

Efectividad de las auditorías con *feedback* para mejorar la calidad de los registros clínicos confeccionados por residentes de oftalmología

Ana Gabriela Palis, Carlos Fernando Giusio, Tomás Ortiz Basso, Eduardo Pedro Mayorga

Servicio de Oftalmología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Recibido: 15 de junio de 2018.

Aceptado: 27 de junio de 2018.

Correspondencia

Dra. Ana Gabriela Palis

Servicio de Oftalmología

Hospital Italiano de Buenos Aires

Tte. Gral. Juan Domingo Perón 4190

C1199AB Buenos Aires

gpalis@gmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSN 1851-2658)

2018; 11(3): 81-89.

Este trabajo fue presentado en el Congreso Conjunto de Oftalmología 2018 el sábado 2 de junio de 2018 en Buenos Aires y recibió el premio a Mejor Trabajo Oral.

Agradecimientos: Los autores desean agradecer a la Dra. Daniela Moggia por el ingreso de datos y al Dr. Bruno Rafael Boietti por el análisis estadístico y síntesis de datos.

Resumen

Propósito: Evaluar la efectividad de las auditorías de historias clínicas con *feedback* formativo como estrategia educativa para facilitar el aprendizaje y mejorar la calidad de los registros clínicos de los residentes en oftalmología.

Métodos: Los autores evaluaron la presencia, la ausencia y la adecuación de trece estándares de calidad de registros clínicos en dos grupos de nueve residentes desde 2009 hasta 2016. Un grupo asistió a una clase, recibió una auditoría de historias clínicas y su devolución formativa (grupo intervención); el otro grupo no fue expuesto a la estrategia educativa (grupo control). Se evaluó un total de 180 historias clínicas mediante examen y registro de la presencia o ausencia de esos 13 estándares. A cada estándar médico-legal se le asignó también un puntaje (1 = correcto, 0.5 = parcialmente correcto, 0 = incorrecto). Los registros médicos de buena calidad fueron aquellos en los que se alcanzó un promedio de 85% de estándares médico-legales correctos.

Resultados: El grupo intervención obtuvo un puntaje de 0.93 (intervalo de confianza [IC] 95% 0.89-0.97) comparado con 0.79 para el grupo control (IC 95% 0.73-0.85) ($p < 0.01$). Los estándares que alcanzaron una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$) a favor de la intervención fueron los registros del motivo de consulta, antecedentes

oculares, agudeza visual no corregida y mejor corregida y consentimiento informado.

Conclusiones: Las auditorías de historias clínicas con devolución formativa individual mejoraron los registros clínicos realizados por los residentes.

Palabras clave: auditorías de registros médicos, educación de residentes, devolución formativa, mejora de la calidad, cuidado del paciente, aprendizaje por prácticas.

Effectiveness of auditing with feedback to improve the quality of clinical records made by ophthalmology residents

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of clinical record auditing and formative feedback as the educational strategy to facilitate learning and improve the quality of clinical records made by ophthalmology residents.

Methods: the authors evaluated the presence, absence and adequacy of thirteen quality standards for clinical records made by two groups of nine residents from 2009 to 2016. One group attended a lecture in which clinical record auditing and instructional feedback was provided (intervention group), while the other group was not exposed to an educational strategy (control group). A total of 180 clinical records were evaluated by means of examination and recording of the presence or absence of these 13 standards. In addition, each medicolegal standard was assigned a score (1= correct; 0.5= partially correct; 0= incorrect). Good-quality medical records were those attaining an average of 85% of correct medicolegal standards.

Results: The intervention group obtained a score of 0.93 (95% confidence interval [CI]: 0.89-0.97) as compared to 0.79 for the control group (95% IC: 0.73-0.85) ($p < 0.01$). Standards achieving a statistically significant difference ($p < 0.01$) in favor of the intervention were recording of chief complaint, previous ocular history, uncorrected and best-corrected visual acuity, and informed consent.

