

Hablemos de...

Coordinación entre atención especializada y atención primaria en la especialidad de aparato digestivo

EMILI GENÉ^a y XAVIER CALVET^b

^aServicio de Urgencias. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España. Institut Universitari Parc Taulí. Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

^bServicio de Aparato Digestivo. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Instituto de Salud Carlos III. Madrid. España. Institut Universitari Parc Taulí. Departament de Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Se define coordinar como “concertar medios y/o esfuerzos para una acción común”. La coordinación no ha sido nunca tarea fácil y, de hecho, los datos sobre coordinación entre atención primaria (AP) y especialidades y, concretamente, aparato digestivo (EAD) son fragmentados y de calidad variable¹⁻⁴. Esto sucede con muchos temas de gestión sanitaria, ya que estos raramente son susceptibles de una evaluación rigurosa. Por el contrario, muy a menudo es la misma persona o entidad que desarrolla, de

forma entusiasta, un nuevo sistema de gestión quien se encarga de su posterior evaluación. Esto explica por qué los fracasos son infrecuentes, pero también porqué los buenos resultados de las experiencias iniciales raramente se reproducen. Por todo ello, la coordinación entre especialidades y AP es un terreno movedido en el que las incertidumbres superan a las certezas. Este contexto no debe, sin embargo, llevarnos al nihilismo ya que, a pesar de esto, se han realizado algunos estudios metodológicamente

Puntos clave

- El sistema sanitario español es muy heterogéneo. Es imposible definir un modelo único de relación entre atención primaria y especializada para todo el territorio.
- La coordinación entre niveles asistenciales es, básicamente, una relación entre personas. Mejora si se establece una relación de mutua confianza.
- La historia clínica electrónica conjunta es una herramienta indispensable para mejorar la transmisión de la información entre niveles asistenciales.
- Las intervenciones educativas y la introducción de guías clínicas y formularios estandarizados son medidas útiles para mejorar la idoneidad de las derivaciones desde asistencia primaria. Las actividades de educación interprofesional, conjuntas y de formación mutua, parecen las medidas formativas más eficaces.
- El modelo de coordinación más eficaz parece ser aquél en el que se asigna un especialista concreto a un centro de atención primaria, de forma que se favorece una relación personal continuada. Ejercerá la función de consultor y tareas de formación y puede o no realizar asistencia in situ.



adecuados para evaluar intervenciones que pueden mejorar la coordinación entre especialidades hospitalarias y AP. Este documento pretende tanto evaluar la situación actual, como describir las intervenciones para mejorar la coordinación en las que existe evidencia científica sobre de su eficacia.

Contexto de la relación AP-EAD. ¿Dónde estamos?

La relación entre AP y EAD se realiza en contextos distintos, todos ellos dinámicos y rápidamente cambiantes. El sistema sanitario español es muy heterogéneo y presenta importantes desigualdades estructurales, organizativas e incluso presupuestarias entre comunidades autónomas, incluidas grandes diferencias en el importantísimo tema de la carga asistencial⁵. Por otra parte, la coordinación entre especialidades se mueve además en un sistema en el que están presentes caras y complejas estructuras de control —especialmente del gasto sanitario—, con constantes restricciones presupuestarias. Dichas estructuras y medidas a menudo dificultan la relación entre profesionales. Es difícil, por tanto, definir un modelo único de relación entre AP y EAD para todo el territorio y prácticamente imposible mantenerlo estable en el tiempo.

A esto hay que añadir que la AP está en pleno proceso de redefinición de su papel frente a las especialidades hospitalarias⁶⁻⁸. En nuestro país, unas de las amenazas más importantes en AP es la intensísima sobrecarga asistencial. Esta conlleva un deterioro de la calidad y de las condiciones de trabajo con el consiguiente riesgo de *burn-out* de los profesionales^{9,10}. Cualquier intento de coordinación debe tener en cuenta este contexto si pretende pasar más allá de la fase de buenos propósitos.

Otro punto fundamental, y que a menudo se olvida, es que la coordinación entre niveles asistenciales es, básicamente, una relación entre personas. Más allá de las estructuras y los medios disponibles, una buena relación personal puede convertir un programa mediocre en una herramienta excelente, y viceversa. Por esto, el planteamiento de la coordinación entre AP y especialidades como “¿amigos o enemigos?” es algo más que una figura retórica¹¹. Así, una encuesta reciente realizada a médicos de AP y a EAD observó que la valoración mutua de la calidad de la asistencia era claramente mejor si existía una relación personal² (figs. 1 y 2).

