

Original

Estándares de calidad asistencial para las consultas de enfermería en reumatología

Santiago Muñoz Fernández^a, Pablo Lázaro y De Mercado^{b,*}, Javier Alegre López^c, Raquel Almodóvar González^d, Alberto Alonso Ruiz^e, Francisco Javier Ballina García^f, Ana María Bilbao Cantarero^g, Mercedes Cabañas Sáenz^b, Rosario García-Vicuña^h, Mauricio Mínguez Vegaⁱ, Isabel Padró Blanch^j, José Andrés Román Ivorra^k y Encarnación Roncal Marqueta^l

^a Servicio de Reumatología, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^b Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS), Madrid, España

^c Sección de Reumatología, Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España

^d Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^e Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, Vizcaya, España

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

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

^h Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, España

ⁱ Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

^j Servicio de Reumatología, Hospital del Mar, Barcelona, España

^k Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^l Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de julio de 2012

Aceptado el 24 de octubre de 2012

On-line el 18 de mayo de 2013

Palabras clave:

Reumatología

Enfermería

Calidad asistencial

R E S U M E N

Introducción: Las consultas de enfermería en reumatología (CER) son modelos organizativos asistenciales en el ámbito de competencias de enfermería. Hay diversos modelos de CER, pero no existe una definición operacional. El objetivo del proyecto es elaborar estándares de calidad para definir y caracterizar una CER.

Método: Estudio Delphi a 2 rondas. El panel estuvo constituido por 67 expertos: reumatólogos y enfermeras del Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (SER). El cuestionario se elaboró tras revisión bibliográfica y experiencias de proyectos previos de la SER. El cuestionario consta de 7 apartados: consideraciones generales, estándares de estructura, de proceso, de tratamiento y seguimiento, educación sanitaria, formación e investigación y calidad asistencial. Cada ítem se puntuó de 1 (menos importante) a 9 (más importante) o mediante una cifra. El grado de acuerdo de los expertos se categorizó según el coeficiente de variación (CV) entre muy alto ($CV \leq 25\%$) y muy bajo ($CV > 100\%$).

Resultados: El cuestionario de la segunda ronda (182 ítems) fue respondido por 46 panelistas (34 reumatólogos y 12 enfermeras). Se obtuvo un grado de acuerdo muy importante en los estándares generales, de estructura, de proceso, de tratamiento y seguimiento, educación sanitaria y calidad asistencial. Se encontró menor acuerdo en los estándares relacionados con el tiempo para formación, el número de proyectos de investigación propios de enfermería y de publicaciones recomendables.

Conclusión: Los estándares desarrollados en este estudio permitirían establecer mínimos deseables de calidad de estructura, proceso, labor asistencial, investigadora y docente que se pueden utilizar para desarrollar y evaluar las CER.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: plazaro@taiss.com (P. Lázaro y De Mercado).

Quality of care standards for nursing clinics in rheumatology

A B S T R A C T

Keywords:
Rheumatology
Nursing
Quality of care

Background: Nursing clinics in rheumatology (NCR) are organizational models in the field of nursing care. There are various NCR models, but there is no consensus on its operational definition. Our objective is to develop quality standards to define and characterize a NCR.

Method: Two-round Delphi method. The panel consisted of 67 experts: Rheumatologists and nurses of the nursing working group of the Spanish Society of Rheumatology (SSR). The Delphi questionnaire was developed after a literature and experience review from previous SSR projects. The questionnaire consists of 7 sections: general considerations, standards of structure, process, treatment and monitoring, health education, training and research and quality of care. Each item was scored from 1 (least important) to 9 (most important) or by assigning a number (e.g., waiting days). The degree of agreement among the experts was categorized according to the coefficient of variation (CoV) between very high (CoV \leq 25%) and very low (CoV $>$ 100%).

Results: The second round questionnaire (182 items) was answered by 46 panelists (34 rheumatologists and 12 nurses). A very important agreement was reached on the general standards of structure, process, treatment and monitoring, health education and quality of care. Less agreement was observed on standards related to training time, number of recommended nurses' research projects and publications.

Conclusion: The standards developed in this study would be useful for establishing desirable quality standards of structure and process, and criteria for clinical work, research and teaching that can be used to develop and evaluate the NCRs.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las consultas de enfermería en reumatología (CER) son modelos organizativos asistenciales centrados en el paciente reumatológico en el ámbito de competencias de enfermería. Las CER se han ido desarrollando en los últimos años, pero su implantación en España es aún escasa. Hay diversos modelos de CER y no existe una definición operacional. Aunque hay escasa evidencia científica, se podría asumir que las CER optimizan las competencias de cada profesional y contribuyen a mejorar la eficiencia y la calidad asistencial disminuyendo costes, especialmente en consultas médicas, mejorando los resultados en efectividad y calidad de vida, y la satisfacción percibida por el paciente. Ante la dificultad para encontrar una definición de CER en la literatura existente y su potencial relevancia en la calidad asistencial, se diseñó este proyecto de investigación con el propósito general de contribuir a la definición operativa de una CER y de avanzar en la exploración de aquellos aspectos asistenciales, docentes e investigadores de la CER que pudiesen ayudar a medir su calidad.

Para abordar el propósito del proyecto se consideró como método más apropiado un estudio Delphi dirigido a expertos en el tema. El método Delphi fue desarrollado inicialmente por Rand Corporation en los Estados Unidos para hacer previsiones sobre temas militares después de la II Guerra Mundial. Posteriormente, se ha utilizado en diversas aplicaciones, además de en las predictivas, como establecimiento de prioridades o formulación de estrategias^{1,2}. El objetivo de esta técnica es mejorar los juicios y pronósticos sobre temas en los que existe incertidumbre, mediante la opinión de expertos. Se basa en la idea de que el grado de consenso obtenido entre un grupo de expertos que conozcan bien los temas en estudio da una idea muy aproximada de la dimensión real de esos temas³. Es una técnica muy útil para acercarse a conocer un problema cuando no puede ser abordado con aproximaciones experimentales. La técnica Delphi ha sido utilizada en una gran variedad de estudios relacionados con la salud. Por ejemplo, para hacer predicciones⁴⁻⁷, diseñar estrategias o establecer prioridades⁸⁻¹², y especialmente para elaborar estándares de calidad asistencial y de uso apropiado de tecnología médica¹³⁻²⁰. Con este método se diseñó el presente proyecto, cuyo objetivo es desarrollar criterios y estándares de calidad que permitan definir y caracterizar las CER.

Métodos

El proyecto fue una iniciativa del Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (GTESER), llevado a cabo por un comité científico (CC) constituido por 10 reumatólogos y 3 enfermeras. Además, participaron 2 investigadores con experiencia en la metodología utilizada. El esquema del desarrollo del proyecto se muestra en la figura 1.

Tras definir los objetivos del proyecto, se elaboró un cuestionario específico dirigido a expertos en el tema, para aplicar la metodología Delphi. Básicamente, el método Delphi se lleva a cabo mediante una serie de rondas en cada una de las cuales se distribuyen cuestionarios con preguntas específicas a un grupo de expertos que puntúan sus opiniones en una escala cuantitativa. En la segunda ronda, y siguientes si las hay, los expertos reciben «retroalimentación» sobre las puntuaciones del resto del grupo (en la forma de la puntuación media de cada pregunta, por ejemplo) y tienen la oportunidad de revisar y cambiar su puntuación, si lo desean. El proceso termina cuando se considera que se ha llegado a un determinado nivel de consenso o que la información obtenida es suficiente. Este método garantiza el anonimato de las respuestas para cada respondedor (cada respondedor sabe lo que él ha respondido, sabe cuántos han respondido qué respuesta, pero no sabe quién ha respondido qué). El anonimato de las respuestas evita que el grupo sea dominado por individuos poderosos o vehementes, que son características no necesariamente asociadas al conocimiento. Además, una de las fortalezas del método Delphi consiste en que identifica el grado de acuerdo, pero no fuerza el consenso, lo cual permite ponderar las opiniones expresadas en función del número de respondedores y la intensidad de sus respuestas.

