

Independientemente del tratamiento realizado, el pronóstico de estos pacientes es claramente peor y depende del tipo de CM. En la serie de French et al.<sup>4</sup>, la supervivencia hospitalaria y a los 90 días fue, respectivamente, del 97 y el 96% de los pacientes sin CM; sin embargo, en el grupo con RPL, fue del 43 y el 27%; en la RMP, el 73 y el 73%, y en la RSIV, el 60 y el 20%. Nuestra supervivencia total a los 30 días fue del 63,2%, también variable en función de la complicación: el 64,3% de las RPL; el 66,6% de las RMP y el 50% de las RSIV.

En conclusión, la incidencia de CM ha disminuido en la era de la AP, pero sigue asociada a alta mortalidad, y puede disminuir en un grupo seleccionado sometido a cirugía. Es necesario estar alerta y tener en cuenta ciertas características de cada caso para un diagnóstico y tratamiento precoces. La generalización de programas de AP con menores tiempos de isquemia puede disminuir la incidencia. Son necesarios registros multicéntricos con más pacientes para conocer mejor los predictores y establecer qué subgrupos se benefician más con la cirugía.

Javier Navarro-Cuartero, Juan Gabriel Córdoba-Soriano\*,  
 Jesús Jiménez-Mazuecos, Antonio Gutiérrez-Díez,  
 Arsenio Gallardo-López y Driss Melehi

Servicio de Cardiología, Complejo Hospitalario Universitario de  
 Albacete, Albacete, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [jgcordobas@hotmail.com](mailto:jgcordobas@hotmail.com)

(J.G. Córdoba-Soriano).

On-line el 18 de julio de 2016

## BIBLIOGRAFÍA

1. Goldberg RJ, Gore JM, Alpert JS, Osganian V, de Groot J, Bade J, et al. Cardiogenic shock after acute myocardial infarction: incidence and mortality from a community wide perspective 1975-1988. *N Engl J Med.* 1991;325:1117-22.
2. Goldberg RJ, Samad NA, Yarzebski J, Gurwitz J, Bigelow C, Gore JM. Temporal trends in cardiogenic shock complicating acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1999;340:1162-8.
3. Kutty RS, Jones N, Moorjani N. Mechanical complications of acute myocardial infarction. *Cardiol Clin.* 2013;31:519-31.
4. French JK, Hellkamp AS, Armstrong PW, Cohen E, Kleiman NS, O'Connor CM, et al. Mechanical complications after percutaneous coronary intervention in ST-elevation myocardial infarction (from APEX-AMI). *Am J Cardiol.* 2010;105:59-63.
5. Steg G, James SK, Atar D, Badano LP, Blomstrom-Lundqvist C, Borger MA, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66. 53.e1-e46.
6. Figueras J, Alcalde O, Barrabés J, Serra V, Alguersuari J, Cortadellas J, et al. Changes in hospital mortality rates in 425 patients with acute ST-elevation myocardial infarction and cardiac rupture over a 30-year period. *Circulation.* 2008;118:2783-9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.023>

## La calidad en la presentación de métodos y resultados de los análisis de coste-efectividad de intervenciones cardiovasculares



### Quality of Methods and Results Reporting in Cost-effectiveness Analyses of Cardiovascular Interventions

#### Sr. Editor:

En la mayoría de los países desarrollados, incluida España, las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte y causan importantes pérdidas de salud<sup>1</sup>. Se considera que el análisis de coste-efectividad<sup>2</sup> es una herramienta importante para ayudar a clínicos, investigadores y responsables políticos en la determinación de la eficiencia de las intervenciones sanitarias, orientar el establecimiento de prioridades sobre la financiación de los servicios de salud y evaluar su impacto en términos de ganancias de salud y coste. Dado que la información proporcionada por los análisis de coste-efectividad tiene el potencial de impactar en la salud poblacional, es necesario evaluar la información de los métodos y los resultados de los análisis de coste-efectividad y establecer su validez para informar la práctica clínica y la formulación de políticas sanitarias. Estudios previos han evaluado sistemáticamente la evidencia sobre los métodos aplicados y los resultados generales de los análisis de coste-efectividad que expresan sus resultados en costes por años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados<sup>3,4</sup>. Sin embargo, hasta la fecha no se han examinado con suficiente detalle las características de los análisis de coste-efectividad que evalúan intervenciones cardiovasculares en España. Conocer esta información puede permitir saber cuál es el estado de la investigación a escala nacional, ámbito en que la integridad de la información es generalmente menos conocida, pero donde a menudo se establecen las prioridades específicas en atención sanitaria y se identifican las necesidades de investigación. En esta carta científica se describe y se examina la calidad en la presentación de métodos y resultados de los análisis de coste-efectividad de intervenciones cardiovasculares realizados en España.

Para ello, se ha utilizado la información procedente de la cohorte de análisis de coste-efectividad de intervenciones sanitarias

publicados en España durante el periodo 1989-2014<sup>4</sup>. Brevemente, a partir de la revisión previa<sup>4</sup> de la literatura, llevada a cabo en PubMed y otras bases de datos complementarias (SCOPUS, ISI Web of Science, bases de datos del Centre for Reviews and Dissemination de la Universidad de York, Índice Médico Español, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud, e informes de evaluación de tecnologías), se identificaron los análisis de coste-efectividad de intervenciones cardiovasculares realizados en España (hasta diciembre de 2014) que presentaran los AVAC como medida de efectividad. Con base en documentos existentes y la experiencia del equipo de trabajo de la revisión<sup>4</sup>, se identificaron los elementos básicos para una correcta presentación metodológica de los análisis de coste-efectividad. Dos revisores extrajeron los datos de cada trabajo. Todos los cálculos se realizaron utilizando STATA v. 13 (StataCorp LP; College Station, Texas, Estados Unidos).

