

Una herramienta para la mejora de la práctica clínica del médico de familia: El Portfolio

AUTORES:

GRUPO PORTFOLIO SEMFYC

COORDINACIÓN:

JOSÉ ANTONIO PRADOS CASTILLEJO
CARLOS ALMENDRO PADILLA
GLORIA GUERRA DE LA TORRE

GRUPO DE TRABAJO:

JUAN CARLOS ARBONIES ORTIZ
JOSEP ARNAU I FIGUERAS
PABLO BONAL PITZ
JOSEP M COTS YAGO
RAMÓN DESCÁRREGA QUERALT
CARMEN FUERTES GOÑI
TOMÁS GÓMEZ GASCÓN
JOSÉ MANUEL IGLESIAS CLEMENTE
ELENA MUÑOZ SECO
MIGUEL PEDREGAL GONZÁLEZ
FERMÍN QUESADA JIMÉNEZ
MIGUEL SAGRISTA GONZÁLEZ
FERNANDO SALCEDO AGUILAR
MIREIA SANS CORRALES
PERE TORÁN MONSERRAT

© 2006 Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

Portaferrissa, 8, pral.

08002 Barcelona

www.semfyc.es

Coordinación y dirección editorial:

semfyc  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2a pl., of. 14

08002 Barcelona

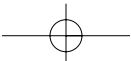
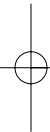
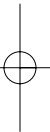
Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del copyright.

Depósito legal:

ISBN: 84-96216-79-9

Índice

Introducción	5
¿Qué es un portfolio?	6
¿Por qué se plantea semFYC diseñar un portfolio?	8
¿Qué es el portfolio semFYC?	9
Objetivos del proyecto	10
¿Quién ha diseñado y construido el portfolio semFYC?	10
¿Cómo se realizó el proceso de diseño del portfolio semFYC?	11
Indicadores globales	15
Diseño de tareas e indicadores operativos	16
¿Qué tipo de instrumentos utilizaremos para realizar el portfolio semFYC?	16
Descripción de algunas de las tareas a realizar	18
Descripción del portfolio semFYC	22
Normas generales de cumplimentación del portfolio semFYC	31
Bibliografía	38



Introducción

“Lo importante no es saber, sino saber qué es lo que no sabes, querer saber lo que no sabes y saber cómo conseguirlo”

El médico de familia está preocupado, desde hace mucho tiempo, por la atención que presta a sus pacientes. Palabras como calidad, formación continuada, desarrollo profesional, etc., han formado parte de su “léxico propio”, prácticamente, desde su creación. Somos conscientes de la importancia que esto tiene, de nuestras limitaciones como profesionales y como personas y de cómo se deteriora nuestra calidad si nos olvidamos de ella.

Pronto hemos empezado a entender y necesitar otras palabras como evaluación o acreditación (o incluso certificación o recertificación), no tanto como elementos punitivos sino como herramientas necesarias para evaluar lo que hacemos y cómo lo hacemos, para entender de dónde partimos. Sabemos que es el primer paso necesario para el mantenimiento o la mejora de la calidad de nuestra actividad profesional.

De hecho, desde hace muchos años, se ha participado de forma muy activa en el desarrollo de técnicas de evaluación, colaborando en la importación y adaptación de técnicas utilizadas en otros países, más válidas, fiables y oportunas desde el punto de vista del *feedback* que aportan y de su utilidad demostrada en todos estos procesos (ECOEs, *scripts*...).

Una de las herramientas que más desarrollo y más proyección tiene en esta línea a nivel internacional, está siendo el portfolio. Su capacidad de aportar información al profesional sobre sus capacidades desde la autoobservación de su práctica real y el impacto que esto tiene en su formación, la hacen una herramienta fundamental para todo aquel profesional que le preocupe la calidad de su práctica clínica y la asistencia que presta a sus pacientes.

¿Qué es un portfolio?

El portfolio es una colección de pruebas o evidencias que demuestran que el aprendizaje personal necesario para ejercer determinadas competencias ha sido completado (Royal College of General Practitioners, 1993).

Dicho de otra manera, es un sistema de evaluación (siempre formativa y a veces evaluativa) que consiste en una recopilación de documentos (en papel, audio o videogración y/o formato digital) producto de la práctica clínica real, con los que el profesional demuestra su desarrollo profesional en base a la existencia en éstos de evidencias de que un determinado nivel de competencia existía previamente o se ha alcanzado durante el propio proceso de evaluación (Portfolio semFYC, 2005)

Es decir, con esta herramienta, el profesional recoge, durante un tiempo determinado, documentos relacionados con alguna tarea clínica propuesta en los que se identifican una serie de indicadores que prueban si una determinada competencia existe o no. No es un portfolio por tanto, el currículo, donde el profesional introduce "todo" lo que ha realizado durante su vida profesional. En el portfolio sólo se introduce aquello que demuestra algo.

El valor añadido del portfolio consiste en que es el propio profesional el que dirige su autoevaluación y su autoaprendizaje, reflexionando sobre su práctica y en su contexto, y en este proceso define objetivos y planes personales para su formación. Es probablemente este proceso reflexivo que genera (con la importancia que esto tiene en el aprendizaje del adulto), la verdadera esencia de esta técnica de evaluación, de tal manera que si se pierde como objetivo durante su diseño, probablemente el resultado final no pueda llamarse portfolio.

Existen varios tipos de portfolio.

Según el objetivo:

Portfolio formativo, donde se prima la formación y no es necesario garantizar un determinado nivel de calidad. Lo importante es la identificación de las áreas donde el aprendizaje ya se ha realizado y las áreas en las que todavía no (evaluación formativa).

Portfolio evaluativo, donde, además, este proceso tiene como conclusión una certificación (o recertificación) de que un determinado nivel de competencia existía o ha sido adquirido (evaluación sumativa).

Según el diseño:

Portfolio estructurado o estandarizado, donde se define previamente qué tipo de tareas y documentación resultante debe recoger el profesional. Homogeniza los portfolios entre los distintos profesionales que participan y simplifica los sistemas de evaluación.

Portfolio libre, donde el profesional decide qué hacer y qué documentación entregar para demostrar sus capacidades. Estimula la creatividad del profesional potenciando una autorreflexión ajustada a sus posibilidades o necesidades.

Portfolio semiestructurado, el más utilizado quizás, donde se alternan ambas opciones.

Las ventajas y desventajas, que presenta frente a otras técnicas de evaluación de competencias, pueden consultarse en la Tabla 1 y 2 respectivamente.

TABLA 1. VENTAJAS DEL PORTFOLIO

ENFOCADO AL AUTOAPRENDIZAJE (GENERA FUNDAMENTALMENTE AUTORREFLEXIÓN)
IMPORTANTE IMPACTO EDUCATIVO. ENFOCADO AL APRENDIZAJE Y A LA MEJORA
CENTRADO EN EL QUE APRENDE
NO EVALÚA COMPETENCIAS POTENCIALES (LAS QUE SON CAPACES DE HACER) SINO REALES (LAS QUE HACEN). ÚNICO CIRCUITO ORIENTADO FUNDAMENTALMENTE AL CUARTO ESCALÓN DE MILLER (PRÁCTICA REAL, COMPETENCIAS EXPRESADAS)
ACEPTABILIDAD PROFESIONAL (AUTORRESPONSABILIDAD, GESTIONA EL RITMO DE SU PROCESO, ENFOQUE A SU REALIDAD, LO REALIZA EN SU SITIO DE TRABAJO MAYORITARIAMENTE SIN SENSACIÓN DE "EXAMEN"...))
ESTIMULA LA CREATIVIDAD Y LA FLEXIBILIDAD COMO VALORES
PERMITE LA COMBINACIÓN DE MUCHAS TÉCNICAS DE EVALUACIÓN Y OTROS CIRCUITOS
CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR > 90% CUANDO SE DEFINE UN UMBRAL DE CALIDAD
PUEDEN EVALUARSE MUCHOS PROFESIONALES SIMULTÁNEAMENTE
POTENCIA LA COLABORACIÓN ENTRE COLEGAS (TUTOR DEL PORTFOLIO)
SON CIRCUITOS MÁS BARATOS SEGÚN EL NÚMERO DE EVALUADOS QUE LAS ECOES U OTROS CIRCUITOS DE EVALUACIÓN COMO LOS ASSESSMENT CENTER
NO ES UNA "FOTO" SINO UN "VÍDEO", ES DECIR, EL PROFESIONAL NO DEPENDE DE TENER UN BUEN DÍA CUANDO ES EVALUADO SINO QUE TIENE UN PERÍODO DE TIEMPO EN SU PRÁCTICA PARA DEMOSTRAR SUS COMPETENCIAS
AUNQUE ES COMPLEJO EN SU DISEÑO SU REALIZACIÓN Y PUESTA EN MARCHA ES MENOS COMPLEJA LOGÍSTICAMENTE QUE OTRAS OPCIONES
EL TIEMPO DE EVALUACIÓN NECESARIO EN EL PORTFOLIO EVALUATIVO ES MENOR DEL ESPERADO PESE A LA GRAN CANTIDAD DE MATERIAL QUE SE GENERA (1 HORA Y MEDIA APROXIMADAMENTE EN UN OBSERVADOR ENTRENADO)

TABLA 2. DESVENTAJAS DEL PORTFOLIO

POCO DESARROLLO HASTA AHORA EN NUESTRO ENTORNO CON LAS DIFICULTADES INICIALES HABITUALES DE ADAPTACIÓN A NUESTRA REALIDAD CULTURAL
TIENE ALTA COMPLEJIDAD Y COSTE, ESPECIALMENTE EN TIEMPO DE DISEÑO
NO ES ÚTIL PARA LA VALORACIÓN DE ASPECTOS CONCRETOS, SINO PARA LA GLOBALIDAD
EXISTE DIFICULTAD PARA EVALUAR PROBLEMAS O HABILIDADES DE POCA PREVALENCIA
AUMENTA EL ESFUERZO DEL TUTOR O PROFESORES CUANDO ÉSTE EXISTE
CUANDO ES EVALUATIVO EXISTEN PROBLEMAS DE LOGÍSTICA YA QUE SE GENERA MUCHO PAPEL Y DOCUMENTACIÓN (ALTERNATIVA DEL PORTFOLIO ELECTRÓNICO)
ALGUNOS PROBLEMAS DE FIABILIDAD CUANDO SE ANALIZAN LOS RESULTADOS GLOBALMENTE CON ALGUNOS TEST PSICOMÉTRICOS ESPECÍFICOS (KAPPAS BAJOS)

¿Por qué se plantea semFYC diseñar un portfolio?

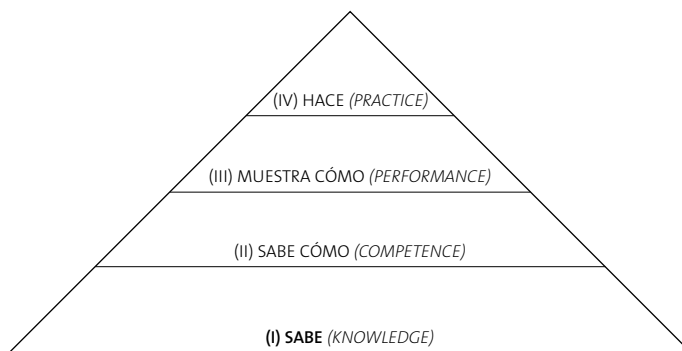
Como Sociedad Científica, semFYC plantea en sus objetivos “que los médicos de familia identifiquen en la sociedad científica una organización capaz de recoger sus inquietudes profesionales y que represente un modelo de innovación y progreso en la especialidad”.

La formación y la docencia constituyen pilares básicos, junto a la investigación, para el desarrollo y consolidación del perfil profesional del médico de familia. Innovar en estas áreas es básico para la sociedad.

Como ya se ha comentado, la calidad en la actividad asistencial es una necesidad y un deber de todo profesional sanitario. Es muy difícil progresar como profesional, realizar un correcto desarrollo profesional y, por tanto, formarse de forma adecuada sin una herramienta que objetive competencias e incompetencias conscientes y que, a la vez, identifique competencias e incompetencias inconscientes. Pero este *feedback* para profesionales que ya desarrollan una labor, no puede estar basado sólo en lo que un profesional demuestra en situación de laboratorio. Es decir, no es suficiente con demostrar lo que yo soy capaz de hacer, sino que la información puede ser más útil si habla de lo que en realidad estoy o no haciendo con mis pacientes. Los sistemas de recertificación y acreditación, por tanto, deberían basarse en gran parte en evaluaciones de la competencia en el cuarto escalón de Miller (práctica real) (figura 1).

Por otro lado, todo sistema de evaluación debe tener como objetivo la formación (y no viceversa). Es decir, la evaluación es la herramienta para identificar qué he aprendido ya y qué me falta por aprender, y no el objetivo de la formación. Por tanto, el *feedback* que aporte y el impacto educativo de la propia herramienta deben ser una prioridad a la hora de diseñar sistemas de evaluación. Si algo diferencia al portfolio es que la autorreflexión que genera y el estar tan centrado en el que aprende, hacen de él probablemente el sistema de evaluación con más impacto educativo.

FIGURA 1. PIRÁMIDE DE MILLER.



Estamos inmersos en un cambio cultural y metodológico que afecta a los procesos de enseñanza-aprendizaje en nuestra profesión. Estos cambios son muy lentos y requieren unos periodos de transición y de adaptación.

Apoyar este cambio cultural mediante la experimentación activa en nuestro medio de un nuevo instrumento metodológico que parece favorecer nuevas tendencias y evidencias en los campos de la educación médica, las metodologías docentes Innovadoras, el desarrollo tecnológico aplicado a la docencia y la formación, y del que ya existen experiencias en otros contextos, fue la razón principal de nuestro compromiso para el desarrollo del proyecto portfolio.

