

Conocimiento de médicos de un Hospital Universitario de Buenos Aires respecto de las recomendaciones de vigilancia colonoscópica luego del hallazgo de un pólipo colónico: estudio de corte transversal

Knowledge of physician that work in a University Hospital of Buenos Aires about the recommendations of colonoscopic surveillance after the discovery of a colonic polyp: cross sectional study

Melina Verna*, Karin Kopitowski**, Valeria Vietto*** y Sergio Terrasa****

* Médica Especialista en Medicina Familiar. Práctica Privada. General Pico. Provincia de La Pampa, Argentina.

melinaverna@hotmail.com

** Médica Especialista en Medicina Familiar. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Medicina Familiar del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Karin.kopitowski@hiba.org.ar

*** Médica Especialista en Medicina Familiar. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. valeria.vietto@hospitalitaliano.org.ar

**** Médico Especialista en Medicina Familiar. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Sergio.terrassa@hiba.org.ar

Fecha recibido: 29/01/2014

Fecha aprobado: 28/05/2014

RESUMEN

Antecedentes: los pacientes con pólipos colónicos suelen ser sobrevigilados, lo que los expone a riesgos innecesarios y aumenta las dificultades para satisfacer las demandas genuinas de dicha prestación.

Objetivo: documentar el conocimiento sobre recomendaciones de vigilancia colonoscópica en un Hospital Universitario Privado de Buenos Aires.

Material y métodos: estudio de corte transversal a través de un cuestionario autoadministrado con varios escenarios clínicos. Fueron invitados todos los profesionales con alta carga de atención programada y todos los residentes de medicina familiar y comunitaria (n=94; tasa de respuesta 75,5%).

Resultados: predominó el error por sobrevigilancia (20% para pólipos hiperplásicos; 47% para adenomas tubulares de 6mm sin displasia y 56% para un adenoma tubular de 12 mm con un foco de displasia de alto grado).

Conclusiones: las respuestas fueron mejores que las reportadas por la bibliografía, con predominio del error por sobrevigilancia.

PALABRAS CLAVE: colonoscopia, normas, pólipos del colon.

ABSTRACT

Background: Patients with colonic polyps usually oversurveilled over-monitored, which exposes them to unnecessary risks and increases the difficulties to meet the genuine demands of colonoscopyt.

Objective: To document the knowledge about current recommendations of colonoscopic surveillance in a University Associated Private Hospital in Buenos Aires.

Methods: cross-sectional study through a self-administered questionnaire with several clinical scenarios. All professionals with a high burden of scheduled care and all family medicine residents were invited (n = 94, response rate: 75.5%).

Results: over-surveillance error predominated (20% for hyperplastic polyps, 47% for a 6mm tubular adenomas without dysplasia and 56% for a 12 mm tubular adenoma with a focus of high-grade dysplasia).

Conclusions: The responses were better than those reported in the literature. Over-surveillance error was the most frequently documented.

KEYWORDS: colonoscopy, colonic polyps, standards.

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más diagnosticado en hombres y mujeres y la segunda causa de muerte por cáncer en Argentina (1,2). El 90% de los casos ocurre en mayores de 50 años de edad (la mayoría de ellos sin factores de riesgo específicos y sobre la base de lesiones premalignas llamadas adenomas, cuyo tiempo estimado de progresión a adenocarcinoma es 10 a 15 años (1)) y está demostrado que la remoción de pólipos adenomatosos reduce el riesgo de desarrollar CCR (3).

Existe consenso de que los pacientes con adenomas deberían ingresar a programas de seguimiento o vigilancia a través de colonoscopías periódicas, con el objetivo de identificar y remover pólipos sincrónicos que pudieron haber sido pasados por alto y/o nuevos adenomas metacrónicos (4).

Dada la gran variabilidad observada entre diferentes efectores, en los últimos años varias organizaciones desarrollaron guías de práctica clínica con el objetivo

de consensuar el seguimiento de los pacientes a quienes se les realizó alguna polipectomía colónica (5,6).

