

Artículo

PSORIASIS: PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE LA CONSULTA. SERVICIO DE DERMATOLOGÍA, CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA". 2002-2012.

PSORIASIS: CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS.
DERMATOLOGY SERVICE CITY HOSPITAL "DR ENRIQUE
TEJERA" 2002-2012.

Sandra Vivas Toro¹

Zoraida Núñez²

Ligia González³

Darmarys Acosta³

Luisa Puerta³

Francisco Ochoa³

RESUMEN

La terapéutica para la Psoriasis abarca esquemas antiguos y terapias basadas en genética médica; aunque los protocolos de terapia están bien definidos, es importante conocer las características clínico epidemiológicas de nuestra población y la calidad de vida, para establecer protocolos locales ajustados a las necesidades médicas a la realidad social de cada grupo poblacional. **Objetivo:** Describir las características clínico epidemiológica y la calidad de vida de los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera"(CHET), en el periodo comprendido del 2002 al 2012. **Material y Métodos:** se realizó un estudio retrospectivo, de revisión documental de historias clínicas, con fecha de ingreso desde 2002 hasta 2012, con técnica de muestreo intencional que incluyó toda la población de pacientes de la consulta de psoriasis CHET. **Resultados:** Se incluyó a 178 pacientes (50,56% hombres y 49,44% mujeres) con edad promedio de 44,11 años 11 años con la desviación estándar de 17,778 años. La presentación clínica más frecuente es la P. vulgar 77% seguida de la P. guttata 10%. 94% de los pacientes recibieron tratamiento tópico seguido de la terapia biológica 52%. En cuanto al estrato socio económico el Graffar más frecuente correspondió al estrato IV (pobreza relativa) 51% y Graffar III (clase media-media) 31%. La procedencia, el distrito Valencia fue el de mayor afluencia seguida por los municipios: Libertador (16%) y Carlos Arvelo (8%). La calidad de vida demostrada fue por el índice dermatológico de calidad vida (DLQI) obteniendo 76,43% regular, aceptable 51,29%, buena 41,23% y mala solo en 10%. **Conclusión:** para iniciar protocolos de tratamientos ajustados a los determinantes sociales de la comunidad es importante comenzar por el conocimiento de la población de impacto.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis, calidad de vida, determinantes sociales.

ABSTRACT

Psoriasis therapeutic schemes encompasses old therapies based on medical genetics; although therapeutical protocols are made, it is really important to know the clinical and epidemiological characteristics of our population and the quality of life, to establish local protocols adjusted to the medical needs of the social reality of each population group. **Objective:** To describe epidemiological and clinical characteristics in patients treated at the Dermatology Department of the City Hospital "Dr. Enrique Tejera "(CHET) since 2002 to 2012. **Material and Methods:** Retrospective study, documentary revision of medical records, dated from 2002 to 2012 with intentional sampling technique that included the entire population of patients of psoriasis consulting. **Results:** The study included 178 patients (50.56% male and 49.44% female) with a mean age of 44.11 years with standard deviation= 11 years of 17.778 years. The most common clinical presentation was P. vulgar 77% followed by P. guttata 10%. 94% of patients received topical treatment followed by biological therapy 52%. Regarding the socioeconomic status the most common Graffar corresponded to layer IV (relative poverty) 51% and Graffar III (middle-middle class) 31%. The origin, the district of Valencia was the largest influx followed by municipalities: Libertador (16%) and Carlos Arvelo (8%). The quality of life was demonstrated by the index quality dermatological life (DLQI) obtaining 76.43% regular, acceptable 51.29%, 41.23% good and 10% bad. **Conclusion:** To begin treatment protocols tailored to the social determinants of community is important to start by understanding the impact population.

KEY WORDS: Psoriasis, quality of life, social determinants.

