

Sobre el coste-efectividad de dabigatrán. Respuesta

On the Cost-effectiveness of Dabigatran. Response

Sra. Editora:

Nos gustaría dar respuesta a las consideraciones del autor a nuestro artículo¹.

En cuanto a las dudas sobre los resultados obtenidos en nuestra publicación y la independencia de los autores, quisiéramos expresar que diversas agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, como el *National Institute for Clinical Excellence*, y publicaciones en países donde la anticoagulación con fármacos antitrombóticos es de elevada calidad llegan a resultados similares a los nuestros, hecho de gran importancia en la inclusión de dabigatrán en diferentes guías de práctica clínica y en la cartera de prestación de servicios sanitarios de múltiples países de nuestro entorno.

El coste utilizado para la monitorización de la razón internacional normalizada se ha obtenido de un estudio realizado por el *Institut Català de la Salut*², y se ha realizado un análisis de sensibilidad que modificaba este coste sin cambios en los resultados.

La evaluación de costes que presenta el autor es incompleta³; entre otros elementos, no considera el coste completo de los tratamientos al no incluir el coste de los eventos y de los recursos consumidos (ictus, hemorragias, rehabilitación y seguimiento en caso de dependencia). Sólo cabría un ejercicio de este tipo ante tratamientos de iguales eficacia y seguridad, y se debería emplear una metodología de minimización de costes.

El autor opina que los estudios de coste-efectividad han de realizarlos organismos independientes y no las compañías farmacéuticas. Lo crítico es que la evaluación económica de tecnologías sanitarias deben hacerla todos los agentes involucrados, incluidos los laboratorios farmacéuticos, de manera rigurosa y estandarizada. Este es un proceso complejo en constante desarrollo, liderado por autores y organismos científicos relevantes, *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, y reflejado en las guías de las agencias de evaluación internacionales utilizadas como referentes por los sistemas nacionales de salud y los laboratorios farmacéuticos en general.

Quisiéramos concluir diciendo que diversas afirmaciones del autor se basan en impresiones subjetivas, adolecen de una

evaluación económica incompleta y sin contrastar con resultados disponibles en países de nuestro entorno, que son muy similares a los nuestros.

CONFLICTO DE INTERESES

Nuria González-Rojas es empleada de Boehringer Ingelheim.

José R. González-Juanatey^a, Antoni Martínez-Rubio^b
y Nuria González-Rojas^{c,*}

^aServicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, A Coruña, España

^bServicio de Cardiología, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

^cDepartamento de Economía y Resultados en Salud, Boehringer Ingelheim, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: nuria.gonzalez-rojas@boehringer-ingelheim.com (J.R. González-Juanatey).

On-line el 22 de abril de 2013

BIBLIOGRAFÍA

- González-Juanatey JR, Álvarez-Sabin J, Lobos JM, Martínez-Rubio A, Reverter JC, Oyagüez I, et al. Análisis de coste-efectividad de dabigatrán para la prevención de ictus y embolia sistémica en fibrilación auricular no valvular en España. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:901-10.
- De Solà-Morales Serra O, Elorza Ricart JM. Coagulómetros portátiles. Revisión de la evidencia científica y evaluación económica de su uso en el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral. 2003. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/in0306es.pdf> [consultado 16 May 2011].
- Drummond M, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. 3.^a ed. Nueva York: Oxford University Press; 2005.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.12.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.02.007>

Ecocardiografía de ejercicio en pacientes con miocardiopatía hipertrófica. ¿La evaluación ortostática es necesaria después de todo?

Exercise Echocardiography in Hypertrophic Cardiomyopathy: Is Upright Evaluation Needed After All?

