

Revisión sistemática de utilidades obtenidas de población española con cáncer, diabetes y problemas de corazón

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
SESCS Núm. 2010/6

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN

Revisión sistemática de utilidades obtenidas de población española con cáncer, diabetes y problemas de corazón

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
SESCS Núm. 2010/6

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



A. E. Agencia de Evaluación
T. S. de Tecnologías Sanitarias



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



GARCÍA PÉREZ, L.

Revisión sistemática de utilidades obtenidas de población española con cáncer, diabetes y problemas de corazón / L. García Pérez... [et al.]. – Madrid : Ministerio de Economía y Competitividad; Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de la Salud, – 85 p. ; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Economía y Competitividad) (Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias / SESCS ; 2010/6)

1. Utilidades 2. Preferencias 3. Estados de salud 4. Base de datos

I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de Economía y Competitividad

Edita: Ministerio de Economía y Competitividad

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Economía y Competitividad, y la Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”

Para citar este informe:

García Pérez L, Aguiar Ibáñez R, Linertová R, Rivero Santana A, Abásolo Alessón I. Revisión sistemática de utilidades obtenidas de población española con cáncer, diabetes y problemas de corazón. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2011. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS N° 2010/6

Agradecimientos

Los autores quieren expresar su agradecimiento a las siguientes personas: Pilar Pinilla Domínguez, Carmen Bujalance y Esperanza Ciruela, por el apoyo técnico; a Leticia Cuéllar por la colaboración en la búsqueda bibliográfica; a José Manuel Rodríguez y Juan Manuel Ramos Goñi, por su asesoramiento; y a Pedro Serrano Aguilar por el ánimo, el apoyo y la confianza puesta en los autores de este estudio.

Índice

Siglas y acrónimos	9
Resumen	11
Summary	15
I. Introducción	19
II. Objetivos	23
III. Metodología	25
III.1. Marco de trabajo	25
III.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda	27
III.3. Criterios de selección de estudios	28
III.3.1. Tipos de estudios	28
III.3.2. Tipos de participantes	29
III.3.3. Tipos de instrumentos de medición de utilidades	29
III.3.4. Idioma de la publicación	30
III.4. Extracción de datos	31
III.5. Valoración de la calidad	31
III.6. Síntesis de los datos	32
IV. Resultados	33
V. Base de datos	41
VI. Discusión	43
VII. Conclusiones	49

Contribución de los autores y revisores externos	51
Referencias	53
Anexos	57
Anexo 1. Estrategia y resultados de la búsqueda	57
Anexo 2. Hoja de extracción de datos	69
Anexo 3. Listado de artículos incluidos	72
Anexo 4. Listado de artículos obtenidos que fueron finalmente excluidos y motivos de exclusión	73

Siglas y acrónimos

ACU	Análisis coste-utilidad
AVAC	Año de vida ajustado por calidad
BVS	Biblioteca Virtual en Salud
CCHS	Centro de Ciencias Humanas y Sociales
CENTRAL	Cochrane Central Register of Controlled Trials
CIE	Código de Identificación de Enfermedades
CRD	Centre for Reviews & Dissemination
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas
CVRS	Calidad de vida relacionada con la salud
DARE	Database of Abstracts of Reviews of Effects
DE	Desviación estándar
EED	Economic Evaluation Database
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
EQ-5D	Euroqol - 5 dimensiones
ET	Equivalencia temporal
EVA	Escala visual analógica
HTA	Health Technology Assessment
HUI	Health Utility Index
IBECS	Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud
IC	Intervalo de confianza
IME	Índice Médico Español
N	Tamaño muestral
NHS	National Health Service
NYHA	New York Heart Association
PMID	PubMed Identifier
QWB	Quality of Wellbeing
RI	Rango intercuartílico
SF-6D	Short Form - 6 dimensiones
SG	Standard gamble
TTO	Time trade off

Resumen

Introducción:

La evaluación económica como parte de la evaluación de tecnologías sanitarias requiere de datos contextualizados. Cuando se diseña un modelo de evaluación económica en un país o región lo ideal es contar con datos en costes y utilidades obtenidos en población local. Esto se debe principalmente a las diferencias entre países en cuanto a sistemas sanitarios, estructuras de costes y diferencias culturales que pueden afectar a la percepción de la salud. Cada vez que un investigador en España afronta la evaluación económica de una tecnología sanitaria se enfrenta a la tarea de buscar costes y utilidades procedentes de datos españoles. Esta tarea requiere tiempo y esfuerzo y en ocasiones es poco fructífera. Sería interesante contar con una base de datos en la que se incluyeran todos los datos de utilidades procedentes de estudios realizados en población española, para distintos estados de salud (y enfermedades) en pacientes con o sin tratamiento. Esta información podría ayudar a los investigadores interesados en realizar en el futuro evaluaciones económicas, además de permitir una identificación rápida de los estados de salud para los que no existen datos de utilidades procedentes de población española y sobre los que habría que investigar más.

Objetivos:

- Revisar la literatura científica sobre utilidades relacionadas con los estados de salud expresadas por la población residente en España, con especial atención a los estados de salud relacionados con el cáncer, la diabetes y las enfermedades de corazón.
- Crear una base de datos con toda la información relevante sobre los estudios y las utilidades identificadas en la revisión sistemática.

Metodología:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura. Se diseñó una estrategia de búsqueda bibliográfica. Los términos de búsqueda se

agruparon en torno a dos conceptos: utilidades (utilities, eq-5d, hui, etc.) y España (spain, espana, espagna, etc.). Las bases de datos exploradas fueron: MEDLINE, MEDLINE in process, National Health Service Economic Evaluation Database (NHS EED), Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), Health Technology Assessment (HTA) database, Embase, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), CEA Registry, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) e Índice Médico Español (IME). No se aplicaron restricciones por fechas ni por idiomas.

Se seleccionaron diversos tipos de diseño de estudios: estudios experimentales, estudios observacionales, estudios de validación de instrumentos, encuestas poblacionales, evaluaciones económicas. La población incluida se definió como población residente en España, de cualquier edad y sexo, población general o población afectada por alguna enfermedad o condición, en tratamiento o no. Esta revisión se centra en tres de las áreas de interés de las estrategias del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: Cáncer, Cardiopatía Isquémica (enfermedades de corazón por extensión) y Diabetes. Las utilidades debían haber sido valoradas con la ayuda de instrumentos validados en España (EQ-5D, HUI, SF-6D) y/o siguiendo técnicas aceptadas (time trade-off, standard gamble, etc.).

La selección fue realizada por pares. La extracción de datos fue llevada a cabo por un revisor y comprobada por un segundo revisor. Cuando hubo desacuerdo entre ambos se resolvió tras discusión y cuando no hubo consenso se consultó con un tercer revisor. Los datos extraídos fueron recogidos en hojas electrónicas diseñadas ad hoc. La información recopilada fue sintetizada a través de procedimientos narrativos con tabulación detallada de los resultados de cada uno de los estudios incluidos.

Los datos extraídos fueron volcados posteriormente en la primera versión de la base de datos de utilidades obtenidas de población española.

Resultados:

Un total de 2592 referencias bibliográficas fueron identificadas. Una vez se eliminaron duplicados la cifra se redujo a 1527 referencias. Fueron seleccionados a partir de la lectura de título y resumen 135 artículos para su revisión completa, de los cuales finalmente se incluyeron 9 estudios. Cuatro estudios se realizaron en población con problemas de

corazón y 2 en pacientes con diabetes; otros 3 estudios incluyeron población general en los que se analizaron subgrupos poblacionales: con cáncer, con diabetes y con problemas de corazón. De estos 9 artículos se extrajeron 29 utilidades. Una parte importante de los artículos excluidos evaluaban la calidad de vida con instrumentos validados pero luego no ofrecían el dato numérico de la utilidad, limitándose a realizar un análisis descriptivo de la calidad de vida.

Conclusiones:

- El estudio de las utilidades en España no está muy extendido si tenemos en cuenta que sólo se han identificado 29 utilidades relacionadas con 3 de las enfermedades más prevalentes en nuestro país: 20 utilidades para distintos estados de salud relacionados con enfermedades del corazón, 7 utilidades para estados de salud relacionados con la diabetes y 2 utilidades relacionadas con el cáncer.
- El cuestionario EQ-5D parece el instrumento más empleado para la obtención de utilidades o preferencias por los estados de salud en España.
- Es factible y deseable contar con una base de datos de utilidades obtenidas de población española. Esta base de datos puede ser accesible a la comunidad científica para el desarrollo de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias en España.
- Contactar con expertos y con los autores de los estudios es necesario para tener una base de datos exhaustiva ya que la información contenida en las publicaciones no es suficiente.

Summary

Introduction:

The economic evaluation of health technologies requires local data whenever available. Under an ideal situation, data on costs, effectiveness and utilities would be directly obtained from the local population to account for the fact that differences exist between regions or countries related to healthcare systems, cost structures and cultural differences that can affect the perception of the health status. When conducting an economic evaluation within the Spanish context, cost and utility data should be first sought from this context. This task is time consuming and sometimes cannot be achieved. When local or national data are not available, then data from other countries must be used. Under this situation, the usefulness of having a database with all available data on utilities from studies assessing different health states (or diseases) in patients with or without treatments becomes evident. This database could be of great use for researchers conducting economic evaluations and for the easy identification of the disease areas for which data on utilities are not available at present that require further research.

Objectives:

- To review the scientific literature about utilities and preferences for health states in Spanish population with cancer, diabetes and heart diseases.
- To develop a database with relevant information about the studies evaluating utilities and preferences for health states in the systematic review.

Methods:

A systematic review of literature was carried out. The search strategy was designed combining terms on utilities (e.g. utilities, eq-5d, hui, etc.) and on Spain as the study context (e.g. spain, espana, espagna, etc.). The databases searched were: MEDLINE, MEDLINE in process, National Health Service Economic Evaluation Database (NHS EED), Database of

Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), Health Technology Assessment (HTA) database, Embase, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), CEA Registry, Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS) and Índice Médico Español (IME). Date and language limits were not applied. The list of references of included studies was also screened.

Several study designs were selected: experimental studies, observational studies, studies validating quality of life instruments, surveys, economic evaluations. The included population was defined as resident population in Spain, any age and sex, who could refer to either general population or population affected by any disease or condition, under treatment or not. This review focuses in three areas: cancer, heart and diabetes. For a study to be included, utilities reported had to be valued through a tool validated in Spain (i.e. EQ-5D, HUI, SF-6D) and/or following accepted techniques (e.g. time trade-off and standard gamble).

Two reviewers selected the studies. The data extraction was carried out by one reviewer and checked by a second reviewer. Where the reviewers disagreed, an agreement was achieved with the involvement of a third reviewer whenever needed. The data were included in a spreadsheet template designed ad hoc. The data collected were synthesized through narrative procedures using detailed tables.

The data were included later in the first version of the database utilities elicited from the Spanish population.

Results:

A total of 2592 references were identified. After discarding duplicates, 1527 references were screened. In total, 135 full articles were retrieved and only 9 were finally included. Among these, 4 studies included patients with heart problems and 2 included diabetic patients; other 3 studies included general population and analysed subgroups with diabetes, heart problems and cancer. From these 9 studies 29 utility values were extracted. A large number of full studies finally excluded assessed quality of life using validated questionnaires but the authors did not report utility values, only a descriptive analyses of the quality of life.

Conclusions:

- The study of utilities in Spain does not seem to be much extended given that only 29 utilities related to the 3 more prevalent diseases in our country were identified: 20 utilities in heart diseases' states, 7 in diabetes and 2 in health states related to cancer.
- The EQ-5D questionnaire seems to be the most used tool to elicit utilities from the population in Spain.
- It is posible and desirable to get a database of utilities elicited from the Spanish population. This database can be accessed by the scientific community for the development of economic evaluations of healthcare technologies in Spain.
- To contact experts and studies' authors is absolutely necessary in order to have a comprehensive database.

I. Introducción

En el análisis coste-utilidad (ACU) se comparan los costes de al menos dos tecnologías sanitarias con las mejoras de salud derivadas de esas tecnologías medidas normalmente en años de vida ajustados por calidad (AVAC). Existen otras medidas alternativas como los años de vida sana equivalente, pero los AVAC siguen siendo en la actualidad la medida más utilizada. Los AVAC incorporan al mismo tiempo las mejoras en cantidad de vida (mortalidad) y las mejoras en la calidad de vida (morbilidad). El ajuste de la cantidad de vida ganada por la calidad se consigue mediante la aplicación de unos pesos denominados utilidades y que tratan de reflejar la deseabilidad de los distintos estados de salud por los individuos o por la sociedad. El ACU debe usarse cuando la calidad de vida es un resultado importante, cuando la tecnología afecta tanto a la mortalidad como a la morbilidad, cuando la tecnología ofrece varias medidas de resultado y cuando se quiere comparar la tecnología con otras ya evaluadas anteriormente mediante un ACU [1]. En todos estos casos el ACU y la valoración de los AVAC es la opción más conveniente. El ACU, al permitir utilizar los AVAC, hace posible comparar distintos tipos de intervenciones para distintos tipos de pacientes / enfermedades [1].

En sentido amplio la utilidad se ha empleado como sinónimo de “preferencia”, de modo que cuanto más preferible es un bien, o en este caso un estado de salud, mayor utilidad se le asocia. Sin embargo, en sentido estricto, “utilidad”, “valor” y “preferencia” son conceptos distintos. Las utilidades y los valores atribuidos a un estado de salud son dos tipos distintos de preferencias, mientras que las preferencias se refieren a un término global que abarca los dos anteriores. La diferencia entre utilidades y valores radica en la forma de medición, es decir, en cómo se pregunta a los sujetos por sus preferencias (bajo certeza o bajo incertidumbre) y en cómo se obtiene una respuesta de ellos (elaborando una escala o escogiendo de entre unas opciones dadas). De nuevo, siendo estrictos, las utilidades sólo se obtienen bajo incertidumbre, por lo que el “juego de apuesta estándar” o standard gamble (SG) sería el único método adecuado de medición de utilidades [1]. No obstante, el objetivo de la presente revisión es la utilidad en su sentido amplio o, si se prefiere, la preferencia por los estados de salud. La amplitud del objetivo se debe a que en el ACU está muy extendido el empleo de otros métodos de valoración de preferencias, que no utilidades en su

sentido estricto, como la escala de posición o la equivalencia temporal (ET).

La medición de las utilidades o de las preferencias por los estados de salud puede ser una tarea compleja por lo que una alternativa habitual es emplear instrumentos creados para clasificar estados de salud multi-atributos con puntuaciones pre-establecidas [1]. Los instrumentos más conocidos internacionalmente son el EuroQol - 5 Dimensions (EQ-5D), el Short Form - 6 Dimensions (SF-6D), el Health Utility Index (HUI) y el Quality of Wellbeing (QWB).

La evaluación económica como parte de la evaluación de tecnologías sanitarias requiere de datos contextualizados. Cuando se diseña un modelo de evaluación económica en un país o región lo ideal es contar con datos, tanto de costes como de resultados, obtenidos de la población local [2]. Existen pruebas de que los costes y la utilización de recursos [3] y la efectividad de los tratamientos [4] pueden variar sustancialmente entre países [5]. Del mismo modo también se han encontrado variaciones en las utilidades entre países [5,6]. Esto se debe principalmente a las diferencias existentes entre países en cuanto a sistemas sanitarios, estructuras de costes y diferencias culturales (entre otros motivos) que pueden afectar a la estimación de costes y a la percepción de la salud. Cada vez que un investigador en España afronta la evaluación económica de una tecnología sanitaria debe acometer la tarea de identificar costes y resultados procedentes de estudios españoles. Esta tarea requiere de considerable tiempo y esfuerzo, que puede ser poco fructífera en algunas ocasiones, con lo que se necesita buscar datos en otras fuentes tales como estudios internacionales o la opinión de expertos.

En España existe desde hace varios años una base de datos de costes sanitarios, la Base de Datos de Costes Sanitarios eSalud (Oblikue Consulting, S.L.), antes conocida como SOIKOS [<http://www.oblikue.com/inicio.htm>]. Sería deseable contar con una base de datos similar en la que se incluyeran todos los datos de utilidades o preferencias procedentes de estudios realizados en población española, bien en población general o en pacientes con o sin tratamiento que presentan distintos estados de salud.

Se encuentran en la literatura antecedentes de estudios que, al igual que el aquí propuesto, tenían por objetivo revisar las utilidades de condiciones comunes en poblaciones pediátricas y adultas [7] o, por ejemplo, utilidades basadas en el EQ-5D en enfermedades cardiovasculares [8]. Las revisiones identificadas hasta el momento tienen la limitación de incluir únicamente estudios publicados en inglés.

