

Artículo

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PSORIASIS. SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA "ENRIQUE TEJERA". VALENCIA, VENEZUELA 2011.

LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH PSORIASIS DIAGNOSIS WHO ATTEND TO DERMATOLOGY SERVICE CIUDAD HOSPITALARIA "ENRIQUE TEJERA" FEBRUARY-APRIL 2011.

Sandra C. Vivas T.¹
Daniel Lizama E.M.²
Richani Nizar²
Daniel Rivas²
Francisco Figueredo²

RESUMEN

Las psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de piel, caracterizada por placas eritemato-descamativas, únicas o múltiples, en ocasiones generan rechazo y segregación social. con el objetivo de conocer la calidad de vida en pacientes con reciente diagnóstico de psoriasis que acuden al Servicio de Dermatología, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal dentro del paradigma cuantitativo. El muestreo probabilístico, tuvo tamaño de 104 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante los cuestionarios: Índice dermatológico de calidad de vida, Graffar Méndez Castellanos. En los resultados predominó el sexo masculino 50,96% (53/104 casos) la edad promedio fue 35,70 años, estrato socio-económico IV (42,17%), 37,5% (39 casos) .sostuvo que en Poco grado ha representado el tratamiento de su dermatopatía un problema, seguido de aquellos pacientes que afirmaron en Nada tal tratamiento representa un problema y 36,54% demuestra la preocupación de los pacientes por su condición. Se sugiere estudiar la calidad de vida en estos pacientes en forma periódica a fin de objetivar el impacto de las terapias en la vida del paciente.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis, enfermedad crónica, calidad de vida, adherencia al tratamiento.

ABSTRACT

Psoriasis is a chronic and relapsing disease affecting patients in many ways especially their quality of life, using triggers, be affected in a health, social, labor, without leaving aside the psychological health of the patient the objective was. To describe the life quality in patients presenting to Dermatology Service, CHET diagnosed with psoriasis. We performed a descriptive cross-sectional non-experimental, with a sample consist of 104 patients diagnosed with psoriasis attending the consultation of psoriasis of the Dermatology Service, CHET Data collection is performed by the test Dermatology Life Quality Index, Graffar Mendez Castellanos. The main results observed the mean age of 35.70 years, largely male 50.96% (53/104 cases), prevailing socio-economic stratum Graffar IV (42.17%), 37.5% (39 cases) held that in lesser degree has represented dermatopathy treatment of a problem, followed by those patients whom reported such treatment in Nothing is a problem.

KEY WORDS: Psoriasis, chronic disease, life quality, treatment adherence.

¹Médico Dermatólogo. Jefe del Servicio de Dermatología .Ciudad Hospitalaria Dr. "Enrique Tejera". ²Estudiantes de Medicina. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Correspondencia: sandravivastoro@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La psoriasis es conocida como dermatosis inflamatoria crónica; caracterizada por placas eritematosas bien definidas y pruriginosas;¹ su etiología es desconocida aunque se describen factores inmunogenéticos agregados a su aparición, así como: factores desencadenantes, traumatismos, infecciones, algunos fármacos, cambios climáticos y estrés.² La fisiopatología atiende a un desarrollo acelerado de las capas de la piel, normalmente las células se modifican en forma paulatina en un término de 1 mes, al parecer en la piel psoriática estos cambios se suscitan en forma asincrónica y acelerada disminuyendo el tiempo de desarrollo de las células cutáneas, desde la capa granulosa hasta la superficie de capa córnea; en pacientes psoriáticos, este proceso ocurre demasiado rápido y las células muertas se acumulan en la superficie de la piel. La psoriasis no tiene predilección de grupo de edad, es frecuente entre los 15-35 años. Puede desaparecer y reactivarse en forma abrupta o lenta.¹

