

## Portfolio (VII): SELF-AUDIT (Auto-Auditoría)

Lago Deibe, F.J.; Ferreiro Guri, J.A.; Núñez Vázquez, A.; Martínez Anta, F.; Ramil Hermida, L.; Modroño Freire, M.J.; Castro Pazos, M.

Coordinadores de las Unidades Docentes de MFC de Vigo, Santiago, A Coruña, Lugo, Ferrol, Ourense y Pontevedra.

Cad Aten Primaria  
Año 2007  
Volumen 14  
Pág. 279-282

En el centro de salud se han suspendido temporalmente las sesiones clínicas hasta después del verano, pero Carmen y Gonzalo, que todavía no se han ido de vacaciones, aprovechan para trabajar un tema nuevo. Esa mañana Gonzalo, inquieto, decía: *“Carmen, ahora que estoy en mi tercer año de residencia me planteo realizar una herramienta más para mi portafolio, concretamente un self audit. Acabo de realizar un curso organizado por la Unidad Docente sobre Garantía de Calidad, pero tengo dudas respecto en que se diferencia el self audit de una auditoría, tipo la realizada entre pares, es decir un peer-review, que dicen los anglosajones”*.

Gonzalo, en esencia el self audit, o auto-auditoría médica, es un tipo particular de auditoría en la que la evaluación retrospectiva de la práctica clínica es realizada por los propios profesionales responsables de ella<sup>1</sup>. Como en cualquier auditoría se trata de comparar la situación real de práctica profesional con un patrón previamente definido como deseable, pero el hecho de ser realizada por el propio profesional le confiere un gran potencial educativo, contribuyendo a que este sea consciente de su destreza clínica haciendo una práctica reflexiva. Ésta es la razón por la que se ha incorporado a los portafolios, no solo del residente de medicina de familia sino también al de otras especialidades e incluso al portafolio de semFYC (<http://www.portfoliosemfyc.com/>). El self audit, además de ser una herramienta pedagógica de primer grado para los residentes y para los tutores, como la mayoría de las actividades de medida y mejora de la calidad, sirve para detectar necesidades de formación y para mejorar nuestra práctica clínica<sup>2</sup>. Es una de las mejores herramientas “de mejora” que puedes elegir.

*“Carmen, es curioso, el término auditoría siempre me ha sugerido un cierto grado de control sobre tu trabajo con finalidad punitiva”*.

Sí Gonzalo, es una idea bastante generalizada. De hecho la autoauditoría es empleada, junto con otros instrumentos, para la evaluación final de los residentes en países anglosajones, aunque en España no

se ha introducido con ese fin. Sí que se utiliza como herramienta educativa para el desarrollo profesional continuo<sup>3</sup>, pudiendo además incluirse entre los criterios para la reacreditación de tutores de residentes.

*“Se me ocurre que en la revisión de registros clínicos se evalúa la actividad de todos los profesionales que han interactuado con el paciente, no solo el médico titular (tú) sino también los residentes que han pasado por tu consulta antes, otros médicos del equipo, los sustitutos y el personal de enfermería”*.

Es cierto, de hecho esta limitación debes considerarla a la hora de seleccionar los pacientes que quieres evaluar. De todas maneras, para tu tranquilidad, debes saber que, a la hora de valorar un self audit se tiene en cuenta la capacidad para realizarlo, es decir el conocimiento del método, no tanto los resultados concretos de la auditoría en la práctica.

*“Carmen, ¿y qué pasa con todo lo que hacemos en la consulta y que no escribimos?”*

Este es otro de los inconvenientes. En las evaluaciones retrospectivas, tal como hacemos en el self audit, utilizamos registros ya existentes, normalmente las historias clínicas, por lo que la calidad de su cumplimentación está muy relacionada con los resultados. Los registros médicos no reflejan con seguridad lo que ha ocurrido en la consulta ya que no suele registrarse toda la información pertinente que se maneja, especialmente los objetivos y planes que se discuten con el paciente<sup>4</sup>. En la evaluación retrospectiva de registro se sigue la máxima de “dato no registrado, actividad no realizada”.

*“Carmen, ¿me puedes hacer un resumen de los pasos que tengo que seguir para realizar un self audit?. En ese curso de Garantía de Calidad que te contaba ya nos han explicado el método para diseñar y llevar a cabo una auditoría, pero la realizada por otro médico, es decir el peer-review o revisión entre pares<sup>5</sup>, no del self audit”*.

En esencia el método es similar. De manera resumida podemos decir que para hacer un self audit hay que pasar por 5 fases<sup>6</sup>:

1. Establecer el estándar mediante la definición de los criterios de calidad seleccionados
2. Revisión individual en los propios registros clínicos de dichos criterios
3. Comparar con el estándar
4. Hacer una reflexión personal sobre aquellos aspectos correctos y aquellos que son mejorables
5. Sesión con alguien que dé feedback (retroalimentación) sobre el proceso para introducir cambios para mejorar

Hay un procedimiento descrito que te recomiendo seguir<sup>7</sup>:

### TÍTULO

Indica el tema sobre el que realizarás la auditoría, es decir qué área de tu trabajo asistencial vas a someter a evaluación.

