

Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional

Clinical-epidemiological characteristics of psoriasis patients in a national hospital

Mayra S. Ponce-Rodríguez,¹ Rossana Mendoza¹

RESUMEN

OBJETIVO. Determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con psoriasis en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú (PNP).

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por todos los pacientes con psoriasis que acudieron a consulta durante el periodo octubre 2010-marzo 2011. Los pacientes fueron evaluados por un dermatólogo obteniéndose datos demográficos, características epidemiológicas, características clínicas, índice dermatológico de calidad de vida (DLQI), índice de actividad y severidad de la psoriasis (PASI), tratamiento actual y tratamiento previo los cuales fueron consignados en una ficha de recolección de datos.

RESULTADOS. Participaron del estudio 110 pacientes. De ellos, 75,5% correspondieron al sexo masculino y 9,1% tenían antecedente familiar de psoriasis; 77,3% presentaban dislipidemia; 20,0%, hipertensión arterial y 17,3%, diabetes mellitus. La forma clínica más importante fue la vulgar (91,8%) de los casos y 9,1% de los pacientes tenían artritis psoriática. De acuerdo al DLQI, la psoriasis tenía un efecto moderado sobre la calidad de vida (30,0%) y de acuerdo al PASI, la enfermedad era predominantemente leve (46,4%). Se encontró correlación significativa entre el PASI y el DLQI ($r = 0,64$; $p < 0,001$). Los pacientes habían recibido previo a su control en el Hospital PNP tratamiento con corticoides tópicos, retinoides y metotrexato. Durante el control en el hospital, el tratamiento fue modificado. Disminuyeron los casos tratados con corticoides tópicos/metotrexato y aumentaron los casos con terapia biológica.

CONCLUSIÓN. Los pacientes con psoriasis del Hospital PNP tienen elevada frecuencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, efecto moderado de la psoriasis sobre la calidad de vida y severidad predominantemente leve. Se demuestra la correlación entre la severidad y la calidad de vida de los pacientes.

PALABRAS CLAVE. Psoriasis, características clínicas, características epidemiológicas.

ABSTRACT

OBJECTIVE. Determine the clinical epidemiological characteristics of psoriasis patients at the National Hospital Luis A. Saenz of the Policía Nacional of Peru (PNP Hospital).

MATERIAL AND METHODS. Descriptive and cross sectional study. Population was all the psoriasis patients attended between October 2010 and March 2011. Patients were evaluated by a

dermatologist, obtaining demographic data, epidemiological and clinical characteristics, Dermatology Life Quality Index (DLQI), Psoriasis Area and Severity (PASI) current and previous treatment, information that was consigned in a data collection form.

RESULTS. 110 patients were enrolled. 75,5% was male and 9,1% had family history of psoriasis; 77,3% presented dyslipidemia, 20,0% arterial hypertension and 17,3% diabetes mellitus. The clinical form more important was the vulgar, that represented the 91,8% of the cases and 9,1% of the patients had psoriatic arthritis. In accordance to DLQI, psoriasis had a moderated effect over

1. Médico Asistente del Servicio de Dermatología
Hospital Nacional Luis N. Sáenz de la Policía Nacional del Perú.

the life quality (30,0%) and according the PASI, the disease was predominantly mild (46,4%). A significant correlation between PASI and DLQI ($r = 0,64$; $p < 0,001$) was founded. Patients had received, previous their control at PNP Hospital, a treatment with topical corticoids, retinoid and methotrexate. During the monitoring period at the hospital, treatment was modified, reducing the cases treated with topical corticoid/methotrexate and increasing the biological therapy.

CONCLUSION. Psoriasis patients of the PNP Hospital had high frequency of risk factors for cardiovascular disease, moderated effect of psoriasis over the life quality of the patients. The correlation between the severity and quality of life of patients was demonstrated.

KEY WORDS. Psoriasis, clinical characteristics, epidemiological characteristics.

