

# MEDIDAS CENTRADAS EN EL PACIENTE (PROs) CON ARTRITIS PSORIASICA. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA PUBLICADA EN LA UNIÓN EUROPEA

Carles Blanch<sup>1</sup>, Héctor David de Paz<sup>2</sup>, Marta Comellas<sup>2</sup>, Luis Lizán<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Novartis, Barcelona, Spain; <sup>2</sup>Outcomes'10, Universidad Jaime I, Castellón, Spain

## INTRODUCCIÓN

La artritis psoriásica (AP) es un trastorno inflamatorio musculoesquelético crónico<sup>1</sup>, asociado habitualmente a la psoriasis cutánea. Al igual que el resto de enfermedades reumáticas que cursan con dolor crónico e incapacidad, la AP tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) del paciente pudiendo llegar a originar importantes limitaciones físicas y emocionales<sup>2</sup>.

La identificación, validación e introducción de medidas centradas en el paciente (Patient Reported Outcomes, PROs) en la práctica clínica podría facilitar una gestión óptima de la enfermedad, mejorando su control y ayudando en la elección y evaluación de las opciones terapéuticas.

## OBJETIVOS

Analizar la información disponible sobre las medidas centradas en el paciente (Patient Reported Outcomes, PROs) con artritis psoriásica (AP) como la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), adherencia, persistencia, satisfacción y preferencias.

## METODOLOGÍA

Se consultaron las bases de datos internacionales MedLine/PubMed, ISI Web of Knowledge (ISI-WOK), Scopus y Cochrane Library.

Se seleccionaron estudios originales y revisiones sistemáticas referentes a PROs centradas en pacientes con AP publicados en inglés o español hasta septiembre de 2015. Se excluyeron publicaciones en formato de comentarios, cartas al director, editoriales, capítulos de libros o abstracts de congresos, así como estudios asociados a intervenciones terapéuticas concretas o trabajos de países no miembros de la Unión Europea.

La calidad metodológica de los estudios seleccionados fue evaluada mediante los niveles de evidencia y grados de recomendación del *Oxford Center for Evidence-Based Medicine (CEBM)*<sup>3</sup>.

## RESULTADOS

Inicialmente se recuperaron un total de 3.261 títulos potencialmente relevantes, de los cuales 1.462 eran duplicados y 1.679 presentaban información no relevante para la revisión. Tras aplicar los criterios de selección se revisaron un total de **10 publicaciones** (Figura 1).

Figura 1. Flujo de selección de artículos



## Características de las publicaciones seleccionadas

- La mayoría de los estudios presentan un diseño transversal (n=6); dos tienen un diseño prospectivo y uno un retrospectivo. La publicación restante es una revisión sistemática de la literatura (Tabla 1).
- Tres estudios evalúan la persistencia/adherencia al tratamiento, seis la CVRS del paciente y uno las preferencias por la toma de decisiones sobre el tratamiento. No se identificaron estudios de preferencias y/o satisfacción con el tratamiento (Tabla 1).

Tabla 1. Características principales de los artículos revisados

Autor (año)	País	Diseño	PROs	Herramienta	NE
Salaffi F. (2009) <sup>4</sup>	Italia	Transversal	CVRS	SF-36	2c
Saad A. (2009) <sup>5</sup>	Reino Unido	Prospectivo	Persistencia	Supervivencia	2c
Brodsky V. (2010) <sup>6</sup>	Hungría	Transversal	CVRS	PsAQoL EQ-5D	2c
Saad A. (2010) <sup>7</sup>	Reino Unido	Prospectivo	CVRS	SF-36 SF-6D	2c
Renzi C. (2011) <sup>8</sup>	Italia	Transversal	Satisfacción toma decisión tratamiento	Cuestionario específico	2c
Jajic Z. (2012) <sup>9</sup>	Croacia	Transversal	CVRS	SF-36	2c
Kotsis K. (2012) <sup>10</sup>	Grecia	Transversal	CVRS	WHOQOL-BREF	2c
López-González R. (2015) <sup>11</sup>	España	Revisión sistemática	Adherencia	Tasa continuación Supervivencia	2a
Bremader A. (2015) <sup>12</sup>	Suecia	Transversal	CVRS	EQ-5D	2c
Lyu R. (2015) <sup>13</sup>	Alemania	Retrospectivo	Persistencia	Supervivencia	2c

