

ABORDATGE INTEGRAL DEL PACIENT AMB PSORIASI.

Objectius de la sessió:

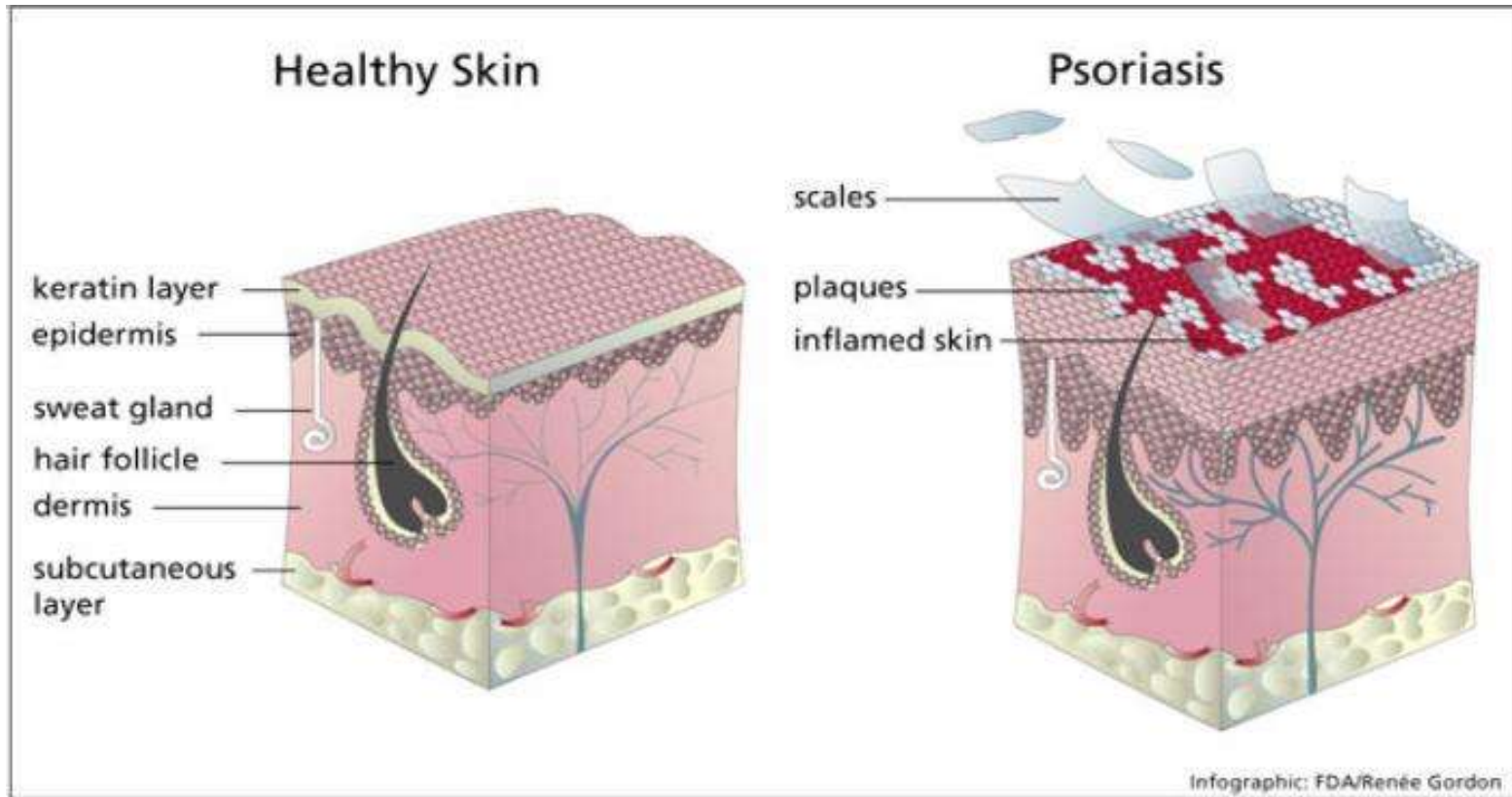
- ✓ Reconèixer la psoriasi.
- ✓ Aclarir l'actuació del metge de família davant un pacient amb psoriasi activa. Tractament tòpic de primera línia i pautes de prescripció.
- ✓ Avaluar globalment el pacient amb psoriasi.
- ✓ Conèixer criteris de derivació al dermatòleg.
- ✓ Acompanyar el pacient amb la seva malaltia: educació en fase estable, conèixer indicacions de cada fàrmac per la psoriasi, pautes d'administració, formes d'us, i efectes secundaris, per poder-los anant ajustant en cada pacient i en cada moment.
- ✓ En tot aquest procés en el que acompanyem el pacient: intercomunicació i treball conjunt amb el dermatòleg..

