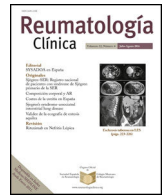




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Original

Estándares de calidad asistencial para las consultas externas de reumatología. El proyecto EXTRELLA



Joan M. Nolla^{a,*}, Carmen Martínez^b, Rosario García-Vicuña^c, Daniel Seoane-Mato^b, M. Piedad Rosario Lozano^b, Alberto Alonso^d, Mercedes Alperi^e, Ceferino Barbazán^f, Jaime Calvo^g, Concepción Delgado^h, Antonio Fernández-Nebroⁱ, Lourdes Mateo^j, Trinidad Pérez Sandoval^k, José Pérez Venegas^l, Carlos Rodríguez Lozano^m, José Rosasⁿ y Grupo de Trabajo del Proyecto EXTRELLA[◇]

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España

^c Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, Madrid, España

^d Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo, Vizcaya, España

^e Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^f Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

^g Servicio de Reumatología, Hospital Sierrallana, Torrelavega, Cantabria, España

^h Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

ⁱ Servicio de Reumatología, Hospital Regional Universitario de Málaga, IBIMA, Málaga, España

^j Servicio de Reumatología, Hospital Universitari Germans Triás i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^k Servicio de Reumatología, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

^l Servicio de Reumatología, Hospital de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^m Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

ⁿ Servicio de Reumatología, Hospital de la Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 11 de septiembre de 2015

Aceptado el 6 de noviembre de 2015

On-line el 14 de enero de 2016

Palabras clave:

Reumatología

Consultas externas

Calidad asistencial

RESUMEN

Introducción: En los últimos años, el peso específico de las consultas externas ha aumentado considerablemente. En la actualidad, la mayor parte de la atención reumatológica se lleva a cabo en esta área del hospital. Sin embargo, apenas existe documentación respecto a estándares de calidad asistencial.

Objetivo: Desarrollar, mediante consenso, estándares de calidad asistencial específicos para las consultas externas de reumatología.

Método: El proyecto se llevó a cabo mediante metodología Delphi a 2 rondas. Se contó con la participación de un comité científico (13 reumatólogos), 5 grupos nominales (45 reumatólogos y 12 enfermeras especializadas) y un grupo de discusión formado por 9 pacientes. Se generaron de forma sucesiva diversos borradores hasta obtener un documento final que incluyó los estándares que recibieron una puntuación igual o superior a 7 en al menos el 70% de los participantes.

Resultados: El documento consta de 148 estándares distribuidos en 9 áreas temáticas:

a) estructura (22); *b)* actividad clínica y relación con los pacientes (34); *c)* planificación (7); *d)* niveles de prioridad (5); *e)* relación con atención primaria, con el servicio de urgencias y con otros servicios del hospital (20); *f)* proceso (26); *g)* enfermería (13); *h)* docencia e investigación (13), *e i)* cómputo de actividad (8).

Conclusión: Se han consensado unos estándares de calidad asistencial que pueden ser útiles para organizar la actividad en las consultas externas de los servicios de reumatología y servir como marco de referencia a la hora de elevar propuestas de mejora a la gerencia del hospital o a otros estamentos de la administración.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. y

Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmnolla@ub.edu (J.M. Nolla).

◇ Los nombres de los componentes del Grupo de Trabajo del Proyecto EXTRELLA se relacionan en el [anexo 1](#).

Quality standards for rheumatology outpatient clinic. The EXTRELLA project

A B S T R A C T

Keywords:
Rheumatology
Outpatient clinic
Quality of care

Introduction: In recent years, outpatient clinics have undergone extensive development. At present, patients with rheumatic diseases are mainly assisted in this area. However, the quality standards of care are poorly documented.

Objective: To develop specific quality criteria and standards for an outpatient rheumatology clinic.

Method: The project was based on the two-round Delphi method. The following groups of participants took part: scientific committee (13 rheumatologists), five nominal groups (45 rheumatologists and 12 nurses) and a group of discussion formed by 9 patients. Different drafts were consecutively generated until a final document was obtained that included the standards that received a punctuation equal or over 7 in at least 70% of the participants.

Results: 148 standards were developed, grouped into the following 9 dimensions:

a) structure (22), b) clinical activity and relationship with the patients (34), c) planning (7), d) levels of priority (5), e) relations with primary care physicians, with Emergency Department and with other clinical departments, f) process (26), g) nursing (13), h) teaching and research (13) and i) activity measures (8).

Conclusion: This study established specific quality standards for rheumatology outpatient clinic. It can be a useful tool for organising this area in the Rheumatology Department and as a reference when proposing improvement measures to health administrators.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. and Sociedad Española de Reumatología y Colegio Mexicano de Reumatología. All rights reserved.

Introducción

En la actualidad, desde una óptica de gestión clínica¹, el área ambulatoria ya no se contempla como un mero elemento de apoyo a la hospitalización, sino como un dispositivo autónomo que permite ordenar los flujos de pacientes y garantizar la continuidad asistencial con la atención primaria.

La asistencia reumatológica se desarrolla mayoritariamente en el área ambulatoria (consultas externas y hospital de día). Sin duda, en un momento en que la organización promueve fórmulas alternativas a la hospitalización²⁻⁵, la decidida apuesta de la reumatología por la actividad ambulatoria aporta valor añadido a la especialidad.

No obstante, el entorno sanitario, en gran medida, mide aún la importancia relativa de una disciplina clínica en función de la labor que realizan sus profesionales en las plantas de hospitalización. Ello se debe, en buena parte, a que los indicadores de actividad y los estándares de calidad asistencial están focalizados en el proceso de ingreso hospitalario y apenas contemplan el trabajo que se desarrolla en el área ambulatoria. Disponer de indicadores y de estándares que garanticen la calidad de la asistencia que se presta en esta área y que pongan de manifiesto el verdadero alcance de las prestaciones que allí se realizan, resulta imprescindible para poner en valor la importancia de especialidades que como la reumatología no se articulan alrededor del ingreso del paciente.

