

Adherencia a la guía de práctica clínica en la cirugía funcional del septo nasal

René Esteban Moreno Rajadel^a y Frank Carlos Álvarez Li^b

^aServicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

^bServicio de Cuidados Intensivos Polivalentes, Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

Correspondencia: Dr. R.E. Moreno Rajadel.

Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.

Calle 51-A y Avenida 5 de Septiembre. Cienfuegos, 55 100. Cuba.

Correo electrónico: rene@gal.sld.cu

Resumen

Objetivo: El objetivo fue doble. El primero fue evaluar el impacto de la aplicación de una guía de práctica clínica (GPC) de la cirugía funcional del septo nasal en la mejora de las indicaciones aceptadas en la literatura científica. El segundo fue determinar el cumplimiento del proceso asistencial evaluando la satisfacción de los profesionales respecto a las recomendaciones de la GPC.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos. Se incluyó a los 598 pacientes intervenidos quirúrgicamente de desviación del septo nasal, en el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2005. Se aplicó la encuesta para la evaluación de la adherencia a la GPC a la atención que se brindó a los pacientes intervenidos en cuatro momentos diferentes: antes de crearse la GPC (año 2000; grupo control pre-GPC), después de creada la GPC (año 2001; grupo GPC), cuando se implementó el instrumento para la evaluación de la adherencia a la GPC (año 2002; grupo GPC-encuesta) y tras 3 años de establecidos (grupo estudio GPC) tanto la GPC como el referido instrumento de evaluación de la adherencia a la GPC. Las variables seleccionadas para el estudio estuvieron representadas por el instrumento de evaluación de la adherencia a la GPC, que incluyó preguntas con posibilidad de respuesta dicotómica: sí o no. En la evaluación de la adherencia a la GPC, se tuvo en cuenta el porcentaje de las respuestas afirmativas (sí), y se consideraron, cualitativamente, 5 categorías: excelente ($\geq 95\%$), notable (90-94,9%), adecuado (85-89,9%), suficiente (80-84,9%) y deficiente ($< 80\%$).

Resultados: De los criterios quirúrgicos establecidos en la GPC, predominaron las desviaciones bajas del septo nasal (478; 88,2%); no se reflejó el tipo de desviación del septo nasal en 56 (9,4%) de los expedientes clínicos revisados. El período 2003-2005 ofreció resultados cualitativamente superiores respecto de la práctica médico-quirúrgica del servicio de otorrinolaringología, con tres evaluaciones excelentes, tres notables, para un 37,5%, respectivamente, y una adecuada (12,5%); atribuibles por los autores a la incorporación de ambas herramientas (GPC e instrumento para la evaluación de la adherencia).

Conclusiones: La evaluación de la adherencia a la GPC en los pacientes intervenidos de desviación del septo nasal constituye un instrumento muy útil para evaluar el desempeño médico-quirúrgico en esta afección, ya que nos ha permitido identificar nuestras debilidades y fortalezas en la atención de esta enfermedad, que para nosotros se ha convertido en una herramienta de gran valor para mejorar continuamente la calidad de la asistencia médica que se brinda a los pacientes.

Palabras clave: Guía de práctica clínica. Evaluación de la adherencia. Desviación del septo nasal.

Abstract

Objective: There was a dual objective. The first was to assess the impact of applying CPG for functional surgery of the nasal septum in the improvement of the indications accepted in the scientific literature. The second was to determine compliance to this care process, by evaluating professional satisfaction with the CPG recommendations.

Material and method: A descriptive retrospective study of a series of 598 patients operated on for a nasal septum deviation in the period between January 2000 and December 2005. A questionnaire on the assessment of adherence to the CPG and of the care provided to patients who were operated on, at four different times: before the CPG was created (year 2000; pre-CPG control group), after the creation of the CPG (year 2001; CPG group), when the tool for assessing adherence to the CPG was implemented (year 2002; CPG-survey group), and after being established 3 years (CPG study group, the CPG as well the aforementioned assessment of adherence to a CPG tool). The variables selected for the study were represented by the tool for assessing adherence to the CPG, which included questions with "yes" or "no" responses. In the assessment of adherence to the CPG, the percentage of affirmative responses (yes), was taken into account, with five qualitative categories: excellent ($> 95\%$), very good (90-94.9%), good (85-89.9%), sufficient (80-84.9%) and deficient ($< 80\%$).

