



P280 - ¿ESTÁN DE ACUERDO PACIENTE, MÉDICO Y CRITERIOS DE DESENLACE EN LA REMISIÓN O BAJA ACTIVIDAD DE LA ESPONDILOARTRITIS AXIAL?

M. Valero Expósito¹, J. Bachiller¹, B. Blanco¹, M.A. Blázquez¹, C. de la Puente¹, C. Díaz-Miguel¹, M.J. García-Villanueva¹, C. Larena¹, J.L. Morell¹, A. Rodríguez¹, M. Vázquez¹ y A. Moltó²

¹Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Departamento de Reumatología. Hôpital Cochin-APHP.Centre and INSERM U-1153. Université de Paris. París (Francia).

Resumen

Introducción: Las principales recomendaciones y guías en espondiloartritis axial (EspAax) señalan la importancia de establecer la remisión o al menos la baja actividad (BA) como objetivo del tratamiento y de acordar con el paciente las decisiones. Sin embargo, carecemos de una definición única consensuada de este concepto.

Objetivos: Evaluar el concepto de remisión y BA desde la perspectiva de paciente y médico mediante una única pregunta sencilla. Analizar la prevalencia de los distintos conceptos, compararlos entre sí y con definiciones establecidas. Los objetivos secundarios fueron valorar la sensibilidad y especificidad de las definiciones y evaluar la actitud del médico en cuanto a intensificación de tratamiento según la autopercepción del paciente.

Métodos: Estudio transversal unicéntrico en un hospital de tercer nivel llevado a cabo entre febrero a noviembre de 2019. Se realizó muestreo consecutivo de los pacientes con diagnóstico de EspAax según criterios ASAS. Se evaluó la definición de remisión y BA percibida por médico y paciente por separado mediante una única pregunta específica. Se analizaron las prevalencias de las distintas definiciones (percepción de paciente y médico, BASDAI, ASDAS, criterios ASAS de remisión parcial, estado de síntomas aceptable para el paciente y valoración global de la enfermedad por el paciente) y la concordancia entre ellas mediante índice kappa y kappa ajustado por prevalencia y sesgo (PABAK). Se evaluó la sensibilidad (S) y especificidad (E) para las distintas medidas tomando como referencia la valoración del paciente. Se valoró el porcentaje de pacientes en el que el médico planteó intensificación o cambio de tratamiento según el estado autopercebido del paciente.

Resultados: De los 105 pacientes con EspAax incluidos, el 63,8% eran varones, con una edad media de 49 años y un 67,6% de EA. Las características generales y desglosadas por el estado autopercebido de los pacientes incluidos se expone en la tabla 1. Las frecuencias de las distintas definiciones de remisión y BA se exponen en la tabla 2 y el análisis de concordancia en la tabla 3. La mejor concordancia para la remisión según el paciente fue con el criterio de BASDAI y la peor con la valoración del médico. Tomando como referencia la percepción del paciente, para el concepto de remisión la mejor S fue para el criterio de BASDAI < 2 +PCR normal y la mejor E para este mismo índice y para ASAS RP. Se realizó un cambio de actitud del médico en 31 de los 105 pacientes. La mayoría de estos cambios (54,9%) se realizó en el grupo que se percibía en mayor actividad (no

remisión ni BA), lo que suponía un cambio de actitud en el 58,6% de pacientes que se encontraban en ese estado.

