



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO "DR. EDUARDO LICEAGA"
REUMATOLOGÍA

Frecuencia de remisión o actividad mínima de la enfermedad en pacientes con Artritis
Psoriásica, utilizando los diferentes índices clinimétricos

TESIS DE INVESTIGACIÓN
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO SUBESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. PATRICIA ARTEAGA SARMIENTO
RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE REUMATOLOGÍA

DR. CONRADO GARCÍA GARCÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO EN REUMATOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DIRECTOR DE TESIS:

DR. JULIO CÉSAR CASASOLA VARGAS
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

CIUDAD DE MÉXICO, JULIO DE 2019



DR. EDUARDO LICEAGA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por permitirme tener y disfrutar a mi familia, gracias a mi familia (Mama, hermanas, hermanos, tía y sobrinos), a mi esposo, Aldo y mi hijo Nicolás por apoyarme en cada decisión y proyecto y por permitirme cumplir con excelencia en el desarrollo de esta tesis. Gracias por creer en mí y gracias a Dios por permitirme vivir y disfrutar de cada día.

No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, a su amor, a su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco, y hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa familia.

Finalmente, a mi asesor de tesis, Dr. Julio Casasola Vargas por la oportunidad de trabajar con él, permitirme libertad creativa en varios aspectos del trabajo, su tiempo y paciencia para guiarme y asesorarme al realizar este proyecto.



CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	2
INTRODUCCIÓN	6
ANTECEDENTES	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL	111
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
METODOLOGÍA	11
TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	111
POBLACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	121
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	122
DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES A EVALUAR Y FORMA DE MEDIRLAS	122
PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	19
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	20
RELEVANCIA Y ALCANCE DEL ESTUDIO	20
RECURSOS UTILIZADOS	210
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	32

RESUMEN

Introducción: La artritis psoriásica es una enfermedad heterogénea que incluye afectación a nivel articular, cutáneo, ungueal, axial, dactilitis, etc por lo que se han propuesto varias medidas compuestas para evaluar la actividad de la enfermedad en sus diferentes dominios entre las cuales están DAPSA, CPDAI, PASDAS y RAPID 3, sin embargo aún no hay consenso sobre la eficacia de cada uno de éstos en la práctica clínica, por lo tanto aún no se conoce con exactitud la remisión o actividad mínima de la enfermedad.

Objetivo: Determinar el porcentaje de remisión y actividad mínima de la enfermedad en paciente con PsA del Hospital General de México

Material y métodos: Se analizaron variables socioeconómicas, así como los diferentes índices clinimétricos. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de variables cuantitativas, aplicándose la prueba t de Student para muestras independientes. Se aplicó para las variables cualitativas la prueba de Chi cuadrada así como para la estimación de riesgos. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo, con un intervalo de confianza de 95%.

Resultados: Se incluyeron un total de 42 pacientes con diagnóstico de PsA. El 60% fueron del sexo femenino. Al realizarse los diferentes índices, DAPSA presentó 55% de baja actividad de la enfermedad y el 9.7% en remisión, por CPDAI el 16.7% tenía en el momento del estudio actividad leve y 2.4% en remisión. Con PASDAS no se encontró remisión y el 62% con actividad moderada. Aplicando el RAPID3 se obtuvo remisión el 26%, y con moderada actividad 33%, el 69% de los pacientes cumplieron los criterios de actividad mínima de la enfermedad.

Conclusiones: Se determinó que el 69% de los pacientes con PsA alcanzaron la actividad mínima y remisión de la enfermedad. Tanto el RAPID 3 como DAPSA tiene buena correlación con la actividad de la enfermedad, así como para el tratamiento.

Palabras clave: Artritis psoriásica, actividad mínima de la enfermedad.

ABSTRACT

Introduction: Psoriatic arthritis is a heterogeneous disease that includes involvement at the articular, cutaneous, ungueal, axial, dactylitis level, etc. Therefore, several compound measures have been proposed to evaluate the disease activity in its different domains, among which are DAPSA, CPDAI, PASDAS and RAPID 3, however there is still no consensus on the efficacy of each of these in clinical practice, therefore the remission or minimal activity of the disease is not yet known exactly.

Objective: To determine the percentage of remission and minimum activity of the disease in patients with PsA from the General Hospital of Mexico

Methods: Socio-economic variables were analyzed, as well as the different clinical indexes. Descriptive statistics were used for the analysis of quantitative variables, applying the Student's t-test for independent samples. The Chi-square test was applied for qualitative variables as well as for risk estimation. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant, with a 95% confidence interval.

Results: A total of 42 patients with a diagnosis of PsA were included. 60% were female. When performing the different indexes, DAPSA presented 55% of low disease activity and 9.7% in remission, for CPDAI 16.7% had at the time of the study mild activity and 2.4% in remission. With PASDAS no remission was found and 62% with moderate activity. Applying RAPID3, 26% remission was obtained, and with moderate activity 33%, 69% of the patients met the criteria for minimal disease activity.

Conclusion: It was determined that 69% of patients with PsA achieved the minimum activity and disease remission. Both RAPID 3 and DAPSA have a good correlation with disease activity, as well as for treatment.

Keywords: Psoriatic arthritis, minimal activity disease.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

La psoriasis es una afección crónica de la piel que afecta al 2-3% de la población. Estimaciones recientes sugieren que la artritis psoriásica (PsA) ocurre en hasta el 30% de las personas con psoriasis [1]. Históricamente, no estaba claro si la PsA representaba una entidad clínica específica o si fue simplemente una coexistencia de psoriasis y artritis reumatoide, pero la Asociación Americana de Reumatología reconoció la existencia de PsA en 1964 [2]. PsA, es ahora reconocida como parte de la familia de enfermedades de la espondiloartritis junto con la espondilitis anquilosante.

Históricamente, las opciones de tratamiento para la artritis psoriásica (PsA) se limitaron a los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y fármacos antirreumáticos sintéticos convencionales modificadores de la enfermedad (csDMARD) como el metotrexato (MTX), sulfasalazina y leflunomide. Estos medicamentos, fueron desarrollados originalmente para tratar la artritis reumatoide (AR), han demostrado beneficio en el tratamiento de la inflamación y la heterogeneidad de los síntomas de PsA. Sin embargo, durante la última década, la disponibilidad de DMARD sintético y biológico dirigido, incluidos los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNF), los inhibidores de la fosfodiesterasa 4, los inhibidores de la interleucina (IL)-12/23, y los inhibidores de IL-17A han revolucionado el tratamiento y ofrecen un control efectivo de la enfermedad para pacientes con toxicidad y/o falta de eficacia a los csDMARD. Además, la disponibilidad de una mayor variedad de opciones de tratamiento ha llevado a avances significativos en las estrategias de tratamiento para la PsA.

Específicamente, se propuso un enfoque de "tratamiento por objetivo" (T2T) para el manejo de la PsA, luego de su aplicación exitosa en otras enfermedades reumáticas, como la AR. Tratar por objetivos requiere definir un objetivo cuantificable; en PsA, este objetivo se reconoce como remisión tanto por el grupo de trabajo internacional T2T como por las recomendaciones de tratamiento de la Liga Europea Contra el Reumatismo recientemente actualizadas.

El objetivo final del tratamiento es lograr el nivel más bajo posible de actividad de la enfermedad en todos los dominios de la enfermedad. La remisión clínica o enfermedad inactiva, definida como "la ausencia de evidencia clínica y de laboratorio de una actividad inflamatoria significativa", se propone como el principal objetivo de tratamiento según las recomendaciones T2T. Como la remisión según su definición más estricta puede ser difícil de lograr en muchos pacientes, la actividad de la enfermedad mínima o baja es un término propuesto como un objetivo alternativo para el tratamiento. A pesar de la evolución de las recomendaciones de tratamiento, en la actualidad faltan definiciones aceptadas y validadas de la baja actividad de la enfermedad y remisión.

El Grupo de Investigación y Evaluación de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica (GRAPPA) y la iniciativa OMERACT publicaron medidas de obligatorias para los ensayos clínicos en los que incluyen un conjunto central (interno) de variables únicas lo siguiente: la actividad articular periférica, la evaluación global y del dolor en una escala analógica visual (VAS), función física, enfermedad de la piel y calidad de vida. La afección espinal, entesitis y dactilitis, los reactantes de fase aguda (PCR), así como el daño estructural, no formaron parte de este "círculo interno", de evaluaciones obligatorias. Lo mismo ocurre con la fatiga y la afectación de las uñas. Los estudios de imagen como la resonancia magnética (MRI), tomografía computarizada (TC) y la ecografía se clasificó como parte de una agenda de investigación.

