Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):232

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

P191 - Calidad de vida relacionada con el control de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante y artritis psoriásica en España: Estudio MiDAS

C. Fernández Carballido[1], X. Juanola[2], S. Cirera[3], E. de Miguel[4], R. Ariza-Ariza[5], J.L. Pablos[6], P. Terradas[7], C. Sanabra[7], C. Sastre[7] y Grupo MiDAS

[1]Hospital Universitario San Juan de Alicante. [2]Hospital Universitari Bellvitge. IDIBELL. L&#39Hospitalet de Llobregat. [3]Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. [4]Hospital Universitario La Paz. Madrid. [5]Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. [6] Hospital 12 de Octubre. Madrid. [7]Novartis Farmacéutica. Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: En España existe escasa información sobre los índices *Assessment of SpondyloArthritis international Society Health Index* (ASAS-HI) para espondilitis anquilosante (EA) y *Psoriatic Arthritis Impact of Disease* (PSAID) para artritis psoriásica (APs). El estudio MIDAS evaluó la relación entre la calidad de vida (CV) comunicada por el paciente con EA o APs y el control de la enfermedad.

Métodos: Estudio observacional, no intervencionista, transversal, retrospectivo, multicéntrico, en condiciones de práctica clínica habitual en España. Pacientes ? 18 años con diagnóstico confirmado ? 6 meses de EA (criterios ASAS y criterios modificados de Nueva York) o APs (criterios CASPAR) en tratamiento ? 3 meses (AINEs, FAMEs y/o fármacos biológicos). Datos recogidos en una única visita de estudio y retrospectivamente de la historia clínica. La relación entre la CV comunicada por el paciente y el control de la enfermedad según los objetivos primarios se evaluó mediante los siguientes cuestionarios de CV relacionada con la salud (CVRS): ASAS-HI (puntuación entre 0-17; menor puntuación indica mejor estado de salud) en pacientes con EA y PSAID (puntuación entre 0-10; 4 sobre 10 se considera estado aceptable del paciente; cambio ? 3 puntos se considera un cambio absoluto relevante) en pacientes con APs.

Resultados: Se incluyeron 678 pacientes de los que se pudieron evaluar 626 (92,3%): 313 con EA y 313 con APs. Grupo EA: 75,7% hombres; edad media (DE) 50,4 (12,0) años, IMC medio (DE) 27,5 (8,5), 63,0% con IMC ? 25; 24,0% fumadores; 60,3% activos laboralmente; 21,1% con hipertensión, 19,5% con dislipemia y 5,8% con enfermedad cardiovascular. Grupo APs: 54,3% hombres; edad media (DE) 54,1 (12,2) años, IMC medio (DE) 27,9 (4,6), 71,2% con IMC ? 25; 16,3% fumadores; 47,6% activos laboralmente; 31,0% con dislipemia, 29,4% con hipertensión y 5,4% con enfermedad cardiovascular. Tiempo medio (DE) de evolución de la enfermedad: 15,5 (11,6) años en EA y 10,5 (9,0) años en APs. Tiempo medio (DE) desde inicio de los síntomas: 20,5 (12,7) años en EA y 13,7 (10,4) años en APs. 13,7% pacientes con EA presentaban antecedentes de psoriasis vs 37,7% con APs. El 31,6% de pacientes con EA recibieron un tratamiento biológico previo y 70,6% un no biológico previo. En APs, el 27,2% y 78,3% recibieron un tratamiento biológico y no biológico previo, respectivamente, en APs. Grupo EA: el cuestionario ASAS-HI obtuvo una puntuación media (DE) 5,8 (4,4), indicando bajo impacto de la enfermedad en la CV de los pacientes; a nivel descriptivo se observó que, en todos los casos, cuando la enfermedad deja de estar controlada, la puntuación de ASAS-HI aumenta, mostrando un mayor impacto de la EA en la CVRS del

paciente. La puntuación global ASAS-HI empeora, es decir, aumenta, a medida que aumenta la edad y no existe control de la enfermedad. Grupo APs: el cuestionario PSAID mostró una media (DE) 3,0 (2,4), indicando un estado de salud aceptable, con un bajo impacto de la enfermedad en la CVRS; en todos los casos, cuando la enfermedad se presenta no controlada o el paciente se halla en situacion de incapacidad laboral debido a la APs, la puntuación del cuestionario PSAID incrementa, lo que significa un mayor impacto de la enfermedad en la CVRS del paciente.

Puntuaciones para EA y APs según el tratamiento actual de los pacientes

		Biológicos		No biológicos		
Variable		Sin tratamiento	Con tratamiento	Sin tratamiento	Con tratamiento	Total
EA						
ASAS-HI	N válida	84	229	93	220	313
	Media (DE)	5,5 (4,1)	6,0 (4,5)	5,1 (4,4)	6,1 (4,3)	5,8 (4,4)
Control de la enfermedad	N válida	84	229	93	220	313
	No controlado (BASDAI 4)	36 (42,9%)	75 (32,8%)	21 (22,6%)	90 (40,9%)	111 (35,5%)
	Controlado (BASDAI? 4)	48 (57,1%)	154 (67,2%)	72 (77,4%)	130 (59,1%)	202 (64,5%)
Enfermedad Activa (BASDAI)	N válida	84 (100%)	229 (100%)	93 (100%)	220 (100%)	313 (100%)
	Remisión (BASDAI? 2)	32 (38,1%)	87 (38,0%)	47 (50,5%)	72 (32,7%)	119 (38,0%)
	Activa (BASDAI > 2)	52 (61,9%)	142 (62,0%)	46 (49,5%)	148 (67,3%)	194 (62,0%)
APs						

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados

PSAID12	N válida	128	185	56	257	313
	Media (DE)	2,82 (2,23)	3,06 (2,44)	2,68 (2,32)	3,03 (2,36)	2,96 (2,35)
Control de la enfermedad	N válida	128	185	313	56	257
	No controlado (DAPSA > 14)	61 (47,7%)	66 (35,7%)	127 (40,6%)	16 (28,6%)	111 (43,2%)
	Controlado (DAPSA ? 14)	67 (52,3%)	119 (64,3%)	186 (59,4%)	40 (71,4%)	146 (56,8%)
Enfermedad Activa (DAPSA)	N válida	128	185	313	56	257
	Remisión (DAPSA ? 4)	18 (14,1%)	44 (23,8%)	62 (19,8%)	18 (32,1%)	44 (17,1%)
	Activa (DAPSA > 4)	110 (85,9%)	141 (76,2%)	251 (80,2%)	38 (67,9%)	213 (82,9%)

Conclusiones: El estudio MiDAS mostró que, en general, en la población en tratamiento con EA o APs, la enfermedad tiene un bajo impacto en la CV de los pacientes. Este impacto es menor cuanto más controlada está la enfermedad.

1699-258X © 2020. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados