



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

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN
MULTIDISCIPLINARIA MEDIANTE EL MODELO DE ATENCIÓN CONJUNTA PRESENCIAL EN PACIENTES
CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA

TESIS DE INVESTIGACIÓN
PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MÉDICO SUBESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA

PRESENTA:

DRA. Marlene Zorrillo Choque
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, AGOSTO DE 2020



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, papá, hermanos), 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.

A mi amigo el Dr. Mauricio Rene Murillo Vilches y mi asesor de la tesis Dr. Julio Casasola Vargas, por la oportunidad de trabajar con ellos y brindarme su tiempo, paciencia para guiarme y asesorarme al realizar este proyecto.

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN ESTRUCTURADO | 5 |
| MARCO TEORICO | 6 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 10 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 10 |
| HIPOTESIS | 10 |
| OBJETIVOS | 11 |
| Objetivo general..... | 11 |
| Objetivos específicos | 11 |
| METODOLOGÍA..... | 11 |
| Tipo y diseño de estudio..... | 11 |
| Población | 11 |
| Tamaño de la muestra | 11 |
| Criterios de inclusión | 11 |
| Definición de las variables..... | 12 |
| Procedimiento..... | 16 |
| ANALISIS ESTADISTICO..... | 17 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | 17 |
| ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD | 18 |
| RELEVANCIA Y EXPECTATIVAS | 18 |
| RECURSOS DISPONIBLES (HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS) | 18 |
| RECURSOS NECESARIOS | 18 |
| RESULTADOS..... | 19 |
| DISCUSION | 20 |
| CONCLUSIONES | 23 |
| REFERENCIAS | 23 |
| ANEXOS..... | 27 |

Of. No. DECS/JPO-410-2020
Ciudad de México a 16 de julio del 2020

Dra. Marlene Zorrillo Choque
Servicio de Reumatología
PRESENTE

Hacemos de su conocimiento que con esta fecha el Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes dictaminó la última versión de su Protocolo Titulado: **Caracterización clínica de los pacientes atendidos en la clínica de atención multidisciplinaria mediante el modelo de atención conjunta presencial en pacientes con psoriasis y artritis psoriasica**, (265-051/20) como:

APROBADO

En caso de que su protocolo tenga el dictamen de aprobado cuenta con el siguiente número de registro:

DECS/JPO-CT-410-2020

En el caso de que su protocolo tenga dictamen de **CONDICIONADO A CORRECCIONES**, éste **NO** cuenta con número de registro y debe realizar las correcciones que se enlistan en los puntos que integran la tabla adjunta a este documento para su consideración y en su caso, aprobación definitiva y asignación de número de registro. Si su protocolo tiene dictamen de **RECHAZADO**, este ya no podrá ser evaluado por este comité y no se le asignará ningún número de registro.

Deberá entregar la respuesta a las **CORRECCIONES** en un tiempo de 15 a 30 días vía correo electrónico y de forma impresa, a partir de la fecha de este oficio. Cabe mencionar que de no entregarlo como se indica, no será revisado por el **Comité de Evaluación de Protocolos de Investigación de Médicos Residentes** y su protocolo será cancelado.

Si su protocolo tiene dictamen de **APROBADO**, haga caso omiso de las indicaciones anteriores, ya que el mismo cuenta con número de registro. Así mismo deberá entregar por escrito el avance del protocolo cada **3 meses** a partir de la fecha en que fue aprobado y hasta obtener resultado de acuerdo a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, de la Secretaría de Salud. **De no presentar los avances o resultados del proyecto, la Dirección de Educación y Capacitación en Salud se reserva el derecho de cancelar el registro del protocolo hasta la entrega de los mismos**

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE


Dra. Rocío Natalia Gómez López

Jefa de Posgrado
Presidenta del Comité

Ccp. - Acuse
ccgr



DIRECCIÓN DE
EDUCACIÓN Y
CAPACITACIÓN EN SALUD
www.ssa.gob.mx

Dr. Rafael Gál
Colonia Doctores
Ciudad de México, CDMX

Tel: (55) 5624 2000
Com: (55) 5624 2000



2020
LEONORA VICARIO

RESUMEN ESTRUCTURADO

Antecedentes. La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad multiorgánica, crónica y progresiva, potencialmente grave, diagnóstico temprano es crítico ya que 40 a 60% de los pacientes tienen daño articular dentro del primer año de aparición de la enfermedad, el retraso en el Diagnóstico de APs conduce a daño articular y discapacidad dada la propensión a la aparición temprana de enfermedad destructiva.

Objetivos. Describir las características clínicas, imagenológicas y de laboratorio de los pacientes de la clínica de atención multidisciplinaria de Psoriasis y APs.

Métodos. Se realizará un estudio de corte transversal, descriptivo, observacional y exploratorio. Se incluirán pacientes que acuden a la consulta de atención multidisciplinaria con diagnóstico de APs Se aplicara la hoja de registro de datos, así como el instrumento de registro para caracterizar las variables clínicas y bioquímicas de los pacientes con artritis psoriásica. Se realizó una base de datos en la que se incluyeron parámetros demográficos (edad y genero). Se realizó la clasificación de artritis psoriásica 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. Se utilizó prueba T para muestras independientes y X^2 para variables categóricas. Un valor de $p < 0.05$ se considerará estadísticamente significativo (IC 95%).

Resultado: Se incluyeron un total de 176 pacientes que acudieron a la consulta de atención multidisciplinaria en el Hospital General de México en el periodo comprendido de mayo 2019 a marzo 2020, De los 176 pacientes con psoriasis, el 13,6% se diagnosticaron con artritis psoriásica

Conclusiones: El presente estudio refleja la prevalencia estimada de APS en pacientes con psoriasis de la clínica de atención multidisciplinaria.

Palabras clave: Artritis Psoriásica, tratamiento multidisciplinario.

