

Estudio Happy Audit. Gestión de un proyecto sobre infección respiratoria financiado por la Comunidad Europea

El pasado mes de enero se inició en distintos centros de salud en España una auditoría sobre las infecciones del tracto respiratorio registradas en atención primaria en el marco de un proyecto financiado por la Comunidad Europea, el denominado Happy Audit, acrónimo de *Health Alliance for Prudent Prescribing, Yield and Use of Antimicrobial Drugs in the Treatment of respiratory tract infections*¹. Se trata de un estudio de intervención cuyo objetivo es mejorar, tanto cualitativa como cuantitativamente, la prescripción de antibióticos para el tratamiento de las infecciones del tracto respiratorio en atención primaria. Este proyecto de investigación se efectúa de forma coordinada en 5 países europeos y en un país extracomunitario: 2 países con tasas bajas de resistencias (Suecia y Dinamarca), 2 países con altas tasas (España y Argentina) y 2 países en los que se ha documentado un crecimiento progresivo de resistencias en los últimos años (Rusia y Lituania). España es el país que más médicos de familia investigadores aporta, alrededor de 300 profesionales, y el estudio español está coordinado por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).

La metodología del estudio es sencilla: en una primera fase se efectúa una auditoría de la prescripción antibiótica durante 15 días en la estación invernal (fase preintervención). Con los resultados globales y de cada investigador se realizan diferentes actividades de mejora (intervención). En una segunda fase se repite el mismo registro un año después, una vez se ha implementado una intervención elaborada a partir de los problemas de calidad detectados en el primer registro (fase postintervención). Entre ambos registros todos los médicos reciben un *feedback* de los resultados que ellos mismos han cumplimentado; se discuten las recomendaciones en el tratamiento antibiótico en estos procesos infecciosos mediante la implementación de unas guías y recomendaciones, y se efectúan cursos para adquirir habilidades prácticas en el manejo de pruebas diagnósticas rápidas para conseguir un uso más racional de los antibióticos². El núcleo central de esta metodología es el denominado Audit Project Odense, ya que fueron unos médicos de familia del departamento de medicina de familia de la Facultad de Medicina de esta ciudad danesa quienes lo aplicaron por primera vez, concretamente en procesos infecciosos. No es más que el círculo de garantía de calidad, descrito en la

figura 1, que ha demostrado ser efectivo para efectuar una prescripción más racional de fármacos, y que se ha aplicado con éxito en los países nórdicos a distintos problemas de salud³. En el año 2001 se realizó un primer «audit» en infección respiratoria en Cataluña con la aplicación de esta metodología, en la que participaron 50 médicos de familia con resultados también favorables con la intervención efectuada⁴.

A partir de este estudio, en el año 2005, se planteó la necesidad de ampliar esta metodología a otros países, aprovechando la convocatoria de becas de la Comunidad Europea y en la que uno de los temas que se priorizaba era llevar a cabo intervenciones encaminadas a reducir la prescripción de antibióticos para reducir de esta forma las tasas de resistencia a gérmenes en la comunidad.

Cabe recordar que el problema de las resistencias es global y que, en mayor o menor grado, todos los países están expuestos. En este sentido, las resistencias no respetan fronteras, de manera que los países del sur de Europa, con unas mayores tasas de resistencia, pueden actuar de transmisores de cepas resistentes a países con unas tasas más bajas de resistencia. Es lo que ocurrió en Islandia cuando en aquel país aumentaron de forma drástica los aislados de una cepa

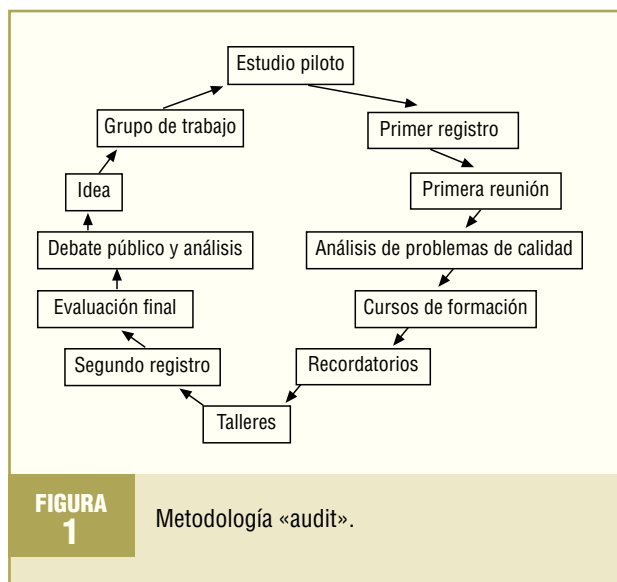


FIGURA 1

Metodología «audit».

neumocócica multirresistente (serotipo 6B), que fueron introducidos por veraneantes islandeses que habían estado en España⁵. Así, vemos que el problema de las resistencias bacterianas sólo puede resolverse mediante la cooperación de todos los países europeos. Por este motivo, una de los puntos fuertes del estudio es que pueda abarcar distintas realidades organizativas (norte, este y sur de Europa), distintos porcentajes de aislamiento de gérmenes resistentes y distintos patrones de prescripción; en efecto, las diferencias de prescripción de antibióticos entre el norte y el sur de Europa son considerables, hecho que no sucede con otros grupos farmacológicos⁶.