Results: Of the surgical criteria or judgements established in the CPG, the low deviations of nasal septum predominated (478; 88.2%). The type of nasal septum deviation was not recorded in 56 (9.4%) of the clinical files reviewed. The period between 2003 and 2005 gave results of a higher quality for the medical surgical performance of the Ear, Nose and Throat Department, with three excellent evaluations and three good for 37.5%, respectively, and one fair (12.5%) which we assume is due to the use of both tools (CPG and the tool for the assessment of adherence to it).

Conclusions: The assessment of the adherence to the CPG in the patients operated on for deviation of nasal septum is a very useful tool to assess medical surgical performance in this disease, thus becoming a highly valued tool for the continued improvement of the quality of our medical care provided to our patients.

Key words: Clinical practical guidelines. Assessment of adherence. Deviation of nasal septum.

Introducción

Las guías clínicas o guías de práctica clínica (GPC) son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para asistir a profesionales y pacientes en los cuidados de salud apropiados para determinadas condiciones clínicas. El desarrollo completo de buenas guías es un proceso que requiere tiempo, implica la elección de los temas (de acuerdo con las prioridades), la planificación, el desarrollo en sí mismo, la validación, el eventual estudio piloto, la diseminación, la implementación, el mantenimiento, la evaluación de la adherencia y, posteriormente, la generalización de cada guía^{1,2}.

El desempeño de los profesionales de la salud está sujeto a variabilidad: de una comunidad a otra, entre unidades de salud, dentro de una misma institución e incluso de un médico a otro. No todos los estilos de trabajo son correctos; pero estamos en la obligación de encontrar cuáles son los mejores^{3,4}. Para solucionar este problema, hay un interés creciente por la promoción, el desarrollo y la aplicación de las GPC, encaminadas a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de diversas situaciones clínicas y quirúrgicas susceptibles de variabilidad no deseable^{3,5-8}.

Las GPC constituyen un conjunto de recomendaciones, basadas en la evidencia científica, que orientan la actuación médica frente a un paciente con determinada condición clínica. Deben basarse en las que se consideren como las mejores evidencias científicas disponibles entre las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento para tal condición⁹. La elaboración y la implementación de las GPC tienen como fin pasar de criterios basados en la opinión subjetiva sobre cuáles son los mejores procedimientos y métodos clínicos a priorizar aquellos que se fundamentan en datos experimentales procedentes de ensayos clínicos aleatorizados con diseño de alta calidad³.

En el año 2001 se introdujeron en nuestro hospital las primeras GPC, protocolizándose las enfermedades que tienen más prevalencia y morbilidad.

En el servicio de otorrinolaringología se protocolizó, entre otras, la desviación del septo nasal por constituir la primera causa de morbilidad quirúrgica en nuestro entorno^{3,10} y un año más tarde, se implementó la evaluación de la adherencia a esta GPC.

El objetivo fue doble. El primero fue evaluar el impacto de la aplicación de una GPC de la cirugía funcional del septo en la mejora de las indicaciones aceptadas en la literatura científica. El segundo fue determinar el cumplimiento del proceso asistencial evaluando la satisfacción de los profesionales respecto a las recomendaciones de la GPC.

Material y método

Escenario: Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, un hospital general y docente, de 640 camas, con todas las especialidades, excepto cirugía cardiovascular y trasplantología, y una población de referencia de 400.000 habitantes. Este centro se localiza en la provincia de Cienfuegos que se ubica en el centro-sur de Cuba

Tipo de estudio: descriptivo retrospectivo, basado en revisión de historias clínicas.

Pacientes: todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por desviación del septo nasal, en el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2005. No hubo exclusiones.

Se establecieron los períodos de estudio siguientes: año 2000 antes de la implantación de la GPC (grupo control pre-GPC); año 2001 en que se implantó el instrumento (grupo GPC); año 2002 en el que se introdujo la encuesta de adherencia a la GPC (grupo GPC-encuesta), y de 2003 a 2005, cuando estuvieron vigentes ambos (grupo estudio GPC).

Encuesta de adherencia a la GPC

Se aplicó el instrumento evaluativo a la atención que se brindó a los pacientes intervenidos en cuatro momentos diferentes: retrospectivamente, al revisar historias anteriores a la GPC (año 2000); retrospectivamente, con las historias después de creada la GPC (año 2001); prospectivamente, cuando se implementó el instrumento para la evaluación de la adherencia a la GPC (año 2002), y prospectivamente, durante los 3 años de establecidos, tanto la GPC como el referido instrumento de evaluación de la adherencia a la GPC.

