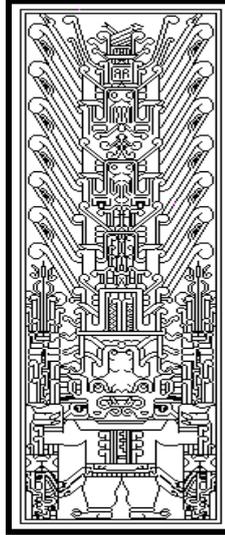


**FACULTAD DE MEDICINA "HIPOLITO UNANUE"
UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLAREAL
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA
GRADOS Y TITULOS**



**FACTORES ASOCIADOS A PSORIASIS EN EL
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES. 2017**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
MOCHCO RIVERA, MELISSA**

**ASESOR
DR. GUILLERMO, MANRIQUE SILVA**

LIMA-PERÚ

2018

ÍNDICE

RESUMEN ABSTRACT

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1 Antecedentes	05
2 Descripción del problema	26
3 Formulación del problema	28
4 Objetivos de la investigación	28
5 Justificación de la investigación	29
6 Alcances y limitaciones	29
7 Definición de variables	29

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1 Teorías relacionadas al tema	31
2 Marco conceptual	35
3 Hipótesis	36

CAPÍTULO III MÉTODO

1 Tipo de investigación	37
2 Diseño de investigación	37
3 Estrategias de pruebas de hipótesis	37
4 Variables	37
5 Población	37
6 Muestra	38
7 Técnicas de investigación	39

CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

1 Análisis e interpretación	41
-----------------------------	----

CAPÍTULO V DISCUSIÓN	45
-----------------------------	----

CONCLUSIONES	48
---------------------	----

RECOMENDACIONES	48
------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
-----------------------------------	----

ANEXOS	52
---------------	----

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Sergio E Bernales durante los meses de enero a diciembre del 2017.

Procesamiento y Análisis de Datos: Según paquete estadístico SPSS v. 23.0 Se utilizó el Chi cuadrado para determinar la significancia estadística y los intervalos de confianza, de acuerdo al análisis bivalente de las variables considerada. ($P < 0.05$ se considera significativo).

Lugar: Servicio de dermatología del Hospital Nacional Sergio E Bernales.

Muestra: Nuestro estudio estuvo conformado por 51 casos (pacientes con psoriasis) y 74 controles, que acudieron a consultorio de dermatología del Hospital Nacional Sergio E Bernales en el periodo comprendido de enero a diciembre del 2017.

Resultados: El promedio de la edad de los pacientes con psoriasis fue de $34,7 \pm 19,8$ años, siendo la mínima de 1 año y la máxima de 78 años. El 66,7% fueron mujeres, y el grupo etáreo de mayor frecuencia estuvo entre los 40 a 60 años (33,3%). Dentro de los antecedentes de mayor frecuencia encontramos obesidad (19,6%), hipertensión (15,7%), y dislipidemia (9, 8%). Dentro de los medicamentos encontramos una mayor frecuencia de uso de retinoides en los pacientes con psoriasis. La forma clínica de mayor frecuencia tanto en hombres como en mujeres fue la forma vulgar. Los antecedentes personales de mayor frecuencia en varones fue la obesidad (13,9%), y en las mujeres fue la hipertensión arterial (13, 5%).

Conclusiones: Los factores de riesgo asociados a psoriasis fueron la obesidad, hipertensión y uso de retinoides. Los pacientes con psoriasis se caracterizaron por ser mujeres, mayores de 40 años, obesas, hipertensas que usan retinoides. ($P < 0,05$)

ABSTRACT

Objective: To identify the risk factors associated with psoriasis treated in the Dermatology Department of the Sergio E Bernales Hospital during the months of January to December 2017.

Processing and Data Analysis: According to statistical package SPSS v. 23.0 Chi square was used to determine statistical significance and confidence intervals, according to the bivariate analysis of the variables considered. ($P < 0.05$ is considered significant).

Place: Dermatology Service of the Sergio E Bernales National Hospital.

Sample: Our study consisted of 51 cases (patients with psoriasis) and 74 controls, who attended the dermatology clinic of the National Hospital Sergio E Bernales in the period from January to December 2017.

Results: The average age of patients with psoriasis was 34.7 ± 19.8 years, with a minimum of 1 year and a maximum of 78 years. 66.7% were women, and the age group with the highest frequency was between 40 and 60 years (33.3%). Among the most frequent antecedents we found obesity (19.6%), hypertension (15.7%), and dyslipidemia (9, 8%). Within the drugs we find a higher frequency of retinoid use in patients with psoriasis. The most common clinical form in both men and women was the vulgar form. The most frequent personal history in men was obesity (13.9%), and in women it was arterial hypertension (13.5%).

Conclusions: The risk factors associated with psoriasis were obesity, hypertension and the use of retinoids. Patients with psoriasis were characterized as being dying, over 40 years old, obese, hypertensive using retinoids. ($P < 0.05$)

Key words: Factors, psoriasis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

Bonanad C.(España, 2017), reporta que en los últimos años el concepto de psoriasis como una enfermedad sistémica ha ganado aceptación por su asociación con numerosas enfermedades, en especial la aterosclerosis y las enfermedades cardiovasculares. Por lo tanto, es importante que los dermatólogos sean conscientes de este riesgo aumentado, que puedan detectar factores de riesgo modificables temprano y, cuando sea apropiado, derivar a los pacientes a otros especialistas para la prevención de eventos cardiovasculares mayores.

(1)

Bronckers IM. (Nueva Zelanda,2015), refiere que la psoriasis es un trastorno cutáneo inflamatorio crónico común e inmune que comienza en la infancia en casi un tercio de los casos. Aunque los niños presentan los mismos subtipos clínicos de psoriasis observados en adultos, las lesiones pueden diferir en distribución y morfología, y sus síntomas clínicos en la presentación pueden variar de los informados por pacientes adultos. Sin embargo, el diagnóstico de psoriasis se basa principalmente en características clínicas. La psoriasis pediátrica puede tener un profundo impacto a largo plazo en la salud psicológica de los niños afectados. Además, la psoriasis pediátrica se ha asociado con ciertas comorbilidades, como la obesidad, la hipertensión, la

hiperlipidemia, la diabetes mellitus y la artritis reumatoide, lo que hace que el diagnóstico y el tratamiento tempranos sean esenciales. Como faltan pautas y la mayoría de los tratamientos (sistémicos) no están aprobados para su uso en niños, el tratamiento de la psoriasis pediátrica sigue siendo un desafío. Se necesita un registro prospectivo, multicéntrico e internacional para evaluar estos tratamientos de manera estandarizada y, en última instancia, para desarrollar pautas internacionales sobre la psoriasis pediátrica. (2)

Čabrijan L . (Croacia, 2015), refiere que la psoriasis es una enfermedad autoinmune recidivante crónica con una predisposición multigenética, que ocurre en aproximadamente el 2% de los pacientes en Croacia y muestra una incidencia variable en el mundo. La psoriasis puede asociarse con diversas enfermedades, incluidas las enfermedades autoinmunes (pénfigo, penfigoide, vitiligo) y un poco menos con enfermedades alérgicas (dermatitis atópica, asma, urticaria, dermatitis de contacto alérgica). De acuerdo con las manifestaciones clínicas, la psoriasis aparece como psoriasis en placas, forma eritodérmica y psoriasis pustulosa. Los factores provocadores que fomentan la psoriasis son infecciones, factores endógenos, hipocalcemia, factores psicógenos y medicamentos. La psoriasis puede empeorar otras dermatosis como dermatitis de contacto, dermatosis inflamatorias y cáncer de piel, y la asociación de psoriasis con enfermedades internas es bastante común (VIH, enfermedad de Crohn, lesiones hepáticas, enfermedades vasculares, amiloidosis y gota). La psoriasis se considera

una enfermedad inflamatoria sistémica que también puede afectar las articulaciones. La localización atípica de la psoriasis, así como los casos resistentes de psoriasis y otras dermatosis papuloescamosas y eczematoideas requieren un análisis detallado y la confirmación del diagnóstico debido a la posibilidad de la existencia de otras enfermedades. Este artículo discute la asociación de la psoriasis con enfermedades reumáticas y otras enfermedades internas. (3)

Dogra S. (India, 2016), refiere que, sobre la base de la evidencia actual derivada de estudios hospitalarios, en su mayoría del norte de la India, la prevalencia de psoriasis en adultos varía de 0,44 a 2,8%, con una prevalencia mucho menor en niños. La edad máxima de inicio en adultos es en la tercera y cuarta década de la vida, con una ligera preponderancia masculina. Se recomienda que se realicen grandes estudios epidemiológicos basados en la población en diferentes partes del país para estimar la prevalencia correcta de la psoriasis en la población general. La psoriasis crónica de tipo placa es la presentación morfológica más común de la psoriasis y representa más del 90% de todos los casos. Otras variantes morfológicas que merecen una mención especial incluyen la psoriasis palmoplantar, la psoriasis pustular y la psoriasis recalcitrante. Para fines epidemiológicos, la psoriasis se puede clasificar en psoriasis de inicio temprano y tardío. La psoriasis se puede clasificar en función de la morfología y la extensión de la afectación a una enfermedad localizada y diseminada. A los efectos de los ensayos clínicos, la psoriasis puede clasificarse como psoriasis leve, psoriasis

moderada y psoriasis grave. La literatura muestra que existe un riesgo significativo de artritis psoriásica (7-48%) en pacientes con psoriasis de tipo placa. Por lo tanto, se recomienda evaluar su presencia mediante una detallada historia clínica y un examen clínico, y si es necesario, mediante investigaciones radiológicas apropiadas. La evidencia sobre la asociación entre la psoriasis tipo placa y los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular y la cardiopatía isquémica es inconsistente. Sobre la base de la evidencia disponible, es prudente buscar de manera proactiva el síndrome metabólico, la dislipidemia y la obesidad, especialmente en pacientes con psoriasis severa. (4)

