

# ***TRABAJO DE FIN DE GRADO***

## ***Grado en Medicina***



### ***“Prevalencia de Artritis Psoriásica en pacientes con Psoriasis”***

Nombre del Tutor Clínico: Dra. Diana Ruiz Genao

Servicio del Tutor: Dermatología

Nombre del Tutor Metodológico: Ana Isabel Castillo Varón

Nombre del Alumno: Alessandra Tognetti

Hospital: Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

Villaviciosa de Odón, Mayo 2025

## **AGRADECIMIENTOS**

*A Diana Ruiz Genao, Dermatóloga en el Hospital Universitario Quirónsalud de Madrid y tutora de este TFG. Por su implicación, tiempo, profesionalidad y empatía.*

*A Ana Isabel Catillo Varón, tutora metodológica de este TFG, y a Rocío Queipo, coordinadora de la asignatura de Metodología. Por su dedicación y disponibilidad constante.*

*A mio padre e mia madre, che più che mai mi hanno tenuto la mano in questi anni. Per il sostegno incondizionato e la fiducia che hanno sempre riposto in me.*

*A mia sorella, che ha creduto in me prima ancora che lo facessi io.*

*Alla mia famiglia, che è stata il mio rifugio sicuro, anche a distanza.*

*Ai miei amici, quelli di sempre e quelli incontrati lungo il cammino, che non hanno mai smesso di spronarmi. Per aver condiviso con me sorrisi, parole o semplicemente la loro presenza. Per avermi ascoltato lamentarmi – giorno sì e giorno no – con infinita pazienza.*

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>3</b>
<b>HIPÓTESIS</b>	<b>8</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>8</b>
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>9</b>
<i>DISEÑO DEL ESTUDIO</i>	9
<i>ÁMBITO Y POBLACIÓN DEL ESTUDIO</i>	9
<i>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</i>	9
<i>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</i>	9
<i>CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL</i>	9
<i>SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES</i>	10
<i>RECOGIDA DE DATOS</i>	10
<i>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</i>	11
<b>ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES</b>	<b>12</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>13</b>
<i>DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA</i>	13
<i>DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES</i>	13
<i>ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTES CON PSORIASIS: DESCRIPCIÓN DE LAS FORMAS CLÍNICAS DE ARTRITIS PSORIÁSICA</i>	14
<i>DETERMINACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA PSORIASIS</i>	15
<i>ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y PRESENTAR O NO ARTRITIS PSORIÁSICA</i>	16
<i>COMPARACIÓN ENTRE EDAD Y PRESENTAR O NO ARTRITIS PSORIÁSICA</i>	17
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>18</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>22</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>27</b>
<i>ANEXO 1: RESOLUCIÓN POSITIVA DEL COMITÉ DE ÉTICA</i>	27
<i>ANEXO 2: TABLA DE VARIABLES</i>	28

## ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con psoriasis</i>	14
<i>Tabla 2. Análisis de la variable obesidad y su relación con artritis psoriásica</i>	16
<i>Tabla 3. Análisis de la asociación entre edad y presencia de artritis psoriásica</i>	17

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Diagrama de flujo de inclusión y exclusión de los pacientes del estudio</i>	13
<i>Figura 2. Características de artritis psoriásica y sus presentaciones clínicas</i>	15
<i>Figura 3. Clasificación de pacientes según necesidad de tratamiento sistémico</i>	15

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, con una prevalencia mundial significativa y una estrecha asociación con diversas comorbilidades, entre ellas la artritis psoriásica (APs). Esta última, afecta entre un 20-30% de los pacientes con psoriasis, y su diagnóstico precoz resulta clave para prevenir daños articulares irreversibles.

**OBJETIVO PRINCIPAL:** Determinar la prevalencia de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis, y describir sus características clínicas y factores asociados.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de psoriasis, atendidos entre septiembre de 2019 y septiembre de 2024 en el Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Se trataron los datos de forma pseudonimizada, realizándose posteriormente un análisis descriptivo y uno bivariado mediante las pruebas T de Student y  $\chi^2$ .

**RESULTADOS:** Se analizaron 200 pacientes, con una edad media  $\pm$  DE de  $52.5 \pm 13.9$  años y predominio femenino (54%). La prevalencia de artritis psoriásica fue del 32.5%. La forma clínica más común fue la afectación periférica (75.4%). Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de artritis psoriásica ( $p = 0.020$ ), pero no entre obesidad y artritis psoriásica ( $p = 0.379$ ), aunque más del 50% de los datos sobre IMC estaban incompletos. El 44% de los pacientes requirió tratamiento sistémico para la psoriasis.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados evidencian una prevalencia considerable de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis, especialmente en los de mayor edad, lo que resalta la necesidad de realizar un cribado periódico anual de artropatía psoriásica, por parte del dermatólogo, en todos los pacientes con psoriasis. El estudio subraya la importancia del trabajo conjunto entre dermatología y reumatología para mejorar el diagnóstico precoz y el abordaje integral del paciente.

**PALABRAS CLAVES:** *Psoriasis; Artritis psoriásica; Prevalencia; Diagnóstico precoz; Comorbilidades.*

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease with a significant global prevalence and a strong association with various comorbidities, including psoriatic arthritis (PsA). PsA affects approximately 20-30% of patients with psoriasis, and early diagnosis is crucial to prevent irreversible joint damage.

**MAIN OBJECTIVE:** To determinate the prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis and describe its clinical features and associated factors.

**METHODS:** A cross-sectional, observational, descriptive and retrospective study was conducted through the review of medical records of patients aged 18 or older with a diagnosis of psoriasis, seen between September 2019 and September 2024 at Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. The data were pseudonymized, and a descriptive analysis and bivariate analysis were subsequently performed, using Student's T test and  $\chi^2$  test.

**RESULTS:** A total of 200 patients were analyzed, with a mean age  $\pm$  DS of  $52.5 \pm 13.9$  years and a slight female predominance (54%). The prevalence of PsA was 32.5%. The most common clinical form was peripheral involvement (75.4%). A statistically significant association was found between age and the presence of PsA ( $p = 0.020$ ), while no significant association was observed between obesity and PsA ( $p = 0.379$ ), although more than 50% of BMI data were missing. Additionally, 44% of the patients required systemic treatment for psoriasis.

**CONCLUSION:** The findings show a considerable prevalence of PsA among patients with psoriasis, particularly in older individuals, highlighting the importance of annual PsA screening by dermatologists in all psoriasis patients for early detection. The study reinforces the need for early detection strategies and emphasizes the relevance of close collaboration between dermatology and rheumatology to optimize the comprehensive management of psoriasis patients.

