

Editorial

Diez años de RECALCAR: reflexiones sobre la asistencia cardiovascular en España



Ten years of the RECALCAR registry: reflections on cardiovascular care in Spain

Rafael Salguero-Bodes^{a,b,c} y Fernando Arribas-Ynsaurriaga^{a,b,c,*}^a Servicio de Cardiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid, España^b Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España^c Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

Historia del artículo:

On-line el 27 de enero de 2023

Somos afortunados por disponer de RECALCAR, una herramienta crucial para conocer y mejorar el estado de la asistencia cardiológica en España. Más allá de proporcionar una muestra representativa de una gran parte de las unidades asistenciales de cardiología, meritoriamente estable durante una década, aporta la combinación con la base de datos clínico-administrativa Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Sistema Nacional de Salud. Los acertados comentarios y la oportuna discusión que hacen Cequier et al. en el artículo recientemente publicado en *Revista Española de Cardiología* son excelentes en todos los sentidos¹.

Cabe aportar algunas pinceladas sobre los datos que pueden ayudar a componer el panorama de la evolución de la asistencia cardiovascular en nuestro país y a hacer algunas reflexiones. El incremento del número de cardiólogos, que como tal es deseable, obliga a meditar sobre cuáles deberían ser sus responsabilidades asistenciales, pues el ámbito de la enfermedad cardiovascular los excede ampliamente ante la enorme magnitud de las tareas (estrategias de promoción de la salud y prevención, atención a la insuficiencia cardíaca, etc.). Es imprescindible la asociación o integración con otros colectivos, actividades que quedan excluidas del análisis. Por ejemplo, resultaría pretencioso e ineficiente que todos los pacientes con hipertensión arterial o enfermedad coronaria crónica fuesen evaluados periódicamente en los servicios de cardiología del sistema público y, sin embargo, de las intervenciones realizadas a estas grandes cohortes de individuos deberían derivarse resultados en salud extraordinariamente relevantes a escala poblacional. Es decir, a pesar de ser obvio, es preceptivo destacar que RECALCAR muestra solo una parte de la asistencia cardiovascular.

Es de celebrar, por pequeño que sea, el número creciente de guardias de presencia física de cardiología. El beneficio incremental que puede aportar el cardiólogo en la atención al paciente con enfermedad cardiovascular es máximo si se extiende a todo el proceso asistencial, del que no puede excluirse la atención continuada. En momentos concretos, como el cuadro agudo y la

situación crítica, es cuando el papel del cardiólogo tiene mayor impacto en el pronóstico del paciente².

La presencia del cardiólogo, además del efecto de las redes asistenciales, cuyo máximo exponente es el código infarto, impacta en la reducción de mortalidad en la fase hospitalaria del infarto, hecho que se debe reseñar³.

Además, si la guardia de cardiología se gestiona como un dispositivo de asistencia continuada de alta resolución, aporta una enorme eficiencia al sistema frente a modelos tradicionales de remisión a evaluación en el entorno ambulatorio en aquellos casos, mayoritarios, en que no existan datos de riesgo inminente. En nuestra experiencia, además del beneficio clínico y la serenidad transferidos de inmediato al paciente, permite acortar los tiempos de atención, clasificar la afección y dirigir al paciente al dispositivo óptimo, con lo que se evitan redundancias y se liberan recursos.

Respecto al diagnóstico por imagen, el solo número de estudios es un indicador que se antoja cada vez más pobre en la evaluación de la actividad de ecocardiografía y registra un escaso incremento. La utilidad de los ultrasonidos en cada acto asistencial cardiológico junto y la disponibilidad de equipos portátiles alejan a la ecocardiografía de los gabinetes clásicos, y es difícil cuantificar su impacto, máxime ante el empleo creciente de la ecocardiografía por facultativos de otras especialidades sin representación en el registro. En paralelo, el incremento de complejidad de ciertas exploraciones (apoyo a las intervenciones, apoyo a unidades especializadas, etc.) tiene un impacto numérico muy escaso a pesar de un consumo de recursos muy elevado y, además, precisa un mayor protagonismo del cardiólogo experto en imagen, quien debería ser liberado de participar en estudios simples en los que aporta menor valor. Por ello, sería deseable un registro más discriminatorio de esta actividad.

