. The British Society for Rheumatology. Guideline on Standards of care for persons with Rheumatoid Arthritis. London, July 2004.
 20. The British League Against Rheumatism. Standards of Care for Osteoarthritis (OA) and Rheumatoid Arthritis (RA) [citado 26 Jul 2004]. Disponible en: <https://www.mscportal.org>
 21. The Royal College of Physicians of London Committee on Rheumatology. The British Society for Rheumatology. Musculoskeletal disorders: providing for the patients needs 3. A basis for planning a Rheumatology Service [citado 26 Jul 2004]. Disponible en: <https://www.mscportal.org>
 22. Sampel S, MacLean C, Renner P, Mardon R. Measuring Quality of Care in People with Arthritis. National Committee for Quality Assurance (NCQA) [citado 28 Jul 2004]. Disponible en: <http://www.ncqa.org>
 23. McGlynn EA, Clark KA. Low back pain (acute). Chapter 15. En: Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA, editores. Quality of care for General Medical conditions: a review of the literature and quality indicators. Santa Monica: Rand Publication MR-1280-AHRQ; 2000. p. 207-24.
 24. Ma Quintana J, Escobar A, Bilbao A; IRYSS-Appropriateness Cataract Group. Explicit criteria for prioritization of cataract surgery. *BMC Health Serv Res.* 2006;6:24.
 25. Asencio F, Aguiló J, Arroyo A, Baltasar A, Camacho J, Compañ A, et al. Estudio Delphi de la Sociedad Valenciana de Cirugía: tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico. *Cir Esp.* 2000;67:276-80.
 26. Aguilar MD, Fitch K, Lázaro P, Berstein SJ. The appropriateness of use of percutaneous transluminal coronary angioplasty in Spain. *Int J Cardiol.* 2001;78:213-21.
 27. Rodríguez JI. Propuesta de estándar asistencial en la reparación de la hernia inguinal o crural. *Cir Esp.* 2003;73:331-5.
 28. Fitch K, Berstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND. Report No. MR-1269-DG-XII/RE; 2001.
 29. 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;14:103-9.
 30. Marder WD, Menean RF, Felson DT, Reichlin M, Bimbaum NS, Croft JD, et al. The present and future adequacy of rheumatology manpower. A study of health care needs and physician supply. *Arthritis Rheum.* 1991;34:1209-17.

Estándares de calidad asistencial en reumatología (relación completa)

Sección A. Estándares generales para una unidad de reumatología

I. Estándares de estructura

I.1. Estructura: instalaciones/materiales/equipamientos					
Estándares de estructura (priorizados en escala de 1 a 9)	n	Media	Mediana	DE	CV
La zona de hospitalización no debe tener barreras (arquitectónicas o funcionales) que dificulten el acceso a pacientes con discapacidad osteomuscular	65	8,5	9	0,8	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	9,4%
En el área de hospitalización de reumatología los elementos de los baños deben estar adaptados a pacientes reumáticos (p. ej., bañeras, duchas especiales...)	65	8,4	9	0,7	8,9%
Debe haber hospital de día con los medios materiales y humanos para la asistencia	65	8,3	9	0,9	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	9,8%
La unidad de reumatología debe disponer de sala de reuniones	65	8,2	8	0,8	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	9,9%
En el servicio de reumatología se debe disponer de una sala de curas y para realización de las técnicas habituales	5 6	8,0	8	0,9	11,6%
Los reumatólogos deben tener posibilidad de realizar radiosinovectomía en colaboración con el servicio de medicina nuclear	65	6,9	7	1,8	26,2%
Es necesario que haya un buen acceso desde la zona de hospitalización a la de rehabilitación	65	6,4	7	1,6	24,9%
Una unidad de reumatología debe poder realizar artroscopia diagnóstica	65	5,2	5	1,5	29,2%
En la estructura de la unidad de reumatología debe haber:					
Microscopio de luz polarizada	65	8,5	9	1,0	11,6%
Ecógrafo	65	7,6	8	1,5	19,1%
Densitómetro	65	6,9	7	1,5	22,4%
Capilaroscopio	65	6,7	7	1,7	25,5%
En la estructura de la unidad de reumatología debe haber material para la realización de:					
Biopsia sinovial con aguja	65	7,0	7	1,9	26,8%
Biopsia de grasa subcutánea	65	6,6	7	1,9	28,3%
Biopsia de piel	65	6,3	6	2,0	31,2%
Biopsia muscular	65	6,2	6	1,8	29,2%
Biopsia de glándula salivar	65	6,0	6	2,1	34,5%
Biopsia ósea	65	5,3	5	1,9	36,2%

