

Trabajo Fin de Máster

PACIENTES DERIVADOS DESDE
REUMATOLOGÍA A LA CONSULTA DE
ARTRITIS PSORIASICA ENTRE 2016 Y 2018:
UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

PATIENTS REFERRED FROM
RHEUMATOLOGY TO THE PSORIATIC
ARTHRITIS' CONSULTATION BETWEEN 2016
AND 2018: A DESCRIPTIVE STUDY

Autor/es

ELENA CAÑADILLAS SÁNCHEZ

Director/es

PILAR DEL RÍO MARTÍNEZ

Facultad de Medicina / Máster en Iniciación a la Investigación en Medicina

Año 2018-2019

INDICE

Resumen	pag 4
Abstract.....	pag 5
Introducción.....	pag 7
Objetivos.....	Pag 12
Material y métodos.....	pag 13
Resultados.....	pag 15
1. Edad e IMC.....	Pag 15
2. Días de espera.....	pag 16
3. Factores de riesgo cardiovascular.....	pag 16
3.1. Tabaco.....	pag 16
3.2. Alcohol	pag 17
3.3. Actividad física.....	pag 18
3.4. Hipertensión arterial	pag 19
3.5. Diabetes mellitus	pag 21
3.6. Dislipemia.....	pag 21
4. Eventos cardiovasculares.....	pag 22
5. Comorbilidades.....	pag 23
5.1. Uveítis.....	pag 23
5.2. Enfermedad inflamatoria intestinal.....	pag 23
5.3. Hiperuricemia.....	pag 23
5.4. Depresión.....	pag 23
5.5. Discapacidad.....	pag 23
6. Síntoma de derivación.....	pag 24
7. Motivo de derivación.....	pag 25
8. Psoriasis.....	pag 26
9. Artritis.....	pag 27

10. Diagnóstico.....	pag 28
11. Pruebas complementarias.....	pag 29
Discusión.....	pag 30
Conclusión.....	Pag 32
Bibliografía.....	Pag 33
Anexos.....	pag 38

RESUMEN

Introducción: El presente trabajo es un estudio observacional descriptivo retrospectivo a partir de una base de datos española de consultas multidisciplinares Dermatología-Reumatología para la detección y tratamiento de artritis psoriásica (APs) soportada por GRESSER. Los pacientes son derivados de dermatología o de reumatología del área III de Zaragoza.

Objetivos: Estudiar la clínica predominante, comprobar el diagnóstico final y su concordancia y estudiar las diferencias entre sexos según edad, IMC, síntomas, diagnóstico y factores de riesgo cardiovascular.

Metodología: La base de datos consta de 120 pacientes en el período comprendido de junio de 2016 a diciembre de 2018, de los cuales 46 fueron derivados desde el servicio de Reumatología y son en los que se basa nuestro estudio. Las variables reclutadas y analizadas son: motivo y síntoma de derivación, hábitos de vida, comorbilidades, eventos cardiovasculares, presencia de psoriasis y artritis, diagnóstico final y pruebas complementarias solicitadas. Para el estudio de las variables cuantitativas se ha utilizado la media (con contraste de diferencias de medias según sexo e IMC) y la desviación típica (dt) Para el estudio de las variables cualitativas se han utilizado los porcentajes y Chi-Cuadrado. Se ha empleado el programa SPSS.

Resultados: La muestra estaba compuesta por un 30% de hombres y 70% de mujeres con edad media de 47,78 años. Presentaban como factores de riesgo cardiovascular: HTA el 11,36%, diabetes mellitus el 2,27%, fumadores el 31,81%, exfumadores 25%, consumo de alcohol en el 11,36%, dislipemia 40,9% y un IMC \geq 30 en el 25.64%. Ningún paciente tenía antecedentes de eventos cardiovasculares excepto 1 varón con episodio de cardiopatía isquémica. En consideración al síntoma de derivación y el diagnóstico final, el principal motivo de derivación fue duda diagnóstica con sospecha de psoriasis que, en aproximadamente la mitad (47%), resultó ser APs o APs de reciente diagnóstico, lo que indica una fuerte sospecha clínica, con elevada concordancia final.

Conclusión: es fundamental la derivación temprana para diagnóstico precoz de la APs, y detección y manejo de la comorbilidad cardiovascular. En este sentido,

la consulta conjunta de Reumatología-Dermatología constituye una gran herramienta.

Palabras claves: Artritis psoriásica, Reumatología, Riesgo cardiovascular.

ABSTRACT

Introduction: The present work is a retrospective descriptive observational study based on a Spanish database of multidisciplinary Dermatology-Rheumatology consultations for the detection and treatment of psoriatic arthritis (APs) supported by GRESSER. Patients are derived from dermatology or rheumatology in area III of Zaragoza.

Objectives: Predominant symptoms, check the final diagnosis and its concordance and study the differences between sexes according to age, BMI, symptoms, diagnosis and cardiovascular risk factors.

Methodology: The database consists of 120 patients in the period from June 2016 to December 2018, of which 46 were derived from the Rheumatology service and are the basis of our study. The variables recruited and analyzed were: referral symptom, lifestyle habits, comorbidities, cardiovascular events, presence of psoriasis and arthritis, final diagnosis and complementary tests. For the study of quantitative variables, the average (with contrast of average differences according to sex and BMI) and the standard deviation (dt) have been used. For the study of qualitative variables, the percentages and Chi-Square have been used. We used SPSS program.

Results: The sample was represented with 30% men and 70% women with an average age of 47.78 years. They presented as cardiovascular risk factors: HTA 11.36%, diabetes mellitus 2.27%, smokers 31.81%, ex-smokers 25%, alcohol consumption in 11.36%, dyslipidemia 18% and a BMI \geq 30 in 25.64%. No patient had a history of cardiovascular events except 1 male with an episode of ischemic heart disease. In consideration of the referral symptom and the final diagnosis, the main reason for referral was diagnostic doubt with suspected psoriasis which, in approximately half (47%), turned out to be newly diagnosed APs or APs, indicating a strong clinical suspicion, with high final concordance.

Conclusion: Early referral is essential for early diagnosis of APs, and detection and management of cardiovascular comorbidity. In this sense, the joint Rheumatology-Dermatology consultation is a great tool.

Keywords: Psoriatic arthritis, Rheumatology, Cardiovascular risk.

INTRODUCCIÓN

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a articulaciones y a otras estructuras del sistema musculoesquelético, que cursa con calor, hinchazón, dolor, dificultad para movilizar la articulación afectada y posible deformación en la evolución ^{1,2}. Según el estudio *EPISER* sobre prevalencia de las enfermedades reumáticas, publicado en 2019, se estima que la prevalencia de la APs es de 0,3% (rango de 0,14-0,54) ³. Se presenta en un 10% de los pacientes con psoriasis, pudiendo desarrollarse antes la artritis que la afectación cutánea ¹. A diferencia de otras enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide (AR), la prevalencia es similar en hombres y mujeres (1:1) ⁴.

La etiopatogenia de la APs implica factores genéticos, inmunológicos y medioambientales (traumatismos, infecciones bacterianas y víricas) ⁵. Se ha asociado el HLA-B08, B27, B38 y B39 con la enfermedad axial simétrica o asimétrica, la dactilitis, la entesitis y la sinovitis ⁶. También se ha demostrado la asociación entre las interleucinas (IL)-12A, IL-12B, IL-23R y los genes que regulan el factor nuclear potenciador de las cadenas ligeras kappa de las células B activadas (NF-KB) ⁶. En la APs hay una respuesta inflamatoria mediada inicialmente por la inmunidad innata y por factores específicos de tejido ⁵. Los linfocitos TH17 y las células productoras de IL-17A e IL-22 están incrementados en el líquido sinovial psoriásico, junto con los linfocitos CD4 y CD8 ⁶.

Cuando la enfermedad ya está establecida, las células T expresan receptores para la IL-2 y moléculas de adhesión, contribuyendo a la secreción de citocinas proinflamatorias ⁵. Los fibroblastos también secretan IL proinflamatorias (IL-1 beta, IL-6 y factores de crecimiento derivados de plaquetas) ⁵. Se asocia la presencia en los tejidos afectados del factor de necrosis tumoral (TNF), IL-1, IL-8, factor de crecimiento epidérmico (EGF), factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF), CCL4, CCL11 y del interferón (IFN)-gamma entre otros ⁵.

Respecto al diagnóstico, los criterios CASPAR son utilizados en la práctica clínica para la clasificación de la APs con una sensibilidad del 91,4% (disminuye en la APs de inicio reciente) y especificidad del 98,7% ⁷. Los criterios de entrada incluyen la presencia de artropatía (inflamación articular periférica, axial o entesitis) y 3 o más puntos en relación a la presencia de: psoriasis (propia actual

o previa, antecedente familiar), distrofia ungueal psoriásica, dactilitis y afectación radiológica característica (neoformación ósea yuxtaarticular en manos y pies excluyendo osteofito) así como ausencia de factor reumatoide ⁷.