***KEY-WORDS:*** Psoriasis; Psoriatic arthritis; Prevalence; Early diagnosis; Comorbidities.

## INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad cutánea de base inmunológica caracterizada por la presencia de placas eritematosas bien delimitadas, cubiertas por escamas nacaradas (1). Tiene un curso crónico y muestra gran variabilidad tanto clínica como evolutiva, afectando aproximadamente a 125 millones de individuos mundialmente. En España afecta al 2% de la población (2). Además de su impacto en la piel, está relacionada con múltiples comorbilidades, entre las cuales destacan enfermedades cardiovasculares y psiquiátricas (3) y se estima que el 20-30% de estos pacientes desarrollan artritis psoriásica a lo largo de su vida (4). Estas comorbilidades, no solo empeoran la calidad de vida de los pacientes, sino que también incrementan la carga global de la enfermedad.

Existen varias formas clínicas de psoriasis, clasificándose en cinco subtipos principales: psoriasis vulgar o en placas, psoriasis guttata, psoriasis eritrodérmica, psoriasis invertida y psoriasis pustulosa (5). La psoriasis vulgar se considera la forma más común, afectando aproximadamente al 90% de los pacientes. Presenta placas bien definidas, de color rojizo y recubiertas por escamas. Pueden adoptar distintas formas, afectando a varias partes del cuerpo y con una extensión variable.

La artritis psoriásica es una patología inflamatoria que afecta a estructuras osteoarticulares y su aparición está estrechamente relacionada con la psoriasis (6). Es una artropatía crónica, reconocida como entidad en 1964 e incluida dentro del grupo de las espondiloartropatías seronegativas asociadas a HLA-B27. Evoluciona de manera impredecible, alternando períodos de actividad inflamatoria con fases de remisión o inactividad. Se estima que afecta entre el 0,3% y el 1% de la población mundial (7); sin embargo, su prevalencia es difícil de establecer debido a la heterogeneidad de las poblaciones estudiadas y a los distintos métodos de clasificación empleados. Muestra gran variabilidad clínica, pudiendo presentar afectación articular periférica, axial o mixta. La forma periférica se manifiesta como dolor e inflamación articular y puede afectar cualquier articulación, siendo más frecuente en manos, rodillas, tobillos y pies. Es frecuente la presencia de eritema o coloración purpúrica sobre las articulaciones afectas, pero existen también otros hallazgos característicos, como la entesitis (inflamación de la inserción tendinosa o ligamentosa en el hueso) y la dactilitis

(combinación de sinovitis, tenosinovitis y entesitis junto con edema de partes blandas en un dedo, conocido como “dedo en salchicha”). La forma axial (columna y/o sacroilíacas) se manifiesta como lumbalgia de ritmo inflamatorio, con empeoramiento en reposo y dolor alternante en glúteos, siendo característica su afectación unilateral. Esta última se observa con mayor frecuencia en varones y se ha relacionado con la presencia del marcador genético HLA-B27. Según el número de articulaciones comprometidas, se distinguen las formas poliarticular, oligoarticular o monoarticular, las cuales pueden variar a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad.

La relación entre la psoriasis y la artritis psoriásica no está bien definida. Actualmente, no está claramente establecido si existe una correlación entre la gravedad de ambas entidades, ni se ha determinado de forma concluyente la relación entre la artropatía y las distintas formas clínicas de psoriasis. No obstante, la artropatía psoriásica parece presentarse con mayor frecuencia en aquellos pacientes que padecen la forma eritrodérmica o pustulosa de la enfermedad. Las manifestaciones articulares, a menudo, aparecen años después de las manifestaciones cutáneas, aunque también puede coincidir con el comienzo de éstas o, más raramente, preceder a la psoriasis cutánea (8).

Tanto la psoriasis como la artritis psoriásica se consideran enfermedades de base inmune. Ambas patologías comparten una base común, pero presentan diferencias en sus mecanismos inmunopatogénicos y en los tipos celulares predominantes (9). En la psoriasis destacan las células T, particularmente los linfocitos Th1 y Th17, que se diferencian a partir de las IL-12 e IL-23 (1). Las células T producen citoquinas inflamatorias clave en la patogénesis de la enfermedad e inducen la proliferación de queratinocitos. En la artritis psoriásica, además del papel relevante de los linfocitos Th1 y Th17, destacan los linfocitos CD8+ (10), que contribuyen al daño articular. La vía IL-23 e IL-17 es central en ambas patologías y comprender estos mecanismos ha permitido el desarrollo de tratamientos biológicos dirigidos, que han revolucionado el manejo terapéutico (11).

El vínculo entre psoriasis y artritis psoriásica no solo es clínico, sino también genético y ambiental. Muchos estudios han identificado asociaciones entre estas enfermedades, no obstante, la causalidad sigue siendo difícil de establecer. En cuanto al componente

genético, uno de los principales factores relacionados es el HLA-B27, aunque se han identificado otros de interés (12). Se ha visto que el HLA-Cw6 es el que presenta una asociación más intensa tanto con la psoriasis como con la artritis psoriásica. En cuanto a los componentes ambientales, se destaca el tabaquismo, el consumo de alcohol, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad de Crohn (13). La presencia de agentes infecciosos iniciaría la respuesta inflamatoria, como resultado de la similitud molecular entre antígenos estreptocócicos y autoantígenos epidérmicos. Los traumatismos repetidos en la articulación podrían elevar la sustancia P, el neuropéptido y el VIP en líquido sinovial y piel. Esta interacción entre los factores genéticos y ambientales complica la identificación de los mecanismos subyacentes, pero también abre oportunidades para la investigación sobre posibles biomarcadores, que permitan una mejor predicción y manejo de la enfermedad.

Los pacientes que presentan tanto psoriasis como artritis psoriásica tienden a desarrollar más síntomas y complicaciones en comparación a los que solo padecen psoriasis. Esta coexistencia incrementa significativamente la carga clínica de la enfermedad, lo cual hace aún más relevante la importancia de un diagnóstico precoz. Detectar la artritis psoriásica en sus etapas iniciales permite una intervención oportuna que puede disminuir el riesgo de daños estructurales irreversibles y mejorar la calidad de vida de los pacientes (4). Existen varios factores de riesgo implicados que podrían explicar la prevalencia y la gravedad de artritis psoriásica en estos pacientes (14), sin embargo, la variabilidad interpersonal de los sujetos hace que sea difícil determinar la asociación causal en la mayoría de los casos (13). Además, la prevalencia de artritis psoriásica parece estar relacionada con la severidad y la duración de la psoriasis cutánea, lo que sugiere que el control adecuado de esta última podría jugar un papel en la prevención o en el retraso de la aparición de la artritis psoriásica.

A lo largo de la historia, la psoriasis se ha concebido como una afección exclusivamente cutánea, tratada principalmente con terapias tópicas o fototerapia (15). En los últimos años, los avances en la comprensión de la respuesta inflamatoria de la psoriasis, han impulsado la investigación hacia la identificación de citocinas proinflamatorias clave en su desarrollo (16), con el propósito de crear nuevas terapias dirigidas. Estas innovaciones, han permitido reconocer la naturaleza sistémica de la psoriasis y ha

fomentado al desarrollo de múltiples agentes biológicos.

