

COMPARANDO EL EQ-5D-5L Y EL SF-6D PARA VALORAR LA GANANCIA DE CALIDAD DE VIDA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA DROGODEPENDENCIA

Bruno Casal, Eva Rodríguez, Berta Rivera

Las Palmas, 21 de junio de 2018



UNIVERSIDADE
DA CORUÑA

Universidade de Vigo



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS



Situación

- Indicadores de reducción o abstinencia en el consumo (p.e. test de orina).
- Son suficientes? Y la visión subjetiva del paciente?
- En adicciones es necesario evaluar aspectos más amplios del bienestar del paciente: relaciones sociales, depresión, su rol en la sociedad... sobre todo si pensamos en la patología dual.
- Medidas de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS).



Evidencia previa

- Evidencia centrada en adicción al alcohol.
- Tratamientos, como sustitutivos a opiáceos, se han mostrado eficaces en la mejora de la CVRS (más en la dimensión de salud mental).
- Evolución de la CVRS y su relación con periodos de reducción o abstinencia: la literatura poco concluyente.



Nos preguntamos...

1. Los pacientes, ¿presentan una CVRS inferior a la de la PG?
2. ¿Existen ganancias en CVRS a los 6 meses de inicio del tratamiento?
3. Si existen, ¿qué dimensiones son las más relevantes?
4. ¿Existen diferencias significativas en medir la CVRS con el EQ-5D y el SF-6D?
5. ¿Es efectivo el tratamiento en términos de coste por unidad de CVRS ganada?