El portfolio se prevé, por tanto, como una alternativa importante para monitorizar la formación continuada de los profesionales y tomar decisiones a nivel de planes individualizados de desarrollo y de planes formativos de colectivos, aportando además formación durante su desarrollo, ya que se basa en retos y tareas clínicas en las que el profesional se esfuerza por demostrar determinadas habilidades y porque genera una importante reflexión sobre el trabajo realizado que es un aspecto importante para el aprendizaje del adulto. El uso del portfolio facilita el aprendizaje autónomo y reflexivo, y forma parte integral de la educación y el desarrollo profesional.

¿Qué es el portfolio semFYC?

Es un portfolio electrónico formativo realizado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria para los profesionales de Atención Primaria (AP). Su diseño se orientó, desde el comienzo, del trabajo en grupo hacia unos objetivos y según las siguientes bases estratégicas:

Portfolio dirigido a cualquier médico de familia en activo en la practica asistencial en AP de Salud, en centros rurales o urbanos, docentes o no, en cualquier contexto, siempre que responda al perfil descrito en el Programa Nacional de la Especialidad (PNE).

Busca la evaluación formativa del perfil global del médico de familia y con un nivel de calidad básico.

Que favorezca sobre todo la reflexión y, por tanto, el impacto educativo por encima de la evaluación.

Diseñado para la autoevaluación con *feedback* automático vía *on line*. El profesional hace su propia evaluación sobre la documentación o pruebas que ha recogido, mediante una serie de indicadores que se le facilitan. Introduce los resultados a través de la página web, y el programa automáticamente le devuelve su perfil con elementos de calidad y áreas de mejora.

Portfolio semiestructurado, es decir, un portfolio en el que algunas tareas están prediseñadas (casi en todos los casos con tareas alternativas por si la primera es imposible de llevar a cabo en su contexto) y, en otros casos, es el propio profesional el que decide qué tarea debe realizar y qué documentación recoger para demostrar una determinada competencia.

Que valore en la medida de lo posible elementos de todas las áreas de conocimiento necesarias en AP (neumología, salud mental, endocrino, cardiología, etc.).

Que requiera el menor tiempo posible de trabajo en el profesional dada la importante presión asistencial que se tiene habitualmente en las consultas médicas de los centros de salud.

Objetivos del proyecto

1. Mejorar la calidad de los servicios que prestan los médicos de familia incidiendo en la competencia de los profesionales.
2. Dar una guía sobre lo que se debe considerar calidad en AP que sea útil y accesible, actualizada de forma periódica.
3. Aportar una herramienta y los mecanismos necesarios para que el médico de familia que lo desee pueda conocer sus competencias y aquellas otras en las que pueda mejorar.
4. Generar una correcta planificación de actividades formativas para el desarrollo profesional partiendo de datos objetivos sobre fortalezas y debilidades de nuestros profesionales.

¿Quién ha diseñado y construido el portfolio semFYC?

El portfolio ha sido elaborado con el concurso de mucha gente (ver listado en ANEXO I), y homogeneizado por el Grupo de Trabajo Portfolio semFYC, que tiene los siguientes componentes:

Coordinador técnico: José Antonio Prados Castillejo

Coordinadora semFYC: Gloria Guerra de la Torre

Coordinador informático: Carlos Almendro Padilla

Actualmente, sus componentes son:

Juan Carlos Arbonies Ortiz

Pablo Bonal Pitz

Carmen Fuertes Goñi

José Manuel Iglesias Clemente

Miguel Pedregal González

Miguel Sagrista González

Mireia Sans Corrales

Josep Arnau i Figueras

Ramón Descárrega Queralt

Tomás Gómez Gascón

Elena Muñoz Seco

Fermín Quesada Jiménez

Fernando Salcedo Aguilar

Pere Torán Monserrat

Además, para el diseño del mapa competencial, se definió un grupo de médicos de familia que aportarían la opinión de los profesionales según tres grupos diferentes:

1. Presidentes de la Comisión Nacional de la Especialidad.
2. Directivos y asesores de la semFYC.
3. Un representante clínico nombrado por cada Sociedad autonómica, de reconocido prestigio como médico asistencial dentro del colectivo de médicos de familia de su comunidad.

Como novedad dentro del proceso de diseño del perfil competencial, se ha introducido la opinión de los pacientes dado el importante papel que tiene a la hora de definir la calidad en la asistencia sanitaria. Para ello, se ha contactado con el Foro Español de Pacientes (www.webpacientes.org/fep) que representa diversas organizaciones y asociaciones de pacientes y usuarios de todo el estado español y han participado informadores claves de 10 asociaciones muy relevantes e integradas en este foro con 15 participaciones en algunos de los criterios de priorización de competencias.

En una etapa posterior, y teniendo en cuenta que estas asociaciones podrían tener necesidades muy específicas, el Grupo de Trabajo Portfolio semFYC decidió también encuestar a pacientes normales de las consultas de AP para que aportaran su opinión realizaron 17 encuestas en diferentes autonomías

Igualmente, se han consultado en diferentes pasos del proceso de diseño, profesionales expertos de distintos grupos de trabajo semFYC (véase listado general de participantes en ANEXO I).

¿Cómo se realizó el proceso de diseño del portfolio semFYC?

El proceso de elaboración ha sido largo y costoso en tiempo y esfuerzo e intentaremos resumirlo brevemente. Una vez establecidas las bases estratégicas, el primer paso esencial fue definir el perfil que debe tener el médico de familia con el objetivo de establecer de forma correcta las estrategias de diseño de competencias y su evaluación.

Siguiendo la metodología de gestión por competencias, y coordinado desde un portal de trabajo colaborativo con metodología MOODLE diseñado para tal fin, se ha generado un mapa de competencias del médico de familia específico para el desarrollo del portfolio según las bases estratégicas definidas (se describe de forma extensa en: http://www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/mapa_competencias.pdf).

Para ello se siguió el siguiente proceso de diseño:

1. Se realizó, por consenso de expertos, una adaptación de las áreas competenciales, previamente definidas por la Sociedad, a la práctica clínica del médico de familia (tabla 3)

TABLA 3. ADAPTACIÓN DE LAS ÁREAS COMPETENCIALES A LA PRÁCTICA CLÍNICA DEL MÉDICO DE FAMILIA

ÁREAS COMPETENCIALES	COMPONENTES COMPETENCIALES	
ATENCIÓN AL INDIVIDUO, FAMILIA Y COMUNIDAD (75%)	HABILIDADES CLÍNICAS BÁSICAS (15%)	ANAMNESIS EXPLORACIÓN FÍSICA DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
	COMUNICACIÓN (10%)	
	HABILIDADES TÉCNICAS (5%)	DIAGNÓSTICAS TERAPÉUTICAS
	MANEJO 30%	PLAN DIAGNÓSTICO PLAN TERAPÉUTICO PLAN DE SEGUIMIENTO
	ATENCIÓN A LA FAMILIA Y A LA COMUNIDAD (5%)	
	ACTIVIDADES PREVENTIVAS (5%)	
	ASPECTOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA (5%)	
DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL (25%)	RELACIONES INTERPROFESIONALES Y TRABAJO EN EQUIPO (5%) FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN (20%)	

- Una vez definidas las áreas y componentes competenciales, se realizó una revisión del glosario de competencias de la Fundación Iavante de la Consejería de Salud de Andalucía (<http://www.iavantefundacion.com>), de todos los mapas de competencias de AP que están incluidos en sus bases de datos y de otros mapas realizados en distintos centros de salud. Se introdujeron en un mapa inicial todas aquellas competencias que estaban incluidas en la mayoría de ellos (mapa de competencias homólogas, 100 competencias).
- A continuación, se han definido criterios ponderados de priorización para conseguir un mapa de competencias que represente el perfil básico profesional de una forma operativa para el diseño de un proceso de evaluación (tabla 4).

TABLA 4. CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE COMPETENCIAS

CRITERIO	VALOR
1. COMPETENCIA PRIORIZADA 1 EN PROGRAMA NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD (PNE)	LLAVE *
2. FRECUENCIA DE USO EN LA ACTIVIDAD COTIDIANA	1
3. COMPETENCIA BÁSICA O FUNDAMENTAL	1
4. IMPORTANCIA PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL	1,5
5. REPRESENTATIVIDAD DE LA PRÁCTICA DEL MÉDICO DE FAMILIA	0,5
6. FACILIDAD PARA SU APLICACIÓN EN LA PRÁCTICA	1
7. IMPORTANCIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES	2
8. FACILIDAD PARA LA EVALUACIÓN DESDE EL PORTFOLIO	2

* Criterio de exclusión si no existía en el PNE.

4. Una vez definidos estos criterios, se han identificado dentro de este mapa de competencias, aquellas que se encontraban catalogadas en el programa de la especialidad que ha entrado en vigor en el año 2005, como prioridad 1 para el médico de familia (http://www.semfycc.es/es/docencia/nuevo-programa_medicina-familia.html). Esta fase ha sido realizada por el grupo de diseño del mapa de competencias del Grupo Portfolio semFYC (criterio 1 de la tabla anterior) quedando 70 competencias.
5. Posteriormente, los criterios 2 a 6 de la tabla han sido valorados por el grupo de expertos definidos para el mapa de competencias, el criterio 7 por las asociaciones participantes del Foro Español de Pacientes y pacientes seleccionados de nuestras consultas, y el criterio 8 por los de expertos en evaluación del Grupo Portfolio semFYC.

El resultado final de todo este proceso ha sido un mapa de 26 competencias que llamamos Mapa de Competencias Operativo (8 competencias de conocimientos, 13 competencias de habilidades y 5 competencias de actitudes)

MAPA DE COMPETENCIAS OPERATIVO

COMPETENCIAS DE CONOCIMIENTO (8)	SUMA	ÁREA CONOCIMIENTO
COMP01.- SEMIOLOGÍA CLÍNICA EL/LA PROFESIONAL CONOCE CORRECTAMENTE LAS TÉCNICAS DE ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN ADECUADAS DE LOS DISTINTOS PROCESOS	75,15	ANAMNESIS
COMP02.- DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO EL/LA PROFESIONAL TIENE LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA UN ADECUADO MANEJO DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y PRONÓSTICO DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	74,02	MANEJO
COMP03.- CONOCIMIENTO SOBRE LAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS DE SU ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD EL/LA PROFESIONAL TIENE LOS CONOCIMIENTOS PARA INTERPRETAR ADECUADAMENTE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA (INCLUIR ECG OBLIGATORIAMENTE)	77,42	MANEJO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO
COMP04.- CONOCIMIENTO DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EL/LA PROFESIONAL CONOCE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS MÁS FRECUENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA	77,97	MANEJO TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO
COMP05.- SABER RECONOCER SIGNOS DE ALARMA: COMPLICACIONES, CRISIS, ETC. EL/LA PROFESIONAL TIENE LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA RECONOCER CORRECTAMENTE LOS SIGNOS DE ALARMA EN LAS PATOLOGÍAS MÁS URGENTES O GRAVES EN ATENCIÓN PRIMARIA	77,05	MANEJO DIAGNÓSTICO
COMP06.- SITUACIÓN SOCIAL, PSICOLÓGICA Y SOCIOECONÓMICA EL/LA PROFESIONAL CONOCE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE SON RELEVANTES EN LA ATENCIÓN DE CUALQUIER PACIENTE	69,65	ATENCIÓN A LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD. MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO
COMP07.- ASPECTOS PREVENTIVOS Y DE DETECCIÓN PRECOZ EL/LA PROFESIONAL CONOCE LAS ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE LA SALUD QUE ESTÁN INDICADAS	80,53	ACTIVIDADES PREVENTIVAS