Estudios epidemiológicos revelan prevalencia que varía entre 0,2 y 4,6% en Estados Unidos mientras en Europa 2-3% . Entre los síntomas característicos se encuentran la aparición de los parches enrojecidos de diferentes tamaños, bien delimitados y escamosos, bajo estas existe una película epidérmica llamada membrana de Duncan-Dulckey,³ cuyo desprendimiento está acompañado de un punteado hemorrágico, conocido como signo de Auspitz.² Las lesiones están ubicadas más comúnmente en las rodillas, codos y tronco, aunque también es conocida por su aparición en el cuero cabelludo. La afección de las uñas es de diferente morfologías, manchas eritematosas en el lecho, hiperqueratosis subungueal u onicolisis.³ Hay diversas formas clínicas, la más frecuente es la Psoriasis en placas o psoriasis vulgar; y la psoriasis en gota en niños.^{4,5}

La psoriasis históricamente ha sido motivo de rechazo social, dado el aspecto que presentan los pacientes psoriáticos que generan en el ambiente en general algún grado de segregación, por ende es una enfermedad de trascendencia histórica y de impacto social, así, la calidad de vida resulta un método operativo para cambiar paradigmas acercando las situaciones médicas a la realidad social.⁶

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con una población constituida por los pacientes que acudieron al Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" (CHET) del

Estado Carabobo, durante el período Febrero-Mayo 2011. La muestra no probabilística estuvo constituida por 104 pacientes que se definieron por un muestreo circunstancial. Previo consentimiento informado, se realizó recolección de la información con dos instrumentos:

a) Una encuesta de Índice Dermatológico de Calidad de Vida, constituida por 10 preguntas las cuales se agrupan en cinco subdimensiones actividades diarias, de recreación, relaciones interpersonales, laborales y educativas⁷ b) El método Graffar Méndez-Castellanos, la cual evalúa el estrato socioeconómico mediante cuatro variables de 5 indicadores cada uno. Los datos se agruparon en tablas y gráficos estadísticos de frecuencias absolutas y relativas. Se analizó la muestra con un paquete estadístico Excel 2007 (para Windows), mediante estadísticos descriptivos univariados (media, desviación estándar).

RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes estudiados fue 35,70 años \pm 1,09, con una dispersión de 11,12 años, una edad mínima de 16 años, una máxima de 73 años y un coeficiente de variación de 31% (serie moderadamente heterogénea entre sus datos).

Según los intervalos propuestos en la distribución se pudo observar, que el grupo de edad más frecuente fue el de 28 a 39 años representando un 35,58% (37 casos), seguido del grupo de edad de 16 a 27 años que representó un 31,73% (33 casos), en tercer lugar los pacientes con edades comprendidas entre 40 y 51 años quienes representaron un 24,04% (25 casos).

En cuanto al sexo predominó el masculino con 50,96% (53 casos), mientras que el femenino representó 49,04% (51 casos). En lo correspondiente al estrato socioeconómico, el estrato IV (pobreza relativa) fue el más frecuente con un 47,12% (49 casos) seguido del estrato III con un 31,73% (33 casos). Por otra parte, 37,5% (39 casos) afirmó sentir **poco** prurito, dolor, quemazón o pinchazos, mientras 35,58% (37 casos) **bastante**. La preocupación por la enfermedad de piel 36,54% (38 casos) afirmó que **Mucho**, mientras que un 28,85% (30 casos) **Bastante**.

En cuanto a las limitaciones para realizar actividades cotidianas 38,46% (40 casos) manifestó que **Poco** le ha interferido mientras que 28,9% (30 casos) sostuvo que **Nada**. En cuanto al uso de las prendas de

Tabla 1
Clasificación de los pacientes según edad, sexo y estrato socioeconómico.