En términos de gravedad, se estima que aproximadamente el 80% de los pacientes con psoriasis presentan una afectación leve, mientras que el 20% restante padecerá formas más severas (5). Estos últimos, son los que realmente se benefician de los avances terapéuticos mencionados anteriormente (17). Los tratamientos biológicos son medicamentos que se desarrollan a partir de organismos vivos y están diseñados para intervenir en las vías inmunológicas específicas que causan la psoriasis (18). Han transformado el manejo de esta patología, haciendo que los pacientes logren un control más efectivo, con menores efectos secundarios. Algunos de los principales mecanismos de acción de las terapias biológicas incluyen (19): inhibición de TNF- $\alpha$  (etanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab), inhibición de IL-12/IL-23 (ustekinumab), inhibición de IL-23 (risankizumab, tildrakizumab, guselkumab), inhibición de IL-17 (secukinumab, ixekizumab, brodalumab, bimekizumab) e inhibición de TYK2 (deucravacitinib). Cabe destacar que algunos tratamientos empleados en el manejo de la psoriasis y de la artritis psoriásica presentan eficacia para ambas entidades, mientras que otros han sido aprobados únicamente para una de ellas. Por ejemplo, brodalumab y tildrakizumab están indicados solo en piel, mientras que tofacitinib y golimumab solo en articulación. Esta diferenciación es relevante en la práctica clínica, ya que condiciona la elección terapéutica según la forma de presentación predominante en cada paciente.

Por todo lo anterior, la relación entre la psoriasis cutánea y la artritis psoriásica resulta de gran interés clínico, no solo por su impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, sino también por las implicaciones diagnósticas y terapéuticas que conlleva. A pesar de la estrecha asociación entre ambas entidades, la prevalencia exacta de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis sigue siendo incierta, con cifras muy variables que oscilan entre el 6% y el 40% (7) (20), dependiendo del estudio. Esta amplia variabilidad puede atribuirse a diferencias en los criterios diagnósticos empleados, el tipo de población estudiada (hospitalaria vs comunitaria), factores genéticos, ambientales y de estilo de vida (como el tabaquismo, la obesidad o la coexistencia de otras comorbilidades), así como a un posible sesgo de selección, especialmente en estudios realizados en consultas monográficas con pacientes con formas más graves de la enfermedad.

En este contexto, resulta especialmente relevante conocer la prevalencia real de artritis psoriásica en nuestro medio, en el ámbito de una consulta dermatológica general, que incluya pacientes con diferentes grados de severidad, y con diagnóstico confirmado por parte de un reumatólogo. De este modo, se puede contribuir a mejorar la detección precoz y la atención integral de estos pacientes, evitando complicaciones articulares irreversibles y optimizando el manejo terapéutico.

Por ello, y dada la evidente relación entre psoriasis y artritis psoriásica, así como la importancia de un diagnóstico temprano y preciso, el objetivo principal de este estudio es determinar la prevalencia de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis. De manera secundaria, se pretende describir sus características clínicas y gravedad, para aportar información que ayude en el diagnóstico y tratamiento de la forma más eficaz posible (21) (22). A través del presente estudio, se busca contribuir al conocimiento sobre esta comorbilidad, utilizando un enfoque multidisciplinar, y mejorar las estrategias terapéuticas, lo cual podría tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes afectados.

## **HIPÓTESIS**

El 20% de los pacientes con psoriasis que acuden a consulta de Dermatología del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid presentan artritis psoriásica (4).

## **OBJETIVOS**

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la prevalencia de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis, que acudieron a consulta de la Dra. Diana Ruiz Genao, dermatóloga del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, entre septiembre 2019 y septiembre 2024.

Los objetivos secundarios fueron:

- Describir las características sociodemográficas (edad y sexo) y clínicas (índice de masa corporal, antecedentes familiares con psoriasis) de los pacientes.
- Describir la forma de artritis psoriásica que más predomina: afectación periférica, axial y mixta.
- Determinar la gravedad de la psoriasis, entendiendo por gravedad haber presentado en algún momento de su enfermedad la necesidad de tratamiento sistémico (22).
- Describir la proporción de pacientes con obesidad y su relación con la artritis psoriásica.
- Comparar la edad y presentar o no artritis psoriásica.

## **METODOLOGÍA**

### ***DISEÑO DEL ESTUDIO***

Para cumplir con los objetivos previamente mencionados, se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo, desarrollando, de tal manera, un estudio de prevalencia.

### ***ÁMBITO Y POBLACIÓN DEL ESTUDIO***

Se estudiaron aquellos pacientes mayores o iguales de 18 años con psoriasis, que acudieron a la consulta de la Dra. Diana Ruiz Genao, dermatóloga del Hospital universitario Quirónsalud Madrid, entre septiembre de 2019 y septiembre de 2024.

### ***CRITERIOS DE INCLUSIÓN***

- $\geq 18$  años
- Pacientes con diagnóstico de psoriasis cutánea realizado por un dermatólogo
- Pacientes que acuden a consulta de Dermatología de Hospital Universitario Quirónsalud Madrid entre septiembre de 2019 y septiembre de 2024

### ***CRITERIOS DE EXCLUSIÓN***

- Pacientes que presentan enfermedades reumatológicas que pudieran interferir en el diagnóstico de artritis psoriásica

### ***CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL***

Teniendo en cuenta el objetivo principal y la hipótesis de este estudio, se estimó que eran necesarios 719 pacientes para obtener una proporción esperada de pacientes con artritis psoriásica del 20% (7), aceptando riesgo alfa del 95% y una precisión de  $\pm 0.03$  unidades y unas pérdidas del 5% en un contraste bilateral. Este cálculo se realizó mediante una estimación poblacional, utilizando el programa GRANMO.

Finalmente, dentro del periodo de estudio (septiembre 2019 – septiembre 2024), se obtuvo un tamaño muestral de 200 pacientes.

#### ***SELECCIÓN Y DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES***

Se registró como variable principal la presencia de artritis psoriásica, considerándose como variable cualitativa nominal dicotómica: “sí” cuando el paciente presenta artritis psoriásica y “no” cuando el paciente no presenta dicha condición.

En cuanto a las variables secundarias, se recogieron datos sociodemográficos como edad (cualitativa discreta: años) y sexo (cualitativa nominal dicotómica: masculino/femenino), además de datos clínicos, como IMC (cuantitativa continua: kg/m<sup>2</sup>) y antecedentes familiares de psoriasis (cualitativa nominal dicotómica: sí/no). Se estudiaron las distintas formas clínicas de artritis psoriásica (cualitativa nominal: periférica/axial/mixta) y su relación con padecer o no obesidad (cualitativa nominal dicotómica: sí/no). Finalmente, se estudió la gravedad de la psoriasis, entendiendo por gravedad haber requerido en algún momento de su curso clínico la necesidad de tratamiento sistémico (cualitativa nominal dicotómica: sí/no).

Las variables se resumen en el Anexo 2.

#### ***RECOGIDA DE DATOS***

Los datos fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes del Hospital Universitario Quirónsalud en los últimos cinco años (septiembre 2019 – septiembre 2024).

