

Tratamiento del osteoma osteoide mediante radiofrecuencia guiada por TAC: impacto económico y de satisfacción

Martínez Martínez J, Sarabia Condes JM, Villamor Redondo P, Hernández Fernández M, Blanco Barrio A
Hospital Morales Meseguer

Introducción

El objeto de nuestro trabajo es presentar los resultados obtenidos en el tratamiento del osteoma osteoide mediante termocoagulación percutánea con radiofrecuencia (RF) guiada por tomografía axial computarizada (TAC), y mostrar las ventajas económicas del procedimiento comparado con la técnica quirúrgica tradicional, así como el grado de satisfacción de los pacientes.

El osteoma osteoide es un tumor relativamente frecuente; supone aproximadamente el 10% de los tumores óseos benignos. El tratamiento de elección ha sido clásicamente la resección en bloque del nidus. Sin embargo los métodos percutáneos guiados por TAC, surgidos en los últimos años, se están imponiendo a la cirugía abierta. De estos procedimientos poco invasivos, el más utilizado es la radiofrecuencia.

Material y métodos

Entre octubre de 2001 y julio de 2007 se estudiaron 21 pacientes que presentaban un osteoma osteoide en distintas localizaciones.

Hemos realizado el cuestionario de barei con los datos demográficos del enfermo, la valoración a nivel pre- y posoperatorio de la intensidad del dolor (nocturno y diurno), la toma de analgésicos, la necesidad de abando-

nar el trabajo y actividades cotidianas (deportivas, recreativas y escolares).

El coste económico de este procedimiento lo hemos comparado con la técnica abierta tradicional de resección del bloque óseo que realizábamos previamente a la introducción de la termocoagulación con radiofrecuencia.

Se ha tenido en cuenta para ambos procesos los gastos de personal, hospitalización (5 días de estancia media para la cirugía abierta), minutos de quirófano, gastos de laboratorio, anatomía patológica, radiología, anestesia, reanimación, instrumental de radiofrecuencia, osteosíntesis, tiempo en sala de TAC.

Se han actualizado todos los datos económicos de ambos procesos al año 2007 según el Instituto Nacional de Estadística. En aquellos enfermos que precisaron incapacidad laboral transitoria (ILT) hemos cuantificado la pérdida económica según la encuesta del costo laboral medio (ETCL) publicado para el año 2007 por el Instituto Nacional de Estadística, estableciendo 10 días para el procedimiento de termocoagulación con RF guiada por TAC y 60 días para la cirugía abierta.

Resultados

Los resultados obtenidos muestran la desaparición completa de la sintomatología en 20 casos y el caso restante

mejoró al repetir el procedimiento. No se ha registrado ninguna complicación ni recidiva.

El coste económico por paciente del tratamiento quirúrgico del osteoma osteoide tratado con cirugía abierta en nuestro hospital asciende a 4.250 €, excluyendo el valor del material de osteosíntesis que es utilizado ocasionalmente en algunos pacientes. El gasto por paciente del tratamiento percutáneo con radiofrecuencia es de 1.533,71 €, lo que supone una diferencia de 2.716,29 € que extrapolada a los 21 pacientes equivale a un ahorro de 57.042,09 €. Tenemos en cuenta que hemos tratado 21 pacientes, de los cuales 7 se encontraban con una actividad laboral plena. El valor del periodo en ILT en el posoperatorio para el tratamiento con cirugía abierta fue de 33.677,14 €, mientras que para el tratamiento percutáneo fue de 5.612,6 €. Por tanto, la diferencia entre ellos asciende a 28.064,54 €.

Conclusiones

1. La termocoagulación por radiofrecuencia es el tratamiento de elección del osteoma osteoide por su probada eficacia clínica, mínima morbilidad y mínima limitación funcional.
2. Es un tratamiento mucho más eficiente que la cirugía abierta tradicional. El coste del procedimiento es significativamente menor debido a la reducción de la estancia hospitalaria, su menor coste en salarios al disminuir el periodo de incapacidad laboral transitoria y su menor gasto hospitalario global.
3. El grado de satisfacción es mayor para el paciente ya que, además de eliminar de manera rápida el dolor, disminuye el periodo de recuperación y no requiere limitación de la actividad física.

Gestión de la implantación de la ecuación MDRD en el Área sanitaria 10 de la Comunidad de Madrid

Miravalles González E, Pascual Durán T, Cuadrado Galván E, González Revalderia J, de Paula Ruiz M, Berlanga Panadero ML
Hospital Universitario de Getafe

Introducción

La fórmula del estudio *Modification of Diet in Renal Disease* (MDRD) se recomienda para la estimación del filtrado glomerular (FG). La medida del aclaramiento de creatinina mediante la recogida de la orina de 24 horas no mejora, salvo en determinadas circunstancias, la estimación del FG obtenido a partir de ecuaciones. La importancia de detectar la insuficiencia renal oculta mediante el MDRD es lo que nos impulsó a su implantación hace 3 años en el Área sanitaria 10 de la Comunidad de Madrid.

Evaluar el impacto de la implantación del MDRD sobre la demanda del aclaramiento de creatinina, comparando el incremento global de la demanda al laboratorio en un periodo de 4 años.

Material y métodos

Con el Sistema de Información del Laboratorio Servolab de Dade Behring se analizaron las estadísticas de las peticiones, pruebas informadas totales, aclaramientos de creatinina y la estimación del FG mediante el MDRD, a todos los pacientes a los que se les realiza una creatinina en sangre. Los periodos se distribuyeron en tres tramos que abarcan desde el año 2004 al año 2007.

Resultados

En el periodo inicial (2004-2005) la solicitud de aclaramientos de creatinina aumentó en un 74,76% con respecto al año anterior, cuando la demanda total había aumentado 4,28%. En el periodo siguiente (2005-2006) los aclaramientos de creatinina aumentaron un 3,4% frente a la demanda total que lo hizo en un 12,8%. En el último periodo (2006-2007) el aclaramiento de creatinina disminuyó un 4,56% frente a la demanda total que continuó su ascenso en un 16,98%.

Conclusiones

La utilización de ecuaciones para la estimación del FG es una práctica habitual en los momentos actuales. Al principio el médico que recibe la información quiere comprobar con los métodos tradicionales el resultado, pero una vez establecida la confianza se ven las ventajas que estas ecuaciones tienen sobre el aclaramiento de creatinina, ya que no siempre el paciente recoge bien la orina de 24 horas. Por tanto, aconsejamos la implantación del MDRD en todas las áreas sanitarias, especialmente en atención primaria.