| Edad (años) | F | % |
|-------------------------------|------------|------------|
| 16 – 27 | 33 | 31,73 |
| 28 – 39 | 37 | 35,58 |
| 40 – 51 | 25 | 24,04 |
| 52 – 63 | 8 | 7,69 |
| 64 – 75 | 1 | 0,96 |
| Sexo | | |
| Femenino | 51 | 49,04 |
| Masculino | 53 | 50,96 |
| Estrato socioeconómico | | |
| I | 1 | 0,96 |
| II | 9 | 8,65 |
| III | 33 | 31,73 |
| IV | 49 | 47,12 |
| V | 12 | 11,54 |
| Total | 104 | 100 |

vestir 27,9% (29 casos) sostuvo que **Nada** ha influenciado su dermatosis en las prendas de vestir que ha utilizado, mientras que 25,96% (27 casos) afirmó que **Poco** ha influenciado. Las actividades de ocio se han limitado poco 35,58% (37 casos) y 25% (26 casos) afirmó **Nada**. Las actividades recreativas se han limitado **Poco**, 46,15% de los pacientes consultados, 20,19% (21 casos) afirmó **Nada**. 72,12% (75 casos) negó que su piel deteriorada le ha impedido trabajar o estudiar; 58,62% refirió **Pocos** problemas para su trabajo o estudio. Problemas con su pareja, amigos familiares o amigos íntimos 50,96% sostuvo Poco grado. 43,27% (45 casos) afirmó que **Poco** grado su enfermedad de la piel le ha ocasionado problemas sexuales, seguido de un 22,12% (23 casos) que afirmaron que en **Nada** le ha ocasionado este tipo de problemas su enfermedad de la piel; 37,5% (39 casos) sostuvo que en **Poco** grado ha representado el tratamiento de su dermatosis un problema.

DISCUSIÓN

La psoriasis es una enfermedad frecuente que se describe clásicamente con una prevalencia de un 2-3% en la población general. Sin embargo, en Estados Unidos de Norteamérica y Canadá se han notificado prevalencias tan altas como de un 4,6-4,7%, respectivamente. La incidencia en Sudamérica es de 0,97%.⁶ A nivel pediátrico, da cuenta del 4% de todas las dermatosis que se ven en menores de 16 años, correspondiendo entre 0,5 a 1,1% de la prevalencia de psoriasis a nivel general.^{1,2} Existe una prevalencia en mujeres jóvenes en comparación a hombres jóvenes. De acuerdo con Acosta-Medina, Alfonso-Trujillo y Toledo-García el 52% correspondió al sexo femenino mientras que el 48% fue del sexo masculino. La edad promedio de los pacientes fue 46,7 años.⁹ Colombet en 2002⁴ demostró un predominio del sexo masculino (51,9%). En la presente investigación el grupo etario más frecuente fue de 28 a 39 años representando un 35,58% (37 casos). La prevalencia en cuanto a sexo fue de 50,96% masculino y 49,06% femenino.

Tabla 2
Índice dermatológico de calidad de vida

| | Mucho | | Bastante | | Poco | | Nada | | No Relevante | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|----------|-------|------|-----------------------|------|-------|--------------|-------|
| | f | % | f | % | f | % | f | % | F | % |
| 1.- ¿Qué grado de prurito, dolor, quemazón o pinchazos ha notado en su piel? | 20 | 19,23 | 37 | 35,58 | 39 | 37,5 | 8 | 7,69 | 0 | 0 |
| 2.- ¿Cuál ha sido el nivel de preocupación que ha tenido debido a su piel enferma? | 38 | 36,54 | 30 | 28,85 | 29 | 27,9 | 7 | 6,73 | 0 | 0 |
| 3.- ¿Cómo ha interferido su enfermedad con su actividad de ir de compras, cuidar su jardín o su hogar? | 8 | 7,69 | 26 | 25 | 40 | 38,46 | 30 | 28,9 | 0 | 0 |
| 4.- ¿En qué modo ha influenciado su enfermedad en las prendas de vestir que ha utilizado? | 17 | 16,35 | 20 | 19,23 | 27 | 25,96 | 29 | 27,9 | 11 | 10,58 |
| 5.- ¿En qué grado su piel alterada ha afectado sus actividades sociales o de ocio? | 12 | 11,54 | 17 | 16,35 | 37 | 35,58 | 26 | 25 | 12 | 11,54 |
| 6.- ¿En qué grado los trastornos de su piel le han dificultado la práctica de cualquier deporte? | 10 | 9,62 | 10 | 9,62 | 48 | 46,15 | 21 | 20,19 | 15 | 14,42 |
| 7.- ¿Su piel deteriorada le ha impedido trabajar o estudiar? | SI 29 (27,88%) | | | | | NO 75 (72,12%) | | | | |
| *Si su respuesta fue Si , ¿en qué grado su piel ha representado un problema para su trabajo o estudio? (n=29) | 3 | 10,34 | 8 | 27,59 | 17 | 58,62 | 1 | 3,45 | 0 | 0 |
| 8.- ¿En qué grado sus anomalías de piel le han creado problemas con su pareja, amigos familiares o amigos íntimos? | 3 | 2,88 | 16 | 15,38 | 53 | 50,96 | 28 | 26,92 | 4 | 3,85 |
| 9.- ¿En qué grado su enfermedad de la piel le ha ocasionado problemas sexuales? | 10 | 9,62 | 13 | 12,5 | 45 | 43,27 | 23 | 22,12 | 13 | 12,5 |
| 10.- ¿En qué grado ha representado el tratamiento de su dermatopatía un problema? | 15 | 14,42 | 17 | 16,35 | 39 | 37,5 | 26 | 25 | 7 | 6,73 |