Abordatge de la Psoriasi des de l'Atenció Primària.

PSORIASI

Dermatosi inflammatòria crònica que cursa a brots

- **Prevalença:** 1,4% de la població.
Dos pics de màxima incidència als 20 i 50 a.
- **Etiologia desconeguda**, genèticament determinada (HLA Cw6). Si història familiar de psoriasi:
 - 1 dels pares-> 16% fills
 - 2 dels pares-> 50% dels fills



En majoria de casos és fàcil fer diagnòstic clínic:
ERITEMA+ ENGRUIXIMENT+ DESCAMACIÓ de
plaques BEN delimitades en localitzacions

CAS 1.



Dona 50 anys que
consulta per
presentar lesions a
braços i cames d'inici
sobtat sense pruija,
bon estat general.
Antecedents: HTA en
tractament amb
beta-bloquejants

Com descriuríeu
aquestes lesions?

Diagnòstic: Clínic.

Si dubtes confirmar per biòpsia

Tenir en compte:

- ✓ Fins a un 50% de pacients poden tenir afectació unguial, aïllada o en associació a psoriasi cutània, en algun moment.
- ✓ Alguns pacients amb psoriasi cutània tenen Artritis Psoriàsica (artritis seronegativa). La prevalença és difícil de determinar, essent reconeguda entre 6-42% segons sèries.

Psoriasi crònica estable (en plaques). 90% casos.

La majoria de pacients, lesions en localitzacions habituals (presentació pròpia en cada individu) amb reaguditzacions.

- **Plaques aïllades o generalitzades (P. Vulgar).**

Psoriasi tipus inflamatori eruptiu.

- **Guttata:** Inici abrupte de múltiples lesions petites (guttata o numular). Major tendència a resolució espontània.
- **Pustular:** localitzada palmo-plantar o generalitzada. Es una forma severa, risc vital.
- **Eritrodèrmica:** Afecta tota la superfície corporal, afectació estat general i multiorgànica. Severa i de risc vital.



cs:
r, cuir
ca.

Common Locations of Psoriasis



Localització:

Zones d'extensió d'extremitats:
genolls, colzes, dors IF.

Retroauricular, sacre-gluti,
cuir pilós, plantes-palmells.

Infreqüent a cara (psoriasi
refractària).



PSORIASI VULGAR.

Clínica: pàpules i plaques groixudes seques amb crosta blanca nacarada descamativa. Les lesions són ben delimitades i confluent, fent formes policíclics o geogràfiques.

Patró bilateral sovint simètric.

Exploració: “raspado metódico de Brocq” (signe de Auspitz o “rocío hemorrágico”)



- Pruija variable
- Major en cuir pilós i zona anogenital (Invertida)





Factors Desencadenants:



- **Traumatismes físics** (fins i tot fricció o gratat)
- **Infeccions.** estreptocòcica aguda precipita psoriasi *guttata*
- **Estrés:** causa brots en el 40% d'adults, i més i tot en nens.
- **Fàrmacs:** liti, antipalúdics, AINEs, corticoids orals, interferó i betabloquejants, IECAs, d'entre els més freqüents.
- **Alcohol. Clima. Factors hormonals**

CAS 2



Dona de 27 anys que consulta al metge de família per l'aparició sobtada de lesions cutànies múltiples, des de fa 15 dies, i li van apareixent cada cop més.



