

Editorial

El EQ-5D como medida de resultados en salud

The EQ-5D as a measure of health outcomes

Juan M. Cabasés

Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España



INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de junio de 2015

Aceptado el 20 de agosto de 2015

En 1987, un grupo interdisciplinario de investigadores de diferentes países europeos, autodenominado EuroQol (www.euroqol.org), se propuso producir un índice de salud que combinara la cantidad y la calidad de vida y que sirviera como medida de efectividad en la evaluación económica de las tecnologías sanitarias. La estrategia consistió en crear un instrumento genérico integrado por las cinco dimensiones consideradas más relevantes de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS): movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión; con tres niveles de gravedad en cada dimensión: ausencia de problema, algún problema, problema grave o incapacidad; y aplicar un método de obtención de preferencias sobre los 243 estados de salud resultantes de combinar dimensiones y niveles (3⁵), escogiendo en primera instancia el método de la escala visual analógica (EVA) según el cual los entrevistados valoran distintos estados de salud en una escala con valores de 0 a 100.

Para familiarizarse con el método, los entrevistados eran invitados a describir su estado de salud seleccionando el nivel de cada dimensión en el que se encontraban y a situarse en un punto de la EVA. Así nació, en 1990, el instrumento EQ-5D (denominado EuroQol hasta 1996) como una medida de salud autopercibida, que consta de dos partes: el sistema descriptivo EQ-5D y la EVA^{1–3}. Se trata de un cuestionario genérico y estandarizado, autoadministrado, sencillo de responder y con poca carga cognitiva. Su uso se ha generalizado en todo el mundo, está disponible en más de 170 idiomas, incluidas varias versiones en español para distintos países, catalán y vasco, tras un proceso riguroso de traducción. Se encuentra accesible en formatos diversos: papel y electrónicos.

El EQ-5D ha mostrado su validez y fiabilidad como medida de salud, pero su versión original presentaba algunas limitaciones, como efecto techo y escaso poder discriminatorio, especialmente en los cambios pequeños en los estados de salud más leves^{4,5}. Con objeto de superar estos problemas, el Grupo EuroQol lanzó la versión EQ-5D-5L en 2009, con la adición de dos niveles en cada una de las dimensiones (sin problemas, problemas leves, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos/imposibilidad), lo que define un total de 3125 (5⁵) estados de salud. El EQ-5D-5L ha mostrado ser una extensión válida del EQ-5D-3L que mejora las

propiedades de medición, y ya se encuentra disponible en más de 120 idiomas^{6–8}. Existe también una versión juvenil, el EQ-5D-Y.

El EQ-5D como medida de salud de la población y de los pacientes

El EQ-5D se incluye, entre otras, en las encuestas de salud realizadas en Canadá, Finlandia, el Reino Unido y los Estados Unidos^{9–12}. En España ha tenido un aceptable grado de aplicación de ámbito regional en Cataluña, Navarra, Asturias, Madrid, Valencia, Canarias y el País Vasco. La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) 2011/12 incluyó el EQ-5D-5L, lo que ha permitido producir una norma poblacional para España, representativa además para las comunidades autónomas, que sirve de referencia para el análisis de la salud de los pacientes y su evolución (tabla 1). Las múltiples variables sociodemográficas, los hábitos de vida y la utilización de los servicios sanitarios incluidos en la ENSE pueden ser ahora analizados en relación con la calidad de vida, y es posible llevar a cabo análisis de las desigualdades de salud por grupos sociales y geográficos^{13,14}.

Hoy día existe un interés creciente por incorporar medidas de resultados percibidos por los propios pacientes, conocidas como PRO (*patient reported outcomes*), para medir la calidad de la atención sanitaria y orientar el quehacer clínico. Hay literalmente miles de cuestionarios que miden PRO, como el perfil de salud SF-36¹⁵ y el más reciente PROMIS¹⁶, que pueden encontrarse en bancos de instrumentos PRO como BiblioPro en España, que recoge más de 525 instrumentos de CVRS¹⁷. El EQ-5D se ha utilizado como PRO con carácter piloto en el Reino Unido en diversas intervenciones de cirugía electiva¹⁸. Los primeros resultados confirman la validez de la parte descriptiva del EQ-5D para realizar el seguimiento de los pacientes agudos tras las intervenciones, aunque se observa una menor reacción en la EVA. Hay más incertidumbre sobre su aplicación en pacientes crónicos¹⁹.

