



Universidad de Oviedo

Calidad de vida en la artritis psoriásica

Análisis comparativo entre el cuestionario VITACORA y el cuestionario de impacto de artritis psoriásica (PsAID)

Quality of life in psoriatic arthritis: Comparative analysis between the VITACORA questionnaire and the psoriatic arthritis impact questionnaire (PsAID)

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Medicina

Autores

María Orviz García

Paula Sánchez Tuya

Tutores

Manuel Rubén Queiro Silva

Juan Torre Castro

ÍNDICE

RESUMEN	1
LISTADO DE ABREVIATURAS	3
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. ETIOPATOGENIA	5
1.3. COMORBILIDADES	6
1.4. TRATAMIENTO.....	6
1.5. CALIDAD DE VIDA EN LA APS	7
1.6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE IMPACTO O CALIDAD DE VIDA EN APS.....	8
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	9
2.1. HIPÓTESIS	9
2.2. OBJETIVOS	9
3. MATERIAL Y MÉTODOS	10
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSIÓN	16
6. CONCLUSIONES.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	19
ANEXO 1: CUESTIONARIO PSAID	21
ANEXO 2: CUESTIONARIO VITACORA-19.....	23
ANEXO 3: RESOLUCIÓN DE LA AEMPS	28
ANEXO 4: COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	31
ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	32
ANEXO 6: CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	37

RESUMEN

Introducción y objetivo: El PsAID y el VITACORA son cuestionarios específicos validados para medir la calidad de vida en pacientes con artritis psoriásica. El presente trabajo tiene como objetivo valorar las capacidades clinimétricas del VITACORA confrontándose al PsAID, actual *gold standard* en la práctica clínica, para evaluar su empleo equivalente en nuestro medio.

Material y métodos: Para determinar la existencia de correlación entre ambos, se realizó un estudio ambispectivo transversal, multicéntrico, entre enero y abril de 2022. Se incluyeron 43 pacientes clasificados de APs según los criterios CASPAR, tras valoración clínica, previa firma del consentimiento informado. A todos les fueron entregados los cuestionarios VITACORA y PsAID para valorar la repercusión de su enfermedad en la vida diaria y se compararon las puntuaciones de ambos mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: La correlación global que presentaron ambos cuestionarios fue de $-0,7$, con un IC del 95% entre $-0,84$ y $-0,46$ y un nivel de significación de $p < 0,05$. Igualmente, se identificaron puntos de corte para el cuestionario VITACORA y su asociación con las categorías DAPSA preexistentes de valoración de actividad clínica de la enfermedad.

Conclusión: Los cuestionarios de calidad de vida para pacientes con APs, PsAID y VITACORA, presentan una buena correlación que permite el uso equivalente de ambos en nuestro medio.

Palabras clave: Artritis psoriásica, calidad de vida, VITACORA, PsAID.

ABSTRACT

Introduction and objective: PsAID and VITACORA are specific questionnaires validated to measure quality of life in patients with psoriatic arthritis. The present work aims to evaluate the clinimetric capabilities of the VITACORA in comparison with the PsAID, current gold standard in clinical practice, in order to evaluate its equivalent use in our environment.

Material and methods: To determine the existence of correlation between the two, a cross-sectional, multicenter, ambispective study was carried out between January and April 2022. Forty-three patients classified as having PsA according to CASPAR criteria were included, after clinical assessment and after signing the informed consent form. All were given the VITACORA and PsAID questionnaires to assess the impact of their disease on daily life and the scores of both were compared using Pearson's correlation coefficient.

Results: The overall correlation presented by both questionnaires was - 0.7, with a 95% CI between -0.84 and -0.46 and a significance level of $p < 0.05$. Likewise, cut-off points were identified for the VITACORA questionnaire and its association with the pre-existing DAPSA categories of clinical disease activity assessment.

Conclusion: The quality-of-life questionnaires for patients with PsA, PsAID and VITACORA, present a good correlation that allows the equivalent use of both in our environment.

Key words: Psoriatic arthritis, quality of life, VITACORA, PsAID.

LISTADO DE ABREVIATURAS

AEMPS: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

AINEs: Antiinflamatorios No Esteroideos.

APs: Artritis Psoriásica.

CASPAR: *Classification Criteria for Psoriatic Arthritis.*

DAPSA: *Disease Activity for Psoriatic Arthritis.*

DE: Desviación Estándar.

DM2: Diabetes Mellitus tipo 2.

EII: Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

EVA: Escala Visual Analógica.

EUROQoL: *European Quality of Life Measure Questionnaire.*

EULAR: *European Alliance of Associations for Rheumatology.*

FAMES: Fármacos Modificadores de la Enfermedad.

HAQ: *Health Assessment Questionnaire.*

HLA: *Human Leukocyte Antigen.*

HTA: Hipertensión arterial.

HUCA: Hospital Universitario Central de Asturias.

IFD: Interfalángica distal.

IL: Interleucina.

IMC: Índice de Masa Corporal.

IPDE4: Inhibidores de la fosfodiesterasa 4.

MTX: Metotrexato.

N: Número.

NAD: Número de Articulaciones Dolorosas.

NAI: Número de Articulaciones Inflamadas.

PCR: Proteína C Reactiva.