Conclusions: Clinical record auditing with individual instructional feedback improved clinical records made by residents.

Keywords: clinical record auditing, resident training, instructional feedback, quality improvement, patient care, learning by practice.

Efetividade das auditorias com *feedback* para melhorar a qualidade dos registros clínicos elaborados por residentes de oftalmologia

Resumo

Objetivo: Avaliar a efetividade das auditorias de histórias clínicas com *feedback* formativo como estratégia educativa para facilitar a aprendizagem e melhorar a qualidade dos registros clínicos dos residentes em oftalmologia.

Métodos: Os autores avaliariam a presença, a ausência e a adequação de treze padrões de qualidade de registros clínicos em dois grupos de nove residentes desde 2009 até 2016. Um grupo participou de uma aula, recebeu uma auditoria de histórias clínicas e sua devolução formativa (grupo intervenção); o outro grupo não foi exposto à estratégia educativa (grupo controle). Avaliou-se um total de 180 histórias clínicas mediante exame e registro da presença ou ausência desses 13 padrões. A cada padrão médico-legal foi atribuída também uma pontuação (1 = correto, 0,5 = parcialmente correto, 0 = incorreto). Os registros médicos de boa qualidade foram aqueles nos que se alcançou uma média de 85% de padrões médico-legais corretos.

Resultados: O grupo intervenção obteve uma pontuação de 0.93 (intervalo de confiança [IC] 95% 0.89-0.97) comparado com 0.79 para o grupo controle (IC 95% 0.73-0.85) ($p < 0.01$). Os padrões que alcançaram uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0.01$) a favor da intervenção foram os registros do motivo de consulta, antecedentes oculares, acuidade visual não corrigida e melhor corrigida e consentimento informado.

Conclusões: As auditorias de histórias clínicas com devolução formativa individual melhoraram os registros clínicos realizados pelos residentes.

Palavras chave: auditorias de registros médicos, educação de residentes, devolução formativa, melhora da qualidade, cuidado do paciente, aprendizagem por práticas.

Introducción

Los registros médicos son clave en el control y en la mejora de la calidad del cuidado de los pacientes. Los registros completos y precisos permiten el seguimiento del progreso del paciente, detección del cumplimiento de los estándares de cuidado del enfermo, y su ajuste o corrección cuando no se alcanzan estos estándares. También facilitan la recolección de datos epidemiológicos y de salud comunitaria para el desarrollo de políticas en salud. Finalmente, los registros médicos son de importancia fundamental en casos de litigio¹.

La auditoría de los registros médicos creados por residentes ha sido propuesta como un instrumento de enseñanza y evaluación de varios aspectos de la competencia profesional (cuidado del paciente, aprendizaje y mejora basados en la práctica y mejora de la calidad)²⁻⁶. Al igual que para otros procedimientos médicos, obtener y registrar una historia clínica completa y adecuada es una habilidad que debe enseñarse y que puede aprenderse y, por lo tanto, debe evaluarse.

Dado que el *feedback* ha sido propuesto como una de las estrategias más influyentes para el éxito de los estudiantes⁷, el hecho de dar una devolución a los residentes acerca de cómo anotaron sus registros médicos debería mejorar la calidad de estos registros.

Con esta hipótesis en mente implementamos una estrategia educativa consistente en clases, auditorías de registros clínicos y *feedback* individualizado a los residentes de un programa de residencia en oftalmología. El propósito de este trabajo fue evaluar la efectividad de esta estrategia educativa para facilitar el aprendizaje y mejorar la calidad de los registros médicos creados por residentes de oftalmología.

Material y métodos

Realizamos un estudio cuasi experimental con un grupo histórico de control en el Servicio de Oftalmología del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina, desde 2009 a 2016.