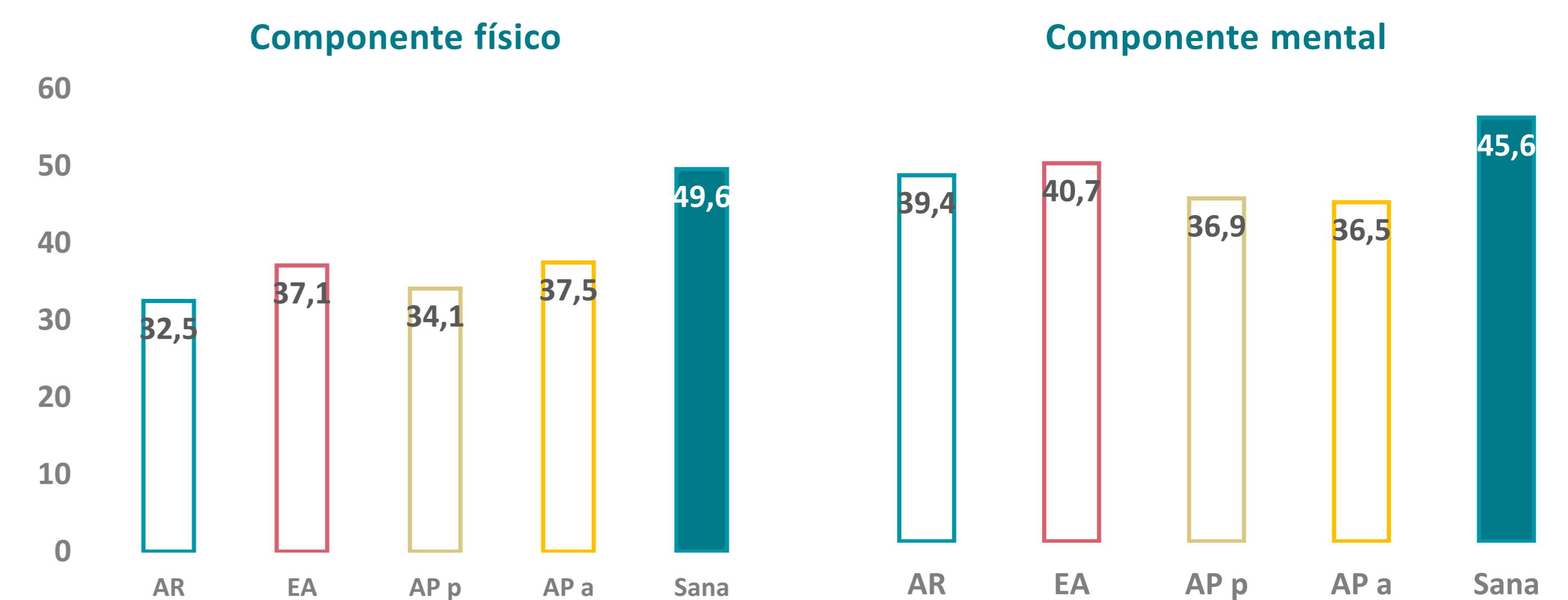
## Adherencia y persistencia al tratamiento

- En comparación con la artritis reumatoide (AR) o la espondilitis anquilosante (EA), los pacientes con AP mostraron una mayor tasa de persistencia al tratamiento con agentes biológicos anual (51, 9%, 48,1% y 57,9%, respectivamente) y un tiempo medio de persistencia superior (245,9, 228,5 y 264,1 días, respectivamente)<sup>13</sup>.
- El riesgo a interrumpir el tratamiento en los pacientes con AP aumentó de manera significativa con el género femenino (HR=1,42<sup>11</sup>; HR=1,5<sup>5</sup>), la presencia de comorbilidades (HR=1,5<sup>5</sup>), una menor CVRS (HR=1,10<sup>11</sup>) y un mayor compromiso de la funcionalidad del paciente (HR=1,9<sup>5</sup>). Por el contrario, el uso concomitante de tratamientos como el metotrexato (HR=0,64<sup>11</sup>) y un nivel elevado de la proteína C-reactiva al inicio del tratamiento (HR=0,49<sup>11</sup>) estuvieron asociados significativamente con una mayor tasa de persistencia<sup>11</sup>.

## Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

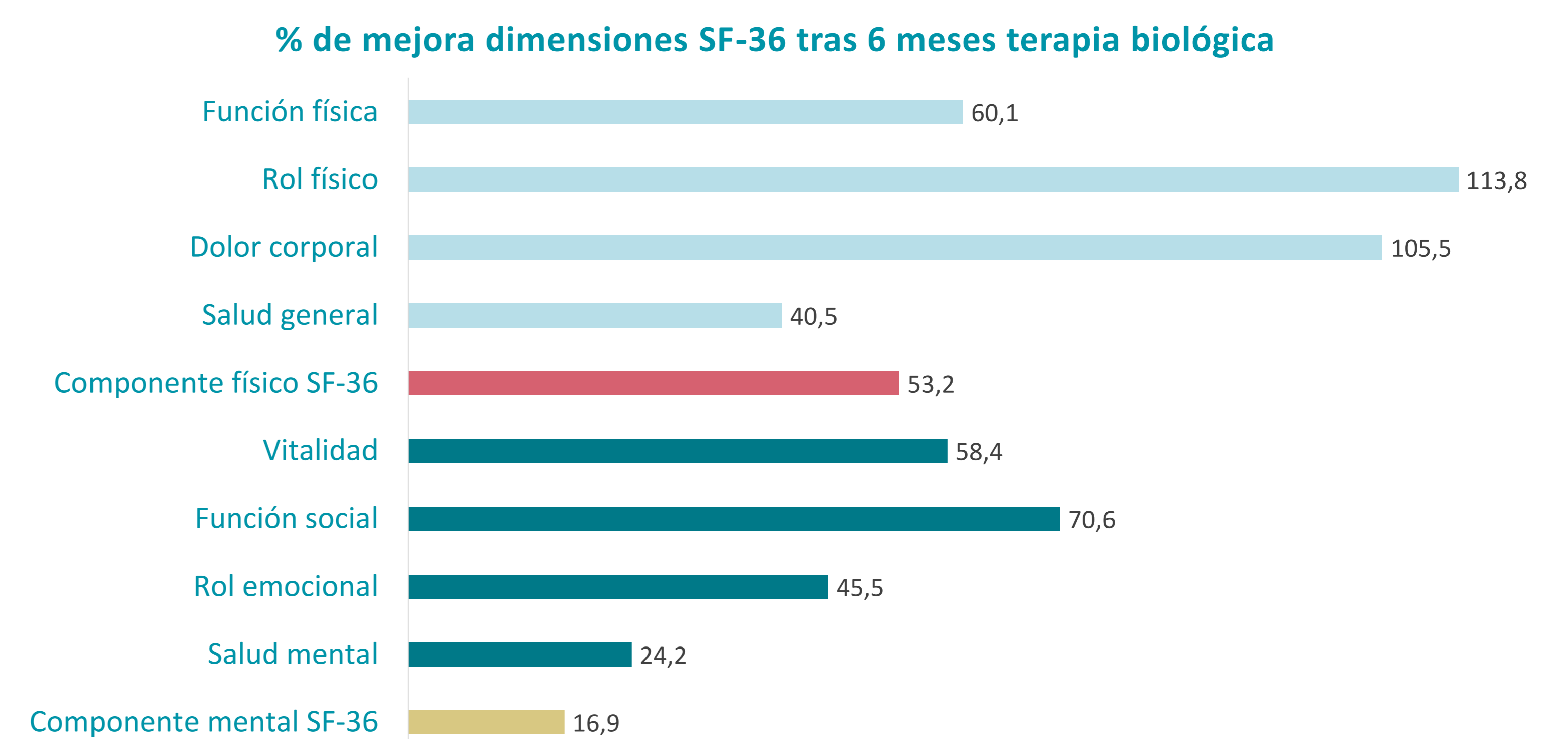
- Seis publicaciones revisadas estudiaron la CVRS del paciente con AP, empujándose para ello 4 herramientas distintas, tres cuestionarios generales de CVRS (SF-36, EQ-5D, WHOQoL-BREF) y un cuestionario específico para AP (PsAQoL).
- En comparación con la población general, los pacientes con enfermedades reumáticas (AP, AR o EA) presentaron una CVRS más deteriorada, principalmente el componente físico. En comparación con la EA y la AR, el deterioro del componente mental en los pacientes con AP es mayor (Figura 2)<sup>4</sup>.