### JUSTIFICACIÓN

Dado el carácter formativo del self audit, es conveniente elegir un área de conocimiento en la que tengas algún dato objetivo de necesidad de mejora (para ello podrías utilizar datos de auditorías previas si las tienes –que en tu caso al ser residente posiblemente no las tendrás todavía–), o la opinión externa de un evaluador como puede ser tu tutor (ej: el uso de antibióticos en las infecciones respiratorias, tal como estuvimos discutiendo el otro día), o bien se trate de un área clínica muy prevalente (ej: la atención a pacientes obesos o hipertensos o diabéticos), o cuya importancia, por la gravedad del proceso, sea grande (ej: la atención a pacientes con dolor torácico o con síncope, o la atención a mujeres embarazadas con hemorragia en el tercer trimestre de gestación). La responsabilidad en la elección del tema debe ser tuya porque se ha demostrado que así aumenta la implicación del médico y esto se asociará a un mayor grado de conocimiento del método y de la capacidad de mejora en la práctica clínica<sup>8</sup>.

### ELABORACIÓN DE CRITERIOS<sup>9</sup>

Los instrumentos que nos permiten medir la calidad de nuestra práctica profesional son, como ya sabes, lo que llamamos “criterios de buena práctica clínica”, es decir normas que especifican las condiciones deseables, o indeseables, de un aspecto de la asistencia que hemos seleccionado. Para su construcción tienes que hacer una búsqueda bibliográfica que te permita conocer la mejor información científica disponible en este momento y escribirla, de esta manera estarás elaborando unos criterios explícitos y normativos (tal como te han explicado en el curso de calidad). Si encuentras una buena revisión sistemática o una guía de práctica clínica, elaborada con adecuada calidad metodológica (por ejemplo valorada con el instrumento AGREE que encontrarás en: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf>), te puede valer perfectamente.

Ya sabes que los criterios deberán tener varias características como que sean simples, concretos y claros en su formulación para lo cual además de definir la norma hay que explicar todos los conceptos incluidos en la misma (a eso se le suele llamar “aclaraciones”) y es conveniente especificar aquellas situaciones en las cuales es correcto que el médico evaluado no haya cumplido el criterio (normalmente por características del paciente, por limitaciones de su situación clínica o por problemas en la disponibilidad de recursos diagnósticos o terapéuticos). Es imprescindible que los criterios se refieran a los aspectos más importantes del área clínica a evaluar, en este sentido suelen coincidir con la medición de resultados en salud (ej: evitar ceguera en diabéticos) o, cuando no es posible, medición de resultados intermedios especialmente cuando están relacionados con los resultados en salud y tenemos pruebas de que su detección o modificación es beneficiosa en términos de efectividad (ej: control de la presión arterial y la reducción de ictus). Deben ser realistas, es decir, aplicables a nuestro ámbito de trabajo y no conviene que sean más de 6 u 8.

Una vez elaborados los criterios, debes medir su validez interna (ya sabes que es la capacidad de identificar situaciones mejorables). Este es un tema complejo, pero en la práctica si cumple validez aparente, validez de contenido y, sobre todo, validez de criterio (cosa que suele garantizarse si están elaborados mediante una adecuada revisión bibliográfica), no debes tener problemas. También es necesario que midas la fiabilidad de los criterios, aunque este término se suele medir mediante el índice de concordancia general o el índice kappa (calculados al aplicar los criterios a una muestra piloto de registros, cuando actúan dos evaluadores), en este caso al ser tu mismo el único evaluador debes evaluar el coeficiente de estabilidad, es decir que obtienes los mismos resultados al repetir la misma evaluación, en una muestra piloto de registros.

### MUESTREO Y RECOGIDA DE DATOS<sup>10</sup>

El área temática del self audit te permite definir la población objeto de la revisión, aunque para la selección de las historias debes acotar el periodo temporal en el que recogerás los datos. Normalmente en un self audit es suficiente la revisión de 20-50 casos.

Idealmente deberías elegir un método de muestro probabilístico (ya sabes que esto significa que todos los pacientes tienen las mismas posibilidades de ser elegidos). Los más empleados son el muestreo aleatorio simple o el sistemático, realizando, en cualquiera de ellos, estratificación si hay alguna variable de los pacientes que pueda influir en el resultado de la evaluación (por ejemplo: sexo, edad). No obstante, como hemos comentado, al depender la calidad de los registros de varios profesionales, es muy importante estandarizar las condiciones del muestreo y que elijas aquellos pacientes de los cuales tú te has responsabilizado más estrechamente en la consulta. Esta misma limitación puede hacer conveniente que hagas una selección de los criterios a evaluar en función de las evidencias de aprendizaje que quieres demostrar.