En España, se dispone de dos documentos realizados por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM) en el año 2002⁶ y por la Sociedad Española de Reumatología (SER) en el 2007⁷ en los que se exponen estándares de calidad asistencial para la asistencia reumatológica. Son documentos muy útiles a la hora de organizar y gestionar los servicios reumatología, si bien son de índole general, no específicos del área ambulatoria. Además, en ellos no se evalúan en profundidad algunas de las dinámicas asistenciales que han adquirido un especial auge en los últimos años.

En el ámbito de la atención ambulatoria, en los últimos años se ha publicado diversos artículos en relación con la actividad que se realiza en los hospitales de día reumatológicos. Así, se ha evaluado su funcionamiento en diversos servicios del país⁸, se ha analizado la situación en la Comunidad Valenciana, aportándose propuestas de mejora⁹ y, recientemente, el Grupo de Trabajo de Hospitales de Día de la SER ha definido unos estándares de calidad asistencial para esta área¹⁰. En cambio, no se dispone de ningún

documento en el que se haga referencia concreta a la actividad que se realiza en las consultas externas.

El objetivo del proyecto que se presenta, el proyecto EXTRELLA, ha sido establecer, mediante consenso, estándares de calidad asistencial para las consultas externas de reumatología. El proyecto EXTRELLA se integra en las actuaciones del Plan ICARO de mejora de la calidad asistencial en Reumatología, un proyecto de la SER (<http://www.ser.es/investigacion/Proyectos/Icaro/icaro.php>) que propicia el desarrollo de estándares de calidad para su implementación en la práctica clínica.

Métodos

El trabajo, iniciado en enero del 2013, se llevó a cabo con la participación de: a) un comité científico compuesto por 13 reumatólogos (un investigador principal y 12 investigadores colaboradores); b) 5 grupos nominales, que incluían en conjunto a 57 profesionales de la reumatología (45 reumatólogos y 12 enfermeras especializadas en reumatología), y c) un grupo de discusión de pacientes. Se contó con el apoyo metodológico y logístico de la Unidad de Investigación de la SER (UI-SER).

En la **figura 1** se expone la dinámica de actuación que llevó a la generación del documento definitivo.

Se dio comienzo al proyecto con la constitución de un grupo de discusión de pacientes, con el objetivo de recabar su opinión acerca de la atención que reciben en las consultas externas de reumatología y para identificar criterios de calidad asistencial susceptibles de ser tenidos en cuenta en el trabajo posterior con los profesionales. Se formó con 5 mujeres y 4 varones, de edades comprendidas entre 40 y 72 años, afectados de diversas enfermedades reumáticas, que recibían atención, desde al menos 2 años antes, en distintos hospitales de la Comunidad de Madrid. Se convocó al grupo a una reunión, que contó con la moderación de una metodóloga de la UI-SER. Los contenidos a debatir se estructuraron, mediante un guion previo, en 4 grupos principales: a) autopercepción de salud y enfermedad; b) acceso al especialista, visita y seguimiento; c) satisfacción percibida con la atención recibida, y d) sugerencias para la mejora en la atención.

Posteriormente, el investigador principal generó un primer borrador del documento integrando las aportaciones del grupo de discusión de pacientes y la información aportada por una búsqueda

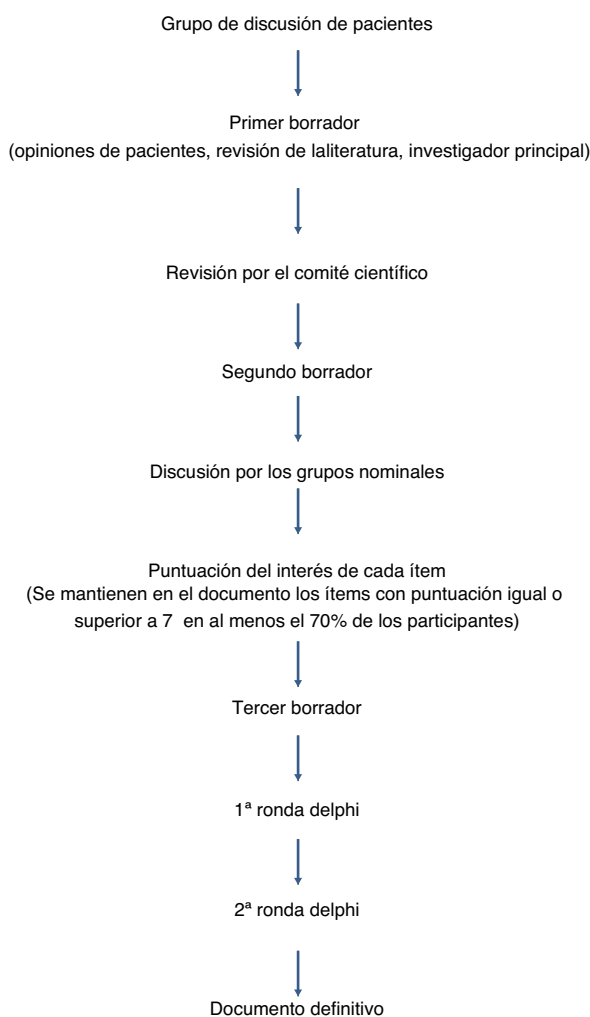


Figura 1. Dinámica de generación del documento definitivo.

sistemática de la literatura realizada por la UI-SER. Los restantes miembros del comité científico revisaron este primer borrador y con sus opiniones y aportaciones se generó un segundo borrador, que fue el que se discutió en los grupos nominales.

