

Evaluación de una vía clínica para la apendicitis infantil tras dos años de implantación

Verónica Pérez Blanco^a, Juan García Caballero^a, Victoria Ureña Vilardell^b, Leopoldo Martínez^c, Jesús Díez Sebastián^a, Araceli Reoyo^c y Elisa Rodríguez^c

^aServicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

^bUnidad de Calidad. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España.

^cDepartamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

Correspondencia: Dra. V. Pérez Blanco.

Unidad de Calidad. Complejo Hospitalario de Toledo.

Avda. Barber, 30. 45004 Toledo. España.

Correo electrónico: vperez@sescam.jccm.es

Resumen

Objetivo: Evaluación del impacto asistencial de una vía clínica (VC) para la apendicitis aguda en el Hospital Infantil La Paz, tras 2 años de implantación.

Material y método: Estudio semiexperimental con controles históricos. Monitorización de la satisfacción del paciente mediante realización de encuestas.

Resultados: Se incluye a 125 pacientes de entre 1 y 13 años; 71 varones y 54 mujeres. El grupo control (GC) está formado por 67 niños (53,6%), y el grupo vía clínica (VC), por 58 (46,4%). La estancia media \pm DE (desviación estándar) en apendicitis flemónosas es de $4,22 \pm 2,1$ días en GC y de $3,2 \pm 0,7$ en VC ($p = 0,041$). El porcentaje de pacientes con adecuación de la profilaxis antimicrobiana perioperatoria fue del 67,2% (45/67) en el GC y del 94,8% (55/58) en VC ($p = 0,001$). La media de dosis de analgésico administradas por paciente fue de 11,58 en GC y de 5,49 en VC ($p = 0,001$). Durante el segundo año de implantación de la VC, el 59% de los encuestados afirmaron estar "muy satisfechos" con la atención recibida y el 63,4% de ellos opinaron lo mismo respecto a la atención del dolor.

Conclusiones: La implantación de la vía ha facilitado la estandarización del tratamiento antimicrobiano y la adecuación en la profilaxis perioperatoria. La estancia ha disminuido en 1 día en apendicitis no complicadas sin un mayor número de readmisiones ni complicaciones. La mayoría de los pacientes afirmaron estar "satisfechos" o "muy satisfechos" con la atención recibida.

Palabras clave: Vía clínica. Apendicitis. Pediatría.

Introducción

La apendicitis es la afección más frecuente en la infancia que requiere cirugía y una de las principales causas de hospitalización. La apendicectomía supone el 1% de todas las intervenciones quirúrgicas. La apendicitis flemónosa o simple incluye alteraciones como "inflamación en forma aguda", "supurativa", "levemente inflamada con o sin peritonitis". Esta afección también abarca la apendicitis mínima, la apendicitis temprana y la apendicitis no complicada. La apendicitis complicada incluye "apendicitis gangrenosa", "perforada", "con acumulación local de pus", "apendicitis con peritonitis" y "apendicitis con absceso intraabdominal"¹⁻⁵.

Las vías clínicas (VC) son instrumentos para planificar la secuencia de procedimientos que forman un proceso asisten-

Abstract

Objective: To assess the clinical impact of a clinical pathway (CP) for acute appendicitis in children at La Paz Children's Hospital after 2 years of implementation.

Material and method: We performed a quasi-experimental study with historical controls. Patient satisfaction was monitored through surveys.

Results: A total of 125 patients were recruited, aged 1-13 years; there were 71 boys and 54 girls. The control group (CG) included 67 children (53.6%) and the clinical pathway (CP) group included 58 (46.4%). The mean length of hospital stay \pm standard deviation (SD) for uncomplicated appendicitis was 4.22 ± 2.1 days for the CG and 3.2 ± 0.7 for the CP group ($p = 0.041$). The percentage of patients with adequate prophylactic antimicrobial therapy was 67.2% (45/67) for the CG and 94.8% (55/58) for the CP group ($p = 0.001$). The mean number analgesic doses per patient was 11.58 in the CG and 5.49 in the CP group ($p = 0.001$). During the second year of the implementation of the CP, 59% of the patients surveyed reported they were "very satisfied" with the care received and 63.4% were "very satisfied" with pain management.