Esta base de datos se encontraba en el sistema informático de Quirónsalud Madrid y fue utilizada conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos.

Los datos se trataron de forma seudonimizada. Para ello se generaron dos bases de datos. Una de ellas contenía los datos personales asociados a un código de identificación por paciente. Esta base fue custodiada únicamente por el tutor clínico. La otra base de datos incluía dichos códigos junto con los datos clínicos, pero sin información personal identificable. Esta base de datos ha sido la empleada por parte del estudiante para

realizar el análisis estadístico del estudio.

La base de datos se mantuvo sometida a los controles de seguridad de los sistemas del Hospital y no fue transferida a dispositivos móviles externos.

Solo se utilizaron aquellos datos de la historia clínica que estaban relacionados con los fines de la investigación.

### ***ANÁLISIS ESTADÍSTICO***

Se realizaron dos tipos de análisis: en primer lugar, un análisis descriptivo y, en segundo lugar, un análisis bivariado.

Para el análisis descriptivo, se utilizaron las frecuencias absolutas (n) y las relativas (%) para expresar las variables cualitativas (artritis psoriásica, sexo, presencia de familiares con psoriasis, forma clínica de artritis psoriásica, gravedad, obesidad), mientras que, para expresar las variables cuantitativas (edad, IMC) se emplearon media  $\pm$  desviación estándar (DE), ya que ambas presentaron comportamiento normal. La normalidad se determinó a través de la prueba de Shapiro-Wilk o la prueba de Kolmogórov-Smirnov.

Para el análisis bivariado se aplicaron diferentes pruebas estadísticas. En primer lugar, para comparar la edad (variable cuantitativa discreta) y presentar o no artritis psoriásica (variable cualitativa dicotómica), se utilizó la prueba T de Student para datos independientes, ya que se asumió comportamiento normal de las variables. En segundo lugar, para analizar la asociación entre la obesidad y presentar o no artritis psoriásica – al tratarse de variables cualitativas dicotómicas – se empleó la prueba de Chi Cuadrado ( $\chi^2$ ).

Se consideró que existía significación estadística cuando el p-valor fue inferior al 5%. El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando las herramientas estadísticas proporcionadas por el programa JAMOVl.

## **ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

El protocolo obtuvo el informe favorable por el Comité de Ética e Investigación Médica de la Fundación Jiménez Díaz, junto con la exención de requerir consentimiento informado, al tratarse de un estudio observacional, retrospectivo, y con riesgo nulo para los sujetos. La resolución positiva del Comité de Ética se adjunta en el Anexo 1, con código TFG080-24\_HUQM.

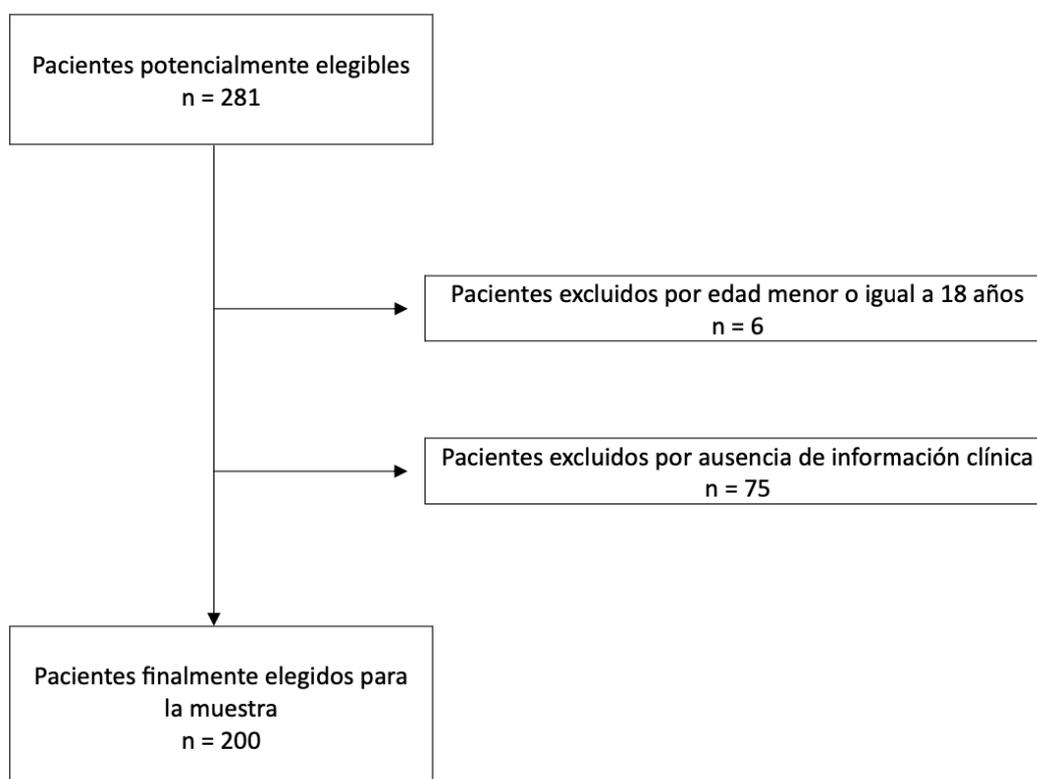
El proyecto se llevó a cabo respetando las normativas vigentes en materia de bioética conforme a lo establecido en la Declaración de Helsinki, el Informe de Belmont, el Convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica (23).

Asimismo, el proyecto se desarrolló conforme a la legislación de la Unión Europea en relación con la protección de datos personales, en concreto la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (24), el Real Decreto 1720/2007, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (25).

## RESULTADOS

### DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se revisaron un total de 281 informes clínicos correspondientes a pacientes diagnosticados con psoriasis que acudieron a la consulta de Dermatología del Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, entre septiembre de 2019 y septiembre de 2024. Del total de informes, 81 pacientes fueron excluidos por diversos motivos, siendo la causa más frecuente la ausencia de información clínica relevante, concretamente la no descripción de la variable principal del estudio (artritis psoriásica). Finalmente, la muestra analizada quedó constituida por 200 pacientes (véase Figura 1).



*Figura 1. Diagrama de flujo de inclusión y exclusión de los pacientes del estudio*

### DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES

La muestra final del estudio estuvo compuesta por 200 pacientes, distribuida casi equitativamente entre ambos sexos, 108 fueron mujeres (54%) y 92 hombres (46%). La media de edad fue de 52.5 años, con una desviación estándar (DE) de 13.9, y un intervalo

de confianza del 95%.

En cuanto a la variable “antecedentes familiares de psoriasis”, se registraron 135 pacientes sin antecedentes (69.2%) y 60 con antecedentes (30.8%), sobre un total de 195 pacientes. Cinco pacientes fueron excluidos del análisis de esta variable, debido a la ausencia de información clínica que impidió confirmar o descartar la presencia de antecedentes familiares de psoriasis. La Tabla 1 presenta un resumen de las principales características sociodemográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el estudio.

*Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes con psoriasis*

	<b>N = 200</b>
<b>Sexo n (%)</b>	
Femenino	108 (54%)
Masculino	92 (46%)
<b>Edad (media ± DE)</b>	52,5 ± 13,9
<b>Antecedentes familiares de psoriasis n (%)</b>	
Sí	60 (30,8%)
No	135 (69,2%)
No consta / dato ausente	5

Nota<sub>1</sub>: se excluyeron 5 pacientes del análisis de antecedentes familiares por falta de información clínica.

#### **ARTRITIS PSORIÁSICA EN PACIENTES CON PSORIASIS: DESCRIPCIÓN DE LAS FORMAS CLÍNICAS DE ARTRITIS PSORIÁSICA**

El objetivo principal del estudio fue determinar la prevalencia de artritis psoriásica en pacientes diagnosticados con psoriasis. De los 200 pacientes incluidos, 135 no presentaban artritis psoriásica (67.5%), mientras que 65 sí la presentaban (32.5%). Entre los pacientes que presentaban dicha condición, se analizó la forma clínica de artritis psoriásica predominante. La mayoría presentó una afectación periférica (n = 49 ; 75.4%), seguida por una afectación axial (n = 9 ; 13.8%) y, en menor proporción, una afectación mixta (n = 7 ; 10.8%). La Figura 2 resume las distintas presentaciones clínicas de artritis psoriásica.

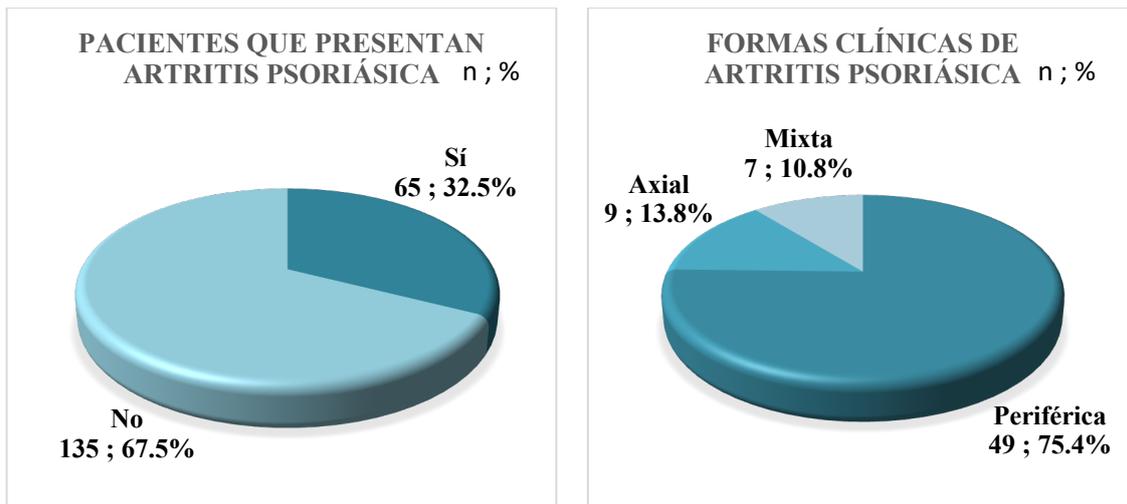


Figura 2. Características de artritis psoriásica y sus presentaciones clínicas

#### DETERMINACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LA PSORIASIS

La variable “gravedad” fue definida como la necesidad, en algún momento del curso de la enfermedad, de tratamiento sistémico para la psoriasis. En función de este criterio, los pacientes se clasificaron en dos grupos: aquellos que no requirieron tratamiento sistémico (n = 112 ; 56%) y aquellos que sí lo requirieron (n = 88 ; 44%) (véase Figura 3).

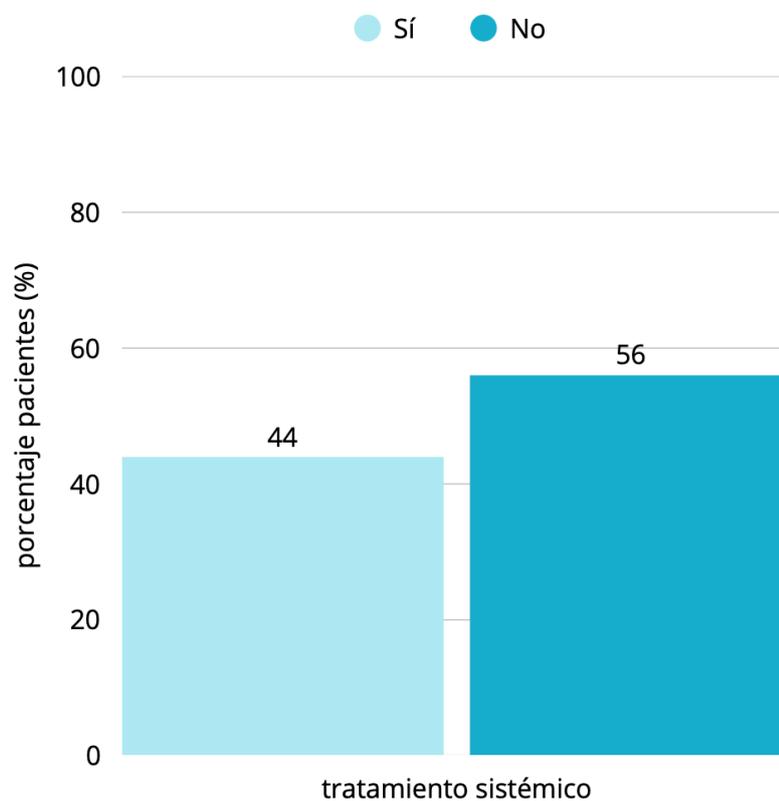


Figura 3. Clasificación de pacientes según necesidad de tratamiento sistémico

Al evaluar la relación entre la gravedad de la psoriasis y la presencia de artritis psoriásica, se observó que los pacientes que necesitaron tratamiento sistémico, presentaban una mayor frecuencia de artropatía psoriásica, en comparación con aquellos que no lo requirieron. Este hallazgo sugiere que formas más severas de psoriasis podrían asociarse con un riesgo incrementado de desarrollar artritis psoriásica, en línea con lo descrito en investigaciones previas.

#### **ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y PRESENTAR O NO ARTRITIS PSORIÁSICA**

En primer lugar, se identificó cuántos pacientes presentaban obesidad y cuántos no. Del total de la muestra, 69 pacientes (73.4%) no presentaban obesidad y tenían un índice de masa corporal (IMC) dentro de los rangos normales, mientras que 25 pacientes (26.6%), sí presentaban obesidad, sumando un total de 94 pacientes incluidos en este análisis. Los 106 pacientes restantes fueron excluidos del análisis de esta variable, debido a la falta de información clínica relacionada con el IMC (véase Tabla 3).