PROMs: *Patient Reported Outcome Measures.*

PsAQoL: *Psoriatic Arthritis Quality of Life.*

PsAID: *Psoriatic Arthritis Impact of Disease.*

RIC: Rango Intercuartílico.

RMN: Resonancia Magnética Nuclear.

ROC: *Receiver Operating Characteristic.*

SF-36: *Medical Outcome Study 36-item short form questionnaire.*

TAD: Tensión Arterial Diastólica.

TAS: Tensión Arterial Sistólica.

TNF: Factor de Necrosis Tumoral.

VSG: Velocidad de Sedimentación Globular.

1. INTRODUCCIÓN

La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria de curso crónico que afecta a las articulaciones y a las entesis, tanto del esqueleto periférico como del axial (1). Hasta un 30% de los pacientes con psoriasis la desarrolla, rondando su incidencia en torno al 0,10 - 0,25%, siendo mayor en pacientes de 30 a 60 años y afectando por igual a hombres y mujeres (2).

1.1. ETIOPATOGENIA

Los mecanismos por los cuales se produce la APs siguen siendo desconocidos. Sin embargo, diversos estudios han concluido que su origen puede deberse a una compleja interacción de:

- Factores genéticos: Los genes de la región HLA (locus HLA-B*08, HLA-B*27) son determinantes en la aparición de la APs (2,3). También existen otros locus de riesgo genético no HLA (IL23R, TNFAIP3...) involucrados en la activación de distintas citocinas proinflamatorias relacionadas con el desarrollo de la misma (1).
- Factores ambientales: Se considera que son los posibles desencadenantes de la enfermedad en sujetos genéticamente susceptibles. Los traumatismos óseos y articulares constituyen el principal factor de riesgo, aunque se ha demostrado que la obesidad, las infecciones por estreptococo y el tabaquismo también contribuyen (2).
- Factores locales dependientes del lugar en el que se desarrolle la enfermedad (2).

1.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se distinguen varios patrones de enfermedad articular. La forma de presentación más frecuente es la artritis periférica oligoarticular que, al progresar, va dando lugar a formas poliarticulares (4). La afectación de la articulación IFD es también muy significativa de APs,

dando una imagen radiográfica en *“lápiz en copa”*. La artropatía axial se presenta hasta en un 25 - 70% de los pacientes con enfermedad de larga evolución, y es frecuente que aparezca en forma de sacroileítis, sindesmofitos gruesos o puentes óseos en la zona cervicotorácica.

Además de las presentaciones articulares, es muy característica la afectación de tejidos extraarticulares. La entesis con mayor grado de afectación es la aquilea y la dactilitis más frecuente se produce a nivel de los dedos de los pies.

Las manifestaciones cutáneas, como norma general, suelen preceder a la artropatía en varios años. Cualquier forma de psoriasis puede acompañar a una APs, siendo muy frecuente la onicopatía y la presentación pustulosa palmoplantar (5).

1.3. COMORBILIDADES

A pesar de que la mayoría de los estudios han demostrado que la mortalidad global en pacientes con APs no es superior a la de la población general, sí que se ha observado una mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares y de los factores de riesgo relacionados con las mismas: obesidad, HTA, hiperlipidemia, DM2, síndrome metabólico o hígado graso (2,3).

La depresión, ansiedad y fibromialgia se pueden presentar hasta en un 30% de pacientes (2) y en menor porcentaje se asocia uveítis, EII, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa (4).

1.4. TRATAMIENTO

Los AINEs se utilizan en el tratamiento del dolor leve asociado a artritis (3). En pacientes con factores de mal pronóstico o enfermedad periférica activa, los FAMEs sintéticos convencionales se prescriben como tratamiento de primera línea, siendo el metotrexato el más beneficioso.

Los FAMEs biológicos se recomiendan en pacientes con, al menos un FAME convencional, refractarios al tratamiento. En primera línea se aconseja un anti-TNF y, si este no es eficaz, se puede cambiar por otro de la misma familia o por otro biológico (anti IL12/23, anti IL17).

El uso de FAMEs sintéticos específicos (IPDE4) está indicado cuando exista fracaso o intolerancia a FAMEs convencionales y se considere más oportuno que la terapia biológica (6).

Además del tratamiento farmacológico, la educación del paciente acerca de la importancia de controlar el resto de los componentes determinantes en su enfermedad es imprescindible. Las modificaciones del estilo de vida (dejar de fumar, bajar de peso, realizar ejercicio físico adecuado a las circunstancias, tener una dieta saludable...) y acudir a psicoterapia son, a su vez, factores fundamentales en el manejo de la APs (2).

1.5. CALIDAD DE VIDA EN LA APs

La calidad de vida es un término subjetivo, multidisciplinar y de difícil definición. Las espondiloartropatías y, en nuestro caso concreto la artritis psoriásica, tienen un considerable impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Este concepto va más allá de las manifestaciones físicas de la enfermedad, incluye también el bienestar emocional y la autoestima, el impacto a nivel social y laboral e, incluso, la carga económica de su manejo (Figura 1).