Para varias de las variables individuales, anteriormente mencionadas, las medidas se han validado repetidamente y se han aplicado con éxito en ensayos clínicos. Sin embargo, muchas de ellas son transferidas de otras enfermedades reumáticas, como el recuento de articulaciones periféricas utilizando un modelo de 28 articulaciones de artritis reumatoide (AR) las cuales las cuales omiten las articulaciones interfalángicas distales (DIP), que a menudo se afectan en la PsA, así como las variantes oligoarticulares o poliarticulares podrían estar subrepresentadas, o las evaluaciones espinales desarrolladas principalmente para espondilitis anquilosante (AS) son cuestionables si las evaluaciones de la columna axial adoptadas de la EA, que siempre afectan la columna vertebral, funcionan adecuadamente en PsA, que se caracteriza solo por facultativas, y con compromiso axial menos severo. Sin embargo,

cada una de éstas evaluaciones debe realizarse no solo en los ensayos clínicos, sino también en la práctica diaria para objetivar y documentar el éxito del tratamiento.

Scores compuestos

Las variables individuales deberían combinarse idealmente en puntuaciones integradas, ya que las medidas compuestas minimizan la actividad de la enfermedad entre los pacientes a lo largo del tiempo, pero aún responden y discriminan entre el placebo y el brazo de tratamiento en los ensayos clínicos. Además, tienen ventajas en la práctica clínica: los índices agrupados muestran la actividad global de la enfermedad y la necesidad de una escalada del tratamiento de manera integral y perceptible para los médicos y pacientes por igual. De este modo, se facilita el conocimiento actual del paciente y la toma de decisiones, y los pacientes se sienten animados a cumplir con la terapia a lo largo de su condición clínica.

La aceptación de los puntajes compuestos varía en la práctica clínica, pero su uso debe ser enfatizado aún más. El puntaje del score de actividad de la enfermedad con 28 conteo articular (DAS28) se desarrolló originalmente para los pacientes con AR, pero demostró ser un instrumento altamente sensible y discriminatorio también en PsA que comprende cuatro variables, a saber, el recuento de articulaciones inflamadas y dolorosas, la velocidad de sedimentación eritrocítica (VSG) y la evaluación global del paciente (PtG). Sin embargo, el patrón de 28 articulaciones no captura las articulaciones comúnmente afectadas en PsA, incluidas las articulaciones DIP de la mano y las articulaciones del tobillo y el pie. Por lo tanto, es posible que se pierda elementos importantes de la actividad de la enfermedad en muchos pacientes con PsA. Se ha propuesto el desarrollo de puntuaciones compuestas específicas de PsA los cuales han sido desafiantes: en primer lugar, debido al compromiso axial y de las entesis, en segundo lugar, porque también la participación de la articulación periférica es muy variable en comparación con otras artritis. Esta heterogeneidad hace que sea difícil explicar todo el espectro de las manifestaciones clínicas con un solo instrumento. La asociación la actividad a nivel dermatológico también afecta la calidad de vida lo cual resulta más complejo los resultados y las puntuaciones compuestas.

En un análisis sobre los componentes principales para analizar la actividad de la enfermedad, los tres siguientes componentes reflejaron mejor la actividad de la enfermedad: 1. los resultados informados por los pacientes, entre ellos, la evaluación del dolor (PP) y la evaluación global (PtG); 2. Recuento de articulaciones 66 inflamadas y 68 dolorosas; y 3. Los reactantes de fase aguda, principalmente la proteína C reactiva (PCR).

Se han propuesto una serie de medidas compuestas adicionales para evaluar la actividad de la enfermedad en PsA. Se ha validado una medida conjunta para definir la "actividad mínima de la enfermedad" (MDA) e incluye evaluaciones de articulaciones, piel y entesis, así como evaluación de la función física. Los criterios de la MDA definen un estado de bajo grado de la enfermedad y pueden usarse como un índice de respuesta además de un objetivo para las intervenciones de tratamiento.

Se han sugerido otras medidas específicas de la enfermedad. Se desarrolló una adaptación del Índice de actividad de la enfermedad para la artritis reactiva, renombrada como Índice de actividad de la enfermedad para la artritis psoriásica (DAPSA) a partir de una cohorte clínica de pacientes con PsA y se validó utilizando datos de ensayos clínicos de PsA. Este índice se basa en la suma numérica de cinco variables de actividad de la enfermedad: articulaciones dolorosas e inflamadas (TJC, SJC), evaluación global del paciente y dolor en un VAS de 10 cm, y valor sérico de PCR. DAPSA ha demostrado una buena validez correlacional, discriminatoria y de criterio para los pacientes con PsA, y fue sensible tanto en el contexto del ensayo clínico como en una cohorte de observación. Es de destacar que también se correlaciona con la sinovitis evaluada con ultrasonido.

Se ha propuesto un enfoque basado en el dominio con el desarrollo de una medida conjunta conocida como el Índice Compuesto de Actividad de Artritis Psoriásica (CPDAI). Este índice evalúa 5 dominios que son el recuento de articulaciones periféricas, dactilitis, entesitis, enfermedad axial y la piel. Cada ítem se califica en una escala de 0 a 3, según la afectación. Los dominios individuales se resumen y se suman hasta una puntuación total que refleja la actividad global de la enfermedad que va de 0 a 15. Para cada dominio, los instrumentos se utilizan para evaluar el grado de

actividad de la enfermedad, así como el efecto de la participación en ese dominio en la función del paciente y la calidad de vida relacionada con la salud. El CPDAI modificado omite la enfermedad de la columna vertebral y, en consecuencia, produce un máximo de 12 puntos.

Recientemente, se han realizado varios análisis para evaluar la idoneidad de las medidas de actividad compuestas de la enfermedad. El proyecto GRACE (índice de ejercicio compuesto GRAPPA) ha permitido el desarrollo de 2 nuevos índices compuestos: el score de actividad de la enfermedad en artritis psoriásica (PASDAS) y la media aritmética de la función de discapacidad (AMDF). El PASDAS es un índice ponderado que incorpora puntuaciones VAS globales de pacientes y médicos, el conteo de articulaciones dolorosas e inflamadas 66/68, dactilitis y entesitis, calidad de vida relacionada con la salud (HAQ), el componente físico del Short-Form-36 (SF-36) y el valor de PCR. El AMDF es un índice compuesto basado en transformaciones de puntaje, que incorpora medidas de la participación de la piel y las articulaciones junto con la función física. Los datos del estudio GRACE han permitido una comparación inicial de estas medidas. Los estudios bien diseñados en PsA son escasos, por lo que los datos de los ensayos clínicos de intervención, como el ensayo GO-REVEAL, ofrecen una excelente oportunidad para evaluar, validar, y desarrollar nuevas medidas de resultados compuestas en PSA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, se desconoce la frecuencia de actividad mínima de la enfermedad y de remisión en pacientes con artritis psoriásica, así como la comparación de los diferentes índices de compuestos en el servicio de Reumatología del Hospital General de México.

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se ha descrito varios índices clinimétricos para valora alcanzar un objetivo en el tratamiento que es llegar a la remisión o actividad mínima de la enfermedad. En México no se ha realizado estudios con la aplicación de estos índices por lo que no se conoce la frecuencia de remisión en estos pacientes o se mantiene en estadio subclínico. Al aplicar los diferentes índices a pacientes mexicanos con artritis psoriásica será el sustento que permita proponer el mejor índice para mejorar la calidad de vida de los pacientes y mejorar el tratamiento conjunto en quienes aún no alcanzan la remisión.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar el porcentaje de remisión y actividad mínima de la enfermedad en paciente con PsA del Hospital General de México.

Objetivos Específicos

- Comparar los diferentes índices compuestos de actividad de la enfermedad para evaluar remisión, baja actividad de la enfermedad y muy baja actividad de la enfermedad. (CPDAI, PASDAS y DAPSA)
- Establecer recomendaciones a partir de estos instrumentos que sean útiles en la toma de decisiones.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño del estudio

Retrospectivo, analítico, observacional y transversal

Población y tamaño de la muestra

Se consideró como población al total de pacientes que acuden a la clínica de espondiloartropatías en el Hospital General de México en el periodo comprendido de agosto 2018 a marzo de 2019. Se incluyó por conveniencia a todo paciente con diagnóstico de artritis psoriásica. Con un número total de expedientes revisados de 42 (N=41).

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes atendidos en hospitalización ó consulta externa del Servicio de Reumatología con diagnóstico de Artritis Psoriasisica de acuerdo a los criterios de clasificación de CASPAR (2009) y Moll and Wright (1973).

Exclusión:

- Pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1.
- Pacientes sometidos a alguna intervención quirúrgica bariátrica.
- Pacientes que sean portadores de artritis psoriásica más sobreposición de otra afección reumatológica inflamatoria.

Eliminación:

- Pacientes con expedientes incompletos

Definición de las variables a evaluar y forma de medirlas

Para evaluar las características sociodemográficas de la población, así como la frecuencia de síndrome metabólico se utilizó el instrumento de registro de datos diseñado para este protocolo de investigación (Anexo 3) con variables en las que se determinaron criterios de clasificación y los diferentes cuestionarios que evalúa cada índice para evaluar la calidad de vida y el tratamiento.