Tabla 1. Características de los 105 pacientes con EspAax

	Todos (N:105)	Pacientes REM (N:22)	Pacientes BA (N:54)	Resto de pacientes (N: 29)
Varones, n (%)	67 (63,8)	18 (81,8)	34 (63)	15 (51,7)
Diagnóstico EA, n (%)	71 (67,6)	17 (77,3)	33 (61,1)	21 (72,4)
Diagnóstico EspAax-nr	34 (32,4)	5 (22,7)	21 (38,9)	8 (27,6)
Edad media (DE)	49 (13)	51(15)	47 (13)	50 (11)
Duración media de la enfermedad años (DE)	12,2 (13)	17,1 (16,2)	11,2 (11,7)	10,3 (12,3)
HLA- B27+, n (%) (datos sobre 104)	Datos 104 72 (69,2)	Datos en 22 17 (77,3)	Datos en 54 33 (61,1)	Datos en 28 22 (78,6)
Artritis periférica, n (%)	34 (32,4)	7 (31,8)	17 (31,5)	10 (45,4)
Uveítis, n (%)	22 (21)	6 (27,3)	10 (18,5)	6 (20,7)
Psoriasis, n (%)	9 (8,6)	1 (4,5)	7 (13)	1 (3,4)
EII, n (%)	9 (8,6)	2 (9)	3 (5,5)	4 (13,8)
TB actual, n (%)	43 (41)	14 (63,6)	19 (35,1)	10 (34,5)
PCR media (DE)	3,61 (5,36)	2,31 (2,17)	2,84 (3,87)	6,04 (8,14)
ASDAS media (DE)	1,78 (1,08)	0,98 (0,71)	1,63 (0,89)	2,68 (1,03)
BASDAI Media (DE)	3,35 (2,32)	1,39 (1,30)	3,13 (1,84)	5,26 (2,33)
BASFI media (DE)	2,81 (2,45)	1,24 (1,37)	2,57 (2,00)	4,43 (2,92)

REM: remisión autodefinida; BA: baja actividad autodefinida; DE: desviación estándar; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; TB: terapia biológica.

Tabla 2. Prevalencia de remisión/baja actividad según distintas definiciones

Prevalencias de distintas definiciones	Remisión	Baja actividad	Remisión + baja actividad
Percepción paciente	21%	51,4%	72,4%
Percepción médico	45,7%	35,2%	80,9%
ASDAS (< 1,3/2,1)	39%	24,8%	63,8%
VGP ($\leq 1/\leq 3$)	21%	34,2%	55,2%
BASDAI < 2 +PCR N	28,6%		
ASAS RP	25,7%		
ESAP		75,2%	
BASDAI < 4		62,8%	

ASDAS < 1,3: enfermedad inactiva según ASAS; ASDAS < 2,1: baja actividad según ASAS; VGP: Valoración global del paciente (≤ 1 equivalente remisión ≤ 3 equivalente baja actividad); ESAP: Estado síntomas aceptables para el paciente.

Tabla 3. Grado de acuerdo entre las distintas definiciones de remisión en 105 pacientes con ESspAax

	ASDAS < 1,3	BASDAI < 2 PCR N	VGP ≤ 1	Médico REM	Paciente REM
ASAS RP	0,53 (0,58)	0,59 (0,68)	0,76 (0,83)	0,22 (0,26)	0,39 (0,56)

ASDAS < 1,3	0,64 (0,68)	0,50 (0,56)	0,44 (0,45)	0,28 (0,37)
BASDAI < 2 + PCR N		0,60 (0,69)	0,25 (0,28)	0,50 (0,62)
VGP ≤ 1			0,20 (0,24)	0,42 (0,62)
Médico REM				0,20 (0,24)

Se presentan los resultados del análisis de concordancia mediante Kappa de Cohen (PABAK: Kappa ajustada por prevalencia y sesgo). En caso de discrepancia debería ser interpretada PABAK. Las cuestiones referentes a la valoración de médico y paciente se evaluaron con una sencilla pregunta. REM: remisión; BA: Baja actividad; VGP: valoración global del paciente.

Conclusiones: En esta población en vida real, la evaluación de remisión por parte del paciente mediante una única pregunta se mostró como el concepto más exigente. Presentó una concordancia variable con índices clásicos (de discreta a buena), resultó aplicable en vida real y coherente con el estado del paciente. La falta de concordancia con la visión del médico puede implicar desacuerdos con la indicación de tratamientos pese a los índices de actividad. Se precisan estudios con mayor número de pacientes y a más largo plazo para confirmar nuestros resultados.