



## Editorial

## Auditoría de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: convertir los datos en una mejor asistencia de los pacientes



### Chronic Obstructive Pulmonary Disease Audit – Turning Data Into Better Care for Patients

C. Michael Roberts

Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University, Londres, Reino Unido

Probablemente existen más datos de auditoría nacionales e internacionales recogidos por los clínicos sobre el tratamiento hospitalario de los pacientes ingresados por exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que de cualquier otra enfermedad pulmonar. Las grandes series de datos de España<sup>1</sup> y del Reino Unido<sup>2</sup> procedentes de más de 400 hospitales de 13 países europeos que se incluyen en la auditoría de la *European Respiratory Society* (ERS)<sup>3</sup> son sorprendentemente uniformes en sus resultados sobre la amplia diversidad existente en el proceso de la asistencia y en los resultados obtenidos en los pacientes en distintos países y dentro de un mismo país. A pesar de la amplia difusión de las guías de tratamiento, que se basan de manera importante en la evidencia respecto a la efectividad obtenida en la investigación, la mayoría de los pacientes ingresados en hospitales europeos no reciben la asistencia estándar recomendada<sup>4</sup>. Aunque las guías no son protocolos, es difícil justificar por qué en toda Europa más del 40% de los pacientes tratados por exacerbaciones de la EPOC no disponen de resultados de espirometría solicitados por el equipo médico responsable de su ingreso para confirmar el diagnóstico, mientras que se administran antibióticos al 90% de pacientes que no cumplen los criterios de la guía para su empleo<sup>4</sup>. Si examinamos la duración de la hospitalización, las tasas de reingreso o el uso de oxígeno, las diferencias continúan siendo de entre 2 y 3 veces entre las distintas unidades, y el reto que se plantea, pues, a la medicina respiratoria es el de cómo pasar de la obtención de datos a una mejor asistencia de los pacientes.

La auditoría es un proceso de mejora de la calidad. Los datos obtenidos nos informan de dónde están los problemas cuando se comparan con la asistencia ideal establecida en las directrices, pero esto no es más que el principio. Los pasos cruciales son planificar las mejoras e instaurar su aplicación. La vinculación de la organización y los recursos con los datos del proceso clínico y los resultados aporta una perspectiva que puede informar el plan de mejora. Los resultados de la auditoría en pacientes tratados con ventilación no invasiva (VNI) son mucho peores que los de los ensayos controlados y aleatorizados. En algunas unidades hospitalarias europeas

la auditoría confirma que la VNI simplemente no está disponible, y en otros que tiene una disponibilidad limitada<sup>5</sup>. En cambio, el 38% de los pacientes tratados con VNI no cumplían los criterios establecidos en las guías para su uso<sup>4</sup>. Los datos más detallados de las auditorías del Reino Unido sugieren que la VNI se inicia demasiado tarde en algunos casos y que a menudo se aplica a pacientes con acidosis grave, en los que debería utilizarse intubación y ventilación<sup>6</sup>. En otros casos se usa en pacientes en estadios terminales que pueden ser tratados mejor por la vía de la asistencia paliativa. El examen de los datos ayuda a comprender los problemas, pero el reto sigue siendo la mejora de la calidad de la asistencia.

Sin embargo, hay una base de evidencia clara para la efectividad de las intervenciones de mejora de la calidad en las revisiones Cochrane<sup>7</sup> que deberá informar nuestros próximos pasos al respecto. El simple hecho de comunicar los datos a los equipos clínicos produce efectos que van de una ausencia completa de mejora a una mejora sustancial. Para optimizar los beneficios es preciso centrarse en los clínicos que no obtienen buenos resultados, puesto que son los que tienen más que ganar con la puesta en común de los datos de los colegas. Los líderes de opinión y aquellos a quienes consideramos expertos tienen la responsabilidad de fomentar los resultados de las auditorías, ya que son los que tienen una mayor probabilidad de influir en el cambio. Son necesarios objetivos claros, preferiblemente a nivel nacional, para proporcionar una visión compartida del cambio pero con el apoyo de objetivos locales determinados por los resultados de las auditorías de los hospitales individuales.

Hay también otros enfoques que han resultado prometedores para modificar las conductas de los clínicos. Los estudios de visitas de extensión en las que los expertos pasan un cierto tiempo en un centro para reforzar la buena práctica clínica tienen una influencia positiva en algunas áreas de la práctica clínica, en especial la prescripción. El concepto de la visita de colegas de distintos equipos de diferentes hospitales es actualmente una práctica común en algunos países europeos, sobre todo en los Países Bajos y el Reino Unido. La evidencia existente indica la efectividad de la revisión mutua entre especialistas de los servicios de EPOC, aunque puede tardarse años en alcanzar una mejora<sup>8</sup>.

