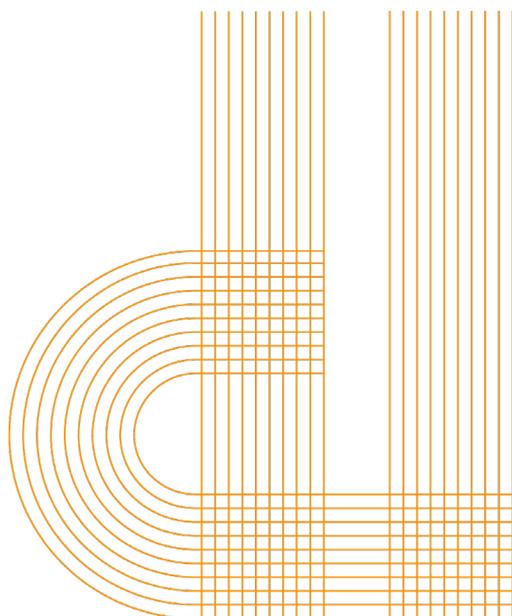


Medición de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dependencia a sustancias: diferencias entre instrumentos y métodos de obtención de preferencias

Eva Rodríguez

Bruno Casal

Berta Rivera



Medición de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con dependencia a sustancias: diferencias entre instrumentos y métodos de obtención de preferencias

Eva Rodríguez¹ Bruno Casal² Berta Rivera².

Resumen

Objetivos: Comparar los índices de utilidad y los efectos del tratamiento en el ámbito de la dependencia al consumo de sustancias, utilizando como instrumentos el EQ-5D-5L, el SF-6D con lotería estándar (SF-6D_{LE}) y el SF-6D con doble lotería (SF-6D_{DL}).

Método: 94 pacientes diagnosticados con una dependencia a sustancias fueron incluidos en el estudio. El SF-6D y el EQ-5D-5L se administraron al inicio del tratamiento y a los seis meses, calculándose los respectivos índices de utilidad. Las diferencias en las valoraciones de utilidad obtenidas entre instrumentos se estimaron para el periodo basal. Las diferencias en el efecto del tratamiento se estimaron comparando las ganancias de utilidad después de los seis meses de tratamiento. Todos los análisis fueron reproducidos para dos submuestras de pacientes, elaboradas en función de la gravedad de su estado de salud inicial.

Resultados: Tanto las valoraciones obtenidas en el periodo basal, como el efecto del tratamiento, son extremadamente sensibles al instrumento utilizado, con diferencias que varían según la gravedad de los estados de salud. Para estados severos, el SF-6D_{DL} (SF-6D_{LE}) estima la utilidad más baja (más alta). Para los estados leves, el SF-6D_{DL} nuevamente estima la utilidad más baja, pero el EQ-5D-5L estima la más alta. Con respecto al impacto del tratamiento, el EQ-5D-5L y el SF-6D_{DL} estiman efectos muy similares para los estados severos (y ambos estiman un mayor impacto que el SF-6D_{LE}). Para los estados leves, el SF-6D_{DL} (EQ-5D-5L) estima el mayor (menor) impacto. Estos resultados son compatibles con la existencia de un efecto techo en el EQ-5D-5L, un efecto suelo para el SF-6D_{LE}, así como una menor presencia de ambos sesgos para el SF-6D_{DL}.

Conclusión: Estos resultados tienen implicaciones relevantes para los análisis coste-utilidad. La relación coste-utilidad incremental de los programas, y por lo tanto las decisiones de políticas públicas, puede depender en gran medida del instrumento utilizado para estimar la calidad de vida.

Palabras clave: EQ-5D-5L; SF-6D; doble lotería; lotería estándar; dependencia de sustancias; calidad de vida.

Agradecimientos

Este estudio fue financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (Proyecto N. 2013I027) y por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad de España (Proyecto ECO2015-69334-R). Los autores agradecen la colaboración de los diversos Centros participantes (Aclad Alborada Vigo, UAD Ribeira, CTA Chiclana, CTA Algeciras y Fundación Proyecto Hombre Navarra), así como a Jesús Morán y Jesús Terradillos, por su colaboración desinteresada en el reclutamiento de pacientes y en la realización de las encuestas.

¹ Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Vigo.

² Departamento de Economía, Universidad de A Coruña.

1. Introducción

Las medidas de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) son una estimación esencial en los estudios de coste-utilidad [1]. El uso de esta medida se ha visto incrementado en el entorno clínico como un complemento a medidas específicas de efectividad [2-4] y, en el campo de epidemiología, como ayuda a la evaluación de la carga de la enfermedad y la discapacidad [5-7]. Aunque existen varios instrumentos que miden la CVRS, no todos tienen las propiedades adecuadas para interpretar sus valoraciones en términos de utilidades y, por lo tanto, para ser utilizados en estudios de evaluación económica [1]. Los dos instrumentos más utilizados en dichos estudios son el EQ-5D [8] y el SF-6D [9, 10], que se deriva del SF-36 [11]. Ambos instrumentos están compuestos por un sistema descriptivo y un algoritmo de ponderación que traduce las respuestas por ítem en valoraciones de utilidad. El EQ-5D original abarca 5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades diarias, dolor/incomodidad, y ansiedad/depresión), cada una de las cuales tiene tres niveles (EQ-5D-3L). Su algoritmo de ponderación se obtuvo a partir del método del intercambio temporal (TTO, en sus siglas en inglés) [12]. El SF-6D incorpora seis dimensiones (función física, limitaciones de rol, función social, dolor, función mental, y vitalidad), cada una de las cuales tiene entre cuatro y seis niveles. Este instrumento usa la lotería estándar [13] para obtener su algoritmo.

Dado que ambos instrumentos tienen fortalezas y debilidades, actualmente, no existe un consenso en la literatura a favor de uno u otro. Existe evidencia empírica de que el EQ-5D-3L es menos sensible que el SF-6D a la hora de identificar diferencias clínicas leves pero significativas, una limitación aparentemente debida a la presencia del denominado *efecto techo*. El *efecto techo* significa que no hay mucha variabilidad en la parte superior de la distribución de utilidad, y por tanto hay muchos pacientes recibiendo la valoración más alta de utilidad. Como consecuencia de ello no se pueden identificar mejoras de salud, clínicamente relevantes, en estos pacientes. Por el contrario, se ha encontrado que el SF-6D sufre el denominado *efecto suelo*, es decir, el instrumento no permite discriminar adecuadamente entre condiciones de salud relativamente severas y, por lo tanto, reporta un alto porcentaje de individuos en el nivel más bajo en algunas de las dimensiones. Este efecto suelo también ha sido mencionado para justificar que el rango de utilidades generadas por el algoritmo del SF-6D tenga un valor mínimo considerablemente más alto que el valor mínimo obtenido a partir del EQ-5D-3L —por ejemplo, en las tarifas inglesas el valor mínimo del EQ-5D-3L es -0,28, mientras que el valor mínimo del SF-6D es 0,30.

