



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

**Características epidemiológicas y clínicas en pacientes
psoriásicos que acuden al hospital Central de
Aeronáutica : Lima, junio-noviembre 2011**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Dermatología

AUTOR

Jacqueline Judith Cabanillas Becerra

LIMA – PERÚ
2014

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La psoriasis es una enfermedad crónica recidivante, con importantes asociaciones sistémicas, pero además con impacto en el desarrollo psicosocial y económico de los pacientes, lo que establece la necesidad de implementar modelos de observación y seguimiento que puedan explicar con claridad el origen, los factores relacionados, el curso clínico, la evolución y el pronóstico de la enfermedad que en nuestro medio, todavía resultan escasos. Estos elementos nos permiten comparar su comportamiento frente a otros grupos poblacionales y poder ejercer así acciones que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos.

OBJETIVOS: Evaluar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología del Hospital Central de Aeronáutica (HCA), en el periodo junio – noviembre 2011.

MATERIAL Y MÉTODOS: Es un estudio no controlado, prospectivo, transversal y observacional. La población estuvo constituida por pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis, valorados entre junio 2011 y noviembre 2011, atendidos en la Sección de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología del HCA. No se realizó muestreo, se trabajó con la totalidad de la población por ser esta pequeña y accesible. Con fines del estudio a los pacientes se les diligenció un instrumento de recolección de datos (Anexo 1) que incluye características epidemiológicas, clínicas, cuantificación del Índice de Severidad Área de Psoriasis (PASI)(Anexo 2) e Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI) (Anexo 3), además de un consentimiento informado. Las variables serán analizadas en el programa estadístico SPSS versión 11.5 para Windows.

RESULTADOS: Participaron del estudio 100 pacientes. De ellos, 68% hombres y 32% mujeres, con edad promedio de 43,8 años; el 81% con pareja estable y el 11% solteros. El fototipo predominante fue el tipo IV en un 74% de los casos. El 16% reportaron antecedente familiar de psoriasis, mientras que un 3% de los pacientes tenían el antecedente de artritis psoriásica. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular el 37% presentaron dislipidemia; 22% hipertensión arterial y 19% diabetes mellitus. Al examen físico, según el IMC el 50 % presentó sobrepeso y el 6% obesidad. La forma clínica más importante fue la vulgar 98% de los casos. De acuerdo al DLQI, la psoriasis tenía un efecto leve sobre la calidad de vida (67,0%) y de acuerdo al PASI, la enfermedad era predominantemente leve (97%). Se encontró correlación significativa entre el DLQI y el sexo femenino de los pacientes con psoriasis (Prueba t de Student, $p=0,020$) .No se encontró correlación significativa entre el PASI y el DLQI ($r=0,089$; $p=0,376$). Los tratamientos más utilizados previos a su control, así como al momento de la entrevista fueron los corticoides tópicos y PUVA.

CONCLUSIONES: Las características clínicas y epidemiológicas halladas en los pacientes con psoriasis son comparables a las reportadas en otros estudios en nuestro país y latinoamericanos.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis, Características epidemiológicas, Características clínicas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Psoriasis is a chronic relapsing disease , with important systemic associations , but also to impact on psychosocial and economic development of the patients, which establishes the need to implement monitoring and observation models that can clearly explain the origin, related factors , clinical course , evolution and prognosis of the disease in our environment, yet are as scarce . These elements would allow us to compare its performance against other population groups and to thus exert actions aimed at improving the quality of life of patients.

OBJECTIVES: To evaluate the epidemiological and clinical characteristics of patients with psoriasis dermatology service Aeronautics Central Hospital (HCA) in the period June 2011 – November 2011.

MATERIAL AND METHODS: An uncontrolled prospective, cross-sectional observational study . The population consisted of patients with a clinical diagnosis of psoriasis, valued between June 2011 and November 2011, served in the Department of Medical-Surgical Dermatology and Venereology HCA. No sampling was done, we worked with the entire population being this small and accessible. For purposes of the study patients were students completed instrument of data collection (Appendix 1) including epidemiological, clinical, quantification Severity Index Psoriasis Area (PASI)(Appendix 2), Quality Index Dermatology Life (DLQI) (Appendix 3). And an informed consent. The variables will be analyzed in SPSS version 11.5 for Windows.

RESULTS : The study included 100 patients. Of these, 68 % male and 32 % female , mean age 43.8 years ; 81% with steady partner and 11 % single . The predominant skin type was type IV in 74 % of cases . 16% had a family history of psoriasis, while 3 % of patients had a history of psoriatic arthritis. Regarding cardiovascular risk factors 37 % had dyslipidemia; 22 % hypertension and 19% diabetes mellitus .On physical examination, according to BMI 50% were overweight and 6% obese. The most important clinical form was vulgar 98 % of cases. According to the DLQI , the psoriasis had a slight effect on quality of life (67.0%) and according to the PASI , the disease was predominantly mild (97%). Significant correlation between the DLQI and female patients with psoriasis (Student's t test , $p = 0.020$) No significant correlation was found between PASI and DLQI ($r = 0.089$, $P = 0.376$) was found . The most widely used prior to its control as well as the time of the interview were PUVA and topical corticosteroids.

CONCLUSIONS : The clinical and epidemiological characteristics found in patients with psoriasis are comparable to those reported in other studies in Spain and Latin America. .

KEYWORDS: Psoriasis, epidemiological characteristics, clinical features.

ÍNDICE

1. Introducción	5
2. Planteamiento del estudio	6
3.1 Formulación del problema	6
3.2 Antecedentes del Problema	8
3.3 Fundamento Marco Teórico	9
3.4 Hipótesis	27
3.5 Objetivos de la investigación	27
3.5.1 Objetivo general	27
3.5.2 Objetivos específicos	27
3. Metodología	28
4.1 Tipo de Estudio	28
4.2 Diseño de Investigación	28
4.3 Universo y población a estudiar	28
4.4 Criterios de Inclusión	28
4.5 Criterios de Exclusión	28
4.6 Variables y Operacionalización de Variables	29
4.7 Técnica y Método del Trabajo	33
4.8 Procesamiento y Análisis de Datos	33
4. Resultados	34
5. Discusión	41
6. Conclusiones	47
7. Recomendaciones	48
8. Referencias Bibliográficas	49
9. Anexos	56
10.1 Instrumento de Recolección de Datos	56
10.2 Índice de Áreas y Severidad de la Psoriasis	57
10.2 Índice de Calidad de Vida Dermatológica	58
10.3 Consentimiento Informado	59

1. INTRODUCCIÓN

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria y proliferativa de la piel, donde ocurren complejas interacciones entre genes susceptibles, mecanismos efectores inmunológicos y desencadenantes ambientales, produciendo una alteración del recambio celular que resulta en una diferenciación anormal de los queratinocitos^(1,2,5,10). Es sin duda uno de los grandes retos a los cuales se ve enfrentado el dermatólogo en su práctica diaria, no sólo por la complejidad de la enfermedad sino por la posibilidad, con un tratamiento adecuado, de inducir cambios significativos en la capacidad funcional, el desempeño laboral y en la calidad de vida de los que la padecen. El impacto de la psoriasis en el desarrollo psicosocial y económico de los pacientes, sumado al ausentismo laboral, establece la necesidad de implementar modelos de observación y seguimiento que puedan explicar con claridad el origen, los factores relacionados, el curso clínico, la evolución y el pronóstico de la enfermedad en nuestro medio, de tal forma que existan elementos que nos permitan comparar su comportamiento frente a otros grupos poblacionales y poder ejercer así acciones que conduzcan al mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos.

El Hospital Central de Aeronáutica (HCA) es un centro con una escuela de formación de postgrado en diferentes ramas de la salud, que tiene los recursos técnicos y humanos para el desarrollo de un proyecto como el ejecutado. El número de pacientes que acuden al servicio de dermatología del HCA, al igual que la población cautiva que utiliza los servicios de salud, garantizó la población suficiente para la realización del estudio. El objetivo principal es la caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con psoriasis que consultan al servicio de dermatología, por una enfermedad de fácil diagnóstico pero en algunos casos de difícil manejo, lo que resulta con frecuencia frustrante para el paciente, los familiares y los profesionales de salud, y que desafortunadamente hay pocas estadísticas propias de referencia en nuestra población.

2. PLANEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 Formulación del problema:

La psoriasis es una dermatosis poco frecuente en la consulta externa dermatológica, con una prevalencia global que varía entre 0,6 y 4,8%, con un promedio de 2 a 3%, siendo mayor en los países nórdicos y menor en los ecuatoriales. Es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica, de naturaleza inmunológica, de predisposición genética y desencadenantes multifactoriales, compromete la piel, mucosas, anexos, articulaciones y tiene varias asociaciones sistémicas. Hasta hace aproximadamente 15 años la psoriasis era considerada como una afección exclusivamente cutánea y no se reconocían todas las complicaciones como enfermedad inflamatoria sistémica, las investigaciones permitieron avanzar en el estudio de esta patología.

La psoriasis eritrodérmica y pustulosa deben considerarse formas graves de la enfermedad, en casos especiales pueden ser mortales debido a las complicaciones infecciosas, cardiovasculares y pulmonares. Asimismo la cronicidad de la psoriasis puede llevar al suicidio. Además existe evidencia de que la enfermedad se asocia con un alto impacto en la calidad de vida, pudiendo entorpecer el desarrollo educativo, laboral y social hasta el punto de producir un estado de discapacidad transitoria o permanente. Entre los factores que inciden en el desarrollo psicosocial de los que la padecen podemos mencionar; la edad de aparición antes de los 40 años casi en el 60% de los casos, el compromiso en zonas expuestas, localizaciones palmo-plantares o participación articular, la necesidad de cuidados muchas veces permanentes pueden poner al paciente en la condición de discapacitado social, impactando en su vida de relación, emocional, laboral y económica. En lo laboral se deberán considerar tres aspectos: 1) Visión de las otras personas sobre el enfermo (estigmatización, discriminación, pérdida de oportunidades laborales). 2) Impacto laboral (ausentismo relacionado con la enfermedad). 3) Implicancias legales (incapacidad laboral, jubilación anticipada, despido injustificado). En los aspectos clínicoeconómicos: Los tipos de costos a

considerar ante un paciente con Psoriasis son los directos (médicos y nomédicos), indirectos e intangibles. Los costos médicos son aquellos que se desprenden directamente de la enfermedad y su atención. Los no médicos son aquellos que se originan en relación con los primeros, (transporte, vestimenta, modificaciones en la vivienda para necesidades del paciente, etc.). Los costos indirectos son los que se refieren a la morbilidad y mortalidad (ausencias laborales, interrupciones familiares, etc.). Los intangibles son los asociados a los aspectos psicoemocionales del paciente y su medio social.

El paciente con psoriasis suele presentar dificultades con el tratamiento de su enfermedad, que en ocasiones el médico dermatólogo no puede resolver. Muchas veces, los resultados obtenidos por los tratamientos terminan siendo insatisfactorios no sólo por las características de la enfermedad, sino por las características psicológicas de los pacientes. Se observa con gran frecuencia la falta de adherencia al médico y al tratamiento bajo la forma de conductas perjudiciales, tales como la deambulación de médico en médico, la utilización de remedios caseros, la consulta a curanderos, la auto administración simultánea de medicación habituales y preparados de medicinas alternativas y terapéuticas de dudosa credibilidad y seriedad. Cada paciente individual tolera los brotes de su enfermedad de un modo completamente diferente.

La psoriasis es una dermatosis que representa el 3% de la consulta en el Servicio de Dermatología del HCA. La información disponible de la caracterización epidemiológica y clínica de esta enfermedad en esta población cautiva es escasa; por esta razón, es imperativo establecer modelos de observación y seguimiento que puedan dar claridad de las características epidemiológicas, los factores relacionados, el curso clínico de la enfermedad en este nosocomio, de tal forma que existan elementos que permitan comparar su comportamiento frente a otros grupos poblacionales, por lo que nos planteamos el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas de la psoriasis en la población que acude a la Sección de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología del HCA?

2.2 Antecedentes del problema:

La psoriasis es una enfermedad prevalente en la población general, y no sólo en el Perú, sino en todo el mundo. Sin embargo, la información epidemiológica de esta enfermedad, como la edad de presentación, la frecuencia en la población infantil y los distintos patrones clínicos de presentación, continúan siendo datos controversiales.

Se ha observado mayor frecuencia de comorbilidades en pacientes con psoriasis que en el resto de la población, lo cual parece estar asociado con la presencia de esta enfermedad. La psoriasis es una de las enfermedades de más alto impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados, entre enfermedades dermatológicas y no dermatológicas, existiendo un gran desconocimiento a escala social.

Se cuenta actualmente con información limitada sobre la caracterización epidemiológica de la psoriasis en la población que acude a atenderse en los servicios de Dermatología de los hospitales del Perú. Es necesario establecer modelos de observación y seguimiento que puedan recoger con claridad información epidemiológica, de tal forma que exista elementos que permitan comparar su comportamiento frente a otros grupos poblacionales, sirviendo de base para trabajos de investigación en el futuro, y además de servir para la toma de nuevas estrategias sanitarias en dicha población.

En el Hospital Central de Aeronáutica la psoriasis es una entidad clínica cuya epidemiología y características clínicas no han sido estudiadas.