La evolución tiene un curso irregular y alterna periodos de inactividad y otros de inflamación y dolor ².

Se puede presentar como artritis oligoarticular asimétrica (la forma más frecuente), artritis de articulaciones interfalángicas distales, artritis simétrica, artritis mutilante, artritis de afectación pélvica o sacroilíaca ¹. También puede tener afectación ocular, tendinosa y ligamentosa ¹. La uveítis posterior ocurre en el 8% de los pacientes ⁶. En el estudio de cohortes danés de Egeberg A *et al* (2015)⁸ en el que estudiaron la tasa de incidencia de uveítis en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica se documentó un incremento del riesgo de uveítis en pacientes con psoriasis leve (IR 1,38 [1,11 – 1,70]) y artritis psoriásica (IR 2,50 [1,53-4,08]) pero no para la psoriasis severa (IR 1,40 [0,70-2,81]). La entesitis está presente en el 30-50% de los pacientes, afectando más comúnmente a la fascia plantar y el tendón de Aquiles ⁶. La dactilitis suele aparecer en el tercer y cuarto dedo de los pies, está presente en el 40-50% de los pacientes y puede tener un curso agudo o crónico ⁶.

También es más frecuente los trastornos anímicos como la depresión y la ansiedad ². Un estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico llevado a cabo en centros hospitalarios españoles para conocer la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con artritis psoriásica observó que el 29,7% de los 495 pacientes incluidos en el estudio presentaban síntomas de ansiedad y el 17,6% de depresión ⁹. La edad media fue de 50 años (dt: 12,7 años) y la mayor prevalencia en la población de estudio de ansiedad se relacionó con ser mujer ⁹.

McDounough D *et al* (2014) ¹⁰ estudiaron la diferencia de ansiedad y depresión en pacientes con APs y en aquéllos que padecían psoriasis sin criterios de APs, observando que el 36,6% y el 22,2% de los pacientes con APs presentaban ansiedad y depresión, respectivamente, mientras que el grupo de pacientes que solo presentaba psoriasis tenían un porcentaje de 24,4% y 9,6% para ansiedad

y depresión. Se relacionó estos síntomas con el sexo femenino, el desempleo y la inflamación de las articulaciones que producían dolor y discapacidad ¹⁰.

En la encuesta realizada por *Acción Psoriasis* a 558 personas con APs y presentada en nuestro país, mostró que el 74% de los pacientes presentaba afectación en su estado de ánimo por la patología, el 49% en su actividad laboral o estudios, el 71% en su actividad física y el 45% en las actividades básicas de la vida diaria ¹¹.

La enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa son los tipos más frecuentes de enfermedad inflamatoria intestinal asociada con espondilitis o artritis ¹². En un meta-análisis que incluyó 71 estudios para estudiar la prevalencia de espondiloartritis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal puso de manifiesto que el 13% padecía espondiloartritis (Karreman MC *et al*, 2017) ¹³.

Respecto a la comorbilidad cardiovascular, se ha observado mayor incidencia de obesidad, dislipemia y diabetes, haciendo más propensas las alteraciones cardiovasculares como el infarto o el ictus ². Estos factores, junto a tabaquismo e hipertensión arterial, son factores de riesgo modificables sobre los que se puede actuar de manera preventiva o terapéutica ¹⁴.

En un análisis comparativo de Queiro R *et al* (2019) ¹⁵ sobre pacientes con APs y pacientes sin enfermedad inflamatoria para estudiar la frecuencia de FRCV observó que los que padecían APs tenían más frecuencia de hipertensión (36% vs 23%, OR 2.4), de diabetes (13.8% vs 5%, OR 2.8), obesidad (35% vs 22%, OR 2.1) y tabaquismo (26% vs 21%, OR 1.4). En un metaanálisis sobre el riesgo cardiovascular en pacientes con APs (Di Minno MN *et al*, 2015) ¹⁶ en el cual se incluyeron estudios de casos y controles que evaluaron la presencia de placas en carótidas, la dilatación mediada por flujo y por nitrato, la velocidad de onda de pulso y el índice tobillo-brazo, observando asociación estadísticamente significativa entre APs con aterosclerosis subclínica y aumento de riesgo cardiovascular. En otro análisis sobre una cohorte de 1091 pacientes con APs (Eder L *et al*, 2016) ¹⁷ los autores observaron una elevada proporción de pacientes con algún evento cardiovascular durante su evolución (19,8% de los pacientes antes de los 70 años y 30,1% antes de los 80 años). Se consideró como predictores de mayor riesgo cardiovascular la hipertensión arterial

(RR=1.81, $p=0,05$), diabetes (RR 2.72, $p<0,001$) y el número de dedos con dactilitis (RR 1.20, $p<0,001$)¹⁷.

En el estudio de Souza CS *et al* (2019)¹⁸ sobre la prevalencia de comorbilidades y de APs asociada a pacientes con psoriasis vulgaris, observando que el 41,8% tenía criterios de APs, el 74,5% tenía dislipemia, el 61,8% hipertensión arterial, el 52,5% obesidad y el 30,9% diabetes mellitus de tipo 2.

En un estudio comparativo sobre APs y AR en relación con el riesgo cardiovascular y los eventos cardiovasculares (Labitigan M, 2014)¹⁹, donde se incluyeron 294 pacientes con APs, se objetivó que la prevalencia de hipertrigliceridemia fue mayor en APs que en AR [38% versus 28% con OR 1,51 (1,15 – 1,98)] así como de diabetes mellitus tipo 2 [15% versus 11% con OR 1,56 (1,07-2,28)]. En relación a la muestra de APs el 8,5% eran fumadores, el 9% tenía algún antecedente de enfermedad cardiovascular, el 2% antecedente de infarto de miocardio, el 36% hipertensión y el 45% obesidad¹⁹.

Un proyecto español (CARMA)²⁰ para establecer el riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedades reumáticas crónicas estudió un total de 2234 pacientes [775 con AR, 738 con espondilitis anquilosante (AS) y 721 con APs] observando que la prevalencia de la morbilidad cardiovascular era mayor en la AR (10,5%) que en la AS (7,6%) y la APs (7,2%). El porcentaje de los factores de riesgo cardiovasculares para la APs fueron: 29,5% hipertensión, dislipemia 35,6%, diabetes 9,2%, obesidad 29,1%, fumadores 21,8% y exfumadores 31,5%²⁰.

En un estudio de cohortes de Reino Unido (Chartlon R *et al*, 2019)²¹ se identificó un aumento del riesgo de padecer diabetes mellitus de tipo 2 en los pacientes con APs respecto a la población general y a los pacientes con psoriasis [RR 1,40 (CI 95% 1,15- 1,70) y RR 1,53 (CI 95% 1,19-19,7), respectivamente].

En el análisis de un registro nacional de Australia sobre pacientes con APs y artritis reumatoide (AR) realizado por Sinnathurai P *et al* (2018)²² para el estudio de depresión y riesgo cardiovascular, observaron que las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (38.2%) y depresión (35.9%). El 25,3% padecía hiperlipidemia, el 12,9% diabetes mellitus, el 1,4% tenía antecedentes de ictus y el 7,6% de cardiopatía isquémica²². Al comparar la APs con la AR, vieron que

en los pacientes con APs era mayor la prevalencia de depresión (OR: 2,1 (1,7-2,6) con un CI del 95%), hipertensión (OR 1,7 (1,4-2,1)), dislipemia [OR 2,0 (1,6-2,5)], diabetes [OR 2,2 (1,6-3,0)] y antecedentes de cardiopatía isquémica [OR 2,0 (1,3-2,9)]²².

En un análisis de casos-controles (Cooksey R *et al*, 2018)²³ sobre la incidencia de eventos cardiovasculares en pacientes con artritis reumatoide (AR), APs y psoriasis se concluyó que el aumento de riesgo cardiovascular fue solo observado en mujeres con AR pero no en la APs.

En un estudio de cohortes para comparar la incidencia y prevalencia de los eventos cardiovasculares en pacientes con AR, espondiloartritis axial (SpA) y APs, objetivando que no había diferencias entre estas tres patologías, lo que sugiere que es la propia inflamación lo que aumenta el riesgo cardiovascular (Lauper K *et al*, 2018)²⁴. En la muestra de APs presentaba HTA el 37%, diabetes mellitus el 7%, dislipemia el 25% y el 58% eran fumadores²⁴.

En el estudio de Tejón P (2017)²⁵ en el que se incluían 205 pacientes con el diagnóstico de APs el 12% de la muestra presentaba DM, el 31% HTA, el 31% dislipemia, el 29% eran fumadores, el 36% tenía obesidad, el 4% había tenido cardiopatía isquémica, el 4% enfermedad cerebrovascular y el 3% enfermedad vascular periférica.