Para explicar estos efectos se han señalado diferentes hipótesis. La superioridad del SF-6D sobre el EQ-5D-3L, en términos de evitar el efecto techo y discriminar mejor entre estados de salud leves, podría ser reflejo de que el SF-6D tiene un sistema descriptivo más amplio [14]. En particular, el SF-6D describe 18.000 estados de salud, mientras que el EQ-5D-3L describe solo 243 estados. Por su parte la presencia del efecto suelo en el SF-6D no parece tener su origen en su sistema descriptivo [15], sino en el método de elección de preferencias que dicho instrumento utiliza —la lotería estándar [16,17]. La evidencia empírica [18-20] muestra que el método de la lotería estándar sufre del *efecto certeza*, un fenómeno por el que “las personas sobrevaloran los resultados considerados ciertos, en relación a los resultados que son simplemente probables” [21]. Este efecto, junto con la aversión a las pérdidas, puede generar un sesgo al alza en los índices de utilidad obtenidos a partir del algoritmo en el SF-6D [22].

Para superar las limitaciones de los instrumentos EQ-5D-3L y SF-6D, se han introducido varias modificaciones en cada uno de ellos. Para suavizar el *efecto techo* del EQ-5D, se ha introducido una nueva versión en la cual cada dimensión tiene cinco niveles de gravedad, aumentando el número de estados de salud posibles de 243 a 3.125. Esta variación en el sistema descriptivo se ha combinado con una modificación en el método de elección de preferencias, usando tanto el método del intercambio temporal como métodos de elección discreta [23]. Este protocolo fue utilizado para obtener la tarifa del EQ-5D-5L en varios países, incluidos Inglaterra [24] y España [25]. Para reducir su *efecto suelo* del SF-6D, se han hecho propuestas de cambio, tanto de su sistema descriptivo del SF-6D [15], como de su método de elección de preferencias [26]. Mientras la modificación del sistema descriptivo no parece reducir dicho sesgo, los cambios en el método de obtención de utilidades producen una reducción considerable. Abellán et al. [26], manteniendo el sistema descriptivo original del SF-6D, estiman utilidades mediante la aplicación de la doble lotería [18] (en lugar del método de la lotería estándar), evitando así el efecto certeza y, reduciendo el valor mínimo de 0,30 a -0,36.

En el caso de la dependencia a drogas y/o alcohol (DAD), tanto el SF-6D tradicional, que utiliza la lotería estándar (en adelante lo denotaremos como SF-6D_{LE}), como el EQ-5D-3L, han sido utilizados para estimar la CVRS de la población con problemas de adicción [27–29] y la efectividad de los tratamientos [30-35]. Estos estudios muestran que la población con problemas de adicción a sustancias presenta un nivel de CVRS más bajo que la población general y que los tratamientos producen, al menos a corto plazo, una mejora en la calidad de vida, especialmente en las dimensiones relacionadas con la salud mental.

Sin embargo, otros estudios han documentado las limitaciones de estos instrumentos en la detección de cómo el DAD afecta la CVRS [28, 36, 37]. Diferentes causas pueden explicar estas limitaciones. Además de los problemas mencionados anteriormente, basados en el método de obtención de preferencias utilizado para la obtención del algoritmo, existen otros problemas específicos del ámbito de la adicción. En este sentido, la literatura existente señala que ambas medidas se centran principalmente (aunque no exclusivamente) en las dimensiones relacionadas con la salud física, lo que puede conducir a deficiencias al evaluar la calidad de vida afectada por la enfermedad mental [38, 39].

Cuando se comparan directamente el SF-6D_{LE} y el EQ-5D-3L, los resultados no son concluyentes. Aunque McCrone et al. [40] presentan evidencia de que SF-6D_{LE} puede ser más apropiado en el caso de una enfermedad mental (aunque no encontraron en su trabajo diferencias significativas), los resultados de Nosyk et al. [34] y Oviedo-Joekes et al. [41], para poblaciones de pacientes dependientes de opiáceos, sugieren que el EQ-5D es preferible al SF-6D en términos de capacidad de respuesta al cambio. Prácticamente no existe evidencia empírica sobre la aplicabilidad de las nuevas versiones de estos instrumentos en población con problemas de adicción. El SF-6D que utiliza la doble lotería (en adelante lo denotaremos como SF-6D_{DL}) se ha aplicado en el ámbito de la dependencia del alcohol [42], y el EQ-5D-5L se ha aplicado en el ámbito de la adicción a las drogas ilegales [43, 44]. Para nuestro conocimiento, ningún estudio ha comparado el EQ-5D-5L con el SF-6D_{DL}.

El objetivo principal de este trabajo es el de comparar los índices de utilidad en el ámbito de la DAD utilizando el EQ-5D-5L y el SF-6D_{DL}. Dado que estos instrumentos difieren en términos de sus dimensiones y de los métodos utilizados para obtener las preferencias, también emplearemos el SF-6D_{LE} para evaluar cómo afecta al mismo sistema descriptivo, la introducción de la doble lotería como método para obtener las preferencias. Además, analizamos cómo el uso de estos instrumentos alternativos influye en la efectividad de los tratamientos. Debe tenerse en cuenta que es posible que existan diferencias entre instrumentos a la hora de estimar las utilidades, pero que no haya diferencias entre ellos cuando se comparan las variaciones de sus valoraciones a lo largo del tiempo —esto ocurriría si las diferencias entre los instrumentos permanecen constantes a lo largo de la distribución de utilidades.

De forma más específica, los objetivos planteados en este estudio son los siguientes.

- (a) Comparar las utilidades derivadas de la utilización del EQ-5D-5L, SF-6D_{LE} y SF-6D_{DL} en pacientes con DAD en un período de referencia. Es decir, ¿la CVRS estimada en pacientes con DAD cambia en función del instrumento utilizado?
- (b) Analizar el efecto del uso del EQ-5D-5L, SF-6D_{LE} y SF-6D_{DL} en el contexto de una evaluación económica de programas sanitarios. En otras palabras, ¿las mejoras en la salud que produce un tratamiento dependen del instrumento que se utiliza para evaluarlas?
- (c) Comprobar si nuestros resultados con respecto a los ítems (a) y (b) se mantienen cuando el análisis se realiza para pacientes con niveles de gravedad diferentes.
- (d) Identificar qué dimensiones son las más afectadas por la DAD y por el tratamiento.

2. Metodología

2.1. Muestra

La CVRS de los pacientes con DAD incluidos en el estudio se obtuvo a partir de un estudio prospectivo, no aleatorizado, y multicéntrico, realizado durante 2015 en cinco centros de salud dedicados al tratamiento ambulatorio de esta patología, y ubicados en tres regiones españolas (Galicia, Navarra y Andalucía). El tratamiento en estos centros consiste en intervenciones de tipo psicosocial, farmacológica o ambas, y puede verse modificado, a lo largo del periodo de estudio, en función de la evolución de la patología y de acuerdo con un plan terapéutico individualizado. Este proceso terapéutico hace que sea difícil vincular a cada paciente con un tratamiento específico, especialmente si tenemos en cuenta aspectos relacionados con el consumo simultáneo de varios medicamentos, o la presencia de una patología dual. Los pacientes que fueron reclutados cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: (1) tener como mínimo 18 años de edad; (2) dar su consentimiento informado para participar en el estudio; (3) asistir a su primera consulta en la unidad de tratamiento; (4) no tener un deterioro cognitivo que impidiera la participación en el estudio; (5) ser diagnosticados con una dependencia de alcohol o drogas ilegales; y (6) requerir un tratamiento ambulatorio estimado de, al menos, seis meses de duración.

