

Las soluciones consisten en anticiparnos a posibles incidencias, escribir las recomendaciones oportunas y avisar de su posible aparición, incluso se pueden estandarizar las TR¹. La historia clínica estará accesible, completa y actualizada, en especial ciertas circunstancias como las órdenes de no reanimación, y acompañará al paciente en sus movimientos por el hospital. Si existe historia electrónica debe existir acceso universal a la red informática.

Las TR las realizarán médicos experimentados y con conocimiento suficiente sobre la situación del enfermo⁹. Darán la información necesaria, oral y/o escrita, para que el nuevo médico a cargo del enfermo, aunque sea por un corto periodo de tiempo, sepa qué se le pide y por qué y el grado de responsabilidad que debe asumir⁹. Es fundamental poder preguntar y responder preguntas, y discutir las cuestiones de interés entre los 2 médicos³. Si la información transmitida es incorrecta o no se hace de la forma adecuada, el médico receptor puede interpretar este hecho como falta de interés, de competencia o ambos¹⁰, y dificultar más el proceso de la TR. El paciente y acompañantes deben recibir información suficiente.

Cuando varios médicos atienden simultáneamente a un paciente, como en la interconsulta médica, uno de ellos actuará de coordinador, habitualmente el responsable del enfermo. No hay buena formación sobre las TR², por lo que es necesario establecer los mecanismos necesarios para adquirirla, así como recibir instrucción sobre el trabajo en equipo.

Como conclusión podemos señalar que las TR son muy frecuentes durante el ingreso hospitalario e implican riesgos para el enfermo. A pesar de ello, no reciben la adecuada atención, no están estandarizadas ni protocolizadas, disponemos de muy poca información sobre ellas y no se imparte formación para realizarlas de forma correcta.

Bibliografía

1. Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: Deficiencies identified in an extensive review. *Qual Saf Health Care*. 2010;19:493-7.
2. Arora VM, Farnan JM. Care transitions for hospitalized patients. *Med Clin North Am*. 2008;92:315-24.
3. Kalkman CJ. Handover in the perioperative care process. *Curr Opin Anesthesiol*. 2010;23:749-53.
4. Greenberg CC, Regenbogen SE, Studdert DM, Lipsitz SR, Rogers SO, Zinner MJ, et al. Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *J Am Coll Surg*. 2007;204:533-40.
5. Petersen LA, Brennan TA, O'Neil AC, Cook EF, Lee TH. Does housestaff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Ann Intern Med*. 1994;121:866-72.
6. Nagpal K, Vats A, Ahmed K, Smith AB, Sevdalis N, Jonannsson H, et al. A systematic quantitative assessment of risks associated with poor communication in surgical care. *Arch Surg*. 2010;145:582-8.
7. Soler-Bel J, Sala C, Relaño N, Moya MJ, Vergéz L, Flor A. Estudio de las interconsultas solicitadas por el Servicio de Cirugía General al Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna*. 2007;24:520-4.
8. Bodenheimer T. Coordinating care - A perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008;358:1064-71.
9. Pearson SD. Principles of generalist-specialist relationships. *J Gen Intern Med*. 1999;14:S13-20.
10. Muzzin LJ. Understanding the process of medical referral. Part 5: Communication. *Can Fam Physician*. 1992;38:301-7.

E. Montero Ruiz* y J. López Álvarez

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardo.montero@salud.madrid.org (E. Montero Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.09.003>

Contribución de los médicos de familia a la elaboración de guías de práctica clínica[☆]



Contribution of family physicians in the development of clinical practice guidelines

Sra. Directora:

La adhesión de los médicos de familia (MF) a las guías de práctica clínica (GPC) es variable¹, y su utilización puede estar influenciada por factores contextuales y actitudinales², así como relacionados con las propias guías,

como el rigor en su elaboración o la composición del equipo redactor o revisor³. Diferentes estudios muestran que para la mayoría de los MF las GPC son una valiosa fuente de asesoramiento y creen que mejoran la calidad de la atención sanitaria⁴.

Hemos realizado un estudio para describir la participación de los MF en la elaboración de las GPC producidas en España, incluidas en el catálogo de GPC del Sistema Nacional de Salud (SNS). Se trata de un estudio descriptivo en el que fueron examinadas por 2 evaluadores todas las GPC vigentes en dicho catálogo⁵ durante el último trimestre de 2012 (n=72), disponibles en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo>. Tras la revisión individual, ambos evaluadores realizaron una puesta en común para consensuar las discrepancias observadas. Las variables incluyeron: entidades elaboradoras, destinatarios de las GPC, autoría (número de autores, profesión, especialidad y afiliación), tema principal de la guía según la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2) y número, profesión y afiliación tanto de colaboradores como de revisores externos.

[☆] De este estudio fue presentada una comunicación en el XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC). Granada, 6-8 de junio de 2013.