Las variables seleccionadas para el estudio estuvieron representadas por el instrumento de evaluación de la adherencia a la GPC, que incluyó las siguientes preguntas con posibilidad de respuesta dicotómica: sí o no.

1. ¿Se realizó un examen físico exhaustivo que permitió clasificar el tipo de deformidad?
2. ¿Participó el médico especialista en la evaluación y la decisión quirúrgica?
3. ¿Se especificó en la historia clínica (HC) el criterio quirúrgico (según GPC) que justifique la intervención quirúrgica?
4. ¿En la confección del informe operatorio se reflejaron los hallazgos durante la cirugía y si hubo o no accidentes quirúrgicos?
5. ¿Se reflejó en la historia clínica quién hará el seguimiento postoperatorio del paciente?
6. ¿Se envió el documento de contrarreferencia al médico de asistencia de la atención primaria de salud (APS)?
7. ¿Se comentó en la historia clínica la evolución postoperatoria del paciente?
8. ¿Se realizó comentario en la HC referente al resultado final de la operación (corrección del defecto con funcionalidad adecuada y satisfacción del paciente)?

Toda la información se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de la atención secundaria de cada uno de los pacientes. El instrumento de evaluación de la adherencia a la GPC fue aplicado por los autores del estudio.

En la evaluación de la adherencia a la GPC, se tuvo en cuenta el porcentaje de las respuestas afirmativas (sí) y, por criterio de expertos, se consideraron 5 categorías desde el aspecto cualitativo: excelente ($\geq 95\%$), notable (90-94,9%), adecuado (85-89,9%), suficiente (80-84,9%) y deficiente ($< 80\%$).

Tabla 1. Criterios de indicación quirúrgica para la desviación del septo nasal de 2000 a 2005 (n = 598)

Criterios quirúrgicos	n (%)
Desviaciones bajas del septo nasal que:	
Alteren la función respiratoria de las fosas nasales	389 (71,8)
Contacten con el cornete inferior y actúen como espina irritativa exacerbando episodios de rinitis vasomotora	89 (16,4)
Desviaciones altas del septum nasal que:	
Obstruyen el meato medio e impiden el avenamiento de secreciones de los senos perinasales (grupo anterior)	32 (5,9)
Contacten con el cornete medio y causen cefaleas rinógenas	15 (2,8)
Alteren la función olfatoria de las fosas nasales	13 (2,4)
Deformidades septales que, además de alterar la fisiología nasal, son causas de epistaxis	4 (0,7)
Total	542* (100)

*En 56 pacientes, no consta el tipo de deformidad septal en la historia clínica.

Procesamiento de los datos y análisis estadístico

Toda la información obtenida se introdujo en una base de datos y se procesó con el paquete estadístico SPSS 11.0. Al incluirse toda la población no se estimaron estadísticos de contraste. Los resultados se expresan en números absolutos y porcentajes.

Resultados

Se incluyó a 598 pacientes intervenidos por desviación del septo nasal, distribuidos en 4 grupos: año 2000, antes de la implantación de la GPC (grupo control pre-GPC; n = 118); año 2001, en que se implantó el instrumento (grupo GPC; n = 107); año 2002, en el que se introdujo la encuesta de adherencia a la GPC (grupo GPC-encuesta; n = 87), y de 2003 a 2005, cuando estuvieron vigentes ambos (grupo estudio GPC; n = 286).

Entre las indicaciones establecidas en la GPC, predominaron las desviaciones bajas del septo nasal (478; 88,2%), y en menor cuantía (4; 0,7%) se actuó quirúrgicamente sobre el septo para dar solución a epistaxis secundarias a su desviación. No se reflejó el tipo de desviación del septo nasal en 56 (9,4%) de los expedientes clínicos revisados (tabla 1).

Antes de la aplicación de la GPC (grupo pre-GPC), sólo se reflejó en el 77,9% (n = 466) de las historias clínicas el resultado final de la intervención, según la funcionalidad de las fosas nasales y la satisfacción del paciente, fue deficiente. La aplicación del instrumento evaluativo de la adherencia a la GPC antes de que ésta se creara arrojó resultado deficiente en cuatro de los criterios de buena praxis del proceso quirúrgico (50%), y sólo uno de los parámetros logró evaluación de notable (12,5%).