PSORIASI GUTTATA

CAS 2





CAS 2

ACTUACIÓ DEL PACIENT AMB PSORIASI:

1. AVALUACIÓ INDIVIDUAL: intensitat del brot + afectació qualitat de vida.

- Mesurar l'extensió de psoriasis i severitat de les lesions
→ BSA o PASI
- Mesurar l'afectació física i psíquica del pacient,
→ DLQI

Regla dels 10: considera **psoriasi greu** (20% casos) aquella amb valors de:

- PASI major de 10 , BSA major de 10
- o una puntuació al DLQI major de 10



CAS 2

ACTUACIÓ DES DE AP:

1.a) Avaluació individual: SEVERITAT DEL BROT

BSA:

Càlcul directe de la superfície corporal afectada, una forma simplificada d'avaluar la superfície és emprar el palmell de la mà del pacient (amb els dits) com equivalent a un 1% de SCT . Difícil de calcular si les plaques són petites o guttata.

http://www.pasitraining.com/calculator/step_1.php

PASI:

Obté una puntuació entre 0 (no psoriasi), i 72 (psoriasi molt greu) calculada a partir de: la superfície corporal afectada+ la gravetat dels signes de psoriasi (eritema, induració i descamació), a cada zona corporal

PASI SCORE: 10.7

Head and Neck	
SKIN AREA INVOLVED	2 palms
AREA SCORE	2
REDNESS	3
THICKNESS	4
SCALE	1
TOTAL:	1.6

Trunk	
SKIN AREA INVOLVED	2 palms
AREA SCORE	1
REDNESS	3
THICKNESS	0
SCALE	2
TOTAL:	1.5



ACTUACIÓ DES DE AP:

1.b) Avaluació individual: AFECTACIÓ QUALITAT DE VIDA.

És important mesurar l'afectació física i psíquica del pacient, donat que l'impacte negatiu que provoca en la qualitat de vida del pacient és molt significatiu i condiciona sovint la seva vida (modificació d'hàbits, conductes evitació, trastorns adaptatius) i en molts casos no ens ho manifesta.

- ✓ Hi ha molts tests per poder quantificar aquesta afectació: PDI, PSO-LIFE, SIKINDEX29, EUROPSO, PLSI, PQOL12.

ACTUACIÓ DES DE AP:

1-b) Avaluació individual: AFECTACIÓ QUALITAT DE VIDA.

- ✓ **Dermatology Life Quality Index (DLQI)** : Simple i pràctic. Són 10 preguntes sobre la qualitat de vida durant la setmana prèvia. Puntuació global: 0 - 30. Té una bona validesa i consistència interna i hi ha una versió validada en castellà