Se establecieron 2 tipos de grupo nominales: a) de especialistas en reumatología (4 grupos), y b) de enfermeras especializadas en reumatología (un grupo). Los reumatólogos se seleccionaron atendiendo a criterios de paridad de género (23 varones y 22 mujeres), distribución geográfica equitativa y proporcional a la población de cada comunidad autónoma (8 de Andalucía, 7 de Cataluña, 6 de la Comunidad de Madrid, 5 de la Comunidad Valenciana, 3 de Galicia, 2 de Canarias, Castilla-La Mancha, Castilla-León y País Vasco y 1 de Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Extremadura, La Rioja, Murcia y Navarra), tipo de hospital (15 hospitales de nivel 1 o básicos, 15 hospitales de nivel 2 o de referencia y 15 hospitales de nivel 3 o de alta tecnología) y puesto desempeñado (31 médicos adjuntos, 9 jefes de sección y 5 jefes de servicio). Las enfermeras trabajaban en hospitales de Andalucía (n = 2), Aragón (n = 1), Canarias (n = 1), Cataluña (n = 2), Comunidad Valenciana (n = 2), Comunidad de Madrid (n = 2), Galicia (n = 1) y País Vasco (n = 1); de ellas, 2 desempeñaban sus funciones en hospitales de nivel 1, 3 en hospitales de nivel 2 y 7 en hospitales de nivel 3.

La discusión del segundo borrador se realizó en el marco de 5 reuniones presenciales, una por cada grupo nominal, en las que el investigador principal exponía cada uno de los ítems del cuestionario y fomentaba su debate.

Una vez realizadas las sesiones presenciales, y tras un periodo de reflexión de aproximadamente 3 semanas, cada uno de los participantes valoró el interés de cada ítem del segundo borrador en una escala de 0 a 10 (0: nulo interés; 10: máximo interés) y adicionalmente cumplimentó aquellos ítems que precisaban de una expresión numérica. Existía la posibilidad de no puntuar aquellos ítems en que se considerase que no se disponía de opinión fundamentada acerca de su contenido.

A continuación, se analizaron las puntuaciones otorgadas a cada ítem. Los ítems que consiguieron una valoración igual o superior a 7 en al menos el 70% de los participantes se mantuvieron en el documento y el resto se eliminó. Se generó así un tercer borrador en el que se incluyeron ítems nuevos, fruto de las aportaciones en los grupos nominales, y en el que, además, se modificó ligeramente la redacción de algunos de ellos.

Este tercer borrador se sometió a una primera ronda Delphi en la que participaron los 58 especialistas en reumatología (45 de los grupos nominales y 13 del comité científico) y las 12 enfermeras adscritas al proyecto. Cada participante valoró el interés de cada ítem en una escala de 0 a 10. Se calcularon la media, la desviación estándar, el coeficiente de variación (CV), la mediana, los percentiles 25 y 75 y el rango intercuartílico. Tras evaluarse los resultados en la UI-SER, los ítems que alcanzaron una valoración igual o superior a 7 en al menos el 70% de los participantes, con un rango intercuartílico inferior a 4, pasaron ya a formar parte del documento definitivo.

Aquellos ítems que no alcanzaron una valoración igual o superior a 7 en al menos el 70% de los participantes y aquellos que presentaron un rango intercuartílico superior a 4 puntos se incluyeron en una segunda ronda Delphi. Tras ella, se añadieron al documento definitivo los ítems que alcanzaron una valoración igual o superior a 7 en al menos el 70% de los participantes.

El CV se categorizó según los siguientes puntos de corte: a) CV menor o igual a 25% = variabilidad muy baja; b) CV mayor del 25% y menor o igual al 50% = variabilidad baja; c) CV mayor del 50% y menor o igual al 75% = variabilidad media; d) CV mayor del 75% y menor o igual al 100% = variabilidad alta, y e) CV mayor del 100% = variabilidad muy alta.

Resultados

El documento consensuado consta de 148 estándares distribuidos en 9 áreas temáticas: a) estructura (n = 22), b) actividad clínica y relación con los pacientes (n = 34), c) planificación (n = 7), d) niveles de prioridad (n = 5), e) relación con atención primaria, con el servicio de urgencias y con otros servicios del hospital (n = 20), f) proceso (n = 26), g) enfermería (n = 13), h) docencia e investigación (n = 13) e i) cómputo de actividad (n = 8).

En 108 ítems (73%) se alcanzó una puntuación igual o superior a 7 en el 90% o más de los participantes; en 34 (23%) el porcentaje se situó entre el 80 y el 89%, y en 6 (4%) entre el 70 y el 79%. En 125 estándares (84%) el CV fue inferior o igual al 25%.

En las tablas 1-9 se exponen los estándares consensuados en cada una de las áreas temáticas, indicándose el porcentaje de participantes que otorgaron una puntuación igual o superior a 7, así como la media, la desviación estándar, la mediana y el CV de las puntuaciones. En la edición realizada en el formato papel se exponen las tablas 1-3; en la edición en formato *on line* se incluyen las 9 tablas (ver material anexo).

El contenido de cada área temática se resume a continuación.

A. Estructura

Las consultas externas de reumatología deben recibir luz natural, ser espaciosas y accesibles, y estar dotadas de un mobiliario