COMP08.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CONSEJO MÉDICO, ESTILOS DE VIDA EL/LA PROFESIONAL CONOCE LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD QUE ESTÁN INDICADAS	75,26	ACTIVIDADES PREVENTIVAS
COMPETENCIAS DE HABILIDAD (13)		
COMP09.- ELABORACIÓN ANAMNESIS ESPECÍFICA EL/LA PROFESIONAL REALIZA LA ANAMNESIS ESPECÍFICA ADECUADA DE LOS SÍNTOMAS	75,55	ANAMNESIS
COMP10.- REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS ESPECÍFICAS Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EL/LA PROFESIONAL INTERPRETA ADECUADAMENTE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	68,95 (75,37 INTERPRETACIÓN)	MANEJO DIAGNÓSTICO
COMP11.- ESTABLECIMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO SEGÚN PROCESO EL/LA PROFESIONAL ESTABLECE UN PLAN TERAPÉUTICO CORRECTO Y HACE UN SEGUIMIENTO ADECUADO DEL MISMO	72,88	MANEJO TERAPÉUTICO Y SEGUIMIENTO
COMP12.- MANEJO DE LAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS EL/LA PROFESIONAL REALIZA CORRECTAMENTE LAS PRINCIPALES TÉCNICAS TERAPÉUTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA	67,74	HABILIDADES TÉCNICAS TERAPÉUTICAS
COMP13.- REGISTRO Y CUMPLIMENTACIÓN DE DATOS EL/LA PROFESIONAL CUMPLIMENTA ADECUADAMENTE LOS DISTINTOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO DE DATOS	71,04	DOCUMENTACIÓN CLÍNICA
COMP14.- EMISIÓN DE INFORMES DE DERIVACIÓN EL/LA PROFESIONAL REALIZA UNA ADECUADA DERIVACIÓN DE PACIENTES A OTROS NIVELES ASISTENCIALES	72,17	RELACIONES INTERPROFESIONALES
COMP15.- VISIÓN CONTINUADA E INTEGRAL DE LOS PROCESOS EL/LA PROFESIONAL ENFOCA SU ACTIVIDAD EN LA ATENCIÓN DE UN PACIENTE DESDE UNA VISIÓN GLOBAL DE SU PROCESO	67,83	MANEJO
COMP16.- CAPACIDAD PARA LA TOMA DE DECISIONES EL/LA PROFESIONAL TOMA DECISIONES CORRECTAS DE FORMA AUTÓNOMA	73,23	MANEJO
COMP17.- ENTREVISTA CLÍNICA EL/LA PROFESIONAL CONOCE Y REALIZA CORRECTAMENTE LAS TÉCNICAS DE ENTREVISTA CLÍNICA	78,07	COMUNICACIÓN
COMP18.- CAPACIDAD PARA LAS RELACIONES INTERPERSONALES (ASERTIVIDAD, EMPATÍA, SENSIBILIDAD INTERPERSONAL, CAPACIDAD DE CONSTRUIR RELACIONES) EL/LA PROFESIONAL TIENE LAS HABILIDADES SOCIALES NECESARIAS PARA ESTABLECER UNAS RELACIONES INTERPERSONALES ADECUADAS EN SU ENTORNO	72,4	COMUNICACIÓN. RELACIONES INTERPROFESIONALES. TRABAJO EN EQUIPO
COMP19.- TRABAJO EN EQUIPO EL/LA PROFESIONAL COLABORA Y TRABAJA ADECUADAMENTE CON LOS DEMÁS PROFESIONALES DE SU EQUIPO, PARTICIPANDO EN LA REALIZACIÓN DE LOS OBJETIVOS COMUNES	67,2	TRABAJO EN EQUIPO
COMP20.- ADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES EL/LA PROFESIONAL UTILIZA DE FORMA EFICIENTE LOS RECURSOS DISPONIBLES	68,26	DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL
COMP21.- HABILIDADES DE GESTIÓN DEL TIEMPO EL/LA PROFESIONAL GESTIONA DE MANERA EFICIENTE SU TIEMPO	67,15	DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL

COMPETENCIAS DE ACTITUD (5)	SUMA	ÁREA CONOCIMIENTO
COMP22.- HUMANIZACIÓN DE LAS CAPACIDADES CIENTÍFICO-TÉCNICAS EL/LA PROFESIONAL BUSCA REALIZAR UNA ATENCIÓN HUMANIZADA A SUS PACIENTES	68,65	DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL
COMP23.- DIALOGANTE Y NEGOCIADOR EL/LA PROFESIONAL TIENE ACTITUDES CORRECTAS PARA ESTABLECER RELACIONES BASADAS EN LA ESCUCHA Y EN LA BÚSQUEDA DE ACUERDOS	68,59	COMUNICACIÓN
COMP24.- RESOLUTIVO EL/LA PROFESIONAL ES RESOLUTIVO EN SU TRABAJO DIARIO	68,37	DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL
COMP25.- LONGITUDINALIDAD EL/LA PROFESIONAL TIENE INTERÉS POR REALIZAR UN SEGUIMIENTO CONTINUADO EN EL TIEMPO DE LOS PROCESOS, AUN DESPUÉS DE SU INTERVENCIÓN DIRECTA	70,12	MANEJO SEGUIMIENTO
COMP26.- ACTITUD DE APRENDIZAJE Y MEJORA CONTINUA EL/LA PROFESIONAL BUSCA MEJORAR EN SU PRÁCTICA DIARIA	76,14	DESARROLLO PROFESIONAL Y PERSONAL

La metodología de gestión por competencias permite fraccionar la competencia en muchas unidades de análisis, de tal manera que la reflexión y el *feedback* se hacen sobre elementos de capacitación más concretos y funcionales. Como inconveniente encontramos, que siempre que fraccionamos la realidad, dejamos elementos fuera que pueden ser importantes. La técnica de priorización utilizada hace de este mapa resultante un perfil básico de consenso razonable y útil.

Por otro lado, existe la necesidad de emplear glosarios de competencias ya estandarizados. Ocasionalmente, se han seleccionado competencias que tenían elementos comunes y esto se ha intentado minimizar durante el proceso. Especialmente llamativo es el hecho de que determinadas competencias pueden tener elementos correlativos en conocimiento, habilidad o incluso actitud. Cuando, inevitablemente, esto ha sucedido por respeto al proceso de priorización, se ha decidido evaluar en el diseño posterior el nivel de habilidad o actitud frente al de conocimiento, con el objetivo de respetar la filosofía del portfolio (si se tiene la habilidad se tiene el conocimiento, pero no necesariamente sucede lo mismo en caso contrario).

Indicadores globales

Una vez definidas las competencias y teniendo como siempre en cuenta las bases estratégicas, se establecieron los indicadores más relevantes para cada una de ellas. Para ello, se ha tenido en cuenta el PNE, documentos de grupos de trabajo de la semFYC, bibliografía nacional e internacional y consultas específicas a expertos. Los indicadores así obtenidos han sido sometidos a un proceso de priorización con los mismos profesionales de la fase anterior hasta conseguir un número de indicadores asequible para su evaluación.

La coordinación en esta fase fue importante, de tal manera que se buscaban activamente indicadores que siendo válidos pudieran servir para evaluar más de una competencia siempre que fuera posible. El objetivo que midiendo la menor cantidad de indicadores posibles se obtuviera la mayor cantidad de información.

Pueden verse los indicadores globales priorizados en el ANEXO II.

Diseño de tareas e indicadores operativos

Una vez diseñados los indicadores globales, el grupo coordinador ha definido distintas tareas o pruebas, de entre las descritas en el siguiente apartado, que podrían ser útiles para su valoración. A parte de la validez de la tarea elegida, el criterio más importante para su diseño ha sido el de la factibilidad. En este sentido se ha valorado, principalmente, el tiempo requerido para su realización, los recursos necesarios y la capacidad real de realización en todos los entornos posibles recogidos en las bases estratégicas. Se han priorizado también tareas que pueden medir más de una competencia o el mayor número de indicadores posibles al mismo tiempo.

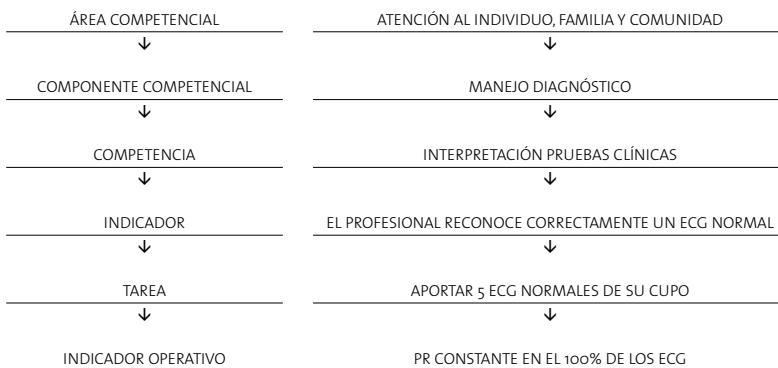
Por otro lado, es bueno que las tareas sean “prospectivas”, es decir, que la reflexión se realice sobre un evento clínico que ocurrirá durante y para el desarrollo del portfolio con la intención de aumentar el impacto educativo del portfolio (imaginar la diferencia en el impacto educativo si se le dice a un profesional que traiga los 5 últimos diagnósticos de diabetes a sugerirle que traiga los 5 próximos diagnósticos que haga).

A la vez que se han desarrollado las tareas, se han ido definiendo los indicadores operativos. Es decir, aquellos indicadores concretos o “evidencias” que hay que buscar en el documento producto, de la tarea aconsejada, para decir si un indicador global estaba presente o no. En este sentido, y aunque ocasionalmente se realizan los indicadores operativos después de los globales, en el caso del portfolio, este proceso debe ser simultáneo ya que el indicador operativo puede variar según la tarea definida (p. e., el indicador operativo del indicador global “El/la profesional es cordialidad” será una sonrisa si la tarea es una videograbación o “tono cálido” si es una audiograbación de las entrevistas). Puede verse un ejemplo de los distintos aspectos diseñados hasta ahora en la figura 2.

¿Qué tipo de instrumentos utilizaremos para realizar el portfolio semFYC?

Las tareas se definen para que el profesional reflexione y autoevalúe cada uno de los indicadores y, por tanto, cada una de las competencias. Es posible establecer una o dos tareas alternativas en aquellos casos en los que, para demostrar unas determinadas capacidades, se prevea que algún profesional pueda tener dificultades en la primera tarea.

FIGURA 2. ÁREA, COMPONENTE COMPETENCIAL, COMPETENCIA, INDICADOR GLOBAL, TAREA E INDICADOR OPERATIVO.



Como ya se ha comentado en apartados anteriores, es importante la coordinación para buscar aquellas tareas que, con el mismo trabajo, puedan servir para medir más indicadores y competencias diferentes. Es decir, se trata de que el profesional realice la menor cantidad de tareas clínicas para medir de forma correcta y válida la mayor cantidad de competencias posibles, de tal manera que se reduzca el consumo de tiempo que el profesional necesita para desarrollar su portfolio (p. ej., una videograbación, si se define adecuadamente, puede servir para valorar “Entrevista clínica”, “Habilidad diagnóstica”, “Promoción de la salud” y “Dialogante y negociador”).

El portfolio suele utilizar alguna de las siguientes tareas o herramientas de evaluación mostradas en la tabla 5:

TABLA 5. TAREAS O HERRAMIENTAS DE UTILIZACIÓN

REGISTROS CLÍNICOS (HISTORIA, INFORMES DE DERIVACIÓN...)	TUTORÍAS Y PLANES DOCENTES
INCIDENTES CRÍTICOS	AUDITORIA, AUTOAUDITORIAS
AUDIO Y VIDEOGRABACIONES	DATOS CURRICULARES
PLAN DE APRENDIZAJE (EVIDENCIAS DE APRENDIZAJE EN PROCESO O FINALIZADO)	DIARIO DE REFLEXIÓN (EMOCIONES Y SENTIMIENTOS GENERADOS POR EL APRENDIZAJE)
INDICADORES DE LA PRÁCTICA (PERFIL FARMACOLÓGICO, RESULTADOS CLÍNICOS...)	EVALUACIONES EXTERNAS (PACIENTES, COLEGAS...)
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN	PUBLICACIONES (ARTÍCULOS, LIBROS...)
PROYECTOS COMUNITARIOS, PREMIOS Y LOGROS PERSONALES O PROFESIONALES	RESULTADOS EXÁMENES CASOS CLÍNICOS, ECOES, EXÁMENES MULTITEST...
IMAGINACIÓN, CREATIVIDAD...	

Descripción de algunas de las tareas a realizar

¿Qué es un incidente crítico?

Los incidentes críticos son, según la definición clásica (Flanagan, 1954), aquellos sucesos de la práctica profesional que nos causan perplejidad han creado dudas, nos han producido sorpresa o nos han molestado o inquietado por su falta de coherencia o por haber presentado resultados inesperados. Son, por tanto, aquellos sucesos de la práctica cotidiana (extraídos de la propia experiencia), que nos impactan o sorprenden (por su buen o mal curso) y que motivan o provocan pensamiento (autorreflexión). No son necesariamente situaciones “críticas” por la gravedad extrema o por el riesgo vital. En este contexto asociamos “crítico” a sorprendente, inesperado o inquietante para el profesional que analiza su propia práctica. Es un momento clave en el aprendizaje.

Por ejemplo, podrían ser motivo de análisis como incidente crítico:

La presentación atípica de una patología habitual.

Una reacción adversa o una interacción medicamentosa no tenida en cuenta por el profesional.

Cuestiones éticas ante una determinada intervención, o no intervención, del profesional.

Resultados inesperados de pruebas complementarias.

Conflictos en la relación asistencial. Solicitudes de cambio de médico, reclamaciones o agradecimientos por parte de nuestros pacientes.

Cuestiones organizativas que inciden sobre los resultados de nuestra práctica.

Resultados del plan terapéutico de un determinado paciente.

Una determinada frase o actitud que ocasiona un cambio positivo en la actitud del paciente.

El abordaje de una situación incómoda para el profesional (p. ej. la fase terminal de un paciente determinado, el abordaje de un paciente agresivo o el familiar que interfiere la relación asistencia), etc.

Lo que incorporamos al portfolio no es la simple recopilación o descripción de estos incidentes, sino el proceso de reflexión y aprendizaje que ha motivado el análisis de dicho incidente, en base a cuestiones como: ¿Qué he aprendido?, ¿Cómo lo he aprendido?, ¿Cómo lo he aplicado?, ¿Qué me falta por aprender?, ¿Qué haré para aprenderlo?

Para trabajar con incidentes críticos únicamente, se requiere el esfuerzo de registrar por escrito el proceso intuitivo de reflexión y aprendizaje que hacemos ante una situación de éstas. Es aconsejable seleccionar aquellos incidentes que mayor potencial de aprendizaje aporten en relación a nuestros objetivos de formación.

¿Qué es una videograbación?

En un contexto formativo, una videograbación es el registro de la imagen y el sonido de la consulta clínica habitual de un profesional, de interacciones con otros compañeros o residentes, o de actuaciones docentes con finalidad docente o de autoaprendizaje.

Esta grabación se analiza más tarde (por el propio profesional o por otro externo) para observar diferentes aspectos de su competencia profesional: comunicación con el paciente (probablemente indispensable en este componente competencial), anamnesis, exploración física, juicio clínico, tratamiento, gestión del tiempo, etc. El profesional evalúa su práctica clínica aplicando una serie de indicadores que previamente han sido validados para el análisis de videograbaciones en consultas reales. Por ejemplo, para medir la competencia en comunicación, se han validado en España como cuestionarios GATHA y otros.

