

TRABAJOS ORIGINALES

De la fragmentación a la integración: impacto de la creación de la Unidad de Enfermedad Psoriásica en el manejo integral del paciente

From fragmentation to integration: impact of the creation of the Psoriatic Disease Unit on comprehensive patient management

María Eugenia Amoreo¹, Virginia Daiana Dimotta¹, Mara Lorena Ivanov¹, Jonatan Mareco² y Camilo Martínez³

RESUMEN

Introducción: la enfermedad psoriásica (EP) es una patología inmuno-mediada con predisposición genética, de evolución crónica y asociada a desencadenantes multifactoriales, lo que genera un gran impacto en la calidad de vida. Puede comprometer la piel, las mucosas, las semimucosas, las faneras y las articulaciones. Debido a su carácter sistémico y a la frecuente coexistencia de comorbilidades, resulta fundamental un enfoque integral e individualizado.

Objetivos: analizar las diferencias asistenciales, epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de pacientes adultos con diagnóstico de EP antes y después de la conformación de la Unidad de Enfermedad Psoriásica (UEP).

Diseño: estudio observacional, analítico, retrospectivo y comparativo temporal.

Materiales y métodos: se recolectaron variables demográficas, clínicas y terapéuticas de las historias clínicas de pacientes con EP entre los años 2022 y 2025.

Resultados: luego de la conformación de la UEP, se observó una captación más eficiente de pacientes, con una reducción significativa en el número de consultas necesarias para alcanzar el diagnóstico y definir la conducta terapéutica, y en el tiempo requerido para la evaluación integral (90 versus 10 días; $p < 0,001$). La prevalencia de artritis psoriásica (APs) aumentó significativamente (27% versus 40%; $p = 0,018$), duplicando los datos reportados a nivel global, y se detectó un mayor número de comorbilidades (55% versus 68%; $p = 0,008$). Por otra parte, se registró un impacto tangible en la estrategia terapéutica con un aumento en el uso de terapias biológicas (5% versus 27%; $p < 0,001$), logrando mejoras en los resultados clínicos y en la calidad de vida.

Conclusiones: en nuestro país son limitadas las investigaciones sobre el manejo interdisciplinario de pacientes con EP, lo que convierte a esta estrategia en una propuesta innovadora, reproducible y de alto impacto clínico.

Palabras clave: enfermedad psoriásica, interdisciplina.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 121-126

ABSTRACT

Introduction: psoriatic disease (PD) is an immune-mediated disease with a genetic predisposition that presents a chronic course associated with multifactorial triggers, leading to a significant impact on quality of life. It can affect the skin, mucosa, semimucosa, appendages, and joints. Due to its systemic nature and the frequent coexistence of comorbidities a comprehensive and individualized approach is essential.

Objectives: analyze the differences in healthcare, epidemiology, clinical aspects, and therapeutic management of adult patients with a confirmed diagnosis of PD before and after the establishment of the UEP.

Design: observational, analytical, retrospective and comparative temporal study.

Materials and methods: demographic, clinical, and therapeutic variables were collected from the medical records of patients with PD between 2022 and 2025.

Results: following the establishment of the PEU, a more efficient patient recruitment process was observed, with a significant reduction in the number of consultations and the time required for comprehensive evaluation (90 vs. 10 days, $p < 0.001$). The prevalence of psoriatic arthritis (PsA) increased significantly (27% vs. 40%, $p = 0.018$), doubling the data reported globally, and a greater number of comorbidities was detected (55% vs. 68%, $p = 0.008$). Furthermore, a tangible impact on therapeutic strategy was recorded with an increase in the use of biological therapies (5% vs. 27%; $p < 0.001$), achieving improvements in clinical outcomes and quality of life.

Conclusions: in our country, research on the interdisciplinary management of patients with EP is limited, which makes this strategy an innovative, reproducible proposal with high clinical impact.