<http://www.solapso.org/archivos/evaluacion/DLQI-es.pdf>

2. INICIAR TRACTAMENT I VALORAR LA DERIVACIÓ al Dermatòleg:

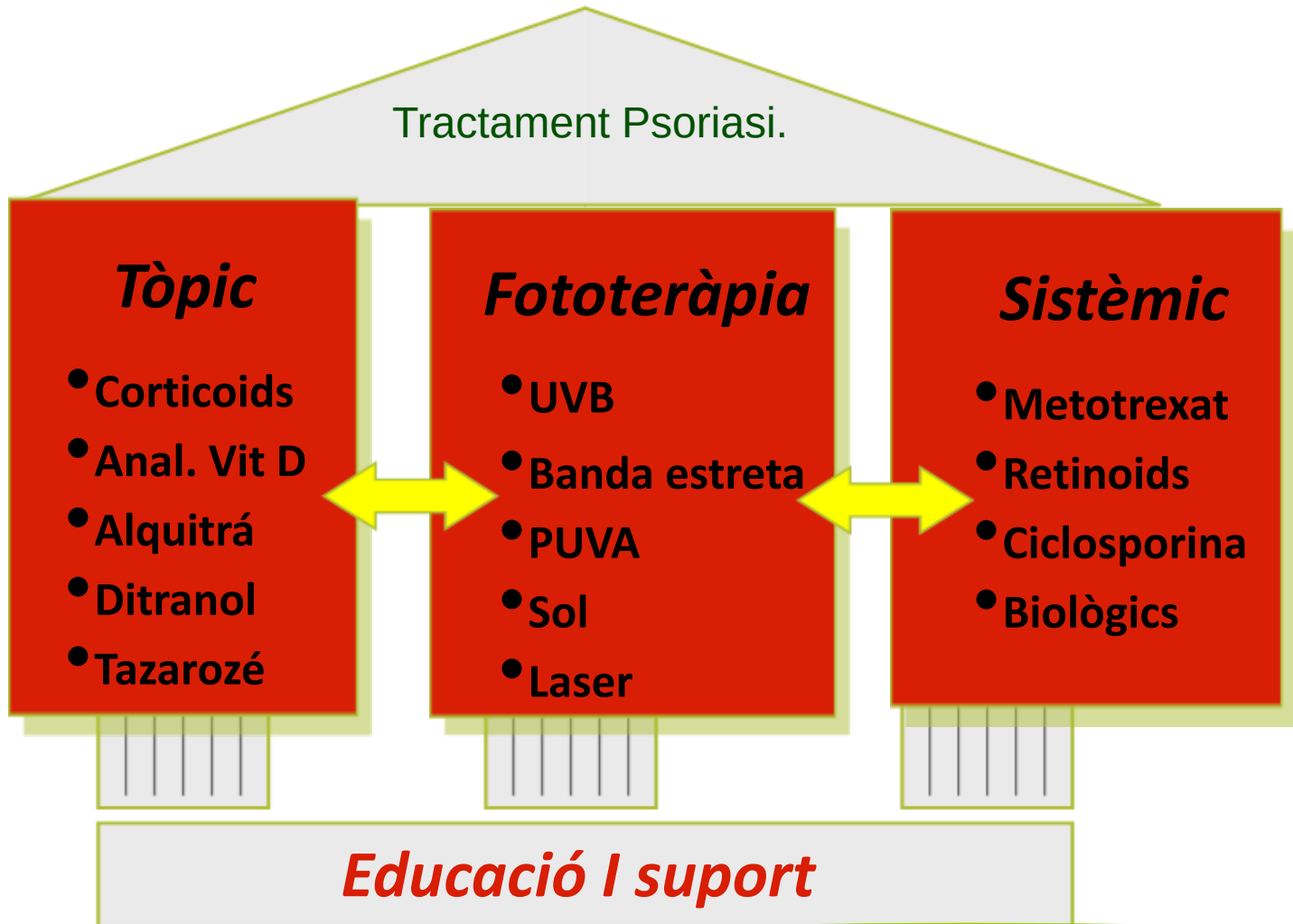
- Davant la sospita clínica (primer episodi) per confirmar el Dx i per reforçar el compliment del tractament.
- Casos lleus (BSA o PASI<10%) que no responen al tractament.
- Casos moderats o greus (BSA, PASI i DQLI > 10)
- Psoriasi palmo-plantar.
- Psoriasi unguial incapacitant, valorar tractament sistèmic.
- Artropatia psoriàsica, junt a Reumatòleg.

2. Iniciar tractament i valorar la derivació al dermatòleg:

- **Derivació Urgent:**
 - Psoriasi pustulosa
 - Eritrodèrmia (ingrés hospitalari)



2. Iniciar tractament



TRACTAMENT DES DE L' A.P:

OBJECTIU→ Millorar el compliment terapèutic.

Fins un 40% persones amb psoriasi presenten escassa adherència al tractament.

1. Estreta relació metge- pacient

- Decisió compartida

2. Elecció del vehicle

3. Millora ràpida

- Inici: potent, ràpid, riscos
- Continuació: menys potent, més segur



FASE DE BLANQUEJAMENT DE LESIONS, ENS INDICA BONA RESPOSTA A TRACTAMENT.

Donar consells:

- Explicar pauta de reducció del tractament tòpic.
- Pautar el tractament tòpic a seguir, millor de forma escrita.
- Explicar tractament de manteniment. Recordar us diari emolients.

CAS 3. PSORIASI A LOCALITZACIONS ESPECIALS

PSORIASI A CUIR PILÓS

Plaques ben delimitades amb escares groixudes i adherents.

Aillades més o menys nombroses o bé afectació de tot el cuir pilós

Freq: zones implantació (inici cuir pilós, celles), clatell, retroauricular.

No causa caiguda de cabell.

Pot coexistir amb psoriasi d'afectació general o ser una localització aïllada.