La psoriasis es una patología que afecta a individuos pertenecientes a todos los estratos socioeconómicos, sin embargo, dada las características de la consulta pudiese explicar la frecuencia de estrato IV (pobreza relativa) 47,12% (49 casos) en este estudio.

La salud según la OMS es "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Atendiendo a este concepto, la salud se define como por calidad de vida, en función de este nuevo conocimiento se pretende realizar estudios que mejoren la permanencia del ser humano dentro del ecohabitat. En ese sistema las enfermedades de piel son indefectiblemente evaluables. Un ejemplo en el tiempo es la psoriasis, que ha liberado la segregación social y de relación desde tiempos ancestrales. Es importante y trascendente activar los métodos de evaluación o conocimiento de la calidad de vida a fin de optimizar el tratamiento de los pacientes.⁸⁻¹⁰ Finlay y Kahn desarrollaron una escala simple para medir el impacto de la dermatosis en la práctica clínica habitual, llamada DLQI (índice dermatológico de calidad de vida por sus siglas en inglés). Contiene 10 preguntas que evalúan 5 dimensiones (vida afectiva, de relación, biológica, sexual y vida social), las preguntas contienen los siguientes ítems: demasiado, mucho, poco, nada y no relevante.⁵

En comparación con el estudio de Acosta-Medina, Trujillo y Toledo-García en 2008⁹ encontraron 58% de los pacientes presentaron eritema, infiltración y descamación moderados afectándose la calidad de vida en un 78% datos que coinciden con los hallazgos de este estudio donde 58% pertenece al sexo femenino. La pregunta 1: ¿Qué grado de prurito, dolor, quemazón o pinchazos ha notado en su piel?; se tiene que un predominante 37,5% (39 casos) afirmó que poco ha notado en su piel prurito, dolor, quemazón o pinchazos.

Según el estudio de Contreras-Araujo realizado en la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera solo un 10% publicado en 2009,¹⁰ manifestó que su condición no influyó en la forma de vestir, un predominante 27,9% (29

casos) sostuvo que en **Nada** ha influenciado su dermatosis en las prendas de vestir que ha utilizado; 53,4% de los pacientes presentan poca afectación en sus actividades sociales para la pregunta 5: ¿En qué grado su piel alterada a afectado sus actividades sociales o de ocio?, un 35,58% (37 casos) afirmó que **Poco** grado su piel alterada ha afectado sus actividades sociales o de ocio, con respecto a la afectación de la práctica de deportes un pequeño grupo se ve afectado moderadamente en la pregunta 6, un 46,15% de los pacientes consultados, sostuvo que en **Poco** grado los trastornos de su piel le han dificultado la práctica de cualquier actividad recreativa. Según Cortez, Castro, Fierro y Ojeda en un estudio de calidad de vida realizado en un hospital de tercer nivel en 2010, las situaciones que dañan la calidad de vida de los pacientes con psoriasis son: trastornos de la actividad sexual, trastornos del sueño, trastornos afectivos, y del estado de ánimo como depresión y estrés.¹² Sin embargo, en nuestro estudio los problemas sexuales respondieron 43,27% (45 casos) poca inherencia de la condición en esta variable.