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (continuación)

I.2. Estructura: personal/formación/competencia					
Estándares de estructura (priorizados en escala de 1 a 9)	n	Media	Mediana	DE	CV
El personal debe estar entrenado para la realización de EAV, HAQ, DAS 28, BASFI, BASDAI, SLEDAI, SLICC, BASMI, etc.	65	8,1	8	1,0	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	16,5%
Orden de prioridad en el que se debe valorar los siguientes elementos, para adjudicar una escala jerárquica en las unidades de reumatología:	Puntuación		Prioridad		
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		
Jerárquicamente la unidad/servicio de reumatología debe depender de:	n	%			
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			
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 de personal	n	Media	Mediana	DE	CV
Máximo número de médicos que comparten 1 administrativo/secretaría	65	4,3	4	1,0	24,2%
Número mínimo de miembros/reumatólogos que debe haber en una unidad funcional de reumatología	64	3,1	3	1,0	31,3%

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (continuación)

II. Estándares de proceso

II.1. Proceso: estándares de organización					
Estándares de organización (priorizados en escala de 1 a 9)	n	Media	Mediana	DE	CV
Todos los médicos del servicio deben tener acceso <i>on-line</i> con la biblioteca	65	8,4	9	0,8	9,6%
Debe haber disponibilidad de las pruebas diagnósticas realizadas en atención primaria que permita la instauración de consultas de acto único	65	8,2	8	0,8	10,3%
Todos los médicos del servicio deben disponer de dirección de correo electrónico institucional	65	8,1	8	1,0	12,2%
El reumatólogo debe tener una actividad formadora de los médicos del área en reumatología	65	8,0	8	0,9	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	10,8%
En la unidad de reumatología debe haber una consulta de enfermería que tenga como actividades, entre otras, inyectar, controlar efectos secundarios, informar e instruir al paciente	65	7,8	8	1,0	12,5%
Debe haber 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	14,9%
El médico de cabecera o el paciente deben poder resolver telefónicamente los problemas derivados de complicaciones del tratamiento, control de toxicidad terapéutica o consultas urgentes	65	7,4	8	1,2	16,6%
Se debe 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	18,6%
Estándares de organización	n	Media	Mediana	DE	CV
<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	21,0%
Jefe de servicio	65	30,2	30	10,4	34,3%
Jefe de sección	65	43,5	40	9,8	22,3%
Adjunto	65	58,9	60	8,5	14,2%
Residente	65	58,1	60	10,9	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	65,2%
Jefe de servicio	65	33,0	34	9,8	29,4%
Jefe de sección	65	18,3	20	7,4	40,0%
Adjunto	64	6,1	5	3,7	58,8%
Residente	64	0,6	0	1,4	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	52,0%
Jefe de servicio	65	13,1	10	5,2	39,7%

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (continuación)