¹Servicio de Dermatología. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. Programa de Postgrado de Dermatología. Universidad de Carabobo.
Correspondencia: sandravivastoro@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

La Psoriasis es un desorden inflamatorio crónico de la piel, caracterizada por placas eritemato-escamosas bien definidas y pruriginosas.¹ Afecta 2-3% de la población mundial.^{2,3} Los estudios reportan que entre 10 a 15% se inicia antes de los 10 años de edad, con predominio en la segunda década de la vida, siendo el promedio de edad de presentación a los 27 años. La distribución por sexo es homogénea.^{4,5}

La etiología de esta entidad no está bien definida, están involucrados factores genéticos y ambientales, un conjunto común de efectores resultan en la manifestación característica de esta enfermedad.⁶ Se describe como la proliferación y diferenciación anormal de los queratinocitos epidérmicos activados por la infiltración de linfocitos y, además, la participación de diferentes interleuquinas (IL-1, IL-6, IL-8, TNF-IFN- δ), granulocitos, macrófagos y factores estimulantes de colonias.^{3,6} Entre sus formas clínicas, las más frecuentes se encuentra la Psoriasis en Placa o vulgar; y en la población pediátrica, la *Psoriasis guttata* o en gotas.⁴

Aunque la psoriasis generalmente no afecta la supervivencia, sin duda tiene una serie de importantes efectos negativos en los pacientes, demostrable por un perjuicio significativo para la calidad de vida. Los pacientes con psoriasis en muchas ocasiones se encuentran estigmatizados por la condición, la segregación de los pacientes es cada día menor debido a la instauración de las terapias biológicas, las cuales han cambiado el paradigma de esta condición desde su advenimiento. Si bien el beneficio de la terapia biológica es inconmensurable, el galeno debe reconocer los pacientes susceptibles de recibirlos, no sólo atender al hecho de la presentación de la enfermedad sino a las diversas aristas del ecohabitat del paciente (los determinantes sociales).

En la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera, centro de cuarto nivel de atención, a través del Servicio de Dermatología, atiende la consulta de pacientes con Psoriasis, en aras de mejorar y disminuir los brotes de la enfermedad.

La terapéutica para la Psoriasis abarca esquemas antiguos y terapias basadas en genética médica; siendo sin duda alguna uno de los grandes retos a los cuales el dermatólogo se ve enfrentado en su práctica diaria, no sólo por la complejidad de la entidad, sino por la posibilidad, con un tratamiento adecuado, de inducir cambios significativos en la calidad de vida. Aunque los protocolos de terapia están bien definidos, es importante conocer las características clínico

epidemiológicas de nuestra población y su calidad de vida, para establecer protocolos locales adaptados a las necesidades de atención de cada grupo poblacional.

El presente estudio tiene como objetivo principal la caracterización clínico epidemiológica y la calidad de vida de los pacientes atendidos en el Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", durante el periodo comprendido entre los años 2002-2012.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo de revisión documental de historias clínicas, que incluyó como población a todos los pacientes que son parte de la consulta de psoriasis del Servicio de Dermatología de la Ciudad Hospitalaria "Dr. Enrique Tejera", del Estado Carabobo, durante el período 2002-2012. Bajo técnica de muestreo no probabilístico intencional se incluyeron 178 pacientes; cuyas historias clínicas son patrimonio del servicio referido.

Se recolectó la información mediante un instrumento dividido en tres dimensiones: a) características epidemiológicas, b) sociodemográficas (edad, sexo, procedencia) aplicando la encuesta de Graffar modificada por Méndez Castellanos; c) características clínicas: tipo de psoriasis y calidad de vida (mediante las encuestas QLQI que se realizan en forma anual en el servicio).

Se elaboraron gráficos y cuadros estadísticos a fin de analizar los resultados. El tratamiento estadístico se realizó por el programa Excel 2010 versión para Windows 7, en español.

Todas las historias tienen consentimiento informado, para la realización de este tipo de estudios.

RESULTADOS

En la presente investigación predominó el sexo masculino (50,56%). En cuanto a la edad el valor mínimo fué de 4 años y el máximo de 86 años, (X=44,11; DE=17,78). La tendencia muestra que las edades de mayor frecuencia son pacientes que se encuentran entre la tercera y la quinta década de la vida (gráfico 1).

