

Lo conocido sobre el tema

- Los estudios sobre las dudas que se plantean los médicos de atención primaria (MAP) en su consulta son escasos, los resultados son muy variables y dependen de múltiples factores.
- Los MAP disponen de poco tiempo por paciente para responder preguntas.
- En España no hay estudios sobre cómo se resuelven estas dudas.

Qué aporta este estudio

- Un MAP se plantea 1,7 dudas por cada 10 pacientes durante su jornada ordinaria de trabajo.
- El 92% se refiere a temas clínicos y los 12 tipos de duda más frecuentes incluyen hasta el 75% de todas las cuestiones planteadas.
- El desarrollo de sistemas de ayuda en consulta que cubran estas necesidades de información podría reducir el alto porcentaje de dudas (37,5%) que generan una nueva cita para el paciente.

Bibliografía

1. Louro González A. Demanda derivada en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 1986;87:693-4.
2. Ely JW, Osherooff JA, Ebell MH, Bergus GR, Levy BT, Chambliss ML, et al. Analysis of questions asked by family doctors regarding patient care. *BMJ*. 1999;319:358-61.
3. González-González AI, Dawes M, Sánchez-Mateos J, Riesgo-Fuertes R, Escortell-Mayor E, Sanz-Cuesta T, et al. Information needs and information-seeking behavior of primary care physicians. *Ann Fam Med*. 2007;5:345-52.
4. González-González AI, Sánchez-Mateos JF, Sanz Cuesta T, Riesgo Fuertes R, Escortell Mayor E, Hernández Fernández T. Necesidades de información de los médicos de atención primaria: análisis de preguntas y su resolución. *Aten Primaria*. 2006;38:219-24.
5. Hodgkin K. Diagnostic vocabulary for primary care. *J Fam Pract*. 1979;8:129-44.
6. Smith R. What clinical information do doctors need?. *BMJ*. 1996;313:1062-8.
7. Ely JW, Burch RJ, Vinson DC. The information needs of family physicians: Case specific clinical questions. *J Fam Pract*. 1992;35:265-9.
8. Comou HC, Meijman FJ. How do primary care physicians seek answers to clinical questions?. *J Med Libr Assoc*. 2006;94:55-60.
9. Dorsch JL. Information needs of rural health professionals: A review of the literature. *Bull Med Libr Assoc*. 2000;94:346-54.
10. Cullen RJ. In search of evidence: Family practitioner's use of the Internet for clinical information. *J Med Libr Assoc*. 2002;90:370-9.
11. Gorman PN. Information needs of physicians. *J Am Soc Info Sci*. 1995;46:729-36.
12. Ely JW, Osherooff JA, Chambliss ML, Ebell MH, Rosebaum ME. Answering physicians' clinical questions: Obstacles and potential solutions. *J Am Med Inform Assoc*. 2005;12:217-24.
13. García Pais MJ, Rigueiro Veloso MT, Rodríguez Ledo P, et al. SEMERGEN. 2006;32:376-81.
14. Chambliss ML, Conley J. Answering clinical questions. *J Fam Pract*. 1996;43:140-4.
15. Gabbay J, Le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Etnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*. 2004;329:1013.
16. Ely JW, Osherooff JA, Ebell MH, Chambliss ML, Vinson DC, Stevermer JJ, et al. Obstacles to answering doctors' questions about patient care with evidence: qualitative study. *BMJ*. 2002;324:710.

doi: [10.1016/j.aprim.2009.05.005](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.05.005)

COMENTARIO EDITORIAL

Gestión de las dudas del médico de familia en la consulta

Managing the doubts of the Family Doctor in the clinic

Ricardo Ruiz de Adana Pérez

Agencia Laín Entralgo, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

El interés del artículo "Análisis de las dudas de los médicos de atención primaria", publicado en este número de la revista¹, radica en que además de estudiar la frecuencia con

la que aparecen las dudas, 1,7 dudas por cada 10 pacientes, analiza el método utilizado durante la consulta en la solución de éstas, poniendo en evidencia aspectos llamativos: en un 23% de los casos se recurre a una interconsulta, con la consiguiente disminución de la capacidad de resolución de la atención primaria, sólo en un 11,15% de los casos se recurre a un compañero, similar porcentaje al de consultar en un libro, en un 16% de los casos no se busca

Correo electrónico: ricardo.ruiz@salud.madrid.org

ninguna solución y sólo en un 1,4% de los casos se consulta en Internet.