En un metaanálisis sobre estudios observacionales para evaluar el riesgo cardiovascular en los pacientes con APs (Polachek A *et al*, 2017)²⁶, con un total de 32.973 pacientes con APs, se observó que, al compararlo con la población general, tenían un aumento del 43% del riesgo cardiovascular [OR 1,43 (1,24-1,66)] con un incremento de la incidencia de eventos cardiovasculares del 55% (OR 1,22- 1,96). Respecto al infarto de miocardio, enfermedades cerebrovasculares e insuficiencia cardíaca, el incremento fue del 68% [OR 1,68 (1,31 – 2,15)], 22% [OR 1,22 (1,05-1,41)] y 31% [OR 1,31 (1,11-1,55)], respectivamente²⁶.

OBJETIVOS

Objetivos principales

-Clínica predominante en los pacientes derivados por sospecha de Artritis psoriásica (APs).

-Diagnóstico.

-Diferencias entre sexos según edad, IMC, síntomas, diagnóstico y factores de riesgo cardiovascular.

Objetivos secundarios:

-Días de espera entre la derivación y la atención en la consulta de APs.

-Pruebas solicitadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo no-intervencionista a partir de una base de datos española de consultas multidisciplinares Dermatología-Reumatología para la detección y tratamiento de psoriasis-artritis psoriásica soportada por GRESSER (Grupo Espondiloartritis de la SER) (Anexo 1). Los pacientes son derivados de dermatología o de reumatología del área III de Zaragoza que incluye el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Inocencio Jiménez y centros de Tarazona y Ejea para confirmación diagnóstica o valoración conjunta.

La base de datos consta de 120 pacientes en el período comprendido de junio de 2016 a diciembre de 2018, de los cuales 46 fueron derivados desde el servicio de Reumatología. El análisis se ha realizado de los pacientes enviados desde el servicio de reumatología.

Los datos reclutados durante ese periodo y que se han analizado como variables son: motivo de derivación (duda diagnóstica, terapéutica o efectos adversos), síntoma de derivación (artralgias, artritis, dactilitis, entesitis, manifestación axial, psoriasis cutánea, onicopatía o lesiones cutáneas no definidas), hábitos de vida (tabaco, alcohol, actividad física), comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus, uveítis, enfermedad inflamatoria intestinal, dislipemia, índice de masa corporal, depresión, hiperuricemia), eventos cardiovasculares (accidente cerebro-vascular, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, arteriopatía periférica), presencia de psoriasis cutánea y tipo (placas, gotas, palmo-plantar, pustulosis palmo-plantar, psoriasis invertida, cuero cabelludo, pustulosa, eritrodérmica), presencia de artritis y tipo (axial, dactilitis, entesitis, poliarticular, oligoarticular, interfalángica distal o mutilante), diagnóstico final (APs, APs de nuevo diagnóstico, patología inflamatoria no psoriásica, artralgias/degenerativo, reacción farmacológica, lesión cutánea/ungueal no psoriásica) y pruebas complementarias solicitadas (analítica, Rx, ecografía, resonancia magnética, biopsia, cultivo).

Para el estudio de las variables cuantitativas se ha utilizado la media (con contraste de diferencias de medias según sexo e IMC) y la desviación típica (dt) Para el estudio de las variables cualitativas se han utilizado los porcentajes y

Chi-Cuadrado. Se ha empleado para los cálculos estadísticos el programa SPSS.

Criterios de inclusión: mayores o iguales a 18 años con sospecha de APs o psoriasis – para confirmación diagnóstica-, o con diagnóstico previo de cualquiera de las dos patologías para valoración conjunta.

No ha habido criterios de exclusión.

-Limitaciones del estudio: existe pérdida de datos en algunos casos (datos no recogidos), que no han podido ser introducidos para su análisis. El número de pacientes se encuentra disminuido al estudiar los subgrupos de la muestra.

Se solicitó consentimiento de los pacientes para ser incluidos en la base de datos de manera anónima y poder realizar estudios posteriores.

RESULTADOS

1. Edad e IMC

La muestra de los pacientes derivados desde la consulta de reumatología es de 46 pacientes, siendo 14 hombres -con una media de edad de 46,6 años- y 32 mujeres -con media de edad 48,1 años-. Por sexos, el valor IMC de los hombres de 26,7 y las mujeres de 26,6. El valor del IMC superior o igual a 30 en la muestra fue de 25.64%.

Se ha realizado una comparación de diferencias de medias para las variables de edad e IMC según sexo. Primero, se estudió la normalidad de la muestra mediante Kolmogorov-Smirnov (K-S) que determinó que la muestra seguía una distribución normal para ambos subgrupos (tabla 1).

Tabla 1. Contaste K-S de normalidad de las variables continuas según sexo

Sexo	Media	Dt	K-S	P-valor*
Edad				
Hombre (14)	46,6	9,7	0,213	0,200
Mujer(32)	48,1	11,7	0,121	0,200
IMC				
Hombre (13)	26,7	4,6	0,203	0,200
Mujer(27)	26,6	5,2	0,196	0,200

Fuente: Elaboración propia. Dt: desviación típica.

*p-valor>0,05

Si bien se cumple uno de los requisitos de contaste de diferencias de medias, el tamaño de la muestra resulta reducido en ambos grupos por lo que se ha comprobado la significación estadística tanto por el método paramétrico (tabla 2) como el no paramétrico (tabla 3).

Tabla 2. Contraste paramétrico t-student de diferencias de medias

Prueba de muestras independientes										
	Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior	
Edad	Se asumen varianzas iguales	,816	,371	,374	44	,710	1,330	3,561	-5,845	8,506
	No se asumen varianzas iguales			,402	29,635	,691	1,330	3,312	-5,436	8,097
IMC	Se asumen varianzas iguales	,302	,586	,007	38	,995	,011	1,695	-3,421	3,443
	No se asumen varianzas iguales			,007	25,976	,995	,011	1,639	-3,357	3,380

Fuente: Elaboración propia.

*pvalor F>0,05; *pvalor t-student>0,05

Con el contraste paramétrico, a un nivel de significación del 5%, se rechaza que haya diferencias de medias en cuanto a la edad y al IMC según el sexo.

Tabla 3. Contraste no paramétrico U-Mann Whitney de diferencias de medias

Rangos				
	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Edad	Hombre	14	22,64	317,00
	Mujer	32	23,88	764,00
	Total	46		
IMC	Hombre	13	20,54	267,00
	Mujer	27	20,48	553,00
	Total	40		

Fuente: Elaboración propia.

*pvalor z U-Mann Whitney > 0,05

*Z (IMC)- MW pvalor z U-Mann Whitney 0,014 < 0,05

Con el contraste no paramétrico, a un nivel de significación del 5% se rechaza la diferencia de media de edad según el sexo. Sin embargo, para el IMC se aceptaría la hipótesis alternativa de diferencia según el sexo.

2. Días de espera

Respecto a los días de espera para ser atendido tras la primera consulta en la conjunta sobre APs la media en la muestra fue de 75 días. En el grupo de hombres, la media fue de 77 días y en el de mujeres de 74,5.