Inicialmente, se seleccionaron 109 pacientes, de los cuales doce fueron excluidos porque comenzaron un tratamiento residencial durante el período de estudio, y tres porque no fueron evaluados a los seis meses de iniciarse el tratamiento. Cada paciente completó los cuestionarios SF-6D y EQ-5D-5L al comienzo del tratamiento y a los seis meses. También se recoge información sobre características sociodemográficas de los pacientes y patrones de uso de drogas.

2.2. Análisis de datos

En primer lugar, se estiman los índices de utilidad para cada instrumento. Los índices de utilidad del EQ-5D-5L (SF-6D_{DL}) se obtuvieron aplicando el algoritmo estimado por Ramos-Goñi et al. [25] (Abellán et al. [26]) a partir de las preferencias de la población española. Los valores del SF-6D_{LE} se obtuvieron aplicando el algoritmo estimado por Brazier y Roberts [9] a partir de las preferencias de la población inglesa (no existe una tarifa española para el SF-6D_{LE}). Los valores de cada paciente se obtuvieron, para los tres instrumentos, al inicio del tratamiento y a los seis meses.

En segundo lugar, verificamos si el valor de utilidad medio obtenido a partir de los instrumentos –que denotaremos como $U(EQ-5D-5L)$, $U(SF-6D_{LE})$ y $U(SF-6D_{DL})$ – presentó diferencias significativas durante el período de referencia. Para ello se realizan pruebas paramétricas y no paramétricas: test de muestras pareadas para comparar utilidades medias y pruebas de Kolmogorov-Smirnov para comparar las distribuciones de utilidades. Para comprobar si estas diferencias están relacionadas con el nivel de severidad, se dividió la muestra de pacientes en dos submuestras, de acuerdo con la gravedad del estado de salud. Para ello los pacientes se ordenaron de acuerdo con los índices obtenidos a partir del EQ-5D-5L, dividiéndolos en dos muestras de igual tamaño que denominaremos submuestra "leve" y submuestra "grave". La comparación entre los valores medios por instrumento, realizada para la muestra total, se repitió para cada submuestra. También se calcularon los valores mínimos por instrumento (como *proxy* del efecto suelo), y el porcentaje de pacientes que obtuvieron un valor de la utilidad igual a uno (como *proxy* del efecto techo).

En tercer lugar, comparamos la “ganancia de utilidad” que experimentan los pacientes a los 6 meses de inicial el tratamiento en cada instrumento, calculando la diferencia entre los valores obtenidos a los seis meses y en el periodo basal. Nuevamente, utilizamos test de muestras pareadas y pruebas de Kolmogorov-Smirnov para comparar la media y la distribución de utilidades, respectivamente. Este análisis fue replicado posteriormente en las dos submuestras de severidad.

Dado que el EQ-5D-5L y el SF-6D emplean diferentes sistemas descriptivos, nuestro análisis final consistió en identificar las dimensiones más afectadas por el tratamiento. En particular, obtuvimos el porcentaje de pacientes que mostraron cambios (después de seis meses) a lo largo de las dimensiones de cada instrumento, e identificamos las dimensiones para las cuales hubo una variación significativa en la utilidad.

3. Resultados

3.1. Utilidad por instrumento

La Tabla 1 presenta las principales características de la muestra de pacientes. La mayoría de los pacientes son tratados por dependencia a la cocaína y/o al alcohol, y más de la mitad de la muestra consume de manera simultánea varias drogas. Los pacientes incluidos en el estudio presentan frecuencias altas de consumo, y más de la mitad son consumidores desde hace más de 15 años. El panel superior izquierdo de la Tabla 2 presenta la valoración media por instrumento obtenida para la muestra total al inicio del tratamiento (en el periodo basal). El test de muestras pareadas muestra que $U(SF-6D_{DL})$ es significativamente más baja que $U(EQ-5D-5L)$ y $U(SF-6D_{LE})$ ($p < 0,001$ para ambas comparaciones). No hay diferencias significativas entre $U(EQ-5D-5L)$ y $U(SF-6D_{LE})$ ($p = 0,36$). La Tabla 2 evidencia un fuerte efecto suelo para el SF-6D_{LE}, en comparación con el EQ-5D-5L y el SF-6D_{DL}: los valores mínimos estimados son, respectivamente, 0,48, 0,27 y 0,01. Este efecto está en línea con sus respectivos valores mínimos teóricos de 0,30, -0,42 y -0,36. Con respecto al efecto techo, el porcentaje de pacientes que obtienen el valor máximo es mayor en el EQ-5D-5L (12,8%) que en el SF-6D (4,3%).

[Insertar Tabla1]

[Insertar Tabla2]

El gráfico 1 presenta, para cada instrumento, la distribución de utilidades en el periodo basal. En todas las comparaciones, los test de Kolmogorov-Smirnov rechazan la hipótesis de igualdad en la distribución, confirmando que el EQ-5D-5L y el SF-6D_{LE} reportan utilidades más altas que el SF-6D_{DL} ($p < 0.001$) y también que el EQ-5D-5L reporta utilidades más altas que el SF-6D_{LE} ($p = 0.004$). La diferencia entre el EQ-5D-5L y el SF-6D_{LE} en la distribución, pero no en la media, deriva de dos efectos opuestos: por un lado, el EQ-5D-5L es menos sensible que el SF-6D_{LE} a la hora de discriminar entre estados de salud leves y, por lo tanto, produce una mayor frecuencia de utilidades extremadamente altas; por otro lado, el EQ-5D-5L es más sensible a la hora de discriminar entre estados más graves de salud y, por lo tanto, produce una mayor frecuencia de utilidades extremadamente bajas. Estos resultados sugieren que la falta de diferencias significativas encontradas entre $U(EQ-5D-5L)$ y $U(SF-6D_{LE})$ podría reflejar que el efecto techo del EQ-5D-5L se compensa con el efecto suelo del SF-6D_{LE}. Finalmente, el gráfico de la distribución de utilidades del SF-6D_{DL} se desplaza hacia la izquierda, lo que refleja una menor incidencia de los sesgos derivados del efecto suelo y del efecto techo.