Así pues, en el horizonte de la actividad asistencial es imprescindible la integración de actores escasamente representados en RECALCAR, como la asistencia prestada fuera del sistema público, la actividad coordinada, compartida o delegada en otros colectivos, el papel de la enfermería de práctica avanzada o la reciente actividad desarrollada en unidades de hospitalización de día, que minimiza la necesidad de hospitalización convencional.

La buena posición comparativa en incidencia y prevalencia de la enfermedad coronaria en nuestro país respecto al entorno y la reducción de la mortalidad por causas cardiovasculares no son sino un estímulo para insistir^{3,4}. Estos buenos resultados podrían

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2022.09.015>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: farribasmd@gmail.com (F. Arribas-Ynsaurriaga).[@Cardio_H120](https://twitter.com/Cardio_H120)<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2023.01.005>

0300-8932/© 2023 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

facilitar la autocomplacencia y promover una visión del tratamiento de estas enfermedades como un asunto rutinario a los ojos de las autoridades sanitarias, algo que hay que evitar.

La publicación y la difusión de índices concretos por comunidades autónomas, áreas de salud o incluso centros concretos podrían tener un efecto dinamizador, además de contribuir a mejorar la equidad en la asistencia.

Un detalle importante es la interpretación de los incrementos de actividad referidos en el artículo¹. Parece discreto, casi puramente vegetativo. Probablemente sean importantes intervenciones capaces de movilizar a la ciudadanía y a sus representantes⁵, ya que, sin entrar en competición con la relevancia y el interés indudables de la oncología o las neurociencias, no se debe perder el foco en la enfermedad cardiovascular, que califica desfavorablemente en el interés público (figura 1)⁶.

La visibilización de la relevancia terapéutica de la cardiología actual requiere que las intervenciones cardiovasculares, en todas sus vertientes (coronarias, estructurales-valvulares y de arritmias), progresen en reconocimiento, más allá de las futuras áreas de capacitación específica en desarrollo. Hoy es difícil explicar a los ciudadanos informados que la lista de espera quirúrgica sea un objetivo estructural en el que recae uno de los principales focos del sistema sanitario público y no la de estas intervenciones, sin duda destinadas a crecer y, en ocasiones, destinadas a resolver el mismo problema de salud. De hecho, cualquier índice productivo debería analizarse en relación con su demanda asistencial, ajustada a unos estrictos criterios que limiten interpretaciones manipuladas o sesgadas.

La asistencia cardiovascular evoluciona y nos movemos en áreas que se alejan de las tradicionales que ocupaban el centro del panorama.

La atención no presencial (e-consulta, consulta telefónica, seguimiento y monitorización a distancia, etc.) en la actualidad

tiene demostrados beneficios en términos de gestión y resultados clínicos⁷⁻⁹. Sin embargo, es necesaria una definición homogénea y precisa de las diferentes actividades subsidiarias de este tipo de registro.

Las consultas externas son un punto crítico del sistema, uno de los elementos de entrada a la atención especializada y un elemento clave para la «ambulatorización» de procesos que facilite la sostenibilidad del sistema y el confort de los pacientes.

Estas consultas deben ser consideradas con detalle y diferenciación, integradas en programas o unidades de atención a problemas de salud específicos. Las unidades de insuficiencia cardíaca son un ejemplo de ello, bienvenido. Sin embargo, se debe progresar en la diferenciación de un síndrome demasiado genérico, con líneas asistenciales diferenciadas que merecen aproximaciones específicas. Un buen ejemplo son las valvulopatías, que ya cuentan con creciente reconocimiento¹⁰.

Más allá de los problemas epidémicos reconocidos, como la enfermedad coronaria o la insuficiencia cardíaca, existen intervenciones que se reducen a un pequeño número de pacientes pero requieren una gran intensidad y consumo de recursos. Ejemplo paradigmático es el *shock* cardiogénico, que requiere el concurso de las redes asistenciales —en su componente de detección precoz y asignación de recursos— y la diferenciación de centros con concentración de experiencia y medios^{10,11}.

Uno de los valores de RECALCAR es permear en la comunidad de cardiólogos la importancia de medir, de los datos, para establecer el análisis previo a la toma de decisiones. Y esto es así en general y en los centros, mediante la comparación individual frente al promedio.