Una vez implementada la GPC (grupo GPC), hubo una discreta mejoría al evaluarse la adherencia, que se hizo más evidente a partir del año 2002, con la introducción de la evaluación de la adherencia a la guía, al obtenerse tres evaluaciones notables (37,5%), dos adecuadas (25%) y una excelente (12,5%).

Durante el período 2003-2005 (grupo estudio GPC), se observaron resultados mejores, con tres evaluaciones excelentes y tres notables, con un 37,5%, en cada caso (tabla 2 y fig. 1).

La mejora continua en la práctica médico-quirúrgica del servicio de otorrinolaringología, observada desde el año 2000 hasta el 2005, fue atribuida por los revisores a la incorporación de ambas herramientas (GPC y encuesta de adherencia).

Discusión

No es frecuente hallar un septo nasal totalmente recto, lo que nos lleva a deducir que esta afección es extremadamente frecuente, pero no todas reúnen criterio quirúrgico, sólo hay que intervenir aquellas que interfieren la fisiología nasal y que repercuten negativamente a diferentes niveles de la esfera otorrinolaringológica. Describir el tipo de deformidad reviste importancia porque permite determinar la forma en que se actuará quirúrgicamente sobre el tabique nasal^{11,12}.

No obstante, no todos los profesionales registran en la documentación clínica dicha deformidad, ya que en algunos casos sólo se limitan a hacer mención de la existencia de "desviación del septo nasal" y a partir de ahí hacen referencia a la repercusión a diferentes niveles de la esfera otorrinolaringológica.

Por esta razón, se decidió agrupar las deformidades septales en la GPC del hospital, de acuerdo con la ubicación de la deformidad y el tipo de repercusión que produce; sin embargo, por ejemplo, Cottle^{13,14} las agrupa en áreas: I (vestibular), II (valvular), III (olfatoria), IV (turbinal anterior) y V (turbinal posterior).

Si bien es cierto que existe un creciente y pujante movimiento en el mundo para la creación y el perfeccionamiento continuo de las GPC, no se ha prestado igual atención a la evaluación de la adherencia a lo que éstas pautan, y se conoce que hay una importante brecha, por lo demás salvable, entre lo que se dice-escríbe y lo que se hace.

Tabla 2. Resultados de la encuesta de adherencia a la GPC de desviación del septo nasal (n = 598)

Preguntas	Año 2000, pre-GPC (n = 118)		Año 2001, GPC (n = 107)		Año 2002, G GPC-encuesta (n = 87)		Años 2003-2005, GPC estudio (n = 286)	
	%	Evaluación	%	Evaluación	%	Evaluación	%	Evaluación
1	89,0	Adecuado	90,7	Notable	93,1	Notable	95,1	Excelente
2	91,5	Notable	94,4	Notable	95,4	Excelente	98,6	Excelente
3	79,7	Deficiente	85,0	Adecuado	94,3	Notable	96,2	Excelente
4	81,4	Adecuado	83,2	Adecuado	89,7	Adecuado	94,1	Notable
5	83,9	Suficiente	88,8	Adecuado	89,7	Adecuado	90,2	Notable
6	77,1	Deficiente	85,0	Adecuado	90,8	Notable	90,9	Notable
7	79,7	Deficiente	80,4	Suficiente	83,9	Suficiente	85,3	Adecuado
8	74,6	Deficiente	76,6	Deficiente	78,2	Deficiente	79,7	Deficiente

1. ¿Se realizó un examen físico exhaustivo que permitió clasificar el tipo de deformidad? 2. ¿Participó el médico especialista en la evaluación y la decisión quirúrgica? 3. ¿Se especificó en la historia clínica el criterio quirúrgico (según GPC) que justifique la intervención quirúrgica? 4. ¿En la confección del informe operatorio se reflejaron los hallazgos del acto quirúrgico y si hubo o no accidentes quirúrgicos? 5. ¿Se reflejó en la historia clínica (HC) quién realizará el seguimiento postoperatorio del paciente? 6. ¿Se envió el documento de contrarreferencia al médico de asistencia de la atención primaria de salud? 7. ¿Se comentó en la historia clínica la evolución postoperatoria del paciente? 8. ¿Se realizó comentario en la HC referente al resultado final de la operación (corrección del defecto con funcionalidad adecuada y satisfacción del paciente)?

