

Antiangiogénicos en Oftalmología: ¿Qué tan Racional y Ético es su Uso?

La calidad de la información científica que respalda el uso de los antiangiogénicos (AntiVGEF) en patologías retinales es indiscutible.¹ Esto se ha traducido en una diseminación explosiva para las tres principales indicaciones aprobadas: membrana neovascular coroidea macular, edema macular en retinopatía diabética y oclusión venosa. Hay también, gran volumen de reportes de su beneficio en casi todas las patologías isquémicas y neovasculares de la retina.²

Las implicaciones económicas para el sector salud de esta explosión son importantes y han generado la preocupación de oftalmólogos en muchos países y la acción de las autoridades de salud.

Una metodología aceptada para evaluar el costo-beneficio, ha sido implementada por el NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) de Inglaterra.³ Se estiman los años de visión ganada con el tratamiento y se llevan a una tabla de equivalencia cuantitativa de calidad. Se resta el equivalente numérico de la visión estimada que se tendría sin tratamiento y se obtiene la estimación de los años de vida ganados con el tratamiento (QALY, por su sigla en inglés).⁴ El NICE ha estimado que en Inglaterra, el sistema está en capacidad de invertir alrededor de US\$50.000 por cada año de calidad de vida ganado con un tratamiento. Si se hacen las equivalencias de ingreso per cápita y gasto en salud, en Colombia el valor podría estar entre 7.000 y 15.000 dólares. Cuando se hacen ejercicios de aplicar esta metodología a la mayoría de los casos tratados en Colombia, se puede considerar que los costos justifican los beneficios. Sin embargo, en casos donde el beneficio visual es marginal, el ejercicio lleva a una relación costo-beneficio no justificable.

Ha sido tradición en medicina que la responsabilidad del médico se limite a la acción individual con el paciente. Los códigos de ética y las leyes que regulan el ejercicio hacen énfasis en esa relación personal y las variables que la determinan. No obstante, cada vez es más evidente que cada decisión médica tiene implicaciones económicas. En la medida que la tecnología y los recursos diagnósticos y terapéuticos se hacen más sofisticados, el acto médico tiene cada vez más impacto sobre la economía de una sociedad. Los médicos tienden

a pensar que su responsabilidad ética está limitada solamente al beneficio individual de cada paciente y que implicaciones económicas más amplias de sus decisiones no tienen por qué afectarlos. La verdad es que en cualquier sociedad los recursos destinados a la salud son limitados; por tanto, una de las implicaciones éticas se basa, en que los recursos usados de forma no justificada por un lado, ya no podrán ser utilizados en otra alternativa que retorne mayores resultados en salud. Un médico puede considerar su deber luchar para que un enfermo de 80 años reciba un trasplante de hígado con un costo de US\$200.000 por el derecho del paciente a vivir dos o tres años más. Pero si su decisión implica que 20.000 niños no reciban una vacuna de 10 dólares y por tanto 1000 de ellos enfermen y 100 mueran, el balance ético no resulta muy positivo.

Es indispensable diseminar el concepto de doble responsabilidad del acto médico: con el paciente y con los recursos individuales y sociales, pues necesariamente sus decisiones implican un costo de oportunidad: cada que se toma una decisión se está renunciando a los beneficios que habrían brindado otras alternativas. Por tanto, es necesario hacer consciente, explícito y evidente que los profesionales en medicina no sólo deciden sobre la salud de los pacientes, sino que decide sobre los recursos del sector salud e indirectamente sobre los recursos de la sociedad.

Los estudios comparativos, con buen nivel de evidencia, orientados a evaluar Avastin vs Lucentis vs Eylea, no han mostrado diferencias significativas ni en resultados, ni en efectos colaterales. Las pequeñas diferencias en algunos estudios, se invalidan con diferencias contradictorias de otros. En cualquier caso, la pregunta clave sigue siendo si una pequeña

diferencia, que además pueda ser debida al azar, justifica las diferencias en costo. Solamente con el precio de venta en Colombia de Lucentis en 2012, se puede calcular que si los tratamientos se hubiesen hecho con un equivalente que cuesta el 10%, se habría logrado un ahorro de 30.000 millones de pesos.

La cantidad de información disponible es abrumadora y la forma de interpretarla puede estar sometida a sesgos e influencias comerciales. Las diferencias en Colombia en las tasas de uso de antiangiogénicos, por retinólogo y por ciudad, son sugestivas de que no hay un criterio científico unificado o

que factores diferentes a la estricta indicación médica influyen las prácticas.⁵

Por eso el deber de los oftalmólogos es hacer su mejor esfuerzo para establecer las guías de atención o protocolos que orienten el manejo de patologías y tratamientos comunes, con un criterio de costo-efectividad o de costo-beneficio. Pretender que lo ético es no hablar de dinero y que las influencias comerciales no afectan a los médicos, es esconder la cabeza en la tierra.

Alberto Castro MD

Oftalmólogo Retinólogo

Clinica de Oftalmología de Cali

Bibliografía

- 1 Diabetic Retinopathy Clinical Research Network, Wells JA, Glassman AR, Ayala AR, Jampol LM, Aiello LP, Antoszyk AN, Arnold-Bush B, Baker CW, Bressler NM, Browning DJ, Elman MJ, Ferris FL, Friedman SM, Melia M, Pieramici DJ, Sun JK, Beck RW. Aflibercept, bevacizumab, or ranibizumab for diabetic macular edema. *N Engl J Med* 2015;372:1193-203.
- 2 Kwong TQ, Mohamed M. Anti-vascular endothelial growth factor therapies in ophthalmology: current use, controversies and the future. *Br J Clin Pharmacol* 2014 ;78:699-706.
- 3 <https://www.nice.org.uk/>
- 4 Brown GC, Brown MM, Sharma S, Brown H, Smithen L, Leeser DB, Beauchamp G. Value-based medicine and ophthalmology: an appraisal of cost-utility analyses. *Trans Am Ophthalmol Soc* 2004;102:177-85; discussion 185-8.
- 5 Castro A. Tendencias y costos del uso de antiangiogénicos en Colombia. *Rev. Sociedad Colombiana de Oftalmología* 2015 ;48 (3): 223 - 231.