Actualmente, no se debe concebir una consulta de cualquier médico de familia sin una conexión a Internet que permita acceder a las fuentes de información necesarias para resolver cualquier duda diagnóstica, terapéutica, administrativa, etc. Sin embargo, no nos engañemos. El problema no es solamente resolver el problema de la accesibilidad desde las consultas del médico de atención primaria a Internet. ¿Resulta factible que un médico de atención primaria pueda realizar una búsqueda bibliográfica, seleccione el artículo adecuado y lea sus 5-8 páginas durante la consulta? Con un volumen de casi 400.000 artículos al año publicados, el médico no necesita más información sino más respuestas. La simple apuesta informática y la accesibilidad desde las consultas médicas a Internet, aunque necesaria, no es la solución. Encontrar literatura científica para resolver las dudas surgidas durante la consulta es un problema para el médico, ya que conlleva un elevado consumo de tiempo del que habitualmente no dispone. Las fuentes de información primarias y las bases de datos bibliográficas son útiles para la investigación y la formación continuada, pero no parecen ser la solución para las dudas que se le plantean al médico durante la consulta. Tampoco las revistas de resúmenes, la biblioteca Cochrane, libros *on-line*, guías de práctica clínica, portales, sedes web y buscadores en Internet parecen ser la solución definitiva, necesitando también de un excesivo tiempo de consulta.

Las formas más avanzadas para resolver las dudas del médico de familia en la consulta vienen dadas por: los proyectos de servicios de gestión del conocimiento, los sistemas de ayuda en la toma de decisiones y la telemedicina.

Los servicios de gestión del conocimiento médico² comenzaron a desarrollarse en el mundo anglosajón a comienzos de esta década. Como ejemplos cabe destacar:

- **STEER** (Succinct and Timely Evaluated Evidence Reviews): consiste en breves revisiones, realizadas por el Wessex Institute for Health Research and Development, de la evidencia disponible sobre un tema concreto y realizadas bajo demanda en un corto espacio de tiempo. Tras una metodología rigurosa en la búsqueda se redacta un informe final publicado en su página Web³.
- **ATTRACT** (Ask Trip To Rapidly Alleviate Confused Thoughts=Pregúntale a TRIP para solucionar rápidamente las dudas que tengas): servicio de información diseñado para proporcionar de modo rápido resúmenes basados en la evidencia que respondan a las preguntas clínicas de los médicos de familia de una región sanitaria británica. Los médicos envían sus preguntas y un especialista o gestor de información las revisa y comienza con una búsqueda rápida de la literatura. En un plazo de unas 6 h se envía al médico la información que no ocupa más de una cara de una hoja DIN A4. Con los informes realizados se crea una base de datos de preguntas y respuestas disponible en la web de TRIP⁴.
- **Family Practice Inquiries Network (FPIN)**: consorcio estadounidense de departamentos de medicina de familia que desarrollan un servicio de respuestas basado en la evidencia a los interrogantes más frecuentes

surgidos en la práctica. Estas respuestas en formato breve y con niveles de evidencia se publican bajo el nombre de "Clinical Inquiries" en la revista *Journal of Family Practice*, en cuya página web se pueden localizar todas las realizadas hasta la fecha. Su fin es crear una base de datos de respuestas que contesten el 80% de las interrogantes que un médico de familia se pueda hacer y que sean localizables en menos de un minuto⁵.