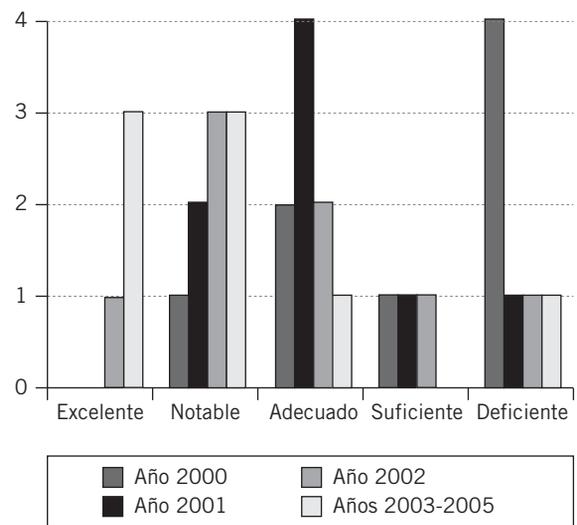
De los resultados de nuestra investigación, debemos destacar que durante el año 2000, las evaluaciones obtenidas fueron bajas; no obstante, a partir de la instauración de la GPC, comienza a madurar un desempeño médico asistencial que responde a ella; pero no es hasta la elaboración y la implementación del instrumento de evaluación de la adherencia a esta GPC que comienza a despejarse el camino hacia el perfeccionamiento de la calidad de la asistencia médica que se brinda a nuestros pacientes.

De hecho, de los aspectos evaluados con menor grado de adherencia, se encuentra la falta de envío de información a la asistencia primaria, lo que afecta al seguimiento de estos pacientes, que son intervenidos mayoritariamente de forma ambulatoria o tienen corta estancia hospitalaria.

El comentario en la historia clínica sobre la evolución postoperatoria del enfermo, unido a otro aspecto de vital importancia, como es el resultado final de la operación, en términos de corrección del defecto con funcionalidad adecuada y satisfacción del paciente, no aparece reflejado en el expediente clínico de los operados en un número relativamente importante de nuestros casos, hallazgo este que puede atribuirse a una elevada cobertura del área primaria de salud (APS), donde el seguimiento de los enfermos por los médicos especialistas se realiza en el área de salud de procedencia del paciente. Así se corrobora que en el expediente clínico, principal fuente de información para medir la calidad de la asistencia médica, no siempre se logra recoger todos los datos que se necesitan, ya que puede haber una serie de inconvenientes, como la falta de registros, la ilegibilidad de la escritura, la imprecisión de los términos, la omisión de información, el extravío de parte del documento y, en el mejor de los casos, el paciente es intervenido de modo ambulatorio, que atentan contra la historia clínica como fuente de información¹⁵.

La calidad de los servicios es un concepto abordado por muchos autores desde diversos puntos de vista¹⁵⁻¹⁸, así por ejemplo, Arbusa¹⁹ plantea que la calidad es un concepto gradativo e infinito, nunca alcanzamos la calidad total, ya que ésta siempre será superable, aunque lo perciba subjetivamente.

Figura 1. Resultados de adherencia a la guía de práctica clínica de cirugía del septo nasal (2000 a 2005).



Porcentaje de respuestas afirmativas (sí), considerándose, por criterio de expertos, cinco categorías desde el aspecto cualitativo: excelente ($\geq 95\%$), notable (90-94,9%), adecuado (85-89,9%), suficiente (80-84,9%) y deficiente ($< 80\%$).

te el propio receptor del servicio. En la medida que nos acerquemos a un estándar considerado excelente, aparecerá un nuevo estándar al que acceder, por esta razón, consideramos que a pesar de los resultados obtenidos en la última etapa evaluativa, aún quedan brechas en el perfeccionamiento de nuestra atención médica.

Valentín-López et al²⁰, al estudiar el impacto asistencial de la implantación de la vía clínica de rinoseptoplastia, en 35 pacientes, concluyeron que se necesita la adquisición progresiva de experiencia en el manejo de la vía clínica para que se convierta en un instrumento de uso diario en la práctica médico-quirúrgica, aspectos que son totalmente compatibles con la GPC y con el instrumento para evaluar la adherencia a ella en nuestro medio.

