

Utilidades a partir del EQ-5D en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca en Canarias

Lidia García Pérez^{1,2,3*}, Pilar Pinilla Domínguez^{1,3}, Melitón F Dávila Ramos⁴, Albino Copca Álvarez⁴, José Juan Ruiz Hernández⁵, Marta Díaz Escofet⁵, Antonio Escobar Martínez⁶

¹Servicio de Evaluación. Servicio Canario de la Salud; ²Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS); ³CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP); ⁴Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife; ⁵Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín; ⁶Hospital de Basurto, Bilbao. *E-mail: lidia.garciaperez@sescs.es

INTRODUCCIÓN

En la evaluación económica de tecnologías sanitarias es relevante el cálculo de los años de vida ajustados por calidad (AVAC). El ajuste de la cantidad de vida ganada por la calidad se consigue mediante la aplicación de unos pesos denominados utilidades que tratan de reflejar las preferencias de los individuos por los estados de salud.

En la medida de lo posible es deseable contar con utilidades obtenidas de poblaciones locales cuando realizamos evaluaciones económicas para informar a las autoridades sanitarias sobre el coste-efectividad de una tecnología en nuestro contexto.

OBJETIVOS

- 1) Conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con insuficiencia cardiaca hospitalizados en Canarias y estimar sus utilidades analizando la influencia de factores sociodemográficos y clínicos como el sexo, la edad o la gravedad de la insuficiencia cardiaca según la clasificación de la New York Heart Association (NYHA).
- 2) Un objetivo secundario es obtener utilidades para su inclusión en un modelo económico de evaluación del desfibrilador automático implantable para la prevención primaria de la muerte súbita en pacientes con insuficiencia cardiaca en España.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de una muestra de 139 pacientes reclutados hasta el momento (49% hombres; 74,94 años de media). Un 25% de la muestra tenía una insuficiencia cardiaca de nivel III o IV según la clasificación de la NYHA. El 62% de la muestra tenía cardiopatía no isquémica (véase tabla 1).

❖ Las utilidades medias (DE) de toda la muestra son: 0,4585 (0,2887) (tarifa EVA) y 0,379 (0,4534) (tarifa ET). Las mujeres presentan peor CVRS (tarifa EVA y ET) que los hombres; la EVA muestra CVRS similares (52-54 sobre 100). La CVRS (tarifa EVA) es menor en los estados de salud de menor capacidad funcional: 0,6204 los pacientes con NYHA I y 0,3192 los pacientes con NYHA III (tabla 1)

❖ 38 pacientes presentaron utilidades negativas (tarifa ET): 2 pacientes en NYHA I; 12 en NYHA II; 15 en NYHA III y 3 en NYHA IV. En contraste, 11 pacientes presentaron utilidades igual a 1 (tarifa ET): 6 pacientes en NYHA I y 5 en NYHA II.

❖ La dimensión donde los pacientes presentan más problemas es Movilidad (78,42%) seguida por Actividades Cotidianas (76,26%) (véase tabla 2)

❖ Se encontraron diferencias significativas en las utilidades calculadas con ambas tarifas entre grupos según clase funcional NYHA I-II vs NYHA III-IV. Estas diferencias se mantuvieron cuando se controló por edad y sexo (véase tablas 3 y 4).

Tabla 3. Comparación de medias

	Diferencia de medias según NYHA 1-2 vs 3-4	t ² de Hotelling		t de Student	
		t ²	p-value	t	p-value
EQ-5D Index (EVA)	0,1984 (*)	15,87	0,0006	3,67	0,0003
EQ-5D Index (ET)	0,3313 (*)	(F=7,88)		3,93	0,0001

(*) Estadísticamente significativo al 95%

Tabla 4. Regresiones lineales

EQ-5D Index (EVA) como dependiente; R ² =0,1431			
	Coefficiente	t	p-value
≥ 75 años	-0,1081127 (*)	-2,21	0,029
Mujer	-0,0772046 (**)	-1,67	0,098
NYHA III-IV	-0,1723663 (*)	-3,22	0,002
_cons	0,612136	13,76	0,000
EQ-5D Index (ET) como dependiente; R ² = 0,1524			
	Coefficiente	t	p-value
≥ 75 años	-0,1569627 (*)	-2,05	0,042
Mujer	-0,128798 (**)	-1,78	0,077
NYHA III-IV	- 0,2914 (*)	3,48	0,001
_cons	0,6208876	8,94	0,000