Jefe de sección	65	14,9	15	6,3	41,6%
Adjunto	65	14,3	14	6,8	46,9%
Residente	65	13,6	12	5,3	39,0%
<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	51,1%
Jefe de servicio	65	10,4	10	3,9	36,7%
Jefe de sección	65	10,8	10	3,3	29,9%
Adjunto	65	10,5	10	3,5	32,9%
Residente	65	23,2	20	8,5	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	66,7%
Jefe de servicio	65	13,3	10	5,8	43,1%
Jefe de sección	65	12,5	10	5,1	40,0%
Adjunto	65	10,2	10	3,5	34,3%
Residente	65	4,6	5	3,8	82,8%
Otros estándares de organización	n	Media	Mediana	DE	CV
Tiempo máximo (expresado en horas) de acceso a la historia clínica en casos urgentes	65	2,4	1	4,1	167,7%
Tiempo máximo (expresado en días) de acceso a la historia clínica en casos rutinarios	65	1,6	1	1,0	61,4%
II.2. Proceso: estándares de calidad					
Estándares de calidad (priorizados en escala de 1 a 9)	n	Media	Mediana	DE	CV
En los servicios de reumatología se debe utilizar guías y protocolos de actuación	65	7,6	8	1,0	12,5%
Cada paciente debe ser asignado y seguido siempre por el mismo médico	65	7,6	8	1,4	18,6%
En los servicios de reumatología debe haber programas de calidad total y mecanismos para su evaluación	65	7,1	7	1,1	16,1%
II.3. Proceso: estándares de tiempo					
Estándares de tiempo	n	Media	Mediana	DE	CV
Tiempo (expresado en min) que debe emplear un reumatólogo para realizar:					
Un informe de incapacidad	65	21,3	20	9,2	42,9%
Un informe para solicitar medicaciones especiales o hacer un informe adicional (ortesis, coxib, anti-TNF)	65	11,1	10	4,3	38,9%
El consentimiento informado	65	12,6	12	4,3	33,8%
Atender llamadas telefónicas de los pacientes (tiempo diario)	65	28,7	30	9,7	33,8%
La redacción de un informe reglado de alta a máquina	64	25,3	25	9,2	36,2%

CV: coeficiente de variación; DE: desviación estándar; n: número de panelistas que responden; TNF: factor de necrosis tumoral.

Sección B. Estándares para consultas en reumatología**I. Estándares de estructura****I.1. Estructura: instalaciones/materiales/equipamientos**

Estándares de estructura (priorizados en escala de 1 a 9)	n	Media	Mediana	DE	CV
En cualquier consulta de reumatología (intrahospitalaria y extrahospitalaria) debe haber material necesario para realizar infiltraciones y artrocentesis	65	8,9	9	0,5	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	6,7%
Las consultas no deben tener barreras (arquitectónicas o funcionales) que dificulten el acceso a pacientes con discapacidad del aparato locomotor	65	8,6	9	0,7	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	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	7,6%
En la consulta se debe disponer de material informático suficiente para consultar datos del área sanitaria	65	7,6	8	1,0	13,8%
En la consulta se debe disponer de material informático suficiente para consultar datos en internet	65	7,4	8	1,5	19,8%
En la sala de espera de reumatología las sillas deben ser altas y con reposabrazos	64	7,0	7	1,4	20,2%
Otros estándares de estructura de instalaciones y equipamientos	n	Media	Mediana	DE	CV
Número mínimo de sillas por consulta en la sala de espera de reumatología	63	9,4	10	3,1	32,6%
Número mínimo de m ² por consulta en la sala de espera de reumatología	63	20,8	20	7,5	36,1%
Número mínimo de m ² del local de la consulta incluida la zona de exploración	64	20,0	20	3,9	19,5%
I.2. Estructura: personal/competencia					
Estándares de estructura de personal	n	Media	Mediana	DE	CV
Máximo número de consultas que comparten 1 enfermero	65	2,7	3	0,9	35,3%
Máximo número de consultas que comparten 1 auxiliar clínico	64	1,9	2	0,9	47,5%
Persona que debe organizar la estructura asistencial de reumatología en la consulta:	n	%			
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			
II. Estándares de proceso					
II.1. Proceso: estándares de tiempos					
Estándares de tiempos	n	Media	Mediana	DE	CV
<i>Tiempo de primera visita (duración en min):</i>					
Promedio	65	29,7	30	5,2	17,6%

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (continuación)