Egeberg A. (Dinamarca, 2017), examinó la incidencia y las tendencias de la psoriasis en Dinamarca. Hubo un predominio femenino que varió entre 50.0% (2007) y 55.4% (2009), y la edad media en el momento del diagnóstico fue de 47.7-58.7 años. Se identificaron un total de 126,055 pacientes con psoriasis (prevalencia del 2,2%). Las tasas de incidencia de psoriasis (por 100,000 años-persona) variaron de 107.5 en 2005 a una incidencia máxima de 199.5 en 2010. Las tasas de incidencia fueron más altas para las mujeres y los pacientes de 60-69 años, respectivamente. El uso de agentes sistémicos no biológicos, es decir, metotrexato, ciclosporina, retinoides o psoraleno más ultravioleta A (PUVA) aumentó durante el curso del estudio, y se utilizaron en el 15,0% de todos los pacientes. Los agentes biológicos (efalizumab, etanercept, infliximab, adalimumab o ustekinumab) se utilizaron en el 2,7% de los pacientes. La relación entre la incidencia de la psoriasis y

la edad parece ser relativamente lineal, y la prevalencia de la enfermedad es comparable a la de otros países europeos. (5)

Kim WB. (Canadá, 2017), realiza un estudio con el objetivo de proporcionar a los médicos de atención primaria una visión actualizada y práctica del diagnóstico y tratamiento de la psoriasis. Se realizaron búsquedas en las bases de datos PubMed, MEDLINE, EMBASE y Cochrane, revisiones sistemáticas y estudios observacionales sobre el diagnóstico y tratamiento de la psoriasis. La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica con afectación predominantemente cutánea y articular. Más allá de las dimensiones físicas de la enfermedad, la psoriasis tiene un amplio efecto emocional y psicosocial en los pacientes, que afecta el funcionamiento social y las relaciones interpersonales. Como una enfermedad de la inflamación sistémica, la psoriasis se asocia con múltiples comorbilidades, incluyendo enfermedad cardiovascular y malignidad. El diagnóstico es principalmente clínico y una biopsia de piel rara vez se requiere. Dependiendo de la gravedad de la enfermedad, puede iniciarse el tratamiento apropiado. Para las enfermedades de leve a moderada, el tratamiento de primera línea incluye terapias tópicas incluyendo corticosteroides, análogos de la vitamina D3 y productos combinados. Estos tratamientos tópicos son eficaces y pueden ser iniciados y prescritos con seguridad por los médicos de atención primaria. Los pacientes con síntomas más severos y refractarios podrían requerir una evaluación adicional por un dermatólogo para la terapia sistémica.

Muchos pacientes con psoriasis buscan la evaluación inicial y el tratamiento de sus proveedores de atención primaria. El reconocimiento de la psoriasis, así como de sus comorbilidades médicas y psiquiátricas asociadas, facilitaría el diagnóstico oportuno y el manejo adecuado con terapias tópicas efectivas y seguras y otras intervenciones médicas y psicológicas, según sea necesario. Los casos más severos y refractarios podrían justificar la derivación a un dermatólogo para una evaluación posterior y posible terapia sistémica. (6)

Korman NJ. (USA, 2015), refiere que los pacientes con psoriasis están a menudo insatisfechos con los tratamientos disponibles, pero los factores contribuyentes no están bien definidos. El objetivo del estudio fue examinar las relaciones entre la gravedad de la psoriasis, las características del paciente y la satisfacción del tratamiento. Los pacientes con psoriasis se clasificaron en grupos leves, moderados y severos basados en los datos autoinformados. Se compararon los datos demográficos, las comorbilidades, los síntomas y los múltiples resultados de satisfacción del tratamiento entre los grupos. Los predictores de la satisfacción del paciente con el tratamiento se examinaron utilizando modelos de regresión lineal. Los análisis incluyeron 773 pacientes (407 leves, 366 moderados a graves). El porcentaje de pacientes que informaron satisfacción con el tratamiento fue bajo en general, oscilando entre el 8,6% y el 61,7% en el grupo leve y el 13,9% y el 49,5% en el grupo moderado al severo. La satisfacción entre los usuarios biológicos también fue baja ($\leq 53\%$, 50% de los

índices de satisfacción). Los resultados de la regresión mostraron consistentemente mayor insatisfacción con el tratamiento actual entre los pacientes moderadamente a severamente afectados. Muchos pacientes con psoriasis estaban insatisfechos con su tratamiento; los pacientes moderados a severos expresaron significativamente menos satisfacción que los pacientes leves. (7)

Marrie RA.(Canadá, 2017), reporta que la psoriasis y la esclerosis múltiple (EM) comparten algunos factores de riesgo, y los fumaratos son terapias eficaces modificadoras de la enfermedad tanto para la psoriasis como para la EM, lo que sugiere una patogénesis común. Sin embargo, los resultados con respecto a la aparición de psoriasis en la población de EM son inconsistentes. El objetivo del estudio fue estimar la incidencia y prevalencia de psoriasis en la población de EM frente a una cohorte emparejada de la población general. Usaron datos de la población de la provincia canadiense de Manitoba para identificar 4911 personas con EM y 23.274 controles. El estudio concluye que la incidencia y la prevalencia de psoriasis son más altas en la población de EM que en la población emparejada. (8)

Matteo Megna and Maddalena Napolitano.(Italia, 2015), reporta que la psoriasis es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica e inmunomediada que se dirige principalmente a la piel. Presenta una base genética que afecta del 1 al 3% de la población blanca. No obstante, se ha sugerido la existencia de dos picos de incidencia de psoriasis (uno en la adolescencia antes de los 20 años y otro en la edad

adulta) a cualquier edad, incluida la infancia y la adolescencia, en que su prevalencia oscila entre 0,7% y 1,2%. En cuanto a la psoriasis en adultos, la psoriasis pediátrica se ha asociado recientemente con la obesidad, el síndrome metabólico, el aumento de los percentiles de la circunferencia de la cintura y las anomalías metabólicas de laboratorio, lo que justifica una monitorización temprana y modificaciones en el estilo de vida. Además, debido a la naturaleza crónica de la psoriasis y las recurrentes recaídas, los pacientes con psoriasis tienden a tener una calidad de vida deteriorada, que a menudo requiere un tratamiento a largo plazo. Por lo tanto, la educación tanto de los pacientes pediátricos como de sus padres es esencial para el manejo exitoso y seguro de la enfermedad. Sin embargo, el tratamiento sistémico de los niños es un reto ya que la ausencia de guías estandarizadas y el hecho de que los datos basados en evidencia provengan de ensayos controlados aleatorios son muy limitados. (9)

Norris D. (Australia, 2017), refiere que la psoriasis es una condición crónica que puede requerir un tratamiento a largo plazo para el control de la enfermedad. Este análisis utiliza datos del Registro de Psoriasis de Australia con particular atención al impacto de la terapia biológica en la calidad de vida. Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes inscritos en el Registro de Psoriasis de Australia de abril de 2008 a agosto de 2016. Se incluyeron en el estudio todos los sujetos del registro que tenían puntajes de calidad de vida y índice de gravedad de la evaluación de la psoriasis (PASI). Los predictores significativos de

reducción en la puntuación de la calidad de vida y PASI desde la línea de base hasta la semana 24 incluyen el uso de adalimumab, infliximab, secukinumab y ustekinumab. Otras terapias, incluyendo etanercept y agentes sistémicos orales no mostraron cambios significativos. Los pacientes con psoriasis que son tratados con productos biológicos muestran la mayor reducción en el puntaje de la calidad de vida, en comparación con otros tratamientos. Los dermatólogos australianos están prescribiendo productos biológicos cuando los pacientes califican para ellos de acuerdo con las directrices actuales. (10)

Oh EH. (Corea del Sur, 2017), reporta que existe una carencia de estudios nacionales que examinen la epidemiología y las comorbilidades de la psoriasis vulgar (PsV) y la artritis psoriásica (PsA) en las poblaciones asiáticas. El propósito de este estudio fue determinar la demografía de la psoriasis en Corea junto con la incidencia de comorbilidades cerebro-cardiovascular (CV) y comparar estos riesgos entre poblaciones con PsA y con PsV. Este estudio de cohorte identificó 15 484 pacientes con psoriasis entre 855 003 sujetos en la Base de Datos Nacional de Salud de Corea del 2002 a 2010. Los casos fueron clasificados en PsA y PsV. La prevalencia anual de psoriasis aumentó de 313,2 a 453,5 / 100 000 personas entre 2002 y 2010; sin embargo, la tasa general de incidencia de la psoriasis disminuyó ligeramente (252,7-212,6 / 100 000 habitantes). En conclusión, la prevalencia de la psoriasis, tendió a aumentar con el tiempo. Los pacientes con PsA tenían cargas más altas de enfermedades

comórbidas específicas que aquellos con PsV, especialmente a una edad relativamente temprana. (11)

