

El *selfaudit* como modelo de evaluación de los residentes de Medicina Interna de Cataluña.

Olga Araújo Loperena, en nombre del Grupo de Trabajo de Tutores de la Societat Catalana i Balear de Medicina Interna

Congrés Català de Medicina Interna. Barcelona, 2 de junio de 2016.

INTRODUCCIÓN

El método *audit* se describió a finales de los años cincuenta [1,2].

Sheldon [3] estableció la definición de *audit médico* como aquel estudio de algún aspecto de la estructura, proceso o resultado de la asistencia, generalmente llevado a cabo por los propios profesionales comprometidos en la misma, para medir si los objetivos propuestos han sido alcanzados, y, por consiguiente garantizar la calidad de la asistencia prestada.

Entre las auditorías internas se encuentra el *selfaudit* (SA) [4], que recoge algún aspecto de la asistencia realizada por el propio profesional.

A diferencia del *audit externo*, en el SA el profesional tiene una implicación importante desde el inicio, define qué aspectos de su práctica quiere valorar y qué prueba externa utilizará para comparar su práctica [5,6]. Esta implicación debe actuar como incentivo motivacional capaz de influir en una modificación de la conducta que comporte un cambio de su actuación profesional y, como resultado, una mejora de su práctica clínica.

El SA como método de autoevaluación tiene un papel central en el *National Health Service* [7,8], en el *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* [9], en el *College of Family Physicians of Canada* [10] y en el *American Board of Medical Specialities* de Estados Unidos [11].

La autoevaluación y la formación continua son elementos esenciales en el desarrollo profesional y en los procesos de certificación y recertificación. Sin embargo, Eva et al [12] exponen la existencia de serias dificultades de los profesionales para generar juicios sobre su actuación profesional de forma consistente y regular.

Una revisión publicada en 2006 [13] concluye que la auditoría y el *feedback* pueden ser eficaces para mejorar la práctica profesional. En la revisión, resulta problemático determinar hasta qué punto los participantes de los ensayos incluidos fueron participantes activos, y parece probable que en su mayoría fueran receptores pasivos del *feedback*.

La utilización del SA contribuye a que los profesionales sean más conscientes de que su práctica no es perfecta y necesita mejoras continuas, y facilita que la práctica clínica sea más reflexiva. Epstein [14] propone una práctica profesional reflexiva como base para la mejora continua de la competencia profesional. Por otra parte, los documentos de consenso sobre la “buena práctica clínica” [15,16] consideran que todos los profesionales de la salud deberían realizar de forma regular y sistemática *audits* clínicos, y comprometerse a encontrar soluciones para mejorar su práctica cuando sea necesario.

Otro beneficio adicional es la utilización del SA como instrumento de evaluación formativa. El SA tiene un gran potencial educativo para utilizarse como herramienta pedagógica en la formación de médicos residentes y en el desarrollo profesional continuo. Es una autoevaluación que identifica necesidades de formación y esto es fundamental para un aprendizaje reflexivo. Schön [17] describe la reflexión en la acción como una fase del ciclo del aprendizaje que genera una acción y una reflexión o un aprendizaje posterior. Permite desarrollar el aprendizaje de un tema mediante la implicación del residente en la mejora de algún déficit que pueda tener, al diseñar sus propias actividades de mejora. El objetivo es aprender de los propios errores; el *feedback* que aportan los propios pacientes [18] y el *feedback* que aporta el tutor son fundamentales en este proceso y facilitan llevar a la práctica el axioma de la enseñanza basada en el que aprende y no en el que enseña.

