Reumatol Clin. 2020;16(Espec Cong):231

Reumatología Clínica

https://www.reumatologiaclinica.org

# P190 - Control de la actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante y artritis psoriásica en España: Estudio MiDAS

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

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

## Resumen

**Introducción y objetivos:** En España existen pocos datos sobre el nivel de control de actividad de la enfermedad en práctica clínica habitual en pacientes con espondilitis anquilosante (EA) y artritis psoriásica (APs). El objetivo del estudio MIDAS fue evaluar el porcentaje de pacientes con EA y APs tratados en práctica clínica habitual con actividad de la enfermedad controlada en un momento dado mediante BASDAI < 4 en EA y DAPSA ≤ 14 en APs.

**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 o modificados de Nueva York) o APs (criterios CASPAR) en tratamiento ≥ 3 meses (AINEs, FAMEs y/o fármacos biológicos). En la visita transversal del estudio, se recogió como variable principal el porcentaje de pacientes con EA/APs con actividad de la enfermedad controlada según recomendaciones de la SER e internacionales[1-3], evaluada mediante BASDAI (rango 0 [sin actividad]-10 [máxima actividad]) y ASDAS-PCR (enfermedad inactiva < 1,3; baja actividad < 2,1; alta actividad < 3,5; actividad muy alta ≥ 3,5) en EA o DAPSA (baja actividad > 4 e ≤ 14; remisión ≤ 4; actividad controlada ≤ 14) y MDA (si se cumplen 5 de 7 criterios: NAD≤ 1, NAT≤ 1, BSA≤ 3, pacientes con EVA para dolor ≤ 15, pacientes con EVA de actividad global de la enfermedad ≤ 20, HAQ-DI ≤ 0,5, puntos de entesis dolorosos ≤ 1) en 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. Grupo APs: 54,3% hombres, edad media (DE) 54,1 (12,2) años. Tiempo medio de evolución de la enfermedad (DE): 15,5 (11,6) años en EA y 10,5 (9,0) años en APs. 13,7% pacientes con EA presentaban antecedentes de psoriasis vs 37,7% con APs. El HLA-B*27 resultó positivo en el 78,5% de pacientes con EA vs el 10,9% de pacientes con APs. PCR media (DE) 5,1 (8,2) mg/l en EA y 4,9 (7,3) mg/l en APs. En la visita de inicio, el 29,7% de pacientes con EA estaban en tratamiento biológico y el 26,8% en tratamiento no biológico vs el 17,9% y 40,9%, respectivamente, con APs. Grupo EA: pacientes con actividad controlada de la enfermedad (BASDAI < 4): 64,5%, IC95% (57,9-71,1); control de la enfermedad según criterio médico 46,3% (IC95% [38,2%; 54,4%]) pacientes; BASFI medio (DE) 3,4 (2,7) y BASDAI medio (DE) 3,1 (2,2). ASDAS-PCR medio (DE) 1,9 (1,1): 29,4% enfermedad inactiva,

28,1% actividad baja y 33,5% actividad elevada. Grupo APs: 59,4% pacientes con DAPSA ≤ 14; 64,2%; IC95% [57,6%-70,8%] según criterio médico de control de la enfermedad; DAPSA medio (DE) 15,0 (13,8). Según DAPSA, 19,8% de pacientes mostraba remisión, 39,6% actividad baja, 27,5% actividad moderada y 13,1% actividad alta. Combinando DAPSA y MDA el 48,6% de pacientes presentaba enfermedad activa (MDA < 5 y DAPSA > 4); el 67,6% de ellos recibía tratamiento biológico y el 74,7% no biológico. 38,5% pacientes presentaba enfermedad inactiva (MDA ≥ 5 y DAPSA ≤ 4), de ellos el 32,4% recibía tratamiento biológico y el 25,3% no biológico.

**Conclusiones:** El estudio MIDAS muestra que un elevado porcentaje de pacientes presenta actividad no controlada de la EA o APs con el tratamiento administrado en práctica clínica habitual (35,5% y 40,6%, respectivamente).

**Bibliografía**


1. Torre Alonso JC, et al. Reumatol Clin. 2018;14:254-68.
2. Smolen JS, et al. Ann Rheum Dis. 2018;77:3-17.
3. Gratacós J, et al. Reumatol Clin. 2018;14:320-33.


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