

Programación docente de los R-2 y R-3 en la rotación por el centro de salud

I. Meta:

Que el residente, al final de R-3, sea capaz de valorar y tratar pacientes con el enfoque de un médico de familia, dominando las principales habilidades del método clínico centrado en el paciente

II. Objetivos educativos

A. Profundizar en las habilidades clínicas específicas del médico de familia (método clínico centrado en el paciente):

- Habilidades valorativas: anamnesis y exploración física, exploración psicoafectiva, exploración contextual (valoración familiar: genograma funcional, etapas del ciclo vital, acontecimientos vitales ...) , exploración de hábitos y estilos de vida (diagnóstico comportamental)
- Formulación de problemas: interpretación del conjunto de la información recogida en términos de problema
- Diseño e implementación de intervenciones adaptadas a los problemas
- Intervenciones efectivas sobre hábitos y estilos de vida

B. Conocer con precisión su ámbito de trabajo en términos estructurales (recursos sanitarios y sociosanitarios), poblacionales (demográficos y epidemiológicos), organizativos (procesos que se llevan a cabo) y técnicos (programas y protocolos)

- Actualizar la información sobre el ámbito de ejercicio del médico de familia:
 - El centro de salud
 - El EAP
 - Los servicios de apoyo
 - El cupo
- Analizar dicha información para obtener su significado en términos de gestión clínica poblacional.

III. Objetivos operativos

A. Profundizar en las habilidades clínicas específicas del médico de familia (método clínico centrado en el paciente):

- Realizar valoraciones BPS (anamnesis y exploración física, Fife, cognitivo/psicológica, funcional, social), haciendo especial hincapié en la experiencia de enfermedad, la valoración psicoafectiva, la exploración de hábitos y estilos de vida y la valoración familiar.
- Analizar el significado de la información recogida:
 - Manejar el conjunto de la información en términos de problema: formulación de problemas
 - Realizar el diagnóstico comportamental, en los casos de hábitos de riesgo o incumplimiento terapéutico
- Iniciarse en el diseño e implementación de intervenciones adaptadas a los problemas:
 - Diseñar y aplicar los planes integrales de cuidados a los pacientes
 - Poner en práctica intervenciones efectivas sobre hábitos y estilos de vida
- Atención domiciliaria
 - Revisar la cobertura de confinados que presenta el cupo y si fuera baja establecer mecanismos de captación
 - Responsabilizarse de la atención programada a los pacientes confinados realizando las visitas de seguimiento pertinentes

B. Profundizar en el significado clínico de la información disponible de su cupo y darle utilidad clínica: Gestión clínica poblacional

- **Primer periodo (R2):** El residente con el asesoramiento del tutor analizará la información disponible de su cupo, (demográfica, epidemiológica y asistencial) y realizará un análisis de la misma en términos de significado clínico.
- **Segundo periodo (R3):** El tutor y el residente planearán la puesta en marcha de acciones de mejora relacionadas con alguno de los aspectos más relevantes analizados. Se tratará que dicho proceso de análisis (self-audit) y puesta en marcha de acciones de mejora, sea estructurado y esté documentado.

C. Manejo de técnicas instrumentales

- El residente deberá mantener sus habilidades en el manejo de las diversas técnicas instrumentales:



- Punciones: im, sc, iv y vías venosas
- Toma de TA
- Realización de ECG
- Manejos de tiras reactivas (glucemia y orina)
- Conocimiento y manejo de los diferentes dispositivos de inhalación
- Uso nebulizadores
- Manejo del Peak-flow
- Conocimiento y realización de la espirometría
- Realización de sondajes (nasogástrico y vesical)
- Curas: úlceras, heridas quirúrgicas, manejo de ostomías.
- Extracción de tapones de cerumen
- Extracción de cuerpos extraños en ojo
- Manejo de monitor y pulsioxímetro
- Realización de taponamiento nasal anterior
- Conocimiento y realización de las infiltraciones y artrocentesis más frecuentes: fascitis plantar, epicondilitis, hombro doloroso, artrocentesis de rodilla
- Indicación y realización de vendajes funcionales: tobillo, rodilla

IV. Temporalización de las actividades

PRIMER PERIODO (7º y 8º mes en MF)

