

ORIGINAL

Detección de las dudas y necesidades formativas de los médicos de familia en un centro de salud



P. Vich Pérez^{a,*}, B. Vicente Mata^b, I. Prieto Checa^b, B. Brusint Olivares^b,
I. Sevilla Machuca^b y O. Sánchez López^c

^a Medicina de Familia y Medicina Interna, CS Los Alpes, Madrid, España

^b Medicina de Familia, CS Los Alpes, Madrid, España

^c Medicina de Familia y Medicina del Deporte, CS Los Alpes, Madrid, España

Recibido el 25 de septiembre de 2018; aceptado el 22 de noviembre de 2018

Disponible en Internet el 26 de diciembre de 2018

PALABRAS CLAVE

Acceso a la
información;
Atención primaria;
Docencia;
Aprendizaje

Resumen

Objetivo: Detectar las dudas y las necesidades formativas de los médicos de familia de un centro de salud urbano y docente durante la práctica clínica habitual.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de un mes de duración en un centro de salud urbano de Madrid. Los médicos de familia del equipo fueron entrevistados tras la consulta sobre las dudas que habían tenido, eligiendo dos de ellas. Las dudas no resueltas en las dos semanas siguientes se agruparon por materias y según las taxonomías vigentes. Posteriormente se elaboró un programa docente para resolverlas.

Resultados: Participaron 19 de los 21 médicos del centro, y en el periodo de estudio atendieron a 10.678 pacientes. Se detectaron 0,44 dudas por cada 10 pacientes atendidos. De las 384 dudas elegidas, el 83,34% fueron clínicas y el 16,66%, no clínicas. El 51,2% de estas quedaron sin resolver en los 15 días tras la consulta. Los métodos para su resolución fueron las bases científicas de internet (PubMed, UpToDate y guías de práctica clínica, principalmente; 38%), seguido de la consulta a otros colegas (34,9%).

Conclusiones: La mayoría de las dudas generadas durante la consulta son clínicas, aunque existe una carga importante de preguntas burocráticas. Más de la mitad de las dudas no se resuelven durante la consulta ni en los 15 días posteriores. Las bases de datos científicas en internet son la principal fuente de información, seguida de la consulta a otros colegas. Deberían mejorar los tiempos por paciente y el acceso a fuentes de información fiables y ágiles, para mejorar estos aspectos.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pilar.vich@salud.madrid.org (P. Vich Pérez).

KEYWORDS

Access to
information;
Primary care;
Teaching;
Learning

Detecting doubts and training needs of family doctors of a health centre**Abstract**

Objective: To detect doubts and training needs in an urban health and family doctor training centre during the usual practice.

Material and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted for one month in an urban health centre in Madrid. Family doctors were interviewed after their daily clinics about the doubts they had identified, choosing two of them. Unresolved questions were grouped by subject and according to the current taxonomies. A teaching program was then developed to tackle them.

Results: Out of a total 21 physicians of the centre, 19 attended 10,678 patients during the period. The doubt detection rate was 0.44 doubts for every 10 patients attended. Of the 384 questions chosen, 83.34% were clinical and 16.66% were non-clinical. Just over half (51.2%) of these were still unresolved 15 days later the consultation event. The main methods for their resolution were using the scientific bases on the internet (mainly PubMed, UpToDate and Clinical Practice Guidelines; 38%), followed by consultation with other colleagues (34.9%).

Conclusions: Most of the doubts generated during clinics were clinical, although there is a significant burden of bureaucratic questions. More than half of the doubts are not resolved during the consultation or within the following 15 days. The scientific databases on the internet are the main sources of information, although consulting other colleagues was often used as well. Additional time for dealing with patients and enhanced access to solve complex questions should be available to improve the success rate.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Entre las necesidades de los profesionales sanitarios para mantener y mejorar sus conocimientos y competencias destaca la formación continuada. Además, la satisfacción de los profesionales aumenta cuando participan activamente en los programas de autoformación¹.

