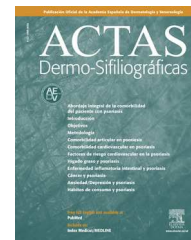


ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



ARTÍCULO DE OPINIÓN

Unidades multidisciplinarias de artritis psoriásica: sobre objetivos y modelos



Multidisciplinary Teams for Psoriatic Arthritis: On Aims and Approaches

J.D. Cañete^{a,*} y L. Puig^b

^a *Unidad de Artritis, Servicio de Reumatología, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona e IDIBAPS, Barcelona, España*

^b *Servicio de Dermatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España*

El diagnóstico y tratamiento precoces de la artritis psoriásica (APs) son críticos para conseguir un control óptimo de la enfermedad y evitar su progresión hacia la destrucción articular, la discapacidad funcional y la reducción de la calidad de vida de los pacientes¹⁻³. También se deben prevenir, detectar y tratar las comorbilidades asociadas a aquella, como la depresión y los eventos cardiovasculares⁴. Estos objetivos son realistas porque tenemos un conocimiento más profundo de la enfermedad, disponemos de técnicas de imagen muy sensibles, como la ecografía y la resonancia magnética, y de terapias que son eficaces en todas las manifestaciones de la APs⁵.

Dado que en la mayoría de casos la psoriasis precede a la artritis, y alrededor del 30% de los pacientes con psoriasis desarrollarán APs, se necesitaría un control clínico periódico de estos pacientes para detectar precozmente la artritis^{6,7}. Este es un reto que solo puede alcanzarse mediante el trabajo conjunto de dermatólogos y reumatólogos. La colaboración entre un dermatólogo y un reumatólogo permite una evaluación más completa de la afectación global cutánea y musculoesquelética y, como consecuencia, conduce a un abordaje terapéutico más completo del paciente⁸.

Aunque pueden concebirse diferentes modelos de colaboración entre ambas especialidades, condicionados por las necesidades o peculiaridades de cada centro, no deberíamos

perder de vista su principal objetivo: diagnosticar y tratar de forma precoz e integral al paciente con APs.

Existen ya varias unidades pioneras en EE. UU.⁹ que abordan de forma multidisciplinaria «la enfermedad psoriásica» y que, además de dermatólogos y reumatólogos, incluyen psiquiatras y psicólogos. La unidad está en estrecho contacto también con gastroenterólogos, cardiólogos, oftalmólogos y endocrinólogos. Estos «centros de enfermedad psoriásica» realizan actividades clínicas (asistencia al paciente ingresado y ambulatorio), actividades formativas (residentes, estudiantes, otros médicos), organizan conferencias dermatología/reumatología periódicas, realizan investigación clínica (ensayos clínicos) y disponen de registros longitudinales de datos clínicos, demográficos, biológicos y genéticos, así como de muestras biológicas para la investigación. Crear estas unidades requiere consenso entre especialistas y recursos económicos y de espacio, por lo que su puesta en marcha puede resultar difícil. Por otro lado, deberá confirmarse con datos concretos que estas estructuras organizativas obtienen mejores desenlaces clínicos, son coste-eficientes y generan nuevo conocimiento que mejore el control de la enfermedad.

En otros casos las unidades conjuntas tienen un objetivo más pragmático: solucionar problemas diagnósticos o terapéuticos de pacientes con el diagnóstico (o su sospecha) de APs. En la Unidad de Boston⁸ los pacientes son atendidos en una consulta semanal conjunta dermatólogo/reumatólogo y una vez diagnosticados, tratados y estabilizados, son remitidos al médico extrahospitalario que los derivó a la unidad (dermatólogo [43%], reumatólogo [27%] o médico de familia

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jcanete@clinic.ub.es (J.D. Cañete), LPuig@santpau.cat (L. Puig).

[23%]). Los datos retrospectivos de 6 años de funcionamiento se han publicado recientemente e incluyen el número de pacientes atendidos ($n = 510$), sus diagnósticos finales (53% con APs), comorbilidades (45% hipertensión, 36% hiperlipidemias, 19% diabetes) y las modificaciones del tratamiento (las terapias sistémicas se incrementaron del 12 al 25% y las terapias biológicas del 16 al 37%). El número de pacientes nuevos y totales por año fue incrementándose cada año. El 82% de los pacientes se remitieron a su médico después de la modificación del tratamiento y estabilización de la enfermedad. Los autores concluyen que estos resultados suponen un apoyo inicial a un abordaje multidisciplinario de este subgrupo de pacientes con una enfermedad más grave, y puede servir como ejemplo a otros centros que estén interesados en modelos de manejo conjunto. Insisten también en que se necesitan estudios sobre el impacto del abordaje multidisciplinario en la eficiencia de los servicios de salud comunitarios, la calidad de vida del paciente y su coste-efectividad.