Owczarczyk-Saczonek A.(Rusia,2017), reporta que muchos estudios epidemiológicos han confirmado la relación de la obesidad y la psoriasis, y se cree que la obesidad es un factor de riesgo independiente para su desarrollo y se asocia con un peor pronóstico. El tejido adiposo es el órgano endocrino más grande, produciendo citocinas proinflamatorias (TNF- α , IL-6, IL-17) y adipocinas (adiponectina, omentina). Participan en el desarrollo de dislipidemia, resistencia a la insulina, diabetes y, en consecuencia, de las enfermedades cardiovasculares. Los macrófagos del tejido adiposo visceral tienen un papel especial y aumentan significativamente en la obesidad. Son responsables del desarrollo de la inflamación en el tejido adiposo y producen citoquinas inflamatorias (TNF alfa, IL-6, IL-8, IL-17, IL-18, MCP-1) y otras adipocinas: resistina, visfatina y retinol-binding proteína 4. Esto explica el concepto de «marcha psoriásica» y observaciones de la frecuente coexistencia de la psoriasis con la obesidad. La inflamación asociada con enfermedad sistémica, avivada por citoquinas pro-inflamatorias y adipocinas producidas por el tejido adiposo visceral, conduce al desarrollo de resistencia a la insulina, daño a las células endoteliales. La disfunción endotelial predispone a la formación de placas ateroscleróticas y al desarrollo más rápido de eventos cardiovasculares. La complicación de la obesidad es el desarrollo de esteatosis hepática no alcohólica, que es dos veces más

probable en pacientes con psoriasis en placa y se asocia con la gravedad de la enfermedad. Otra consecuencia es el desarrollo de la depresión. Probablemente las citoquinas proinflamatorias pueden interactuar con el metabolismo de los neurotransmisores. La obesidad también tiene un impacto significativo en el tratamiento de la psoriasis, aumentando el riesgo de efectos adversos de los fármacos sistémicos, reduciendo la eficacia de los agentes biológicos por lo que la dosis debe ajustarse al peso del paciente. (12)

Padilla Tresierra. (Perú, 2016), determina si el sobrepeso, hipertensión arterial y diabetes son factores de riesgo asociados a Psoriasis vulgar en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, observacional, retrospectivo, de casos y controles. La población de estudio estuvo constituida por 100 pacientes según criterios de inclusión y exclusión establecidos distribuidos en dos grupos: con y sin Psoriasis vulgar. El análisis estadístico sobre las variables en estudio como factores de riesgo fue: Sobrepeso (OR: 10.25; $p < 0.05$), Hipertensión arterial (OR: 0.34; $p > 0.05$) y Diabetes (OR: 2.6; $p < 0.05$). El estudio concluye que el Sobrepeso, Hipertensión arterial y Diabetes son factores de riesgo asociados a Psoriasis vulgar en pacientes del Servicio de Dermatología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray. (13)

Paiva-Lopes MJ.(Portugal,2017), refiere que la psoriasis es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica con una prevalencia de 2-3%. Evidencias abrumadoras muestran una asociación epidemiológica

entre psoriasis, enfermedad cardiovascular y aterosclerosis. La enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de muerte en pacientes con psoriasis severa. Varios factores de riesgo clásicos de enfermedades cardiovasculares también aumentan en la psoriasis, pero el riesgo asociado a la psoriasis persiste después de ajustar otros factores de riesgo. La investigación se ha centrado en encontrar explicaciones para estos datos epidemiológicos. Varios estudios han demostrado un metabolismo lipídico significativo y la composición de HDL y alteraciones funcionales en pacientes psoriásicos. Datos recientes indican que la terapia biológica puede revertir tanto las alteraciones estructurales y funcionales de la HDL en la psoriasis, reforzando su potencial terapéutico. (14)

Relvas M.(Portugal,2017), refiere que la psoriasis es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica asociada con una importante carga física y fisiológica. Afecta principalmente a la piel, pero se asocia con varias comorbilidades médicas graves. Un tercio del total de casos psoriásicos tienen su inicio durante la edad pediátrica, aunque algunos de ellos pueden no ser diagnosticados hasta que el paciente llegue a la edad adulta. Además, en la edad pediátrica, existe una asociación con varias comorbilidades médicas; por lo tanto, un reconocimiento temprano de la enfermedad y un enfoque apropiado posterior pueden retrasar o incluso prevenir considerables comorbilidades. Debido a que los niños no son solo 'pequeños adultos', las pautas específicas para el diagnóstico, manejo y tratamiento de la psoriasis son de extrema importancia. Sin

embargo, estas pautas todavía faltan en este grupo de edad. La mayoría de los tratamientos de psoriasis que se usan en adultos no están aprobados oficialmente para la edad pediátrica y requieren una receta médica no especificada. Además, faltan estudios de eficacia y seguridad en esta población, especialmente con el seguimiento a largo plazo y los resultados. Muchos agentes biológicos han sido aprobados recientemente para el tratamiento de la psoriasis en niños, mientras que otros están siendo estudiados actualmente. (15)

Rodríguez-Zúñiga MJM.(Colombia, 2017), reporta que varios estudios han demostrado una relación entre la psoriasis y el síndrome metabólico (SM), pero ningún metanálisis se ha limitado a estudios que ajustaron los factores de confusión. El objetivo de este estudio fue determinar la asociación entre la psoriasis y la SM. Se realizó una revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales sobre psoriasis y SM en adultos de MEDLINE, Scopus, SciELO, Google Scholar, Science Direct y LILACS desde el inicio hasta enero de 2016. En total, se analizaron 14 trabajos, incluyendo un total de 25.042 pacientes con psoriasis. Se encontró que el SM estaba presente en el 31,4% de los pacientes con psoriasis. Los estudios de Oriente Medio (en Israel, Turquía y Líbano) informaron un mayor riesgo de SM que los estudios europeos (Alemania, Italia, Reino Unido, Noruega y Dinamarca). Debido al mayor riesgo de SM, los médicos deben considerar la posibilidad de seleccionar pacientes con psoriasis para factores de riesgo metabólico. (16)

Singh S. (India, 2017), reporta que la psoriasis está asociada con obesidad, síndrome metabólico (MS), diabetes y factores de riesgo cardiovascular. El tratamiento con metformina mostró una mejoría en los factores de riesgo cardiovascular y la hiperinsulinemia. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia y seguridad de la metformina en pacientes con psoriasis y enfermedad metabólica. Se trató de un estudio de un solo centro, de grupos paralelos, aleatorizado y abierto con valoración final cegada de metformina (1000 mg una vez al día durante 12 semanas, n = 20) y placebo (n = 18) en pacientes con psoriasis. El tamaño total de la muestra fue de 38 participantes. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en la variación porcentual media en el eritema y la induración ($P = 0,048$) en la metformina en comparación con el placebo. Se observó una mejoría significativa en el peso medio, el índice de masa corporal (IMC), el colesterol total y el colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL) en el grupo con metformina en comparación con el placebo. La mejoría en el IMC, la glucosa plasmática en ayunas, los triglicéridos séricos, las lipoproteínas de alta densidad, la LDL, la presión arterial sistólica, la presión arterial diastólica y el colesterol total fue estadísticamente significativa en el grupo de metformina durante el período de 12 semanas. No hubo diferencias significativas en los eventos adversos en dos grupos, excepto el aumento de peso. La metformina ha demostrado una mejoría en la psoriasis y los parámetros de la enfermedad metabólica, por lo

tanto, se puede utilizar para el beneficio de pacientes con psoriasis que tienen enfermedad metabólica. Se necesitan estudios grandes y controlados para confirmar. (17)

Smirnova SV.(Rusia, 2016), evaluó el estado del sistema hepatobiliar en la psoriasis y la artritis psoriásica con el fin de establecer una relación causal e identificar predictores clínicos y funcionales de la progresión de la enfermedad psoriásica. El estudio incluyó pacientes con psoriasis vulgar extensa (n = 175) de 18 a 66 años y pacientes sanos (n = 30), emparejados por sexo y edad: Grupo 1 - pacientes con psoriasis (PS, n = 77), grupo 2 - pacientes con artritis psoriásica (PsA, n = 98), grupo 3 - control. La evaluación del estado funcional del sistema hepatobiliar se realizó mediante el análisis de los datos clínicos y anamnésticos y por los métodos de laboratorio. Se identificaron predictores de psoriasis: aumento de la bilirrubina total, aspartato aminotransferasa, fosfatasa alcalina, gamma-glutamil transferasa, eosinofilia, giardiasis, portadores del virus de la hepatitis C, cambios ductales y leucosis focal en el hígado, engrosamiento de las paredes de la vesícula biliar detectada por ultrasonido. Predictores de artritis psoriásica: edad superior a 50 años, dolencias dispépticas, presencia de enfermedades del sistema hepatobiliar, síndrome de hipocondrio derecho positivo, síntomas clínicos de colecistitis crónica, exceso de peso corporal, altos niveles de bilirrubina, colesterol y lipoproteína de baja densidad, hepatomegalia, - enfermedad hepática grasa alcohólica.