Posteriormente, con el objetivo de evaluar la posible asociación entre obesidad y la presencia de artritis psoriásica, se realizó un análisis bivariado mediante la prueba del  $\chi^2$ . El resultado de esta prueba proporcionó un valor de  $p = 0.379$ . Dado que este valor es superior al umbral de significación estadística establecido ( $p > 0.05$ ), no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre obesidad y artritis psoriásica (véase Tabla 2).

*Tabla 2. Análisis de la variable obesidad y su relación con artritis psoriásica*

	Artritis psoriásica n (%)		Total N = 94	p-valor
	Presenta n = 37	No presenta n = 57		
<b>Obesidad n (%)</b>				0,379
<b>Sí</b>	8 (21,6)	17 (29,8)	25 (26,6)	
<b>No</b>	29 (78,4)	40 (70,2)	69 (73,4)	

\* p-valor de la prueba de Chi-cuadrado

### COMPARACIÓN ENTRE EDAD Y PRESENTAR O NO ARTRITIS PSORIÁSICA

Para evaluar la posible asociación entre la edad y la presencia de artritis psoriásica, se realizó un segundo análisis bivariado mediante la prueba de T de Student para muestras independientes. Esta prueba fue seleccionada debido a que la variable “edad” mostró una distribución normal, tal como se describió previamente. El análisis evidenció un valor de  $p = 0.020$ . Al ser este valor inferior al umbral de significación estadística convencional ( $p < 0.05$ ), se considera que existe una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de artritis psoriásica. En este sentido, los datos sugieren que, a mayor edad, mayor probabilidad de presentar artritis psoriásica (véase Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de la asociación entre edad y presencia de artritis psoriásica

	Artritis psoriásica		Total	p-valor
	Presenta n = 65	No presenta n = 135	N = 200	
Edad (media $\pm$ DE)	55,8 $\pm$ 12,0	50,9 $\pm$ 14,5		0,020

\* p-valor de la prueba de T de Student

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos del presente estudio revelan que la prevalencia de artritis psoriásica en pacientes diagnosticados con psoriasis fue del 32.5%. Esta cifra se encuentra dentro del rango descrito en la literatura, el cual oscila entre un 6% y un 42% (26), dependiendo de la población estudiada y de los criterios diagnósticos empleados. Este dato reafirma la importancia de implementar un cribado sistemático de síntomas articulares en pacientes con psoriasis, especialmente en el ámbito dermatológico, empleando cuestionarios validados como PURE-4 para favorecer un diagnóstico precoz en la consulta dermatológica (27). Esta herramienta incluye cuatro preguntas simples relacionadas con dolor articular, rigidez matutina, antecedentes de artritis y signos en la exploración física. Un resultado positivo en al menos una de las preguntas sugiere la necesidad de una valoración reumatológica más exhaustiva. Por tanto, ante pacientes que obtienen una puntuación positiva en el cuestionario PURE-4, especialmente si presentan síntomas persistentes o signos inflamatorios articulares, se recomienda su derivación a reumatología, para confirmar el diagnóstico y establecer un tratamiento precoz adecuado.

En cuanto al perfil sociodemográfico, se observó una leve predominancia del sexo femenino (54%), con una edad media de 52.5 años, lo cual concuerda con otras publicaciones similares, que sitúan la edad media de diagnóstico de artritis psoriásica entre los 40 y 60 años (28). Además, el análisis bivariado mostró una asociación estadísticamente significativa entre edad y presencia de artritis psoriásica ( $p = 0.020$ ), sugiriendo que la probabilidad de desarrollar artritis psoriásica aumenta con la edad. Este hallazgo podría estar relacionado con un mayor tiempo de evolución de la enfermedad cutánea o con una mayor exposición a factores de riesgo acumulativos, como obesidad, sedentarismo o procesos inflamatorios crónicos. Es fundamental recordar que la artritis psoriásica presenta una progresión radiológica irreversible si no se diagnostica y trata a tiempo. Las alteraciones radiológicas más características incluyen erosiones marginales con proliferación del hueso adyacente, disminución del espacio articular y periostitis. En los casos avanzados puede observarse una destrucción completa de la articulación con osteólisis de las falanges terminales, dando lugar a la

imagen típica en “pencil-in-cup”, lo que subraya aún más la necesidad de una detección precoz.

Respecto a las formas clínicas de artritis psoriásica, se observó un claro predominio de la afectación periférica (75.4%), en línea con lo reportado en la mayoría de los estudios, donde esta forma representa la presentación más común (6). La afectación axial y mixta fueron menos frecuentes (13.8% y 10.8% respectivamente), aunque su detección es igualmente relevante debido a su potencial impacto funcional y calidad de vida en el paciente. Cabe destacar que el diagnóstico de la forma axial es especialmente relevante, ya que no responde adecuadamente al tratamiento con FAMEs convencionales.

En relación con los antecedentes familiares de psoriasis, un 30.8% de los pacientes refirió tener historia familiar positiva. Este dato concuerda con la conocida base genética de la enfermedad. No obstante, no se exploró su asociación directa con la presencia de artritis psoriásica, lo que podría ser una línea interesante de análisis en futuras investigaciones.

Uno de los objetivos secundarios fue analizar la posible asociación entre obesidad y presencia de artritis psoriásica, sin encontrarse una relación estadísticamente significativa ( $p = 0.379$ ). A pesar de ello, diversos estudios previos han descrito la obesidad como un factor de riesgo para el desarrollo de artritis psoriásica (29) (30), por lo que esta discrepancia podría explicarse por el alto número de pacientes excluidos por ausencia de información sobre el IMC (más del 50% de la muestra), lo cual constituye una limitación importante del presente estudio.

Por último, al clasificar a los pacientes según la necesidad de tratamiento sistémico para la psoriasis, se observó que un 44% había requerido este tipo de abordaje terapéutico en algún momento. Este dato podría ser indicativo de mayor gravedad o extensión de la enfermedad cutánea, factores que también se han relacionado previamente con mayor riesgo de desarrollar artritis psoriásica.

Aunque los factores pronósticos de la artropatía psoriásica no están claramente establecidos, se ha descrito que el inicio poliarticular, la dactilitis, el sexo femenino, la elevación de reactantes de fase aguda y la presencia de daño radiográfico basal se

asocian a un mayor riesgo de progresión radiográfica.

Entre las limitaciones de este estudio, cabe destacar la naturaleza retrospectiva de la recogida de datos, con la consiguiente pérdida de información en algunas de las variables clave, como el IMC o los antecedentes familiares, lo que redujo el tamaño muestral efectivo en algunos análisis. Asimismo, el estudio se realizó en un único centro hospitalario, lo que podría limitar la generalización de los resultados a otras poblaciones.

Otra de las principales limitaciones del estudio fue no haber alcanzado el tamaño muestral inicialmente estimado. Según los cálculos previos, se requería una muestra de aproximadamente 719 pacientes; sin embargo, los análisis se realizaron sobre un total de 200 pacientes. Se espera que el equipo investigador pueda completar el tamaño muestral estimado, mediante la ampliación del periodo de recogida de datos una vez terminado el trabajo de fin de grado, lo que permitiría obtener resultados más representativos en estudios posteriores.

