

Primary care and upfront computed tomography scanning in the diagnosis of chronic rhinosinusitis: a cost-based decision analysis

Atención primaria y tomografía computarizada por adelantado en el diagnóstico de rinosinusitis crónica: un análisis de decisión basada en los costes

Leung RM¹, Chandra RK², Kern RC², Conley DB², Tan BK²

¹Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, University of Toronto, Toronto, Canada;

²Department of Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, EE.UU.

Laryngoscope. 2013 Aug 5. doi: 10.1002/lary.24100. [Epub ahead of print]

Comentario: Alfonso del Cuvello Bernal
Unidad de Rinología y Asma
UGC Otorrinolaringología
Hospital de Jerez
Cádiz
E-mail: dr.cuvello@comcadiz.es

INTRODUCCIÓN

La rinosinusitis crónica (RSC) es una enfermedad muy prevalente (10,9% en Europa) y heterogénea, definida en las guías clínicas y consensos más recientes por los síntomas clínicos: obstrucción nasal, rinorrea anterior o posterior, dolor facial y alteración del olfato, que se prolongan en el tiempo más de 12 semanas¹, derivados de la inflamación de la mucosa de las fosas y los senos paranasales.

El diagnóstico de la enfermedad, según estas guías y consensos, debe realizarse con la presencia de dos o más de estos síntomas, siendo al menos uno de los dos un síntoma principal (obstrucción nasal o rinorrea mucopurulenta). Sin embargo, se ha comprobado que la especificidad del diagnóstico por los síntomas es baja y que un porcentaje escaso de pacientes presenta signos objetivables que corroboren el diagnóstico². Basar el diagnóstico exclusivamente en los síntomas puede generar un porcentaje de error inaceptable, por lo que parece necesario definir criterios diagnósticos sensibles y específicos.

La endoscopia nasal y la tomografía computarizada (TC) son los métodos de exploración que permiten el diagnóstico de RSC con más precisión. El consenso europeo EPOS los ha incluido como necesarios en el proceso de confirmación diagnóstica¹. Sin embargo, en la mayoría de los documentos de consenso más extendidos, se recomienda iniciar tratamiento empírico

sin realizar TC en ausencia de signos endoscópicos o cuando no es posible realizar la endoscopia nasal.

El tratamiento médico empírico de la RSC se realiza, según proponen los documentos de consenso actuales, con corticoides tópicos nasales y ciclos más o menos prolongados de antibioterapia. En un estudio previo, los autores del presente artículo demostraron que la realización de una TC previa al tratamiento empírico, en la misma consulta y por parte del especialista otorrinolaringólogo, podría suponer un ahorro de 1.200 millones de dólares al año, además de asegurar un diagnóstico rápido y preciso, facilitando el tratamiento correcto inmediato y evitando prescripciones innecesarias de tratamiento antibiótico³.

Dada la alta prevalencia de la enfermedad, que en un porcentaje elevado de casos debe ser atendida por médicos de Atención Primaria (MAP), y la preocupación cada vez mayor de los gestores de los sistemas sanitarios por los costes, los autores se proponen en este estudio valorar si la misma estrategia (TC en consulta, previa a tratamiento) es eficiente en el ámbito de la Atención Primaria, teniendo en cuenta que en este entorno no es posible la endoscopia nasal en la mayoría de los casos.

METODOLOGÍA

Para realizar el análisis de los costes de cada una de las opciones, los autores desarrollan dos paradigmas

de manejo centrados en el ámbito de la Atención Primaria: primero, solicitar una TC en consulta, previa a indicar el tratamiento; segundo, presumir el diagnóstico de RSC basado en los síntomas y tratar empíricamente o derivar al paciente al especialista, dejando la prescripción de la TC para la planificación quirúrgica. En esta segunda opción los autores definen dos escenarios: el MAP que se encuentra cómodo tratando empíricamente y el que prefiere derivar al especialista. Una vez definidos los escenarios, desarrollan los árboles de decisión y manejo para cada opción estableciendo el diagnóstico diferencial entre: rinitis alérgica/no alérgica, RSC o dolor facial atípico/migraña/dolor de cabeza (asumen que prácticamente el 100% de los pacientes con la sintomatología sospechosa presentará uno de los tres diagnósticos). Establecen esquemas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento publicados por las guías clínicas de las diferentes sociedades (neurología, alergología y otorrinolaringología), y deducen las diferentes probabilidades (valores predictivos positivos y negativos) de estudios epidemiológicos citados en la bibliografía. Los costes de los medicamentos y los diferentes procedimientos diagnósticos están bien referidos y el cálculo final se realiza en función de las diferentes probabilidades pretest para cada uno de los diagnósticos.

RESULTADOS

Teniendo en cuenta el escenario del MAP que prefiere tratar empíricamente, el ahorro que supone realizar la TC previa alcanza los 503,10 dólares por cada paciente;

incluso aproximando la probabilidad pretest a la de la atención especializada, la prescripción de la TC previa al tratamiento supone un ahorro.

Si tenemos en cuenta el escenario en el que el MAP deriva al paciente, la realización de la TC previa supone un ahorro de 326,04 dólares, que aún se mantiene aunque la probabilidad pretest fuera la de atención especializada.

COMENTARIO FINAL

Los argumentos clásicos por los que la TC no debía usarse como una de las primeras opciones en los algoritmos diagnósticos (exposición alta a radiaciones, elevado coste, inaccesibilidad) están hoy superados por completo (por ejemplo, la TC de haz cónico es una máquina de pequeño tamaño, instalable en cualquier consulta, de bajo coste y la radiación a la que somete al paciente es similar a la de una radiografía lateral de tórax).

Los médicos de Atención Primaria tienen complicado el diagnóstico certero de RSC porque está supeditado a exploraciones como la TC o la endoscopia, habitualmente fuera de su alcance; sin embargo, se trata de una enfermedad muy prevalente que genera una demanda de atención sanitaria muy elevada⁴, por lo que sus costes pueden ser considerables.

En este estudio se demuestra que llevar las pruebas diagnósticas de confirmación a Atención Primaria puede

ser coste-eficaz, llegando a cifrarse el ahorro en más de 3.000 millones de dólares al año.

La limitación del estudio reside en la dificultad que tiene hacer los cálculos de los costes, ya que deben estimarse muchos parámetros, pues no hay datos epidemiológicos suficientes, lo que en este estudio se soluciona favoreciendo la hipótesis nula (por ejemplo, considerando que el grado de cumplimiento del tratamiento es del 100% o utilizando las opciones de tratamiento más eficientes). En definitiva, se trata de un estudio bien diseñado y con unas conclusiones interesantes desde el punto de vista de la práctica clínica y de la gestión de sistemas sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. 2012;50(Suppl 23):1-299.
2. Bhattacharyya N, Lee LN. Evaluating the diagnosis of chronic rhinosinusitis based on clinical guidelines and endoscopy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;143(1):147-51.
3. Leung R, Kern R, Jordan N, et al. Upfront computed tomography scanning is more cost-beneficial than empiric medical therapy in the initial management of chronic rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2011;1(6):471-80.
4. Hastan D, Fokkens WJ, Bachert C, Newson RB, Bislimovska J, Bockelbrink A, et al. Chronic rhinosinusitis in Europe - an underestimated disease. A GA²LEN study. *Allergy.* 2011;66(9):1216-23.