Conclusions: The implantation of the CP has helped to standardize antibiotic therapy and appropriate preoperative prophylaxis. The length of hospital stay decreased by 1 day for uncomplicated appendicitis with no increase in readmissions or complications. Most patients were "satisfied" or "very satisfied" with the care received.

Key words: Clinical pathway. Appendicitis. Pediatrics.

cial. La utilización de VC como herramienta de gestión clínica tiene como principal objetivo la reducción de la variabilidad no justificada en la práctica clínica⁶⁻⁸. Su utilización está generalizada en países como Estados Unidos, Canadá o Australia, donde es frecuente encontrar literatura relacionada con la evaluación de los resultados de estas herramientas^{9,10}. Sin embargo, en nuestra lengua existen pocos trabajos que expongan resultados de su impacto real en la práctica clínica diaria¹¹⁻¹³.

La VC para la apendicitis infantil fue implantada en el Departamento de Cirugía Pediátrica del Hospital La Paz en junio de 2003. Los documentos de la vía y los resultados principales del estudio de validación previo a su implantación definitiva en el centro fueron publicados en esta Revista en mayo de 2005¹⁴.

El objetivo principal del estudio que presentamos fue evaluar el impacto asistencial derivado de la implementación de la vía. Se analizaron posibles diferencias entre el grupo de pacientes que siguieron la VC durante los primeros 2 años y una cohorte histórica, midiendo y comparando estancia media, resultados clínicos y consumo de analgésicos.

Como objetivos secundarios nos planteamos determinar la satisfacción de los pacientes y/o familiares del grupo VC y la implantación de una escala visual de medición del dolor adaptada a la edad del niño.

Material y método

El estudio se realizó en el Hospital Infantil La Paz, que tiene unos 12.000 ingresos al año y en el que se realizan unas 4.700 intervenciones quirúrgicas al año.

El diseño del estudio corresponde a uno semiexperimental con controles históricos, es decir, un estudio observacional retrospectivo sin una intervención directa sobre el paciente.

El grupo de estudio estaba formado por uno muestreo aleatorio de los pacientes en edad pediátrica sometidos a cirugía de apendicitis aguda, incluidos en la VC durante el período comprendido entre junio de 2003 y mayo de 2005.

El grupo control se componía de un muestreo aleatorio de historias clínicas con diagnóstico principal de apendicitis aguda. Se escogió a pacientes ingresados 2 años antes de la implantación de la VC.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: pacientes menores de 14 años ingresados para cirugía de apendicitis aguda e intervenidos en el Departamento de Cirugía Pediátrica y con seguimiento postintervención en el Hospital Infantil La Paz. Se excluyó a pacientes inmunodeprimidos y menores de 1 año.

La estimación del tamaño muestral se realizó prefijando una potencia del 80% y un nivel de significación del 95%, a partir de los datos estimados en la literatura (Gutiérrez et al¹⁵) sobre las diferencias de estancia media.

Los casos se escogieron mediante una tabla de números aleatorios sobre los casos incidentes durante ambos períodos de estudio. La recogida de datos se realizó mediante revisión de historia clínica.

Las comparaciones entre variables cuantitativas se realizaron mediante el test de la t de Student, y en muestras pequeñas o de distribución no normal, el test de la U de Mann-Whitney. Para comparaciones entre variables cualitativas se utilizó la prueba de la χ^2 de Pearson o el test exacto de Fisher.

Además, se realizó un estudio prospectivo de la satisfacción del paciente mediante encuesta. Los propios pacientes (si tenían edad escolar) contestaron por escrito las encuestas o los familiares de forma anónima y voluntaria. Se entregaron en las habitaciones, donde se posibilitó que los pacientes las completasen el día previo al alta. El cuestionario completo contenía en total 29 preguntas. Además, había un apartado para comentarios y sugerencias.

La encuesta de satisfacción fue aprobada por el Comité de Ética Asistencial. El documento de consentimiento informado del acto anestésico contiene un apartado en el que se solicita al paciente/familiar/representante legal su autorización para la consulta de datos clínicos para la realización de estudios.