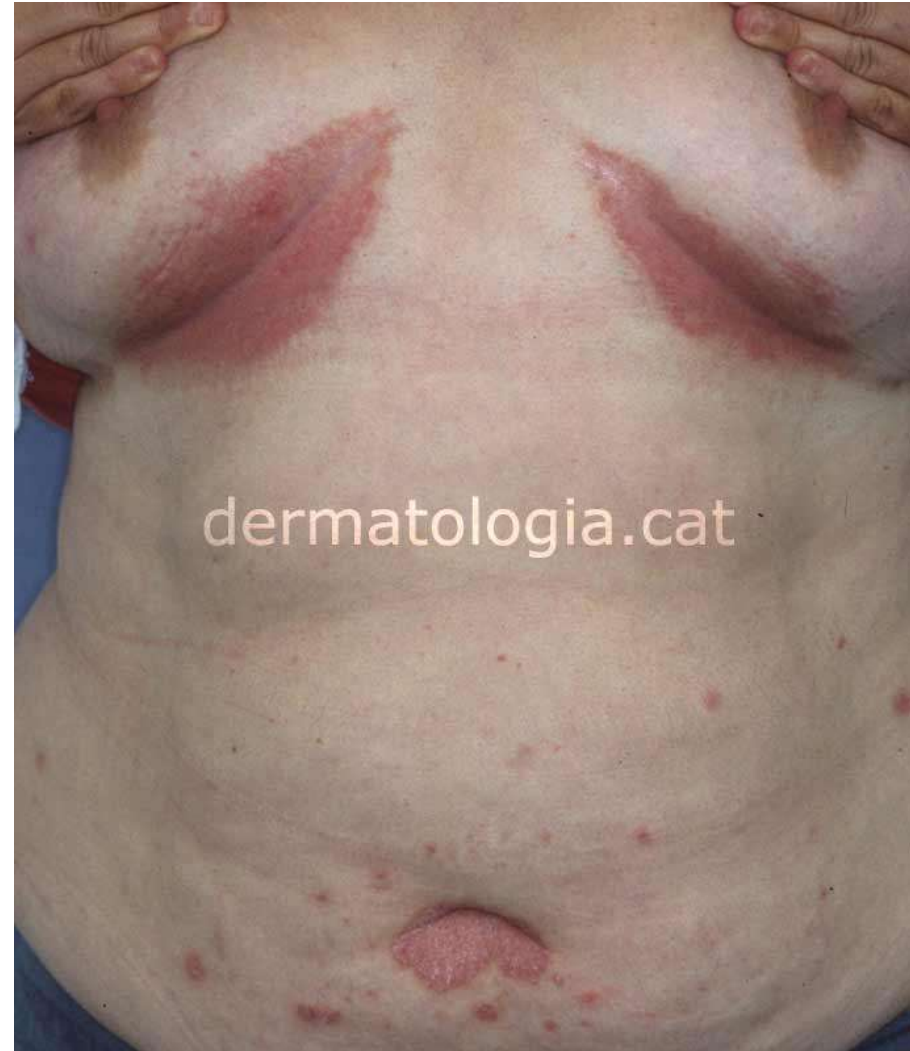
Tractament a AP:

- Si hiperqueratosis: àcid salicílic 1-3%
- Corticoide tòpics sols o combinats solució 1-2v/d.
- Combinació calcipotriol/betametasona gel 1a /d durant 4 setmanes
- Altres opcions:
 - Lloció d' Anàlegs vitamina D (o de manteniment)
 - Xampú de brea cada 3d, deixar 10 minuts i aclarir, actualment amb desús per olor desagradable.

PSORIASI A PLECS

- Plaques de color vermell intens, sense descamació.
- Grans plecs: aixelles, engonals, submamari, intergluti.
- El fet que són molt ben delimitades les diferencia de:
 - Intertrigen irritatiu /candidosic
 - Dermatitis de contacte
 - Tinya crural

PSORIASI A PLECS



Més freqüent en obesos, pot ser forma aïllada o acompanyant psoriasi crònica en plaques.