- **Actividades de acogida y planificación de la rotación:**
 - El tutor, de acuerdo con el residente deberá ajustar la temporalización y elaborar un plan de trabajo con calendario/cronograma. Posteriormente el residente deberá gestionar su propia agenda de trabajo.
 - Tareas de acogida: cada centro actualizará el manual de acogida del residente, que se le entregó al inicio de la rotación de R-1, que contenía información sobre:
 - Estructura del centro.
 - Población de la zona de salud.
 - Miembros del equipo y funciones específicas.
 - Otro personal colaborador: especialistas consultores, enfermera de enlace.
 - Unidades especializadas de apoyo.
 - Recursos sociales de la zona.
 - Funcionamiento del centro: horarios (apertura, cierre, consultas, docencia, guardias, retenes...).
 - Cartera de servicios del centro.
- **Elaboración del registro de enfermos crónicos del cupo:** Durante este primer periodo, el residente, con la colaboración del tutor, elaborará un registro de morbilidad, que permita identificar y clasificar a los pacientes con enfermedades crónicas, para posteriormente organizar su atención. Se propone, al menos, registrar las enfermedades crónicas que figuran en el anexo I y seguir el procedimiento que figura en el apartado de aspectos organizativos para el primer periodo. En los cupos que ya dispongan de registro de enfermedades crónicas, el residente deberá revisar, depurar y analizar dicho registro.
- **Elaboración de un informe sobre el estado de salud del cupo:** El residente con el asesoramiento del tutor, recopilará la información demográfica, epidemiológica y asistencial, actualizada del cupo y elaborará un informe sobre la situación de salud del mismo.
- **Atención planificada a pacientes con problemas crónicos de salud:**
 - El tutor, con la colaboración del residente, establecerá una estrategia de priorización para la selección de pacientes con enfermedades crónicas y un sistema de organización que contemple el modo y la periodicidad de las citas. En dicha estrategia se tendrá en cuenta la acumulación de patologías y el estadio evolutivo de cada una de ellas, así como garantizar que se

incluyan a pacientes pertenecientes a diferentes grupos de edad. Se recomienda no empezar por los más complejos, que serían los que más número de patologías crónicas acumulan o los que añadan complejidad psicosocial.

- Entre las tareas clínicas que, como médicos de familia, se deben realizar con estos pacientes se proponen las siguientes:
 - a. Revisar y actualizar la historia clínica del paciente previamente a la visita.
 - b. Valorar las repercusiones, físicas, psicológicas y sociales de la enfermedad y el grado de incapacidad y dependencia que producen.
 - c. Revisar la polimedicación, tan habitual en estos pacientes, prestando especial atención a la medicación inadecuada y las interacciones.
 - d. Valorar el "afrotamiento", personal, familiar y social: vivencia, organización, apoyos (genograma estructural y funcional, recursos...)
 - e. Identificar, apoyar y prestar atención al cuidador principal.
 - f. Actualizar el listado de problemas.
 - g. Establecer un plan de atención y seguimiento.
 - h. Apoyarse en los programas institucionales establecidos, como el del anciano, atención domiciliaria, Spica...
 - i. Coordinar las actuaciones con enfermería y trabajador social si procede.
 - j. Establecer sistemas para mejorar la accesibilidad a estos pacientes, sobre todo de los más incapacitados, porque suelen tener dificultad para acceder a la consulta: consulta telefónica, nuevas tecnologías de la información...etc.
- **Elaboración de un registro de valoraciones familiares:** Se establecerá un sistema de registro específico para la valoración del contexto sociofamiliar (genograma estructural y funcional, vivienda, recursos...) que contendrá un sistema de archivo de fácil acceso en el día a día.
- **Atención a pacientes confinados:** durante este primer periodo, el residente debe visitar a todos los pacientes confinados del cupo, con la finalidad de actualizar y completar su valoraciones.

ASPECTOS ORGANIZATIVOS PARA EL PRIMER PERIODO

1) Para la elaboración del registro de enfermedades crónicas:

- Se deberá disponer de una hoja de calculo Excel que contenga todos los pacientes del cupo, e incluya las enfermedades crónicas que se ha decidido registrar y en la que posteriormente se volcará la información de cada paciente. Con el fin de conseguir una mayor homogeneidad de

los registros de los diferentes cupos docentes, dicha hoja será elaborada en la Unidad Docente.