La ciencia médica evoluciona rápidamente, y es importante integrar las nuevas actualizaciones en la práctica clínica para conseguir una adecuada atención a la población. Los profesionales sanitarios se sienten cada vez más desbordados por la dificultad de adecuar sus conocimientos al ritmo que estos se generan².

Una de las ventajas del trabajo en equipo es que los conocimientos y las habilidades de sus componentes pueden ser de utilidad al resto, minimizando así el esfuerzo de todos en adquirir la formación necesaria para mantener la excelencia clínica en condiciones de elevada carga de trabajo, con eficiencia y satisfacción por parte de sus integrantes.

Las necesidades formativas de los profesionales de un centro de salud pueden ser detectadas mediante diferentes métodos³⁻⁶.

Algunos estudios pioneros en nuestro país, como el proyecto Enigma³, detectaban estas necesidades mediante grabación de los profesionales durante las consultas, permitiéndoles que expresaran sus dudas entre paciente y paciente.

En el centro de salud objeto de este estudio tradicionalmente se identificaban las necesidades formativas mediante encuestas dirigidas a sus profesionales. La elaboración del calendario docente se adaptaba a dichas propuestas u

otras, sugeridas por las diferentes comisiones o responsables docentes. Sin embargo, la participación en dichas encuestas era escasa y no se conocía cuáles eran las deficiencias formativas reales.

Durante la consulta surgen numerosos interrogantes que no siempre se resuelven, por lo que parece interesante identificar estas dudas para su análisis y posterior resolución. Trabajos de investigación previos sobre el tema⁴⁻⁷ indican que el número de dudas por cada 10 pacientes atendidos (en condiciones de práctica clínica habitual) se sitúa entre 1,7 y 3, quedando muchas de ellas sin resolver durante el tiempo de la consulta y hasta dos semanas después. Los profesionales buscaban respuestas en fuentes asequibles, fundamentalmente en formato papel, o consultando a otros colegas.

En las fechas de realización de estos estudios no existía acceso generalizado a internet en las consultas, lo cual hace pensar que, en el momento actual, esta podría ser la principal fuente de información.

Por otra parte, existen taxonomías para la clasificación de las preguntas clínicas, especialmente la desarrollada por Ely et al.⁸, y comprobar si las dudas de los médicos de familia de un centro de salud se adaptan a ellas, y si estas clasificaciones son útiles para elaborar programas de autoformación, son cuestiones de interés.

La detección de las dudas generadas en las consultas, su cuantificación, ordenamiento y distribución por áreas, así como la medición de la capacidad de los profesionales para su resolución y los tiempos que precisan para ello, además de tener interés propio (conocimiento de la situación y posibilidad de comparación con otros estudios),

podría servir para elaborar un programa docente «a la carta».

El objetivo principal de este estudio ha sido detectar las dudas y las necesidades formativas de los médicos de familia de un centro de salud durante la práctica clínica habitual.

Este trabajo consta de dos partes. La primera de ellas pretende detectar las dudas que surgen durante la consulta según lo reseñado en los párrafos anteriores. La segunda parte consiste en la elaboración de un proyecto docente para dar respuesta a estas dudas y su posterior evaluación. Con la finalidad de centrar la atención en la primera parte del estudio, cuyos objetivos han sido mencionados previamente, solo se hará referencia en este artículo a la segunda parte del proyecto, cuando sea necesario para aclarar algún concepto.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en un centro de atención primaria (AP) docente de una zona urbana de Madrid.

Los participantes en el estudio fueron los médicos de familia del equipo, que tras ser informados decidieron voluntariamente participar.

Durante todos los días laborables de un mes natural los investigadores (siete médicos del equipo) preguntaban a cada uno de los médicos, al finalizar la consulta, el número de dudas no resueltas que habían tenido, permitiéndoles elegir (y formular en forma de pregunta) las dos de mayor interés. Dos semanas después se volvía a interrogar a cada médico sobre las dos cuestiones elegidas, si habían sido resueltas y el método empleado para hacerlo.