En ocasions més resistents al tractament

PSORIASI A PLECS

Tractament:

- **Emol·lients.**
- **Aguts: corticoide tòpics de baixa potència**
- **Crònic: tacalcitol, calcitriol**
- **Si candidiasis tractar**
- Inhibidors tòpics de la calcineurina (encara no aprovats per l'us en psoriasis)



<http://www.dermatoweb.net/>



PSORIASI UNGUIAL

- **> 50% de pacients amb psoriasi** en algun moment. Gairebé sempre en Artritis psoriàsica (>70%) i formes greus
- **Mans >> peus** (contrari onicomicosi)
- **No tota afectació d'ungles són fongs.** Però els pacients amb psoriasi pateixen més d'onicomicosi.
- **Suggereixen psoriasi ungueal:** depressions puntiformes (“pitting”), onicolisis distal (taca d'oli) +/- hiperqueratosi subungueal, onicodistrofia, leuconiquia, solcs

IMPORTÀNCIA DE LA PSORIASI EN L'ABORDATGE GLOBAL DEL PACIENT A L' A.P.

- ❑ Hi ha un augment de morbimortalitat global per malaltia cardiovascular.
- ❑ Si s'optimitza el control de la psoriasis podríem disminuir el risc cardiovascular del pacient.

Outcome	Study	Multivariate adjusted risk estimate (95% CI)		
		All psoriasis patients	Mild psoriasis patients	Severe psoriasis patients
CVD mortality	ABUABARA 2010 & MEHTA2010	-	-	HR 1.57 (1.26-1.96) ^a
	MALLBRIS 2004		SMR 0.94 (0.89-0.99) ^b	SMR 1.52 (1.44-1.60) ^b
	AHLEHOFF 2011D		IRR 1.14 (1.06-1.22)	IRR 1.57 (1.27-1.94)
	BOFFETTA2001			SMR 1.45 (1.35-1.56) ^c
Cerebrovascular disease mortality	MALLBRIS 2004			SMR 1.63 (1.47-1.80)
	BOFFETTA2001			SMR 1.33 (1.11-1.59) ^c
Atherosclerosis ^d	KAYE2008	HR 1.28 (1.10-1.48)	-	-
Angina	KAYE2008	HR 1.20 (1.12-1.29)	-	-
Peripheral vascular disease	KAYE2008	HR 1.29 (1.13-1.47)	-	-
Arterial disease mortality	BOFFETTA2001			SMR 1.34 (0.97-1.80) ^c
Ischaemic heart disease	WAKKEE 2010	HR 1.05 (0.95-1.17)	-	-
Ischaemic heart disease mortality	MALLBRIS 2004	-	-	SMR 1.86 (1.76-1.96)
	BOFFETTA2001			SMR 1.55 (1.42-1.70) ^c
Myocardial infarction	BRAUCHLI 2009A	IRR 1.07 (0.89-1.29)	-	
	KAYE2008	HR 1.21 (1.10-1.32)	-	-
	LIN2011	HR 2.10 (1.27-3.43), p<0.01	-	-
	GELFAND 2006A	-	HR Age 30: 1.29 (1.14-	HR Age 30: 3.10 (1.98-

	Study	Multivariate adjusted risk estimate (95% CI)		
			1.46] Age 60: 1.08 (1.03-1.13)	4.86] Age 60: 1.36 (1.13-1.64)
	AHLEHOFF 2011D		IRR 1.22 (1.12-1.33)	IRR 1.45 (1.10-1.9)
	WAKKEE 2010	HR 0.94 (0.80-1.11)		
All cause mortality following first-time MI	AHLEHOFF 2011B	HR 1.18 (0.97-1.43)	-	-
Composite of stroke, recurrent MI and CVD mortality following first-time MI	AHLEHOFF 2011B	HR 1.26 (1.06-1.54)	-	-
Transient Ischaemic attack	BRAUCHLI 2009A	IRR 0.98 (0.81-1.19)	-	-
Stroke	BRAUCHLI 2009A	IRR 0.92 (0.77-1.09)	-	-
	GELFAND 2009	-	HR 1.06 (1.01-1.11)	HR 1.43 (1.10-1.87)
	KAYE 2008	HR 1.12 (1.00-1.25)	-	-
	AHLEHOFF 2011D		IRR 1.25 (1.16-1.33)	IRR 1.71 (1.39-2.11)
Ischaemic stroke	AHLEHOFF 2011E	-	IRR 1.25 (1.17-1.34)	IRR 1.65 (1.33-2.05)
Venous thromboembolism	AHLEHOFF 2011	-	IRR 1.35 (1.21-1.49)	IRR 2.06 (1.63-2.61)
Pulmonary embolism	AHLEHOFF 2011	-	IRR 1.14 (0.95-1.37)	IRR 1.88 (1.22-2.89)
Pulmonary embolism mortality	MALLBRIS 2004			SMR 1.64 (1.12-2.31)
Coronary revascularisation	AHLEHOFF 2011D	-	IRR 1.37 (1.26-1.49)	IRR 1.77 (1.35-2.32)
Composite of stroke, MI and CVD mortality	AHLEHOFF 2011D	-	IRR 1.2 (1.14-1.25)	IRR 1.58 (1.36-1.82)
Major adverse cardiac events	MEHTA2011	HR 1.53 (1.26-1.85)		