VARIABLE	CLASIFICACION	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Independiente	Cuantitativa continua	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Años
Sexo	Independiente	Cualitativa nominal	Condición orgánica, hombre o mujer	1= hombre, 2=mujer
Lugar de origen	Independiente	Cualitativa nominal	Alguno de los 32 Estados o ciudad de México, que conforman los Estados Unidos Mexicanos	Nombre del Estado
Diabetes Mellitus	Independiente	Cualitativa nominal	Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o acción de la insulina	1= Sí, 2= No
Medicación para DM	Independiente	Cualitativa nominal	Consumir algún fármaco, bajo prescripción médica, como tratamiento de esta entidad	1= Sí, 2= No
Hipertensión arterial sistémica	Independiente	Cualitativa nominal	Enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias	1= Sí, 2= No
Medicación para HAS	Independiente	Cualitativa nominal	Consumir algún fármaco, bajo prescripción médica, como tratamiento de esta entidad	1= Sí, 2= No
Dislipidemia	Independiente	Cualitativa nominal	Condición clínica caracterizada por alteración de los niveles de lípidos en la sangre	1= Sí, 2= No
Medicación para dislipidemia	Independiente	Cualitativa nominal	Consumir algún fármaco, bajo prescripción médica, como tratamiento de esta entidad	1= Sí, 2= No

Infarto del miocardio	Independiente	Cualitativa nominal	Condición caracterizada por dolor precordial típico, alteraciones electrocardiográficas y bioquímicas compatibles, condicionando daño tisular al cardiomiocito por hipoxia	1= Sí, 2= No
Edad a la que ocurre IAM	Independiente	Cuantitativa discreta	Corresponde a la edad biológica del sujeto en el momento del evento, se define la fecha en que ocurre menos la fecha de nacimiento	Año (en números)
Evento vascular cerebral	Independiente	Cualitativa nominal	Entidad caracterizada por daño tisular neurológico secundario a hipoxia o anoxia por obstrucción del flujo sanguíneo cerebral	1= Sí, 2= No
Edad a la que ocurre EVC	Independiente	Cuantitativa discreta	Corresponde a la edad biológica del sujeto en el momento del evento, se define la fecha en que ocurre menos la fecha de nacimiento	Año (en números)
Artritis reumatoide	Independiente	Cualitativa nominal	Enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune, caracterizada por sinovitis persistente de las articulaciones, típicamente las pequeñas, produciendo destrucción progresiva y generando distintos grados de deformidad e incapacidad funcional	1= Sí, 2= No
Fibrilación auricular	Independiente	Cualitativa nominal	Arritmia más frecuente que se presenta cuando la frecuencia cardíaca se eleva o baja y el ritmo cardíaco deja de ser regular	1= Sí, 2= No
Tabaquismo	Independiente	Cualitativa nominal	Práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades	1= Sí, 2= No
Índice tabáquico	Independiente	Cuantitativa discreta	Unidad de medida para la estimación acumulativa de consumo de tabaco de un individuo	Valor numérico

Actividad física semanal	Independiente	Cuantitativa discreta	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija un mayor gasto de energía que estando en reposo	Número de minutos a la semana
Peso	Independiente	Cuantitativa continua	Fuerza de gravedad que actúa sobre el cuerpo del sujeto sobre un punto de apoyo	Kilogramos
Talla	Independiente	Cuantitativa continua	Longitud del cuerpo del sujeto	Metros
IMC	Independiente	Cuantitativa continua	Unidad de medida de obesidad definida por el cociente del peso en Kg y el cuadrado de la talla en metros	Valor numérico
Tensión arterial	Independiente	Cuantitativa discreta	Medida hemodinámica establecida por la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias con un primer valor máximo correspondiente a sístole y uno mínimo correspondiente a diástole	mmHg
Glucosa en ayuno	Independiente	Cuantitativa discreta	Nivel sérico de glucosa medido posterior a un ayuno mínimo de 6 horas	mg/dl
HbA1c	Independiente	Cuantitativa continua	Heteroproteína sérica que resulta de la unión de hemoglobina con glúcidos unidos a cadenas carbonadas con funciones ácidas en el carbono 3 y 4	Porcentaje
Colesterol total	Independiente	Cuantitativa continua	Concentración sérica de colesterol	mg/dl
Triglicéridos	Independiente	Cuantitativa continua	Concentración sérica de triglicéridos	mg/dl

Colesterol HDL	Independiente	Cuantitativa continua	Concentración sérica de colesterol HDL	mg/dl
Colesterol LDL	Independiente	Cuantitativa continua	Concentración sérica de colesterol LDL	mg/dl
Ácido úrico	Independiente	Cuantitativa continua	Concentración sérica de ácido úrico	mg/dl
Creatinina sérica	Independiente	Cuantitativa continua	Concentración sérica de creatinina	mg/dl
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	Independiente	Cuantitativa continua	Reactante de fase aguda	mm/hr
Proteína C reactiva (PCR)	Independiente	Cuantitativa continua	Método indirecto de medición de las diferentes proteínas en el plasma con elevación en el contexto de inflamación por diferentes causas	mg/dl
Uso de corticosteroides	Independiente	Cualitativa nominal	Uso actual de un fármaco de la familia de los corticoesteroides, bajo prescripción de un reumatólogo	1= Sí, 2= No
Uso de sulfasalazina	Independiente	Cualitativa nominal	Uso actual de un fármaco tipo sulfasalazina, bajo prescripción de un reumatólogo	1= Sí, 2= No
Uso de leflunomida	Independiente	Cualitativa nominal	Uso actual de leflunomida, bajo prescripción de un reumatólogo	1= Sí, 2= No
Uso de infliximab	Independiente	Cualitativa nominal	Uso actual de infliximab, bajo prescripción de un reumatólogo	1= Sí, 2= No

Uso de adalimumab	Independiente	Cualitativa nominal	Uso actual de adalimumab, bajo prescripción de un reumatólogo	1= Sí, 2= No
Uso de etanercept	Independiente	Cualitativa nominal	Uso actual de etanercept, bajo prescripción de un reumatólogo	1= Sí, 2= No
Uso de AINES (antiinflamatorios no esteroideos)	Independiente	Cualitativa nominal	Uso actual de uno o varios fármacos de la familia de los AINEs, bajo prescripción de un reumatólogo	1= Sí, 2= No
Historia familiar de psoriasis	Independiente	Cualitativa nominal	Contar con un familiar de primer, segundo o tercer grado con el diagnóstico de psoriasis	1= Sí, 2= No
Entesopatía	Independiente	Cualitativa nominal	Presencia de datos clínicos correspondientes a entesitis y registrados en el expediente clínico	1= Sí, 2= No
Afección ungueal	Independiente	Cualitativa nominal	Presencia de onicolisis, hiperqueratinosis, paroniquis, decoloración, deformación o alteración de la matriz ungueal asociado a psoriasis	1= Sí, 2= No
Dactilitis	Independiente	Cualitativa nominal	Presencia de inflamación fusiforme con tenosinovitis de uno o más dedos de las manos o pies	1= Sí, 2= No
Tipo oligoarticular asimétrica	Independiente	Cualitativa nominal	Predominio asimétrico con afección de <5 articulaciones de acuerdo a los criterios de Moll and Wright	1= Sí, 2= No
Tipo poliarticular simétrica	Independiente	Cualitativa nominal	Predominio simétrico con afección de >5 articulaciones de acuerdo a los criterios de Moll and Wright	1= Sí, 2= No

Artritis interfalángica distal	Independiente	Cualitativa nominal	Predominio de afección de las articulaciones interfalángicas distales en manos y pies, generalmente asociada a otros subtipos de Aps	1= Sí, 2= No
Artritis mutilans	Independiente	Cualitativa nominal	Subtipo deformante y destructivo de artritis que abarca resorción ósea marcada, osteolisis, caracterizada por dedos telescópicos	1= Sí, 2= No
Con afección al esqueleto axial	Independiente	Cualitativa nominal	Subtipo con afección de la columna vertebral y articulaciones sacroilíacas	1= Sí, 2= No
Artritis Psoriásica	Independiente	Cualitativa nominal	Artropatía inflamatoria crónica, inmunomediada y con alto impacto en la calidad de vida, habiéndose diagnosticado por un reumatólogo certificado	1= Sí, 2= No
Tipo de psoriasis	Independiente	Cualitativa nominal	Enfermedad dérmica calcsificable como: gota, vulgar, pustular grave, palmo-plantar, eritrodermia psoriasisica y ungeal	1= gota, 2= pustular grave, 3= palmo-plantar, 4= eritrodermia-psoriasisica, 5=ungeal
Manifestaciones extraarticulares de artritis psoriásica	Independiente	Cualitativa nominal	Manifestaciones clínicas de artritis psoriásica diferentes a las caracterizadas por inflamación articular	1=Uveítis, 2=pericarditis, 3=amiloidosis, 4=inflamación intestinal, 5=fiebre
PASI (Índice de actividad cutánea)	Independiente	Cuantitativa Continua	Nivel de actividad cutánea en psoriasis. Combina la severidad de lesiones y el área afectada en una sola cifra entre los valores de 0 (ningún) a 72 (enfermedad máxima)	Valor numérico