En total, se incluyeron 47 estudios. Las características descriptivas y la evolución temporal se muestran en la [figura](#) y la [tabla del material suplementario](#). La mayoría (45 estudios [95,7%]) no indica la existencia de un protocolo de investigación ni este está accesible, y emplean modelos matemáticos de simulación (43 [91,5%]). Menos de la mitad (21 [44,7%]) presenta una descripción adecuada de las características de la población. La mayoría de las intervenciones se clasificaron como terapias farmacológicas (30 [63,8%]) y la mitad (24 [51,1%]) considera una alternativa activa como elemento de comparación. Los datos de eficacia de las intervenciones procedían de un único estudio en 21 análisis (44,7%), y solo 9 (19,1%) utilizan estimaciones basadas en la síntesis de la evidencia (a través de revisiones sistemáticas y metanálisis<sup>5</sup>) a pesar de que se las considera evidencia de gran calidad y rigor científico. En la [tabla](#) se presenta la descripción de los métodos utilizados para el cálculo de los AVAC. Pocos estudios (5 [10,6%]) presentaron una descripción completa de los métodos utilizados para el cálculo de los AVAC. La mayoría de los estudios (31 [66,0%]) informan que la intervención evaluada producía «más costes y más AVAC» que el comparador. En cuanto a las conclusiones, en la mayoría de los casos (42 [89,4%]) resultaron favorables. La principal fuente de financiación fue el sector privado (27 [57,4%]). No se declaran los conflictos de intereses en 17 estudios (36,2%).

**Tabla**

Características descriptivas de los métodos utilizados para calcular los AVAC en los análisis coste-efectividad de intervenciones cardiovasculares en España

Categoría	Característica	n (%)
Sistema de clasificación de los estados de salud	Euro-QoL 5D	18 (38,3)
	Otros (p. ej., SF-36)	5 (10,6)
	No se presenta	24 (51,1)
Fuente o informante	Paciente/cuidador	22 (4,7)
	Comunidad	2 (4,3)
	No se presenta	23 (48,9)
Técnica de medición para valorar los estados de salud	Preferencia temporal	3 (6,4)
	Escala visual analógica	1 (2,1)
	Lotería estándar	2 (4,3)
	Tarifas para clasificación	1 (2,1)
	No se presenta	41 (87,2)
País/región de referencia para las utilidades	Población local/nacional (p. ej., España)	7 (14,9)
	Referencia de la literatura internacional	35 (74,5)
	No se presenta	5 (10,6)

AVAC: años de vida ajustados por calidad.

Los resultados presentados reflejan que la descripción y la presentación de aspectos importantes de los análisis de coste-efectividad de intervenciones cardiovasculares aún es mejorable. Sin una información completa y transparente de cómo se diseñaron y se llevaron a cabo los estudios, es difícil evaluar la validez de sus resultados y valorar la relevancia de sus conclusiones. En este sentido, se han propuesto directrices o guías de publicación de la investigación para los análisis de coste-efectividad<sup>6</sup>. Las guías de publicación promueven la coherencia en la presentación de un conjunto mínimo de información, lo que sirve de ayuda a los investigadores que llevan a cabo los estudios y a los revisores y editores que los evalúan para su publicación. La incorporación de las guías dentro del proceso de revisión por pares podría contribuir a la mejora de la calidad de los análisis de coste-efectividad sobre cardiología que se publican. Autores, revisores y editores pueden promover la presentación completa de análisis de coste-efectividad utilizando e implantando estas guías como una forma importante de contribuir a la mejora de la transparencia y la integridad de lo que publican.

**FINANCIACIÓN**

F. Catalá-López ha recibido ayudas de la Generalitat Valenciana (PROMETEOII/2015/021). M. Ridao ha recibido ayudas de la Red de

Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC) del Instituto de Salud Carlos III.

**MATERIAL SUPLEMENTARIO**

Se puede consultar material suplementario a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.recesp.2016.04.029](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.029).

Manuel Ridao<sup>a,b</sup> y Ferrán Catalá-López<sup>c,d,e,\*</sup>

<sup>a</sup>Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS), Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), Zaragoza, España

<sup>b</sup>Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO)-Salud Pública, Valencia, España

<sup>c</sup>Departamento de Medicina, Universidad de Valencia/Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA y CIBERSAM, Valencia, España

<sup>d</sup>Clinical Epidemiology Program, Ottawa Hospital Research Institute (OHRI), Ottawa, Ontario, Canadá

<sup>e</sup>Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, Valencia, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [ferran\\_catala@hotmail.com](mailto:ferran_catala@hotmail.com) (F. Catalá-López).

On-line el 19 de julio de 2016

**BIBLIOGRAFÍA**

1. GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ, Abbasoglu Ozgoren A, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015;386:2145-91.
2. Campillo-Artero C, Ortún V. El análisis de coste-efectividad: por qué y cómo. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:370-3.
3. Neumann PJ, Stone PW, Chapman RH, Sandberg EA, Bell CM. The quality of reporting in published cost-utility analyses, 1976-1997. *Ann Intern Med*. 2000;132:964-72.
4. Catalá-López F, Ridao M, Alonso-Arroyo A, García-Altés A, Cameron C, González-Bermejo D, et al. The quality of reporting methods and results of cost-effectiveness analyses in Spain: a methodological systematic review. *Syst Rev*. 2016;5:6.
5. Ferreira-González I, Urrútia G, Alonso-Coello P. Revisión sistemática y metaanálisis: bases conceptuales e interpretación. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:688-96.
6. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D, et al; CHEERS Task Force. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. *BMJ*. 2013;346:f1049.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.04.029>