A modo de comentario final, creemos que, en las condiciones del estudio, la evaluación de la adherencia a la GPC en los pacientes intervenidos por desviación del septo nasal puede considerarse un instrumento muy útil para evaluar el desempeño médico-quirúrgico en esta afección, ya que permite identificar nuestras debilidades y fortalezas en la atención de esta enfermedad, y se convierte en una herramienta de gran valor para mejorar continuamente la calidad de la asistencia médica que se brinda a los pacientes.

Bibliografía

1. Introducción a la confección de guías clínicas basadas en evidencias [citado 23 Mar 2006]. Disponible en: http://perinatal.bvsalud.org/E/practicas/Guias_clinicas_1.htm
2. Frías J. Buenas prácticas clínicas (BPC) y normas ICH (conferencia internacional de armonización) [citado 23 Mar 2006]. Disponible en: [http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/0/c698c164664e7622c1256bc8003fc3ba/\\$FILE/ensayo17.pdf](http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/0/c698c164664e7622c1256bc8003fc3ba/$FILE/ensayo17.pdf)
3. Viera B, Del Sol LG, Espinosa AD, Espinosa AA, Iraola M. Evaluación de guías de buenas prácticas clínicas para diagnóstico y tratamiento del infarto miocárdico agudo [citado 23 Mar 2006]. Disponible en: <http://www.uninet.edu/cimc2001/comunicaciones/MIraola/MIraola2/>
4. Fletcher RH, Fletcher SW. Clinical practice guidelines [editorial]. *Ann Intern Med*. 1990;113:645-6-
5. Shekelle PG, Woof SH, Eccles M, Grimshaw J. Developing guidelines. *BMJ*. 1999;318:593-6.
6. Ordúñez PO, Espinosa AD. Cambiar con el cambio: a propósito de los OPD-2000. *Rev Finlay*. 1994;1:2-3.
7. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Guidelines. En: *Evidence-based Medicine. How to practice and teach EBM*. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000. p. 169-82.
8. Nicholls E. La necesidad de contar con normas. En: *Organización Panamericana de la Salud. Prevención clínica. Guía para médicos*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998. p. 38-53.
9. Broche JM, Broche RC, García LY, Cañedo R. Medicina basada en la evidencia: un reto para el médico contemporáneo [citado 5 Jul 2006]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_6_03/aci02603.htm
10. Moreno R. Desviación del septum nasal [citado 4 Abr 2005]. Disponible en: http://www.gal.sld.cu/gbp/Cirurgia/ORL/des_sep_tum_nasal.html
11. Buckley JG, Witchell DB, Hickey SA, Fitzgerald O, Connor A. Submucous resection of the nasal septum an outpatient procedure. *J Laryngol Otol*. 1991;105:554-6.
12. De Sousa A, Salas A, Inciarte L, Valles I, Chávez H. ¿Por qué fracasa la cirugía del septum nasal? [citado 24 Sep 2005]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/otorrino/otorrino30102-artporque.htm>
13. Cottle MH. The "maxilla-premaxila" approach to extensive nasal septum surgery, *Arch Otolaryngology*. 1958;68:301.
14. Cottle M, Loring R. Corrective surgery of the external nasal pyramid and the nasal septum for restoration of normal physiology. *ENT Monthly*. 1947;26:147.
15. Ruiz P. La medición de la calidad asistencial. *Rev Clin Esp*. 2001;201:561-2.
16. Hidalgo JR. La calidad en la provisión de la sanidad. Derecho de los pacientes como parámetro de calidad del servicio de salud. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:447-53.
17. Sardiña M, Prat A, Martínez G, Quintó L, Trilla A, Asenjo MA. Influencia de la edad del paciente en la percepción de la calidad asistencial. *Rev Calidad Asistencial*. 2004;19: 238-42.
18. Gervas J. La gerencia vista desde la consulta, a través del prisma de la calidad asistencial. *SEMERGEN*. 2005;31:15-7.
19. Arbusa I, Alfaro L, Zamora JJ. El Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de Servicios Sanitarios. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:431-46.
20. Valentín-López B, Alguacil AI, Muñoz JM, Díez J, García J, Arias J, et al. Impacto asistencial de la implantación de la vía clínica de rinoseptoplastia. *Rev Calidad Asistencial*. 2003; 18:46-54.