Por otro lado, desde los años 70 existe un registro de ACU por iniciativa del Profesor Peter Neumann (Tufts University School of Medicine): el Cost-Effectiveness Analysis Registry o CEA Registry (<https://research.tufts-nemc.org/cear4/default.aspx>). El CEA Registry es una base de datos que contiene más de 2000 artículos de evaluaciones económicas publicados en inglés en los que se utilizó un ACU para asesorar el coste-efectividad de tecnologías sanitarias. Esta base de datos recoge datos de ratios y de pesos por estados de salud publicados en los artículos [9]. En la actualidad (24 de abril de 2011) incluye 47 artículos y 162 pesos provenientes de estudios realizados en España. La limitación de esta base de datos desde el punto de vista del investigador español es la no inclusión de estudios publicados en español. Por otro lado, como se ha dicho, no siempre las evaluaciones económicas hechas desde el punto de vista de nuestro país incluyen pesos de utilidades obtenidos de población española.

El objetivo a largo plazo de nuestro estudio es crear una base de datos de libre acceso para la comunidad científica española que contenga todos los datos de utilidades asociados a estados de salud obtenidos de la población española, sin que el idioma de las publicaciones sea una limitación. La información sobre las utilidades y las características de los estudios de las que proceden no sólo sería de gran ayuda para los investigadores interesados en realizar evaluaciones económicas en España en el futuro sino que, además, permitiría identificar rápidamente aquellos campos para los que no existen datos de utilidades procedentes de población española y sobre los que habría que investigar.

II. Objetivos

- Revisar la literatura científica sobre utilidades relacionadas con los estados de salud expresadas por la población residente en España, con especial atención a los estados de salud relacionados con el cáncer, la diabetes y las enfermedades de corazón.
- Crear una base de datos con toda la información relevante sobre los estudios y las utilidades identificadas en la revisión sistemática.

III. Metodología

III.1. Marco de trabajo

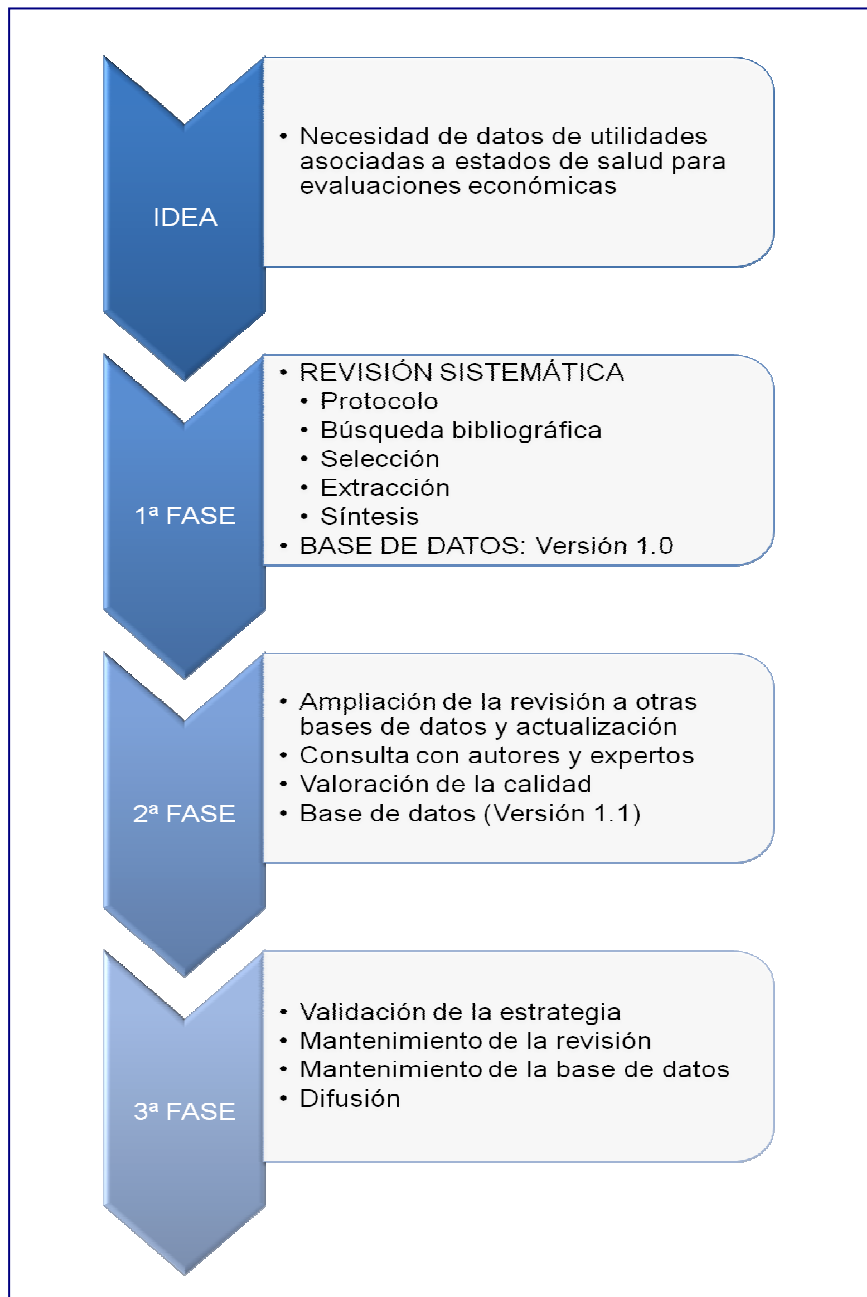
Para cumplir con los objetivos de este proyecto, se llevó a cabo una revisión sistemática de estudios realizados con población española en los que se valoraba, mediante técnicas e instrumentos aceptados, la utilidad o preferencia de los españoles por distintos estados de salud. Previamente a la realización de la revisión sistemática se elaboró un protocolo que orientó el desarrollo de la revisión y que puede ser solicitado a los autores. No obstante, la descripción del contenido del protocolo se recoge en los siguientes apartados.

Esta revisión es el primer paso para la construcción de una base de datos de utilidades obtenidas de población española. El fin último es proporcionar una fuente accesible a los investigadores en España que facilite la documentación de utilidades para la realización de estudios, incluyendo evaluaciones económicas (Figura 1). Inicialmente hemos seleccionado tres grupos de enfermedades (cáncer, diabetes y corazón) para su inclusión en esta revisión. Con los resultados de esta primera revisión, la cual conforma el presente informe, se diseña la primera versión de la base de datos de utilidades.

En un futuro próximo se continuará con la revisión de las utilidades del resto de enfermedades y población general y se ampliará la búsqueda a otras bases de datos. Además, se consultará con autores y con otros expertos sobre la materia a nivel nacional con el fin de identificar estudios no publicados, en marcha o publicados pero no identificados por otro medio, y, de este modo, completar la base de datos. También está previsto valorar la calidad de los datos y validar la estrategia de búsqueda.

La intención de este proyecto es proporcionar una base de datos completa y dinámica que sea de utilidad a la comunidad científica española –evaluadores de tecnologías sanitarias, economistas de la salud, etc.–, la cual pretendemos que se actualice periódicamente y que en algún momento pueda llegar a ser un proyecto colaborativo que crezca con las aportaciones de otros investigadores.

Figura 1. Proceso de creación de la base de datos de utilidades en España



III.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se diseñó una estrategia de búsqueda bibliográfica para identificar estudios sobre utilidades en España. Los términos de búsqueda se agruparon en torno a dos conceptos: utilidades (utilities, eq-5d, hui, etc.) y ámbito geográfico (spain, espana, espagna, etc.). Para el primer grupo de términos se diseñó una estrategia tomando como ejemplos algunas revisiones previas [7,8,10,11]. Con respecto al segundo grupo de términos, los referidos al ámbito geográfico, se aplicó el filtro geográfico desarrollado por Valderas et al. para la identificación en PubMed de estudios realizados en España [12] o alternativamente una versión reducida de este filtro en las otras bases de datos. No se aplicaron restricciones por idiomas ni por fechas en la búsqueda de información. Para mayor detalle véase anexo 1.

Se realizaron búsquedas sistemáticas en las siguientes bases de datos electrónicas:

- MEDLINE y MEDLINE in process a través de PubMed
- NHS CRD (EED, DARE, HTA)
- Embase
- PsycINFO
- CINAHL
- Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
- CEA Registry
- Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud (IBECS)
- Índice Médico Español (IME)

En próximas actualizaciones de la revisión se ampliará la búsqueda a bases de datos bibliográficas con contenido no sanitario, tales como Science Citation Index, Social Sciences Citation Index, EconLit, EconPapers o ISOC-Economía. Complementariamente se realizarán búsquedas en páginas web relevantes de diversas instituciones: Base de datos de Tesis Doctorales TESEO o Proyecto EURONHEED.

Las referencias bibliográficas fueron guardadas en una base de datos mediante el programa Reference Manager v.10 (Thomson Scientific, EE.UU.).

III.3. Criterios de selección de estudios

Dos pares de revisores (tres economistas y un psicólogo) seleccionaron de forma independiente los estudios a partir de la lectura de los títulos y resúmenes localizados a través de la búsqueda de la literatura. Los textos completos de aquellos artículos seleccionados como relevantes o con dudas fueron revisados y clasificados como incluidos o excluidos por dos revisores. Cuando hubo dudas o discrepancias éstas fueron resueltas mediante consenso o con la ayuda de un tercer revisor. Las discusiones y los acuerdos quedaron documentados. Los criterios de inclusión y exclusión se presentan a continuación.

Dado que uno de los principios de esta revisión ha sido la exhaustividad, se adoptó una estrategia de selección conservadora de modo que ante una duda en cualquier aspecto de la publicación (diseño, participantes, métodos, etc.), los artículos se obtuvieron para tomar una decisión final sobre su inclusión o exclusión basada en el documento completo.

III.3.1. Tipos de estudios

Se incluyó cualquier tipo de estudio en el que se obtenían utilidades directamente de la población o aquellos artículos que permitieran la identificación de este tipo de estudios. En concreto se incluyeron los siguientes tipos de diseño de estudios:

- Estudios experimentales, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados.
- Estudios observacionales transversales o longitudinales.
- Estudios de validación de instrumentos: estudios en los que se valida algún instrumento que mide utilidades o algún otro cuestionario que no mide utilidades pero en el que además se incluye algún instrumento del que sí se derivan utilidades.
- Encuestas poblacionales.
- Otros estudios (como evaluaciones económicas completas basadas en el análisis coste-utilidad) en el curso de los cuales se evaluaron utilidades en población residente en España.

Las evaluaciones económicas realizadas en España que incluyeron ACU y las revisiones sistemáticas de evaluaciones económicas y de calidad de vida fueron seleccionadas con el fin de identificar otros estudios en

los que se evaluaron utilidades, por lo que, si no incluían valores originales, no fueron contabilizadas en el recuento de estudios incluidos.

Se excluyeron revisiones narrativas, artículos de discusión, comentarios, cartas, estudios de un caso, etc.

III.3.2. Tipos de participantes

Se incluyeron estudios que evaluaron población española, definida como población residente en España, de cualquier edad y sexo, incluyendo tanto población general como población afectada por alguna enfermedad o condición, recibiendo o no algún tratamiento médico o de otro tipo, antes o después de recibir tratamiento.

Inicialmente se decidió que esta revisión sistemática se centraría en tres de las áreas de interés de las estrategias del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud: Cáncer, Cardiopatía Isquémica y Diabetes. Posteriormente se decidió ampliar el grupo de Cardiopatía Isquémica a todos aquellos estudios en los que se evaluaran utilidades en población con problemas de corazón y vasculares, exceptuando ictus y accidentes cerebrovasculares. En una segunda fase se abordará el resto de problemas de salud de las Estrategias del Plan de Calidad, incluyendo: Salud Mental, Cuidados Paliativos, Ictus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y Enfermedades Raras.

Se excluyeron aquellos estudios en los que más del 20% de la muestra estaba formada por personas no residentes en España (en caso de estudios internacionales), aquellos estudios internacionales en los que no se especificó el peso de la población española sobre el total de la muestra o aquellos estudios en los que no se sabe con certeza la residencia de la población estudiada.

Se incluyen las utilidades aportadas por proxis como familiares o cuidadores. Se excluyen las utilidades aportadas por paneles de expertos (médicos, por ejemplo).

III.3.3. Tipos de instrumentos de medición de utilidades

Para que un estudio fuese considerado como incluido, las utilidades debían haber sido valoradas con la ayuda de instrumentos validados y/o siguiendo técnicas aceptadas. Se excluyeron aquellos cuestionarios no validados en España para la obtención de utilidades.

Los instrumentos validados en España son:

- EQ-5D (EuroQol - 5 Dimensions): Cuestionario genérico de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) diseñado para la obtención de utilidades individuales y sociales por los distintos estados de salud, y validado en España por Badía et al. [13].
 - Índice de Utilidades de Salud Mark 3 (Health Utilities Index Mark III, HUI-3): Cuestionario genérico utilizado para medir la utilidad de distintos estados de salud desarrollado en Canadá originalmente y validada su tercera versión, el HUI-3, en España por Ruiz et al. [14].
 - SF-6D: Cuestionario derivado del SF-36 (o del SF-12) y del que también pueden obtenerse utilidades [15].

Otros instrumentos no validados aún en España son:

- QWB (Quality of Well-being Scale)
- Rosser Classification of illness states
- AQoL
- 15D

Son técnicas aceptadas:

- Time trade-off (TTO) o equivalencia temporal (ET)
- Standard Gamble (SG) o juego de apuesta estándar
- Escala visual analógica (EVA)
- Magnitude estimation (ME)
- Equivalent technique (person trade-off o PTO)
- Ranking and discrete choice experiments (DCE)

Con el objetivo de ser exhaustivos se seleccionaron a partir de título y resumen aquellos estudios que se limitaban a mencionar que valoraban la “calidad de vida relacionada con la salud” en población española sin especificar el instrumento, y aquellos estudios que mencionaban los instrumentos SF-36 y SF-12 puesto que de ellos se pueden derivar utilidades (por medio de la selección de ítems que conforman el SF-6D).

III.3.4. Idioma de la publicación

Se incluyeron todos los estudios que cumplían con el resto de criterios, independientemente del idioma en el que estuvieran publicados.

III.4. Extracción de datos

La extracción de datos de los estudios incluidos fue realizada por un revisor y comprobada por un segundo revisor. Las discrepancias fueron resueltas con la ayuda de un tercer revisor. Las discusiones y los desacuerdos quedaron documentados.

Se diseñó un formulario ad hoc para la extracción de datos de los artículos incluidos. Los datos a extraer fueron los relacionados con la identificación del artículo (autores, fecha de publicación, financiación, etc.), con el diseño y metodología (objetivo, diseño y selección de la muestra, características de los pacientes, descripción de las intervenciones -si las hubo-, técnica y/o cuestionario de obtención de las utilidades) y con los resultados del estudio (utilidad, indicador de medición y estado de salud u otras características que definen el estado).

No se extrajeron datos de AVAC puesto que la efectividad de las posibles intervenciones no era objeto de estudio de esta revisión. Tampoco se extrajeron datos de las diferencias de utilidades entre periodos o grupos.

Se consultó con los autores de los estudios incluidos cuando fue necesario, esto es, en caso de dudas sobre los valores o sobre el cumplimiento de los criterios de inclusión.

Los datos extraídos fueron trasladados posteriormente a la primera versión de la base de datos de utilidades diseñada en Excel. Para mayor detalle véase anexo 2 donde se puede ver la hoja de extracción de datos, y el apartado V donde se describe la primera versión de la base de datos y su contenido.

III.5. Valoración de la calidad

La valoración de la calidad será abordada en una fase posterior. Primero se han de fijar unos criterios objetivos que permitan valorar la validez de los resultados de las utilidades. El objetivo no es valorar la calidad metodológica del estudio en su conjunto sino la calidad de la medición y del dato de la utilidad en particular, si bien ambos estarán relacionados. Una vez fijados los criterios de calidad se procederá a evaluar cada estudio por dos revisores de forma independiente. Cuando haya desacuerdo entre ambos se resolverá tras discusión y cuando no haya

consenso se consultará con un tercer revisor. Las discusiones y los acuerdos quedarán documentados.

III.6. Síntesis de los datos

Se realizó una síntesis narrativa con tabulación de la información recopilada de los estudios incluidos. La síntesis se estructuró según los tres grandes grupos predefinidos para esta revisión: enfermedades del corazón, cáncer y diabetes. Se analizó la propensión en el uso de unos instrumentos y técnicas en comparación con otros.