Tampoco hay que olvidar que aparato digestivo es una más entre muchas especialidades que deben coordinarse con AP. Es cierto que se trata de una especialidad importante por la alta prevalencia de la patología digestiva; también presenta aspectos específicos como, por ejemplo, el acceso a la endoscopia digestiva o el cribado del cáncer colorrectal. Sin embargo, el desarrollo de la coordinación entre AP y EAD debe englobarse en el conjunto de la coordinación entre atención hospitalaria y AP. Si se produce una acumulación descoordinada de intervenciones no demandadas ni consensuadas por parte de múltiples especialidades, dichas intervenciones motivarán el cansancio y la con-

Los temas de gestión sanitaria —la coordinación entre ellos— son un terreno movidizo en el que las incertidumbres superan a las certezas.

El sistema sanitario español es muy heterogéneo y presenta importantes desigualdades territoriales. Por esto es imposible definir un modelo único de relación entre atención primaria y especializada para todo el territorio.



Ilustración: Roger Ballabrera

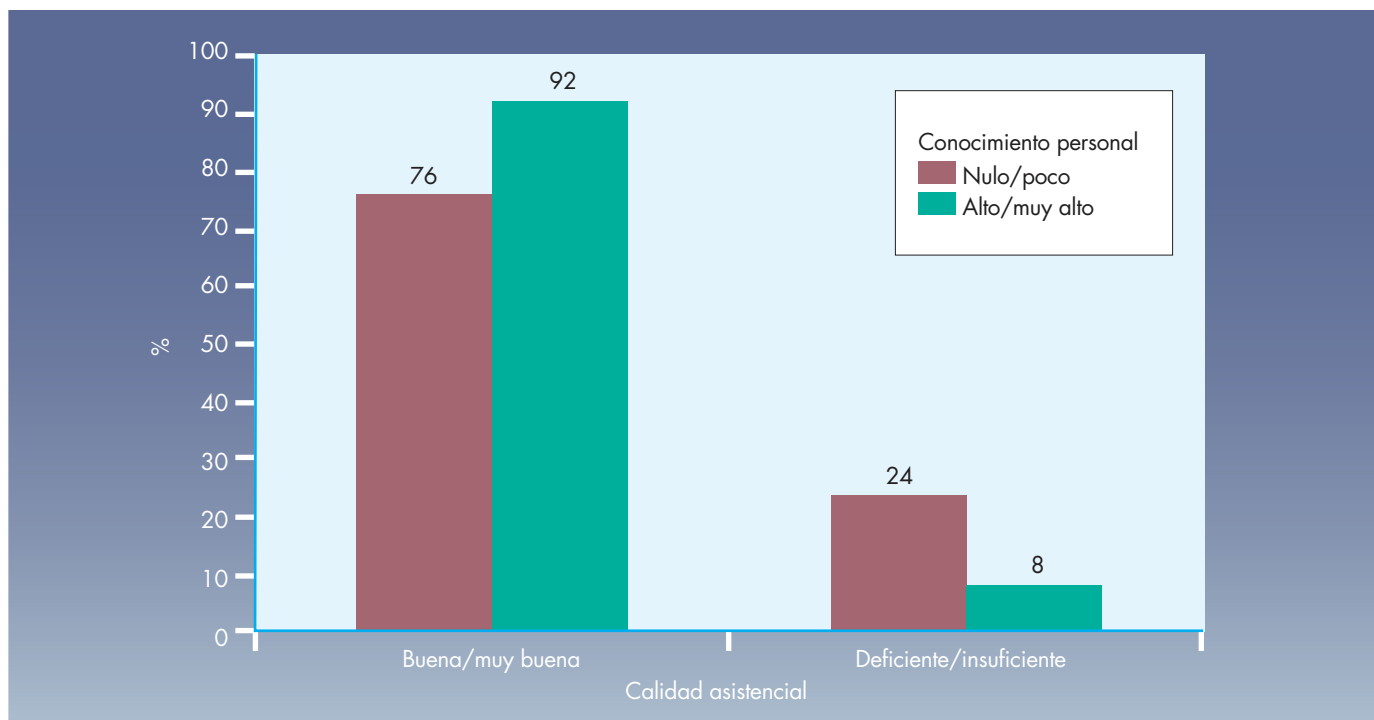


Figura 1. Opinión de atención primaria sobre la calidad asistencial ofrecida por atención especializada de digestivo según el grado de conocimiento personal.