DAPSA	Independiente	Cuantitativa Continua	Nivel de actividad articular en artritis psoriásica, calculado como la suma del total de articulaciones dolorosas, inflamadas, nivel de PCR, dolor medido por EVA y la evaluación global del paciente por EVA	Valor numérico
CPDAI	Independiente	Cuantitativa continua	Índice Compuesto de Actividad de Artritis Psoriásica	
PASDAS	Independiente	Cuantitativa continua	score de actividad de la enfermedad en artritis psoriásica	
RAPID 3	Independiente	Cuantitativa Continua	Nivel De actividad de la artritis psoriásica, calculado como la suma de EVA, la evaluación global del paciente por EVA y PCR	Valor numérico
Síndrome metabólico	Dependiente	Cualitativa nominal	constelación de factores metabólicos, clínicos, bioquímicos y fisiológicos interconectados y que directamente incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica	1= Sí, 2= No

Procedimiento y análisis de datos

Durante el periodo de agosto 2018 a marzo de 2019 se realizó la revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de artritis psoriásica que acudieron a la consulta externa del servicio de Reumatología en la clínica de espondiloartropatías del Hospital General de México. Se aplicó la hoja de registro de datos para recabar la información correspondiente a factores de riesgo cardiovascular, y los necesarios para aplicar los criterios de síndrome metabólico en el análisis (Anexo 3), así como el instrumento de registro para caracterizar las variables clínicas y bioquímicas de los pacientes con artritis psoriásica (Anexo 4). Se realizó una base de datos en la que se

incluyeron parámetros demográficos (edad y genero), antropométricos (peso y talla), antecedentes de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, eventos isquémicos cardiacos y cerebrales, incluyendo el año de inicio. Se realizó la clasificación de artritis psoriasica en base a los criterios de CASPAR así como el registro del perfil de marcadores de inflamación y datos relacionados con la actividad de la enfermedad como el cuestionario de calidad global de la enfermedad.

Análisis estadístico: Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de variables cuantitativas, aplicándose la prueba t de Student para muestras independientes. Se aplicó para las variables cualitativas la prueba de Chi cuadrada así como para la estimación de riesgos. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo, con un intervalo de confianza de 95%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 24 para el procesamiento informático de los datos.

Cronograma de actividades

CRONOGRAMA										
AGOSTO 2018	SEPTIEMBRE 2018	OCTUBRE 2018	NOVIEMBRE 2018	DICIEMBRE 2018	ENERO 2019	FEBRERO 2019	MARZO 2019	ABRIL 2019	MAYO 2019	JUNIO 2019
RECOLECCION DE DATOS										
								Análisis de datos		
						PRESENTACION DEL TRABAJO FINAL				

Relevancia y alcance del estudio

Este estudio pretende determinar si los pacientes con artritis psoriasica de la clínica de espondiloartritis del hospital general presentan una mayor frecuencia de remisión o actividad mínima de la enfermedad usando diferentes índices clinimétricos. Lo cual impacta en su tratamiento y morbimortalidad a largo plazo.

Recursos utilizados

- Recursos humanos: residente del curso de Reumatología, médicos adscritos de servicio de Reumatología.
- Recursos materiales: papelería, equipo informático propiedad de los investigadores.
- Recursos financieros: recursos existentes en el hospital.
- Recursos financieros faltantes para realizar la investigación: no aplica.
- Laboratorio central: no aplica.

RESULTADOS

Datos demográficos

Se incluyeron un total de 42 pacientes que acudieron a la consulta de Reumatología en el Hospital General de México en el periodo comprendido de agosto 2018 a marzo 2019, de los cuales ninguno fue excluido.

De los 42 pacientes incluidos en el estudio, 25 (60%) corresponden al sexo femenino, con una edad media 51 años ($de \pm 10$). La media del peso fue 71kg ($de \pm 12$), con un IMC promedio de 29 ($de \pm 4.6$) *ver Anexo 4*.

El tiempo medio de evolución desde las manifestaciones cutáneas de psoriasis hasta la artritis psoriásica fue de 8.5 años para las mujeres y 7.7 años para los varones.

La mediana de articulaciones inflamadas fue 1 (mín-max: 0-6).

De los estudios de laboratorio de los 42 pacientes analizados la media de leucocitos fue 6.217 ($de \pm 1.58$), plaquetas 217000 ($de \pm 111$), linfocitos totales fue 1.7 ($de \pm 0.69$), Glucosa 101 ($de \pm 15.5$), HbA1c 6.74 ($de \pm 2.44$), colesterol 183 ($de \pm 43$), TGL 138 ($de \pm 57.5$), ácido úrico 5.15 ($de \pm 1.29$), HDL 46 ($de \pm 12.1$), creatinina 0.78 ($de \pm 0.3$).

La media de los reactantes de fase aguda fueron VSG $n=34$ (1-145) y PCR $n=12$ (0.5-138).

De los 42 pacientes el promedio de HAQ al momento del estudio fue 0.61, la media de la EVG 4.9, EVD 4.1, DLQI 5, BASDAI 4, el ASQoL 6.2, el SHORT-36 fue 61, LEI 1.

De éstos pacientes, el 84% usan FARMES como tratamiento base, de los cuales es más frecuente es el Metotrexate (74%)

Análisis de la actividad de la enfermedad utilizando los diferentes índices clinimétricos

La actividad de la enfermedad se evaluó utilizando los dominios de función y actividad de la ICF de la OMS. Se compararon las puntuaciones medidas de los diferentes índices aplicados a cada paciente con un estado de enfermedad en remisión o actividad mínima de la enfermedad según las diferentes definiciones.

Al realizarse las diferentes escalas de valoración de actividad de la enfermedad se obtuvo una media para el score de DAPSA 18.7 puntos de los cuales el 55% presentó baja actividad de la enfermedad y el 9.7% en remisión (*ver Anexo 5*), por CPDAI el 16.7% tenía en el momento del estudio actividad leve y 2.4% en remisión. De acuerdo al PASDAS no se encontraron al momento en remisión y la mayoría se encontró con actividad moderada en el 62%. Aplicando el RAPID3 se obtuvo remisión el 26%, y con moderada actividad 33%, el 69% de los pacientes cumplieron los criterios de actividad mínima de la enfermedad (*ver Anexo 9*). El promedio global de todas las escalas se puede ver en el *Anexo 10*.

Análisis de diferentes índices clinimétricos en relación al tratamiento

Se realizaron comparaciones entre la actividad de la enfermedad en relación al tratamiento de cada paciente, la mayoría de los pacientes toman FARMES o combinación de los mismos sea MTX con Sulfasalazina, MTX con leflunomida o MTX con Leflunomida y biológico. De los 42 paciente 7 paciente no toman tratamiento por razones económicas, o baja actividad de la enfermedad los mismos que también fueron analizados. Según el índice de actividad DAPSA 15 pacientes toman MTX alcanzando una actividad baja 50% y remisión 10%, sin embargo, con el tratamiento combinado se encuentra el 45% en baja y moderada actividad la dosis media es de

15mg/semanales en todos los grupos (Tabla 7). Acorde al CPDAI, el 58% de los pacientes con MTX se encuentra con actividad alta alcanzando la remisión sólo el 3% del grupo con MTX (Tabla 8). Por PASDAS nadie alcanza la remisión encontrándose el 82% de los pacientes con tratamiento combinado seguido con MTX 61% en actividad moderada. De acuerdo a RAPID3 la gran mayoría se encuentra en actividad moderada con un 39%. La mayoría de los pacientes que sí cumplieron MDA el 86% se encuentra sin tratamiento al momento seguido del 71% por MTX. En todos los índices de actividad el tratamiento con biológico (anti TNF y anti IL 17) se encuentra en pacientes con alta actividad correspondiente al 50-100%.

DISCUSIÓN

La evaluación de la actividad de la enfermedad en artritis psoriasis continúa siendo un desafío debido a la gran variedad de presentación clínica. Hasta la fecha no hay consenso sobre que índice es el adecuado para medir las características globales de la PsA y muchos se basan en medidas de actividad de otras enfermedades como el DAS 28 de la artritis reumatoide. Tras esto el grupo GRAPPA identificó los dominios centrales y las herramientas los cuales se utilizaron en ensayos clínicos para los pacientes con PsA y se obtuvo una validación preliminar a través del proceso OMERACT. Estos dominios pueden evaluarse mediante medidas únicas y compuestas. Lo que dio lugar al PASDAS, CPDAI, DAPSA y las definiciones de actividad mínima de la enfermedad los cuales aún continúan en proceso de validación.

A pesar de la controversia de la utilidad de las medidas compuestas en la evaluación de PsA ya sea por la actividad articular o la actividad cutánea, en nuestro estudio se encontró diferencias importantes, no solo en el porcentaje de los pacientes clasificados como en remisión o actividad mínima de la enfermedad sino también quienes no alcanzaron la misma. En particular, RAPID 3 y DAPSA son los índices que los pacientes lograron mayor remisión que en comparación con otros índices. Éstos dos índices parecen ser menos estrictos que el resto de escalas y no incluyen piel; y se limitan al manejo articular y la funcionalidad del paciente.