INTRODUCCIÓN

La psoriasis constituye una enfermedad inflamatoria hiperproliferativa crónica y recidivante de la piel, de causa desconocida y patogénesis multifactorial, caracterizada por la presencia de pápulas y placas eritematoescamosas, de características clínicas variables.^{1,2} Es más común en caucásicos, mujeres y hombres son afectados en igual proporción. La edad más frecuente de aparición de la enfermedad es a los 33 años con 75% de casos de inicio antes de los 46 años.³

La psoriasis puede asociarse a obesidad, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, perfil lipídico aberrante, síndrome metabólico y un elevado riesgo cardiovascular.^{2,11,12} Diversas investigaciones sugieren que estas enfermedades comparten un vínculo causal y sinérgico que favorece el desarrollo de aterosclerosis y enfermedades autoinmunes como facetas de un trastorno sistémico inflamatorio que se expresa mediante el incremento de marcadores inflamatorios como la proteína C reactiva.^{4,5}

La forma clínica más frecuente de la psoriasis es la vulgar, con placas localizadas en superficies extensoras localizadas, y usualmente son las que tienen un curso más crónico. Tiende a permanecer localizada, pero con el paso del tiempo las lesiones se extienden lentamente y pueden generalizarse. En el otro extremo de severidad, se encuentran formas raras pero muy inflamatorias y agudas como la psoriasis pustulosa y la eritrodermia psoriática o psoriasis eritrodérmica. La elección del tratamiento depende básicamente de la extensión corporal, ya que las formas leves o localizadas se tratan con medidas tópicas y las formas más extensas o severas con alguna forma de terapia sistémica, además de las recomendaciones nutricionales, de hábitos y de salud mental. Los tratamientos para las

formas vulgares o en placas generalizadas o muy severas incluyen fototerapia en sus diferentes variantes, retinoides sistémicos, metotrexato oral o parenteral, ciclosporina, biológicos. Estos tratamientos tienen tolerancia y eficacia limitada, sin remisiones duraderas con efectos secundarios conocidos.^{6,7}

El índice de severidad y área de psoriasis (PASI) evalúa el grado de eritema, infiltrado y descamación de las lesiones psoriáticas con relación al porcentaje del área topográfica comprometida. La puntuación va de 0 a 72, es leve si es menor de 20; moderado, de 21 a 50, y severo, de 51 a 72. El PASI es de gran ayuda para la decisión terapéutica y controles posteriores.^{1,6,8-10}

Por su carácter crónico, requiere consultas y medicación frecuente, lo que puede causar gran insatisfacción por su falta de resolución total e impacto en la calidad de vida relacionada con la salud aún en pacientes con limitado compromiso cutáneo.¹¹⁻¹⁴ El impacto de la psoriasis en la calidad de vida se extiende más allá de los aspectos físicos, (dolor, prurito, sangrado, descamación o artritis) sino que afecta también a las actividades diarias, la percepción emocional, las relaciones sexuales, la decisión de tener hijos y la elección de carreras.^{11,12,15}

El objetivo de la presente investigación fue determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con psoriasis en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz (HNLNS), de la Policía Nacional del Perú (PNP), en el período octubre 2010-marzo 2011. Cabe resaltar que la población atendida en dicho hospital constituye un grupo ocupacional que podría tener un comportamiento epidemiológico y clínico distinto a la población general y al de la población atendida en otros hospitales de la ciudad de Lima.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por todos los pacientes con psoriasis, diagnosticados en el HNLNS que acudieron a consulta y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se incluyó en el estudio a pacientes con diagnóstico de psoriasis atendidos durante el período octubre 2010-marzo 2011. Se excluyó del estudio a menores de edad sin consentimiento de sus padres y a los pacientes que no aceptaron participar voluntariamente del estudio. No se realizó muestreo, se trabajó con la totalidad de la población por ser esta pequeña y accesible.