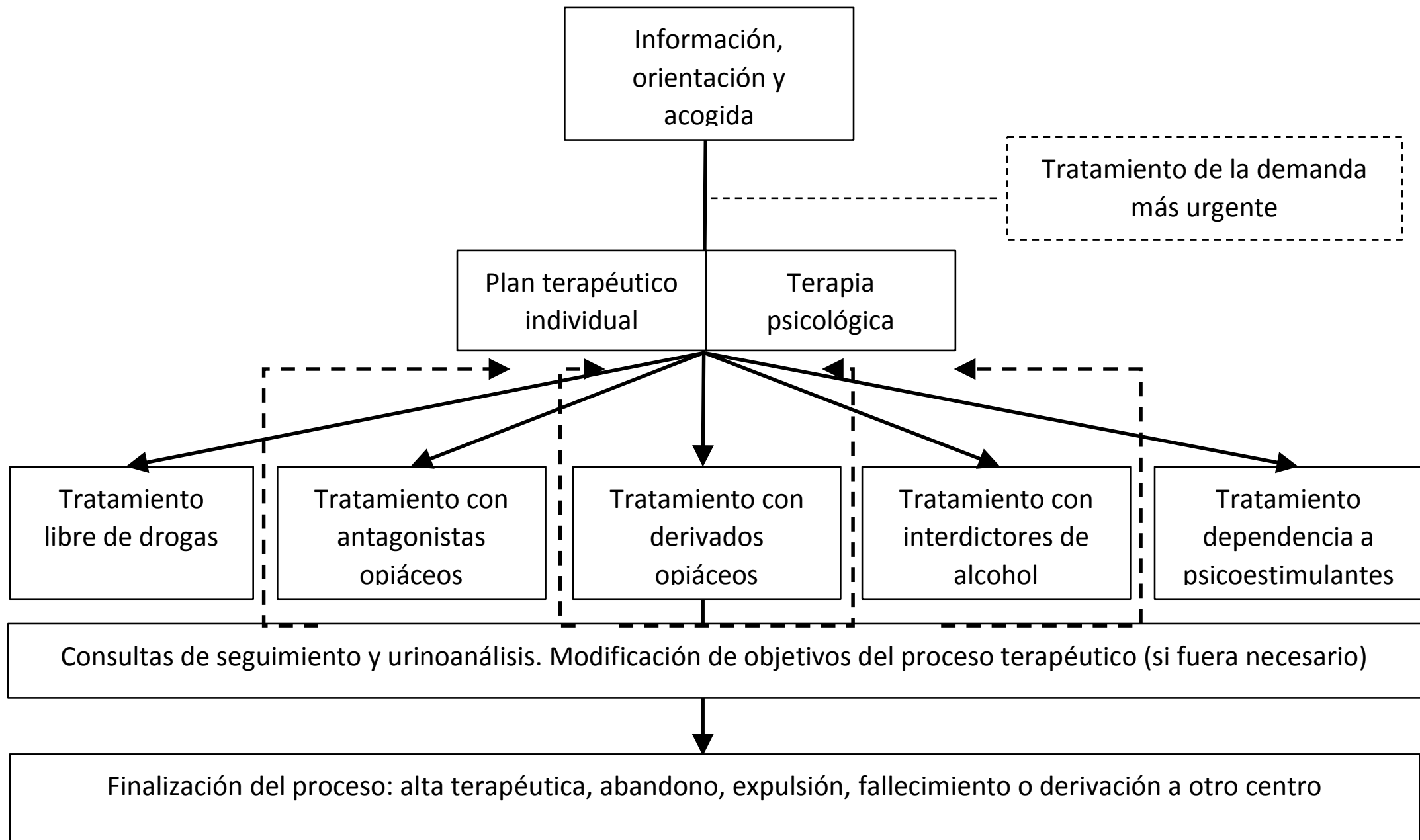
El tratamiento y los pacientes

- Evaluación al inicio del tratamiento y a los 6 meses en 5 unidades de atención ambulatoria a drogodependientes: Galicia (2), Navarra (1) y Andalucía (2).
- Periodo: Diciembre 2015 – Diciembre 2016.
- Pacientes en tratamientos ambulatorios con enfoque biopsicosocial (todo tipo de adicciones, policonsumo...).
- Criterios de inclusión:
 1. ≥ 18 años y haber establecido protocolo de consentimiento informado con el centro.
 2. Primera consulta.
 3. Diagnóstico de consumo abusivo de drogas.
 4. Tratamiento estimado superior a 6 meses.



El tratamiento y los pacientes

- Criterios de exclusión:
 1. Presentar deterioro cognitivo importante.
 2. No estar en tratamiento residencial.
 3. Adicción al juego o al tabaco exclusivamente.
- 109 pacientes y ratio de seguimiento del 86% (94 pacientes evaluados).
- Instrumentos: SF-6D y EQ-5D-5L.



Descriptiva

Sexo (% hombres)	84,04
Edad (años)	37,43
Estado civil (%)	
<i>Soltero/a</i>	53,76
<i>Casado/a</i>	26,88
<i>Viudo/a</i>	2,15
<i>Separado/a</i>	8,6
<i>Divorciado/a</i>	8,6
Situación laboral (%)	
<i>Con contrato laboral/autónomo</i>	38,71
<i>Parado, habiendo trabajado antes</i>	45,16
<i>Parado, no habiendo trabajado antes</i>	16,13
Nivel educativo (%)	
<i>Sin estudios o primaria incompleta</i>	19,57
<i>Primaria</i>	40,22
<i>Secundaria/FP</i>	38,04
<i>Superior</i>	2,17
Convivencia (%)	
<i>Con padres/familia de origen</i>	38,3
<i>Con pareja e hijos</i>	22,34
<i>Solo</i>	25,53
<i>Únicamente con pareja</i>	13,82

Años consumiendo (años)	17,47
Droga principal (%)	
<i>Cocaína</i>	32,98
<i>Cannabis</i>	15,96
<i>Heroína</i>	12,77
<i>Alcohol</i>	32,98
<i>Otras</i>	5,32
Droga secundaria (%)	
<i>Cocaína</i>	40,35
<i>Cannabis</i>	19,3
<i>Heroína</i>	3,51
<i>Alcohol</i>	22,81
<i>Otras</i>	14,04
Pacientes con policonsumo (%)	60,64
Consumo últimos 30 días (%)	
<i>No consumió</i>	3,19
<i>de 1 a 2 veces</i>	14,89
<i>de 3 a 5 veces</i>	9,57
<i>de 6 a 9 veces</i>	11,70
<i>de 10 a 19 veces</i>	18,09
<i>de 20 a 39 veces</i>	14,89
<i>40 o más veces</i>	27,66