- Tanto el manejo cotidiano como la custodia de dicha información se ajustará estrictamente a la ley de protección de datos de carácter personal.
- El residente revisará las historias clínicas para buscar y registrar a los pacientes del cupo que presenten enfermedades crónicas. Para ganar tiempo, se sugiere que revisen de forma retrospectiva, solo las historias clínicas de los pacientes que hayan venido a consulta en los tres meses anteriores, dado que durante dicho periodo es previsible que hayan acudido todos los pacientes portadores de enfermedades crónicas, pues la inmensa mayoría tienen prescrita medicación y tres meses es el tiempo máximo de cobertura de la receta electrónica. Para facilitar esta tarea, se sugiere que se imprima la hoja de consulta del día que se vaya a revisar, y en ella ir anotando las enfermedades crónicas de los pacientes, para posteriormente, una vez a la semana, proceder al volcado de la información obtenida en la hoja Excel.
- Una vez finalizada la revisión de las historias y el registro de las enfermedades crónicas, para completar el registro de morbilidad y conocer la carga mórbida de cada paciente, se procederá a añadir las enfermedades crónicas y los factores de riesgo ya conocidos y registrados por pertenecer a la cartera de servicios del cupo. Para facilitar el análisis y la explotación del registro de morbilidad, se deberá pasar a columnas individuales en la hoja Excel, cada uno de los códigos de dichas enfermedades y factores de riesgo (actualmente aparecen todas agrupados en una misma columna).
- Finalmente, habrá que establecer un sistema de mantenimiento del registro de morbilidad, de forma que periódicamente se vayan actualizando las altas y bajas del cupo y añadiendo los nuevos diagnósticos de enfermedades crónicas. Se propone disponer de una carpeta en la que se depositen diariamente los informes (notas) de los pacientes con nuevos diagnósticos y periódicamente (una vez al mes) irlos volcando en el registro de morbilidad (hoja excel).
- Se organizará la agenda del residente para que pueda disponer de dos horas al día para la elaboración de este registro, con la finalidad de que lo pueda acabar durante este primer periodo.

2) Para la elaboración de un informe sobre el estado de salud del cupo

- Se facilitará una guía para la elaboración del informe (anexo II)
- Se organizará la agenda del residente para que pueda disponer de dos horas a la semana para la elaboración de este informe.

3) Para la atención planificada a pacientes con problemas crónicos de salud:

- a) Para los cupos que no cuenten con registro de pacientes crónicos:
- El residente, cuando se incorpore a la rotación, ya deberá tener una agenda con pacientes citados para al menos las dos primeras semanas. Para ello, durante el mes previo, el tutor citará a pacientes con enfermedades crónicas para ser vistos por el residente durante esas primeras dos semanas.
 - El residente, con la colaboración del tutor, decidirá los criterios que seguirá para ir seleccionando entre los pacientes que padezcan enfermedades crónicas. Dichos criterios deberán quedar explícitos y estar dentro de un plan progresivo de atención a los pacientes con enfermedades crónicas del cupo.
 - Para esta selección, además de aprovechar el conocimiento que tutor y residente tienen de sus pacientes, el residente dispone del listado de enfermedades crónicas incluidas en la actual cartera de servicios (enfermedad cardiovascular establecida, asma, EPOC, factores de riesgo...), que está accesible en el cuadro de mandos de Drago. Esta información le permitirá seleccionar a los pacientes tanto por sus patologías, como por su pertenencia a diferentes grupos de edad. Se recomienda también incluir a adolescentes con enfermedades crónicas.
 - Durante el resto del primer periodo, el residente seguirá citando a los pacientes según los criterios que haya establecido y recitando a aquellos que considere necesario para su seguimiento.
 - El residente dedicará a esta actividad tres días en semana y le ocupará tres horas cada día: 2 horas para atender a dos pacientes nuevos a los que dedicará un máximo de 60 minutos y nunca menos de 30 minutos y 1 hora para pacientes recitados a los que dedicará un máximo de 30 minutos.
 - El tutor organizará su agenda para poder supervisar la actividad programada del residente. Se sugiere reservar, al menos, una hora al final de la jornada laboral, los días que el residente tenga consulta programada.
- b) Los cupos que ya dispongan de registro de pacientes crónicos:
- A la luz del nuevo registro de morbilidad, el residente deberán realizar un análisis de la morbilidad del cupo y hacer una puesta en común con su tutor, para luego establecer una estrategia de priorización y selección de pacientes que permita su atención planificada.