Luelmo et al. describen en este número de *ACTAS DERMOSIFILOGRÁFICAS*¹⁰ su experiencia de 4 años de una consulta conjunta dermatólogo/reumatólogo de frecuencia mensual en el Hospital de Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). Basan dicha experiencia en un diseño que inicialmente incluyó la elaboración de un proyecto donde consensuaron los criterios de derivación a dicha unidad y concienciaron a los facultativos de las respectivas especialidades (reumatología/dermatología) sobre la utilidad de una «consulta conjunta», para después crear una agenda de visitas mensuales en el servicio de reumatología. Los datos que presentan corresponden a la experiencia acumulada desde el año 2009 hasta el año 2012. El modelo recuerda al de Boston⁸, aunque en este caso los pacientes son derivados exclusivamente desde los servicios de reumatología y dermatología del propio hospital. La iniciativa es interesante porque es pionera en nuestro país en desarrollar un modelo asistencial con el objetivo de mejorar el manejo de los pacientes con APs. Asimismo, nos da la oportunidad de aprender de los logros y las limitaciones que presenta dicho modelo, y reflexionar sobre el encaje entre objetivos y métodos utilizados.

La unidad ha evaluado 180 pacientes en 4 años; el 63% fueron derivados desde reumatología y el 37% desde dermatología. Los motivos principales de derivación fueron sospecha de APs (59%), que fue confirmada en el 66%, y problemas terapéuticos concretos (41%). Tras el paso por la unidad se modificó el diagnóstico en el 32% y el tratamiento en el 47%, con lo que solo el 21% de los pacientes evaluados permanecieron con el diagnóstico y el tratamiento originales. El 24% de los pacientes fueron diagnosticados de APs «de novo», mientras que el 37% fueron considerados portadores de un reumatismo no inflamatorio (artrosis y otros). Llama la atención la baja concordancia diagnóstica que los autores encontraron tanto para las derivaciones de reumatólogos como de dermatólogos. No se aporta información sobre comorbilidades ni desenlaces.

El artículo suscita varias preguntas: ¿por qué no se ha revisado el funcionamiento del modelo durante los 4 años para intentar corregir algunos problemas evidentes? Por ejemplo, la baja tasa de derivación por los dermatólogos, cuyo aumento resulta crucial para el diagnóstico precoz de la APs. A pesar de que los autores mencionan que este

no era el objetivo de la Unidad, más tarde lo reivindican como uno de sus logros. Otro ejemplo, si se decidió introducir el PASE como técnica de cribado ¿por qué no se ha promovido su utilización de manera más sistemática, ya que solo se empleó en el 5% de los casos? Asimismo, sorprende que la consulta haya podido mantener su frecuencia mensual, cuando lo que suele ocurrir en otras unidades es que experimentan un crecimiento progresivo en las derivaciones, lo que exige aumentar la frecuencia de la consulta.

A pesar de que la puesta en marcha de la unidad se precedió de una formación y concienciación de los respectivos especialistas sobre la relevancia de este tipo de unidad, la concordancia en el diagnóstico parece alarmantemente baja, lo que puede sugerir que se debe intensificar el trabajo de formación y concienciación en APs entre reumatólogos y dermatólogos, o que los especialistas responsables de la unidad deberían hacerse cargo de todos los pacientes con este tipo de enfermedad.

También son limitados los datos concretos sobre procedimientos y desenlaces clínicos y funcionales de los pacientes y sobre sus comorbilidades. Debe valorarse el interés de la iniciativa y reconocerse las dificultades y el mérito que entraña crear nuevos modelos asistenciales, aunque también debería matizarse la satisfacción expresada y analizarse de forma crítica el modelo, teniendo en cuenta logros y objetivos, para mejorarlo y hacerlo más adecuado para el manejo integral de la APs.

No cabe duda de que en nuestro sistema de salud actual hay dificultades para que unos determinados «superespecialistas» monopolicen el manejo de esta enfermedad en su centro, o para conseguir los cambios administrativos que puede requerir la nueva organización de la asistencia y la recepción de pacientes de otras zonas a estos «centros de referencia» dedicados exclusivamente a la «enfermedad psoriásica». Los modelos de atención integral a los pacientes con APs pueden conseguir un óptimo control de la enfermedad, con mejores desenlaces clínicos y con menor gasto, aunque esto todavía está por demostrar.

En este contexto nos parece interesante describir otra experiencia de unidad multidisciplinaria: el Programa de atención integral dermatología-reumatología (PAIDER), que se estableció en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en el año 2012 y que atiende solamente a pacientes con sospecha o diagnóstico de APs. Además del entusiasmo de los integrantes del programa y las respectivas direcciones de servicio, es fundamental la voluntad de colaborar por parte de todos los dermatólogos y reumatólogos del equipo; ello se ve facilitado cuando en el hospital existe un *core* de varios dermatólogos y reumatólogos con una dedicación especial (o incluso exclusiva) a la psoriasis moderada-grave y a la APs, respectivamente. En cualquier caso, la existencia del programa aumenta la capacitación de todos los especialistas en el diagnóstico y manejo de la APs, haciendo innecesarias las herramientas de cribado en el ámbito hospitalario.