MARCO TEORICO

1. ANTECEDENTES

La psoriasis es un trastorno inflamatorio sistémico que afecta 1–3% de la población. Estimaciones recientes sugieren que la artritis psoriásica (APs) ocurre en hasta el 30% de las personas con psoriasis (1). La APs es una enfermedad multiorgánica, crónica y progresiva, potencialmente grave, el diagnóstico temprano es crítico ya que el daño articular se presenta en el 40 a 60% de los pacientes dentro del primer año, por lo que se requiere una evaluación clínica correcta desde la primera visita y de forma indefinida. (2)

Los individuos con APs tienen síntomas y signos de inflamación articular, entesítica o vertebral. En 1973 Wright y Moll describieron cinco patrones clínicos de artritis psoriásica de acuerdo al número de articulaciones afectadas: 1. Oligoartritis asimétrica (22%); 2. Poliartritis simétrica (36%); 3. Predominio articular interfalángico distal (IFD) (26%); 4. Predominio de espondiloartritis (8.1%); 5. Artritis destructiva (mutilante) (1.8%). (3)

La presentación clínica de la APs suele ser diversa no solo con las articulaciones afectadas, sino también con las uñas, tendones y ligamentos. La inflamación en la inserción de tendones o ligamentos, conocida como entesitis, los sitios más comunes incluyen el tendón de Aquiles, la fascia plantar y las inserciones ligamentosas alrededor de los huesos pélvicos. Las erosiones articulares son un hallazgo que se presenta comúnmente al inicio de la enfermedad y son un dato clave para el diagnóstico temprano. (4)

La radiografía convencional continúa siendo el estudio de imagen más frecuentemente utilizado para diagnóstico de APs. Los datos que se valoran en la radiografía articular es la combinación osteodestructiva y cambios osteoproliferativos, estos últimos se observan como osificaciones mal definidas alrededor de la articulación. "Otras características radiográficas incluyen estrechamiento del espacio articular y deformidades de "lápiz en copa", así como subluxaciones articulares o anquilosis interfalángica. La radiografía tiene un valor pronóstico, Aunque se usa para monitoreo a largo plazo de daño articular, es menos sensible para detectar erosiones que la TAC (tomografía computarizada), IRM (resonancia magnética). (5)

El diagnóstico y tratamiento precoz es fundamental para prevenir el daño articular y una futura discapacidad. Un diagnóstico temprano evita exámenes innecesarios, elude tratamientos de riesgo, disminuye los costos, reduce el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente. (6)

En el estudio de Haroon M, del 2015, se analizó una cohorte de 283 pacientes en el Hospital Universitario de Vincent, en Dublín, todos con diagnóstico confirmado de APs, según el criterio CASPAR (Criterios de la Clasificación de Artritis psoriásica), con una duración media de la enfermedad de > 10 años. Los pacientes fueron clasificados como consultores tempranos o tardíos, dependiendo si fueron vistos por un reumatólogo dentro o más allá de los 6 meses del inicio de los síntomas. Se realizó un modelo de regresión logística univariado donde se encontró que los consultores tardíos presentaron significativamente más erosiones (OR 4.58, $p \leq 0.001$), osteólisis (OR 3.6, $p = 0.01$), sacroileítis (OR 2.28, $p = 0.01$), artritis mutilante (OR 10.6, $p = 0.02$), articulaciones deformadas (OR 2.28, $p = 0.002$), mayor número de articulaciones deformadas (OR 1.06, $p = 0.006$), menor logro de remisión libre de drogas (OR 0.42, $p = 0.01$) y peor discapacidad funcional, como lo reflejan los puntajes HAQ (OR 2.17, $p = 0.003$). Los autores concluyen que los consultores tardíos presentan mayor daño articular y peor función física. (7)

Se estima que entre un 10-29% de los individuos con psoriasis visitados en las consultas de dermatología podrían padecer APs, y que esta no es sospechada por el dermatólogo. En otro estudio del grupo de Haroon M, que se realizó con 100 pacientes con diagnóstico de Psoriasis, que acudieron a la clínica dermatología, y posteriormente fueron evaluados por reumatología, se encontró que el 29% presentaba datos clínicos de APs por los criterios de CASPAR (anexo 4), por lo que concluyen que se debe incluir la evaluación reumatológica en el abordaje del paciente con psoriasis. (8)

Por otra parte, es frecuente que en la consulta de reumatología se preste poca o nula atención a la afectación cutánea del individuo, a pesar de que esta pueda tener un gran impacto en la salud física y psíquica del paciente, especialmente si no se establece un tratamiento adecuado. (9)

Esta visión más amplia y compleja de la enfermedad ha empujado de forma progresiva a aumentar la colaboración entre los principales especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento de estos enfermos. Se convocó un grupo de expertos para las recomendaciones *European League Against Rheumatism* (EULAR) de 2012, el comité de expertos estaba formado por 28 reumatólogos, dos pacientes, un especialista en enfermedades infecciosas, un dermatólogo, uno fisioterapeuta y dos becarios de reumatología. Los miembros de este grupo de trabajo provenían de catorce países europeos y de EE. UU, el proceso llevó a la conclusión de cinco principios generales donde se destaca que “La artritis psoriásica es una enfermedad heterogénea y potencialmente grave, que requieren tratamiento multidisciplinario “y diez recomendaciones sobre el manejo de drogas y estrategias de tratamiento, estas declaraciones se basaron en literatura revisiones sistémica, pero también sobre la opinión de expertos. (10)

Se realizó un estudio por Queiro R. sobre modelos de atención multidisciplinario en individuos con APs en España, fue un estudio cualitativo mediante entrevistas estructuradas a 24 profesionales (doce reumatólogos y doce dermatólogos que realizan atención multidisciplinar en pacientes con APs). Este proyecto se desarrolló en distintas fases que incluyen: una reunión de grupo nominal de expertos, una revisión sistemática de la literatura y finalmente el desarrollo de entrevistas estructuradas telefónicas. Se recogieron datos relacionados con el centro, servicio, población atendida y sobre el modelo de atención multidisciplinaria, se analizaron doce modelos de atención multidisciplinar en APs, implantados desde hace al menos 1-2 años, que globalmente pueden resumirse en tres subtipos diferentes. (11)

Modelos de atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica:

Atención conjunta presencial

En el modelo de atención conjunta presencial, los dos especialistas están físicamente en la misma consulta y atienden al paciente en el mismo acto médico. Todas las consultas cuentan al menos con un dermatólogo y un reumatólogo titulares, básicamente se trata de consultas de alta resolución. En relación con los criterios de entrada (derivación) y salida de los pacientes, estos están restringidos a los servicios de reumatología y dermatología. El número de pacientes vistos, así como el tiempo que se dedica a cada uno es variable, de 20 hasta 40

min por paciente. Este modelo presencial se postula como el modelo a seguir (si se ajusta a las características y necesidades del centro y/o de los profesionales).

Atención conjunta paralela.

En estos modelos, las consultas de dermatología y reumatología son independientes, pero están físicamente muy próximas. Los dos especialistas en distintas salas, preferiblemente contiguas, pasando consulta a la vez (área de reumatología o dermatología u otra). En aquellos casos que se estime oportuno los ven juntos.