[Insertar Gráfico 1]

Dado que el efecto suelo sesga al alza la utilidad de los estados más severos y el efecto techo produce el mismo sesgo en los estados más leves, es esperable que el EQ-5D-5L produzca utilidades más altas

que el SF-6D_{DL} para los estados más leves, y más bajas para los estados más graves. El Gráfico 2 ilustra este efecto, que se cuantifica en el panel superior derecho de la Tabla 2. $U(EQ-5D-5L)$ es 0,07 más alta que $U(SF-6D_{LE})$ para la submuestra de pacientes con estados de salud más leves, y 0,05 más baja para la submuestra de estados de salud más graves. Sin embargo, en ambas submuestras los valores de $U(SF-6D_{LE})$ son significativamente inferiores que las utilidades derivadas utilizando los otros instrumentos. El Gráfico 2 también muestra que la diferencia entre el EQ-5D-5L y el SF-6D_{LE} aumenta a medida que disminuye la gravedad del estado de salud, existiendo un nivel de gravedad en el que ambos instrumentos producen valoraciones similares. Siguiendo a Barton et al. [45], usamos una regresión de mínimos cuadrados ordinarios para encontrar dónde se produce el corte entre estos instrumentos. Por ejemplo, para identificar el corte entre el EQ-5D-5L y el SF-6D_{LE}, estimamos la regresión $SF-6D_{LE} = \alpha + \beta (EQ-5D-5L)$. Los resultados muestran que $EQ-5D-5L = -0,125 + 1,176 (SF-6D_{LE})$ ($R^2 = 0,58$) y $EQ-5D-5L = 0,332 + 0,676 (SF-6D_{DL})$ ($R^2 = 0,61$). Estos resultados predicen que un paciente cuyo índice EQ-5D-5L fue menor (mayor) que 0,71 obtendría una valoración más alta (más baja) en el SF-6D_{LE}. Sin embargo, el punto de corte para EQ-5D-5L y SF-6D_{LE} (1,03) se produce en un valor que está fuera del rango teórico del instrumento. Por lo tanto, el modelo de regresión predice valores más altos en el EQ-5D-5L que en el SF-6D_{DL} para todo el rango de valores de utilidad.

[Insertar Gráfico 2]

3.2. Efecto del tratamiento por instrumento

El Gráfico 3 muestra, para cada instrumento, la distribución de utilidades en el periodo basal y a los seis meses de iniciarse el tratamiento. El test de Kolmogorov-Smirnov rechaza, para los tres instrumentos, la hipótesis de igualdad en las distribuciones ($p < 0,001$). Es decir, todos los instrumentos identifican una ganancia significativa de utilidad. Los dos paneles inferiores de la Tabla 2 presentan la ganancia de utilidad media para la muestra completa de pacientes (lado izquierdo) y para las submuestras por gravedad del estado de salud (lado derecho). El tratamiento se asocia con una ganancia de utilidad de 0,09; 0,1 y 0,06 cuando se utiliza el EQ-5D-5L, el SF-6D_{DL} y el SF-6D_{LE}, respectivamente, siendo todos estos valores significativamente distintos de cero ($p < 0,001$). Sin embargo, cuando se compara la ganancia de utilidad entre instrumentos, la ganancia obtenida a partir del SF-6D_{LE} es significativamente inferior que las ganancias obtenidas a partir de los otros dos instrumentos. No se detectaron diferencias significativas en las ganancias obtenidas por el EQ-5D-5L y por el SF-6D_{LE} ($p = 0,468$).

[Insertar Gráfico 3]

En función de la gravedad del estado de salud, el SF-6D_{LE} produce el menor efecto del tratamiento para los estados más graves, y el EQ-5D-5L produce el menor efecto para los leves. Estos resultados son compatibles con la presencia de un efecto suelo para el SF-6D_{LE} y de un efecto techo para el EQ-5D-5L. Las valoraciones del SF-6D_{DL} para estados severos presenta un similar impacto de los tratamientos que las obtenidas con el EQ-5D-5L ($p = 0.183$) —ambos tienen un reducido efecto suelo que incide principalmente en los estados más graves— pero una ganancia mayor que los otros dos instrumentos para estados de salud leves.

Finalmente, la Tabla 3 muestra los resultados del análisis por dimensión. El número de pacientes que presentan cierto nivel de severidad es alto para las dimensiones relacionadas con la salud mental y psicológica (es decir, ansiedad/depresión en el EQ-5D-5L, y salud mental y vitalidad en el SF-6D). El tratamiento reduce el número de pacientes que presentan problemas en las dimensiones de ansiedad/depresión, limitaciones de rol y función social. A los seis meses de tratamiento, se observan aumentos significativos en la utilidad, para tres dimensiones del EQ-5D-5L y para cuatro del SF-6D.

[Insertar Tabla 3]

4. Discusión

Este estudio compara el uso del EQ-5D-5L, el SF-6D_{LE} y el SF-6D_{DL} para medir la CVRS de pacientes con DAD sometidos a un tratamiento ambulatorio, y para estimar el efecto del tratamiento sobre la calidad de vida a los seis meses. Los valores obtenidos son extremadamente sensibles al instrumento utilizado, especialmente cuando se evalúan los pacientes con estados de salud leves vs. graves. El SF-6D_{DL} obtiene los menores valores medios de utilidad en el periodo basal, y esa estimación no difiere significativamente cuando el EQ-5D-5L y el SF-6D_{LE} son comparados. Los valores obtenidos con el SF-6D_{DL} son inferiores, con independencia de la gravedad del estado de salud de los pacientes, sin embargo, la relación entre las valoraciones del EQ-5D-5L y del SF-6D_{LE} dependen de la gravedad del estado de salud: $U(\text{EQ-5D-5L}) < U(\text{SF-6D}_{LE})$ para la submuestra de pacientes más graves, mientras que $U(\text{EQ-5D-5L}) > U(\text{SF-6D}_{LE})$ para la submuestra de pacientes más leves.

El corte entre los índices obtenidos por estos instrumentos se produce en un valor de 0,7. Este resultado es compatible con la combinación de un efecto techo y un efecto suelo. Así, dado que tanto un efecto suelo (observado principalmente en el SF-6D_{LE}) como un efecto techo (principalmente en el EQ-5D-5L) sesgan la utilidad hacia arriba, no es sorprendente que las valoraciones medias de utilidad derivadas de

estos instrumentos sean similares. Sin embargo, debido a que el efecto suelo se aplica a las peores condiciones de salud, mientras que el efecto techo se aplica a las mejores condiciones, el EQ-5D-5L produce puntuaciones más bajas (altas) que el SF-6D_{LE} en el nivel inferior (superior) de la distribución de utilidad. Los valores del EQ-5D-5L y del SF-6D_{DL} reflejan un efecto tratamiento muy similar, siendo superiores a los valores obtenidos con el SF-6D_{LE}. Sin embargo, para los estados de salud leves, las valoraciones del SF-6D_{DL} identifican el mayor efecto.