Figura 2. CVRS de los pacientes con enfermedades reumáticas (AR, EA y AP) vs. Población general



- La CVRS de los pacientes con AP estuvo negativamente afectada por una mayor discapacidad del paciente (HAQ) ( $\rho>0,5$ ;  $p<0,05$ )<sup>6</sup>, una mayor actividad de la enfermedad ( $\rho>0,5$ ;  $p<0,05$ )<sup>6</sup>, el tabaquismo ( $\beta=-0,04$ ;  $p=0,009$ )<sup>12</sup>, el dolor ( $\beta=-0,270$ ;  $p<0,05$ )<sup>10</sup>, la ansiedad ( $\beta=-0,283$ ,  $p<0,05$ )<sup>10</sup> o la gravedad de las lesiones psoriásicas ( $p<0,05$ )<sup>4</sup>.
- En comparación con AR, la ansiedad y la depresión tenían un mayor impacto negativo en la CVRS de pacientes con AP (R2 ajustada 0,142 vs 0,082)<sup>10</sup>.
- Las terapias biológicas anti-TNF se asociaron con una mejora en todas las dimensiones de la CVRS (SF-36), principalmente aquellas asociadas al componente físico ( $p<0,05$ ). El rol físico fue la dimensión que experimentó una mayor mejoría alcanzando el 113% respecto al valor basal tras 6 meses de tratamiento<sup>7</sup> (Figura 3). El tratamiento concomitante con esteroides mejoraron los resultados en el componente mental ( $\beta=3,77$ ;  $p<0,05$ )<sup>7</sup>.

Figura 3. Porcentaje de mejora en las dimensiones de la CVRS (SF-36) respecto a los valores basales tras 6 meses de terapia biológica



## Papel del paciente en la toma de decisiones sobre la enfermedad

- La mayoría de los pacientes con AP (71,9%) prefirieron una mayor involucración en la gestión de su enfermedad<sup>8</sup>.
- Los pacientes que recibieron información sobre las opciones del tratamiento ( $p<0,05$ ), acerca de sus efectos secundarios ( $p<0,01$ ) o el profesional sanitario consideraba sus preferencias en la toma de decisión ( $p<0,01$ ), estuvieron más satisfechos con la gestión de la enfermedad<sup>8</sup>.

## CONCLUSIONES

La supervivencia al tratamiento en los pacientes con AP es superior a la observada en otras enfermedades reumáticas. Distintas variables clínicas y funcionales la reducen, mientras que el uso concomitante de metotrexato la mejora. La CVRS de estos pacientes ésta comprometida y se ve deteriorada por la discapacidad, el dolor o la actividad de la enfermedad. El uso de terapias biológicas la mejoraron de manera sustancial. Finalmente, los pacientes con AP prefieren una mayor implicación en la gestión de su enfermedad.

## REFERENCIAS

- Moll JMH, Wright V. *Semin. Arthritis Rheum.* 3(1), 55–78 (1973);
- Helliwell P et al. *Arthritis Care Res. (Hoboken).* 66(12), 1759–66 (2014);
- <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>;
- Salaffi F et al. *Health Qual. Life Outcomes.* 7, 25 (2009);
- Saad A et al. *Arthritis Res. Ther.* 11(2), R52 (2009);
- Brodsky V et al. *Scand. J. Rheumatol.* 39(4), 303–9 (2010);
- Saad A et al. *Arthritis Care Res. (Hoboken).* 62(3), 345–353 (2010);
- Renzi C et al. *Clin. Exp. Dermatol.* 36(8), 885–8 (2011);
- Jajic Z et al. *Rheumatol. Int.* 32(11), 3471–9 (2012);
- Kotsis K et al. *Arthritis Care Res. (Hoboken).* 64(10), 1593–601 (2012);
- Lopez-Gonzalez R et al. *Clin. Exp. Rheumatol.* 1–12 (2015);
- Bremader A et al. *Clin. Rheumatol.* 34, 579–583 (2014);
- Lyu R et al. *Rheumatol. Int.* (2015).