2.3 Marco teórico

La Psoriasis se define como una enfermedad cutánea inflamatoria crónica, y recidivante con una fuerte base genética, que se caracteriza por alteraciones complejas en: la diferenciación, crecimiento epidérmico y múltiples anormalidades bioquímicas, inmunitarias y vasculares y una relación poco comprendida con la función del sistema nervioso ⁽¹⁾.

Epidemiología

Su distribución es universal, uno de los aspectos más notables de la epidemiología de la psoriasis es la diversidad en su prevalencia entre las distintas regiones y poblaciones.

Es frecuente en todo el mundo, particularmente en personas de raza blanca ⁽²⁾. Estudios epidemiológicos en diferentes países alrededor del mundo estiman una prevalencia de 0,6% - 4,8% ⁽³⁾.

En USA, la prevalencia de psoriasis se estima en 4,6%. Europa muestra pequeñas variaciones entre países con rangos de 1,4% (Noruega), 1,55% (Croacia) y 1,6% (Reino Unido) ⁽⁴⁾. Es menos frecuente en Asia, América Latina, personas de raza negra norteamericanos y africanos ^(2,5). Nativos americanos y los habitantes de las islas Fiji no tienen psoriasis; en México se presenta en alrededor de 2% de la consulta dermatológica ⁽²⁾. En Brasil la prevalencia de psoriasis en la población es del 1 % ⁽⁶⁾. En Cuba, según estudios de Miyares Caos, la tasa de prevalencia es del 2 % ⁽⁷⁾.

En las poblaciones andinas de Sudamérica rara vez se presenta ⁽⁸⁾. Las causas de tales variaciones van desde factores raciales hasta geográficos y ambientales ⁽⁷⁾. Sin embargo muchos pacientes con formas mínimas jamás consultan, por lo cual la verdadera incidencia es difícil de conocer ⁽⁹⁾. Puede aparecer a cualquier edad, pero su inicio tiene un pico de máxima incidencia durante la segunda y tercera década de la vida ⁽¹⁰⁾. La incidencia de psoriasis seguiría una distribución bimodal, lo que determinaría dos formas clínicas de presentación: la psoriasis de tipo I y II. La tipo I

con edad de comienzo antes de los 40 años y la tipo II después de los 40 años. Los pacientes con el tipo I correspondería al 75% de pacientes, además tendrían un curso más severo y estarían más en asociación con el HLA Cw 6 que los pacientes con psoriasis tipo II⁽¹¹⁾. El inicio suele ser más precoz en las mujeres y en los pacientes con antecedentes familiares de la enfermedad⁽¹⁰⁾.

La prevalencia de la psoriasis es mayor en áreas urbanas que en rurales y no debida a factores geográficos, siendo mayor en las áreas de industria pesada, aún dentro de las áreas urbanas, según un estudio realizado en china sobre una población de 5,7 millones de habitantes en los que hubo una prevalencia del 1,6% de la enfermedad⁽⁹⁾. Existen estudios que sugieren una mayor prevalencia ligeramente mayor en hombres, sin embargo en menores de 20 años la afección es mayor en mujeres lo que sugiere un inicio más temprano en el sexo femenino⁽¹¹⁾.

Ocurre a cualquier edad. El 10 a 15% afecta a niños, principalmente mujeres⁽²⁾, pero reportes de la India y Australia han documentado igual prevalencia en hombre y mujeres⁽¹²⁾. Varias publicaciones han reportado que el 20 - 35% los pacientes psoriásicos inician su enfermedad antes de los 20 años⁽¹²⁾. Otros autores reportan que más de la cuarta parte de los individuos con psoriasis desarrollan su enfermedad durante la infancia o la adolescencia⁽¹³⁾. Sin embargo en menores de dos años de edad, la psoriasis es poco frecuente⁽¹⁴⁾. En un estudio de 137 pacientes chinos con edades entre 3 y 14 años, 64 eran hombres (46.7%) y 73 mujeres (53.3%). Once pacientes (8%) tenían historia familiar de psoriasis. Las infecciones fueron el factor precipitante más común 39 pacientes, (28.5%). La influencia estacional se reportó en 57 pacientes (41.6%)⁽¹⁵⁾.

La psoriasis *guttata* para algunos es la forma más frecuente en la niñez⁽¹⁶⁾, otros la adjudican la mayor frecuencia a la forma vulgar; Un estudio en el Norte de la India reportó que esta última fue la forma clínica más frecuente (60,6%), seguida por la psoriasis plantar (12,8%)⁽¹⁵⁾. Otro estudio mostró que la psoriasis vulgar fue la más común (52,6%), seguido por la psoriasis *guttata* (25,5%)⁽¹⁵⁾.

Se observan formas leves en 77%, el resto son moderadas a graves. En portadores de HIV, la frecuencia varía de 1,3 a 2,5%⁽²⁾. En un grupo amplio de pacientes con psoriasis (n=1728) el 79,2% mostraba cambios ungueales. La forma artropática se presenta en 1 a 15%⁽²⁾, otros autores reportan que la artritis psoriásica se da en el 5-30% de los pacientes con psoriasis cutánea. En general las lesiones cutáneas aparecen bastante antes de que la artritis psoriásica se haga evidente desde el punto clínico. Sin embargo, el 10-15% de los pacientes manifiestan que la artritis psoriásica surgió en primer lugar⁽¹⁶⁾.

En un estudio realizado, el tiempo atmosférico caliente mejoraba la psoriasis en un 77% de los pacientes, el tiempo frío en un 12% y el sol en un 78% de los pacientes. El estrés emocional severo agravaba la psoriasis en un 40% de los casos, y no había respuesta en un 42%. Había participación de las articulaciones en un 25%. En un 39% de los pacientes hubo una desaparición periódica completa de las lesiones. En otra serie de 5395 de la práctica sanitaria urbana la prevalencia era de un 1,48% y no había preferencias de sexo. La edad media eran 33 años⁽⁵⁾.

En el embarazo hay una cierta tendencia a la mejoría o incluso a la resolución de lesiones. Sin embargo, la psoriasis puede evolucionar de manera distinta en cada embarazo en la misma paciente. En la menopausia las lesiones evolucionan a peor o a mejor sin un patrón establecido de progresión⁽⁵⁾.

En un estudio realizado en Colombia por González y col⁽¹⁷⁾, en población militar concluyó que era más frecuente en varones (61,6%) que en mujeres (38,4%) con una edad promedio de 54,5 años y un pico de edad de inicio de presentación a partir de la quinta década de la vida (81%). El 22,1% de los pacientes, referían antecedentes familiares de psoriasis, y eran los tíos (10,5%) el grupo más representativo, seguido por los padres (4,7%), los hermanos (4,7%) y los hijos 1,2%. El 39,5% referían consumo de alcohol y 44,2% fumaban tabaco. Entre los factores desencadenantes,

25,6% se asociaron a estrés y el 57,7% combinó este factor con otros (exposición solar, medicamentos e infecciones). La forma clínica más frecuente fue la psoriasis vulgar (89%), seguida de psoriasis *guttata*(7%); se registró un caso de psoriasis inversa, uno de psoriasis pustulosa y 2 de psoriasis eritrodérmica. El compromiso ungueal fue del 26,7%, y en ellos predominaron *pits* y onicolisis⁽¹⁷⁾.

En otro estudio de psoriasis en Cuba por Trujillo y col ⁽⁷⁾, encontraron que los pacientes psoriásicos representaron el 6 % del total de casos de la consulta de dermatología. Se observó similar proporción entre pacientes masculinos (46,5 %) y femeninos (49,5 %), difiriendo en este aspecto del estudio colombiano en el cual predominaba más en el sexo masculino. Los pacientes en el momento del estudio se encontraban entre los 17 y 74 años de edad, con un promedio de 44 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 14 años y la cifra máxima alcanzada fue 50 años.

Aunque las enfermedades del corazón sigue siendo un asesino silencioso, la psoriasis es una enfermedad muy visible. Su impacto en la interacción social y la calidad de vida llevan al paciente a la consulta médica. Pacientes con psoriasis son frecuentemente obesos, y sin saberlo, son un riesgo mayor que la población en general para el infarto de miocardio, el síndrome metabólico y otras comorbilidades. Esto implica que los dermatólogos tienen que enfocar a la psoriasis como un desorden potencialmente multisistémico⁽¹⁸⁾ y se debe alertar a estos pacientes de los efectos potencialmente negativos de su enfermedad ⁽¹⁹⁾.

Las poblaciones afectadas por la psoriasis y/o la obesidad pueden manifestar resistencia a la insulina, un perfil lipídico aberrante, y riesgo cardiovascular ⁽²⁰⁾. Investigaciones sugieren que estas enfermedades pueden compartir un vínculo causal, que puede permitir que se unan a la aterosclerosis, enfermedades autoinmunes y otras condiciones de comorbilidad como facetas de un trastorno sistémico mayor de la inflamación ^(20, 21). Estudios epidemiológicos han reportado que existe una fuerte asociación entre psoriasis y el síndrome metabólico y sus

componentes ^(22, 23). De hecho se ha observado una fuerte relación entre el riesgo de padecer psoriasis y la obesidad, diabetes e hipertensión, particularmente con el riesgo de padecer las formas severas de esta enfermedad ⁽²⁴⁾.

Un estudio caso-control realizado en Italia demostró, que más del 30% de los pacientes de la consulta externa presentaban psoriasis y síndrome metabólico, en comparación con el 20,6% de los controles dermatológicos sobre la edad de 40 años (OR = 1,65, IC 95%, 1,16-2,35) ⁽²⁰⁾. Este riesgo aumentado de síndrome metabólico en pacientes con psoriasis también fue reportado por Ghiasi y col ⁽²⁵⁾, así como un riesgo aumentado de hipertensión arterial. Inclusive Armstrong y col ⁽²⁶⁾ encontró que los pacientes de psoriasis aparecen tener la hipertensión de más difícil control comparada con los hipertensos no psoriásicos.

Un estudio realizado en Perú, encontró que los pacientes con psoriasis presentaron mayores niveles de cintura abdominal, de triglicéridos, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y glicemia en ayunas, así como menores niveles de colesterol HDL que los controles. Dichas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). En el análisis bivariado tanto la obesidad central como la hipertrigliceridemia, la hipertensión arterial y una glicemia en ayunas se encontraron fuertemente asociados con la presencia de psoriasis; en el caso de un colesterol HDL menor a 40g/dl la asociación observada no fue estadísticamente significativa ⁽²⁴⁾.

En un estudio prospectivo de cohorte en el Reino Unido, mostró que la enfermedad psoriásica puede conferir un riesgo independiente de infarto de miocardio en pacientes jóvenes con enfermedad grave ⁽²⁷⁾.

El índice de severidad y área de psoriasis (PASI), valora el eritema, la induración y la descamación de las lesiones por separado en diferentes zonas del cuerpo (cabeza y cuello, extremidades superiores, tronco, extremidades inferiores incluyendo glúteos) y las relaciona con el área afectada en cada una de ellas. Para ello se usa una fórmula en la que se asigna a cada área un porcentaje de la superficie corporal total (también

se puede expresar en forma decimal con respecto a la unidad): a la cabeza, un 10%; a las extremidades superiores, un 20%; al tronco, un 30%, y a las extremidades inferiores, un 40%. Además valora el eritema, la infiltración y la descamación de las lesiones en una escala de 0 a 4, en la que 1 es leve, 2 moderado, 3 marcado y 4 muy marcado o grave. La extensión de las lesiones en la zona determinada se valora de 0 a 6, siendo 0 la ausencia; 1 <10%; 2, 10% a <30%; 3, 30% a <50%; 4, 50% a 70%, 5, 70% a <90%, y 6, 90% a 100% ⁽²⁸⁾.

La fórmula con la que se calcula el PASI viene dada por⁽²⁸⁾:

$$\text{PASI} = 0,1 \times S_c \times (E_c + I_c + D_c) + 0,2 \times S_s \times (E_s + I_s + D_s) + 0,3 \times S_t \times (E_t + I_t + D_t) + 0,4 \times S_i \times (E_i + I_i + D_i)$$

Donde S es la puntuación correspondiente a la extensión, E la correspondiente al eritema, I la correspondiente a la infiltración o grosor, y D la correspondiente a la descamación en cada zona, y los subíndice c, s, t, e i a las regiones cabeza/cuello, extremidades superiores, tronco y extremidades inferiores, incluyendo nalgas, respectivamente.

El PASI tiene una serie de ventajas que lo han convertido en el “patrón oro” de los ensayos clínicos, como son la comparabilidad histórica de las determinaciones, la buena correlación con otras medidas, el haber sido validado en múltiples ocasiones, la buena correlación entre observadores, la escasa (2%) variabilidad y el hecho de que sea relativamente fácil de realizar (pese a que no se emplee habitualmente en la práctica clínica) ⁽²⁸⁾.

El PASI constituye una forma de valoración adecuada en la mayoría de los casos para definir la gravedad de la psoriasis crónica en placas; en la mayoría de los ensayos clínicos efectuados recientemente con fármacos biológicos se define el PASI superior a 10 o 12 como criterio de inclusión definitivo de psoriasis moderada a grave, y mientras que para algunos autores⁽²⁸⁾ la psoriasis moderada se define como aquella con PASI comprendido entre 8 y 12 y la grave con PASI >12.

