

Editorial

El Registro Español de Cirugía Cardíaca (RECC): una realidad que mira al futuro



The Spanish Registry of Cardiac Surgery (RECC): A reality that looks to the future

Manuel Carnero-Alcázar*, José López-Menéndez, Rafael Rodríguez-Lecoq
y Jorge Rodríguez-Roda Stuart

La investigación de la mejora de la calidad basada en resultados en salud tiene ya más de un siglo de vida, después de que Codman sentara sus principios en 1918¹. Poco más tarde, Donabedian revolucionó la evaluación de los sistemas sanitarios y propuso indicadores en tres grupos: estructura, proceso y resultados². A finales del siglo XX y principios del XXI, se produjo una nueva evolución, cuando se redefinió el concepto de calidad y se trasladó el centro de gravedad de la medición de la calidad desde la institución sanitaria al paciente, dando más valor a los indicadores medidos de manera subjetiva por los enfermos (PROMs (*Patient Referred Outcome Measurements*))³.

Desde el principio, sin embargo, los programas de calidad se han basado en el esquema de Deming⁴ de mejora continuada: *Plan, Do, Check, Act*. El primer paso (*Plan*) es planificar un proceso asistencial (que puede ir desde un programa de cirugía mínimamente invasiva a otro de trasplante). En un segundo tiempo, el proceso se implementa (*Do*). El tercer paso (*Check*) obliga a medir indicadores concretos para confirmar que el proceso funciona adecuadamente y que los resultados obtenidos cumplen unos estándares. En caso contrario, se deben poner en marcha medidas para corregir la desviación de los resultados o prevenir el riesgo de que esto ocurra, y mejorar los indicadores en cualquier caso (*Act*).

La medición del rendimiento (*Check*) del proceso depende, sobre todo, de un sistema de información que de soporte a todas las fases del proceso. En el ejemplo que poníamos antes, un programa quirúrgico, el sistema debería medir aspectos desde la inclusión en la lista de espera hasta los datos del seguimiento, pasando por la hospitalización, la intervención, el uso de recursos fungibles y reutilizables, etc., amén de medir los resultados en salud para el enfermo (estado funcional, complicaciones, recurrencias, reincorporación laboral, ...). A nivel local, la medición de esos indicadores es muy útil para conocer si el programa mejora o no, y qué aspectos concretos pueden mejorarse. Además, si el sistema de información es compartido por distintos hospitales o unidades, es posible comparar resultados del mismo proceso en distintas ubicaciones, e implementar programas de benchmarking, para emular prácticas en centros de excelencia. Compartir sistemáticamente el conocimiento entre centros mejora la calidad al reducir la variabilidad de los resultados y los procesos.

Esto se ha demostrado con experiencias como el registro de la *Society of Thoracic Surgeons* (STS). La Base de Datos Nacional de la STS incluye cuatro grupos de trabajo: *Quality measurement, Quality*

initiatives, Public reporting, Informatics y Patient-reported outcomes. La base de datos ha servido para identificar variaciones en los procesos asistenciales y ha estimulado importantes esfuerzos de mejora de la calidad. Los centros de cirugía cardíaca envían datos a la STS y reciben informes trimestrales que muestran su desempeño en relación con instituciones a nivel nacional. Esta retroalimentación ajustada al riesgo es importante para el control local del proceso, para centrar las iniciativas de calidad en áreas de pobre desempeño, y como punto de referencia para las mejores prácticas. Después de tres décadas, la Base de Datos Nacional STS es la base para medir el desempeño, la calidad de vida, los informes públicos y la investigación en cirugía cardíaca.⁵

En el Reino Unido, el organismo independiente National Institute for Cardiovascular Outcomes Research (NICOR) recoge información de toda la cirugía cardíaca en adultos realizada en centros del National Health Service (NHS) desde 2002 a través de la National Adult Cardiac Surgery Audit (NACSA)^{6,7}. El NICOR publica anualmente un informe extremadamente detallado del volumen y resultado de distintos tipos de intervenciones, con un análisis comparativo por centros y regiones, e integra un análisis DAFO y recomendaciones específicas para la mejora de los procesos. Los informes son de acceso público y su lectura es altamente recomendable⁸.

Los sistemas de información robustos con datos representativos de la realidad asistencial nacional o regional no sólo son de interés para la toma de decisiones locales, en base al benchmarking o la autoevaluación de los procesos en cada centro, sino a nivel general para tomar decisiones desde un punto de vista de gestión regional o nacional por la Administración o las Sociedades Científicas. Por ejemplo, los datos de la NACSA son usados por la *Society of Cardiothoracic Surgeons* y el propio NHS para implementar programas de auditoría y mejora de los resultados⁷.