Key words: psoriatic disease, interdisciplinary.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 121-126

¹ Servicio de Dermatología

² Servicio de Reumatología

³ Servicio de Clínica Médica

Hospital Interzonal especializado en Agudos y Crónicos San Juan de Dios de La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Eugenia Amoreo

E-mail: meuge.amoreo@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 30/10/2025

Fecha de trabajo aceptado: 29/6/2026

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad psoriásica (EP) es una patología inflamatoria crónica, sistémica y multifactorial, que afecta al 2-3% de la población y genera un alto impacto en la calidad de vida¹. En aproximadamente el 80% de los casos, las lesiones cutáneas precederán a los síntomas articulares entre los 10 y 12 años, y por ello los dermatólogos desempeñan un papel fundamental en su detección precoz. Por su parte, la afectación articular puede llegar hasta el 30%, por lo cual el diagnóstico correcto y el tratamiento oportuno pueden influenciar su evolución^{2,3}. Más allá del compromiso cutáneo y articular, la EP se asocia a alteraciones metabólicas, cardiovasculares y psicosociales, entre otras, lo que requiere un abordaje integral y precoz⁴⁻⁶.

Desde su creación en 2023, la Unidad de Enfermedad Psoriásica (UEP) del Hospital Interzonal especializado en agudos y crónicos San Juan de Dios de La Plata (Provincia de Buenos Aires, Argentina), se ha consolidado como un espacio de referencia que articula docencia, asistencia, gestión e investigación, integrando de manera efectiva a profesionales de distintas áreas y servicios del hospital. La coordinación inicial, a cargo del Servicio de Reumatología y Dermatología, se ha fortalecido en 2025 con la incorporación del Servicio de Clínica Médica, junto con el apoyo de otras especialidades según las necesidades de cada paciente, ampliando la mirada interdisciplinaria y optimizando la calidad de atención.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la implementación de una UEP en procesos asistenciales, el perfil epidemiológico y clínico de los pacientes, la detección de artritis psoriásica (APs) y comorbilidades, y las estrategias terapéuticas en adultos con EP atendidos en un hospital público de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y con diseño comparativo temporal, que incluyó a 309 pacientes adultos mayores de 18 años con diagnóstico de EP que ingresaron por el Servicio de Dermatología durante 45 meses: 160 pertenecientes a la cohorte 1 (del 1.º de enero de 2022 al 31 de

diciembre de 2024) y 149 a la cohorte 2, posterior a la consolidación de la UEP (del 1º de enero al 1º de octubre de 2025). Se aplicó un análisis de series temporales interrumpidas (ITS) para variables de proceso (tiempo de acceso y evaluación integral) y modelos multivariantes para resultados clínicos (diagnóstico de APs, detección de comorbilidades y terapéutica).

A diferencia de la atención tradicional, a partir de la consolidación de la UEP el paciente es evaluado el mismo día por las tres especialidades (dermatología, reumatología y clínica médica) a través de una atención conjunta. El abordaje diagnóstico se optimizó mediante analítica completa, estudios por imágenes reumatológicas (radiografías, ecografía, resonancia magnética) y evaluación cardiovascular avanzada (ecografía Doppler carotídeo y femoral, vasodilatación mediada por flujo, monitoreo ambulatorio de la presión arterial [MAPA], cardioimpedancia, velocidad de onda de pulso y presión central).

Se registraron variables como sexo, edad, desencadenantes, tiempo de evolución de la enfermedad, forma clínica, patrones de afectación articular, antecedentes médicos familiares y personales, comorbilidades, hábitos, tratamientos recibidos, parámetros de laboratorio y resultados de estudios complementarios pertinentes. La severidad de la enfermedad se definió de acuerdo a parámetros clinimétricos, definiéndose severa aquella con el *Psoriasis Area Severity In dex* (PASI), el *Body Surface Area* (BSA) y/o el *Dermatology Life of Quality Index* (DLQI) ≥ 10 . Además, se consideró EP severa si afectaba la región facial, las palmas y las plantas, los genitales, el cuero cabelludo o las uñas, la presencia de lesiones recalcitrantes a tratamientos tópicos o fototerapia, asociación con APs, formas eritrodérmicas y pustulosas. El diagnóstico de APs se realizó mediante los criterios *Classification Criteria for Psoriatic Arthritis* (CASPAR) y la afectación axial se estableció mediante los criterios *Assessment of SpondyloArthritis International Society* (ASAS), confirmados por el/la reumatólogo/a. Los casos clasificados como “indeterminados” se consideraron negativos para el análisis principal.