Los pacientes fueron entrevistados y evaluados por un dermatólogo que obtuvo los datos epidemiológicos y clínicos de la enfermedad:

- ▲ Epidemiológicos: edad, sexo, consumo de tabaco y alcohol, factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, antecedente familiar de psoriasis.
- ▲ Clínicos: tiempo de enfermedad, fototipo cutáneo, forma clínica, severidad basada en la superficie corporal afectada, calidad de vida, tratamiento anterior, tratamiento actual.

La severidad de la enfermedad fue evaluada mediante el índice de actividad y severidad de la psoriasis (PASI); mientras que, la calidad de vida fue evaluada usando la versión validada al idioma español del índice dermatológico de calidad de vida (DLQI). Los datos obtenidos de la entrevista como los hallazgos del examen físico, fueron consignados en una ficha de recolección de datos.

Se elaboró una base de datos con el programa Microsoft Excel 2007 para Windows y el análisis estadístico fue realizado con el programa estadístico SPSS versión 20.0. Se realizó análisis descriptivo que consistió del cálculo de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. El análisis bivariado fue realizado con la prueba t de Student para muestras independientes y el coeficiente de correlación de Pearson. Se elaboró tablas y gráficos según la naturaleza y escala de medición de las variables para presentar los resultados.

RESULTADOS

Características generales y epidemiológicas de los pacientes

Participaron del estudio un total de 110 pacientes con psoriasis de un total de 3 737 pacientes atendidos en el servicio de dermatología en los seis meses de estudio, lo que corresponde a 2,9 pacientes con psoriasis por cada 100 pacientes atendidos. De los 110 pacientes, 75,5% correspondió al sexo masculino y 25,5%, al sexo femenino; la edad promedio de los pacientes fue 55,1 ± 14,6 años (mediana 56 años), con rangos entre los 17 y los 81 años de edad. La mayor frecuencia de pacientes se situó en el grupo de edad comprendido entre los 35 y 59 años (50,9%). Tabla 1.

Con relación a la ocupación, se observó que 69,1% de los pacientes se encontraba desempleado, 26,4% era empleado público o privado y 4,5%, estudiante; en cuanto a educación, 84,5% tenían instrucción superior; 13,6%, instrucción secundaria y 1,8%, instrucción primaria. Con relación al fototipo cutáneo, la mayor frecuencia fue de fototipo IV (63,0%), seguido por el fototipo III (25,0%).

En cuanto a antecedentes, 9,1% de los pacientes tenía antecedente familiar de psoriasis. Al evaluarse la frecuencia

Tabla 1. Distribución de casos de psoriasis por grupos de edad.

Grupo de edad	Frecuencia	%
▲ 12-17 años	1	0,9
▲ 18-34 años	8	7,3
▲ 35-59 años	56	50,9
▲ 60 a más años	45	40,9
Total	110	100,0

de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, se observó que 77,3% presentaban dislipidemia; 20,0%, hipertensión arterial y 17,3%, diabetes mellitus. Con relación al uso y/o consumo de sustancias al momento de la consulta, 4,5% consumían alcohol y 1,8%, tabaco; mientras que, ningún paciente tenía el antecedente de consumo de drogas ilícitas.

Características clínicas

El tiempo de enfermedad al momento de la primera consulta fue 11,9 ± 8,9 años (mediana 10 años) no hubo diferencia significativa según sexo (12,6 años en varones versus 10,0 años en mujeres; prueba t de Student p = 0,186). La forma clínica más frecuente fue la psoriasis vulgar que constituyó 91,8% de los casos. Otras formas clínicas fueron la psoriasis invertida (3,6%), la eritrodérmica (1,8%), la palmoplantar (1,8%) y la gutatta (0,9%). Adicionalmente, 9,1% de los pacientes tenía diagnóstico de artropatía psoriática y 1,9% de los pacientes había requerido hospitalización durante el período de estudio, como consecuencia directa de su enfermedad.