- Se garantizará que, durante este primer periodo, el residente incluya pacientes de forma que queden representados los principales grupos de enfermedades crónicas del OPIMEC (Anexo I)

4) Para la elaboración de un registro de valoraciones familiares:

- El tutor preparará una ficha específica para el registro de la información del contexto sociofamiliar del paciente, que permita incluir: CIP, fecha de elaboración, genograma estructural y funcional, ciclo vital familiar, ocupación, tipo y estado de la vivienda, recursos...
- Se establecerá un sistema de archivo de las fichas de fácil acceso, de forma que se pueda consultar durante la visita del paciente. Se recomienda utilizar una carpeta que permita clasificar las fichas por orden alfabético.
- También se hará una anotación en la historia electrónica que permita saber en cada momento si el paciente tiene hecha la valoración sociofamiliar. Se propone realizar dicha anotación en el apartado de antecedentes familiares: se entra en antecedentes familiares, se pica en "otros", se escribe la palabra "genograma" y se asigna a cualquier parentesco. Es esta manera, siempre veremos la anotación en la hoja resumen que aparece nada más abrir la historia del paciente.

5) Para la atención a pacientes confinados:

- Se hará una previsión de agenda, a ser posible en colaboración con la enfermera, para que el residente visite durante el primer periodo a todos los pacientes confinados asignados y se organice para irles completando y actualizando la valoración según marca el programa
- El residente dedicará a esta actividad dos días en semana, haciéndolos coincidir con los días que no tenga consulta programada. Le deberá ocupar 3 horas diarias para atender a 2-3 pacientes.

SEGUNDO PERIODO (meses 9, 10 y 11)

- **Atención planificada a pacientes con problemas crónicos de salud:** El residente Seguirá profundizando en la parte valorativa del método clínico centrado en el paciente, pero prestará una mayor atención al análisis de la información recogida en las valoraciones y en la síntesis de la misma en términos de formulación de los problemas, así como en las intervenciones y en los planes de cuidados:
 - El residente realizará el plan de cuidados de todos pacientes atendidos en consulta programada cada día.
 - Los planes de cuidados deberán quedar registrados y contendrán los siguientes apartados:



- .- Formulación de los problemas: diagnóstico y su significado para el paciente.
- .- Metas a conseguir con cada problema
- .- Actuaciones acordadas con el paciente para cada problema.
- .- Reparto de roles y tareas para cada problema: tareas del médico, del enfermero, del paciente, del trabajador social, del cuidador...).
- **Atención de pacientes confinados:** Durante este segundo periodo, el residente será responsable de la atención, tanto de modo programado como a demanda, de 10 pacientes confinados del cupo.
- **Consulta a demanda un día en semana.** El residente será responsable de pasar solo la totalidad de la consulta a demanda un día a la semana, hasta un máximo de 30 pacientes (incluidos los forzados).
- **Actividades de gestión clínica.**

ASPECTOS ORGANIZATIVOS PARA EL SEGUNDO PERIODO

1) Para la atención planificada a pacientes con problemas crónicos de salud:

- El residente cuando se incorpore a la rotación deberá tener una agenda con pacientes citados para al menos las dos primeras semanas. Para ello, durante el mes previo, el tutor analizará el registro de morbilidad y citará, para ser vistos por el residente, los pacientes que deberá ver durante esas primeras dos semanas. Deberán quedar explícitos los criterios que ha utilizado para seleccionar a los pacientes.
- El residente, una vez incorporado, deberá recuperar y citar a los pacientes que había valorado durante el primer periodo y hacerles seguimiento. Además, citará a nuevos pacientes del registro de morbilidad de crónicos, según los criterios ya establecidos.
- Los residentes que disfruten de los dos periodos consecutivos, deberán responsabilizarse de la citación para este segundo periodo.
- El residente dedicará, 4 días en semana (4 horas cada día), a la atención de estos pacientes: 3 horas diarias para atender a 3 pacientes (nuevos) a los que dedicará un máximo de 60 minutos y nunca menos de 30 minutos y 1 hora para paciente (recitados por el residente) a los que dedicará un máximo de 30 minutos.
- El tutor organizará su agenda para poder supervisar la actividad programada del residente. Se sugiere reservar, al menos una hora al final de la jornada, los días que el residente tenga consulta programada