El índice de salud del EQ-5D (EQ-5D Index)

De acuerdo con el objetivo fundacional de producir una unidad de salud, el año de vida ajustado por calidad (AVAC, o QALY por *quality adjusted life year*), la obtención del conjunto de valores del EQ-5D ha ocupado la mayor parte de la investigación del grupo EuroQol²⁰. El índice de salud se obtiene aplicando técnicas de medición de preferencias sobre los estados de salud, que consisten en

Correo electrónico: jmcabases@unavarra.es

Tabla 1
Escala visual analógica (EVA) y porcentaje de población que declara algún problema de salud en cada una de las dimensiones del EQ-5D-5L en cada comunidad autónoma. Encuesta Nacional de Salud 2011-12

Comunidad autónoma	Media EVA	Movilidad	Autocuidado	Actividad cotidiana	Dolor y malestar	Ansiedad/depresión
Andalucía	76,16	15,62	7,57	12,49	26,97	14,57
Aragón	75,87	11,21	4,35	8,42	25,87	10,69
Asturias	74,37	20,08	10,23	19,22	27,63	19,98
Baleares	78,34	12,16	4,65	9,22	24,64	13,45
Canarias	76,02	16,05	6,48	14,53	30,82	20,58
Cantabria ^a	66,68	13,44	5,39	8,76	23,37	8,47
Castilla y León	76,34	14,31	4,83	7,71	21,61	10,28
Castilla-La Mancha	76,60	14,11	7,35	14,15	29,81	12,92
Cataluña	76,97	13,68	6,22	11,83	28,26	17,73
C. Valenciana	79,52	15,32	5,16	10,74	22,93	15,8
Extremadura	78,85	15,27	6,36	11,19	21,59	12,44
Galicia	75,37	18,22	9,79	13,8	27,52	19,35
Madrid	81,80	10,39	3,82	6,1	22,29	13,47
Murcia	79,37	16,31	7,81	13,71	16,83	14,81
Navarra	77,49	11,78	4,06	8,9	21,12	14,01
País Vasco	77,05	13,04	5,73	11,79	27,36	12,52
La Rioja	80,42	11,15	6,98	12,16	18,6	8,98
Ceuta	75,83	19,55	3,77	9,91	31,1	12,07
Melilla	76,60	13,15	11,08	12,82	20,36	17,78
Total	77,53	14,28	6,22	11,14	25,45	15,03

^a Cantabria, con una puntuación en la EVA de 66,68, es un caso particular que parece responder a algún sesgo de entrevistador.

ejercicios individuales de elección entre un conjunto de pares de estados de salud hipotéticos en muestras de población general. La técnica más empleada viene siendo el intercambio temporal (TTO, *time trade off*), utilizada también en España²¹. Mediante modelos de regresión se obtiene la relación entre el valor (utilidad o índice) y variables *dummies* correspondientes a los distintos niveles de cada una de las dimensiones. Cada estado de salud recibe un valor en la escala (0, 1), siendo 0 el valor de referencia o anclaje, asignado a la muerte, y 1 el de la salud perfecta, con valores negativos para estados de salud considerados peores que la muerte²².

La aparición del EQ-5D-5L, con el considerable aumento de los estados de salud, ha estimulado el interés por encontrar las técnicas más adecuadas para la obtención de preferencias. Tras la realización de estudios piloto en varios países, el Grupo EuroQol ha elaborado un protocolo de valoración que incluye un método de intercambio temporal compuesto (C-TTO, *composite time trade off*) y un método de elección discreta, este como información adicional para poder estimar los estados de salud con mayor precisión²³. La combinación de ambas técnicas en un modelo híbrido permite resolver, además, el problema de las inconsistencias lógicas, esto es, dar valores mejores a estados de salud objetivamente peores, que las técnicas aplicadas de manera individual no consiguen. Este protocolo común ya se ha aplicado con carácter pionero en España a una muestra de la población general, si bien algunos problemas surgidos en su aplicación sugieren tomar con cautela los valores resultantes²⁴.

