

Título: PSORIASIS COMPLICADA: Diagnóstico y Tratamiento

Autores:

Dra. Teresita Pérez Alonso. Especialista de 2do Grado en Dermatología, Máster en enfermedades infecciosas, Profesora Auxiliar

Drc. Israel Alfonso Trujillo. Especialista de 2do Grado en Dermatología, Máster en enfermedades infecciosas, Profesor e Investigador Titular.

Dr. Alberto César Castillo Oliva. Especialista de 2do Grado en Dermatología, Máster en enfermedades infecciosas, Profesor Auxiliar.

Dra. Elena Mary Cortina Morales. Especialista de 2do.Grado en Dermatología, Diplomado en Anatomía Patológica.

Servicio de Dermatología
Email: dermato@hha.sld.cu

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de base inmunogenética que afecta 2 % de la población cubana. Se presenta en pacientes de cualquier edad y se caracteriza por la eflorescencia de lesiones eritemato-escamosas que evolucionan por brotes de intensidad variable durante toda la vida del enfermo.

Las manifestaciones clínicas tanto cutáneas como articulares (artritis psoriásica) ocasionan molestias tanto físicas como psicológicas, afectando sus actividades sociales y laborales y con ello la calidad de vida de estos enfermos.

Hasta el presente no existe tratamiento curativo para la psoriasis, pero hay una serie de medicamentos y procedimientos que pueden mejorar y controlar la enfermedad por largos periodos de tiempo.

El objetivo de los tratamientos actuales, en resumen es minimizar la gravedad y la extensión de la enfermedad y su interferencia con la calidad de vida.

La consulta especial de psoriasis (CEP) constituida en este centro desde hace 20 años, brinda tratamiento sistémico (disponible en estos momentos los citostáticos e inmunosupresores), lo que permite centralizar los recursos disponibles y se convierte de hecho en una consulta docente e investigativa.

Objetivos

- Psoriasis que no responde al tratamiento convencional y a las formas generalizadas y severas de la enfermedad.
- Lograr minimizar la gravedad y extensión de la afección a través de la aplicación de modalidades terapéuticas eficaces.
- Aplicar una terapia psoriásica secuencial (rotatoria o alternativa) para minimizar las reacciones farmacológicas adversas de la monoterapia prolongada.
- Lograr una mejor calidad de vida para estos pacientes.

Desarrollo

Universo

- Pacientes con psoriasis.

Procedencia de los pacientes

- Pacientes con diagnóstico clínico e histológico de psoriasis que acuden a las consultas de dermatología de las áreas de salud o remitidos de

otros centros asistenciales del país, que no han respondido al tratamiento convencional.

Datos de identidad personal

- Nombre y apellidos, dirección completa y número del carné de identidad (que corresponde al número de la historia clínica del hospital)

Criterios de admisibilidad

Se admitirán en este protocolo los casos de Psoriasis ya diagnosticados que presenten complicaciones o formas evolutivas que requieran una atención especializada. Se consideran dentro de éstas las siguientes:

- Psoriasis localizada que no responde al tratamiento convencional.
- Psoriasis generalizada.
- Psoriasis eritrodérmica.
- Psoriasis pustulosa (generalizada y localizada).
- Psoriasis artropática.
- Protocolos de investigación.

Características clínicas

Las características clínicas y evolutivas de estos tipos de psoriasis se describen a continuación:

Psoriasis localizada: afectación de menos de 25 % de superficie corporal (reingresan cuando no responden al tratamiento convencional).

Psoriasis generalizada: psoriasis en placas crónicas que afecta más de 25 % de superficie corporal.

Psoriasis eritrodérmica: forma generalizada y grave de la enfermedad, con elevada morbilidad y potencialmente fatal, en la que se afecta la totalidad del tegumento cutáneo. Se acompaña de fiebre, toma del estado general, leucocitosis y alteraciones sistémicas (hidroelectrolíticas, metabólicas y de termorregulación).

Psoriasis pustulosa generalizada (Von Zumbusch): cuadro severo y agudo caracterizado por la aparición de placas intensamente eritematosas que en pocas horas confluyen, sembradas de una gran cantidad de pústulas pequeñas y estériles, que rápidamente se secan y desaparecen, renovándose en sucesivos brotes. El cuadro se acompaña de fiebre, mal estado general, leucocitosis y eritrosedimentación acelerada. En ausencia de tratamiento adecuado el proceso puede ser mortal por la deshidratación, sepsis intercurrente, hipoalbuminemia e hipocalcemia.