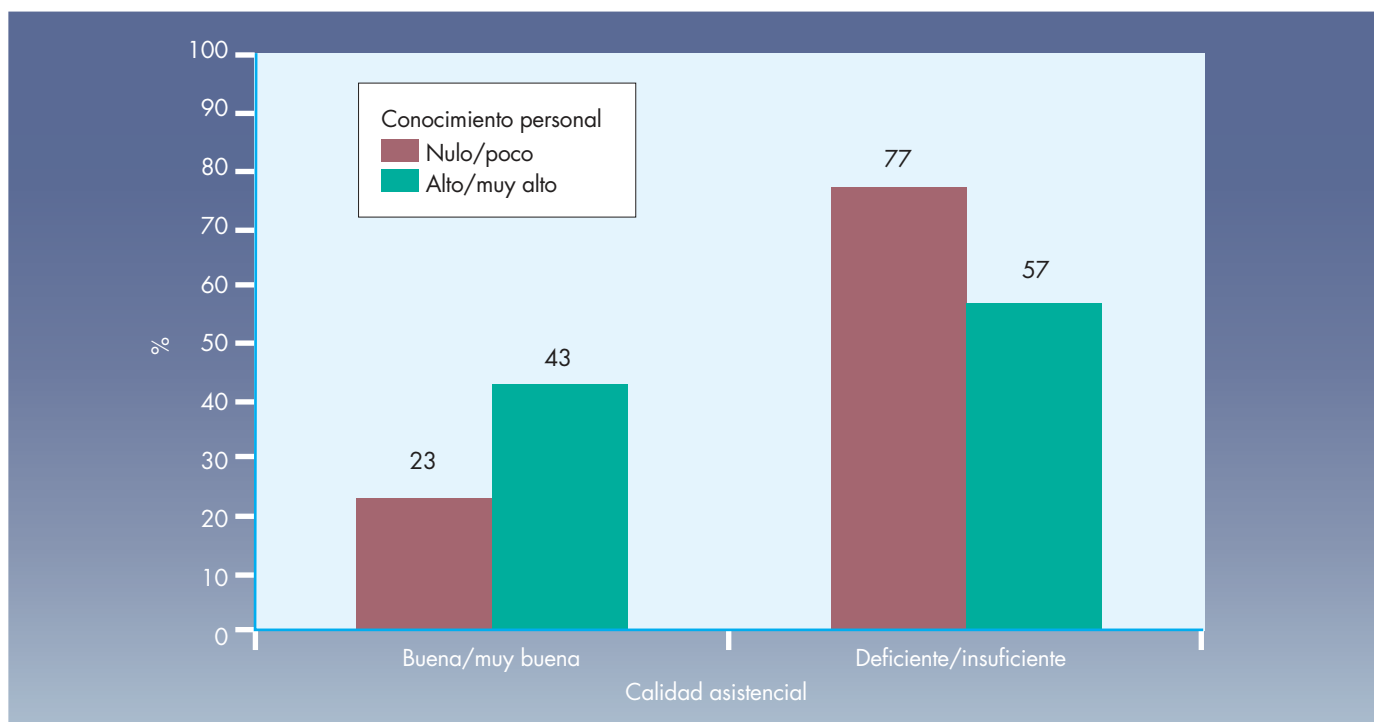


Figura 2. Opinión de atención especializada de aparato digestivo sobre la calidad asistencial ofrecida por atención primaria en patología digestiva según el grado de conocimiento personal.

siguiente indiferencia de los médicos de AP y, en consecuencia, no serán eficaces. Únicamente los médicos de AP pueden llevar a cabo la coordinación de las actividades de las distintas especialidades hospitalarias en función de sus disponibilidades de tiempo y sus necesidades. Por tanto, las intervenciones —tanto docentes como organizativas— han de ser siempre consensuadas y deberían dar preferiblemente respuesta a problemas surgidos de la actividad asistencial diaria.

