

# Los costes de la rinitis alérgica

José M.<sup>a</sup> Negro Álvarez, Mercedes Ramírez Hernández,  
Torcuato Hurtado García

## 1. INTRODUCCIÓN

La rinitis alérgica (RA) afecta entre el 10 y el 20% de la población general<sup>1,2</sup>, lo que supone que unos 47 millones de europeos padecen RA, con una prevalencia creciente en los países de la UE en los últimos años<sup>3</sup>. En nuestro país, de acuerdo con los datos obtenidos en un estudio epidemiológico publicado en 1999 y llevado a cabo mediante encuestas, los porcentajes de prevalencia de rinitis alérgica obtenidos en las distintas Comunidades oscilaron entre el 4,3% en Cantabria y el 13,5% en Madrid<sup>4</sup>.

Si los síntomas no se controlan adecuadamente, pueden contribuir a la aparición de problemas escolares (de aprendizaje, absentismo, etc.), trastornos del sueño y absentismo laboral<sup>5</sup>.

En Europa, se estima el coste anual directo de la RA, en la población general, en 1.286 millones de euros y así como en 1723 millones de euros los costes indirectos<sup>6</sup>. En el caso de los niños, el absentismo escolar se cifra en 2,25 millones de días<sup>5</sup>.

Los facultativos, a través de los actos médicos, somos el grupo de profesionales

que, en proporción, manejamos y gestionamos mayor volumen de recursos, aproximadamente un 8% del PIB. La sociedad nos exige que asumamos nuestra responsabilidad como gestores de un presupuesto finito, por lo que tenemos el deber de gestionarlo de forma eficiente.

## 2. RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA DEL TRATAMIENTO DE LA RINITIS ALÉRGICA

El manejo de la rinitis alérgica basado en la evidencia científica mediante Ensayos Clínicos Aleatorios Controlados (ECAC) o en metaanálisis comprende:

*Educación sanitaria y evitación del alérgeno.* A diferencia del asma, son escasos los estudios sobre la evitación del alérgeno en pacientes con rinitis alérgica. Salvo en algunas ocasiones (rinitis por sensibilización a caspas y epitelios de animales domésticos o de laboratorios de experimentación, rinitis por alergias ocupacionales, etc.), en las causas más frecuentes de sensibilización (áca-

TABLA I. Eficacia de los diversos fármacos en el tratamiento de la rinitis.

	Prurito/estornudos	Rinorrea	Obstrucción
Cromoglicato disódico	+	+	+/-
Antihistamínicos	+++	++	+/-
Bromuro de ipratropio	-	+++	-
Vasoconstrictores tópicos	-	-	+++
Corticoides tópicos	+++	+++	++
Corticoides orales	+++	+++	+++

TABLA II. Antihistamínicos.

A) Antihistamínicos				Precio	Costo/día
Principio activo	Nombre comercial	Presentación	Posología	(€)	(€)
Cetirizina	Zyrtec	20 comp 10 mg	1 comp/día	6,29	0,31
Ebastina	Ebastel	20 comp 10 mg	1 comp/día	12,65	0,63
	Ebastel Forte	20 comp 20 mg	1 comp/día	20,33	1,02
Fexofenadina	Telfast	20 comp 120 mg	1 comp/día	9,27	0,46
Loratadina	Clarityne	20 comp 10 mg	1 comp/día	6,44	0,32
Mizolastina	Mizolen	20 comp 10 mg	1 comp/día	10,61	0,53
Levocetirizina	Xazal	20 comp 5 mg	1 comp/día	11,17	0,56
Desloratadina	Aerius	20 comp 5 mg	1 comp/día	12,32	0,62
Rupatadina	Rupafin	20 comp 10 mg	1 comp/día	12,65	0,63
B) Antihistamínicos asociados a simpaticomiméticos					
Cetirizina/Pseudoefedrina	Stopcold	20 comp	1 comp/12 h	5,65	0,56
Loratadina/Pseudoefedrina	Narine Repetabs	20 comp	1 comp/12 h	4,53	0,45
Ebastina/Pseudoefedrina	Rino-Ebastel	10 cápsulas	1 cápsula/día	6,56	0,65
C) Antihistamínicos/cromonas para uso tópico nasal					
Azelastina	Afluon	140 mcg dosis 10ml	1 dosis/fosa/12h	8,47	0,47
		140 mcg dosis 20ml	1 dosis/fosa/12h	15,41	0,43
Livocabastina	Livocab nasal	0.05% 10 ml	2 dosis/fosa/12h	7,42	0,83
		0.05% 20 ml	2 dosis/fosa/12h	13,50	0,76
Cromoglicato	Cromoglicato Fisons 4%	15 ml	1 dosis/fosa/6h	3,16	

