

Estamos de acuerdo en que los dispositivos de asistencia ventricular en pacientes con una fisiología restrictiva deben realizarse en centros con un gran volumen de casos; en este momento, en España no hay hospitales que cumplan estos criterios, pero sí hay pacientes que necesitan tratamiento. La rareza y la complejidad de un paciente como el que se presenta hacen que sea difícil hallar «opciones seguras». Lo que este paciente necesitaba era una opción y ahora está en lista de espera para trasplante tras la normalización de las presiones pulmonares.

CONFLICTO DE INTERESES

S. Schueler ha recibido honorarios por consultoría y como supervisor de HeartWare Inc.

David Dobarro^{a,*}, Luis Horacio Varela-Falcón^a,
Salvatore Di Stefano^b y Stephan Schueler^c

^aDepartamento de Cardiología, Hospital Clínico Universitario,
Valladolid, España

^bDepartamento de Cirugía Cardíaca, Hospital Clínico Universitario,
Valladolid, España

^cCardiac Surgery Department, Freeman Hospital, Newcastle Hospitals
NHS Foundation Trust, Newcastle upon Tyne, Reino Unido

* Autor para correspondencia:
Correo electrónico: daviddobarroperez@outlook.com (D. Dobarro).
On-line el 31 de agosto de 2017

BIBLIOGRAFÍA

- Varela-Falcón LH, Dobarro D, Sayago I, et al. Implantation of a Long-term Left Ventricular Assist Device in a Patient With Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:1020–1022.
- Thaman R, Gimeno JR, Murphy RT, et al. Prevalence and clinical significance of systolic impairment in hypertrophic cardiomyopathy. *Heart.* 2005;91:920–925.
- Salis S, Mazzanti VV, Merli G, et al. Cardiopulmonary bypass duration is an independent predictor of morbidity and mortality after cardiac surgery. *J Cardiothorac Vasc Anesth.* 2008;22:814–822.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.05.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.06.012>
0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Iniciativas para conseguir una atención excelente en el síndrome coronario agudo



Initiatives to Achieve Excellence in the Care of Acute Coronary Syndrome

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo de de Lorenzo-Pinto et al.¹ sobre un programa de reducción de hemorragias en el síndrome coronario agudo, y queremos felicitarles por su iniciativa que, mediante el empleo adecuado de la amplia batería de tratamientos antitrombóticos, contribuirá a mejorar la asistencia en una afección que, por su alta prevalencia y su complejidad, tiene gran relevancia en nuestra actividad.

La introducción de las unidades coronarias, la mejora de las terapias antitrombóticas y la utilización de los procedimientos intervencionistas en la fase aguda han contribuido a una mejora espectacular de la atención a los pacientes coronarios, especialmente por la reducción de la mortalidad que, en el caso del síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST, ha pasado del 16,6% a los 30 días en 1978 al 4,7% en 2007².

Sin embargo, pese a este avance, programas como el expuesto por de Lorenzo-Pinto et al.¹ demuestran que no hay que detenerse ahí y que todavía hay margen de mejora para acercarse al nivel de resultados deseable. Su programa puede sumarse a otras 2 iniciativas también encaminadas a la mejora de la atención y que pueden ser complementarias. Una de ellas no se ha probado en España y la otra, a nuestro modo de ver, tiene posibilidad de perfeccionamiento. Por una parte, en las últimas fechas se han descrito programas que han disminuido de manera eficaz la tasa de reingresos después de procedimientos de revascularización percutánea, cuya frecuencia se cifra en torno al 15% en el primer mes y que rara vez se deben a problemas relacionados con el procedimiento intervencionista o por síndrome coronario agudo^{3,4}. Por otra parte, en el año 2011 se puso

en marcha en nuestro país el proyecto RECALCAR, con el fin de conocer la infraestructura y los resultados de las unidades de cardiología del Sistema Nacional de Salud. Su nacimiento debe ser aplaudido por el objetivo de mejorar el conocimiento sobre nuestra actividad, aunque en nuestra opinión puede y debe sufrir modificaciones. El origen de los datos es doble: en primer lugar, los jefes de departamento proporcionan los datos relacionados con la infraestructura y la actividad de cada servicio referentes al mismo año del registro; en segundo lugar, los datos de resultados se obtienen del Conjunto Mínimo Básico de Datos obtenidos desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que provienen de la codificación de los informes de alta del año anterior.

Desde su inicio esta estructura ha recibido críticas porque los errores en la propia codificación, sumados a los procedentes del proceso administrativo, han generado quejas de algunos centros. Este camino ya fue recorrido por el sistema de Nueva York y llevó a una interrupción temporal hasta la modificación actual, en el que los datos se basan en el riesgo individual obtenido a través de escalas de riesgo. Estas escalas son introducidas por el facultativo en el momento del procedimiento y su veracidad está sometida a un estricto control de auditoría externa por selección aleatoria de historias clínicas, con penalizaciones al centro y al facultativo en caso de error en los datos⁵. Dicho modelo consiguió una disminución de la mortalidad del 41% entre 1989 y 1992, y desde ese año se publican los datos en internet por operador y centro, de modo que el paciente puede obtenerlos y elegir facultativo según dichos resultados. Conseguir este nivel de transparencia en resultados por centro y médico debería ser un objetivo que, aunque pueda parecer lejano o utópico, sería un éxito rotundo. En esta misma línea, la propia Sociedad Española de Cardiología ya ha puesto en marcha una línea para monitorizar indicadores de calidad y mejorar los resultados por centro⁶.