Existe un consenso absoluto respecto de que la coordinación es deseable y necesaria^{12,13}. Entre otros beneficios, la coordinación puede mejorar la atención al paciente y favorecer el control de costes. Sin embargo, no existe consenso en absoluto en cómo debe llevarse a cabo. En nuestro medio, además, las experiencias de innovación en coordinación han sido puntuales y no se han generalizado¹⁴⁻¹⁷. A continuación, revisaremos los aspectos más importantes de la coordinación entre especialidades hospita-

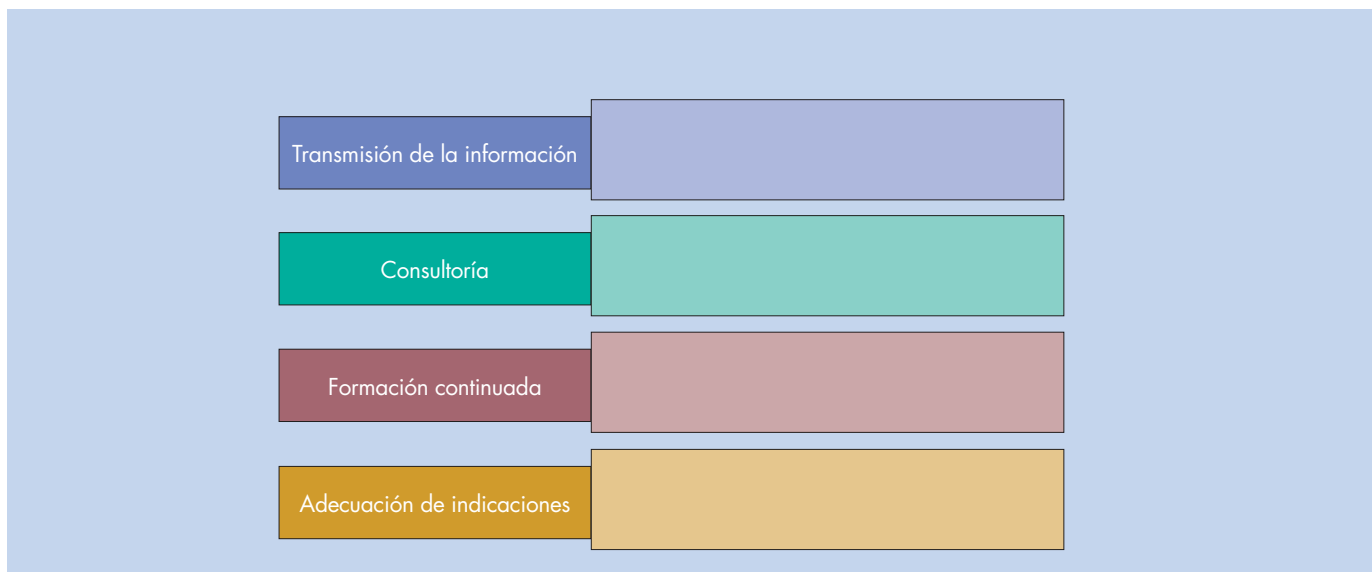


Figura 3. Necesidades y medidas básicas de coordinación.

rias (especialmente EAD) y AP y las intervenciones que pueden obtener resultados positivos.

Aspectos fundamentales de la coordinación entre AP y EAD (fig. 3)

La transmisión de la información clínica

La transmisión de la información clínica tiene dos aspectos básicos: la transmisión de los datos de la historia del paciente y la accesibilidad mutua para consultas. En ambos apartados, el déficit es evidente, y no sólo en nuestro medio. Así, en un reciente metaanálisis de 55 estudios publicado en *JAMA*, Kripalani et al¹⁸ observaron que únicamente el 12-34% de los médicos de AP disponía del informe de alta en la primera visita tras un ingreso y que este porcentaje se mantenía

bajo a las 4 semanas (51-71%). Además, en un porcentaje elevado de las altas no se describían aspectos importantes como las exploraciones diagnósticas, el tratamiento en el hospital o el tratamiento al alta. Esta falta de comunicación afectó la calidad asistencial en las visitas de AP hasta en un 25%¹⁸.

Dicho retraso es motivo de insatisfacción para el médico de AP pero, afortunadamente, su impacto para la evolución del paciente parece menor. Así, Bell et al¹⁹, en una serie prospectiva de 1.078 pacientes, no detectaron ninguna relación entre el retraso en la transmisión del informe de alta hospitalaria a AP y la aparición de efectos adversos durante el seguimiento.

En nuestro medio, los datos son escasos y con un bajo grado de evidencia. Se han realizado recientemente dos encuestas con una muestra muy limitada, una que analiza AP y especialistas de medicina interna¹³ y otra que estudia la relación entre AP y EAD².

Los resultados de ambas son bastante similares: solamente entre el 40 y el 50%, tanto médicos de AP como especialistas, considera satisfactoria la relación mutua. En cuanto al canal de comunicación, es interesante destacar que el principal método utilizado para comunicarse sigue siendo el teléfono, con un uso mínimo del correo electrónico.