En este proyecto, se utilizó el método Delphi a 2 rondas con la distribución de cuestionarios por correo electrónico. Para elaborar el cuestionario de la primera ronda del Delphi, se construyó una lista de características que podrían describir una CER o estándares que debería cumplir. Para ello, se partió de los resultados y las experiencias de proyectos de la SER: SERAP²¹, Esperanza²², EMAR²³, de guías de práctica clínica de la SER^{24,25} y de una publicación de estándares de calidad asistencial en reumatología¹⁵. La lista de características o estándares se agrupó en los siguientes apartados: 1) consideraciones iniciales; 2) estándares de estructura; 3) estándares de proceso; 4) tratamiento y seguimiento; 5) educación

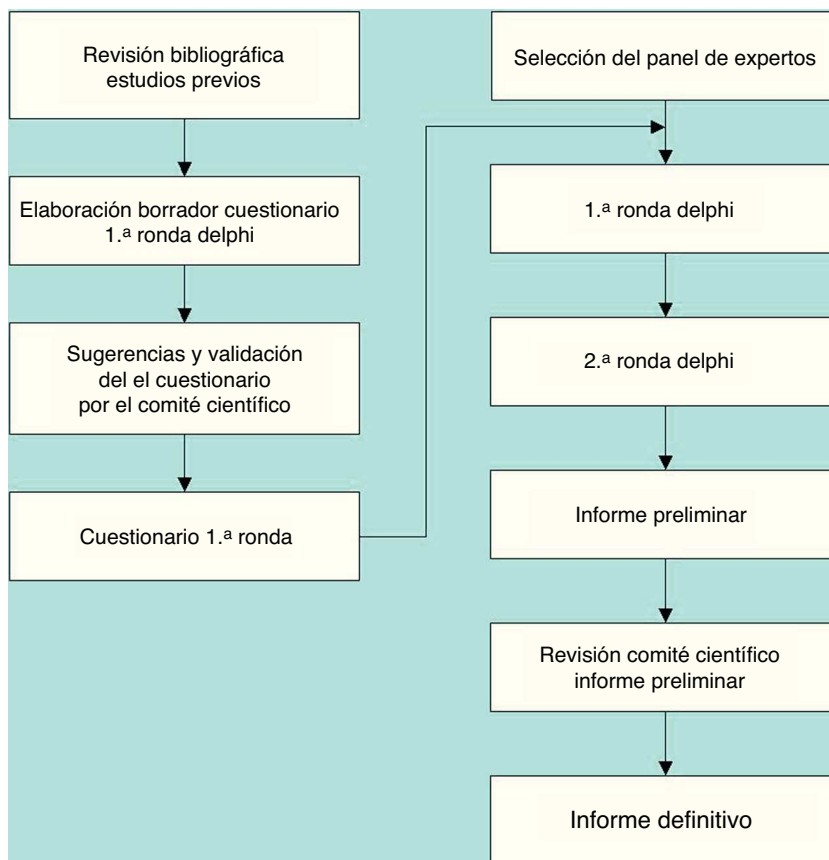


Figura 1. Esquema general del desarrollo del proyecto.

sanitaria; 6) formación/investigación del personal de enfermería de la CER, y 7) calidad asistencial.

Se elaboró un primer borrador del cuestionario que se envió a los miembros del CC para verificar la relevancia de los ítems, que el enunciado no fuese ambiguo y que la forma de responderlos fuese apropiada. Con las aportaciones del CC, se diseñó el cuestionario definitivo de la primera ronda que constaba de 159 ítems agrupados en los 7 apartados mencionados, y dentro de cada apartado, agrupados en función del tipo de respuesta.

Para responder al cuestionario se constituyó un panel compuesto por los 13 miembros del CC y 54 expertos (reumatólogos y enfermeras).

Para puntuar los indicadores, se empleó el método Delphi a 2 rondas⁸. Cada panelista recibió por correo electrónico en octubre de 2010 un libro Excel con 3 hojas: 1) introducción y explicación del proyecto; 2) instrucciones sobre cómo cumplimentar el cuestionario, y 3) el cuestionario de la primera ronda. Se estableció un plazo de 15 días para responderlo.

Para cada uno de los indicadores, los panelistas puntuaron una cifra, dependiendo del indicador elegido. En ocasiones tuvieron que puntuar en una escala de 1 a 9 (1 = nada importante y 9 = muy importante), según la importancia que conceden al enunciado de ese ítem. En otras ocasiones, se les pidió que cuantificasen el valor de un indicador (p. ej., el número máximo de habitantes por cada enfermera de una CER). Para elaborar el cuestionario de la segunda ronda, se realizó un análisis descriptivo, calculando la media y desviación estándar (DE) de las respuestas de cada indicador. Con este análisis se elaboró una hoja específica, en formato Excel, para cada uno de los panelistas. Esta hoja incluía, para cada indicador, la media, la DE y la respuesta que dio ese panelista concreto, en la primera ronda. Por lo tanto, se hicieron tantos cuestionarios diferentes como panelistas respondieron a la primera ronda.

Además, con las sugerencias dadas por los panelistas en el cuestionario de la primera ronda se preparó el cuestionario definitivo para la segunda ronda del Delphi.

El 17 de diciembre del 2010, se envió por correo electrónico el cuestionario de la segunda ronda a los panelistas que respondieron a la primera. Este cuestionario constaba de 182 ítems. Cada uno de ellos incluía las puntuaciones del grupo (media y DE) y la propia puntuación de la primera ronda del panelista. Se pidió a cada panelista que puntuase de nuevo cada ítem, pudiendo mantener la misma puntuación de la primera ronda, o modificarla¹³⁻¹⁵. A los panelistas se les dio un plazo de 15 días para responder.

Una vez recibidas las puntuaciones, se realizó el análisis estadístico de la segunda ronda de puntuaciones. Para categorizar la variabilidad en las respuestas y su opuesto (el acuerdo), se utilizó el coeficiente de variación (CV) categorizado con los siguientes puntos de corte: CV menor o igual al 25% = variabilidad muy baja (acuerdo muy alto); CV mayor del 25% y menor o igual al 50% = variabilidad baja (acuerdo alto); CV mayor del 50% y menor o igual al 75% = variabilidad media (acuerdo medio); CV mayor del 75% y menor o igual al 100% = variabilidad alta (acuerdo bajo), y CV mayor del 100% = variabilidad muy alta (acuerdo muy bajo).

Dadas las circunstancias del presente trabajo, que solo recoge la opinión de profesionales de la salud y no de pacientes, no se presentó a evaluación de comités de ética.

Resultados

De los 67 panelistas inicialmente contactados para el estudio en la primera ronda, se recibieron respuestas de 49 (73%): 37 reumatólogos (71%) y 12 enfermeras (92%).