El *Nederlandse Hart Registratie* (Registro Holandés del Corazón) es una organización de registro y calidad donde se lleva a cabo un registro obligatorio, completo y de alta calidad de todas las intervenciones y operaciones cardíacas en los Países Bajos⁹. Las sociedades científicas de Cardiología y Cirugía Cardíaca realizan auditorías periódicas en función de los resultados extraídos de los datos de ese registro.

Otro ejemplo muy ilustrativo es el de la *Michigan Society of Thoracic and Cardiovascular Surgeons*. Una iniciativa colaborativa en la que la información del registro del estado de Michigan es compartida de manera pública y con los financiadores de los centros sanitarios, y en base a la cual se publican *benchmarks* de unidades y se desarrollan programas de mejora de resultados¹⁰.

* Corresponding author.

Correo electrónico: mcarneroalcazar@gmail.com (M. Carnero-Alcázar).

Los sistemas de información de los procesos asistenciales han de diseñarse para evitar sesgos en la detección, evaluación y explotación de los indicadores. En este sentido, los sistemas creados por expertos clínicos con inteligencia de negocio demuestran reiteradamente una mayor eficiencia y “adherencia” a la realidad que sistemas generalistas y basados en datos administrativos^{11,12}. Estos últimos son explotados con frecuencia para evaluar el rendimiento clínico de procesos sanitarios, cuando, en realidad, están diseñados para el análisis de volumen y consumo de recursos. Y esto, ocurre, entre otros motivos, porque no existe una alternativa, esto es, un sistema de información único que permita evaluar de manera exhaustiva los procesos clínicos a nivel regional o nacional.

Un claro ejemplo de esto son los muchos de los estudios en los que se han analizado los resultados de la cirugía coronaria o valvular usando para ello un sistema de información exclusivamente administrativo como el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Ministerio de Sanidad. La poca correlación de estas fuentes con la realidad clínica y la incapacidad para detectarla han llevado a la publicación de varios estudios que han reportado un pésimo rendimiento de aquellos procesos, con mortalidades y estancias hospitalarias alejadas de los estándares de nuestro entorno. Este fenómeno ha sido puesto de manifiesto por nuestra Sociedad en distintos ámbitos^{13–15}, aunque, habida cuenta de la reiteración de las publicaciones, con poco éxito.

La SECCE lleva publicando los informes de su registro de actividad desde hace más de 30 años¹⁶. Aunque la información que se puede extraer de ese registro tiene un gran valor, tiene importantes debilidades que manan de sus tres principales limitaciones: recopila información agregada por centro (esto es, la unidad de información no es el paciente), la información es aportada de manera voluntaria por los centros, y no existe ningún mecanismo que permita auditar la calidad de los datos. Por todo ello, el registro de actividad de la SECCE tiene una utilidad mínima para su eventual explotación científica, y no es, desgraciadamente un arma válida para mejorar la posición de la SECCE ante la comunidad médica, la administración ni la sociedad general.

Ante estas circunstancias, la Junta Directiva de la SECCE puso en marcha en 2019 el proyecto del Registro Español de Cirugía Cardíaca (RECC). El Registro pretendía ser un sistema de información clínico, adaptado a los procesos específicos de la cirugía cardíaca, que fuese una herramienta local para la medición de resultados y global para el benchmarking. Además, su contenido podría servir como fuente para generar conocimiento clínico real y no de forma indirecta a partir de sistemas administrativos no específicos de nuestra disciplina.

El registro está diseñado para la captura de información a nivel de paciente de la situación basal, sus exploraciones complementarias, los procedimientos (quirúrgicos o endovasculares), y los resultados a corto y largo plazo. Para evitar la variabilidad en la medición de resultados, se han usado definiciones universales¹⁷; y se han implementado normas lógicas y jerárquicas para optimizar la calidad de los datos introducidos. Aunque el registro permite capturar cientos de variables de cada paciente o intervención, el núcleo original se diseñó a partir de la definición de variables del proyecto QUIP (*Quality Improvement Program*) de la base de datos de Cirugía Cardíaca del adulto del EACTS¹⁸; y el número de variables obligatorias no llega a 150. Esto permite 1) que el sistema sea flexible, de modo que el usuario puede recoger información con el detalle que quiera, 2) la exportación a registros europeos, y 3) reducir la heterogeneidad de la información recogida en distintos centros.

Además, el sistema integra un generador de informes y herramientas de gestión de lista de espera para incentivar el uso rutinario del RECC en la práctica clínica. En el momento actual se están implementando aplicaciones gráficas para benchmarking y funcionalidades avanzadas de exportación de datos. El diseño del RECC ha sido, como se puede inferir, muy ambicioso, y, aunque ya lleva dos años en marcha, no deja de evolucionar e incorporar nuevas posibilidades.

