

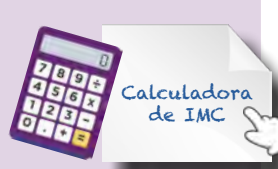
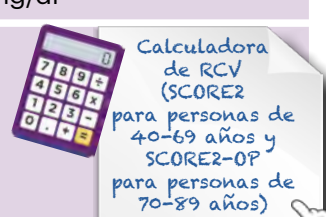
Psoriasis

Evaluación de las comorbilidades

medifichas

Riesgo cardiovascular

Factor de RCV	Criterios de inicio de tratamiento o derivación, según corresponda
DM	Si se cumple 1 de los siguientes¹: <ul style="list-style-type: none"> ○ DM: <ul style="list-style-type: none"> • HbA_{1c} ≥6,5 %^a • Glucosa plasmática en ayunas ≥126 mg/dl^b • Glucosa plasmática a las 2 h de la prueba de SOG ≥200 mg/dl^b • Síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica + glucemia al azar ≥200 mg/dl ○ Prediabetes: <ul style="list-style-type: none"> • HbA_{1c} 5,7 %-6,4 % • Glucosa plasmática en ayunas 100-125 mg/dl^b • Glucosa plasmática a las 2 h de la prueba de SOG 140-199 mg/dl
Dislipidemia	Si se cumple 1 de los siguientes²: <ul style="list-style-type: none"> ○ Colesterol LDL: <ul style="list-style-type: none"> • ≥55mg/dl si RCV muy alto • ≥70 mg/dl si RCV alto • ≥100 mg/dl si RCV moderado • ≥116 mg/dl si RCV bajo
Obesidad	Si se cumple 1 de los siguientes³: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sobrepeso (IMC ≥25 kg/m² y <30 kg/m²) + perímetro abdominal: ♀ ≥80 cm / ♂ ≥94 cm ○ Obesidad (IMC ≥30 kg/m²) ○ Perímetro abdominal ♀ ≥88 cm / ♂ ≥102 cm
HTA^c	Si la media de la 2.ª y la 3.ª determinación (tras 3 determinaciones consecutivas^d), con una diferencia de 1 minuto entre ellas, es⁴: <ul style="list-style-type: none"> ○ PAS ≥140 mmHg, y/o ○ PAD ≥90 mmHg
Síndrome metabólico	Si se cumplen 3 o más de los siguientes⁵: <ul style="list-style-type: none"> ○ Obesidad abdominal (cintura ♀ ≥80 cm / ♂ ≥94 cm) ○ Triglicéridos ≥150 mg/dl o tratamiento específico ○ Colesterol HDL: ♀ <50 mg/dl, ♂ <40 mg/dl, o tratamiento específico ○ PA ≥135/85 mmHg, o tratamiento por hipertensión arterial ○ Glucemia en ayunas ≥100 mg/dl o tratamiento con antidiabéticos



DM: diabetes mellitus; HbA_{1c}: Hemoglobina glicosilada; HDL: lipoproteínas de alta densidad; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; LDL: lipoproteínas de baja densidad; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica; RCV: riesgo cardiovascular, SOG: sobrecarga oral de glucosa.

^aEn ausencia de hiperglucemia inequívoca, el diagnóstico requiere dos resultados alterados, bien en la misma muestra o bien en dos muestras separadas¹.

^bLa OMS y otras organizaciones establecen el límite inferior en 110 mg/dl⁶.

^cEl diagnóstico de HTA debe basarse en las cifras tomadas en al menos 2-3 visitas a consulta, separadas de 1 a 4 semanas⁴. El diagnóstico en una sola visita solo es posible si la PA es ≥180/110 mmHg y se constata daño orgánico específico o enfermedad cardiovascular^{4,7}. Lo ideal es confirmar el diagnóstico mediante automedición de la presión arterial (AMPA) o monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). Esto es especialmente importante cuando la PA es 140-159/90-99 mmHg (HTA de grado 1), pues la probabilidad de HTA de bata blanca en estos casos es mayor; también, cuando la PA es 130-139/89-89 mmHg (PA normal-alta), ya que aumenta la probabilidad de HTA enmascarada^{4,8}.