Se describió la muestra con medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas continuas, y porcentaje para las categóricas. Para comparar

las proporciones se utilizó el test de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Los datos se recopilaron de forma anónima a partir de historias clínicas impresas y electrónicas, y se volcaron en una base institucional común codificada en un Excel bajo clave personal compartida por los tres servicios, conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki (última revisión) y a la Ley Nacional N° 25.326 de Protección de los Datos Personales.

RESULTADOS

Se analizó un total de 309 pacientes (pre-UEP: 160, pos-UEP: 149), con un leve predominio del sexo masculino en la cohorte 1 y similar distribución en la cohorte 2, con una media de edad de 51 años en ambos períodos. Aproximadamente la mitad de ellos refirió antecedentes familiares de primer y segundo grado de EP; además, el estrés fue señalado como el principal factor desencadenante y el tabaquismo como el hábito tóxico predominante (Tabla 1). El tiempo promedio de evolución de la enfermedad fue de 13 años, evidenciándose una duración más prolongada en los pacientes de la cohorte 2 que presentaban APs (periférica 16,3 años y axial 20,3 años) en comparación con aquellos con compromiso cutáneo exclusivo (10,7 años), hallazgos concordantes con la evidencia disponible⁷. La proporción de casos severos registrados aumentó tras la implementación de la UEP (X^2 21,23; $p < 0,001$), lo que podría relacionarse con una mejora en el acceso, el registro y el reconocimiento más preciso de la gravedad, posiblemente vinculada a la implementación de un abordaje multidisciplinario (Tabla 2).

Circuito de atención del paciente

En materia de gestión y asistencia, se implementaron circuitos innovadores que permitieron evaluaciones integrales y multidisciplinarias, reduciendo barreras de acceso y tiempos de espera (Tabla 3). Al disminuir la fragmentación de la atención y simplificar el circuito asistencial, se logró no solo la optimización en el diagnóstico y tratamiento, sino también una mayor adherencia del paciente al seguimiento.

Incidencia de artritis psoriásica

Previo a la conformación de la UEP, solo el 27% ($n=43$) de los pacientes presentaba diagnóstico de APs y el 30% ($n=48$) no fue evaluado por el Servicio de Reumatología. En la cohorte 2, la prevalencia de APs fue del 40% ($n=60$), siendo el patrón periférico el más frecuente (66,6%; $n=40$). No se registraron casos de

artritis axial pura; los 20 pacientes (33,3%) con compromiso axial presentaban también artritis periférica (Tabla 4). Estos resultados, que duplican las prevalencias reportadas a nivel global (metaanálisis global con $n \approx 976.000$ prevalencia de APs en psoriasis 19,7%, aumentando a 23,8% con criterios CASPAR; en Sudamérica, el valor promedio fue 21,5%), refuerzan la necesidad de detección activa y coordinación interdisciplinaria. El hecho de que no se detectaran casos de artritis axial pura es consistente con la mayoría de las series clínicas, en las que la forma axial aislada es poco frecuente ($\approx 2-5\%$)^{1,2,8}.

Detección de comorbilidades

La psoriasis desempeña un papel fundamental como factor de riesgo independiente para las enfermedades cardiovasculares influyendo en las evaluaciones de riesgo y las consideraciones de tratamiento en las guías clínicas. Los cambios en el estilo de vida, como hábitos alimentarios saludables, el manejo del estrés y el cese tabáquico son esenciales. Además, las terapias dirigidas, como las estatinas y la metformina, pueden ser beneficiosas en dichos pacientes^{4,9}. La institucionalización de la evaluación cardiovascular integra al dermatólogo en el abordaje del riesgo global, avanzando en el modelo de atención interdisciplinaria recomendado para la EP.

Las enfermedades metabólicas (diabetes, dislipemia, hipertensión arterial y obesidad) fueron la comorbilidad detectada con mayor frecuencia en ambos períodos, seguidas de las cardiovasculares y las neurológicas/psiquiátricas, mientras que las enfermedades oftalmológicas fueron la comorbilidad menos frecuentemente observada. Sin embargo, se detectó un mayor porcentaje de pacientes con comorbilidades en la cohorte 2 en comparación con la anterior (55% versus 68%; $p=0,008$), lo que sugiere un efecto de tamizaje activo y un registro sistemático más que un cambio real de prevalencia (Tabla 5). Además, aproximadamente el 40% de los pacientes con APs presentó tres o más comorbilidades, lo que evidenció una carga comórbida significativamente mayor que quienes solo tenían psoriasis, en concordancia con lo reportado en la literatura².

Terapéutica

A pesar de que el tipo de tratamiento utilizado difirió según la severidad, se registró un impacto tangible en la estrategia terapéutica basado en un algoritmo común adaptado a cada paciente, con un aumento en el uso de terapias sistémicas (convencionales y biológicas), logrando mejoras en los resultados clínicos y en la calidad de vida (Gráfico). Se encontró un incremento significativo

en el empleo de terapias biológicas tras la conformación de la UEP (5% versus 27%; $p<0,001$) lo que refleja un acceso más amplio a tratamientos de alta complejidad y una optimización en el manejo terapéutico.

COMENTARIOS

Luego de la conformación de la UEP, se halló una captación más eficiente de pacientes, con una reducción en el número de consultas y en el tiempo requerido para el diagnóstico y la identificación de las comorbilidades. El aumento de la APs refleja una reducción del subdiagnóstico más que un cambio epidemiológico real.

Se llevó a cabo un enfoque terapéutico basado en la toma de decisiones colaborativa, optimización terapéutica y utilización de protocolos nacionales e internacionales, logrando así disminución de la actividad y

progresión de la enfermedad, con mejoría de la adherencia y la calidad de vida de los pacientes. Las encuestas de satisfacción reflejaron una valoración positiva de la atención recibida, evidenciando los beneficios del trabajo coordinado entre las distintas especialidades.

Esta mejora ha sido posible gracias al trabajo articulado entre los equipos asistenciales, la coordinación entre áreas y la optimización de la gestión de turno, garantizando un seguimiento continuo y oportuno de pacientes.

Por otra parte, se logró un impacto que trascendió el ámbito asistencial, promoviendo el desarrollo académico, la formación continua y la producción científica. Además, a nivel comunitario, la UEP desempeña un rol activo en campañas nacionales de concientización sobre la EP.

Variable	Cohorte 1 (n=160)	Cohorte 2 (n=149)
Sexo n (%)		
Masculino	89 (55,6%)	74 (49,6%)
Femenino	71 (44,3%)	75 (50,3%)
Edad (años) media $\pm$ DE	51,6 $\pm$ 16,14	51,6 $\pm$ 16,10
Antecedentes familiares con EP n (%)	40 (25%)	56 (37,6%)
Desencadenantes n (%)		
Estrés	101 (63,1%)	106 (71,1%)
Sin desencadenante conocido	53 (33,1%)	32 (21,4%)
Fármacos	0 (0%)	6 (4%)
Traumatismo	5 (3,1%)	5 (3,3%)
Sol	7 (4,3%)	6 (4%)
Alcohol	1 (0,6%)	4 (2,6%)
Infección	5 (3,1%)	5 (3,3%)
Embarazo	1 (0,6%)	3 (2%)
Hábitos tóxicos n (%)		
Tabaquismo	49 (30,6%)	59 (39,5%)
Enolismo	13 (8,1%)	5 (3,3%)
Otras drogas	5 (3,1%)	5 (3,3%)
Duración enfermedad (años) media $\pm$ DE	13,69 $\pm$ 13,4	13,7 $\pm$ 13,4
EP: enfermedad psoriásica.		

Tabla 1: Datos descriptivos de los pacientes.

Severidad n (%)	Cohorte 1 (n=160)	Cohorte 2 (n=149)	Valor de p
Leve/moderada	62 (38,7%)	22 (14,7%)	<0,001
Severa	98 (61,25)	127 (85,2%)	<0,001

Tabla 2: Severidad de la enfermedad.

