



P219 - Utilidad del cuestionario MDHAQ como herramienta para identificar depresión en pacientes con artritis reumatoide y espondiloartritis en la clínica diaria

R.M. Morlá Novell¹, V. Ruiz-Esquide¹, M. Bassas¹, J. Ramírez¹, C. González¹, N. Sapena¹, B. Frade¹, J. Gómez-Puerta¹, R. Sanmartí¹ e I. Castrejón

¹Hospital Universitari Clinic de Barcelona. ²Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La prevalencia de depresión en los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias es más elevada que en la población general y se ha asociado con una mayor actividad clínica. El cuestionario MDHAQ (*Multidimensional Health Assessment Questionnaire*) además de incluir RAPID3 para actividad clínica en AR y ser informativo en otras enfermedades, permite evaluar dimensiones como la depresión. Comparamos las 2 cuestiones que valoran depresión en MDHAQ con 2 cuestionarios de validados para depresión de uso habitual: el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) y la Escala de depresión de ansiedad hospitalaria (HADS).

Métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de AR (ACR/EULAR, 2010) o de EspA (EspA axial: ASAS, 2010; APso: CASPAR, 2006) que asisten de forma consecutiva a la consulta de Reumatología durante un período de 4 meses. Los pacientes completaron el MDHAQ, que incluye una lista de revisión de 60 síntomas generales (ROS), uno de ellos es la depresión, y 3 cuestiones referentes a la esfera emocional del paciente en formato HAQ (respuestas: "sin ninguna dificultad" = 0 hasta "incapaz de hacer" = 3,3, puntaje: 0-3,3) en relación a la depresión, ansiedad y calidad del sueño con un puntaje sumado total = 0-9,9 (índice psicológico). Los pacientes también completaron un cuestionario unidimensional de *screening* para depresión, el PHQ-9 (≥ 10 = depresión, total = 0-27) y otro de *screening* bidimensional para depresión y ansiedad, el HADS, herramienta de 14 cuestiones, 7 para depresión (HADS-D) y 7 para ansiedad (HADS-A) (≥ 8 = depresión, total = 0-21). Se analizó la correlación (test de *Spearman*) el índice psicológico MDHAQ y sus 3 ítems individuales versus PHQ-9 y HADS y la concordancia e intervalos de confianza (IC) entre la depresión de MDHAQ en la lista ROS vs PHQ-9 ≥ 10 y HADS-D ≥ 8 como *screening* positivo para depresión. Se analizaron las curvas ROC (*Receiver-operator characteristic*) para el índice psicológico de MDHAQ utilizando PHQ-9 ≥ 10 y HADS-D ≥ 8 como estándares de referencia.

Resultados: Se estudiaron 170 pacientes: 102 (82%M) AR y 68 (47%M) con edad media de 58,8 y 55,6 años, respectivamente. En los pacientes con AR, la depresión es positiva en un 26% de pacientes evaluada por depresión (ROS) - MDHAQ, 28% por PHQ-9 ≥ 10 , y 33% por HADS-D ≥ 8 , vs 35%, 43%, and 45%, respectivamente en los pacientes con EspA. El grado de acuerdo entre MDHAQ-depresión y PHQ-9 ≥ 10 es del 83% (kappa = 0,60, IC95% 0,47, 0,73) y con HADS-D ≥ 8 es del 79% (kappa = 0,52, IC95% 0,39, 0,66), y entre PHQ-9 ≥ 10 y HADS-D ≥ 8 es del 82% (kappa =

0,60 IC95% 0,48, 0,72). Las correlaciones entre el MDHAQ-índice psicológico y los resultados obtenidos con PHQ-9 y HADS son entre 0,62 - 0,82 ($p < 0,001$). El área bajo la curva para el total del índice psicológico MDHAQ es de 0,91 (IC95% 0,87, 0,95) con PHQ-9 \geq 10 y 0,86 (IC95% 0,79, 0,91) con HADS-D \geq 8.

Correlaciones entre índice psicológico de MDHAQ con PHQ-9 y HADS

	PHQ-9	HADS-D	HADS-A	HADS global
Cuestiones psicológicas MDHAQ (0- 3,3)				
Problemas de sueño	0,75*	0,63*	0,62*	0,67*
Ansiedad	0,69*	0,64*	0,75*	0,74*
Depresión	0,72*	0,70*	0,70*	0,75*
Índice psicológico	0,80*	0,73*	0,76*	0,79*
PHQ-9 (0-27)	-	0,78*	0,77*	0,82*

Conclusiones: La prevalencia de depresión con las herramientas de estudio utilizadas es más alta en pacientes con EspA que con AR. La depresión como síntoma autoinformada en MDHAQ muestra una buena concordancia con cuestionarios de *screening* para depresión (PHQ-9 y HADS). Las tres cuestiones de dimensión emocional de MDHAQ combinadas en un índice psicológico puede ser una herramienta útil para cribado de depresión en la práctica clínica diaria.

Bibliografía

1. Matcham F. Rheumatology. 2013;52:2136-48.
2. Zhao S. Arthritis Res Ther. 2018;20:140.
3. Castrejón I. Bull Hosp Jt Dis. 2017;75:93-100.