Actualmente, existe una amplia experiencia de uso en diversos países y está considerado uno de los métodos más válidos y fiables para evaluar la práctica profesional, porque observa la situación más cercana posible a una consulta real (aunque la presencia de una cámara en la consulta puede afectar algo la conducta tanto del profesional como del paciente en unos primeros momentos) y porque aplica, posteriormente, indicadores especialmente validados para ese entorno. Generalmente, tiene una buena aceptación por parte de los profesionales, aunque comporta unos requerimientos técnicos importantes y un coste económico relativamente elevado.

Dos aspectos muy importantes a tener en cuenta son: el consentimiento del paciente y el respeto a la confidencialidad de su relación con el profesional. Para este fin, es imprescindible informar al paciente de que va a ser grabado, de que la grabación va a ser visionada sólo por el propio médico y algún otro profesional con la finalidad de autoaprendizaje para mejorar la calidad de su práctica asistencial, y de que la grabación será destruida una vez finalizado todo el proceso. Estas informaciones pueden darse por escrito al paciente en la sala de espera con lo cual el paciente, al entrar en la consulta, entregará la hoja firmada consintiendo, o sin firmar, en cuyo caso apagaremos la cámara de forma ostensible. También podemos informar verbalmente al paciente al inicio de la consulta, y obtener de esta manera el consentimiento verbal, que quedará grabado en la propia cinta. En cualquier caso, deberán aplicarse las recomendaciones de las sociedades científicas o comités de ética del entorno en el que trabaje el profesional que va a grabar.

Consejos: la elección de la cámara depende básicamente del presupuesto, pero sería conveniente que fuese portátil y fácil de usar. Generalmente, debemos grabar la consulta de todo el día (unas 4 horas o más), por lo que debemos tener al menos 3 cintas regrabables, y es mejor conectarla a la red que usar la batería. Otra alternativa es conectar la cámara a un videoreproductor que admite cintas de más duración y grabar desde él.

La colocación ideal de la cámara sería perpendicular a la línea que une los ojos del paciente con los del médico, a la distancia mínima suficiente para poder encuadrarlos a ambos de cuerpo entero, o por lo menos los torsos. El encuadre es más fácil si la

cámara dispone de una pantalla líquida externa orientable. Si no es posible este ángulo en que vemos los dos perfiles, daremos preferencia a la visión de la cara del paciente cuando se utilice para el estudio de la interacción, a la del profesional si evaluamos la calidad de su comunicación con alguno de los cuestionarios validados. En caso de consultas pequeñas en las que la cámara no tenga ángulo suficiente, otra opción es poner un espejo en una esquina y enfocar la cámara hacia él con lo que aunque invertimos la imagen aumentamos el ángulo de grabación.

Un trípode puede ayudarnos a colocar la cámara en la posición adecuada si no disponemos de otro soporte, y un cable eléctrico alargador puede ser necesario, ya que en las consultas no suelen abundar los enchufes. Según la cámara y la distancia a la que se coloca, tal vez precisemos un micrófono externo con cable, que situaremos encima de la mesa, entre el paciente y nosotros. El sonido es uno de los aspectos técnicos que más debe cuidarse.

Es aconsejable hacer tomas de prueba antes de grabar la consulta real, para ajustar la iluminación, el encuadre, el sonido (¡importante!)... y tranquilizarnos para la verdadera grabación.

¿Que es una audiograbación?

Técnica por la cual se recogen, ya sea con finalidad docente, de evaluación o de investigación, registros de los contenidos verbales de una entrevista. Pueden utilizarse grabadoras clásicas, digitales o lo que es bastante accesible hoy en día, grabadoras MP3 con puerto USB con costes bastante razonables (pueden encontrarse grabadoras digitales entre 40 y 60 g) y una calidad de sonido muy aceptable.

Se utilizan fundamentalmente para la evaluación de la comunicación y/o, la anamnesis, aunque pueden también ser utilizados para valorar el manejo diagnóstico-terapéutico, los aspectos éticos, las actividades preventivas..., tanto con pacientes reales como con pacientes simulados, camuflados o no.

Es una técnica limitada ya que se pierde la valoración de algunos elementos de comunicación no verbal (excepto el paralenguaje), pero despierta menos resistencias que la videograbación en profesionales y pacientes.

Consejos: es muy importante cuidar la calidad de la grabación y probarla antes. A veces, puede ser necesario acoplar a la grabadora un micrófono unidireccional o poner la grabadora oculta cerca de la interacción (p. ej. en una bolsita de tela fina o punto) incluso llevándola cuando se desplace a la exploración si se encuentra lejos de la mesa.

Como en el caso anterior, es necesario registrar (en papel o en la misma audiograbación) el consentimiento del paciente para ser grabado, explicando las razones de la grabación y asegurando la confidencialidad y el anonimato.

¿Qué es un informe o registro clínico?

Es uno de los instrumentos que más se utilizan en el portfolio y pueden ser historias clínicas, informes de derivación, etc. Se pueden detectar pruebas de lo que un profesional realiza correctamente en relación a sus conocimientos biomédicos, obtención de datos clínicos pertinentes, diagnóstico diferencial, manejo diagnóstico y terapéutico de determinadas patologías, etc.

Puede representar un problema si se piden de forma retrospectiva (los que ya están en las historias), a causa de las limitaciones habituales en el registro por falta de tiempo (u otras razones). De todas maneras los indicadores, habitualmente, tienen en cuenta esta variable inherente al trabajo en Atención Primaria, utilizándose de forma “prospectiva” (se pide el registro ex profeso para la tarea y el portfolio, con lo cual aumenta mucho su calidad)

También dependerá del sistema de historia clínica y/o sistema informático empleado en cada autonomía que haga más o menos difícil su recolección.

Un ejemplo sería un informe de derivación en el cual se podrá solicitar que esté correctamente cumplimentado: antecedentes familiares y personales, anamnesis, exploración física, sospecha diagnóstica, etc., o la pertinencia justificada de la derivación.

¿Qué es un peer-review?

En sentido estricto, una revisión entre colegas, es decir, la evaluación de la actuación de un profesional realizada por compañeros de su profesión. En la misma línea, ampliando el abanico de personas que hacen la valoración, estaría la evaluación de 180° o la de 360° (*multisource feedback*), en la que participan colegas médicos, enfermería, adjuntos, pacientes...

Ampliamente utilizado fuera de nuestros entornos, debe ir tomando su sitio a nivel de evaluación y *feedback* de competencias tanto relacionales como clínicas.

¿Qué es un informe de autorreflexión?

Consiste en una reflexión realizada por el propio profesional que desarrolla el portfolio, de unos 4-5 folios máximo, sobre aspectos concretos o globales del mismo. Presenta una estructura similar a la reflexión generada en los incidentes críticos y tiene que finalizar con unos objetivos de aprendizaje (concretos, realistas y medibles) y un plan de aprendizaje personalizado. Puede incluir *feedback* de otros profesionales o del tutor, pero mayoritariamente debe ser realizado por el propio profesional.

Muchos autores aconsejan que todo portfolio acabe con un informe de autorreflexión global.

Descripción del portfolio semFYC

Tras todo el proceso de priorización y de diseño, las tareas e indicadores operativos que se proponen para la autorreflexión sobre el perfil competencial básico de un médico de familia, son las siguientes:

TAREA 1 . VIDEOGRABACIÓN DEL PORTFOLIO SEMFYC

10 entrevistas en las que se vea el paciente, el profesional y la mesa divididas en: - Tres entrevistas de demanda elegidas consecutivas eliminando las administrativas puras - Al menos dos entrevistas programadas o de demanda de abordaje del hábito tabáquico - Una consulta programada o de demanda para diagnóstico y estudio de un paciente con síntomas depresivos - Una consulta programada o de demanda para diagnóstico y estudio de un paciente con cefalea - Al menos una programada o demanda de diagnóstico de HTA, una de diagnóstico de EPOC y una de diagnóstico de diabetes (en las tres hay que tener registro clínico de la exploración. Véase Tarea Registro clínico) Informe de Reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos mas relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

Dificultad estimada de la Tarea ****

He obtenido información sobre por lo menos 5 de los siguientes aspectos de su clínica depresiva: episodios previos, inicio, intensidad, duración, circunstancias que lo modifican, atribuciones, problemas sociofamiliares, acontecimientos vitales estresantes y síntomas asociados Sí No

He obtenido información sobre ideación suicida en el paciente con depresión Sí No

He obtenido información sobre repercusiones en su vida sociolaboral en el paciente con síntomas depresivos Sí No

En el paciente con cefalea he obtenido información sobre por lo menos 6 de los siguientes aspectos de su clínica: episodios previos, inicio, intensidad, duración, circunstancias que lo modifican, atribuciones, problemas sociofamiliares, acontecimientos vitales estresantes, síntomas asociados, consumo de analgésicos Sí No

En el paciente con cefalea he obtenido la información necesaria para valorar o detectar la existencia de 5 de las siguientes situaciones de alarma: cefalea progresiva de inicio reciente y no filiada, cefalea que debuta en mayores de 50 años, cefalea desencadenada por maniobras de valsalva, ejercicio físico o cambios posturales, cefalea ya conocida que cambia de características, cefalea intensa de inicio brusco, focalidad neurológica (excepto aura migrañosa), afectación del estado general Sí No

Obtengo información sobre por lo menos 3 de los siguientes síntomas asociados a la EPOC: características del esputo, sibilancias, tos y disnea Sí No

Obtengo información sobre el consumo de tabaco Sí No

Obtengo información sobre por lo menos 2 de los siguientes síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, o prurito Sí No

En el paciente en el que realizo abordaje tabáquico, recomiendo o, hablo sobre la posibilidad de utilización de fármacos sustitutivos de nicotina y/o bupropion, en función de la dependencia y de las preferencias del paciente Sí No

He dejado hablar al paciente sin interrumpirle por lo menos el 20% de las entrevistas Sí No

He mirado a la cara del paciente la mayor parte del tiempo, mientras éste/ésta me está dando la información relevante, en por lo menos el 50% de las entrevistas Sí No

He utilizado por lo menos dos de las siguientes técnica de apoyo narrativo: facilitaciones, frase por repetición, clarificaciones, señalamiento o silencios funcionales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He utilizado por lo menos tres de las siguientes técnicas de información: instrucción por escrito, ejemplificación, asociar a rutina, detallar cambio, racionalización o complemento visual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He aportado información sobre la naturaleza o causa del síntoma principal presentado por el paciente en el 50 % de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He comprobado la asimilación de la información suministrada en por lo menos el 20 % de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He delimitado la demanda en la fase exploratoria de la entrevista en por lo menos el 50 % de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He tenido en cuenta la opinión del paciente en por lo menos el 50% de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He conseguido que el paciente esté de acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica que le propongo (evito tomar decisiones de forma unilateral) en el 20% de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He expresado de forma verbal y/o no verbal conocer los sentimientos y preocupaciones que tiene el paciente (frase empática, señalamiento empático o pregunta empática) en por lo menos el 20% de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He sonreído o utilizado un tono de voz calido en algún momento de la entrevista en por lo menos el 50% de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Me he despedido de forma cordial y personalizada del paciente en por lo menos el 50% de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He saludado de forma cordial y personalizada en el 80% de las entrevistas (llamar por su nombre sin contar la llamada inicial cuando exista)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Me he expresado de forma segura en por lo menos el 80% de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He permitido que el paciente realice preguntas o aclaraciones en por lo menos el 20% de las entrevistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El/la profesional mantiene su mesa de despacho ordenada mientras pasa consulta en el 50% de los casos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El/la profesional comenta aspectos personales del paciente relacionados con consultas anteriores en al menos una entrevista	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Se ha advertido al/la paciente, en algún caso, de posibles efectos indeseables de la medicación y de su importancia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Introduzco frases exploratorias sobre las dificultades para realizar el plan terapéutico diseñado en alguna de las entrevistas analizadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Exploro las preferencias del/la paciente en relación al plan terapéutico en el 50% de las entrevistas analizadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Obtengo información sobre el consumo de fármacos o sustancias que pueden producir hipertensión secundaria (ACO, AINE, corticoides, bicarbonato sódico, regaliz, cocaína, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Obtengo información sobre la presencia de por lo menos 5 de las siguientes patologías o factores de riesgo: antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, antecedentes personales de patología cardiovascular, sedentarismo, DM, dislipemia, consumo de alcohol o tabaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Obtengo información sobre la presencia de por lo menos 5 de las siguientes patologías o factores de riesgo: antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, antecedentes personales de patología cardiovascular, sedentarismo, HTA, dislipemia, consumo de alcohol y consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Obtengo información sobre por lo menos 3 de los siguientes síntomas de complicaciones de la DM: dolor torácico, claudicación intermitente, disestesias, diarrea y disfunción eréctil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En el paciente en el que realizo el abordaje del hábito tabáquico valoro el grado de dependencia Sí No

En el paciente en el que he realizado abordaje del hábito tabáquico averiguo el estadio del cambio en que se encuentra Sí No

En el paciente en el que realizo abordaje del hábito tabáquico ofrezco ayuda y visitas de seguimiento si algún día o en ese momento decide dejar de fumar Sí No

Obtengo información sobre la presencia o no de por lo menos dos de los siguientes síntomas derivados de la enfermedad vascular hipertensiva: epistaxis, hematuria, dolor torácico, disnea de esfuerzo, ortopnea y edemas Sí No

TAREAS ALTERNATIVAS: AUDIOGRABACIÓN Y OBSERVACIÓN DIRECTA POR UN COMPAÑERO.
El listado operativo es el mismo

TAREA 2 . INCIDENTE CRÍTICO TRATAMIENTO EN MUJER EMBARAZADA

Incidente crítico sobre una mujer embarazada que haya requerido tratamiento oral para algún proceso y en la que hayan surgido dudas sobre la pertinencia de determinados fármacos en la gestación, razonando las decisiones y justificando la decisión tomada finalmente frente a otras alternativas posibles.