Tabla 1 Distribución de las guías de práctica clínica según la enfermedad o problema de salud abordado (Clasificación Internacional en Atención Primaria)

Enfermedad o problema de salud	N.º	%
Problemas generales e inespecíficos	7	9,7
Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario	1	1,4
Aparato digestivo	6	8,3
Ojo y anejos	1	1,4
Aparato auditivo		
Aparato circulatorio	6	8,3
Aparato locomotor	2	2,8
Sistema nervioso	4	5,6
Problemas psicológicos	16	22,2
Aparato respiratorio	9	12,5
Piel y faneras	6	8,3
Aparato endocrino, metabolismo y nutrición	4	5,6
Aparato urinario	5	6,9
Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio	1	1,4
Aparato genital femenino y mamas	1	1,4
Aparato genital masculino y mamas	1	1,4
Problemas sociales	2	2,8

La información se introdujo en una base de datos, procediéndose después a su análisis mediante el programa IBM SPSS® Statistics v.19. En primer lugar se describieron las variables de estudio, calculando distribución de frecuencias, intervalos de confianza al 95% y medidas de tendencia central y dispersión. Posteriormente, mediante la razón de verosimilitud de Chi-cuadrado, se contrastó la independencia entre las variables principales utilizando un nivel de significación de 0,05.

La mayoría de las GPC fueron elaboradas en Cataluña (35,2%), Andalucía (13,9%) y Madrid (11,1%). Aunque con frecuencia participaron en su elaboración varias entidades, aparecieron en primer lugar instituciones dependientes de los servicios de salud en 25 de ellas (34,7%), agencias de evaluación de tecnologías sanitarias en 17 (23,6%), sociedades científicas en 17 (23,6%) y otras entidades en 13 (18,1%). Participaron como autores uno o más MF en 34 GPC (47,2%; IC 95%: 35,0-59,4) y como revisores externos en 49 (68,1%; IC 95%: 56,6-79,5). El número medio de autores fue de 16,0 (DE: 12,5) y, de un total de 1.152 autores, 147 eran MF, representando el 12,8% (IC 95%: 10,8-14,7). En la [tabla 1](#) se clasifica las GPC según las enfermedades a las que iban dirigidas. La presencia como autores de los MF fue superior en la GPC sobre enfermedades del aparato circulatorio, aparato endocrino, metabolismo y nutrición, sistema nervioso y problemas generales e inespecíficos respecto a otros epígrafes, incluidos los problemas psicológicos y las enfermedades de los aparatos locomotor, respiratorio y urinario (84,7 vs. 31,4%; $p < 0,001$). Esta participación también fue significativamente superior cuando la principal entidad elaboradora correspondía a una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias frente a otras entidades, incluidos servicios de salud y sociedades científicas (76,5 vs. 38,2%; $p = 0,006$). Entre los destinatarios de las GPC los MF

aparecen en 58 de ellas (80,6%; IC 95%: 70,7-90,4) y como únicos destinatarios en 7 (9,7%; IC 95%: 2,2-17,3). Entre las entidades elaboradoras, las sociedades de Medicina de Familia e instituciones directamente relacionadas con atención primaria participaron en 7 GPC (9,7%; IC 95%: 2,2-17,3).

Los resultados han permitido conocer la participación de los MF en la elaboración de las GPC incluidas en el catálogo del SNS, las cuales son originadas con mayor frecuencia en instituciones dependientes de los diferentes servicios de salud autonómicos. Aunque su contribución en el proceso de revisión externa de las GPC es elevada, la presencia de MF entre los autores de las mismas es solo moderada y es baja la proporción de ellos que intervienen en su elaboración respecto al número total de autores, especialmente en las GPC sobre problemas psicológicos y enfermedades de los aparatos locomotor, respiratorio y urinario, a pesar de tratarse de problemas de salud muy frecuentes en atención primaria. Estos resultados contrastan con la elevada proporción de GPC que incluyen entre sus destinatarios a los MF.

Para que las GPC puedan aplicarse satisfactoriamente deben incluir a todos los agentes implicados en el acto médico, como el personal sanitario, los pacientes, las sociedades científicas, las empresas proveedoras de servicios y/o la administración. Sin embargo, en ocasiones ha sido señalada la falta de implicación en su elaboración de los agentes que deberán aplicarlas posteriormente⁶, lo cual puede contribuir a la también señalada moderada efectividad de esta aplicación, atribuible por tanto a posibles sesgos en su elaboración, además de otras razones como el hecho de no adaptarse a un entorno concreto⁷ o no tener en cuenta la complejidad de los pacientes que presentan comorbilidad, situación frecuente en las consultas de atención primaria⁴.

Está bien documentado que cuando las GPC se elaboran de manera multidisciplinaria se obtienen documentos de mayor calidad⁸, siendo este aspecto uno de sus principales requerimientos metodológicos⁹. Varios estudios han demostrado que la participación de los MF en el proceso de elaboración de las GPC incrementa su uso en la práctica clínica¹⁰.

En conclusión, observamos una moderada contribución de los MF en la elaboración de las GPC, siendo superior su participación como revisores externos que como autores de las mismas. Puesto que los MF figuran como destinatarios de la mayoría de las GPC, una mayor contribución como autores sería deseable en la elaboración de las futuras GPC.