El tratamiento de los dominios que forman parte de la PsA pueden no responder conjuntamente con un solo tratamiento, por ejemplo, en el caso de iniciar un tratamiento para la artritis cuando la actividad cutánea no está controlada o viceversa, por lo que hay diferentes implicaciones para cada dominio dependiendo de la actividad en el momento. Sin embargo, en este trabajo también se relacionó cada uno de los índices en relación con el tratamiento de los pacientes, encontrando que la mayoría de los pacientes estaban en tratamiento con FARME siendo el más frecuente el metotrexate y tuvo el mayor porcentaje de remisión según los criterios de actividad mínima de la enfermedad, seguido del RAPID 3, no se puede comparar porque al momento no hay estudios que comparen el tratamiento en relación a todos los índices

para valorar actividad de la enfermedad. Se demostró que los pacientes con alta actividad son los que tiene tratamiento combinados entre ellos el uso de biológicos.

La importancia de éstos índices radica en valorar conjuntamente al paciente en el momento de la consulta, sin embargo, no todos son aplicables en la práctica clínica cotidiana por el tiempo de llenado de los cuestionarios, especialmente el PASDAS que incluye todos los dominios centrales: piel, calidad de vida, reactantes de fase aguda, entesitis, dactilitis y la funcionalidad del paciente, por lo que a pesar de ser un índice de evaluación completo, no se alcanzó la remisión con éste índice. Por lo que se recomienda el uso de DAPSA, RAPID3, o los criterios para actividad mínima de la enfermedad que son los que tienen parámetros más accesibles al momento de la consulta, ya que no evalúan el dominio de piel ni de funcionalidad física del paciente, ni entesitis, ni dactilitis ya que estos datos pueden estar sobreestimado tanto por el paciente como por el médico evaluador. La ventaja es que estos índices principalmente RAPID 3 no requiere de reactantes de fase aguda. De acuerdo al estudio de *Salaffi et al, 2014* analizó 6 diferentes índices compuestos (CPDAI, DAPSA, PASDAS, DAS 28-PCR) de los cuales todos tenían buena capacidad de discriminación, sin embargo, DAPSA y DAS 28-PCR tenían mejor correlación para alcanzar la actividad mínima de la enfermedad y CPDAI fue menos discriminativo que el resto de índices, por lo que se concluye que todos tiene buena capacidad de discriminación para valorar la remisión de la enfermedad. En otro estudio de *Acosta Felquer et al, 2014* en el que se compara 6 índices de actividad (CPDAI, PASE, DAPSA, SDAI, DAS 28 y CDAI) se demostró que el CPDAI tiene menos correlación para actividad de la enfermedad, todos tuvieron buena correlación siendo el mejor DAS 28 por la facilidad de uso de acuerdo a sus variables.

Hasta el momento, no hay muchos estudios que comparen el tratamiento biológico con la remisión y actividad mínima la gran mayoría como el estudio IMPACT, ADEPT, bioTRAC comparan variables aisladas de la enfermedad con los medicamentos, sólo el estudio de *Philph et al, 2014* que compara el tratamiento de la corte de GO-REVEAL (Golimumab) con los 4 diferentes índices compuestos (Actividad mínima de la enfermedad (AMD), CPDAI, DAPSA y DAS 28) de los cuales concluyen que PASDAS y AMD son mejores en distinguir los diferentes grupos de tratamiento.

Dentro de los estudios de comparación de los índices con FARMES está el estudio de TICOPA en el que se analizó PASDAS y LOPAS II analizó DAPSA de los cuales ámbos índices tienen buena correlación con la enfermedad así como también lo describe *Coates et al, 2018* en el que RAPID 3 es comparable con el resto de índices teniendo buena correlación para remisión y actividad mínima de la enfermedad como lo demostró nuestro trabajo.

CONCLUSIONES

La detección y el tratamiento oportuno de los diferentes dominios de la PsA es un reto en el que debe participar un equipo multidisciplinario, así como varias especialidades. En la actualidad, hay diferentes índices clinimétricos para evaluar la actividad de la enfermedad, sin embargo, aún no hay uno definitivamente validado para el uso rutinario en la consulta. En nuestro estudio se determinó que el 69% de los pacientes con PsA alcanzaron la actividad mínima y remisión de la enfermedad.

Dentro de los índices clinimétricos analizados se observó que tanto RAPID 3 como DAPSA tiene buena correlación con la actividad de la enfermedad, así como para el tratamiento por lo que se propone estos dos índices para la práctica diaria en pacientes con Artritis Psoriásica de la clínica de espondiloartropatías del hospital General de México.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gelfand J. Metabolic Syndrome in patients with Psoriatic Disease. *J Rheumatol Suppl.* 2012; 89: 24-28.
2. Gladman D, Ang M, Su L, Tom B, Schentag C, Farewell V. Cardiovascular morbidity in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009; 68(7): 1131-5.
3. Gülkan S, Yazisiz H, Behlül A, Asli Y, Borlu F, Yazisiz V. Prevalence of metabolic syndrome and degree of cardiovascular disease risk in patients with Psoriatic Arthritis. *Eur J Rheumatol.* 2017; 4: 40-5.
4. Pehlevan S, Yetkin D, Bahadir C, Goktay F, Pehlevan Y, Kayatas K, et al. Increased prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriatic arthritis. *Metab Syndr Relat Disord.* 2014; 12: 43-8.
5. Haroon M, Bin A, Fitzgerald O. Higher prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriatic arthritis: a comparison with a control group of noninflammatory rheumatologic conditions. *J Rheumatol.* 2016; 43: 463-64.
6. Sharma A, Gopalakrishnan D, Kumar R, Vijayvergiya, Dogra S. Metabolic síndrome in psoriatic arthritis patients: a cross-sectional study. *International Journal of Rheumatic Diseases.* 2013; 16: 667-73.
7. Srikanthan K, Feyh A, Visweshwar H, Shapiro J, Sodhi K. Systematic Review of Metabolic Syndrome Biomarkers: A panel for Early Detection, Management, and Risk Stratification in the West Virginian Population. *Int J Med Sci.* 2016; 13(1): 25-38.
8. Kaur J. A Comprehensive Review on Metabolic Syndrome. *Cardiology Research and Parctice.* 2014; ID 943162.
9. Aguilar C, Rojas R, Gómez F, Valles V, Rios J, Franco A, Olaiz G, Rull J, Sepulveda J. High prevalence of metabolic síndrome in Mexico. *Arch Med Res.* 2004; 35: 76-81.
10. Lorenzo C, Okoloise M, Williams K, Stern M, Haffner S. The metabolic syndrome as predictor of type 2 diabetes: the San Antonio Heart Study. *Diabetes Care.* 2003; 26: 3153-3159.
11. Cornier M, Dabelea D, Hernandez T, Lindstrom R, Steig A, Stob N, Van Pelt R. The Metabolic Syndrome. *Endocrine Reviews.* 2008; 29(7): 777-822.

12. Lusic A, Attie A, Reue K. Metabolic síndrome: from epidemiology to systems biology. *Nature reviews*. 2008; 9: 819 – 828.
13. Amherd-Hoekstra A, Naher H, Lorenz H, Enk Ah. Psoriatic arthritis: a review. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010; 8(5): 332-9.
14. Jung-Tai L, Horng-Ming Y, Shyun-Yeu L, Kow-Tong C. Psoriatic arthritis: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *World J Orthop*. 2014; 5(4):537-543.
15. Gladman D, Farewell V, Kopciuk H, Cook R. HLA antigens and progression in psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 1998; 25: 730-733.
16. Ritchlin C, Colbert R, Gladman D. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med*. 2017; 376: 957-70.
17. Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Kaloudi O, Bertoni M, Cassara E. Psoriatic Arthritis: a systematic review. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2010; 13: 300-317.
18. Eder L, Haddad A, Rosen C, Lee K, Chandran V, Cook R, Gladman D. The incidence and risk factors for psoriatic arthritis in patients with psoriasis. *Arthritis & Rheumatology*. 2016; 68(4): 915-923.
19. Wollina U, Unger L, Heinig B, Kittners T. Psoriatic arthritis. *Dermatologic Therapy*. 2010; 23: 123-136.
20. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006; 54(8):2665-73.
21. Wohlrab J (ed): Psoriasisarthritis: in *Trends Clin Exp Dermatol*, Aachen Shaker, 2005, vol 5.
22. López A, Láiz A. Psoriatic Arthritis: An Update, *Dermatology*. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2014; 105 (10): 913-922.
23. Craciun L, Craciun P, Buicu F. Prevalence of Metabolic Syndrome in Psoriatic Arthritis and Rheumatoid Arthritis. *Acta Medica Marisiensis*. 2014; 60(5): 196-199.
24. Raychaudhuri S, Chatterjee S, Nguyen C, Kaur M, Jialal I. Increased Prevalence of the Metabolic Syndrome in Patients with Psoriatic Arthritis. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*. 2010; 8(4): 331-34.

