



CARTAS AL DIRECTOR

Coste del tratamiento del aneurisma de aorta abdominal: cirugía abierta frente a tratamiento endovascular



Cost of abdominal aortic aneurysm treatment. Open repair compared to endovascular repair

Sr. Director:

He leído con detenimiento el artículo de Calvin Álvarez P, et al.¹ y, ante todo, debo felicitar a sus autores. El tema en cuestión es algo tan actual que todos, creo no equivocarme si afirmo que «todos» y no «la mayoría», de los que nos dedicamos a tratar esta enfermedad, nos hemos planteado. Ello es así pues está claro que, en la época que nos ha tocado vivir, si hay algo que nos preocupa, es el coste que generamos con nuestra actividad. Por otro lado, el artículo está realizado con rigor metodológico y sus conclusiones son claras, sobre todo y, en mi opinión como ahora me explicaré, al referirse a «su medio».

Un tema de sumo interés a la hora de analizar el coste real de los procedimientos, es la falta de homogeneidad de los hospitales a la hora de atribuir un valor a los servicios prestados. Como bien dicen los autores, los diferentes modelos económicos pueden justificar los distintos resultados de los estudios, sin embargo, es sorprendente que, dentro de un mismo sistema sanitario, existan diferencias importantes en los costes atribuidos al mismo acto. Nosotros lo comprobamos en la Comunidad Autónoma Andaluza, al analizar los datos de una revisión de costes efectuada en seis hospitales, donde comparamos 10 casos consecutivos de AAA tratados vía endovascular frente a otros 10 tratados de forma abierta². En ella nos encontramos que el valor atribuido a un día de estancia en planta osciló desde 480 a 840€, la estancia en UCI/URP desde 1.297 a 2.400€ y la hora de quirófano desde 240 a 2.044€. Al comparar estas cifras con las expuestas en el artículo comentado, sorprende el coste de un día de estancia hospitalaria en el Hospital de Cabueñes en Gijón (133,65€ expuesto en el artículo), frente a los obtenidos en los hospitales de Andalucía (entre 480-840€ en los 6 hospitales, media de 630€); la hora de quirófano, si sumamos la de anestesia (493,8€ en el

artículo, frente a la media en Andalucía que es de 1.095€); o la estancia en UCI (de 1.163,46€ en Gijón, frente a la media andaluza de 1.659€).

Con estas diferencias, está claro que las comparaciones «interhospitalarias» carecen de sentido. Si hay una cosa que tenemos claro y que no es tan variable entre hospitales, es el coste de las prótesis y del material utilizado, sin embargo, el valor del tiempo quirúrgico y de las estancias hospitalarias de cada procedimiento resultan igualmente importantes y, por tanto y, mientras no se consigan datos homogéneos, la utilidad de este tipo de análisis solo puede ser interna, es decir, para cuantificar los costes en «cada medio», en función de la atribución de gastos que se efectúa en cada centro. A ello se suma la influencia que la actuación de cada equipo, en el manejo del paciente, tiene en los costes, es decir, diferentes actuaciones en cuanto a estancia del paciente en Medicina Intensiva (UCI)/URP o REA, planta, hábitos quirúrgicos, protocolos de seguimiento...

A título informativo, pues no es el objeto de esta carta y, además, está completamente condicionado por la diferencias en las cifras comentadas, decir que, en nuestro registro, obtuvimos datos que van desde una diferencia por paciente a favor del tratamiento endovascular (EVAR) en 3 hospitales (1.923€, 1.590€ y 700€), hasta una diferencia de costes a favor de la cirugía abierta en otros 3 (3.930€, 2.101€ y 614€). Es decir, en solo 2 de los 6 hospitales andaluces, los datos obtenidos se aproximan a los del Hospital de Cabueñes, donde la diferencia media a favor de la cirugía abierta es de 2.849,6€ (excluyendo los costes de reintervenciones y pruebas diagnósticas, las cuales no consideramos en nuestro estudio andaluz).

Para terminar, quiero resaltar que, como también se refieren los autores del artículo, en la mayoría de las ocasiones nos encontramos con el hecho de que muchos pacientes de los tratados mediante EVAR no serían candidatos a cirugía abierta, lo cual entraría ya en el concepto de que con esta técnica conseguimos auténtica «ganancia de salud»³, lo cual resta valor a la mera comparación económica.