Tienes que especificar qué medida de resultados usarás, habitualmente medias o porcentajes de cumplimiento de criterios en la historia clínica, y cómo analizarás los datos que obtengas, esto quiere decir que debes definir con qué compararás tus datos, o sea el estándar de referencia (puedes obtenerlo de la propia revisión bibliográfica, de las auditorías previas que hemos hecho en nuestro centro o en centros de características similares) así como el nivel del estándar que vas a considerar como aceptable en tu revisión (es lo que llamamos "índice").

**TABLA 1**

Ejemplos de criterios

CRITERIO	ACLARACIONES	EXCEPCIONES	CUMPLIMIENTO	
			SI	NO
Toda mujer de 25 a 65 años debe tener realizadas dos citologías, con un año de intervalo, y, posteriormente, cada 5 años*	Citología: triple toma con test de Papanicolau	Mujeres sin relaciones sexuales o histerectomía total.		
Todo paciente tratado con corticoides orales debe recibir tratamiento preventivo para la osteoporosis con calcio y vitamina D**	Corticoides orales a >5 mg/día de prednisona o equivalente y con previsión de >3 meses de tratamiento. 1500 mg/día de calcio y 800 UI/día de Vitamina D	Contraindicación o intolerancia a alguno de los fármacos		
En todos los pacientes diabéticos, no diagnosticados de dislipemia, hay que realizar un perfil lipídico al menos cada año.***	Perfil lipídico: colesterol total, cHDL, triglicéridos y calcular el cLDL.	Pacientes con cLDL <100 mg/dl, cHDL >50 mg/dl y triglicéridos <150 mg/dl puede hacerse cada dos años.		
Todo paciente con hipertensión y angina crónica estable debe estar tratado con betabloqueantes o IECA/ARA II y una tiacida.****	Betabloqueantes: pacientes con infarto previo IECA o ARA II: pacientes diabéticos o con disfunción ventricular izquierda	Contraindicación o intolerancia a alguno de los fármacos		

\* Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Ruin-Villanueva M, Cierco-Peguera P, Moreno-Baquerano M, Rubio-Toledano M. Prevención del cáncer. Aten Primaria 2005; 36 (supl 2): 47-65.  
\*\* Homik J, Sudrez-almazor ME, Shea B, Cranney A, Wells G, Tugwell P. Calcio y vitamina D para la osteoporosis inducida por corticoides (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 nº 2. Oxford: Update software Ltd. Disponible en: <http://update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2, Chichester, UK: John Wiley & Sons. Ltd) y Summey B, Yosipovitch G. Prevention of osteoporosis associated with chronic glucocorticoid therapy. Arch Dermatol 2006; 142: 82-90.  
\*\*\* American Diabetes Association. Standard of Medical Care in Diabetes 2007. Diabetes Care 2007; 30 (supl 1): S1-S41.  
\*\*\*\* Rosendorff C, Black H, Cannon C, Gersh B, Gore J, Izzo J, et al. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from AHA Council for high blood pressure research and the councils of clinical cardiology and epidemiology and prevention. Circulation 2007; 115: 2761-88.

**RESULTADOS<sup>10</sup>**

Se expresan con la medida indicada en el método. Es conveniente calcular el intervalo de confianza de la media o de la proporción para indicar con qué precisión estamos expresando los resultados en función del tamaño de la muestra manejado.

**DISCUSIÓN<sup>7</sup>**

Tienes que hacer un informe exponiendo el método empleado y comentando la fiabilidad y validez de los criterios, la existencia de sesgos, así como las dificultades para la recogida e interpretación de los resultados. Si los resultados son mejores o peores de los que esperabas tienes que comentarlo. Es interesante, aunque no imprescindible, como en todo ciclo de mejora, decidir cuando vas a medir de nuevo para ver si has mejorado, puesto que en el self audit lo más importante no son los resultados sino demostrar el conocimiento del método.

Como en cualquier otra herramienta del portafolio debes realizar un proceso de autorreflexión, valorando que implicaciones para tu práctica clínica tiene el trabajo que has hecho. Para ello utiliza un modelo de hoja de autorreflexión de guía de práctica reflexiva (GPR), como la que encontrarás en el libro del residente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y que en esencia contempla:

- aspectos positivos o satisfactorios del self audit.
- aspectos no positivos o mejorables
- aspectos que te faltarían por aprender y que podrías poner en práctica en un futuro self audit.
- cómo lo vas a aprender (planificación del aprendizaje con acciones concretas a aplicar).