PROPUESTA DE SELFAUDIT DEL GRUPO DE TRABAJO DE EVALUACIÓN DE RESIDENTES DE LA SCBMI

A. PROYECTO DE AUDIT:

En la **tabla 1** se resume el esquema que debe seguir el proyecto audit con los diversos apartados que lo componen [19]:

- **Título**
El título debe indicar el tema sobre el que versará la auditoría que se va a realizar, qué aspecto concreto de un área determinada vamos a analizar, por ejemplo, “historia clínica”.
- **Introducción**
Se explicará por qué este aspecto concreto de la atención es importante para la práctica del profesional. Puede estar basado en aspectos habituales de la práctica clínica en los que el autor no sabe si se están haciendo las cosas de la manera correcta o puede ser la continuación de algún otro *audit* que se haya realizado previamente

- **Método**
Se explicarán los parámetros de buena práctica clínica con los que se comparará la actuación del profesional y se construirán los criterios adecuados: cómo identificar a la población diana, se calculará el tamaño de la muestra, se explica el método de muestreo y cómo se recogen los datos, las medidas de resultados y cómo se analizarán los resultados.
- **Resultados**
Se recogerán los resultados correspondientes a los diversos criterios que han sido construidos y se explicaran los métodos estadísticos si han sido utilizados
- **Discusión**
Se comentará el método incluyendo las ventajas y limitaciones, la fiabilidad y la validez de loas medidas que se han recogido y los posibles sesgos. También es básico analizar las conclusiones que se obtiene para la asistencia diaria, un plan de cambio y las estrategia para implementarlo y la monitorización posterior que le seguirá.

B. SELFAUDIT DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO: HISTORIA CLÍNICA (SAHC)

El SAHC debe cumplir estos criterios:

SA HISTORIA CLÍNICA			
CRITERIO	ACLARACIONES	EXCEPCIONES	CUMPLIMIENTO SI/NO
1. Motivo de consulta	Concreto		
2. Enfermedad actual	Debe quedar explícitamente reflejada la anamnesis por aparatos	Pacientes que ingresan para la realización de una prueba complementaria	
3. Antecedentes patológicos	Debe quedar explícitamente reflejada la anamnesis por aparatos. Incluir la historia laboral y la exposición a factores de riesgo, ambientales y tóxicos. Antecedentes familiares.		

	Medicación actual.	
4. Exploración física	Que incluya la toma de constantes y la EF completa por aparatos.	
5. Juicio clínico	Coherente con los datos que quedan recogidos en la historia	
6. Plan terapéutico y pruebas complementarias	Coherente con los datos recogidos.	Pacientes que ingresan para la realización de una prueba complementaria

C. SELFAUDIT DE RESIDENTES DE TERCER AÑO: CURSOS CLÍNICOS (SACC)

El SACC recogerá los siguientes criterios:

SA CURSO CLÍNICO			
CRITERIO	ACLARACIONES	EXCEPCIONES	CUMPLIMIENTO SI/NO
1. Cursos clínicos por problemas	Identificación correcta de los problemas activos del caso que se audita		
2. Anamnesis dirigida	Cada problema identificado se sigue de una anamnesis dirigida y centrada		
3. Cada problema refleja los apartados: subjetivo, objetivo, orientación y plan	Los resultados de las PC pueden reflejarse tras la anotación de los problemas, si hacen referencia a varios de ellos de forma simultanea. La orientación no es necesaria si no cambia el problema sobre el que se anota.		

D. SELFAUDIT RESIDENTES DE QUINTO AÑO: CONSULTA EXTERNA (SACE)

El SACE recogerá los siguientes criterios:

SA CONSULTA EXTERNA			
CRITERIO	ACLARACIONES	EXCEPCIONES	CUMPLIMIENTO SI/NO
1. Resumen previo	Cada anotación en la consulta se inicia con un resumen del paciente que consulta	Primera visita	
2. Anotación por problemas	Cada problema identificado se sigue de una anamnesis dirigida y centrada en el problema		
3. Cada problema refleja los apartados: subjetivo, objetivo y plan			
4. Primera visita	Es una historia clínica resumida, con los apartados del SA HC		

E. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Cuando se realiza un *audit* no se está haciendo un trabajo de investigación. El objetivo del estudio es detectar oportunidades de mejora en nuestra actuación. Por ello suele ser suficiente con analizar entre 20 y 50 casos. Si en los primeros 10 o 15 casos no se cumple ninguno o casi ninguno de los criterios ya estará claro que nos encontramos ante un problema con oportunidad de mejora.