25. Batkaeva N. Korotaeva T. Batkaev E. High prevalence of metabolic disorders and obesity in psoriatic arthritis compared to psoriasis alone. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2017; 76(2): 1334.
26. Queiro R. Cañete J. Montilla C. Minimal disease activity and impact of disease in psoriatic arthritis: a Spanish cross-sectional multicenter study. *Arthritis Research & Therapy*. 2017; 72(19): 2-8.
27. Costa L. Caso F. Ramonda R. Cantarini L. Metabolic syndrome and its relationship with the achievement of minimal disease activity state in psoriatic arthritis patients. *Immunol Res*. 2014; published online: 14 november 2014. [DOI 10.1007/s12026-014-8595-z].

ANEXOS

ANEXO 1

	IDF (Obesidad +>2)	AHA (>3)	NCEP ATP III (>3)	OMS (RI + DM +>2)	EGIR (Hiperinsulinemia +>2)	AACE (IG o GAA +>1)
Obesidad	IMC >30 o CC de acuerdo a cortes por etnia y género	CC > 101cm en hombres y 88cm en mujeres	CC > 101cm en hombres y 88cm en mujeres	RCC > 0.9 en hombres y > 0.85 en mujeres o IMC >30	CC > 94cm en hombres y >80cm en mujeres	IMC > 25
Hipertrigliceridemia	TG > 150mg/dl o en tratamiento para hipertrigliceridemia	TG en ayuno > 150mg/dl o en tratamiento	TG > 150mg/dl o en tratamiento	TG >150mg/dl	TG > 177mg/dl	TG > 150mg/dl
HDL bajo	HDL <40mg/dl en hombres y < 50mg/dl en mujeres o en tratamiento	HDL <40mg/dl en hombres y < 50mg/dl en mujeres o en tratamiento	HDL <40mg/dl en hombres y < 50mg/dl en mujeres o en tratamiento	HDL < 35mg/dl en hombres y < 39 en mujeres	HDL < 39mg/dl	HDL < 40mg/dl en hombres y < 50 en mujeres
Hipertensión	PAS > 130 o PAD > 85mm/Hg o en tratamiento	TA > 130/85 o en tratamiento para hipertensión	PAS > 130 o PAD > 85mm/Hg o en tratamiento	TA > 140/90mmHg	TA > 140/90 mmHg o con medicación para hipertensión	TA > 130/85mmHg
Hiperglucemia	Glucosa sérica en ayuno > 100mg/dl o DM2 ya diagnosticada	Glucosa en ayuno mayor a 100mg/dl o en tratamiento para hiperglucemia	Glucosa en ayuno mayor a 100mg/dl o en tratamiento para hiperglucemia	Resistencia a la insulina demostrada	Resistencia a la insulina demostrada (Insulina plasmática arriba del percentil 75)	IG o GAA pero NO diabetes
Otros				albuminuria > 20mcg/min o relación albumina:creatinina > 30mg/g		Otros datos de resistencia a la insulina

IDF- International Diabetes Federation, AHA- American Heart Association, NCEP ATP III- National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III, WHO World Health Organization, EGIR- European Group for the Study of Insulin Resistance, AACE- American Association of Clinical Endocrinologists, IMC- Indice de Masa Corporal, CC- Circunferencia de cadera, RCC- Relación Cintura Cadera, TG- Triglicéridos, HDL- Lípidos de alta densidad, PAS- Presión arterial sistólica, PAD- Presión arterial diastólica, TA- Tensión arterial, RI- Resistencia a la insulina, GAA- Glucosa alterada en ayuno (>100 y < 125mg/dl), IG- Intolerancia a la glucosa (>140 y <199mg/dl a las 2 hrs de una carga de 75mg de glucosa anhidra)

ANEXO 2

Criterios de clasificación para APs (CASPAR) 2005.

<p>El paciente debe presentar enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal, entesítica) con 3 o más puntos en cualquiera de las 5 categorías siguientes:</p>
<p>Psoriasis actual, en la piel o cuero cabelludo y diagnosticado por un dermatólogo o reumatólogo (2 puntos). Historia personal o familiar (1o ó 2o grado) de psoriasis (1 punto).</p>
<p>Psoriasis ungueal, onicolisis, pitting o hiperqueratosis observada en la exploración actual (1 pto).</p>
<p>Test negativo para el factor reumatoide determinado por cualquier método excepto por látex. Es preferible mediante ELISA o nefelometría y los valores serán los del laboratorio local de referencia (1 punto).</p>
<p>Dactilitis actual o previa diagnosticada por un reumatólogo (1 punto)</p>
<p>Evidencia radiográfica de neoformación ósea yuxtaarticular cerca de los márgenes de la articulación. Se trata de una osificación mal definida (excluidos osteofitos) observada en radiografías simples de las manos o los pies (1 punto).</p>

ANEXO 3

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

PARTE A – SINDROME METABOLICO

Ficha de Identificación:

Nombre:		Expediente:	
FN (dd/mm/aaaa):		Edad (años cumplidos):	
Estado de procedencia:			

Antecedentes de importancia:

Enfermedad	SI	NO	FECHA DE DX	TRATAMIENTO
Diabetes Mellitus				
Hipertensión arterial				
Dislipidemia				
Infarto del miocardio				
Evento cerebrovascular				
Artritis reumatoide				

	SI	NO	EDAD DE INICIO	EDAD DE SUSPENSION	No CIGARROS/DIA
Tabaquismo					

Factores de riesgo cardiovascular y Síndrome Metabólico:

Variables clínicas:

Peso (Kg)	
-----------	--

Talla (mts)	
IMC	
TA (mmHg)	
Perímetro de cintura (cm)	

Variables bioquímicas:

Glucosa en ayuno (mg/dl)	
HbA1c (%)	
Colesterol total (mg/dl)	
Trigliceridos (mg/dl)	
HDL (nm/dl)	
LDL (nm/dl)	
Acido urico (mg/dl)	
Creatinina serica (mg/dl)	
Depuracion de Cr calculada (ml/min/m ² sc)	

ANEXO 4

PARTE B – ARTRITIS PSORIÁSICA

Registro de pacientes con Artritis Psoriasisica.

Nombre:	Expediente:
Fecha de 1ra consulta:	Fecha Actual:

Edad	.	.
Sexo	F	M

Fecha de nacimiento	D	M	A

Fecha de inicio y diagnóstico de la enfermedad

Fecha de inicio de la Psoriasis	D	.	.	M	.	.	A	.	.
Fecha de inicio de la Artritis	D			M			A		

Fecha de Dx de la Psoriasis	D			M			A		
Fecha de Dx de la Artritis	D			M			A		

Antecedentes familiares	Psoriasis	Si	No	APsor	Si	No	Otra SpA	Si	No
Familiar afectado	1 er grado	Si	No	2do grado	Si	No	Desconoce	Si	No

Comorbilidad:	SI	NO	Año de Dx
Diabetes mellitus			
Hipertensión arterial sistémica			
Obesidad			
Hipercolesterolemia			
Hipertrigliceridemia			
Hiperuricemia			
Síndrome Metabólico			

Síntomas articulares y extra articulares	Primeros 6 meses		12 meses después	
Dolor o inflamación articular	SI	NO	SI	NO
Dolor lumbar inflamatorio	SI	NO	SI	NO
Dolor cervical inflamatorio	SI	NO	SI	NO
Dolor glúteo alternante	SI	NO	SI	NO
Dolor talón empeine o plantas	SI	NO	SI	NO
Uveítis anterior aguda	SI	NO	SI	NO
Dactilitis	SI	NO	SI	NO

Patrón predominante de la enfermedad	Primeros 6 meses		12 meses después	
	SI	NO	SI	NO
Oligoarticular				
Poliarticular				
Axial				
Entesis				
Interfalangicas distales				
Mutilante				
Dactilitis				

Tipo de Psoriasis: (marque con una X)

Gota	Vulgar	Pustular grave	Palmo-plantar	Eritrodermia Psoriasica	Ungueal

SCORE de PASI

		PASI			
		Cabeza 10%	Extremidades superiores 20%	Tronco 30%	Extremidades inferiores 40%
1	Enrojecimiento				
2	Engrosamiento				
3	Escama				
4	Total suma (1+2+3)				
5	Area afectada (%)				
6	Area Score				
7	Area weights	0,1	0,2	0,3	0,4
8	Total multiplica (4*6*7)				
PASI (suma el 8 horizontal)					

PASI:

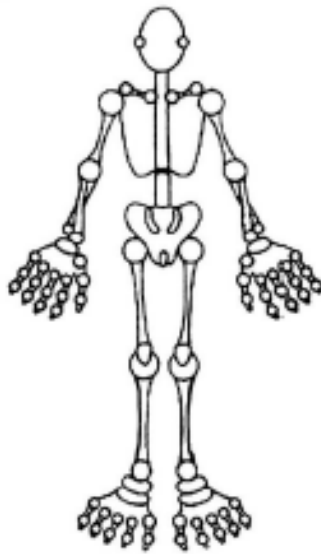
Área (%)	Puntaje
0	0
<10	1
10-29	2
30-49	3
50-69	4
70-89	5
90-100	6