Comparando con la PG

- EQ-5D con PG de la ENSE 2011-2012, y SF-6D con Nogueira y Rodríguez (2015) (solo población gallega)

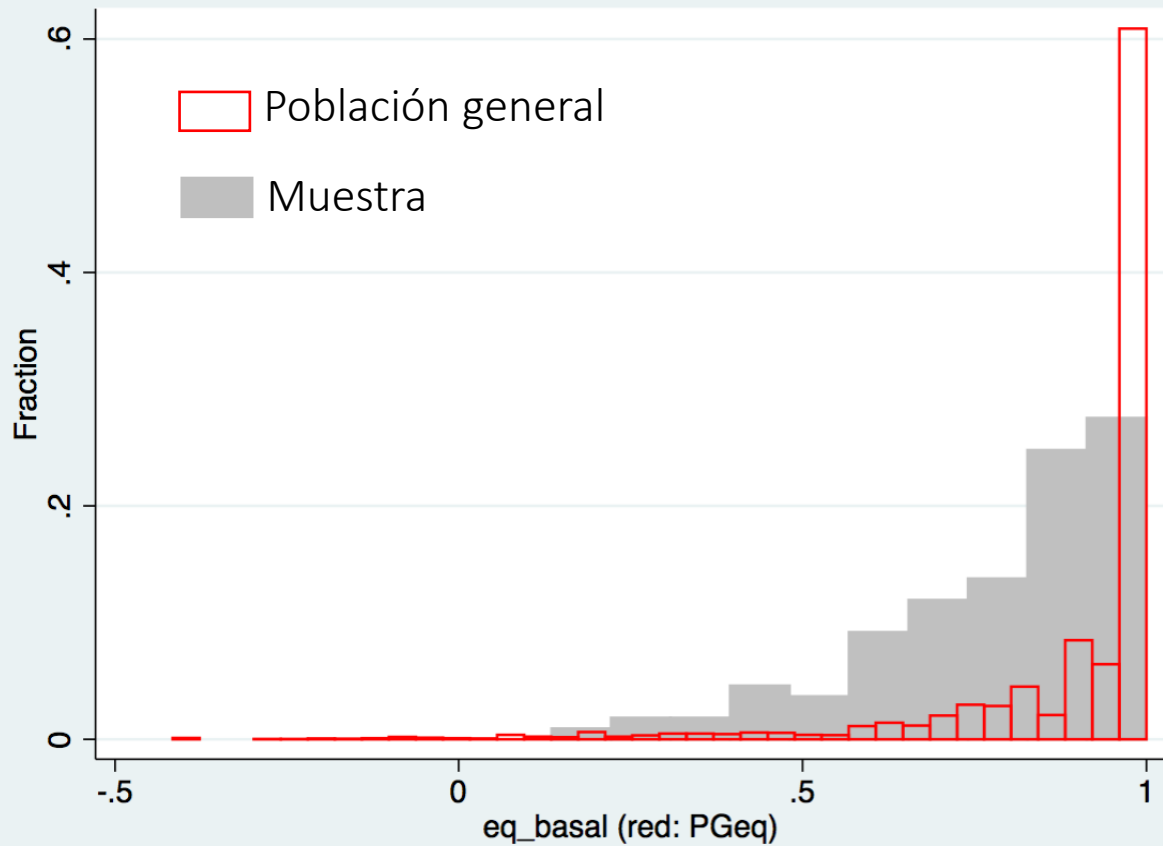
Poblaciones de referencia: índices medios de CVRS

Intrumento	Comunidad					
CVRS	Autónoma	Obs.	Mean	Std. Dev.	Min	Max
EQ5D	Andalucía	2,497	0,89	0,206	-0,416	1
EQ5D	Galicia	1,261	0,88	0,187	-0,416	1
EQ5D	Navarra	768	0,92	0,162	-0,251	1
SF6D	Galicia	600	0,80	0,212	-0,211	1