Probablemente el mayor impedimento será el habitual, es decir, la falta de infraestructura para desarrollar estas acciones, pero

nuestra misión es demostrar su efectividad y así que se pueda obtener de la administración un compromiso y recursos para recorrer el camino que todavía falta para llegar a la atención excelente deseada.

Íñigo Lozano*, Juan Rondán, José M. Vegas y Eduardo Segovia

Servicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: inigo.lozano@gmail.com (Í. Lozano).

On-line el 23 de junio de 2017

BIBLIOGRAFÍA

- De Lorenzo-Pinto A, Herranz-Alonso A, Cuéllar-Basterrechea B, Bellón-Cano JM, Sanjurjo-Sáez M, Bueno H. Clinical and economic impact of a multidisciplinary intervention to reduce bleeding risk in patients with acute coronary syndrome. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70:825-831.
- Sala C, Grau M, Masia R, et al. Trends in Q-wave acute myocardial infarction case fatality from 1978 to 2007 and analysis of the effectiveness of different treatments. *Am Heart J.* 2011;162:444-450.

- McNeely C, Markwell S, Vassileva CM. Readmission after inpatient percutaneous coronary intervention in the medicare population from 2000 to 2012. *Am Heart J.* 2016;179:195-203.
- Tanguturi VK, Temin E, Yeh RW, et al. Clinical interventions to reduce preventable hospital readmission after percutaneous coronary intervention. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2016;9:600-604.
- Hannan EL, Cozzens K, King 3rd SB, Walford G, Shah NR. The New York State cardiac registries: history, contributions, limitations, and lessons for future efforts to assess and publicly report healthcare outcomes. *J Am Coll Cardiol.* 2012;59:2309-2316.
- López-Sendón J, González-Juanatey JR, Pinto F, et al. Indicadores de calidad en cardiología. Principales indicadores para medir la calidad de los resultados (indicadores de resultados) y parámetros de calidad relacionados con mejores resultados en la práctica clínica (indicadores de práctica asistencial). INCARDIO (Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Área del Corazón): Declaración de posicionamiento de consenso de SEC/SECTCV. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:976-1005.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.12.020>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.06.018>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2017.05.024>

0300-8932/

© 2017 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Iniciativas para conseguir una atención excelente en el síndrome coronario agudo. Respuesta



Initiatives to Achieve Excellence in the Care of Acute Coronary Syndrome. Response

Sr. Editor:

Queremos agradecer el interés despertado y los comentarios emitidos sobre nuestro artículo¹ publicado en REVISTA ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA. Estamos de acuerdo con Lozano et al. en que nuestra intervención es solo una opción y que es complementaria con otras medidas de mejora de la calidad asistencial. Sin duda, las 2 estrategias que proponen los autores podrían enriquecer el modelo planteado por nosotros.

En nuestro caso, el motivo que desencadenó la necesidad de reducir el porcentaje de hemorragias en los pacientes con síndrome coronario agudo fue precisamente una exhaustiva codificación de los diagnósticos. En este sentido, el servicio de cardiología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón participa, además de en el programa RECALCAR, en el Área del Corazón del *Benchmarking Club*, que presenta anualmente una serie de datos que se comparan entre los hospitales que participan. En el año 2009 se observó que los pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (la mayoría con síndromes coronarios agudos) ingresados en el área de corazón del hospital presentaron una tasa de hemorragias bruta del 12,5%, lo cual superaba la media de los hospitales del *Benchmarking Club* (9,5%) y la nacional (8,6%)². Sin embargo, esta tasa de hemorragias comunicada por cada centro dependía estrechamente del grado de codificación hospitalaria (los análisis se basan en el Conjunto Mínimo Básico de Datos), como señalan correctamente los autores de la carta, y nuestro hospital era uno de los más exhaustivos en la codificación de diagnósticos y complicaciones del *Benchmarking Club*.

A pesar de las limitaciones inherentes a estos programas voluntarios, los resultados encontrados fueron clave para identi-

ficar oportunidades de mejora y orientarnos en la necesidad de desarrollar una estrategia multidisciplinaria encaminada a reducir las hemorragias y comprobar su impacto en términos económicos y de salud.

Para el adecuado control de la calidad, es imprescindible medir la actividad y sus resultados³. Pese a las limitaciones mencionadas de las herramientas de medida y de los diferentes sistemas de monitorización, en nuestra opinión, es mejor tener alguna información, aunque no sea completa o perfecta, que no tenerla. Esta información deberá ser el punto de partida para elaborar estrategias de mejora de la calidad asistencial o, en el peor de los casos, de los instrumentos o sistemas de medida. Decir que los instrumentos no funcionan y no hacer nada para cambiarlos no es una opción responsable.

FINANCIACIÓN

Este proyecto ha sido posible gracias a la subvención concedida por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Orden SAS/2377/2010).

CONFLICTO DE INTERESES

El Dr. Héctor Bueno recibe financiación del Instituto de Salud Carlos III (pie16/00021) y de Astra-Zeneca, BMS, Janssen y Novartis por proyectos de investigación y ha recibido pagos por asesoría, conferencias o ayudas a asistencia a congresos de Abbott, Astra-Zeneca, Bayer, BMS-Pfizer, Ferrer, MEDSCAPE-the heart.org, Novartis y Servier.

Ana de Lorenzo-Pinto^{a,b,*} y Héctor Bueno^{c,d,e}

^aServicio de Farmacia, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España