Circuitos preferenciales

En este modelo, cada especialista sigue su consulta habitual en su zona correspondiente, con sus agendas habituales. En este tipo de consultas no se dispone de una cadencia o tiempo de visita en concreto. La diferencia fundamental con la práctica clínica habitual es que los dos especialistas están alineados, formados en la APs, con sus criterios de derivación, y pueden realizar una consulta/atención multidisciplinaria rápida, a demanda, puntual y eficiente cuando se precise. (11)

En el 2013 en la publicación Luelmo J., describe la experiencia en el periodo de cuatro años del funcionamiento de la unidad multidisciplinaria (2009-2012) con el modelo atención conjunta presencial como resultado informaron la visita de 184 pacientes, el 45% (83/184) de los individuos fueron diagnosticados de APs , 18% con artritis inflamatoria no psoriásica (gota, conectivopatías y artritis reumatoide) , 37% con enfermedad no inflamatoria ,en el 32% de casos hubo algún cambio en el diagnóstico y en un 47% cambios en el tratamiento. Los autores concluyen que este modelo ha permitido una mejoría importante en el manejo de los pacientes con psoriasis, facilitando el diagnóstico precoz de la APs y posibilitando su tratamiento oportuno. (12).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- La APs es un padecimiento crónico, progresivo y discapacitante.
- La escasa o nula experiencia en hospitales mexicanos sobre el abordaje de la APs mediante los modelos de atención multidisciplinar da como resultado el retraso en el diagnóstico y con lleva una progresión del daño articular y discapacidad funcional.

JUSTIFICACIÓN

La caracterización de los pacientes de la clínica de manejo multidisciplinario de APs, permitirá contar con un registro adecuado de las condiciones clínicas, imagenológicas y de laboratorio cada individuo, de esta forma realizar estimaciones para la integración de tratamientos.

Una estadística de los pacientes de la clínica permitirá contar con datos de comorbilidades asociadas y realizar estudios de incidencia y prevalencia de complicaciones.

HIPOTESIS

La caracterización clínica de los pacientes en la consulta de manejo multidisciplinario de psoriasis permitirá ampliar la tasa de diagnóstico de APs en un 30% de los pacientes.

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir las características clínicas, imagenológicas y de laboratorio de los pacientes de la clínica de atención multidisciplinaria de Psoriasis y APs.

Objetivos específicos

- Determinar una frecuencia de afectación articular en pacientes con psoriasis.
- Establecer una frecuencia de las diferentes formas de presentación clínica de APs.
- Describir las comorbilidades en pacientes con APs y su manejo terapéutico específico.

METODOLOGÍA

Tipo y diseño de estudio

Estudio de corte transversal, descriptivo, observacional y exploratorio.

Población

Universo: Pacientes que acuden a la clínica de atención de manejo multidisciplinaria

Tamaño de la muestra

Se incluirá a todos los pacientes que acudan a la clínica de manejo multidisciplinario, el cálculo muestral será a conveniencia.

Criterios de inclusión

- Individuos con diagnóstico de psoriasis
- Mayores de 18 años.
- Individuos que firman la hoja de consentimiento informado

Definición de las variables

Para evaluar las características sociodemográficas de la población, se utilizó el instrumento de registro de datos diseñado para este protocolo de investigación (Anexo 1) 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.

Tabla 1. **Operacionalización de las variables**

| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | DEFINICIÓN OPERACIONAL | UNIDAD DE MEDIDA |
|---------------------------------|-----------------------|---|-----------------------|
| Edad | Cuantitativa continua | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento | Años |
| Sexo | Cualitativa nominal | Condición orgánica, hombre o mujer | 1= hombre, 2=mujer |
| Diabetes Mellitus | Cualitativa nominal | Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia: Glicemia en ayunas >126 mg/dl Glicemia > 200 mg/dl dos horas después de una carga de glucosa de 75 gr de glucosa Glucemia al azar de 200 mg/dl HbA1c > 6.5% | 1= Sí, 2= No |
| Hipertensión arterial sistémica | Cualitativa nominal | Enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias mayor de >140/90 | 1= Sí, 2= No |

| | | | |
|---------------------|-----------------------|--|----------------|
| Dislipidemia | Cualitativa nominal | Condición clínica caracterizada por alteración de los niveles de lípidos en la sangre colesterol mayor de 200 mg/d triglicéridos mayor a 150 mg/dl | 1= Sí, 2= No |
| Artritis reumatoide | 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 |
| Tabaquismo | Cualitativa nominal | Práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades | 1= Sí, 2= No |
| Peso | Cuantitativa continua | Fuerza de gravedad que actúa sobre el cuerpo del sujeto sobre un punto de apoyo | Kilogramos |
| Talla | Cuantitativa continua | Longitud del cuerpo del sujeto | Metros |
| IMC | 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 | 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 | Cuantitativa discreta | Nivel sérico de glucosa medido posterior a un ayuno mínimo de 6 horas | mg/dl |
| Hemoglobina glicosilada (HbA1c) | 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 |
| Ácido úrico | Cuantitativa continua | Concentración sérica de ácido úrico | mg/dl |
| Creatinina sérica | Cuantitativa continua | Concentración sérica de creatinina | mg/dl |
| Velocidad de sedimentación globular (VSG) | Cuantitativa continua | Reactante de fase aguda | mm/hr |
| Proteína C reactiva (PCR) | 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 | 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 | Cualitativa nominal | Uso actual de un fármaco tipo sulfasalazina, bajo prescripción de un reumatólogo | 1= Sí, 2= No |
| Uso de leflunomida | Cualitativa nominal | Uso actual de leflunomida, bajo prescripción de un reumatólogo | 1= Sí, 2= No |

| | | | |
|---|---------------------|--|--------------|
| Uso de infliximab | Cualitativa nominal | Uso actual de infliximab, bajo prescripción de un reumatólogo | 1= Sí, 2= No |
| Uso de adalimumab | Cualitativa nominal | Uso actual de adalimumab, bajo prescripción de un reumatólogo | 1= Sí, 2= No |
| Uso de etanercept | Cualitativa nominal | Uso actual de etanercept, bajo prescripción de un reumatólogo | 1= Sí, 2= No |
| Uso de AINES (antiinflamatorios no esteroideos) | 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 | Cualitativa nominal | Contar con un familiar de primer, segundo o tercer grado con el diagnóstico de psoriasis | 1= Sí, 2= No |
| Entesopatía | Cualitativa nominal | Presencia de datos clínicos correspondientes a entesitis y registrados en el expediente clínico | 1= Sí, 2= No |
| Afección ungueal | Cualitativa nominal | Presencia de onicolisis, hiperqueratosis, paroniquis, decoloración, deformación o alteración de la matriz ungueal asociado a psoriasis | 1= Sí, 2= No |
| Dactilitis | 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 | Cualitativa nominal | Predominio asimétrico con afección de <5 articulaciones de acuerdo con los criterios de Moll and Wright | 1= Sí, 2= No |