Tabla 1
Estándares sobre consideraciones iniciales de la CER (escala de 1 a 9)

Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
La CER es necesaria en un servicio de Reumatología	8,4	0,9	9,0	6,0	9,0	10,2	Muy alto
La CER contribuye a mejorar la calidad asistencial en Reumatología	8,4	0,7	8,0	7,0	9,0	8,1	Muy alto
La CER contribuye a mejorar los tiempos de espera en Reumatología	7,8	1,0	8,0	6,0	9,0	12,5	Muy alto
La CER contribuye a mejorar el uso de los recursos en el servicio (es coste/efectiva)	7,9	1,1	8,0	5,0	9,0	13,7	Muy alto
La CER contribuye a disminuir los costes en el servicio	7,3	1,4	7,0	4,0	9,0	18,7	Muy alto
La CER mejora los resultados clínicos en los pacientes	7,8	1,0	8,0	5,0	9,0	13,2	Muy alto
La CER mejora la satisfacción de los pacientes	8,2	0,8	8,0	6,0	9,0	9,9	Muy alto

De estos, 46 panelistas (34 reumatólogos y 12 enfermeras) pertenecientes a 12 comunidades autónomas españolas respondieron a la segunda ronda (93% de los que respondieron la primera).

En las tablas 1–7 se especifican los ítems distribuidos en cada dominio, con su puntuación media, DE, mediana, mínimo, máximo, CV y grado de acuerdo.

En los ítems relacionados con consideraciones generales (tabla 1) cabe señalar un grado de acuerdo muy alto en todos ellos. Los panelistas consideran que la CER es necesaria en un servicio de Reumatología, contribuye a mejorar la calidad asistencial, los tiempos de espera, el uso de los recursos, los costes, los resultados clínicos, y la satisfacción de los pacientes.

Respecto a los estándares de estructura (tabla 2), destacó un menor acuerdo en la necesidad de la presencia de un carro de parada (tabla 2.1, subcategoría de equipamiento) y el número máximo de habitantes por cada CER en un área sanitaria y por cada enfermera (tabla 2.3, subcategoría de población). Hubo un acuerdo muy alto

para los estándares referidos al entrenamiento que debe tener el personal de enfermería para pasar distintos cuestionarios, especialmente la escala visual analógica (EVA) y el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), así como la formación en metrología para la artritis reumatoide con el *Disease Activity Score 28* (DAS28) y en espondilitis anquilosante con el *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index* (BASDAI) y el *Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index* (BASFI).

En los ítems relacionados con estándares de proceso se encontró un grado de acuerdo muy alto en todos aquellos incluidos en las subcategorías de las tablas 3.1 a 3.3, excepto en el número de días mínimo por semana que debía estar disponible la CER (tabla 3.2) y la necesidad de recordatorio de cita al paciente el día previo (tabla 3.3). Como se puede observar en la tabla 3.5, correspondiente a la subcategoría de estándares de tiempo de visita, se encontró un grado mucho menor de acuerdo en numerosos ítems, destacando un acuerdo muy bajo en el tiempo estimado de antelación mínima de la programación de citas.

Tabla 2
Estándares de estructura

2.1 Equipamiento/materiales en una CER (escala de 1 a 9)							
Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
Despacho propio	8,4	0,8	9,0	7,0	9,0	9,2	Muy alto
Ordenador	8,4	0,7	8,5	6,0	9,0	8,9	Muy alto
Teléfono	8,7	0,5	9,0	7,0	9,0	6,0	Muy alto
Programas informáticos especializados	7,4	1,1	7,5	5,0	9,0	14,9	Muy alto
Bases de datos	7,6	1,1	8,0	5,0	9,0	14,0	Muy alto
Material educativo para pacientes	8,7	0,5	9,0	7,0	9,0	5,9	Muy alto
Tensiómetro	8,6	0,6	9,0	7,0	9,0	7,2	Muy alto
Báscula para poder pesar y medir a los pacientes	8,6	0,7	9,0	6,0	9,0	8,0	Muy alto
Carro de parada	5,4	1,9	6,0	1,0	9,0	35,2	Alto
La ubicación de la CER debe de estar dentro del servicio de Reumatología, junto a la de los reumatólogos	8,7	0,5	9,0	7,0	9,0	6,2	Muy alto
2.2 Personal/competencia en una CER (escala de 1 a 9)							
Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
<i>El personal de enfermería de la CER debe estar entrenado para la realización de:</i>							
Escala visual analógica	8,8	0,4	9,0	8,0	9,0	4,9	Muy alto
Cuestionario de capacidad funcional: HAQ	8,8	0,4	9,0	8,0	9,0	4,7	Muy alto
Recuento de número de articulaciones dolorosas	7,9	1,3	8,0	4,0	9,0	15,8	Muy alto
Recuento de número de articulaciones tumefactas	7,9	1,3	8,0	4,0	9,0	16,5	Muy alto
RADAI	7,5	1,5	8,0	3,0	9,0	19,9	Muy alto
BASFI	8,3	1,0	9,0	4,0	9,0	11,6	Muy alto
BASDAI	8,5	0,7	9,0	7,0	9,0	7,7	Muy alto
DAS 28	8,0	1,1	8,0	5,0	9,0	13,4	Muy alto
SDAI	7,7	1,3	8,0	4,0	9,0	16,5	Muy alto
CDAI	7,5	1,3	7,0	4,0	9,0	17,2	Muy alto
BASMI	7,6	1,5	8,0	4,0	9,0	19,4	Muy alto
Cuestionarios genéricos de salud (p. ej., EuroQoL, SF-12)	8,2	0,9	8,0	6,0	9,0	10,7	Muy alto
2.3. Población para establecer una CER (variable continua)							
Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
Número máximo de habitantes por cada CER en un área sanitaria	212.614	76.177	200.000	50.000	400.000	35,8	Alto
Número máximo de habitantes por cada enfermera de una CER	165.833	85.675	150.000	20.000	400.000	51,7	Medio
Número máximo de reumatólogos que comparten una enfermera de la CER	3,9	1,0	4,0	2,0	6,0	24,8	Muy alto