F. MÉTODO DE MUESTREO

Para escoger la muestra el muestreo no probabilístico es el que se usa cuando sea suficiente la revisión de unos pocos casos para detectar posibles problemas de calidad o, como en el caso del *audit*, no es rentable el uso de una muestra muy amplia por el tiempo que llevaría realizarlo.

CONCLUSIONES

En diversos estudios realizados para valoración del *audit* como herramienta docente [20-21] se demuestra la potencia que puede tener como método de aprendizaje en la formación de los médicos en general.

Para ello es importante que los tutores [22] sean los primeros en considerar su realización, conociendo la metodología y llevándola a la práctica. Por lo tanto, es deseable que las unidades docentes de Medicina Interna consideren introducir entre los méritos del perfil docente para la acreditación y reacreditación de tutores, la realización de un *selfaudit*. Un buen conocimiento teórico y práctico de esta metodología por parte de los tutores permitirá fomentar, también, su conocimiento y realización entre los residentes durante su periodo formativo.

TABLAS

Tabla 1: proyecto de *audit*

Proyecto de <i>audit</i>	
Título	
Introducción	Justificación del tema escogido
Método	Crterios/estándares Recogida de datos Identificación de la población diana Método de muestreo Medidas de resultados Análisis de los datos
Resultados	
Discusión	Ventajas y limitaciones del método utilizado Resultados Conclusiones para la asistencia diaria Plan de cambio y estrategia para implementarlo Monitorización posterior

BIBLIOGRAFÍA

1. Lembcke P.A. A scientific method for medical audit. I. Hospitals. 1959;33:67-71.
2. Lembcke P.A. A scientific method for medical audit. II. Hospitals. 1959;33:65-72.
3. Sheldon MG. Medical audit in general practice. J R Coll Gen Pract Occas Pap. 1982;20:1-21.
4. Royal College of General Practitioners. Information sheet n.o 17. Audit in General Practice. London: RCGP;1996.
5. Dickie GL, Bass M.J. Improving problem oriented medical records through self-audit. J Fam Pract. 1980;10:487-90.
6. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson M.A. Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ. 1998;317:465-8.
7. Royal College of General Practitioners. Portfolio of Evidence of Professional Standards for the Revalidation of General Practitioners: A tool for continuing Professional Development, Appraisal and Revalidation. London: RCGP;2004.
8. Royal College of General Practitioners. RCGP Guide to the Revalidation of General Practitioners London: RCGP;2009.
9. Royal College of Physicians and Surgeons Maintenance of Certification program
10. The College of Family Physicians of Canada. Continuing professional development.
11. American Board of Medical Specialities Approved initiatives for Maintenance of Certification for the ABMS board members
12. Eva KW, Regehr G. Self-assessment in the health professions: A reformulation and research agenda. Acad Med. 2005;80:546-54.
13. Jantvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman A.D. Audit and feedback: Effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2006;19: CD000259.
14. Epstein R.M. Mindful practice. JAMA. 1999;282:833-9.
15. General Practitioners Committee/Royal College of General Practitioners. Good Medical Practice for General Practitioners. London: RCGP; 2013. Disponible en: http://www.gmc-uk.org/Good_medical_practice__English_1215.pdf_51527435.pdf
16. General Medical Council. Good medical practice. London. Disponible en: http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice.asp
17. Schön D.A. The reflective practitioner. New York: Basic Books;1983.
18. Greco M, Brownlea A, McGovern J. Impact of patient feedback on the interpersonal skills of general practice registrars: Results of a longitudinal study. Med Edu. 2001;35:748-56.
19. Avellana Revuelta y grupo de Self-Audit. Taller de habilidades prácticas. Unitats Docents de Medicina Familiar i Comunitària de Catalunya. Institut d'Estudis de la Salut.
20. Mc Kay J, Lough JRM, Murray TS. General practitioners trainees' experience of undertaking audit projects: preliminary report from the west Scotland region. Br J of General Practice 1995; 45: 301-303.
21. Dickie GL, Bass MJ. Improving problema oriented medical records through self-audit. J Fam Pract 1980; 10: 487-490.

22. Ezquerro M, et al. Self-audit y la acreditación de tutores. *Aten Primaria*. 2010;42(2):102-108.