| | | | |
|---|---------------------|--|---|
| Tipo poliarticular simétrica | Cualitativa nominal | Predominio simétrico con afección de >5 articulaciones de acuerdo con los criterios de Moll and Wright | 1= Sí, 2= No |
| Artritis interfalángica distal | 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 | 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 | Cualitativa nominal | Subtipo con afección de la columna vertebral y articulaciones sacroilíacas | 1= Sí, 2= No |
| Artritis Psoriásica | 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 | Cualitativa nominal | Enfermedad dérmica clasificable como: gota, vulgar, pustular grave, palmo-plantar, eritrodermia psoriásica y ungueal | 1= gota, 2= pustular grave, 3= palmo-plantar, 4= eritrodermia-psoriásica, 5=ungueal |
| Manifestaciones extraarticulares de artritis psoriásica | 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) | 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 |
| PASE | Cuantitativa Continua | instrumentos para tamizaje de artritis psoriásica, El puntaje mínimo es de 15 puntos y el máximo de 75. Se determinó como punto de corte 44 puntos | Valor numérico |
| ToPAS | Cuantitativa Continua | herramienta de tamizaje de artritis psoriásica para pacientes con psoriasis, con un punto de corte de 8, tiene una sensibilidad del 86,8% y una especificidad del 93,1%. | Valor numérico |
| Síndrome metabólico | Dependiente | conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol (HDL), elevación de las concentraciones de triglicéridos, aumento de la presión arterial (PA) y la hiperglucemia. | 1= Sí, 2= No |

Procedimiento

La clínica de atención multidisciplinaria de pacientes con APs brinda atención desde el mes de mayo de 2019, captando a los pacientes que acuden a la unidad de dermatología y reumatología.

Todo paciente que acuda a la consulta por psoriasis que refiera :1) síntomas musculoesqueléticos que puede considerarse como APs. 2) dudas o modificaciones en el tratamiento por: falta de eficacia o seguridad. 3) Otras manifestaciones extraarticulares de la APs. Se realiza la derivación a la clínica multidisciplinaria, realizándose valoración clínica: examen físico dermatológico y reumatológico

Examen reumatológico: Se realizará el conteo de número de articulaciones dolorosas e inflamadas y examinará las manifestaciones extraarticulares como dactilitis, entesitis, uveítis, pericarditis. Se verificará los datos de laboratorios y radiografías actuales, posteriormente se valora el tratamiento tópico y sistémico. Se aplicará la hoja de registro, así como el instrumento de registro para caracterizar las variables clínicas y bioquímicas de los pacientes con artritis psoriásica (Anexo 1) Se realizó una base de datos en la que se incluyeron parámetros demográficos (edad y género), antropométricos (peso y talla), antecedentes de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, eventos isquémicos cardíacos y cerebrales, incluyendo el año de inicio. Se realizó la clasificación de artritis psoriásica en base a los criterios de CASPAR (anexo 4) 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.

Se realizará la descripción de las características clínicas y de laboratorio de los pacientes que acudan a la clínica durante el periodo mayo del 2019 a marzo del 2020, se recabará la información en una base de datos de Excel, la cual contiene las variables mencionadas en la (Anexo 2).

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizará estadística descriptiva para el análisis de variables cuantitativas, utilizando medidas de tendencia central como medias, mediana, así como medidas de dispersión para algunos valores de laboratorio como desviación estándar. Se utilizará el paquete estadístico SPSS versión 24 para el procesamiento informático de los datos

ASPECTOS ÉTICOS Y DE BIOSEGURIDAD

Este proyecto de investigación retrospectiva titulado “Caracterización clínica de los pacientes atendidos en la clínica de atención multidisciplinaria mediante el modelo de atención conjunta presencial en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica” cumple con los aspectos éticos de privacidad y confidencialidad del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987. Para este estudio, no existe conflicto de interés por parte de los investigadores.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 176 pacientes que acudieron a la consulta de atención multidisciplinaria en el Hospital General de México en el periodo comprendido de mayo 2019 a marzo 2020, de los cuales ninguno fue excluido.

De los 176 pacientes incluidos en el estudio, 54% (95) corresponden al sexo masculino, las comorbilidades más frecuentes fueron síndrome metabólico 21.6%(38), hipertensión arterial 10.2%(18), cuentan con antecedentes familiares de psoriasis 84.7% (149) de los individuos estudiados y artritis psoriásica en 1.7%(3). La forma clínica más frecuente en el grupo de estudio fue la psoriasis en placa en 81.8%(144) , psoriasis en gota en 4.0%(7), psoriasis con afección ungueal en 22.7%(40). Tabla 1 de anexo 5

De los 176 pacientes con psoriasis, el 13,6% (24) se diagnosticaron con artritis psoriásica, se hizo un sub análisis, en el que el 70.8% (17) corresponden al sexo femenino, con una edad media 54 años (± 16.1), las comorbilidades más frecuente fueron, hipertensión arterial 37.5% (9), diabetes mellitus 16.7%(4). El curso y patrones clínicos más frecuentes fueron dolor e inflamación 50 % (12) , poliarticular 50%(12), registrándose en los primeros seis meses de evolución, contaban con antecedente familiar de artritis psoriásica 4.2%(1), En nuestro estudio, las lesiones cutáneas de psoriasis precedieron a APs en 87.5%(21) de los pacientes y en 8.3% (2) la APs precedieron a las lesiones de piel , mientras que en 4.1 % (1) ocurrieron simultáneamente, el tiempo medio de evolución desde las manifestaciones cutáneas de psoriasis hasta la artritis psoriásica fue de diez años , la forma de psoriasis más frecuente fue de psoriasis en placa 95.8%(23), los resultados de laboratorio analizados muestran la media Glucosa 107 (de ± 21.4), colesterol 178(de ± 29.6), TGL 154 (de ± 94), ácido úrico 6.2 (2.6-9.1), VSG 19.9(3-75), PCR 10.7(2-51) , en el examen físico de la primera visita un 66.7% presentaban dolor articular, solo un 4.2%(1) inflamación , la única manifestación extraarticular que presentaron fue dactilitis 8.3%(2). Tabla 2 de Anexo 5

De los 24 pacientes el promedio de HAQ al momento del estudio fue 0.3, la media de la EVG 2.9, EVD 3.8, BASDAI 3.9, el ASQoL 6.5, el SHORT-36 fue 52.1. De estos pacientes, el 87.5%

usan FARMES como tratamiento base, de los cuales el más frecuente el Metotrexato (70.8%) y como terapia combinada FARME, la frecuencia fue de 16.6 % Tabla 3 de Anexo 5

DISCUSIÓN

En la clínica de atención multidisciplinaria del Hospital General de México, la prevalencia reportada en nuestro estudio de pacientes con Artritis Psoriásica fue del 13.6%. La frecuencia de la Artritis Psoriásica en diferentes regiones de Latinoamérica fue reportada en el estudio RESPONDIA (registro Iberoamericano de espondiloartritis), donde se reporta una prevalencia de 18% (13), siendo Argentina el país con el mayor número de pacientes con APs (60.2% de los pacientes con Psoriasis). En México, la cifra reportada es del <15 %. (14) y ocupó el tercer lugar de las espondiloartritis, a pesar de estos datos desconocemos aún la incidencia y prevalencia exacta de la enfermedad. (14)

El tipo clínico y / o morfológico más común de psoriasis en nuestros pacientes con APs , fue la psoriasis en placa, observada en el 95.8% de los pacientes, seguido por el de invertida en el 4% y el patrón más común de APs fue la poliartritis, observada en 50% de los casos, oligoartritis asimétrica en el 12.5%, afectación IFD en 4.2% comparados con el estudio de Yang Q, et al.(15) que fue observacional, transversal, de 1928 pacientes con psoriasis, y, al igual que en nuestro estudio, informaron que la psoriasis en placa es la manifestación más común, que varía del 72% al 92%; la poliartritis (48,2%) fue el patrón de manifestación más frecuente, seguida de la espondilitis (26,8%), oligoartritis (19,6%) y artritis interfalángica distal (DIP) (5,4%).