Tabla 3
Estándares de proceso

3.1 La enfermera de la CER (escala de 1 a 9)							
Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
Aplica protocolos de actuación para el manejo de pacientes reumatológicos	8,1	1,0	8,0	5,0	9,0	12,0	Muy alto
Dispone de circuitos de comunicación establecidos entre el personal de enfermería de la CER con el reumatólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social	8,0	0,9	8,0	5,0	9,0	11,1	Muy alto
Participa en reuniones periódicas con los otros profesionales sanitarios (reumatólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social)	7,9	1,2	8,0	4,0	9,0	14,9	Muy alto
Interactúa con médicos de AP	6,8	1,4	7,0	4,0	9,0	21,2	Muy alto
Interactúa con enfermeras de AP	7,5	1,4	8,0	4,0	9,0	18,3	Muy alto
Participa en interconsultas con el equipo multidisciplinario del servicio	7,4	1,4	8,0	3,0	9,0	19,2	Muy alto
Participa en interconsultas del equipo multidisciplinario del servicio con AP	6,8	1,5	7,0	3,0	9,0	21,7	Muy alto
Lleva un registro de los pacientes atendidos	8,4	0,9	9,0	5,0	9,0	10,5	Muy alto
Dispone de agenda de citación propia	8,5	1,0	9,0	4,0	9,0	11,6	Muy alto
3.2 Disponibilidad de citación en la CER (variable continua)							
Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
La disponibilidad de citación en la CER debería ser como mínimo de (días/semana)	3	2	3,0	1,0	10,0	44,9	Alto
3.3 Actividades asistenciales indispensables de la enfermera en una CER (escala de 1 a 9)							
Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
<i>Evaluación global de salud por el paciente (EVA)</i>	8,5	0,8	9,0	5,0	9,0	9,5	Muy alto
<i>Valoración EVA de dolor</i>	8,5	0,8	9,0	5,0	9,0	9,8	Muy alto
<i>Valorar la calidad de vida del paciente a través de cuestionarios (p. ej., Euroqol 5 D, SF-12)</i>	8,2	1,0	8,0	4,0	9,0	12,8	Muy alto
<i>Colaboración con el médico en: artrocentesis/infiltraciones</i>	8,2	1,2	9,0	3,0	9,0	14,9	Muy alto
<i>Resolución de consultas no concertadas</i>	8,0	1,1	8,0	5,0	9,0	13,2	Muy alto
<i>Apoyo emocional a pacientes y familiares</i>	7,9	1,2	8,0	4,0	9,0	14,7	Muy alto
<i>Cuidados relacionados con la nutrición, ejercicio físico</i>	8,3	0,9	8,5	5,0	9,0	10,4	Muy alto
<i>Asistencia telefónica</i>	8,6	0,5	9,0	7,0	9,0	6,2	Muy alto
<i>Registro de la actuación de enfermería</i>	8,5	0,8	9,0	5,0	9,0	9,5	Muy alto
<i>Educación sanitaria a pacientes y familiares</i>	8,7	0,6	9,0	7,0	9,0	6,4	Muy alto
<i>Recordatorio de cita al paciente en el día previo</i>	5,3	1,8	5,0	1,0	9,0	33,1	Alto
<i>Hacer Mantoux y Booster en la propia consulta de CER</i>	7,4	1,7	8,0	1,0	9,0	22,4	Muy alto
<i>Participación en exploraciones complementarias (biopsia muscular, de grasa subcutánea)</i>	7,4	1,3	7,5	5,0	9,0	17,2	Muy alto
<i>Administrar cuestionarios validados de automanejo y de autoeficacia al paciente al iniciar el contacto con la CER y periódicamente (p. ej., escala de autoeficacia para la artritis)</i>	7,7	1,0	8,0	4,0	9,0	13,5	Muy alto
<i>Para pacientes con artritis reumatoide</i>							
Valoración de la actividad de la enfermedad: RADA1	7,6	1,3	8,0	3,0	9,0	16,6	Muy alto
Colaboración con el médico en la valoración de la actividad de la enfermedad: DAS28	7,9	1,1	8,0	4,0	9,0	14,2	Muy alto
Valoración de la actividad de la enfermedad con el DAS28	7,8	1,3	8,0	4,0	9,0	17,3	Muy alto
Valoración de la actividad de la enfermedad con el SDAI	7,5	1,3	8,0	4,0	9,0	17,4	Muy alto
Valoración de la actividad de la enfermedad con el CDAI	7,3	1,4	7,0	4,0	9,0	18,7	Muy alto
Valoración de la capacidad funcional: HAQ	8,3	0,9	9,0	6,0	9,0	11,1	Muy alto
Recuento de número de articulaciones dolorosas	7,7	1,4	8,0	3,0	9,0	18,5	Muy alto
Recuento de número de articulaciones tumefactas	7,5	1,5	8,0	3,0	9,0	20,3	Muy alto
<i>Para pacientes con espondilitis anquilosante</i>							
Valoración de la actividad de la enfermedad: BASDAI	8,4	0,8	9,0	6,0	9,0	9,5	Muy alto
Valoración de la capacidad funcional: BASFI	8,3	0,7	8,0	6,0	9,0	8,8	Muy alto
Colaboración en la realización del BASMI con el reumatólogo	7,8	1,2	8,0	5,0	9,0	15,1	Muy alto
<i>Para pacientes con artrosis</i>							
Información individualizada	7,5	1,3	8,0	5,0	9,0	17,4	Muy alto
Información en grupos de pacientes	7,4	1,4	8,0	1,0	9,0	19,0	Muy alto
Información sobre medidas físicas (calor-frío)	7,7	1,1	8,0	5,0	9,0	14,8	Muy alto
<i>Para pacientes con lumbalgia crónica</i>							
Información individualizada	7,7	1,3	8,0	5,0	9,0	16,9	Muy alto
Información en grupos de pacientes	7,3	1,5	8,0	1,0	9,0	20,4	Muy alto
Recomendaciones individualizadas sobre ejercicio y consejos posturales	7,7	1,3	8,0	5,0	9,0	17,2	Muy alto
Recomendaciones en grupos de pacientes sobre ejercicio y consejos posturales	7,4	1,4	8,0	1,0	9,0	18,5	Muy alto

Tabla 3 (Continuación)