Gutiérrez Z ⁽²⁸⁾, encontró en su estudio que el PASI con mayor frecuencia correspondió al grado leve con 84,1% (132 pacientes), el grado moderado presentó una frecuencia de 12,7% (20 pacientes) y el severo 3,2% (5 pacientes). Según tiempo de enfermedad, el intervalo de 0-10 años presentó una frecuencia de 122 correspondiendo al 77,7%; seguido por el intervalo de 11-20 años con 27 pacientes (17,2%); el de 21-30 años con 5 (3,2%) y el de 31-40 con 3 (1,9%). Teniendo un porcentaje acumulado de 94,9% los de 0-20 años de tiempo de enfermedad ⁽²⁸⁾.

En el estudio de Gonzáles y col ⁽¹⁷⁾, el PASI inicial mínimo fue de 0 y máximo de 45,8 con una media de 7,8, valor que clasifica la enfermedad en tipo leve. El 18,6% (n=16) de pacientes presentaron psoriasis severa y el 42% de los pacientes refirió afectada su calidad de vida principalmente en el campo sexual (33%). Al realizar la asociación entre el valor del PASI y otras variables medidas en el estudio, encontraron que las variables que se asociaron con severidad del PASI fueron el compromiso ungueal (p 0,01), el uso de tratamiento sistémico (p 0,005) y el tipo de psoriasis (p 0.0001). La comorbilidad más importante fue la enfermedad cardiovascular (18,6%), seguida de enfermedades metabólicas (11,6%), el 34,9% no referían ningún antecedente médico; el 54,7% utilizaban algún tipo de medicamento, siendo los antihipertensivos (34,9%) los más comunes. De la muestra estudiada, diez pacientes (8,6%) presentaban artritis psoriásica según criterios de CASPAR evaluados por un reumatólogo familiarizado con la patología. El 100% utilizó tratamiento tópico (humectantes, corticosteroides, queratolíticos y análogos de vitamina D), 75 pacientes (70,9%) tenían combinación de dos o más medicamentos tópicos; y el 54% recibieron tratamiento sistémico. El 27% de los pacientes estaban en fototerapia; el 10% en tratamiento con metotrexate, seguido de fototerapia con retinoides el 5%. El 2% de los pacientes recibieron terapia biológica. El 25,6% habían recibido medicina alternativa, siendo la homeopatía la de mayor frecuencia (16,3%) con buenos resultados en el 50% de los casos. El 33,7% de los pacientes asistieron cada dos meses a controles a la Clínica de Psoriasis y ocho pacientes (9,3%) requirieron hospitalización durante la evolución de su enfermedad. Los

efectos adversos (12,8%) y la falta de efectividad del tratamiento (7%) fueron los motivos más frecuentes de suspensión ⁽¹⁷⁾.

Etiopatogenia

La literatura al respecto es realmente masiva, y está por fuera de los límites de esta revisión el análisis de las muy diversas teorías o hipótesis existentes.

Indudablemente es un trastorno multifactorial. Afecta a individuos con predisposición genética ⁽³⁰⁾ y es desencadenada o exacerbada por factores ambientales, con un factor hereditario actuante y parece que los pacientes heredan rasgos o factores predisponentes, más que la enfermedad en sí misma ⁽⁹⁾. Además es bien conocido el rol de la inmunidad adaptativa (linfocitos T: Th1 y Th17) y de la inmunidad innata (especialmente células dendríticas y queratinocitos) en la inmunopatogénesis de la psoriasis ^(6,31). Así mismo, factores humorales como el factor de necrosis tumoral (TNF) y citoquinas jugarían un rol crucial tanto en la patogénesis de psoriasis como en sus comorbilidades ⁽³²⁾. Estudios genéticos e inmunológicos han contribuido hacia el establecimiento de los conceptos actualmente sostenidos en cuanto a esta enfermedad compleja ⁽³⁰⁾.

Los conocimientos actuales en la patogénesis de la psoriasis han conducido al desarrollo de instrumentos terapéuticos, muchos de ellos buscan el bloqueo de su gatillo inmunológico ⁽³¹⁾.

Características clínicas

La psoriasis puede afectar a la piel, las uñas y las articulaciones y, con menor frecuencia, a las mucosas. Las lesiones son muy características, lo cual permite un diagnóstico clínico según su morfología y distribución ⁽¹⁰⁾; éstas tienen predilección por el cuero cabelludo, las uñas, las caras extensoras de los miembros, los codos, las rodillas, la zona umbilical y sacra ⁽⁵⁾.

Morfología de la lesión psoriásica en la piel: La lesión elemental es una pápula o placa eritematosa, descamativa, seca, redonda y circunscrita de varios tamaños; cubierta por escamas abundantes o escasas, imbricadas, laminares, de coloración blanco grisáceo o blanco plateado ^(5,10). La erupción es habitualmente simétrica y varía desde una mácula solitaria hasta más de 100. La erupción se desarrolla lentamente, pero puede ser exantemática; con un comienzo repentino de numerosas lesiones en gota o puede constar de unas pocas placas inveteradas. El prurito o la quemazón pueden estar presentes, provocando muchas molestias.

El raspado metódico de la lesión con una cucharilla dermatológica revela signos característicos:

- Signo de la “**mancha de cera**” o de la “**bujía**” o de la “**parafina**” hace referencia al gran número de escamas que se desprenden al rascar la lesión, muy similares a las que se desprenden al rascar una vela ^(2,10).
- Fenómeno de la membrana epidérmica: Si se sigue rascando se desprende una película transparente de epidermis que se denomina **membrana de Duncan-Dulckley** ⁽¹⁰⁾.
- Al retirar las escamas y con el desprendimiento de la membrana de Duncan Dulckley aparecen puntos hemorrágicos (**signo de Auspitz o signo del rocío sangrante**), que se produce por el importantísimo adelgazamiento sobre las puntas de las papilas dérmicas ^(5,10). Este signo no se observa en la psoriasis invertida ni pustulosa ⁽¹⁰⁾.
- Cuando las placas alcanzan los 5 cm de diámetro, pueden dejar de crecer e involucionar desde el centro, apareciendo así formas anulares, lobuladas y onduladas. El **anillo o halo de Woronoff** es el blanqueamiento que se produce alrededor o en la periferia de las placas de psoriasis en resolución ⁽⁵⁾. El halo hipocrómico es característico pero menos frecuente y va ligado al inicio de la regresión de la lesión ⁽¹⁰⁾.

El isomorfismo, conocido habitualmente como **fenómeno de Koebner**, consiste en la aparición de lesiones tras traumatismos, incluso triviales. Este fenómeno presente en aproximadamente el 20% de los pacientes ⁽¹⁰⁾ y es responsable de la aparición de lesiones de psoriasis en las cicatrices, los sitios de rascado, las erupciones y las quemaduras. El fenómeno de Koebner ocurre en otras enfermedades de la piel, como el liquen plano y el liquen nítido⁽⁵⁾.

Las placas antiguas están de ordinario engrosadas, son duras y tienen escamas laminares, que le dan el aspecto exterior parecido a la concha de las ostras (*psoriasis ostrácea*). En el pasado se han utilizado numerosos términos descriptivos para las distintas apariencias de las lesiones: *psoriasis guttata* en la que las lesiones tienen el tamaño de las gotas de lluvia; *psoriasis follicularis* en la cual lesiones descamativas muy pequeñas se localizan en los orificios de los folículos pilosebáceos; *psoriasis figurata*, *psoriasis annulata* y *psoriasis gyrata* en las que las formas curvas, lineales están producidas por involución central; *psoriasis discoidea* en la que no se produce la involución central y persisten las placas sólidas; *psoriasis rupoides* que se presenta con lesiones crustáceas que se parecen a la rupia sifilítica. El término *plaque psoriasis* se emplea para las variedades de psoriasis diferentes a la *guttata* y a la inversa. La *psoriasis invertida* se localiza en las regiones intertriginosas.

Morfología de la lesión psoriásica en la uña: La afección ungueal en la psoriasis oscila entre el 20 y el 40% de casos, y es más frecuente en las manos ⁽³³⁾ que en los pies y cuando hay afección articular ^(10, 34). Puede presentar tres alteraciones diferentes:

- Piqueteado de la lámina: presencia de pequeños hoyuelos o depresiones puntiformes de la lámina ungueal (**pitting ungueal o signo del dedal**). Traduce la afección de la parte proximal de la matriz ungueal^(5,10).
- Decoloración de la uña “**en mancha de aceite**”: son manchas amarillas que aparecen debajo de la lámina y que se extienden distalmente hacia el hiponiquio. Traduce la afección del lecho ungueal⁽¹⁰⁾.

- Onicodistrofia importante: aparece onicólisis e hiperqueratosis subungueal, secundaria a la afección del lecho de la uña y del hiponiquio, que confiere a la uña un aspecto que ha sido comparado al de la médula del sauco. En algunas ocasiones, la afección de las uñas es la única manifestación de la enfermedad ⁽¹⁰⁾.

Clasificación: Según la edad de presentación, la evolución clínica y los antecedentes genéticos, se clasifica en tipos I y II (formas juvenil y del adulto) ⁽²⁾.

I. Juvenil :

De la piel cabelluda

De la zona del pañal

De uñas

Pustulosa

En gotas

Folicular

Eritrodérmica

Universal

II. Del adulto :

A. Por la localización:

De la piel cabelluda

Facial

Palmoplantar

Ungueal

De pliegues (invertida)

De glande y prepucio

Laríngea y ocular

Bucolingual

Eritrodérmica

Generalizada aguda de Von-Zumbusch

B. Por la morfología :

Gotas

Placas o vulgar

Anular

Gyrata

Numular

Ostrácea

Circinada

Pustulosa

El tipo I (juvenil), que es el más temprano, se caracteriza por edad promedio de aparición a los 20 años, antecedentes familiares, y relación con HLA (definitiva con Cw6 [85%] y posible con B13, B17). El trastorno tiende a ser más generalizado, resistente a tratamiento y grave. El tipo II (del adulto) es de aparición tardía, después de los 40 años. En ocasiones hay antecedentes familiares. No hay relación con HLA. La evolución clínica es benigna ⁽²⁾.

La psoriasis adopta diversos patrones clínicos condicionados por el distinto tamaño, la localización y la extensión de las lesiones, así como por alguna variante morfológica de ellas. Los principales son los siguientes⁽¹⁰⁾:

Psoriasis en placas o psoriasis vulgar: Es la forma más frecuente y se caracteriza por un número variable de placas de 1 a 30 cm de diámetro, localizadas principalmente en codos, rodillas, región lumbosacra y cuero cabelludo. Estas lesiones suelen ser persistentes durante meses o años, y en sucesivos brotes pueden extenderse a otras zonas del tegumento, sobre todo al tórax y a las extremidades. En ocasiones estas placas confluyen grandes lesiones de bordes geográficos (*psoriasis gyrata*) o las placas sufren un aclaramiento central blando (*psoriasis anular*)^(10, 33).

Psoriasis guttata: Las lesiones típicas son del tamaño de las gotas de agua entre 2 y 5 mm de diámetro; predominan en el tronco respetando palmas y plantas

acompañándose en ocasiones de prurito ^(5, 10, 34). Suele producirse como una erupción abrupta tras una infección aguda como, por ejemplo, una faringitis estreptocócica. En una serie los títulos de antiestreptolisina (ASO) eran anormales en 17 de 20 pacientes con psoriasis *guttata* aguda; en los 20 pacientes el inicio de la psoriasis fue precedido de 1 a 2 semanas por una infección severa de vías respiratorias altas ⁽⁵⁾. La psoriasis *guttata* es una forma característica de la edad infantil, de los adolescentes y de los jóvenes adultos menores de 30 años; suele persistir durante 2-3 meses y desaparece de forma espontánea ⁽¹⁰⁾. Son posibles los episodios recurrentes, debido al transporte faríngeo del estreptococo responsable. Si la penicilina y la cefalosporina no son capaces de erradicarlo, debería intentarse el tratamiento con rifampicina ⁽⁵⁾.

Psoriasis eritrodérmica: Constituye una forma generalizada y grave de la enfermedad, con elevada morbilidad y potencialmente fatal, en la que se afecta la totalidad del tegumento, incluyendo la cara, las manos, los pies, las uñas, el tronco y las extremidades. A esta situación puede llegarse de dos maneras ⁽¹⁰⁾:

- a) A partir de una progresiva extensión de una psoriasis vulgar, en cuyo caso siempre queda alguna zona de piel respetada, y las lesiones mantienen sus características psoriásicas.
- b) De forma brusca, en forma de eritema generalizado, tras un período de intolerancia al tratamiento tópico o al tratamiento sistémico inadecuado o tras un brote de psoriasis pustulosa generalizada. En este caso, se afecta la totalidad de la piel, las lesiones pierden sus características psoriásicas y va acompañada de fiebre, leucocitosis, mal estado general y una serie de alteraciones sistémicas habituales en todas las eritrodermias, sea cual fuere su etiología.

Un estudio de la epidemiología de la psoriasis encontró mayor afección del sexo masculino, además recomienda el seguimiento por complicaciones sépticas y tromboembólicas ⁽³⁵⁾.