2) Para la atención a pacientes confinados:



- Se hará una previsión de agenda para que el residente pueda dedicar a la consulta programada a confinados un día en semana, procurando que no coincida con el día que pasa en solitario la consulta a demanda. Le deberá ocupar 2 horas diarias, para atender a 2 pacientes.

3) Para pasar la consulta a demanda:

- Ese día el tutor estará en todo momento accesible para resolver las dudas del residente y pendiente de apoyarle si el número de pacientes excediera de 30.

4) Para realizar las actividades de gestión clínica poblacional:

- La temporalización establecida debe permitir la reserva de tiempo para que el residente en el transcurso de este periodo logre realizar un análisis de la población a su cargo, identificar áreas de mejora, someterlas a un proceso de priorización y un análisis de causas para que cuando comience su cuarto año pueda diseñar, implementar y evaluar la acción de mejora. (Guía en el anexo II y talleres específicos.)

V. Organización general y requisitos

- Para que la ejecución de la programación docente pueda ser llevada a cabo es necesaria una minuciosa organización que nos permita mantener el control sobre una serie de aspectos, tanto organizativos como estructurales, del día a día, dado que de lo contrario, la presión de las demandas y los múltiples imprevistos e interrupciones que surgen cada día nos pueden conducir a rutinas que nos descentren o incluso impidan la ejecución de esta programación.
- Realizar un mapa de espacios físicos disponibles cada día de la semana en los que el residente pueda ver pacientes y pactar con el coordinador su "reserva" para esa finalidad.
- Habrá que hacer una reserva de espacio y tiempo, para que el residente pueda cumplir con esta tarea todos los días.
- Toda la actividad que realice el residente en solitario deberá ser supervisada
- El residente llevará una agenda en la que anotará su actividad diaria: lo programado para cada día y lo realizado en cumplimiento de la programación.



VI. Actividades de apoyo con el tutor

a. Taller sobre el Método Clínico Centrado en el Paciente con los desgloses que lleva implícitos:

- MCCP
- La vivencia de la enfermedad y el afrontamiento
- Valoración integral
- Trabajo de los espacios comunes/compartidos de significación y acción
- Formulación de problemas
- Planes de cuidados del paciente

b. Taller sobre diagnóstico comportamental

VII. Actividades de apoyo

1. Videograbación de consulta: Se realizarán al menos una videograbación de la consulta programada por cada periodo con el objetivo e realizar un análisis de las habilidades clínicas y comunicativas desplegadas. (ver documento de tutoría mediante el análisis de videograbaciones: Anexo III)
 - Se realizará al menos una vez al mes una sesión multidisciplinar (tutores, residentes, enfermeros y trabajador social) de un caso abierto con el fin de avanzar en su mejor comprensión y en el diseño de un plan de cuidados.
2. Sesiones del centro.

VIII. Libros recomendados

- Orientación familiar en atención primaria. Autores: Susan McDaniel, Thomas Campbell, David Seaburn. Barcelona: Springer Verlag Ibérica, 1998
- Cómo construir e interpretar el genograma. Luis de la Revilla. Granada: Ediciones Adhara, 2004
- Entrevista Clínica: Manual de estrategias prácticas. Autor: Francesc Borrell i Carrió. Barcelona: semfyc ediciones, 2004. ISBN 84-96216-44-6
- Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona: semfyc 2002
- Guía terapéutica en Atención Primaria, basada en la evidencia. Barcelona: semfyc 2007
- Guía de ayuda al diagnóstico en Atención Primaria. Barcelona: semfyc ediciones, 2003
- Manual de Diagnóstico Médico. Autor: Harold Friedman. Masson
- Otra bibliografía de apoyo sobre el MCCP será entregada por el tutor.