La presentación clínica más frecuente fué la *Psoriasis vulgar* 77% (138/178), seguido por *P. guttata* 10% (18/178) y *P. de cuero cabelludo* 8% (15/178) (gráfico 2). Se evidenció que 94% (167/178) utilizó

tratamiento tópico (humectantes, corticoesteroides y queratolíticos), 52% (92/178) recibieron terapia biológica, seguido de 15% (26/178) con Metotrexate, 13% (23/178) y 4% (7/178) con análogos de vitamina D (gráfico 3).

En lo correspondiente a las características socioeconómicas, se encontró que 51% (91/178), se ubicó en el estrato IV (pobreza relativa) seguido de 31% de los pacientes en el estrato III (media-media) del servicio (gráfico 4).

El lugar de procedencia de los pacientes correspondió en 54% al municipio Valencia, seguido por 16% del municipio Libertador, 8% del municipio Carlos Arvelo, 6% de Los Guayos y 5% de otros estados. (gráfico 5).

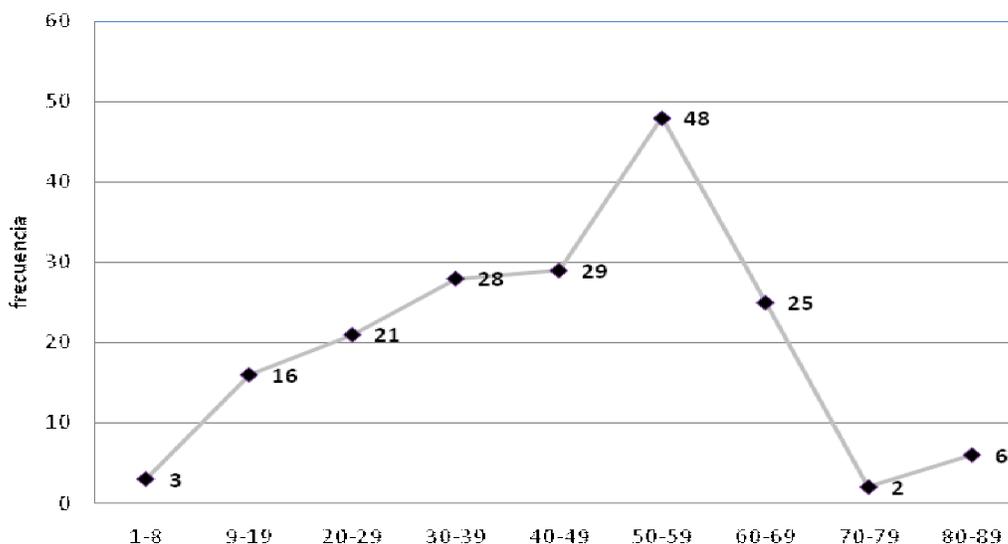
La calidad de vida fue calificada por los pacientes evaluados en 76,43% regular, 51,29% aceptable, 41,23% buena y 10% mala. (gráfico 6).

DISCUSIÓN

La psoriasis se encuentra en todo el mundo, pero la prevalencia varía entre los diferentes grupos étnicos.^{5,7} Estudios epidemiológicos reportan una prevalencia en Estados Unidos que oscila entre 0,2 - 4%, Europa 2-3% y en América Latina 0,97%.^{5,8,9}

Esta entidad puede presentarse a cualquier edad, se han reportado casos en el nacimiento y en las personas más de edad avanzada.⁵ Una edad bimodal de inicio ha sido reconocida en varios estudios grandes.¹⁰