Tabla 1
Estándares de calidad asistencial en estructura

	% ≥ 7	Media	DE	Mediana	CV (%)
La zona de consultas externas debe ser accesible, sin barreras arquitectónicas que supongan una dificultad para la movilización de los pacientes con discapacidad	100	9,6	0,7	10	7,3
La zona de consultas externas debe estar dotada de un número suficiente de personal auxiliar (celadores) que garanticen el desplazamiento en silla de ruedas de los pacientes con discapacidad	94	8,8	1,3	9	14,8
La zona de consultas externas debe estar dotada de unos servicios higiénicos adaptados a los pacientes con discapacidad	97	9,4	0,9	10	9,6
La zona de consultas externas debe estar dotada de un sistema de climatización que asegure una temperatura ambiental adecuada	96	8,8	1,4	9	15,9
En la zona de consultas externas deben existir paneles de información con mensaje variable que sirvan de guía a los pacientes	87	8,1	1,4	9	17,3
En la zona de consultas externas debe existir un punto de información atendido por personal entrenado al que puedan acudir los pacientes para resolver dudas	93	8,9	1,4	9	15,7
En la zona de consultas externas las áreas administrativas deben estar claramente diferenciadas de las áreas clínicas	90	8,5	1,4	9	16,5
En la zona de consultas externas la gestión de las agendas debe estar informatizada	99	9,3	1,1	10	11,8
La zona de consultas externas debe estar dotada de un sistema automático de recepción basado en la Tarjeta Sanitaria Individual	84	7,9	2,1	8	26,6
La zona de consultas externas debe estar dotada de un sistema informático que refleje en la agenda del médico la llegada del paciente a la sala de espera	84	7,9	2,1	8	26,6
En la zona de consultas externas las salas de espera deben ser espacios diferenciados de los pasillos de acceso a los despachos	91	8,5	1,4	9	16,5
En la sala de espera de las consultas de reumatología las sillas deben ser ergonómicas, adecuadas para los pacientes con discapacidad	87	8,2	1,6	8	19,5
En la sala de espera de las consultas de reumatología debe haber al menos 6 sillas por cada despacho	84	8	1,5	8	18,7
En la sala de espera de las consultas de reumatología debe disponerse de al menos 10 m ² por cada despacho	87	8,2	1,9	9	23,2
El mobiliario mínimo en los despachos de las consultas de reumatología debe ser: teléfono, ordenador, impresora, mesa, un sillón para el profesional sanitario, 4 sillas, un taburete, camilla de exploración de altura regulable con rollo de papel, carrito o mesa auxiliar, biombo/cortina, perchas, armario y lavamanos	99	8,9	1	9	11,2
El material clínico mínimo en los despachos de las consultas de reumatología debe ser: tensiómetro, negatoscopio, báscula, tallímetro y material para realizar infiltraciones, artrocentesis y curas	97	9	1,5	9	16,7
En cada despacho de las consultas de reumatología se debe disponer de infraestructura informática que posibilite una conexión a Internet con opción de acceso a una biblioteca <i>on line</i>	100	9,6	0,8	10	8,3
En cada despacho de las consultas de reumatología se debe disponer de infraestructura informática que posibilite una conexión a los datos de la red intrahospitalaria y del área sanitaria	100	9,7	0,6	10	6,2
Cada despacho de las consultas de reumatología debe tener una dimensión de al menos 15 m ²	94	8,9	1,3	9	14,6
Un administrativo de las consultas de reumatología debe dar servicio a un máximo de 4 despachos	80	7,7	2,1	8	27,2
Los requerimientos estructurales de las consultas de reumatología deben ser los mismos con independencia de que estas estén ubicadas en el hospital o en un centro de especialidades	99	9,3	1	10	10,7
Las consultas de reumatología deben estar aireadas y recibir luz natural	93	9,0	1,7	10	18,9

CV (%): coeficiente de variación en porcentaje; DE: desviación estándar; % ≥ 7 : porcentaje de participantes que otorgaron al ítem una puntuación igual o superior a 7.

clínico adecuado y suficiente. La zona administrativa tiene que estar claramente diferenciada del área clínica. Se debe disponer de la infraestructura necesaria para asegurar una gestión informatizada de las agendas, así como una conexión a Internet y a los datos de la red hospitalaria y del área sanitaria. Los requerimientos estructurales tienen que ser los mismos, con independencia de que las consultas estén ubicadas en el hospital o en un centro de especialidades.

B. Actividad clínica y relación con los pacientes

La historia clínica debe estar informatizada y formar parte de un sistema integrado en el que se pueda acceder a toda la información asistencial del paciente (atención primaria, atención especializada, hospitalización, urgencias). La actividad clínica tiene que estar protocolizada y disponerse de un sistema de codificación de diagnósticos. El paciente, salvo imponderables, debe ser atendido siempre por el mismo reumatólogo que debe asegurarse que comprende los aspectos relevantes de su enfermedad y de su tratamiento. Es preciso garantizar una adecuada comunicación entre los reumatólogos y los pacientes y entre estos y el servicio de reumatología. Periódicamente, debe evaluarse la satisfacción del paciente con la atención recibida.

C. Planificación

El servicio de reumatología es el responsable de la planificación de las agendas de las consultas.

D. Niveles de prioridad

Se consideran 3 niveles de prioridad en las derivaciones a las consultas: 1) urgente (demora máxima de 72 h); 2) preferente (demora máxima de 15 días), y 3) ordinaria (la cita puede mantenerse dentro del plazo de demora existente). En las agendas de primera visita debe preestablecerse una carga de visitas urgentes y preferentes suficiente para cubrir las necesidades del área.

E. Relación con la atención primaria, con el servicio de urgencias y con otros servicios del hospital

El servicio de reumatología debe pactar protocolos asistenciales con atención primaria en los que figuren: 1) los procesos incluidos en la cartera de servicios de reumatología; 2) los criterios que rigen la derivación del paciente en cada proceso así como su nivel de prioridad; 3) el conjunto mínimo de datos que deben aportarse al realizar la derivación, y 4) las normas generales de seguimiento

Tabla 2
Estándares de calidad asistencial en actividad clínica y relación con los pacientes