Nuestros resultados están en línea con los obtenidos por otros estudios. La permanencia del efecto techo en el EQ-5D-5L está presente en trabajos anteriores, en los que se establece que el EQ-5D-5L reduce, pero no elimina, el efecto techo del EQ-5D-3L [46, 47]. También se ha evidenciado que el EQ-5D-5L presenta un efecto techo superior al SF-6D_{LE}. Así, por ejemplo, en un estudio de personas que padecen diabetes tipo 2, Al Sayah et al. [48] encuentran que el 16,1% de los pacientes tiene un índice de utilidad de 1 cuando se evalúa con el EQ-5D-5L, mientras que este porcentaje es del 3,2% cuando se utiliza el SF-6D_{LE}. Del mismo modo, en un estudio de pacientes con nódulos tiroideos benignos sintomáticos, Wong et al. [49] encuentran un efecto techo para el EQ-5D-5L, pero no encuentran efecto suelo para el SF-6D_{LE}, compatible con la no presencia de efecto suelo in los estados leves que hemos encontrado en nuestro estudio. Nuestros resultados también revelan que el SF-6D_{DL} presenta un efecto suelo inferior al que presenta el SF-6D_{LE} y que, al igual que el SF-6D_{LE}, no parece sufrir de un importante efecto techo. Probablemente, estos resultados pueden explicarse por la utilización del método de la doble lotería en la estimación del algoritmo para obtener las utilidades en el SF-6D_{DL}. La evidencia disponible muestra que éste método, en relación al de la lotería estándar, no presenta el efecto certeza y, por lo tanto, debería dar como resultado estimaciones de utilidad menos sesgadas [19, 20].

Para finalizar, el valor de utilidad estimado a partir del cual el SF-6D_{LE} da valores menores que el EQ-5D-5L (0,71) es consistente con estudios anteriores [45]. Con respecto a la evaluación del efecto de los tratamientos para DAD, nuestros resultados también están en línea con los obtenidos por otros trabajos. Nosyk et al. [34] utilizan el EQ-5D-3L y el SF-6D_{LE} en una muestra de pacientes crónicos con dependencia a opioides, y obtienen resultados similares a los nuestros. De forma más específica, encuentran que: a) no hay diferencias entre los valores del EQ-5D-3L y el SF-6D_{LE} en el periodo basal, b) las ganancias del tratamiento con el SF-6D_{LE} es muy similar, c) las ganancias valoradas a partir del EQ-5D-3L más que duplican a las obtenidas con el SF-6D_{LE}, y d) las dimensiones más afectadas por el tratamiento son las mismas que las observadas en nuestro estudio. Nogueira y Rodríguez-Míguez [42] utilizan el SF-6D_{DL} en una muestra de pacientes con dependencia alcohólica y obtienen un índice de utilidad similar al nuestro.

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra y un posible sesgo de selección podrían limitar la generalización de nuestros resultados. Aunque las muestras reducidas son comunes en este campo (ver, por ejemplo, Goranitis et al. [50] o Nogueira y Rodríguez-Míguez [42]), no podemos evaluar hasta qué punto los índices de utilidad están sesgados por el tamaño de la muestra. Respecto al riesgo de selección, este se deriva de la utilización de una muestra no aleatoria de pacientes. A la luz de estos dos problemas de la muestra, la CVRS estimada podría no ser representativa de toda la población con DAD. En segundo lugar, nuestra evaluación de los efectos del tratamiento puede verse comprometida por la ausencia de un grupo de control, debido a que el sistema de salud pública financia el tratamiento de todos los pacientes que lo solicitan. En este sentido, hemos seguido a otros estudios [51-53] y hemos estimado el efecto del tratamiento comparando valores obtenidos en el período basal y a los seis meses de comenzar el tratamiento. Sin embargo, esta estrategia podría también generar sesgo, al no haber controles para los efectos placebo y de regresión a la media. No obstante, aunque estas dos limitaciones podrían cuestionar la fiabilidad de del impacto estimado del tratamiento, entendemos que no son menos relevantes cuando, como en nuestro caso, el objetivo del estudio es la comparación entre instrumentos. En tercer lugar, los pacientes entrevistados siempre completaron el cuestionario EQ-5D-5L antes del cuestionario SF-6D, lo cual podría haberse dado un efecto de orden. Sin embargo, la evidencia empírica que ha analizado los efectos orden en este contexto [54, 55] parece concluir que dicho efecto, de existir, sería reducido.

Finalmente, la ausencia de un algoritmo basado en las preferencias de la población española para el cálculo de utilidades en el SF-6D_{LE}, nos obligó a utilizar el algoritmo derivado de las preferencias de la población británica. Aunque no parece haber diferencias sistemáticas entre las preferencias españolas y británicas [56], no podemos descartar la posibilidad de que exista algún sesgo relacionado con la nacionalidad. Por lo tanto, realizamos un análisis complementario para obtener alguna evidencia sobre la relevancia de esta limitación sobre nuestros resultados.¹ En particular, analizamos si las diferencias encontradas entre los instrumentos EQ-5D-5L y SF-6D_{LE}, permanecen cuando para obtener las utilidades del EQ-5D-5L, utilizamos el algoritmo de valoración basado en las preferencias de la población británica de Devlin et al. [24] (de ahora en adelante EQ-5D-5L_E). A nivel agregado, el valor medio del EQ-5D-5L_E es de 0,796 y la ganancia media del tratamiento es de 0,083. Estos valores confirman que la ordenación de los instrumentos en base a la utilidad media obtenida en el periodo basal, y a la ganancia de utilidad debida al tratamiento, es la misma, independientemente de si se

¹ Aquí se presenta únicamente información cualitativa, la información cuantitativa estaría disponible bajo petición a los autores.

utilizan, para el cálculo de las utilidades, los valores del algoritmo EQ-5D-5L basado en las preferencias españolas o británicas. Los resultados por submuestras tampoco han variado: (i) para estados graves (leves), la utilidad media basada en EQ-5D-5L_E es menor (mayor) que la basada en el SF-6D_{LE}, y (ii) la ganancia de utilidad derivada del SF-6D_{LE} es menor (mayor) que la obtenida con el EQ-5D-5L para los estados de salud graves (leves). Estos resultados sugieren que las principales diferencias que encontramos entre el EQ-5D-5L y el SF-6D_{LE} no parecen proceder de diferencias entre las preferencias de las poblaciones británica y española.

En relación a la relevancia de nuestros resultados para la toma de decisiones públicas, pueden extraerse tres conclusiones principales. En primer lugar, los diversos instrumentos analizados estiman diferentes impactos del tratamiento, lo que significa que las decisiones adoptadas, probablemente, diferirán según el instrumento de evaluación utilizado. Supongamos, por ejemplo, que el uso de un instrumento produce, en comparación con otro instrumento, un impacto del tratamiento mayor. En este caso, la ratio coste-utilidad incremental del primero será más bajo y, por tanto, las probabilidades de que ese tratamiento se financie públicamente serán mayores, cuando en el proceso de toma de decisiones sobre asignación de recursos se toma como referencia un determinado umbral coste-efectividad. En segundo lugar, las discrepancias observadas entre los instrumentos están relacionadas con la gravedad del estado de salud de los pacientes. Para estados severos, el uso de EQ-5D-5L o SF-6D_{DL} implica una evaluación similar del efecto del tratamiento —la toma de decisiones estará poco afectada por la elección entre estos dos instrumentos— mientras que el SF-6D_{LE} producirá un impacto claramente inferior —disminuyendo las posibilidades de que el tratamiento evaluado sea financiado. Sin embargo, para los estados de salud más leves, el SF-6D_{DL} es el instrumento que permite identificar un mayor efecto, seguido del SF-6D_{LE} y del EQ-5D-5L. En tercer lugar, es difícil posicionarse a favor de uno u otro instrumento porque desconocemos el “verdadero” valor de referencia. Dicho esto, nuestros resultados sugieren que: (i) el EQ-5D-5L y el SF-6D_{DL} son más sensibles que el SF-6D_{LE} cuando se evalúan estados de salud graves; (ii) el SF-6D_{DL} y el SF-6D_{LE} son más sensibles que el EQ-5D-5L para medir estados leves; y (iii) las utilidades derivadas del SF-6D_{DL} son compatibles con utilidades menos sesgadas.