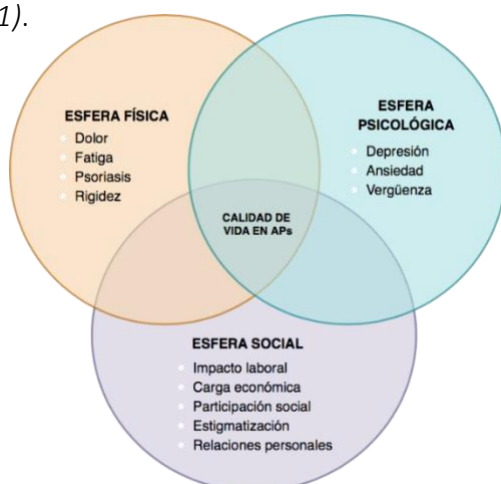


Figura 1 - Diagrama Venn. Refleja las distintas esferas que se ven afectadas en los pacientes con artritis psoriásica.

No obstante, y de forma general, los pacientes consideran la presencia de dolor la limitación más importante y la prioridad principal a la hora del manejo terapéutico. Tampoco debemos olvidar que, el retraso en el diagnóstico de la APs está asociado a peores resultados tanto clínicos como funcionales (2).

1.6. INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE IMPACTO O CALIDAD DE VIDA EN APs

Para estudiar el impacto y la disminución de la calidad de vida en estos pacientes se emplean distintos tipos de cuestionarios. Por un lado, disponemos de cuestionarios genéricos aplicables a otras patologías, como el SF-36 y el EUROQoL.

El cuestionario de Salud SF-36 aporta información sobre la salud percibida por el paciente en las últimas cuatro semanas con el fin de evaluar el bienestar, el estado funcional, y la percepción general de salud por parte de este (7). Además, recientemente y a partir de una selección de 12 ítems del SF-36, se ha elaborado un nuevo cuestionario SF-12 que reduce su tiempo de realización y logra una mayor comprensión de este por parte del paciente (2). Por otro lado, el EUROQoL consta de tres partes: Un primer cuestionario que valora la movilidad, el autocuidado, las actividades cotidianas, el dolor/malestar y la ansiedad/depresión; una escala visual analógica de autovaloración del estado de salud graduada de 0 a 100 y, por último, un índice de valores de preferencias para cada estado de salud, obtenido a partir de estudios en población general.

No obstante, en los últimos años han surgido tres cuestionarios diseñados específicamente para la APs que, en comparación con los genéricos, cubren ítems mucho más significativos para valorar la calidad de vida en estos pacientes.

- **Cuestionario PsAQoL:** Formado por 20 preguntas de tipo dicotómico. Presenta buena correlación con el dolor, la fatiga, la actividad y la capacidad funcional de la enfermedad, pero su mayor limitación es que no valora ítems clave (procesos dermatológicos o artríticos) (8).

- **Cuestionario PsAID:** Refleja el impacto de la APs desde la perspectiva del paciente, ya que fue elaborado a partir de 16 dominios elegidos por 12 pacientes, siendo posteriormente jerarquizados en función de su importancia y prioridad por otros 139 pacientes. El dolor, las alteraciones cutáneas y la fatiga fueron los dominios más valorados. Existen dos versiones, el PsAID-12 (empleo en la práctica clínica) y PsAID-9 (uso en ensayos clínicos) (9) (*ver anexo 1*).

- **Cuestionario VITACORA-19:** Es el cuestionario específico más reciente de los tres. Desarrollado en España en el año 2014, evalúa la calidad de vida percibida por el paciente en la última semana. Consta de 19 ítems con 5 niveles de respuesta cada uno (1 a 5) (10) (*ver anexo 2*).

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS

- La calidad de vida de los pacientes se ve afectada por su enfermedad.
- El cuestionario PsAID y el VITACORA capturan el mismo constructo: ambos resultados se correlacionan bien entre sí y con las medidas de actividad.

2.2. OBJETIVOS

- Valorar la calidad de vida en pacientes con APs por medio de dos cuestionarios de impacto (VITACORA y PsAID).
- Evaluar el grado de concordancia entre ambos cuestionarios.

- Determinar los puntos de corte de ambos cuestionarios para la enfermedad con actividad moderada - severa (DAPSA > 14).
- Determinar qué punto del VITACORA detecta una enfermedad de bajo impacto PsAID (valor < 4).

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio ambispectivo transversal en el que se comparan los resultados obtenidos con dos cuestionarios específicos de valoración de calidad de vida en pacientes con artritis psoriásica. El estudio es de carácter multicéntrico nacional y ha sido aprobado por la AEMPS (*ver anexo 3*) y por el comité de ética de las instituciones participantes, incluidos el HUCA y el Hospital Monte Naranco (*ver anexo 4*), realizándose entre enero y abril de 2022.

Fueron incluidos 43 pacientes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: a) pacientes clasificados de APs según los criterios CASPAR (*Figura 2*), tras valoración clínica; b) previa firma de consentimiento informado (*ver anexo 5*). A todos les fueron entregados los cuestionarios VITACORA y PsAID para valorar la repercusión de su enfermedad en la vida diaria. Durante el proceso, los pacientes recibieron su tratamiento habitual, realizando las modificaciones oportunas en el mismo en caso de no alcanzar el objetivo terapéutico.