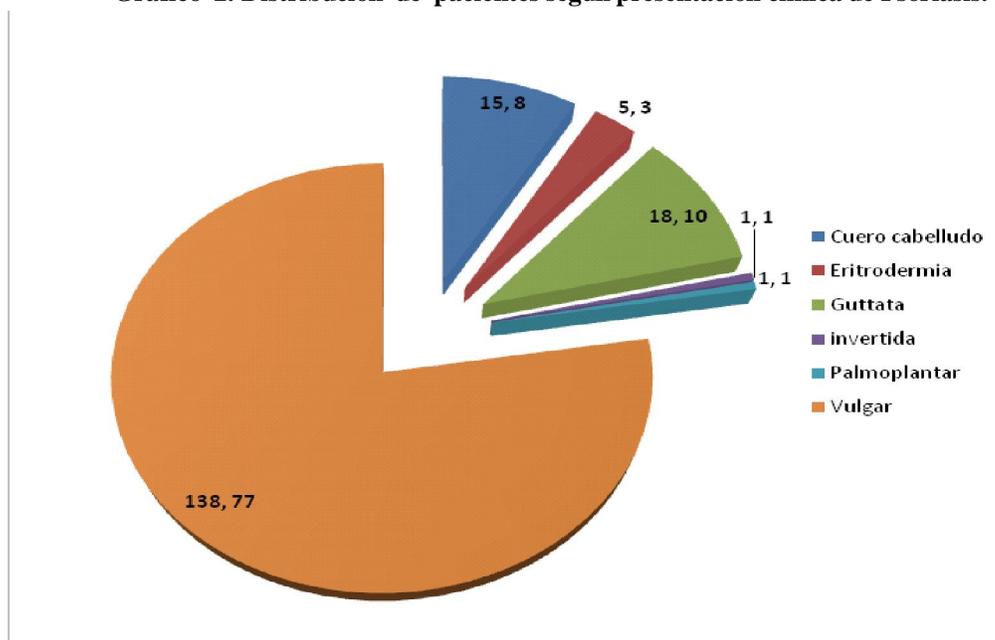
Gráfico 1. Distribución de pacientes con Psoriasis según grupo de edad.



Fuente: Archivos Servicio de Dermatología CHET

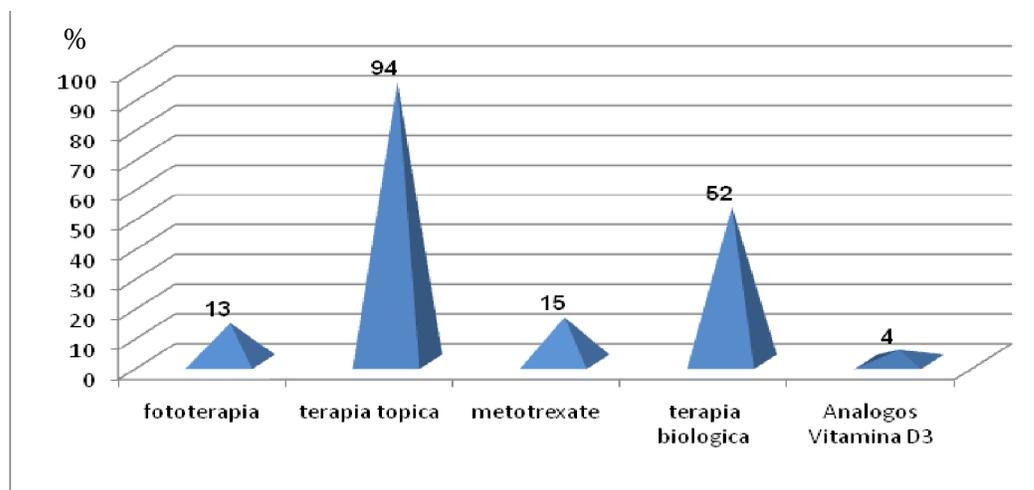
V.max=86años **V.min**= 4 años **X**= 44,11 años; **SD**=17,78 años

Gráfico 2. Distribución de pacientes según presentación clínica de Psoriasis.