El índice de calidad de vida dermatológico (DLQI) promedio de los pacientes fue 8,6 ± 5,4 (mediana = 8), con rangos entre 1 y 27. El DLQI mostró que con mayor frecuencia, la

Tabla 2. Efecto de la psoriasis sobre la calidad de vida de los pacientes según el DLQI.

Efecto	Frecuencia	%
▲ Sin efecto	5	4,6
▲ Mínimo	27	24,5
▲ Moderado	60	54,5
▲ Severo	12	10,9
▲ Muy severo	6	5,5
Total	110	100,0

Tabla 3. Severidad según la superficie corporal afectada de acuerdo al PASI.

Actividad	Frecuencia	%
▲ Leve	51	46,4
▲ Moderado	44	40,0
▲ Severo	15	13,6
Total	110	100,0

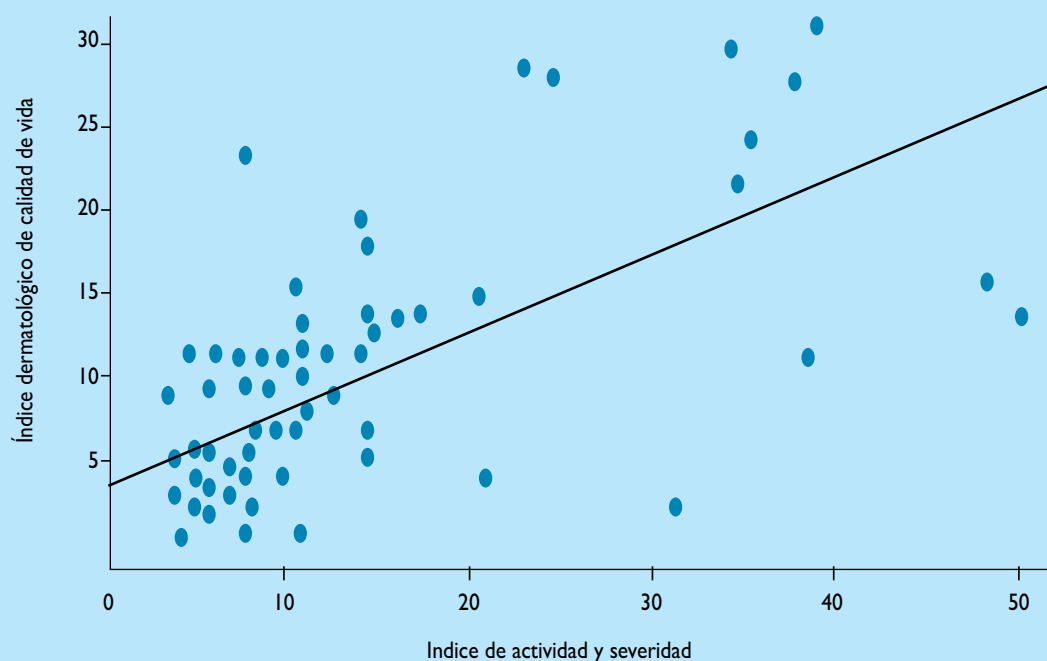
psoriasis tenía un efecto moderado sobre la calidad de vida de los pacientes (54,5%), lo que se muestra en la Tabla 2. El DLQI no mostró diferencia estadísticamente significativa por sexo (prueba t de Student, $p = 0,627$), no se correlacionó con la edad ($r = -0,034$; $p = 0,721$) ni con el tiempo de enfermedad de los pacientes ($r = 0,046$; $p = 0,635$).

Con relación a la severidad de la psoriasis, según la extensión de la superficie corporal afectada, el puntaje promedio del PASI fue $9,6 \pm 9,5$ (mediana = 7) con puntajes que variaron entre 1 y 50. Este índice mostró que la mayor frecuencia de los pacientes tenía severidad leve y moderada en similar proporción, lo cual se muestra en la

Tabla 4. Tratamientos anteriores y tratamiento actual.