La gran dispersión en España de sistemas de historia clínica electrónica, así como el empleo de múltiples y diversas colecciones de «vocabulario controlado» incorporadas en cada interfaz para el registro de la información, genera desconcierto en el personal asistencial que además anhela lícitamente disponer de la

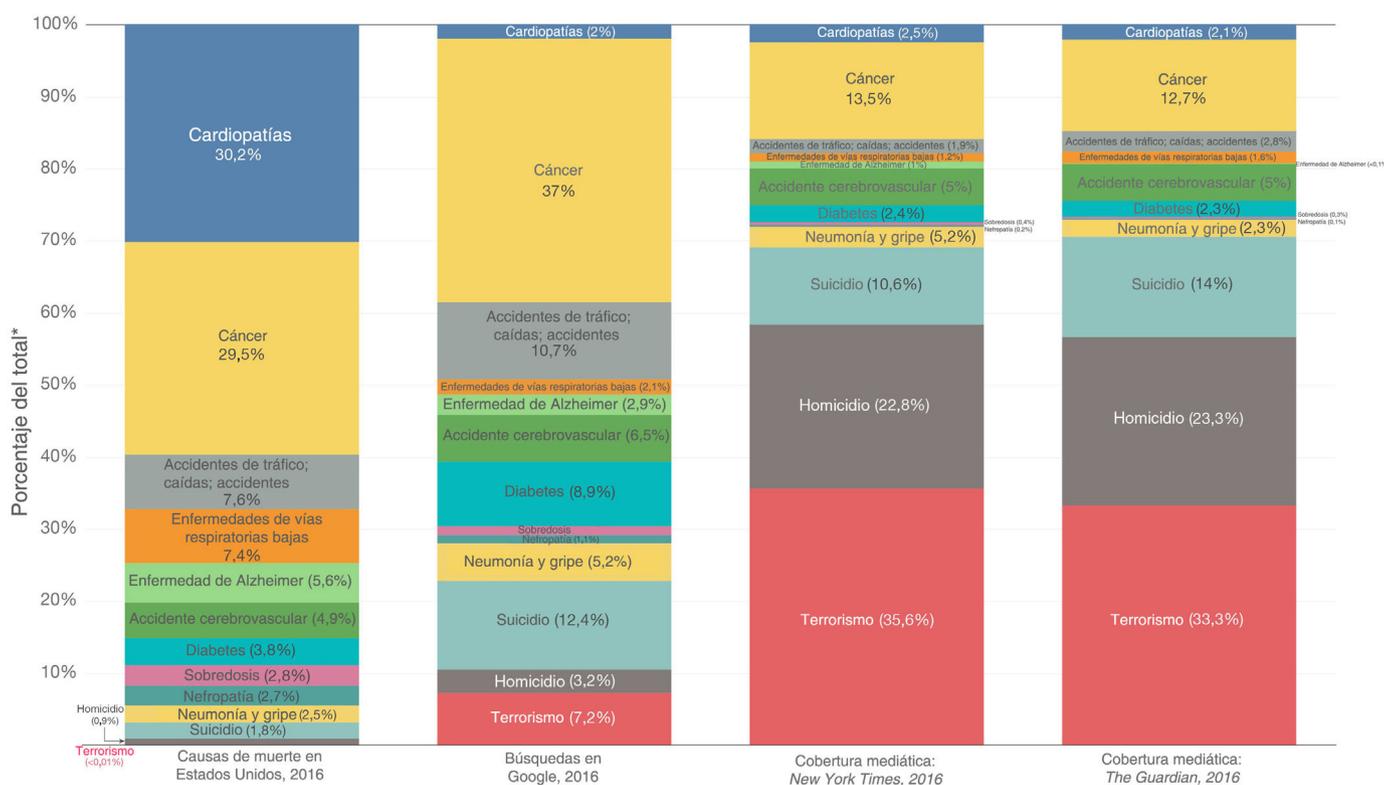


Figura 1. Las cuatro columnas representan, respectivamente, las causas de muerte más frecuentes en Estados Unidos en 2016, las búsquedas en Google al respecto y la cobertura en *New York Times* y *The Guardian*. Las cardiopatías (en la franja superior de cada columna) ocupan porcentajes muy diferentes. Figura extraída de Ritchie et al.⁶.

información estructurada que produce, y que bien podría adaptarse para su extracción directa para su incorporación a RECALCAR. Un paso adelante, necesario, lo representa el diccionario AVACAR, dirigido a estandarizar los informes y, por tanto, el registro de la actividad asistencial, que permitirá incrementar la precisión y facilitar la comparación como herramienta imprescindible para la mejora, aparte de eventuales usos secundarios¹².