^dSi las dos primeras determinaciones son normales, no es necesario continuar³.

Otras enfermedades

Comorbilidad	Criterios de inicio de tratamiento o derivación, según corresponda
Artritis psoriásica	Si se cumple 1 de los siguientes³: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dolor inflamatorio o tumefacción articular periférica ○ Dolor inflamatorio en el esqueleto axial ○ Entesitis (sobre todo en el tendón de Aquiles o fascias plantares) ○ Dactilitis
Hígado graso no alcohólico	Si se cumple 1 de los siguientes³: <ul style="list-style-type: none"> ○ Aumento de las enzimas hepáticas (AST, ALT y/o GGT) ○ Esteatosis en la ecografía abdominal^d
Enfermedad inflamatoria intestinal	Si se cumple 1 de los siguientes³: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diarrea crónica (>4 semanas) ○ Sangre en heces ○ Dolor o hemorragia rectal ○ Urgencia para defecar ○ Tenesmo rectal ○ Calambres o dolor abdominal durante >4 semanas
Insuficiencia renal	Si se cumple 1 de los siguientes³: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cociente albúmina/creatinina ≥30 mg/g ○ Filtrado glomerular <60 ml/min/1,73 m²
Ansiedad o depresión	Si existe sospecha de³: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ansiedad (escala de ansiedad de Goldberg ≥4), y/o ○ Depresión (escala de depresión de Goldberg ≥2)
Linfoma	Si se cumple uno de los siguientes³: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sospecha clínica (pérdida de peso, fiebre, sudores nocturnos, anorexia, cansancio) ○ Adenopatía no dolorosa (cuello, axilas, ingles, fosas supraclaviculares)



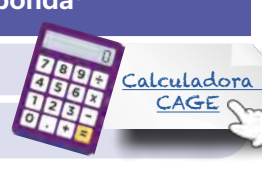
GGT: gammaglutamil-transferasa; ALT: alanina-aminotransferasa; AST: aspartato-aminotransferasa

^dLa concentración de enzimas hepáticas es normal en algunos pacientes con hígado graso no alcohólico, por lo que en pacientes con riesgo elevado (componentes del síndrome metabólico) se recomienda realizar ecografía, aunque la bioquímica sea normal³.



Estilo de vida

Hábitos de consumo	Criterios de inicio de tratamiento o derivación, según corresponda ³
Alcohol	Si existe sospecha de consumo excesivo (escala CAGE ≥2)
Tabaco	Si el paciente tiene interés en dejar de fumar



CAGE: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener

¿Con qué frecuencia se deben evaluar las comorbilidades?

El seguimiento de los pacientes con psoriasis requiere evaluar la presencia de comorbilidades cada³:

12 meses con tratamiento local

6 meses con tratamiento sistémico

descárgate más medifichas en www.almirallmed.es

1. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al, on behalf of the American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S19-S40.
2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinen KC, Casavola M, Badieri L et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). Eur Heart J. 2020;41(1):111-8.
3. Daudén E, Blasco AJ, Bonanad C, Botella R, Carrascosa JM, González-Parra E et al. Position statement for the management of comorbidity in psoriasis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018;32(12):2058-2071.
4. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. J Hypertens. 2021;39(7):1293-302.
5. Mostaza JM, Pintó X, Armario P, Masana L, Reale JT, Valdivielso P, et al. Estándares SEA 2022 para el control global del riesgo cardiovascular. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. 2022;34(3):130-179.
6. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, et al; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. 2020;41(2):255-323.
7. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Guidelines for hypertension. Hypertension. 2020;75(6):1334-57.
8. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Española Cardiol. 2019;72(2):160.e1-160.e78.
9. Daudén E, Castañeda S, Suárez C, García-Campayo J, Blasco AJ, Aguilar MD et al. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. Actas Dermosifiliogr. 2012;103(Supl 1):1-64.