Bibliografía

1. Calvin Álvarez P, Botas Velasco M, del Canto Peruyera P, Vaquero Lorenzo F, Vallina Victorero MJ, Álvarez Fernández LJ. Coste del tratamiento del aneurisma de aorta abdominal: cirugía

abierta frente a tratamiento endovascular. *Angiología*. 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2014.11.012>.

2. Proyecto Endonomics, realizado gracias a Medtronic y CSA Técnicas Médicas. Los datos se pueden consultar directamente a dichas empresas o a cada hospital.
3. La ganancia de salud es una forma de expresar las mejoras en los resultados de salud. Se puede utilizar para reflejar las ventajas de una forma de intervención sanitaria frente a otra para conseguir la máxima ganancia de salud. Nutbeam Don. Glosario de Promoción de la Salud. Centro Colaborador de Promoción de la

Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia. OMS. Ginebra, 1998.

M. Rodríguez Piñero

Unidad de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España
Correo electrónico: mropinero@ono.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2015.09.007>

Fe de errata al artículo «Recomendaciones de la guía para el diagnóstico y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal»



An erratum for article «Recommended guidelines the for diagnosis and treatment of abdominal aortic aneurysm»

Sr. Director:

En el número 04 (julio-agosto de 2015) del volumen 67 de la revista *ANGIOLOGÍA*, se incluyeron las *Recomendaciones de la guía para el diagnóstico y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal*¹. En la página 299, sobre el seguimiento del paciente asintomático, aparece reflejado que «el intervalo de seguimiento del AAA con diámetro máximo...entre 40 y 49 mm se realizará cada 1-2 años, y si está entre 40 y 49 mm, cada 6-12 meses».

Consultando la guía de práctica clínica completa publicada como volumen extraordinario en junio de 2015, se puede observar que la frase correcta es: «si está entre 40 y 49 mm cada 1-2 años y si está entre 50 y 54 mm cada 6-12 meses». Dicha recomendación se fundamenta en estudios publicados y recomendaciones de otras sociedades a nivel internacional².

Las erratas referidas a guías de práctica clínica pueden conllevar errores en el diagnóstico, seguimiento o tratamiento de pacientes, así como la realización de actividades no sustentadas por la evidencia científica actual. De tal forma, el valor principal de una guía de práctica clínica es su contribución al mantenimiento de la calidad asistencial mediante el uso adecuado de los recursos disponibles, el evitar decisiones clínicas no fundamentadas científicamente y el reducir la variabilidad incompetente de la práctica médica.

Todo ello, sin olvidar las posibles implicaciones médico-legales en cuanto que las guías de práctica clínica indican conductas recomendadas, fundamentadas en la actualización y la validez de los conocimientos científicos, están consensuadas y ayudan a los médicos a un comportamiento diligente, lo cual apoya la corrección de la actuación

médica. Además, constituyen un elemento de seguridad jurídica y de amparo de la conducta médica³. Las guías de práctica clínica facilitan la defensa jurídica en caso de reclamación por mala praxis.

Como en toda actividad médica, la prevención es un mecanismo de actuación para evitar un riesgo, como puede ser la posibilidad de reclamación. Dentro de las recomendaciones, la primera y fundamental es el cumplimiento durante la práctica clínica de los preceptos legales reflejados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Pero, en segundo lugar, se sitúa el seguir los protocolos, pautas clínicas y tratamientos consensuados por la sociedades científicas o por los servicios del centro sanitario⁴.

En conclusión, dicha errata, al haberse producido dentro de las recomendaciones de una guía de práctica clínica, constituye un factor de confusión tanto a nivel asistencial como médico-legal que debe tenerse en cuenta por todos los lectores.

Bibliografía

1. Esteban C, Lahoz C, Bellmunt S, Reinares L, Botas M, Brea A, et al. Recomendaciones de la guía para el diagnóstico y tratamiento del aneurisma de aorta abdominal. *Angiología*. 2015;67:297-303.
2. Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, et al. Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2011;41(spl1):S1-58.
3. Carbonell J, Benet J. Protocolos y guías de práctica clínica. Praxis clínica y responsabilidad. Guía de prácticas clínicas seguras 3. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. [consultado 27 Ene 2015]. Disponible en: <http://puntsdevista.comb.cat>.
4. Medallo-Muñiz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:152-6.

D. Gutiérrez

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España
Correo electrónico: dianagc2704@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2015.09.001>