CRITERIO		PUNTUACIÓN
Evidencia de psoriasis	Actual	2
	Antecedentes personales	1
	Antecedentes familiares	1
Distrofia ungueal psoriásica		1
Prueba negativa para el factor reumatoide		1
Dactilitis	Actual	1
	Antecedentes	1
Evidencia radiográfica de formación de hueso nuevo yuxtaarticular (excluyendo osteofitos en radiografías de manos y pies)		1

Figura 2 - Para considerar la presencia de APs, los pacientes han de obtener una puntuación ≥ 3 en presencia de enfermedad inflamatoria musculoesquelética (artritis periférica, axial o entesitis).

Dichos pacientes fueron clasificados e introducidos en una base de datos en función de su edad y sexo. También se tuvieron en cuenta los antecedentes familiares de psoriasis y artritis, así como su peso y su IMC, y la presencia de comorbilidades (HTA, DM, dislipemia, historia de cáncer, depresión e hígado graso) asociadas a su enfermedad de base.

La información recogida sobre su APs incluyó los años que llevaban diagnosticados de dicha enfermedad, así como la forma clínica de la misma (periférica poli u oligoarticular o axial), y la presencia de obesidad, entesitis y dactilitis. Se midieron parámetros de actividad inflamatoria mediante analítica sanguínea, pruebas de imagen y el número de articulaciones dolorosas e inflamadas. En la analítica se analizaron los niveles de VSG, PCR y la positividad para el factor HLA-B27. Por otro lado, gracias a las pruebas de imagen (RMN y radiografía), se valoró la presencia de erosiones y/o sacroileítis.

Por último, se obtuvieron PROMs a través de los cuestionarios PsAID y VITACORA, y mediante la escala EVA del dolor (EVA global y EVA axial).

En cuanto al análisis estadístico, se realizó en primer lugar una estadística descriptiva con medidas de tendencia central y de dispersión, en función de la normalidad o no en la distribución de las variables. Así, para las de distribución normal, se aportó la media con desviación estándar mientras que para las no-normales, se aportó la mediana con su rango intercuartílico.

También se analizó la validez de constructo del cuestionario VITACORA por medio de una correlación de Pearson entre los valores de este cuestionario y el PsAID (actual *gold estándar* en cuanto a medición de calidad de vida en APs).

Por otra parte, se estableció la validez discriminante de ambos cuestionarios confrontando los valores obtenidos en cada uno de ellos con los distintos puntos de corte del DAPSA, que es en la actualidad el índice de actividad de APs más empleado en clínica y el recomendado por EULAR para la estimación de los objetivos de tratamiento en APs. Para esto último, se construyeron gráficos probabilísticos entre los valores del VITACORA, los del PsAID y las distintas categorías del DAPSA, estableciéndose así los distintos rangos de puntuación que identificaban cada categoría. Finalmente, se determinó por áreas bajo la curva ROC el mejor punto de corte (índice de Youden) del VITACORA que determinaba un estado asintomático aceptable (PsAID < 4). Al ser un estudio observacional, no se ha estimado un tamaño muestral a priori. La significación estadística se estableció en un valor $p < 0,05$ y el análisis estadístico se hizo mediante el software estadístico R.

4. RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de $55,1 \pm 13,0$ años, con un tiempo promedio de duración de la enfermedad de $8,2 \pm 6,1$ años. El 55,8% (24) de los pacientes eran varones y el 44,2% (19) mujeres. El 58% de los pacientes recibía tratamiento con terapias biológicas, mientras que el 42% estaba a tratamiento con FAMEs sintéticos convencionales (generalmente MTX). Las principales características del estudio se resumen en la tabla del *Anexo 6*.

En cuanto a las variables de desenlace, la mayoría de los pacientes tenían controlada su enfermedad articular con una mediana del DAPSA de 11,3 (RIC: 8,02-19,3). El impacto sobre la calidad de vida también fue bajo en la mayor parte de pacientes, con una mediana del PsAID de 2,71 (RIC: 1,06-5). Casi la totalidad de los pacientes se encuadraron en la categoría DAPSA de baja actividad, tal y como se aprecia en la *Figura 3*.

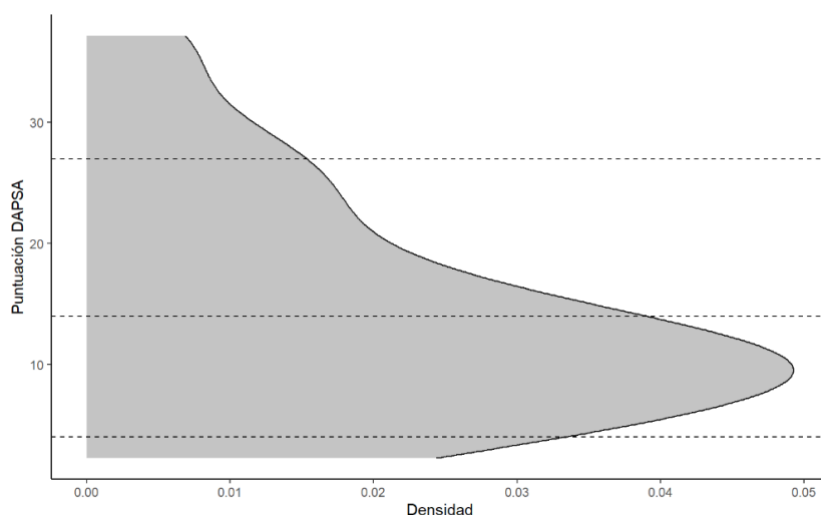


Figura 3 – Distribución de densidad de los valores DAPSA en la población a estudio.