El metaanálisis de Kripalani et al¹⁸ antes citado detectó 18 ensayos clínicos (sólo 3 aleatorizados) que evalúan medidas para mejorar la comunicación y la calidad de los informes al alta. La utilización de sistemas electrónicos para generar el alta, el uso de formularios estandarizados y los estudios que encargaban al propio paciente la transmisión de la información escrita se mostraron efectivos respecto del control. Así, algunas sociedades científicas, como la British Medical Association, han editado guías sobre el contenido recomendado para la comunicación entre médicos de AP y especialistas²⁰.

La implementación de una historia clínica electrónica común es una solución óptima para la transmisión de la información entre AP y hospital. Es un objetivo evidente en un sistema público de salud y existe un claro consenso en su necesidad. Dicha herramienta presenta, sin embargo, problemas muy complejos de compatibilización de sistemas, almacenamiento seguro de la información y confidencialidad. Por ello, los sistemas electrónicos compartidos, que se están desarrollando en la mayoría de comunidades autónomas, avanzan lentamente y su calidad y contenido son muy variables²¹⁻²³. Así, por ejemplo, en una encuesta reciente en Cataluña, solamente un 20% de los encuestados refería disponer de algún sistema de historia clínica común a AP y hospital¹³.

Cualquier intervención, tanto docente como organizativa, ha de ser siempre consensuada y, preferiblemente, en respuesta a las demandas surgidas desde atención primaria.

La transmisión de la información clínica tiene dos aspectos básicos: la transmisión de los datos de la historia clínica del paciente y la accesibilidad mutua para consultas o comentar casos individuales.

La coordinación entre niveles asistenciales es, básicamente, una relación entre personas. Una buena relación personal puede convertir una estructura mediocre en una herramienta excelente y viceversa.

Adecuación de derivaciones e indicaciones de endoscopia

No es evidente qué pacientes deben derivarse y cuáles no. La derivación al EAD dependerá en buena parte de la valoración subjetiva del médico de AP sobre su capacidad para manejar adecuadamente una patología determinada en función de formación más que de la complejidad objetiva. Los estudios que comparan el manejo de patología digestiva entre EAD y AP observan que, en general, no hay diferencias importantes en el manejo de patologías prevalentes, como la enfermedad por reflujo o la infección por *Helicobacter pylori*²⁴⁻²⁶. En patologías con poca evidencia científica respecto del enfoque diagnóstico y terapéutico, como la dispepsia, los médicos de AP muestran un menor seguimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica²⁷. Por otro lado, los EAD manejan con mayor eficacia las patologías más complejas como la diverticulitis o la hemorragia digestiva²⁸.

En este contexto, no existen datos concretos ni instrumentos adecuados para medir la adecuación de las derivaciones de AP al especialista o, específicamente, a EAD. Si sabemos, por datos indirectos, que en este aspecto el sistema sanitario español es extremadamente heterogéneo. Así, una reciente encuesta mostró una gran variabilidad tanto en el acceso a las pruebas diagnósticas en el aparato digestivo, como en la demora de las mismas entre médicos de AP de distintas comunidades autónomas¹. Es evidente que disponer o no de exploraciones básicas, y especialmente de endoscopia, modifica notablemente los criterios de derivación de los médicos de AP a EAD.

Respecto a las posibles medidas para mejorar la idoneidad de las derivaciones una reciente revisión Cochrane³ analizó 17 estudios que evaluaban distintas intervenciones. Las medidas generalmente efectivas fueron las intervenciones educativas por parte de los consultores, la introducción de guías de práctica clínica junto con formularios de referencia estructurados y la introducción de una segunda opinión antes de la derivación. Otras medidas, como la difusión pasiva de directrices o la información sobre las tasas de derivación, fueron inefectivas y los incentivos económicos mostraron una eficacia modesta. De nuevo, la evidencia sugiere que la confianza mutua y el fácil acceso al especialista, tanto para consultas antes de la derivación como para actividades de formación continuada, son las medidas más efectivas para mejorar la coordinación.

Un punto de especial interés es el acceso por parte del médico de AP a la endoscopia digestiva. En nuestro país conviven dos modelos: uno restrictivo, donde el médico de AP ha de remitir el paciente al EAD para que este solicite la endoscopia digestiva, y otro modelo de acceso abierto a la endoscopia. Solamente el 65% de los médicos de AP en España tienen acceso abierto a la endoscopia¹. El modelo restrictivo es claramente ineficiente,

ya que conlleva una sobrecarga insostenible a largo plazo de las consultas de EAD con patología generalmente de baja complejidad y ya evaluada, por lo que está siendo sustituido progresivamente por el modelo de acceso abierto.