Psoriasis pustulosa localizada: existen dos formas clínicas:

- ✧ **Palmo plantar (tipo Barber):** se caracteriza por brotes repetidos de pústulas estériles sobre base eritematosa de forma simétrica en palmas y plantas, por confluencia de varias pústulas llegan a formarse verdaderas lagunas de pus.

Acrodermatitis continua (Hallopeau) o Psoriasis acral: erupción pustulosa de los dedos, especialmente de las manos, que se inicia alrededor de las uñas y se extiende de forma proximal. Afecta el lecho y matriz ungueal dando lugar a onicodistrofia e incluso pérdida de las uñas.

Psoriasis artropática: se trata se una artropatía seronegativa que puede adoptar distintos patrones que, en general, aparece en pacientes ya diagnosticados de psoriasis, aunque puede preceder o coincidir con el cuadro cutáneo

Exámenes complementarios

- Hemograma completo
- Eritrosedimentación
- Química sanguínea
- Ag de hepatitis B y Ac hepatitis C (por aumento de la incidencia de hepatitis B y C en pacientes de psoriasis)
- Factor reumatoideo y ac. cetruinado (en casos de artropatía para descartar artritis reumatoidea)
- Exudado nasofaríngeo y vaginal
- Drenaje biliar
- Cituria y urocultivo de ser necesario
- Hormonas tiroideas(por la asociación de enfermedades tiroideas)
- US abdominal(para descartar hepatopatías o neoplasias ocultas)
- RX de tórax y TAC de pulmón si sospecha de neumonía o fibrosis intersticial.

Criterios diagnósticos

- Cuadro clínico característico de psoriasis, con presencia de los signos característicos de la entidad.
- Biopsia de piel para la confirmación histológica caracterizada por:
 - ✧ Hiperqueratosis con paraqueratosis
 - ✧ Acantosis de los procesos interpapilares, con engrosamiento en su parte inferior y adelgazamiento de la porción suprapapilar.
 - ✧ Ausencia de la capa granulosa
 - ✧ Formación de microabscesos de Munro-Saboraud con neutrófilos picnóticos y formación ocasional de la pústula esponjiforme de Kogoj
 - ✧ En dermis superficial hay vasodilatación e infiltrado inflamatorio mononuclear.

Tratamiento

Estrategias

- En el manejo del paciente con psoriasis es importante establecer una óptima relación médico paciente que permita hacerle comprender la naturaleza crónica de su enfermedad.
- Eliminación de los posibles factores desencadenantes como: infecciones, tabaquismo, obesidad, medicamentos (beta bloqueadores, AINES, sales de litio, antipalúdicos, trastornos metabólicos y estrés).

- Individualizar el tratamiento de acuerdo a las diversas formas clínicas de la enfermedad y a las circunstancias personales, laborales y socio-económicas de cada individuo.
- Instauración de tratamiento alternativo para minimizar los efectos adversos de los medicamentos.
- El tratamiento puede ser dividido, según alcance del mismo, en:
 - ✧ Tópico
 - ✧ Con luz ultravioleta
 - ✧ Tratamiento sistémico (este debe reservarse para las formas complicadas de la psoriasis)
 - ✧ Tratamientos combinados

Tratamiento tópico

- **Emolientes y queratolíticos:** indicado en todas las formas clínicas de psoriasis, excepto en la invertida.
- **Emolientes:** vaselina, vasolanolina, aceites vegetales y minerales.
- **Queratolíticos:** ácido salicílico (3 – 6 %).

Los emolientes hidratan el estrato corneo, evitando la formación de fisuras y los queratolíticos eliminan el exceso de escama.

- **Alquitranes:** (LCD, brea, TAR)

Se utilizan en la noche, alternando con los corticoides tópicos en el día.