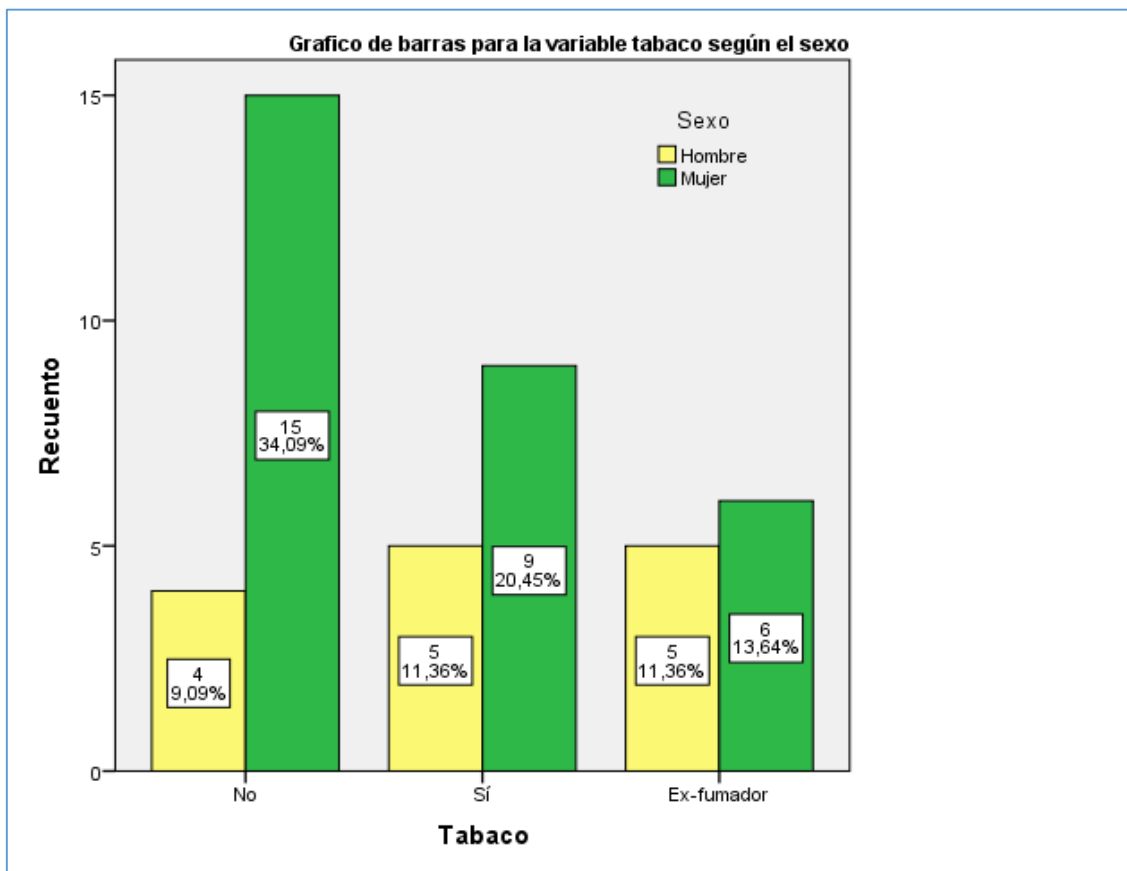
3. Factores de riesgo cardiovascular

Para estudiar los FRCV se han utilizado los porcentajes y el análisis de relaciones bivariantes (chi-cuadrado) de variables cualitativas según el sexo.

3.1. Tabaco

De los 44 casos registrados (2 de los 46 casos no quedaron recogidos en la base de datos), 19 no fumaban, 14 eran fumadores y 11 eran exfumadores. El índice paquete-año (IPA) de fumadores y exfumadores fue de 335,93 (dt: 241,5), siendo en los hombres el IPA de 459,33 (dt: 293,64) y en las mujeres de 253,67 (dt: 170,71) Los análisis demuestran que no existe asociación alguna entre el hábito de tabaquismo y el sexo (Gráfico 1) (tabla 4).

Gráfico 1. Relación entre Tabaco y sexo.



Fuente: Elaboración propia.

$\chi^2=2,056$, $gl=2$, $p\text{-valor}=0,358 > 0,05$

Tabla 4. Prueba de Chi-cuadrado: tabaco según sexo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	2,056	2	,358
Razón de verosimilitud	2,079	2	,354
Asociación lineal por lineal	1,984	1	,159
N de casos válidos	44		

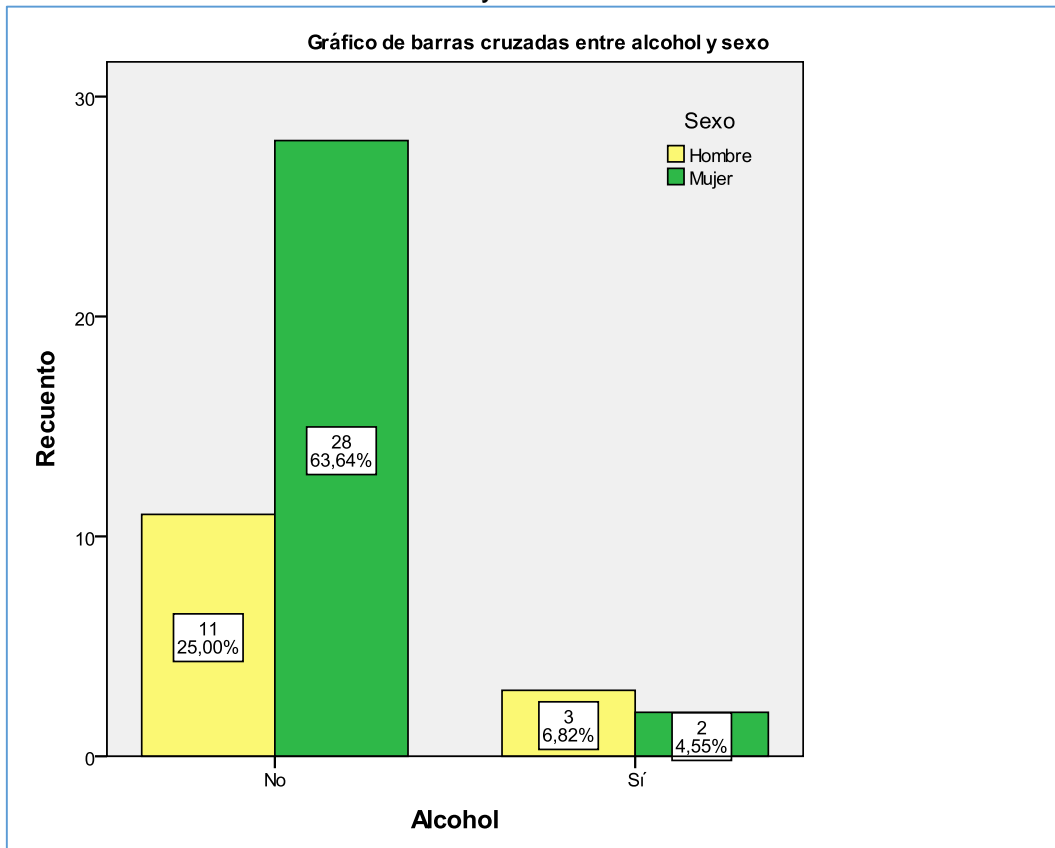
3.2. Alcohol

En la muestra, el 11,36% consumía alcohol, de los cuales el 6,82% eran hombres y el 4,55% eran mujeres (tabla 5, gráfico 2). La relación entre su consumo y el sexo no es significativa.

Tabla 5. Tabulación cruzada entre alcohol y sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Alcohol	No	11	28	39
	Sí	3	2	5
Total		14	30	44

Gráfico 2. Relación entre Alcohol y sexo.



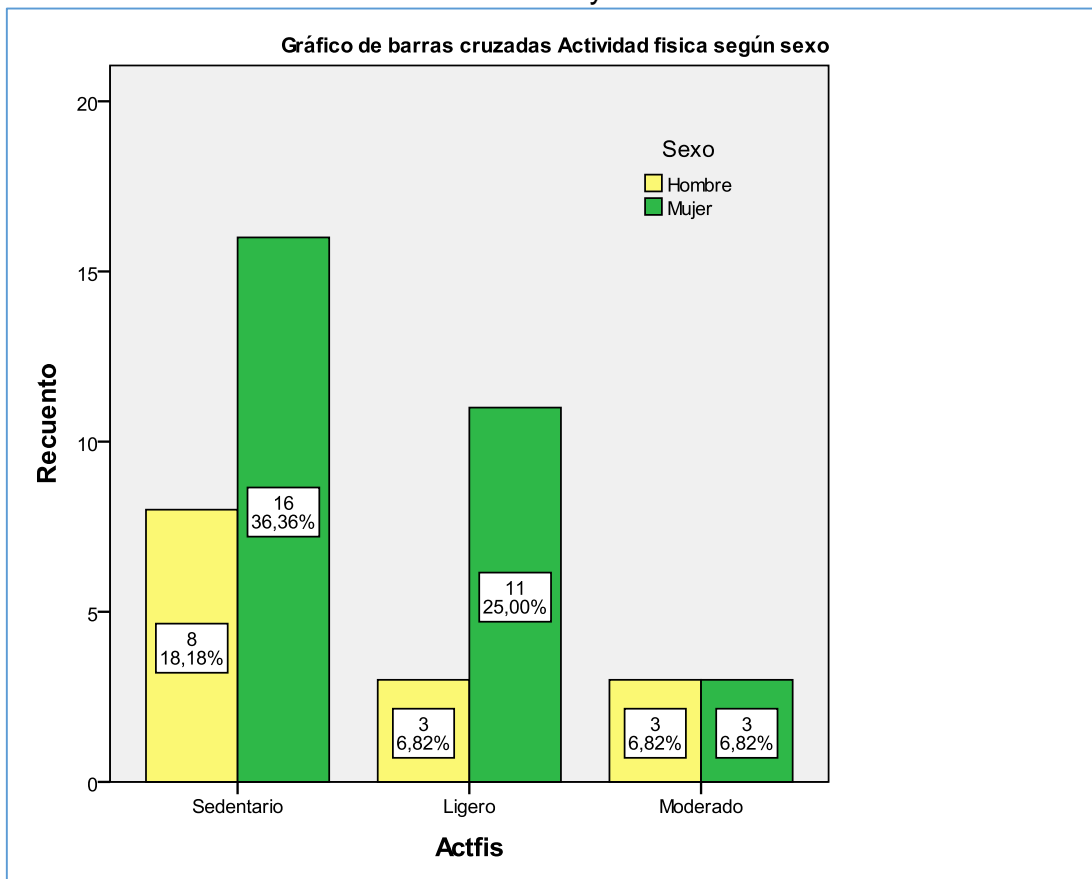
Fuente: Elaboración propia.