En resumen, este artículo compara el EQ-5D-5L con el SF-6D_{LE} (que utiliza el método de la lotería estándar para la obtención de preferencia) y el SF-6D_{DL} (que utiliza el método de doble lotería), en el ámbito de pacientes con DAD. Los resultados obtenidos muestran que estos instrumentos producen diferentes estimaciones de los índices de utilidad y del efecto del tratamiento, con patrones diferentes según el nivel de severidad. Nuestros resultados son consistentes con la presencia de un efecto suelo en el SF-6D_{LE}, con un efecto de techo en el EQ-5D-5L, y con una menor presencia de ambos sesgos en

el SF-6D_{DL}. Aunque el instrumento SF-6D_{DL} tiene, evidentemente, muchas propiedades favorables, se necesita de una mayor investigación para evaluar la solidez de estos resultados en el contexto de otras patologías, y para analizar el efecto de aplicar el método de la doble lotería a otros sistemas descriptivos tales como el EQ-5D-5L.

Bibliografía

1. Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Fourth ed. Oxford: Oxford University Press; 2015.
2. McHorney CA, Tarlov AR. Individual-patient monitoring in clinical practice: Are available health status surveys adequate? *Qual Life Res*. 1995; 4: 293-307.
3. Ahmed S, Berzon RA, Revicki DA, Lenderking WR, Moinpour CM, Basch E, Reeve BB, Wu AW, International Society for Quality of Life Research. The use of patient-reported outcomes (PRO) within comparative effectiveness research: Implications for clinical practice and health care policy. *Med Care*.2012; 50: 1060-70.
4. Karow A, Wittmann L, Schottle D, Schafer I, Lambert M. The assessment of quality of life in clinical practice in patients with schizophrenia.*Dialogues ClinNeurosci*.2014; 16: 185-95.
5. Muennig P, Lubetkin E, Jia H, Franks P. Gender and the burden of disease attributable to obesity. *Am J Public Health*.2006; 96: 1662-8.
6. Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham UG, Hemstrom O, Selin KH, Lenke L, Ramstedt M, Room R. The societal cost of alcohol consumption: An estimation of the economic and human cost including health effects in sweden, 2002. *Eur J Health Econ*.2008; 9: 351-60.
7. Konnopka A, Konig HH. The health and economic consequences of moderate alcohol consumption in germany 2002. *Value Health*.2009; 12: 253-61.
8. EuroQol Group. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life.*Health Policy*.1990; 16: 199-208.
9. Brazier JE, Roberts J. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-12.*Med Care*.2004; 42: 851-9.
10. Brazier J, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36.*J Health Econ*.2002; 21: 271-92.
11. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.
12. Torrance GW. Social preferences for health states: an empirical evaluation of three measurement techniques. *Socio Econ Plan Sci*. 1976; 10: 129-36.
13. Farquhar PH. State of the art—utility assessment methods. *Manag Sci*. 1984; 30: 1283-1300.

14. Bharmal M, Thomas J. Comparing the EQ-5D and the SF-6D descriptive systems to assess their ceiling effects in the US general population. *Value Health*.2006; 9: 262-71.
15. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Rowen D. Reducing the floor effect in the SF-6D: a feasibility study. *Appl Res Qual Life*.2012; 7: 193-208.
16. Tsuchiya A, Brazier J, Roberts J. Comparison of valuation methods used to generate the EQ-5D and the SF-6D value sets. *J Health Econ*.2006; 25: 334-46.
17. Fryback DG, Palta M, Cherepanov D, Bolt D, Kim JS. Comparison of 5 health-related quality-of-life indexes using item response theory analysis.*Med Decis Making*.2010; 30: 5-15.
18. McCord M, De Neufville R. "Lottery equivalents": Reduction of the certainty effect problem in utility assessment. *Manag Sci*. 1986; 32: 56-60.
19. Pinto-Prades JL, Abellán-Perpignan JM. Measuring the health of populations: The veil of ignorance approach.*Health Econ*.2005; 14: 69-82.
20. Wakker P, Deneffe D. Eliciting von Neumann-Morgenstern utilities when probabilities are distorted or unknown. *Manag Sci*. 1996; 42: 1131-50.
21. Kahneman D, Tversky A. Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*.1979; 47: 263-91.
22. Bleichrodt H. A new explanation for the difference between time trade-off utilities and standard gamble utilities.*Health Econ*.2002; 11: 447-56.
23. Oppe M, Devlin NJ, van Hout B, Krabbe PF, de Charro F. A program of methodological research to arrive at the new international EQ-5D-5L valuation protocol.*Value Health*.2014; 17: 445-53.
24. Devlin NJ, Shah KK, Feng Y, Mulhern B, van Hout B. Valuing health-related quality of life: An EQ-5D-5L value set for england. *Health Econ*.2018; 27: 7-22.
25. Ramos-Goni JM, Craig BM, Oppe M, Ramallo-Farina Y, Pinto-Prades JL, Luo N, Rivero-Arias O. Handling data quality issues to estimate the spanish EQ-5D-5L value set using a hybrid interval regression approach. *Value Health*.2018; 21: 596-604.
26. AbellánPerpignan JM, Sanchez Martinez FI, Martinez Perez JE, Mendez I. Lowering the 'floor' of the SF-6D scoring algorithm using a lottery equivalent method.*Health Econ*.2012; 21: 1271-85.
27. Petrie D, Doran C, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R. The relationship between alcohol consumption and self-reported health status using the EQ5D: Evidence from rural australia. *SocSci Med*. 2008; 67: 1717-26.
28. Essex HN, White IR, Khadjesari Z, Linke S, McCambridge J, Murray E, Parrott S, Godfrey C. Quality of life among hazardous and harmful drinkers: EQ-5D over a 1-year follow-up period. *Qual Life Res*. 2014; 23: 733-43.
29. Chavez LJ, Bradley K, Tefft N, Liu CF, Hebert P, Devine B. Preference weights for the spectrum of alcohol use in the US Population. *Drug Alcohol Depen*. 2016; 161: 206-13.

30. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *BMJ Brit Med J.* 2005; 330: 1297.
31. Byford S, Barrett B, Metrebian N, Groshkova T, Cary M, Charles V, Lintzeris N, Strang J. Cost-effectiveness of injectable opioid treatment v. oral methadone for chronic heroin addiction. *Brit J Psychiat.* 2013; 203: 341-9.
32. Walters D, Connor JP, Feeney GF, Young RM. The cost effectiveness of naltrexone added to cognitive-behavioral therapy in the treatment of alcohol dependence. *J Addict Dis.* 2009; 28: 137-44.
33. Pyne JM, Tripathi S, French M, McCollister K, Rapp RC, Booth BM. Longitudinal association of preference-weighted health-related quality of life measures and substance use disorder outcomes. *Addiction.* 2011; 106: 507-15.
34. Nosyk B, Sun H, Guh DP, Oviedo-Joekes E, Marsh DC, Brissette S, Schechter MT, Anis AH. The quality of eight health status measures were compared for chronic opioid dependence. *J ClinEpidemiol.* 2010; 63: 1132-44.
35. Raisch DW, Campbell HM, Garnand DA, Jones MA, Sather MR, Naik R, Ling W. Health-related quality of life changes associated with buprenorphine treatment for opioid dependence. *Qual Life Res.* 2012; 21: 1177-83.
36. Payakachat N, Ali MM, Tilford JM. Can the EQ-5D detect meaningful change? A systematic review. *Pharmacoeconomics.* 2015; 33: 1137-54.
37. Günther OH, Roick C, Angermeyer MC, König HH. Responsiveness of EQ-5D utility indices in alcohol-dependent patients. *Drug Alcohol Depen.* 2008; 92: 291-5.
38. Brazier J, Connell J, Papaioannou D, Mukuria C, Mulhern B, Peasgood T, Jones ML, Paisley S, O'Cathain A, Barkham M, Knapp M, Byford S, Gilbody S, Parry G. A systematic review, psychometric analysis and qualitative assessment of generic preference-based measures of health in mental health populations and the estimation of mapping functions from widely used specific measures. *Health Technol Asses.* 2014; 18: vii-viii, xiii-xxv, 1-188.
39. De Maeyer J, Vanderplasschen W, Broekaert E. Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *Int J Drug Policy.* 2010; 21: 364-80.
40. McCrone P, Patel A, Knapp M, Schene A, Koeter M, Amaddeo F, Ruggeri M, Giessler A, Puschner B, Thornicroft G. A comparison of SF-6D and EQ-5D utility scores in a study of patients with schizophrenia. *J Ment Health Policy.* 2009; 12: 27-31.
41. Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, Marchand K, Marsh D, Chettiar J, Nosyk B, Krausz M, Anis A, Schechter MT. Effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence in women. *Drug Alcohol Depen.* 2010; 111: 50-7.
42. Nogueira JM, Rodriguez-Miguez E. Using the SF-6D to measure the impact of alcohol dependence on health-related quality of life. *Eur J Health Econ.* 2015; 16: 347-56.
43. Beattie A, Marques EM, Barber M, Greenwood R, Ingram J, Ayres R, Neale A, Coleman B, Hickman M. Script in a Day intervention for individuals who are injecting opioids: a feasibility randomized control trial. *J Public Health.* 2015; 38: 712-21.

44. Tran BX, Nguyen LT. Impact of methadone maintenance on health utility, health care utilization and expenditure in drug users with HIV/AIDS. *Int J Drug Policy*. 2013; 24: e105-10.
45. Barton GR, Sach TH, Avery AJ, Jenkinson C, Doherty M, Whyne DK, Muir KR. A comparison of the performance of the EQ-5D and SF-6D for individuals aged ≥ 45 years. *Health Econ*. 2008; 17: 815-32.
46. Kim TH, Jo MW, Lee SI, Kim SH, Chung SM. Psychometric properties of the EQ-5D-5L in the general population of south korea. *Qual Life Res*. 2013; 22: 2245-53.
47. Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, Gudex C, Niewada M, Scalone L, Swinburn P, Busschbach J. Measurement properties of the EQ-5D-5L compared to the EQ-5D-3L across eight patient groups: A multi-country study. *Qual Life Res*. 2013; 22: 1717-27.
48. Sayah FA, Qiu W, Xie F, Johnson JA. Comparative performance of the EQ-5D-5L and SF-6D index scores in adults with type 2 diabetes. *Qual Life Res*. 2017; 26: 2057-66.
49. Wong CKH, Lang BHH, Yu HMS, Lam CLK. EQ-5D-5L and SF-6D utility measures in symptomatic benign thyroid nodules: Acceptability and psychometric evaluation. *Patient*. 2017; 10: 447-54.
50. Goranitis I, Coast J, Day E, Copello A, Freemantle N, Seddon J, Bennett C, Frew E. Measuring health and broader well-being benefits in the context of opiate dependence: The psychometric performance of the ICECAP-A and the EQ-5D-5L. *Value Health*. 2016; 19: 820-8.
51. Juel A, Kristiansen CB, Madsen NJ, Munk-Jorgensen P, Hjorth P. Interventions to improve lifestyle and quality-of-life in patients with concurrent mental illness and substance use. *Nord J Psychiat*. 2017; 71: 197-204.
52. Pasareanu AR, Opsal A, Vederhus JK, Kristensen O, Clausen T. Quality of life improved following in-patient substance use disorder treatment. *Health Qual Life Outcomes*. 2015; <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0231-7>
53. Tracy EM, Laudet AB, Min MO, Kim H, Brown S, Jun MK, Singer L. Prospective patterns and correlates of quality of life among women in substance abuse treatment. *Drug Alcohol Depen*. 2012; 124: 242-9.
54. McDonough CM, Grove MR, Tosteson TD, Lurie JD, Hilibrand AS, Tosteson AN. Comparison of EQ-5D, HUI, and SF-36-derived societal health state values among spine patient outcomes research trial (SPORT) participants. *Qual Life Res*. 2005; 14: 1321-32.
55. Luo N, Johnson JA, Shaw JW, Coons SJ. Relative efficiency of the EQ-5D, HUI2, and HUI3 index scores in measuring health burden of chronic medical conditions in a population health survey in the united states. *Med Care*. 2009; 47: 53-60.
56. Norman R, Cronin P, Viney R, King M, Street D, Ratcliffe J. International comparisons in valuing EQ-5D health states: A review and analysis. *Value Health*. 2009; 12: 1194-200.

