



P064 - ¿Se correlaciona la nueva nomenclatura de los estados de actividad del índice ASDAS con la toma de decisiones terapéuticas en pacientes con espondiloartritis axial?

B. García Magallón¹, M.C. Castro-Villegas², R. Roselló-Pardo¹, F. Suero-Meriz¹ y M.V. Navarro-Compán³

¹Hospital General San Jorge. Huesca. ²Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen

Introducción: El Grupo ASAS propuso en 2018 un cambio en la nomenclatura del índice ASDAS (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*) para monitorizar la actividad en la espondiloartritis axial (EspAax), proponiendo que el estado anterior de moderada actividad fuera denominado ahora de baja actividad, con la presunción de que esto refleja mejor la percepción que tienen el médico y el paciente acerca de la situación de la enfermedad. Sin embargo esta decisión se tomó sin estar basada en evidencia científica que demostrase esta hipótesis.

Objetivos: Evaluar la asociación entre el estado de baja actividad de la enfermedad según la nueva nomenclatura ASDAS y la decisión terapéutica del médico, en pacientes con EspAax.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con EspAax reclutados en un centro hospitalario secundario. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico clínico de EspAax que comenzaron tratamiento con un primer inhibidor del factor de necrosis tumoral entre enero del 2014 y junio del 2019. En cada visita de seguimiento, se recogieron parámetros de actividad como la proteína C reactiva y el índice BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*), así como la decisión terapéutica del médico. Posteriormente, se determinó el nivel actividad de la enfermedad según la nueva nomenclatura del índice ASDAS (inactividad, baja, alta y muy alta actividad). Mediante estadística descriptiva, se evaluó la asociación entre el estado de actividad de la enfermedad y la decisión terapéutica del médico.

Resultados: Se analizaron un total de 304 visitas en 104 pacientes con EspAax, de los cuales el 57% eran mujeres, el 47% tenía un subtipo de EspAax no radiográfica y el 42% tenía el HLA-B27 positivo. La media de edad (desviación estándar) al diagnóstico era de 46,9 (12,5) años. En las visitas con un estado ASDAS de baja actividad, la actitud terapéutica fue no intensificar el tratamiento en el 98,2% de los casos. Sin embargo, en las visitas con un estado ASDAS de alta o muy alta actividad de la enfermedad, se intensificó el tratamiento en el 33,7% y 82,8% de los casos, respectivamente.

Relación de los estados de actividad medidos por el índice ASDAS-PCR con la actitud del médico respecto al tratamiento (no intensificación versus intensificación) a lo largo de las visitas

| Visitas | n | No intensifica tratamiento, n (%) | Intensifica tratamiento, n (%) |
|---------|---|-----------------------------------|--------------------------------|
|---------|---|-----------------------------------|--------------------------------|

| | | | |
|---------------------|----|-----------|-----------|
| 1ª visita (3 meses) | 90 | | |
| ASDAS < 1,3 | | 8 (100) | 0 (0) |
| 1,3 ≤ ASDAS < 2,1 | | 17 (100) | 0 (0) |
| 2,1 ≤ ASDAS ≤ 3,5 | | 41 (71,9) | 16 (28,1) |
| ASDAS > 3,5 | | 2 (25) | 6 (75) |
| 2ª visita (6 meses) | 82 | | |
| ASDAS < 1,3 | | 8 (100) | 0 (0) |
| 1,3 ≤ ASDAS < 2,1 | | 15(100) | 0 (0) |
| 2,1 ≤ ASDAS ≤ 3,5 | | 29 (59,2) | 20 (40,8) |
| ASDAS > 3,5 | | 1 (10) | 9 (90) |
| 3ª visita (1 año) | 61 | | |
| ASDAS < 1,3 | | 7 (100) | 0 (0) |
| 1,3 ≤ ASDAS < 2,1 | | 8 (88,9) | 1 (11) |
| 2,1 ≤ ASDAS ≤ 3,5 | | 23 (56,1) | 18 (43,9) |
| ASDAS > 3,5 | | 1 (25) | 3 (75) |
| 4ª visita (2 años) | 44 | | |
| ASDAS < 1,3 | | 1 (100) | 0 (0) |
| 1,3 ≤ ASDAS < 2,1 | | 10 (100) | 0 (0) |
| 2,1 ≤ ASDAS ≤ 3,5 | | 22 (75,9) | 7 (24,1) |
| ASDAS > 3,5 | | 0 (0) | 4 (100) |
| 5ª visita (3 años) | 27 | | |
| ASDAS < 1,3 | | 2 (100) | 0 (0) |
| 1,3 ≤ ASDAS < 2,1 | | 5 (100) | 0 (0) |
| 2,1 ≤ ASDAS ≤ 3,5 | | 13 (76,5) | 4 (23,5) |
| ASDAS > 3,5 | | 1 (33,3) | 2 (66,7) |

Conclusiones: En práctica clínica, el estado inicialmente clasificado de moderada actividad por el índice ASDAS, se considera actualmente como un estado de baja actividad de la enfermedad, en base a la actitud que sigue el médico de no realizar intensificación del tratamiento en esta situación. Estos datos avalan el cambio reciente en la nomenclatura de los estados de actividad de la enfermedad según el índice ASDAS.