IV. Resultados

La búsqueda en 9 bases de datos electrónicas de bibliografía relacionada con las ciencias de la salud dio como resultado la identificación de 2592 referencias, 1527 después de eliminar duplicados. La figura 2 muestra el proceso de selección de estudios y los motivos de exclusión.

A partir de la revisión por pares de títulos y resúmenes se seleccionaron 834 artículos para su obtención y revisión del texto completo. En este proceso de selección por título y resumen sólo hubo discrepancias entre revisores en un 9% de las referencias. En caso de duda la referencia fue seleccionada para su obtención.

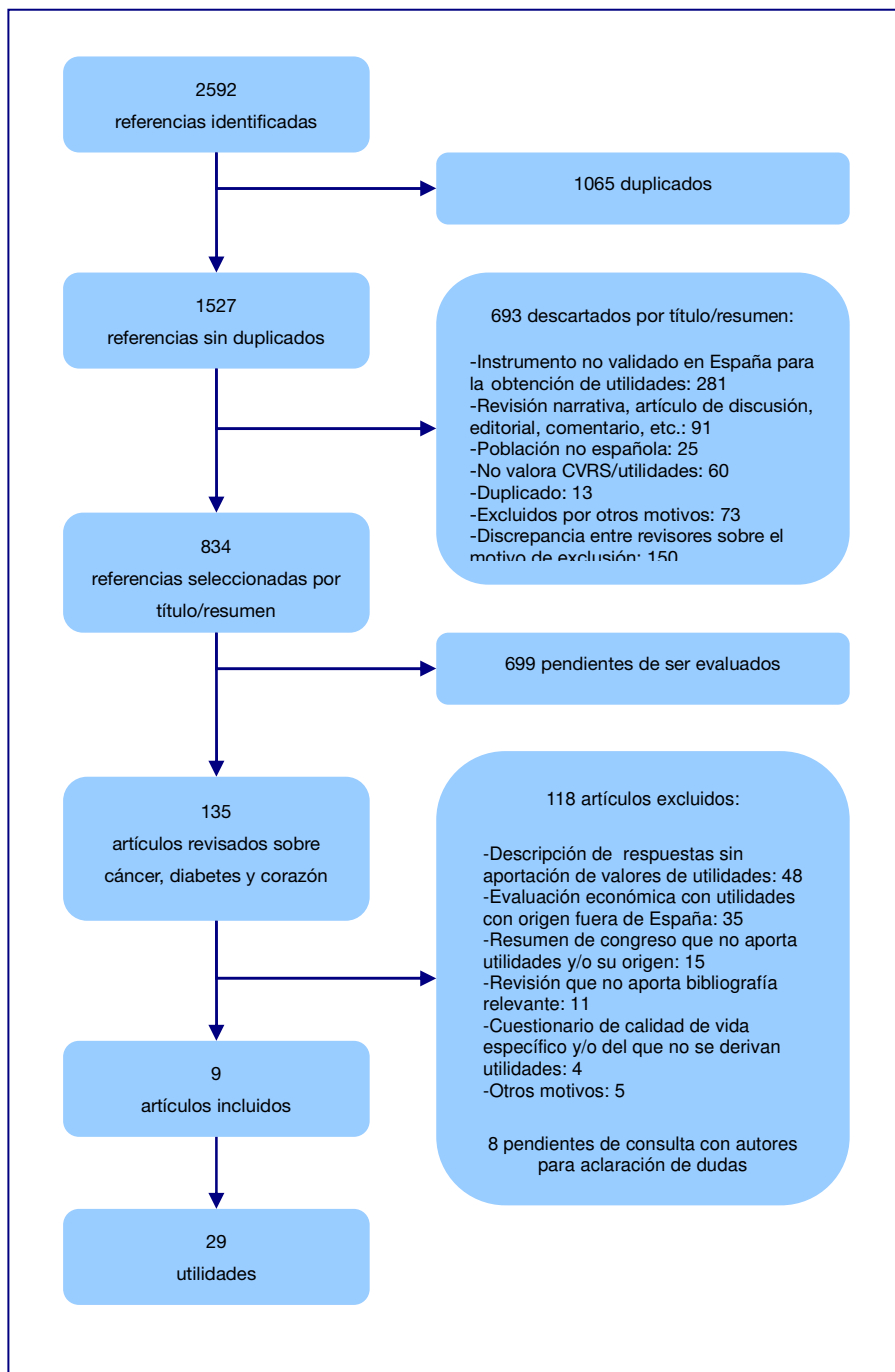
De estas 834 referencias preseleccionadas, 135 artículos fueron obtenidos, revisados y tenidos en consideración en este informe puesto que incluían población afectada de cáncer, diabetes o enfermedades cardiovasculares. Los 699 artículos restantes incluyeron en su mayoría pacientes con otras enfermedades y actualmente están pendientes de ser revisados durante el desarrollo de las próximas fases de este proyecto.

De los 135 estudios revisados 118 fueron excluidos por diversos motivos (Figura 2) y 8 están pendientes de aclaraciones solicitadas a los autores de los estudios. El principal motivo de exclusión (41% de los artículos excluidos) fue la utilización de un instrumento de valoración de la calidad de vida como el SF-36, el SF-12 o el EQ-5D, a partir del cual solo se realizó un análisis descriptivo de las respuestas por dimensiones u otro tipo de análisis sin llegar a calcular utilidades. En segundo lugar, un 30% de los estudios excluidos se correspondieron con evaluaciones económicas en las que las utilidades se tomaban de estudios internacionales.

Por lo tanto, se incluyeron en la revisión 9 estudios los cuales permitieron identificar 29 valores de utilidades [16-24]. La revisión manual de las bibliografías de los estudios incluidos y de otros estudios revisados no permitió identificar nuevos estudios a incluir.

El detalle de los resultados para cada estrategia y base de datos puede consultarse en el anexo 1. En el anexo 3 se citan los artículos incluidos en la revisión y en el anexo 4 los artículos seleccionados por título y resumen y luego excluidos a partir de la lectura del artículo completo con sus correspondientes motivos de exclusión.

Figura 2. Proceso de selección de estudios



Las fechas de publicación de los estudios incluidos refleja la relativa novedad de la investigación en el campo de las utilidades en nuestro país. El más antiguo de los estudios data de 2003 y el más reciente de 2010. Tres de los estudios fueron publicados en revistas españolas (una de ellas, Revista Española de Cardiología, publica también los artículos en inglés) y el resto fueron publicados en inglés en revistas internacionales. Todos los estudios fueron localizados por medio de la búsqueda realizada en MEDLINE, 7 de ellos además aparecieron entre los resultados de la búsqueda realizada en Embase y 3 de ellos también en PsycINFO. Ninguno de los estudios incluidos apareció entre los resultados de las demás bases de datos bibliográficas (Tabla 1).

Tabla 1. Bases de datos en las que fueron identificados los artículos incluidos

Estudio	MEDLINE	EMBASE	PSYCINFO
Mata 2003 [16]	✓	✓	
Hervás 2007 [17]	✓		
Ortega 2008 [18]	✓	✓	
de Rivas 2008 [19]	✓	✓	✓
Callejo 2010 [20]	✓	✓	
Sánchez 2010 [21]	✓	✓	
Fernández 2010 [22]	✓	✓	✓
Oliva 2010 [23]	✓		
Cunillera 2010 [24]	✓	✓	✓

Las siguientes tablas recogen las características principales de los estudios incluidos y las utilidades que de ellos se han extraído.

Tabla 2. Estudios incluidos por área de interés. Entre paréntesis figura el número de utilidades incluidas por estudio y área (enfermedad)

Estudio	Cáncer (2)	Corazón (20)	Diabetes (7)	Varios
Mata 2003 [16]			✓ (2)	
Hervás 2007 [17]			✓ (1)	
Ortega 2008 [18]		✓ (4)		
de Rivas 2008 [19]		✓ (2)		
Callejo 2010 [20]		✓ (4)		
Sánchez 2010 [21]		✓ (2)		
Fernández 2010 [22]		✓ (3)	✓ (1)	✓
Oliva 2010 [23]		✓ (1)	✓ (1)	✓
Cunillera 2010 [24]	✓ (2)	✓ (4)	✓ (2)	✓

Los 9 estudios incluidos informan de 29 valores de utilidades para distintos estados de salud (Tabla 2): 4 estudios incluyen pacientes con problemas de corazón (12 utilidades), 2 estudios incluyen pacientes con diabetes (3 utilidades) y 3 estudios incluyen muestras de población general estimando utilidades para subgrupos de población con problemas de corazón (8 utilidades), diabetes (4 utilidades) y cáncer (2 utilidades).

Los objetivos y las características de los estudios eran variados (Tabla 3). Dos estudios tenían por objetivo evaluar el impacto de la diabetes mellitus tipo 2 sobre la CVRS, en las consultas de Atención Primaria de toda España [16] y de Navarra [17]. En ambos casos se diseñaron estudios observacionales transversales aunque con distinta ambición, resultando en distintos tamaños muestrales. Un estudio tenía por objetivo validar un cuestionario específico, el KCCQ (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire), en pacientes con trasplante de corazón [18]. El estudio INCA, de gran tamaño muestral, tenía varios objetivos, entre ellos estimar el impacto de la insuficiencia cardiaca en pacientes no ingresados seguidos en consulta de Atención Primaria y en consultas de cardiología, e investigar los determinantes de su calidad de vida [19]. Los resultados de este estudio, junto con datos obtenidos directamente de la industria, sirvieron de base al estudio publicado por Callejo et al., que consistió en evaluar el coste-efectividad de la terapia de resincronización cardiaca en comparación con el tratamiento farmacológico en pacientes con insuficiencia cardiaca [20]. El único estudio experimental fue el desarrollado por Sánchez et al. en el que se evaluaba la eficacia de la diálisis peritoneal en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca congestiva refractaria en una pequeña muestra de Asturias [21]. Por último los estudios de Fernández et al., Oliva et al. y Cunillera et al. obtenían datos de utilidades para distintas enfermedades a partir de encuestas poblacionales [22-24]. Fernández et al. realizaban una encuesta epidemiológica en atención primaria en Cataluña con el objetivo de estudiar la CVRS y la pérdida de AVAC asociada a problemas mentales y enfermedades crónicas [22]. Oliva et al. describía la CVRS de la población canaria y de tres enfermedades concretas mediante la recopilación de datos de la Encuesta de Salud de Canarias y de tres estudios observacionales [23]. Cunillera et al. aprovechaban los datos de 2006 de la encuesta de salud catalana para comparar el EQ-5D, el SF-6D y el SF-12, e informar de utilidades para diversos problemas de salud [24].

Las utilidades obtenidas por cada uno de los autores para cada una de las enfermedades y estados de salud descritos se recogen con detalle en la tabla 4. En casi todos los estudios se utilizó el cuestionario EQ-5D para obtener las utilidades y se informó al menos de la media de la utilidad, salvo en el estudio de Fernández et al. en el cual se administró el cuestionario SF-6D y además sólo se informó de la mediana [22].

Las utilidades varían de 0,69 [23] a 0,84 [17] en población con diabetes mellitus, aunque sólo este último estudio especifica el tipo de diabetes de los pacientes incluidos, diabetes mellitus tipo 2.

Las utilidades en pacientes con insuficiencia cardiaca varían de 0,35 a 0,69 de menor a mayor capacidad funcional según la escala de la New York Heart Association (NYHA) [19,20].

La utilidad del estado insuficiencia cardiaca congestiva refractaria en pacientes en tratamiento con terapia conservadora (ultrafiltración extracorpórea) es 0,43, mientras que tras 6 meses de tratamiento con diálisis peritoneal la utilidad asciende hasta 0,67 [21].

En el otro estudio en el que se comparan resultados antes y después de una intervención también se observan mejoras en la utilidad: la utilidad de los pacientes en espera de un trasplante de corazón es de 0,49 y aumenta hasta un valor de 0,77 a los 12 meses del trasplante [18].

Otros estados de salud relacionados con enfermedades de corazón fueron identificados y sus correspondientes utilidades variaron de 0,68 para infarto de miocardio [24] a 0,78 para el estado problemas de corazón [23].

En relación con el estado de salud cáncer sólo dos utilidades fueron identificadas: 0,68 con el EQ-5D y 0,73 con el SF-6D [24].

Tabla 3. Principales características de los estudios incluidos

Estudio	Diseño	Área geográfica	Ámbito	Período	Población	N	Edad media	% hombres	Enfermedad	Técnica de recogida de utilidades	Nº de utilidades
Mata 2003 [16]	Observacional Transversal	España	Atención primaria	1999	Adultos (>30 años)	888	67,3	44,5	Diabetes mellitus tipo 2	EQ-5D	2
Hervás 2007 [17]	Observacional transversal	Navarra	Atención primaria	2005	Adultos	95	67	56,8	Diabetes mellitus tipo 2	EQ-5D	1
Ortega 2008 [18]	Validación de cuestionario	España	Hospital	2004-2006	Adultos	98	53,5	80,5	Pacientes en espera de trasplante de corazón	EQ-5D	4
de Rivas 2008 [19]	Observacional transversal	España	Atención primaria y especializada	2005	Adultos	2161	70,9	55,62	Insuficiencia cardíaca	EQ-5D	2
Callejo 2010 [20]	Evaluación económica	España	Atención primaria y especializada	2005	Adultos	2709	69,3	60,5	Insuficiencia cardíaca	EQ-5D	4
Sánchez 2010 [21]	Experimental, prospectivo, antes-después	Asturias	Atención especializada o secundaria	2004-2008	Adultos	17	64	65	Insuficiencia cardíaca congestiva refractaria	EQ-5D	2
Fernández 2010 [22]	Encuesta poblacional	Cataluña	Atención primaria	2005-2006	Adultos	3754	No se indica	37,07	Varias	SF-6D	4
Oliva 2010 [23]	Encuesta poblacional	Canarias	Hogar	2004	Adultos	4282	No se indica	41,64	Varias	EQ-5D	2
Cunillera 2010 [24]	Encuesta poblacional	Cataluña	Hogar	2006	Adultos (≥15 años)	4319	No se indica	50,2	Varias	EQ-5D SF-6D	8

N: Tamaño muestral

Tabla 4. Utilidades obtenidas de los estudios incluidos

Estudio	Región	Enfermedad – Estado de salud	N	Indicador	Utilidad
Mata 2003 [16]	España	Diabetes mellitus tipo 2 - Índice EVA	888	EQ-5D Media ± DE	0,71 ± 0,23
		Diabetes mellitus tipo 2 - Índice ET			0,73 ± 0,3
Hervás 2007 [17]	Navarra	Diabetes mellitus tipo 2	95	EQ-5D Media	0,84
Ortega 2008 [18]	España	Pacientes en espera de trasplante de corazón - Antes de trasplante	98	EQ-5D Media ± DE	0,49 ± 0,24
		Pacientes en espera de trasplante de corazón - A los 3 meses del trasplante			0,7 ± 0,2
		Pacientes en espera de trasplante de corazón - A los 6 meses del trasplante			0,75 ± 0,23
		Pacientes en espera de trasplante de corazón - A los 12 meses del trasplante			0,77 ± 0,22
de Rivas 2008 [19]	España	Insuficiencia cardiaca - Atención primaria	1412	EQ-5D Media (IC 95%)	0,54 (0,53; 0,56)
		Insuficiencia cardiaca - Consultas externas de cardiología	749		0,57 (0,55; 0,59)
Callejo 2010 [20]	España	Insuficiencia cardiaca - NYHA I		EQ-5D Media ± DE	0,69 ± 0,16
		Insuficiencia cardiaca - NYHA II			0,6 ± 0,14
		Insuficiencia cardiaca - NYHA III			0,49 ± 0,15
		Insuficiencia cardiaca - NYHA IV			0,35 ± 0,2
Sánchez 2010 [21]	Asturias	Insuficiencia cardiaca congestiva refractaria - Diálisis peritoneal (6 meses después)	17	EQ-5D Media	0,6727
		Insuficiencia cardiaca congestiva refractaria - Terapia conservadora (ultrafiltración extracorpórea)			0,4305

DE: Desviación estándar; ET: Equivalencia temporal; EVA: Escala visual analógica; IC: Intervalo de confianza; NYHA: New York Heart Association.