Por ejemplo, la US Multisociety Task Force (USMSTF) asume que los individuos con pólipos hiperplásicos tienen el mismo riesgo de volver a desarrollar lesiones que quienes tienen una colonoscopia sin pólipos y recomienda el mismo seguimiento: repetirla en diez años.

Recomienda que los pacientes con uno o dos pólipos adenomatosos pequeños (menores de 1 cm) y con displasia de bajo grado la repitan entre los cinco y los diez años; y quienes presentan tres a diez adenomas, algún adenoma de 1 cm o más o con componente vellosos o displasia de alto grado, a los tres años (7,8). En la actualización más reciente de recomendaciones de la USMSTF, basada en una revisión sistemática de la evidencia disponible y publicada en 2012, se mantienen los intervalos propuestos para las lesiones mencionadas y se incorporan recomendaciones para el seguimiento de pólipos serratos que no habían sido considerados previamente (7) (Ver tabla 1).

Tabla 1: recomendaciones para la vigilancia de pólipos colorrectales en pacientes con riesgo inicial habitual (modificado de: Lieberman D y col.(7)).

Escenario clínico	Recomendación	Intervalos de rastreo recomendados
Pólipos hiperplásicos pequeños	Colonoscopia u otras opciones de rastreo	Los recomendados para los pacientes de riesgo habitual (diez años).
Uno o dos adenomas tubulares pequeños (menores o iguales a 10 mm) con displasia de bajo grado.	Colonoscopia	Cinco a diez años luego de la polipectomía
Tres a diez adenomas, o un adenoma mayor 10 mm o cualquier adenoma con componente vellosos o displasia de alto grado		Tres años luego de la polipectomía
Más de diez adenomas en un solo examen		Menos de tres años luego de la polipectomía inicial
Adenoma sésil removido parcialmente		Dos a seis meses luego de la primera polipectomía
Pólipos serrados sésiles menores a 10 mm sin displasia (únicos o múltiples)		Cinco años luego de la polipectomía
Pólipos serrados sésiles menores a 10 mm o con displasia o adenoma serrado tradicional		Tres años luego de la polipectomía
Síndrome de poliposis serrada o serrata		Un año luego de la primera polipectomía

Estudios recientes han documentado falta de adherencia por parte de los profesionales de la salud a las guías publicadas, lo que suele expresarse en forma de sobre o hipervigilancia, con tendencia a repetir las colonoscopías a intervalos menores a los recomendados (8,9). Esta sobrevigilancia podría deberse a que los profesionales no conocen estas recomendaciones, a la ausencia de un mensaje claro respecto de lo que debe hacerse -existen diferencias entre las recomendaciones consensuadas por diferentes sociedades científicas-, a incentivos económicos que favorecen la sobreprestación (ej. quien genera la prescripción es el mismo que ejecuta la videocolonoscopia y recibe pago por prestación) (10), o a la demanda por parte del paciente o su familia consecutiva a la angustia que generó el primer hallazgo pasible de vigilancia.

Dada la finitud de los recursos humanos, técnicos y económicos, el sobreuso de recursos diagnósticos -en este caso de colonoscopías innecesarias-, expone a riesgos innecesarios y evitables a personas sanas (7), aumenta las dificultades para satisfacer las demandas genuinas de dicha prestación (p. ej. aumentando los tiempos de espera de los pacientes con síntomas o con resultados positivos de alguna determinación de sangre oculta en la materia fecal); y eleva los costos totales erogados por los sistemas de salud.

El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) es un Hospital de Universitario Privado en el que funciona un Seguro Privado de Salud que atiende población predominantemente de clase media y que vive en áreas urbanas y suburbanas de dicha ciudad. Este seguro se basa en un modelo semi-gerenciado de atención en el que cada paciente tiene un médico de cabecera (especialista en medicina familiar y comunitaria o en clínica médica), y tanto los médicos de cabecera como los especialistas (en este caso gastroenterólogo y/o proctólogo) están autorizados para solicitar videocolonoscopías bajo anestesia general. En los últimos años, varios profesionales del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires, hemos tenido la percepción de que en nuestro Hospital también existe un patrón de sobrevigilancia de pólipos colónicos, similar al reportado por la bibliografía especializada.