ros parásitos del polvo doméstico, pólenes, etc.) es muy difícil de llevar a cabo. En un metaanálisis reciente<sup>7</sup> se demuestra que algunas de las intervenciones diseñadas para reducir la concentración de ácaros son útiles para reducir los síntomas de la rinitis en pacientes sensibles. Los datos actualmente están sólo disponibles actualmente para acaricidas, filtros HEPA y un programa de control ambiental basado en la limpieza a fondo del dormitorio y zonas de la vivienda que más utiliza el paciente. Los ensayos disponibles son demasiado pequeños como para proporcionar evidencia a favor o en contra del uso de filtros de aire para reducir los niveles de alérgenos en el tratamiento de la rinitis alérgica a los animales<sup>8</sup>. No hay ensayos de otras medidas para reducir los alérgenos, como el lavado de animales o en lo posible, el deshacerse de ellos. Sin embargo, evitar el alérgeno, incluyendo a los ácaros parásitos del polvo doméstico, debe de ser una parte integral de la estrategia de manejo de la rinitis alérgica.

*Tratamiento farmacológico.* Un resumen de la revisión, basada en la evidencia

científica, de la eficacia del tratamiento sintomático de la rinitis alérgica está reflejado en la tabla I. Como podemos comprobar, la mayor eficacia global corresponde a los esteroides, siendo preferibles por vía tópica, dados los menores efectos secundarios. Los antihistamínicos son eficaces en controlar el prurito, los estornudos y la hidrorrea, pero actúan poco sobre la obstrucción. Los vasoconstrictores tópicos sí son eficaces sobre este síntoma, pero sólo deben utilizarse durante unos pocos días, dado que producen efecto rebote y a la larga favorecen la aparición de rinitis medicamentosa. El bromuro de ipratropio actúa fundamentalmente sobre la hidrorrea y puede ser eficaz en la rinitis colinérgica. Finalmente, el cromoglicato puede reducir algunos síntomas de la rinitis alérgica, aunque su eficacia es bastante menor que la de los corticoides tópicos o los antihistamínicos. En un artículo anterior<sup>9</sup> nos ocupamos de las pautas prácticas para el manejo sintomático de la RA en Atención Primaria, basadas en los datos disponibles en la literatura. El costo del tratamiento/día en euros de los principales fármacos empleados está representado en las tablas II-IV.

TABLA III. Corticosteroides tópicos.

Principio activo	Nombre comercial	Presentación	Posología	Precio (€)	Costo/día (€)
Budesonida	Rhinocort 64	64 mcg 120 dosis	1 dosis/fosa/12 h	9,32	0,31
Beclometasona	Beconase	50 mcg 200 dosis	2 dosis/fosa/12 h	4,04	0,16
Fluticasona	Flixonase	50 mcg 120 dosis	2 dosis/fosa/24 h	17,46	0,58
	Flixonase gotas	400 mcg 28 dosis	fi dosis/fosa/24 h	29,63	1,06
Mometasona	Nasonex	50 mcg 120 dosis	2 dosis/fosa/24 h	17,46	0,58
Triamcinolona	Nasacort	55 mcg 120 dosis	2 dosis/fosa/24 h	16,93	0,56

TABLA IV. Antihistamínicos en colirio/Cromonas en colirio.

Principio activo	Nombre comercial	Presentación	Posología	Precio (€)	Costo/día (€)
Azelastina	Aflun colirio	0.05% 6ml	1 gota/ojo/12 h	9,13	0,31
Emedastina	Emadine	0.05% 5ml	1 gota/ojo/12 h	12,05	0,48
Levocabastina	Livocab	0.05% 4 ml	1 gota/ojo/12 h	7,42	0,41
Lodoxamina	Alomide	0.1% 5 ml	1 gota/ojo/12 h	4,75	0,19
		0.1% 10 ml	1 gota/ojo/12 h	9,32	0,19
Nedocromil	Tilavist	2% 5 ml	1 gota/ojo/12 h	6,83	0,27

Cabe señalar que aunque existen múltiples nombres comerciales, en dichas tablas solamente se han nombrado los de los laboratorios investigadores de los principios activos.

*Vacunas específicas.* Las vacunas anti-alérgicas o inmunoterapia son el único tratamiento etiológico y específico de las enfermedades alérgicas, capaz de modificar el curso natural de la enfermedad, reduciendo significativamente la severidad de la enfermedad alérgica y la necesidad de medicación, mejorando consecuentemente la calidad de vida del paciente<sup>10,11,12</sup>. La eficacia de la inmunoterapia se ha documentado, en estudios doble ciego controlados con placebo, en rinitis alérgica por sensibilización a pólenes (abedul, gramíneas, ambrosía, parietaria y otros), ácaros del polvo, hongos (alternaria) y epitelios (gato)<sup>9-10</sup>. Otro aspecto importante es la persistencia

en el tiempo de los efectos de la inmunoterapia, pues varios autores<sup>13,14,15</sup> han comprobado que los efectos de este tratamiento persisten varios años después de su suspensión. Además, cuando se utiliza la inmunoterapia en pacientes con rinitis alérgica, se puede prevenir el desarrollo de asma bronquial, como se ha demostrado en el estudio PAT<sup>16</sup> (Preventive Allergy Treatment), un estudio multicéntrico realizado en Austria, Dinamarca, Finlandia, Alemania y Suecia. Tras dos años de inmunoterapia específica, desarrollaron asma bronquial un número significativamente mayor de niños del grupo control que del grupo tratado con inmunoterapia.