$\chi^2=2,051$, $gl=2$, $p\text{-valor}=0,150 > 0,05$

3.3. Actividad física

El 55% de la muestra tenía una vida sedentaria, el 32% una actividad física ligera y el 14% una actividad moderada, ningún paciente refirió actividad intensa (gráfico 3). La actividad física no ha demostrado relación significativa según el sexo (tabla 6).

Gráfico 3. Relación entre Actividad física y sexo.



Fuente: Elaboración propia.

$\chi^2=1,636$, $gl=2$, $p\text{-valor}=0,441 > 0,05$

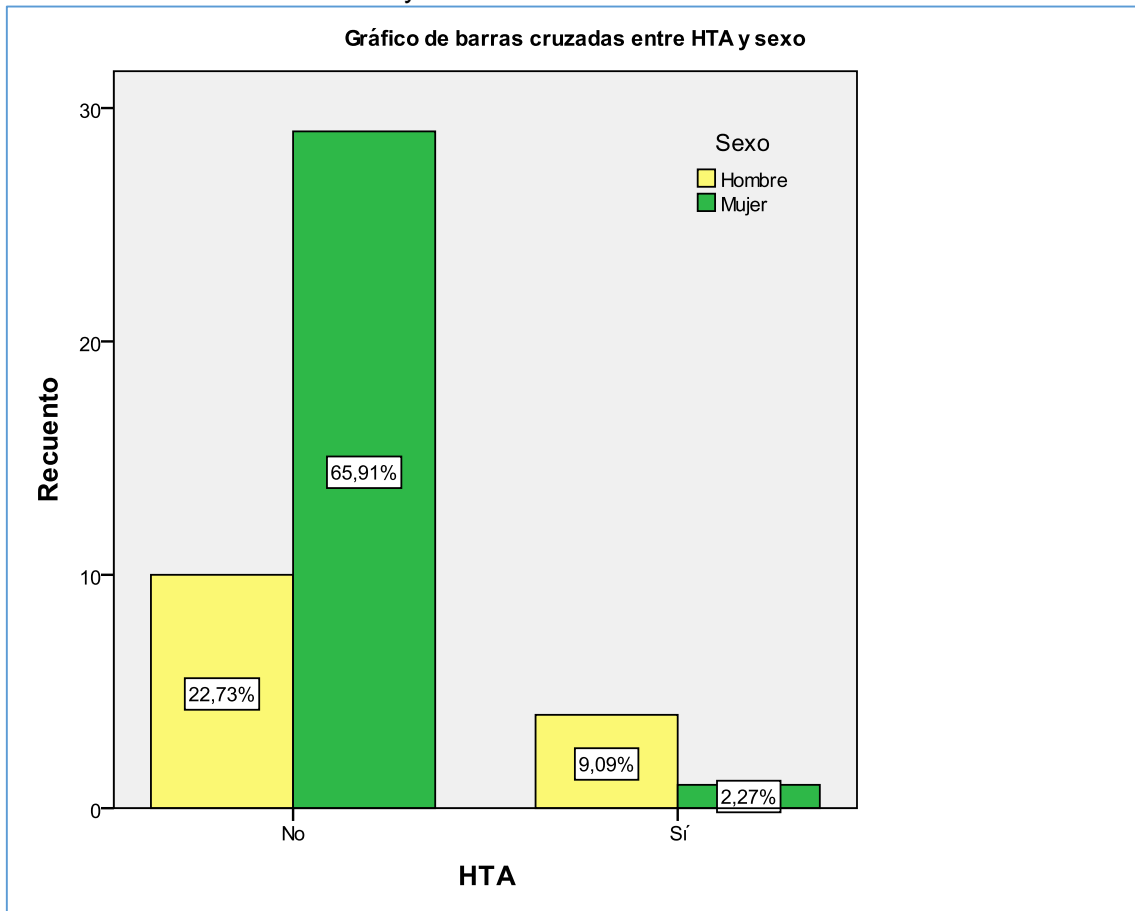
Tabla 6. Prueba de Chi-Cuadrado: actividad física según sexo

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,636	2	,441
Razón de verosimilitud	1,625	2	,444
Asociación lineal por lineal	,105	1	,746
N de casos válidos	44		

3.4. Hipertensión arterial (HTA)

El 11% de la muestra era hipertensa. Respecto a la relación entre HTA y sexo, los análisis muestran que a un nivel de significación del 1% sí que existe relación entre ambas, siendo mayor en el grupo de los hombres (gráfico 4, tabla 7).

Gráfico 4. Relación entre HTA y sexo.



Fuente: Elaboración propia.

$\chi^2=6,036$, $gl=1$, $p\text{-valor}=0,014 < 0,05$

Tabla 7. Prueba de Chi-Cuadrado: HTA según sexo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	6,036	1	,014		
Corrección de continuidad ^b	3,791	1	,052		
Razón de verosimilitud	5,636	1	,018		
Prueba exacta de Fisher				,029	,029
Asociación lineal por lineal	5,899	1	,015		
N de casos válidos	44				

3.5. Diabetes mellitus (DM)

En cuanto a la DM, solo el 7% de los hombres presentaba esta patología y ninguna mujer (tabla 8). En la muestra la DM era de un 2,27%. La relación de la DM según el sexo no fue significativa.

Tabla 8. Tabulación cruzada entre DM y sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
DM	No	13	30	43
	Sí	1	0	1
Total		14	30	44

,Fuente: Elaboración propia.

$\chi^2=2,193$, $gl=1$, $p\text{-valor}=0,139 > 0,05$

3.6. Dislipemia (DLP)

Acerca de la DLP, el 40,91% de la muestra presentaba alteraciones lipídicas sin encontrar diferencias significativas según el sexo (tabla 9) (gráfico 10).

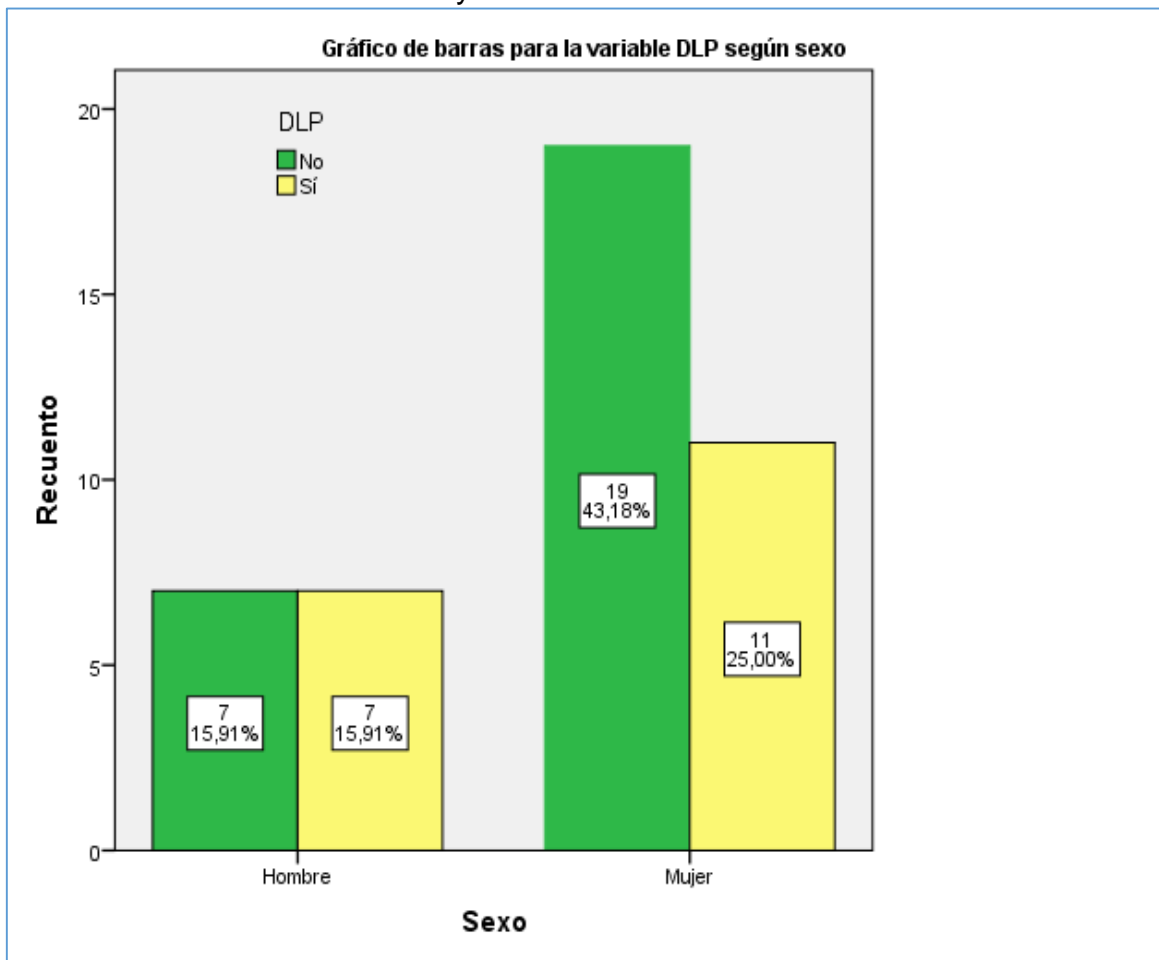
Tabla 9. Tabulación cruzada entre sexo y dislipemia.