Psoriasis pustulosa generalizada (von zumbusch): Constituye una variante aguda y poco frecuente en pacientes afectados con otras formas de la enfermedad como psoriasis en placas o artritis psoriásica^(5,10), siendo los factores desencadenantes infecciones intercurrentes, hipocalcemia, irritantes locales, tratamientos inadecuados o causas desconocidas. Se caracteriza por la aparición brusca de placas intensamente eritematosas que, en pocas horas, confluyen, sembradas de una gran cantidad de pústulas pequeñas y estériles del tamaño de una cabeza de alfiler, que rápidamente se secan ⁽¹⁰⁾, formando costras pardoamarillentas sobre una superficie pardorajiza brillante ⁽⁵⁾ y desaparecen, renovándose en sucesivos brotes ⁽⁵⁾.

La lesión pustular subungueal puede causar la pérdida de la totalidad de la uña. El prurito y ardor intenso causan muchas molestias; hay fiebre, mal estado general, leucocitosis y elevación de la velocidad de sedimentación globular ⁽¹⁰⁾; y se desarrolla un olor fétido ⁽⁵⁾. Sigue un curso ondulante con picos repetidos de fiebre seguidos de erupción de nuevas pústulas hasta que después de varias semanas vuelve a la forma de psoriasis que ya padecía o se transforma en una eritrodermiapsoriásica⁽¹⁰⁾. En ausencia de tratamiento adecuado o poca respuesta al tratamiento convencional el proceso puede ser mortal después de una evolución prolongada ⁽³⁶⁾ por la hipoalbuminemia e hipocalcemia consiguiente, deshidratación o infección y sepsis intercurrente ⁽¹⁰⁾. Es rara en la niñez ⁽¹⁴⁾.

Puede haber casos de fiebre continua con eritrodermia y caquexia. Hay casos publicados de psoriasis eritrodérmica y pustulosa y distrés respiratorio agudo; otras posibles complicaciones son neumonía, fallo cardíaco congestivo y hepatitis. Suele aparecer en lactantes y en niños, historia familiar importante de psoriasis. El examen histológico muestra una pústula espongiótica característica en la epidermis superior, rodeada de células epidérmicas edematosas y contiene polimorfonucleares⁽⁵⁾.

Psoriasis pustulosa localizada: Existen dos formas: ⁽¹⁰⁾

- Palmoplantar tipo Barber: Caracterizada por brotes repetidos de pústulas estériles sobre una base eritematosa, de forma simétrica en las palmas ⁽³⁴⁾ y las plantas,

especialmente en las eminencias tenar, hipotenar y talones. Por confluencia de varias pústulas llegan a formarse verdaderos lagos de pus. Las pústulas al cabo de 8 a 10 días se secan, formando escamocostras marrones, al mismo tiempo que surgen otras nuevas de forma ininterrumpida, siendo un proceso crónico. Puede asociarse con la osificación de la zona entre la clavícula y la primera costilla y dolor esternocostoclavicular⁽¹⁰⁾. La forma de Barber es rara en la niñez⁽¹⁴⁾.

- Acrodermatitis continua (Hallopeau) o psoriasis acral : Rara erupción pustulosa de los dedos, especialmente de las manos, que se inicia alrededor de las uñas y se extiende lentamente de forma proximal. La afección del lecho y la matriz ungueales, dando lugar a importantes onicodistrofias e incluso a la pérdida de las uñas. En los casos de evolución muy crónica, puede llegar a ocasionar osteólisis de la falange distal⁽¹⁰⁾.

Psoriasis lineal: Las lesiones adoptan una disposición lineal, a lo largo de una extremidad o una membrana. Puede aparecer espontáneamente o como consecuencia de un fenómeno de Koebner⁽¹⁰⁾.

Psoriasis invertida: También conocida como *psoriasis inversa*, *psoriasis flexural* o *psoriasis volar*, se llama así por su tendencia a afectar de forma habitualmente exclusiva a los pliegues, huecos y superficies flexoras: las orejas, las axilas, los muslos, genitocrural, inframamarios, ombligo, interglúteo^(5, 10, 34). En estas localizaciones da a lugar a placas eritematosas, de color rojo vivo, uniformes, lisas, brillantes, de bordes netos y, dato importante, sin descamación . Puede haber fisuración dolorosa en el fondo del pliegue. Esta forma puede ser la única manifestación de la enfermedad o, lo que es más frecuente, acompañar a una psoriasis vulgar⁽¹⁰⁾.

Psoriasis del cuero cabelludo: La afección del cuero cabelludo en el curso de una psoriasis es muy frecuente y, en ocasiones, es la única manifestación de la enfermedad. Puede manifestarse con lesiones idénticas al del resto del tegumento, como una descamación difusa, o en forma de gruesas placas de escamas que se

adhieren al pelo (falsa tiña amiantácea)⁽¹⁰⁾. Ocurre a cualquier edad y no provoca alopecia⁽³⁶⁾.

Artritis psoriásica: Ocurre en el 5-30% de los pacientes con psoriasis cutánea⁽¹⁶⁾. La incidencia de psoriasis es diez veces mayor en las personas con artritis seronegativa que en aquellas sin artritis⁽⁵⁾. En una minoría de pacientes 10-15% los síntomas de artritis psoriásica aparecen antes de la afectación cutánea⁽¹⁶⁾. Una característica importante de esta afección es el cambio erosivo, mientras que las serologías (es decir, el factor reumatoide) son negativas⁽¹⁶⁾ y la mitad de los pacientes presenta HLA- 27. En la mayoría de los casos los hallazgos radiológicos son los mismos que en la artritis reumatoide. Hay cinco patrones diferentes posibles de artritis⁽⁵⁾:

1. Afectación asimétrica de las articulaciones interfalángicas distales junto con daños ungueales (16%) .
2. Artritis mutilante junto con osteólisis de falanges y metacarpos (5%).
3. Poliartritis simétrica de tipo artritis reumatoide con manos en garra (15%).
4. Oligoartritis con edema y tenosinovitis de una o unas pocas articulaciones de la mano (70%).
5. Espondilitis anquilopoyética aislada o con artritis periférica (5%).

Si bien la psoriasis puede comenzar en cualquier momento desde el nacimiento en adelante, el inicio está sujeto a muchas inexactitudes, pues en muchos casos se considera la edad del diagnóstico médico y en otros el momento en que el paciente recuerda la presencia de la primera erupción⁽¹⁴⁾. Cuando ocurre en el grupo etéreo pediátrico⁽³⁷⁾, puede ser de las variedades en gotas o vulgar, pero también puede presentarse en una variedad específica que comienza en la zona del pañal con placas eritematosas simétricas firmemente demarcadas a veces cubiertas por escamas nacaradas, pero otras veces sin ellas, por la mayor temperatura y humedad que produce la oclusión. Están afectados los pliegues inguinales y el interglúteo⁽¹⁴⁾, se postula que la irritación repetida de esta área constituye un tipo de fenómeno de Koebner, la descamación es menos evidente por que la maceración es inevitable en

esta localización ⁽¹³⁾. En estos casos el diagnóstico puede no ser tan claro hasta que el seguimiento revele la aparición de lesiones más típicas, que habitualmente se presentan una a siete semanas después con una erupción diseminada, a veces explosiva, que afecta el tronco, las axilas, las extremidades, el cuello, la cara, el cuero cabelludo y a veces las uñas ⁽¹⁴⁾.

El grado de afectación es extremadamente variable; algunos niños desarrollan sólo unas cuantas placas localizadas, mientras que otros sufren una enfermedad generalizada de la piel y artritis grave. Algunos pacientes pediátricos pueden desarrollar eritrodermiaexfoliativa, que no sólo es antiestética e incómoda, sino que afecta gravemente a la función cutánea en la regulación de la temperatura, la sudoración y el mantenimiento del equilibrio electrolítico. En ellos la pérdida de proteínas por la descamación excesiva es metabólicamente negativa y se requiere hospitalización ⁽¹³⁾.

Otras formas de psoriasis se han publicado, así por ejemplo se ha descrito : una variedad con apariencia verrucosa en una mujer anciana⁽³⁸⁾, psoriasis palmoplantar⁽³⁹⁾. Una revisión multisistémica basada en la evidencia mostró que la psoriasis con frecuencia afecta la piel genital ⁽⁴⁰⁾.

Diagnóstico

En general es clínico y sólo en pocas ocasiones es necesario recurrir a la biopsia para su confirmación. El diagnóstico diferencial es amplio y distinto según las diferentes formas ⁽¹⁰⁾.

Pronóstico

Es una enfermedad muy caprichosa y de curso imprevisible, con remisiones y exacerbaciones de duración muy variable, pero habitualmente crónico. El 80% de los psoriásicos padecerán la enfermedad de manera continua o intermitente durante toda su vida. Las formas eritrodérmica y pustulosa generalizada son las más graves y las que se asocian con mayor morbilidad y mortalidad. La forma pustulosa localizada

puede ser incapacitante, y al igual que la psoriasis ungueal es muy rebelde al tratamiento ⁽¹⁰⁾.

Calidad de vida y psoriasis

Diversos estudios han informado de las desventajas físicas, sociales y psicológicas que presentan los pacientes con psoriasis. Para medirlo se han utilizado distintas escalas de calidad de vida en salud.

Ferrandiz y col, estudiaron la repercusión de la psoriasis moderada-grave en la calidad de vida, evaluada por medio del Índice de Discapacidad de la Psoriasis (Psoriasis Disability Index, PDI), y concluyen que la psoriasis tiene un impacto negativo en la calidad de vida relacionada con la salud, aunque las magnitudes halladas son débiles e indican algunos problemas con el cuestionario. Posiblemente el PDI refleje más la discapacidad que la forma en que los individuos perciben y reaccionan ante su estado de salud, y algunos ítems parecen tener una escasa aplicabilidad a la población española y portuguesa estudiada. Sostienen que el PDI no parece el instrumento idóneo para este tipo de pacientes ⁽⁴¹⁾.

Existen reportes en que el Índice de Severidad y Área de Psoriasis (PASI) e Índice de Calidad de Vida en Dermatología (DLQI), son instrumentos básicos de la clinimetría; ambos se deben tener en cuenta para el seguimiento y decisión terapéutica a tomar ⁽⁴²⁾. Estos instrumentos deben ser utilizados de forma habitual para la valoración de todos los pacientes con psoriasis ⁽⁴³⁾.

Tratamiento

En el tratamiento del paciente con psoriasis es importante establecer una óptima relación médico paciente que permita hacerle comprender ante todo la naturaleza crónica de su enfermedad ⁽⁴⁴⁾. Por otra parte, el médico debe ser consciente de que la enfermedad no tienen cura definitiva y que, debe tener siempre en cuenta la toxicidad de los fármacos que utiliza, ya que previsiblemente el paciente los necesita a lo largo de su vida. Actualmente se dispone de tratamiento tópico (emolientes, queratolíticos, ditranol, análogos de la vitamina D, retinoides, corticoides, breas), fototerapia,

fotoquimioterapia, tratamiento sistémico (acitretino, metotrexate, ciclosporina A) y tratamientos biológicos: los bloqueadores del factor de necrosis tumoral (infliximab, etanercept, adalimumab) y los inhibidores de la célula T (efalizumab) ⁽¹⁰⁾.

2.4 Hipótesis:

Al ser descriptivo, no hay hipótesis.

2.5 Objetivos

2.5.1 General:

- Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital Central de Aeronáutica atendidos en el periodo de junio a noviembre 2011.

2.5.2 Específicos:

- Describir las características epidemiológicas
- Describir las características clínicas
- Describir la calidad de vida de los pacientes psoriásicos, según el DLQI
- Determinar la asociación entre el grupo etario, tiempo de enfermedad, género y su asociación con la severidad, según el PASI y la calidad de vida de los pacientes, según el DLQI.
- Determinar la asociación entre severidad de la psoriasis, según el PASI y la calidad de vida de los pacientes psoriásicos, según el DLQI.

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO:

Básica - Descriptiva

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

No experimental, transversal y prospectivo.

3.3 UNIVERSO Y POBLACION A ESTUDIAR :

El universo estuvo cosnstituído por la totalidad de pacientes atendidos en el servicio de dermatología por cualquier problema dermatológico.

La población de estudio estuvo constituida por los pacientes con psoriasis que acudieron a la Sección de Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología del HCA entre junio 2011 y noviembre 2011 en dicho hospital, que firmaron el consentimiento informado de participar en el estudio. No se realizó muestreo, se trabajó con la totalidad de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, por ser esta una cantidad pequeña y accesible.

3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes atendidos por psoriasis en el periodo de estudio.

3.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no acepten participar del estudio.
- Menores de edad sin consentimiento de sus padres.
- Pacientes que tengan fichas con datos incompletos,

3.6 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

DEFINICIÓN Y OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

– VARIABLE EDAD:

▪ DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Según el diccionario de la Real Academia Española; “Es el tiempo que ha vivido una persona”

▪ DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Años cumplidos al momento del diagnóstico.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	NATURALEZA Y ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Edad	Temporal	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años	Años cumplidos al momento del diagnóstico	Cuantitativo Continuo Independiente Escala de Razón	Respuesta referida en ficha de recolección

– VARIABLE SEXO:

▪ DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Según el diccionario de la Real Academia Española “Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas”.

▪ **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Sexo masculino y femenino consignado en el documento de identidad nacional.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	NATURALEZA Y ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Sexo	Género	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal Independiente	Respuesta referida en ficha de recolección

– **VARIABLE TIEMPO DE ENFERMEDAD:**

▪ **DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

Días, meses y años desde el inicio del periodo prodrómico de la enfermedad.