El costo/día del tratamiento de mantenimiento con inmunoterapia específica Depot está reflejado en la tabla V.

No obstante, además del coste económico de cada fármaco, a la hora de prescribirlo es preciso tener en cuenta otros factores tales como su eficacia clínica, facilidad de cumplimentación, efectos secundarios, preferencias culturales de la población, etc.

TABLA V. Inmunoterapia de mantenimiento (Preparados Depot).

Laboratorio	Costo/día (€)
TYROSIN-S	0,71
E.H.R. LETI	0,51
PANGRAMIN DEPOT	0,72
ALLERGOVAC DEPOT	0,54
PHOSTAL	0,57
BETALVAC DEPOT	0,54
HIPOSENSIBILIZANTE DEPOT IPI	0,58
ALERGO-MERCK DEPOT	0,64

### 3. BIBLIOGRAFÍA

1. VAN CAUWENBERGE P, BACHERT C, PASSALACQUA G, ET AL. *Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis.* Allergy 2000; 55: 2: 116-34.
2. *Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA).* J Allergy Clin Immunol 2001; 56: 813-824.

3. ABERG N, SUNDELL J, ERIKSSON B, HESSELMAR B, ABERG B. *Prevalence of allergic diseases in schoolchildren in relation to family history, upper respiratory tract infections, and residential characteristics*. *Allergy* 1996; 51: 4: 232-7.
4. *La Alergia en la práctica diaria del Médico de Asistencia Primaria y en la Farmacia*. Libro Blanco. UCB Pharma 1999; 35.
5. SIMONS FE. *Learning impairment and allergic rhinitis*. *Allergy Asthma Proc* 1996; 17:4: 185-9.
6. EUROPEAN ALLERGY WHITE PAPER. *Allergic diseases as a public health problem*. UCB Institute of Allergy, 1997; 103-4.
7. SHEIKH A, HURWITZ B. *House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis (Cochrane Review)*. En: The Cochrane Library, Volumen 4, 2001. Oxford: Update Software.
8. KILBURN S, LASSERSON TJ, MCKEAN M. *Medidas de control de los alérgenos animales para el tratamiento del asma alérgica en niños y adultos*. En: La Cochrane Library plus en español. Volumen 4, 2004. Oxford: Update Software.
9. NEGRO ALVAREZ JM, MIRALLES LÓPEZ JC, FÉLIX TOLEDO R, NAVARRO C, DE LARA E, HURTADO T. *ABC de la Alergología en Atención Primaria: rinitis alérgica*. SEMERGEN 2002; 28: 9: 489-95.
10. MALLING HJ. *The position of immunotherapy in European Academy of Allergology and Clinical Immunology*. *J Investig Allergol Clin Immunol* 1997; 7: 5: 356-7.
11. ABRAMSON MJ, PUY RM, WEINER JM. *Allergen immunotherapy for asthma (Cochrane Review)*. En: The Cochrane Library, Volumen 3, 2003. Oxford: Update Software.
12. WILSON DR, TORRES LIMA M, DURHAM SR. *Sublingual immunotherapy for allergic rhinitis (Cochrane Review)*. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
13. HEDLIN G, HEILBORN H, LILJA G, NORRLIND K, PEGELOW KO, SCHOU C, ET AL. *Long-term follow-up of patients treated with a three-year course of cat or dog immunotherapy*. *J Allergy Clin Immunol* 1995; 96: 879-85.
14. DURHAM SR, WALKER SM, VARGA EM, JACOBSON MR, O'BRIEN F, NOBLE W, ET AL. *Long-term clinical efficacy of grass-pollen immunotherapy*. *N Engl J Med* 1999; 341: 468-75.
15. COOLS M, VAN BEVER HP, WEYLER JJ, STEVENS WJ. *Long-term effect of specific immunotherapy, administered during childhood, in asthmatic patients allergic to either house-dust mite or to both house-dust mite and grass pollen*. *Allergy* 2000; 55: 69-73.
16. JACOBSEN L. *Preventive Allergy Treatment (PAT)*. In: Symposium on Specific Allergy '96. *Clin. Exp. Allergy* 1996; 26: 80-5.