- **Antralina** (Ditranol (0,4 % y 2 %)

- ✧ **Terapia de contacto breve:** aplicar pasta de ditranol durante 30 minutos y se retira.
- ✧ **Método de Ingram:** baño alquitranado, seguido de administración de UVB y la aplicación de pasta de ditranol por 24 horas.
- **Corticoides tópicos:** (monometasona, hidrocortisona, crema de dexametasona, prednicarbamato, clobetasol), en aplicación diaria o en cura oclusiva.
- **Derivados de la vitamina D3:** (calcipotriol 0,005 % y tacalcitol)

Se utilizan solos o combinados con esteroides 1 o 2 veces al día. No exceder los 120 g a la semana. Necesitan 8 a 12 semanas para alcanzar el efecto máximo. Puede utilizarse combinado con fototerapia (UVB y Puva)

- **Retinoides:** (Tazaroteno) (0,1 % y 0,05 %)

Se utiliza solo o combinado con esteroides, una vez al día. Necesitan de 10 a 12 semanas para alcanzar el efecto máximo. Puede utilizarse combinado con fototerapia.

Tratamiento con luz ultravioleta

Consiste en aprovechar el efecto beneficioso que las radiaciones electromagnéticas no ionizantes, particularmente el UVB y UVA, tienen sobre la psoriasis.

Existen 2 modalidades:

- **Fototerapia:** se basa en la administración de dosis crecientes de UVB sin asociarlo a ningún fármaco

- **Fotoquimioterapia**

- ✧ **PUVA** (psoralenos + UVA): dosis de 0,6- 0,8 mg/kg de peso, vía oral, seguido a las 2 horas de UVA, 2 o 3 veces a la semana.

- **Método de Goeckerman**

- ✧ RePUVA, DUVA,DUVB

Tratamiento sistémico

- **Metotrexate** (Tab. de 2,5 mg y Bb 50 mg)

Forma de administración:

- ✧ **Oral**: 3 dosis semanales separadas cada 12 horas (generalmente no excede los 15 mg)

- ✧ **IM**: 1 dosis semanal. (0,2- 0,4 mg x kg de peso)

Una vez blanqueado el paciente se disminuye la dosis cada 4-6 sem.

Observaciones

- ✧ Son requisitos indispensables para su uso una función renal, hepática y hematopoyética conservada.
- ✧ Se debe hacer un test de embarazo a toda mujer en edad fértil y es necesaria la contracepción hasta 3 meses después de su finalización.
- ✧ Considerar siempre las contraindicaciones absolutas o relativas del uso del medicamento.

Evaluación pre-tratamiento en la terapia con metotrexate (Mtx):

- ✧ Historia clínica y examen físico.

- ✧ Exámenes de laboratorio
- ✧ Conteo de glóbulos rojos, blancos y plaquetas
- ✧ Funcionamiento renal (orina, urea y creatinina)
- ✧ Funcionamiento hepático (TGO, TGP, FAL, bilirrubina)
- ✧ Rx de tórax y prueba de Mantoux
- ✧ Prueba de embarazo
- ✧ Información oral y escrita en relación con la efectividad clínica y los efectos secundarios de la droga.
- ✧ Firma del consentimiento informado

Monitoreo necesario en la terapia con Mtx

- ✧ Conteo de leucocitos y plaquetas(a los 7 días de iniciado el tratamiento y después cada 4-6 semanas)
- ✧ HB, examen de orina, creatinina sérica, funcionamiento hepático (cada 4-6 semanas).
- ✧ Rx de tórax (anual).
- ✧ Biopsia hepática (cada 1-1,5 g de dosis acumulada)

- **Ciclosporina**

- ✧ Forma de administración: vía oral
- ✧ Presentación: cápsulas de 25 y 100 mg y solución oral bebible (1 cc=100 mg)
- ✧ Dosis: 2,5 a 5 mg/kg/día

- ✧ Indicaciones: en situaciones agudas de la enfermedad interrumpiéndola posteriormente y utilizando tratamientos más seguros a largo plazo.
- ✧ Observaciones: exige un estricto control de la función renal y la TA.
- ✧ Requiere del mismo control y seguimiento del Mtx.
- **Micofenolato mofetilo**
 - ✧ Dosis: 1 g vía oral 2 veces al día solo o combinado con otro medicamento inmunosupresor

- **Otros medicamentos** (de acuerdo a su disponibilidad)

Acitretin

- ✧ De elección en la psoriasis eritrodérmicas y formas pustulosas. Es más lenta su respuesta en la forma en placas crónicas
- ✧ Forma de administración: vía oral
- ✧ Dosis: 0,25-0,6 mg/kg/día
- ✧ La máxima eficacia terapéutica (0,5 mg x k x día) durante 2 a 3 meses.
- ✧ Una vez blanqueado: dosis de mantenimiento: 0,2-0,4 mg/kg/día por 3 a 6 meses.
- ✧ Controles necesarios en el tratamiento con Acitretin:
 - ✦ Controles clínicos y de laboratorio previos al tratamiento:
 - ⊕ Excluir enfermedades graves del hígado, riñón y del metabolismo, tales como diabetes e hiperlipidemias.