Artritis microcristalina	63	23,5	20	6,1	25,8%
Enfermedades inflamatorias	64	37,4	40	7,3	19,6%
Artrosis, partes blandas y dolor axial	62	21,5	20	6,0	28,1%
Enfermedades sistémicas	64	40,0	40	7,3	18,2%
Enfermedad metabólica ósea	63	23,0	20	6,0	26,0%
Fibromialgia	64	29,3	30	8,2	27,8%
<i>Tiempo de segunda visita (duración en min):</i>					
Promedio	65	18,7	20	3,1	16,4%
Artritis microcristalina	63	14,0	15	3,2	22,9%
Afecciones inflamatorias	64	22,4	20	4,4	19,4%
Artrosis, partes blandas y dolor axial	63	14,4	15	3,6	25,3%
Enfermedades sistémicas	64	24,3	25	4,6	18,8%
Enfermedad metabólica ósea	63	15,1	15	3,3	21,9%
Fibromialgia	62	18,8	17,5	6,8	36,0%
<i>Tiempo de consulta sucesiva (duración en min):</i>					
Promedio	65	17,4	18	3,3	18,9%
Artritis microcristalina	63	12,5	10	3,8	30,1%
Afecciones inflamatorias	64	20,9	20	4,2	20,3%
Artrosis, partes blandas y dolor axial	63	13,3	15	3,6	26,8%
Enfermedades sistémicas	64	22,7	20	5,2	22,8%
Enfermedad metabólica ósea	63	13,6	15	3,2	23,6%
Fibromialgia	48	14,7	15	3,6	24,7%
<i>Tiempo de espera para primera consulta (semanas):</i>					
Promedio	65	3,9	4	1,7	44,5%
Artritis microcristalina	63	3,1	3	2,1	66,9%
Afecciones inflamatorias	64	2,1	2	1,8	88,4%
Artrosis, partes blandas y dolor axial	64	5,6	6	2,3	41,9%
Enfermedades sistémicas	64	2,0	2	1,7	86,7%
Enfermedad metabólica ósea	64	5,6	6	2,5	44,4%
Fibromialgia	61	6,2	6	3,2	52,2%
<i>Tiempo de espera entre la primera consulta y la siguiente para ver resultados e instaurar tratamiento (semanas):</i>					
Promedio	65	3,7	4	1,0	27,6%
Artritis microcristalina	63	3,3	3	1,4	42,4%
Afecciones inflamatorias	64	2,5	2	1,1	43,2%
Artrosis, partes blandas y dolor axial	63	4,8	4	1,7	35,3%
Enfermedades sistémicas	64	2,5	2	1,1	44,6%
Enfermedad metabólica ósea	63	4,6	4	2,0	42,5%
Fibromialgia	61	5,7	4	4,8	84,2%

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (continuación)

Tiempo de espera máximo para consultas sucesivas (meses):

Promedio	61	5,2	5	2,2	41,7%
Artritis microcristalina	63	6,7	6	3,4	50,4%
Afecciones inflamatorias	63	3,4	3	2,0	58,5%
Artrosis, partes blandas y dolor axial	62	8,3	8	3,8	45,1%
Enfermedades sistémicas	63	3,2	3	2,0	63,7%
Enfermedad metabólica ósea	63	9,5	8	6,5	68,4%
Fibromialgia	50	8,0	6	4,5	56,0%
Tiempo máximo de espera del paciente (expresado en min) 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	35,4%
Tiempo medio (expresado en min) necesario para una consulta de segunda opinión	65	37,5	30	16,3	43,6%