Auditamos registros médicos creados por residentes de oftalmología de segundo y tercer año. Evaluamos trece estándares de calidad médico-legal en cada registro de paciente (tabla 1). El proceso de auditoría consistió en la evaluación y el registro de la presencia o ausencia de estos 13 estándares; registramos los resultados en notación decimal (por ejemplo, si se habían anotado 6 de los 13 estándares posibles, asentamos $6/13 = 0.461$).

La intervención educativa consistió en una clase mensual de 30 minutos con énfasis en la anotación correcta de registros médicos y quirúrgicos y el consentimiento informado. Un residente por sesión recibió luego una devolución de la auditoría sobre sus registros médicos de dos maneras:

1. Un escrito individualizado sobre el puntaje alcanzado para cada uno de los 13 estándares de calidad médico legal auditados.

2. Un plan de mejoras personalizado para ser llevado a cabo para cada estándar de calidad en los cuales no hubiese alcanzado el puntaje ideal.

La auditoría, la clase y el *feedback* formativo individual estuvieron dirigidos por uno de los autores, docente experto en oftalmología legal.

Comparamos la calidad de registros clínicos seleccionados al azar de un grupo de residentes que habían sido expuestos a la intervención educativa (auditoría con *feedback*) con un grupo control de residentes que no habían recibido la intervención. El grupo control consistió en el mismo número de residentes del mismo programa, de años inmediatamente previos a la implementación de la intervención educativa en el programa (abril de 2009 a abril de 2012), quienes fueron elegidos retrospectiva y consecutivamente.

Cada grupo estuvo conformado por 9 residentes (grupo control = residentes anteriores a 2014 que no habían sido expuestos a la intervención educativa; grupo intervención = residentes posteriores a 2014, que sí fueron expuestos). Se seleccionaron aleatoriamente y se evaluaron 10 registros médicos para cada residente con un total de 180 registros médicos.

Determinamos la calidad de los registros médicos y asignamos un puntaje a cada estándar de

calidad médico-legal, siendo 1 = correcto, 0.5 = parcialmente correcto, 0 = incorrecto. Los registros médicos de buena calidad fueron aquellos en los cuales se alcanzó un promedio de 85% de estándares médico-legales correctos.

Análisis estadístico

En el análisis descriptivo las variables cuantitativas se expresan como media y desvío estándar. Analizamos las variables continuas con un t-test y las variables categóricas, con Chi². Consideramos probabilidades significativas aquellas menores a 0.05. Utilizamos el *software* Stata versión 13 (Stata Corporation, College Station, Texas) para el análisis estadístico.

Implicancias éticas

El estudio se realizó en total cumplimiento con las regulaciones actuales nacionales e internacionales: la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, regulación 6677/10 de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías Médicas (ANMAT), y los Estándares de Buena Práctica Clínica de la Conferencia Internacional en Armonización ICH E6. Todos los datos se trataron con máxima confidencialidad y anonimato, con acceso restringido sólo para el personal autorizado a los propósitos del estudio de acuerdo con las regulaciones legales actuales⁸. Se obtuvo aprobación del Comité de Ética para Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires (protocolo #3005).

Resultados

El grupo intervención obtuvo un puntaje promedio de 0.93 (IC95% 0.89-0.97) por residente comparado con el grupo control (no-intervención), que obtuvo un promedio de 0.79 (IC95% 0.73-0.85) ($p < 0.01$). Obtuvimos 10 registros clínicos de buena calidad (definidos como haber alcanzado un puntaje ≥ 0.85); 20% (2) de éstos correspondieron al grupo control (no-intervención), mientras que 80% (8) de los registros clí-