Se consideraron como «dudas no resueltas», siguiendo la definición empleada en otros estudios⁶, las «preguntas explícitas sobre cualquier actividad asistencial de las que no se conoce la respuesta», pudiendo tener carácter clínico o administrativo, siempre que no se resolvieran durante el transcurso de la consulta ni en las dos semanas posteriores.

Se diseñó una hoja de recogida de datos a tal efecto (tabla 1).

Las dudas fueron clasificadas como clínicas y no clínicas, y agrupadas por materias.

Para la clasificación de las dudas clínicas se empleó la taxonomía desarrollada por Ely et al.⁸, consensuada por tres o más investigadores y utilizada en estudios de índole similar.

Se creó una base de datos con todas las dudas generadas para su agrupación taxonómica y por materias, que permitiera responder a los objetivos del estudio.

Cuando algún médico de familia participante en el estudio no tuvo consulta alguno de los días en los que se realizó la recogida de datos, estos días no fueron contabilizados a la hora de interpretar los resultados. El día 20 de marzo de 2017 fue festivo en Madrid, por lo que no aparece como día hábil en el calendario del estudio.

Las dudas no resueltas por los profesionales fueron utilizadas para la elaboración de un programa docente.

En la figura 1 se muestra el esquema general del estudio.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizaron técnicas descriptivas, tablas y gráficos de frecuencias y cálculos de porcentajes.

Resultados

Los participantes en el estudio fueron 19 médicos de familia, del total de 21 que conforman el equipo del centro de salud. El 78% eran mujeres. La media de edad fue de 45 años (42-53 años). La mitad de los médicos eran tutores de la especialidad de medicina de familia y comunitaria. Todos los participantes habían sido informados de la dinámica del estudio, así como de todos los datos que se pretendían recoger. Los datos fueron recogidos por siete médicos del centro de salud, que a su vez participaron en la investigación.

Durante los 19 días laborables del mes de marzo de 2017 en que tuvo lugar el estudio, estos 19 médicos atendieron a 10.678 pacientes. El número medio de pacientes por consulta fue de 33,88/día, con un tiempo medio de asistencia por consulta de 7 minutos.

A partir de la recogida de datos se extrajeron los siguientes resultados:

Se contabilizaron un total de 474 dudas, de las que 348 fueron formuladas como preguntas (cada facultativo indicó el número de dudas que tuvo cada día, y de ellas eligió un máximo de dos preguntas/día, que a su criterio eran las de mayor interés). Los interrogantes que fueron resueltos durante el transcurso de la consulta no fueron considerados como dudas en este estudio.

Se contabilizaron 0,44 dudas por cada 10 pacientes atendidos.

Del total de dudas formuladas como preguntas ($n = 348$), 290 (83,34%) fueron dudas clínicas y 58 (16,66%) dudas no clínicas (burocráticas o administrativas).

Se clasificaron las dudas clínicas según la taxonomía de Ely et al.⁸ (tabla 2).

De las 348 preguntas formuladas, 166 (47,7%) fueron resueltas en los 15 días posteriores a la consulta, mientras que 178 (51,2%) quedaron sin resolver y en 4 ocasiones (1,1%) no hubo respuesta.

Los métodos utilizados para la resolución de dudas en estos primeros días aparecen resumidos en la tabla 3, destacando las fuentes de datos científicas en internet como primera opción, fundamentalmente PubMed, UpToDate y guías de práctica clínica (38%), seguidas por la consulta a otros colegas (34,9%).

Posteriormente, las dudas clínicas no resueltas en los primeros 15 días ($n = 178$) se agruparon por áreas temáticas de especialidades médicas, y las no clínicas en un grupo denominado «dudas burocráticas». Algunas de las especialidades se unieron para contener un número mayor de preguntas y se adjudicó cada grupo de dudas a un médico diferente, para que impartiera una sesión formativa que diera respuesta a las dudas planteadas. En la tabla 4 se muestran las agrupaciones temáticas que se establecieron y el número de preguntas que incluían.