▪ **DEFINICIÓN OPERACIONAL:**

Días, meses y años de inicio de síntomas de la enfermedad no desde que se agrava.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	NATURALEZA Y ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Tiempo de Enfermedad	Temporal	Tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas y/o signos del cuadro clínico.	Años	Años transcurridos al momento del diagnóstico	Cuantitativo Continuo Independiente Escala de Razón	Respuesta referida en ficha de recolección

– VARIABLE TIPO DE PSORIASIS:

▪ DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Características clínicas asociadas a determinadas variantes de la enfermedad.

▪ DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Forma clínica de presentación en el examen físico

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	NATURALEZA Y ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Tipo de Psoriasis	Clínica	Variedad clínica de presentación	Vulgar Guttata Invertida Ungueal Cuero cabelludo Palmoplantar Pustulosa Eritrodermia Artropatiapsoriosa	Cualitativa Nominal Independiente	Respuesta referida en ficha de recolección

– VARIABLE ÍNDICE DE ACTIVIDAD Y SEVERIDAD DE PSORIASIS (PASI):

▪ DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Elemento importante para la evaluación de la psoriasis y que presenta correlación con la severidad de la enfermedad.

▪ DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Parámetro de medida de severidad en la psoriasis.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	NATURALEZA Y ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Índice de actividad y severidad de psoriasis (PASI)	Graduación Clínica	Actividad de enfermedad	Leve Moderado Grave	<8 8– 12 >12	Cuantitativo Continuo Dependiente Escala de Razón	Respuesta referida en ficha de recolección

VARIABLE ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA DERMATOLÓGICA (DLQI).

▪ DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

Indicador de la calidad de vida en dermatología

▪ DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Instrumento para evaluar la calidad de vida del paciente

VARIABLE	DIMENSIÓN	VALORES	CRITERIOS DE MEDICIÓN	NATURALEZA Y ESCALA	TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Índice de Calidad de Vida Dermatológica (DLQI).	Graduación Calidad de Vida	0-1	No afecta la vida del paciente	Cuantitativo Continuo Dependiente Escala de Razón	Respuesta referida en ficha de recolección
		2-5	Leve efecto sobre la vida del paciente		
		6-10	Moderado efecto sobre la vida del paciente		
		11-20	Severo efecto sobre la vida del paciente		
		21-30	Extremadamente severo efecto sobre la vida del paciente		

3.7 TÉCNICA Y MÉTODO DE TRABAJO:

Se captarán a los pacientes en la consulta dermatológica de rutina; luego del consentimiento informado por escrito, para participar en el estudio de manera voluntaria y habiendo absuelto todas sus dudas, se les aplicará las fichas de recolección de datos.

Los datos serán recogidos por el examinador mediante anamnesis directa y examen físico con el paciente a través de un instrumento de recolección de datos (ver anexo 1) que cuenta con 2 bloques: uno de datos generales de los pacientes y otro de datos de la enfermedad, confeccionados teniendo en cuenta las variables de interés del estudio.

Además los pacientes responderán a un cuestionario de 10 preguntas para obtener el índice de calidad de vida dermatológica- DLQI, por medio del cual se evaluará el grado de compromiso en la calidad de vida de los individuos estudiados (ver anexo 3).

Los datos obtenidos y pasarán a formar una base de datos con fines de registro y procesamiento estadístico

3.8 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:

Tratamiento estadístico

Se almacenará y procesará los datos por computadora en una base de datos para ser analizados estadísticamente con sus pruebas respectivas.

Los resultados se representarán mediante tablas y gráficos.

Ética de la investigación

Se pedirá un consentimiento informado (ver anexo 4) por escrito a los pacientes adultos, en caso de pacientes menores de 18 años se solicitará el consentimiento del o los padres o apoderados acompañantes.

No se penalizará a los participantes en caso deseen abandonar el estudio. No se usaran otros medios para persuadir a las personas a participar. Sólo los investigadores y el médico tratante tendrán acceso a la información recolectada del participante.

4. RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES

El estudio se realizó en el Servicio de Dermatología del Hospital Central de Aeronáutica (HCA) en el semestre comprendido entre junio-noviembre 2011. Participaron del estudio 100 pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis de un total de 3 350 pacientes atendidos en el servicio, lo que correspondió a 2,9 pacientes con psoriasis por cada 100 pacientes atendidos. De los 100 pacientes, 68% correspondió al sexo masculino y 32%, al sexo femenino; la edad promedio de los pacientes fue $43,8 \pm 13,0$ años (Mediana 39,5 años) con rangos entre los 10 y los 65 años de edad. La mayor frecuencia de pacientes se situó en el grupo de edad comprendido entre los 35 y 59 años (61%), tal como se muestra en la tabla 1.

TABLA 1: Distribución de los pacientes con psoriasis (*) según grupo de edad.

Edad (Años)	Frecuencia	%
<11	1	1,0
11-17	1	1,0
18-34	14	14,0
35-59	61	61,0
>60	23	23,0
Total	100	100,0

(*)Población de pacientes atendidos en el servicio de dermatología del HCA, en el periodo junio-noviembre 2011.

En lo que respecta a la ocupación, se observó que el 67,0% se encontraba empleado, 30% era desempleado y 3%, estudiante. En relación al grado de instrucción, el 74,0% tenían instrucción superior, 25% instrucción secundaria y 5% instrucción primaria. En cuanto al estado civil, la mayor frecuencia de los pacientes tenía pareja estable (81,0%), esto se muestra en la tabla 2.

TABLA2: Distribución de los pacientes con psoriasis según el estado civil.

ESTADO CIVIL	Frecuencia	%
Soltero	11	11,0
Pareja estable	81	81,0
Divorciado/separado	5	5,0
Viudo	3	3,0
Total	100	100,0

CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA PSORIASIS

Antecedentes

El 16 % de los pacientes refirió antecedentes familiares de psoriasis; padre 8%, madre 7%, hermano 1%. Asimismo, el 3% de los pacientes presentó artritis psoriásica. Al evaluarse la frecuencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, se observó que 37% presentaron dislipidemia, 22% hipertensión arterial y 19% diabetes mellitus.

El 1% de los pacientes requirió hospitalización previa al período de estudio por exacerbación de su enfermedad.

Características clínicas

El índice de masa corporal promedio fue de $25,4 \pm 2,8$ (Mediana $25,2\text{Kg/m}^2$) variando de 16,7 a $36,6\text{ Kg/m}^2$ de superficie corporal. El 50% de los pacientes presentaba sobrepeso y el 6% presentaba obesidad.

El tiempo de enfermedad promedio al momento de la consulta fue $6,0 \pm 3,8$ años (mediana 6,0 años). La cifra máxima alcanzada fue de 15 años. Para analizar el tiempo de enfermedad, la muestra se dividió en tres grupos: menor de 1 año, de 1 a 4 años, de 5 a 10 años y mayor de 10 años. El mayor grupo de pacientes presentó un tiempo de enfermedad entre 5 y 10 años (52%), lo que se muestra en la tabla 3.

TABLA 3: Distribución de los pacientes con psoriasis según tiempo de enfermedad.

Tiempo de enfermedad (Años)	Frecuencia	%
<1	13	13,0
1-4	18	18,0
5-10	52	52,0
>10	17	17,0
Total	100	100,0

Al examen físico la forma clínica más frecuente fue la psoriasis vulgar que constituyó 98% de los casos, no se presentó ningún caso de psoriasis eritrodérmica, tal como se muestra en la tabla 4.

TABLA 4: Distribución de los casos de psoriasis según forma clínica de presentación

Tipo clínico	Frecuencia	%
Vulgar	98	98,0
Invertida	1	1,0
Gutatta	1	1,0
Eritrodérmica	0	0,0
Total	100	100,0

Se evaluó la calidad de vida mediante el índice dermatológico de calidad de vida (DLQI, *DermatologyLifeQualityIndex*) siendo el promedio de los pacientes de $4,3 \pm 2,8$

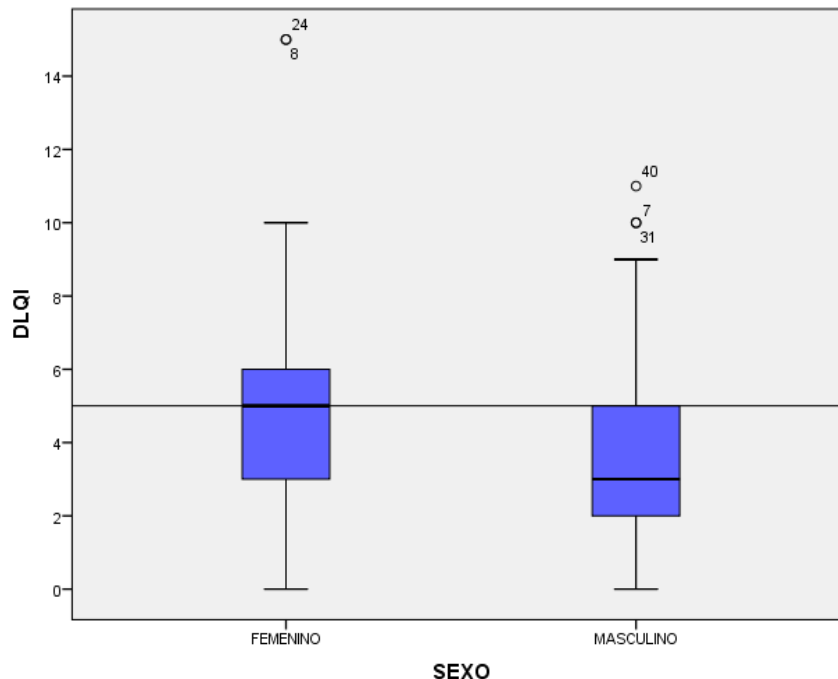
(mediana = 3,5), con rangos entre 1 y 15. El DLQI mostró que con mayor frecuencia, la psoriasis tenía un efecto leve sobre la calidad de vida de los pacientes (67%) y ninguno presentó un efecto extremadamente severo en su calidad de vida, lo que se muestra en la tabla 5.

TABLA 5. Efecto de la psoriasis sobre la calidad de vida de los pacientes según el DLQI.

DLQI	Frecuencia	%
No afecta (0-1)	6	6
Afecta poco (2-5)	67	67
Afectación moderada (6-10)	24	24
Muy afectada (11-20)	3	3
Extremadamente afectada (21-30)	0	0
Total	100	100

La media del DLQI en el sexo femenino fue $5,3 \pm 3,3$ en comparación con el sexo masculino en que fue de $3,9 \pm 2,4$, para lo cual existió diferencia estadísticamente significativa (Prueba t de Student, $p=0,020$). No se observó asociación entre la calidad de vida y otras variables como la ocupación (ANOVA; $p=0,104$), la edad ($r =0,160$; $p=0,112$) ni el tiempo de enfermedad de los pacientes ($r =-0,172$; $p =0,474$). La distribución del DLQI según sexo se muestra en el gráfico 1 .

GRÁFICO 1: Diagrama de cajas entre el DLQI y el sexo de los pacientes con psoriasis.



Con relación a la severidad de la psoriasis según la extensión de la superficie corporal afectada, el puntaje promedio del PASI fue $2,7 \pm 2,0$ (mediana = 2,1) con puntajes que variaron entre 0,6 y 11,4. Este índice mostró que la mayor frecuencia de los pacientes tenían psoriasis leve ($PASI < 8$) en un 97%, lo cual se muestra en la tabla 6.

TABLA 6: Distribución de la severidad y extensión de las lesiones de los pacientes con psoriasis según el grado de PASI

PASI (PUNTAJE)	Frecuencia	%
LEVE (<8)	97	97,0
MODERADO(8-12)	3	3,0
SEVERO (>12)	0	0,0
Total	100	100,0

La media del PASI en el sexo masculino fue $2,7 \pm 1,9$ en comparación con el sexo femenino que fue $2,6 \pm 2,2$ no encontrándose diferencia estadísticamente significativa (Prueba t de Student, $p=0,780$). Al realizar la asociación entre el valor del PASI y otras variables medidas en el estudio, no se encontró asociación entre el PASI y la edad ($r=0,171$; $p=0,089$), el tiempo de enfermedad ($r=0,058$; $p=0,564$), el IMC ($r=0,032$; $p=0,755$), y el DLQI ($r=0,089$; $p=0,376$).

Los pacientes habían recibido tratamiento previo a su control en el HCA, en su gran mayoría con corticoides tópicos (86%), esta modalidad de tratamiento también fue la más prescrita a los pacientes en el momento de la entrevista (84%), tal como se muestra en las tablas 7 y 8.

TABLA 7: Distribución de los pacientes según el tratamiento anterior recibido.

Tratamiento	Frecuencia	%
Corticoide tópico	86	86,0
PUVA	15	15,0
Metotrexate	5	5,0
Acitretín	1	1,0
Biológicos	0	0,0
Total	100	100,0

TABLA 8: Distribución de los pacientes según el tratamiento actual recibido.

Tratamiento	Frecuencia	%
Corticoide tópico	84	84,0
PUVA	10	10,0
Metotrexate	4	4,0
Acitretín	0	0,0
Biológicos	0	0,0
Total	100	100,0

5. DISCUSIÓN

El presente trabajo refleja aspectos epidemiológicos y clínicos básicos en los pacientes con psoriasis del HCA para proporcionar una visión global de la psoriasis en la población cautiva de este nosocomio.