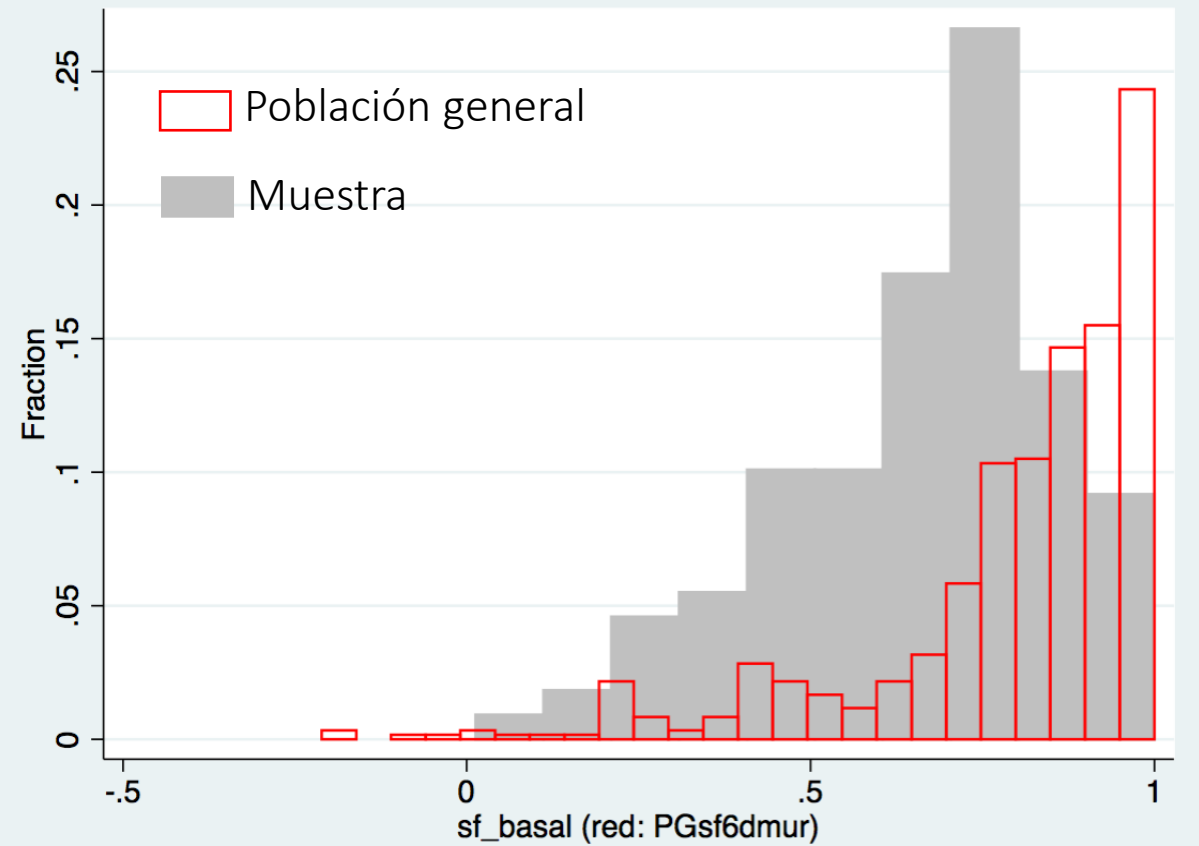
Comparando con la PG

Distribución de los índices de CVRS para la muestra (periodo basal) y la población general