	% \geq 7	Media	DE	Mediana	CV (%)
El tiempo de espera máximo del paciente en la sala de espera, una vez se ha cumplido la hora en que ha sido citado, debe ser de 30 min	82	8,1	1,9	9	23
Con el fin de salvaguardar su intimidad, la llamada a los pacientes que están en la sala de espera debe hacerse a través de un panel de información sin identificación nominal	72	7,3	2,2	7	30
La historia clínica debe tener soporte electrónico	99	9,2	1,0	10	11
La historia clínica en soporte electrónico debe formar parte de un sistema integrado en el que se pueda acceder a toda la información referente a la atención del paciente (atención primaria, atención especializada, hospitalización, urgencias)	100	9,6	0,6	10	7,5
En una primera visita de reumatología el conjunto mínimo de datos que deben constar son: a) motivo de consulta; b) anamnesis; c) exploración física; d) exploraciones complementarias (aportadas por el paciente y solicitadas); e) orientación diagnóstica; f) recomendaciones terapéuticas, y g) necesidad de revisiones y plazo recomendado o alta	100	9,5	0,7	10	7,4
En una visita de resultados el conjunto mínimo de datos que debe constar son: a) registro de incidencias desde la visita anterior; b) valoración de las exploraciones complementarias; c) juicio clínico del estado del paciente; d) diagnóstico; e) recomendaciones terapéuticas, y f) necesidad de revisiones y plazo recomendado o alta	100	9,5	0,8	10	8,4
En una visita sucesiva de reumatología el conjunto mínimo de datos que deben constar son: a) registro de incidencias desde la visita anterior; b) exploración física, c) juicio clínico del estado del paciente respecto de la visita anterior; d) recomendaciones terapéuticas, y e) necesidad de revisiones y plazo recomendado o alta	97	9,2	1,6	10	17,4
Tras finalizar la visita, el reumatólogo debe recetar la medicación, preferentemente por vía electrónica, y asegurarse que el paciente ha comprendido el plan terapéutico instaurado	100	9,3	0,9	10	9,7
En las consultas de reumatología la cita sucesiva se suministrará al paciente inmediatamente después de que el reumatólogo haya finalizado la visita	93	8,6	1,5	9	17,4
El proceso de alta necesariamente comportará la emisión de un informe escrito que se entregará o se hará llegar al paciente y que se incluirá como documento adjunto en la historia clínica electrónica	96	9,2	1,2	10	13
En un informe de alta el conjunto mínimo de datos que deben constar son: a) el motivo de consulta; b) antecedentes relevantes; c) historia actual; d) exploración física; e) exploraciones complementarias; f) diagnóstico; g) plan terapéutico, y h) instrucciones específicas para el médico de familia	99	9,2	1	10	10,9
La actividad asistencial en las consultas de reumatología debe estar protocolizada con la finalidad de disminuir la variabilidad en la práctica clínica	96	8,6	1,2	9	14
Los datos que se incluyen en las historias clínicas deberán estar en consonancia con las guías de práctica clínica de la especialidad de reumatología	97	8,9	1,1	9	12,4
El servicio de reumatología debe adoptar un sistema de codificación de diagnósticos para conocer su casuística y evaluar su actividad	93	8,8	1,4	9	15,9
El reumatólogo debe informar al paciente de los aspectos relevantes de su enfermedad (diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico)	100	9,5	0,7	10	7,4
El reumatólogo debe asegurarse de que el paciente comprende los aspectos relevantes de su enfermedad (diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico)	97	9,1	1,2	9	13,2
En las consultas de reumatología, salvo imponderables, el paciente debe ser atendido por el mismo reumatólogo	97	8,9	1,3	9	14,6
A todos los pacientes atendidos en las consultas de reumatología se les debe proporcionar una cita horaria personalizada, con el fin de evitarles esperas innecesarias	93	8,9	1,4	9	15,7
Debe solicitarse al paciente que se comunique con el centro en caso de no poder asistir a una cita previamente concertada, con la finalidad de que esta pueda ser utilizada por otro paciente	96	9	1,5	10	16,7
El paciente debe conocer el número de teléfono al que llamar para anular visitas o reprogramarlas	97	9,2	1,5	10	16,3
El paciente debe tener garantizado el acceso rápido a las consultas de reumatología en caso de empeoramiento de su enfermedad o aparición de eventos inesperados	94	9,1	1,5	10	16,5
El paciente debe conocer el número de teléfono al que llamar para consultar temas relacionados con su enfermedad y su tratamiento	94	8,9	1,4	9	15,7
Es recomendable que se especifique un horario de atención preferente de consulta telefónica con la finalidad de minimizar el impacto sobre la actividad asistencial	94	9	1,2	9	13,3
Todos los miembros del servicio de reumatología deben guardar la uniformidad del centro y llevar en lugar visible una tarjeta de identificación con sus datos personales	90	8,6	1,6	9	18,6
En las consultas de reumatología debe disponerse de folletos informativos y de direcciones de páginas web en donde se expliquen las características de las diversas enfermedades reumáticas y de su tratamiento	77	7,7	1,8	8	23,4
Debe evaluarse periódicamente la satisfacción del paciente con la atención recibida en las consultas de reumatología mediante cuestionarios de calidad percibida y el análisis de las reclamaciones y sugerencias formuladas en la Unidad de Atención al Usuario	81	7,7	2	8	26
En la zona de consultas externas debe haber información específica acerca de la existencia en el centro de una Unidad de Atención al Usuario y de una Unidad de Trabajo Social	81	7,7	1,9	8	24,7
En la puerta de cada despacho de las consultas de reumatología debe constar el nombre del reumatólogo o de la enfermera que va a prestar la atención	88	8,3	1,7	8	20,5
Es aconsejable que en las consultas de reumatología se realice actividad de tarde, al menos una vez por semana, con la finalidad de facilitar la accesibilidad de los pacientes	73	7	1,9	7	27,1
En las consultas de reumatología debe proporcionarse información específica a los pacientes acerca de quiénes son el reumatólogo y la enfermera que actúan como su referente asistencial	88	8,4	1,9	9	22,6
En las consultas de reumatología, la visita de los delegados de la industria farmacéutica debe estar regulada por horarios específicos de atención	87	8,6	1,7	9	19,8
El reumatólogo, en las visitas sucesivas, debe revisar sistemáticamente la medicación con el paciente para detectar y resolver problemas relacionados con su eficacia, seguridad y adherencia	100	9,3	0,9	10	9,7
En los pacientes con déficit de autonomía, el reumatólogo, junto con la enfermera, debe identificar a la persona que actúa como cuidador y valorar su capacidad para asumir esa función	80	7,8	2,3	8	29,5
En las consultas de reumatología debe contemplarse la posibilidad de realizar consultas grupales y disponerse de la infraestructura necesaria para llevarlas a cabo	75	7,4	2,2	8	33,6

CV (%): coeficiente de variación en porcentaje; DE: desviación estándar; % \geq 7: porcentaje de participantes que otorgaron al ítem una puntuación igual o superior a 7.