3.1 La enfermera de la CER (escala de 1 a 9)							
Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
<i>Para pacientes con osteoporosis</i>							
Información individualizada	7,7	1,2	8,0	5,0	9,0	15,8	Muy alto
Información en grupos de pacientes	7,5	1,4	8,0	1,0	9,0	18,6	Muy alto
Recomendaciones individualizadas sobre adecuación de la vivienda para evitar caídas	7,7	1,2	8,0	5,0	9,0	15,8	Muy alto
Recomendaciones en grupos de pacientes sobre adecuación de la vivienda para evitar caídas	7,5	1,3	8,0	1,0	9,0	17,9	Muy alto
Realización del cuestionario FRAX	7,1	1,6	7,5	1,0	9,0	23,2	Muy alto
<i>Para pacientes con lupus</i>							
Información individualizada	7,6	1,3	8,0	4,0	9,0	16,7	Muy alto
Información en grupos de pacientes	6,8	1,7	7,0	1,0	9,0	24,6	Muy alto
Realización del cuestionario SLEDAI u otros desarrollados	6,9	1,4	7,0	3,0	9,0	20,3	Muy alto
3.4 Registro de la actividad de la enfermera de la CER (escala de 1 a 9)							
Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
<i>Valoración del paciente (p. ej., anotaciones de variables relevantes, EVA)</i>	8,5	0,8	9,0	4,0	9,0	9,8	Muy alto
<i>Diagnóstico de enfermería</i>	7,6	1,5	8,0	3,0	9,0	19,1	Muy alto
<i>Planificación de la actividad</i>	8,2	1,1	8,0	3,0	9,0	12,9	Muy alto
<i>Ejecución de la actividad realizada</i>	8,2	1,0	8,0	3,0	9,0	12,6	Muy alto
<i>Evaluación de la actividad</i>	8,1	1,1	8,0	3,0	9,0	13,1	Muy alto
<i>Hoja de medicamentos</i>	8,3	1,0	9,0	3,0	9,0	12,2	Muy alto
<i>Calidad de la información en la HC del paciente en cuanto a:</i>							
Objetividad de la información (sin prejuicios de valor u opiniones personales)	8,2	1,0	8,0	4,0	9,0	12,1	Muy alto
Legibilidad de la letra	8,3	0,8	8,0	6,0	9,0	9,7	Muy alto
Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa	8,5	0,7	9,0	6,0	9,0	8,5	Muy alto
Se debe hacer constar fecha y hora	8,6	0,7	9,0	6,0	9,0	7,6	Muy alto
Uso apropiado de los acrónimos	8,3	0,8	8,0	6,0	9,0	9,1	Muy alto
Garantizar la confidencialidad de los datos del paciente	8,8	0,6	9,0	6,0	9,0	6,5	Muy alto
<i>Cumplimentar la información, además de en la HC, en:</i>							
Protocolos de tratamiento de la CER	8,1	1,4	8,5	2,0	9,0	17,7	Muy alto
Informes y estadísticas	7,7	1,4	8,0	2,0	9,0	18,4	Muy alto
Documentación asistencial administrativa relacionada con los procesos clínicos	7,9	1,4	8,0	2,0	9,0	18,1	Muy alto
Firma de la enfermera en todos los registros	8,1	1,5	8,5	2,0	9,0	18,6	Muy alto
3.5 Estándares de tiempo de visita médica (variable continua)							
Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
Tiempo mínimo de duración de la primera visita en la CER (min)	25	6	24	15	45	25,5	Alto
Tiempo mínimo de duración de la segunda visita en la CER (min)	15	3	15	10	20	21,2	Muy alto
Tiempo mínimo de duración de las visitas sucesivas en la CER (min)	13	3	13	5	20	23,2	Muy alto
Tiempo máximo de espera del paciente en la sala de espera tras la hora en que ha sido citado, antes de ser visto por enfermería (min)	24	9	25	10	60	34,8	Alto
Tiempo mínimo de una sesión de información a familiares (min)	15	5	15	5	30	36,3	Alto
Tiempo mínimo de una sesión de educación sanitaria a familiares (min)	18	6	18	3	30	34,1	Alto
Máximo de horas de consulta enfermería por una enfermera/día	5,3	1,7	5,0	3,0	15,0	31,3	Alto
Tiempo máximo de espera (días) para la primera consulta ordinaria al reumatólogo	25	10	25	10	60	37,8	Alto
Tiempo máximo (días) de espera para la primera consulta preferente al reumatólogo	10	6	7	2	30	62,5	Medio
Tiempo máximo de espera (días) entre la primera visita a la CER y la segunda visita	35	15	30	10	100	43,9	Alto
Tiempo máximo de espera (días) para las visitas sucesivas	63	25	60	15	120	39,0	Alto
En la CER deberían poder programarse las citaciones con una antelación mínima de (meses)	6,8	12,4	2,5	0,3	70,0	181,9	Muy Bajo
Porcentaje de tiempo semanal que la enfermera se debe dedicar a la asistencia en la CER	61	15	60	20	90	23,9	Muy alto
Número de pacientes que deberían verse por día/enfermera	14	3	15	9	20	19,4	Muy alto
Relación promedio deseable de consultas sucesivas de enfermería por cada visita nueva (en un periodo de un año)	4,2	1,6	4,0	2,0	10,0	38,9	Alto
Frecuencia deseable de las sesiones clínicas del equipo multidisciplinar y personal de la CER (sesiones/mes)	3,5	1,2	4,0	1,0	8,0	35,0	Alto

Tabla 4
Estándares de tratamiento y seguimiento (escala de 1 a 9)

Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
Seguimiento continuado de los pacientes según protocolo de los fármacos	8,3	0,9	9,0	5,0	9,0	11,1	Muy alto
Administración de medicamentos	8,3	0,8	8,0	6,0	9,0	9,1	Muy alto
Control analítico de los tratamientos protocolizados	8,4	0,9	9,0	4,0	9,0	11,1	Muy alto
Registro y control de farmacovigilancia de medicamentos relacionados con enfermedades reumatológicas	8,1	1,3	8,0	2,0	9,0	16,2	Muy alto
Disponer y aplicar protocolo de monitorización de los fármacos moduladores de la enfermedad biológicos y no biológicos	8,5	0,7	9,0	6,0	9,0	8,5	Muy alto
Los pacientes con enfermedades reumáticas deben tener acceso a la CER, donde una enfermera será la responsable de coordinar la atención multidisciplinaria que precise el paciente	7,5	1,7	8,0	2,0	9,0	22,7	Muy alto
Estrategias para asegurar la seguridad (efectos adversos, interacciones, incompatibilidades, alergias)	8,4	0,9	9,0	4,0	9,0	10,8	Muy alto
Preguntar al paciente por su adherencia al tratamiento, en cada visita	8,5	0,8	9,0	6,0	9,0	9,2	Muy alto

Tabla 5
Estándares de educación sanitaria (escala de 1 a 9)

Estándar	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
Información sobre la enfermedad	8,3	1,1	9,0	3,0	9,0	12,7	Muy alto
Información sobre pruebas diagnósticas relacionadas con la enfermedad	7,5	1,4	8,0	3,0	9,0	18,5	Muy alto
Información sobre medicamentos	7,9	1,3	8,0	3,0	9,0	16,0	Muy alto
Formación en la autoadministración de medicamentos	8,9	0,3	9,0	8,0	9,0	3,8	Muy alto
Medidas de ergonomía articular	8,5	0,7	9,0	7,0	9,0	8,1	Muy alto
Ayudar al paciente a participar de forma activa en el manejo de su enfermedad	8,7	0,6	9,0	7,0	9,0	6,9	Muy alto
Dar educación sanitaria para el autocuidado	8,7	0,6	9,0	7,0	9,0	6,8	Muy alto
Informar sobre cómo contactar con asociaciones de pacientes	7,6	1,3	8,0	2,0	9,0	17,8	Muy alto
Explicar precauciones que el paciente debe tener en cuenta (p. ej., en proceso febril, úlceras en piel o mucosas)	8,7	0,7	9,0	6,0	9,0	8,2	Muy alto
Enseñar a los pacientes en tratamiento con fármacos por vía subcutánea a administrárselo correctamente, mediante el sistema de inyección que requiera («plumas», etc.)	9,0	0,2	9,0	8,0	9,0	2,3	Muy alto
Proporcionar calendario de vacunas	8,0	1,0	8,0	5,0	9,0	12,6	Muy alto
Educación verbal	8,3	1,2	9,0	2,0	9,0	14,1	Muy alto
Educación escrita	8,3	0,8	8,0	6,0	9,0	9,1	Muy alto
Información audiovisual	7,0	1,4	7,0	2,0	9,0	19,9	Muy alto
Formación de la enfermería en técnicas de relajación para aplicarlas a pacientes	6,3	1,9	7,0	2,0	9,0	30,0	Alto
Educación de los cuidadores de pacientes con limitaciones de movilidad	7,4	1,4	8,0	2,0	9,0	19,3	Muy alto

Los ítems relacionados con estándares de tratamiento y seguimiento (tabla 4) y de educación sanitaria (tabla 5), tuvieron un grado de acuerdo muy alto exceptuando un acuerdo tan solo alto en «la formación de la enfermería en técnicas de relajación para aplicarlas a pacientes» (tabla 5).

Los ítems de la tabla 6, relacionados con estándares de formación e investigación, tuvieron una variabilidad mayor, encontrándose un grado de acuerdo medio, bajo o muy bajo en los días necesarios para formación continuada de enfermería y auxiliares, número de proyectos de investigación propios de enfermería y número de publicaciones nacionales, respectivamente. En todos los demás ítems, se llegó a un grado de acuerdo muy alto.

Los ítems relacionados con estándares de calidad asistencial (tabla 7) tuvieron un acuerdo muy alto, exceptuando el tiempo máximo para resolver reclamaciones, el tiempo máximo para resolver dudas clínicas y los meses que se deberían precisar para distribuir cuestionarios de calidad percibida.