EQ-5D



SF-6D



Comparando con la PG

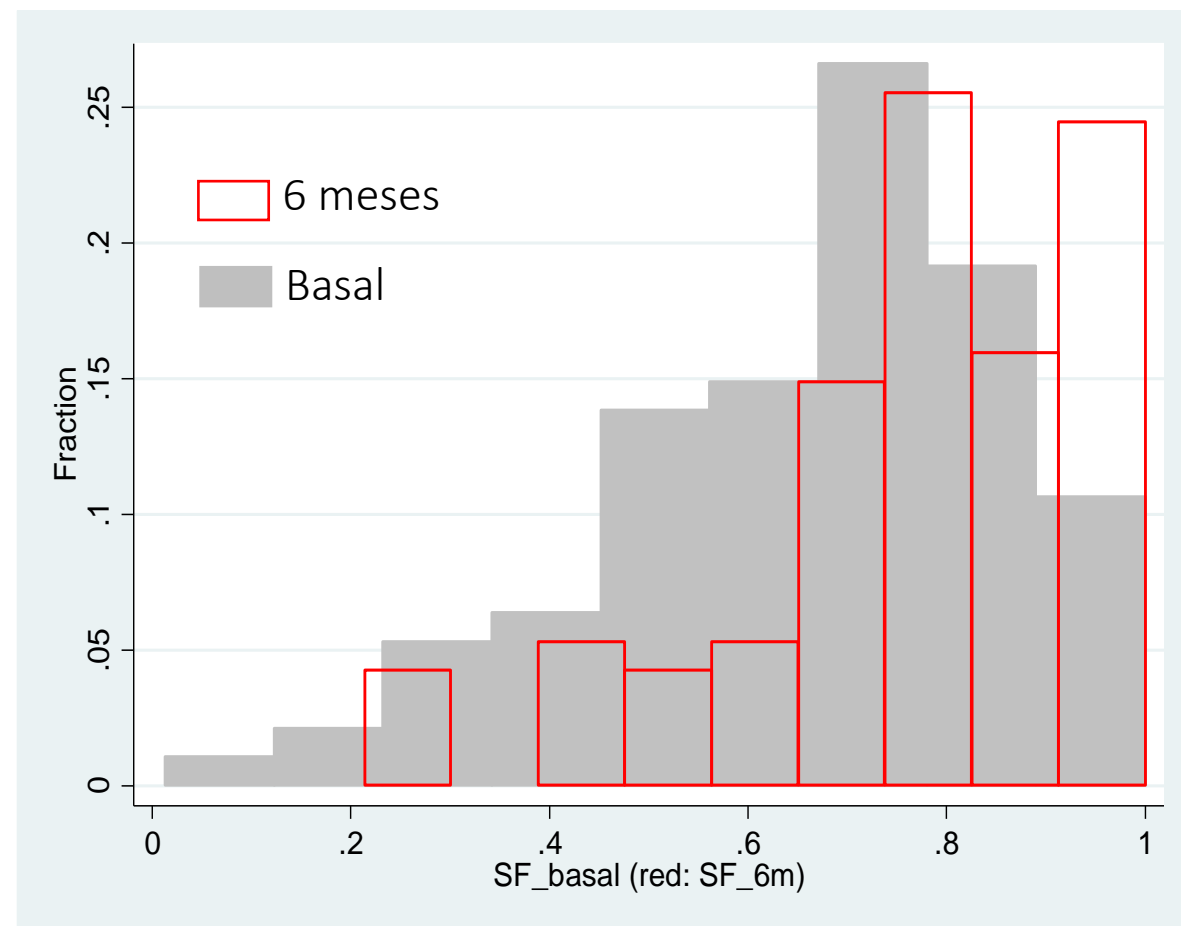
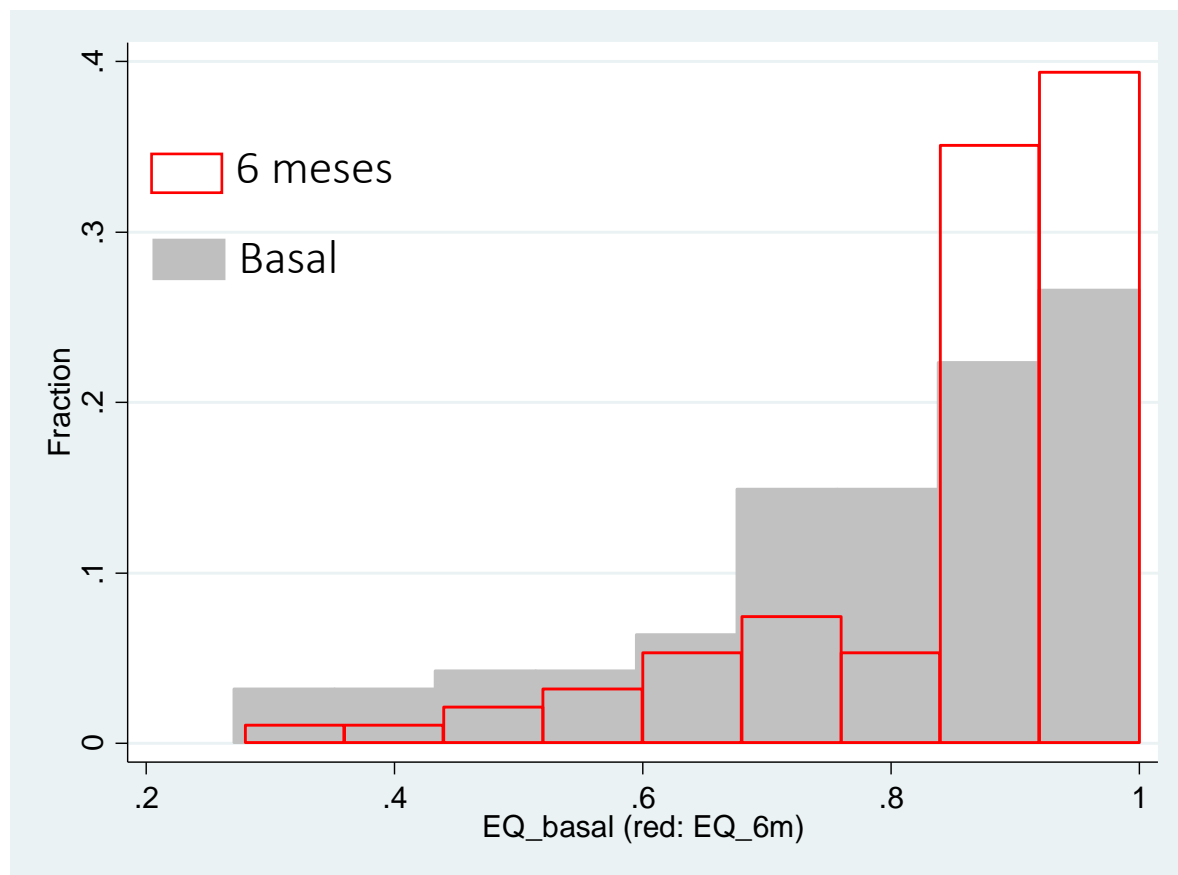
- La CVRS se reduce para la muestra de pacientes en 0.198 (EQ) y en 0.225 (SF) (edad y sexo como variables de control)