II.2. Proceso: estándares de calidad

Estándares de calidad (priorizados en escala de 1 a 9)	n	Media	Mediana	DE	CV
En cualquier consulta de reumatología (intrahospitalaria y extrahospitalaria) debe haber material necesario para realizar infiltraciones y artrocentesis	65	8,9	9	0,5	5,1%
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	65	8,9	9	0,3	3,9%
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	5,5%
El reumatólogo debe asegurarse de que el paciente ha comprendido los aspectos relevantes de su enfermedad (diagnóstico, pronóstico y tratamiento)	65	8,6	9	0,8	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	11,5%
En la visita del alta se debe elaborar un informe mecanografiado	65	8,3	8	0,9	10,5%
Dentro del área debe haber protocolos de derivación y seguimiento con atención primaria para los pacientes reumatológicos	65	7,7	8	0,8	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	14,6%
Los hospitales de referencia del área deberán tener consultas monográficas de las afecciones más relevantes	65	7,4	7	1,1	14,8%
Se considera un estándar de calidad la existencia de consultas multidisciplinarias. Por ejemplo, reumatólogo/neurocirujano/ unidad del dolor, para seguimiento de lumbalgias	65	6,5	7	1,4	21,2%
Estándares de calidad (actividad máxima de consulta)	n	Media	Mediana	DE	CV
Número máximo de primeras visitas que debe ver un reumatólogo en una jornada laboral	64	4,7	4,5	1,3	28,7%

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (continuación)

	n	Media	Mediana	DE	CV
Número máximo de segundas visitas que debe ver un reumatólogo en una jornada laboral	64	11,1	10	2,5	22,7%
Número máximo de días de consulta por facultativo en una semana	65	3,8	4	0,5	12,5%
Número máximo de horas de consulta diaria	65	5,1	5	0,5	10,5%
Otros estándares de calidad	n	Media	Mediana	DE	CV

Relación consultas sucesivas/primer visita para el primer año de seguimiento, en promedio, para reumatología, y para cada una de las siguientes situaciones clínicas:

	n	Media	Mediana	DE	CV
Promedio	61	3,2	3	0,7	22,4%
Artritis microcristalina	61	2,7	3	1,2	43,3%
Afecciones inflamatorias	61	4,5	4	1,1	23,6%
Artrosis, partes blandas y dolor axial	61	2,3	2	1,4	58,2%
Enfermedades sistémicas	61	4,9	5	1,1	22,7%
Enfermedad metabólica ósea	61	2,3	2	1,1	47,0%
Fibromialgia	52	2,0	2	0,9	45,7%

II.3. Proceso: estándares de organización

	n	Media	Mediana	DE	CV
Estándares de proceso: organización	n	Media	Mediana	DE	CV

Porcentaje de cada enfermedad que debe seguir el reumatólogo tras la primera visita, en vez de enviar a otro nivel para su seguimiento:

	n	Media	Mediana	DE	CV
Artritis reumatoide	65	98,4	100	5,1	5,2%
Espondiloartropatías	64	95,5	100	9,8	10,2%
Síndromes dolorosos locales (artrosis, partes blandas, dolor axial)	63	28,5	25	17,5	61,4%
Conectivopatías	65	97,6	100	6,1	6,2%
Artritis microcristalinas	63	49,0	50	24,9	50,7%
Fibromialgia	64	15,8	10	20,3	128,1%
Osteoporosis	63	54,4	50	27,4	50,4%

CV: coeficiente de variación; DE: desviación estándar; n: número de panelistas que responden.

Sección C. Estándares para hospitalización en reumatología

I. Estándares de estructura

I.1. Estructura: instalaciones/materiales/equipamientos

	n	Media	Mediana	DE	CV
Estándares de estructura	n	Media	Mediana	DE	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	32,9%
Máximo número de camas (pacientes) por habitación	63	2,0	2	0,3	14,5%

II. Estándares de proceso

II.1. Proceso: estándares de calidad

	n	Media	Mediana	DE	CV
Estándares de proceso: calidad (priorizados en escala de 1 a 9)	n	Media	Mediana	DE	CV
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	65	8,9	9	0,3	3,5%

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (continuación)