Correo electrónico: c.m.roberts@qmul.ac.uk

Para la mayoría de los clínicos, la realidad es que la mejora de la asistencia de los pacientes con EPOC puede parecer una tarea a abordar de enorme envergadura. La aplicación de una serie compleja de intervenciones de mejora requiere un cambio de toda la organización. La respuesta puede estar en un instrumento de mejora de calidad sencillo diseñado por clínicos y para clínicos: el conjunto de intervenciones de asistencia clínica. Este instrumento, desarrollado inicialmente en Estados Unidos para luchar contra las diferencias de mortalidad existentes en distintas unidades de cuidados intensivos, consiste en un reducido número de intervenciones basadas en la evidencia y de gran impacto, que se sabe que conducen a diferencias en los resultados clínicos obtenidos en los pacientes. El instrumento constituye el núcleo de un protocolo de tratamiento para el paciente con ese trastorno y se registra la aplicación de cada elemento en un formulario. Cuando se aplica de forma conjunta, el beneficio clínico obtenido es muy superior a la suma de los efectos de las diversas intervenciones aplicadas en momentos diferentes o de los efectos de una aplicación parcial. En Estados Unidos, la difusión del conjunto de intervenciones de asistencia para el paciente ventilado en todo el país dio lugar a una reducción masiva de la mortalidad en las UCI y de las diferencias en los resultados clínicos obtenidos en los distintos centros<sup>9</sup>. Este éxito llevó a la creación de otros instrumentos para trastornos o grupos de pacientes específicos. Más recientemente, se han realizado investigaciones sobre instrumentos de este tipo para el alta en la EPOC que han mostrado efectos beneficiosos no solo para los pacientes sino también en cuanto a la satisfacción del personal respecto a su trabajo<sup>10</sup>. Posteriormente, un subgrupo de mejora de calidad de los participantes en la auditoría europea de la EPOC se han reunido en Londres y Barcelona para plantear el desarrollo de los conjuntos de intervenciones de ingreso y alta europeos para la EPOC. Un conjunto de intervenciones de ese tipo podría incluir que en todos los pacientes se realizara una gasometría en el plazo de una hora tras su llegada, que en los pacientes con acidosis se tomara una decisión respecto al soporte ventilatorio en el plazo de 2 h, que los pacientes fueran tratados con oxígeno controlado si presentaban hipoxia, y que se obtuviera una radiografía de tórax y se informara en un plazo de 2 h tras el ingreso. Todos estos aspectos son medidas sencillas que se recomiendan en las guías pero que se ha demostrado que no se aplican en una parte importante de los pacientes, según indica la Auditoría Europea<sup>4</sup>. Los beneficios aportados por el conjunto de intervenciones están en que proporciona

unos objetivos para la buena asistencia que son claros para todos y son posibles de alcanzar, en que condensa toda una guía de centenares de páginas en unos pocos procesos clave, y en que cuando se documenta aporta un instrumento de auditoría continuada de uso sencillo.

La base de evidencia para este enfoque de la mejora de la calidad de la asistencia en la EPOC deberá reforzarse mediante nuevas evaluaciones en la investigación. Dedicamos una enorme cantidad de recursos cada año a la investigación sobre el tratamiento de la EPOC con la finalidad de construir una base de evidencia efectiva de la que deducir guías, pero ¿qué valor tiene eso si esa asistencia no se aplica luego en la práctica clínica real? El reto al que se enfrenta la comunidad de la medicina respiratoria es, pues, trasladar esos datos a una mejor asistencia de los pacientes. Es posible hacerlo, pero requiere recursos y un esfuerzo coordinado. No disponemos todavía de evidencias de la aplicación de ninguna de las 2 cosas en toda Europa.

### Bibliografía

- Pozo-Rodríguez F, Lopez-Campos JL, Alvarez-Martínez CJ, Castro-Acosta A, Agüero R, Huetto J, et al. Clinical audit of COPD patients requiring hospital admissions in Spain: AUDIPOC study. *PLoS One*. 2012;7:e42156.
- George PM, Stone RA, Buckingham RJ, Pursey NA, Lowe D, Roberts CM. Changes in NHS organization of care and management of hospital admissions with COPD exacerbations between the national COPD audits of 2003 and 2008. *QJM*. 2011;104:859-66.
- Lopez-Campos JL, Hartl S, Pozo-Rodríguez F, Roberts CM. European COPD audit: Design, organization of work and methodology. *Eur Respir J*. 2013;41:270-6.
- Roberts CM, Lopez-Campos JL, Hartl S, Pozo-Rodríguez P. European hospital adherence to GOLD recommendations for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation admissions. *Thorax*. 2013;68:1169-71.
- Lopez-Campos JL, Pozo-Rodríguez F, Hartl S, Roberts CM. Variability of hospital resources for acute care of COPD patients: European COPD Audit. *Eur Respir J*. 2014;43:754-62. Epub ahead of print.
- Roberts CM, Stone RA, Buckingham RJ, Pursey NA, Lowe D. Acidosis, non-invasive ventilation and mortality in hospitalised COPD exacerbations. *Thorax*. 2011;66:43-8.
- <http://www.thecochranelibrary.com> [consultado 8 Ene 2014].
- Roberts CM, Stone RA, Buckingham RJ, Pursey NA, Harrison BD, Lowe D, et al. A randomised trial of peer review: The UK National Chronic Obstructive Pulmonary Disease Resources and Outcomes Project. *Clin Med*. 2010;10:223-7.
- Resar R, Pronovost P, Haraden C, Simmonds T, Rainey T, Nolan T, et al. Using a bundle approach to improve ventilator care processes and reduce ventilator-associated pneumonia. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005;31:243-8.
- Hopkinson NS, Englebretsen C, Cooley N, Kennie K, Lim M, Woodcock T, et al. Designing and implementing a COPD discharge care bundle. *Thorax*. 2012;67:90-2.