Los resultados de nuestro estudio indican que la condición comórbida principal en APs, fue la hipertensión (37.5%), seguidas por dislipidemias, diabetes mellitus. En el estudio Husted et al. (16), también informan que la condición comórbida más prevalente fue la hipertensión con una prevalencia estimada del 37,1%, obesidad, hiperlipidemia y diabetes mellitus tipo 2 fue 30.0%, este hallazgo sugiere que la carga aditiva de la enfermedad articular inflamatoria crónica puede explicar la mayor prevalencia de hipertensión observada en la APs, La razón de esto no está

clara. Sin embargo, los pacientes con otras enfermedades inflamatorias de las articulaciones, como la AR y el lupus eritematoso sistémico, también muestran tasas más altas de hipertensión. Se desconoce si esto refleja el efecto del proceso inflamatorio sobre la vasculatura.

En Algunos estudios muestran que los pacientes con APs tienen psoriasis más severa, como el estudio realizado por Yang Q, et al. (15) donde los pacientes con APs tenían una enfermedad de la piel más grave (PASI medio 9.7 vs. 6.0), en comparación con los pacientes sin APs. La mediana de PASI de nuestro grupo de estudio fue 9.3, existe una controversia sobre la relación entre la gravedad de las lesiones cutáneas y la APs.

En nuestro estudio, el tiempo medio de evolución desde las manifestaciones cutáneas de psoriasis hasta la artritis psoriásica fue de 10 años. Observaciones similares se han hecho en el estudio de Carubbi F, et al., donde la APs es relativamente rara (80% frente a 20%) después de 10 años de aparición de lesiones cutáneas, esto puede deberse al hecho de que los pacientes con psoriasis de larga data con varios agentes inmunosupresores modificadores de la enfermedad no muestran manifestaciones articulares (17)

Una proporción significativa de pacientes con APs en nuestro estudio tenían hiperuricemia asintomática (57%) y dislipidemia (67%). En el estudio de González-Gay MA, et al. (18) mostraron una correlación significativa entre la concentración sérica de ácido úrico y la aterosclerosis subclínica en pacientes con APs sin clínica de enfermedad cardiovascular (ECV) evidente o factores de riesgo CV clásicos. Los pacientes con APs con hiperuricemia (n = 6 [11.5%]) tuvieron mayor grosor de la pared de la íntima carotídea (IMT) (media +/- desviación estándar: 0.89 +/- 0.20 mm) que aquellos sin hiperuricemia. Este hallazgo puede apoyar un papel potencial del riesgo de cardiopatía isquémica y muerte por ECV.

En el estudio retrospectivo de Sakellariou GT, et al, (19) se evaluó la efectividad de la adición de leflunomida en once pacientes con APs con manifestaciones articulares que no respondieron a la monoterapia con metotrexato. Ocho de ellos, todos con actividad moderada de la enfermedad (DAS28 <5.1) al inicio del estudio, toleraron la combinación. Se observó una

mejora estadísticamente significativa del DAS28 media, basada en la velocidad de sedimentación globular (VSG) y sus variables, y la proteína C reactiva (PCR) a las 12-16 semanas después de la adición de leflunomida, siete tuvieron una respuesta moderada, dos pacientes alcanzaron una baja actividad de la enfermedad y uno no respondió. Los resultados indican que la adición de leflunomida puede servir como una modalidad terapéutica alternativa para pacientes con APs que no respondieron después de la terapia inicial con metotrexato. En nuestro estudio solo 8.3% de los pacientes utiliza terapia combinada (metotrexato y leflunomida), y un 54 % tiene el metotrexato como monoterapia.

CONCLUSIONES

El presente estudio refleja la prevalencia estimada de APS en pacientes con psoriasis de la clínica de atención multidisciplinaria.

Nuestro estudio fue una descripción de datos clínicos y de laboratorio en un periodo de diez meses, y solo se tomó en cuenta a individuos que acuden al Hospital General de México. Para mejorar las cifras de prevalencia se requiere obtener datos de varios centros que atiendan pacientes con Psoriasis y programas de prevención de complicaciones en pacientes con el diagnóstico.

El seguimiento longitudinal de un gran número de pacientes nos proporcionará más información sobre el patrón cambiante de PsA y la relación entre el sitio y el tipo de afectación de la piel con enfermedad articular.

REFERENCIAS

1. Gelfand JM. Metabolic Syndrome in patients with Psoriatic Disease. *J Rheumatol Suppl.* 2012; 89: 24-28.
2. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, Ashcroft DM. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis: A systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol.* 2013;133(2):377-85.
3. Moll JMH, Wright V. Familial occurrence of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1973;32(3):181-201.
4. Cunha JS, Qureshi AA, Reginato AM. Management of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in a Multidisciplinary Rheumatology/Dermatology Clinic. *Fed Pract.* 2015;32(12):14S-20S.
5. Mochizuki T, Ikari K, Okazaki K. Delayed Diagnosis of Psoriatic Arthritis Mutilans due to Arthritis Prior to Skin Lesion. *Case Rep Rheumatol.* 2018; 2018:4216938.
6. Tillett W, Lin CY, Okazaki, Zbrozek A, Sprabery AT, Birt J. A Threshold of Meaning for Work Disability Improvement in Psoriatic Arthritis Measured by the Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire. *Rheumatol Ther.* 2019;6(3):379-391.
7. Haroon M, Gallagher P, FitzGerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional results in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(6):1045-50.
8. Haroon M, Kirby B, FitzGerald O. High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires. *Ann Rheum Dis.* 2013 ;72(5):736-40.
9. Ritchlin CT, Colbert RA, Gladman DD. Psoriatic arthritis. *N Engl J Med.* 2017; 376(10):957–970.
10. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S, Schett G, Sieper J, Dougados M, et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of

- psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis*. 2016; 75(3):499-510.
11. Queiro R, Coto P, Rodríguez J, Notario J, Navío Marco T, de la Cueva P, et al. Multidisciplinary Care Models for Patients With Psoriatic Arthritis. *Reumatol Clin*. 2017; 13(2):85-90.
 12. Luelmo J, Gratacos J, Moreno Martinez-Losa M, Ribera M, Romani J, Calvet J, et al. A report of 4 years of experience of a multidisciplinary unit of psoriasis and psoriatic arthritis. *Reumatol Clin*. 2014; 10(3):141–6.
 13. Vázquez-Mellado J, Font P, Muñoz E, Estévez C. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): ¿ qué es , cómo surgió , quiénes somos y qué hacemos ? Metodología general. *Reumatol Clin*. 2008; 4 (4):17–22.
 14. Casasola-Vargas JC, Flores-Alvarado DE, Huerta-Sil G, Bernard-Medina AG. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): México. *Reumatol Clin*. 2008; 4 (4):56–62
 15. Yang Q, Qu L, Tian H, Hu Y, Peng J, Yu X, et al. Prevalence and characteristics of psoriatic arthritis in Chinese patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2011;25;1409-14
 16. Husted JA, Thavaneswaran A, et al. Cardiovascular and other comorbidities in patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with psoriasis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Dec;63(12):1729-35
 17. Carubbi F, Chimenti MS ,et al. Association of psoriasis and/or psoriatic arthritis with autoimmune diseases: the experience of two Italian integrated Dermatology/Rheumatology outpatient clinics . *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Nov;29(11):2160-8.
 18. Gonzalez-Gay MA, Gonzalez-Juanatey C, et al. Asymptomatic hyperuricemia and serum uric acid concentration correlate with subclinical atherosclerosis in psoriatic arthritis patients without clinically evident cardiovascular disease. 2009 ;39(3):157-62
 19. Sakellariou GT, et al. Leflunomide addition in patients with articular manifestations of psoriatic arthritis resistant to methotrexate. *Rheumatol Int*. 2013 ;33(11):2917-20

ANEXOS

Anexo 1

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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/m2sc) | |

Anexo 2

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 | SI | NO | SI | NO |
| Axial | SI | NO | SI | NO |
| Entesis | SI | NO | SI | NO |
| Interfalangicas distales | SI | NO | SI | NO |
| Mutilante | SI | NO | SI | NO |
| Dactilitis | SI | NO | SI | NO |

Tipo de Psoriasis: (marque con una X)

| Gota | Vulgar | Pustular grave | Palmo-plantar | Eritrodermia Psoriasica | Ungueal |
|------|--------|----------------|---------------|-------------------------|---------|
| | | | | | |

SCORE DE PASSI

| Plaque characteristic | Lesion score | Head | Upper Limbs | Trunk | Lower Limbs |
|---|----------------------------|------|-------------|-------|-------------|
| Erythema | 0 = None 1 = Slight | | | | |
| Induration/Thickness | 2 = Moderate 3 = Severe | | | | |
| Scaling | 4 = Very severe | | | | |
| Add together each of the 3 scores for each body region to give 4 separate sums (A). | | | | | |
| Lesion Score Sum (A) | | | | | |

| Percentage area affected | Area score | Head | Upper Limbs | Trunk | Lower Limbs |
|--|---|-------|-------------|-------|-------------|
| Area Score (B) <i>Degree of involvement as a percentage for each body region affected (score each region with score between 0-6)</i> | 0 = 0% 1 = 1% - 9% 2 = 10% - 29% 3 = 30% - 49% 4 = 50% - 69% 5 = 70% - 89% 6 = 90% - 100% | | | | |
| Multiply Lesion Score Sum (A) by Area Score (B), for each body region, to give 4 individual subtotals (C). | | | | | |
| Subtotals (C) | | | | | |
| Multiply each of the Subtotals (C) by amount of body surface area represented by that region, i.e. x 0.1 for head, x 0.2 for upper body, x 0.3 for trunk, and x 0.4 for lower limbs. | | | | | |
| Body Surface Area | | x 0.1 | x 0.2 | x 0.3 | x 0.4 |
| Totals (D) | | | | | |
| Add together each of the scores for each body region to give the final PASI Score. | | | | | |

PASI Score =

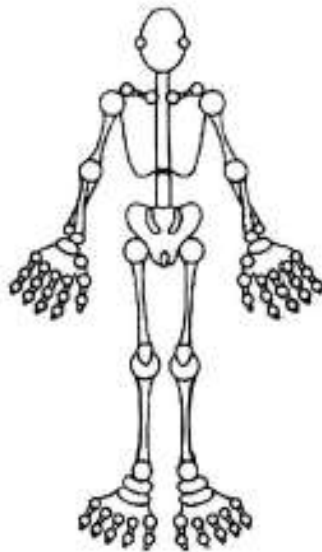
| Área (%) | Puntaje |
|----------|---------|
| 0 | 0 |
| <10 | 1 |
| 10-29 | 2 |
| 30-49 | 3 |
| 50-69 | 4 |
| 70-89 | 5 |
| 90-100 | 6 |

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

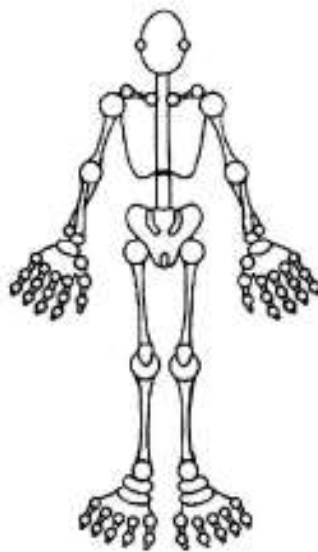
Examen físico: Peso: _____ kg. 2. Talla: _____ cm. TA: _____ FC: _____ Temp: _____