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	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	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	9,0%
II.2. Proceso: estándares de actividad clínica					
Estándares de proceso: actividad clínica	n	Media	Mediana	DE	CV
<i>Estancia media general (en días) de los pacientes reumatológicos según nivel del hospital:</i>					
1. Comarcal	59	7,3	7	2,0	27,7%
2. De referencia	59	9,2	9	2,3	25,0%
3. Universitario	62	9,5	10	2,3	23,9%
<i>Estancia media (expresada en días) apropiada para cada uno de los siguientes grupos relacionados con el diagnóstico (GRD):</i>					
GRD 238 (osteomielitis)	59	22,3	20	7,0	31,6%
GRD 239 (fracturas patológicas y neoplasias malignas)	61	16,0	15	4,1	25,6%
GRD 240 (trastornos del tejido conectivo con comorbilidad)	61	14,2	15	3,9	27,5%
GRD 241 (trastornos del tejido conectivo sin comorbilidad)	61	8,8	8	2,3	25,9%
GRD 242 (artritis séptica)	61	21,2	21	5,4	25,5%
GRD 243 (problemas médicos de espalda)	60	7,3	7	2,3	31,0%
GRD 244 (enfermedades óseas y artropatías con comorbilidad)	61	8,9	9	2,2	25,2%
GRD 245 (enfermedades óseas y artropatías sin comorbilidad)	61	6,1	6	1,8	29,3%
GRD 246 (artropatías no específicas)	60	7,2	7	1,9	26,9%
GRD 247 (signos y síntomas del sistema músculo esquelético y tejido conectivo)	60	7,5	7	1,9	25,5%
GRD 248 (tendinitis, miositis y bursitis)	54	4,3	4	1,6	38,3%
GRD 256 (otros diagnósticos del sistema músculo esquelético y tejido conectivo)	59	7,1	7	2,2	31,2%
GRD 560 (trastornos osteomusculares, excepto osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor)	59	11,5	10	3,6	31,8%
GRD 561 (osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor)	59	22,3	21	7,2	32,5%
II.3. Proceso: estándares de organización					
Estándares de proceso: organización	n	Media	Mediana	DE	CV
Número máximo de pacientes en planta que debe tener asignado un reumatólogo	65	6,9	6	2,1	29,6%
II.4. Proceso: estándares de tiempo					
Estándares de tiempo	n	Media	Mediana	DE	CV

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (continuación)

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

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

III. Estándares de resultados

III.1. Resultados: indicadores clínicos

Porcentaje medio apropiado de reingresos en 1 mes para cada uno de los siguientes GRD:	n	Media	Mediana	DE	CV
GRD 238 (osteomielitis)	60	6,6	5	4,9	74,8%
GRD 239 (fracturas patológicas y neoplasias malignas)	61	8,9	10	6,6	74,2%
GRD 240 (trastornos del tejido conectivo con comorbilidad)	61	7,6	8	4,3	56,4%
GRD 241 (trastornos del tejido conectivo sin comorbilidad)	61	4,2	4	3,8	89,5%
GRD 242 (artritis séptica)	61	4,3	5	3,1	70,9%
GRD 243 (problemas médicos de espalda)	60	2,8	2	2,5	89,3%
GRD 244 (enfermedades óseas y artropatías con comorbilidad)	61	4,2	5	2,9	68,8%
GRD 245 (enfermedades óseas y artropatías sin comorbilidad)	61	2,1	2	2,0	95,2%
GRD 246 (artropatías no específicas)	60	3,6	3	3,3	93,2%
GRD 247 (signos y síntomas del sistema músculo esquelético y tejido conectivo)	60	3,3	3	2,6	77,9%
GRD 248 (tendinitis, miositis y bursitis)	55	1,4	1	1,6	114,6%
GRD 256 (otros diagnósticos del sistema músculo esquelético y tejido conectivo)	60	2,4	2	2,0	81,3%
GRD 560 (trastornos osteomusculares, excepto osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor)	59	5,3	5	3,3	62,2%
GRD 561 (osteomielitis, artritis séptica y trastornos del tejido conectivo con comorbilidad mayor)	60	8,2	9,5	5,1	62,9%

CV: coeficiente de variación; DE: desviación estándar; n: número de panelistas que responden.