Los dermatólogos desempeñan un papel fundamental en la identificación temprana de la artropatía psoriásica, dado que, en el 75-85% de los casos, la psoriasis cutánea aparece antes que la afectación articular. Habitualmente, las manifestaciones cutáneas preceden al compromiso articular por un promedio de 10 años. Esto convierte al cribado sistemático en las consultas dermatológicas en una herramienta clave, para detectar casos de artritis psoriásica en etapas tempranas y permitir el inicio oportuno del tratamiento. Según Haroon et al., hasta un 29% de los pacientes atendidos en consultas dermatológicas presentan artritis psoriásica no diagnosticada previamente (31), lo que resalta la magnitud de este problema y refuerza la necesidad de implementar programas de despistaje sistemático.

En resumen, los resultados de este trabajo destacan una prevalencia significativa de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis, especialmente en aquellos de mayor edad. Estos hallazgos respaldan la necesidad de implementar un cribado periódico desde las consultas dermatológicas, con el objetivo de detectar casos en fases iniciales y así prevenir complicaciones articulares irreversibles. No obstante, es importante señalar que el cribado en pacientes de mayor edad puede presentar mayores desafíos, ya que

en este grupo es frecuente la presencia de otras causas de dolor articular, como la artrosis, lo que puede dificultar la identificación precoz de la artropatía psoriásica. El retraso en el diagnóstico de artritis psoriásica conlleva una elevada morbilidad, con deterioro funcional y reducción de la calidad de vida, por lo que es esencial estar especialmente atentos, sobre todo cuando hemos evidenciado en nuestro medio una afectación del 30% de los pacientes con psoriasis. El diagnóstico precoz resulta fundamental para instaurar un tratamiento oportuno, prevenir daño articular irreversible y preservar la calidad de vida de los pacientes. Por tanto, se recomienda realizar un despistaje de artritis psoriásica en todos los pacientes con psoriasis al menos una vez al año, mediante cuestionarios validados, independientemente de la gravedad o tipo de psoriasis. Futuros estudios prospectivos, con una recogida de datos más exhaustiva y multicéntrica, serán fundamentales para confirmar estos hallazgos y explorar en mayor profundidad los factores de riesgo asociados.

Los hallazgos de este estudio se alinean con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propuestos por la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, en particular con el ODS 3: Salud y Bienestar. Identificar una alta prevalencia de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis, especialmente en edades avanzadas, subraya la necesidad de fortalecer los sistemas de salud en el cribado, diagnóstico precoz y tratamiento integral de las enfermedades crónicas no transmisibles. La implementación de programas de detección sistemática y la mejora de la coordinación entre dermatología y reumatología pueden contribuir a garantizar una atención sanitaria más equitativa, eficaz y centrada en el paciente, favoreciendo el bienestar de la población afectada.

## CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo de fin de grado ponen de manifiesto una prevalencia significativa de artritis psoriásica en pacientes diagnosticados con psoriasis, alcanzando un 32.5% en la muestra analizada. Esta cifra se encuentra dentro del rango reportado por la literatura científica, lo que respalda la validez de los hallazgos y refuerza la necesidad de implementar estrategias de cribado sistémico para la detección precoz de manifestaciones articulares en este grupo de pacientes.

Asimismo, el estudio reveló una asociación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de artritis psoriásica, lo que sugiere que el riesgo de desarrollar esta condición podría aumentar con el paso del tiempo. Este dato, junto con el predominio de la forma periférica de afectación articular – coincidiendo con lo descrito en la mayoría de los estudios previos – resalta la importancia de realizar un seguimiento estrecho en los pacientes de mayor edad y refuerza la necesidad de mantener un cribado sistemático en este grupo.

Por otro lado, no se halló una relación estadísticamente significativa entre obesidad y presencia de artritis psoriásica. Esta conclusión debe interpretarse con cautela, dado el elevado porcentaje de datos clínicos incompletos en relación con el IMC. Esta limitación metodológica, junto con el diseño retrospectivo del estudio y su realización en un único centro hospitalario, condiciona parcialmente la capacidad de generalización de resultados.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta información relevante para la práctica clínica, destacando que un porcentaje considerable de pacientes con psoriasis podrían beneficiarse de una evaluación reumatológica preventiva, especialmente aquellos con mayor edad o con formas más graves de la enfermedad dermatológica.

En definitiva, los hallazgos de este trabajo ponen de relieve la necesidad de una colaboración estrecha entre dermatología y reumatología, y abren la puerta a futuras investigaciones de carácter prospectivo y multicéntrico, que permitan mejorar la detección temprana de la artritis psoriásica y optimizar el abordaje integral de los

pacientes con psoriasis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Raharja A, Mahil SK, Barker JN. Psoriasis: a brief overview. *Clin Med.* maggio 2021;21(3):170–3.
2. Balak DMW, Perez-Chada LM, Guo LN, Mita C, Armstrong AW, Bell SJ, et al. Definitions of remission in psoriasis: a systematic literature review from the National Psoriasis Foundation. *J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV.* dicembre 2022;36(12):2291–300.
3. Yousaf A, Raiker R, Davis SM, Gayam S, Zinn Z. Association between psoriasis, psoriatic arthritis and gastrointestinal disease: An exploratory nationwide inpatient sample analysis. *Wien Klin Wochenschr.* giugno 2021;133(11–12):586–93.
4. Amin M, Lee EB, Tsai TF, Wu JJ. Psoriasis and Co-morbidity. *Acta Derm Venereol.* 30 gennaio 2020;100(3):adv00033.
5. Chen WY, Chen SC, Hsu SY, Lin YA, Shih CM, Huang CY, et al. Annoying Psoriasis and Atopic Dermatitis: A Narrative Review. *Int J Mol Sci.* 28 aprile 2022;23(9):4898.
6. Ocampo D V, Gladman D. Psoriatic arthritis. *F1000Research.* 20 settembre 2019;8:1665.
7. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, Gladman DD, Coates LC, Jullien D, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol.* gennaio 2019;80(1):251-265.e19.
8. Sun Y, Li Y, Zhang J. The causal relationship between psoriasis, psoriatic arthritis, and inflammatory bowel diseases. *Sci Rep.* 28 novembre 2022;12(1):20526.
9. Zalesak M, Danisovic L, Harsanyi S. Psoriasis and Psoriatic Arthritis—Associated Genes, Cytokines, and Human Leukocyte Antigens. *Medicina (Mex).* 16 maggio 2024;60(5):815.
10. Azuaga AB, Ramírez J, Cañete JD. Psoriatic Arthritis: Pathogenesis and Targeted Therapies. *Int J Mol Sci.* 3 marzo 2023;24(5):4901.
11. Kamata M, Tada Y. Efficacy and Safety of Biologics for Psoriasis and Psoriatic Arthritis and Their Impact on Comorbidities: A Literature Review. *Int J Mol Sci.* 1 marzo 2020;21(5):1690.
12. Caputo V, Strafella C, Termine A, Dattola A, Mazzilli S, Lanna C, et al. Overview of the molecular determinants contributing to the expression of Psoriasis and Psoriatic Arthritis phenotypes. *J Cell Mol Med.* dicembre 2020;24(23):13554–63.
13. Jin JQ, Elhage KG, Spencer RK, Davis MS, Hakimi M, Bhutani T, et al. Mendelian Randomization Studies in Psoriasis and Psoriatic Arthritis: A Systematic Review. *J Invest Dermatol.* maggio 2023;143(5):762-776.e3.
14. Patt YS, Watad A, Giovannini I, Abu-Obeida WH, Errichetti E, David P, et al. Risk factors for psoriatic arthritis development in psoriasis patients: myths, pitfalls, and pearls. *Clin Exp*

