

Atención Farmacéutica y Evaluación Farmacoeconómica

Ángel Sanz Granda

Farmacéutico Consultor de Farmacoeconomía

E-mail: asanzgranda@jazzfree.com

Utilidad y CVRS (II)

La primera parte de este artículo se centró en la forma más clásica de medir las preferencias o utilidades, el método del juego estándar, considerado por diversos investigadores como la única técnica dado que permite al individuo escoger entre diversas opciones las cuales se sitúan en el marco de la incertidumbre. No obstante, existen otras formas en las que el sujeto puede igualmente escoger entre opciones distintas, si bien se hallará bajo un ámbito de certeza, produciendo, desde el punto de vista técnico, valores en vez de utilidades. Sin embargo, estas otras técnicas pueden ser utilizada para establecer de una manera relativamente sencilla, el estado de salud de un paciente así como la evolución en el tiempo como consecuencia de una intervención farmacéutica. En esta segunda parte se describirá el manejo de las más importantes para el farmacéutico comunitario.

Equivalencia temporal

La equivalencia temporal ¹ o *time trade-off* de la literatura inglesa es una técnica diseñada en principio para la evaluación de programas de manejo de la salud. Se utiliza, al igual que el juego estándar, para estados crónicos o transitorios. De las aplicaciones que presenta, se describirá a continuación el fundamento de su utilización en el caso más habitual observado en la farmacia comunitaria, el paciente con un estado crónico que es preferido al de muerte.

La técnica permite escoger al individuo entre dos alternativas:

- (1) permanecer durante un tiempo concreto, como su esperanza de vida en ese momento, con un determinado estado de salud invariable y morir posteriormente

- (2) o quedar con un estado de salud perfecta, pero durante un tiempo menor, y morir a continuación

La técnica valora entonces cual es la cantidad de vida que se estaría dispuesto a sacrificar para alcanzar una óptima calidad de vida, de modo que se variará el tiempo de vida hasta que el individuo se muestre indiferente por escoger cualquiera de las dos alternativas propuestas. Si la esperanza de vida del paciente en ese momento es t y llamamos t' al tiempo con salud perfecta que éste cambiaría por su situación actual, el valor del estado de salud evaluado es el cociente entre ambos (Fig. 1).

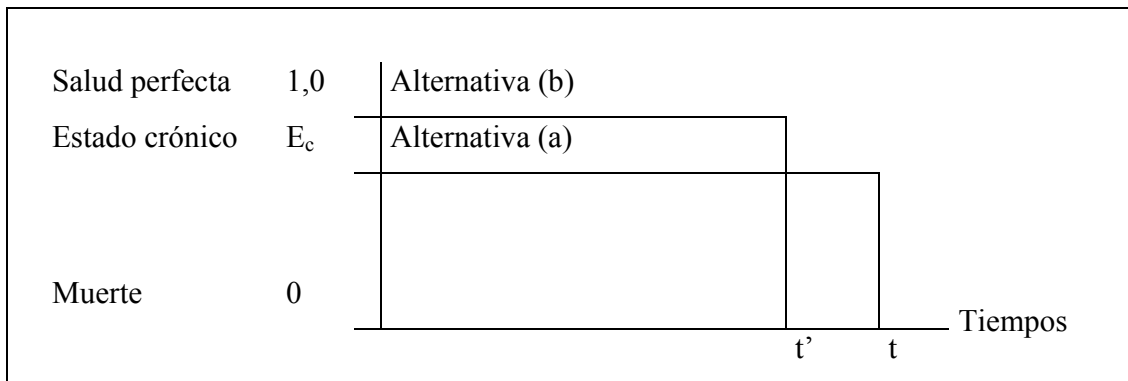


Fig. 1.- Esquema de razonamiento en la técnica de equivalencia temporal

Veamos lo expuesto con un ejemplo. Imaginemos que se lleva a cabo un programa de atención farmacéutica dirigido a individuos varones de edad media de 65 años, que han sufrido un infarto de miocardio con anterioridad quedando ligeramente afectados para el desarrollo perfecto de una vida normal. La esperanza de vida para dicha edad es de 16,11 años ² de modo que se iniciaría indicando a los pacientes que vivirán 16 años en la condición que presentan en ese momento, por lo que se les pregunta si estarían dispuestos a dejar algún tiempo de vida para vivir con una salud perfecta, sin el problema de salud que tienen, pero muriendo a continuación.