Resultados

En el estudio se incluyó a 125 pacientes de edades comprendidas entre 1 y 13 años, con media \pm DE de 8,37 \pm 3,39 años y mediana de 9 años; 71 varones y 54 mujeres. Los pacientes no incluidos en la vía clínica (grupo control) fueron un total de 67 (53,6%) y los 58 restantes (46,4%) pertenecían al grupo de estudio (incluidos en la vía clínica).

La tasa de apendicectomías con apéndice normal fue de 6/125 (4,8%), atendiendo al criterio clínico del cirujano en el informe de la intervención. Al analizar los resultados anatomo-patológicos de la pieza extirpada, esta tasa aumenta al 8%, ya que los patólogos definieron como normales 10 de los 125 apéndices.

Tabla 1. Distribución de las principales variables independientes

	Apendicitis flemónosas			Apendicitis complicadas		
	Grupo control (n = 23)	Vía clínica (n = 25)	p	Grupo control (n = 39)	Vía clínica (n = 32)	p
Edad (años)	8,4	9,92	NS	8,1	7,7	NS
Varón	15 (65,2%)	19 (76%)	NS	21 (53,8%)	13 (40,6%)	NS
Mujer	8 (34,8%)	6 (24%)	NS	18 (46,2%)	19 (59,4%)	NS
Tiempo quirúrgico total (min)	70,4	73,6	NS	72,6	79,3	NS
Tiempo incisión-cierre (min)	39,1	40,2	NS	42,9	42,1	NS
Horas en reanimación	12,9	10,2	NS	24,3	16,2	NS
Laparotomía	22 (95,7%)	19 (76%)	NS	39 (100%)	30 (93,8%)	NS
Laparoscopia	1 (4,3%)	6 (24%)	NS	0	2 (6,2%)	NS

Tabla 2. Principales resultados asistenciales

	Grupo control	Vía clínica	p
Estancia media en apendicitis flemonosas (días), media ± DE	4,2 ± 2,1	3,2 ± 0,7	0,041
Adecuación de profilaxis, n/N (%)	45/6 (67,2)	55/5 (94,8)	0,001
Medición del dolor*, n/N (%)	4/6 (6)	50/5 (86,2)	0,001
Dosis media de analgésico administrada por paciente, media ± DE	11,5 ± 7,68	5,4 ± 3,8	0,001

*Consta en registro de enfermería y/o en escala impresa en la hoja de tratamiento.

DE: desviación estándar.

Se tomó como indicador de calidad de la historia clínica el registro específico de que se presentara o no alergias medicamentosas. En el grupo control, 50 de las 67 historias revisadas contenían este ítem (74,6%), y en el grupo de VC, 38 de las 58 historias (65,5%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

La distribución de las variables independientes de los pacientes seleccionados, según tipo de apendicitis y según el grupo control y de estudio, se muestra en la tabla 1. Como se puede observar, tanto en casos complicados como en no complicados, ambos grupos son comparables. Los principales resultados asistenciales se exponen en la tabla 2. También se compararon entre ambos grupos los resultados de los principales indicadores de evaluación (tabla 3).

La implementación de la VC no ha supuesto ninguna alteración en la seguridad de los pacientes, ya que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos al analizar reintervenciones, reingresos, abscesos intraabdominales, infección de herida quirúrgica ni aparición de íleo.

Para estudiar la evolución de la satisfacción a lo largo de los 2 años de implantación de la vía, comparamos el porcentaje de pacientes que respondieron el grado más alto de satisfacción en los ítems más importantes. En la escala de Likert, el grado 5 o de excelencia correspondía, según el aspecto de la calidad a valorar, a las respuestas "muy satisfecho", "total acuerdo" o "muy buena". En la tabla 4 se comparan los resultados de las encuestas realizadas durante el primero y el segundo año, respectivamente.

Discusión

En nuestro estudio destaca como uno de los resultados más relevantes la diferencia de estancia media en apendicitis flemonosas. Esta mejora no se ha logrado a expensas de reducir la seguridad de los pacientes ya que, como se observa en los resultados, no ha aumentado la frecuencia de morbilidad ni de reingresos.

La reducción de estancias en apendicitis aguda tras la implantación de una VC se ha demostrado en otros estudios, como el de Gutiérrez et al¹⁵, en España. En este estudio, además, se demuestra una reducción del número total de dosis de antibióticos administradas por paciente, a favor del grupo vía clínica, con una menor incidencia de complicaciones.