Cada vez es más importante, por tanto, evaluar la idoneidad de las indicaciones de endoscopia desde AP. En nuestro medio, se han publicado al menos dos estudios que analizan la adecuación de las indicaciones de la endoscopia solicitada desde AP. Ambas utilizan los criterios EPAGE (European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy), que son los únicos disponibles²⁹, pero que no han sido nunca validados. El porcentaje de adecuación de acuerdo a estos criterios oscila entre el 67 y el 89%^{30,31}. Ninguno de los dos compara, sin embargo, los resultados con otras fuentes de indicación como otros especialistas hospitalarios o los propios EAD, pero, en todo caso, las tasas de indicaciones adecuadas parecen aceptables. Como otras derivaciones, además, las indicaciones de endoscopia son susceptibles de mejoría mediante las medidas anteriormente citadas.

Formación continuada: transmisión de la información científica

Existe un retraso importante entre la demostración de la eficacia de un nuevo tratamiento y su incorporación en la práctica clínica^{32,33}. Como era de esperar, estudios en el área de digestivo muestran que la aplicación de la evidencia científica se demora más en AP que en EAD²⁵.

Por ello, las intervenciones de formación continuada por parte de los especialistas pueden ser de utilidad para acelerar la difusión de la evidencia científica. Dentro de estas actividades formativas, las actividades de formación interprofesional, interactivas y

de formación mutua, son más efectivas que la formación conjunta o que la formación por separado⁴. Debe respetarse, sin embargo, el criterio de los médicos de AP sobre qué formación es prioritaria y evitar las intervenciones formativas no solicitadas ni consensuadas.

Por otro lado, en el aspecto formativo son importantes también las colaboraciones a nivel de sociedades científicas y organizaciones profesionales. En esta línea, hay que destacar la actividad conjunta de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) y la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) junto con el Centro Cochrane Iberoamericano. Fruto de esta colaboración son las 5 guías de práctica clínica sobre patología digestiva prevalente (dispepsia, ERGE, rectorragia, prevención del cáncer colorrectal y síndrome del intestino irritable), accesibles en www.guiasgastro.net. Igualmente, dos médicos de familia participaron en la Segunda Conferencia Española de Consenso sobre el manejo de la infección por *Helicobacter pylori*³⁴.

La implementación de una historia clínica electrónica común es una herramienta básica para mejorar la transmisión de la información clínica entre niveles. Es un objetivo evidente en un sistema público de salud y existe un claro consenso en su necesidad.

La disponibilidad de exploraciones complementarias básicas, especialmente la endoscopia, determina los criterios de derivación de atención primaria a atención especializada. Sólo el 65% de los médicos de atención primaria de España tienen acceso abierto a una endoscopia digestiva.

Las intervenciones educativas por parte de los consultores, la introducción de las guías de práctica clínica y la introducción de una segunda opinión antes de la derivación fueron las medidas que demostraron ser efectivas en mejorar la idoneidad de la derivación.

Los distintos modelos de estructura organizativa

El proceso de implementación de la reforma de la atención especializada (RAE) ha incorporado dos puntos clave para mejorar la coordinación de la AP con la atención especializada la progresiva desaparición de los especialistas “intermediarios” de atención primaria y su integración en el hospital y la necesidad de que los especialistas “salgan del hospital” para visitar en AP³⁵.

Dentro de estos requisitos, el modelo debe ser abierto para poder adaptarlo a las distintas patologías y contextos. En general, una relación no forzada, con ausencia de conflictos económicos y de competencias, predice una buena relación mutua¹¹.

Uno de los modelos más eficaces para la coordinación es la formación de grupos autoorganizados, que deben ser autónomos y de pequeño tamaño¹². Hay que favorecer una buena relación personal. Un mayor grado de conocimiento personal mejora la valoración mutua, favoreciendo la confianza y las posibilidades de coordinación².

El modelo menos deseable en vista de la información previa es, por tanto, el del centro de especialidades al que el especialista se desplaza para realizar las visitas referidas de AP sin contacto con los médicos de AP. Por el contrario, parecen mucho más recomendables aquellos modelos en los que un mismo especialista se desplaza periódicamente a su centro/s de atención primaria para valorar casos conjuntamente, resolver dudas y realizar actividades de formación. Esto puede o no implicar asistencia directa en función de las disponibilidades de tiempo y espacio, y de las características de la patología. Ocasionalmente, incluso puede ser eficaz el seguimiento compartido por ambos niveles de atención especialmente en pacientes con patología crónica³⁶.