Sra. Editora:

En el artículo publicado por de la Morena et al¹, los autores afirman que «en pacientes con miocardiopatía hipertrófica, la obstrucción del infundíbulo de salida del ventrículo izquierdo y el volumen auricular izquierdo son los principales factores predictivos de la capacidad de ejercicio. La ecocardiografía de ejercicio predice la capacidad funcional mejor que la ecocardiografía en reposo, si bien su potencia predictiva es inferior al 50%». Estas observaciones aportan una perspectiva de gran valor respecto a los factores que determinan el deterioro funcional en la miocardiopatía hipertrófica (MCH) y respaldan la posible utilidad de la ecocardiografía de ejercicio en la evaluación clínica de todos los pacientes con MCH. Queremos felicitar a los autores por sus esfuerzos en difundir datos sobre la utilidad de la ecocardiografía

de ejercicio en el estudio de los pacientes con MCH y el muy importante esclarecimiento respecto al mecanismo de la obstrucción y la evaluación de la capacidad funcional en su estudio con la determinación del consumo de oxígeno.

Tal como afirman, los resultados obtenidos tienen una potencia predictiva inferior al 50%, y esto puede atribuirse en última instancia no sólo a los múltiples factores que influyen en la capacidad funcional en esta enfermedad, sino también al hecho de que se ha subestimado el carácter obstructivo en el paciente con MCH. Los autores evaluaron los gradientes tan sólo en decúbito lateral izquierdo antes y después del ejercicio. Tal como nosotros hemos demostrado anteriormente, el número de pacientes con obstrucción y la magnitud de esta difieren cuando la ecocardiografía se realiza en las diversas formas de ejercicio² y si después del ejercicio los pacientes continúan estando en posición ortostática^{3,4}.

Dimitrow y Cheng⁵ han resaltado recientemente la importancia de la evaluación ortostática durante y especialmente después del ejercicio, y nosotros continuamos pensando que el hecho de que el paciente esté en decúbito supino después de cualquier tipo de ejercicio carece de trascendencia clínica, ya que esto no ocurre habitualmente en la vida real.

Finalmente, según algunas publicaciones previas^{2,3}, la evaluación ortostática antes del ejercicio detectó a algunos pacientes con obstrucción, lo que no se dio o no se describió en este artículo. La reducción de la precarga en posición ortostática es un estímulo importante para inducir la obstrucción del infundíbulo de salida del ventrículo izquierdo no sólo en la MCH, sino también en otros trastornos^{5,6}.

Tome Esteban⁷, en un editorial relativo al artículo que se comenta, subrayó también la importancia de usar un protocolo que maximice los factores que causan la obstrucción en los pacientes con MCH.

Nosotros pensamos que en las futuras guías de sociedades científicas se deberá recomendar claramente una metodología uniforme que utilizar por todos los grupos que estudian y tratan a esta clase de pacientes, con objeto de establecer un lenguaje común que puedan usar todos los grupos de estudio en el futuro.

Carlos Cotrim^{a,*}, Pawel Petkow Dimitrow^b y Tsung O. Cheng^c

^a*Serviço de Cardiologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal*

^b*Department of Cardiology, Collegium Medicum, Jagiellonian University, Cracovia, Polonia*

^c*George Washington University Medical Center, Washington DC, Estados Unidos*

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: carlosadcotrim@hotmail.com (C. Cotrim).