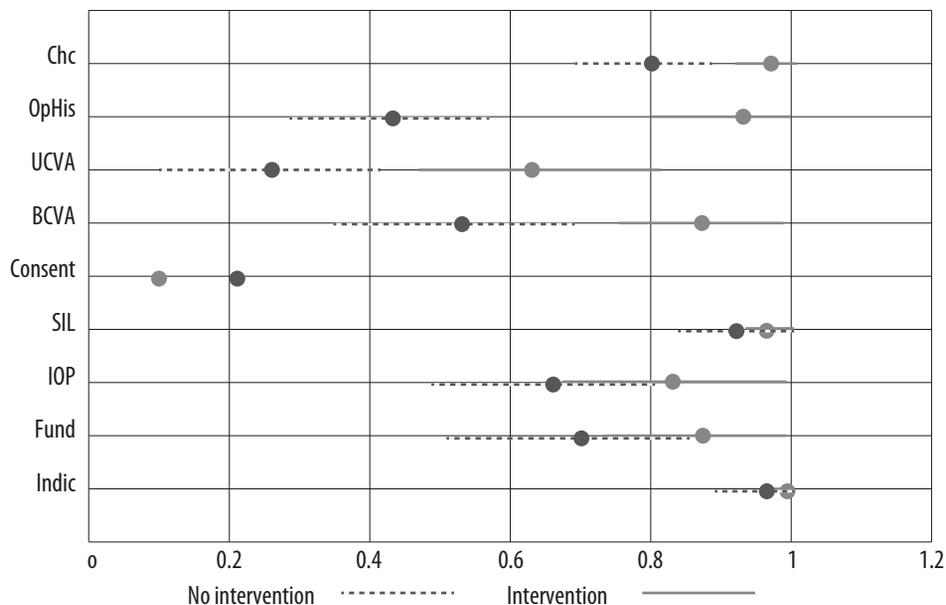
nicos de buena calidad correspondieron al grupo intervención (Odds Ratio [OR] 28, IC95% 1.53-1,413.29, $p < 0.01$).

Encontramos una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo que recibió la intervención para los siguientes estándares registrados: motivo de consulta (#1), antecedentes oftalmológicos (#2), agudeza visual no corregida (#3), agudeza visual mejor corregida (#4) y registro de consentimiento informado cuando fuese requerido (#13). Encontramos diferencias no estadísticamente significativas en los siguientes estándares registrados: resultados de la lámpara de hendidura (#5), presión intraocular (#6), fondo de ojo (#7) e indicaciones médicas (#12). Ambos grupos registraron correctamente los estándares: uso adecuado del “copiar y pegar” (#8), secuencia cronológica (#9), exámenes solicitados y sus resultados (#10) y uso correcto de abreviaturas (#11) en todos los registros clínicos (tabla 1, fig. 1).

Discusión

La auditoría de registros clínicos ha sido descrita como un instrumento válido y valioso para enseñar y evaluar la adquisición de la competencia en el cuidado del paciente. Esta competencia, definida por el Consejo de Acreditación de Educación Médica del Graduado (ACGME) de los Estados Unidos es, según Nawotniak, la base de la profesión médica⁹. La buena práctica de todo el resto de las competencias médicas (conocimiento médico, aprendizaje y mejora basados en la práctica, habilidades interpersonales y de comunicación, profesionalismo, y práctica basada en el sistema) deberían mejorar el cuidado del paciente. Para demostrar el logro de esta competencia fundacional se espera que el médico en formación: 1) obtenga información precisa y relevante a través de la entrevista médica, del examen físico y un abordaje diagnóstico apropiado, y acceda y utilice tecnología de la información; 2) sintetice y aplique la información en el ámbito clínico, realizando recomendaciones informadas sobre opciones e intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas basadas en el

Figura 1. Promedio de estándares de calidad registrados por residentes no expuestos a la intervención educativa (“No intervención”, línea punteada) comparado con aquellos expuestos (“Intervención”, línea llena), y sus probabilidades estadísticas. Los valores se muestran como promedios e intervalos de confianza del 95%.