El/la profesional conoce los fármacos contraindicados durante el embarazo y la lactancia Sí No

TAREA ALTERNATIVA LIBRE DE IGUAL TEMÁTICA

TAREA 3 . INCIDENTE CRÍTICO NO ADHERENCIA

Incidente crítico que genere reflexión sobre la no adherencia de algún paciente a su tratamiento, las consecuencias, causas, actuaciones seguidas (incluyendo si se había informado de efectos indeseables) y actitud posterior.

El/la profesional se plantea la baja adherencia al tratamiento (y se incorpora al listado de condicionantes en la hoja de problemas o historia clínica) como posible causa de la no consecución de objetivos terapéuticos Sí No

TAREA ALTERNATIVA LIBRE DE IGUAL TEMÁTICA

TAREA 4 . INCIDENTE CRÍTICO ÉTICA

Incidente crítico sobre alguno de los siguientes problemas: confidencialidad, uso ético de los recursos (ética de la prescripción, relación con la industria, etc.), justicia, equidad o autonomía del paciente.

Considero en mi práctica clínica alguno de los siguientes aspectos éticos: confidencialidad, uso ético de los recursos (ética de la prescripción, relación con la industria, etc.), justicia, equidad, autonomía del paciente Sí No

TAREA ALTERNATIVA LIBRE DE IGUAL TEMÁTICA

TAREA 5 . PEER-REVIEW RELACIÓN CON EL EQUIPO

Documento escrito de reflexión de por lo menos 4 compañeros (en el que uno/a sea la enfermera con la que lleva sus crónicos o visita domiciliaria y que incluya al director o adjunta/coordinadora de enfermería en caso de que el profesional sea el director), de 2-3 folios máximo cada reflexión, sobre su opinión de la actitud o conducta del profesional que participa en el portfolio

en relación a los aspectos descritos en los indicadores operativos de esta tarea y cualquier otro elemento de la relación con el resto del equipo que pueda ayudar al profesional a mejorar. Informe de Reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos más relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

He realizado por lo menos una sesión formativa-clínica al resto del equipo sanitario durante el período de realización del portfolio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He asistido por lo menos en el 50% de las reuniones de equipo o sesiones clínicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diálogo con carácter informal (en el café, pasillo, etc.) con algún miembro del equipo habitualmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He ayudado a resolver por lo menos un caso a alguno de mis compañeros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He participado por lo menos en un proyecto propuesto por el equipo y/o la dirección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se puede contar conmigo habitualmente cuando se me necesita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El/la profesional realiza o traspasa fuera de la consulta tareas administrativas, alguno de estos procedimientos: informes clínicos, IT, entrega resultados normales, recetas largo tratamiento (algún compañero aporta información al respecto)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El/la profesional se reúne periódicamente con enfermería o TS para planificar o distribuir actividades de sus pacientes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He aceptado el informe de mis compañeros sacando conclusiones y estableciendo objetivos de mejora	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TAREA ALTERNATIVA: EVALUACIÓN 360 GRADOS

TAREA 6: REFLEXIÓN DE CASO PROSPECTIVO

14 descripciones de caso según la siguiente pauta: - Un caso clínico de anemia con descripción completa de abordaje inicial y diagnóstico - Tres radiografías de las cuales al menos una sea patológica - Cinco ECG patológicos de pacientes cardiopatas - 1 Caso clínico de dolor abdominal agudo con descripción completa de su abordaje y tratamiento (exceptuar GEA). - Un caso clínico de dolor torácico agudo con descripción completa de su abordaje y tratamiento. - Un caso de tratamiento tópico en enfermedad dermatológica común en AP (acné, psoriasis cutánea leve-moderada, micosis cutánea, eccema de las manos) justificando el tratamiento y valorando efectos adversos o contraindicaciones. - Dos casos de esguince en el que se haya requerido estudio radiológico (aunque haya sido en urgencias y atendido por otro profesional), justificando la petición en base a las reglas de Otawa. Informe de Reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos más relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

Consta en el registro la valoración de al menos 4 de las siguientes características del dolor: inicio, duración, intensidad, localización, irradiación, factores que lo modifican, síntomas acompañantes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pregunto al paciente sobre por lo menos 4 de las siguientes características de dolor: cronología, localización, irradiación, factores que lo modifican, cualidad, intensidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Pregunto al paciente sobre por lo menos 2 de los siguientes síntomas acompañantes: náuseas, disnea, sudoración, fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consta en el registro la valoración de por lo menos 4 de los siguientes signos del estado hemodinámico: presión arterial, temperatura, nivel de conciencia, palidez de piel, sudoración, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consta en el registro la auscultación respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

He aportado y reflexionado sobre el uso de un tratamiento tópico para uno de los siguientes casos: acné, psoriasis cutánea leve-moderada, micosis cutánea, eccema de las manos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He realizado radiología de tobillo a los pacientes con esguince según las reglas de Ottawa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Conozco las contraindicaciones y efectos adversos de los distintos tratamientos tópicos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Obtengo el diagnóstico de anemia en base a las cifras de hemoglobina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipifico la anemia en función de los índices eritrocitarios (VCM y HCM)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Describe los elementos técnicos necesarios para reconocer la corrección técnica de la misma: rotación, inspiración, cortada y penetrada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Describe en la radiografía posteranterior y lateral de tórax normal por lo menos 5 de las siguientes estructuras: partes blandas, estructuras óseas, silueta cardíaca, mediastino, pleura, parénquima pulmonar e Hillios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Describo las ondas y segmentos de un ECG con sus valores normales por lo menos en 5 de las siguientes características: ritmo, frecuencia, eje, onda p, intervalor pr, complejo QRS, segmento st y onda t	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Identifico y describo en el ECG de pacientes con cardiopatía, por lo menos tres de las siguientes alteraciones: signos de hipertrofia ventricular izquierda, cambios isquémicos, trastornos del ritmo, trastorno de conducción, alteraciones por impregnación de fármacos o por trastornos hidroelectrolíticos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Obtengo información sobre la presencia de hematemesis o melenas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consta en el registro el resultado de la palpación abdominal	
Consta en el registro la valoración de por lo menos 2 de los siguientes signos: signo de Blumberg, signo de Rovsing o blumberg contralateral, signo del Psoas, signo del obturador o la Maniobra de San Martino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NO HAY TAREA ALTERNATIVA

TAREA 7: ANÁLISIS REGISTRO CLÍNICO PROSPECTIVO

13 Registro clínico de las siguientes historias clínicas según el siguiente esquema: - Casos clínicos de los pacientes videograbados de diagnóstico de HTA, EPOC y diabetes en los que se describa al menos la exploración de forma pormenorizada. - Un caso clínico de patología articular de la rodilla en la que se describa de forma pormenorizada al menos la exploración - Un caso clínico de lumbalgia en el que se describa de forma pormenorizada al menos el tratamiento. - Tres casos clínicos de atención domiciliaria de pacientes ancianos dependientes - Registro clínico de las consultas posteriores a los 5 informes de derivación analizados. Informe de Reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos más relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

Constan en el registro por lo menos dos de las siguientes exploraciones: auscultación cardíaca, pulsos carotídeos y pulsos pedios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consta en el registro los hallazgos de la auscultación pulmonar del paciente con EPOC	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En el 80% de los casos analizados, se ha incorporado a la HCAP la información adicional aportada por la derivación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Consta en el registro la exploración de pulsos pedios y monofilamento del pie del paciente diabético	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He realizado la auscultación sobre la piel del paciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He explorado por lo menos 4 puntos de auscultación pulmonar en plano anterior y 6, en el posterior, bilaterales y simétricos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Se obtiene información sobre factores psicológicos que influyen en el problema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se obtiene información sobre factores sociales que influyen en el problema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Se obtiene información sobre factores familiares que influyen en el problema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moviliza los recursos familiares para la resolución del problema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Moviliza los recursos comunitarios para la resolución del problema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valoro capacidad funcional con escala Activ Vida Diaria o Barthel, en el anciano dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valoro los recursos del cuidador principal en el anciano dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Valoro la capacidad cognitiva con MMS, minimal o Pfeifer, en el anciano dependiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He explorado signos inflamatorios en ambas rodillas (calor, edema y rubor)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He realizado la auscultación con inspiración-espирación profunda con la boca abierta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He observado en la auscultación el murmullo vesicular y la presencia de los ruidos sobreañadidos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He explorado la movilidad activa y pasiva de la rodilla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He explorado la estabilidad de la rodilla (bostezos y cajón)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
He realizado las maniobras para detección de patología meniscal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Registro la recomendación de mantener en la lumbalgia la actividad física que el dolor le permita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Registro la prescripción de paracetamol o AINE, según la intensidad del dolor en el tratamiento de la lumbalgia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NO HAY TAREA ALTERNATIVA	

TAREA 8: ANÁLISIS INFORMES DERIVACIÓN 2º O 3ER NIVEL

5 informes de derivación al segundo o tercer nivel de pacientes que lo requieran según la siguiente descripción (con registro clínico de consultas posteriores. Ver tarea): - Tres informes de derivación a urología de HBP - Dos informes de derivación por alteraciones de la función tiroidea. Informe de Reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos mas relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

Anoto como mínimo 3 de los siguientes datos en todos los informes de derivación: antecedentes personales, anamnesis, exploración física y pruebas complementarias realizadas, tratamientos previos, o por lo menos el 4 de los 5 informes de derivación analizados

Dejo claros los objetivos de la interconsulta por lo menos en el tercero de los 5 informes de derivación analizados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Establezco un diagnóstico de sospecha por lo menos en el cuarto de los 5 informes de derivación analizados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Registro los resultados del test IPSS	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Registro los resultados del tacto rectal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Registro los resultados de análisis de orina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Realizo el diagnóstico correcto de la función tiroidea en base a las cifras de TSH y/o tiroxina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
NO HAY TAREA ALTERNATIVA	

TAREA 9: LISTADO PACIENTES EN LOS QUE SE REALIZA INTERVENCIÓN OPORTUNÍSTICA

Listado de al menos 45 pacientes en los que se realiza consejo oportunistico según el siguiente esquema: - Cinco pacientes adultos, por lo menos en los que se aconseje vacuna antitetánica. - Cinco pacientes al menos en los que se aconseje vacuna antigripal o se hable de su necesidad si es fuera de época. - 5 mujeres mayores de 50 años en los que se aconseje mamografía cada dos años. - Cinco mujeres sexualmente activas en las que se aconseje citología. - Cinco mujeres posmenopáusicas en las que se aconseje consultar ante sangrado. - Cinco pacientes por lo menos en los que se aconseje protección solar ante exposición. - Cinco pacientes al menos en los que se haya aconsejado el abandono del hábito tabáquico. - 10 pacientes por lo menos en los que se haya dado consejo sobre alguno de los siguientes hábitos: alimentación, suplementos de fólido periconcepcional, alcohol, drogas o sexualidad. Informe de Reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos más relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

He recomendado la vacuna antitetánica por lo menos en 5 pacientes Sí No

He recomendado la vacuna antigripal por lo menos en 5 pacientes Sí No

Recomiendo una mamografía cada dos años por lo menos en 5 pacientes mujeres > 50 años o me intereso por si ya está incluida en algún programa de screening comunitario Sí No

Recomiendo test de Papanicolaou por lo menos en 5 mujeres sexualmente activas Sí No

Recomiendo por lo menos en 5 mujeres postmenopáusicas que consulten ante cualquier sangrado vaginal Sí No

Recomiendo protección solar por lo menos en 5 pacientes Sí No

Doy consejo personalizado sobre por lo menos tres de los siguientes hábitos relacionados con salud: actividad física regular, alimentación rica en vegetales y fibras, y pobre en grasas saturadas, suplementos fólido en etapa periconcepcional, tabaco, alcohol, drogas y sexualidad Sí No

NO HAY TAREA ALTERNATIVA

TAREA 10: ANÁLISIS DOCUMENTOS OFICIALES

Análisis de dos certificados de defunción realizados por el profesional en base a los indicadores operativos de esta tarea (tienen que cumplirse en los dos certificados). Informe de Reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos más relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

Evito registrar como causa fundamental de la muerte signos, síntomas (dolor), o mecanismos de muerte (parada cardiorrespiratoria) Sí No

Constan en el registro las causas de la muerte con letra legible, sin siglas ni abreviaturas Sí No

Constan en el registro una sola causa fundamental de la muerte Sí No

Consta en el registro una secuencia lógica de las causas de muerte (causa fundamental - causa intermedia - causa inmediata) Sí No

NO HAY TAREA ALTERNATIVA

TAREA 11: INDICADORES PRÁCTICA ASISTENCIAL

Perfil farmacológico con al menos los siguientes datos: - Porcentaje de principio activo y/o genéricos - Porcentaje de diclofenaco/ibuprofeno frente a todos los AINE Informe de Reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos más relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

He utilizado medicamentos genéricos o principio activo en al menos un 15% de mis prescripciones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Por lo menos el 50% de los AINE utilizados han sido diclofenaco e ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
NO HAY TAREA ALTERNATIVA		