Se detectó una alta correlación entre los valores del VITACORA y los del PsAID (Figura 4). Así, la correlación entre ambas fue de -0,7 (con un IC del 95% entre -0,84 y -0,46). El valor negativo de la correlación se explica porque los valores del PsAID y el VITACORA son opuestos, es decir, puntuaciones más altas del VITACORA (indicadoras de buena calidad de vida) se correlacionan con valores más bajos del PsAID (también indicadores de buena calidad de vida).

La ecuación resultante de esta correlación fue $= 79,5 - 5,88 \cdot \text{PSAID}$. El IC del 95% para la pendiente de la recta estuvo entre -8,17 y -3,58 ($p < 0,00001$).

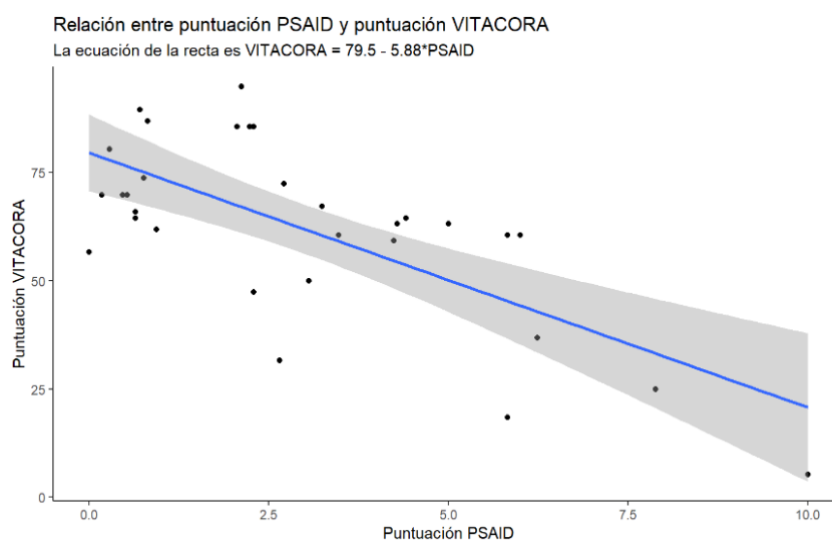


Figura 4 – Relación entre las puntuaciones del PSAID y las puntuaciones del VITACORA.

A continuación, se analizó la validez discriminante de ambos cuestionarios de calidad de vida. Así, para cada valor del VITACORA y cada valor del PsAID, se estimó la probabilidad de que el paciente estuviera en alguna de las 4 categorías del DAPSA. El rango de valores del VITACORA osciló entre 6 y 94. De este modo, para un paciente con valor de VITACORA de 6 (es decir, muy mala calidad de vida), la probabilidad calculada de que ese paciente tuviera un DAPSA > 27 (alta actividad de la enfermedad) fue de casi el 70%, mientras que la probabilidad de ese mismo paciente de estar en DAPSA remisión (< 4) se redujo al 0,4%. Por el contrario, un paciente con valor VITACORA de 94, tenía una probabilidad de estar en DAPSA de alta actividad de sólo el 2%, mientras que la probabilidad de estar en DAPSA de baja actividad/remisión se situaba en el 90% (Figura 5).

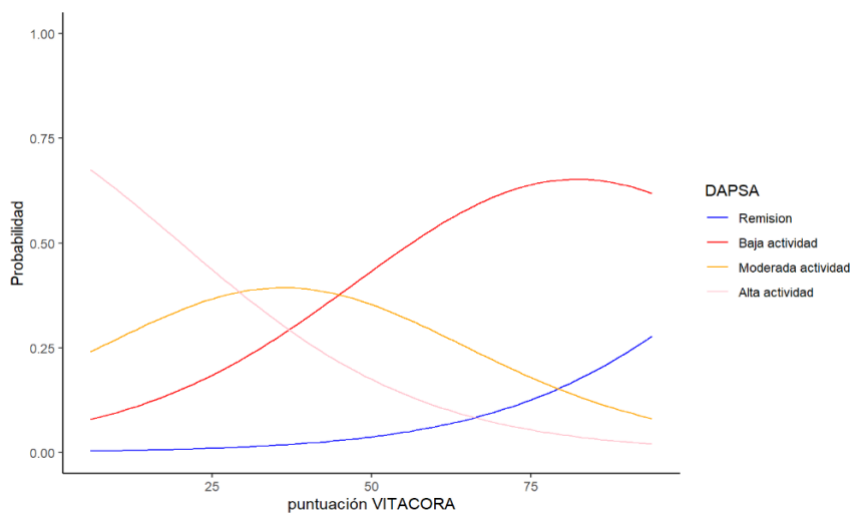


Figura 5 – Probabilidades de categoría DAPSA en función de la puntuación obtenida en VITACORA.

El rango de valores del PsAID osciló de 0 a 10. Un paciente con PsAID de 0 (es decir, con máxima calidad de vida) tenía una probabilidad de estar en remisión DAPSA del 92%, mientras que la probabilidad de que estuviese en una categoría DAPSA de alta actividad era sólo del 1,2%. Un paciente con PsAID 10 (la peor calidad de vida posible), por el contrario, tenía una

probabilidad del 88% de estar en una categoría DAPSA de alta actividad, y sólo una probabilidad del 0,004% de estar en remisión (Figura 6).

