

Bibliografía

1. ISO. Briefing notes. ISO 45001.Occupational health and safety. [Internet] [consultado 6 Mar 2016]; Disponible en: <http://www.iso.org/iso/home/standards/management-standards/iso45001.htm>
2. BOE. Resolución de 1 de marzo de 2016, de la Dirección General de Industria y de la Pequeña y Mediana Empresa, por la que se someten a información pública los proyectos de normas europeas e internacionales que han sido tramitados como proyectos de norma UNE, correspondientes al mes de febrero de 2016. BOE. 2016;57:18315-18324.
3. Yazdani A, Neumann P, Imbeau D, Bigelow P, Pagell M, Theberge N, et al. How compatible are participatory ergonomics programs with occupational health and safety management systems? *Wells R Scand J Work Environ Health.* 2015;41:111-23.
4. Nieto J. Enfermedades laborales, una pandemia que requiere prevención. *Med Segur Trab.* 2014;60:1-3.
5. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Informe anual de accidentes de trabajo en España 2014. Madrid: INSHT; 2015.
6. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Subdirección General de Estadística. Estadística de accidentes de trabajo y enfermedades

profesionales. Año 2015. [consultado 10 Mar 2016]; Disponible en: <http://www.empleo.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>

7. Revista digital de AENOR. [Revista electrónica] 2016 [consultado 6 Mar 2016]; Disponible en: <http://www.aenor.es/revista/312/vistazo312.html>
8. Corrao CR. Management, quality of health and occupational safety and hospital organization: Is integration possible. *Ig Sanita Publ.* 2011;67:93-117.

M. López Gobernado*
y D. Villalba Gil

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: mlopezgob@saludcastillayleon.es
(M. López Gobernado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.03.009>
1134-282X/

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Magnitud del efecto en comparaciones entre 2 o más grupos



Effect size in comparison between two or more groups

Sra. Directora:

Recientemente, Villarín-Castro et al.¹ reportaron las diferencias en cuanto a la calidad de la vida profesional entre personas de diferentes categorías profesionales y tipo de contrato. Si bien los resultados indican diferencias en una de las dimensiones por cada comparación, entre grupos, realizada, la utilización del test de significación estadística de la hipótesis nula (NHST, por sus siglas en inglés) pudo estar limitada por su sensibilidad al tamaño muestral, ya que tiende a rechazar la hipótesis nula cuando se cuenta con muestras grandes^{2,3}.

En ese sentido, existen medias de magnitud del efecto (ME) que cuantifican las diferencias conjuntas entre grupos: el ω^2 ⁴ ya que su estimación tiende a ser menos sesgada que la η^2 ⁵. Este indicador se interpreta como la variabilidad de la variable dependiente (calidad de vida) que se puede atribuir a la variable independiente (grupos: categorías profesionales y tipo de contrato). Su cálculo es sencillo, y puede hacerse a partir de los datos de una tabla de resultados de ANOVA de una vía. Dada la extensión permitida para la presente carta no es posible colocar las fórmulas, pero remitimos al lector interesado a las fuentes respectivas^{2,3,5}. Se valora según su magnitud: 0,04, 0,25, y 0,64 como ME mínima necesaria, moderada y fuerte². En los 2 últimos casos, la comparación permitiría una interpretación sustantiva de los hallazgos.

Del mismo modo, si la ME es relevante, entonces pueden hacerse comparaciones por pares en función de otro indicador, el ω^2_{comp} ⁵. Su valoración es similar al ω^2 . Luego de hacer un reanálisis con los datos presentados en las tablas 2 y 3 de Villarín-Castro et al.¹, los resultados (tabla 1) indican que solo 2 dimensiones pueden considerarse relevantes para su interpretación, a diferencia de lo expresado por los autores en su discusión¹.

Luego, es factible calcular entre qué grupos existen tales diferencias. En cuanto a la categoría profesional, las diferencias se aprecian entre facultativos y unidad de apoyo ($\omega^2_{comp}=0,023$); y en cuanto al tipo de contrato, entre propietarios e interinos ($\omega^2_{comp}=0,030$). A partir de esos datos, pueden establecerse acciones más puntuales respecto a planes de mejora.

Estos hallazgos ponen en relieve la importancia de las medidas de ME en los estudios empíricos, a fin de obtener información que permita concluir en función de indicadores más precisos. Si bien una de las condiciones es que el tamaño

Tabla 1 Comparación de calidad de vida profesional según categoría y contrato

	Categoría profesional	Contrato
Percepción de apoyo directivo	0,005	0,001
Percepción global de carga de trabajo	0,042	0,012
Motivación intrínseca	0,019	0,035
Capacidad de desconexión tras jornada laboral	0,001	0,006
Calidad de vida laboral global	0,012	0,008

En negrita: magnitud del efecto de la magnitud mínima necesaria para una interpretación.

muestral sea similar entre grupos, fueron usados los datos disponibles en el manuscrito analizado¹.