Tabla 1 Hoja de recogida de datos

Días de marzo de 2017	N.º total de dudas no resueltas	Dos dudas elegidas por el profesional	¿Resuelta a los 15 días?	¿Resueltas tras intervención (programa docente)?
1		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
2		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
3		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
6		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
7		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
8		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
9		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
10		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
13		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
14		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
15		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
16		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
17		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
21		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
22		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
23		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
24		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
27		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
28		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
29		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
30		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no
31		1	1 sí/no	1 sí/no
		2	2 sí/no	2 sí/no

Discusión

El origen de este estudio se encuentra estrechamente relacionado con un proyecto docente dirigido a resolver las dudas que los médicos de familia de un centro de salud tienen durante la consulta.

Llama la atención el escaso número de dudas generadas por cada 10 pacientes atendidos en nuestro trabajo si se compara con la bibliografía (0,44 frente a 1,7-3 por cada 10

pacientes de otros estudios). Esto podría deberse a la forma de obtención de los datos, ya que mientras que en otros estudios se han recogido las dudas mediante videograbación durante la consulta u observación directa por los investigadores, en este se preguntaron al final de cada consulta, con lo que puede existir un sesgo de memoria sumado a un posible sesgo de autocensura, ya que era el propio médico el que declaraba las dudas que había tenido. Además, en nuestro estudio se recogían solamente las dudas no resueltas al