EQ-5D	Coef. (Std. Err.)	N	R-squared
Movilidad	-0.012** (0.006)	4,634	0.1858
Cuidado personal	-0.003 (0.003)	4,634	0.1064
Actividades cotidianas	-0.014* (0.003)	4,634	0.1391
Dolor/malestar	-0.044* (0.006)	4,634	0.1698
Ansiedad/depresión	-0.125* (0.005)	4,634	0.1326
EQ5D index	-0.198* (0.017)	4,634	0.2065

SF-6D	Coef. (Std. Err.)	N	R-squared
Funcionamiento físico	-0.014* (0.003)	708	0.2329
Limitaciones de rol	-0.03* (0.002)	708	0.3666
Funcionamiento social	-0.08* (0.006)	708	0.3205
Dolor	-0.048* (0.008)	708	0.1934
Salud mental	-0.123* (0.005)	708	0.5868
Vitalidad	-0.177* (0.006)	708	0.6052
SF6D index	-0.225* (0.022)	708	0.1987

Evolución CVRS

Distribución de los índices de CVRS en el inicio de tratamiento y a los 6 meses



Evolución CVRS

- Ganancia de 0.09 utilizando el EQ-5D y de 0.1 utilizando el SF-6D.
- Una diferencia de 0.04 en el SF-6D, y de 0.07 en el caso del EQ-5D sería clínicamente relevante (Walters y Brazier, 2005).
- La ganancia estimada de CVRS no depende del instrumento de medida. El test de medias muestra que no existen diferencias entre ambas ganancias ($p= 0.47$).