OBJETIVOS

Objetivo principal

Documentar el conocimiento de los médicos de atención primaria con alta carga asistencial que se desempeñan en la sede central del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina respecto de las recomendaciones de vigilancia colonoscópica consensuadas por las principales guías de práctica clínica.

Objetivos secundarios

Explorar si existen diferencias de conocimiento sobre las mismas recomendaciones en diferentes subgrupos de profesionales de acuerdo a su sexo, especialidad, años de práctica y cantidad de pacientes a cargo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio observacional de corte transversal, a través de encuestas autoadministradas a médicos de cabecera con atención ampliada que atienden a sus pacientes en la sede central del HIBA.

Instrumento de medición

Se administró una versión adaptada y traducida al español del cuestionario desarrollado por Boolchand y col. (11), que incluyó cinco preguntas de opción múltiple en las que se presentó un mismo caso clínico hipotético:

“Un paciente de sexo masculino de 55 años de edad en buen estado de salud y sin antecedentes familiares de cáncer de colon fue sometido a una colonoscopia para rastreo de cáncer colorrectal que se pudo completar hasta el ciego, con una buena preparación y en la que se informó una excelente visualización.

Los hallazgos en el resultado de la colonoscopia fueron diferentes para cada pregunta:

1) un pólipo hiperplásico, 2) un adenoma tubular de 6 mm sin displasia, 3) dos adenomas tubulares de 6 mm sin displasia, 4) un adenoma tubulovelloso de 12 mm, 5) un adenoma tubular de 12 mm con un foco de displasia de alto grado.”

Se le preguntó a los encuestados cuál era el intervalo recomendado para indicar una colonoscopia de vigilancia en cada caso, con la posibilidad de seleccionar solo una de las siguientes opciones:

a) seis meses, b) un año, c) tres años, d) cinco años, e) diez años, f) no está indicado repetir la colonoscopia.

Se realizó una prueba piloto entregando el cuestionario a 12 médicos para evaluar si existían problemas de interpretación del enunciado, y con las acotaciones recibidas se realizaron las modificaciones necesarias para tener a punto el instrumento. Ver apéndice 1. Fueron incluidas al final, dos preguntas con el objetivo de indagar si los médicos consultaban alguna guía de práctica clínica y si consideraban que su práctica se ajustaba a dichas recomendaciones.

Selección de los participantes

Entre octubre de 2008 y abril de 2009 fueron invitados por correo electrónico todos los médicos de cabecera con una población a cargo de más de 500 pacientes o más de 20 horas de atención programada por semana (médicos con dedicación ampliada) y a todos los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria que atendían en los consultorios de la sede central del HIBA (barrio de Almagro); resultando una población total de 50 médicos de familia y 44 médicos clínicos. No se realizó muestreo ya que fue invitado el total de profesionales (universo) que cumplió con los criterios de inclusión.

Se les ofreció llenar un cuestionario impreso que estaba disponible al lado de ambas impresoras compartidas por todos los consultorios donde se brinda atención primaria programada en la sede central del Plan de Salud del HIBA, con sendas urnas en cada uno de los dos puntos para que los respondedores las introdujeran luego de haberlas completado, dándoles la consigna de que debían contestarlas en el momento y sin consultar bibliografía especializada.

Se aseguró a los participantes que los resultados serían manejados con confidencialidad y se les solicitó que no incluyeran su nombre ni su firma en el cuestionario que contestaban.

Medición de los resultados

Las respuestas al cuestionario fueron comparadas con las recomendaciones de la Guía de Rastreo y Vigilancia para la Detección Temprana de Cáncer colorrectal y Pólipos Adenomatosos de 2008, que había sido elaborada en forma conjunta por la Sociedad Americana del Cáncer (American Cancer Society), la Fuerza de Tareas Multi-Sociedades sobre Cáncer Colorrectal de los Estados Unidos (US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer) y el Colegio Americano de Radiología (American College of Radiology) (9), y que estaba vigente en el momento de aplicación del instrumento de medición.

