



Editorial

La auditoría clínica y su circunstancia

Clinical audit: Why, where and how?

Francisco Pozo-Rodríguez^a, Ady A. Castro-Acosta^{b,*} y Carlos J. Álvarez-Martínez^c^a Instituto de Investigación, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES/CIBER-ISCIII), Instituto de Investigación, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España^c Servicio de Neumología, Instituto de Investigación, Hospital Universitario Doce de Octubre, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES/CIBER-ISCIII), Madrid, España

La auditoría clínica (AC) es un «proceso de calidad que aspira a mejorar el cuidado del paciente y sus resultados mediante una revisión sistemática del cuidado con criterios explícitos, y una implantación de cambios»¹. Esta definición contiene 2 elementos: conocimiento e intervención correctora. El conocimiento comporta realizar: 1) un diagnóstico sistemático de la práctica clínica relativo a la estructura, procesos y resultados; 2) una comparación con criterios de calidad internos y externos, y 3) una identificación de los cambios que deben introducirse. La intervención correctora implica efectuar: 1) una implantación de los cambios identificados, y 2) una valoración de los resultados de la implantación.

En el Reino Unido las AC forman parte de la cartera de servicios del National Health Service y también de corporaciones externas: el Programa Nacional de Auditoría EPOC es un proyecto conjunto del *Royal College of Physicians*, la *British Thoracic Society*, y la *Primary Care Respiratory Society*, en colaboración con la *British Lung Foundation*². En España, las AC no están explícitamente instaladas en los organigramas o carteras de los servicios de salud ni de las sociedades científicas o los colegios profesionales. Con todo, en los últimos años se han tomado algunas iniciativas.

AUDIPOC España (129 hospitales, 5.128 casos) es una auditoría de ámbito nacional sobre la adecuación de la práctica clínica en las exacerbaciones de la EPOC (AEPOC) realizada en 2008-09³⁻⁵. ERS COPD Audit (13 países, 432 hospitales, 16.081 casos) es una auditoría de ámbito europeo sobre AEPOC patrocinada por la ERS, coliderada por España y realizada en 2011⁶⁻⁸. En este número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA se presenta el estudio MAG-1 (30 hospitales, 910 casos), una AC sobre AEPOC realizada en Cataluña en los primeros meses de 2011⁹. Cataluña ha participado, además, en AUDIPOC (10 hospitales, 404 casos) y ERS Audit (9 hospitales, 475 casos). La contemporaneidad, la superposición espacial y la semejanza metodológica de los 3 estudios invitan a una valoración conjunta.

MAG-1, AUDIPOC y ERS COPD Audit comparten las limitaciones de bases de datos construidas a partir de historias clínicas, con altas frecuencias de valores faltantes o extremadamente improbables, identifican puntos débiles en el proceso asistencial, e informan de una notable variabilidad entre hospitales en relación con características hospitalarias, del paciente y de los desenlaces. MAG-1 aborda la variabilidad agrupando los hospitales en niveles según número de altas EPOC/año, mientras ERS COPD lo hace en función del número de camas. Ambos encuentran diferencias significativas entre niveles, frecuentemente en línea con alguna lógica clínica. AUDIPOC afronta la variabilidad en los desenlaces mortalidad y reingreso con un análisis multivariante multinivel, que controla por tamaño, número de casos reclutados y número de altas, y desvela la existencia de un factor o factores latentes específicos de cada hospital (efecto clúster hospital), que influyen de forma singular e independiente en los desenlaces y que controla una porción importante de su variabilidad inter-hospitalaria¹⁰.

También existen divergencias. Los resultados de MAG-1, AUDIPOC y ERS en Cataluña desvelan diferencias en los valores promedio de un número de variables clínicas, por ejemplo frecuencia de fumadores activos (10, 26 y 25%), mortalidad global (12, 7 y 8%) o reingreso (49, 37, 40%), que merecen estudios adicionales.

Para identificar variables asociadas a los desenlaces MAG-1 utiliza modelos multivariantes de regresión lineal y logística, que retienen unas pocas variables, mayoritariamente referidas a características personales y estado clínico de los pacientes. El modelo de AUDIPOC reproduce estos resultados: tras ajustar por el efecto clúster se retienen algunas variables relativas a la edad y el estado clínico del paciente. Los análisis complejos de ERS COPD Audit están pendientes de publicación, pero parecen apuntar en la misma dirección.

La circunstancia de la AC tiene que ver, entre otros, con el ámbito geográfico en que se realiza, el énfasis sobre el componente de intervención y la naturaleza de los datos que emplea.