En este artículo, hemos publicado resultados con indicadores de proceso y resultado de 7000 pacientes operados a lo largo de 2021 y 2022. El volumen nacional de procedimientos es unas 8 veces superior al incluido en el RECC, por lo que entendemos que la muestra no es lo suficientemente representativa de la Cirugía Cardíaca en España. El inicio del camino del RECC ha sido ilusionante, pero el futuro está lleno de incertidumbres. Aquellos que hemos estado involucrados en este proyecto creemos que su uso y explotación pueden contribuir a elevar el status de nuestra especialidad al de otros países de nuestro entorno; pero, para ello, es preciso la incorporación masiva del resto de profesionales de nuestra sociedad.

Bibliografía

1. Codman EA. The classic: a study in hospital efficiency: as demonstrated by the case report of first five years of private hospital Clin Orthop Relat Res. 2013;471:1778–83.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q. 2005;83:691–729.
3. Porter ME. What is value in health care? N Engl J Med. 2010;363:2477–81.
4. Berman L, Raval MV, Goldin A. Process improvement strategies: Designing and implementing quality improvement research. Semin Pediatr Surg. 2018;27:379–85.
5. Sharma V, Glotzbach JP, Ryan J, Selzman CH. Evaluating Quality in Adult Cardiac Surgery. Tex Heart Inst J. 2021 Jan 1;48:e197136.
6. Hickey GL, Cosgriff R, Grant SW, Cooper G, Deanfield J, Roxburgh J, et al. A technical review of the United Kingdom National Adult Cardiac Surgery Governance Analysis 2008–11. Eur J Cardiothorac Surg. 2013;45:225–33.
7. Hickey GL, Grant SW, Cosgriff R, Dimarakis I, Pagano D, Kappetein AP, et al. Clinical registries: governance, management, analysis and applications. Eur J Cardiothorac Surg. 2013;44:605–14.
8. NICOR. <https://www.nicor.org.uk/wp-content/uploads/2023/06/10633-NICOR-Annual-Summary-NACSA.v4.pdf>. Acceso en 8 de Octubre de 2023.
9. Houterman S, van Dullemen A, Versteegh M, Aengevaeren W, Danse P, Brinkman E, et al. PCI Registration Committee of the Netherlands Heart Registration Data quality and auditing within the Netherlands Heart Registration: using the PCI registry as an example. Neth Heart J. 2023;31:334–9.
10. Prager RL, Armenti FR, Bassett JS, Bell GF, Drake D, Hanson EC, et al. Michigan Society of Thoracic and Cardiovascular Surgeons Cardiac surgeons and the quality movement: the Michigan experience. Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2009;21:20–7.
11. Schaffer JM, Squiers JJ, Banwait JK, Hale S, Ryan WH, Mack MJ, et al. Differences in Administrative Claims Data for Coronary Artery Bypass Grafting Between International Classification of Diseases Ninth Revision and Tenth Revision Coding. JAMA Cardiol. 2021;6:1094–6.
12. Torchiana DF, Meyer GS. Use of administrative data for clinical quality measurement. J Thorac Cardiovasc Surg. 2005;129:1223–5.
13. Disponible en <http://sectcv.es/mortalidad-del-bypass-aortocoronario-por-comunidades-autonomas-sorpresa-aclarada/>. Última vez accedido en 8 de Octubre de 2023.
14. Mestres CA. Mortalidad del bypass aorto coronario por comunidades autónomas: sorpresa aclarada –Los datos administrativos y la calidad. Cir Cardiov. 2014;21:229–32.
15. Carnero Alcázar M, López Menéndez J, Rodríguez-Roda Stuart J, Maroto Castellanos LC. In-hospital outcomes after PCI and TAVI versus combined aortic valve replacement and coronary surgery. Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2023;76:834–5.
16. Carnero-Alcázar M, Cuerpo-Caballero G, López-Menéndez J, Centella-Hernández T, Polo-López L, García Fuster R, et al. Cirugía cardiovascular en España en el año 2021 Registro de intervenciones de la Sociedad Española de Cirugía Cardiovascular y Endovascular. Cir Cardiov. 2023;30:151–63.
17. VARC-3 WRITING COMMITTEE. Valve Academic Research Consortium 3: Updated Endpoint Definitions for Aortic Valve Clinical Research. J Am Coll Cardiol. 2021;77:2717–2746.
18. Disponible en: <https://www.eacts.org/quip/quality-improvement-programme/>. Última vez visitado en 8 de octubre de 2023.



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es