Análisis estadístico

El análisis de los datos fue realizado con el programa Stata 8.0. En una primera instancia y con fines descriptivos, fueron tabuladas todas las variables y calculada la distribución de frecuencias de cada pregunta del cuestionario. Dado que se trabajó con el universo de médicos no se reportan los intervalos de confianza.

Además y de acuerdo a las diferentes hipótesis explicitadas previamente en los objetivos secundarios del trabajo, se ordenaron los datos en tablas de contingencia con el objetivo de ponerlas a prueba.

Cuando se observó una diferencia de proporciones que impresionaba tener relevancia clínica, se realizaron comparaciones entre los diferentes subgrupos de participantes usando, según correspondiera por la cantidad de observaciones en cada celda de dichas tablas, la prueba de Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se consideró estadísticamente significativa a una probabilidad menor a 0,05 de que el hallazgo hubiera ocurrido por azar, con la corrección de Bonferroni correspondiente, cuando se realizaron comparaciones múltiples (p. ej. los cuatro estratos de años de práctica).

Consideraciones éticas y fuente de financiamiento

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del HIBA y los fondos necesarios para su ejecución y reporte, fueron proporcionados por el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA.

RESULTADOS

Respuesta a la encuesta y características de los participantes

Se obtuvo una tasa de respuesta de 75.5%. Las características de los médicos que respondieron a la encuesta se resumen en la tabla 2.

Recomendaciones y comparaciones con la guía de práctica

Considerando como patrón de referencia para el tiempo de vigilancia colonoscópica luego de una polipectomía a las recomendaciones de la USMSTF 2008 (ver tabla 1), la tabla 3 resume la proporción de repuestas adecuadas e inadecuadas (por sobre y por infravigilancia) para cada viñeta clínica.

No se observó asociación estadísticamente significativa entre el patrón de seguimiento y el sexo del médico, su especialidad, sus años de práctica y la cantidad de pacientes a cargo.

DISCUSIÓN

Considerando como patrón de referencia para el tiempo de vigilancia colonoscópica luego de una polipectomía a las recomendaciones de la USMSTF 2008 (9), la proporción de médicos de atención primaria del HIBA que proporcionaron respuestas correctas compatibles con un seguimiento adecuado fueron mejores que las reportadas por la bibliografía. Ver tabla 4.

Tabla 2. Características de los médicos que respondieron la encuesta

Características		Médicos (n)	%
Total de médicos entrevistados		94	100%
Total de los que respondieron la encuesta		71	75,5%
Sexo	Masculino	34	47,9%
	Femenino	37	52,1%
Especialidad	Medicina familiar	51	71,8%
	Clínica Médica	20	28,2%
Años de práctica	Menos de 5	11	15,5%
	5 a 10	24	33,8%
	11 a 20	27	38,0%
	Más de 20	9	12,7%
Número de pacientes asistidos por semana	Menos de 25	10	14,1%
	25 a 50	18	25,3%
	51 a 100	23	32,4%
	Más de 100	20	28,2%

Tabla 3. Proporción de repuestas adecuadas e inadecuadas (por sobre y por infravigilancia) para cada viñeta clínica.

Escenario clínico	Seguimiento adecuado n/total de respuestas %	Seguimiento inadecuado	
		Sobrevigilancia n/total de respuestas %	Infravigilancia n/total de respuestas %
Pólipo hiperplásico	49/71 69,0%	14/71 19,7%	8/71 11,3%
Adenoma tubular de 6mm sin displasia	37/71 52,1%	33/71 46,5%	1/71 1,4%
Dos adenomas tubulares de 6mm sin displasia	47/71 66,2%	24/71 33,8%	0/71 0%
Adenoma tubulovelloso de 12mm	43/71 60,6%	14/71 19,7%	14/71 19,7%
Adenoma tubular de 12mm con foco de displasia de alto grado	28/71 39,4%	40/71 56,3%	3/71 4,2%

Tabla 4. Comparación entre el autorreporte de conductas compatibles con sobrevigilancia por cada escenario clínico documentadas en nuestra investigación y las publicadas en la bibliografía.