Los sistemas de ayuda en la toma de decisiones (SATD) engloban cualquier programa de ordenador diseñado para ayudar a los profesionales sanitarios en la toma de decisiones clínicas. Estos sistemas proporcionan recordatorios, recomendaciones o interpretación de los datos de un paciente particular. Los diferentes tipos de SATD los podemos clasificar en tres grupos: herramientas de gestión del conocimiento, recordatorios de actuación y herramientas que proporcionan recomendaciones clínicas para un caso o paciente específico.

El primer grupo de SATD está muy relacionado con las fuentes de búsqueda y recopilación de la información descrita anteriormente. Los aspectos que diferencian un sistema de otro son: a) la integración en otros sistemas de información automatizados, como la historia clínica electrónica, y b) la captura de la información a partir de los datos de los pacientes, pertinentemente codificados y no a través de un texto y búsqueda específica.

La automatización de guías de práctica clínica, protocolos, vías clínicas, o algoritmos prácticos, siguiendo diferentes técnicas y modelos informáticos, está originando aplicaciones que, básicamente, consisten en un sistema que ofrece una serie de recomendaciones actualizadas y basadas en la evidencia sobre el manejo de un determinado proceso o enfermedad. Una vez realizado el diagnóstico, permite acceder a información sobre las opciones recomendables, incluyendo la prescripción de medicamentos, consejos no farmacológicos, hojas de información y pantallas de ordenador con información para pacientes e indicaciones de petición de pruebas diagnósticas y derivación a otros niveles asistenciales.

El segundo tipo de SATD está representado por una gran variedad de aplicaciones implementadas en la historia clínica informatizada y que, básicamente, consisten en recordatorios de actuaciones a llevar a cabo, cuando se cumplen unas determinadas premisas. Por ejemplo, la realización de actividades preventivas según el grupo de edad, la interacción de dos medicamentos prescritos, o la solicitud de unas determinadas pruebas complementarias ante un diagnóstico concreto.

Un ejemplo del tercer grupo de SATD sería DXplain. Este sistema utiliza un conjunto de datos clínicos (signos, síntomas y resultados de pruebas de laboratorio) para producir una lista, ordenada por probabilidad, de diagnósticos que pueden explicar o estar asociados con esos datos. Esta lista de diagnósticos proviene de una base de datos que contiene información de una gran variedad de enfermedades con especial hincapié en los signos y síntomas, así como la etiología y el pronóstico.

Finalmente los servicios de telemedicina o eSalud incluyen aplicaciones asistenciales (teleconsulta, telediagnóstico, telemonitorización), las relacionadas con la administración y gestión de pacientes y las de información y

formación a distancia para usuarios y profesionales. Por su relativa novedad, la práctica de la telemedicina no está definitivamente asentada ni integrada en los procedimientos habituales de las organizaciones sanitarias. Es previsible que su implantación vaya a modificar escenarios y esquemas establecidos en la provisión de servicios de salud, con notables consecuencias estratégicas, organizativas y de gestión de los recursos.

Puntos clave

- No se debe concebir una consulta de cualquier médico de familia sin una conexión a Internet.
- La simple apuesta informática y la accesibilidad desde las consultas médicas a Internet, aunque necesaria, no es la solución.
- Las formas más avanzadas para resolver las dudas del médico de familia en la consulta vienen dadas por: los proyectos de servicios de gestión del conocimiento, los sistemas de ayuda en la toma de decisiones y la telemedicina.

Bibliografía

1. Louro González A, Fernández Obanza E, Fernández López E, Vázquez Millán P, Villegas González L, Casariego Vales E. Análisis de las dudas de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2009.
2. R. Bravo; La gestión del conocimiento en medicina: a la búsqueda de la información perdida. *An Sist Sanit Nav*. 2002; 25:255-72
3. STEER. Disponible en: <http://www.wihrd.soton.ac.uk/projx/signpost/welcome.htm>
4. J. Brassey, G. Elwyn, C. Price, P. Kinnersley; Just in time information for clinicians: a questionnaire evaluation of the ATTRACT project. *Br Med J*. 2001;322:529-30.
5. FPIN. Disponible en: <http://www.fpin.org>.

doi: 10.1016/j.aprim.2009.09.007