Es obvio pensar que cuanto mayor sea su problema de salud, es decir, cuanta menor calidad de vida perciban ellos por las consecuencias del infarto, mayor sería la probabilidad de “ceder” un tiempo de vida con tal de vivir el resto sin el problema que les afecta. Por ese motivo, si la afectación debida al infarto fuera mínima, sería difícil que estuvieran

dispuestos a vivir menos tiempo, aunque fuera con salud perfecta, puesto que su estado de salud se asemejaría mucho al perfecto, pero si su salud estuviera muy afectada, es bastante probable que estuvieran dispuestos a cambiar una parte de su vida por estar con un perfecto estado de salud.

Imaginemos que nuestro paciente presenta una afectación en su bienestar que lo percibe como moderado, como por ejemplo, no poder hacer una vida cotidiana normal, no poder realizar esfuerzos de tipo medio, no ser capaz de recorrer distancias habituales, etc., en este caso, muy probablemente respondería que sí a la pregunta realizada sobre disposición a ceder tiempo de vida. A continuación se le pregunta sobre la posibilidad de preferir la muerte en ese mismo momento que a seguir viviendo así. Como el grado de afectación en su calidad de vida es moderado pero no tan grande como para preferir morir (como podría ocurrir con ciertos estados, por ejemplo en inconsciencia permanente después de un ACVA), responderán que no.

A partir de este momento se le ofrece diversas cantidades de tiempo que estaría dispuesto a ceder (comenzando por el menor) a cambio de permanecer perfecto el resto del tiempo de vida, por ejemplo ceder 1 año y vivir 15 años perfectos. Si finalmente el paciente quedara indiferente entre permanecer en su actual estado los 16 años restantes o vivir 14 años con salud perfecta, perdiendo 2 años de vida, el valor de su estado de salud crónico (V_{Ec}) sería:

$$V_{Ec} = 14/16 = 0,875$$

EuroQol 5D

El EuroQol³ es un instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud que está basado en preferencias. Consta de dos partes diferenciadas:

- cuestionario propiamente dicho, en donde se analizan 5 dimensiones: (a) movilidad, (b) cuidado personal, (c) actividades cotidianas, (d) dolor/malestar y (e) ansiedad/depresión. Cada una permite 3 respuestas que indican: (1) no hay ningún problema para la dimensión, (2) hay algunos problemas, (3) hay muchos problemas que llegan a impedir el normal funcionamiento indicado en cada dimensión

- escala visual analógica o termómetro de escala visual analógica, conocido como TEVA, que en una línea vertical marca 100 divisiones, correspondiendo el 0 al peor estado de salud y el 100 al mejor estado imaginables

El individuo tiene que dar una respuesta a cada una de las 5 preguntas del cuestionario y marcar con una raya en el termómetro, su percepción de su estado de salud en ese momento. Las respuestas del cuestionario sirven para elaborar un perfil de salud del individuo que se puede comparar con el obtenido al finalizar el programa de intervención farmacéutica, así como con el estimado de las personas a quien no se ha implementado dicho programa, evaluando así la variación de la CVRS que puede atribuirse a la intervención. Posteriormente se calcula un índice a partir del conjunto de respuestas dadas en el cuestionario, el cual indica la preferencia para el estado de salud.

Imaginemos que las respuestas que unos individuos dan antes y después de la intervención farmacéutica, en el caso de haberse expuesto o no a la intervención farmacéutica, son las contenidas en la Tabla 1. Cada conjunto de respuestas representa un estado de salud que se puede representar como un perfil, el cual se convierte posteriormente en un valor índice, quedando entonces los valores de la Tabla 2.

	Presencia de problemas en cada dimensión analizada				
Paciente	Movilidad	Cuidado personal	Actividades cotidianas	Dolor/ malestar	Ansiedad /depresión
Intervención:					
- antes	Alguno	Ninguno	Alguno	Ninguno	Alguno
- después	Ninguno	Ninguno	Alguno	Ninguno	Ninguno
Control:					
- antes	Alguno	Ninguno	Ninguno	Alguno	Alguno
- después	Alguno	Ninguno	Ninguno	Ninguno	Alguno

Tabla 1.- Posibles respuestas que los individuos del programa citado en el texto darían al instrumento *EuroQol 5D*

Paciente	Perfil de salud	Valor índice	Diferencia entre grupos
Intervención:			
- antes	21212	0,6538	0,0045
- después	11211	0,7947	0,0858
Diferencia en el grupo:		0,1409	
Control:			
- antes	21122	0,6493	
- después	21112	0,7089	
Diferencia en el grupo:		0,0596	

Tabla 2.- Perfil de salud correspondiente a un individuo antes y después de implementar el programa de intervención farmacéutica en cada uno de los grupos a estudio: intervención y control.

Los resultados muestran un perfil de salud inicial similar en los individuos a los que se ha implementado o no la intervención; sin embargo, cuando la misma ha concluido, aquél que ha sido expuesto al programa ha mejorado su perfil, y por lo tanto su estado de salud percibido, como se puede apreciar por haber incrementado sensiblemente su valor índice mientras que apenas ha variado en el que no estuvo expuesto a dicho programa (Fig. 2).

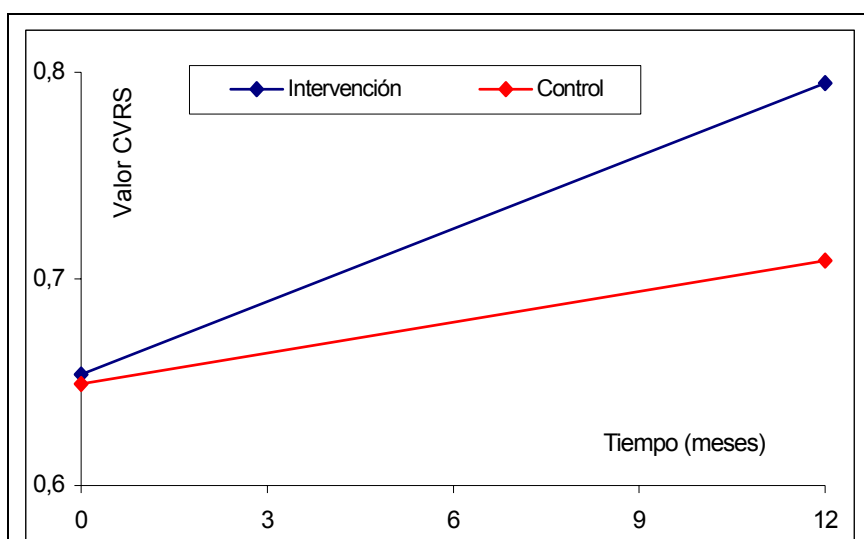


Fig. 2.- Representación gráfica de la variación del valor del estado de salud

Conclusión

Los resultados obtenidos mediante las técnicas que se han descrito sirven para transformar la cantidad de vida que presenta el paciente, expresada en años, en una unidad mucho más útil, el año de vida ajustado a calidad o AVAC, el cual combina en una misma unidad tanto la cantidad como la calidad de la vida. Dichas unidades son las que se precisan posteriormente para realizar estudios de coste – utilidad, de extraordinaria importancia en la evaluación de las tecnologías sanitarias, como es la atención farmacéutica.

Obviamente, lo expuesto no es una tarea fácil, pero tampoco entraña una dificultad que haga imposible su utilización en la farmacia comunitaria. Las intervenciones farmacéuticas han de ser evaluadas para determinar la efectividad de las mismas y ello ha de ser llevado a la práctica mediante la estimación de los resultados de salud obtenidos, tanto de tipo clínico como humanístico y económico. No se trata de demostrar que el farmacéutico genera ahorros de costes mediante la atención farmacéutica, puesto que este evento puede producirse o no, sin merma alguna en la importancia de la intervención. Pero lo que es imprescindible evidenciar, siempre mediante una correcta metodología científica, es que las intervenciones de atención farmacéutica realizadas implican una mejora de los resultados clínicos (medidos en variables clínicas habituales, como mmHg de presión arterial o mmol/L de LDL-colesterol), y/o humanísticos (medidos en AVACs) y/o en económicos (medidos en euros /AVAC ganado).

La presente exposición ofrece una panorámica de cómo puede el farmacéutico llevar a cabo una estimación de los resultados en calidad de vida relacionada con la salud a partir de las intervenciones de atención farmacéutica, aspecto éste de gran interés en la actualidad ⁴.

Bibliografía

¹ Torrance G, Thomas W, Sackett D. A utility maximization model for evaluation of health care programs. Health Serv Res. 1972;7:118-33

² Tablas de mortalidad de la población de España. <http://www.ine.es>

³ Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(6):425-9

⁴ Hace falta más formación para medir la calidad de vida del paciente. *Correo Farmacéutico* del 24-4-2006