

UTILIDAD DE LOS ÍNDICES PRONÓSTICOS GAP, CPI Y *FOUR-FACTOR RISK SCORE* (FFRS) EN PACIENTES CON EPID ASOCIADA A LA ARTRITIS REUMATOIDE

Martí Aguilar, Javier Narváez, Montserrat Roig, Judith Palacios, Pol Maymó, Laia de Daniel, Joan Miquel Nolla
Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Universitat de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat (BARCELONA).

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente en la mitad de los enfermos con AR-EPID, la función pulmonar se mantiene estable o progresa muy lentamente, mientras que en la otra mitad se deteriora de forma rápida. Esta heterogeneidad hace necesario el uso de herramientas validadas que nos ayuden a establecer un pronóstico fiable al diagnóstico de la complicación.

OBJETIVOS

Comparar la utilidad de los índices pronósticos GAP, CPI y *Four-factor risk score* (FFRS) en pacientes con AR-EPID.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo en una cohorte de pacientes con AR-EPID confirmada mediante TCAR torácica. Se evaluó la utilidad de los 3 índices pronósticos para predecir el riesgo de mortalidad, tanto por causas respiratorias como por cualquier otra causa. También se evaluó su eficacia en la predicción de: 1) el riesgo de empeoramiento clínico; 2) el riesgo de progresión funcional, de acuerdo con la definición clásica del ATS (deterioro > 10% en la CVF o del 15% en la DLCO) y la nueva definición ATS/ERS/JRS/ALAT 2022; 3) el riesgo de empeoramiento radiológico por TCAR torácica, y 4) el riesgo de desarrollar fibrosis pulmonar progresiva (FPP), definida conforme a los criterios del estudio INBUILD y a los nuevos criterios ATS/ERS/JRS/ALAT 2022.

RESULTADOS

De una cohorte de 73 pacientes con AR-EPID, se ha realizado un análisis preliminar en 22 casos con un tiempo (mediana) de seguimiento desde el diagnóstico de la EPID de 95,5 meses. Se calcularon los índices pronósticos al diagnóstico de la EPID, cotejando su efectividad con los distintos desenlaces observados al concluir el seguimiento.

El índice GAP se clasificó por estadios según la publicación original; ningún paciente pertenecía al estadio III. Los pacientes en el estadio II mostraron una mayor mortalidad en comparación con los del estadio I, tanto por causas respiratorias (HR 3.48) como por todas las causas (HR 2.59). Además, estos pacientes presentaron tasas más altas de empeoramiento clínico, deterioro funcional (según ambas definiciones), progresión radiológica y evolución a FPP, tanto según los criterios de INBUILD como por los propuestos en 2022.

En relación con el CPI, se observó que un incremento de 10 puntos se asociaba con un aumento del 4% en la mortalidad por causas respiratorias, del 16% en la mortalidad global y del 21-22% en el desarrollo de FPP. También se observaron puntuaciones más altas del índice en los pacientes con empeoramiento clínico, deterioro funcional según los criterios ATS, y progresión radiológica.

Finalmente, los pacientes de alto riesgo según el FFRS tuvieron mayor mortalidad respiratoria (HR 2.14) y global (HR 2.91) que los de bajo riesgo, así como un mayor riesgo de empeoramiento clínico, deterioro funcional y desarrollo de FPP según INBUILD.

Con todos los índices se obtuvieron p-valores no significativos, lo que sugiere que ninguno muestra una superioridad clara en cuanto a su capacidad predictiva de manera estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares no indican diferencias significativas en la efectividad de los 3 índices. En espera de confirmar estos hallazgos con la totalidad de la cohorte, se sugiere priorizar el uso de los índices GAP y FFRS, debido a su mayor simplicidad y facilidad de cálculo.

Tabla 1. Índice GAP				
	Estadio I n (%)	Estadio II n (%)	p-valor	OR (IC 95%)
Progresión clínica	6 (31,6)	2 (66,7)	0,527	4,33 (0,33-57,65)
Progresión funcional (definición clásica)	10 (52,6)	2 (100)	0,486	-
Progresión funcional (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	11 (68,8)	2 (100)	1,000	-
Progresión radiológica	10 (52,6)	3 (100)	0,240	-
Análisis de supervivencia				
	p-valor		HR (IC 95%)	
Mortalidad por cualquier causa	0,237		2,59 (0,51-13,29)	
Mortalidad por causa respiratoria	0,135		3,48 (0,62-19,71)	
Fibrosis pulmonar progresiva (definición INBUILD)	0,300		2,29 (0,46-11,41)	
Fibrosis pulmonar progresiva (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	0,176		2,96 (0,57-15,39)	

Tabla 2. Índice CPI			
	Progresión mediana CPI (IQR 25 th -75 th)	No progresión mediana CPI (IQR 25 th -75 th)	p-valor
Progresión clínica	37,9 (14,0-45,5)	25,2 (16,7-33,4)	0,152
Progresión funcional (definición clásica)	31,2 (19,7-43,6)	27,9 (10,0-37,8)	0,394
Progresión funcional (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	30,6 (20,7-42,1)	35,8 (10,0-40,8)	0,805
Progresión radiológica	31,7 (13,8-43,4)	26,8 (17,8-34,2)	0,526
Análisis de supervivencia			
	p-valor		HR por aumento en 10 pts (IC 95%)
Mortalidad por cualquier causa	0,464		1,16 (0,78-1,74)
Mortalidad por causa respiratoria	0,878		1,04 (0,65-1,64)
Fibrosis pulmonar progresiva (definición INBUILD)	0,397		1,21 (0,78-1,84)
Fibrosis pulmonar progresiva (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	0,402		1,22 (0,77-1,91)

Tabla 3. Índice FFRS				
	Bajo riesgo n (%)	Alto riesgo n (%)	p-valor	OR (IC 95%)
Progresión clínica	1 (20,0)	7 (41,2)	0,613	2,80 (0,26-30,70)
Progresión funcional (definición clásica)	2 (40,0)	10 (62,5)	0,611	2,50 (0,32-19,53)
Progresión funcional (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	2 (66,7)	11 (73,3)	1,000	1,38 (0,10-19,64)
Progresión radiológica	3 (60,0)	10 (58,8)	1,000	0,95 (0,13-7,28)
Análisis de supervivencia				
	p-valor		HR (IC 95%)	
Mortalidad por cualquier causa	0,302		2,91 (0,35-24,26)	
Mortalidad por causa respiratoria	0,485		2,14 (0,24-19,05)	
Fibrosis pulmonar progresiva (definición INBUILD)	0,340		2,64 (0,33-21,00)	
Fibrosis pulmonar progresiva (ATS/ERS/JRS/ALAT 2022)	0,583		0,64 (0,13-3,14)	