Anexo I. Tareas tutoriales relacionadas con la fundamentación científica: BEARs

La idea es que el residente estructure su forma y hábito de estudio en torno a la idea BEAR. Dado que algunos de ellos serán R2 no se pretenderá que sean capaces de iniciar un Bear desde la formulación de preguntas sofisticadas. Lo más probable es que la pregunta sea "cómo se hace? O que hay de ...? Lo principal es que, sea como sea la pregunta, esté directamente relacionada con un caso y la respuesta ayude en la toma de decisiones con ese caso en concreto. Esto permitirá promover la toma de decisiones basada en fuentes de calidad contrastada y no sólo en "órdenes", recomendaciones, opiniones o impresiones de compañeros o tutores.

Salvo esas consideraciones sería de aplicación toda la metodología de la ficha BEAR: [HT_BEAR2010-11.pdf](#) en el apartado tutorías

<https://sites.google.com/site/mfyclalaguna/guia-de-la-unidad/documentos-generales-de-interes>

ANEXO II.: Orientaciones para iniciar la Gestión Clínica de la población a mi cargo.

(esta tarea se complementa con asesoramiento presencial en talleres específicos realizados en la unidad)

Se plantea con esta actividad que el residente con la ayuda y el asesoramiento del tutor adquiera una visión y responsabilidad poblacional de su práctica, tomando como población base el "cupo", su cupo.

El residente deberá hacer el esfuerzo de imaginar esta actividad como un juego de estrategia en el que su población está asentada en un territorio con unas determinadas características, condicionantes y recursos con los que interacciona y su misión será, como médico de familia, la de velar por su bienestar desde la perspectiva "salud/enfermedad"

Con el fin de poder abordar esa tarea deberá emprender una labor de conocimiento tanto de la población (el cupo) como del territorio en el que vive, así como de los recursos (sanitarios y sociales) de los que dispone para afrontar esa tarea.

Dado que la estructura de los cupos puede no ser totalmente estable, se propone que dado que ya de R-1 hizo el análisis somero de los recursos del centro y las características básicas del cupo (Actividad: Conocer el ámbito de ejercicio del médico de familia), ahora inicie esta actividad completando dicha información y estableciendo lo que podríamos denominar un "control de fronteras" es decir un control de entradas y salidas.



- A. Serán entradas las nuevas adscripciones a nuestra lista de pacientes, que bien por razones de edad (adolescentes de 15 años) o por otras circunstancias nos eligen para ser su médico.
- B. Serán salidas: las naturales por fallecimiento o emigración (cambio de zona de salud) o aquellas otras que se producen por cualquier otra circunstancia que pudiera relacionarse con las características del médico como puede ser: su horario, su carácter su sexo, su condición de tutor, ... y que también deben ser analizadas

Una vez controladas las fronteras comenzaremos con el análisis del interior del cupo, y con el fin de estructurarlo proponemos que se haga desde el punto de vista demográfico, epidemiológico, de utilización y de organización social. Dicho análisis debe realizarse con una intencionalidad eminentemente práctica tratando de destacar la significación y utilidad clínica del mismo.

1. **Demografía:** Características demográficas del cupo:

- Distribución según grupos de edad y sexo (se recomienda hacerlo en grupos quinquenales y además tener en cuenta grupos específicos en función de alguna tarea clínica concreta: Adolescentes, mujeres en edad fértil, mayores de 64, mayores de 80, población activa, ...)
- Ver pertinencia de contar con algún índice demográfico
- Determinar si existe alguna especificidad en el cupo en función de dicho análisis.