- ⊕ Test de embarazo, es necesario una contracepción adecuada desde un mes antes hasta 2 años después del tratamiento en pacientes en edad fértil.
- ⊕ Información oral y escrita en relación con la efectividad clínica y los efectos secundarios.
- ✧ Controles durante el tratamiento
 - ✦ Control de los lípidos plasmáticos, enzimas hepáticas y creatinina sérica, al principio cada 2 semanas y luego cada 6-12 semanas
- Otros tratamientos de segunda línea lo constituyen el Imuran y la Hidroxiurea con los mismos controles y seguimiento que el resto de los medicamentos citotóxicos e inmunosupresores.
- Terapia biológica: Itolizumab de producción nacional pero no disponible fuera del ensayo clínico, Etanercept, Infliximab, Aadalilumab, Ustekinumab disponibles a nivel internacional pero limitado su uso en nuestro país por su alto costo, teniendo necesidad de su uso dado las características de los pacientes de este protocolo.

Tratamientos combinados

Tratamiento de la eritrodermia psoriasis pustulosa generalizada

- ✧ Hospitalización y reposo del paciente
- ✧ Baños antisépticos 2 veces al día (permanganato de potasio 1 x 20 000 o sulfato de zinc y cobre en papelillos de 5 g)
- ✧ Dieta hiperproteica.

✧ Medicamentos

✦ Uso de cremas emolientes (crema de avena).

✦ Antibióticos sistémicos

⊕ Penicilina RL 1bb IM cada 12 horas x 10 días

⊕ Ceftriaxona (Rocephin): 1 g IM cada 12 horas x 10 días

⊕ Gentamicina 80 mg IM cada 12 horas x 10 días

⊕ Amikacina 500 mg IM cada 12 horas x 10 días

⊕ Eritromicina 500 mg (oral) cada 6 horas x 10-14 días.

✦ Otros medicamentos

⊕ Acitretin (de elección) 0,25 a 0,75 mg/kg/día durante 4 a 6 semanas, con disminución posteriormente de la dosis,

⊕ Metotrexate (IM, SC u oral) a iguales dosis señaladas anteriormente,

⊕ Ciclosporina (iguales dosis señaladas)

⊕ Infliximab a 5mgxkg en infusión EV a la sem 0,2,6 y 14 y una etapa de mantenimiento cada 8 sem

⊕ Etanercep a 50 mg semanales SC.

• **En el impétigo herpetiforme (psoriasis pustulosa en el embarazo)**

✧ Está indicado el ingreso en terapia intensiva e interrupción del embarazo y tratamiento con esteroides sistémicos o ciclosporina.

• **Tratamiento de la psoriasis pustulosa localizada**

✧ Tratamiento tópico: Corticoides o corticoides + antibiótico

✧ Tratamiento sistémico

✦ Esquema de **penicilina rapilenta**: 1 bbo IM cada 12 h x 10 días,
seguido de **rifampicina** 1 cápsula cada 12 horas durante 5 a 7
días

✦ Acitretin(de elección) dosis similares a las expuestas,

Metotrexate: dosis similares establecidas.

Ciclosporina a dosis de 2,5 mg x kg diario

✦ Fotoquimioterapia (PUVA).

- **Tratamiento de la Psoriasis artropática**

(El tratamiento debe realizarse en colaboración con un Reumatólogo)

✧ Fisioterapia

✧ Metotrexate (igual dosis e ir disminuyendo hasta dosis de
mantenimiento de 7,5 mg semanales

Acitretin (0,5 mg x kg diarios x 4-8 sem)