Terapia	Tratamientos			
	Anterior		Actual	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
▲ Corticoides tópicos	104	94,5	63	57,3
▲ Metotrexato	24	21,8	0	0,0
▲ Retinoides	40	36,4	20	18,2
▲ Fototerapia	3	2,7	-	-
▲ Biológicos				
– Infliximab	3	2,7	18	16,4
– Adalimumab	1	0,9	2	1,8
– Etanercept	-	-	18	16,4
– Ustekinumab	-	-	1	0,9
– Más de un biológico	2	1,8	-	-

Tabla 3. No existió diferencia estadísticamente significativa al compararse el PASI por sexo (prueba t de Student, $p = 0,234$), no se encontró correlación entre el PASI y la edad ($r = -0,004$; $p = 0,968$) ni se encontró correlación entre el PASI y el tiempo de enfermedad de los pacientes ($r = 0,160$; $p = 0,094$).

Figura 1. Diagrama de dispersión entre el índice dermatológico de calidad de vida y el índice de actividad y severidad de la psoriasis

Al evaluarse la relación existente entre los puntajes del PASI y del DLQI, se encontró correlación estadísticamente significativa, se calculó un coeficiente de correlación de Pearson (r) de 0,64 ($p < 0,001$). Figura 1.

Los pacientes habían recibido tratamiento previo a su control en el HNLNS, principalmente con corticoides tópicos, retinoides y metotrexato. Durante el control en este hospital, el tratamiento fue modificado de modo que se produjo una reducción importante de los casos tratados con corticoides tópicos y metotrexato y se produjo un incremento de los casos que recibieron terapia biológica, principalmente con infliximab y etanercept (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen un grupo heterogéneo de padecimientos (diabetes, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer) que contribuyen a la mortalidad como consecuencia de un proceso iniciado décadas antes. Factores de riesgo para estas enfermedades son los niveles anormales de lípidos sanguíneos, el consumo frecuente de alcohol y tabaco, la dieta inadecuada, el sedentarismo, la obesidad, entre otros.¹⁶

Desde finales del siglo pasado se ha reportado una alta frecuencia de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en los pacientes con psoriasis; asimismo, se ha demostrado que la psoriasis constituye de por sí un factor de riesgo para infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica lo que determinaría una mortalidad en este grupo de pacientes mayor que en la población general.¹⁷

El presente trabajo de investigación demuestra que dentro de las características epidemiológicas, son frecuentes los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como la dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus en los pacientes con psoriasis del HNLNS, los cuales alcanzaron 77,3%, 20,0% y 17,3%, respectivamente. Estos resultados son similares a los reportados en nuestro país por Rojas,¹⁸ que encontró una alta frecuencia de factores de riesgo, como dislipidemia LDL (35,6%), hipertrigliceridemia (35,6%), hiperglicemia (18,3%) e hipertensión arterial (33,7%), en una serie de 208 pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital EsSalud Edgardo Rebagliati Martins, en el período enero-diciembre 2008, a pesar que ambos hospitales atienden a pacientes con un perfil distinto. Para el caso de la dislipidemia, los datos obtenidos de los pacientes con psoriasis son notablemente mayores a los obtenidos en estudios población general de ciudades de la costa por la Dirección General de

Epidemiología del Ministerio de Salud de Perú.¹⁶ Dichos estudios encuentran que la prevalencia en población general de dislipidemias varía entre 33% y 47%. Asimismo, la frecuencia de hipertensión arterial en los pacientes con psoriasis (20,0%) es superior a la reportada en población general por un estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud,¹⁹ 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 HNLNS de desarrollar eventos cardiovasculares sobre la base de tener una mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovasculares que la población general peruana.