Referencias: ChC = motivo de consulta. OpHis = antecedentes oftalmológicos. UCVA = agudeza visual sin corrección. BCVA = agudeza visual mejor corregida. Consent = firma del consentimiento informado. SIL = resultados de la lámpara de hendidura. IOP = presión intraocular. Fund = resultados del fondo de ojos. Indic = registro adecuado de indicaciones.

Tabla 1. Promedio de estándares de calidad registrados por residentes que no fueron expuestos a la intervención educativa (“No intervención”) comparados con los expuestos (“Intervención”) y sus probabilidades estadísticas. Los estándares 1 al 5 alcanzaron una diferencia estadísticamente significativa. Los valores se muestran como promedios (desvío estándar; intervalo de confianza 95%).

Item de calidad	No intervención	Intervención	p
Mc	0,80 (0,13; IC95% 0,70-0,91)	0,97 (0,05; IC95% 0,92-1)	<0,01
Anof	0,43 (0,18; IC95% 0,29-0,58)	0,93 (0,16; IC95% 0,80-1)	<0,01
Avsc	0,26 (0,06; IC95% 0,11-0,41)	0,63 (0,23; IC95% 0,46-0,81)	<0,01
Avmc	0,53 (0,22; IC95% 0,35-0,70)	0,87 (0,12; IC95% 0,77-0,96)	<0,01
Consentimiento	0,21 (0,12; IC95% 0-0,60)	0,1 (0; IC95% 1-1)	<0,01
Bmc	0,92 (0,03; IC95% 0,85-0,99)	0,96 (0,03; IC95% 0,89-1)	0,37
Pio	0,66 (0,19; IC95% 0,51-0,80)	0,83 (0,21; IC95% 0,67-0,99)	0,08
Fo	0,7 (0,20; IC95% 0,54-0,86)	0,87 (0,15; IC95% 0,75-0,98)	0,06
Indicaciones	0,96 (0,10; IC95% 0,88-1)	0,99 (0,03; IC95% 0,96-1)	0,36
Copyp	1 (0; IC95% 1-1)	1 (0; IC95% 1-1)	NA
Redacción	1 (0; IC95% 1-1)	1 (0; IC95% 1-1)	NA
Estudios	1 (0; IC95% 1-1)	1 (0; IC95% 1-1)	NA
Abreviaturas	1 (0; IC95% 1-1)	1 (0; IC95% 1-1)	NA

Referencias: Mc = Motivo de consulta. Anof = antecedentes oftalmológicos. Avsc = agudeza visual sin corrección. Avmc = agudeza visual mejor corregida. Bmc = biomicroscopía. Pio = presión intraocular. Fo = fondo de ojo. Copyp = copiar y pegar. IC = intervalo de confianza. NA = no disponible.

juicio clínico, evidencia científica y preferencias del paciente, y en una comprensión de este conocimiento; también, solicite, realice e interprete procedimientos médicos relevantes a la práctica de la especialidad; y 3) se asocie con los pacientes con el objetivo de fomentar la evaluación y la provisión de necesidades de salud en curso, consejo y educación de pacientes y sus familias, prevención de problemas de salud y conservación de la salud¹⁰.

Todos estos aspectos del cuidado médico, cuando se llevan a cabo, deben registrarse en la historia médica del paciente. Ésta sirve como un documento del cuidado brindado al paciente y de que éste es completo y apropiado. Este documento es útil para el equipo a cargo del paciente individual, para otros profesionales de la salud que participen en parte o todo el proceso de atención del paciente, para la institución a cargo del enfermo, y para obtener datos individuales y poblacionales a fines de investigación, epidemiología y políticas en salud. Es también, posiblemente, el documento de defensa más valioso y significativo que tendrá el médico en caso de litigio¹¹⁻¹².