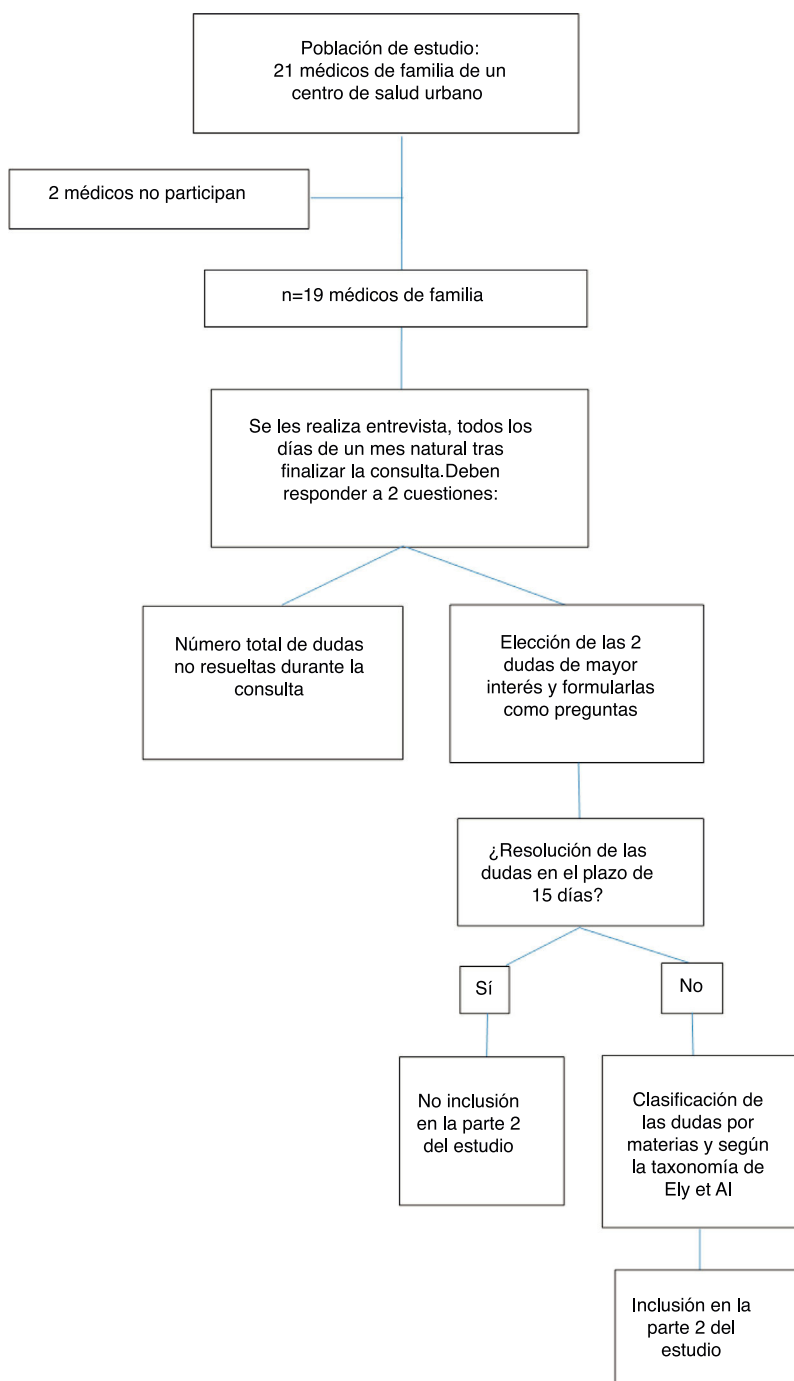


Figura 1 Esquema general del estudio.

final de cada consulta, excluyéndose así aquellas de resolución rápida durante la misma, que sí habían sido incluidas en estudios similares.

A diferencia de otros proyectos y con la finalidad de elaborar un programa formativo «a la carta», se invitó a los profesionales de este estudio a elegir cada día las dos dudas que les parecían de mayor interés para resolverlas posteriormente, de entre todas las dudas que habían contabilizado como no resueltas. Las dudas de menor interés para los profesionales fueron contabilizadas como tales, pero no formaron parte del programa autoformativo posterior.

La mayoría de las dudas reseñadas por los médicos fueron dudas clínicas, pero un porcentaje importante (28,6% de los casos) estaba constituido por dudas no clínicas, generalmente burocráticas o administrativas, que han sido excluidas en algunos estudios similares. En estudios donde se recogen estas preguntas los porcentajes fueron bastante inferiores (13% del total en el de González et al.⁵ y 7,36% en el de Louro et al.⁶). El porcentaje tan alto de nuestro estudio podría explicarse por la progresiva informatización de la historia clínica (historia clínica electrónica), cambios en los programas informáticos y nuevas formas de gestión

Tabla 2 Frecuencia de las diferentes dudas clínicas del estudio según la taxonomía de Ely et al

Preguntas incluidas en la taxonomía de Ely et al.	Número total de preguntas clínicas formuladas	Porcentaje respecto al total (n = 290) de las dudas clínicas formuladas
1. ¿Cuál es el fármaco de elección para la condición X?	42	14,5%
2. ¿Cuál es la causa del síntoma X?	10	3,5%
3. ¿Cuál es el test indicado en la situación X?	16	5,5%
4. ¿Cuál es la dosis del fármaco X?	19	6,5%
5. ¿Cómo debería tratar la condición X? (no solo tratamiento farmacológico)	37	12,8
6. ¿Cómo debería manejar la situación X? (no solo referida a diagnóstico o tratamiento)	86	29,6%
7. ¿Cuál es la causa del hallazgo físico X?	23	7,9%
8. ¿Cuál es la causa del hallazgo en la prueba X?	26	9%
9. ¿Puede la droga X causar el efecto adverso Y?	24	8,3%
10. ¿Podría este paciente tener la condición X?	7	2,4%

Tabla 3 Fuentes utilizadas por los profesionales para la resolución de las dudas

Bases de datos científicos en Internet	38%
Consulta a un compañero/a	34,9%
Libro o revista en papel	9,8%
Otras fuentes (no internet)	8%
Foro consultor (consulta intranet con especialistas del hospital de referencia)	3,7%
Apps teléfonos móviles	3%
Otras fuentes de Internet	2,4%

de la incapacidad temporal, módulos de prescripción electrónicos, entre otros, y da una idea de la importante carga burocrática que actualmente soporta la AP en nuestro país.