En muchas ocasiones se cree, erróneamente, que para que un estudio pueda ser financiado, la investigación debe contemplar una metodología compleja y cuanto más difícil mejor, como puede ser un ensayo clínico, lo que no es cierto. Se podrá criticar que en un estudio de mejora de calidad como el Happy Audit la inclusión de médicos participantes no se haga de forma aleatoria, pero esto no es necesario en este tipo de estudios, ya que para responder a la pregunta planteada no es necesario este rigor metodológico. Además, el esfuerzo en tiempo y en dedicación que debe realizar el investigador es factible en la realidad de la atención primaria española. En primer lugar, se le pide al profesional que registre los contactos con pacientes afectados de infecciones respiratorias durante 15 días; cada registro en la hoja de recogida de datos en formato plantilla puede realizarse en un minuto y esto durante 2 años consecutivos y, en segundo lugar, deberá participar en 2 sesiones de intervención y una más después del último registro para presentar los resultados definitivos.

Para conseguir la financiación de la Comunidad Europea es importante la colaboración con otros países con más experiencia en obtener becas europeas; éste fue nuestro caso, al colaborar con la Sociedad Danesa de Médicos de Familia. Además, es clave la colaboración con Sociedades científicas, con la WONCA, y con los gobiernos de los países participantes. Con los resultados del estudio, la Comisión Europea elaborará una serie de recomendaciones para todos los países miembros; este punto es importante, ya que el estudio no se acaba con el registro antes y después de la intervención (sólo se acaba en este punto el trabajo de campo), sino que sigue con la elaboración de unas recomendaciones para los profesionales adaptadas a cada país, con la elaboración de unos indicadores, de materiales de intervención para pacientes, así como para aconsejar a los Estados miembros cómo ayudar a reducir tasas de resistencias. Otro punto a destacar es la alianza de este proyecto con otros proyectos europeos con financiaciones similares que están en marcha en la actualidad, aunque con otros objetivos: los estudios GRACE, coordinado por Herman Goossens, y CHAMP, coordinado por Theo Verheij.

Finalmente, el proyecto Happy Audit tiene vocación de futuro. Se establecen las bases para plantear otras preguntas y otros estudios a nivel internacional. La investigación en aten-

ción primaria es importante y en este mundo, cada vez más globalizado, debemos dar un paso más allá de la investigación local. Son numerosas las situaciones de incertidumbre que se presentan en nuestra actividad asistencial y aunque muchas veces diseñamos grandes proyectos, tenemos que pensar más en diseñar estudios metodológicamente menos complejos y más factibles para el médico de atención primaria. Es verdad que todo este proyecto no vería la luz sin su figura principal, el médico de familia investigador; son nuestros compañeros quienes hacen realidad esta ilusión de poder llevar a cabo un estudio tan importante como el Happy Audit. Queremos agradecer a la semFYC el apoyo recibido para el desarrollo de este estudio, a la secretaria, a los coordinadores locales de este estudio en España (anexo 1), y como explicábamos anteriormente, a todos los investigadores, ya que sin su ayuda este proyecto no podría llevarse a cabo.

Andalucía: Juan de Dios Alcántara, Carolina Pérez Ramírez. Asturias: Guillermo García Velasco. Baleares: Xavier Arranz Izquierdo, M. Luisa Cigüenza Fuster. Canarias: Gloria Guerra de la Torre, Juan Luis Burgazzoli. Cataluña: José Paredes Saura, Josep M. Cots Yago. Galicia: Marina Cid Sueiro. Madrid: Manuel Gómez García. La Rioja: Jesús Ortega Martínez. Valencia: M. José Monedero Mira, Vicente Pineda Ronda.

ANEXO 1

Coordinadores Happy Audit en España.

Carles Llor^a, Josep Maria Cots^b y Lars Bjerrum^c

^aCoordinador Happy Audit en España. Centro de Salud Jaume I. Tarragona. España.

^bCoordinador Happy Audit en España. Coordinador del Grupo de Infecciosas de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Centro de Salud La Marina. Barcelona. España.

^cCoordinador general del estudio Happy Audit. Universidad del Sur de Dinamarca. Odense. Dinamarca.

Bibliografía

1. Estudio Happy Audit. Accesible en: <http://www.happyaudit.org>
2. Bjerrum L. Antibióticos, ¿se prescriben demasiado rápido? AMF. 2007;3:489-90.
3. Munck AP, Damsgaard JJ, Hansen DG, Bjerrum L, Sondergaard J. The APO method – a popular form of quality development in general practice. Ugeskr Laeger. 2002;164:5390-3.
4. Bjerrum L, Cots JM, Llor C, Molist N, Munck A. Effect of intervention promoting a reduction in antibiotic prescribing by improvement of diagnostic procedures: a prospective, before and after study in general practice. Eur J Clin Pharmacol. 2006;62:913-8.
5. Soares S, Kristinsson KG, Musser JM, Tomasz A. Evidence for the introduction of a multiresistant clone of serotype 6B *Streptococcus pneumoniae* from Spain to Iceland in the late 1980s. J Infect Dis. 1993;168:158-63.
6. Llor C, Cots JM, Boada A, Bjerrum L, Gahrn-Hansen B, Munck A, et al. Variabilidad de la prescripción antibiótica en las infecciones respiratorias en dos países de Europa. Enf Infec Microbiol Clin. 2005;23:598-604.