2. **Epidemiología:** Características epidemiológicas de mi cupo

- Mortalidad (causas, nº, aspectos cualitativos como muertes prematuras, muertes evitables, y calidad de la muerte)
- Morbilidad, multimorbilidad, complejidad a través de datos de cartera de servicios y del registro de enfermos crónicos.
- Incapacidad
- Confinamiento
- Coberturas y calidad de la atención
- Detección y grado de control

Tanto para los aspectos de evaluación de la calidad del grado de control de diversos problemas como de la calidad de la atención y son necesarios audits y se recomienda inicialmente la técnica del micromuestreo a través del selfaudit o del peer-review (con el tutor u otro residente cuando sea posible)

3. **Utilización:** analizar las características de la utilización de nuestros servicios y nuestro tiempo y su significado

- Frecuentación
- Pacientes no consultantes en el último año por edades (significado)
- Pacientes que frecuentan mucho (establecer criterio de "mucho")
- Frecuentación en función de la causa

4. **Consumo de recursos:**

- ¿Cómo distribuyo mi tiempo?:



- Tiempo asistencial dedicado
- Tiempo dedicado a formación
- Tiempo dedicado a evaluación
- Tiempo dedicado a investigación
- Asignación de tiempos en función de la necesidad de mis pacientes
- Consumo de recursos diagnósticos
- Consumo de interconsultas
- Consumo de recursos terapéuticos
- Consumo en tiempos de incapacidad

Self-audits:

Esta actividad estaría en consonancia con las de Gestión Clínica pero no necesita esperar a que todo el análisis esté hecho para empezar a actuar.

1. **A través del análisis del cuadro de mandos**, en las estrategias de re-captación de pacientes fijarse en los siguientes poblaciones diana:
 - a. > de 80 años no consultantes en los últimos 6 meses
 - b. Del listado de "personas mayores de riesgo": revisar qué actuaciones se han puesto en marcha derivadas de dicha clasificación y en caso de que sea deficitarios poner en marcha las actuaciones establecidas en programa
 - c. Revisión de los pacientes que han sido Spica y revisar el cumplimiento del plan de cuidados establecido.
 - d. Revisar los pacientes con enfermedad cardiovascular (ACV, CI, IC y vascular periférica) revisar calidad de manejo y su grado de control.
 - e. Identificar y citar a los adolescentes de 15 años que acaban de pasar del pediatra y organizar su seguimiento en función de su condición de sanos o portadores de algún problema crónico de salud.
 - f. Revisar el censo de cuidadores de pacientes confinados, evaluar la calidad de sus cuidados con respecto a los establecido en programa.
 - g. Tener un censo de los pacientes con problemas graves de salud que no están en programa: cáncer, neurológicos, ... segmentarlos en función del pronóstico y poner en marcha planes específicos de atención.
2. **A través de micro-muestreos**, se realizará el análisis de diversos aspectos de la práctica clínica en base a una serie de criterios preestablecidos:
 - a. Grado de control de los pacientes crónicos, estratificados por nivel de complejidad.
 - b. Revisión de planes terapéuticos y establecimiento de concordancias y disonancias en relación al listado de problemas.
 - c. Actuaciones derivadas de la constatación de situaciones de mal control: HT, DM, hiperlipemia



- d. Análisis de las derivaciones/interconsultas: pertinencia y adecuación a estándares.
 - e. Análisis de la indicación en la solicitud de pruebas y actuaciones realizadas en base a los resultados de las mismas.
3. **Análisis exigente de los indicadores de cartera de servicios:** dado que los tutores en general tienen unos indicadores por encima de la media del centro y del área, se recomienda fijarse no en el logro sino en lo que queda por conseguir y compararse con los mejores a nivel general (publicado)

ANEXO III. VIDEOGRABACIÓN DE CONSULTAS

Ver hoja técnica en [Tutoríamedianteelusodevideograbacionesdelaconsulta.pdf](https://sites.google.com/site/mfyclalaguna/guia-de-la-unidad/documentos-generales-de-interes) en <https://sites.google.com/site/mfyclalaguna/guia-de-la-unidad/documentos-generales-de-interes>

Este documento ha sido elaborado para el trabajo con residentes en la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria "La Laguna-Tenerife Norte" Islas Canarias-España. Los autores del mismo autorizan su uso sólo con finalidad docente y no comercial, agradeciendo a sus usuarios, que cuando lo hagan, que citen la fuente del mismo.

<https://sites.google.com/site/mfyclalaguna/>

This document has been prepared to work with residents in the Teaching Unit of Family and Community Medicine "La Laguna, Tenerife". Canary Islands, Spain. The authors allow Their use only for educational, non-commercial purposes, by thanking users That, When They do, to cite the source.