La auditoría o revisión retrospectiva de los datos registrados por médicos en formación es por lo tanto un instrumento extremadamente valioso para verificar que los estándares de calidad del cuidado del paciente han sido no sólo brindados sino también documentados. King y colaboradores incluyeron la revisión de registros como un instrumento para evaluar la documentación, utilización de recursos, codificación, facturación, datos médico-legales, y cuidado del paciente en general⁵. También recomendaron el uso de una lista de verificación (*checklist*) o estándares con el objetivo de minimizar el criterio subjetivo y la inconsistencia entre revisores. Estos autores informaron estas recomendaciones de un grupo de consenso del Consejo de Directores de Residencia en Medicina de Emergencia. El uso de registros de historia clínica también ha sido descrito como instrumento de evaluación¹³. Hasta donde sabemos, no se ha comunicado el uso de auditorías de registros médicos y clases con *feedback* individualizado como estrategia de enseñanza en oftalmología.

En nuestro estudio demostramos que la revisión retrospectiva (auditoría) de los registros clínicos de los residentes, complementada con clases sobre cómo confeccionar una historia clínica correcta y un *feedback* individualizado acerca de la adecuación de los datos registrados, mejoró significativamente los registros de importantes estándares como el motivo de consulta, los antecedentes oftalmológicos, la agudeza visual no corregida y corregida, y el consentimiento informado cuando fuese requerido, en el grupo de residentes que habían sido expuestos a esta intervención educativa comparado con grupos de residentes anteriores que no habían sido capacitados. Una causa posible es que grupos de residentes previos tendieran a minimizar la importancia de registrar estos datos mientras priorizaban la recolección y registro de datos más rápidos de obtener y fáciles de observar como lo son los resultados de la biomicroscopía, la presión intraocular, el fondo de ojo, los estudios solicitados y sus resultados e indicaciones. Nuestros hallazgos coinciden con los de Kern y colaboradores, que demostraron que las auditorías de registros clínicos mejoraron significativamente después de 6 años de revisiones de registros estandarizadas y estructuradas con *feedback* en un estudio de 139 residentes de medicina interna². Harchelroad y colaboradores utilizaron también un sistema similar de revisión de once categorías de registros médicos de residentes en un servicio de emergencias y encontraron una disminución en el número de errores persistente en el tiempo¹⁴. De manera similar, Asao y colaboradores implementaron un programa de mejora de calidad en un programa de residencia de medicina interna consistente de una auditoría de registros médicos por pares, pocas clases cortas y *feedback* con un plan motivacional, y encontraron una mejora en los registros de 493 historias clínicas (si bien ésta disminuyó a lo largo del tiempo)³.

Encontramos que el aspecto más crucial de la intervención educativa fue el *feedback* individualizado dado a los residentes. Harden y colegas describieron al *feedback* y la individualización entre los cuatro principios más significativos para estudiantes de profesiones de la salud (siendo los otros dos el aprendizaje activo y la relevancia del

contenido)¹⁵. Hattie reportó una síntesis de más de 500 metaanálisis que comprendía 450.000 tamaños de efecto de 180.000 estudios, lo que representaba aproximadamente 20 a 30 millones de estudiantes. En este análisis, que incluyó más de 100 factores que podrían condicionar los resultados educativos de los estudiantes, el *feedback* estuvo entre los más influyentes⁷. Houston y colaboradores implementaron un programa de revisión de registros médicos con sesiones de *feedback* colectivo e individual, comparando un grupo de 112 residentes que participaron en la intervención con otro de 96 residentes no participantes. Encontraron una mejora en la implementación de 6 estrategias preventivas en sus pacientes a favor del grupo que recibió la intervención⁶. Éstos y nuestros resultados contradicen los encontrados por Ren y colegas, quienes a pesar de dar *feedback* colectivo y clases a un grupo de residentes no pudieron aumentar significativamente el registro de datos sobre la obesidad de los pacientes ni la educación de los pacientes por parte de los residentes¹⁶. Nuestros resultados también se oponen a aquellos encontrados por Ivers y colegas, quienes no hallaron diferencias significativas en un estudio de auditorías comparativo a dos ramas de 49 médicos (no residentes) con *feedback* y una planilla¹⁷.