Tabla 3
Estándares de calidad asistencial en planificación

	% ≥ 7	Media	DE	Mediana	CV (%)
El servicio de reumatología es el responsable de la planificación de las agendas de las consultas	100	9,5	0,7	10	7,4
La antelación con que debe solicitarse una modificación de agenda por un motivo programado (asistencia a congresos o actividades docentes entre otras) debe ser de 30 días	90	8,5	1,4	9	16,5
La antelación con la que debe solicitarse una modificación de agenda por periodo vacacional debe ser de 60 días	87	8,2	1,8	9	22
Corresponde al servicio de reumatología efectuar la desprogramación y reasignación de las citas en los casos en que las alteraciones de la programación se hayan efectuado en los plazos establecidos	96	9	1,4	10	15,6
Las alteraciones en la programación de la actividad de consultas no notificadas en los plazos establecidos deberán ser asumidas por el propio servicio de reumatología	84	8,4	1,9	9	22,6
En los pacientes cuya cita ha sido desprogramada por motivos ajenos a él, el tiempo máximo que puede transcurrir hasta la nueva cita debe ser de 15 días	97	8,8	1,5	9	17
Debe contemplarse la posibilidad de visitar en el día a pacientes que han acudido a las consultas sin cita previa por empeoramiento de su enfermedad, evento inesperado o derivación desde el servicio de urgencias. Se valorará preestablecer, de forma sistemática, huecos en las agendas para poder atenderlos sin interferir en la actividad habitual	96	8,7	1,8	9	20,7

CV (%): coeficiente de variación en porcentaje; DE: desviación estándar; % ≥ 7: porcentaje de participantes que otorgaron al ítem una puntuación igual o superior a 7.

de pacientes reumatológicos en el ámbito de la atención primaria. Deben establecerse canales de comunicación entre el servicio de reumatología y atención primaria con la finalidad de detectar y corregir, periódicamente, las desviaciones en la aplicación del protocolo asistencial. De la misma forma, deben pactarse protocolos asistenciales con el servicio de urgencias y con otros servicios del hospital.

F. Proceso

El servicio de reumatología debe impulsar, siempre que los recursos asistenciales lo permitan, consultas monográficas, consultas multidisciplinarias y consultas de alta resolución. El servicio de reumatología es el responsable de la definición de las agendas de las consultas y de la regulación de los tiempos necesarios para cada tipo de visita, diferentes según la patología que se atiende. En las consultas externas se debe poder realizar las técnicas diagnósticas propias de la especialidad. El número máximo de días de consulta por semana que debe realizar un reumatólogo es de 4 y el número máximo de horas de consulta diaria de 5.

G. Enfermería reumatológica

El servicio de reumatología debe contar, al menos, con una enfermera especializada. Esta debe disponer de una consulta, con agenda propia, en la que desarrollar su actividad asistencial. La enfermera adscrita al servicio de reumatología debe acreditar un conocimiento suficiente de la especialidad antes de ejercer las funciones inherentes a la consulta de enfermería reumatológica.

H. Docencia e investigación

Las consultas externas constituyen un espacio docente para las prácticas clínicas de los estudiantes y para la formación de los especialistas. Los pacientes deben conocer que se está realizando actividad docente en el despacho en que son atendidos. Asimismo, han de saber que son atendidos por especialistas en formación. Es preciso habilitar agendas específicas para los pacientes incluidos en ensayos clínicos.

I. Cómputo de actividad

El índice de resolución (relación primeras visitas/visitas sucesivas) debe ajustarse por las características de la especialidad de reumatología. Debe computarse como actividad asistencial diferenciada: 1) las visitas sin cita previa; 2) la redacción de informes;

3) las consultas telefónicas; 4) las consultas *on line*; 5) las técnicas propias de la especialidad, y 6) las visitas de ensayos clínicos.

Discusión

El marco normativo general de la actividad clínica en consultas externas está descrito en la Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada, publicada por la Subdirección General de Atención Especializada del Ministerio de Sanidad¹. Es una guía operativa en términos de procedimiento, pero con escasas referencias a la calidad asistencial.

Con el presente proyecto se ha generado el que, en nuestro conocimiento, es el primer documento de estándares de calidad asistencial específicamente diseñado para ser aplicado en las consultas externas de reumatología. Sus principales fortalezas radican en la utilización de una metodología de consenso, en el elevado número de participantes y en la inclusión de la perspectiva del paciente. Además, en él se hace referencia a toda la actividad que se lleva a cabo en el área de consultas externas, circunstancia que lo diferencia de otros documentos previamente publicados, en los que se aportan estándares de calidad asistencial para determinados tipos de consultas, como la de enfermería reumatológica¹¹ y la de artritis de inicio¹².

En la revisión de la literatura efectuada no se han identificado experiencias similares a la que se presenta. De hecho, la mayoría de los estándares de calidad asistencial publicados se dirigen a orientar la actuación frente a enfermedades concretas¹³⁻¹⁵ o a regular el funcionamiento de unidades funcionales específicas¹⁶⁻¹⁸.

La referencia inmediata del proyecto EXTRELLA es el documento de estándares de calidad asistencial realizado por Alonso et al. y auspiciado por la SER⁷, en el que se definieron unos criterios de calidad asistencial y de tiempos mínimos en reumatología, tanto en atención a los pacientes como en formación e investigación. El número de participantes ha sido muy similar y la búsqueda de consenso también se ha realizado con un Delphi a 2 rondas. Las diferencias entre ambos proyectos radican en que en este: a) los participantes que no formaban parte del comité científico han podido expresar, en el seno de los grupos nominales, su opinión acerca del contenido del cuestionario y formular propuestas de cambio; b) se ha recogido la visión de los pacientes mediante un grupo de discusión, y 3) se ha recabado la opinión de enfermeras especializadas en reumatología (21% del total de participantes).