CONCLUSIONES

Al hacer un análisis del impacto de la condición psoriasis en la calidad de vida de los pacientes estudiados, se pudo demostrar que tiene un efecto moderado en la vida de los pacientes con reciente diagnóstico, que el efecto segregador no ha penetrado en el estilo de vida de los mismos. Se sugiere realizar estudios en centros de diferente nivel de atención y de localización para definir el perfil de calidad de vida de los pacientes afectados a esta condición. Los autores dan fe de que no hay conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTO

Profundo agradecimiento a todos aquellos que motivaron la realización de este trabajo: los pacientes del Club de Psoriasis CHET y el equipo de salud del Servicio de Dermatología CHET.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin diseases. Disponible en: Psoriasis <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanichs/ency/article/000434.htm> (revisada el 17 de Diciembre de 2010).
- 2) Farreras P, Rozman C. "Medicina Interna". Decimocuarta edición: Editorial Elsevier, España. 2000. p. 1337.
- 3) Rondón Lugo A, Rondón Álvarez N. "Dermatología para el Médico General": Colección Médica y Humanística, Roemmers Venezuela. 2006. p. 35.
- 4) Colombet M. "Estudio Relacional de la Severidad de la Psoriasis y la Depresión en un Grupo de Pacientes de la Consulta Externa de Dermatología Clínica de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera". Venezuela. 2003. Medicina Interna Vol. 19.
- 5) Finlay A, Khan G.K. "Dermatology Life Quality Index (DLQI): A simple practical measure for routine clinical use": Clinical and Experimental Dermatology 1994; 19: 210- 216.
- 6) Lewis V, Finlay A. "Ten years experience of the Dermatology Life Quality Index (DLQI)": J Investig Dermatol Symp Proc 2004; 9(2):169-180.
- 7) Delgado Quiroz M, Quincha Barzallo M, Méndez Suarez M. "Valoración de la calidad de vida, mediante, mediante la aplicación del test SF-36V2 en pacientes de la Fundación de Psoriasis de Quito": Dermatología Péruana. 2003; 13(3).
- 8) Vinaccia S, Quinceno J, Martínez A, Arbeláez C, "Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Emociones Negativas y Apoyo Social en Pacientes con Psoriasis Vulgar": Psicología y Salud, Vol. 18, número 001. 2008.
- 9) Acosta-Medina D, Alfonso-Trujillo I, Toledo-García M. "Calidad de vida, actividad y severidad de la psoriasis en pacientes de un policlínico de La Habana-Cuba": Dermatología Peruana.2009; 19(20).
- 10) Contreras Araujo L. "Severidad de la Psoriasis y el Índice de Calidad de Vida en la Consulta de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera" Abril- Septiembre 2006. Venezuela. 2009. Ubicado en Biblioteca Digital FUNDACID-BC UC. Correlativo 9652.
- 11) Silva G.E, Galeano E, Correa, J.O. "Adherencia al tratamiento": Acta Med. Colomb. 2005; 30: 268-73.
- 12) Cortéz C, Castro Ayarza J, Fierro E, Ojeda C. "Calidad de Vida de Pacientes con Psoriasis en un Hospital de Tercer Nivel. Comunicación de 59 Casos": Dermatología Rev. Mex. 2010; 54(3):125-132

| |
|-------------------------------------------------|
| Recibido: Febrero, 2012 Aprobado: Mayo, 2012 |
|-------------------------------------------------|