Ambos grupos en nuestro estudio registraron correctamente la secuencia cronológica del progreso del paciente; el hecho de que hayamos utilizado registros médicos electrónicos en nuestro servicio desde 2003 dificulta crear registros de manera no cronológica. Es notable que el uso de abreviaturas fuera correcto en ambos grupos, dado que sólo recientemente un sistema sincrónico autoexpansible de desambiguación de abreviaturas fue incorporado a nuestro sistema de registro médico electrónico¹⁸.

La revisión de registros también puede utilizarse para enseñar y evaluar el logro del aprendizaje y mejora basados en la práctica. Para lograr esta competencia los residentes deben demostrar que son capaces de investigar, evaluar y mejorar sus prácticas médicas, como también evaluar y asimilar la literatura científica. Lynch y colaboradores recomiendan que aquellos que deseen mejorar su desempeño o los resultados de sus

pacientes pueden iniciar el registro clínico, el cual debería continuarse en un contexto educativo para facilitar simultáneamente la educación continua del médico y mejorar el cuidado y los resultados del paciente⁴. Holmboe y colaboradores también recomiendan esta estrategia de autoevaluación para mejorar la práctica¹⁹⁻²⁰. En un estudio que compara la revisión de los registros clínicos por el residente con revisores profesionales, Houston y colegas encontraron que los residentes fueron capaces de autoevaluar su desempeño adecuadamente²¹ y sugirieron que las revisiones retrospectivas de los registros médicos serían una forma válida de desarrollar esta competencia. Las organizaciones como el Departamento del Gobierno Australiano de Servicios Humanos o el Colegio Real de Médicos y Cirujanos de Canadá ofrecen actualmente incentivos económicos o créditos extra de desarrollo profesional continuo cuando los médicos evalúan sus propios registros médicos y realizan actividades posteriores que mejoren su desempeño²²⁻²³.

Una limitación de nuestro estudio es la posibilidad de otros factores causales de mejora de registros, como la visita de acreditación de la Joint Commission International al Hospital Italiano en 2015, que llevó a que incorporáramos en los procesos obligatorios a la firma del consentimiento informado, sin la cual no es posible asignar turnos quirúrgicos a los pacientes. Otra limitación es que no tenemos suficientes registros para realizar una evaluación pre/postintervención en los mismos residentes.

En conclusión, la auditoría de registros clínicos con clases y *feedback* formativo individualizado mejoró los registros clínicos de los residentes de oftalmología.

Referencias

1. Kuhn T, Basch P, Barr M, Yackel T; Medical Informatics Committee of the American College of Physicians. Clinical documentation in the 21st century: executive summary of a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2015; 162: 301-3.