Severidad	Puntaje
Ninguno	0
Leve	1
Moderado	2
Severo	3
Muy severo	4

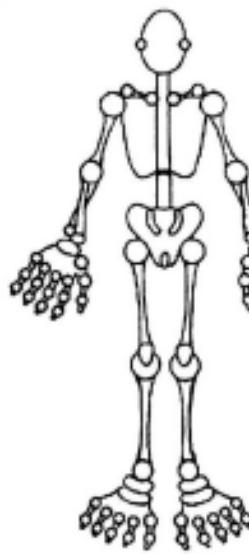
Examen físico: Peso: _____ kg. 2. Talla: _____ cm. TA: _____ FC: _____ Temp: _____

Cuenta Articular: (Anotar en el cuadro el numero articulaciones afectadas)

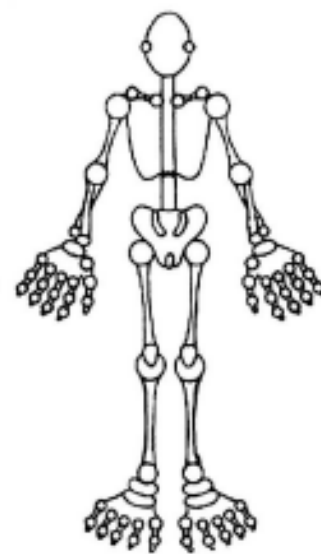
DOLOR



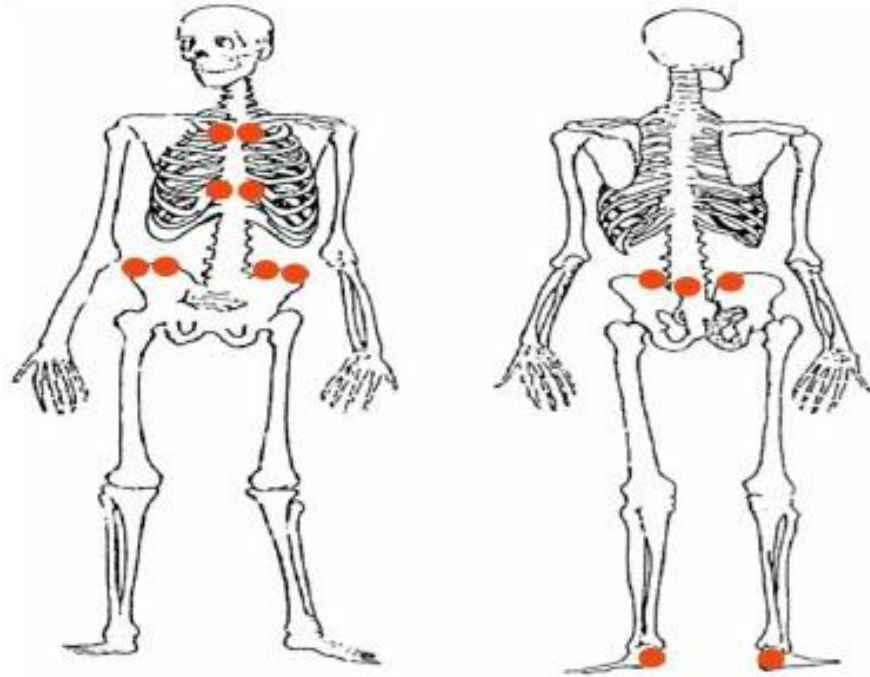
INFLAMACION



LIMITACION



Entesis hipersensibles: (Marque el sitio de la entesis con dolor a la palpación)



Dactilitis:

Historia SI: _____ NO: _____ Actual: SI _____ NO: _____

Dedo afectado por historia: (1ro, 2do, 3ro, 4 to ó 5 to)

Mano derecha: _____ Mano izquierda: _____

Pie derecho: _____ Pie izquierdo: _____

Dedo afectado actualmente:

Mano derecha: _____ Mano izquierda: _____

Pie derecho: _____ Pie Izquierdo: _____

Elaboró: _____ fecha: _____

Exámenes de laboratorio: ___//___//___

<i>Hemoglobina</i>	<i>Resultados</i>
<i>Leucocitos</i>	
<i>Linfocitos</i>	
<i>Plaquetas</i>	
<i>VSG</i>	
<i>Proteína C reactiva</i>	
<i>HLA- B27</i>	
<i>Ácido úrico</i>	
<i>Colesterol</i>	
<i>Glucosa</i>	
<i>Triglicéridos</i>	

7. Manifestaciones extrarticulares:

No:

<i>Tipo</i>	<i>Uveítis</i>	<i>Peircarditis</i>	<i>Amiloidosis</i>	<i>Inf. intestinal</i>	<i>Fiebre</i>
<i>Si</i>					
<i>Fecha</i>					

8. Tratamiento actual:

<i>Fármaco</i>	<i>Nombre</i>	<i>Fecha de inicio</i>	<i>Dosis</i>
<i>Tópico</i>			
<i>FARME</i>			
<i>AINEs</i>			
<i>ESTEROIDE</i>			
<i>Anti TNF</i>			
<i>ANTI IL17</i>			
<i>OTROS</i>			

***LA CALIFICACION GLOBAL DE LA ARTRITIS PSORIASICA POR EL PACIENTE**

1. POR FAVOR PONGA UNA CRUZ EN EL NUMERO QUE MEJOR REPRESENTA: ¿QUE TANTO LE AFECTO LA ENFERMEDAD SU BIENESTAR GENERAL DURANTE LA SEMANA PASADA?

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

NADA

MUY SEVERAMENTE

MARQUE CON UNA X SOBRE LA ESCALA, PARA INDICAR EL GRADO DEL DOLOR EN LAS ARTICULACIONES Y / O ESPALDA QUE HA TENIDO POR SU ENFERMEDAD, EN LA ULTIMA SEMANA

1. ¿ QUE TANTO DE DOLOR HA TENIDO EN LAS ARTICULACIONES O EN LA ESPALDA EN LA ULTIMA SEMANA?.

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

NADA

DOLOR
INSOPORTABLE

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Versión Española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Batlle-Gualda, A. Reig y Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española

Durante la <u>última semana</u> , ¿ha sido usted capaz de...		Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse y abarse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7) Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17) Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DLQI Questionario

- | | | | | | |
|-----|---|---------------------------------------|--|--------------|--------------------------|
| 1. | Durante la última semana, ¿ha sentido picazón, dolor o ardor en la piel o la ha tenido dolorida ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 2. | Durante la última semana, ¿se ha sentido avergonzado/a o cohibido/a debido a su piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 3. | Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las compras u ocuparse de la casa o el jardín ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la ropa que lleva? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad social o recreativa ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar deportes debido a su condición de la piel? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel trabajar o estudiar ? | Sí
No | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| | Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el trabajo o en sus estudios ? | Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | | |
| 8. | Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su pareja, amigos íntimos o familiares ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su vida sexual ? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su tratamiento de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa? | Muchísimo
Mucho
Un poco
Nada | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | Sin relación | <input type="checkbox"/> |

BASDAI

Por favor, marque con una X el recuadro que representa su respuesta (ejemplo 10)
 Todas las preguntas se refieren a **la última semana**.

1. ¿Cómo describiría el grado global de fatiga / cansancio que ha experimentado?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ausente muy intensa

2. ¿Cómo describiría el grado global de dolor en **cuello, espalda o caderas** debido a su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ausente muy intenso

3. ¿Cómo describiría el grado global de dolor-hinchazón en **otras articulaciones fuera de** cuello, espalda o caderas?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ausente muy intenso

4. ¿Cómo describiría el grado global de malestar que ha tenido en zonas dolorosas al tacto o a la presión?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ausente muy intenso

5. ¿Cómo describiría el grado global de rigidez matutina que ha tenido al despertar?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 ausente muy intensa

6. ¿Cuánto tiempo dura su rigidez matutina tras despertarse?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 0 horas 1 hora 2 horas o más

ASQoL
Cuestionario

1. Mi estado de salud me impide ir a algunos sitios Sí No
2. A veces tengo ganas de llorar Sí No
3. Tengo dificultad para vestirme Sí No
4. Tengo que hacer un esfuerzo para realizar tareas en casa Sí No
5. Me es imposible dormir Sí No
6. No puedo realizar actividades con la familia o amigos Sí No
7. Siempre me siento cansado/a Sí No
8. Tengo que dejar lo que estoy haciendo para descansar Sí No
9. Tengo dolor insoportable Sí No
10. Me lleva mucho tiempo arrancar por la mañana Sí No
11. Soy incapaz de realizar tareas en casa Sí No
12. Me canso fácilmente Sí No
13. Con frecuencia me siento frustrado/a Sí No
14. El dolor siempre está ahí Sí No
15. Me siento un/a perdedor/a Sí No
16. Me cuesta trabajo lavarme el pelo Sí No
17. Mi enfermedad me baja la moral Sí No
18. Me preocupa desmoralizar a la gente de mi alrededor Sí No

Cuestionario SF-36 modificado

Marque (subraye o circule) una sola respuesta para cada una de las preguntas siguientes:

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente; 2 Muy buena; 3 Buena; 4 Regular; 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año; 2 Algo mejor ahora que hace un año; 3 Más o menos igual que hace un año; 4 Algo peor ahora que hace un año; 5 Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal:

3. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

4. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, limpiar el piso, jugar a lanzarse la pelota o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

5. ¿Su salud actual le limita para coger o llevar encima el peso de la jaba de compras en la bodega o tienda?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

6. ¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

7. ¿Su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

8. ¿Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

9. ¿Su salud actual le limita para caminar diez o más cuadras (un kilómetro o más)?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

10. ¿Su salud actual le limita para caminar varias cuadras (de 200 a 900 metros)?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

11. ¿Su salud actual le limita para caminar una sola cuadra (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

12. ¿Su salud actual le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas:

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí; 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí; 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí; 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada; 2 Un poco; 3 Regular; 4 Bastante; 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno; 2 Sí, pero muy poco; 3 Sí, un poco; 4 Sí, moderado; 5 Sí, mucho; 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye el trabajo fuera y dentro de la casa)?