TAREA 12: AUTOAUDITORÍA

Autoauditoría de: - 5 pacientes con insuficiencia cardíaca elegidos de forma aleatoria, en los que consten el tratamiento prescrito para esta patología, existencia del diagnóstico en la hoja de problemas (Sí o No), presencia o no de alergias, el tratamiento crónico actualizado (Sí o No), si están registrados los antecedentes personales principales (Sí o No). - 5 pacientes con asma persistente elegidos de forma aleatoria con el tratamiento prescrito para esta patología, existencia del diagnóstico en la hoja de problemas (Sí o No), presencia o no de alergias, el tratamiento crónico actualizado (Sí o No), si están registrados los antecedentes personales principales (Sí o No). - 5 pacientes con EPOC elegidos de forma aleatoria con el tratamiento prescrito para esta patología, existencia del diagnóstico en la hoja de problemas (Sí o No), presencia o no de alergias, el tratamiento crónico actualizado (Sí o No), si están registrados los antecedentes personales principales (Sí o No), existencia de espirometría en su diagnóstico (Sí o No). - 15 pacientes diabéticos con por lo menos el IMC, tratamiento prescrito para esa patología, tratamiento antiagregante, riesgo cardiovascular, existencia del diagnóstico en la hoja de problemas (Sí o No), presencia o no de alergias, actualizado el tratamiento crónico (Sí o No), si están registrados los antecedentes personales principales (Sí o No), y si tiene fondo de ojo hecho en los últimos dos años. - 10 pacientes HTA elegidos de forma aleatoria con al menos el tratamiento prescrito para esa patología, tratamiento antiagregante, riesgo cardiovascular, existencia del diagnóstico en la hoja de problemas (Sí o No), presencia o no de alergias, el tratamiento crónico actualizado (Sí o No), si están registrados los antecedentes personales principales (Sí o No), si tenía tres tomas elevadas previas al diagnóstico (Sí o No). Informe de reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos más relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

He registrado el riesgo cardiovascular al menos en el 20% de las historias de los pacientes hipertensos y diabeticos auditados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Consta en el registro la lista actualizada de problemas del paciente recogiendo los que son activos e inactivos y las fechas respectivas en el 80% de los casos auditados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Consta en el registro la presencia de alergias o no al menos en el 50% de las historias auditadas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Consta en el registro la medicación crónica actualizada en el 80% de los casos auditados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Consta en el registro los antecedentes personales en el 80% de los casos auditados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tienen realizada espirometría para el diagnóstico por lo menos 4 de los 5 EPOC auditados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El 80% de los diabéticos auditados tienen realizado un fondo de ojo (en AP o por especialista previa derivación) en los últimos dos años	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
He recomendado la aspirina en al menos 5 pacientes con riesgo cardiovascular elevado (riesgo de Framingham mayor del 20% o SCORE mayor del 5%)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Prescribo IECA al menos al 80% de mis pacientes con diagnóstico de IC.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Prescribo corticoide inhalado en pauta continua al menos al 80% de los pacientes con asma persistente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Prescribo metformina al menos al 80% de mis pacientes obesos diabéticos con tratamiento farmacológico Sí No

Prescribo diurético al menos al 50% de mis pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico Sí No

NO HAY TAREA ALTERNATIVA

TAREA 13: INFORME AUTOREFLEXIÓN VISITA DOMICILIARIA Y AVISOS

Informe de autorreflexión de un máximo de 5 folios sobre las visitas domiciliarias y los avisos domiciliarios, incluyendo por lo menos aspectos organizativos de ambos y negociación de los mismos cuando es necesario y en base a qué criterios.

Planifico las visitas domiciliarias a los pacientes ancianos e inmovilizados Sí No

El/la profesional gestiona telefónicamente de una forma ética y racional los avisos domiciliarios Sí No

TAREA ALTERNATIVA LIBRE DE IGUAL TEMÁTICA

TAREA 14: CERTIFICACIÓN CURSOS ACREDITADOS RCP

Certificado de curso teórico-práctico acreditado de RCP básica o avanzada en los últimos 5 años. Informe de Reflexión final de la tarea, de entre 2-3 folios con los aspectos más relevantes de capacitación y las áreas de mejora identificadas, finalizando con objetivos y plan de aprendizaje.

Demuestro conocimientos sobre soporte vital básico Sí No

TAREA 15: INFORME AUTOREFLEXIÓN GLOBAL SOBRE EL PORTFOLIO

Informe de autorreflexión final del portfolio de un máximo de 10 folios en el que se deben incluir, por lo menos, los siguientes elementos: - Competencias identificadas - Elementos de mejora más importantes identificados - Aspectos aprendidos durante su desarrollo - Objetivos de aprendizaje - Plan de aprendizaje.

He identificado al menos 5 áreas de mejora prioritarias en mi portfolio Sí No

Coincido con el portfolio en al menos dos competencias identificadas como áreas de mejora prioritarias por el portfolio. (Rellenar este ítem antes de cerrar la tarea, valorando el perfil competencial y comparando con mi informe de autorreflexión final) Sí No

En los informes de autorreflexión por tareas e incidentes críticos o en el informe de autorreflexión global, he identificado al menos dos errores de actitud Sí No

Defino al menos 5 objetivos de aprendizaje Sí No

Los objetivos de aprendizaje definidos son claros, concretos y adaptados a las necesidades formativas identificadas Sí No

He establecido planes de aprendizaje ajustados a los objetivos diseñados y necesidades formativas Sí No

En algún momento del desarrollo del portfolio, he identificado aspectos de mis creencias o expectativas frente al paciente que me han influido en mi toma de decisiones Sí No

Los planes de aprendizaje son alcanzables y realistas en un plazo no superior a dos años Sí No

He dado ya algún paso inicial en alguno de los planes de aprendizaje que he diseñado Sí No

NO HAY TAREA ALTERNATIVA

Normas generales de cumplimentación del portfolio semFYC

El profesional puede decidir por qué tarea quiere comenzar ya que no es necesario seguir el orden establecido porque puede coincidir con etapas de más trabajo donde puede ser necesario realizar tareas más sencillas. En este sentido, cada tarea tiene una estimación de dificultad de uno a cinco asteriscos (* a *****).

Por otro lado, en muchas de las tareas, y a sugerencia de alguno de los profesionales que han realizado el pilotaje, se han introducido documentos de apoyo donde se dan consejos generales, consejos específicos con sugerencias para un mejor desarrollo de la tarea, plantillas de vaciaje de datos y, en ocasiones, ejemplos.

Cuando un determinado profesional ha terminado una tarea y realiza la reflexión sobre ésta en base a la documentación que ha obtenido, entra en la aplicación, y ya puede introducir los datos según el procedimiento que se explica en el siguiente apartado, siempre y cuando el resultado que ha obtenido le parezca adecuado. En caso contrario, tiene la opción de repetir la tarea.

¿Debo guardar los documentos generados en las tareas realizadas en los que basas la reflexión del portfolio semFYC?

Aunque no es imprescindible, es aconsejable que conserves toda la documentación que generes durante el desarrollo del portfolio y después de finalizarlo, por varios motivos: en primer lugar, y fundamentalmente, porque puede servirte de referente personal en caso de que te plantees hacer un nuevo portfolio en los años venideros, o simplemente para poder reflexionar sobre tu práctica clínica a lo largo del tiempo. Por otro lado, si el portfolio puede ser utilizado en algún momento y de forma voluntaria en procesos de certificación o recertificación desde la Sociedad, puede ser necesaria la evaluación externa y la confirmación de la documentación recogida en los listados de autoevaluación que realices en tu portfolio.

¿Quién puede hacer el portfolio?

Puede hacerlo cualquier médico de familia interesado en mantener su calidad asistencial que tenga actividad clínica preferentemente en AP. Lo importante es que en su trabajo desarrolle funciones similares al perfil global descrito en el Programa Nacional de la Especialidad. Puede ser especialmente útil para los tutores de residentes, ya que les va a permitir comprobar sus competencias con respecto al programa que el residente debe realizar.

Es conveniente que el profesional lleve un tiempo en el mismo puesto de trabajo y que, por lo menos no cambie durante el desarrollo del portfolio.

¿Qué necesito para hacer el portfolio semFYC?

En primer lugar es necesario solicitarlo. Se accede a través de la página web <http://www.portfoliosemfyc.es>. Será conveniente disponer de una red de alta velocidad (ADSL o cable), aunque no es imprescindible. Habrá archivos, que tendrán un peso mayor, como las imágenes o archivos digitalizados, y podrán ser remitidos en soporte magnético por correo ordinario.

La página de entrada es la siguiente:

1.11.2006 | Zona Administración Contacto

Portfolio

Bienvenidos al Portfolio semFYC.

Portfolio es un nuevo servicio semFYC que fomenta la mejora de la calidad de nuestros profesionales en su práctica clínica. Para ello se ha diseñado una herramienta formativa que ayuda a identificar todo aquello que ya haces bien y cuales son tus áreas de mejora, recogiendo pruebas y reflexiones en tu práctica habitual.

¡Ánimate a participar! Confiamos en que te será de gran ayuda en tu desarrollo profesional y personal..

> Participe en nuestro Portfolio

> Si quiere más información, pulse aquí

semFYC
Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Ya soy socio

Usuario

Contraseña

ENTRAR

[¿olvidó la contraseña?](#)

ayuda

semfyc.es
sociedad española de medicina de familia y comunitaria

Portfolio

(C) 2005 Semfyc, Secretaría: Portaferrissa, 8 pral.08002 BARCELONA. Tel.: 933170333 - Fax: 933177772

En la sección “Si quiere más información, pulse aquí” puede accederse, de forma libre a mucha información general y específica del portfolio semFYC, incluida una parte de la descrita en el presente documento.

Si deseas solicitar tu inclusión dentro del portfolio, debes pulsar en la sección “Participe en nuestro Portfolio”. El programa te irá pidiendo una serie de datos que serán enviados al administrador del sistema para cotejarlos con la base de datos de la Sociedad. Es muy importante que se introduzcan todos los datos obligatorios y que el resto de las casillas se rellenen con la mayor cantidad de datos. Uno de los datos que debes cuidar mejor es el nombre de usuario y la contraseña. Como consejo general utiliza algún nombre de usuario que te sea fácil de recordar y en la contraseña utiliza letras y números mezclados (preferentemente más de 6).

Habitualmente, en un plazo de 3 días recibirás en tu correo electrónico la aceptación junto con la fecha del comienzo de tu portfolio, también, la información necesaria para el desarrollo de éste, grupo en el que te integrarías y tutor de consulta que te correspondería.

¿Qué debo saber de la aplicación para utilizarla de forma adecuada?

Si ya ha sido activada tu base de datos personalizada, cada vez que quieras entrar, debes hacerlo en la página de inicio introduciendo tu usuario y contraseña en la sección:

Usuario
 Contraseña

[¿olvidó la contraseña?](#)

A continuación, pulsa “enter” o pulsa con el ratón en “Entrar”. Recuerda que debes introducir tu usuario y contraseña, en minúsculas o mayúsculas tal y como los definiste previamente.

La primera pantalla que encontrarás a es la siguiente:

semfyc.es sociedad española de medicina de familia y comunitario

Portfolio

Bienvenido al Portfolio de SEMFYC

Bienvenido
Jose Antonio Prados
Castillejo Alumno
[inicio](#) | [mis datos](#) | [salir](#)

A continuación le vamos a mostrar una estadística de como va evolucionando usted respecto a su grupo en el Portfolio de Semfyc:

La media de tareas completadas por los profesionales de su grupo (Grupo 14.- Quesada) es del 8.0%

El porcentaje de tareas completadas por usted es del 13.0%

Evaluación
Tareas
Completadas
Perfil de Competencias
Agenda / Seguimiento
Foros
Chat
Contacto

En esta página tienes las siguientes secciones:

Información sobre la evaluación de todos los profesionales que están haciendo, como tú el portfolio en el mismo grupo de tutorización.

Información sobre la evolución de tus tareas personales.

En su zona derecha puedes encontrar las siguientes funciones:

Portfolio

Bienvenido
Jose Antonio Prados
Castillejo Alumno
[inicio](#) | [mis datos](#) | [salir](#)

Evaluación
Tareas
Completadas
Perfil de Competencias
Agenda / Seguimiento
Foros
Chat
Contacto

En “Mis datos” tienes acceso a tus datos personales. Puedes cambiarlos en cualquier momento. Es recomendable que introduzcas tu fotografía (preferentemente en formato jpg o similar).

En la sección “Tareas” puedes ver todas las que te faltan por acabar, las tareas alternativas y los indicadores operativos de cada una de ellas, sobre los que deberás reflexionar y sacar conclusiones. En la mayoría de las tareas existe, como ya se ha comentado, un documento de apoyo.

Una vez que hayas realizado cada tarea y cumplimentado todos los indicadores operativos, deberás presionar en **EVALUAR**. El programa te preguntará si el porcentaje de indicadores operativos que has dado como positivos te parece adecuado. Si es así, presiona “Aceptar”. Si no, tienes la posibilidad de repetir la tarea y obtener nueva documentación.

En cualquier momento puedes consultar las tareas e indicadores operativos que ya has completado en la sección “Completadas”.

También puedes ir consultando tu “perfil de competencias” (el porcentaje que llevas de indicadores operativos en cada competencia), aunque esto no es conveniente hasta que hayas realizado al menos el 50% de las tareas, ya que algunas competencias obtienen información de muchas tareas distintas y puede aportarte una información completa.

Cuando se cierran las 15 tareas, el portfolio, te envía automáticamente un informe a tu correo electrónico con las 5 competencias más sobresalientes y las 5 que requieren más esfuerzo de mejora, desde la perspectiva del autoanálisis que hayas realizado en base a las tareas y los indicadores operativos que lo componen.