2. Kern DE, Harris WL, Beekeloo BO, Barker LR, Hogeland P. Use of an outpatient medical record audit to achieve educational objectives: changes in residents performances over six years. *J Gen Intern Med* 1990; 5: 218-24.
3. Asao K, Mansi IA, Banks D. Improving quality in an internal medicine residency program through a peer medical record audit. *Acad Med* 2009; 84: 1796-802.
4. Lynch DC, Swing SR, Horowitz SD, Holt K, Messer JV. Assessing practice-based learning and improvement. *Teach Learn Med* 2004; 16: 85-92.
5. King R, Schiavone F, Counselman FL, Panacek EA. Patient care competency in emergency medicine graduate medical education: results of a consensus group on patient care. *Acad Emerg Med* 2002; 9: 1227-35.
6. Houston TK, Wall T, Allosin JJ *et al.* Implementing achievable benchmarks in preventive health: a controlled trial in residency education. *Acad Med* 2006; 81: 608-16.
7. Hattie J. Influences on student learning. Inaugural lecture, University of Auckland, New Zealand. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.114.8465&rep=rep1&type=pdf> (consulta: 8 jun. 2018).
8. Argentina. Ley 25.326. *Protección de datos personales*, sancionada el 4 de octubre de 2000. En: Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/texact.htm> (consulta: 8 jun. 2018).
9. Nawotniak RH, Corbett EC. Patient care. En: Rider EA, Nawotniak RH (eds.). *A practical guide to teaching and assessing the ACGME core competencies*. 2nd ed. Marblehead, USA: HCPro, 2010, p. 169.
10. Joyce B. *Practical implementation of the competencies*. Facilitator's manual. [Chicago]: Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), 2006, p. 11. Disponible en: http://216.92.22.76/discuss/messages/21/MODULE_2_Facilitator_Manual_module2-486.pdf (consulta: 8 jun. 2018).
11. Argentina. Ley 26.529. *Derechos del paciente en su relación con los profesionales de la salud*, sancionada el 21 de octubre de 2009. Disponible en: http://www.uba.ar/archivos_secyt/image/Ley%2026529.pdf (consulta: 8 jun. 2018).
12. Argentina. Ley 26.742. *Modificación de la ley 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*, sancionada el 9 de mayo 9 de 2012. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm> (consulta: 8 jun. 2018).
13. Delzell JE Jr, Ringdahl EN, Kruse RL. The ACGME core competencies: a national survey of family medicine program directors. *Fam Med* 2005; 37: 576-80.
14. Hachelroad FP Jr, Martin ML, Kremen RM, Murray KW. Emergency department daily record review: a quality assurance system in a teaching hospital. *QRB Qual Rev Bull* 1988; 14: 45-9.
15. Harden RM, Laidlaw JM. *Essential skills for a medical teacher: an introduction to teaching and learning in medicine*. 2nd ed. Edinburgh: Elsevier, 2017, cap. 3.
16. Ren V, Ellison K, Miller J *et al.* Effect of didactic lectures on obesity documentation and counseling among internal medicine residents. *J Community Hosp Intern Med Perspect* 2016; 6: 30931.
17. Ivers NM, Tu K, Young J *et al.* Feedback GAP: pragmatic, cluster-randomized trial of goal setting and action plans to increase the effectiveness of audit and feedback interventions in primary care. *Implement Sci* 2013; 8: 142.
18. Rodríguez JF, Rizzato Lede D, Pérez D, Benítez S, Luna D. Abbreviations system: preliminary results of a satisfaction study. En: Congresso Brasileiro de Informática em Saúde (15º: 2016: Goiânia, Brasil). *Artigos completos*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS),

- [2017], p. 607-612. Disponible en: http://www.sbis.org.br/biblioteca_virtual/cbis/Anais_CBIS_2016_Artigos_Completos.pdf (consulta: 8 jun. 2018).
19. Holmboe E, Scranton R, Sumption K, Hawkins R. Effect of medical record audit and feedback on residents' compliance with preventive health care guidelines. *Acad Med* 1998; 73: 901-3.
 20. Holmboe ES, Meehan TP, Lynn L, Doyle P, Sherwin T, Duffy FD. Promoting physician's self-assessment and quality improvement: the ABIM diabetes improvement module. *J Contin Educ Health Prof* 2006; 26: 109-19.
 21. Houston TK, Wall TC, Willet LL, Heudebert GR, Allison JJ. Can residents accurately abstract their own charts? *Acad Med* 2009; 84: 391-5.
 22. Australia. Department of Human Services. *Practice incentives program* [en línea]. Canberra, 2018. Quality prescribing incentive. Disponible en: www.medicareaustralia.gov.au/provider/incentives/pip/index.jsp (consulta: 8 jun. 2018).
 23. Royal College of Physicians and Surgeon of Canada. *Maintenance of certification program* [en línea]. Ottawa, 2018. Disponible en: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/maintenance-of-certification-program-e> (consulta: 8 jun. 2018).