Tabla 4. Utilidades obtenidas de los estudios incluidos (continuación)

Estudio	Región	Enfermedad – Estado de salud	N	Indicador	Utilidad
Fernández 2010 [22]	Cataluña	Enfermedades cardiovasculares	496	SF-6D Mediana	0,724
		Enfermedades del corazón	457		0,723
		Ataque al corazón	171		0,755
		Diabetes	373		0,738
Oliva 2010 [23]	Canarias	Diabetes mellitus	358	EQ-5D Media ± DE	0,6934785 ± 0,3270208
				EQ-5D Mediana (RI)	0,8265 (0,4808)
		Problemas de corazón	336	EQ-5D Media ± DE	0,6876655 ± 0,3224886
				EQ-5D Mediana (RI)	0,78415 (0,3903)
Cunillera 2010 [24]	Cataluña	Hipertensión	917	EQ-5D Media ± DE	0,76 ± 0,013
		Infarto de miocardio	105		0,68 ± 0,044
		Diabetes	285		0,69 ± 0,025
		Cáncer	139		0,68 ± 0,034
		Hipertensión	917	SF-6D Media ± DE	0,76 ± 0,007
		Infarto de miocardio	105		0,75 ± 0,020
		Diabetes	285		0,73 ± 0,013
		Cáncer	139		0,73 ± 0,017

DE: Desviación estándar; RI: Rango intercuartílico.

V. Base de datos

Se ha diseñado una primera versión de una base de datos de utilidades en población española en formato Microsoft® Office Excel (Microsoft Corp. EE.UU.). Cada registro en la base de datos representa una utilidad, por lo que existe uno o más registros por artículo. Existen dos números identificativos fundamentales: uno para cada registro y uno para cada artículo o cita bibliográfica. Se ha intentado en la medida de lo posible que la mayoría de los campos fueran cerrados. La estructura de la base de datos es la siguiente:

1. Identificación del artículo:
 - 1.1. Cita (en formato Vancouver)
 - 1.2. PMID (si lo tuviera) con enlace a PubMed
 - 1.3. Año de publicación
 - 1.4. Idioma
2. Diseño del estudio:
 - 2.1. Tipo de estudio: experimental (ensayo clínico, otros), observacional, encuesta, etc.
 - 2.2. Año del estudio
 - 2.3. Modo de reclutamiento
 - 2.4. Cuestionario/s de calidad de vida empleado/s para valorar las utilidades (véase más arriba)
 - 2.5. Modo de administración del cuestionario
 - 2.6. Técnica: utilización de tarifas sociales, etc. (véase más arriba)
3. Características de la población:
 - 3.1. Región
 - 3.2. Población general: sí o no
 - 3.3. Población en tratamiento (intervención): sí o no
 - 3.4. Ámbito: atención primaria, secundaria, hospital, residencia, hogar, etc.
 - 3.5. Tamaño de la población
 - 3.6. Tipo de población según grupo de edad: niños, adolescentes, adultos, mayores, etc. (según clasificación de PubMed)
 - 3.7. Edad media
 - 3.8. Porcentaje de hombres y mujeres
 - 3.9. Grupo CIE
 - 3.10. Enfermedad o condición
 - 3.11. Estado de gravedad (campo abierto)

- 3.12. Otras especificaciones o circunstancias propias de la medición: antes, durante o después de la intervención, intervención recibida, periodo, etc.
- 3.13. Estado de salud detallado
- 4. Resultados (utilidades):
 - 4.1. Media
 - 4.2. Desviación estándar
 - 4.3. Intervalo de confianza 95%
 - 4.4. Rango
 - 4.5. Mediana
 - 4.6. Rango intercuartílico
- 5. Otros:
 - 5.1. Financiación
 - 5.2. Estudios dentro de la base de datos con los que guarda relación
 - 5.3. Notas

La base de datos de utilidades está en proceso construcción. No está previsto el acceso a la misma en tanto que no se haya completado la revisión de toda la literatura relevante. En el momento en el que los usuarios puedan acceder encontrarán un formulario de campos cerrados que les devolverá los datos solicitados.

Para más información los interesados pueden dirigirse a los autores del informe.

VI. Discusión

El objetivo del proyecto presentado en este informe es la creación de una base de datos de utilidades o preferencias por los estados de salud obtenidos en población española. La motivación es poner a disposición de los investigadores españoles una fuente de información que facilite, al menos en parte, la tarea de búsqueda de datos para la realización de evaluaciones económicas.

No está claro cómo afecta la elección de los datos de valoración de los estados de salud a las conclusiones y a la toma de decisiones a partir de evaluaciones económicas [25]. Sin embargo, existen pruebas de variaciones relevantes en los valores de los estados de salud entre países [5,6,26,27], explicadas por las diferencias culturales [Bailey 2010]. Una revisión reciente encontró diferencias importantes entre los valores del EQ-5D para distintos países, concluyendo que no es recomendable aplicar utilidades de otros países al ámbito local sin una valoración crítica de los datos [6]. Parece deseable, por tanto, contar con un catálogo de utilidades nacionales tal y como recomendara hace más de una década el Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine de Estados Unidos [28].

En una primera etapa se ha comenzado por llevar a cabo una revisión sistemática de la literatura centrandó la atención en tres de los principales problemas de salud en España: la cardiopatía isquémica y otros problemas cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Los resultados de la revisión nos permitieron identificar 9 estudios [16-24], de los que se extrajeron 29 utilidades, 20 relacionadas con problemas de corazón, 7 con diabetes y 2 con cáncer.

En esta revisión las utilidades para distintos estados de salud relacionadas con enfermedades cardiovasculares variaron de 0,35 en pacientes con insuficiencia cardiaca en estadio NYHA IV a 0,77 en pacientes que tuvieron trasplante de corazón hace 12 meses. Estas utilidades pueden compararse con las identificadas por Dyer et al. en su revisión sistemática de literatura internacional [8]. Un factor que influye en el resultado de la valoración del estado de salud es el método empleado para obtener las utilidades [25]. Esto se ha observado en varias enfermedades. En enfermedades cardiovasculares hay evidencias de diferencias entre los cuestionarios EQ-5D y SF-6D [29], por lo que son coherentes las diferencias de resultados entre el estudio de Fernández et al. en el cual se utilizó el SF-6D [22] y el resto de estudios

incluidos en esta revisión en los que se empleó el EQ-5D para estados de salud similares. En contraste en el estudio de Cunillera fueron similares las utilidades del estado hipertensión medidas a través del EQ-5D y del SF-6D [24].

Las utilidades identificadas en esta revisión para la diabetes mellitus variaron de 0,69 a 0,84 mientras que en la reciente revisión de Janssen et al. sobre el uso del EQ-5D en diabetes mellitus tipo 2 en la literatura internacional se obtuvieron unas puntuaciones que variaban de 0,20 para pacientes con dolor neuropático diabético grave a 0,88 para población general con buenos niveles de HbA1c [30]. No obstante, la variedad de estados de salud no es comparable entre estas dos revisiones. En nuestra revisión de estudios españoles en todos los casos el estado de salud se describe de forma vaga como “diabetes” o “diabetes mellitus tipo 2” y en ninguno de los estudios se explora más ampliamente distintos estados de salud dentro de esta enfermedad. En algunos de ellos esto se explica por tratarse de estudios realizados en población general o encuestas poblacionales donde se exploraban al mismo tiempo varias enfermedades o condiciones [22-24]. Por otro lado, si tenemos en cuenta que todos los estudios valoraban estados similares, podríamos concluir que la heterogeneidad de valores es importante y que debe ser analizada en profundidad. Esta heterogeneidad puede explicarse por las diferencias entre estudios en una serie de características: diseño de los estudios, tamaño muestral, características de la población, técnica o instrumento utilizado para la obtención de las utilidades, etc. No descartamos abordar en el futuro el meta-análisis de los datos obtenidos para ofrecer al usuario de la base de datos una utilidad resumen. Aunque el meta-análisis de las utilidades no es sencillo, existen en la literatura ejemplos como el que realizó Janssen obteniendo índices medios para distintos grupos de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con y sin complicaciones [30] o el meta-análisis más concreto sobre neuropatía diabética de Doth et al. [31].

Los resultados obtenidos apuntan a una serie de carencias de las publicaciones españolas que es preciso abordar. Una de las más importantes sin duda es la falta de estudios que midan utilidades en pacientes con cáncer (un único estudio incluía la valoración de utilidades en pacientes con cáncer en general [24]), cuando en la literatura internacional encontramos ejemplos de la valoración de utilidades en cáncer [32]. Por ejemplo, Pickard et al. identificaron 25 estudios que informaban de valores índices del EQ-5D en pacientes con distintos tipos de cáncer [32]. Por lo tanto, debemos ser prudentes puesto que aún no han sido revisados todos los estudios identificados, y parece

necesario contactar con autores y expertos para tener la seguridad de no estar omitiendo ningún estudio importante.

Varias cuestiones deberán ser tenidas en cuenta por los usuarios de la base de datos de utilidades. En primer lugar, unos instrumentos pueden ser mejores que otros (en términos de validez, fiabilidad, sensibilidad al cambio, etc.) para determinadas enfermedades. Por ejemplo, Janssen et al. concluyeron que el cuestionario EQ-5D cumple con ciertos criterios psicométricos que lo hacen recomendable para su uso en diabetes; al mismo tiempo estos autores observaron un efecto techo del instrumento y cierta incapacidad para captar múltiples complicaciones [30]. En segundo lugar, las poblaciones estudiadas pueden ser o no ser representativas de aquella que desea estudiar el usuario de la base de datos. Por ejemplo, el usuario deberá valorar si la utilidad obtenida en un ámbito determinado, como Atención Primaria, en una comunidad autónoma concreta, es extrapolable al problema de salud que pretende estudiar. Por lo tanto, cada usuario de la base de datos deberá valorar la conveniencia de utilizar un valor obtenido por medio de determinado instrumento teniendo en cuenta el conocimiento sobre la adecuación del cuestionario a la enfermedad, y la representatividad y validez externa de los valores de acuerdo a la población en la que fueron obtenidos y de acuerdo al objetivo de su evaluación.

En tercer lugar, esta base de datos pretende ser una ayuda para el investigador pero cuenta con limitaciones inherentes a los estudios realizados en España. La base de datos no siempre tendrá una respuesta para el investigador, bien porque existen enfermedades / estados de salud no estudiados en población española bien porque las utilidades existentes no tienen suficiente calidad (muchas veces esto se debe a que el objetivo principal del estudio no era obtener utilidades asociadas a estados de salud). En estos casos es preferible acudir a utilidades obtenidas de población no española. El usuario deberá valorar la calidad metodológica del estudio del que se obtuvo la utilidad y considerar la opción de recurrir a utilidades obtenidas en población no española si la validez del dato incluido en nuestra base de datos no es suficiente. Es parte de este proyecto en el medio plazo incorporar en la base de datos la valoración de la calidad de la utilidad. En el corto plazo, y con el ánimo de crear una base de datos informativa y que sea verdaderamente una ayuda para el investigador, se incluyen en la misma todas aquellas características relevantes asociadas a cada utilidad que faciliten al usuario el estudio de la conveniencia de usar dicha utilidad.

Como toda revisión sistemática, este estudio cuenta con algunas limitaciones derivadas de la metodología. En primer lugar, existe la posibilidad de que no hayamos incluido todos los estudios relevantes debido a que no se encuentran publicados o a que las revistas en las que fueron publicados no estén indexadas en las bases de datos electrónicas en las que hemos realizado las búsquedas (sesgo de publicación). No obstante, hemos tratado de hacer un esfuerzo considerable por localizar toda la literatura relevante, sin incluir limitaciones temporales o por idiomas. Por otro lado, algunas de las limitaciones serán abordadas en el futuro contactando con los autores de los estudios incluidos o potencialmente cumplidores de los criterios de inclusión para aclarar algunas dudas que se han presentado durante esta revisión, así como con expertos que nos ayuden a identificar otros estudios relevantes.

En el proceso de revisión muchos de los estudios considerados han sido excluidos porque en ellos se evaluaba la calidad de vida mediante instrumentos de los cuales no se podían obtener utilidades o que, pudiendo hacerse, los autores no las estimaron. Así ocurre en un número importante de estudios identificados donde se utilizaba el cuestionario EQ-5D y en los que sólo se informaba de la descripción de las respuestas a las 5 preguntas del cuestionario o de la EVA, sin que los autores llegaran a estimar las utilidades mediante el uso de ninguna tarifa. También un número importante de artículos utilizaban el cuestionario SF-36 (o SF-12) sin llegar a estimar utilidades, aunque esto era de esperar puesto que es uno de los cuestionarios genéricos más utilizados para valorar la CVRS a la vez que el SF-6D es un instrumento más reciente que el EQ-5D [15].

La revisión de utilidades en España presentada en este informe es una revisión original que aborda una necesidad no cubierta hasta ahora. No hemos encontrado hasta ahora un estudio similar en el que se abordara crear una base de datos de utilidades de un país a partir de la revisión de la literatura. Tengs et al. realizaron una revisión sistemática de utilidades muy ambiciosa cuyo resultado se limitó a los primeros 1000 valores de utilidades recogidos, por lo que finalmente la revisión no fue exhaustiva [33]. Sí abundan las revisiones centradas en una enfermedad y/o un instrumento específicos [7,8,30,32]. Como base de datos es de destacar el catálogo de utilidades del CEA Registry, el cual se alimenta de valores obtenidos de evaluaciones económicas (análisis coste-utilidad) con la limitación de que excluye aquellos estudios publicados en un idioma distinto del inglés [9,34]. También han sido localizados algunos ejemplos de catálogos de utilidades nacionales a

partir de la explotación de encuestas de salud poblacionales [35,36]. Este tipo de estudios también cuentan con algunas limitaciones como el posible sesgo debido a que la información sobre la enfermedad es aportada por el propio entrevistado o el hecho de que quedan excluidos aquellos pacientes más graves como los institucionalizados; además es más difícil determinar estados de salud concretos como comentamos anteriormente. No obstante, esto no es óbice para que en España no se realicen este tipo de estudios que amplíen nuestro conocimiento de la valoración de la sociedad por los distintos estados de salud.

En la siguiente etapa continuaremos con la revisión de utilidades en España abordando nuevas enfermedades y solventando algunas de sus limitaciones: ampliando el número de bases de datos bibliográficas a aquellas con contenido económico y social, validando las estrategias de búsqueda, consultando con autores y expertos y valorando la calidad de los datos obtenidos. Al mismo tiempo, avanzaremos en la segunda versión de la base de datos de utilidades en España, perfeccionando el entorno gráfico, incorporando el buscador y completando los contenidos. La dinamicidad de este proyecto hará que los resultados de las próximas etapas permitan extraer conclusiones más certeras sobre las carencias de datos de utilidades y sobre hacia dónde debe dirigirse la investigación en este campo en España.

VII. Conclusiones

- El estudio de las utilidades en España no está muy extendido si tenemos en cuenta que sólo se han identificado 29 utilidades relacionadas con 3 de las enfermedades más prevalentes en nuestro país: 20 utilidades para distintos estados de salud relacionados con enfermedades del corazón, 7 utilidades para estados de salud relacionados con la diabetes y 2 utilidades relacionadas con el cáncer.
- El cuestionario EQ-5D parece el instrumento más empleado para la obtención de utilidades o preferencias por los estados de salud en España.
- Es factible y deseable contar con una base de datos de utilidades obtenidas de población española. Esta base de datos puede ser accesible a la comunidad científica para el desarrollo de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias en España.
- Contactar con expertos y con los autores de los estudios es necesario para tener una base de datos completa y exhaustiva.

Contribución de los autores y revisores externos

- *Lidia García Pérez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS). CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) – Diseño y gestión del proyecto, documentación, selección, creación de la base de datos, extracción de datos, síntesis y redacción.
- *Raquel Aguiar Ibáñez*. Amaris, Londres – Diseño, documentación, selección, creación de la base de datos, extracción de datos, síntesis, redacción y revisión del documento.
- *Renata Linertová*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS). CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP) – Selección de referencias, redacción y revisión del documento.
- *Amado Rivero Santana*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS) – Selección de referencias, redacción y revisión del documento.
- *Ignacio Abásolo Alessón*. Departamento de Economía de las Instituciones, Estadística Económica y Econometría. Universidad de La Laguna – Redacción y revisión del documento.

Revisores externos:

- *Fernando Antoñanzas Villar*. Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de la Rioja.
- *Jaume Puig Junoy*. Profesor Titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra.