El estudio concluye que la enfermedad hepática grasa no alcohólica y la colecistitis crónica son predictores de progresión de la enfermedad psoriásica. (18)

Smith J. (USA, 2017), refiere que los tratamientos de la psoriasis se extienden de los tratamientos tópicos y de la fototerapia a los medicamentos orales sistémicos y a las inyecciones. A pesar del buen control de la enfermedad cuando se aplican tratamientos apropiados (según la gravedad de la enfermedad, la preferencia del paciente y la capacidad de los pacientes para adherirse), los avances continuados permitirán un mejor control sintomático, reducción de los efectos adversos y satisfacción del paciente. Esta revisión tiene como objetivo evaluar los tratamientos tradicionales y nuevos contra la psoriasis y cómo aplicarlos en la práctica clínica. Se realizó una revisión bibliográfica sobre tratamientos de psoriasis y aplicaciones clínicas utilizando PubMed. Las terapias de psoriasis de moderada a severa incluyen monoterapia o varias combinaciones de fototerapia generalizada, tratamientos orales y agentes biológicos, con nuevos agentes orales y biológicos. Los dermatólogos y los proveedores de atención primaria comparten roles en la detección de comorbilidades asociadas (incluyendo trastornos cardiovasculares, enfermedad renal crónica, enfermedad de Crohn, dislipidemia, diabetes mellitus / resistencia a la insulina, depresión, síndrome metabólico, obesidad y artritis psoriásica) reevaluando las necesidades de tratamiento a medida

que se aprueben nuevas terapias. Los avances continuados en el tratamiento de la psoriasis y la mejora en la atención coordinada permitirán un mejor cuidado general de los pacientes con psoriasis. (19)

Takeshita J.(USA, 2017), reporta que la psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica común de la piel que cada vez es más reconocida como un trastorno inflamatorio sistémico. La artritis psoriásica es una comorbilidad bien conocida de la psoriasis. La literatura en rápida expansión apoya asociaciones adicionales entre psoriasis y enfermedades cardiometabólicas, enfermedades gastrointestinales, enfermedad renal, malignidad, infección y trastornos del estado de ánimo. La patogénesis de la enfermedad comórbida en pacientes con psoriasis sigue siendo desconocida; sin embargo, las vías inflamatorias compartidas, los mediadores celulares, la susceptibilidad genética y los factores de riesgo comunes se supone que son elementos contribuyentes. A medida que continúan emergiendo comorbilidades adicionales de la psoriasis, la educación de los proveedores de atención de salud es esencial para asegurar una atención médica integral para los pacientes con psoriasis. (20)

Tsai SY. (Taiwán, 2017), reporta que el riesgo de herpes zoster (HZ) entre pacientes con psoriasis que reciben y no reciben terapia sistémica ha recibido una atención creciente. Este estudio investigó la asociación de la psoriasis con el riesgo de HZ. Realizaron un estudio de cohortes retrospectivo basado en la población utilizando la Base de Datos de Investigación del Seguro Nacional de Salud de Taiwán. La cohorte de

psoriasis consistió en 4077 pacientes con psoriasis recientemente diagnosticada entre 2000 y 2006. Cada paciente con psoriasis fue comparado con cuatro personas sin psoriasis (16308 sujetos). Los pacientes que recibieron terapia sistémica se clasificaron como psoriasis grave, mientras que aquellos que no recibieron terapia sistémica se clasificaron como psoriasis leve. La tasa de incidencia total de HZ en la cohorte de psoriasis en comparación con la cohorte de no psoriasis (4,50 frente a 3,44 por 1.000 persona). Los resultados sugieren que la psoriasis se asocia con un mayor riesgo de HZ, que implica diferencias en el sexo y la edad. Aunque la terapia sistémica puede tener un papel importante en el riesgo de HZ, los factores intrínsecos de la psoriasis no pueden ser excluidos. (21)

Van Beugen S.(Países Bajos, 2017), refiere que la apariencia física de la psoriasis puede ser desfigurante cosméticamente, resultando en una carga social sustancial para los pacientes. Un aspecto importante de esta carga es la experiencia de la estigmatización. Aunque se sabe que la estigmatización es incapacitante y estresante para los pacientes, se sabe poco sobre sus correlatos, y faltan intervenciones eficaces. El objetivo del estudio fue examinar las variables predictoras de la estigmatización percibida en la psoriasis. Se aplicaron cuestionarios a 514 pacientes con psoriasis en un estudio transversal. La estigmatización fue experimentada por un 73% de los pacientes en algún grado, y se correlacionó con las cinco categorías de variables predictoras. En los análisis de regresión múltiple, la estigmatización se

asoció con un mayor impacto en la vida diaria; educación inferior; mayor visibilidad, gravedad y duración de la enfermedad; niveles más altos de inhibición social; tener una personalidad de tipo D; y no tener pareja. Los resultados indican que la estigmatización percibida es común en la psoriasis y puede ser predicha por variables sociodemográficas, relacionadas con la enfermedad y la personalidad. Estas variables predictoras proporcionan indicaciones de qué pacientes son especialmente vulnerables con respecto a la estigmatización percibida, que podría utilizarse en el tratamiento. (22)

Yang H.(Suecia, 2017), reporta que el riesgo de psoriasis en pacientes con cáncer de mama es en gran parte desconocido, ya que la evidencia disponible se limita a los hallazgos de los casos. Se examinó sistemáticamente la incidencia y los factores de riesgo de la psoriasis en pacientes con cáncer de mama. Se comparó una cohorte sueca de 56.235 pacientes con cáncer de mama (2001-2012) con 280.854 individuos de referencia de la población general para estimar la incidencia y la razón de riesgo (HR) de la psoriasis. También se calculó HR para la psoriasis de acuerdo al tratamiento, genética, y los factores de estilo de vida en una cohorte de 8987 pacientes. En la cohorte nacional, 599 pacientes con cáncer de mama fueron diagnosticados con psoriasis durante una mediana de seguimiento de 5,1 años en comparación con 2795 casos en los individuos de referencia coincidentes. Esto correspondía a una tasa de incidencia de 1.9 / 1000 personas-año en pacientes con cáncer de mama versus 1.7 / 1000

personas-año en individuos de referencia emparejados. Las pacientes con cáncer de mama presentaron un mayor riesgo de psoriasis, especialmente su subtipo más común. El riesgo de psoriasis vulgar fue mayor poco después del diagnóstico, pero se mantuvo aumentado hasta 12 años. Los análisis específicos del tratamiento indicaron un mayor riesgo de psoriasis en pacientes tratados con radioterapia y mastectomía. Aparte de los efectos específicos del tratamiento, identificamos la predisposición genética, la obesidad y el tabaquismo como factores de riesgo independientes para la psoriasis en pacientes con cáncer de mama. El estudio concluye que la incidencia de psoriasis es ligeramente elevada entre los pacientes con cáncer de mama, con tratamiento, estilo de vida y factores genéticos que definen el perfil de riesgo individual. (23)

Zschocke I.(Alemania, 2017), reporta que la eficacia del tratamiento de los agentes biológicos en la psoriasis moderada a severa se considera alta con la adherencia del paciente, siendo más alta que para las terapias tradicionales. Sin embargo, el uso de productos biológicos está conectado a altas tasas de discontinuidad. El estudio fue diseñado como ensayo multicéntrico retrospectivo no intervencional en Alemania. Los cuestionarios se desarrollaron sobre la base de las dimensiones de adherencia identificadas por la Organización Mundial de la Salud. Trece dermatólogos y 246 pacientes participaron en el estudio y respondieron a los cuestionarios. Los datos del estudio se analizaron para determinar posibles predictores de adherencia de manera

exploratoria. Con base en la evaluación del médico sobre la adherencia individual de los pacientes, los subgrupos de pacientes adherentes y no adherentes fueron discriminados. Dos factores principales fueron identificados en el lado del paciente que estaban positivamente conectados con la adherencia: la falta de eficacia de los tratamientos previos y el conocimiento de las comorbilidades asociadas con la psoriasis grave. Por otra parte, la comunicación médico-paciente parece desempeñar un papel central, como en el lado de los dermatólogos, hubo una fuerte asociación de adherencia y positiva interrelación personal entre el dermatólogo y el paciente. Los datos informados aquí subrayan la importancia de la educación del paciente y la entrega de información para optimizar la adherencia del paciente y por lo tanto los resultados del tratamiento. Los médicos que tratan deben ser conscientes de que los aspectos de su interacción con el paciente pueden influir en la adherencia al tratamiento. (24)

1.2 Descripción del problema

La psoriasis es una enfermedad de tipo inflamatoria crónica que afecta de forma particular la piel y también las articulaciones. Está inmunológicamente mediada y potencialmente asociada con varias comorbilidades, afectando a alrededor del 2% de la población en Europa y los Estados Unidos. Hace décadas, se consideró una enfermedad exclusiva de la piel, y el objetivo principal del tratamiento era liberar al paciente de lesiones cutáneas. Sin embargo, el conocimiento sobre esta enfermedad de la piel ha evolucionado

considerablemente en las últimas décadas, y la psoriasis es actualmente reconocida como una enfermedad multisistémica. (9)

Se cree que el 73% de los pacientes con psoriasis presentan al menos una comorbilidad. La enfermedad inflamatoria del intestino, la uveítis y los trastornos psiquiátricos se conocen desde hace algún tiempo. Posteriormente, la investigación se centró en el estudio de la asociación entre el síndrome metabólico y sus componentes, como obesidad, hipertensión, dislipidemia, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares en la evolución de la psoriasis. El estado inflamatorio sistémico es el probable vínculo entre todas estas comorbilidades. Varias citoquinas inflamatorias han sido estudiadas como posibles coadyuvantes de este proceso, pero los resultados aún no están completamente claros. Aparentemente, las lesiones cutáneas producen una amplia gama de productos inflamatorios que, dependiendo de la extensión de la afectación cutánea, pueden ser liberados en la circulación sistémica, influyendo así en la aparición o empeoramiento de otras enfermedades inmunomediadas. El tratamiento adecuado de la psoriasis reduce los niveles de algunas citoquinas como el TNF-alfa (factor de necrosis tumoral alfa) y la IL-1 (interleuquina), factores reconocidos como factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Además, el carácter inflamatorio de enfermedades como el síndrome metabólico conduce a la liberación sistémica de inflamatorios que, a su vez, contribuyen a la aparición o empeoramiento

de la psoriasis. Recientemente, se están estudiando nuevas

comorbilidades asociadas con la psoriasis, como la osteoporosis, la apnea obstructiva del sueño y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. (10)

La psoriasis es una de las patologías más frecuentemente referidas al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, por lo cual su manejo requiere tener en consideración el concepto de enfermedad sistémica que actualmente se le atribuye, teniendo en cuenta su asociación a otras entidades.