Discusión

En nuestro conocimiento, este es el primer estudio publicado que trata de precisar cuáles son las características que debe tener una CER.

Un hallazgo importante en este estudio ha sido el alto grado de acuerdo (CV < 25%) alcanzado en la mayoría de los estándares. Dentro de aquellos relativos a consideraciones iniciales, destacan como aspectos considerados más importantes que la CER es un

componente esencial en un servicio de Reumatología y que contribuye a mejorar la calidad asistencial.

En los estándares de estructura, resalta la necesidad de que la CER esté ubicada dentro del servicio de Reumatología. Los requerimientos mínimos más importantes son tener línea telefónica propia, material educativo para pacientes, tensiómetro y báscula para pesar y medir a los pacientes. Además, el personal de enfermería de la CER debe estar entrenado, fundamentalmente, para la realización de la EVA, HAQ, DAS28, BASDAI y BASFI.

Dentro de los estándares de estructura, se produjo también bastante acuerdo para establecer la media de población máxima (aproximadamente 200.000 habitantes) que justifique establecer una CER en un área de salud y el número máximo de reumatólogos que comparten una enfermera de la CER (3,9). En cambio, el acuerdo fue menor al decidir la media de población máxima por cada enfermera de una CER (unos 165.000 habitantes).

En los estándares de proceso, cabe reseñar el alto grado de acuerdo que existe en la práctica totalidad de los ítems. En el apartado relativo al personal de enfermería de la CER, los panelistas consideran fundamental que el personal de enfermería disponga de agenda de citación propia, lleve un registro de pacientes atendidos, aplique protocolos de actuación para el manejo de pacientes reumatológicos y cuente con circuitos de comunicación establecidos con el reumatólogo, el fisioterapeuta, el terapeuta ocupacional, el psicólogo y el trabajador social. Por otro lado, la disponibilidad de citación en la CER debe ser como mínimo de 3 días/semana.

En el apartado de actividades asistenciales del personal de enfermería en una CER, se consideran indispensables la

Tabla 6
Estándares de formación/investigación del personal de enfermería de la CER

Estándar (variable continua)	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
<i>Número de días para formación (al año) para enfermeras (DUE)</i>	11	8	10	5	60	75,3	Bajo
<i>Número de días para formación (al año) para auxiliar de enfermería</i>	8	13	6	1	90	153,1	Muy Bajo
<i>Número mínimo de comunicaciones científicas de la CER a congresos al año</i>	1	1	1	1	4	48,7	Alto
<i>Número mínimo de proyectos de la CER en los últimos 5 años</i>	3	2	3	1	10	60,2	Medio
<i>Número mínimo de publicaciones nacionales de la CER en los últimos 5 años</i>	2	1	2	1	5	57,1	Medio
<i>Número mínimo de publicaciones internacionales de la CER en los últimos 5 años</i>	1	1	1	1	4	44,7	Alto
<i>Entre las líneas de investigación en las que podría participar el personal de la CER, se encuentran (escala de 1 a 9)</i>							
Factores diagnósticos y pronósticos	6,7	1,4	7,0	2,0	9,0	20,7	Muy alto
Estudios de eficacia (ensayos clínicos) de tratamientos	7,4	1,2	7,0	3,0	9,0	15,7	Muy alto
Estudios de efectividad (en la práctica habitual) de tratamientos	7,6	1,1	8,0	3,0	9,0	14,0	Muy alto
Observatorios de seguridad	7,8	0,9	8,0	5,0	9,0	12,0	Muy alto
Observatorios de cumplimiento terapéutico	8,3	0,7	8,0	6,0	9,0	8,4	Muy alto
Ensayos genéticos: obtención de muestras biológicas e información clínica	7,7	1,1	8,0	5,0	9,0	13,7	Muy alto
Obtener muestras de sangre para los ensayos clínicos	8,6	0,6	9,0	7,0	9,0	6,8	Muy alto
Estudios de evaluación económica de la CER	7,3	1,4	8,0	2,0	9,0	19,7	Muy alto
<i>Entre los temas de formación del personal de enfermería de la CER debería incluir (escala de 1 a 9)</i>							
Avances en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos	8,3	0,9	8,5	5,0	9,0	10,4	Muy alto
Actualización en diagnóstico	7,3	1,4	7,0	2,0	9,0	19,1	Muy alto
Actualización en herramientas de medida (DAS28, CDAI, HAQ)	8,3	0,8	8,5	6,0	9,0	10,1	Muy alto
Gestión sanitaria	6,4	1,5	6,0	3,0	9,0	24,1	Muy alto
Metodología de la investigación	6,9	1,3	7,0	3,0	9,0	19,1	Muy alto
Manejo del estrés para saber controlar al paciente	7,7	1,2	8,0	3,0	9,0	15,9	Muy alto
Coaching a través de charlas motivacionales, seminarios, talleres	7,5	1,2	8,0	3,0	9,0	16,4	Muy alto
Habilidades de comunicación para potenciar la amabilidad, comprensión, empatía, simpatía y creación de un clima de confianza	8,1	1,3	8,0	2,0	9,0	15,8	Muy alto
En la CER se debería poder dar formación a estudiantes de enfermería y a otros profesionales	7,9	1,4	8,0	1,0	9,0	18,2	Muy alto

Tabla 7
Estándares de calidad asistencial (escala de 1 a 9)

Estándar (escala de 1 a 9)	Media	DE	Mediana	Mín	Máx	CV (%)	Acuerdo
<i>Realizar auditorías sobre la actividad y registro de enfermería de la CER</i>	7,1	1,4	7,0	2,0	9,0	19,7	Muy alto
<i>Realizar indicadores de gestión de la CER</i>	7,3	1,4	8,0	2,0	9,0	18,4	Muy alto
<i>Disponer de estrategias para la gestión de quejas y reclamaciones</i>	7,5	1,1	8,0	3,0	9,0	14,7	Muy alto
<i>Evaluar la concordancia de la valoración de la enfermería (p. ej., DAS 28, RADAI) con los especialistas en Reumatología para que los resultados sean fiables</i>	8,0	1,3	8,0	2,0	9,0	17,0	Muy alto
<i>Si hubiese poca concordancia en la valoración entre enfermeras y reumatólogos, realizar valoraciones conjuntas para aumentar la concordancia</i>	8,0	1,4	8,0	2,0	9,0	17,2	Muy alto
<i>Valorar la satisfacción de los pacientes atendidos</i>	8,5	0,7	9,0	7,0	9,0	7,7	Muy alto
<i>Aspectos a considerar en el cuestionario de satisfacción de los pacientes atendidos en la CER</i>							
Trato, amabilidad	8,4	0,7	8,5	7,0	9,0	7,8	Muy alto
Información proporcionada por el personal de enfermería	8,7	0,6	9,0	7,0	9,0	6,7	Muy alto
Frecuencia de las visitas	7,4	1,3	7,0	2,0	9,0	17,6	Muy alto
Duración de las visitas	7,4	1,4	7,0	2,0	9,0	19,0	Muy alto
Tiempo de espera hasta acudir a la primera consulta en la CER	7,8	1,0	8,0	4,0	9,0	12,3	Muy alto
Tiempo de espera para ser atendido en la consulta de la CER	7,7	1,1	8,0	4,0	9,0	14,9	Muy alto
Resolución de dudas	8,6	0,7	9,0	6,0	9,0	8,0	Muy alto
Facilidad de acceso	8,2	1,2	8,0	2,0	9,0	15,1	Muy alto
Facilidad/disponibilidad para contactar telefónicamente	8,5	0,8	9,0	5,0	9,0	8,8	Muy alto
Espacio físico en el que se desarrolla la consulta	7,8	1,2	8,0	4,0	9,0	15,3	Muy alto
Privacidad en la consulta	8,3	0,9	8,5	4,0	9,0	11,3	Muy alto
Coordinación de enfermería con el médico responsable	8,7	0,7	9,0	5,0	9,0	7,8	Muy alto
<i>Estándar (variable continua)</i>							
Tiempo máximo para resolver las reclamaciones de un paciente en la CER (días)	13	7	10	2	30	51,4	Medio
Tiempo máximo para resolver las dudas clínicas de un paciente en la CER (horas)	14	12	12	1	72	86,0	Bajo
Cada cuántos meses se deben distribuir cuestionarios de calidad asistencial percibida por los pacientes en la CER	10	4	12	3	24	36,3	Alto