Referencias

1. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Métodos para la Evaluación Económica de los Programas de Asistencia Sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2001.
2. Brazier J, Ratcliffe J, Salomon JA, Tsuchiya A. Measuring and Valuing Health Benefits for Economic Evaluation. New York: Oxford University Press, 2007.
3. Sculpher MJ, Pang FS, Manca A, et al. Generalisability in economic evaluation studies in health care: a review and case studies. *Health Technol Assess* 2004; 10:5-12.
4. O'Shea JC, DeMets DL. Statistical issues relating to international differences in clinical trials. *Am Heart J* 2001; 142:21-28.
5. Drummond M, Barbieri M, Cook J et al. Transferability of economic evaluations across jurisdictions: ISPOR good research practices task force report. *Value Health* 2009; 12(4):409-418.
6. Knies S, Evers SM, Candel MJ, Severens JL, Ament AJ. Utilities of the EQ-5D. Transferable or not? *Pharmacoeconomics* 2009; 27(9):767-779.
7. Tarride JE, Burke N, Bischof M, Hopkins RB, Goeree L, Campbell K, Xie F, O'Reilly D, Goeree R. A review of health utilities across conditions common in paediatric and adult populations. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8:12.
8. Dyer MT, Goldsmith KA, Sharples LS, Buxton MJ. A review of health utilities using the EQ-5D in studies of cardiovascular disease. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8:13.
9. Aguiar-Ibáñez R, Nixon J, Glanville J, Craig D, Rice S, Christie J, Drummond MF. Economic evaluation databases as an aid to healthcare decision makers and researchers. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2005; 5(6):721-732
10. Centre for Reviews and Dissemination (CRD). Disponible en: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/intertasc/qol1.htm> [1-3-2011].
11. Peasgood T, Ward S, Brazier J. A review and meta-analysis of health state utility values in breast cancer (Discussion paper). School of Health and Related Research, University of Sheffield. HEDS

Discussion Paper 10/15. Disponible en:
<http://www.shef.ac.uk/content/1/c6/11/21/96/HEDS%20DP%2010-15.pdf> [1-3-2011].

12. Valderas JM, Mendivil J, Parada A, Losada-Yáñez M, Alonso J. Development of a Geographic Filter for PubMed to Identify Studies Performed in Spain. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(12):1244-1251.
13. Badia X, Schiaffino A, Alonso J, Herdman M. Using the EuroQoL 5-D in the Catalan general population: feasibility and construct validity. *Qual Life Res* 1998; 7(4):311-322.
14. Ruiz M, Rejas J, Soto J, Pardo A, Rebollo I. [Adaptation and validation of the Health Utilities Index Mark 3 into Spanish and correction norms for Spanish population]. *Med Clin (Barc)* 2003; 120(3):89-96.
15. Rebollo P, Moris J, Ortega T, Valdes C, Ortega F. [Estimating utility values for health status using the Spanish version of the SF-36. Validity of the SF-6D index vs EQ-5D]. *Med Clin (Barc)* 2007; 128(14):536-537.
16. Mata CM, Roset GM, Badia L, X, Antonanzas VF, Ragel AJ. [Effect of type-2 diabetes mellitus on the quality of life of patients treated at primary care consultations in Spain]. *Aten Primaria* 2003; 31(8):493-499.
17. Hervas A, Zabaleta A, De Miguel G, Beldarrain O, Diez J. [Health related quality of life in patients with diabetes mellitus type 2]. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30(1):45-52.
18. Ortega T, Diaz-Molina B, Montoliu MA, Ortega F, Valdes C, Rebollo P et al. The utility of a specific measure for heart transplant patients: reliability and validity of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. *Transplantation* 2008; 86(6):804-810.
19. de Rivas B, Permanyer-Miralda G, Brotons C, Aznar J, Sobreviela E. Health-related quality of life in unselected outpatients with heart failure across Spain in two different health care levels. Magnitude and determinants of impairment: the INCA study. *Qual Life Res* 2008; 17(10):1229-1238.
20. Callejo D, Guerra M, Hernandez-Madrid A, Blasco JA. Economic assessment of cardiac resynchronization therapy. *Rev Esp Cardiol* 2010; 63(11):1235-1243.

21. Sanchez JE, Ortega T, Rodriguez C, Diaz-Molina B, Martin M, Garcia-Cueto C et al. Efficacy of peritoneal ultrafiltration in the treatment of refractory congestive heart failure. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25(2):605-610.
22. Fernandez A, Saameno JA, Pinto-Meza A, Luciano JV, Autonell J, Palao D et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry* 2010; 196:302-309.
23. Oliva-Moreno J, Lopez-Bastida J, Worbes-Cerezo M, Serrano-Aguilar P. Health related quality of life of Canary Island citizens. *BMC Public Health* 2010; 10:675.
24. Cunillera O, Tresserras R, Rajmil L, Vilagut G, Brugulat P, Herdman M et al. Discriminative capacity of the EQ-5D, SF-6D, and SF-12 as measures of health status in population health survey. *Qual Life Res* 2010; 19(6):853-864.
25. McDonough CM, Tosteson AN. Measuring preferences for cost-utility analysis: how choice of method may influence decision-making. *Pharmacoeconomics* 2007; 25(2):93-106.
26. Kharroubi SA, O'Hagan A, Brazier JE. A comparison of United States and United Kingdom EQ-5D health states valuations using a nonparametric Bayesian method. *Stat Med* 2010; 29(15):1622-1634.
27. Bailey H, Kind P. Preliminary findings of an investigation into the relationship between national culture and EQ-5D value sets. *Qual Life Res* 2010; 19(8):1145-1154.
28. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press; 1996.
29. van Stel HF, Buskens E. Comparison of the SF-6D and the EQ-5D in patients with coronary heart disease. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4:20.
30. Janssen MF, Lubetkin EI, Sekhobo JP, Pickard AS. The use of the EQ-5D preference-based health status measure in adults with Type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med* 2011; 28(4):395-413.
31. Doth AH, Hansson PT, Jensen MP, Taylor RS. The burden of neuropathic pain: a systematic review and meta-analysis of health utilities. *Pain* 2010; 149(2):338-344.
32. Pickard AS, Wilke CT, Lin HW, Lloyd A. Health utilities using the EQ-5D in studies of cancer. *Pharmacoeconomics* 2007; 25(5):365-384.

33. Tengs TO, Wallace A. One thousand health-related quality-of-life estimates. *Med Care* 2000; 38(6):583-637.
34. Brauer CA, Rosen AB, Greenberg D, Neumann PJ. Trends in the measurement of health utilities in published cost-utility analyses. *Value Health* 2006; 9(4):213-218.
35. Kang EJ, Ko SK. A catalogue of EQ-5D utility weights for chronic diseases among noninstitutionalized community residents in Korea. *Value Health* 2009; 12(Suppl 3):S114-117.
36. Sullivan PW, Ghushchyan V. Preference-Based EQ-5D index scores for chronic conditions in the United States. *Med Decis Making* 2006; 26(4):410-420.

Anexos

Anexo 1. Estrategia y resultados de la búsqueda

Base de datos	Plataforma de acceso	Periodo buscado	Fecha acceso	Nº de resultados
MEDLINE y MEDLINE in process	PubMed	Desde 1950 hasta el presente	21-3-2011	1072
NHS CRD (NHS EED, DARE, HTA)	Web CRD	Desde 1973 hasta el presente	22-3-2011	85 DARE: 3 NHS EED: 73 HTA: 9
EMBASE	EMBASE	Desde 1980 hasta el presente	11-4-2011	974
PSYCINFO	EBSCO	Desde 1802 hasta el presente	12-4-2011	186
CINAHL	EBSCO	Desde 1981 hasta el presente	12-4-2011	79
CENTRAL	OVID-SP	Desde 1991 hasta el presente	13-4-2011	58
CEA Registry	Web CEA Registry	Desde 1976 hasta el presente	24-4-2011	47
IBECS	BVS	Desde 1967 hasta el presente	16-4-2011	66
IME	CCHS-CSIC	Desde 1971 hasta el presente	16-4-2011	25
TOTAL				2592
TOTAL SIN DUPLICADOS				1527

BVS: Biblioteca Virtual en Salud; CCHS: Centro de Ciencias Humanas y Sociales; CEA: Cost-effectiveness analysis; CENTRAL: Cochrane Central Register of Controlled Trials; CRD: Centre for Reviews & Dissemination; CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; DARE: Database of Abstracts of Reviews of Effects; HTA: Health Technology Assessment; IBECS: Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud; IME: Índice Médico Español; NHS EED: National Health Service – Economic Evaluation Database.

MEDLINE y MEDLINE in process

1	health utilit*[Title/Abstract]	755
2	utilities[Title/Abstract]	2927
3	disutilit*[Title/Abstract]	143
4	health state value*[Title/Abstract]	74
5	health state utilit*[Title/Abstract]	167
6	health state preference*[Title/Abstract]	68
7	eq-5d[Title/Abstract]	1580
8	eq5d[Title/Abstract]	81
9	euroqol[Title/Abstract]	1375
10	"euro qol"[Title/Abstract]	30
11	sf-6d[Title/Abstract]	225
12	sf6d[Title/Abstract]	9
13	sf6[Title/Abstract]	837
14	sf 6[Title/Abstract]	370
15	short form 6[Title/Abstract]	17
16	sf six[Title/Abstract]	0
17	sfsix[Title/Abstract]	0
18	short form six[Title/Abstract]	0
19	hui[Title/Abstract]	527
20	hui1[Title/Abstract]	0
21	hui2[Title/Abstract]	93
22	hui3[Title/Abstract]	174
23	"rosser"[Title/Abstract]	66
24	"quality of well being"[Title/Abstract]	253
25	"quality of wellbeing"[Title/Abstract]	0
26	qwb[Title/Abstract]	148
27	halex[Title/Abstract]	13
28	"Health and Activities Limitation Index"[Title/Abstract]	0
29	"tto"[Title/Abstract]	446
30	"time tradeoff"[Title/Abstract]	186
31	"time trade off"[Title/Abstract]	569
32	"standard gamble"[Title/Abstract]	572
33	visual analog experiment*[Title/Abstract]	0
34	discrete choice experiment*[Title/Abstract]	227
35	"value of life"[MESH Terms]	5121
36	"health related quality of life"[Title/Abstract]	14846
37	hrqol[Title/Abstract]	4713
38	hrql[Title/Abstract]	1784
39	hql[Title/Abstract]	73

40	hqol[Title/Abstract]	53
41	h qol[Title/Abstract]	1
42	hr qol[Title/Abstract]	296
43	"quality-adjusted life years"[MeSH Terms]	4791
44	"quality adjusted life"[Title/Abstract]	4137
45	qald*[Title/Abstract]	18
46	qale*[Title/Abstract]	64
47	qtime*[Title/Abstract]	2
48	qaly*[Title/Abstract]	3431
49	1-48 OR	32098
50	FILTRO GEOGRÁFICO (*)	280896
51	49 AND 50	1072

(*) FILTRO GEOGRÁFICO basado en Valderas et al. [12]:

(spain OR espagne OR espana OR spagna) OR (spain[Affiliation] OR espagne[Affiliation] OR espana[Affiliation] OR spanien[Affiliation] OR spagna[Affiliation]) OR (catalunya[Affiliation] OR catalonia[Affiliation] OR catalogne[Affiliation] OR cataluna[Affiliation] OR catala[Affiliation] OR barcelon*[Affiliation] OR tarragona[Affiliation] OR lleida[Affiliation] OR lerida[Affiliation] OR girona[Affiliation] OR gerona[Affiliation] OR sabadell[Affiliation] OR hospitalet[Affiliation] OR l'hospitalet[Affiliation]) OR (valencia*[Affiliation] OR castello*[Affiliation] OR alacant[Affiliation] OR alicant*[Affiliation] OR (murcia*[Affiliation] OR cartagen*[Affiliation] NOT indias[Affiliation])) OR (andalu*[Affiliation] OR sevill*[Affiliation] OR granad*[Affiliation] OR huelva[Affiliation] OR almeria[Affiliation] OR cadiz[Affiliation] OR jaen[Affiliation] OR malaga[Affiliation] OR cordoba[Affiliation] NOT argentin*[Affiliation])) OR (extremadura[Affiliation] OR caceres[Affiliation] OR badajoz[Affiliation] OR madrid[Affiliation]) OR (castilla[Affiliation] OR salamanca[Affiliation] OR zamora[Affiliation] OR valladolid[Affiliation] OR segovia[Affiliation] OR soria[Affiliation] OR palencia[Affiliation] OR avila[Affiliation] OR burgos[Affiliation]) OR (leon[Affiliation] NOT (france[Affiliation] OR clermont[Affiliation] OR rennes[Affiliation] OR lyon[Affiliation] OR USA[Affiliation] OR mexic*[Affiliation])) OR (galicia[Affiliation] OR gallego[Affiliation] OR compostela[Affiliation] OR vigo[Affiliation] OR corun*[Affiliation] OR ferrol[Affiliation] OR orense[Affiliation] OR ourense[Affiliation] OR pontevedra[Affiliation] OR lugo[Affiliation]) OR (oviedo[Affiliation] OR gijon[Affiliation] OR asturia*[Affiliation]) OR (cantabr*[Affiliation] OR santander[ad]) OR (vasco[Affiliation] OR euskadi[Affiliation] OR basque[Affiliation] OR bilbao[Affiliation] OR bilbo[Affiliation] OR donosti*[Affiliation] OR san sebastian[Affiliation] OR vizcaya[Affiliation] OR bizkaia[Affiliation] OR guipuzcoa[Affiliation] OR gipuzkoa[Affiliation] OR alava[Affiliation] OR

araba[Affiliation] OR vitoria[Affiliation] OR gasteiz[Affiliation]) OR
 (navarr*[Affiliation] OR nafarroa[Affiliation] OR pamplona[ad] OR iruna[Affiliation]
 OR irunea[Affiliation]) OR (logron*[Affiliation] OR rioj*[Affiliation]) OR
 (aragon*[Affiliation] OR zaragoza[Affiliation] OR teruel[Affiliation] OR
 huesca[Affiliation]) OR (mancha[Affiliation] OR ciudad real[Affiliation] OR
 albacete[Affiliation] OR cuenca[Affiliation]) OR (toledo[Affiliation] NOT
 (ohio[Affiliation] OR us[Affiliation] OR usa[Affiliation] OR OH[Affiliation])) OR
 (guadalajara[Affiliation] NOT mexic*[Affiliation]) OR (balear*[Affiliation] OR
 mallorca[Affiliation] OR menorca[Affiliation] OR ibiza[Affiliation] OR
 eivissa[Affiliation]) OR (palmas[Affiliation] OR lanzarote[Affiliation] OR
 canari*[Affiliation] OR tenerif*[Affiliation]) OR (ceuta[Affiliation] OR
 melilla[Affiliation])) OR (osasunbide*[Affiliation] OR osakidetza[Affiliation] OR
 insalud[Affiliation] OR sergas[Affiliation] OR catsalut[Affiliation] OR
 sespa[Affiliation] OR osasunbidea[Affiliation] OR imsalud[Affiliation] OR
 sescam[Affiliation] OR ib-salut[Affiliation])

NHS CRD

1	"health utility"	146
2	"health utilities"	139
3	utilities	1158
4	disutilit*	144
5	eq-5d	442
6	eq5d	13
7	euroqol	264
8	"Euro qol"	12
9	"sf six"	1
10	"sfsix"	0
11	"short form six"	0
12	sf-6d	54
13	sf6d	0
14	sf6	2
15	"sf 6"	2
16	"short form 6"	0
17	"h qol"	0
18	"hr qol"	7
19	hui	61
20	hui1	0
21	hui2	11
22	hui3	17

23	"rosser"	28
24	"tto"	21
25	"time tradeoff"	8
26	"time trade off"	320
27	"standard gamble"	182
28	"quality of well being"	66
29	"quality of wellbeing"	0
30	qwb	18
31	"health related quality of life"	761
32	hrqol	89
33	hrql	35
34	hql	0
35	hqol	1
36	"quality-adjusted life years"	2212
37	"quality adjusted life"	2585
38	qald*	21
39	qale*	17
40	qtime*	0
41	qaly*	2447
42	"value of life"	18
43	"Health and Activities Limitation Index"	2
44	halex	1
45	"health state preference"	335
46	"health state utility"	31
47	"health state value"	4
48	"discrete choice experiment"	16
49	"visual analog experiment"	0
50	spain	1813
51	espagne	0
52	espana	133
53	espaa	0
54	spanien	0
55	spagna	0
56	espanya	0
57	1-49 OR	3960
58	50-56 OR	1828
59	57 AND 58	85