Si bien representa un riesgo mínimo de mortalidad, la psoriasis se asocia a una alta morbilidad y representa un costo económico elevado tanto para el paciente como para los sistemas de salud, por lo tanto, el conocer los factores asociados valorará la importancia de corregir estos factores sobre todo los modificables, lo cual beneficiará tanto el estado de salud del paciente, previniendo morbilidad, así como la economía de las diferentes instituciones de salud.

A pesar de la evidencia expuesta, en nuestro medio son pocos los estudios actuales en relación a los factores asociados con psoriasis, por lo cual existen muchas interrogantes que al ser resueltas beneficiarán a nuestros pacientes a través del manejo de factores de riesgo según las guías internacionales vigentes.

1.3 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a psoriasis en pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Sergio E Bernales durante los

meses de enero a diciembre del 2017?

1.4 Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Identificar los factores de riesgo asociados a psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Sergio E Bernal es durante los meses de enero a diciembre del 2017.

Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes con psoriasis.
- Determinar la frecuencia de psoriasis según grupo etáreo.
- Determinar la frecuencia de psoriasis según sexo.
- Determinar la forma clínica, antecedentes personales y medicamentos de mayor frecuencia en los pacientes con psoriasis.
- Determinar la forma clínica de psoriasis de mayor frecuencia según sexo y grupo etáreo.
- Identificar los antecedentes personales asociados con psoriasis según sexo y grupo etáreo.
- Identificar los medicamentos asociados con psoriasis según sexo y grupo etáreo.

1.5 Justificación de la investigación

En la actualidad, existen pocos trabajos específicos dirigidos a identificar mediante datos exactos los factores asociados a psoriasis, a pesar de que nuestra población presenta una alta prevalencia de dicha

llevándose a cabo en el servicio de dermatología Hospital Sergio E. Bernales.

1.6 Alcances y limitaciones

No hubo ninguna limitación para la realización del presente trabajo de investigación. Los alcances que nos proporcionó el estudio resultan de mucha importancia, en relación a los factores asociados a psoriasis en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

1.7 Definición de variables

Variable independiente

- Factores de riesgo (Antecedentes, medicamentos, otros).

Variable dependiente

- Psoriasis.

Variables intervinientes

- Edad, sexo.



Operacionalización de variables

Operacionalización de las variables					
Variables	Definición conceptual	Tipo de variable	Escala de medición	Criterio de medición	Instrumento
Sexo	Género de cada paciente	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Ficha de recolección de datos
Edad	Tiempo de vida del paciente al inicio del estudio expresada en años	Cuantitativa	De razón	Años cumplidos.	
Forma clínica	Presentación clínica de la psoriasis	Cualitativa	Nominal	Vulgar Guttata Invertida Pustulosa Eritrodérmica	
Antecedentes patológicos	Diagnósticos previos de enfermedad	Cualitativa	Nominal	Hipertensión arterial. Diabetes mellitus. Hipertrigliceridemia Síndrome metabólico, obesidad. Alcoholismo. Hábito de fumar. Drogas Hepatopatía. Enfermedad tiroidea. Nefropatía Neoplasia maligna.	
Medicamentos	Consumo de medicamentos en otras comorbilidades con influencia en la psoriasis.	Cualitativa	Nominal	Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina Betabloqueadores	

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. 1 Teorías relacionadas al tema

Psoriasis: Es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel, de etiología desconocida, que evoluciona en brotes. Su expresión clínica es muy variable. Afecta a un 1-2% de la población, pudiendo aparecer a cualquier edad, con un máximo de incidencia entre 20 y 30 años. Existen antecedentes familiares en un tercio de los pacientes. (1)

Etiología. Multifactorial (herencia poligénica + factores ambientales)

- Infecciones: psoriasis en gotas tras infección faríngea estreptocócica. Más frecuente en niños.
- Fármacos: litio, betabloqueantes, AINEs y antipalúdicos.
- Traumatismos (fenómeno isomorfo de Koebner).
- Factores psicológicos: el estrés empeora la enfermedad.
- Alcoholismo.
- Suspensión brusca de tratamiento con corticoides.
- Diálisis.
- Hipocalcemia.
- Clima: el calor y la luz solar mejoran las lesiones de psoriasis.

Patogenia: Se caracteriza por la aparición de un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos TH activados que liberan citoquinas que estimulan la proliferación de queratinocitos (aumento del componente germinativo y acortamiento del ciclo celular, que llevaría a un engrosamiento epidérmico). Si el tiempo normal de tránsito epidérmico

de la capa basal a la capa cornea suele ser de 28 días, en la psoriasis, este tránsito puede llegar a consumarse en tan sólo 4 días. (2)

Clínica: Placa eritematosa infiltrada y bien delimitada, cubierta de escamas gruesas de color blanco-plateado. Cuando la lesión regresiona, alrededor de la placa suele existir un anillo de piel más pálido que la piel que la circunda denominada *halo de Woronoff*. Otros signos son los que se obtienen por el llamado *raspado metódico de Brocq* en la placa psoriática, de la que inicialmente se desprende multitud de escamas finas (*signo de la bujía*); si se continúa raspando, se desprende una membrana fina (*membrana de Duncan-Buckley*) y aparecerá un punteado hemorrágico en la superficie (*signo de Auspitz o signo del rocío hemorrágico*) debido a la ruptura de los capilares de las papilas dérmicas (1-2).

Formas clínicas.

- **Psoriasis en gotas.** Buen pronóstico. Cursa con uno o varios brotes de pequeñas lesiones (0,5-1 cm) que afectan fundamentalmente al tronco y raíz de miembros.
- **Psoriasis invertida.** Afecta fundamentalmente a los pliegues con aparición de placas eritematosas e infiltradas sin descamación.
- **Eritrodermia psoriásica.** Afecta a la totalidad de la superficie corporal, con mayor eritema y con menos

componente descamativo. Forma grave que requiere ingreso hospitalario y seguimiento debido a la gran tendencia a desarrollar complicaciones (infecciones de origen cutáneo, sepsis, hipoproteinemia e hiposideremia secundaria).

▪ **Psoriasis vulgar.**

- En pequeñas placas: forma más frecuente. En áreas extensoras (codos, rodillas, glúteos) y cuero cabelludo con tendencia a la estabilidad durante meses.
- En grandes placas: de mayores tamaños y más diseminados.

▪ **Psoriasis ungueal.**

- Piqueteado de la lámina ungueal. Más frecuente.
- Decoloración en *mancha de aceite*. Inicio distal y asciende hacia proximal. Coloración marrón-amarillenta.
- Onicodistrofia con hiperqueratosis subungueal distal y onicólisis (más específico).

▪ **Psoriasis pustulosa.**

- *Generalizado* de von Zumbusch: Suele comenzar con fiebre y una erupción de pústulas estériles de 2-3 mm, diseminadas por el tronco y extremidades, sobre una base intensamente eritematosa, que pueden confluir. Se secan rápidamente y brotan de nuevo. Puede existir

fiebre elevada, malestar general, leucocitosis. Forma

más grave. (3)

- *Localizado:*

- ✓ Pustulosis palmoplantar: brotes repetidos de pústulas sobre una base eritematosa en palmas y plantas. Se seca dejando unas costras marrones y reaparecen, imbricándose los brotes.
- ✓ Acrodermatitis continua de Hallopeau: erupción en brotes repetidos de pústulas en uno o varios dedos de las manos con destrucción de la uña y reabsorción de la falange distal en casos crónicos. (4)
- ✓ Artropatía de la psoriasis . Se caracteriza por presentarse aproximadamente entre un 5 y 8% de los pacientes con psoriasis. Con frecuencia se asocia a onicopatía. Es más, intensa en aquellos casos con enfermedad cutánea severa (formas pustulosas y eritrodérmicas). (5)

Histopatología: Hiperqueratosis con focos de paraqueratosis, hipogranulosis, acantosis, papilomatosis y acúmulos de polinucleares neutrófilos en capas altas de la epidermis (microabscesos de Munro-Sabouraud en capa córnea y pústula espongiiforme de Kogoj en la capa espinosa). En la dermis papilar pueden apreciarse capilares dérmicos dilatados y tortuosos; así como un infiltrado inflamatorio perivascular de células mononucleares. (6)

Tratamiento: El índice de gravedad del área de psoriasis (PASI) es la herramienta de medición más utilizada que evalúa la gravedad de las lesiones y las áreas afectadas. La terapia tópica se usa en la psoriasis leve a moderada. Los humectantes pueden ayudar a mejorar la función de barrera y mantener la hidratación del estrato córneo. Los agentes

tópicos utilizados son el dirranol, los corticosteroides, el análogo de la vitamina D y los retinoides. La fototerapia que incluye la terapia PUVA que se caracteriza por combinar el psoraleno con la exposición a luz ultravioleta (UVA), con un rango de 311 nanómetros a 313 nanómetros. Se puede dar con seguridad a los niños, mujeres embarazadas y lactantes e incluso ancianos. Los medicamentos sistémicos se utilizan en casos extensos, como en la afectación de las uñas y la artritis psoriásica. El metotrexato se considera estándar de oro, mientras que los retinoides, la ciclosporina y los fumaratos son otras opciones. La evaluación rutinaria de las funciones hepáticas y las funciones renales deben ser monitoreadas en los pacientes con terapia sistémica.