Bibliografía

1. Villarín-Castro A, Méndez-García T, Zuzúarregui-Gironés MS, Sánchez-Serrano A, Conejo-Ocaña R. Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. *Rev Calid Asist.* 2015;30:4-9.
2. Fritz CO, Morris PE, Richler JJ. Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *J Exp Psychol Gen.* 2012;141:2-18.
3. Ferguson CJ. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Prof Psychol Res Pract.* 2009;40:532-8.
4. Hays WL. *Statistics for psychologists*. 5.ª ed Texas: Hartcourt Brace; 1994.

5. Grissom RJ, Kim JJ. *Effect size for research. A broad practical approach*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2005.

S.A. Dominguez-Lara*

Instituto de Investigación de Psicología, Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: sdominguezmpcs@gmail.com, sdominguezl@usmp.pe

<http://dx.doi.org/10.1016/j.j.cali.2016.04.002>
1134-282X/

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Rediseño del proceso de consentimiento informado para pacientes con ictus isquémico agudo



Redesigning the informed consent process for patients with acute ischemic stroke

Sra. Directora:

El ictus consiste en un trastorno brusco de la circulación cerebral que altera la función de una región del cerebro, producido por una disminución importante del flujo sanguíneo a un área cerebral o por hemorragia tras la rotura de un vaso cerebral. Constituye una urgencia neurológica, puesto que los mecanismos lesionales progresan con rapidez y pueden detenerse o evitar consecuencias irreversibles si se actúa de forma precoz¹. Por ello, las últimas guías de práctica clínica sobre ictus isquémico señalan que los esfuerzos deben ir encaminados a reducir retrasos en la terapia de reperfusión². Las opciones terapéuticas son: 1) la trombólisis intravenosa en las primeras 3-4,5 h (tratamiento estándar del ictus isquémico agudo)³, y 2) la trombectomía intraarterial mecánica, cuya efectividad es marcadamente tiempo-dependiente⁴.

En la Región de Murcia, el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) ofrece tratamiento trombolítico, es referencia para trombectomía y cuenta con procedimientos de actuación consensuados⁵. A fin de optimizar los tiempos de atención intrahospitalarios, se creó un grupo de mejora que identificó y analizó las causas potenciales de retraso. Una de ellas fue la demora en el proceso de consentimiento informado y autorización de los procedimientos de reperfusión, ya que las diferentes técnicas eran expuestas por separado según la situación del paciente en cada momento. Por ello se elaboró y consensuó un procedimiento de consentimiento informado basado en un modelo de documento único, para los pacientes que acceden a nuestro hospital bajo una situación de código ictus.

El HCUVA puso en marcha en 2012 un sistema de acreditación de sus documentos de consentimiento

informado (DCI) que exigía a todos ellos cumplir 24 criterios referidos a su estructura, contenidos, legibilidad y facilidad de comprensión⁶. En este sistema, los contenidos científico-técnicos son propuestos por los médicos que realizan el procedimiento y revisados por una comisión para su aprobación, que cuenta con herramientas objetivas, como el índice INFLESZ. La herramienta INFLESZ sirve para medir la legibilidad de los textos, ajustada a los hábitos de los lectores españoles, y validada para evaluar textos dirigidos a pacientes, que tienen mayor probabilidad de ser comprendidos si superan los 55 puntos⁷. Para elaborar el contenido científico-técnico del nuevo DCI se partió de los textos existentes para los procedimientos de trombólisis intravenosa del servicio de neurología, trombectomía intraarterial de neurorradiología intervencionista, y los propios del servicio de anestesia que se aplican en esta última técnica. La Unidad de Calidad Asistencial del HCUVA elaboró una propuesta unificada, que fue remitida a los 3 servicios implicados para su valoración. Las modificaciones propuestas fueron integradas en una versión definitiva, aceptada por todos los implicados y acreditada por el HCUVA. El texto final (fig. 1) tuvo una extensión de 728 palabras e INFLESZ de 59,6 puntos. El responsable principal de transmitir la información recayó en el neurólogo de guardia, quien será el profesional que firme el DCI, sin menoscabo de que el paciente o su responsable legal tengan la posibilidad de ampliar la información recibida con el resto de profesionales implicados, y/o de revocar su autorización en cualquier momento.

De forma paralela, el grupo de mejora de atención al ictus del HCUVA consensuó una adaptación de los procedimientos existentes para definir el(los) momento(s) y responsables(s) del proceso de consentimiento. Al basarse en un único DCI cuya información ha sido consensuada y es compartida por todos, cabe esperar mayor agilidad y menor variabilidad en la atención y en la información ofrecida, de suma importancia en el pronóstico⁸, ya que la indecisión para otorgar el consentimiento figura entre las causas de retraso terapéutico reconocidas⁹.

No obstante, la efectividad de la intervención puede ser limitada si se implementa como medida aislada, ya que el retraso es siempre multifactorial⁸. De hecho, el grupo de mejora identificó y priorizó otras muchas causas que han