EMBASE

1	'health utility':ab,ti AND [embase]/lim	328
2	'health utilities':ab,ti AND [embase]/lim	509
3	utilities:ab,ti AND [embase]/lim	3196
4	disutilit*:ab,ti AND [embase]/lim	152
5	'health state value':ab,ti AND [embase]/lim	9
6	'health state values':ab,ti AND [embase]/lim	70
7	'health state utility':ab,ti AND [embase]/lim	94
8	'health state utilities':ab,ti AND [embase]/lim	103
9	'health state preference':ab,ti AND [embase]/lim	25
10	'health state preferences':ab,ti AND [embase]/lim	52
11	'eq 5d':ab,ti AND [embase]/lim	1828
12	eq5d:ab,ti AND [embase]/lim	135
13	euroqol:ab,ti AND [embase]/lim	1507
14	'euro qol':ab,ti AND [embase]/lim	44
15	'sf 6d':ab,ti AND [embase]/lim	244
16	sf6d:ab,ti AND [embase]/lim	14
17	sf6:ab,ti AND [embase]/lim	184
18	'sf 6':ab,ti AND [embase]/lim	892
19	'short form 6':ab,ti AND [embase]/lim	13
20	'sf six':ab,ti AND [embase]/lim	2
21	sfsix:ab,ti AND [embase]/lim	0
22	'short form six':ab,ti AND [embase]/lim	2
23	hui:ab,ti AND [embase]/lim	884
24	hui1:ab,ti AND [embase]/lim	0
25	hui2:ab,ti AND [embase]/lim	89
26	hui3:ab,ti AND [embase]/lim	159
27	rosser:ab,ti AND [embase]/lim	61
28	'quality of well being':ab,ti AND [embase]/lim	227
29	'quality of wellbeing':ab,ti AND [embase]/lim	7
30	qwb:ab,ti AND [embase]/lim	132
31	halex:ab,ti AND [embase]/lim	15
32	'health and activities limitation index':ab,ti AND [embase]/lim	1
33	tto:ab,ti AND [embase]/lim	474
34	'time tradeoff':ab,ti AND [embase]/lim	167
35	'time trade off':ab,ti AND [embase]/lim	565
36	'standard gamble':ab,ti AND [embase]/lim	528
37	'visual analog experiment':ab,ti AND [embase]/lim	0
38	'visual analog experiments':ab,ti AND [embase]/lim	0
39	'discrete choice experiment':ab,ti AND [embase]/lim	181

40	'discrete choice experiments':ab,ti AND [embase]/lim	78
41	'value of life':ab,ti AND [embase]/lim	119
42	'health related quality of life':ab,ti AND [embase]/lim	14665
43	hrqol:ab,ti AND [embase]/lim	4969
44	hrql:ab,ti AND [embase]/lim	1839
45	hql:ab,ti AND [embase]/lim	69
46	hqol:ab,ti AND [embase]/lim	55
47	'h qol':ab,ti AND [embase]/lim	3
48	'hr qol':ab,ti AND [embase]/lim	343
49	'quality adjusted life year'/exp AND [embase]/lim	6107
50	'quality adjusted life':ab,ti AND [embase]/lim	4226
51	qald*:ab,ti	18
52	qale*:ab,ti AND [embase]/lim	71
53	qtime*:ab,ti AND [embase]/lim	2
54	qaly*:ab,ti AND [embase]/lim	3798
55	1-54 OR	28955
56	spain:ca OR espagne:ca OR espana:ca OR spagna:ca AND [embase]/lim	315272
57	55 AND 56	974

PSYCINFO

1	TI health utilit* or AB health utilit*	430
2	TI disutilit* or AB disutilit*	90
3	TI health state value* or AB health state value*	58
4	TI health state utilit* or AB health state utilit*	60
5	TI health state preference* or AB health state preference*	45
6	TI eq-5d or AB eq-5d	451
7	TI eq5d or AB eq5d	451
8	TI euroqol or AB euroqol	283
9	TI "euro qol" or AB "euro qol"	8
10	TI sf-6d or AB sf-6d	82
11	TI sf6d or AB sf6d	82
12	TI sf6 or AB sf6	87
13	TI sf 6 or AB sf 6	142
14	TI short form 6 or AB short form 6	58
15	TI sf six or AB sf six	142
16	TI sfsix or AB sfsix	0
17	TI short form six or AB short form six	58
18	TI hui or AB hui	260

19	TI hui1 or AB hui1	0
20	TI hui2 or AB hui2	50
21	TI hui3 or AB hui3	81
22	TI "rosser" or AB "rosser"	46
23	TI "quality of well being" or AB "quality of well being"	150
24	TI "quality of wellbeing" or AB "quality of wellbeing"	7
25	TI qwb or AB qwb	71
26	2TI halex or AB halex	5
27	TI ("Health and Activities Limitation Index") or AB ("Health and Activities Limitation Index")	1
28	TI "tto" or AB "tto"	81
29	TI "time tradeoff" or AB "time tradeoff"	47
30	TI "time trade off" or AB "time trade off"	123
31	TI "standard gamble" or AB "standard gamble"	141
32	TI visual analog experiment* or AB visual analog experiment*	15
33	TI discrete choice experiment* or AB discrete choice experiment*	117
34	TI "value of life" or AB "value of life"	150
35	TI "health related quality of life" or AB "health related quality of life"	4076
36	TI "quality-adjusted life years" or AB "quality-adjusted life years"	281
37	TI "quality adjusted life" or AB "quality adjusted life"	471
38	1-37 OR	5851
39	AF (spain OR espagne OR espana OR spagna)	34060
40	38 AND 39	186

CINAHL

1	TI health utilit* or AB health utilit*	355
2	TI utilities or AB utilities	420
3	TI disutilit* or AB disutilit*	26
4	TI health state value* or AB health state value*	26
5	TI health state utilit* or AB health state utilit*	40
6	TI health state preference* or AB health state preference*	27
7	TI eq-5d or AB eq-5d	387
8	TI eq5d or AB eq5d	387
9	TI euroqol or AB euroqol	319
10	TI "euro qol" or AB "euro qol"	7
11	TI sf-6d or AB sf-6d	64
12	TI sf6d or AB sf6d	64
13	TI sf6 or AB sf6	71

14	TI sf 6 or AB sf 6	127
15	TI short form 6 or AB short form 6	48
16	TI sf six or AB sf six	21
17	TI sfsix or AB sfsix	0
18	TI short form six or AB short form six	12
19	TI hui or AB hui	144
20	TI hui1 or AB hui1	0
21	TI hui2 or AB hui2	22
22	TI hui3 or AB hui3	59
23	TI "rosser" or AB "rosser"	42
24	TI "quality of well being" or AB "quality of well being"	93
25	TI "quality of wellbeing" or AB "quality of wellbeing"	3
26	TI qwb or AB qwb	43
27	TI halex or AB halex	4
28	TI ("Health and Activities Limitation Index") or AB ("Health and Activities Limitation Index")	1
29	TI "tto" or AB "tto"	60
30	TI "time tradeoff" or AB "time tradeoff"	36
31	TI "time trade off" or AB "time trade off"	81
32	TI "standard gamble" or AB "standard gamble"	96
33	TI visual analog experiment* or AB visual analog experiment*	2
34	TI discrete choice experiment* or AB discrete choice experiment*	76
35	TI "value of life" or AB "value of life"	67
36	MJ "value of life"	84
37	MJ "health related quality of life" and "health related quality of life"	0
38	TI "health related quality of life" or AB "health related quality of life"	4430
39	TI hrqol or AB hrqol	1204
40	TI hrql or AB hrql	410
41	TI hql or AB hql	5
42	TI hqol or AB hqol	13
43	TI h qol or AB h qol	6
44	TI hr qol or AB hr qol	59
45	TI "quality-adjusted life years" or AB "quality-adjusted life years"	446
46	TI "quality adjusted life" or AB "quality adjusted life"	887
47	TI qald* or AB qald*	4
48	TI qale* or AB qale*	9
49	TI qtime* or AB qtime*	0
50	TI qaly* or AB qaly*	672
51	1-50 OR	6770

52	AF (spain OR espagne OR espana OR spagna)	7220
53	51 AND 52	79

COCHRANE CENTRAL REGISTER OF CONTROLLED TRIALS

1	health utilit*.ti. OR health utilit*.ab.	95
2	utilities.ti. OR utilities.ab.	172
3	disutilit*.ti. OR disutilit*.ab.	7
4	health state value*.ti. OR health state value*.ab.	5
5	health state utilit*.ti. OR health state utilit*.ab.	18
6	health state preference*.ti. OR health state preference*.ab.	9
7	eq-5d.ti. OR eq-5d.ab.	290
8	eq5d.ti. OR eq5d.ab.	18
9	euroqol.ti. OR euroqol.ab.	338
10	euro qol.ti. OR euro qol.ab.	3
11	sf-6d.ti. OR sf-6d.ab.	41
12	sf6d.ti. OR sf6d.ab.	1
13	sf6.ti. OR sf6.ab.	47
14	sf 6.ti. OR sf 6.ab.	14
15	short form 6.ti. OR short form 6.ab.	5
16	sf six.ti. OR sf six.ab.	1
17	sfsix.ti. OR sfsix.ab.	0
18	short form six.ti. OR short form six.ab.	0
19	hui.ti. OR hui.ab.	25
20	hui1.ti. OR hui1.ab.	0
21	hui2.ti. OR hui2.ab.	5
22	hui3.ti. OR hui3.ab.	19
23	rosser.ti. OR rosser.ab.	4
24	quality of well being.ti. OR quality of well being.ab.	80
25	quality of wellbeing.ti. OR quality of wellbeing.ab.	0
26	qwb.ti. OR qwb.ab.	22
27	halex.ti. OR halex.ab.	0
28	(Health and Activities Limitation Index).ti. OR (Health and Activities Limitation Index).ab.	0
29	visual analog experiment*.ti. OR visual analog experiment*.ab.	0
30	standard gamble.ti. OR standard gamble.ab.	61
31	time trade off.ti. OR time trade off.ab.	54
32	time tradeoff.ti. OR time tradeoff.ab.	18
33	tto.ti. OR tto.ab.	29
34	discrete choice experiment*.ti. OR discrete choice experiment*.ab.	16

35	value of life.ti. OR value of life.ab.	3
36	"health related quality of life".ti. OR "health related quality of life".ab.	2328
37	hrqol.ti. OR hrqol.ab.	577
38	hrql.ti. OR hrql.ab.	271
39	hql.ti. OR hql.ab.	14
40	hqol.ti. OR hqol.ab.	10
41	h qol.ti. OR h qol.ab.	2
42	hr qol.ti. OR hr qol.ab.	17
43	"quality-adjusted life years".ti. OR "quality-adjusted life years".ab.	274
44	"quality adjusted life".ti. OR "quality adjusted life".ab.	481
45	qald*.ti. OR qald*.ab.	3
46	qale*.ti. OR qale*.ab.	6
47	qtime*.ti. OR qtime*.ab.	1
48	qaly*.ti. OR qaly*.ab.	378
49	1-48 OR	3374
50	FILTRO GEOGRÁFICO (*)	5634
51	49 AND 50	58

(*) FILTRO GEOGRÁFICO:

(spain OR espagne OR espana OR espaa OR spanien OR spagna OR espanya OR catalunya OR catalonia OR catalogne OR cataluna OR catala OR barcelon* OR tarragona OR lleida OR lerida OR girona OR gerona OR sabadell OR hospitalet OR lhospitalet) OR (valencia* OR castello* OR alacant OR alicant*) OR (murcia* OR cartagen* NOT indias)) OR (andalu* OR sevill* OR granad* OR huelva OR almeria OR cadiz OR jaen OR malaga OR (cordoba NOT argentin*)) OR (extremadura OR caceres OR badajoz OR madrid) OR (castilla OR salamanca OR zamora OR valladolid OR segovia OR soria OR palencia OR avila OR burgos) OR (leon NOT (france OR clermont OR rennes OR lyon OR USA OR mexic*)) OR (galicia OR gallego OR compostela OR vigo OR corun* OR ferrol OR orense OR ourense OR pontevedra OR lugo) OR (oviedo OR gijon OR asturia*) OR (cantabr* OR santander) OR (vasco OR euskadi OR basque OR bilbao OR bilbo OR donosti* OR san sebastian OR vizcaya OR bizkaia OR guipuzcoa OR gipuzkoa OR alava OR araba OR vitoria OR gasteiz) OR (navarr* OR nafarroa OR pamplona OR iruna OR irunea) OR (logron* OR rioj*) OR (aragon* OR zaragoza OR teruel OR huesca) OR (mancha OR ciudad real OR albacete OR cuenca) OR (toledo NOT (ohio OR us OR usa OR OH)) OR (guadalajara NOT mexic*) OR (balear* OR mallorca OR menorca OR ibiza OR eivissa) OR (palmas OR lanzarote OR canari* OR tenerif*) OR (ceuta OR melilla) OR (osasunbide* OR osakidetza OR insalud OR sergas OR catsalut OR sespa OR osasunbidea OR imsalud OR sescam OR ib-salut)).in.

IBECS

1	utilidades [Palabras del título]	8
2	Euroqol [Palabras del título] OR Euroqol [Palabras del resumen]	57
3	HUI [Palabras del título] OR HUI [Palabras del resumen]	1
4	1-3 OR	66

No se indican los términos probados que ofrecieron un resultado nulo.

IME

1	Título en español="utilidades"	18
2	Título en español="eq-5d"	2
3	Título en español="estado de salud"	1
4	Título en español="euroqol"	1
5	Título en español="sf-6d"	1
6	Título en español="rosser"	1
7	Título en español="año de vida ajustado por calidad"	1
8	Título en español="años de vida ajustados por calidad"	1
9	Título en español="AVAC"	1
10	1-9 OR	25

No se indican los términos probados que ofrecieron un resultado nulo.

Anexo 2. Hoja de extracción de datos

Estudio (Apellido Año):	
Revisor (Iniciales):	
Fecha de revisión:	
Estado	
<input type="checkbox"/> Incluido <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos <input type="checkbox"/> Ictus <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Enfermedades Raras <input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Duda (motivo):	
<input type="checkbox"/> Excluido (motivo):	
<input type="checkbox"/> Reservado (motivo):	
Idioma de la publicación	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	
Objetivo del estudio	
Otros artículos con los que está relacionado el artículo	
Financiación	
<input type="checkbox"/> De la industria: <input type="checkbox"/> De otras entidades: <input type="checkbox"/> No se indica	
Tipo de estudio	
<input type="checkbox"/> Experimental <input type="checkbox"/> Ensayo clínico <input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Observacional <input type="checkbox"/> Encuesta <input type="checkbox"/> Otro:	

<input type="checkbox"/> Evaluación económica:	
<input type="checkbox"/> Metodológico <input type="checkbox"/> Validación de cuestionario <input type="checkbox"/> Otro:	
Selección de la muestra:	
Modo de reclutamiento:	
Fecha de reclutamiento o cumplimentación:	
Cuestionario/s de CVRS empleados para valorar utilidades	
<input type="checkbox"/> EQ-5D <input type="checkbox"/> SF-6D <input type="checkbox"/> HUI <input type="checkbox"/> HUI1 <input type="checkbox"/> HUI2 <input type="checkbox"/> HUI3 <input type="checkbox"/> QWB <input type="checkbox"/> Rosser <input type="checkbox"/> AQOL <input type="checkbox"/> 15D <input type="checkbox"/> Otro:	
Origen de las tarifas empleadas:	
Modo de administración del cuestionario:	
Técnica	
<input type="checkbox"/> Time trade-off (TTO) <input type="checkbox"/> Standard Gamble (SG) <input type="checkbox"/> Escala visual analógica (EVA) <input type="checkbox"/> Magnitude estimation (ME) <input type="checkbox"/> Equivalent technique (person trade-off o PTO) <input type="checkbox"/> Ranking and discrete Choice experiments (DCE)	
Otra técnica:	
Región:	
Población	
<input type="checkbox"/> General: <input type="checkbox"/> En tratamiento (intervención):	
Ámbito	

<input type="checkbox"/> Atención primaria <input type="checkbox"/> Atención secundaria <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro:				
Tamaño de la población:				
Grupo de edad:				
Edad media (DE):				
% hombres				
% mujeres				
Grupo CIE				
Enfermedad o condición:				
Estado de gravedad:				
Otras especificaciones o circunstancias propias de la medición (antes, durante o después de la intervención, intervención recibida, periodo, etc.):				
Resultados				
Instrucciones:				
Extraer a continuación los pesos tal y como aparecen en el documento original.				
Indicar para cada peso aquellos datos que lo caracterizan (N, edad de la submuestra, % mujeres, gravedad, etc.).				
Señalar el tipo de indicador (media, desviación estándar, intervalo de confianza, rango, mediana, rango intercuartílico).				
Diseño	Estado de salud	Indicador	Utilidad	Comentarios
Comentarios de los autores				
Comentarios del revisor (incluir limitaciones del estudio)				

Anexo 3. Listado de artículos incluidos

Callejo D, Guerra M, Hernandez-Madrid A, Blasco JA. Economic assessment of cardiac resynchronization therapy. *Rev Esp Cardiol* 2010; 63(11):1235-1243.