Las proteínas biológicas son proteínas fabricadas que interrumpen el proceso inmunológico en la psoriasis que son infliximab, adalimumab, etanercept e interleucinas. (7,8)

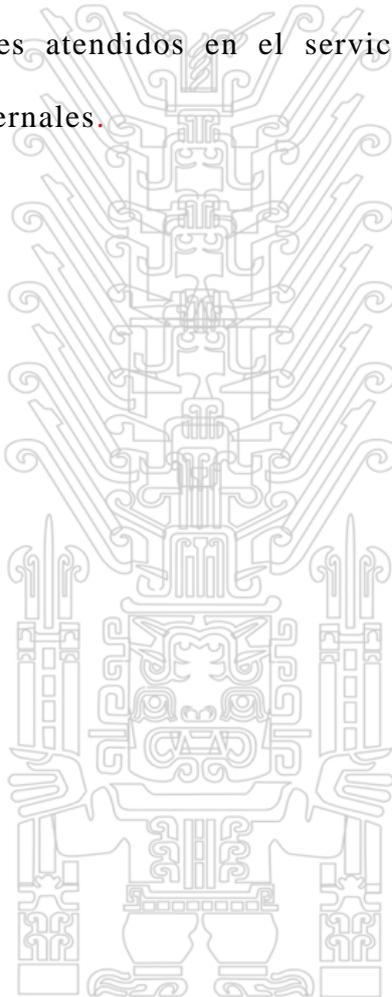
2.2 Marco conceptual

<p>Antecedentes Patológicos.</p>	<p>Diagnósticos previos de enfermedad.</p>	<p>Hipertensión arterial. Diabetes mellitus tipo 2. Enfermedad coronaria. Dislipidemia. Accidente cerebrovascular. Artropatía psoriásica. Alcoholismo. Desorden ansioso depresivo. Hábito de fumar. Otros.</p>
<p>Medicamentos de uso frecuente.</p>	<p>Tratamiento farmacológico que mantiene el paciente en los últimos 3 meses.</p>	<p>Acitretin. Ciclosporina. Tratamiento por hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 o dislipidemia, Otros.</p>

2.3 Hipótesis:

H₁: Existen factores estadísticamente significativos asociados a psoriasis en pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Sergio E Bernales.

H₀: No existen factores estadísticamente significativos asociados a psoriasis en pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital Sergio E. Bernales.



CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

Según orientación: estudio prospectivo, transversal, descriptivo.

Según tendencia: investigación cuantitativa.

3.2 Diseño de investigación

En el presente estudio dado la naturaleza de las variables materia de investigación, responde al de una investigación por objetivos.

3.3 Estrategias de pruebas de hipótesis

A través de la estadística inferencial

3.4 Variables

Las descritas en la tabla de operacionalización de las variables.

3.5 Población:

Los casos fueron todos los pacientes con diagnóstico de psoriasis consignado en la historia clínica atendidos en el Servicio de Dermatología del Hospital Sergio E Bernal, evaluados durante los meses de enero a diciembre del 2017. Por otro lado, los controles fueron los pacientes sin el diagnóstico de psoriasis. Los sujetos de investigación cumplirán con los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Para mantener la representatividad de la muestra con respecto a la población tanto casos como controles se seleccionaron mediante muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

Criterios de inclusión casos:

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Diagnóstico de psoriasis determinado por especialista en dermatología, consignado en la historia clínica.

Paciente atendido en el Servicio de Dermatología del Hospital Sergio E Bernalles durante los meses de enero a diciembre del 2017.

Criterios de inclusión Controles:

Paciente que no tenga diagnóstico de psoriasis.

Paciente atendido en el Servicio de Medicina del Hospital Sergio E Bernalles durante los meses de enero a diciembre del 2017.

Criterios de exclusión:

Criterios de exclusión casos

No se incluirán las historias clínicas que estén fuera del tiempo previsto para el estudio. Tampoco se consideraron las historias incompletas.

Criterios de exclusión Controles

Tampoco se incluyeron las historias clínicas incompletas.

3.6 Muestra

Se utilizará la siguiente fórmula para el cálculo del tamaño muestral:

- Frecuencia de exposición en los controles= 55.30%
- OR previsto = 2
- Nivel de seguridad (α)= 95 %
- Poder estadístico ($1-\beta$) = 80 %

Con estos datos, para un planteamiento bilateral, y el cálculo del tamaño muestral, se utilizará la expresión:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Donde $p = \frac{p_1 + p_2}{2}$ y los valores $z_{1-\alpha/2}$ y $z_{1-\beta}$ son valores que se obtienen de la distribución normal estándar en función de la seguridad y el poder

elegidos para el estudio. En particular, para una seguridad de un 95% y un poder estadístico del 80 % se tiene que $z_{1-\alpha/2} = 1,96$ y $z_{1-\beta} = 0,84$.

Tamaños de muestra y potencia para estudios de casos y controles independientes

Proporción de casos expuestos: 62.35 %

Proporción de controles expuestos: 45.30 %

OR esperado: 2.000

Controles por caso: 1

Nivel de confianza: 95.0 %

Potencia (%)	Ji-cuadrado	Tamaño de muestra	
		Casos	Controles
80.0	Sin corrección	93	93
	Corrección de Yates	115	115

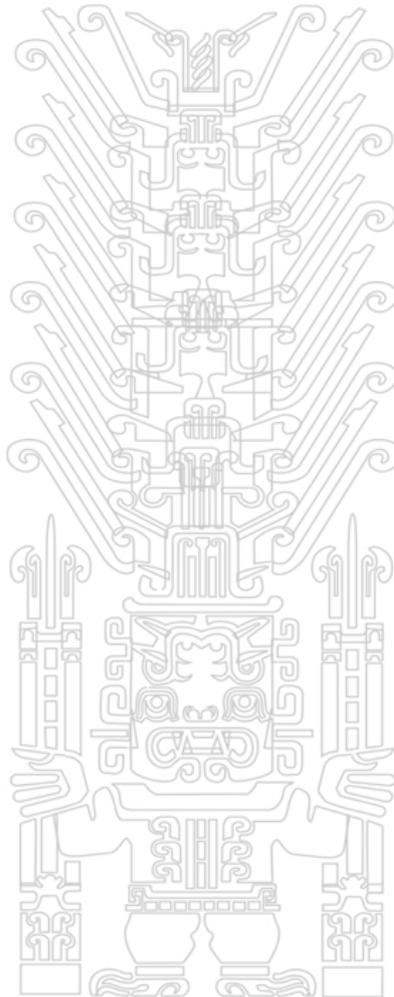
3.7 Técnicas de investigación

Se revisaron historias de pacientes con diagnóstico de psoriasis atendidos en el Servicio de Dermatología y Medicina, correspondientes al periodo de estudio ya especificado. Después se seleccionaron los casos y controles por muestreo aleatorio simple y cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión para caso y control. Posteriormente estos datos se analizaron según el análisis de datos estadístico planteado. Se evaluarán los resultados, se procederá a la discusión de los mismos y, finalmente, al planteamiento de conclusiones y recomendaciones para investigaciones futuras.

Se confeccionó un cronograma de trabajo para desarrollar el estudio en un periodo de 3 meses desde la revisión de la bibliografía hasta la publicación, en tiempos apropiados y en cada momento de la investigación se trabajó en coordinación con la Oficina de Capacitación

y Docencia del Hospital Sergio E Bernales.