Desde la década de 1990 se reconoce que la probabilidad de presentar psoriasis es mayor en aquellos que presentaban antecedente familiar de primera línea, son importantes los estudios de Naldi²⁰ en pacientes italianos. De los pacientes con psoriasis del HNLNS, 9,1% tenían antecedente familiar de psoriasis. Esto es similar a lo obtenido por Bartolo²¹ en un estudio de casos y controles, en el que encuentra una alta frecuencia de antecedente familiar en pacientes con psoriasis del Hospital Regional Docente de Trujillo (11,4% vs. 1,9%).

Diversos estudios han propuesto un rol importante del tabaco en el desencadenamiento de la psoriasis; de este modo, se ha reportado que el riesgo de padecer psoriasis es mayor en fumadores activos en comparación con sujetos no fumadores. Este trabajo de investigación encuentra una frecuencia de consumo actual de tabaco de 1,8%, lo que es notablemente inferior a lo obtenido por Bartolo,²¹ que obtuvo 20,0%. Se desconoce las razones de esta diferencia; es posible que el contacto con médicos por efecto de la enfermedad haya modificado los hábitos de consumo, también es posible que los pacientes no hayan declarado el consumo de tabaco por razones personales.

La artritis psoriática es una enfermedad articular inflamatoria crónica asociada a la psoriasis. Al igual que en la artritis reumatoide, la artritis psoriática constituye el prototipo de enfermedad inflamatoria crónica asociada a una aterosclerosis acelerada y a una elevada incidencia de enfermedad cardiovascular. Diversos estudios han evidenciado una mortalidad mayor en los pacientes que desarrollaron artritis psoriática en comparación con la población general, la cual es debida fundamentalmente a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular.^{17,22} En uno de estos estudios que incluyó a 3 066 pacientes con artritis psoriática pareados en proporción 1:4 con personas

sin psoriasis, Han y colaboradores²³ observaron una mayor prevalencia de enfermedad vascular periférica, insuficiencia cardíaca congestiva, aterosclerosis, cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular.

El presente trabajo de investigación muestra que la artritis psoriásica es una condición frecuente en los pacientes con psoriasis que afecta a 9,1% de los pacientes del HNLNS; esto es inferior a lo reportado en la literatura internacional en la que se describe que afecta entre 25% y 34% de los pacientes. Una posibilidad es que el manejo oportuno reduzcan o retarden la aparición de la artritis psoriásica, otra posibilidad es que exista un subregistro de los casos lo cual debe ser investigado, ya que la artritis psoriásica constituye un indicador de enfermedad cardiovascular cuando se presenta.²⁴⁻²⁶

Como la evidencia del alto riesgo cardiovascular de los pacientes con psoriasis es consistente, el dermatólogo adquiere un rol mayor no solo en el control de las lesiones cutáneas sino también en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular. Sería importante reformular los protocolos de atención de forma que incluyan necesariamente una evaluación por la especialidad de cardiología. Es importante establecer en este grupo de pacientes una estrategia de prevención cardiovascular, inicialmente basada en recomendaciones generales de hábitos y estilos de vida como la realización de actividad física regular, dieta saludable con bajo contenido de lípidos, control del peso, glicemia y de la presión arterial, así como la supresión del tabaco. Además, se debería iniciar un tratamiento con estatinas y/o antihipertensivos en aquellos pacientes con alto riesgo cardiovascular.¹⁷

Con relación al tratamiento, una serie de pacientes también del HNLNS, realizado por Galiano,²⁷ correspondiente a los años 2007-2008, mostró que el tratamiento solía ser exclusivamente tópico en 79,7% de los pacientes y aunque no se especifica, se sabe que para aquel período el acceso a la terapia biológica era aún limitado. Este perfil se ha modificado de forma importante para finales del año 2010 e inicios del año 2011, cuando se observa una menor frecuencia de tratamiento tópico (57,3%) y un mayor uso de terapia biológica que incluyen al infliximab, adalimumab, etanercept y ustekinumab.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la suma de salud física, bienestar y participación; define el efecto funcional de una enfermedad y como esta es percibida por el propio paciente. La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que experimentan las personas y que representan las sumas de sensaciones subjetivas del 'sentirse bien'. Es un concepto multidimensional