Evolución del índice general de CVRS a los 6 meses de tratamiento

Variable	n	Valor medio	Std. Dev.	Min	Max	p
EQ-5D_basal	94	0.78	0.18	0.27	1.00	
EQ-5D_6meses	94	0.87	0.16	0.28	1.00	
EQ-5D_ganancia CVRS	94	0.09	0.19	-0.41	0.71	< 0.001
SF-6D_basal	94	0.67	0.20	0.01	1.00	
SF-6D_6meses	94	0.76	0.19	0.21	1.00	
SF-6D_ganancia CVRS	94	0.10	0.20	-0.60	0.56	< 0.001

Evolución CVRS

Número de pacientes que reportan algún problema para cada dimensión y ganancia en AVACs durante el periodo de evaluación

	Basal (N)	6 meses (N)	AVACs ganados	p
EQ5D				
Movilidad	9	7	0.003	0.54
Cuidado personal	6	8	-0.001	0.49
Actividades cotidianas	26	13	0.007	0.005
Dolor/malestar	40	26	0.024	0.003
Ansiedad/depresión	77	54	0.054	< 0.001
SF6D				
	35	27	-0.0001	0.939
Funcionamiento físico				
Limitaciones de rol	53	32	0.012	< 0.001
Funcionamiento social	62	43	0.028	< 0.001
Dolor	27	21	0.008	0.179
Salud mental	85	75	0.024	< 0.001
Vitalidad	84	75	0.026	< 0.001

Coste por AVAC

- El coste medio anual por paciente del tratamiento para el año 2015 se ha calculado en 1,250.2 €.
- El ratio coste/AVAC ganado es de 13,891 €, utilizando el EQ-5D, y de 12,250 € utilizando el SF-6D ↔ Vallejo-Torres et al. (2015) estiman el valor social de un AVAC en España entre los 20,000 y los 25,000 €.

Conclusiones

1. Los pacientes, ¿presentan una CVRS inferior a la de la PG?
Sí, sobre todo en las dimensiones ansiedad/depresión (EQ), salud mental y vitalidad (SF).
2. ¿Existen ganancias en CVRS a los 6 meses de inicio del tratamiento?
Sí, y clínicamente relevantes.
3. Si existen, ¿qué dimensiones son las más relevantes?
Ansiedad/depresión (EQ), salud mental y vitalidad (SF).
4. ¿Existen diferencias significativas en medir la CVRS con el EQ-5D y el SF-6D?
La ganancia no depende del instrumento que utilicemos para medirla.
5. ¿Es efectivo el tratamiento en términos de coste por unidades de CVRS ganada?
Sí, el ratio coste/AVAC ganado es significativamente inferior al valor social de un AVAC en España.

Limitaciones

- Tamaño muestral reducido.
- No tenemos grupo de control (personas con problemas de adicción que no se encuentran recibiendo un tratamiento).
- El establecimiento de un grupo de control aleatorizado plantea serios problemas éticos.
- El EQ5D y el SF6D en el ámbito de las adicciones pueden infravalorar el efecto de la adicción sobre la CVRS (Sonntag et al., 2015 y Goranitis et al., 2016) → AVACs por métodos directos (compensación temporal o la lotería estándar).
- Interesante poder estudiar un periodo superior a los 6 meses (incluso después del alta terapéutica!!).

Discusión

- Medidas de CVRS como complemento a las medidas clásicas de resultado clínico debería de convertirse en una práctica habitual en los tratamientos de la adicción:
 - Proporcionan información sobre efectos secundarios.
 - Importante para tratar otras comorbilidades de salud mental, e incluso para enfermedades relacionadas con el consumo (HIV/SIDA, hepatitis).
 - Desde el punto de vista del paciente como un elemento de actitud al cambio en el consumo.
- Avance en la integración de los enfoques económico (evaluación económica) y sanitario (mejora de la adherencia al tratamiento y evaluación de la efectividad clínica).

bruno.casal@udc.es