educación sanitaria a pacientes y familiares, la asistencia telefónica, la evaluación global de salud por el paciente (EVA), la valoración EVA de dolor y el registro de diferentes actividades de enfermería. En pacientes con artritis reumatoide, se considera necesaria la valoración de la capacidad funcional a través del cuestionario HAQ. Para pacientes con espondilitis anquilosante, lo más importante es la valoración de la actividad de la enfermedad a través del BASDAI y la valoración de la capacidad funcional por medio del BASFI. Para pacientes con artrosis, las actividades

asistenciales más importantes del personal de enfermería de la CER deben ser proporcionar información sobre medidas físicas (calor-frío) y ofrecer información a los pacientes de forma individualizada. Para pacientes con lumbalgia crónica, la información individualizada y las recomendaciones individualizadas sobre ejercicio y consejos posturales, son las más destacadas. Igualmente ocurre para pacientes con osteoporosis, la información individualizada y las recomendaciones individualizadas sobre adecuación de la vivienda para evitar caídas son las más necesarias. Para

pacientes con lupus, destaca la información individualizada. En todas las afecciones se da mayor importancia a que la enfermera dé información individualizada que información en grupo.

Los panelistas consideraron muy importantes la mayoría de los aspectos relacionados con el registro de actividad del personal de enfermería de la CER. Lo más importante es hacer constar, ya sea en la historia clínica (HC) o en una base de datos, la valoración del paciente, la hoja de medicamentos, la planificación de la actividad, la ejecución de la actividad realizada y su evaluación. Resulta de suma importancia garantizar la confidencialidad de los datos de la HC del paciente. Además, en la HC del paciente se debe anotar siempre la fecha y hora, y consignar los hechos de forma clara y concisa. La firma de la enfermera debe aparecer en todos los registros médicos. Toda esta información se debería cumplimentar también en protocolos de tratamiento de la CER.

También hubo un alto grado de acuerdo para algunos de los estándares de tiempos, pero no para la totalidad. Llama la atención el «muy bajo» grado de acuerdo existente cuando se pregunta por la antelación con la que deberían poder programarse las citas en la CER. En este punto, los panelistas emitieron respuestas que oscilan entre 0,3 y 70 meses. La falta de acuerdo en este punto puede deberse a los diferentes mecanismos establecidos en cada servicio para atender las demandas urgentes o preferentes de los pacientes, y la adjudicación de tareas no programadas y disponibilidad para el primer contacto por diferentes profesionales (p. ej., residentes, facultativos, del personal de enfermería, secretaria). Sería deseable que estas responsabilidades estuvieran bien definidas para evitar demoras o redundancias en la atención no programada.

Al estudiar los resultados de los estándares de tratamiento y seguimiento, destaca la opinión mayoritaria sobre la necesidad de un protocolo de monitorización de los fármacos moduladores de la enfermedad biológicos y no biológicos, y aplicarlo. Además, es muy importante preguntar al paciente por su adherencia al tratamiento en cada visita.

Entre los estándares de educación sanitaria de la CER, los panelistas consideran que es fundamental enseñar a los pacientes en tratamiento con fármacos por vía subcutánea a administrárselos correctamente y formarles en la autoadministración de medicamentos.

En el bloque de estándares de formación e investigación del personal de la CER, no existe mucho acuerdo entre los panelistas al cuantificar el valor de los indicadores. El acuerdo es muy bajo a la hora de decidir el número de días al año para formación dirigida a auxiliares de enfermería, estándar en el que los panelistas asignaron desde un día de formación hasta los 90 días (media: 8 días). En el caso de los días de formación a enfermería, con algo más de acuerdo, puntuaron, en promedio, 11 días al año. Esta variabilidad podría justificarse por los distintos profesionales que componían el grupo de expertos que participó en el estudio, reumatólogos y personal de enfermería perteneciente al GTER.

Se produjo más consenso al decidir las líneas de investigación y los temas de formación del personal de la CER. Las líneas de investigación más valoradas fueron obtener muestras de sangre para los ensayos clínicos y los observatorios de cumplimiento terapéutico. Como temas de formación más necesarios se consideraron los avances en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y la actualización en herramientas de metrología. Es prioritario que, con la implantación progresiva de CER en las unidades de Reumatología, se involucre al personal de enfermería en tareas más activas de investigación, que no se limiten a meros procedimientos de actuación de cuidados de enfermería. Esto implica una formación mínima en metodología de investigación, como parte de las competencias que debe adquirir cualquier miembro del servicio.

Por último, también hubo un bajo grado de acuerdo al cuantificar los estándares de tiempos sobre calidad asistencial. El acuerdo es bajo a la hora de establecer el tiempo máximo para resolver las

dudas clínicas de un paciente en la CER. Este tiempo oscila entre un mínimo de una hora y un máximo de 72 h. Por el contrario, el acuerdo es máximo en las consideraciones relativas a la calidad asistencial. El aspecto de calidad asistencial más importante es valorar la satisfacción de los pacientes atendidos. Entre los aspectos más importantes a considerar en el cuestionario de satisfacción de los pacientes atendidos en la CER, destaca la información proporcionada por el personal de enfermería, la coordinación con el médico responsable, la resolución de dudas y la facilidad/disponibilidad para contactar telefónicamente con la CER.

A pesar de que para realizar este proyecto se siguió la metodología más apropiada para desarrollar este tipo de estándares, el estudio no está exento de limitaciones. Por ejemplo, una posible limitación podría derivarse de la representatividad de los panelistas. Para prevenir esta limitación, se envió el cuestionario a reumatólogos y enfermeras de todo el territorio nacional. Dado que finalmente participaron panelistas de 12 comunidades autónomas y de distintos tipos de servicios, parece poco probable que haya algún sesgo relevante en cuanto a la selección en los panelistas y en los resultados derivados de sus puntuaciones.

Otra limitación podría derivarse de la falta de exhaustividad de los estándares. Para evitar omitir estándares potencialmente relevantes, se buscaron todos los disponibles en publicaciones previas, incluidos los de la propia SER¹⁵. Con los estándares detectados, se elaboró una lista preliminar que debería tener una CER. Esta lista se corrigió y amplió por investigadores de la SER que habían participado en otros proyectos, como el SERAP y el programa Esperanza. Por ello, es poco probable que en esta lista de estándares falte alguno relevante, aunque es posible que puedan definirse estándares nuevos cuando aumente la experiencia de atención en las CER y su número.