Variable	Cohorte 1	Cohorte 2	Valor-p
Tiempo (días) hasta la primera consulta con especialista, mediana [RIC]	57 [40-90]	7 [3-14]	< 0,001
Tiempo (días) hasta la evaluación integral (Dermatología, Reumatología, Clínica Médica), mediana [RIC]	90 [60-120]	10 [5-20]	<0,001
Tiempo (días) hasta la realización de analítica sanguínea mediana, [RIC]	30 [21-45]	7 [5-10]	<0,001
Tiempo (días) hasta la realización de pruebas por imágenes mediana, [RIC]	30 [25-45]	7 [5-20]	<0,001
Tiempo hasta la evaluación cardiovascular completa mediana, [RIC]	(no se realizaba sistemáticamente)	30 [25-35]	-

Tabla 3: Comparación de tiempos de demora en la atención y la realización de estudios complementarios.

Variable	Cohorte 1 (n=160)	Cohorte 2 (n=149)	Valor de p
APs confirmada n (%)	43 (27%)	60 (40%)	0,018
Periférica n (%)	23 (53%)	40 (66,6%)	0,25
Periférica + axial n (%)	20 (47%)	20 (33,3%)	0,18

Aps: artritis psoriásica.

Tabla 4: Incidencia de artritis psoriásica.

Comorbilidad	Cohorte 1 (n=160)	Cohorte 2 (n=149)	Valor de p
Metabólica n (%)	56 (35%)	59 (39,5%)	0,41
Cardiovascular n (%)	31 (19,3%)	44 (29,5%)	0,02
Neurológica/psiquiátrica n (%)	18 (11,2%)	20 (13,4%)	0,65
Pulmonar n (%)	6 (3,7%)	14 (9,3%)	0,045
Infecciosa n (%)	8 (5%)	17 (11,4%)	0,045
Gastrointestinal n (%)	3 (1,8%)	4 (2,6%)	0,7
Oftalmológica n (%)	0 (0%)	2 (1,3%)	0,24
Oncológica n (%)	5 (3,1%)	5 (3,3%)	1
Tres o más	5 (3,1%)	17 (11,4%)	0,008
Una o más	88 (55%)	102 (68,4%)	0,008

Tabla 5: Prevalencia de comorbilidades.

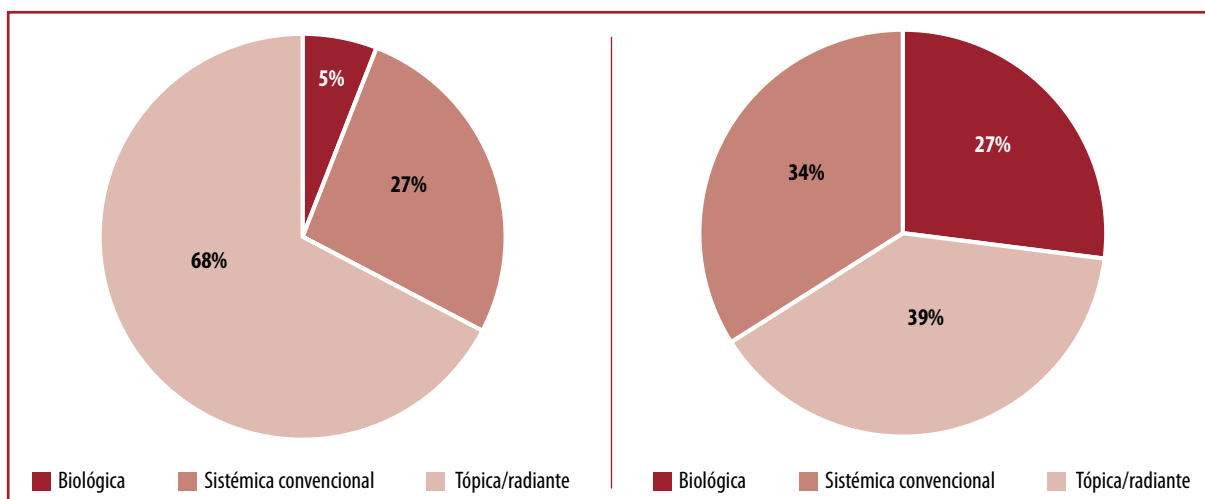


Gráfico: Tipos de terapias según la cohorte.

CONCLUSIONES

El modelo multidisciplinario no solo agiliza y perfecciona la gestión del manejo de la EP, sino que permite la detección temprana de la APs y sus comorbilidades asociadas y la prevención de complicaciones a largo plazo, complementando los hallazgos de otros grupos de investigación a nivel mundial¹⁰⁻¹⁵.