Conclusiones

La coordinación entre niveles es necesaria. Aunque los modelos han de adaptarse a la heterogeneidad del sistema y de los propios profesionales, hay algunos principios generales que son aplicables a todos los sistemas. Así, la implementación de formatos estandarizados de alta y de una historia clínica electrónica compartida es una medida clara para mejorar la transmisión de la información. Respecto a la calidad de las derivaciones y la formación continuada, la opción más razonable pasa por establecer equipos no jerárquicos con un especialista estable de referencia para cada centro de AP que vehiculice las derivaciones, responda a las consultas sobre pacientes concretos y se encargue de proporcionar la formación continuada. Es importante evitar las actuaciones no solicitadas como medidas unilaterales de control de la derivación o guías clínicas no pactadas. Respecto a la endoscopia parece no solamente inevitable, sino también recomendable la generalización del sistema de acceso abierto

El modelo de coordinación más eficaz parece ser aquél en el que se asigna un especialista concreto a un centro de atención primaria, de forma que se favorece una relación personal continuada. Ejercerá la función de consultor y tareas de formación y puede o no realizar asistencia in situ.

Las intervenciones de formación interprofesional, interactivas y de formación mutua, parecen las intervenciones más útiles para mejorar la coordinación y favorecer la difusión de la evidencia científica.

para el médico de AP. Finalmente, para que la coordinación sea efectiva, es esencial facilitar el establecimiento de una relación personal de confianza y conocimiento personal entre los médicos de AP y los especialistas de EAD.

Estas medidas no pueden llevarse a cabo sin modificar las condiciones laborales, de modo que permitan dedicar un tiempo de la actividad asistencial tanto de los médicos de AP como de los EAD a actividades de coordinación. Sin embargo, parece razonable esperar que el coste económico de la coordinación se vea compensado por el ahorro secundario a la mejoras en la calidad en la asistencia a los pacientes y en la idoneidad de las derivaciones y a la disminución del número de intervenciones redundantes.

Bibliografía



- Importante ●● Muy importante
- Metaanálisis

- Gené E, Sanchez-Delgado J, Calvet X, Azagra R. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en atención primaria en España. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;316:327-34.
- Gené E, García-Bayo I, Calvet X, Abad A, Azagra R, Barenys M. Coordinación entre niveles asistenciales. De atención primaria a atención especializada en digestivo. *Gastroenterol.Hepatol*. 2008;31:165.
- Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;8:CD005471.
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;4:CD002213.
- Gonzalez B, Urbanos R, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gac Sanit*. 2004;18 Supl 1:82-9.
- Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Ann Intern Med*. 2003;138:244-7.
- Hamel MB, Drazen JM, Epstein AM. The growth of hospitalists and the changing face of primary care. *N Engl J Med*. 2009;360:1141-3.
- Sandy LG, Schroeder SA. Primary care in a new era: disillusion and dissolution? *Ann Intern Med*. 2003;138:262-7.
- Profesión médica. Potenciar la asistencia primaria. [Accedido 15 Ago 2009]. Opinión Quiral. 2009;29:3 [en línea]. Disponible en: http://www.ub.edu/medicina/conferencias/OPinion_quiral_29_3.pdf
- Análisis y soluciones para reanimar la primaria. [Accedido 15 Ago 2009]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/congresos/semg-2009/analisis-y-soluciones-para-reanimar-la-primaria-2009>
- Fernandez A, Grumbach K, Goitein L, Vranizan K, Osmond DH, Bindman AB. Friend or foe? How primary care physicians perceive hospitalists. *Arch Intern Med*. 2000;160:2902-8.
- Gérvas A, Rico A. Seminario de innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:658-61.
- Bundó M, Delàs J, Gavagnach M, Acarín PN, Tor M. Relació entre l'atenció primària i l'hospitalària. Situació actual i propostes de millora. *Annals de Medicina*. 2008;91:21-5.
- Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:97-102.
- Palomo L. Innovaciones estructurales y organizativas en atención primaria. *Salud*. 2000. 2004;99:12-5.
- Grenzner V, Olivet M, Lacasa C, Fernández F, Guarga A, Torres MG et al. La reorganización de la atención especializada en el Sector Sanitario Ciutat Vella: análisis de una experiencia. *Aten Primaria*. 1998;21:377-82.
- Ledesma A. Entidades de base asociativa: un modelo de provisión asistencial participado por los profesionales sanitarios. Valoración actual y retos futuros. *Rev Adm Sanit*. 2005;3:73-81.