		DLP		Total
		No	Sí	
Sexo	Hombre	7	7	14
	Mujer	19	11	30
Total		26	18	44

Fuente: Elaboración propia.

$\chi^2=0,702$, $gl=1$, $p\text{-valor}=0,402 > 0,05$

Gráfico 10. Relación entre DLP y sexo.



4. Eventos cardiovasculares

Ningún paciente tenía antecedente de accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca ni arteriopatía periférica. Solo 1 paciente varón presentó un episodio de cardiopatía isquémica, siendo por tanto el 7% de la muestra de hombres y el 2% de la muestra incluyendo también mujeres.

5. Comorbilidades

- 5.1. Uveítis: el 7% de los hombres había presentado en alguna ocasión uveítis, sin observar ningún antecedente personal en el grupo de mujeres.
- 5.2. Enfermedad inflamatoria intestinal (EII): el 5% de la muestra tenía como antecedente la EII, todos los casos en mujeres (7%).
- 5.3. Hiperuricemia: el 14% de los hombres tenía o había tenido hiperuricemia, sin que se observase ningún caso en el grupo de mujeres.
- 5.4. Depresión: el 25% de las mujeres había presentado algún episodio de depresión, sin observarse ningún caso en el grupo de varones, siendo el total en la muestra del 18%.
- 5.5. Discapacidad: se observó en el 9% de los pacientes. Por sexos, el 14% de los hombres y el 7% de las mujeres presentaban este dato.

6. Síntoma de derivación

Respecto a los síntomas de derivación, si observamos la muestra, el síntoma principal es la psoriasis (31%) y las lesiones cutáneas inespecíficas (31%). Por sexos, predomina la psoriasis en los varones (43%) mientras que en las mujeres predomina la onicopatía (35%). No se derivó a ningún paciente por entesitis, artritis de las interfalángicas distales ni por afectación axial. (Tabla 10).

Tabla 10. Síntoma de derivación según sexo.

Síntoma de derivación	Total		Hombres		Mujeres	
	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel
Artralgias	2	4%	0	0%	2	6%
Artritis	1	2%	0	0%	1	3%
Dactilitis	1	2%	1	7%	0	0%
Entesitis	0	0%	0	0%	0	0%
Artritis IFD	0	0%	0	0%	0	0%
Afectación axial	0	0%	0	0%	0	0%
Psoriasis	14	31%	6	43%	8	26%
Onicopatía	13	29%	2	14%	11	35%
Lesiones cutáneas inespecíficas	14	31%	5	36%	9	29%

Frec Abs: frecuencia absoluta. Frec Rel: frecuencia relativa. IFD: interfalángicas distales.

Fuente: elaboración propia.

7. Motivo de derivación

El principal motivo de derivación fue la duda diagnóstica, tanto para la muestra total (61% de los motivos), como para los hombres (64%) y las mujeres (59%). Estando en segundo lugar la duda terapéutica (el 33% en la muestra total, el 36% en los hombres y 31% en las mujeres). (Tabla 11).

Tabla 11. Motivo de derivación según sexo

Motivo de derivación	Total		Hombres		Mujeres	
	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel
No consta	1	2%	0	0%	1	3%
Duda diagnóstica	28	61%	9	64%	19	59%
Duda terapéutica	15	33%	5	36%	10	31%
Duda diagnóstica y terapéutica	2	4%	0	0%	2	6%
Efectos adversos	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: elaboración propia.

8. Psoriasis

De la muestra total de 46 pacientes 28 presentaban algún tipo de psoriasis (7 hombres y 21 mujeres), predominando la psoriasis en placas (64% de la muestra). Por sexos, las más frecuentes en los hombres fueron la psoriasis en placas (57%) y la ungueal (57%) y en las mujeres fue la psoriasis en placas (67%). (Tabla 12).

Tabla 12. Tipo de psoriasis según sexo

Psoriasis	Muestra total de pacientes con psoriasis		Hombres con psoriasis		Mujeres con psoriasis	
	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel
Placas	18	64%	4	57%	14	67%
PP	5	18%	2	29%	3	18%
CC	10	36%	2	29%	8	38%
Pustulosa-PP	2	7%	1	14%	1	5%
Ungueal	12	43%	4	57%	8	38%
Gotas	1	4%	0	0%	1	5%
Pustulosa	1	4%	1	14%	0	0%
Invertida	1	4%	1	14%	0	0%
Eritrodérmica	0	0%	0	0%	0	0%

Un paciente puede estar clasificado con más de una manifestación.

PP: palmoplantar. CC: cuero cabelludo. Frec Abs: frecuencia absoluta. Frec Rel: frecuencia relativa.

Fuente: elaboración propia.

9. Artritis

De los 46 pacientes de la muestra 20 presentaban algún tipo de artritis (4 hombres y 16 mujeres), siendo la más frecuente la oligoartritis (55%), seguida de la axial (25%) y la poliartritis (25%). De estos pacientes con artritis, los varones presentaron oligoartritis en el 50% de los casos y manifestación axial y dactilitis en un 25% de los casos respectivamente. En el grupo de mujeres, la mayoría presentó oligoartritis (56%), teniendo 25% de representación la manifestación axial y la poliartritis respectivamente y, de manera minoritaria, la dactilitis (12%), artritis mutilante (6%) y entesitis (6%). Ningún paciente mostró alteración de las interfalángicas distales. (Tabla 13).

Tabla 13. Tipo de artritis según sexo

Artritis	Muestra total de pacientes con artritis		Hombres con artritis		Mujeres con artritis	
	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel
Oligoartritis	11	55%	2	50%	9	56%
Axial	5	25%	1	25%	4	25%
IFD	0	0%	0	0%	0	0%
Dactilitis	3	15%	1	25%	2	12%
Mutilante	1	5%	0	0%	1	6%
Entesitis	1	5%	0	0%	1	6%
Poliartritis	5	25%	0	0%	5	25%

Un paciente puede estar clasificado con más de una manifestación.

IFD: interfalángicas distales.

Fuente: elaboración propia.

10. Diagnóstico

El diagnóstico principal fue artritis psoriásica con un 37%, seguido de patología cutánea/ungueal no psoriásica con un 24%. El 10% de los casos fueron APs incidente o de nuevo diagnóstico.

Por sexos, en el grupo de varones, los principales diagnósticos fueron patología inflamatoria (31%) y patología cutánea/ungueal no psoriásica (31%), teniendo la APs una prevalencia del 23% y la APs incidente un 15%. Respecto a las mujeres, un 43% se diagnosticó de APs, seguido de la patología cutánea/ungueal no psoriásica (21%), siendo la APs incidente un 7%. (Tabla 14).

Tabla 14. Diagnóstico según sexo.

Diagnóstico	Muestra total		Hombres		Mujeres	
	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel	Frec Abs	Frec Rel
APs	15	37%	3	23%	12	43%
APs incidente	4	10%	2	15%	2	7%
Inflamatorio	7	17%	4	31%	3	11%
Degenerativo	3	7%	0	0%	3	11%
Farmacológico	2	5%	0	0%	2	7%
Cutánea/ungueal no psoriásica	10	24%	4	31%	6	21%

Fuente: elaboración propia

11. Pruebas complementarias

Respecto a la muestra de 46 pacientes se pidieron pruebas complementarias a 14 pacientes, para volver a ser valorados en consulta común, siendo la mayoría para analítica (15%) o cultivo (13%). (Tabla 15).

Tabla 15. Pruebas solicitadas.

Pruebas solicitadas	Muestra total (N=46)	
	Frec Abs	Frec Rel
Análisis	7	15%
Radiografía	0	0%
Ecografía	0	0%
RMN	0	0%
Ecografía	0	0%
Biopsia	1	2%
Cultivo	6	13%

Fuente: elaboración propia.

RMN: resonancia nuclear magnética

DISCUSIÓN

La APs es una enfermedad prevalente con una importante afectación articular y cutánea que debe diagnosticarse precozmente. En este análisis se han estudiado las características de los pacientes que fueron derivados por sospecha de APs, así como su diagnóstico final. La muestra de pacientes es pequeña, ya que se ha analizado únicamente el subgrupo de pacientes derivados desde reumatología a una consulta común reumatología-dermatología, lo que supone una limitación para el estudio.

La muestra la compone fundamentalmente pacientes entre 40 y 60 años, siendo próxima a la edad típica de aparición.