Cunillera O, Tresserras R, Rajmil L, Vilagut G, Brugulat P, Herdman M et al. Discriminative capacity of the EQ-5D, SF-6D, and SF-12 as measures of health status in population health survey. *Qual Life Res* 2010; 19(6):853-864.

de Rivas B, Permanyer-Miralda G, Brotons C, Aznar J, Sobreviela E. Health-related quality of life in unselected outpatients with heart failure across Spain in two different health care levels. Magnitude and determinants of impairment: the INCA study. *Qual Life Res* 2008; 17(10):1229-1238.

Fernandez A, Saameno JA, Pinto-Meza A, Luciano JV, Autonell J, Palao D et al. Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry* 2010; 196:302-309.

Hervas A, Zabaleta A, De Miguel G, Beldarrain O, Diez J. [Health related quality of life in patients with diabetes mellitus type 2]. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30(1):45-52.

Mata CM, Roset GM, Badia L, X, Antonanzas VF, Ragel AJ. [Effect of type-2 diabetes mellitus on the quality of life of patients treated at primary care consultations in Spain]. *Aten Primaria* 2003; 31(8):493-499.

Oliva-Moreno J, Lopez-Bastida J, Worbes-Cerezo M, Serrano-Aguilar P. Health related quality of life of Canary Island citizens. *BMC Public Health* 2010; 10:675.

Ortega T, Diaz-Molina B, Montoliu MA, Ortega F, Valdes C, Rebollo P et al. The utility of a specific measure for heart transplant patients: reliability and validity of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire. *Transplantation* 2008; 86(6):804-810.

Sanchez JE, Ortega T, Rodriguez C, Diaz-Molina B, Martin M, Garcia-Cueto C et al. Efficacy of peritoneal ultrafiltration in the treatment of refractory congestive heart failure. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25(2):605-610.

Anexo 4. Listado de artículos obtenidos que fueron finalmente excluidos y motivos de exclusión

Descripción de resultados por dimensiones, ítems y/o sumarios de cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D, SF-36, SF-12), sin cálculo de valores de utilidades

Alconero-Camarero AR, Cobo-Sanchez JL, Munoz-Cacho P, Sainz-Laso R, Mancebo-Salas N, Casaus-Perez M et al. [Quality of life analysis in patients with an implantable cardioverter-defibrillator]. *Enferm Clin* 2009; 19(5):275-279.

Almenar-Pertejo M, Almenar L, Martinez-Dolz L, Campos J, Galan J, Girones P et al. Study on health-related quality of life in patients with advanced heart failure before and after transplantation. *Transplant Proc* 2006; 38(8):2524-2526.

Alvarez dT, Arcos GP, Eyaralar RT, Abal Ferrer FF, Dago MA, Cabiedes ML et al. [Pharmaceutical care in people who have had acute coronary episodes (TOMCOR study)]. *Rev Esp Salud Publica* 2001; 75(4):375-387.

Arribas F, Ormaetxe JM, Peinado R, Perulero N, Ramirez P, Badia X. Validation of the AF-QoL, a disease-specific quality of life questionnaire for patients with atrial fibrillation. *Europace* 2010; 12(3):364-370.

Banegas JR, Guallar-Castillon P, Rodriguez-Artalejo F, Graciani A, Lopez-Garcia E, Ruilope LM. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. *Am J Hypertens* 2006; 19(7):686-693.

Banegas JR, Lopez-Garcia E, Graciani A, Guallar-Castillon P, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14(3):456-462.

Brotos CC, Moral P, I, Permanyer MG, Ribera SA, Cascant CP. [Therapeutic control and quality of life in coronary artery bypass surgery patients]. *Med Clin (Barc)* 2001; 116(7):241-245.

Calleja JL, Bixquert M, Maldonado J. Impact of nocturnal heartburn on quality of life, sleep, and productivity: the SINERGE study. *Dig Dis Sci* 2007; 52(10):2858-2865.

Castellano C, Blasco T, Oller A, Perez-Campdepadros M, Sanchez DT, Capdevila L. [Quality of life in adolescent survivors of childhood cancer]. *Med Clin (Barc)* 2009; 133(20):783-786.

Cid Calo G, Gómez-Calcerrada Jiménez RM, Alonso Moreno FJ, Hidalgo Vega Á, Comas Samper JM, Orueta Sánchez R et al. Cumplimiento terapéutico y calidad de vida en pacientes crónicos. *Rev Clin Med Fam* 2007; 2(1):5-10.

Córcoles Jiménez MP, Ruiz Gómez T, Gomariz García S, Herreros Sáez L, Pita Toledo L, Ruiz-Risueño Álvarez I et al. Mejoría de la calidad de vida y efectos adversos en pacientes con enfermedad arterial obstructiva crónica tratados con alprostadil-alfa-ciclodextrina por vía venosa periférica. *Enferm clín* 2005; 15(4):206-212.

Coronado Vazquez V, Lopez Gonzalez LM, Martin Ruiz E, Real Isidoro JM, Sanchez Ordonez M, Silveira Garcia C. Assessment of health outcomes in the type 2 diabetes process. *Aten Prim* 2011; 43(3):127-133.

Costa-Requena G, Gil F. Posttraumatic stress disorder symptoms in cancer: psychometric analysis of the Spanish Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version. *Psychooncology* 2010; 19(5):500-507.

Costa-Requena G, Gil F. Quality of life in the chemotherapy treatment of Spanish cancer patients: a comparison of general population norms. *Psychooncology* 2009; 18(10):1053-1059.

Dalfo BA, Badia L, X, Roca-Cusachs CA, Aristegui R, I, Roset GM. [Validation of the quality of life questionnaire in arterial hypertension (HQALY) for its use in Spain. Relationship between clinical variables and quality of life. Investigator Group of the HQALY study]. *Aten Primaria* 2000; 26(2):96-103.

Diez Porres L, Riart Solans M, Foix Ona M, Morilla L, Mitjana Isarn R, Salvador Milian E et al. Integral control of cardiovascular risk factors in type 2 diabetes in the Pallars Jussa and Sobira regions (area of influence of the regional hospital of Pallars-Lleida). *Rev Clin Esp* 2010; 210(7):332-337.

Domingo M, Lupon J, Gonzalez B, Crespo E, Lopez R, Ramos A et al. Noninvasive Remote Telemonitoring for Ambulatory Patients With Heart Failure: Effect on Number of Hospitalizations, Days in Hospital, and Quality of Life. CARME (CAtalán Remote Management Evaluation) Study. *Rev Esp Cardiol* 2011.

Etxeberria Y, Perez-Izquierdo J, Badiola C, Quintana J, Padierna A, Arostegui I et al. [Assessment of quality of life in lung cancer patients]. *Gac Sanit* 2001; 15(1):25-31.

Failde I, Medina P, Ramirez C, Arana R. Assessing health-related quality of life among coronary patients: SF-36 vs SF-12. *Public Health* 2009; 123(9):615-617.

Failde I, Medina P, Ramirez C, Arana R. Construct and criterion validity of the SF-12 health questionnaire in patients with acute myocardial infarction and unstable angina. *J Eval Clin Pract* 2010; 16(3):569-573.

Failde I, Ramos I, Fernandez-Palacin F, Gonzalez-Pinto A. Women, mental health and health-related quality of life in coronary patients. *Women Health* 2006; 43(2):35-49.

Failde II, Soto MM. Changes in Health Related Quality of Life 3 months after an acute coronary syndrome. *BMC Public Health* 2006; 6:18.

Ferrer M, Suarez JF, Guedea F, Fernandez P, Macias V, Marino A et al. Health-related quality of life 2 years after treatment with radical prostatectomy, prostate brachytherapy, or external beam radiotherapy in patients with clinically localized prostate cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008; 72(2):421-432.

García Lizana F, Manzano JL. Calidad de vida y reinserción laboral al año de la cirugía cardíaca. *Med intensiva (Madr)* 2002; 26(1):1-6.

Garcia-Morales E, Lazaro-Martinez JL, Martinez-Hernandez D, Aragon-Sanchez J, Beneit-Montesinos JV, Gonzalez-Jurado MA. Impact of diabetic foot related complications on the health related quality of Life (HRQoL) of patients - A regional study in Spain. *Int J Lower Extremity Wounds* 2011; 10(1):6-11.

Guedea F, Ferrer M, Pera J, Aguilo F, Boladeras A, Suarez JF et al. Quality of life two years after radical prostatectomy, prostate brachytherapy or external beam radiotherapy for clinically localised prostate cancer: the Catalan Institute of Oncology/Bellvitge Hospital experience. *Clin Transl Oncol* 2009; 11(7):470-478.

Herce J, Rollon A, Polo J. [Quality of life in long-term oral cancer survivors and comparison with reference values of Spanish people]. *Med Clin (Barc)* 2007; 128(18):692-696.

Herce LJ, Rollon MA, Lozano RR, Salazar Fernandez CI, Gallana S. Quality of life in long-term oral cancer survivors: a comparison with

Spanish general population norms. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67(8):1607-1614.

Hernandez-Osma E, Cairols MA, Marti X, Barjau E, Riera S. Impact of treatment on the quality of life in patients with critical limb ischaemia. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2002; 23(6):491-494.

López Cabezas C, Falces Salvador F, Cubí Quadrada D, Arnau Bartés A, Ylla Boré M, Muro Perea N et al. Ensayo clínico aleatorizado de un programa de atención farmacéutica al alta frente a seguimiento habitual en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Farm hosp* 2006; 30(6):328-342.

Martin-Rodríguez A, Perez-San-Gregorio MA, Diaz-Dominguez R, Perez-Bernal J. Health-related quality of life evolution in patients after heart transplantation. *Transplant Proc* 2008; 40(9):3037-3038.

Mena Martin FJ, Martin Escudero JC, Simal BF, Bellido CJ, Carretero Ares JL. [Type 2 diabetes mellitus and health-related quality of life: results from the Hortega Study]. *An Med Interna* 2006; 23(8):357-360.

Mena-Martin FJ, Martin-Escudero JC, Simal-Blanco F, Carretero-Ares JL, Arzua-Mouronte D, Herreros-Fernandez V. Health-related quality of life of subjects with known and unknown hypertension: results from the population-based Hortega study. *J Hypertens* 2003; 21(7):1283-1289.

Mendoza H, Martin MJ, Garcia A, Aros F, Aizpuru F, Regalado De Los CJ et al. 'Hospital at home' care model as an effective alternative in the management of decompensated chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2009; 11(12):1208-1213.

Monteagudo PO, Hernando AL, Palomar Rodriguez JA. [Reference values of the Spanish version of the SF-12v2 for the diabetic population]. *Gac Sanit* 2009; 23(6):526-532.

Naveiro-Rilo JC, Diez-Juarez DM, Romero BA, Rebollo-Gutierrez F, Rodriguez-Martinez A, Rodriguez-Garcia MA. Validation of the Minnesota living with heart failure questionnaire in primary care. *Rev Esp Cardiol* 2010; 63(12):1419-1427.

Permanyer MC, Brotons CC, Ribera SA, Alonso CJ, Cascant CP, Moral P, I. [Outcomes of coronary artery surgery: determinants of quality of life related to postoperative health]. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54(5):607-616.

Permanyer MC, Brotons CC, Ribera SA, Moral P, I, Cascant CP, Alonso J et al. [Clinical outcome and health related quality of life in patients undergoing coronary angioplasty with balloon or stent. A prospective multicenter study]. *Rev Esp Cardiol* 2001; 54(5):597-606.

Ponce M, Ortiz V, Juan M, Garrigues V, Castellanos C, Ponce J. Gastroesophageal reflux, quality of life, and satisfaction in patients with achalasia treated with open cardiomyotomy and partial fundoplication. *Am J Surg* 2003; 185(6):560-564.

Porres LD, Solans MR, Ona MF, Morilla L, Isarn RM, Milian ES et al. [Integral control of cardiovascular risk factors in type 2 diabetes in the Pallars Jussa and Sobira regions (area of influence of the regional hospital of Pallars-Lleida)]. *Rev Clin Esp* 2010; 210(7):332-337.

Ribera A, Permanyer-Miralda G, Alonso J, Cascant P, Soriano N, Brotons C. Is psychometric scoring of the McNew Quality of Life after Myocardial Infarction questionnaire superior to the clinimetric scoring? A comparison of the two approaches. *Qual Life Res* 2006; 15(3):357-365.

Roca-Cusachs A, Dalfo A, Badia X, Aristegui I, Roset M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens* 2001; 19(10):1913-1919.

Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Pascual CR, Otero CM, Montes AO, Garcia AN et al. Health-related quality of life as a predictor of hospital readmission and death among patients with heart failure. *Arch Intern Med* 2005; 165(11):1274-1279.

Soriano N, Ribera A, Marsal JR, Brotons C, Cascant P, Permanyer-Miralda G. Improvements in health-related quality of life of patients admitted for heart failure. The HF-QoL study. *Rev Esp Cardiol* 2010; 63(6):668-676.

Soto M, Failde I, Marquez S, Benitez E, Ramos I, Barba A et al. Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients. *Qual Life Res* 2005; 14(3):759-768.

Soto TM, Marquez CS, Ramos D, I, Barba CA, Lopez FF, Failde M, I. Health-related quality of life in coronary heart disease compared to norms in Spanish population. *Qual Life Res* 2004; 13(8):1401-1407.

Tuesca-Molina R, Guallar-Castillon P, Banegas-Banegas JR, Graciani-Perez RA. [Determinants of the adherence to therapeutic plan in elderly Spaniards, over 60 years of age]. *Gac Sanit* 2006; 20(3):220-227.

Veiga FG, Olmo JM, Gunthner S, Pallas MP, Moyano AS, Ramos EB et al. [Development and validation of the first Spanish questionnaire of quality of life in patients with prostate cancer, based on the patient's perception]. *Actas Urol Esp* 2009; 33(6):623-634.

Evaluaciones económicas con valores de utilidades con origen cierto o probable en población no residente en España

[Rituximab cost analysis for maintenance treatment of patients with follicular lymphoma]. *Farm Hosp* 2008; 32(1):25-34.

Annemans L, Lamotte M, Kubin M, Evers T, Verheugt FW. Which patients should receive aspirin for primary prevention of cardiovascular disease? An economic evaluation. *Int J Clin Pract* 2006; 60(9):1129-1137.

Anselmino M, Bammer T, Fernandez Cebrian JM, Daoud F, Romagnoli G, Torres A. Cost-effectiveness and budget impact of obesity surgery in patients with type 2 diabetes in three European countries(II). *Obes Surg* 2009; 19(11):1542-1549.

Ara R, Pandor A, Tumur I, Paisley S, Duenas A, Williams R et al. Cost effectiveness of ezetimibe in patients with cardiovascular disease and statin intolerance or contraindications: a Markov model. *American Journal of Cardiovascular Drugs* 2008; 8(6):419-427.

Asukai Y, Valladares A, Camps C, Wood E, Taipale K, Arellano J et al. Cost-effectiveness analysis of pemetrexed versus docetaxel in the second-line treatment of non-small cell lung cancer in Spain: results for the non-squamous histology population. *BMC Cancer* 2010; 10:26.

Brown RE, Hutton J. Cost-utility model comparing docetaxel and paclitaxel in advanced breast cancer patients. *Anti-Cancer Drugs* 1998; 9(10):899-907.

Cairols-Castellote MA, Salmeron-Febres LM, Fernandez-Samos R, Iborra-Ortega E, Vaquero-Puerta C, Marco-Luque M et al. Analysis of the cost-effectiveness of using stents to treat abdominal aortic aneurysms in Spain. *Angiologia* 2009; 61(2):51-61.

Camara JIM, Pousa AL, Garcia EG, Llach XB, Surinyach NL, Vilela FS et al. Economic evaluation of the use of pegfilgrastim vs filgrastim in primary prevention in breast cancer patients in Spain with risk of febrile neutropenia. *Pharmacoecon Span Res Artic* 2008; 5(3):71-81.