**Vigilar Comorbiditats de la psoriasis
(especialment les formes severes):**

Obesitat

Dislipemia

Hipertensió arterial

Diabetis mellitus tipus 2

Enolisme

Tabaquisme

EPOC

Arteriopatia perifèrica

Síndrome metabòlic

Esteatosis hepàtica

Ansietat

Depressió

**En una cohort de gairebé 3000
pacients es trobà associació entre
psoriasi i:**

- DM. Obesitat, M. Coronària i HTA
- Sd Metabòlic: comorbiditat més freqüent
- Malaltia de Crohn, càncer i depressió.

**Factors de risc per a malaltia
coronària també s'han associat a
presència de psoriasi:**

- Alcohol, tabac.

Actas Dermosifiliogr. 2012;103(Supl 1):1-64

Taula modif Comorbilidades en psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2010;101 (Supl. 1):55-61

Comorbilidad asociada a psoriasis

- Articular: artritis psoriásica (APs)
- Enfermedad cardiovascular (ECV)
- Factores de riesgo cardiovascular (FRCV):
 - Obesidad (OB)
 - Diabetes mellitus (DM)
 - Hipertensión arterial (HTA)
 - Dislipemia (DLP)
 - Síndrome metabólico (SM)
- Otras enfermedades:
 - Hígado graso no alcohólico (HGNA)
 - Enfermedad inflamatoria intestinal (EII)
 - Linfoma (LF) y cáncer de piel (CP)
 - Ansiedad (ANS) y depresión (DEP)

Hábitos de consumo asociados a psoriasis:

- Tabaco
- Alcohol

Determinaciones básicas

Valoración general y seguimiento farmacológico

Hemograma

Bioquímica hepática (ALT, AST, GGT, FA)

Función renal (creatinina, estimación FG)

Específicas de los FRCV

Peso: ____ kg (OB)

Talla: ____ m (OB)

Perímetro abdominal: ____ cm (OB, SM)

PAS: ____ mm Hg (HTA, SM)

PAO: ____ mm Hg (HTA, SM)

HbA_{1c}: ____ % (DM)

Glucemia en ayunas: ____ mg/dl (DM, SM)

Colesterol total: ____ mg/dl (DLP)

cLDL: ____ mg/dl (DLP)

cHDL: ____ mg/dl (DLP, SM)

TG: ____ mg/dl (DLP, SM)

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Subescala de ansiedad

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?
(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los síntomas siguientes: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?
(síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño o para quedarse dormido?

Subescala de depresión

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas?
(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido Vd. más lento de lo habitual?
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Positivo si responde afirmativamente a ≥ 4 preguntas de la subescala de ansiedad y/o ≥ 2 de subescala de depresión

Cuestionario CAGE (sospecha de dependencia alcohólica):

1. ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?
2. ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?
3. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?
4. ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?

Positivo si responde afirmativamente a ≥ 2 preguntas

Se aconseja realizar el cribado de las enfermedades asociadas:

- En pacientes con tratamiento sistémico: cada 6 meses
- En pacientes con tratamiento local: cada 12 meses

E. Daudén et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2012;**103**(Supl 1):1-64

Però els MF ja fem abordatge multisistèmic del pacient.

Recorda en el psoriasi:
-Descartar patologies associades.

- Ser més rigorosos en el control dels FRCV.