Financiación

Estudio realizado sin financiación externa.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: A meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract.* 2007;57:971-8.

2. Clerc I, Ventelou B, Guerville MA, Paraponaris A, Verger P. General practitioners and clinical practice guidelines: A re-examination. *Med Care Res Rev.* 2011;68:504-18.
3. Etxeberria Aguirre A, Rotaecche del Campo R. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia: desarrollo actual y perspectivas futuras. *Rev Calidad Asistencial.* 2006;21:228-37.
4. Atienza G, Bañeres J, Gracia FJ. Guías de práctica clínica y atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26 Supl. 1:113-7.
5. Guía salud Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [consultado 7 Jul 2013]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo>
6. Capdevila JA, Gavagnach M, Martínez S, Torres A. Evaluación crítica de las guías de práctica clínica. *Med Clin (Barc).* 2008;130:376-9.
7. Campillo-Artero C. Algunas vertientes prácticas de las guías de práctica clínica. *Gac Sanit.* 2005;19:398-400.
8. Saura-Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Román JR, Gaona Ramón JM, Gascón Cánovas JJ. Características de las guías clínicas de atención primaria que se asocian a una mayor

calidad estructural. *Aten Primaria.* 2001;28:525-34.

9. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ.* 2001;323:334-6.
10. Carlsen B, Norheim OF. «What lies beneath it all?»- an interview study of GPs' attitudes to the use of guidelines. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:218.

J. López-Torres Hidalgo^{a,b,*}, C. Boix Gras^c,
J.M. Téllez Lapeira^d, J. Martín Oliver^c
y J. López-Torres López^a

^a *Facultad de Medicina de Albacete, Albacete, España*

^b *Centro de Salud Zona IV de Albacete, Albacete, España*

^c *Centro de Salud Zona VIII de Albacete, Albacete, España*

^d *Centro de Salud Zona V-B de Albacete, Albacete, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusl@sescam.org

(J. López-Torres Hidalgo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.09.006>

Comentarios al artículo: «Influencia de las unidades de corta estancia en la calidad de atención hospitalaria en España. Revisión sistemática»



Comments on the article: «Influence of short-stay units on the quality of health care in Spain. A systematic review»

Sra. Directora:

Hemos leído con interés el artículo de Marcos et al. en el que analizan el impacto de las unidades de corta estancia en la calidad de la atención hospitalaria en España¹. Los autores analizan las publicaciones aparecidas en la literatura, referentes a unidades de observación y de corta estancia en España. En nuestra opinión, ambos tipos de unidades no son equiparables. Aunque en ocasiones en la literatura española se utilizan como sinónimo, no se trata posiblemente del mismo tipo de unidades. En la literatura anglosajona se considera que el periodo de ingreso en las unidades de observación es inferior a 24 h² y de hasta 5 días en las unidades de corta estancia³, lo que marca quizá una diferencia de funcionalismo y dependencia jerárquica.

No se puede generalizar que estas unidades dispongan de más personal que las de hospitalización convencional, ni que las exploraciones realizadas en las mismas tengan prioridad sobre el resto del hospital, ya que dichas afirmaciones son difícilmente obtenibles a través de la escasa literatura sobre dicho tipo de unidades en nuestro país. Tampoco puede afirmarse que dichas unidades generen un coste suplementario

indirecto por el alta precoz, como afirman los autores, ya que lo mismo podría extrapolarse a la hospitalización convencional.

Las unidades de corta estancia han demostrado ser una alternativa coste-efectiva a la hospitalización convencional, y su papel no es de rivalidad con otras estructuras del hospital, sino de complemento, para conseguir una sanidad de mayor calidad a un coste asumible^{4,5}.

Bibliografía

1. Marcos M, Hernández-García I, Ceballos-Alonso C, Martínez-Iglesias R, Mirón-Canelo JA, Laso FJ. Impact of short-stay units on the quality of medical care in Spain. *Rev Calid Asist.* 2013;4:199-206.
2. Brillman J, Mathers-Dunbar L, Graff L, Joseph T, Leikin JB, Schultz C, et al. Management of observation units. *American College of Emergency Physicians. Ann Emerg Med.* 1995;25:823-30.
3. Damiani G, Pinnarelli L, Sommella L, Vena V, Magrini L, Ricciardi W. The short stay unit as a new option for hospitals: A review of the scientific literature. *Med Sci Monit.* 2011;17:15-9.
4. Roberts R, Graff LG. Economic issues in observation unit medicine. *Emerg Med Clin North Am.* 2001;19:19-33.
5. Epelde F, Iglesias-Lepine ML, Anarte L. Economic crisis: Cost and effectiveness of short stay hospital units. *An Sist Sanit Navar.* 2012;35:469-75.

F. Epelde*

Unidad de Estancia Corta, Hospital Universitari Parc Tauli, Sabadell, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fepelde@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.10.005>