



## Consenso sobre un modelo para una asistencia coste-eficaz de las heridas

Como ya adelantamos en el anterior número de Helcos, cirujanos, dermatólogos, médicos de familia, enfermeras y economistas especializados en temas sanitarios de todo el mundo han llegado, por vez primera, a un acuerdo sobre un método para medir la relación coste-eficacia del tratamiento de las heridas.

La tercera reunión del International Committee of Wound Management (ICWM) [Comité Internacional sobre el Tratamiento de las Heridas] convocó a expertos de 20 países en Lisboa, Portugal.

Se estima que en España el coste de la asistencia de las heridas se trata de uno de los cinco costes de asistencia sanitaria más destacados como en otros países desarrollados.

Una de las razones del aumento de este gasto es la creciente incidencia de úlceras vasculares y úlceras por presión en las poblaciones geriátricas del mundo desarrollado. La curación de este tipo de heridas crónicas puede requerir años, y no sólo comporta costes directos (apósitos, tiempo de enfermería, etc...) sino también costes indirectos (alivio del dolor, pérdida del trabajo y de los ingresos, y costes para la familia, los cuidadores, etc...).

Tanto los aseguradores de la salud como los gobiernos de todo el mundo presionan considerablemente en pos de datos válidos sobre resultados y sobre la relación coste-eficacia con respecto a los tratamientos asistenciales de las heridas. En opinión del profesor Degreef, presidente del International Committee on Wound Management, «hasta la fecha, la obtención de estos datos ha supuesto un reto para los clínicos y los economistas de temas sanitarios, dado que el tratamiento asistencial de las heridas abarca un gran número de disciplinas y de variables».

Existe una preocupación acerca del retraso actual en la adopción de tratamientos más modernos y eficaces, dado que los proveedores y los profesionales implica-

dos en la asistencia de las heridas carecen de métodos consistentes para demostrar que sus tratamientos son realmente coste-eficaces.

Por ejemplo,

- ¿Las intervenciones quirúrgicas destinadas a eliminar el tejido necrótico o a corregir las anomalías circulatorias son más o menos coste-eficaces que el tratamiento conservador a largo plazo (por ejemplo, la limpieza y el vendaje regular de las heridas)?
- ¿Cuál es el tipo de apósito que demuestra una mejor relación coste-eficacia?

Los miembros del ICWM exploraron los fundamentos que los investigadores deben utilizar para comparar tratamientos y planes de actuación. Entre los problemas que debían afrontar destacaba cómo incluir en los cálculos de rentabilidad el valor del alivio del dolor o del restablecimiento de la movilidad.

Llegaron a un consenso sobre un modelo económico en el que se comparaban los planes de tratamiento y de actuación, cuantificando el consumo de recursos (coste directo e indirecto) para obtener parámetros concretos de resultados satisfactorios, determinados en un período especificado.

Crearon que su modelo podía utilizarse para medir la relación coste-eficacia del tratamiento sobre la base de la curación y de otros parámetros de éxito, y que podía aplicarse en todos los países del mundo.

El ICWM anima a los profesionales competentes en la asistencia sanitaria para que adopten un modelo y un lenguaje de rentabilidad unificados para poder comparar con precisión las actitudes asistenciales de las heridas, tanto a nivel local como nacional e internacional. Este modelo se propuso como un punto de arranque a partir del cual poder trabajar.



VI COMITE INTERNACIONAL SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS (ICWM). CONSEJO MUNDIAL SOBRE LA RELACION COSTE-EFICACIA DE LA ASISTENCIA DE LAS HERIDAS

Febrero de 1995, Lisboa, Portugal

MODELO ECONOMICO PARA UNA ASISTENCIA RENTABLE DE LAS HERIDAS

Perspectiva

La relación coste-eficacia de la asistencia de las heridas puede medirse... *sin embargo...* es necesario elaborar escalas de medición. La finalidad consistiría en disponer de un método universalmente aceptable que incluyera sólo datos objetivos, mensurables. Este tipo de escalas estaría centrado en el paciente y mostraría el tipo de herida más un conjunto de puntuaciones antes y después del tratamiento. En consecuencia, se presenta la siguiente declaración de consenso:

Declaración de consenso

1. El diagnóstico y la prevención (tanto de la enfermedad primaria como de las recidivas) debe de ser el primer objetivo de todas aquellas personas encargadas de organizar y de proveer la asistencia de las heridas.
2. Tanto los pacientes, los cuidadores, los profesionales de salud como las instituciones que sustentan económicamente la asistencia, requieren datos científicamente válidos sobre el valor económico de las terapéuticas asistenciales de las heridas.
3. Los modelos económicos deben tener en cuenta tanto los costes directos e indirectos como los resultados.
4. Los costes directos de la asistencia de las heridas pueden ser identificados y calculados.
5. Los costes directos de la asistencia constituyen una proporción considerable y creciente de los costes totales de la asistencia sanitaria.
6. Los costes indirectos deben tomarse siempre en consideración así como evaluar su influencia so-

bre los costes terapéuticos totales. Esta influencia puede variar de un entorno a otro.

7. Los costes indirectos incluyen los costes de las oportunidades perdidas por los pacientes, los cuidadores y los profesionales de la salud para llevar a cabo otras actividades valiosas.
8. En la asistencia de las heridas, la rentabilidad puede expresarse por la ecuación:

$$\text{Coste-eficacia} = \frac{\text{Costes directos} + \text{Costes indirectos}}{\text{Consecución de parámetros de éxito predeterminados en un período de tiempo específico}}$$

*Costes directos:* costes de los apósitos primarios y secundarios utilizados para la asistencia de la herida, coste de los productos auxiliares para limpiar y vendar la herida, coste de las intervenciones quirúrgicas y radiológicas, coste del tratamiento de las complicaciones de la herida, coste de los medicamentos para tratar el dolor causado por la herida, coste de la asistencia del paciente hospitalizado, relacionada directamente con la herida, coste del tiempo dedicado por el personal asistencial, coste de los desplazamientos del personal asistencial o de los pacientes, y coste de la eliminación del material o de los productos destinados al tratamiento de la herida.

*Costes indirectos:* costes relacionados con la calidad de vida y relacionados con la ayuda para realizar las actividades de la vida cotidiana, coste de los días de absentismo laboral, y costes derivados de los pleitos.

Los *parámetros de éxito* pueden variar de un paciente a otro y de un entorno a otro. Los ejemplos podrían comprender uno o más de los siguientes:

- Curación completa
- Reducción del tamaño de la herida
- Reducción del área de la superficie de la herida
- Reducción del dolor
- Restablecimiento de la función
- Restablecimiento de la movilidad
- Mejora de la calidad de vida
- Desbridamiento
- Prevención de las recidivas