- Rheumatol [Internet]. 14 gennaio 2024 [citato 31 marzo 2025]; Disponibile su: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=20801>
15. Korman NJ. Management of psoriasis as a systemic disease: what is the evidence? *Br J Dermatol*. aprile 2020;182(4):840–8.
  16. Mrowietz U, Lauffer F, Sondermann W, Gerdes S, Sewerin P. Psoriasis as a systemic disease. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 12 luglio 2024 [citato 2 aprile 2025]; Disponibile su: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.m2024.0064>
  17. Poizeau F, Leducq S, Fardet L, Beylot-Barry M, Chaby G, Chastagner M, et al. Treatment of moderate-to-severe psoriasis in adults: An expert consensus statement using a Delphi method to produce a decision-making algorithm. *Ann Dermatol Vénéréologie*. settembre 2024;151(3):103287.
  18. Torres T. Oral therapies for psoriasis and psoriatic arthritis: current knowledge and future perspectives. *G Ital Dermatol Venereol* [Internet]. ottobre 2020 [citato 2 aprile 2025];155(4). Disponibile su: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R23Y2020N04A0384>
  19. Benites E, Carrillo E, Heras M. Effects of methotrexate and etanercept treatment in moderate and severe psoriasis. *Medicine (Baltimore)*. 11 novembre 2022;101(45):e31527.
  20. Gamonal SBL, Gamonal ACC, Brandão MAF, Junqueira LA, Assis PMD, Raposo NRB. Prevalence of psoriatic arthritis among patients with plaque psoriasis: a Brazilian retrospective study. *Sao Paulo Med J*. maggio 2021;139(5):476–80.
  21. Coates LC, Soriano ER, Corp N, Bertheussen H, Callis Duffin K, Campanholo CB, et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nat Rev Rheumatol*. agosto 2022;18(8):465–79.
  22. Krantz Å, Carrero JJ, Yang Y, Schalin L, Lysell J, Mazhar F. Psoriasis/Psoriatic Arthritis Patients' Long-term Treatment Patterns and Adherence to Systemic Treatments Monitoring Recommendations. *Acta Derm Venereol*. 15 giugno 2023;103:adv6505.
  23. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica Publicado en: «BOE» núm. 159, de 4 de julio de 2007, páginas 28826 a 28848 (23 págs.) Referencia: BOE-A-2007-1294 [Internet]. Disponibile su: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/07/04/pdfs/A28826-28848.pdf>
  24. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
  25. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Publicado en: «BOE» núm. 274, de 15/11/2002. Referencia: BOE-A-2002-22188 [Internet]. Disponibile su: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
  26. López-Ferrer A, Torrente-Segarra V, Puig L. Artritis psoriásica: lo que el dermatólogo debe

saber (Parte 1). *Actas Dermo-Sifiliográficas*. settembre 2010;101(7):578–84.

27. Belinchón-Romero I, López-Ferrer A, Ferrán I Farrés M, Rivera-Díaz R, Vidal-Sarro D, Rodríguez Fernández-Freire L, et al. Validación de la versión española del cuestionario PURE-4 para la detección precoz de la artritis psoriásica en pacientes con psoriasis. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. luglio 2024;115(7):654–62.

28. Gialouri CG, Evangelatos G, Iliopoulos A, Tektonidou MG, Sfikakis PP, Fragoulis GE, et al. Late-Onset Psoriatic Arthritis: Are There Any Distinct Characteristics? A Retrospective Cohort Data Analysis. *Life*. 15 marzo 2023;13(3):792.

29. Bilberg A, Larsson I, Björkman S, Eliasson B, Klingberg E. The impact of a structured weight-loss treatment on physical fitness in patients with psoriatic arthritis and obesity compared to matched controls: a prospective interventional study. *Clin Rheumatol*. settembre 2022;41(9):2745–54.

30. Williams JC, Hum RM, Rogers K, Maglio C, Alam U, Zhao SS. Metabolic syndrome and psoriatic arthritis: the role of weight loss as a disease-modifying therapy. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. gennaio 2024;16:1759720X241271886.

31. 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*. maggio 2013;72(5):736–40.

## ANEXOS

### ANEXO 1: RESOLUCIÓN POSITIVA DEL COMITÉ DE ÉTICA



TFG080-24\_HUQM

#### INFORME DEL COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION

**Título del proyecto:** "Prevalencia de Artritis Psoriásica en pacientes con Psoriasis".

**Documentos con versiones:**

PROTOCOLO Versión, Noviembre de 2024

**Investigador Principal:** DIANA RUIZ GENAO; ALESSANDRA TOGNETTI

**Servicio:** Dermatología

**Centro:** Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

**Estudiante:**

- ALESSANDRA TOGNETTI . Universidad Rey Juan Carlos.

Este Trabajo de Fin de Grado ha sido evaluado, por procedimiento abreviado, por el Comité de Etica de la Investigación de la Fundación Jiménez Díaz, y se considera que reúne las normas éticas estándar para la realización de este tipo de estudios.

Lo que firma en Madrid a 13/11/2024

Dr. Javier Bécares Martínez  
Presidente CEImFJD

**Nota:** La obtención de la información clínica necesaria para llevar a cabo el TFG se llevará a cabo de acuerdo al procedimiento establecido en cada centro y departamento de Docencia, siempre de acuerdo a la normativa aplicable en materia de protección de datos.

**ANEXO 2: TABLA DE VARIABLES**

<b>NOMBRE</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>CATEGORÍA o UNIDADES</b>
<b>Variable principal</b>		
<i>Artritis psoriásica</i>	Cualitativa nominal dicotómica	SI/NO
<b>Variables secundarias</b>		
<i>Edad</i>	Cualitativa discreta	Años
<i>Sexo</i>	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino/femenino
<i>IMC</i>	Cualitativa continua	Kg/m <sup>2</sup>
<i>Antecedentes familiares de psoriasis</i>	Cualitativa nominal dicotómica	SI/NO
<i>Forma clínica de artritis psoriásica</i>	Cualitativa nominal	Afectación periférica, axial o mixta
<i>Gravedad</i>	Cualitativa nominal dicotómica	Si ha precisado en algún momento toma de tratamiento sistémico SI/NO
<i>Obesidad</i>	Cualitativa nominal dicotómica	SI/NO