Sección D. Estándares de tiempo de realización de técnicas**I. Estándares de proceso****I.1. Proceso: tiempo de realización de procedimientos técnicos**

Tiempo de realización (en min)	n	Media	Mediana	DE	CV
<i>Técnicas diagnósticas:</i>					
Artrocentesis con control ecográfico	61	24,3	25	7,1	29,2%
Artrocentesis con control radioscópico	52	32,0	30	11,1	34,7%
Análisis del líquido sinovial (estudio de cristales)	65	16,7	15	5,7	34,1%
Biopsia sinovial	56	41,8	44	12,7	30,4%
Biopsia de nervio sural	48	43,9	45	12,7	28,9%
Biopsia muscular	50	42,1	45	11,1	26,3%
Biopsia ósea	49	49,7	50	11,9	24,0%
Biopsia de piel	55	24,1	25	7,0	29,1%
Biopsia de grasa subcutánea	56	19,1	20	5,9	30,9%
Biopsia de glándula salivar	53	26,7	30	8,0	29,8%
Biopsia de arteria temporal	47	38,6	40	9,8	25,3%
Ecografía osteomuscular	62	26,0	30	7,0	27,0%
Capilaroscopia	58	15,7	15	4,0	25,6%
Densitometría ósea	55	18,5	20	5,0	26,8%
<i>Técnicas terapéuticas:</i>					
Inyección intraarticular	65	12,4	12	3,6	28,8%
Inyección intraarticular con control ecografico	62	21,1	20	5,9	28,1%
Inyección intraarticular con control radioscópico	51	25,2	25	8,2	32,5%
Infiltración de partes blandas (tendinosa, ligamentaria, fascial o muscular)	64	12,3	11	3,8	30,7%
Inyección epidural lumbar	57	27,6	30	8,8	31,9%
Inyección epidural cervical	45	33,4	30	10,7	31,8%
Inyección lumbar con control radioscópico	45	34,4	30	10,9	31,7%
Inyección en sacroilíaca con control radioscópico	48	33,1	30	9,3	28,2%
Inyección intraarticular, artrocentesis o infiltración a niños con necesidad de sedación	56	42,3	40	11,4	26,8%
Bloqueo nervioso periférico	46	31,6	30	11,8	37,3%
Radiosinovectomía sin control radioscópico o ecográfico (rodilla)	55	25,0	25	7,3	29,3%
Radiosinovectomía con control radioscópico o ecográfico (otras articulaciones)	52	35,2	35	9,5	27,1%

CV: coeficiente de variación; DE: desviación estándar; n: número de panelistas que responden.

Sección E. Estándares de investigación/formación

Estándares de investigación/formación	n	%
<i>Número de comunicaciones a congresos nacionales:</i>		
Una cada 5 años	5	7,9
Una cada 3 años	4	6,3

(Continúa en pág. siguiente)

Anexo (continuación)

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 3 años	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			
Estándares de investigación/formación	n	Media	Mediana	DE	CV
Número de reuniones semanales (incluidas sesiones clínicas) que se debe hacer en un servicio de reumatología	64	3,0	3	1,1	37,9%
<i>Número mínimo de sesiones clínicas semanales en unidades de reumatología:</i>					
Con docencia MIR	65	2,7	3	0,8	31,5%
Sin docencia MIR	63	1,3	1	0,7	50,1%
<i>Porcentaje de tiempo dedicado a la docencia MIR de reumatología de:</i>					
Jefes de servicio	65	15,3	15	7,0	46,0%
Jefes de sección	65	15,8	15	7,0	44,1%
Adjuntos	65	15,5	15	6,8	44,1%
Tutor de residentes	65	24,6	25	7,0	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	63,6%
Jefes de sección	64	15,8	15	5,6	35,3%
Adjuntos	63	15,1	15	4,1	27,1%
Porcentaje de tiempo dedicado a la docencia pregrado de un profesor asociado	60	18,0	15	10,9	60,8%

CV: coeficiente de variación; DE: desviación estándar; n: número de panelistas que responden.