18. ●● Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*. 2007;297:831-41.
19. ● Bell CM, Schnipper JL, Auerbach AD, Kaboli PJ, Wetterneck TB, Gonzales DV, et al. Association of communication between hospital-based physicians and primary care providers with patient outcomes. *J Gen Intern Med*. 2009;24:381-6.
20. British Medical Association. Improving communication, the exchange of information and patient care: suggested guidelines for secondary care doctors and GPs. [Accedido 25 Ago 2009]. Disponible en: http://www.bma.org.uk/images/improvingcommunication1007_tcm41-146843.pdf
21. Ferrer Roca O, Díaz-Cardama A, Pitti S, Ramos A, Gómez E, Tejera A, et al. Telemedicine in the Canary Islands. *Lancet*. 1995;345:1177.
22. Paredes Mena A. Historia clínica electrónica. Jara Asistencial: mirada desde la seguridad. XI Congreso de la Asociación de Gestión de Recursos Sanitarios [en línea] 2008. [Accedido 25 Ago 2009]. Disponible en: <http://www.aegris.org/XIcongreso/descargas/ponencias/aparedes.pdf>
23. Moran Pi J, Manso Montes E, Bernués Gambarte C, Mediavilla Tris J, Menéndez Torre E, Sesma Sánchez J. Historia clínica informatizada común en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: definición de elementos comunes interniveles y de visualización de información de detalle en ambas historias clínicas informatizadas actuales. IX Congreso Nacional de Informática Médica [en línea] 2002. [Accedido 25 Ago 2009]. Disponible en: http://www.conganat.org/SEIS/informed02/INFORMED02_moranj.pdf
24. ● Bretagne JF, Honnorat C, Richard-Molard B, Soufflet C, Barthelemy P. Perceptions and practices on the management of gastro-oesophageal reflux disease: results of a national survey comparing primary care physicians and gastroenterologists. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;25:823-33.
25. Hirth RA, Fendrick AM, Chernew ME. Specialist and generalist physicians' adoption of antibiotic therapy to eradicate *Helicobacter pylori* infection. *Med Care*. 1996;34:1199-204.
26. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *Am J Gastroenterol*. 1996;91:1544-8.
27. Spiegel BM, Farid M, Van Oijen MG, Laine L, Howden CW, Esrailian E. Adherence to best practice guidelines in dyspepsia: a survey comparing dyspepsia experts, community gastroenterologists and primary-care providers. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009;29:871-81.
28. Provenzale D, Ofman J, Gralnek I, Rabeneck L, Koff R, McCrory D. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists. An evaluation of effectiveness and efficiency. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:21-8.
29. European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy [en línea] 2008. [Accedido 25 Ago 2009]. Disponible en: <http://www.epage.ch>
30. Fernandez-Esparrach G, Gimeno-García AZ, Llach J, Pellise M, Gines A, Balaguer F, et al. Recomendaciones de utilización de la endoscopia: análisis de la probabilidad de encontrar lesiones significativas en los pacientes procedentes de atención extrahospitalaria. *Med Clin (Barc)*. 2007;129:205-8.
31. Sanchez-del RA, Quintero E, Alarcon O. Idoneidad de las indicaciones de endoscopia digestiva alta en una unidad de de acceso abierto. *Gastroenterol Hepatol*. 2004;27:119-24.
32. Kosecoff J, Kanouse DE, Rogers WH, McCloskey L, Winslow CM, Brook RH. Effects of the National Institutes of Health Consensus Development Program on physician practice. *JAMA*. 1987;258:2708-13.
33. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med*. 1989;321:1306-11.
34. Gisbert JP, Calvet X, Gomollon F, Mones J. Tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori*. Recomendaciones de la II Conferencia Española de Consenso. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:301-16.
35. Plaza A, Guarga A. Informe sobre la RAE a la regió sanitària Barcelona ciutat. Estat de situació i línies de millora. Consorci Sanitari de Barcelona [en línea] 2003. [Accedido 25 Ago 2009]. Disponible en: http://www.csbcn.org/area_prov/rae.htm
36. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Does sharing care across the primary-specialty interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. *Am J Manag Care*. 2008;144:213-24.