Conget D, I, Serrano CD, Rodriguez Barrios JM, Levy M, I, Castell AC, Roze S. [Cost-utility analysis of insulin pumps compared to multiple daily doses of insulin in patients with type 1 diabetes mellitus in Spain]. *Rev Esp Salud Publica* 2006; 80(6):679-695.

Cuadros CM, Villegas PR. [HER2 in selecting candidates to treatment with Trastuzumab. Determining HER2 status in breast cancer women.]. 2008.

Fernandez dB, Lopez dS, Alonso T, I, Moreno GR, Rubio-Terres C, Soto AJ. [Cost-effectiveness analysis of the use of atorvastatin in patients with type 2 diabetes mellitus: a pharmacoeconomic model of the CARDS study]. *An Med Interna* 2006; 23(5):213-219.

Frias C, Cortes J, Segui MA, Oyaguez I, Casado MA. Cost-effectiveness analyses of docetaxel versus paclitaxel once weekly in patients with metastatic breast cancer in progression following anthracycline chemotherapy, in Spain. *Clin Transl Oncol* 2010; 12(10):692-700.

Gil JM, Rubio-Terres C, Del Castillo A, Gonzalez P, Canorea F. Pharmacoeconomic analysis of adjuvant therapy with exemestane, anastrozole, letrozole or tamoxifen in postmenopausal women with operable and estrogen receptor-positive breast cancer. *Clin Transl Oncol* 2006; 8(5):339-348.

Gomez J, Rios E, Rubio C, Castro Gomez A, Varela C. Pharmacoeconomic analysis of adding rituximab to chemotherapy as first line treatment for patients with advanced follicular lymphoma. *Pharmacoecon Span Res Artic* 2010; 7(2):55-67.

Gomez-Outes A, Rocha E, Martinez-Gonzalez J, Kakkar VV. Cost effectiveness of bemiparin sodium versus unfractionated heparin and oral anticoagulants in the acute and long-term treatment of deep vein thrombosis. *Pharmacoeconomics* 2006; 24(1):81-92.

Gschwend MH, Aagren M, Valentine WJ. Cost-effectiveness of insulin detemir compared with neutral protamine Hagedorn insulin in patients with type 1 diabetes using a basal-bolus regimen in five European countries. *J Med Econ* 2009; 12(2):114-123.

Lamotte M, Annemans L, Evers T, Kubin M. A multi-country economic evaluation of low-dose aspirin in the primary prevention of cardiovascular disease. *Pharmacoeconomics* 2006; 24(2):155-169.

Lamotte M, Pinol C, Brotons C, Annemans L, Guardiola E, Evers T et al. [Health economic evaluation of low-dose acetylsalicylic acid in the primary prevention of cardiovascular disease]. *Rev Esp Cardiol* 2006; 59(8):807-815.

Latour-Perez J, de Miguel BE, Betegon L, Badia X. Using triple antiplatelet therapy in patients with non-ST elevation acute coronary

syndrome managed invasively: a cost-effectiveness analysis. *Value Health* 2008; 11(5):853-861.

Latour-Perez J, Miguel-Balsa E. Cost effectiveness of fondaparinux in non-ST-elevation acute coronary syndrome. *Pharmacoeconomics* 2009; 27(7):585-595.

Latour-Perez J, Navarro-Ruiz A, Ridao-Lopez M, Cervera-Montes M. Using clopidogrel in non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients: a cost-utility analysis in Spain. *Value Health* 2004; 7(1):52-60.

Lopez Gude MJ, Rodriguez BD, Rodriguez Barrios JM. [Cost-benefit analysis of concomitant atrial fibrillation management in Spain]. *Gac Sanit* 2010; 24(1):59-65.

Mar J, Rodriguez-Artalejo F. Which is more important for the efficiency of hypertension treatment: hypertension stage, type of drug or therapeutic compliance? *J Hypertens* 2001; 19(1):149-155.

Martin-Jimenez M, Rodriguez-Lescure A, Ruiz-Borrego M, Segui-Palmer MA, Brosa-Riestra M. Cost-effectiveness analysis of docetaxel (Taxotere) vs. 5-fluorouracil in combined therapy in the initial phases of breast cancer. *Clin Transl Oncol* 2009; 11(1):41-47.

Monteagudo Piqueras O, Hernando Arizaleta L, Palomar Rodriguez JA. Comorbidity and health related quality of life implication in hospitalisation of diabetic patients. *Med Clin* 2010; 134(14):656-657.

Moreu J, Cequier A, Brosa M, Rodriguez JM, Crespo C, Hernandez JM et al. [Economic evaluation and budget impact analysis of the Endeavor drug-eluting stent in Spain]. *Gac Sanit* 2009; 23(6):540-547.

Munoz R, Martinez-Ferrer J, Delgado J, Rodriguez Barrios JM, Caro JJ, Guo S. Can adding cardiac resynchronization compensate to optimized pharmacological treatment in patients with heart failure in Spain? *Pharmacoecon Span Res Artic* 2010; 7(1):13-25.

Olry de Labry LA, Sordo dC, Garcia ML, Epstein D, Bermudez TC, Villegas PR. [An economic assessment of genetic testing for familial adenomatous polyposis]. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100(8):470-475.

Paz-Ares L, Garcia dM, X, Grande E, Gonzalez P, Brosa M, Diaz S. Cost-effectiveness analysis of sunitinib in patients with metastatic and/or unresectable gastrointestinal stroma tumours (GIST) after progression or intolerance with imatinib. *Clin Transl Oncol* 2008; 10(12):831-839.

Pinol C, Roze S, Valentine W, Evers T. [Cost-effectiveness of the addition of acarbose to the treatment of patients with type-2 diabetes in Spain]. *Gac Sanit* 2007; 21(2):97-104.

Roda J, Rodriguez Barrios JM, Caro I, Deniz HB, Xenakis JJ, Ward A et al. Modeling of the clinical benefit and economic impact of pacemakers implantation with managed ventricular pacing. *Pharmacoecon Span Res Artic* 2009; 6(4):115-125.

Schwander B, Gradl B, Zollner Y, Lindgren P, Diener HC, Luders S et al. Cost-utility analysis of eprosartan compared to enalapril in primary prevention and nitrendipine in secondary prevention in Europe--the HEALTH model. *Value Health* 2009; 12(6):857-871.

Schwarz B, Gouveia M, Chen J, Nocea G, Jameson K, Cook J et al. Cost-effectiveness of sitagliptin-based treatment regimens in European patients with type 2 diabetes and haemoglobin A1c above target on metformin monotherapy. *Diabetes Obes Metab* 2008; 10 Suppl 1:43-55.

Taylor DC, Pandya A, Thompson D, Chu P, Graff J, Shepherd J et al. Cost-effectiveness of intensive atorvastatin therapy in secondary cardiovascular prevention in the United Kingdom, Spain, and Germany, based on the Treating to New Targets study. *Eur J Health Econ* 2009; 10(3):255-265.

Tunis SL, Willis WD, Foos V. Self-monitoring of blood glucose (SMBG) in patients with type 2 diabetes on oral anti-diabetes drugs: cost-effectiveness in France, Germany, Italy, and Spain. *Curr Med Res Opin* 2010; 26(1):163-175.

Resúmenes de comunicaciones a congresos que no aportan valores de utilidades y/o el origen de las mismas

Betegon L, Weintraub W, Zhang Z. Cost-effectiveness analysis of enoxaparin as adjunctive therapy with fibrinolysis in spanish patients with stelevation myocardial infarction (STEMI): Results from extract-timi 25. *Value Health* 2009; 12(7):A329.

Bosch F, Casado LF, Garcia-Marco JA, Gilsanz F, Gonzalez Diaz M, Rayon C et al. Pharmacoeconomic analysis of the addition of rituximab to fludarabine-cyclophosphamide regimen in the first-line treatment of chronic lymphocytic leukaemia patients in Spain. *Value Health* 2009; 12(7):A276.

Camps C, Casinello J, Virizueta JA, Escobar Y, Alberola V, Carulla J et al. Research study on the health outcomes of cancer pain treatment using transdermal buprenorphine. *Eur J Pain* 2009; 13:S199.

Comin-Colet J, Lainscak M, Dickstein K, Filippatos G, Johnson P, Luscher TF et al. Influence of intravenous ferric carboxymaltose on health-related quality of life measures in patients with chronic heart failure and iron deficiency: An analysis from the FAIR-HF study. *Eur J Heart Fail Suppl* 2010; 9:S120.

Comin-Colet J, Lainscak M, Dickstein K, Filippatos G, Johnson P, Luscher TF et al. Intravenous ferric carboxymaltose improves quality of life in patients with chronic heart failure and iron deficiency regardless the presence of anaemia: An analysis from the FAIR-HF study. *Eur Heart J* 2010; 31:233.

Cortes J, Segui MA, Frias C, Betegon L, Oyaguez I, Casado MA. Cost-effectiveness analyses of docetaxel versus paclitaxel once weekly in patients with metastatic breast cancer progressed after anthracycline chemotherapy in Spain. *Value Health* 2009; 12(7):A272.

Diaz S, Calvo Aller E, Maroto P, Puente J, Lopez-Brea M, Castellano D. Cost-effectiveness and cost-utility analysis of sunitinib (SU) vs sorafenib (SFN) and bevacizumab 1 interferon-alfa (BEV/IFN) as first-line treatment for metastatic renal cell carcinoma (MRCC) in Spain. *Ann Oncol* 2008; 19(S8):viii227.

Gonzalez B, Domingo M, Lupon J, Lopez R, Ramos A, Crespo E et al. Changes in patients' behaviour and impact on quality of life with the use of telemedicine (Motiva-Philips) in an heart failure unit: the CARME study (CAAtalan Remote Management Evaluation). *Eur Heart J* 2010; 31:233.

Gonzalez B, Domingo M, Lupon J, Lopez R, Ramos A, Crespo E et al. Use of telemedicine (Motiva-Philips) in an heart failure unit: Changes in patient's behaviour and impact on quality of life: The CARME study (CAAtalan Remote Management Evaluation). *Eur J Heart Fail Suppl* 2010; 9:S108.

Herdman M, Garin O, Vilagut G, Ribera A, Permanyer-Miralda G, Ferrer M et al. Assessing the quality of quality of life measures in heart failure: A comparison of available instruments. *Value Health* 2009; 12(7):A340.

Martin M, Lluch A, Segui i MA, Ruiz A, Ramos M, Adrover E et al. TAC versus FAC as adjuvant chemotherapy for high-risk node-negative breast cancer: Results of the geicam 9805 trial. *Ann Oncol* 2008; 19(S8):viii77.

Martinez E, Uedea G, Pardo Y, Ferrer M, Ferrndez P, Praoa P et al. Quality of life in high risk prostate cancer patients treated with external beam radiotherapy versus external beam radiotherapy and brachytherapy after 2 years-follow-up. *Radiother Oncol* 2010; 96:S414.

Merino JL, Rodriguez-Barrios JM, Brosa M, Tsintzos S. Cost-effectiveness model of Implantable Cardiac Monitors (ICM) for patients treated with radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation (PAAF). *Eur Heart J* 2009; 30:118.

Sanchez JE, Rodriguez C, Ortega T, Diaz-Molina B, Martin M, Garcia-Cueto C et al. The role of peritoneal ultrafiltration in the treatment of refractory congestive heart failure. *Eur J Heart Fail Suppl* 2010; 9:S145.

Suarez Novo JF, Aguilo F, Ferrer M, Guedea F, Fernandez P, Craven-Bratle J et al. Impact on health related quality of life of retropubic radical prostatectomy, external beam radiotherapy, and brachytherapy as treatment of prostate cancer: Results at 3 years follow-up of a prospective, longitudinal and multi-institutional study. *Eur Urol Suppl* 2009; 8(4):308.

Revisiones de literatura científica que no aportan bibliografía relevante

Coca A. Economic benefits of treating high-risk hypertension with angiotensin II receptor antagonists (blockers). *Clin Drug Investig* 2008; 28(4):211-220.

Croom KF, Plosker GL. Eplerenone: a pharmacoeconomic review of its use in patients with post-myocardial infarction heart failure. *Pharmacoeconomics* 2005; 23(10):1057-1072.

Delgado-Sanz MC, Garcia-Mendizabal MJ, Pollan M, Forjaz MJ, Lopez-Abente G, Aragonés N et al. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2011; 9:3.

Garin O, Ferrer M, Pont A, Rue M, Kotzeva A, Wiklund I et al. Disease-specific health-related quality of life questionnaires for heart failure: a systematic review with meta-analyses. *Qual Life Res* 2009; 18(1):71-85.

Gonzalez-Consuegra RV, Verdu J. Quality of life in people with venous leg ulcers: an integrative review. *J Adv Nurs* 2011; 67(5):926-944.

Gutierrez LQ, Senaris JDL, Amador ML. Review of an economic analysis of the emerging technologies in oncology. *Pharmacoecon Span Res Artic* 2009; 6(4):146-158.

Lora FJS, Santana TT, Trigueros AG. Specific-type 2 diabetes mellitus health-related quality of life measurements available for Spanish population. *Med Clin* 2010; 135(14):658-664.

Lozano Sanchez FS. Quality of life in relation to vascular surgery. *Angiologia* 2008; 60(6):377-394.

Lyseng-Williamson KA, Plosker GL. Clopidogrel: a pharmaco-economic review of its use in patients with non-ST elevation acute coronary syndromes. *Pharmacoeconomics* 2006; 24(7):709-726.

McKeage K, Lyseng-Williamson KA. Fondaparinux: a pharmaco-economic review of its use in the management of non-ST-segment elevation acute coronary syndrome. *Pharmacoeconomics* 2010; 28(8):687-698.

Paz-Ares L, del Muro JG, Grande E, Diaz S. A cost-effectiveness analysis of sunitinib in patients with metastatic renal cell carcinoma intolerant to or experiencing disease progression on immunotherapy: perspective of the Spanish National Health System. *J Clin Pharm Ther* 2010; 35(4):429-438.

Artículos que evalúan la calidad de vida relacionada con la salud mediante cuestionarios específicos y/o de los que no se derivan utilidades

Brotons Cuixart C, Permanyer G, Moral I, Ribera A, Cascant P, Pinar J et al. Secondary prevention of myocardial infarction and health-related quality of life. *Med Clin* 2002; 119(1):9-12.

Littlewood TJ, Kallich JD, San Miguel J, Hendricks L, Hedenus M. Efficacy of Darbepoetin Alfa in Alleviating Fatigue and the Effect of Fatigue on Quality of Life in Anemic Patients with Lymphoproliferative Malignancies. *J Pain Symptom Manage* 2006; 31(4):317-325.

Rodriguez C, Gascon P, Garcia-Mata J, Colomer R, Cassinello J, Carulla J et al. The patient-perception fatigue PERFORM questionnaire is able to detect improvements of (greater-than or equal to)1gr/dl in hemoglobin level, among cancer patients with anaemia. *Eur J Cancer Suppl* 2009; 7(2-3):180-181.

Trabal J, Leyes P, Forga M, Maurel J. Potential usefulness of an EPA-enriched nutritional supplement on chemotherapy tolerability in cancer patients without overt malnutrition. *Nutr Hosp* 2010; 25(5):736-740.

Otros motivos de exclusión (artículos describiendo el protocolo de un estudio y sin resultados en el momento de la publicación, artículos con población no española, duplicados)

Brotos C, Arino D, Borrás I, Buitrago F, Gonzalez ML, Kloppe P et al. [Evaluation of the efficacy of a comprehensive programme of secondary prevention of cardiovascular disease in primary care: the PREseAP Study]. *Aten Primaria* 2006; 37(5):295-298.

Brotos C, Martínez M, Rayo E, Morralla C, Ballarín E, Pérez E. [Randomised clinical trial to evaluate the efficacy of a multi-factorial intervention to reduce hospitalisation and improve the quality of life of patients with heart failure]. *Aten Primaria* 2005; 36(5):280-283.

Castellano D, del Muro XG, Pérez-Gracia JL, González-Larriba JL, Abrio MV, Ruiz MA et al. Patient-reported outcomes in a phase III, randomized study of sunitinib versus interferon- α as first-line systemic therapy for patients with metastatic renal cell carcinoma in a European population. *Ann Oncol* 2009; 20(11):1803-1812.

Reviriego J, Millán M. Health-related quality of life and insulin lispro: A naturalistic approach. *Diabetes Care* 1998; 21(7):1203-1204.

Sanchez Lora FJ, Tellez ST, Gijón TA. [Specific-type 2 diabetes mellitus health-related quality of life measurements available for Spanish population]. *Med Clin (Barc)* 2010; 135(14):658-664.