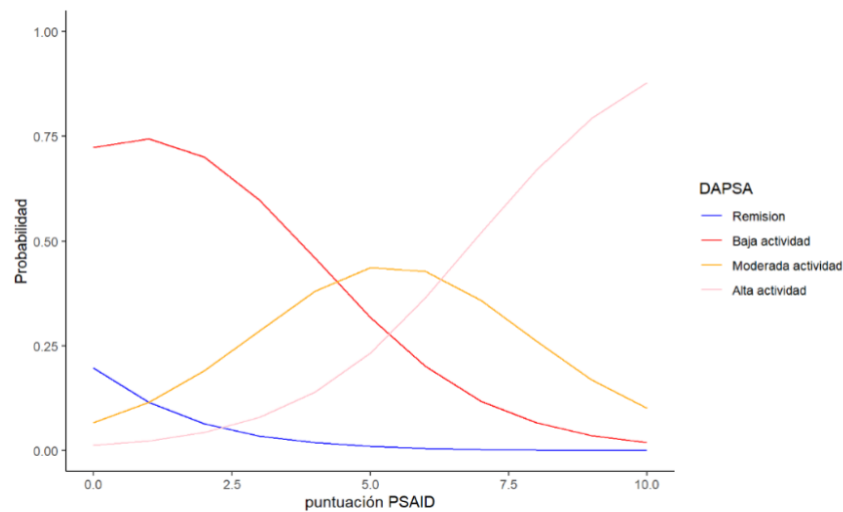


Figura 6 - Probabilidades de categoría DAPSA en función de la puntuación obtenida en PsAID

El modelo resultante final clasificó como alta actividad DAPSA a los sujetos que tenían una puntuación en el cuestionario VITACORA entre 6 y 29, como actividad moderada a los sujetos que se encontraban en el rango de 30 y 44, y actividad baja entre 45 y 95. En cuanto al PsAID, el modelo clasificó como alta actividad a los sujetos con una puntuación de entre 7 y 10, como actividad moderada entre 5 y 6, y actividad baja a sujetos con PsAID 4 o inferior.

Un VITACORA ≥ 66 determina un PsAID < 4 (estado sintomático aceptable o enfermedad de bajo impacto) con un área bajo la curva ROC de 0,85 (0,71-0,98) tal y como se aprecia en la Figura 7.

No se clasificó a nadie en remisión, es probable que esto se deba a que hubo solamente dos personas y el intervalo se solapaba con el de actividad baja.

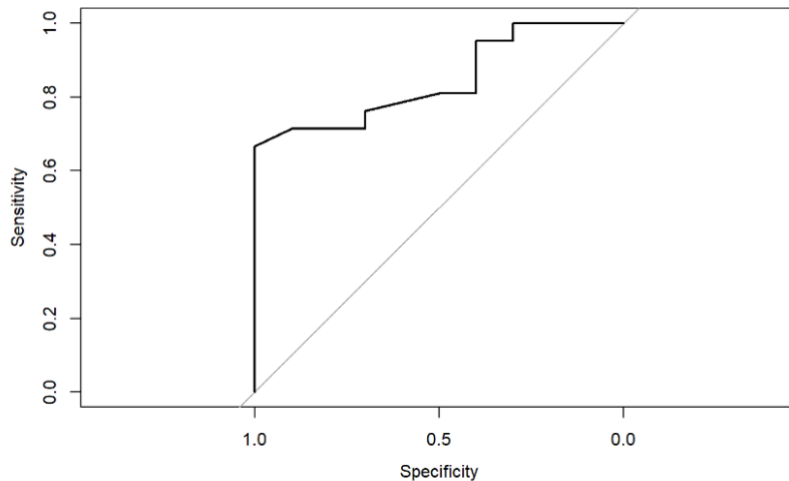


Figura 7 - Curva ROC en la que se determina el mejor punto de corte en el que el VITACORA detecta una enfermedad de bajo impacto PsAID (<4)

5. DISCUSIÓN

La APs tiene un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que no se limita únicamente a las manifestaciones físicas de la enfermedad, sino que también afecta a la esfera psicológica y social de estos individuos. En la actualidad, sin embargo, disponemos de muy pocas herramientas para valorar este impacto.

Los cuestionarios PsAID y VITACORA han demostrado tener una buena correlación global. Los dos cuestionarios fueron creados para valorar de forma específica un mismo parámetro, la calidad de vida en pacientes adultos con artritis psoriásica. Existen algunas diferencias entre ellos: el PsAID está constituido por 12 ítems y el VITACORA por 19, las respuestas del primero se basan en una escala ordinal que va de 0 a 10 puntos (siendo 0 la máxima calidad de vida y 10 la peor calidad de vida posible) y el segundo en una escala ordinal de Likert con 5 niveles de respuesta (siempre, casi siempre, a veces, raras veces, nunca).

El VITACORA, por tanto, es un cuestionario recientemente diseñado para el estudio de la calidad de vida en pacientes con APs, de forma específica. En su estudio inicial, ya se habían

demostrado sus buenas capacidades clinimétricas de forma aislada, pero hasta la fecha ningún trabajo había contrastado dichas propiedades con otros instrumentos de medida.