Otra de las posibles limitaciones en la elaboración de estándares puede ser debida a la influencia de las opiniones de unos expertos sobre otros. En este proyecto, la influencia entre panelistas se evitó con el método Delphi, dado que las interacciones se producen en la segunda ronda manteniendo el anonimato en las respuestas. Este método ha demostrado su validez en el desarrollo de estándares similares a los de este estudio^{14,26-30}.

En todo caso, los estándares desarrollados en nuestro trabajo son bastante consistentes con las recomendaciones recientes elaboradas recientemente por la *European League Against Rheumatism* (EULAR) sobre el papel del personal de enfermería en el manejo de la artritis inflamatoria crónica³¹.

En conclusión, la definición de estos estándares puede permitir establecer unos mínimos deseables de calidad en diferentes dimensiones, como la estructura, proceso, y resultado, tanto en la labor asistencial como en la investigadora y docente. La utilidad de estos estándares puede ser múltiple, no solo para los profesionales sanitarios, sino también en las relaciones con pacientes y asociaciones de pacientes, instituciones de provisión de servicios sociosanitarios y con la administración sociosanitaria.

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 realizado a través de la Fundación Española de Reumatología con el patrocinio de Abbott.

Conflicto de intereses

El Dr. D. Santiago Muñoz declara tener los siguientes conflictos de intereses: asesorías con Roche, Celgene y Pfizer. Presidente de la Sociedad Española de Reumatología. Participación actual en ensayos clínicos o estudios de UCB, Roche, Abbott, MSD, Bioiberica, Celgene, Pfizer y Fundación Española de Reumatología. El resto de los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al panel de expertos que respondieron a los cuestionarios del estudio Delphi su tiempo y dedicación en la elaboración de sus respuestas, sin las cuales este estudio no hubiese sido posible.

Bibliografía

1. Dalkey NC. The Delphi method: an experimental study of group opinion. En: Memorandum RM-5888.PR. The Rand Corporation. California: Santa Monica; 1967.
2. Linstone HA, Turoff M. The Delphi Method: Techniques and Applications. Harold A. Linstone and Murray Turoff, Editors; 2002 [consultado 8 Feb 2012]. Disponible en: <http://is.njit.edu/pubs/delphibook/>
3. Pineault R, Daveluy C. El enfoque por búsqueda de consenso en: «La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias». Masson, S.A.: Barcelona; 1987. p. 172.
4. Gervas JJ, Pérez Fernández MM. La técnica Delphi. *Clinica Rural*. 1989;312:38–42.
5. Hudadk RP, Brooke PP, Finstuen K. Forecast 2000: a prediction of skills, knowledge, and abilities required by senior medical treatment facility leaders into the 21st century. *Mil Med*. 1994;159:494–500.
6. Chin J, Sato PA, Mann JM. Projections of HIV infections and AIDS cases to the year 2000. *Bull World Health Organ*. 1990;68:1–11.
7. Van Beeck EF, Mackenbach JP. Future health scenarios as a tool in the surveillance of unintentional injuries. *Health Policy*. 1997;40:13–28.
8. Harrington JM. Research priorities in occupational medicine: a survey of United Kingdom medical opinion by the Delphi technique. *Occup Environ Med*. 1994;51:289–94.
9. Hahn EJ, Rayens MK. Consensus for tobacco policy among former state legislators using the policy Delphi method. *Tob Control*. 1999;8:137–40.
10. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q*. 1998;51:44–54.
11. Gallagher M, Bradshaw C, Nattress H. Policy priorities in diabetes care: a Delphi study. *Qual Health Care*. 1996;5:3–8.
12. Estudio Delphi sobre estrategias y prioridades frente al SIDA en la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Salud-Servicio Regional de Salud de Madrid; 1991.
13. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica. RAND: Santa Monica; 2001.
14. 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 Qual Health Care*. 2002;14:103–9.
15. Alonso A, Vidal J, Tornero J, Carbonell J, Lázaro P, Aguilar MD. Estándares de calidad asistencial en reumatología. *Reumatol Clin*. 2007;3:1–20.
16. Carulla J, Jara C, Sanz J, Batista N, Camps C, Cassinello J, et al., on behalf of the ALGOS Group. Oncologists' perceptions of cancer pain management in Spain: the real and the ideal. *Eur J Pain*. 2007;11:352–9.
17. Fitch K, Lázaro P, Aguilar MD, Kahan JP, van Het Loo M, Bernstein SJ. European criteria for the appropriateness and necessity of coronary revascularization procedures. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2000;18:380–7.
18. Lázaro P, Fitch K, Martín Y. Estándares para el uso apropiado de la angioplastia coronaria transluminal percutánea y cirugía aorto-coronaria. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:689–715.
19. Reavley NJ, Ross A, Killackey EJ, Jorm AF. Development of guidelines to assist organisations to support employees returning to work after an episode of anxiety, depression or a related disorder: a Delphi consensus study with Australian professionals and consumers. *BMC Psychiatry*. 2012;12:135 [Epub ahead of print].
20. Lázaro y de Mercado P. Necesidad, adecuación y utilización de servicios sanitarios. En: Luis Ángel Oteo, editor. *Gestión clínica: desarrollo e instrumentos*. Capítulo 2, 2. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 2006. p. 51–93. Capítulo.
21. Sociedad Española de Reumatología. Proyecto SERAP. Evaluación de un modelo de atención de la artritis en España [consultado 16 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.ser.es/investigacion/proyectos/serap/Serap.php>
22. Muñoz-Fernández S, Carmona L, Collantes E, Mulero J, García-Yébenes MJ, de Miguel E, et al. Esperanza Group. A model for the development and implementation of a national plan for the optimal management of early spondyloarthritis: the Esperanza Program. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:827–30.
23. Sociedad Española de Reumatología. Proyecto EMAR II. Variabilidad en el manejo de la artritis reumatoide y las espondiloartritis en España [consultado 16 Abr 2012]. Disponible en: http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Proyectos/Emar/EMAR_Informe.pdf
24. Sociedad Española de Reumatología Guía de práctica clínica sobre el manejo de los pacientes con Espondiloartritis [consultado 16 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.ser.es/practicaClinica/espoguia/index.php>
25. GUIPCAR Group. Clinical practice guideline for the management of rheumatoid arthritis in Spain. Madrid: Spanish Society of Rheumatology; 2007. Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=12995&search=guipcar>. [consultado 12 Nov 2011].
26. Shekelle PG, Chassin M, Park RE. Assessing the predictive validity of the RAND/UCLA appropriateness method criteria for performing carotid endarterectomy. *Int J Technol Assess Health Care*. 1998;14:707–27.
27. Shekelle PG, Kahan JP, Bernstein SJ, Leape LL, Kamberg CJ, Park RE. The reproducibility of a method to identify the overuse and underuse of medical procedures. *N Engl J Med*. 1998;338:1888–95.
28. McDonnell J, Meijer A, Kahan JP, Bernstein SJ, Rigter H. Panellist consistency in the assessment of medical appropriateness. *Health Policy*. 1996;37:139–52.
29. Kravitz RL, Laouri M, Kahan JP, Guzy P, Sherman T, Hilborne L, et al. Validity of criteria used for detecting underuse of coronary revascularization. *JAMA*. 1995;274:632–8.
30. Shekelle PG. Are appropriateness criteria ready for use in clinical practice? *N Engl J Med*. 2001;344:677–8.
31. Van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Boström C, Braychenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2012;71:13–9.