El modo en que los profesionales resolvían las dudas en este estudio era principalmente la búsqueda en bases científicas en internet (38%), entre las que destacaban PubMed, UpToDate y guías de práctica clínica, seguido muy de cerca por la consulta a otros colegas (34,9%). Lo primero era de esperar. En estudios previos, el acceso a internet en las consultas era bastante limitado, por lo que esta no era la principal fuente de información. Sin embargo, tiene sentido que en la actualidad internet sea la fuente más usada por su eficiencia y accesibilidad. Además, en Madrid, la Consejería de Sanidad pone a disposición de sus profesionales el acceso libre a multitud de bases de datos científicas, guías de práctica clínica y medicina basada en la evidencia.

Lo que sí llama la atención es que la resolución de dudas mediante la consulta a otros colegas sea casi tan frecuente

Tabla 4 Clasificación y número de dudas totales no resueltas agrupadas por materias

Materias	Número de dudas no resueltas
Dudas burocráticas	25
Cirugía/Urología	7 (1+6)
Dermatología	8
Aparato digestivo	15
Endocrinología	5
Farmacología	20
Geriatría/Medicina interna/Nefrología/Neumología	7 (1+1+1+4)
Ginecología	13
Hematología/Oncología	14 (13+1)
Enfermedades infecciosas	15
Neurología/Psiquiatría	13 (7+6)
Oftalmología/Otorrinolaringología	5 (5+0)
Rehabilitación/Reumatología/Traumatología	13 (1+6+6)
Riesgo cardiovascular	17

como la consulta de bases científicas en internet. Este dato se repite en la mayoría de los estudios de índole similar⁷⁻¹¹, lo que posiblemente esté relacionado con aspectos meramente humanos, como el compañerismo, la empatía o la confianza entre personas. Al respecto, hay que recordar también que la accesibilidad es el principal determinante de utilización de una fuente de información, por delante de parámetros como la actualización o la calidad de los datos^{12,13}.

El aspecto positivo de este resultado sería que el trabajo en equipo parece ser de utilidad en la resolución de dudas. El aspecto negativo tendría que ver con la mayor posibilidad de cometer errores consultando únicamente a otros colegas.

Se ha utilizado la taxonomía de Ely et al.⁸ para agrupar las dudas clínicas y comparar los resultados con los de otros estudios. Siempre fueron al menos tres profesionales los participantes en dicha clasificación y hubo dificultades para el consenso (no era claro el grupo donde incluir la pregunta). Mientras que en el estudio de González et al.⁵ la mayoría de las dudas clínicas se agruparon en la categoría 2 («Cuál es la causa de un síntoma X»), en nuestra recogida de datos la mayoría se incluían en el grupo 6 («Cómo manejar una situación»). Otro aspecto a destacar al respecto es que, aunque todas las dudas clínicas pudieron incluirse en la taxonomía, esta no nos resultó útil en la segunda parte del proyecto para elaborar un plan de formación a partir de las dudas generadas. Para esto último preferimos utilizar la agrupación por áreas temáticas, donde hubo un porcentaje mayor de dudas clínicas, destacando las de farmacología y riesgo cardiovascular. También tuvieron un peso importante las dudas burocráticas.

Otro resultado que nos parece interesante contrastar es el elevado porcentaje de dudas (52.5%) que no se resolvieron en el transcurso de la consulta ni en los 15 días posteriores, dato que se repite en la literatura. Solucionar las 178 dudas no resueltas de nuestro estudio fue el objetivo del programa formativo diseñado, y todas ellas fueron solventadas al finalizar el mismo. Sin embargo, y aunque el conocimiento médico sea inabarcable para un profesional, resulta preocupante que muchas dudas generadas en el día a día no se resuelvan. Tras el análisis de las dudas de este estudio, ninguna constituyó un problema urgente ni de seguridad para el paciente y la respuesta podía demorarse en todas ellas. Las causas de esta falta de resolución podrían ser la inexistencia de buscadores científicos ágiles, con respuestas rápidas a preguntas clínicas complejas. Tal vez sería interesante desarrollar buscadores más eficientes al respecto y mejorar así la asistencia y seguridad del paciente. En el artículo de Ricardo Ruiz de Adana¹⁴, publicado en el año 2009, ya se alertaba sobre este aspecto y se revisaban las iniciativas para mejorar nuestra realidad mediante servicios de gestión del conocimiento médico. Posibles recursos serían, además de las bases de datos científicas de internet, otras fuentes de evidencia más adaptadas a la consulta de AP; por ejemplo, de búsqueda de síntomas o tratamientos en el idioma habitual de la región y las bases de datos apoyadas en Big Data, que ya se usan en algunos centros para esta y para otras aplicaciones.