que incluye salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias, relaciones con el ambiente, estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. La CVRS es una evaluación de las influencias del estado de salud actual de un paciente y su capacidad de alcanzar y mantener un nivel de funcionamiento total que permite valorar metas propuestas de la vida en cada individuo. El concepto de calidad de vida es complejo, global, inclusivo y multidisciplinarios, más aún cuando se aborda una enfermedad crónica como la psoriasis.^{8,28,29}

El presente estudio encuentra un efecto moderado de la psoriasis sobre la calidad de vida de los pacientes lo cual difiere de lo encontrado por Galiano,²⁷ en un estudio realizado en 64 pacientes, los años 2007-2008 en el HNLNS. Este autor reporta el predominio de una buena calidad de vida en 50,0%. Esta diferencia podría explicarse por la mayor proporción de casos moderados del presente estudio en comparación con el de Galiano, en el que predominan los casos leves. Otro factor que podría haber tenido repercusión en esta diferencia es el uso de distintos instrumentos para la medición de la CVRS, ya que en este estudio usamos el índice dermatológico de calidad de vida (DLQI); mientras que, en el estudio de Galiano²⁷ se usa el instrumento SF-36-V2, el cual ha sido también aplicado en diversos estudios.

Cabe resaltar que, mientras el cuestionario SF-36-V2 enfoca el funcionamiento físico, psicológico y evalúa el estado de salud durante las cuatro últimas semanas, el DLQI aborda el impacto de la enfermedad, a través de las dimensiones de síntomas y percepciones, actividades diarias, ocio, trabajo-estudio, relaciones interpersonales (incluida la sexualidad) y el tratamiento. Su marco temporal es los últimos siete días.²⁸

Adicionalmente, el presente trabajo de investigación demuestra que existe correlación estadísticamente significativa entre la severidad de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes con psoriasis lo que refuerza la necesidad de identificar y tratar precozmente a los pacientes, particularmente los que tienen enfermedad severa.

La serie de pacientes con psoriasis del HNLNS atendidos durante el período 2007-2008 muestra aunque no se ha producido cambios importantes en el perfil clínico de los pacientes, se pueden observar ciertas diferencias epidemiológicas como la mayor frecuencia de casos en mujeres (56,3%) a diferencia del presente estudio de 2010 a 2011 donde la mayor frecuencia de pacientes corresponde al sexo masculino (75,5%). También se pueden observar diferencias en la severidad, según la extensión de la

superficie corporal afectada con psoriasis. Se observó que la mayor frecuencia de los pacientes de la serie 2007-2008 tenía un PASI menor de 10 (53,1%); mientras que, en el presente estudio predominan los pacientes con PASI menor de 7 (46,4%). Los distintos puntos de corte del PASI empleado por Galiano para la caracterización y descripción de los pacientes son una dificultad. Finalmente, puede observarse las diferencias en el tratamiento que ya han sido abordadas en párrafos anteriores.²⁷