On-line el 11 de abril de 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Morena G, Caro C, Saura D, Marín F, Gimeno JR, González J, et al. Eco-Doppler de ejercicio en pacientes con miocardiopatía hipertrófica. Factores determinantes de la limitación funcional. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:98-103.
2. Cotrim C, Loureiro MJ, Simoes O, Miranda R, Cordeiro P, Ialá M, et al. Evaluation of hypertrophic obstructive cardiomyopathy by exercise stress echocardiography. New methodology. *Rev Port Cardiol*. 2005;24:1319-27.
3. Miranda R, Cotrim C, Cardim N, Almeida S, Lopes L, Loureiro MJ, et al. Evaluation of left ventricular outflow tract gradient during treadmill exercise and in recovery period in orthostatic position, in patients with hypertrophic cardiomyopathy. *Cardiovasc Ultrasound*. 2008;6:19.
4. Dimitrow PP, Bober M, Michalowska J, Sorysz D. Left ventricular outflow tract gradient provoked by upright position or exercise in treated patients with hypertrophic cardiomyopathy without obstruction at rest. *Echocardiography*. 2009;26:513-20.
5. Dimitrow PP, Cheng TO. Standing position alone or in combination with exercise as a stress test to provoke left ventricular outflow tract gradient in hypertrophic cardiomyopathy and other conditions. *Int J Cardiol*. 2010;143:219-22.
6. Dimitrow PP, Michalowska J, Sorysz D. The effect of hemodialysis on left ventricular outflow tract gradient. *Echocardiography*. 2010;27:603-7.
7. Tome Esteban MT. Evaluación dinámica de la capacidad funcional y la limitación con el esfuerzo de los pacientes con miocardiopatía hipertrófica. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:83-4.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2012.06.021>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.02.005>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.01.014>

Ecocardiografía de ejercicio en pacientes con miocardiopatía hipertrófica. ¿La evaluación ortostática es necesaria después de todo? Respuesta

Exercise Echocardiography in Hypertrophic Cardiomyopathy: Is Upright Evaluation Needed After All? Response

Sra. Editora:

El autor comenta que la evaluación durante el ejercicio y en posición ortostática posiblemente sea la manera más sensible de detectar obstrucción latente en pacientes con miocardiopatía hipertrófica. Con base en esta observación, señala la posibilidad de que en nuestro estudio¹ podamos haber subestimado el número de pacientes con formas obstructivas. Su razonamiento se basa en dos trabajos^{2,3} realizados con un número de pacientes escaso (17 y 37 respectivamente), con pruebas submáximas, en las que los autores encuentran, en apenas 7 casos, que la obstrucción sólo fue detectable tras ejercicio en posición ortostática y desapareció en pocos segundos tras adoptar el decúbito supino.

Nosotros realizamos pruebas máximas limitadas por síntomas y preferimos el decúbito, ya que evaluamos los flujos diastólicos y del tracto de salida del ventrículo izquierdo. Nuestro método nos permite obtener las imágenes en 2D y por Doppler en poco más de 1 min tras el ejercicio. Sabedores de la fugacidad de la obstrucción, siempre comenzamos con el Doppler continuo guiado por color. Es posible que en algún caso la obstrucción hubiese desaparecido, pero a falta de estudios comparativos consistentes, con pruebas de ejercicio máximo, que informen sobre la frecuencia de este hecho y del tiempo necesario para que se produzca, nos parece poco probable que esto sucediera en un número significativo de nuestros pacientes.

A pesar de todo, y teniendo en cuenta nuestros resultados, en los que mostramos que es más importante determinar la presencia de obstrucción que cuantificar en qué grado¹, hemos modificado nuestro protocolo y, coincidiendo con el autor de la carta, nos centramos en evaluar la presencia de obstrucción en el pico de ejercicio y el postesfuerzo inmediato manteniendo la posición ortostática.

Gonzalo de la Morena*

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: gdlmorena@yahoo.es

On-line el 18 de abril de 2013

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Morena G, Caro C, Saura D, Marín F, Gimeno JR, González J, et al. Eco-Doppler de ejercicio en pacientes con miocardiopatía hipertrófica. Factores determinantes de la limitación funcional. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:98-103.
2. Miranda R, Cotrim C, Cardim N, Almeida S, Lopes L, Loureiro MJ, et al. Evaluation of left ventricular outflow tract gradient during treadmill exercise and in recovery period in orthostatic position, in patients with hypertrophic cardiomyopathy. *Cardiovasc Ultrasound*. 2008;6:19.
3. Dimitrow PP, Bober M, Michalowska J, Sorysz D. Left ventricular outflow tract gradient provoked by upright position or exercise in treated patients with hypertrophic cardiomyopathy without obstruction at rest. *Echocardiography*. 2009;26:513-20.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.01.014>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.02.005>