Ciclosporina de 2,5 a 5 mg/kg/día

✧ AINES

✧ Sulfasalazina (500 mg al día x 3 días; si tolerancia aumentar a 1-3
g/día

Indicadores

| Indicadores de Estructura | | Estándar |
|--|--|----------|
| Recursos humanos | % de personal calificado relacionado con el PA con entrenamiento específico disponible para su aplicación | 100 % |
| Recursos materiales | % de disponibilidad de reactivos de anatomía patológica, laboratorio clínico, y microbiología , relacionados con el PA | 100% |
| | % de medicamentos disponibles según establece el PA | ≥95% |
| Recursos organizativos | % de disponibilidad de planillas para la recolección de datos (PRD) | 100 % |
| | % de disponibilidad de la base de datos | 100 % |
| Indicadores de Procesos | | Estándar |
| % de pacientes diagnosticados en el Centro que son vistos en consulta de Dermatología | | > 98% |
| % de pacientes con confirmación histológica | | > 95% |
| % de pacientes con adecuado seguimiento (acorde a las presentes guías) en el seguimiento | | >90% |
| % de pacientes perdidos de seguimiento | | <10% |
| Indicadores de Resultados | | Estándar |
| % de pacientes tratados sin recidivas post tratamiento | | >95% |
| % de pacientes sin rebrote durante el tratamiento | | >95% |

| | |
|---|------|
| % de pacientes perdidos en el seguimiento | ≤10% |
|---|------|

Bibliografía

Abdelgawad, R., Nasr, M., Moftah, N. H., and Hamza, M.Y. (2017). Phospholipid membrane tubulation using ceramide doping "Cerosomes": Characterization and clinical application in psoriasis treatment. *Eur J Pharm Sci*, 101, 258-68. PubMed PMID:28232140

Actualización en el tratamiento de la psoriasis. (2011). *INFAC*,19(3),1-9.

Ashcrofh, D. M., Liwan, P. O. and Griffiths, A. (2000). Related articles therapeutic strategies for psoriasis. *J Clin Pharmther*, 25(1), 1-10.

Blauvelt, A., Griffiths, C. E., Lebwohl, M., Mrowietz, U., Puig, L., Ball, S., et al. (2017). Reaching complete or near complete resolution of psoriasis: benefit and risk considerations. *Br J Dermatol*, PubMed PMID:28301048

Conway, R., Low, C., Coughlan, R. J., O'Donnell, M. J., Carey, J. J. (2015). Methotrexate use and risk of lung disease in psoriasis, psoriatic arthritis, and inflammatory bowel disease: systematic literature review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, 350, h1269. PubMed PMID:25770113

Farahnik, B., Sharma, D., Alban, J. and Sivaman, R. K. (2017). Topical botanical agents for the treatment of psoriasis: a systematic review. *Am J Clin Dermatol*, PubMed PMID:28289986

González, C, Londoño, A. y Castro, L. (Eds.). (2012). Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis. Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A. Recuperado de: <http://solapso.org/archivos/guia.pdf>

Gud jonsson, J. E., and Elder, J. T. (2008). Psoriasis. In: Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill.

Lozano, J. A. (2002). Tratamiento de la psoriasis. Nuevas perspectivas. *Farmacoterapia*, 21(10), 100-10.

Perrone, V., Sangiorgi, D., Buda, S., Degli, L. (2017). Topical medication utilization and health resources consumption in adult patients affected by

psoriasis: findings from the analysis of administrative databases of local health units. *Clinicoecon Outcomes Res*, 181-8. PubMed PMID:28293115.

Turbeville, J. G., Patel, N. U., Cardwell, L. A., Oussedik, E. and Feldman, S. R. (2017). Recent advances in small molecule and biological therapeutic approaches in the treatment of psoriasis. *Clin Pharmacol Ther*, PubMed PMID:28317101.

ANEXO 1

Hospital "Hermanos Ameijeiras" Servicio de Dermatología Consulta Especial Psoriasis (CEP)