En Estados Unidos, Warner et al¹⁶ demuestran, además de una disminución de estancia media a favor del grupo de vía clínica, una disminución de costes totales de hospitalización.

Además, en la literatura científica hay otros estudios en los que se demuestra la mejora de diversos resultados clínicos y de eficiencia. Destacan el de Helmer et al, que demuestra una disminución de complicaciones infecciosas en apendicectomizados mediante la estandarización del proceso, y el de Huerta et al, que demuestra una reducción de la estancia media, los costes de hospitalización y la tasa de readmisiones mediante la implantación de una vía clínica para la cirugía bariátrica¹⁷⁻²².

El tipo de antimicrobiano, tanto para la profilaxis perioperatoria como para el tratamiento de las apendicitis compli-

Tabla 3. Indicadores, estándares y resultados

Indicador	Estándar	Grupo control	Vía clínica (VC)
Cobertura vía clínica	90%	–	58/65 (89,2%)
Cumplimiento 3 días de estancia por apendicitis flemonosas	90%	11/23 (47,8%)	20/25 (80%)
Cumplimiento 6 días de estancia por apendicitis complicadas	90%	15/39 (38,5%)	16/32 (50%)
Adecuación de profilaxis antimicrobiana perioperatoria	100%	45/67 (67,2%)	55/58 (94,8%)
Cumplimiento de antibioterapia establecida en VC (complicadas)	80%	–	29/32 (90,6%)
Cumplimiento de terapia secuencial (complicadas)	80%	1/39 (2,5%)	22/32 (68,7%)

Tabla 4. Resultados de la encuesta de satisfacción^a

	Satisfacción máxima ^b (2003-2004)	Satisfacción máxima ^b (2004-2005)
Trato recibido por el personal sanitario	70%	57,1%
Atención médica recibida	62%	59%
Cuidados de enfermería recibidos	71,2%	69,2%
Atención del dolor	62%	63,4%
Explicación de recomendaciones al alta	38%	51,4%
Adecuación horario de visitas	2%	2,2%
Recomendaría el Departamento de Cirugía Pediátrica	63,5%	60,2%
Cumplimiento de las expectativas durante el ingreso	50%	47,8%
Adecuación de la información recibida	39%	44%

^aLas diferencias, halladas mediante la prueba de Fisher, no son estadísticamente significativas.

^bPorcentaje de pacientes que responden el grado máximo de satisfacción (5) en la escala de Likert.

cadas, y el paso de vía intravenosa a vía oral fueron los puntos en los que los profesionales implicados observaron mayor variabilidad. Según el estudio realizado, todos los pacientes recibieron la profilaxis antimicrobiana perioperatoria, con lo que se alcanzó el estándar establecido (100%). Además, tanto el tipo de antibióticos pautados en la vía como la terapia secuencial se cumplieron en la mayoría de los casos.

También destacan las diferencias estadísticamente significativas en la adecuación de la profilaxis entre el grupo VC y el grupo control. En este último, los estándares de adecuación se cumplen en el 67,2 frente al 94,8% del grupo VC.

Otro dato significativo es la disminución de la media del número de dosis de analgésico administradas al paciente durante su estancia en la planta. Esta disminución se asocia probablemente a una mejora en la adecuación de la prescripción de analgésicos, que, previamente a la implantación de la vía se realizaba, en la mayoría de los casos, de manera sistemática hasta los días previos al alta. La evaluación del dolor de manera más proactiva se consiguió al proponerse durante el diseño de la vía añadir una escala visual adaptada al niño a cada una de las hojas de registro de enfermería, así como en la hoja de tratamientos. Aunque no se logró la generalización del registro gráfico directamente sobre esta escala, sí se registró en los comentarios de enfermería en la mayoría de los casos analizados del grupo VC, como puede verse en el apartado de "Resultados". La utilidad del uso de escalas visuales para la medición del dolor se ha demostrado en numerosos estudios^{23,24}. Aunque no se haya evaluado directamente la