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

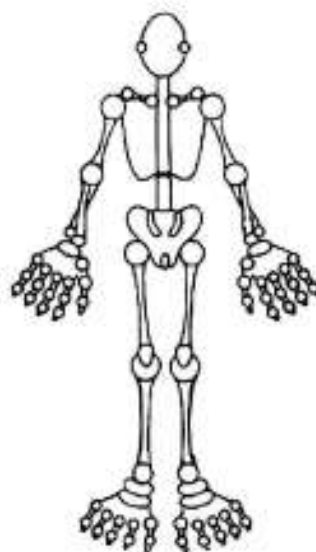
DOLOR



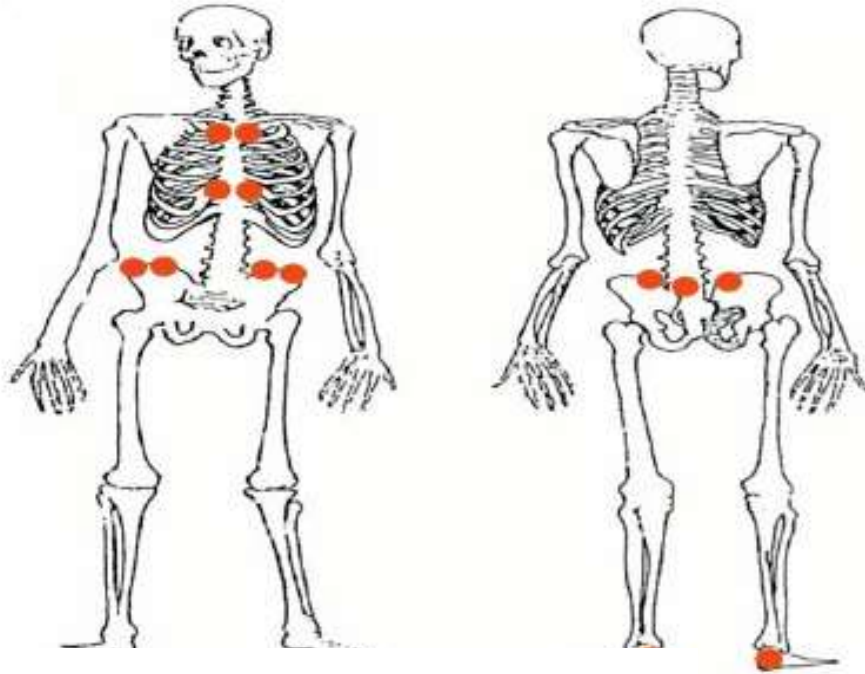
INFLAMACION



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 asearse | 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 CUESTIONARIO

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|--------------|--------------------------|
| 1. Durante la última semana, ¿ha sentido picaazón , 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"/> |

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

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 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

CUESTIONARIO DE SATISFACCION DEL PACIENTE (LIKER)

Califique de 10 (excelente) a 0 (muy malo) la atención general en conjunto con dermatología y reumatología en cada visita

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

Como califica el manejo en conjunto entre reumatólogo y dermatólogo comparado con el manejo general

Mucho mejor mejor igual peor mucho peor

La calidad de información dada en la consulta conjunta es

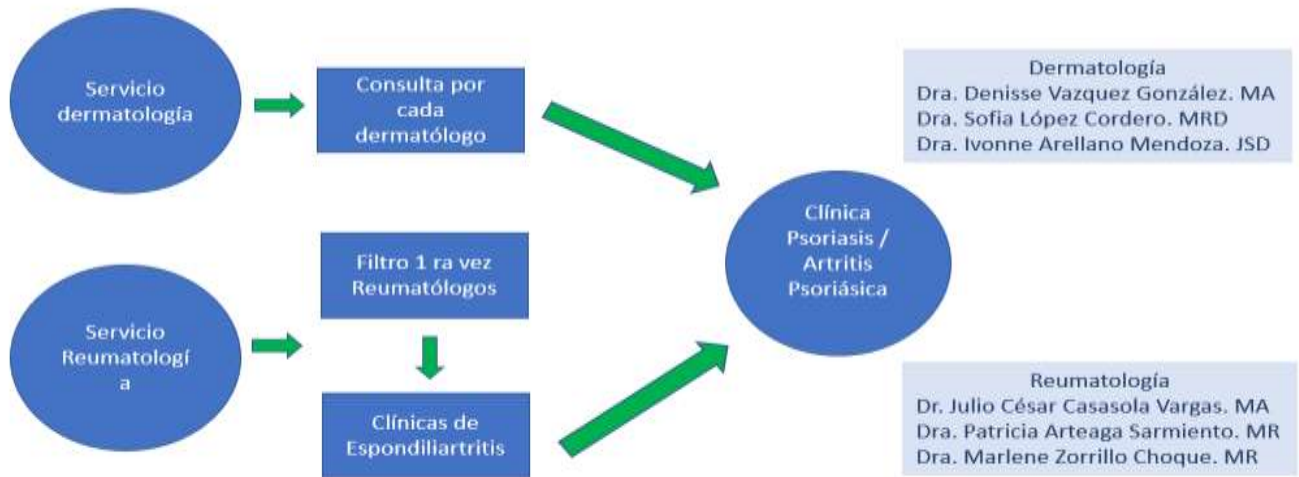
Muy buena buena normal mala muy mala

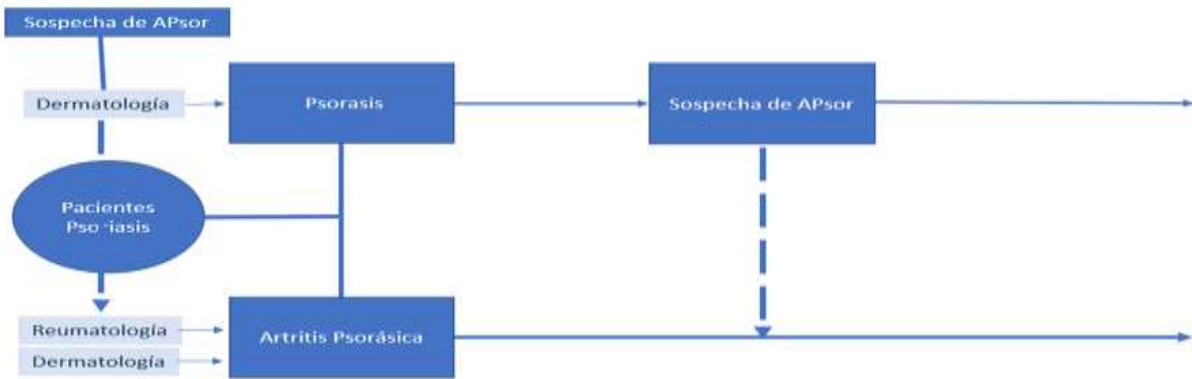
La enfermedad se ha controlado mejor con el manejo conjunto

SI NO

Anexo 3

ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA HOSPITAL GENERAL DE MEXICO CLÍNICA PSORIASIS





Esquema referencia inicial a clínica de atención integral

Anexo 4

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN APs CASPAR (2005)

| |
|--|
| El paciente debe presentar enfermedad inflamatoria articular (periférica, espinal, entesítica) con 3 o más puntos en cualquiera de las 5 categorías siguientes: |
| 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). |
| Psoriasis ungueal, onicolisis, pitting o hiperqueratosis observada en la exploración actual (1 pto). |
| 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). |
| Dactilitis actual o previa diagnosticada por un reumatólogo (1 punto) |
| 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). |