(*) Estadísticamente significativo al 95%

(**) Estadísticamente significativo al 90%

MÉTODO

En el entorno de un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico se recogieron diversos datos clínicos y de CVRS en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca ingresados en el hospital, en las plantas de cardiología y medicina interna. Se evaluó la CVRS por medio de los cuestionarios EQ-5D, SF-12 y Minnesota Living with Heart Failure. La recogida de datos, incluida la administración de los cuestionarios a los pacientes, fue realizada durante la estancia hospitalaria y en el momento más cercano al alta. En esta comunicación solo se presentan los resultados del EQ-5D obtenidos de la muestra reclutada entre abril de 2010 y diciembre de 2011 en 2 hospitales públicos de Canarias.

Se estimó la utilidad aplicando las tarifas españolas EVA (Escala Visual Analógica) y ET (Equivalencia Temporal), y se realizaron los siguientes análisis:

❖ Se realizó un análisis descriptivo de las características de la muestra y se obtuvieron media y desviación estándar (DE) de las utilidades y de la CVRS por medio de la EVA o termómetro (0 a 100).

❖ Se analizaron las diferencias de medias de las utilidades de ambas tarifas por grupos según estado funcional: NYHA varía de I (sin limitación de la actividad física) a IV (incapacidad para llevar a cabo cualquier actividad física sin disconfort). Se estudiaron las diferencias entre los grupos NYHA I-II y NYHA III-IV controlando por factores condicionantes como el sexo y la edad.

Tabla 1. Utilidades y CVRS por grupos

	N	%	EQ-5D Index (media)		EVA (media)
			Tarifa EVA	Tarifa ET	
Toda la muestra	139	100	0,4585	0,3790	53,28
Hombres	68	48,92	0,5115	0,4663	52,37
Mujeres	71	51,08	0,4078	0,2954	54,15
NYHA I	20	14,39	0,6204	0,5889	64
NYHA II	84	60,43	0,4818	0,4322	54,27
NYHA III	32	23,02	0,3192	0,1509	44,91
NYHA IV	3	2,16	0,2128	-0,0797	43,33
NYHA I-II	104	74,82	0,5085	0,4624	56,14
NYHA III-IV	35	25,18	0,3100	0,1311	44,77
Cardiopatía isquémica	53	38,41	0,4606	0,3838	51,17
Cardiopatía no isquémica	85	61,59	0,4598	0,3787	54,64
Fallecidos durante el ingreso	10	8,47 (10 de 118)	0,3060	0,0971	41
Pacientes con marcapasos	25	23,15 (25 de 108)	0,4084	0,3124	54,96

Tabla 2. Respuestas al EQ-5D

	Movilidad		Cuidado personal		Actividades cotidianas		Dolor / Malestar		Ansiedad / Depresión	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin problemas	30	21,58	61	43,88	33	23,74	46	33,09	49	35,25
Con algunos problemas	83	59,71	49	35,25	69	49,64	83	59,71	68	48,92
Muchos problemas	26	18,71	29	20,86	37	26,62	10	7,19	22	15,83

CONCLUSIONES

❖ Se observa en general una baja CVRS, probablemente debida a que se trata de pacientes con insuficiencia cardiaca ingresados en el hospital. Se observan diferencias entre grupos de modo que a peor capacidad funcional según la clasificación de la NYHA peor CVRS / utilidad.

❖ Estos hallazgos en el ámbito local coinciden en general con la literatura internacional aunque son inferiores a los encontrados en otros estudios españoles (Rivas 2008, Callejo 2010, Medtronic Ibérica 2011). La diferencia con los estudios españoles puede estar en que éste es el primer estudio que se realiza en pacientes ingresados en el hospital.

❖ Los datos obtenidos serán de utilidad para el modelo económico en desarrollo ya que los pacientes con insuficiencia cardiaca ingresan a menudo en el hospital hasta el punto de ser necesario crear un estado para el ingreso en un modelo de Markov.