Escenario clínico	Verna y col. ^a	Boolchand y col. ^b	Tanaka y col ¹¹ . ^c
Pólipo hiperplásico	20%	61%	76%
Adenoma tubular de 6mm sin displasia	46%	71%	97%
Dos adenomas tubulares de 6mm sin displasia	34%	80%	98%
Adenoma tubulovelloso de 12mm	20%	59%	91%
Adenoma tubular de 12mm con foco de displasia de alto grado	56%	85%	97%

a y b utilizaron el mismo cuestionario.

Los resultados de esta investigación sólo permiten evaluar los conocimientos de una muestra de médicos y no nos aporta información sobre lo que harían realmente estos profesionales ante estos escenarios clínicos durante su práctica clínica real, debido a que las preguntas con formato de respuesta de opciones múltiples sólo permiten evaluar competencias cognitivas, es decir, conocimiento teórico (“saber” y “saber cómo” en la pirámide de Miller (12)), y no conductas.

Más allá de que las viñetas presentadas eran ricas en información contextual, no incluyeron situaciones complejas frecuentes en la práctica clínica habitual, como por ejemplo, las que incluyen las preferencias del paciente (13) y las dificultades o contraindicaciones relativas para la realización de videocolonoscopia.

Sin embargo, consideramos que el haber empleado un instrumento que ya había sido utilizado por otros investigadores (10) para indagar sobre los conocimientos de los médicos frente a esta problemática, constituye una fortaleza de nuestro estudio y permite que los resultados obtenidos sean comparables a los publicados en la bibliografía.

Sin bien empleamos como herramienta de recolección de la información un cuestionario autoadministrado, no podemos descartar la presencia de sesgo de cortesía en las respuestas ya que el equipo investigador estuvo integrado por profesionales de uno de los servicios que integraban la muestra. Por otro lado, si bien se aseguró a los encuestados que la información obtenida sería manejada en forma confidencial y sin que los resultados de la investigación fueran usados como forma de evaluación personal de los conocimientos de cada profesional, quienes respondieron el cuestionario pudieron haber consultado alguna guía de práctica al momento de hacerlo si se hubieran sentido “vigilados”.

Si bien no se encontraron diferencias en las respuestas de médicos de diferentes especialidades dentro de la atención primaria de la salud, años de práctica o volumen semanal de pacientes asistidos, el presente estudio no fue diseñado con potencia suficiente para detectar las mismas.

Una limitación a la generalizabilidad de los hallazgos de nuestro estudio yace en que la muestra fue constituida por médicos de cabecera que trabajan en un hospital académico asociado a una Escuela de Medicina, a quienes se les exige haber completado una residencia en Clínica Médica o en Medicina Familiar o General. Dado que en Argentina país existe gran heterogeneidad en cuanto a la formación de los médicos de atención primaria, consideramos que la validez externa de los resultados obtenidos solo puede extrapolarse al universo integrado por profesionales de similares características y no a la población general de médicos de cabecera locales.

Hemos documentado que aunque las respuestas de nuestros encuestados fueron sido mejores que las reportadas por la bibliografía internacional, los médicos de atención primaria de nuestra institución manifestaron una fuerte tendencia hacia la sobrevigilancia de los pacientes con pólipos colónicos, por lo menos desde el aspecto cognitivo o de su “saber”.

Para conocer si esta tendencia se refleja en su práctica clínica cotidiana, actualmente nuestro equipo de investigación está realizando un estudio de cohorte retrospectiva que permitirá conocer nuestra real tasa de sobrevigilancia colonoscópica en pacientes asintomáticos de bajo riesgo de cáncer colorrectal cuya última colonoscopia de rastreo fue normal o con pólipos hiperplásicos y en quienes estaría indicado realizar una nueva colonoscopia a los diez años.