Plan de Análisis e Interpretación de Datos: Los resultados obtenidos se presentaron en distribuciones de frecuencia y porcentaje en tablas y gráficos. La información recopilada se procesó electrónicamente a través del paquete estadístico SPSS versión 23, calculándose pruebas estadísticas: Razón de la Probabilidad (OR). Intervalo de Confianza y X^2 (Chi cuadrado) por el método de Fisher.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

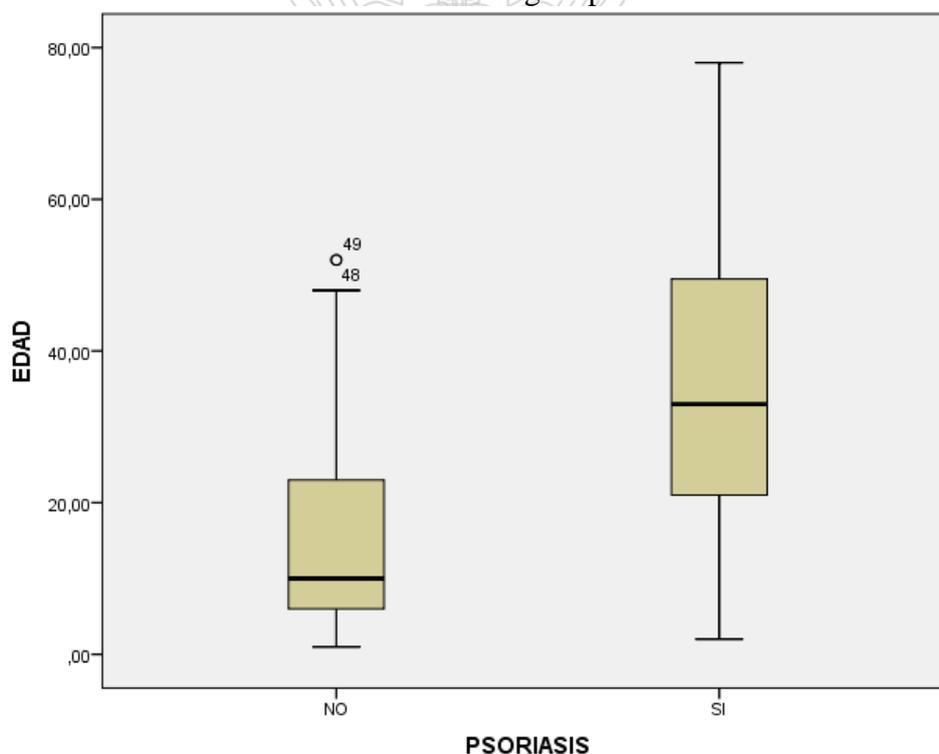
Nuestro estudio estuvo compuesto 51(40,8%) casos de pacientes con psoriasis y 74(59,4%), sin el diagnóstico de psoriasis. El promedio de la edad de los pacientes con psoriasis fue de 34,7+/- 19,8 años, siendo la mínima de 1 año y la máxima de 78 años.

Tabla 1
Media de la edad según psoriasis

Psoriasis	Media	N	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	% de N total
No	15,9595	74	14,37791	1,00	52,00	59,2%
Si	34,7843	51	19,84270	2,00	78,00	40,8%
Total	23,6400	125	19,15068	1,00	78,00	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos

Grafico 1
Media de la edad según psoriasis



De los pacientes que presentaron psoriasis el 66,7% fueron mujeres, y el grupo etáreo de mayor frecuencia estuvo entre los 40 a 60 años (33,3%).

Tabla 2
Frecuencia de psoriasis según sexo y grupo etáreo.

		Psoriasis			
		No		Si	
		N	%	N	%
Sexo	Masculino	19	25,7%	17	33,3%
	Femenino	55	74,3%	34	66,7%
edad	1 a 20 años	49	66,2%	12	23,5%
	21 a 39 años	16	21,6%	16	31,4%
	40 a 60 años	9	12,2%	17	33,3%
	> 60 años	0	0,0%	6	11,8%

Fuente: ficha de recolección de datos

Encontramos una asociación estadísticamente significativa de los antecedentes personales y medicamentos con psoriasis. Dentro de los antecedentes de mayor frecuencia encontramos obesidad (19,6%), hipertensión (15,7%), y dislipidemia (9, 8%). Dentro de los medicamentos encontramos una mayor frecuencia de uso de retinoides en los pacientes con psoriasis.

Tabla 3
Forma clínica, antecedentes personales y medicamentos de mayor frecuencia en los pacientes con psoriasis.

		Psoriasis			
		No		Si	
		N	%	N	%
Antecedentes	Ninguno	55	74,3%	9	17,6%
	HTA	8	10,8%	8	15,7%
	DM	2	2,7%	4	7,8%
	Dislipidemia	0	0,0%	5	9,8%
	Síndrome metabólico	0	0,0%	3	5,9%
	Obesidad	1	1,4%	10	19,6%
	Hepatopatía	3	4,1%	2	3,9%
	Nefropatía	5	6,8%	4	7,8%
	Enfermedad tiroidea	0	0,0%	1	2,0%
	Alcoholismo	0	0,0%	5	9,8%
Antecedentes2	No	55	74,3%	9	17,6%
	Si	19	25,7%	42	82,4%
Medicamentos de uso frecuente	Ninguno	64	86,5%	7	13,7%
	Retinoides	0	0,0%	29	56,9%
	Esteroides	0	0,0%	10	19,6%
	Tratamiento antihipertensivo	8	10,8%	2	3,9%
	Tratamiento hipoglucemiante	2	2,7%	3	5,9%
medicamentos2	no	64	86,5%	7	13,7%
	si	10	13,5%	44	86,3%

Fuente: ficha de recolección de datos

La forma clínica de mayor frecuencia tanto en hombres como en mujeres fue la forma vulgar.

Tabla 4

Forma clínica de psoriasis de mayor frecuencia según sexo y grupo etáreo.

		Sexo					
		Masculino			Femenino		
		Edad			Edad		
		Media	Desviación estándar	%	Media	Desviación estándar	%
Forma clínica	Ninguna	18,21	15,93	52,8%	15,18	13,87	61,8%
	Vulgar	38,73	22,33	30,6%	31,54	19,86	27,0%
	En gotas	45,00	18,38	5,6%	55,50	31,82	2,2%
	Invertida	22,00	.	2,8%	23,00	.	1,1%
	Pustular	25,67	17,79	8,3%	38,29	15,92	7,9%

Fuente: ficha de recolección de datos

Los antecedentes personales de mayor frecuencia en varones fue la obesidad (13,9%), y en las mujeres fue la hipertensión arterial (13,5%).

Tabla 5

Antecedentes personales asociados con psoriasis según sexo y grupo etáreo.

		Sexo					
		Masculino			Femenino		
		Edad			Edad		
		Media	Desviación estándar	%	Media	Desviación estándar	%
Antecedentes	Ninguno	13,19	12,30	44,4%	10,69	10,08	53,9%
	HTA	47,50	9,11	11,1%	42,50	10,29	13,5%
	DM	48,00	,00	5,6%	29,50	3,11	4,5%
	Dislipidemia	.	.	0,0%	54,60	22,57	5,6%
	Síndrome metabólico	56,00	.	2,8%	36,50	24,75	2,2%
	Obesidad	44,20	21,51	13,9%	42,67	10,21	6,7%
	Hepatopatía	17,00	7,07	5,6%	32,00	20,52	3,4%
	Nefropatía	10,00	,00	5,6%	13,29	4,79	7,9%
	Enfermedad tiroidea	58,00	.	2,8%	.	.	0,0%
	Alcoholismo	25,00	6,08	8,3%	31,00	4,24	2,2%

Fuente: ficha de recolección de datos

Los medicamentos de mayor frecuencia tanto en varones como en mujeres fueron los retinoides.

Tabla 6
Medicamentos asociados con psoriasis según sexo y grupo etáreo.

		Sexo					
		Masculino			Femenino		
		Edad			Edad		
		Media	Desviación estándar	%	Media	Desviación estándar	%
Medicamentos de uso frecuente	Ninguno	14,35	15,72	47,2%	15,07	15,85	60,7%
	Retinoides	36,50	20,71	33,3%	27,82	19,90	19,1%
	Ciclosporina	.	.	0,0%	.	.	0,0%
	Esteroides	27,00	7,07	5,6%	39,63	16,66	9,0%
	Tratamiento antihipertensivo	43,00	1,73	8,3%	41,29	5,96	7,9%
	Tratamiento hipoglicemiante	48,00	,00	5,6%	33,67	13,61	3,4%
	Tratamiento hipolipemiante	.	.	0,0%	.	.	0,0%

Fuente: ficha de recolección de datos



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

Encontramos que dentro de los antecedentes asociados a psoriasis la obesidad, hipertensión y dislipidemia resultaron significativos, datos que se relacionan con lo reportado por **Bonanad C.**(España, 2017), quien refiere que los factores de riesgo modificables como la obesidad y dislipidemia, cuando sea apropiado, deben derivarse a los pacientes a otros especialistas para la prevención de eventos cardiovasculares mayores. (1)

Nuestro estudio estuvo compuesto por 8 casos pediátricos, resultando la obesidad como un factor de riesgo para psoriasis, por lo que coincidimos con **Bronckers IM.** (Nueva Zelanda,2015), quien refiere que la psoriasis pediátrica puede tener un profundo impacto a largo plazo en la salud psicológica de los niños afectados. Además, la psoriasis pediátrica se ha asociado con ciertas comorbilidades, como la obesidad, la hipertensión, la hiperlipidemia, la diabetes mellitus y la artritis reumatoide, lo que hace que el diagnóstico y el tratamiento tempranos sean esenciales. (2)

La media de la edad de los pacientes con psoriasis en nuestro estudio fue de 34,7 años, dato menor a lo reportado por **Egeberg A.** (Dinamarca, 2017), quien reporta que la edad media en el momento del diagnóstico fue de 47.7-58.7 años. (5)