Existen otras secciones de ayuda:

“Agenda”, donde puedes hacer un calendario personal, programando tus tareas, plazos, etc.

“Foros”, donde puedes recibir y mandar mensajes a todo tu grupo de tutorización o en el Foro público para todo el que realice el portfolio.

“Chat”, donde puedes chatear con aquel compañero con el que coincidas dentro de la aplicación.

“Contacto”, donde tienes los datos para poder ponerte en contacto con tu tutor del portfolio

¿Tendré una ayuda de un tutor en el portfolio?

El tutor del portfolio es otro profesional con experiencia en la utilización de portfolio y experiencia clínica en el área del profesional evaluado que colabora con él durante todo el proceso. El mentor o tutor, es un profesional que ha realizado el portfolio, y representa el apoyo que la semFyc puede brindar al profesional que quiere desarrollar el portfolio. El tutor está formado para manejar adecuadamente las estrategias que le permiten guiar y motivar a los profesionales, y para utilizar el entorno virtual.

El rol del tutor se orienta hacia la realización de múltiples tareas, entre las cuales debe favorecer el diálogo, motivar, animar los procesos de colaboración, brindar retroalimentación y mantener en lo posible una atención individualizada a cada uno de los profesionales que participan en la realización del portfolio. Guía, apoya y facilita el proceso del desarrollo del portfolio a través de la mediación y la comunicación compartida. Su papel, por tanto, es asesorar y se le puede consultar cualquier problema técnico o clínico. Él se encargará de resolver las dudas, si puede, o en caso contrario, de buscar ayuda para hacerlo.

El tutor es asignado de forma aleatoria por el administrador del portfolio, primando sólo criterios de factibilidad.

¿Cuánto tiempo tengo para hacer el portfolio?

En la época en que vivimos con una presión asistencial importante, el tiempo es un recurso muy preciado que debemos de tener en cuenta para ser eficientes. El portfolio semFYC está diseñado para poder realizarlo en 6 meses, prorrogables en caso justificado. Esto supone, aproximadamente, una tarea cada 2 semanas.

En cualquier caso, es importante reflexionar sobre ello previamente, antes de tomar decisiones sobre las tareas que se van a realizar para realizar una planificación realista que nos genere el menor estrés posible.

Se debe tener en cuenta que existen múltiples factores que influyen en el tiempo que se tarda en realizar:

1. Tipo y amplitud del portfolio

El portfolio que propone la semFYC tiene sólo 15 tareas, de las cuales tienen dificultad alta un pequeño porcentaje de ellas. El hecho además de que sea un portfolio semiestructurado, y por tanto se sugieran muchas de las tareas, facilita también su realización.

2. La persona que lo realiza

Aunque la mayoría de las tareas son de fácil realización, sin duda dependerá de la experiencia personal de cada uno en la utilización de instrumentos evaluativos/ formativos. Al principio, si no estamos familiarizados con ciertos instrumentos (p. ej. una videograbación con pacientes reales o un incidente crítico), nos costará ponerlos en marcha, pero con el tiempo descubriremos que se hacen más fácilmente. Además, siempre se contará con el tutor responsable que nos podrá asesorar ante cualquier duda.

3. Las formas de organizarse para realizarlo

Aproximadamente, un tercio de los que comienzan un portfolio trabajan en él regularmente cada semana, otro tercio lo hace una vez al mes, y otro, de forma irregular. Los beneficios y el desarrollo del portfolio serán mayores si se es más constante en su realización. Se propone, por tanto, que semanalmente se dedique un espacio a la autorreflexión de nuestras tareas como médicos de familia y cumplimentación del portfolio (entre media y una hora) pero, en último caso, siempre es el profesional quien decide su propio ritmo en base a su realidad asistencial y personal.

En muchas ocasiones, estas tareas no son un trabajo adicional, sino que simplemente se trata de sistematizar el registro de actividades o procesos de aprendizaje, que intuitivamente ya hacemos.

4. El apoyo con el que se cuenta

Toda esta tarea puede realizarse más fácilmente si contamos con algún compañero cercano (mejor si es del propio equipo) que esté también realizando el portfolio. Es importante, también, apoyarse en la figura del tutor del portfolio (ver sección específica).

En resumen (ideas claves):

Se recomienda un tiempo semanal, de aproximadamente 30 minutos, para la autorreflexión y la recopilación de las tareas.

Las tareas, en muchos casos están ya sugeridas (porque es un portfolio semiestructurado) y esto, sin duda, facilitará el trabajo.

Hasta familiarizarse con los instrumentos es posible que el tiempo de preparación sea mayor, pero éste irá disminuyendo con la práctica.

Realizarlo a la vez que un compañero puede ayudar a hacer más eficiente la utilización del tiempo.

En todo momento tendremos documentos de apoyo y/o un tutor que nos ayudará a la realización de la tarea y nos dará *feedback* de cómo vamos en el portfolio.

Hay que animarse a realizarlo porque, sin duda, la autorreflexión de nuestra práctica nos ayudará a seguir mejorando continuamente.

¿Qué resultados se obtienen?

En este caso, el portfolio semFYC te va a dar información sobre las competencias en las que tienes mejor nivel y aquellas en las que existen opciones de mejora, en base a la autoevaluación sobre los indicadores seleccionados de cada competencia que has introducido en tu base de datos. De esta manera, obtendrás información sobre tus capacidades para realizar tu trabajo o para transmitir los conocimientos, habilidades y actitudes propias de nuestra especialidad a los residentes que se formen contigo si eres tutor. Podrás también obtener información sobre todos y cada uno de los indicadores evaluados.

Existe la opción de ver tus datos en comparación con el global de los profesionales que han realizado su proceso de autoevaluación.

Por otro lado, y opcionalmente, la Sociedad puede poner a tu disposición ofertas formativas de calidad para las áreas de mejora específicas identificadas (ya sea antes de realizar determinadas tareas o tras el informe final).

¿Qué beneficios tengo con la realización del portfolio?

Lo más importante, como ya se ha comentado, es la reflexión y el autoaprendizaje que genera, siendo de gran ayuda para planificar tu formación ya que te indica objetivamente cuáles son tus áreas de mejora.

Otro factor de satisfacción personal y profesional es la comprobación de tus competencias profesionales en base a estándares de práctica clínica nacionales e internacionales.

Además del reconocimiento profesional de tus compañeros y tu Sociedad, existe la posibilidad de acreditarlo ante la administración u otras instituciones. Recientemente, además, la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) ha introducido el portfolio como criterio a tener en cuenta en la acreditación y reacreditación de tutores.

En caso de desarrollar y completar el portfolio, la semFYC te extenderá un certificado de haber concluido el portfolio semFYC. Desde la Sociedad Científica se está gestionando la acreditación del portfolio como actividad formativa con el equivalente a 150 horas de formación.

¿Podrá servir el haber realizado el portfolio para la carrera profesional o para una futura reacreditación profesional?

En la medida que el portfolio aporta pruebas de nuestra práctica profesional, de las competencias y de las áreas de mejora detectadas, así como del esfuerzo realizado para conseguir mayores niveles de excelencia profesional, puede ser diseñado, adaptado y aceptado por las administraciones como elemento a tener en cuenta en los distintos niveles de carrera profesional.

El portfolio muestra la práctica real de quien lo realiza, no sólo lo que sabe o lo que es capaz de hacer, sino lo que hace en realidad, es por tanto, un sistema de evaluación muy adecuado para ser utilizado en la recertificación de profesionales. De hecho en algunos países anglosajones ya se está planteando como uno de los elementos que permitan esta recertificación para la práctica de la profesión.

La semFYC propone a los ministerios de Sanidad y de Educación, así como a las consejerías de las 17 Comunidades autónomas, el reconocimiento del portfolio como instrumento de evaluación de la competencia profesional.

¿Existen experiencias de portfolios en otros países?

El portfolio es un concepto de moda en el ámbito de la educación médica a nivel internacional (principalmente, medicina y enfermería). La simple palabra "portfolio" en Google genera entre 180 y 200 millones de páginas. La frecuente aparición del término "portfolio" en los foros de pregrado, posgrado y formación continuada puede favorecer su aceptabilidad y normalidad de uso. Sin embargo, ese nivel cotidiano puede provocar una desviación del significado real del portfolio.

Existen, como puede verse, muchas experiencias internacionales publicadas relacionadas con los tres niveles citados, tanto en su uso como herramienta formativa (con alta aceptabilidad por los participantes) y, más recientemente, con finalidad sumativa, con la discusión pendiente sobre su fiabilidad. En algunos casos, el portfolio se utiliza para

la valoración de un número limitado de componentes competenciales (entre 4 y 8) y en otras, se pretende incluir todos los aspectos de la competencia profesional, con la inversión de tiempo que supone. Existe, por tanto, una gran variedad de portfolios y no todos son aplicables en nuestro entorno por eso es tan importante realizar todo este proceso de adaptación a nuestro entorno cultural y profesional. No obstante, algunas de estas experiencias se narran en la bibliografía referenciada en la siguiente pregunta.

Bibliografía

- AMEE 11 Medical Education Guide: Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Med Teach* 1999; 4(5): 370-86.
- Challis M. Portfolio and assessment, meeting the challenge. *Med Teach* 2001; 23 (5): 437-40.
- Dornan T. An electronic learning portfolio for reflective continuing professional development. *Med Educ* 2002;36:767-9.
- Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287(2):226-35.
- Friedman M, Davis MH, Harden RM, Howie PW, Ker J Pippard MJ. AMEE 24 Medical Education Guide: Portfolios as a method of student assessment. *Med Teach* 2001;6(23):335-51.
- Gibson D, Barrett H. Directions in Electronic Portfolio Development. *Contemporary Issues in Technology and Teacher Education* 2003;2(4):559-76.
- Harden, Davis M, Crosby. The new Dundee medical curriculum, a whole that is greater than the sum of the parts. *Med Educ* 1997. 31:264-71.
- Mathers NJ, Challis MC, Howe AC, Field NJ. Portfolios in continuing medical education - effective and efficient? *Med Educ* 1999;33:521-30.
- Mattheos N, Nattestad A, Falk E, Attstro R. The interactive examination: assessing students' self-assessment ability. *Med Educ* 2004;38:378-89.
- Mullan M, Endacott RR, Gray MMA, Jasper MM, Miller CCML, Scholes JJ. Portfolios and assessment of competence: a review of the literature Background. *Adv Nurs* 2003;41(3):283-94.
- Nolla M. Desarrollo de las competencias profesionales. *Educación Médica* 2002;5(2):76-81.
- Pearson DJ, Heywood P. Portfolio use in general practice vocational training: a survey of GP registrars. *Med Educ* 2004;38:87-95.
- Pitts J, Coles C, Thomas P, Smithnhs F. Enhancing reliability in portfolio assessment: discussions between assessors. *Med Teach*, 2002; 197-201.
- Portfolio use in general practice vocational training: a survey of GP registrars. *Med Educ* 2004; 38:87-95.
- Portfolio-Based learning in GP. Occasional paper 63. 1993
- Ramey SL, Hay L. Using Electronic Portfolios to Measure Student Achievement and Assess Curricular Integrity. *Nurs Educ* 2003; 28 (1):31-6.

- Rees CE. The reliability of assessment criteria for undergraduate medical students' communication skills portfolios: the Nottingham experience. *Med Educ* 2004; 38: 138-44
- Reschovsky J, Reed M, Blumenthal D, Landon B. Physicians' Assessments of Their Ability to Provide High-Quality Care in a Changing Health Care System. *Med Care* 2001;39,(3):254-69
- Roberts C, Newble D, O'Rourke AJ. Portfolio-based assessments in medical education: are they valid and reliable for summative purposes? *Med Educ* 2002;36:899-900
- Roberts C, Portfolio based assessments in medical education: are they valid and reliable for summative purposes?. *Med Educ* 2002; 36:899-900
- Scholes J. Making portfolios work in practice. *Journal of Advanced Nursing*, 46(6), 595-603
- Royal College Of General Practitioners: Snadden T: Portfolios-attempting to measure the unmeasurable. *Med Educ* 1999, Vol 33, 478-479
- Snadden T. Portfolio learning in general practice vocational training. *Med Educ* 1998;32:401-6
- Snadden, T. The use of portfolio learning in medical education. *Med teach*, 1998; 20,(3):192-9
- Spencer JA, Jordan RK. Learner centred approaches in medical education. *BMJ* 1999;318;1280-3
- Webb C. Models of portfolios. *Med Educ* 2002; 36:897-8
- Wilkinson TJ: The use of portfolios for assessment of the competence and performance of doctors in practice. *Med Educ*. 2002; 36:918-24

ANEXO I.

Listado de participantes en alguna fase del diseño

Grupo Portfolio semFYC:

Carlos Almendro Padilla
 Carmen Fuertes Goñi
 Elena Muñoz Seco
 Fermín Quesada Jiménez
 Fernando Salcedo Aguilar
 Gloria Guerra de la Torre
 José Antonio Prados Castillejo
 José Manuel Iglesias Clemente
 Josep Arnau i Figueras
 Josep M. Cots Yago
 Juan Carlos Arbonies Ortiz
 Miguel Pedregal González
 Miguel Sagrista González
 Mireia Sans Corrales
 Pablo Bonal Pitz
 Pere Torán Monserrat
 Ramón Descárrega Queralt
 Tomás Gómez Gascón

Grupo de profesionales que han participado en la priorización de competencias y diseño del mapa de competencias.