Tabla 1. Muestra de pacientes con dependencia (n = 94)

<i>Sexo</i> (% hombres)	84,0	<i>Policonsumidores</i> (%)	60,6
<i>Edad</i> (años)		<i>Droga principal</i> (%)	
Menos 25	15,1	Cocaína	32,1
25 a 34	28,7	Alcohol	32,1
35 a 44	27,7	Cannabis	15,1
45 a 54	18,1	Heroína	12,8
55 a 70	9,6	Otras	5,3
<i>Trabajando</i> (%)	38,7	<i>Droga secundaria</i> (%) (n = 57)	
<i>Nivel de educación</i> (%) (n = 92)		Cocaína	40,4
Primaria o menos	59,8	Alcohol	22,8
Secundaria	38,0	Cannabis	19,3
Universitaria	2,2	Heroína	3,5
<i>Años de consumo</i> (n = 90)		Otras	14,0
1 a 5	20,0	<i>Consumo en los 30 días anteriores</i>	
6 a 10	15,6	< 2 veces	18,1
11 a 15	13,3	3–9 veces	21,3
16 a 20	10,0	10–19 veces	18,1
20 a 30	27,8	20–39 veces	14,9
> 30	13,3	> 40 veces	27,7

Tabla 2. Índices de utilidad utilizando el EQ-5D-5L, el SF-6D_{LE}, y el SF-6D_{DL}

Utilidad en el periodo basal								
Instrumento	n	Total			Grave		Leve	
		Media	SD	Min; Max	Media	SD	Media	SD
EQ-5D-5L	94	0.782	0.177	0.270;1	0.650	0.023	0.915	0.008
SF-6D _{DL}	94	0.665	0.204	0.013;1	0.548	0.029	0.782	0.019
SF-6D _{LE}	94	0.771	0.115	0.480;1	0.702	0.013	0.840	0.013
Comparación*		SF-6D _{DL} <SF-6D _{LE} = EQ-5D-5L			SF-6D _{DL} < EQ-5D-5L <SF-6D _{LE}		SF-6D _{DL} <SF-6D _{LE} < EQ-5D-5L	
Ganancia de utilidad (utilidad a los seis meses – utilidad basal)								
Instrumento	n	Total			Grave		Leve	
		Media	SD	Min; Max	Media	SD	Media	SD
EQ-5D-5L	94	0.088	0.189	-0.414; 0.709	0.171	0.209	0.003	0.118
SF-6D _{DL}	94	0.099	0.201	-0.595; 0.557	0.136	0.251	0.061	0.124
SF-6D _{LE}	94	0.056	0.109	-0.244; 0.291	0.078	0.124	0.033	0.085
Comparación*		SF-6D _{LE} < 5EQ-5D-5L = SF-6D _{DL}			SF-6D _{LE} < EQ-5D-5L = SF-6D _{DL}		EQ-5D-5L <SF-6D _{LE} <SF-6D _{DL}	

Nota: SF-6D_{LE} (SF-6D_{DL}) indica que las utilidades del SF-6D han sido obtenidas utilizando la lotería estándar (doble lotería).

* Test de muestras pareadas para las diferencias entre la valoración media de instrumentos: “<” indica que se encontraron diferencias significativas (al 5%) en los instrumentos comparados; “=” indica que no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 3. Pacientes con problemas y ganancias de utilidad (por dimensión)

Dimensión	Pacientes con algún nivel de severidad			Ganancia de utilidad
	Periodo basal (n)	6 meses (n)	Variación (%)	
EQ-5D				
Movilidad	9	7	2,1	0,003
Autocuidado	6	8	-2,1	-0,001
Actividades cotidianas	26	13	13,8	0,007**
Dolor/malestar	40	26	14,9	0,024**
Ansiedad/depresión	77	54	24,5	0,054**
SF-6D				SF-6D _{DL} SF-6D _{LE}
Función física	35	27	8,5	-0,001 0,003*
Limitaciones de rol	53	32	22,3	0,012** 0,012**
Función social	62	43	20,2	0,028** 0,014**
Dolor	27	21	6,4	0,008 0,004
Salud mental	85	75	10,6	0,024** 0,016**
Vitalidad	84	75	9,6	0,026** 0,008**

** (*) significativos al 1% (10%).

Gráfico 1. Distribución de las utilidades de los estados de salud según el instrumento

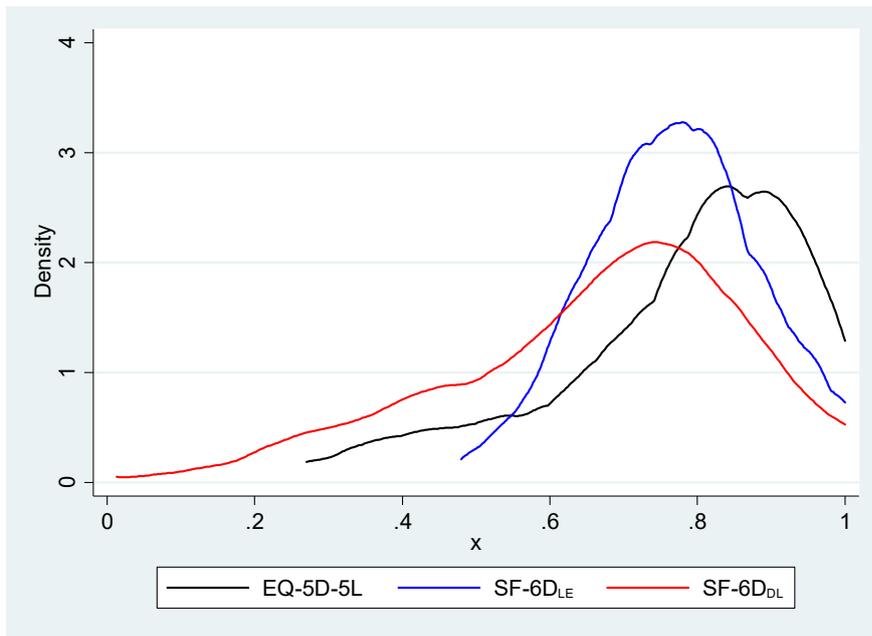


Gráfico 2. Diferencias entre instrumentos en la valoración de los estados de salud basales

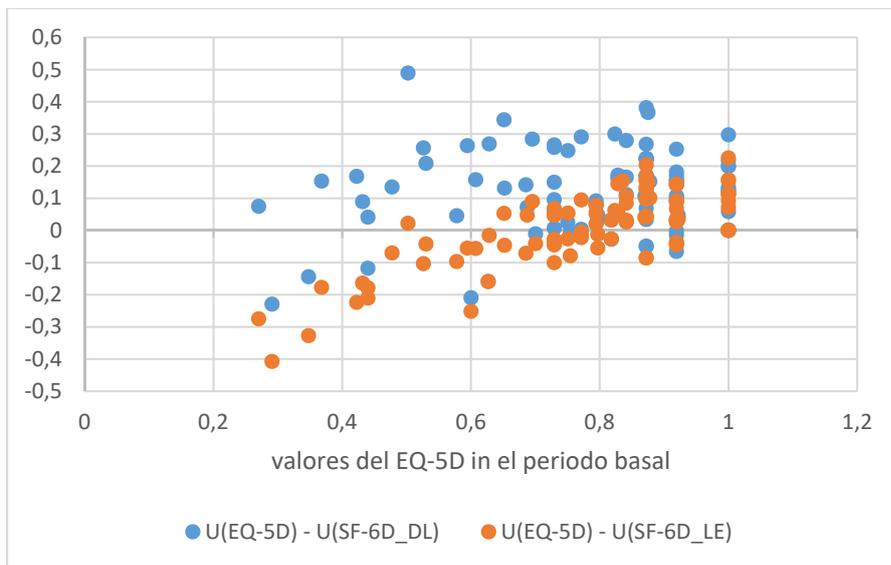


Gráfico 3. Distribución de las utilidades por instrumento: Periodo basal y seis meses.