Se ha tenido especial cuidado en llevar a cabo una distribución territorial proporcional de los participantes, así como una estratificación por nivel hospitalario, elementos importantes en tanto que se ha pretendido obtener unos estándares de calidad que sean válidos con independencia del índice de complejidad del centro y del modelo asistencial vigente.

Se ha conseguido generar un número importante de estándares, encuadrados en 9 áreas temáticas; el mayor número corresponde a las áreas con importante contenido clínico-asistencial, como son «actividad clínica y relación con los pacientes» y «proceso». Globalmente, el grado de acuerdo alcanzado puede considerarse muy alto. Así, el 90% de los participantes otorgaron una puntuación igual o superior a 7 en prácticamente 3 cuartas partes de los ítems. Existen, no obstante, diferencias en virtud de los diversos estándares considerados. Los mayores porcentajes se obtuvieron en los estándares de «cómputo de actividad» y de «relación con atención primaria, con el servicio de urgencias y con otras áreas del hospital», mientras que los menores porcentajes se observaron en los de «estructura» y de «actividad clínica y relación con los pacientes».

En el documento, se aboga por dotar a las consultas externas de una estructura adecuada, tanto en términos de dimensionado físico como de mobiliario clínico y recursos informáticos, se enfatiza la necesidad de que sea fácil y rápida la comunicación entre los pacientes y el servicio, y que la actividad asistencial esté protocolizada. Se asume que tanto la planificación como la gestión de las agendas corresponden al propio servicio de reumatología, que toda la actividad realizada debe computarse y que es preciso disponer de unos tiempos asistenciales mínimos.

También se impulsa la creación de nuevas modalidades asistenciales como las consultas multidisciplinarias¹⁹, las consultas de alta resolución (unidades de diagnóstico rápido)² y las consultas no presenciales²⁰⁻²² y se resalta que debe establecerse una conexión funcional con la atención primaria, con el servicio de urgencias y con otros servicios del hospital, con el fin de mejorar la eficiencia en la derivación de los procesos que más se benefician de una atención especializada^{12,23-25}. Además, se refuerza la importancia del papel de la enfermera especializada²⁶, que debe disponer de consulta y agenda propias, y se pone de manifiesto que las consultas externas son un espacio en el que se realiza actividad docente e investigación clínica.

Finalmente, se establece que periódicamente debe recabarse la opinión de los pacientes para conocer el grado de satisfacción con la atención recibida, circunstancia importante, máxime cuando el aumento de la calidad percibida global parece depender más de la mejoría en aspectos relacionados con la estructura y el proceso que con los resultados²⁷.

En conclusión, con el proyecto EXTRELLA se ha conseguido consensuar, con un elevado grado de acuerdo, unos estándares de calidad asistencial que se estima pueden resultar útiles para organizar y gestionar la actividad de las consultas externas de los servicios de reumatología.

Resulta indudable que, hoy por hoy, y sin que ello suponga una merma en la asistencia que se presta, en muchos centros de nuestro país no es posible cumplir los estándares que se presentan. En esos casos, el documento, lejos de generar desánimo, puede contemplarse como un horizonte a alcanzar, como un objetivo a conseguir, en definitiva como un marco de referencia a la hora de elevar propuestas de mejora a la gerencia del hospital o a otros estamentos de la administración.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Proyecto promovido por la Fundación Española de Reumatología con la financiación de Roche. La compañía no ha participado en el diseño del proyecto ni ha intervenido en las conclusiones o escritura del informe final y del presente manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses para los fines de este estudio.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.11.004>.

Anexo 1.

Miguel Ángel Abad Hernández
 Juan José Alegre Sancho
 Raquel Almodóvar González
 María Ángeles Álvarez Cidoncha
 María Carmen Arias Juana
 Francisco Javier Ballina García
 Rocío Baturone Rey
 Joaquín Belzunegui Otano
 Pilar Bernabeu González
 Juan José Bethencourt Baute
 Laura Cano García
 Amelia Carbonell Jordá
 José Luis de la Iglesia Salgado
 Carmen Domínguez Quesada
 Sílvia García Díaz
 José Francisco García Llorente
 Antonio García Sánchez
 Susana Gómez Castro
 Beatriz González Álvarez
 Laura González Hombrado
 María del Rocío González Molina
 José Luis Guerra Vázquez
 María del Carmen Herrero Manso
 Sílvia Niesta Escolano
 Antonio Juan Mas
 Eduardo Kanterewicz Binstock
 María José León Cabezas
 José María Llobet Zubiaga
 Francisco Javier López Longo
 Eduardo Loza Cortina
 Inmaculada Macías Fernández
 José María Martín Martín
 Olga Martínez González
 María Cristina Mata Arnaiz
 María Ángeles Matías de la Mano
 Núria Montalà Palau
 Rosa Morlà Novell
 Ana Ortiz García
 Ángela Pecondón Español
 Eva Pérez Pampín
 Valvanera Pinillos Aransay
 Gema Poveda Marín
 José Santos Rey Rey
 Elena Riera Alonso
 Basilio Rodríguez Díez
 José Manuel Rodríguez Heredia
 José Andrés Román Ivorra
 Montserrat Romero Gómez
 Antonio Romero Pérez
 Susana Romero Yuste
 Alejandro San Martín Álvarez
 Ricardo Sánchez Parera
 Xavier Surís Armangué
 Rosa Varela Míguez
 María del Carmen Vargas Lebrón
 Paloma Vela Casasempere
 Javier Vidal Fuentes