Por las Sociedades Autonómicas

SAMFYC (ANDALUCÍA)
 Fermín Quesada Jiménez
 SAMFYC (ARAGÓN)
 Carlos Coscollar Santaliestra
 SAMFYC (ASTURIAS)
 Guillermo García Velasco
 SBMFIC
 Teresa Piqué Sistac
 SCMFYC (CANARIAS)
 Francisco José Hernández Díaz
 SCMFYC (CANTABRIA)
 Mercedes Losilla

SOCALMFYC

José Manuel Iglesias Clemente

CAMFIC

Pere Toran Monserrat

SEXMFYC

Luis Prieto Albino

AGAMFEG

Susana Aldecoa Landesa

SMMFYC

Joaquín Morera Montes

SMUMFYC

Juan Antonio Sánchez Sánchez

SNMFYAP

Javier Ulibarri del Castillo

SRMFYC

Antonio Trueba Castillo

SVMFYC

Carmen Fernández Casalderrey

Presidentes Comisión nacional, presidentes semFYC y asesores

Luis de la Revilla Ahumada
 Tomás Gómez Gascón
 Juan José Rodríguez Salvador
 Verónica Casado Vicente
 Vicenç Thomas Mulet
 José Ramón Vázquez Díaz
 Asunción Prieto Orzanco
 Luis Aguilera García
 Manel Ferrán Mercadé
 José María Molero
 Miguel Melguizo Jiménez

Grupo de profesionales expertos en diferentes áreas que han aportado opiniones en otras fases del diseño

Amaya Zenarruzabeitia Pikatza
 Ana Pastor Rodríguez-Moñino
 Ana Sobrino López
 Antonio Cumplido
 Antonio Ortega Carpio
 Carlos Almendro Padilla
 Carmen Fuertes Goñi

Carmen Iglesias Serrano
 Carmen Moliner Prada
 Eduardo Molina Fernández
 Elena Muñoz Seco
 Esteban Sanpedro Martínez
 Esther Limón Ramírez
 Felipe Cordero Méndez
 Fermín Quesada Jiménez
 Fernando Orozco González
 Fernando Salcedo Aguilar
 Francisco Mora Moreno
 Giordano López Tierra
 Gloria Guerra de la Torre
 Guillermo Moratalla Rodríguez
 Jaime Sellares Sallas
 Jaume Ochogavia Cànaves
 Javier García Campayo
 Javier Herranz
 Javier López Aguilar
 Jesús Novo Rodríguez
 Jesús Pardo Álvarez
 Jorge Olloqui Mundet
 José Antonio Prados Castillejo
 José Calvo Lozano
 José Manuel Iglesias
 José Maria Bosch
 José Zarco Montejo
 Josep Arnau i Figueras
 Josep Maria Ballve Moreno
 Joseps Massons Cirera
 Juan Carlos Arbonies Ortiz
 Juan José Rodríguez Salvador
 Julia Bóveda Fontán
 Luis Beltrán Noguero
 Manel Ferran Mercader
 Margarita López Rey
 María José Serrano Muñoz
 María Suárez Pérez
 Marta Sanchez-Celaya del Pozo
 Miguel Guillén Rodríguez
 Miguel Pedregal González
 Miguel Sagrista González
 Mireia Sans Corrales

Pablo Bonal Pitz
 Pablo Pascual Pascual
 Patricia Palmer Muntaner
 Pedro Iturrioz Rosell
 Pere Torán Monserrat
 Rafael Espino Pérez
 Ramón Descárrega Queralt
 Rosario Serrano Martín
 Tomás Gómez Gascón
 Víctor Rubio Arribas
 Victoria Yagüe López

Asociaciones del Foro Español de pacientes,
 su presidente Albert Jovell, (www.webpacientes.org/fep) que participaron en la priorización de competencias y diseño del mapa de competencias

Asociación Española contra el Cáncer
<http://www.aecc.es/>
 Federación Española de Enfermedades Raras
<http://www.enfermedades-raras.org/>
 Federación de Diabéticos Españoles
<http://www.federaciondiabetes.org/>
 Fundación Española del Corazón
<http://www.fundaciondelcorazon.com>
 Fundación Hipercolesterolemia Familiar
<http://colesterolfamiliar.com>
 Liga Reumatológica Familiar
 Asociación de Ostomizados de Cataluña
 Asociación Española de Alérgicos a Alimentos y Látex
 Asociación Madrileña de Pacientes con Síndrome de Tourette
 Asociación Catalana de enfermedades neuromusculares

Pacientes anónimos escogidos aleatoriamente de consultas de Atención Primaria

ANEXO II.

Listado de indicadores globales

01IND01 01.- N° Competencia, IND.- Indicador Global, 02.- N° indicador global en esa competencia. En negrita, los indicadores diseñados originalmente para otra competencia que aportan también información en ésta.

COMP01. SEMIOLÓGIA CLÍNICA	COMP02. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO	COMP03. CONOCIMIENTO SOBRE LAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS DE SU ÁMBITO DE RESPONSABILIDAD
01IND01 El/la profesional obtiene la información necesaria ante un paciente diagnosticado de HTA	02IND01 El/la profesional trata correctamente una lumbalgia aguda no irradiada	03IND01 El/la profesional interpreta correctamente un estudio analítico básico
01IND02 El/la profesional obtiene la información necesaria ante un paciente diagnosticado de EPOC	02IND02 El/la profesional conoce el manejo diagnóstico de los pacientes con síndrome prostático	03IND02 El/la profesional es capaz de reconocer una radiografía de tórax normal
01IND03 El/la profesional obtiene la información necesaria ante un paciente diagnosticado de diabetes	03IND01 03IND02 03IND03 04IND01 04IND02 04IND03 04IND04 04IND05 04IND06 04IND07 04IND08 11IND03 11IND04	03IND03 El/la profesional es capaz de reconocer un ECG normal y sus alteraciones más relevantes en AP
01IND05 El/la profesional conoce y realiza correctamente la técnica de la auscultación pulmonar		12IND01 12IND02
01IND08 El/la profesional conoce y realiza correctamente la técnica de la exploración articular y de partes blandas		
09IND01 09IND02 09IND03 09IND04 09IND05 10IND01 05IND01 05IND02 05IND03 17IND01		

**COMP04.
CONOCIMIENTO DE TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO**

o4INDo1
El/la profesional conoce el manejo terapéutico del paciente con insuficiencia cardíaca

o4INDo2
El/la profesional conoce el manejo terapéutico del paciente con asma

o4INDo4
El/la profesional conoce el manejo terapéutico del paciente con diabetes

o4INDo6
El/la profesional conoce el manejo terapéutico de la hipertensión

**02IND01 11IND01 11IND02
11IND03 11IND04**

**COMP05.
SABER RECONOCER SIGNOS
DE ALARMA: COMPLICACIONES,
CRISIS, ETC.**

o5INDo1
El/la profesional identifica signos y síntomas de alarma del paciente con dolor abdominal

o5INDo2
El/la profesional identifica signos y síntomas de alarma del paciente con dolor torácico

**COMP06.
SITUACIÓN SOCIAL,
PSICOLÓGICA
Y SOCIOECONÓMICA**

o6INDo1
El/la profesional realiza una correcta valoración psicológica, socio-familiar y comunitaria del paciente

o6INDo2
El/la profesional utiliza los recursos familiares, sociales y/o comunitarios en la atención de su paciente

o6INDo3
El/la profesional es capaz de reconocer y valorar a las personas o grupos especialmente vulnerables

COMP07.

ASPECTOS PREVENTIVOS Y DE DETECCIÓN PRECOZ

07INDo2
Recomienda la aplicación de la vacuna del tétanos y de la gripe, según la edad y factores de riesgo

07INDo4
Recomienda el uso de aspirina en pacientes con riesgo cardiovascular elevado

08IND02 10IND01 12IND02

COMP08.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD, CONSEJO MÉDICO, ESTILOS DE VIDA

08INDo1
El/la profesional da consejos para la prevención del cáncer

08INDo3
El/la profesional realiza educación para la salud

07IND01 12IND02

COMP09.

ELABORACIÓN ANAMNESIS ESPECÍFICA

09INDo1
El/la profesional obtiene la información necesaria ante un paciente con síntomas depresivos

09INDo3
El/la profesional obtiene la información necesaria ante un paciente con cefalea

01IND01 01IND02 01IND03 17IND06

COMP10.

REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS ESPECÍFICAS Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

10INDo1
El/la profesional sabe calcular y utilizar adecuadamente los procedimientos de evaluación del riesgo cardiovascular

03IND01 03IND02 03IND03 02IND02

COMP11.

ESTABLECIMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL PLAN TERAPÉUTICO SEGÚN PROCESO

11INDo1
El/la profesional conoce el manejo terapéutico del paciente con hábito tabáquico

11INDo3
El/la profesional conoce el tratamiento tópico en dermatología

11INDo4
El/la profesional conoce el manejo de fármacos en el embarazo y la lactancia

04IND01 04IND02 04IND03 04IND04 04IND05 04IND06 04IND07 04IND08 02IND01

COMP12.

MANEJO DE LAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

12INDo1
El/la profesional sabe realizar el soporte vital básico

12INDo2
El/la profesional hace la intervención mínima antitabaco

**COMP13.
REGISTRO Y CUMPLIMENTACIÓN
DE DATOS**

13IND01
El/la profesional maneja la historia clínica en el soporte que utiliza habitualmente

13IND02
El/la profesional cumplimenta correctamente los certificados de defunción e informes oficiales

**COMP14.
EMISIÓN DE INFORMES
DE DERIVACIÓN**

14IND01
El/la profesional realiza informes de derivación con calidad en cuanto a contenidos, organización, claridad y objetivos de la interconsulta

**COMP15.
VISIÓN CONTINUADA E INTEGRAL
DE LOS PROCESOS**

**06IND01 06IND02 06IND03
14IND01 25IND01**

**COMP16.
CAPACIDAD PARA LA TOMA
DE DECISIONES**

16IND01
El/la profesional es capaz de obtener y manejar la información adecuada que le permite tomar decisiones

16IND02
El profesional considera los aspectos éticos en su toma de decisiones

17IND04

**COMP17.
ENTREVISTA CLÍNICA**

17IND01
El/la profesional tiene adecuadas habilidades de escucha

17IND02
El/la profesional tiene una correcta técnica a la hora de transmitir información

17IND03
El/la profesional estructura correctamente su entrevista permitiendo espacios para el paciente (entrevista semiestructurada)

17IND04
El/la profesional hace participar al paciente en la toma de decisiones en diagnóstico y/o tratamiento

06IND01 22IND01

**COMP18.
CAPACIDAD PARA LAS RELACIONES
INTERPERSONALES (ASERTIVIDAD, EMPATÍA,
SENSIBILIDAD INTERPERSONAL,
CAPACIDAD DE CONSTRUIR RELACIONES)**

18IND01
El/la profesional es consciente de las emociones que presenta el paciente y se lo explicita

18IND02
El/la profesional es cordial y/o cálido en su trato

18IND03
El/la profesional mantiene una conducta asertiva

18IND04
El/la profesional respeta el punto de vista del paciente y/o su familia sin juzgarlo

17IND01 17IND04 17IND05

COMP19.
TRABAJO EN EQUIPO

19IND01
El/la profesional establece relaciones de cooperación interpersonal compartiendo habilidades o conocimientos con el equipo u otros profesionales

19IND02
El/la profesional tienen una relación de confianza y respeto a sus compañeros

COMP20.
ADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS DISPONIBLES

20IND01
El profesional es capaz de utilizar adecuadamente los procedimientos diagnósticos

20IND02
El profesional es capaz de utilizar adecuadamente los recursos terapéuticos

14IND02 14IND03

COMP21.
HABILIDADES DE GESTIÓN DEL TIEMPO

21IND01
El/la profesional organiza su consulta de manera eficiente y óptima

21IND02
El/la profesional planifica las actividades no clínicas de su trabajo cotidiano

21IND03
El/la profesional realiza su atención domiciliaria de forma eficiente

COMP22.
HUMANIZACIÓN DE LAS CAPACIDADES CIENTÍFICO-TÉCNICAS

22IND01
El profesional personaliza la atención al paciente

**06IND01 06IND03 16IND02
17IND01 17IND04 17IND05 17IND06
18IND01 18IND02 18IND04**

COMP23.
DIALOGANTE Y NEGOCIADOR

23IND01
El profesional identifica los intereses compartidos para conseguir un acuerdo buscando el beneficio mutuo

**17IND01 17IND04 17IND05 17IND07
18IND01 18IND02 18IND03
18IND04**

COMP24.
RESOLUTIVO

**14IND02 14IND03 16IND01
20IND01 20IND02 21IND01
21IND03**

**COMP25.
LONGITUDINALIDAD**

25IND01
El/la profesional se mantiene informado sobre el proceso asistencial de sus pacientes cuando éstos son derivados a otros niveles asistenciales

25IND02
El/la profesional se preocupa por el cumplimiento y adherencia de los/las pacientes a los planes terapéuticos

25IND03
El/la profesional se ocupa de que el/la paciente y/o su familia comprenden el plan terapéutico diseñado para el proceso

13IND01

**COMP26.
ACTITUD DE APRENDIZAJE
Y MEJORA CONTINUA**

26IND01
El/la profesional es capaz de identificar, reconocer y reflexionar sobre errores y áreas de mejora en su práctica

26IND02
El/la profesiona define sus objetivos de aprendizaje y establece un plan formativo

26IND03
El/la profesional tiene una actitud abierta a explorar las propias actitudes, creencias y expectativas como persona y profesional

26IND04
El/la profesional pone en marcha actividades propuestas y reflexiona sobre el impacto de las acciones formativas en su práctica diaria

16IND03