1 Nada; 2 Un poco; 3 Regular; 4 Bastante; 5 Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan abatido que nada podía animarle?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

Anexo 4

Tabla 1. Características clínicas de los 42 pacientes con artritis psoriásica	
Edad, años, \bar{X} (DS)	51.4 ± 18
Femenino, n (%)	25 (60)
Antecedentes de psoriasis, n (%)	(34) 81
Hipercolesterolemia, n (%)	183 ± 43.8
Hipertrigliceridemia, n (%)	19
Obesidad, n (%)	19
IMC, \bar{X} (DS)	29.5 ± 4.6
Hipertensión, n (%)	19
Diabetes Mellitus, n (%)	23
Síndrome metabólico, n (%)	11.9
Numero Art. Dolorosas 68, n (min-max)	1 (0-6)
Numero Art. Inflamadas 66, n (min-max)	0.48 (0-4)
PASI, n (min-max)	3.3 (0-36)
BASDAI, n (min-max)	4 (0-8.3)
SF-36, n (min-max)	61 (10-100)
DLQI, n (min-max)	5 (0-27)
LEI, n (min-max)	1 (0-2)
HAQ, n (min-max)	0.6 (0-3.1)
PCR, n (min-max)	12 (0.5-138)
VSG, n (min-max)	34 (1-145)
EVAD, \bar{X} (DS)	4.1 ± 3.2
EVAG, \bar{X} (DS)	4.9 ± 2.9
Uso de MTX, n (%)	31 (74)
Uso de Leflunomide n (%)	4 (9.5)
Uso de FARMES, n (%)	35 (84)
Uso de Biológicos, n (%)	2 (4)
Anti TNF, n (%)	1 (2)
Uso de Biológicos, n (%)	1 (2)

Anexo 5

Tabla 2. Actividad de la enfermedad por DAPSA en 42 pacientes con PsA	
Remisión n (%)	4 (9.7)
Baja actividad n (%)	23 (55)
Moderada Actividad n (%)	12 (28.5)
Alta actividad n (%)	3 (7)

Anexo 6

Tabla 3. Actividad de la enfermedad por CPDAI en 42 pacientes con PsA	
Remisión n (%)	1 (2.4)
Leve n (%)	7 (16.7)
Moderado n (%)	9 (21.4)
Alta n (%)	25 (59.5)

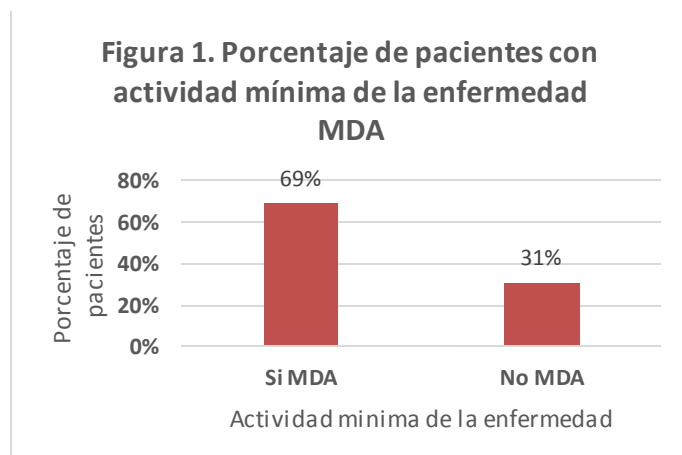
Anexo 7

Tabla 4. Actividad de la enfermedad por PASDAS en 42 pacientes con PsA	
Remisión n (%)	0
Leve n (%)	11 (26)
Moderada n (%)	26 (62)
Alta n (%)	5 (12)

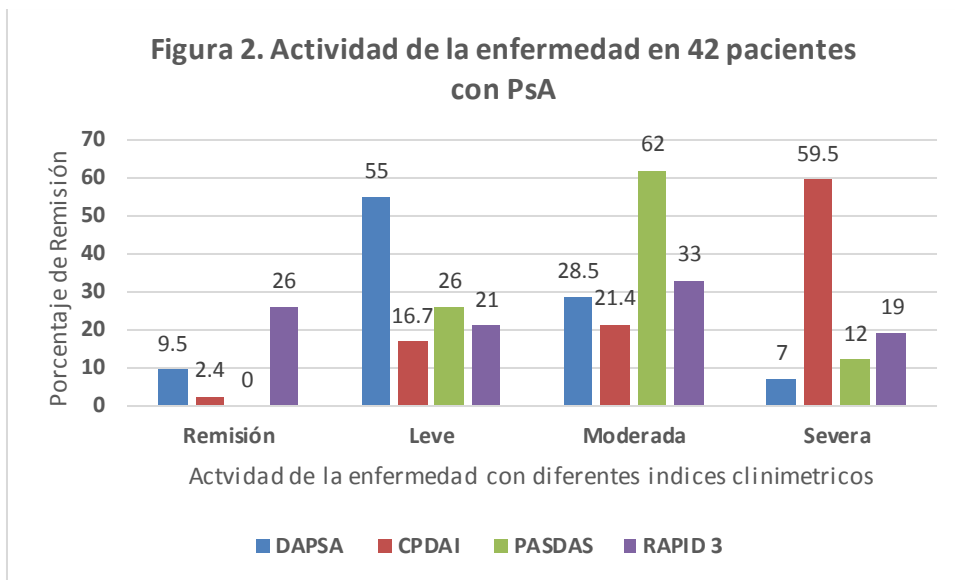
Anexo 8

Tabla 5. Actividad de la enfermedad por RAPID 3 en 42 pacientes con PsA	
Remisión n (%)	11 (26)
Baja n (%)	9 (21)
Moderada n (%)	14 (33)
Alta n (%)	8 (19)

Anexo 9



Anexo 10



ANEXO 11

Tabla 6. Actividad de la enfermedad según DAPSA por tratamiento

	Remisión	Baja	Moderada	Alta
MTX n (%)	3 (10)	15 (50)	10 (33)	2 (6.7)
Leflunomida n (%)	0	1 (25)	2 (50)	1 (25)
Sin FARME n (%)	0	7 (100)	0	0
Biológico n (%)	0	1 (50)	0	1 (50)
Combinado n (%)	0	5 (45)	5 (45)	1 (9)

ANEXO 12

Tabla 7. Actividad de la enfermedad según CPDAI por tratamiento

	Remisión	Baja	Moderada	Alta
MTX n (%)	1 (3.2)	4 (13)	8 (26)	18 (58)
Leflunomida n (%)	0	1 (25)	0	3 (75)
Sin FARME n (%)	0	2 (29)	1 (14)	4 (57)
Biológico n (%)	0	0	0	2 (100)
Combinado n (%)	1 (9)	1 (9)	0	9 (82)

ANEXO 13

Tabla 8. Actividad de la enfermedad según PASDAS por tratamiento

	Remisión	Baja	Moderada	Alta
MTX n (%)	0	8 (26)	19 (61)	4 (13)
Leflunomida n (%)	0	1 (25)	2 (50)	1 (25)

Sin FARME n (%)	0	2 (29)	5 (71)	0
Biológico n (%)	0	0	1 (50)	1 (50)
Combinado n (%)	0	1 (9)	1 (9)	9 (82)

ANEXO 14

Tabla 9. Actividad de la enfermedad según RAPID3 por tratamiento				
	Remisión	Baja	Moderada	Alta
MTX n (%)	9 (29)	5 (16)	12 (39)	5 (16)
Leflunomida n (%)	1 (25)	0	1 (25)	2 (50)
Sin FARME n (%)	1 (14)	4 (57)	1 (14)	1 (14)
Biológico n (%)	0	0	0	2 (100)
Combinado n (%)	2 (18)	0	5 (45)	4 (36)