Bibliografía

1. Guía de Gestión de Consultas Externas en Atención Especializada. Subdirección General de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. <http://bvingesa.mspsi.es/bvingesa/es/catalogo.imagenes/grupo.cmd?path=1002340> [consultado 30 Dic 2015].
2. Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S, Grupo de Trabajo de los Servicios de Medicina Interna. Alternativas a la hospitalización convencional en Medicina Interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:620–6.
3. Purdey S, Huntley A. Predicting preventing avoidable hospital admissions: A review. *J R Coll Physicians Edinb*. 2013;43:340–4.
4. Pericás JM, Aibar J, Soler N, López-Soto A, Sanclemente-Ansó C, Bosch X. Should alternatives to conventional hospitalisation be promoted in an era of financial constraint? *Eur J Clin Invest*. 2013;43:602–15.
5. Gupta S, Sukhal S, Agarwal R, Das K. Quick diagnosis units –An effective alternative to hospitalization for diagnostic workup: A systematic review. *J Hosp Med*. 2014;9:54–9.
6. Panel de expertos recomendados por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid. Criterios de calidad para la asistencia reumatológica. (Recomendaciones oficiales de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid). *Rev Esp Reumatol*. 2002;29:155–7.
7. Alonso Ruiz A, Vidal Fuentes J, Tornero Molina J, Carbonell Abelló J, Lázaro P, Mercado D, et al. Estándares de calidad asistencial en reumatología. *Reumatol Clin*. 2007;3:218–25.
8. Román Ivorra JA, Sanmartí R, Collantes-Estévez E, Carreño Pérez L, Betegón L. Modelo de excelencia en el Hospital de Día de Reumatología en España. *Reumatol Clin*. 2013;9:142–7.
9. Román Ivorra JA, Rosas Gómez-Salazar J, Calvo Catalá J. Grupo para el estudio de los hospitales de día de reumatología de la Sociedad Valenciana de Reumatología. Introduction of a day-care hospital model: Proposals for measures that guarantee the specific needs of rheumatology services in the Community of Valencia (Spain). *Reumatol Clin*. 2011;7:421–2.
10. García-Vicuña R, Montoro M, Egües Dubuc CA, Bustabad Reyes S, Gómez-Centeno A, Muñoz-Fernández S, et al. Estándares de calidad en una Unidad de Hospitalización de Día reumatológica. Propuesta del Grupo de Trabajo de Hospitales de Día de la Sociedad Española de Reumatología. *Reumatol Clin*. 2014;10:380–8.
11. Muñoz Fernández S, Lázaro y de Mercado P, Alegre López J, Almodóvar González R, Alonso Ruiz A, Ballina García FJ, et al. Estándares de calidad asistencial para las consultas de enfermería en reumatología. *Reumatol Clin*. 2013;9:206–15.
12. Román Ivorra JA, Martínez JA, Lázaro P, Navarro F, Fernandez Nebro A, de Miguel E, et al. Quality of care standards for early arthritis clinics. *Rheumatol Int*. 2013;33:2459–72.
13. Abad MA, Ariza RA, Aznar JJ, Batlle E, Beltrán E, de Dios Cañete J, et al. Standards of care for patients with spondyloarthritis. *Rheumatol Int*. 2014;34:165–70.
14. Edwards JJ, Khanna M, Jordan KP, Jordan JL, Bedson J, Dzedzic KS. Quality indicators for the primary care of osteoarthritis: A systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:490–8.
15. Stoffer MA, Smolen JS, Woolf A, Ambrozic A, Berghea F, Boonen A, et al. Development of patient-centred standards of care for osteoarthritis in Europe: The eumusc.net-project. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1145–9.
16. Hauptman PJ, Rich MW, Heidenreich PA, Chin J, Cummings N, Dunlap ME, et al. The heart failure clinic: A consensus statement of the Heart Failure Society of America. *J Card Fail*. 2008;14:801–15.
17. Doggen K, van Acker K, Beele H, Dumont I, Félix P, Lauwers P, et al. Implementation of a quality improvement initiative in Belgian diabetic foot clinics: Feasibility and initial results. *Diabetes Metab Res Rev*. 2014;30:435–43.
18. De la Morena Vicente MA, Ballesteros Plaza L, Martín García H, Vidal Díaz B, Anaya Caravaca B, Pérez Martínez DA. Quality measures in neurology consult care for epileptic patients. *Neurología*. 2014;29:267–70.
19. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, Ribera M, Román J, Calvet J, et al. Experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinaria de psoriasis y de artritis psoriásica. *Reumatol Clin*. 2014;10:141–6.
20. Chen AH, Murphy EJ, Phil D, Yee HF Jr. eReferral. A new model for integrated care. *N Engl J Med*. 2013;368:2450–3.
21. Roberts LJ, Lamont EG, Lim I, Sabesan S, Barrett C. Telerheumatology: An idea whose time has come. *Intern Med J*. 2012;42:1072–8.
22. Tejera Segura B, Bustabad S. Una nueva forma de comunicación entre reumatología y atención primaria: la consulta virtual. *Reumatol Clin* 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2015.01.003>
23. Villaverde V, Descalzo MA, Carmona L, Bascones M, Carbonell J. Grupo de estudio SERAP. Características de una unidad de artritis precoz que mejoran la eficiencia de la derivación: encuesta a las unidades SERAP. *Reumatol Clin*. 2011;7:236–40.
24. López-González R, Hernández-Sanz A, Almodóvar-González R, Gobbo M. Grupo Esperanza. ¿Se derivan adecuadamente las espondiloartropatías desde primaria a especializada? *Reumatol Clin*. 2013;9:90–3.
25. Naranjo A, Ojeda-Bruno S, Bilbao Cantarero A, Quevedo Abeledo JC, Henríquez-Hernández LA, Rodríguez-Lozano C. Resultados de un modelo de prevención secundaria de fractura osteoporótica coordinado por reumatología centrado en la enfermera y el médico de atención primaria. *Reumatol Clin*. 2014;10:299–303.
26. Carbonell Jordá A, Minguez Veja M, Panadero Tendero G, Bernabeu González P. Implicación clínica del profesional de enfermería en la consulta de reumatología. *Reumatol Clin*. 2008;4:228–31.
27. Rademakers J, Delnoij D, de Boer D. Structure, process or outcome: Which contributes most to patients' overall assessment of healthcare quality. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:326–31.