Nuestros datos son coincidentes con lo reportado por **Matteo Megna and Maddalena Napolitano.**(Italia, 2015), quien refiere que la

psoriasis es una enfermedad sistémica inflamatoria crónica e inmunomediada que se dirige principalmente a la piel. En cuanto a la psoriasis en adultos, la psoriasis pediátrica se ha asociado recientemente con la obesidad, el síndrome metabólico, el aumento de los percentiles de la circunferencia de la cintura y las anomalías metabólicas de laboratorio, lo que justifica una monitorización temprana y modificaciones en el estilo de vida. (9) Asimismo **Owczarczyk-Saczonek A.**(Rusia,2017), reporta que la obesidad también tiene un impacto significativo en el tratamiento de la psoriasis, aumentando el riesgo de efectos adversos de los fármacos sistémicos, reduciendo la eficacia de los agentes biológicos por lo que la dosis debe ajustarse al peso del paciente. (12)

Encontramos que la obesidad, hipertensión y dislipidemia están asociados con la psoriasis, por lo que coincidimos con **Padilla Tresierra.** (Perú, 2016), quien refiere que el Sobrepeso, Hipertensión arterial y Diabetes son factores de riesgo asociados a Psoriasis vulgar. (13) Asimismo **Paiva-Lopes MJ.**(Portugal,2017), refiere que la enfermedad cardiovascular es la causa más frecuente de muerte en pacientes con psoriasis severa y que varios factores de riesgo clásicos de enfermedades cardiovasculares también aumentan en la psoriasis. (14)

Coincidimos con lo reportado por **Rodríguez-Zúñiga MJM.**(Colombia, 2017), quien refiere que varios estudios han demostrado una relación entre la psoriasis y el síndrome metabólico (SM), pero ningún

metanálisis se ha limitado a estudios que ajustaron los factores de confusión. (16) También **Singh S.** (India, 2017), reporta que la psoriasis está asociada con obesidad, síndrome metabólico (MS), diabetes y factores de riesgo cardiovascular. (17) Asimismo coincidimos con **Smith J.** (USA, 2017), quien refiere que los dermatólogos y los proveedores de atención primaria comparten roles en la detección de comorbilidades asociadas (incluyendo trastornos cardiovasculares, enfermedad renal crónica, enfermedad de Crohn, dislipidemia, diabetes mellitus / resistencia a la insulina, depresión, síndrome metabólico, obesidad y artritis psoriásica) reevaluando las necesidades de tratamiento a medida que se aprueben nuevas terapias, (19) por lo que es importante la educación de los proveedores de atención de salud es esencial para asegurar una atención médica integral para los pacientes con psoriasis. (20) Los datos informados aquí subrayan la importancia de la educación del paciente y la entrega de información para optimizar la adherencia del paciente y por lo tanto los resultados del tratamiento. Los médicos que tratan deben ser conscientes de que los aspectos de su interacción con el paciente pueden influir en la adherencia al tratamiento. (24)



CONCLUSIONES

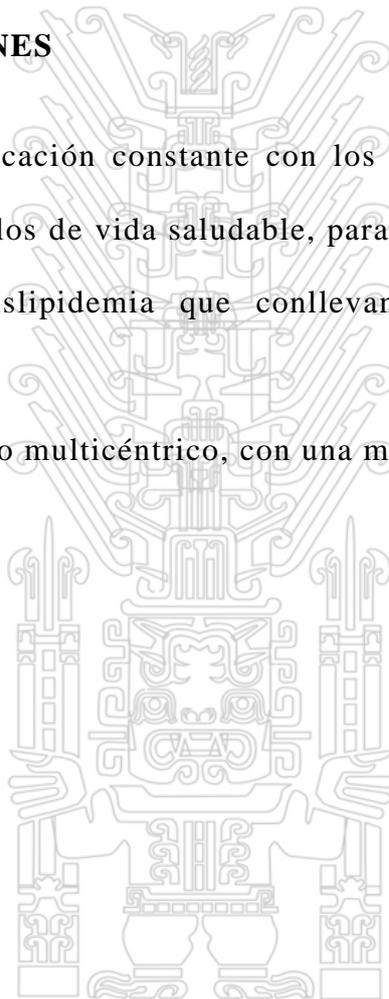
Los factores de riesgo asociados a psoriasis fueron la obesidad, hipertensión y uso de retinoides.

Los pacientes con psoriasis se caracterizaron por ser mujeres, mayores de 40 años, obesas, hipertensas que usan retinoides.

RECOMENDACIONES

Entablar una comunicación constante con los pacientes con psoriasis, en relación a los estilos de vida saludable, para mejorar lo concerniente a la obesidad y dislipidemia que conllevan a factores de riesgo cardiovascular.

Desarrollar un estudio multicéntrico, con una muestra mayor.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bonanad C. (2017) *Clinical, Diagnostic, and Therapeutic Implications in Psoriasis Associated With Cardiovascular Disease.* (17): 30195. *Actas Dermosifiliogr.*
2. Bronckers IM.(2015) *Psoriasis in Children and Adolescents: Diagnosis, Management and Comorbidities.* 17(5):373-84. *Pediatric Drugs.*
3. Čabrijan L .(2015) *Association of psoriasis with other diseases.* 69(1):59-63. *Acta Med Croatica.*
4. Dogra S.(2016) *Psoriasis: Epidemiology, clinical features, comorbidities, and clinical scoring.* ;7(6):471-80. *Indian Dermatol Online J.*
5. Egeberg A.(2017). *Incidence and Prevalence of Psoriasis in Denmark.* 97(7):808-12. *Acta Derm Venereol.*
6. Kim WB.(2017) *Diagnosis and management of psoriasis.* 63(4):278-85. *Can Fam Physician.*
7. Korman NJ.(2015) *Psoriasis disease severity affects patient satisfaction with treatment.* 21(7). *Dermatol Online J.*
8. Marrie RA.(2017) *Increased incidence and prevalence of psoriasis in multiple sclerosis.* 13:81-6. *Mult Scler Relat Disord.*
9. Matteo Megna and Maddalena Napolitano.(2015) *Psoriasis in Children: A Review.* 11(1):10-26. *Curr Pediatr Rev.*
10. Norris D. (2017)*Biologics and dermatology life quality index (DLQI) in the Australasian psoriasis population.* 23:1-6. *J*

Dermatolog Treat.

11. Oh EH.(2017) *Epidemiology and cardiovascular comorbidities in patients with psoriasis: A Korean nationwide population-based cohort study.*44(6):621-9.. J Dermatol.
12. Owczarczyk-Saczonek A.(2017) *Compounds of psoriasis with obesity and overweight.* 71(1):761-72.Postepy Hig Med Dosw (Online).
13. Padilla Tresierra.(2016) *Sobrepeso, hipertension arterial y diabetes como factores asociados a psoriasis vulgar.* Hospital Lazarte. Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego.
14. Paiva-Lopes MJ.(2017) *Psoriasis-associated vascular disease: the role of HDL.* 24(1):73. J Biomed Sci.
15. Relvas M.(2017) *Pediatric Psoriasis.* 18(6):797-811. Am J Clin Dermatol.
16. Rodríguez-Zúñiga MJM.(2017) *Systematic review and meta-analysis of the association between psoriasis and metabolic syndrome.* 77(4):657-66. J Am Acad Dermatol.
17. Singh S.(2017) *Randomized Placebo Control Study of Metformin in Psoriasis Patients with Metabolic Syndrome (Systemic Treatment Cohort).* 21(4):581-7. Indian J Endocrinol Metab.
18. Smirnova SV.(2016) *Hepatobiliary System Diseases as the Predictors of Psoriasis Progression.* (2):102-8. Vestn Ross Akad Med Nauk.

19. Smith J.(2017) *Advances in Psoriasis*. 110(1):65-75.South Med J.
20. Takeshita J.(2017) *Psoriasis and comorbid diseases: Epidemiology*. 76(3):377-90.J Am Acad Dermatol.
21. Tsai SY.(2017) *Increased risk of herpes zoster in patients with psoriasis: A population-based retrospective cohort study*. 12(8):0179447. PLoS One.
22. Van Beugen S.(2017) *Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis*. 176(3):687-94.Br J Dermatol.
23. Yang H.(2017) *Risk and predictors of psoriasis in patients with breast cancer: a Swedish population-based cohort study*. 15(1):154. BMC Med.
24. Zschocke I.(2017) *Evaluation of adherence predictors for the treatment of moderate to severe psoriasis with biologics: the importance of physician-patient interaction and communication*. 31(6):1014-20. J Eur Acad Dermatol Venereol.



ANEXOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de historia clínica:

1. Edad:
2. Sexo:
 - a. Femenino
 - b. Masculino
3. Forma clínica:
 - a. Vulgar
 - b. En gotas
 - c. Invertida
 - d. Pustular
 - Generalizada
 - Localizada
 - e. Eritrodérmica

4. Antecedentes personales

Enfermedad	Si	No
Hipertensión arterial		
Diabetes mellitus		
Dislipidemia		
Síndrome metabólico		
Obesidad		
Hepatopatía		
Nefropatía		
Enfermedad tiroidea		
Alcoholismo		
Hábito de fumar		
Drogas		
Neoplasia maligna		
EPOC		
osteoporosis		
Familiar con antecedente de psoriasis		
Otros		

5. Medicamentos de uso frecuente

Tesis publicada con autorización del autor
No olvide citar esta tesis

UNFV

Tratamiento	Si	No
Retinoides		
Ciclosporina		
Esteroides		
Tratamiento antihipertensivo		
Tratamiento hipoglucemiante		
Tratamiento hipolipemiante		
Antineoplásicos		
Otros		