En este trabajo, el cuestionario VITACORA ha demostrado una buena validez de constructo y discriminante frente al PsAID (*gold standard* de valoración de calidad de vida) y el DAPSA (*gold standard* de medida de actividad) en pacientes con APs tratados en condiciones de práctica clínica real. Al mismo tiempo, hemos podido comprobar que es posible identificar determinados puntos de corte para el cuestionario VITACORA que nos ayudan a clasificar a los pacientes con APs dentro de las categorías DAPSA preexistentes.

Posiblemente la mayor debilidad de nuestro estudio sea el tamaño muestral, por ello apenas fue posible clasificar pacientes en las categorías más extremas del índice DAPSA, es decir, categorías de remisión y de muy alta actividad.

Lo ideal sería hacer un estudio longitudinal para observar si se produce algún cambio mínimamente importante al realizar modificaciones en el tratamiento o manejo de estos pacientes, viéndose reflejado dicho cambio con un aumento o disminución en la puntuación del cuestionario VITACORA.

Con los resultados obtenidos y la adecuada correlación existente entre ambos cuestionarios, podemos concluir que el VITACORA podría implementarse en la práctica clínica para la valoración de la calidad de vida de la población adulta con APs en nuestro entorno.

6. CONCLUSIONES

La artritis psoriásica es una enfermedad con un considerable impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Actualmente, son escasas las herramientas específicas de las que disponemos para valorar dicho impacto, entre ellas encontramos los cuestionarios

PsAID (*gold standard* en la práctica clínica) y VITACORA (de más reciente elaboración). Dado que hasta la fecha ningún trabajo había contrastado las propiedades clinimétricas del cuestionario VITÁCORA con otros instrumentos de medida, el objetivo principal de este trabajo ha sido realizar un análisis comparativo entre ambos cuestionarios. Con los resultados obtenidos, hemos visto que PsAID y VITACORA se correlacionan adecuadamente, por lo que su uso para la valoración de la calidad de vida de la población adulta con artritis psoriásica en la práctica clínica es equivalente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Veale DJ, Fearon U. The pathogenesis of psoriatic arthritis. Vol. 391, The Lancet. Lancet Publishing Group; 2018. p. 2273–84.
2. FitzGerald O, Ogdie A, Chandran V, Coates LC, Kavanaugh A, Tillett W, et al. Psoriatic arthritis. Vol. 7, Nature Reviews Disease Primers. Nature Research; 2021.
3. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic Arthritis. Longo DL, editor. New England Journal of Medicine [Internet]. 2017 Mar 9;376(10):957–70. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1505557>
4. Rida MA, Chandran V. Challenges in the clinical diagnosis of psoriatic arthritis. Vol. 214, Clinical Immunology. Academic Press Inc.; 2020.
5. Fournié B. Artropatía psoriásica. EMC - Aparato Locomotor. 2007 Jan;40(2):1–12.
6. Torre Alonso JC, Díaz del Campo Fontecha P, Almodóvar R, Cañete JD, Montilla Morales C, Moreno M, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento y uso de terapias sistémicas biológicas y no biológicas en artritis psoriásica. Reumatología Clínica. 2018 Sep;14(5):254–68.
7. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical care [Internet]. 1992 Jun;30(6):473–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>
8. McKenna SP. Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis. Annals of the Rheumatic Diseases [Internet]. 2004 Feb 1;63(2):162–9. Available from: <https://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/ard.2003.006296>

9. Gossec L, de Wit M, Kiltz U, Braun J, Kalyoncu U, Scivo R, et al. A patient-derived and patient-reported outcome measure for assessing psoriatic arthritis: elaboration and preliminary validation of the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) questionnaire, a 13-country EULAR initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases* [Internet]. 2014 Jun;73(6):1012–9. Available from: <https://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2014-205207>
10. Torre-Alonso JC, Gratacós J, Rey-Rey JS, Valdazo de Diego JP, Urriticoechea-Arana A, Daudén E, et al. Development and Validation of a New Instrument to Measure Health-related Quality of Life in Patients with Psoriatic Arthritis: The VITACORA-19. *The Journal of Rheumatology* [Internet]. 2014 Oct;41(10):2008–17. Available from: <http://www.jrheum.org/lookup/doi/10.3899/jrheum.131021>

Anexo 1: Cuestionario PsAID

Cuestionario EULAR sobre el Impacto de la Artritis Psoriásica (PsAID): PsAID12 para la práctica clínica

Queremos que nos indique qué impacto tiene la artritis psoriásica sobre su salud.
Por favor díganos cómo se ha sentido usted durante la última semana:

1. Dolor

Rodee con un círculo el número que mejor describa **el dolor que ha sentido** debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Sin Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor Insuperable
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------

Uso reservado a la oficina
Resultado x3
<input type="checkbox"/>

2. Fatiga/Cansancio

Rodee con un círculo el número que mejor describa la **sensación de fatiga o cansancio** que ha sentido debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Nada fatigado/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente agotado/a
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Resultado x2
<input type="checkbox"/>

3. Problemas de la piel

Rodee con un círculo el número que mejor describa **los problemas de la piel, incluyendo picor**, que ha sentido debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Sin problemas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Problemas insuperables
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Resultado x2
<input type="checkbox"/>