Existen otras limitaciones en este trabajo, además de las reseñadas al inicio de este apartado, entre las que destaca que los médicos participantes son de un único centro de salud, y aunque el volumen de pacientes atendido en el periodo de estudio fue amplio y superior al de la mayoría de los estudios similares (n = 10.678), los resultados no son comparables a los obtenidos en trabajos multicéntricos.

Otro factor a tener en cuenta y que hemos objetivado es el tiempo medio de atención a cada paciente, que ha sido algo menor (en torno a los 7 min) que en otros, lo que hace

aún más difícil establecer comparaciones. Al respecto, nos parece importante destacar que el factor tiempo ha sido, y es, otro de los recursos más demandados por los médicos de familia de nuestro país para la adecuada atención al paciente. A pesar de las propuestas de mejora y acciones llevadas a cabo, resulta descorazonador comprobar que mantenemos tiempos de consulta demasiado escasos para la adecuada atención a la población, y esto tampoco ayuda a poder resolver con rigor las dudas que surgen en la consulta.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Gercenshtein L, Fogelman Y, Yaphe J. Increasing the satisfaction of general practitioner with continuing medical education programs: A method for quality improvement through increasing teacher-learner interaction. *BMC Family Practice*. 2002;3:15. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/3/15>.
2. González J, Flores A, Jiménez J, Gutiérrez JA. Qué revistas médicas españolas leen y cómo se informan los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2011;43:629-37.
3. González-González AI, Sánchez JF, Sanz T, Riego R, Escortell E, Hernández T. Estudio de las necesidades de información generadas por los médicos de atención primaria (proyecto ENIGMA). *Aten Primaria*. 2006;38:219-24.
4. Garrido S, García R, Nogales P. Formación continuada en atención primaria: necesidades formativas de sus profesionales. *Aten Primaria*. 2002;30:368-73.
5. González-González AI, Escortell E, Hernández T, Sánchez JF, Sanz T, Riego R. Necesidades de información de los médicos de atención primaria: análisis de preguntas y su resolución. *Aten Primaria*. 2005;35:419-22.
6. Louro A, Fernández E, Vázquez P, Villegas L, Casariego E. Análisis de las dudas de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2009;41:592-9.
7. Ramírez JM, Martínez MC, Tejeda EA. Fuentes de información para basar decisiones médicas, diagnósticas y terapéuticas en medicina familiar. *Aten Primaria*. 2008;40:46-7.
8. Ely JW, Osheroff JA, Gorman PN, Ebell MH, Chambliss ML, Pifer EA, et al. A taxonomy of generic questions: Classification study. *BMJ*. 2000;321:429-32.
9. Schaafsma F, Hulshof C, van Dijk F, Verbeek J. Information demands of occupational health physicians and their attitude towards evidence-based medicine. *Scand J Work Environ Health*. 2004;30:327-30.
10. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: Are they being met? *Ann Intern Med*. 1985;103:596-9.
11. Dawes M, Sampson U. Knowledge management in clinical practice: A systematic review of information seeking behavior in physicians. *Int J Med Inform*. 2003;71:9-15.
12. Chambliss ML, Conley J. Answering clinical questions. *J Fam Pract*. 1996;43:140-4.
13. Gabbay J, le May A. Evidence based guidelines or collectively constructed "mindlines"? Ethnographic study of knowledge management in primary care. *BMJ*. 2004;329:1013.
14. Ruiz de Adana R. Gestión de las dudas del médico de familia en la consulta. *Aten Primaria*. 2009;41:597-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.007>.