

EDITORIAL

TRATAMIENTO DEL ASMA: MEJORAR LA EFICACIA. DISMINUIR LOS GASTOS

Es la única competencia y responsabilidad del médico establecer las medidas encaminadas para mejorar la calidad de la asistencia a sus pacientes y, sobre todo, mejorar la evolución de la enfermedad y alcanzar la curación. Cuando se trata de enfermedades de larga evolución, a veces incurables, mejorar la calidad de vida del paciente es uno de los cometidos prioritarios. Si estos objetivos son compatibles con la reducción de los gastos que conlleva la asistencia sanitaria, se habrá conseguido una buena correlación coste/eficacia. Para el médico, nunca los aspectos económicos deben prevalecer sobre la más correcta atención al enfermo. Tan sólo se decidirá por medidas terapéuticas más económicas, cuando esté convencido de que no van en detrimento de la eficacia del tratamiento.

Lógicamente a las autoridades sanitarias y las compañías de seguros les preocupa el incremento del gasto ocasionado por el aumento del número de pacientes alérgicos, sobre todo asmáticos, debido al aumento de la incidencia de la enfermedad experimentado en los últimos años, además del mayor precio de los medicamentos que se emplean en la actualidad.

Numerosos trabajos recientes recogen las cifras de estos gastos, variables de unos países a otros, por diversas circunstancias, en gran parte por la dificultad para cuantificar el gasto real debido a esta enfermedad. Para ello, en todo caso, deberían comprenderse gastos directos originados por los métodos de estudio, medicamentos y sistemas de administración y control (cámaras, PEFM), asistencia hospitalaria y en servicios de urgencias, personal sanitario (médicos y auxiliares), educación sanitaria. También gastos indirectos, como son la pérdida de días de trabajo, las ausencias escolares y las faltas al trabajo de los cuidadores de los niños, las jubilaciones anticipadas, coste social (ayudas domiciliarias), etc. Difíciles de cuantificar son los costes intangibles, problemas sociales derivados de las deficiencias educativas en los niños, atención domiciliaria de los pacientes y otros de orden psicológico y afectivo (insatisfacción, temores, tristeza, etc.) (1, 2).

Por lo general, en esas publicaciones, las cifras comprenden globalmente los gastos por esos conceptos, a lo sumo, separando lo que son gastos directos de los indirectos. En lo que concierne al médico, es decir, los gastos por medicación, también suelen recogerse globalmente, a veces sin especificar, pero sobre todo, sin que la

correspondencia se haga en relación con la eficacia, que es lo que nos interesa (3-5), aunque otros trabajos hacen mayor énfasis en los medicamentos empleados (6, 7).

La disminución de los gastos debe relacionarse con la mejor atención y con el empleo de las medidas terapéuticas más efectivas, que permitan reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas con la mínima medicación posible.

La transferencia de los pacientes asmáticos a las consultas de atención primaria, como está ocurriendo en algunos países, es una de las causas del incremento del gasto. Diversos estudios han puesto de manifiesto que la atención de los pacientes asmáticos por alergólogos disminuye la carga económica al reducirse a la mitad la necesidad de acudir a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios bajan al 67 % y la estancia en el hospital es un 38 % más breve, así como también decrece al 45 % la necesidad de consultas extemporáneas, no programadas (8-11). El menor consumo de medicamentos antiasmáticos está en relación directa con el mayor número de especialistas, como demuestra el trabajo efectuado por Nieto en distintas regiones españolas, lo que supone mayor atención especializada (12). Según el autor, las principales razones son la mejor formación del especialista para detectar las causas de la enfermedad y su evitación, su menor vulnerabilidad a las campañas comerciales, el menor gasto en pruebas diagnósticas injustificadas y, por último, el no identificar la cronicidad del asma con la incurabilidad.

A esto último hay que añadir la mejor disposición para aplicar las pautas terapéuticas con la doble vertiente, etiológica y patogénica. Si el asma es una enfermedad inflamatoria que en gran número de casos tiende a la cronicidad, para tratar de evitarlo es necesario actuar con este triple punto de vista: diagnóstico precoz e inicio inmediato del tratamiento (durante la infancia, en la mayoría de los casos), tratamiento etiológico, derivado del correcto estudio alergológico y tratamiento patogénico, previniendo o reduciendo la inflamación.