efectividad de esta medida, creemos que es una mejora destacable haber implantado su uso. La implementación sistemática de medir el dolor, o por lo menos tener en cuenta esta variable como una constante más a valorar dentro de las actividades de enfermería, es una práctica deseable y cada vez más difundida como una importante mejora en la calidad asistencial. En la encuesta de satisfacción realizada, uno de los ítems está destinado a medir la satisfacción con el tratamiento del dolor. Aunque no podemos comparar con la situación anterior a la instauración de esta mejora, podemos observar que, durante el segundo año de la implantación de la vía clínica, el 97% de los pacientes valoran esta actividad con las máximas puntuaciones dentro de la escala de Likert (grados 4 y 5, equivalentes a estar "bastante satisfecho" y "muy satisfecho").

Para conocer mejor las expectativas de los usuarios de los servicios de salud, la realización periódica de encuestas de satisfacción ha demostrado ser una herramienta útil²⁵⁻²⁸. Para el análisis de satisfacción hemos comparado, entre el primero y el segundo año de realización de encuestas, el porcentaje de pacientes que responden el nivel máximo de satisfacción o nivel 5 en la escala de Likert. Destaca la mejora observada en la atención del dolor, en la explicación de las recomendaciones al alta y en la adecuación de la información recibida. Estos tres aspectos se podrían relacionar con la implantación de mejoras que forman parte del proceso de implantación de la vía. El aspecto peor valorado en la encuesta es la adecuación del horario de visitas. Esto se puede deber a los cambios que se produjeron en todo el centro respecto a la organización de las visitas, restringidas a partir de la hora 15.00.

Las principales conclusiones que extraemos son las siguientes: la implantación de la vía clínica ha facilitado el consenso entre los profesionales, ha mejorado la coordinación entre ellos y ha logrado la implicación de un servicio clínico en un proceso de mejora continua de la calidad. La estancia media ha disminuido en 1 día en el caso de apendicitis no complicadas ($p = 0,041$).

El cumplimiento de las estancias establecidas se produjo en la mayoría de los pacientes que siguieron la VC (el 80% de las apendicitis no complicadas y el 50% de las complicadas), si bien no llegó a los estándares pre establecidos.

La reducción de estancias hospitalarias no ha supuesto un mayor número de reingresos ni de complicaciones posquirúrgicas. La estandarización del proceso ha facilitado el control de la variabilidad en la prescripción de antimicrobianos y ha mejorado la adecuación en la profilaxis perioperatoria.

La implantación de la VC se asocia a la disminución del número de dosis administradas de analgésico sin afectar a la adecuada atención del paciente y a la reducción de probabilidad de efectos adversos derivados de una prescripción sistemática innecesaria. La reducción del número de dosis de analgésico administradas en los pacientes del grupo VC ha sido simultánea a la generalización del uso de escalas visuales para la cuantificación del dolor.

La satisfacción de los pacientes con el departamento, los profesionales y la atención recibida es alta y muy alta, ya que en la escala de Likert (de 1, muy insatisfecho, a 5, muy satisfecho) la mayoría de los ítems se sitúan entre el 4 y el 5.

Agradecimientos

A todos los profesionales del Departamento de Cirugía Pediátrica y del Archivo del Hospital Materno-Infantil La Paz.