Los 3 estudios comentados se desarrollan en un ámbito supra hospitalario: regional, nacional e internacional. En nuestra opinión, ámbitos más extensos conllevan estudios más complejos, bases de datos menos estables, mayor complejidad en el análisis y mayores

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ady@h12o.es (A.A. Castro-Acosta).

dificultades para identificar puntos débiles asistenciales específicos de los hospitales, que es donde finalmente se ejecutará la intervención correctora. Por AUDIPOC conocemos del efecto clúster hospitalario, que se compone tanto de elementos propiamente hospitalarios (tales como: detalles en la estructura y organización o estilo de práctica clínica, no recogidos en las variables analizadas y difícilmente verificables) como de elementos extra hospitalarios (la composición socioeconómica de la zona de influencia del hospital, la salubridad ambiental, el acceso a los servicios de salud o su efecto filtro para ingreso hospitalario, por citar solo algunos). La ventaja de los estudios supra hospitalarios es que producen conocimiento a diferentes ámbitos y, teóricamente, informan sobre qué intervenciones deben acometerse en los diferentes niveles asistenciales.

Los 3 estudios ponen el énfasis en la producción de conocimiento, un diagnóstico de situación sin duda necesario y hasta importante. Pero relegan a un lugar secundario las intervenciones correctoras que son la razón última de las AC y cuyo centro de aplicación más efectivo es el hospital. Las barreras en la aplicación de intervenciones hospitalarias no cederán fácilmente a agentes externos al hospital por más que se esfuercen los responsables de la auditoría.

Y los 3 utilizan datos extraídos de las historias clínicas por personas diferentes. De la consideración sobre la diversidad de historias clínicas que conviven en nuestro sistema sanitario, la irregular cumplimentación de datos, y la verosímil heterogeneidad en la exhaustividad de los extractores se deriva que la variabilidad en los resultados debida simplemente a la historia clínica debe ser tomada en consideración.

En resumen, consideramos que las AC son instrumentos necesarios para mejorar la calidad asistencial que deben ser fomentadas desde las organizaciones interesadas en los sistemas de salud. Las AC deben escudriñar las causas de la variabilidad y enfatizar en las

intervenciones correctoras, que han de identificarse y ejecutarse en la unidad auditada.

Bibliografía

1. Burgess R. *New Principles of Best Practice in Clinical Audit*. Second edition London: Radcliffe Publishing; 2011.
2. British Thoracic Society. Audit&Quality Improvement [consultado 10 Mar 2015]. Disponible en: <https://www.brit-thoracic.org.uk/audit-and-quality-improvement/>.
3. Pozo-Rodríguez F, Álvarez CJ, Castro-Acosta A, Melero Moreno C, Capelastegui A, Esteban C, et al. Clinical audit of patients admitted to hospital in Spain due to exacerbation of COPD (AUDIPOC Study): Method and organisation [Article in Spanish]. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:349-57.
4. Grupo AUDIPOC de Investigación. AUDIPOC España 2009. Auditoría Clínica sobre las exacerbaciones de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Madrid 2009. Contiene DVD. [consultado Mar 2015]. Disponible en: <http://www.ciberes.org/audipoc>
5. Pozo-Rodríguez F, López-Campos JL, Álvarez-Martínez CJ, Castro-Acosta A, Agüero R, Huetto J, et al., AUDIPOC Study Group. Clinical Audit of COPD patients requiring hospital admissions in Spain: AUDIPOC study. *PLoS One*. 2012;7:e42156.
6. López-Campos JL, Hartl S, Pozo-Rodríguez F, Roberts CM. European COPD Audit: Design, organisation of work and methodology. *Eur Respir J*. 2013;41:270-6.
7. An International Comparison of COPD Care in Europe. Results of the First European COPD Audit. European Respiratory Society, Lausanne 2012. Contiene DVD. [consultado Mar 2015]. Disponible en <http://www.ciberes.org/audipoc>
8. López-Campos JL, Hartl S, Pozo-Rodríguez F, Roberts CM, European COPD Audit team. Variability of hospital resources for acute care of COPD patients: The European COPD Audit. *Eur Respir J*. 2014;43:754-62.
9. Escarrabilla J, Torrenteb E, Esquinase C, Hernández C, Monsó E, Freixash M, et al. en nombre del equipo del Plan Director de las Enfermedades del Aparato Respiratorio (PDMAR) y del grupo colaborador del proyecto MAG-1 Auditoría clínica de los pacientes que ingresan en el hospital por agudización de EPOC. Estudio MAG-1. *Arch Bronconeumol*. 2015;51:483-9.
10. Pozo-Rodríguez F, Castro-Acosta A, Álvarez CJ, López-Campos JL, Forte A, López Quilez A, et al., the AUDIPOC Study Group. Determinants of between-hospital variations in outcomes for patients admitted with COPD exacerbations: findings from a nationwide clinical audit (AUDIPOC) in Spain. *Int J Clin Pract*. 2015. <http://dx.doi.org/10.1111/ijcp.12601> [Epub ahead of print].