El paciente con diagnóstico clínico de psoriasis que acudió al Servicio de Dermatología del HCA, fue predominantemente del género masculino (68%), el grupo etáreo con más frecuencia al momento de la entrevista estuvo comprendido entre los 35 y 59 años, los que refirieron antecedente familiar de psoriasis (16%) fueron en todos los casos en familiares de primer grado (padres y hermano). La artritis psoriásica fue reportado en el 3% de los pacientes. La frecuencia de factores de riesgo cardiovascular: HTA y diabetes mellitus fueron mayores en relación a la población peruana. Más del 50% de los casos según el IMC estuvieron con sobrepeso u obesidad. El índice de severidad de la psoriasis, según el PASI, fue más frecuente del tipo leve. Asimismo se encontró que la mayoría de pacientes tuvieron un efecto leve en su calidad de vida según el DLQI. El tratamiento en su mayoría fue con corticoides tópicos, seguidos por la fototerapia (PUVA). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la gravedad de la psoriasis, según el PASI y la afectación en la calidad de vida según el DLQI.

El porcentaje de pacientes psoriásicos en la consulta del Servicio de Dermatología del HCA, fue de 2,9 %. Lo que coincide con lo reportado por Poncey Mendoza, en el Hospital Nacional Luis N. Saenz (HNLNS) de la Policía Nacional del Perú PNP, Lima. (2,9%)⁽⁴⁵⁾; por su parte Arenas en Méxicoreporta que la psoriasis se presenta en alrededor del 2% de la consulta dermatológica⁽²⁾. Datos en Colombia del Hospital Simón Bolívar y del Hospital Militar Central de Bogotá durante el 2004 demostraron que el 3% de las consulta de Dermatología correspondieron a psoriasis⁽⁴⁶⁾. Hay un estudio cubano donde el porcentaje llega hasta un 6 % Trujillo y col, pudiendo explicarse estas diferencias por la cobertura de los sistemas de salud de cada país, la accesibilidad a los servicios especializados, sin embargo muchos pacientes con formas mínimas jamás asisten a una consulta por lo cual la verdadera incidencia es desconocida⁽⁷⁾.

El presente estudio evidenció predominio en el sexo masculino (68%) con una relación 2,1:1 (hombres vs mujeres), resultados similares encontrado por Ponce y Mendoza, en su estudio de psoriasis en HNLN de la PNP (75,5%)⁽⁴⁵⁾, Gutierrez en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión (HNDAC) (53,5%)⁽²⁹⁾, Manrique en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI) (70%)⁽⁴⁷⁾; En Trujillo en dos estudios: Bartolo y col (62,9%) y Díaz (63,5%), realizados ambos en el Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT)^(48,49). En Colombia Gonzales y col en el Hospital Central de Bogotá (61,1%)⁽¹⁷⁾. La literatura revisada plantea que la psoriasis en la edad adulta no tiene predilección por algún sexo^(7,50-52). En edad pediátrica hay estudios realizados en Dinamarca y el Medio Oriente que han mostrado una preponderancia femenina^(53,54), aunque informes de la India y Australia han documentado predisposición igual en relación al sexo^(31,55,56).

En relación con la edad promedio de los pacientes en el momento del estudio, el grupo etario más afectado estuvo entre los 35 y 59 años de edad (61%), información concordante con lo reportado por Ponce y Mendoza (59%), para el mismo grupo etáreo⁽⁴⁵⁾. Los resultados coinciden con los expresado por otros autores en sus publicaciones, los cuales plantean que la psoriasis predomina entre el segundo y quinto decenios de la vida^(1,8,29,48,57). El 16% de los pacientes tenían antecedente familiar de psoriasis; lo que coincide con el estudio colombiano de Gonzales y col (22,1%)⁽¹⁷⁾. A nivel local Ponce y Mendoza encontraron que 9,1% tenían antecedente familiar de psoriasis⁽⁴⁵⁾. Bartolo y col, en su estudio de casos y controles, encontró una alta frecuencia de antecedente familiar en pacientes con psoriasis del HRDT (11,4% vs. 1,9%)⁽⁴⁸⁾. El riesgo de presentar psoriasis ha sido demostrado mayor en los que reportaron una historia familiar de psoriasis en parientes de primer grado^(52,58). La psoriasis es una entidad poligénica y de penetrancia baja, y el primer grado de consanguinidad es el más representativo⁽⁵⁹⁾.

Se encontró que en lo que respecta al IMC, que el 50% correspondió a sobrepeso y el 6% a obesidad. Manrique, en su serie de casos encontró que el 51,1% presentó sobrepeso⁽⁴⁷⁾. Naldi et al, en su estudio italiano de casos y controles encontró que el riesgo de la psoriasis se relaciona directamente con el IMC; la OR fue de 1,6 (IC 95%, 1,1 a 2,1) para el IMC 26-29 correspondiente a sujetos con sobrepeso y 1,9 (IC del 95%, 1,2 a 2,8) para el IMC superior a

29, que corresponden a las personas obesas. Este estudio confirma que el índice de masa corporal, se correlaciona independientemente con psoriasis⁽⁵²⁾. Henseler et al, comprobaron un aumento en la prevalencia de obesidad en pacientes hospitalizados por psoriasis en comparación con pacientes con enfermedad de la piel diferente de psoriasis⁽³⁾.

En un estudio transversal de pacientes con psoriasis, se calculó el índice de masa corporal (IMC) para cada participante los 18 años de edad y era, para la mayoría, normal (IMC <25). Posteriormente, sin embargo, el 78% de los pacientes de este grupo pasó a convertirse en sobrepeso u obeso⁽⁶⁰⁾.

En la presente serie de casos, encontramos que en los pacientes con psoriasis son frecuentes los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como la dislipidemia en un 37%, hipertensión arterial en un 22% y diabetes mellitus en un 19%. Para el caso de la dislipidemia, los datos obtenidos de los pacientes con psoriasis son similares a los obtenidos en estudios población general de ciudades de la costa por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud de Perú⁽⁶¹⁾. Dichos estudios encuentran que la prevalencia en población general de dislipidemias varía entre 33% y 47%. En lo que se refiere a la frecuencia de hipertensión arterial en los pacientes con psoriasis (22,0%) es superior a la reportada en población general por un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud⁽⁶¹⁾, a nivel nacional (Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales), que encontró una prevalencia de 13,3%. Esto se repite para la diabetes mellitus en donde esta encuesta encuentra una prevalencia de 2,8% en población mayor de 20 años. Esto evidencia el mayor riesgo que tienen los pacientes con psoriasis del HCA de desarrollar eventos cardiovasculares sobre la base de tener una mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovasculares básicamente en lo que respecta a HTA y diabetes mellitus que la población general peruana.

Resultados similares al presente estudio son reportados, en relación a la HTA (20%) y diabetes mellitus (17,3%), por Ponce y Mendoza, en una serie de 110 pacientes atendidos en el servicio de dermatología del HNLNS de la PNP⁽⁴⁵⁾, en el periodo de octubre 2010-marzo 2011. Asimismo Manrique, en su estudio de 142 pacientes con psoriasis en el servicio de dermatología del HNGAI⁽⁴⁷⁾, en el periodo diciembre 2011 y mayo 2012, encontró que el

28,2% presentó dislipidemia. Rojas en su estudio de 208 pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martins, en el período enero-diciembre 2008, reportó una alta frecuencia de factores de riesgo, como hipertrigliceridemia (35,6%), hiperglicemia (18,3%) e hipertensión arterial (33,7%)⁽⁶³⁾. Bartolo y col, encontró que en un estudio de casos y controles del servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo a la obesidad como un factor de riesgo para psoriasis (25,7% de los adultos con diagnóstico de psoriasis y en el 10,5% de los controles, OR de 2,96 [IC 95% 1,11-7,90], en ambos casos la diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$)⁽⁴⁸⁾. En un estudio venezolano por Cohen et al, se compararon 340 pacientes con psoriasis con 6,643 personas sin psoriasis. Los porcentajes encontrados en los casos de psoriasis y en los controles fueron, respectivamente: enfermedad cardiovascular isquémica, 28% y 17%, diabetes, 28% y 20%, hipertensión arterial, 45% y 38%, obesidad, 30% y 24%, y dislipidemias, 51% y 43%; además, se supone que más de la mitad de los pacientes con psoriasis desarrollan un síndrome metabólico después de los 50 años de edad⁽⁶⁴⁾.

Estudios en Alemania⁽⁶⁰⁾, Estados Unidos^(65,66), España⁽⁶⁷⁾, y en Italia⁽⁵²⁾, han reportado asociación entre psoriasis y diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemia, falla cardíaca congestiva, sobrepeso, obesidad y tabaquismo.

Sommer y col, demostró que la psoriasis se asocia con la diabetes mellitus tipo II (OR=2,48, IC 95%, 1,70-3,61) y la enfermedad cardíaca coronaria (OR=1,77, IC 95%, 1,07-2,93)⁽⁶⁰⁾.

El papel de la obesidad en la inflamación emerge en el concepto de que el tejido adiposo puede funcionar no sólo como un órgano endocrino, sino también como un componente del sistema inmune. Dado que los receptores toll-like, expresado en los adipocitos, están involucrados en la respuesta inmune innata, estas células pueden reaccionar directamente a patógenos extraños a través de la liberación de citoquinas inflamatorias, en forma semejante a los macrófagos. Este grupo de adipocitocinas, incluye la adiponectina, leptina, resistina, y el inhibidor del activador de plasminógeno tipo 1 (PAI-1), así como los principales mediadores conocidos de la psoriasis, tales como IL-6 y TNF-alfa. Estas dos citoquinas también inducen resistencia a la insulina, dislipidemia, producción de moléculas de adhesión endotelial de monocitos, con posterior formación de células espumosas. Por lo tanto, los adipocitos que se encuentran aumentados en pacientes obesos, pueden actuar

como amplificadores de los procesos implicados en la formación de las placas de psoriasis y de aterosclerosis⁽⁶⁸⁾. Azfar y Gelfand, en una revisión sistemática reporta que existe una asociación muy fuerte entre psoriasis, los trastornos metabólicos y las enfermedades cardiovasculares⁽⁶⁹⁾. Incluso sobre la base de estos conocimientos algunas guías de práctica clínica ya se han animado a recomendar el descarte de enfermedades metabólicas y otros factores de riesgo cardiovascular en todos los pacientes con psoriasis, a fin de que estos sean debidamente abordados y tratados oportunamente⁽⁷⁰⁾.

En el presente estudio el diagnóstico de artritis psoriásica lo encontramos en el 3% de los pacientes con psoriasis del HCA, una posibilidad para este bajo valor en relación a la literatura internacional (del 0,05% al 42% entre todos los pacientes con psoriasis)⁽⁴⁾, es que las diferencias pueden radicar en diferentes aspectos: los criterios de clasificación de artritis psoriásica utilizados en cada estudio, como la inclusión o no de manifestaciones axiales, la consideración de alteraciones radiográficas sin manifestaciones clínicas, etc⁽⁷¹⁾. Otra posibilidad es el subregistro de los casos ya que su diagnóstico requiere una alta sospecha clínica. En el estudio realizado sólo se tomaron datos de la anamnesis sin haber realizado evaluación clínica de los familiares de los pacientes con psoriasis. Se ha demostrado que la artritis psoriásica se asocia a un aumento de la mortalidad y la morbilidad cardiovasculares⁽⁷²⁻⁷⁴⁾. Los factores de riesgo cardiovascular tradicionales y no tradicionales podrían explicar la intensificación del riesgo cardiovascular. En los trastornos que son de carácter inflamatorio, el estado de inflamación crónica en sí se ha relacionado con una aceleración del proceso aterosclerótico. La existencia de este vínculo está respaldada por la mayor incidencia de enfermedad cardiovascular que se ha observado en trastornos como la artritis reumatoide. Mehemet y col, demostraron que hay una vulnerabilidad a la aterosclerosis en los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica según determinaciones de la velocidad de la onda de pulso carótido-femoral⁽⁷⁵⁾.

El estudio encontró un efecto leve de la psoriasis sobre la calidad de vida de los pacientes, asimismo Ponce y Mendoza en su serie de pacientes del HNLNS, reportó un efecto leve y moderado en similar proporción, utilizando el mismo instrumento de medición (DLQI)⁽⁴⁵⁾.

Adicionalmente, el presente trabajo de investigación demuestra que no existe correlación estadísticamente significativa entre la severidad de la enfermedad, según el PASI y la calidad de vida de los pacientes con psoriasis. La psoriasis no sólo tiene implicancias físicas, sino también psicológicas, sociales y económicas; por ello, se han diseñado métodos para evaluar la calidad de vida y optimizar el tratamiento de los pacientes⁽⁷⁶⁾. El impacto negativo de la psoriasis en la calidad de vida, puede ser comparable al de otras enfermedades crónicas como las enfermedades del corazón, diabetes e incluso cáncer⁽⁷⁷⁾. Se han diseñado varios cuestionarios para evaluar la calidad de vida, como la escala IMPACT, el inventario de estrés de la vida con psoriasis (*Psoriasis Live Stress Inventory*, PLSI), el índice dermatológico de calidad de vida (*Dermatology Life Quality Index*, DLQI), el índice de discapacidad por psoriasis (*Psoriasis Disability Index*, PDI), el índice de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (*World Health Organization quality of life*, WHOQOL-100) y el cuestionario corto 36 (*Short Form 36*, SF-36), entre otros. Se ha observado que los índices de calidad de vida varían según la población, por lo que se considera que las diferencias socioculturales podrían influir en ellos. No se sabe si en Latinoamérica existen estas mismas diferencias, dada la falta de estudios sobre el tema⁽⁷⁸⁾.

