

Historia clínica electrónica SAC y el cambio de escenario de la investigación clínica

SAC's Electronic Medical Record and the Change in Clinical Research Scenario

En el Congreso Argentino de Cardiología se hará el lanzamiento inicial del proyecto de historia clínica electrónica (HCE) de la Sociedad Argentina de Cardiología para consultorios ambulatorios. Todavía en nuestro país la HCE no es una práctica habitual en los hospitales ni en los consultorios, y en el mejor de los casos ayuda a la tarea asistencial, pero aún no constituye una fuente relevante de información médica. Su orientación por el momento es predominantemente administrativa o comercial. No es necesario insistir en la relevancia de tener una HCE universal. Existen esfuerzos del Ministerio de Salud y de regiones sanitarias, pero todavía con escasa difusión y la carencia de estadísticas médicas en nuestro país es un tema de gran preocupación y que dificulta una gestión racional de los recursos en salud.

En el último Congreso Europeo de Cardiología asistí a un debate sobre la validez de los registros de infarto, donde expusieron directivos de los programas de Suecia, Dinamarca y el Reino Unido. El programa sueco SWEDEHART registra actualmente el 100% de las cirugías cardíacas, concentradas en solo 8 centros, la totalidad de las angioplastias primarias (29 centros) y de los síndromes coronarios agudos (71 centros). Combina fichas de registro prospectivo con la información que puede obtener de la HCE y otras fuentes de información. Un aspecto muy remarcado en la exposición fue la necesidad de cada institución de conocer su nivel de calidad en las prestaciones para emprender estrategias autocorrectivas. Las mejoras en los niveles de calidad en la última década han sido notables. Otro ejemplo es Dinamarca, que cuenta con HCE desde hace casi cuatro décadas; cada persona tiene un número único que abarca aspectos médicos, prescripciones, datos de empleo, cursos, ingresos económicos. Por supuesto que los datos individuales no son accesibles a los investigadores, se respeta absolutamente la privacidad con múltiples medidas preventivas y fuertes castigos para su violación. Un ejemplo del poder de sus bases de datos es el estudio de 121.280 pacientes con fibrilación auricular egresados entre 1997 y 2006. De ellos, 73.538 no estaban anticoagulados y pudieron evaluar en el seguimiento en forma prospectiva el comportamiento del puntaje de riesgo embólico CHADS₂ y demostrar que el puntaje CHA₂DS₂-VASc es más adecuado en particular para categorizar pacientes con puntajes bajos. Este estudio fundamentó un cambio en todas las guías internacionales de manejo de la fibrilación auricular (BMJ 2011;342:d124 doi:10.1136/bmj.d124). Estados Unidos de Norteamérica tiene una ley de HCE y en pocos años no podrá llevarse otro sistema de registro. En Suecia han comenzado también los estudios aleatorizados

sobre registros. El primero publicado ha sido el TASTE *trial*, un estudio controlado aleatorizado del valor de la tromboaspiración durante la angioplastia primaria del infarto [N Engl J Med 2014;21;371(8):786]. A través de la aleatorización telefónica se le indicaba a cada centro si debía aplicarse o no tromboaspiración. La tarea de investigación terminaba allí, todo el seguimiento y eventos se derivaban de la HCE, el estudio no requería fichas específicas ni monitorización, y por lo mismo, resultó muy económico. Lograron así incluir 7.244 pacientes. Participaron los 29 centros de Suecia con capacidad de angioplastia primaria; sobre un total de 11.709 procedimientos incluyeron prospectivamente en el estudio 7.244 pacientes. El resultado fue impactante, y permitió descartar la utilidad de esta práctica de costo elevado y cuya realización se establecía sobre la base de ensayos en pocos centenares de pacientes. Estamos así entrando en una nueva era, profetizada décadas atrás por Gianni Tognoni, que se ilusionaba con que la práctica clínica cotidiana fuera el escenario real de la investigación clínica. Asimismo, existen registros nacionales en otros países europeos como el MINAP en el Reino Unido con potencialidad para este tipo de ensayos.

¿Cuál es el objetivo del proyecto HCE de la Sociedad Argentina de Cardiología?

Partimos de una historia clínica orientada a problemas, desarrollada por Sergio Montenegro sobre la base de la historia clínica ambulatoria del Hospital Italiano de Buenos Aires. Sobre esa base se agregaron fichas de patologías, como insuficiencia cardíaca, síncope, fibrilación auricular, que permiten ingresar en forma más rápida los datos de los pacientes y a su vez configurar en forma instantánea una base de datos analizable. La historia no solo facilitará la asignación de turnos, la visualización de los problemas abiertos, antecedentes, estudios y tratamientos, sino también que, al contar con fichas específicas, permitirá estandarizar el registro y asesorar a los médicos consultando guías, sistemáticas, puntajes y otras fuentes.

Comenzaremos en octubre con la fase piloto, en la que un grupo de colaboradores la evaluará en su práctica cotidiana, y luego de progresivos ajustes esperamos que pueda ser un aporte a toda la comunidad cardiológica del país y quizá de otros de habla hispana. Sabemos que los registros electrónicos irán avanzando en los próximos años, con diferentes formatos y desarrolladores, y seguramente por razones institucionales se preferirán diseños diferentes. Nuestra intención, a la par de configurar una historia clínica práctica, es estandarizar los campos y detalles que pueden servir para que cualquiera que sea la historia, por ejemplo,

los datos de fibrilación auricular se guarden de la misma manera. Esta ha sido la estrategia del registro PINNACLE de fibrilación auricular. Las historias clínicas comerciales se publicitan a los cardiólogos en los Estados Unidos aclarando que su diseño es compatible con el registro. La HCE de la SAC se irá construyendo con el aporte de sus usuarios, y dado que contamos con las fuentes de programación y el entusiasta apoyo de sus diseñadores, podemos sumar modificaciones y estructuras que la hagan más acorde a las necesidades del cardiólogo.

Estamos entrando en una nueva fase de la información médica y de los registros, con la puerta abierta a evaluaciones de calidad con intervenciones

autocorrectivas, así como de estudios de intervención comunitarios sencillos y orientados a las verdaderas necesidades de los pacientes. La esperanza es que estas armas nos permitan trabajar con un nivel superior y ayudar a mejorar la calidad de nuestras prestaciones, evitar errores y elevar la prestación asistencial a los pacientes, sentido último de nuestro accionar. Quedan formalmente invitados.

Dr. Carlos D. Tajer^{MTSAC}

Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología

REV ARGENT CARDIOL 2014;82:456-457. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v82.i5.5153>