En conclusión, los pacientes con psoriasis del HNLNS tienen elevada frecuencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular, efecto moderado de la psoriasis sobre la calidad de vida y severidad predominantemente leve según la extensión de la superficie corporal afectada. Se demuestra la correlación entre la severidad según la extensión de la superficie corporal afectada y la calidad de vida de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kouros AS, Miner A, Menter A. Psoriasis as the marker of underlying systemic disease skin. *Therapy Lett.* 2008;13(1):1-5.
- Catacora J, Yataco R, Montesinos P. Reporte del uso de infliximab en psoriasis generalizada y resistente. *Folia Dermatol Perú.* 2007;18(1):32-6.
- González C, Castro LA, De la Cruz G, Arenas CA, Beltrán A, Santos AM. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *Rev Asoc Col Dermatol.* 2009;17(1):11-7.
- Gisondi P, Tessari G, Conti A, Piaserico S, Schianchi S, Peserico A, Giannetti A, Girolomoni G. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psoriasis: A hospital-based case-control study. *Br J Dermatol.* 2007;157(1):68-73.
- Gelfand JM, Neimann AL, Shin DB, Wang X, Margolis DJ, Troxel AB. Risk of myocardial infarction in patients with psoriasis. *JAMA.* 2006;296(14):1735-41.
- Committee on Guidelines of Care. Guidelines of care for psoriasis. Task Force on Psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1993;28(4):632-7.
- Spuls PI, Boussuyt PM, Van Everdingen JJ, Witkamp L, Bos JD. The development of practice guidelines for the treatment of severe plaque form psoriasis. *Arch Dermatol.* 1998;134(12):1591-6.
- Finlay AY, Khan G. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clin Exp Dermatol.* 1994;19(3):210-6.
- Traub M, Marshall K. Psoriasis-pathophysiology, conventional, and alternative approaches to treatment. *Altern Med Rev.* 2007;12(4):319-30.
- 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, año 2001. *Dermatol Perú.* 2003;13(3):185-8.
- Ramsay B, O'reagan M. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol.* 1988;118(2):195-201.
- Gupta MA, Gupta AK. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *Int J Dermatol.* 1997;36(4):259-62.
- Gelfand JM, Feldman SR, Stern RS, Thomas J, Rolstad T, Margolis DJ. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. *J Am Acad Dermatol.* 2004;51:704-8.
- Stern RS, Nijsten T, Feldman SR, Margolis DJ, Rolstad T. Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive, and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *J Invest Dermatol Symp Proc.* 2004;9:136-9.
- Koo JY. Population-based epidemiologic study of psoriasis with emphasis on quality of life assessment. *Dermatol Clin.* 1996;14:485-96.
- Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima: DGE/Minsa; 2010. pp 86-99.
- González-Gay MA, González-Vela C, González-Juanatey C. Psoriasis: una enfermedad cutánea relacionada con riesgo cardiovascular elevado. *Actas Dermosifiliogr* 2012 [Artículo en prensa]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0001-7310%2812%2900063-4.pdf>.
- Rojas K. Prevalencia del síndrome metabólico en los pacientes con diagnóstico de psoriasis en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins [trabajo de investigación para optar el título de especialista en Dermatología]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
- 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.
- 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.
- 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.
- Gladman DD, Farewell VT, Wong K, Husted J. Mortality studies in psoriatic arthritis: results from a single outpatient center II. Prognostic indicators for death. *Arthritis Rheum.* 1998;41:1103-10.
- Han C, Robinson Jr DW, 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;33:2167-72.
- Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Dermatol Ther.* 2004;17:350-63.
- 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.
- Martínez-Villarreal JD. Actualidades en artritis psoriásica. *Dermatología Rev Mex* 2010; 54(6):332-8.
- Galiano CE. Valoración de la calidad de vida en pacientes con psoriasis tratados en el Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP (2007-2008). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3722/1/Galiano_Gomez_Cesar_Edwin_2010.pdf.
- Vinaccia S, Quiceno JM, Martínez AA, Arbeláez CP. Calidad de vida relacionada con la salud, emociones negativas y apoyo social en pacientes con psoriasis vulgar. *Psicol Salud* 2008;18:17-25.
- Delgado M, Quincha M, Méndez M. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del Test SF-36V2 en pacientes de la fundación de psoriasis de la ciudad de Quito. *Dermatol Peru.* 2003;13(3):172-84.

Correspondencia a: Dra. Mayra Ponce
mayrashirley@hotmail.com

Fecha de recepción: 20 de agosto de 2012.

Fecha de aceptación: 3 de setiembre de 2012.