



## 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<sup>1</sup>, X. Juanola<sup>2</sup>, S. Cirera<sup>3</sup>, E. de Miguel<sup>4</sup>, R. Ariza-Ariza<sup>5</sup>, J.L. Pablos<sup>6</sup>, P. Terradas<sup>7</sup>, C. Sanabra<sup>7</sup>, C. Sastre<sup>7</sup> y Grupo MiDAS

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Juan de Alicante. <sup>2</sup>Hospital Universitari Bellvitge. IDIBELL. <sup>3</sup>Hospitalet de Llobregat. <sup>4</sup>Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. <sup>5</sup>Hospital Universitario La Paz. Madrid. <sup>6</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. <sup>7</sup>Hospital 12 de Octubre. Madrid. <sup>7</sup>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  $\geq 18$  años con diagnóstico confirmado  $\geq 6$  meses de EA (criterios ASAS y criterios modificados de Nueva York) o APs (criterios CASPAR) en tratamiento  $\geq 3$  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  $\geq 3$  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  $\geq 25$ ; 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  $\geq 25$ ; 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 situación 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

Variable		Biológicos		No biológicos		Total
		Sin tratamiento	Con tratamiento	Sin tratamiento	Con tratamiento	
<b>EA</b>						
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%)
<b>APs</b>						
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.