Un problema común al que se enfrenta la evaluación económica de tecnologías sanitarias es la ausencia de un instrumento de calidad de vida genérico en el conjunto de indicadores de seguimiento de los pacientes, y cuando existe, no suele estar basado en preferencias. En estos casos, una forma de obtener un índice es la utilización de técnicas estadísticas de asociación o *mapping* que permiten predecir valores de utilidad de los estados de salud del instrumento genérico a partir de medidas específicas, o genéricas no basadas en preferencias^{25,26}. Estos métodos no están exentos de problemas metodológicos, como la incertidumbre y los posibles errores de estimación. Un caso particular es la obtención de un índice provisional para el EQ-5D-5L a partir de los existentes para el EQ-5D-3L, desarrollado en países que cuentan con un índice del EQ-5D-3L, como España, que convierte las respuestas del EQ-5D-5L al EQ-5D-3L²⁷. Existe una base de datos de estudios de *mapping* de medidas clínicas de calidad de vida al EQ-5D²⁸.

El futuro del EQ-5D

Debido a sus características, el EQ-5D ha logrado una gran reputación por su sencillez, validez y fiabilidad, diseminación geográfica y elevado control de calidad de los protocolos de valoración y de las traducciones, y está siendo uno de los instrumentos de CVRS más utilizado como medida de salud y como índice de salud.

El grupo EuroQol se enfrenta ahora a algunos retos. En primer lugar, completar la metodología de valoración del índice del EQ-5D-5L y producir el índice del EQ-5D-Y. En segundo lugar, explorar otros enfoques de valoración más simples, como la EVA autopercibida o el índice de gravedad, que puedan aplicarse en contextos que utilizan el EQ-5D pero que no aceptan su uso para AVAC, como Alemania²⁹. Tercero, revisar el sistema de clasificación de las dimensiones, por una parte, con el fin de añadir dimensiones o *bolts* que no son captadas por el EQ-5D para problemas específicos de salud, tales como cognición, energía, visión y oído, aunque ello obliga a recalcular el índice en cada caso, algo que puede ser costoso y complicado³⁰. Por otra parte, teniendo en cuenta que la noción de atención sanitaria hoy desborda los cuidados curativos hacia el cuidado en forma de atención social, para la reducción del sufrimiento, el mantenimiento de la dignidad y la independencia, habría que revisar el sistema de clasificación hacia un conjunto de dimensiones de salud más comprensivo de bienestar. En cuarto lugar, extender la base de datos del EQ-5D al ámbito clínico. Una vez que contamos con una norma poblacional de referencia y un índice de salud, el EQ-5D aumentaría su potencial en España no solo como medida PRO sino también como base para la evaluación económica si se incorporase sistemáticamente a la información clínica. Esto solo se producirá si los profesionales sanitarios consideran que la información de resultados que ofrecen los pacientes sobre su calidad de vida es relevante para la gestión de su actividad clínica.