En lo que respecta al tratamiento, el estudio muestra que el tratamiento es básicamente tópico con esteroides, tanto en los esquemas previos al periodo de estudio como el instaurado al momento de la entrevista, (86% vs 84%, respectivamente), lo que podría explicarse debido a que el promedio del PASI de la población estudiada fue de grado leve. Trujillo y col, en su estudio multicéntrico de 200 casos con PASI bajo también reporta un perfil similar en cuanto a la terapéutica con corticoides tópicos en un 89,5% de los casos⁽⁷⁾. Tal y como esta descrita en la literatura la corticoterapia tópica es la modalidad más utilizada en los casos leves de psoriasis. Los corticoides tópicos tienen una buena aceptación por la comodidad en la aplicación, en su efecto cosmético, por la rapidez del efecto terapéutico, por su disponibilidad y costos^(79,80); además de su baja toxicidad sistémica cuando son bien indicados por el especialista. También se aplica como un complemento a la fototerapia y los tratamientos sistémicos en casos moderados a graves. Agentes tópicos más recientes, como la vitamina A y derivados de la vitamina D están reemplazando gradualmente a los corticoides tópicos solos. La combinación de un derivado de la vitamina

D y un fuerte glucocorticoides ahora parece ser la forma más eficaz de tratar la psoriasis cuando se indican los agentes tópicos⁽⁷⁹⁾; lamentablemente en nuestro medio no contamos con dicha asociación.

6. CONCLUSIONES

- Los pacientes con diagnóstico de psoriasis que acudieron al Servicio de Dermatología del HCA, durante el periodo junio-noviembre 2011, fueron predominantemente de sexo masculino, encontrándose una relación Hombre/Mujer de 2,1:1.
- El antecedente de psoriasis familiar figuró en el 16 % de los pacientes, en la totalidad de casos en familiares de primer grado.
- El tiempo de enfermedad promedio fue de 6 años.
- La comorbilidad cardiovascular más frecuente fue la dislipidemia, seguida de la HTA y diabetes mellitus. La frecuencia de estas dos últimas estuvieron por encima de la población general peruana.
- El tipo clínico más frecuente fue la psoriasis vulgar.
- La mayoría de pacientes presentaron psoriasis leve (**PASI**<8).
- Más del 50% de pacientes presentaron algún grado de sobrepeso u obesidad.
- Predominó un efecto leve sobre la calidad de vida de los pacientes con psoriasis según el **DLQI**.
- Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la calidad de vida según el **DLQI** y el sexo femenino ($p=0,020$). Pero no se encontró asociación entre el grupo etáreo, ni el tiempo de enfermedad con el **DLQI**.
- No se encontró asociación entre grupo etáreo, tiempo de enfermedad ni género con la severidad de la psoriasis según el **PASI**.
- No se encontró asociación entre la severidad de la psoriasis según el **PASI** con la calidad de vida según el **DLQI**.

7. RECOMENDACIONES

- Establecer una línea de investigación en psoriasis que permita caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes en diferentes grupos poblacionales en nuestro país, con el objetivo de comparar y extrapolar resultados.
- Es necesario tener un alto grado de sospecha de las comorbilidades asociadas a la psoriasis como son los factores de riesgo cardiovascular clásicos; como el sobrepeso, la hipertensión arterial, la dislipidemia, así como la diabetes mellitus observado en estos pacientes.
- Promover cambios en el estilo de vida de los pacientes psoriásicos y así disminuir el riesgo de desarrollar las patologías a las que ésta condición predispone.
- Se requiere un control adecuado de los factores de riesgo cardiovascular sobre todo en pacientes con larga duración de la enfermedad, en los que la inflamación crónica mantenida junto al mal control de dichos factores podrían dar lugar al desarrollo de una mayor carga aterogénica, lo que podría ser de mayor riesgo para la vida de los pacientes que la psoriasis per se.
- La psoriasis al ser una enfermedad sistémica requiere un manejo multidisciplinario entre el dermatólogo, el reumatólogo, el médico clínico, el cardiólogo y el psicólogo, con el objetivo de instaurar acciones que conduzcan a la elección del mejor tratamiento y al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes
- ElPASI y el DLQI son instrumentos básicos de la clinimetría; ambos se deben tener en cuenta para el seguimiento y decisión terapéutica a tomar. Estos instrumentos deben ser utilizados de forma habitual para la valoración de todos los pacientes con psoriasis.
- Debemos educar, porque la psoriasis es poco conocida por la población con estigmas de misterio y miedo, que llevan al paciente a deambular por diferentes centros buscando la cura mágica, que aún no existe, porque es una enfermedad de base genética, crónica y recidivante, por lo que se recomienda su diagnóstico precoz y tratar de lograr una remisión duradera para disminuir la morbilidad y mejorar su calidad de vida.
- Instar a las diferentes sociedades dermatológicas latinoamericanas a desarrollar guías de manejo basadas en las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes psoriásicos de nuestra región.

8. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ. Psoriasis En Fitzpatrick Dermatology in General Medicine.7ed. New York :McGraw-Hill;2008.p169-206.
2. Arenas R. Psoriasis. En: Atlas Dermatología Diagnóstico y Tratamiento. 3° ed. México:McGraw Hill Interamericana;2005. 491-9.
3. Neiman AL, Porter SB, Gelgfand JM. The epidemiology of psoriasis.Expert Rev. Dermatol.2006; 1(1):63-75.
4. Dogra S, Yadav S. Psoriasis in India: prevalence and pattern. Indian J DermatolVenereolLeprol. 2010;76 (6):595-601.
5. Odom R B, James W D, Berger T G. Psoriasis. En: Andrews' Dermatología Clínica. 9° ed. España, Madrid:Marban Libros SL;2004.p 218-34.
6. Sanchez AP.Immunopathogenesis of psoriasis.An Bras Dermatol. 2010;85(5):747-9.
7. Trujillo IA, Díaz MA,Torres O, Torres F, Falcón L, Pérez M. Psoriasis vulgar: estudio descriptivo de 200 pacientes. Rev Cubana Med. 2002;41(1):12-5.
8. Stern RS. Epidemiología de la psoriasis. ClinDermatol. 1995;4:779-83.
9. Escobar-Restrepo CE, Barona-Cabal MI. Psoriasis. En: Fundamentos de Medicina Dermatología. Falabella-Falabella R, Victoria-Chaparro J, Barona-Cabal MI, Domínguez-Soto L. 6° ed. Medellín:Corporación para Investigación Biológicas; 2004.p217- 25.
10. Ferrándiz- Foraster C. Psoriasis. En: Dermatología Clínica. Bielsa-Marsol I, Ferrándiz-Foraster C, Fonseca Capdevilla E, Puig-Sanz L, Ribera-Pibernat M. 2°ed. Barcelona: Elsevier; 2009.p175 – 85.
11. Christophers E. Psoriasis - epidemiology and clinical spectrum. ClinExpDermatol 2001;26:314-20.
12. Dogra S, Kaur I. Childhood psoriasis. Indian J DermatolVenereolLeprol. 2010;76(4):357-65.
13. Weinberg S, Prose N S, Kristal L. Psoriasis. En: Dermatología Pediátrica. 3° ed. Marbán Libros S L. Madrid, 2003: 112-5.

14. Máximo JA. Psoriasis. En: *Dermatología Infantil en la Clínica Pediátrica*. Pueyo de Casabé ST, Máximo JA. 1º ed. Buenos Aires:Artes Gráficas Buschi S A; 1999.p 337-42.
15. Dhar S, Banerjee R, Agrawal N, Chatterjee S, Malakar R. Psoriasis in children: an insight. *Indian J Dermatol*. 2011;56(3):262-5.
16. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, Horn TD, Mascaro JM, Saurat JH, Mancini AJ, Salasche SJ, Stingl G. Inmunomoduladores creados por bioingeniería. En: *Dermatología*. Madrid: Editorial Elsevier. Volumen 2. 2004: 2047-53.
17. González C, Castro LA, De La Cruz G, Arenas CM, Beltrán A, Santos AM. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *RevAsoc Col Dermatol*. 2009 marzo; 17(1): 11-17.
18. Pietrzak A, Michalak-Stoma A, Chodorowska G, Szepietowski JC. Lipid disturbances in psoriasis: an update. *Mediators Inflamm*. 2010 (20) : 1-13
19. Singh G, Aneja SP. Cardiovascular comorbidity in psoriasis. *Indian J Dermatol*. 2011 Sep-Oct;56(5):553-6.
20. Gisondi P, Tessari G, Conti A, Piaserico S, Schianchi S, Peserico A. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Br J Dermatol*. 2007; 157 (1):68-73.
21. Duarte GV, Follador I, Cavalheiro CM, Silva TS, Oliveira Mde F. Psoriasis and obesity: literature review and recommendations for management. *An Bras Dermatol*. 2010;85(3):355-60.
22. Federman DG, Shelling M, Prodanovich S, Gunderson CG, Kirsner RS. Psoriasis: an opportunity to identify cardiovascular risk. *Br J Dermatol*. 2009;160(1):1-7.
23. Vena GA, Altomare G, Ayala F, Berardesca E, Calzavara-Pinton P, Chimenti S, et al. Incidence of psoriasis and association with comorbidities in Italy: a 5-year observational study from a national primary care database. *Eur J Dermatol*. 2010;20(5):593-8.
24. Mussallam S, Meza B, Elescano I. Síndrome metabólico como factor asociado a psoriasis en la consulta dermatológica. Centro Médico Naval "CMST", 2009. *Folia Dermatol*. Perú 2010; 21(2): 67-70.

25. Ghiasi M, Nouri M, Abbasi A, Hatami P, Abbasi MA, Nourijelyani K. Psoriasis and increased prevalence of hypertension and diabetes mellitus. *Indian J Dermatol.* 2011;56(5):533-6.
26. Armstrong AW, Lin SW, Chambers CJ, Sockolov ME, Chin DL. Psoriasis and hypertension severity: results from a case-control study. *PLoS One.* 2011;6(3): 1-5.
27. Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB. Riesgo de infarto de miocardio en pacientes con psoriasis. *JAMA.* 2006; 296 (14):1735-41.
28. Schmitt J, Wozel G. The psoriasis area and severity index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology* 2005; 210:194-9.
29. Gutiérrez Z. Evaluación del índice de severidad y área de psoriasis (PASI), en 157 pacientes del club de psoriasis del servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. *Dermatología Peruana.* 2001; 13 (3): 185-8.
30. Al Robaee AA. Molecular genetics of Psoriasis (Principles, technology, gene location, genetic polymorphism and gene expression). *Int J Health Sci (Qassim).* 2010;4(2):103-27.
31. Kumar B. Psoriasis. *Indian J DermatolVenereolLeprol.* 2010;76(6):610-1.
32. Lima Ede A, Lima M de A. Reviewing concepts in the immunopathogenesis of psoriasis. *An Bras Dermatol.* 2011;86(6):1151-8.
33. http://consultorios-xanas.com.ar/htm/xanas_info_dermatologia_psoriasis_htm
34. <http://www.fisterra.com/guias2/psoriasis.asp>
35. Hawilo A, Zaraa I, Benmously R, Mebazaa A, El Euch D, Mokni M, et al. Erythrodermic psoriasis: epidemiological clinical and therapeutic features about 60 cases. *Tunis Med.* 2011;89(11):841-7.
36. Finlay AY, Khan G, Alió A B, Mihm M C. Psoriasis. En: *Dermatología Práctica Ibero-Latinoamericana.* Torres-Lozada V, Camacho F M, Mihm M, Sober A, Sánchez-Carpintero I. 1º ed. Imprelibros SA. Cali, 2005: 474- 90
37. <http://www.todopsoriasis.com/>
38. Monroe HR, Hillman JD, Chiu MW. A case of verrucous psoriasis. *Dermatol Online J.* 2011;17(5):10.
39. Khandpur S, Singhal V, Sharma VK. Palmoplantar involvement in psoriasis: a clinical study. *Indian J DermatolVenereolLeprol.* 2011;77(5):625.

40. Meeuwis KA, de Hullu JA, Massuger LF, Van de Kerkhof PC, Van Rossum MM. Genital psoriasis: A systematic literature review on this hidden skin disease. *ActaDermVenereol*. 2011;91(1):5-11.
41. Ferrándiz C, García A, Lizán L, Bermúdez L, Badia X. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina clínica* 2007;128(9) :325-9
42. De Korte J, Mommers FM, Sprangers MA, Bos JD. The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriasis research: a systematic literature review. *Arch Dermatol* 2002; 138:1221 - 7.
43. Finlay AY, Khan G. Dermatology Life Quality Index (DLQI). A simple practical measure for routine clinical use. *ClinExp Dermatol*. 1994; 19(3):210-6.
44. Patruno C, Ayala F, Megna M, Napolitano M, Balato N. Patient-physician relationship in patients with psoriasis. *Indian J DermatolVenereolLepr*. 2012;78(2):228.
45. Ponce-Rodriguez M, Mendoza R. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. *Dermatol Perú*. 2012;22(3):144-50.
46. Barrios M, et al. Guía Basada en la Evidencia para el manejo de la Psoriasis en Colombia. 2012.
47. Manrique AM. Características clínicas-epidemiológicas de los pacientes con psoriasis y su relación con la insulino resistencia en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Durante Diciembre 2011 a mayo 2012 [tesis para optar el título de especialista en Dermatología]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
48. Bartolo L, Valverde J, Rojas P, Vicuña D. Antecedente familiar, obesidad y tabaquismo como factores de riesgo en personas adultas con diagnóstico de psoriasis. *Folia Dermatol Perú*. 2010;21(2):73-7.
49. Díaz M. Psoriasis: Características clínicas y epidemiológicas en pacientes atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Durante Enero 1994 a Diciembre 1998 [tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 1999.
50. Christophers E, Sterry W. Psoriasis. En: Fitzpatrick BT, Eisen ZA, Wolff K, Freedberry MI, Austen KF. *Dermatología en medicina general*. 4 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1997:515-41.