La media del IMC muestra sobrepeso en ambos grupos según sexo. Al analizar la significación de las diferencias según sexo e IMC, el estudio paramétrico no mostró diferencias significativas. No obstante, se realizó también el contraste no paramétrico por el tamaño reducido de la muestra que sí mostró significación para el IMC según sexo, aunque, estudiando los valores, parece más probable que no sean significativos tal y como indica el test T-Student.

Respecto a los factores de riesgo cardiovascular, se ha observado HTA en el 11,36%, diabetes mellitus en el 2,27%, fumadores el 31,81%, exfumadores 25%, consumo de alcohol en el 11,36%, dislipemia 40,9% y un IMC \geq 30 en el 25,64% de los pacientes. Queiro R *et al* (2019) ¹⁵ en su estudio sobre factores de riesgo cardiovascular en APs muestra unas cifras similares para la obesidad (35%), mientras que observa un índice mayor de HTA (36%), y diabetes mellitus (13,8%) aunque inferior para tabaquismo (26%). Asimismo, en el estudio de Souza CS *et al* (2019) ¹⁸ donde estudiaban los factores de riesgo cardiovascular, las cifras que mostraban eran elevadas respecto a nuestra muestra en cuanto a la HTA (61,8%), dislipemia (74,5%), obesidad (52,5%) y diabetes mellitus (30,9%). En el estudio de Tejón P (2017) ²⁵ se muestran cifras similares respecto a la obesidad (36%), hábito tabáquico (29%) y dislipemia (31%), aunque mayores en cuanto a HTA (31%) y diabetes mellitus (12%). En los pacientes con Aps del estudio de Sinnathurai P *et al* ²² las cifras fueron superiores respecto a la hipertensión (38,2%) y diabetes mellitus (12,9%) pero no en cuanto a la dislipemia (25,3%). En el estudio de Labitigan M *et al* ¹⁹ fueron mayores los resultados de HTA (36%),

de diabetes mellitus tipo 2 (15%) y de obesidad (45%) pero menor el porcentaje de fumadores (8,5%).

Probablemente, las diferencias estén en relación al tamaño muestral.

Referente a las comorbilidades, resulta interesante el mayor número de casos de depresión en mujeres (25%) y de discapacidad secundaria a la enfermedad en hombres (14%). En cuanto a otros estudios, la depresión es similar en la muestra, con un porcentaje del 17,6%⁹ y del 22,2%¹⁰, siendo en ambos grupos un factor predisponente el sexo femenino. En la encuesta de *Acción Psoriasis* la afectación era mayor tanto del estado anímico (74%) como de la incapacidad (45% en actividades básicas y 71% en actividad física)¹¹. En el estudio de Sinnathurai P *et al*²² el 35.9% presentaba depresión.

Respecto a los eventos cardiovasculares, únicamente se registró un episodio de cardiopatía isquémica (2%). Sin embargo, en el estudio de Tejón P se objetivaron cifras superiores: el 4% había presentado cardiopatía isquémica, el 4% enfermedad cerebrovascular y el 3% enfermedad vascular periférica²⁵. En el análisis de Eder *et al* (2016)¹⁷ el porcentaje de pacientes con algún evento cardiovascular durante su patología era superior (19,8%) aunque la edad que abarcaba el grupo de pacientes era hasta los 70 años y el porcentaje aumentaba si el grupo a estudio se ampliaba hasta los 80 años (30,1% de eventos cardiovasculares). En el estudio de Labitigan M *et al*¹⁹ el 9% tenía algún antecedente personal de enfermedad cardiovascular y el 2% antecedente de infarto de miocardio. Cooksey R *et al* en su estudio (2018)²³ comparando eventos cardiovasculares en artritis reumatoide, psoriasis y APs, observó que había mayor incidencia en las dos primeras, pero no en APs. Por el contrario, en el estudio de Sinnathurai P *et al* (2018)²² se observó una prevalencia superior en cardiopatía isquémica en la APs respecto a la AR [OR 2,0 (1,3-2,9)], teniendo el 1,4% de los pacientes con APs antecedentes personales de ictus y el 7,6% de cardiopatía isquémica. En contraste a los dos estudios anteriores, Laupker K *et al* (2018)²⁴ no observaba diferencia entre la AR ni la APs, considerando que el aumento de la prevalencia de los eventos cardiovasculares en estas patologías se debía al proceso inflamatorio.

En consideración al síntoma de derivación y el diagnóstico final, el principal motivo de derivación fue duda diagnóstica con sospecha de psoriasis que, en aproximadamente la mitad (47%), resultó ser APs o APs de reciente diagnóstico, lo que indica una fuerte sospecha clínica, con elevada concordancia final. Los hombres fueron principalmente derivados por sospecha de psoriasis, con un resultado final en su mayoría de enfermedad inflamatoria y cutánea/ ungueal no psoriásica. En cuanto a las mujeres, el síntoma de derivación más repetido fue onicopatía, correspondiendo en su mayoría a APs o APs de reciente diagnóstico.

Acerca de la psoriasis y la artritis, había mayor número de pacientes con psoriasis, hecho que puede deberse a que, en la mayoría de los casos de la APs, la psoriasis precede a la artritis.

Como conclusión, es fundamental la derivación temprana para el diagnóstico precoz de la APs, y detección y manejo de la comorbilidad cardiovascular, tanto en prevención primaria (preferiblemente), como secundaria. En este sentido, la consulta conjunta de Reumatología-Dermatología constituye una gran herramienta, que permite, además, la valoración sobre otros aspectos igualmente importantes como la repercusión sobre el estado anímico y la discapacidad.

Sería interesante valorar la evolución de estos factores a lo largo del tiempo, cuando se haya alcanzado un mayor tamaño muestral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Artritis Psoriásica. Sociedad Española de Reumatología. Ser.es. [Citado: 2019 Marzo 15].

Disponible en: <https://www.ser.es/pacientes/enfermedades-reumaticas/artritis-psoriasica/>

2. En torno a 250.000 personas sufren artritis psoriásica en España. Fundación Española de Reumatología. Inforeuma.com. Epub 2018 septiembre 28 [Citado: 2019 Marzo 15]

Disponible en: <https://inforeuma.com/torno-25-000-personas-sufren-artritis-psoriasica-espana/>

3. Seoane-Mato D, Martínez C, Moreno MJ, Sánchez-Piedra C, Díaz-González F, Bustabad S. Análisis descriptivo del trabajo de campo y de las características basales de la muestra. Estudio EPISER 2016. Sociedad Española de Reumatología.

Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/01/manuscrito-descr-trab-campo.pdf>

4. Artritis psoriásica. Manual MIBE. Empendium.com. [Citado 2019 Jul 13]

Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.16.12.2.>

5. Gladman DD, Ritchlin C, Sieper J, Romain PL. Pathogenesis of psoriatic arthritis. Uptodate.com. Last updated: 2018 May 31.

Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-psoriatic-arthritis?search=psoriatic%20arthritis%20pathogenesis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

6. Papponetti M. Artritis psoriásica: epidemiología, clínica, fisiopatología y tratamiento. Intramed.es. Epub 2019 abr 20 20 abr 2019. [Citado 2019 jul 13].

Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=90600>

7. Torre JC. Utilidad y aplicación en la práctica clínica de los criterios CASPAR. Reumatología Clínica. Marzo 2010. Vol.6 núm S1 pag 1-50. DOI: 10.1016/j.reuma.2009.12.002.

Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-utilidad-aplicacion-practica-clinica-los-articulo-S1699258X10000197>

8. Egeberg A, Khalid U, Gislason GH, Mallbris L, Skov L, Hansen PR. Association of Psoriatic Disease With Uveitis: A Danish Nationwide Cohort Study. *JAMA Dermatol.* 2015;151(11):1200–1205. doi:10.1001/jamadermatol.2015.1986

Disponible en:

<https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2398666>

9. Freire M, Rodríguez JJ, Möller I, Valcárcel A, Tornero C, Díaz G *et al.* Prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes con artritis psoriásica en consultas de reumatología. *Reumatología Clínica.* Núm 1. Páginas 20-26 (Enero - Febrero 2011). DOI: 10.1016/j.reuma.2010.03.003.

Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-prevalencia-sintomas-ansiedad-depresion-pacientes-articulo-S1699258X10001026>

10. McDonough E, Ayearst R, Eder L, Chandran V, Rosen CF, Thavaneswaran A *et al.* Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *J Rheumatol.* 2014;41(5):887. Epub 2014 Apr 1.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=24692521>

11. La artritis psoriásica afecta psicológicamente al 70% de los pacientes. *Acción Psoriasis.* Epub 2018 Apr 13.

Disponible en: <https://www.accionpsoriasis.org/actualidad/679-el-70-de-los-pacientes-con-artritis-psoricasica-afirma-que-la-enfermedad-le-ha-afectado-psicologicamente-de-forma-notable.html>

12. Inman RD. Clinical manifestations and diagnosis of arthritis associated with inflammatory bowel disease and other gastrointestinal diseases. *Uptodate.com.* Last updated 2018 Apr 3.

Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-arthritis-associated-with-inflammatory-bowel-disease-and-other-gastrointestinal->

[diseases?search=crohn%20y%20arthritis%20psoriasica&topicRef=111392&source=see_link](#)

13. Karreman MC, Luime JJ, Hazes JMW, Weel AEAM. The Prevalence and Incidence of Axial and Peripheral Spondyloarthritis in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Crohns Colitis*. 2017 May 1;11(5):631-642. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjw199.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=the+Prevalence+and+Incidence+of+Axial+and+Peripheral+Spondyloarthritis+in+Inflammatory+Bowel+Disease%3A+A+Systematic+Review+and+Meta-analysis>.

14. Lobos JM, Brotons C. Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. Vol 43. Núm 12. Páginas 668-677. Diciembre 2011. DOI: 10.1016/j.aprim.2011.10.002.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-riesgo-cardiovascular-atencion-primaria-S0212656711004689>

15. Queiro R, Lorenzo A, Tejón P, Pardo E, Coto P, Ballina J. Polyarticular evolution and late-onset psoriasis may be associated with cardiovascular disease in psoriatic arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2019 Feb;22(2):269-274. doi: 10.1111/1756-185X.13421. Epub 2018 Nov 5.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30398011>

16. Di Minno MN, Ambrosino P, Lupoli R, Di Minno A, Tasso M, Peluso R, Tremoli E. Cardiovascular risk markers in patients with psoriatic arthritis: A meta-analysis of literature studies. *Ann Med*. 2015 Jun;47(4):346-53. doi: 10.3109/07853890.2015.1031822. Epub 2015 May 8. Review. PubMed PMID: 25953378.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25953378>

17. Eder L, Wu Y, Chandran V, Cook R, Gladman DD. Incidence and predictors for cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2016 Sep;75(9):1680-6. doi: 10.1136/annrheumdis-2015-207980. Epub 2015 Oct 22. PubMed. PMID: 26493817.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26493817>

18. Souza CS, de Castro CCS, Carneiro FRO, Pinto JMN, Fabricio LHZ, Azulay-Abulafia L *et al.* Metabolic syndrome and psoriatic arthritis among patients with psoriasis vulgaris: Quality of life and prevalence. *J Dermatol.* 2019 Jan;46(1):3-10. doi: 10.1111/1346-8138.14706. Epub 2018 Nov 26.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30474868>

19. Labitigan M, Bahce-Altuntas A, Kremer JM, Reed G, Greenberg JD, Jordan N *et al.* Higher rates and clustering of abnormal lipids, obesity, and diabetes mellitus in psoriatic arthritis compared with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2014; 66: 600–7.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24115739?dopt=Abstract>

20. Castañeda S, Martín-Martínez MA, González-Juanatey C, Llorca J, García-Yébenes MJ, Pérez-Vicente S, *et al*; CARMA Project Collaborative Group. Cardiovascular morbidity and associated risk factors in Spanish patients with chronic inflammatory rheumatic diseases attending rheumatology clinics: Baseline data of the CARMA Project. *Semin Arthritis Rheum.* 2015 Jun;44(6):618-26. doi: 10.1016/j.semarthrit.2014.12.002. Epub 2014 Dec 25. Erratum in: *Semin Arthritis Rheum.* 2015 Oct;45(2):e7-8. PubMed PMID: 26058345.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26058345>

21. Charlton R, Green A, Shaddick G, Snowball J, Nightingale A, Tillett W *et al.* Risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease in an incident cohort of people with psoriatic arthritis: a population-based cohort study. *Rheumatology*, Volume 58, Issue 1, January 2019, Pages 144–148.

Disponible en: <https://academic.oup.com/rheumatology/advance-article-abstract/doi/10.1093/rheumatology/key286/5091588?redirectedFrom=fulltext>

22. Sinnathurai P, Buchbinder R, Hill C, Lassere M, March L. Comorbidity in psoriatic arthritis and rheumatoid arthritis. *Intern Med J.* 2018 Nov;48(11):1360-1368. doi: 10.1111/imj.14046.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30047189>

23. Cooksey R, Brophy S, Kennedy J, Gutierrez FF, Pickles T, Davies R, Piguet V, Choy E. Cardiovascular risk factors predicting cardiac events are different in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and psoriasis. *Semin Arthritis Rheum*. 2018 Dec;48(3):367-373. doi: 10.1016/j.semarthrit.2018.03.005. Epub 2018 Mar 17.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29656791>

24. Lauper K, Courvoisier DS, Chevallier P, Finckh A, Gabay C. Incidence and Prevalence of Major Adverse Cardiovascular Events in Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis, and Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018 Dec;70(12):1756-1763. doi: 10.1002/acr.23567. PubMed PMID: 29609199.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29609199>

25. Tejón P. Tesis doctoral: Análisis comparativo del perfil de los factores de riesgo cardiovascular clásicos entre pacientes con artritis psoriásica y pacientes con psoriasis. Universidad de Oviedo. Fecha de lectura de tesis doctoral: 2017 enero.

Disponible en:

[file:///C:/Users/Elena/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/TD_PatriciaTejon%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Elena/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/TD_PatriciaTejon%20(1).pdf)

26. Polachek A, Touma Z, Anderson M, Eder L. Risk of Cardiovascular Morbidity in Patients With Psoriatic Arthritis: A Meta-Analysis of Observational Studies. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2017 Jan;69(1):67-74. doi: 10.1002/acr.22926. Erratum in: *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2019 Apr;71(4):574. PubMed PMID: 27111228.

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27111228>

ANEXOS

Anexo 1: encuesta base de datos GRESSER. Parte 1.

Datos Paciente

Código de paciente ⓘ

Fecha de nacimiento

Sexo Varón Mujer

Paciente ya visitado crónicamente en la unidad.
(La introducción del resto de datos deja de ser obligatoria)

Datos de derivación

Fecha de visita

Fecha derivación No se especifica

Fuente de Derivación

Derma

Reuma

M. Primaria

M. Interna

COT

Otros (especificar)

Motivo de Derivación ⓘ No se especifica

Duda diagnóstica

Duda terapéutica

Duda diagnóstica y terapéutica

Efectos secundarios al tratamiento

Sintomas derivación

Artralgias

Artritis

Dactilitis

Entesitis

Artritis IFD

Manifestación Axial (dolor espinal)

Psoriasis Cutánea

Onicopatía

Lesiones cutáneas no definidas

Presentado No presentado

Anexo 1: encuesta base de datos GRESSER. Parte 2.

Tóxicos

Discapacidad últimos 6 meses:

- No
- Sí

Tipo

Tabaco:

- Sí
- Exfumador
- Años
- No

Cigarrillos al día
Años fumando
Paquetes por año: 0
Paquetes totales fumados: 0

Alcohol:

- Sí
- No

Actividad física ⓘ

- Sedentaria
- Leve
- Moderada
- Intensa

Actividad laboral

- Sedentaria
- Actividad física moderada
- Actividad física intensa

COMORBILIDADES (presentes o pasadas)

HTA ⓘ

Uveitis

Diabetes ⓘ

Enfermedad inflamatoria intestinal

Anexo 1: encuesta base de datos GRESSER. Parte 3.

- Dislipemia** ?
- Obesidad** ?
- Peso (kg)
- Talla (cm)
- IMC
- Perímetro abdominal cm.
- Depresión** ?
- Eventos Cardiovasculares**
- Accidente cerebro vascular (ACVA)
- Cardiopatía isquémica (CI)
- Insuficiencia cardíaca (IC)
- Arteriopatía periférica
- Hiperuricemia** ?

Psoriasis cutánea previo diagnóstico No hay Psoriasis

No hay datos suficientes

Tipos Psoriasis

- No hay datos suficientes
- Psoriasis Ungueal
- Psoriasis Eritrodérmica
- Psoriasis en placas
- Psoriasis invertida
- Psoriasis en gotas
- Psoriasis mucosa
- Psoriasis de cuero cabelludo
- Pustular
- Palmo plantar

Diagnóstico Final

- No hay datos suficientes
- Aps
- Aps incidente (Nuevo diagnóstico)
- Patología inflamatoria no psoriática
- Artralgias / degenerativo
- Reacción farmacológica
- Lesión cutánea / ungueal no psoriática

Tipo de aps

- No hay datos suficientes
- Axial
- Dactilitis
- Entesitis
- Poliarticular
- Oligoarticular
- Interfalángica distal
- Mutilante
- Otros - Especificar

Anexo 1: encuesta base de datos GRESSER. Parte 4.

Concordancia diagnóstica (Entre Motivo de derivación y Diagnóstico final)

- Si
- No
- No hay datos suficientes

Pruebas adicionales (solicitadas desde la unidad APs)

- Analítica
- RX
- ECO
- RMN
- Biopsia
- Cultivo
- Otros - Especificar

Resolución

- Alta
- Visita sucesiva

Motivo visita sucesiva

- Respuesta al tratamiento
- Valorar resultados pruebas complementarias
- Otro (especificar)