Otras áreas que podrían merecer su incorporación al registro son datos estructurados, controlados y homogéneos desde la perspectiva del paciente, así como información que permita la comparación de coste-eficiencia. A medida que gana valor e interés la información recogida en RECALCAR, se hace necesario plantear sistemas de auditoría interna y externa de los datos, dadas las limitaciones inherentes al modelo de recogida de información.

Este planteamiento nos dirige a algo que la sociedad demanda con todo derecho. Los proveedores de asistencia sanitaria, de todos los niveles, deben convertir en un objetivo la comunicación de sus resultados a la población.

Todos estos comentarios nos acercan la conveniencia de replantear el registro de actividad con la vista puesta en la vinculación a los resultados en salud. El modelo de producción propuesto por Porter es absolutamente vigente¹³. Actualmente es poco realista establecer causalidad desde la actividad del registro RECALCAR a los resultados en salud estimados mediante el CMBD.

En resumen, estos 10 años deben considerarse un éxito, sin duda. RECALCAR sienta las bases para avanzar en análisis comparativos de rendimiento asistencial y vincular todas las acciones a mejorar resultados en salud, el verdadero objetivo asistencial. Como tantas otras veces en los proyectos que han alcanzado el éxito, una de las mejores maneras de perpetuarlo es su evolución. Animamos a que RECALCAR lo haga.

FINANCIACIÓN

El presente trabajo no ha contado con financiación.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen potenciales conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cequier A, Bueno H, Macaya C, et al. Trends in cardiovascular care in the National Health System in Spain. *Data from the RECALCAR project 2011–2020 Rev Esp Cardiol.* 2022. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rec.2022.09.017>.
2. Sánchez-Salado JC, Burgos V, Ariza-Solé A, et al. Trends in cardiogenic shock management and prognostic impact of type of treating center. *Rev Esp Cardiol.* 2020;73:546–553.
3. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020–2021. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInf-SanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>. Consultado 15 Dic 2022.
4. Timmis A, Vardas P, Townsend N, et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. *Eur Heart J.* 2022;43:716–799.
5. De Benito E. La mortalidad por infarto varía un 50% entre comunidades. *El País.* 25 Jun 2014. Disponible en: https://elpais.com/sociedad/2014/06/25/actualidad/1403711238_259098.html. Consultado 15 Dic 2022.
6. Ritchie H, Spooner F, Roser M. Causes of death. Disponible en: <https://ourworldindata.org/does-the-news-reflect-what-we-die-from#additional-information>. Consultado 15 Dic 2022.
7. Hernandez-Afonso J, Facenda-Lorenzo M, Rodriguez-Esteban M, et al. New model of integration between primary health care and specialized cardiology care. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:873–875.
8. Rey-Aldana D, Cinza-Sanjurjo S, Portela-Romero M, et al. Programa de consulta electrónica universal (e-consulta) de un servicio de cardiología. *Resultados a largo plazo Rev Esp Cardiol.* 2022;75:159–165.
9. García-Fernández FJ, Osca J, Romero R, et al. Safety and efficiency of a common and simplified protocol for pacemaker and defibrillator surveillance based on remote monitoring only: a long-term randomized trial (RM-ALONE). *Eur Heart J.* 2019;40:1837–1846.
10. Ministerio de Sanidad. Estrategia en Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud (ESCAV). Marzo de 2022. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESCAV_Pendiente_de_NIPO.pdf. Consultado 14 Dic 2022.
11. Intensive Care Society. Shock to Survival Report. A framework to improve the care and outcomes of people with cardiogenic shock in the UK. October 2022. Disponible en: <https://ics.ac.uk/resource/shock-to-survival-report.html>. Consultado 20 Dic 2022.
12. Sociedad Española de Cardiología. Proyectos Institucionales. Diccionario AVACAR. Disponible en: <https://secardiologia.es/institucional/reuniones-institucionales/sec-calidad/avacar>. Consultado 19 Dic 2022.
13. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010;363:2477–2478.