Bibliografía

1. Sauerland S, Lefering R, Neugebauer E. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. En: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2004.
2. Andersen BR, Kallehave FL, Andersen HK. Antibiotics versus placebo for prevention of postoperative infection after appendectomy. En: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2005.
3. Bleuer JP, Toenz M, Aebi C, Peters N, Minder C, Schoep M, et al. Antibiotic regimes and dosages for appendectomy. En: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2003.
4. Foulds KA, Beasley SW, Maoate K. Factors that influence length of stay after appendectomy in children. Aust NZ J Surg. 2000;70:43-6.
5. Newman K, Ponsky T, Kittle K, Dyk L, Throop C, Giesecker K, et al. Appendicitis 2000: Variability in practice, outcomes, and resource utilization at thirty pediatric hospitals. J Pediatr Surg. 2003;38:372-9.
6. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc). 1998;110:382-90.
7. García J, Díez J, Chamorro L, Navas A, Franco A, Arribas JL. Vías Clínicas. Medicina Preventiva. 1999;5:28-39.
8. Renholm M, Leino-Kilpi H, Suominen T. Critical pathways: a systematic review. Jano. 2002;33:196-201.
9. Darer J, Pronovost P, Bass E. Use and evaluation of critical pathways in hospitals. Eff Clin Pract. 2002;5:114-9.
10. Van Herck P, Vanhaecht K, Sermeus W. Effects of clinical pathways: do they work? Journal of Integrated Care Pathways. 2004;8:95-105.
11. Ruiz-López P, Rodríguez-Cuéllar E, Alcalde J, Landa I, Jaurrieta E, et al. Informe sobre el proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal II. Desarrollo de la vía clínica. Cir Esp. 2003;74: 206-20.
12. Hernández S, García J, Jiménez C, Escuin F, Mahillo B, Herruzo R, et al. Resultados e impacto de una vía clínica para trasplante renal tras un año de desarrollo. Rev Calidad Asistencial. 2003;18:9-19.
13. Nuñez C, Ríos E, Chamorro L, De Cabo M, Tabernero A, Martínez-Piñeiro L, et al. Implantación una vía clínica para prostatectomía radical. Arch Esp Urol. 1999;52:1051-9.
14. Pérez-Blanco V, García-Caballero J, Martínez L, Reoyo A, Rodríguez E, Tovar JA. Diseño y validación de una vía clínica para la apendicitis aguda infantil. Rev Calidad Asistencial. 2005; 20:119-25.
15. Gutiérrez JM, Lozano FJ, Díez R, Ardela E, García D, Domínguez FJ. Apendicitis aguda. Utilidad de una vía clínica basada en la evidencia. Cir Pediatr. 2002;15:156-61.
16. Warner B, Kulick R, Stoops M, Mehta S, Stephan M, Kotagal U. An evidenced-based pathway for acute appendicitis decreases hospital duration and cost. J Pediatr Surg. 1998;33: 1371-5.
17. Bergman DA. Evidence-based guidelines and critical pathways for quality improvement. Pediatrics. 1999;103:225-31.
18. Kelly R, Wenger A, Horton C, Nuss D, Croitoru D, Pestian J. The effects of a pediatric unilateral inguinal hernia clinical pathway on quality and cost. J Pediatr Surg. 2000;35:1045-8.
19. Frilias A, Higginbotham P, Johnson D, Jackson R, Wagner C, Smith S. A new economic benchmark for surgical treatment of appendicitis. Am Surg. 1999;65:769-73.
20. Takegami K, Kawaguchi Y, Nakayama H, Kubota Y, Nagawa H. Impact of a clinical pathway and standardization of treatment for acute appendicitis. Surgery Today. 2003;33:336-41.
21. Huerta S, Heber D, Sawicki M, Liu C, Arthur D, Alexander P, et al. Reduced lenght of stay by implementation of a clinical pathway for bariatric surgery in an academic health care center. Am Surg. 2001;67:1128-35.
22. Helmer K, Robinson E, Lally K, Vasquez J, Kwong K, Liu T, et al. Standardized patient care guidelines reduce infectious morbidity in appendectomy patients. Am J Surg. 2002;183:608-13.
23. Gordon DB. Critical pathways: a road to institutionalising pain management. J Pain Symptom Manage. 1996;11:252-9.
24. Muñoz-Ramón JM, Carr DB, Sukiennik A, Wurn WH. Tratamiento del dolor agudo postoperatorio. Protocolos y procedimientos del New England Medical Center de Boston. Rev Soc Esp Dolor. 2002;9:176-88.
25. Pérez-Blanco V, García-Caballero J, Cisneros J, Tabernero A. Satisfacción del paciente urológico en consultas externas. Rev Calidad Asistencial. 2003;18:460-7.
26. Mira JJ, Rodríguez-Marín RP, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, Llorca E. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:273-83.
27. Núñez Díaz S, Martín-Martín AF, Rodriguez Palmero I, González Hernández J, Antolín Arias J, Hernández González R, et al. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios. Rev Clínica Esp. 2002;202:629-34.
28. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Dueck R, Egner B, Kao A, Kerr C, et al. Resolving disagreements in the patient-physician relationship. JAMA. 1999;282:1477-83.