Contribuciones de autoría

El trabajo ha sido íntegramente realizado por el autor.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Williams A. The EuroQol Instrument. En: Kind P, Brooks R, Rabin R, editores. EQ-5D concepts and methods. Netherlands: Springer; 2005. p. 1–17.
- Brooks R. The EuroQol Group after 25 years. Netherlands: Springer; 2013. p. 248.
- Brooks R, with the EuroQol Group. EuroQol: the current state of play. Health Policy. 1996;37:53–72.
- Brazier J, Roberts J, Tsuchiya A, et al. A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups. Health Econ. 2004;13:873–84.
- Bharmal M, Thomas J III. 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.
- Herdman M, Gudex C, Lloyd A, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Qual Life Res. 2011;20:1727–36.
- Janssen MF, Pickard AS, Golicki D, et al. 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.
- Pickard AS, De Leon MC, Kohlmann T, et al. Psychometric comparison of the standard EQ-5D to a 5 level version in cancer patients. Med Care. 2007;45:259–63.
- Luo N, Johnson JA, Shaw JW, et al. Self-reported health status of the general adult U.S. population as assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index. Med Care. 2005;43:1078–86.
- Kind P, Dolan P, Gudex C, et al. Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey. BMJ. 1998;316:736–41.
- Johnson JA, Pickard AS. Comparison of the EQ-5D and SF-12 health surveys in a general population survey in Alberta, Canada. Med Care. 2000;38:115–21.
- Devlin N, Hansen P, Herbison P. Variations in self-reported health status: results from a New Zealand survey. New Zeal Med J. 2000;113:517–20.
- Cabasés JM, Sánchez-Iriso E, Errea M, et al. Encuesta Nacional de Salud. España 2011/12. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos: EQ-5D-5L. Serie Informes monográficos n° 3. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. 82 p.
- Szende A, Janssen B, Cabasés JM. Self-reported population health: an international perspective based on EQ-5D. Netherlands: Springer Open; 2014. p. 210.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). Med Care. 1992;30:473–83.
- Alonso J, Bartlett SJ, Rose M, et al. The case for an international patient-reported outcomes measurement information system (PROMIS®) initiative. Health Qual Life Out. 2013;11:210.
- Biblioteca virtual de los instrumentos en español de resultados percibidos por los pacientes (PRO - Patient Reported Outcomes). (Consultado el 20/05/2015.) Disponible en: www.bibliopro.org/
- Devlin N, Parkin D, Browne J. Patient-reported outcome measures in the NHS: new methods for analyzing and reporting EQ-5D data. Health Econ. 2010;19:886–905.
- Peters M, Crocker H, Jenkinson C, et al. The routine collection of patient-reported outcome measures (PROMs) for long-term conditions in primary care: a cohort survey. BMJ Open. 2014;4:e003968.
- Brooks R, Rabin R, de Charro F. The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective. Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2003. p. 299.
- Badía X, Roset M, Herdman M, et al. A comparison of GB and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states. Med Decis Making. 2001;21:7–16.
- Gold M, Siegel J, Russell L, et al. Cost-effectiveness in health and medicine. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 413.
- Oppe M, Devlin NJ, van Hout B, et al. A program of methodological research to arrive at the new international EQ-5D-5L valuation protocol. Value Health. 2014;17:445–53.
- Ramos-Goñi JM, Pinto-Prades, JL, Oppe M, et al. Valuation and modelling of EQ-5D-5L health states using a hybrid approach. Med Care. 2014 Dec 17. [Epub ahead of print].
- Brazier JE, Ynag Y, Tsuchiya A, et al. A review of studies mapping (or cross walking) non-preference based measures of health to generic preference-based measures. Eur J Health Econ. 2010;11:215–25.
- Longworth L, Ynag Y, Young T, et al. Use of generic and condition specific measures of health related quality of life in NICE decision making. Health Technol Asses. 2014;18:1–224.
- van Hout B, Janssen MF, Feng YS, et al. Interim scoring for the EQ-5D-5L: mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. Value Health. 2012;15:708–15.
- HERC database of mapping studies. (Consultado el 20/05/2015.) Disponible en: <http://www.herc.ox.ac.uk/downloads/herc-database-of-mapping-studies>
- Hinz A, Kohlmann T, Stöbel-Richter Y, et al. The quality of life questionnaire EQ-5D-5L: psychometric properties and normative values for the general German population. Qual Life Res. 2014;23:443–7.
- Krabbe PFM, Stouthard MEA, Essink-Bolt ML, et al. The effect of adding a cognitive dimension to the EuroQol multiattribute health-status classification system. J Clin Epidemiol. 1999;52:293–301.