4. Trabajo y/o actividades de ocio

Rodee con un círculo el número que mejor describa **las dificultades que ha tenido para desarrollar completamente su trabajo y/o participar en actividades de ocio** debido a su artritis psoriásica durante la última semana::

Sin dificultad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dificultad insuperable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Resultado x2
<input type="checkbox"/>

5. Capacidad funcional para desarrollar su actividad diaria

Rodee con un círculo el número que mejor describa **la dificultad que ha tenido para hacer las actividades físicas cotidianas** debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Sin dificultad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dificultad insuperable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Resultado x2
<input type="checkbox"/>

6. Sensación de incomodidad/irritación

Rodee con un círculo el número que mejor describa **la sensación de incomodidad y/o irritación** que ha sentido debido a su artritis psoriásica:

Ninguna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Insuperable
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------

Resultado x2
<input type="checkbox"/>

7. Dificultad para dormir

Rodee con un círculo el número que mejor describa su **dificultad para dormir (es decir, para descansar por la noche)** debido a su artritis psoriásica durante la última semana :

Sin dificultad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Dificultad insuperable

Resultado x2

8. Afrontamiento/conllevar

Teniendo en cuenta su artritis psoriásica en general, **¿Qué tal ha conseguido afrontar, conllevar, sobrellevar o hacerse cargo de su enfermedad durante la última semana?**

Muy bien

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy mal

Uso reservado a la oficina
Resultado x1

9. Ansiedad, miedo e incertidumbre

Rodee con un círculo el número que mejor describa **el nivel de ansiedad, miedo e incertidumbre (por ejemplo a: futuro incierto, tratamiento, miedo a la soledad)** que ha sentido debido a su artritis psoriásica durante la última semana

Ninguna

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Insuperable

Resultado x1

10. Apuro y/o vergüenza

Teniendo en cuenta su artritis psoriásica en general, rodee con un círculo el número que mejor describa el **nivel de apuro y/o vergüenza por su apariencia** que ha sentido debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Ninguno

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Insuperable

Resultado x1

11. Participación social

Rodee con un círculo el número que mejor describa las **dificultades que ha tenido para participar de forma satisfactoria en actividades sociales (incluyendo las relaciones con la familia y/o gente muy cercana)** debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Ninguna dificultad

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Insuperable

Resultado x1

12. Depresión

Rodee con un círculo el número que mejor describa su **nivel de depresión (sentimiento de tristeza o estar depresivo)** debido a su artritis psoriásica durante la última semana:

Ninguna

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Insuperable

Resultado x1

GRACIAS POR RESPONDER ESTE CUESTIONARIO

PsAID final de 20
Sumar los
y dividir por 10:

Anexo 2: Cuestionario VITACORA-19

Las siguientes frases se refieren a cómo pueden afectar los síntomas de la Artritis Psoriásica a su vida diaria. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra y hasta qué punto su enfermedad ha interferido en sus actividades habituales en la última semana.

Debajo de cada frase encontrará unas opciones de respuesta. Por favor, lea detenidamente cada una de las frases. Conteste cada pregunta y en caso de no estar seguro/a de cómo responder a una pregunta, conteste lo que le parezca más cercano a su realidad.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Simplemente estamos interesados en conocer cómo afecta a su vida diaria su enfermedad.

En la última semana, debido a su Artritis Psoriásica...

1.- La falta de movilidad me ha limitado y condicionado mi vida

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

2.- Me ha costado recuperarme si he hecho esfuerzos o he cogido peso

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

3.- Cuando he estado en la cama he tenido dificultad para cambiar de posición (ej. girarme)

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

4.- He notado que he perdido fuerza en general

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

5.- Me ha faltado motivación y no he tenido ganas de hacer nada

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

6.- Debido al agotamiento me he sentido más triste y decaído/a

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

7.- El dolor que me ha producido esta enfermedad ha afectado a mi estado de ánimo

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

8.- He tenido miedo a tener dolor

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

9.- Me ha preocupado tener que depender de terceras personas por culpa de los síntomas de mi enfermedad

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

10.- El dolor que me producen los síntomas de mi enfermedad me ha desesperado

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

11.- He evitado quedar con la gente porque no puedo seguir su ritmo

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

12.- Noto que he rendido menos en el trabajo o en mis obligaciones diarias

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

13.- Me ha preocupado perder el trabajo por tener que pedir permisos o baja laborales

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces

Nunca
No procede

14.- He sentido rechazo por parte de los demás debido al aspecto de mi piel

Siempre
Casi siempre
A veces
Raras veces
Nunca

15.- He tenido dificultades para realizar algunas tareas con las manos (ej. coger platos, ratón del ordenador, conducir, pelar alimentos...)

Siempre
Casi siempre
A veces
Raras veces
Nunca

16.- El dolor me ha impedido dormir bien y me ha despertado por la noche

Siempre
Casi siempre
A veces
Raras veces
Nunca

17.- Lo que más me ha afectado de la enfermedad es el dolor

Siempre
Casi siempre
A veces
Raras veces
Nunca

18.- Lo que más me ha afectado es la inflamación y las molestias relacionadas con las articulaciones (tobillo, rodilla, muñeca, dedos, ...)

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca

19.- Me ha preocupado cómo puede avanzar la enfermedad en el futuro (necesidad de muleta, bastón)

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Raras veces
- Nunca