La creación de la UEP constituye una estrategia innovadora, reproducible, de alto impacto clínico y costo-efectiva, que sienta las bases para expandir este abordaje a otras especialidades y fortalecer la relación

médico-paciente, ofreciendo un modelo de atención transformador y extrapolable a otras patologías crónicas complejas. Aun así, demostrar a una institución el valor agregado de una clínica combinada continúa siendo un desafío importante.

Las limitaciones del presente estudio se basan en su diseño retrospectivo, no aleatorizado y monocéntrico, con posible sesgo de supervivencia, sesgo de verificación y asimetría temporal, por lo que se requieren estudios prospectivos futuros para confirmar estas observaciones y aportar datos generalizables sobre el tema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lavieri A, Acevedo A, Baccarini E, Crespo MA, et al. Consenso Nacional de Psoriasis: guía de tratamiento. Actualización 2024 [Internet]. Publicación de la Sociedad Argentina de Dermatología; 2024 [citado oct 2025]. Disponible en: <https://sad.org.ar/wp-content/uploads/2024/08/CONSENSO-NACIONAL-PSORIASIS-2024>.
2. Pérez-Chada LM, Elman S, Villa-Ruiz C, Armstrong AW, et al. Psoriatic arthritis. A comprehensive review for the dermatologist part I: Epidemiology, comorbidities, pathogenesis, and diagnosis. *J Am Acad Dermatol*. 2025;92:969-982.
3. Gottlieb A, Merola JF. Psoriatic arthritis for dermatologists. *J Dermatol Treat*. 2020;31:662-679.
4. Mehta H, Narang T, Dogra S, Handa S, et al. Cardiovascular considerations and implications for treatment in psoriasis: an updated review. *Vasc Health Risk Manag*. 2024;20:215-229.
5. Mrowietz U, Lauffer F, Sondermann W, Gerdes S, et al. Psoriasis as a systemic disease. *Dtsch Arzteblatt Int*. 2024;121:467-472.
6. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, Gladman DD, 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*. 2019;80:251-265.
7. Elman SA, Pérez-Chada LM, Armstrong A, Gottlieb AB, et al. Psoriatic arthritis: A comprehensive review for the dermatologist-Part II: Screening and management. *J Am Acad Dermatol*. 2025;92:985-998.
8. Giovannini I, Zabotti A, Ciccio C, Salgarello M, et al. Axial psoriatic disease: clinical and imaging assessment of an under-diagnosed condition. *J Clin Med*. 2021;10:2845.
9. Attar JA, von Martial S, Troost K, Neumeister T, et al. Impact of a dermatological rehabilitation program on cardiovascular risks of psoriasis patients. *Dtsch Dermatol Ges*. 2025;23:161-171.
10. Ziob J, Behning C, Brossart P, Bieber T, et al. Specialized dermatological-rheumatological patient management improves diagnostic outcome and patient journey in psoriasis and psoriatic arthritis: a four-year analysis. *BMC Rheumatol*. 2021;5:45.
11. Stolnicki DK, Coates LC, Gollins CE, Koppikar S, et al. Breakout session and report back: collaboration of rheumatologists and dermatologists for the care of patients with psoriatic disease. *J Rheumatol*. 2024;51:54-57.
12. Luchetti MM, Benfaremo D, Campanati A, Molinelli E, et al. Clinical outcomes and feasibility of the multidisciplinary management of patients with psoriatic arthritis: two-year clinical experience of a dermo-rheumatologic clinic. *Clin Rheumatol*. 2018;37:128.
13. Luelmo J, Gratacós J, Moreno-Martínez-Losa M, Ribera M, et al. Experiencia de 4 años de funcionamiento de una unidad multidisciplinar de psoriasis y artritis psoriásica. *Reumatol Clin*. 2014;10:141-146.
14. Queiro R, Coto P, Rodríguez J, Notario J, et al. Modelos de atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica en España. *Reumatol Clin*. 2017;13:85-90.
15. Foti R, Giuffrida G, Ramondetta A, Amato G, et al. Multidisciplinary rheuma-derma clinics: 5 years of experience at the San Marco Hospital in Catania. *Dermatol Ther*. 2022;12:2829-2837.