Anexo 5

Tabla 1 Características demográficas y clínicas de los pacientes con psoriasis

| Variable | n | % |
|---|----------|----------|
| Mediciones Sociodemográficas | | |
| <i>Masculino</i> | 95 | 54 |
| <i>Femenino</i> | 81 | 46 |
| Antecedentes y comorbilidades | | |
| <i>Síndrome metabólico</i> | 38 | 21.6 |
| <i>Hipertensión arterial</i> | 18 | 10.2 |
| <i>Obesidad</i> | 14 | 8 |
| <i>Diabetes mellitus tipo 2</i> | 11 | 6.2 |
| <i>Dislipidemia</i> | 7 | 4 |
| <i>Hiperuricemia</i> | 6 | 3.4 |
| <i>Familiar con psoriasis</i> | 149 | 84.7 |
| <i>Grado familiar (1er grado)</i> | 14 | 8 |
| <i>Familiar con artritis psoriásica</i> | 3 | 1.7 |
| <i>Grado familiar (1er grado)</i> | 2 | 1.1 |
| Formas clínicas | | |
| <i>Placas</i> | 144 | 81.8 |
| <i>Gotas</i> | 7 | 4.0 |
| <i>Piel cabelluda</i> | 7 | 4.0 |
| <i>Palmo-plantar</i> | 6 | 3.4 |
| <i>Eritrodérmica</i> | 5 | 2.8 |
| <i>Placas y gotas</i> | 3 | 1.7 |
| <i>Invertida</i> | 2 | 1.1 |
| <i>Ungueal</i> | 1 | 0.6 |
| <i>Placas e invertida</i> | 1 | 0.6 |
| <i>Afección ungueal</i> | 40 | 22.7 |

Tamaño de la muestra 176 pacientes. Los datos son presentados como, porcentajes (%), numero(n)

Tabla 2. Características demográficas y clínicas de los pacientes con APs

| Variable | n | % | Mínimo | Máximo | Media | Desv. |
|--------------------------------------|----------|----------|---------------|---------------|--------------|--------------|
| Mediciones Sociodemográficas | | | | | | |
| Masculino | 7 | 29.2 | | | | |
| Femenino | 17 | 70.8 | | | | |
| Edad | | | 23 | 86 | 54.1 | + 16.1 |
| Medición antropométrica | | | | | | |
| Peso en kg | | | 52 | 98 | 71.1 | ±11.8 |
| Antecedentes y comorbilidades | | | | | | |
| Hipertensión arterial | 9 | 37.5 | | | | |
| Diabetes mellitus | 4 | 16.7 | | | | |
| Obesidad | 4 | 16.7 | | | | |
| Dislipidemia | 5 | 2.8 | | | | |
| Tiempo de evolución de AP,(años) | | | .56 | 31.8 | 10.9 | ±10.8 |
| Tiempo de evolución de APs,años | | | -13 | 264 | 49.0 | ±75.7 |
| Patrones clínicos | | | | | | |
| Predominio axial | 3 | 12.5 | | | | |
| Dactilitis | 2 | 8.3 | | | | |
| Poliarticular | 12 | 50 | | | | |
| Oligoarticular | 3 | 12.5 | | | | |
| Interfalángica distal | 1 | 4.2 | | | | |
| Dolor /inflamación articular | 12 | 50 | | | | |
| Dolor lumbar | 2 | 8.3 | | | | |
| Factores Clínicas | | | | | | |
| Psoriasis en placa | 23 | 95.85 | | | | |
| Psoriasis invertida | 1 | 4.2 | | | | |
| Articulaciones dolorosas | 16 | 66.7 | | | | |
| Articulaciones inflamadas | 1 | 4.2 | | | | |
| Articulaciones limitadas | 1 | 4.2 | | | | |
| entesis | 1 | 4.2 | | | | |
| dactilitis | 2 | 8.3 | | | | |
| Parámetros de laboratorio | | | | | | |
| Hgb,(g/dL) | | | 12.9 | 16.7 | 14.6 | ±1.1 |
| Leucocitos, (mm ³) | | | 4.0 | 16.3 | 6.8 | ±2.6 |
| Linfocitos, (mm ³) | | | 1.1 | 600.0 | 28.9 | ±127.5 |
| Plaquetas, (µl) | | | 148 | 451 | 238.6 | ±70.3 |
| VSG, (mm/1 hora) | | | 3 | 75 | 19.9 | ± 21.1 |
| PCR, (mg/dl) | | | 2 | 51 | 10.7 | ± 13.1 |
| Colesterol, (mg/dl) | | | 125 | 236 | 177.9 | ±29.6 |
| Glucosa, (mg/dl) | | | 81 | 153 | 107.1 | ±21.4 |
| Triglicéridos, (mg/dl) | | | 62 | 485 | 153.7 | ±93.6 |
| Ácido úrico, (mg/dl) | | | 2.6 | 9.1 | 6.2 | ± 1.7 |

Tamaño de la muestra 24 pacientes. Los datos son presentados como, porcentajes (%) PCR: Proteína C reactiva, VSG: velocidad de sedimentación globular,

Tabla 3. tratamiento e instrumentos clínicos en pacientes con APs.

| <i>Variables</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> | <i>Media</i> |
|----------------------------------|----------|----------|---------------|---------------|--------------|
| Monoterapia | | | | | |
| <i>Metotrexato</i> | 4 | 16.7 | | | |
| <i>AINE</i> | 1 | 4.2 | | | |
| <i>Tópico</i> | 1 | 4.2 | | | |
| <i>Biológico</i> | 1 | 4.2 | | | |
| Terapia combinada FARME | | | | | |
| <i>Metotrexate+leflunomida</i> | 2 | 8.3 | | | |
| <i>Metotrexate+sulfazalacina</i> | 2 | 8.3 | | | |
| FARME y otro medicamento | | | | | |
| <i>Metotrexate+AINE+topico</i> | 2 | 8.3 | | | |
| <i>Metotrexate+AINE</i> | 4 | 16.7 | | | |
| <i>Metotrexate+topico</i> | 2 | 8.3 | | | |
| <i>Leflunomida+AINE</i> | 1 | 4.2 | | | |
| <i>Sulfazalacina+AINE</i> | 1 | 4.2 | | | |
| <i>Metotrexate+prednisona</i> | 2 | 8.3 | | | |
| <i>Leflunomida+prednisona</i> | | | | | |
| Clinimetria | | | | | |
| <i>PASI</i> | | | 0 | 54.0 | 9.3 |
| <i>HAQ</i> | | | 0 | 1.6 | 0.3 |
| <i>BASDAI</i> | | | 0 | 7.0 | 3.9 |
| <i>SF 36</i> | | | 25 | 85 | 52.1 |
| <i>EVAG</i> | | | 0 | 7 | 2.9 |
| <i>EVAD</i> | | | 0 | 8 | 3.8 |
| <i>ASQoL</i> | | | 0 | 15 | 6.5 |

AINE: fármacos antiinflamatorios no esteroideos, FARME: ármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, PASI: *Psoriasis Area and Severy Index*, HAQ: *Health Assessment Questionnaire*, BASDAI: *Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*, SF 36: *The Short Form 36*, EVAD: *escala visual análoga del dolor*, EVAG: *escala visual análoga global*, ASQoL: *Ankylosing Spondylitis Quality of Life questionnaire*.