Protocolo para el control y tratamiento de la Psoriasis

| | | | | | | | |
|--|------------------|---|-----------------|--|------------|--|--|
| Nombre paciente | | 1er. Apellido | | 2do. Apellido | | H. Clínica | |
| Edad _____ años | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | Color de la piel <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Mestiza <input type="checkbox"/> Otra: cuál? ____ | | Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo | |
| Dirección particular | | | | | | Barrio | |
| Municipio | | | | Provincia | | | |
| Teléfono | | Ocupación | | | | | |
| Lugar de nacimiento | | | | | | | |
| Aspectos relacionados con los antecedentes de la enfermedad | | | | | | | |
| Edad comienzo de la enfermedad _____ años | | | | Tiempo de evolución: Meses _____ Años _____ | | | |
| Possible factor desencadenante de los brotes | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Estrés Cual?: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Foco infeccioso Cual?: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad intercurrente Cual?: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento Cual?: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros Cual?: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Número de brotes por año: | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Factor estacional | | | | | | | |
| | Situación | Verano | Invierno | Sol | Mar | | |
| | Mejora | | | | | | |
| | Empeora | | | | | | |
| | Igual | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes patológicos personales | | | | Hábitos tóxicos | | | |
| Obesidad O Tto. _____ | | | | <input type="checkbox"/> Drogas | | | |
| Hipertensión O Tto. _____ | | | | <input type="checkbox"/> Tabaquismo | | | |
| Diabetes mellitas O Tto. _____ | | | | <input type="checkbox"/> Alcoholismo | | | |
| Dislipidemia O Tto. _____ | | | | <input type="checkbox"/> Café | | | |
| Enfermedad tiroidea O Cuál | | | | APF | | | |
| Tto: _____ | | | | <input type="checkbox"/> Antecedente familiar de psoriasis | | | |
| Enfermedad dermatológica O | | | | Quiénes? | | | |
| Cual: _____ | | | | | | | |
| Tto: _____ | | | | Cuántos? | | | |
| Enfermedades inmuno alérgicas O | | | | | | | |
| Cual: _____ | | | | Comentarios: | | | |

| | | | | | |
|---|------------------------|--|------------------------|--|--|
| Tto: _____ | | | | | |
| Otras Cual(es)? | | | | | |
| Tto: _____ | | | | | |
| Tto: _____ | | | | | |
| Aspectos relacionados con las características de la enfermedad | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biopsia ▪ Forma clínica | | | | | |
| Psoriasis Pustulosa | | Sí: O | No: O | Psoriasis no pustulosa: Sí: O No: O | |
| Localizada: O | Palmar: O | | | En placa crónica: O | |
| | Plantar: O | | | Generalizada: O | |
| | Palmo-plantar: O | | | Localizada: O | |
| | Generalizada: O | | | Otra: O.Cual: | |
| Invertida: O | | | Artritis Psoriática: O | | |
| Cuero cabelludo: O | | | F. Clínica | | |
| Palmo plantar: O | | | Toma ungueal: Sí: O | No: O | |
| Eritrodermia: O | | | Características | | |
| Características del tratamiento | | | | | |
| Consentimiento informado: O | | | | | |
| Tópico: | | | | | |
| Corticoides: O | | Derivados Vit D3: O | | | |
| Alquitranes: O | | Retinoides: O | | | |
| Fisioterapia: O | | Otros: O Cual? | | | |
| Físico | | | | | |
| Heliootalasoterapia: O | | Fototerapia | | | |
| CEDIP: O | | UVA: O | | | |
| Autocontrolado: O | | UVB: O Fotoquimioterapia: O Tópico: O Sistémico: O | | | |
| Otros: O Cual: | | | | | |
| Sistémico | | | | | |
| Metotrexate: O | | Oral: O | sistémico: O | Inmurán: O | |
| Retinoides: O | | Modificadores respuesta biológica: O | | | |
| Otros: O Cual: _____ | | Cual: | | | |
| Características del estudio integral del paciente | | | | | |
| Conocer estado de salud general, detectar focos infecciosos, enfermedades concomitantes y administración con riesgo | | | | | |
| Monitoreo | Fecha inicio | Seguimiento | | | |
| Htc | | | | | |
| Hb | | | | | |
| Plaquetas | | | | | |
| Eritosedimentacion | | | | | |
| ALAT | | | | | |
| ASAT | | | | | |
| Bilirrubina | | | | | |
| Glicemia | | | | | |
| Creatinina | | | | | |
| Uratos | | | | | |
| Lipidograma | | | | | |
| Cituria | | | | | |
| Heces Fecales | | | | | |
| Drenaje biliar | | | | | |

| | |
|--|-------|
| Exudado faringe | |
| Exudado vaginal | |
| Bacter/micol/piel | |
| Hormonas tiroideas | |
| Ag hepatitis B y Ac hepatitis C | |
| Tórax y US abdominal | |
| | |
| Interconsultas | |
| <input type="checkbox"/> Reumatología: | |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatría: | |
| <input type="checkbox"/> Psicología | |
| <input type="checkbox"/> Con otra especialidad | |
| Médico | Fecha |