**BIBLIOGRAFÍA**

Tienes que recoger todas las referencias bibliográficas que has utilizado para la elaboración de los criterios y el establecimiento de los estándares.

*“Vale, Carmen, me pondré con el diseño, pero te tendré que pedir ayuda ya que nunca he diseñado una auditoría. De todas maneras tengo miedo de no ser objetivo conmigo mismo a la hora de ver los registros”.*

No te preocupes, yo te ayudo y si tenemos dudas siempre le podemos preguntar al profesor de los cursos de calidad que os dan en la Unidad Docente. Respecto a la objetividad de la auto-evaluación, tie-

**TABLA 2**

Esquema para la valoración de un proyecto de auto auditoría

PREGUNTA	CRITERIO	COMPROBACIÓN
¿Por qué se ha hecho esta auditoría?	Razones para escogerlo Ha de definirse claramente y quedar reflejado en el título Debe tener potencial para el cambio	
¿Cómo se hecho la auditoría?	Criterios construidos Deben ser relevantes para el propósito de la auditoría Deben justificarse con la adecuada revisión bibliográfica Preparación y planificación Ha de incluir la metodología adecuada para su realización Si se incluyen los estándares con los que compararse, deben ser apropiados y estar justificados	
¿Qué resultados se encuentra?	Interpretación de los datos Se han de utilizar los resultados relevantes para sacar las conclusiones oportunas	
¿Qué hacer después?	Detallar las propuestas de cambio Explicitar los detalles de los cambios propuestos	
<b>Sólo en caso de reevaluación</b>		
¿Cómo son los nuevos resultados?	Nueva interpretación de los resultados después de haber aplicado los cambios propuestos Comparar los resultados previos y los estándares	
Conclusiones finales de la auditoría		

nes razón, es otra de las limitaciones de este método. Recientemente se ha demostrado que, para la mejora de la práctica clínica, es superior la heteroauditoría (es decir la revisión por otro profesional o revisión entre pares)<sup>11</sup> por lo que es conveniente que tu self audit sea revisado por alguien. Ese alguien me temo que soy yo, tu tutora, tal como viene recogido formalmente en la guía de práctica reflexiva del libro del residente. Pero además debo darte una sesión de retroalimentación (feedback) sobre la calidad del mismo. En este sentido debo reconocer que los indicadores operativos de la GPR tienen poca utilidad para la valoración de un self audit, por lo que utilizaré un método ya publicado que me parece bastante sencillo de aplicar (Tabla 1)<sup>12</sup>.

*“Carmen, ¿por qué hablas de GPR en vez de portafolio?”*

Gonzalo, como habrás comprobado al ver el libro oficial del residente, la Comisión Nacional de la Especialidad ha decidido cambiar el nombre de portafolio por el de guía de práctica reflexiva. Creo que han influido razones ministeriales de las que conozco poco, y porque ese título refleja más su verdadero contenido, aunque el método utilizado, como la propia GPR indica es el de portafolio. Es una cuestión de semántica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ezquerro Lezcano M. El self audit. como instrumento de valoración formativa. Aten Primaria 2005; 35: 121.
2. Dickie GL, Bass MJ. Improving problem oriented medical records through self-audit. J Fam Pract 1980; 10: 487-90.
3. Donen N. No to mandatory continuing medical education. Yes to mandatory practice auditing and professional educational development. JMAC 1998; 158: 1044-6.
4. Holmoe E, Hawkins R. Method for evaluating the clinical competence of residents of internal medicine: a review. Ann Intern Med 1998; 129:42-8.
5. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1989.
6. Roma Millán J. La reflexión como eje central del desarrollo profesional. Educación Médica 2006; 9: 30-6
7. Avellaneda Revuelta E y grupo self audit.. Self audit. Como herramienta docente. Tribuna Docente 2002; 3: 53-61.
8. Mc Kay J, Lough JRM, Murria TS. General practitioner trainers' experience of undertaking audit projects: preliminary report from the West of Scotlan Region. Br J of General Practice 1995; 45:301-3.
9. Antoñanzas A, Magallón R. Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En. Saturno P, ed. Tratado de calidad asistencial en atención primaria (Tomo II). Du Pont Pharma 1997; 73-107.
10. Magallón R. Antoñanzas A. Medición de la calidad: recogida, análisis y presentación de los datos. En. Saturno P, ed. Tratado de calidad asistencial en atención primaria (Tomo II). Du Pont Pharma 1997; 135-67.
11. Davis D, Mazmanian P, Fordis M, Harrison R, Thorpe K, Terrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence. A systematic review. JAMA 2006; 296: 1094-1102.
12. Avellaneda Revuelta E, Calvet Junoy S, Ezquerro Lezcano M, Fornells García JM, Morera Jordan C, Tamayo Ojeda et al. Self audit. Como metodología docente. Tribuna Docente 2002; 3 (supl 1): 13-21.