Los flujos y circuitos de derivación deben establecerse desde el principio, y resulta muy útil crear una agenda específica y duplicada, puesto que la visita de 2 especialistas debe poder ser contabilizada en ambos servicios. Los pacientes pueden ser derivados desde los respectivos servicios o desde el centro de atención primaria, ya sea por los propios especialistas «jerarquizados» o como consecuencia del

análisis de las derivaciones de los médicos de familia. Dada la prevalencia de la enfermedad y la necesidad de conseguir unos flujos de derivación rápidos, muy pronto se aprecia la necesidad de establecer una agenda semanal. En este modelo existen 2 tipos de visitas: las de «consulta de alta resolución», cuando se solicita un diagnóstico o un ajuste terapéutico, tras lo que el paciente se remite nuevamente al especialista que lo derivó o a la agenda normal de reumatología o dermatología, y las de aquellos pacientes que requieren un seguimiento para valorar resultados de pruebas complementarias, cambios terapéuticos o por ser de especial complejidad (por ejemplo, reacciones paradójicas a biológicos). En este modelo se han establecido unos circuitos de derivación preferente hacia los especialistas en el manejo de las comorbilidades más importantes de la psoriasis (psicóloga clínica, dietista, internista), por lo que la consulta PAIDER se convierte en el eje del manejo integral del paciente.

No cabe duda de que este modelo aporta beneficios al paciente en cuanto a la calidad de la atención y satisfacción con el proceso, el acortamiento del tiempo de espera hasta la derivación (pudiendo prevenirse la eventual progresión de la APs con el diagnóstico y tratamiento precoces) y el manejo terapéutico, pero los beneficios económicos directos e indirectos y en cuanto a resultados de salud resultan difíciles de cuantificar.

Todo lo anterior nos lleva a pensar que, aunque parece existir consenso en la conveniencia de instaurar unidades conjuntas de dermatología/reumatología, el modelo de estas unidades necesita de una mayor reflexión, definiendo claramente objetivos, métodos, procesos y desenlaces a evaluar, para conseguir su mejora continuada a través del análisis crítico de los procedimientos y la detección y corrección de sus debilidades. El proceso de instauración puede entrañar varias etapas hasta conseguir encontrar el modelo adecuado para cada situación. Los modelos de unidad de atención rápida a problemas diagnósticos/terapéuticos pueden representar la etapa inicial de una transición hacia modelos de atención integral del paciente con APs y eventualmente de todas las comorbilidades relevantes de la psoriasis.

Bibliografía

1. Gladman DD, Thavaneswaran A, Chandran V, Cook RJ. Do patients with psoriatic arthritis who present early fare better than those presenting later in the disease? *Ann Rheum Dis*. 2011;70:2152–4.
2. Olivieri I, de Portu S, Salvarani C, Cauli A, Lubrano E, Spadaro A, et al. The psoriatic arthritis cost evaluation study: A cost-of-illness study on tumour necrosis factor inhibitors in psoriatic arthritis patients with inadequate response to conventional therapy. *Rheumatology (Oxford)*. 2008;47:1664–70.
3. Zhu TY, Tam LS, Leung YY, Kwok LW, Wong KC, Yu T, et al. Socio-economic burden of psoriatic arthritis in Hong Kong: Direct and indirect costs and the influence of disease pattern. *J Rheumatol*. 2010;37:1214–20.
4. Armstrong AW, Gelfand JM, Boehncke WH, Armstrong EJ. Cardiovascular comorbidities of psoriatic and psoriatic arthritis: A report from the GRAPPA 2012 annual meeting. *J Rheumatol*. 2013;40:1434–7.
5. Boehncke WH, Kirby B, Fitzgerald O, van de Kerkhof PC. New developments in our understanding of psoriatic arthritis and their impact on the diagnosis and clinical management of the disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013; <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.12222>, en prensa.
6. Haroon M, Kirby B, Fitzgerald O. High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:736–40.
7. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, Khraishi MM, Thaçi D, Behrens F, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69:729–35.
8. Velez NF, Wei-Passanese EX, Hisni ME, Mody EA, Qureshi AA. Management of psoriasis and psoriatic arthritis in a combined dermatology and rheumatology clinic. *Arch Dermatol Res*. 2012;304:7–13.
9. Ritchlin C, Tausk F. Center for psoriasis: A comprehensive approach to patient care, education and research. *Curr Op Rheumatol*. 2008;20:381–3.
10. Luelmo J, Gratacós J, Moreno Martínez-Losa M, Ribera M, Román J, Calvet J, et al. Experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinar de psoriasis y artritis psoriásica. *Actas Dermosifiliogr*. 2013 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.10.009>, en prensa.