No cabe duda de que la medicación antiinflamatoria (corticosteroides y anti-leucotrienos) es esencial en el tratamiento del asma, así como los broncodilatadores ayudan a mantener la permeabilidad del árbol bronquial, pero no evitan la sensibilización a alérgenos, en el caso del asma de causa atópica, por lo que difícilmente podrá prescindirse de ellos (o de nuevos medicamentos que aparezcan, con igual finalidad), al no incidir sobre la etiología de la enfermedad. El alergólogo conoce bien este hecho y sabe utilizar la única terapéutica de que se dispone actualmente capaz de modificar el curso de la enfermedad, la inmunoterapia, de acuerdo con la conocida postura de la OMS. La eficacia de la inmunoterapia está suficientemente demostrada, no sólo porque reduce la sensibilización específica a los alérgenos empleados en cada caso, sino porque puede evitar la aparición de nuevas sensibilizaciones, en gran número de pacientes (13, 14),

siempre, por supuesto, que se base en un correcto estudio y observación de las indicaciones y contraindicaciones. La experiencia con esta modalidad terapéutica permite afirmar que en la mayoría de los casos puede reducirse la medicación antiinflamatoria, e incluso prescindirse de ella, con lo que evidentemente, se reducen los gastos por el tratamiento de la enfermedad, como demuestran varios estudios en este sentido (12, 13, 15, 16).

F. Muñoz-López

BIBLIOGRAFÍA

1. Krahn MD, Berka C, Langlois P, Detsky AS. Direct and indirect costs of asthma in Canada, 1990. *Can Med Ass J* 1996; 154: 821-31.
2. European Allergy White Paper. Update. Chapter 2. Socio-economic and public health aspects of allergic diseases. The UCB Institute of Allergy. Brussels, 1999.
3. Rico-Méndez FG, Barquera S, Cabrera DA, Escobedo S, Ochoa LG. Bronchial asthma healthcare cost in México: analysis of trends from 1991-1996 with information from the Mexican Institute of Social Security. *Invest Allergol Clin Immunol* 2000; 10: 334-41.
4. Lozano P, Sullivan SD, Smith D, Weiss KB. The economic burden of asthma in US children: estimates from National Medical Expenditure Survey. *J Allergy Clin Immunol* 1999; 104: 957.
5. Weiss KB, Sullivan SD, Lyttle CS. Trends in the cost of illness for asthma in the United States, 1985-1994. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 106: 493-9.
6. Paltiel AD, Fuhlbrigge AL, Kitch BT, Liljas B, Weiss ST, Neuman PJ. Cost-effectiveness of inhaled corticosteroids in adults with mild-to-moderate asthma: results from the Asthma Policy Model. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: 39-46.
7. National Asthma Education and Prevention Program Task Force on the Cost, Quality of care and Financing of Asthma care. NIH Publication, n.º 55-807. September 1996.
8. Wstley CR, Spiecher B, Starr L, Simons O, Sanders B, Marsh W et al. Cost effectiveness of an allergy consultation in the management of asthma. *Allergy Asthma Proc* 1997; 18: 15-8.
9. Zeiger RS, Seller S, Mellon MH, Wald J, Falkoff R, Schatz M. Facilitated referral to asthma specialist reduces relapses in asthma emergency room visits. *J Allergy Clin Immunol* 1991; 87: 1160-8.
10. Mahr TA, Evans R. Allergist influence on asthma care. *Ann Allergy* 1993; 71: 115-20.
11. Miralles JC, Negro JM, Sánchez-Gascón F. Atención especializada en el asma. *Alergol Inmunol Clin* 2000; 15: 375-84.
12. Nieto A. El coste del tratamiento del enfermo alérgico. *Allergol Inmunol Clin* 1999; 14 (Supl 2): 161-9.
13. Abramson M, Puy R, Weiner J. Immunotherapy in asthma: an updated systematic review. *Allergy* 1999; 54: 1022-41.
14. Purello-D'Ambrosio F, Gangemi S, Merendino RA, Isola S, Puccinelli P, Parmiani S, Ricciardi L. Prevention of new sensitization in monosensitized subjects submitted to specific immunotherapy or not. A retrospective study. *CI Exp Allergy* 2001; 31: 1295-1302.
15. Hernández Peña J, Nieto A. Rentabilidad coste-beneficios de la inmunoterapia en el asma bronquial. VII Curso Postgrado. Tratamiento del asma. Hospital Insular Universitario de Gran Canaria. Febrero 2000.
16. Sullivan TJ. Cost effectiveness analysis of antigen immunotherapy. Annual Meeting of the American College of Allergy, Asthma and Immunology. Chicago, November 1999.