51. Orkin M, Maibach HI, Dahl MV. *Dermatología*. México, DF: El Manual Moderno, 1994:591-8.
52. Naldi L, Chatenoud L, Linder D, Belloni-Fortina A, Peserico A, Virgili A, et al. Cigarette smoking, body mass index, and stressful life events as risk factors for psoriasis: results from an Italian case-control study. *J Invest Dermatol*. 2005;125(1):61-7.
53. Nyfors A, Lemholt K. Psoriasis in children. A short review and a survey of 245 cases. *Br J Dermatol* 1975;92:437-42.
54. Al-Fouzan AS, Nanda A. A survey of childhood psoriasis in Kuwait. *PediatrDermatol* 1994;11:116-9.
55. Morris A, Rogers M, Fischer G, Williams K. Childhood psoriasis: A clinical review of 1262 cases. *PediatrDermatol* 2001;18:188- 98.
56. Nanda A, Kaur S, Kaur I, Kumar B. Childhood psoriasis: An epidemiological survey of 112 patients. *PediatrDermatol* 1990; 7:19-21.
57. Schön MP, BoehnckeWH. Psoriasis. *N Engl J Med*. 2005; 352(18):1899-912.
58. Naldi L, Parazzini F, Brevi A, Peserico A, Vellerfornasa C, Grosso G, et al. Family history, smoking habits, alcohol consumption and risk of psoriasis. *Br J Dermatol*. 1992;127(3):212-7.
59. Capon F, Dallapiccola B, Novelli G. Advances in the Search for Psoriasis Susceptibility Genes. *Molecular Genetics and Metabolism*. 2000; 71:250 - 5.
60. Sommer DM, Jenisch S, Suchan M, ChristophersE, Weichenthal M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Arch Dermatol Res*. 2006;298(7):321-28.
61. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima: DGE/Minsa; 2010. p 86-99.
62. Instituto Nacional de Salud. Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales; Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales relacionados a las enfermedades Crónicas Degenerativas. Lima: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición INS; 2006.
63. Rojas K. Prevalencia del síndrome metabólico en los pacientes con diagnóstico de psoriasis en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Edgardo

RebagliatiMartins[trabajo de investigación para optar el título de especialista en Dermatología]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.

64. Cohen AD, Gilutz H, Henken Y. Psoriasis and the metabolic syndrome. *Acta Derm Venereol.* 2007;87:506-9.
65. Han C, Robinson DW Jr, Hackett MV, Paramore LC, Fraeman KH, Bala MV. Cardiovascular disease and risk factors in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. *J Rheumatol.* 2006;33(11):2167-72.
66. Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB, Gelfand JM. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(5):829-35.
67. Huerta C, Rivero E, Rodriguez LA. Incidence and risk factors for psoriasis in the general population. *Arch Dermatol.* 2007;143(12):1559-65.
68. Sterry W, Strober BE, Menter A. Obesity in psoriasis: the metabolic, clinical and therapeutic implications. Report of an interdisciplinary conference and review. *Br J Dermatol.* 2007;157(4):649-55.
69. Azfar RS, Gelfand JM. Psoriasis and metabolic disease: epidemiology and pathophysiology. *Curr Opin Rheumatol.* 2008;20(4):416-22.
70. Kimball AB, Gladman D, Gelfand JM, Gordon K, Horn EJ, Korman NJ, et al; National Psoriasis Foundation. National Psoriasis Foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58(6):1031-42.
71. Montilla C. Artritis psoriásica; modelos clínicos, clasificaciones y su validación en una población española. [Tesis doctoral]. Córdoba. Universidad de Córdoba; 2002.
72. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Dermatol Ther.* 2004;17:350-63.
73. Azteni F, Boccassini L, Sitia S, Tomasoni L, Battellino M, Marchesoni A, et al. Cardiovascular involvement in psoriatic arthritis. *reumatismo.* 2011;63(3):148-54.
74. Martínez-Villarreal JD. Actualidades en artritis psoriásica. *Dermatología revmex* 2010; 54(6):332-8.
75. Mehmet S, Mustafa Y, Mehmet SU, Nuran K, Gökhan G, Süleyman P. Vulnerabilidad a la aterosclerosis en pacientes con psoriasis y artritis psoriásica,

- según las determinaciones de la velocidad de la onda de pulso carótido-femoral .RevEspCardiol. 2009;62:96-9.
76. Choi J, Koo JY. Quality of life issues in psoriasis. J Am Acad Dermatol 2003;49(2):57-61.
 77. Butler D, et al. Psoriasis and quality of life.Hong Kong J .Dermatol. Venereol.2013;21:64-8
 78. Cortés C, Castro JR, Fierro E, Ojeda C. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos. Dermatología RevMex 2010;54(3):125-32
 79. Bos JD, Spuls PI. Topical treatments in psoriasis: today and tomorrow. ClinDermatol. 2008; 26: 432 - 7.
 80. Radtke M, Augustin M. Economic considerations in psoriasis next term management. Clinics in Dermatology. 2008; 26: 424 – 31.

9. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FECHA:

NOMBRE:

N° HISTORIA CLINICA:

DATOS GENERALES

EDAD: **0.** <11 años **1.** 12-17 años **2.** 18-34 años **3.** 35 -59 años **4.** >60 años

SEXO: **0.** Femenino **1.** Masculino

OCUPACIÓN: **0.** Empleado **1.** Desempleado **2.** Estudiante

ESTADO CIVIL: **0.** Soltero **1.** Pareja estable **2.** Divorciado/separado **3.** Viudo

GRADO DE INSTRUCCIÓN: **0.** Analfabeto **1.** Primaria **2.** Secundaria **3.** Superior

FOTOTIPO CUTÁNEO: **0.** I **1.** II **2.** III **3.** IV **4.** V **5.** VI

HIJO, PADRES O HERMANOS CON PSORIASIS? **0.** Si **1.** No

COMORBILIDAD **0.** HTA **1.** Dislipidemia **2.** Cardiovascular **3.** Diabetes

CONSUMO DE ALCOHOL, DROGAS, TABACO? **0.** Si **1.** No,

Cuál? _____

PESO _____ kg TALLA _____ cm

PUNTAJE DE CALIDAD DE VIDA (DLQI) _____

DATOS ACERCA DE LA PSORIASIS

Tiempo de enfermedad en años : **0.** <1 **1.** 1-4 **2.** 5-10 **3.** >10

Tipo de psoriasis **0.** Vulgar **1.** Invertida **2.** Ungueal **3.** Eritrodermia

4. Pustulosa **5.** Palmo-plantar **6.** Gutatta

Severidad de la psoriasis (PASI): **0.** <8 **1.** 8-12 **2.** >12

Diagnóstico de artropatía psoriásica **0.** Si **1.** No

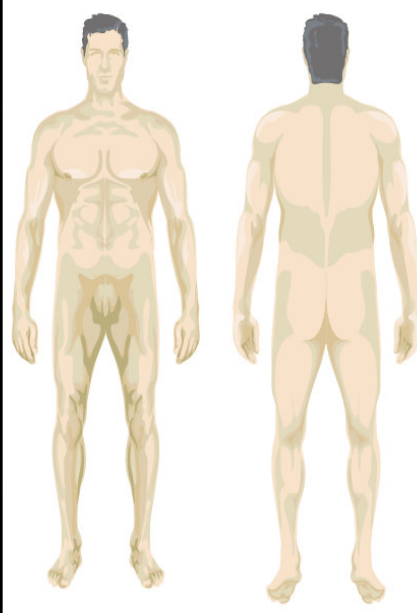
Número de hospitalizaciones relacionadas _____

Número de esquemas de tratamientos previos recibidos _____

Tratamiento Actual **0.** Sistémico (Corticoides/ Metotrexate /retinoides /biológicos)

1. Tópico **2.** Fototerapia **3.** Combinados (especificar) _____

ANEXO 2. INDICE DE ÁREA Y SEVERIDAD DE LA PSORIASIS (PASI).

Nombre <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fecha <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>
<p style="text-align: center;">CABEZA</p> <p>Eritema <input type="checkbox"/> +</p> <p>Descamación <input type="checkbox"/> +</p> <p>Induración <input type="checkbox"/> x x 0,1</p> <p>Extensión <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="font-size: small;">1: ≤ 10%; 2: de 10% a 29%; 3: de 30% a 49%; 4: de 50% a 69%; 5: de 70% a 89%; 6: de 90% a 100%</p> <p style="text-align: center;">+</p>	<p>TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> 
<p style="text-align: center;">EXTREMIDADES SUPERIORES</p> <p>Eritema <input type="checkbox"/> +</p> <p>Descamación <input type="checkbox"/> +</p> <p>Induración <input type="checkbox"/> x x 0,2</p> <p>Extensión <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="font-size: small;">1: ≤ 10%; 2: de 10% a 29%; 3: de 30% a 49%; 4: de 50% a 69%; 5: de 70% a 89%; 6: de 90% a 100%</p> <p style="text-align: center;">+</p>	
<p style="text-align: center;">TRONCO</p> <p>Eritema <input type="checkbox"/> +</p> <p>Descamación <input type="checkbox"/> +</p> <p>Induración <input type="checkbox"/> x x 0,3</p> <p>Extensión <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="font-size: small;">1: ≤ 10%; 2: de 10% a 29%; 3: de 30% a 49%; 4: de 50% a 69%; 5: de 70% a 89%; 6: de 90% a 100%</p> <p style="text-align: center;">+</p>	
<p style="text-align: center;">EXTREMIDADES INFERIORES</p> <p>Eritema <input type="checkbox"/> +</p> <p>Descamación <input type="checkbox"/> +</p> <p>Induración <input type="checkbox"/> x x 0,4</p> <p>Extensión <input type="checkbox"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="font-size: small;">1: ≤ 10%; 2: de 10% a 29%; 3: de 30% a 49%; 4: de 50% a 69%; 5: de 70% a 89%; 6: de 90% a 100%</p> <p style="text-align: center;">=</p>	

Modificado de: Fredriksson T, Patterson U. Severe psoriasis: oral therapy with a new retinoid. Dermatologica. 1978;157:238-44.

CALIFICACION :

Eritema (E) Descamación (D) Induración (I)

Muy marcado	Puntaje	4
Marcado	Puntaje	3
Moderado	Puntaje	2
Leve	Puntaje	1
Ninguna	Puntaje	0

ANEXO 3:ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGÍA-DLQI*

NOMBRE:

HISTORIA CLÍNICA:

Este cuestionario busca saber cuánto la psoriasis ha afectado su vida durante la semana pasada, por favor subraye según su percepción para cada pregunta.

1. En la última semana, ¿qué tanta picazón, dolor o ardor ha sentido en su piel con psoriasis?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho
2. En la última semana, ¿qué tanta vergüenza, rabia, pena o autoconciencia ha tenido por la psoriasis?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho
3. En la última semana, ¿qué tanto ha afectado la psoriasis sus relaciones con amistades?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho
4. En la última semana, ¿qué tanta ropa especial o diferente ha usado por causa la psoriasis?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho
5. En la última semana, ¿qué tanto le ha afectado la psoriasis para salir, jugar o realizar sus pasatiempos?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho
6. En la última semana, ¿qué tanto ha evitado ir a la piscina o realizar deportes por la psoriasis?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho
7. En la última semana, ¿qué tanto ha afectado la psoriasis en los estudios en el colegio?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho
8. En la última semana, ¿qué tanto le han molestado con sobrenombres, burlas, preguntas o rechazo por la psoriasis?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho
9. En la última semana, ¿qué tanto le ha afectado la psoriasis para dormir?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho
10. En la última semana, ¿qué tantas molestias le ha afectado el tratamiento de la psoriasis?
0. Nada 1. Un poco 2. Bastante 3. Mucho

*Modificado de Finlay AY, Khan GK. ClinExperimentDermatol. 1994; 19:210-6⁽⁴⁵⁾.
Preguntas sin contestar: Puntaje 0

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO,.....

(Nombre y Apellidos)

de.....Años de edad, con domicilio en.....

.....DNINSA.....

Acepto participar en el estudio: “Características epidemiológicas y clínicas en pacientes psoriásicos que acuden al Hospital Central de Aeronáutica, en el periodo junio 2011 – noviembre 2011”.

Teniendo conocimiento que dicho estudio no tiene riesgos ni costo alguno, doy consentimiento para que se me realicen las intervenciones pertinentes.

.....

Firma del Participante

DNI.....

.....

Firma del representante legal

DNI.....

Lima,..... 2011