En virtud de los resultados presentados, pudimos determinar que, aún ante respuestas que sugieren mejores cifras de seguimiento adecuado en los médicos de atención primaria de nuestra institución que las reportadas por la bibliografía, en las respuestas inadecuadas existe una fuerte tendencia a la sobrevigilancia. Si asumiéramos que estas observaciones se reflejan razonablemente en la práctica médica habitual, podríamos considerar que el sobreuso de la videocolonoscopia como recurso preventivo del cáncer colorrectal podría reducirse a través de intervenciones educativas en los médicos de atención primaria tendientes a mejorar su grado de conocimiento acerca de las recomendaciones de vigilancia de pólipos colónicos basadas en la evidencia.

CONCLUSIONES

En este grupo de médicos de atención primaria de una Hospital Universitario Privado de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la proporción de respuestas correctas compatibles con un seguimiento adecuado de los pólipos colónicos son mejores que las reportadas por la bibliografía, predominando el error por sobrevigilancia.

REFERENCIAS

1. Consenso-Prevencion-CCR-2010.pdf [Internet]. [cited 2011 Abr 26]; Available from: <http://www.aaed.org.ar/docs/Consenso-Prevencion-CCR-2010.pdf>
2. Stryker SJ, Wolff BG, Culp CE, Libbe SD, Ilstrup DM, MacCarty RL. Natural history of untreated colonic polyps. *Gastroenterology*. 1987 Nov;93(5):1009-1013.
3. Winawer Sj, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, Waye JD, Schapiro M, Bond JH, Panish JF, et al. Prevention of Colorectal Cancer by colonoscopic polypectomy. The National Polyp Study Workgroup. *N Engl J Med* 1993; 329: 1977-81.
4. Winawer SJ, Zauber AG, Fletcher RH, Stillman JS, O'Brien MJ, Levin B et al. US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Guidelines for colonoscopy surveillance after polypectomy: a consensus update by the US MultiSociety Task Force on Colorectal Cancer and the American Cancer Society. *Gastroenterology*. 2006; 130: 1872-85.
5. Brooks DD, Winawer SJ, Rex DK, Zauber AG, Kahi CJ et al. Colonoscopy Surveillance After Polypectomy and Colorectal Cancer Resection. Consensus Guidelines from the US Multi-Society Task force on Colorectal Cancer and The American Cancer Society. *Am Fam Physician*. 2008; 77 (7): 995-1002.
6. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Andrews KS, Brooks D, Bond J, Dash C, Giardello FM, Glick S, Johnson D, Johnson CD, Levin TR, Pickhardt PJ, Rex DK, Smith RA, Thorson A y Winawer SJ. Screening and Surveillance for the Early Detection of Colorectal Cancer and Adenomatous Polyps, 2008: A Joint Guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. *Gastroenterology* 2008; 134: 1570-1595.
7. Lieberman DA, Rex DK, Winawer SJ, Giardiello FM, Johnson DA, Levin TR. Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2012 sep;143(3):844-57.
8. Boolchand V, Olds G, Singh J, Singh P, Chak A, Cooper GS. Colorectal screening after polypectomy: a national survey study of primary care physicians. *Ann Intern Med*. 2006; 145 (9): 654-659.
9. Mysliwiec PA, Brown ML, Klabunde CN, Ransohoff DF. Are Physicians doing too much colonoscopy? A national survey of colorectal surveillance after polypectomy. *Ann Intern Med*. 2004; 141 (4): 264-271.
10. Laiyemo AO, Murphy G, Albert PS, Sansbury LB, Wang Z, Cross AJ, Marcus PM et al. Postpolypectomy Colonoscopy Surveillance Guidelines: Predictive Accuracy for Advanced Adenoma at 4 years. *Ann Intern Med*. 2008; 148: 419-426.
11. Tanaka S, Obata D, Chinzei R, Yoshida S, Sanuki T, Morita Y, Yoshida M, Fujita T, Toyonaga T, Kutsumi H, Inokuchi H, Azuma T. Surveillance after colorectal polypectomy; comparison between Japan and U.S. *Kobe J Med Sci*. 2011;56(5):E204-13.
12. Durante E. Algunos métodos de evaluación de competencias: Escalando la pirámide de Miller. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*. 2006 ago;26(2):55-61.
13. Barani M y Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires*, 2013;33(2): 60-4.