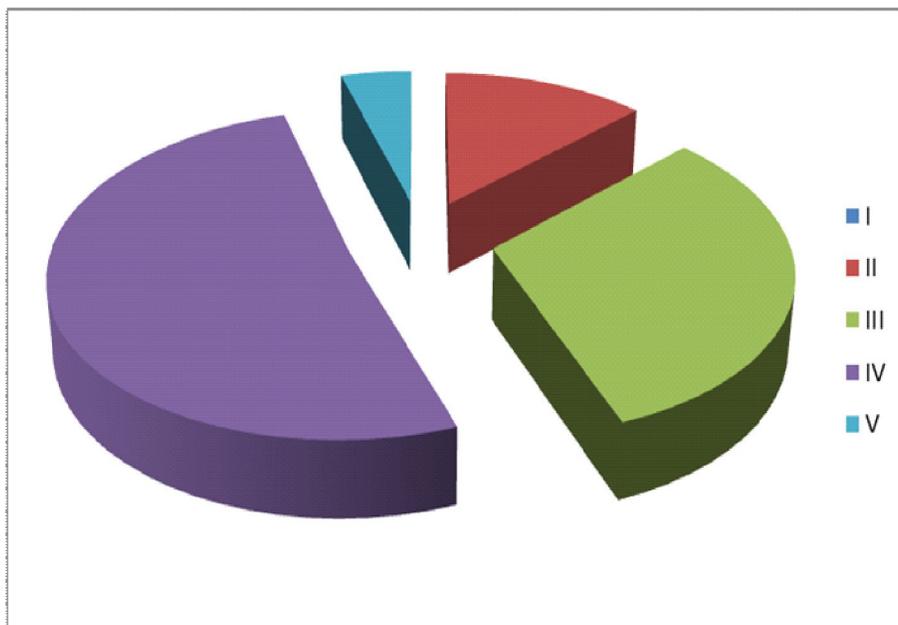
Fuente: Archivos Servicio de Dermatología CHET. 2012

Gráfico 3. Pacientes con Psoriasis según tipo de tratamiento.



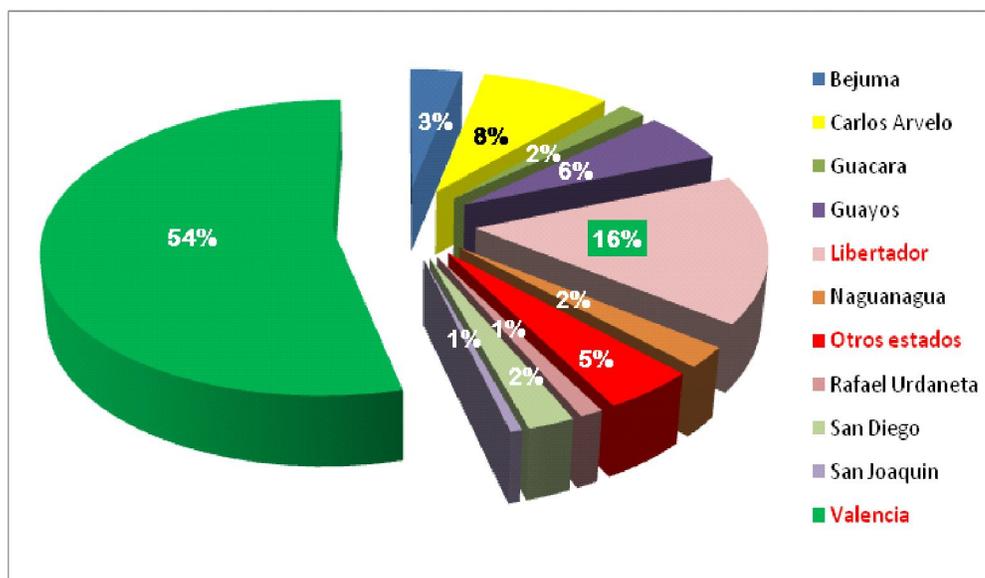
Fuente: Archivos Servicio de Dermatología CHET. 2012

Gráfico 4. Pacientes con Psoriasis según estrato social.



Fuente: Archivos Servicio de Dermatología CHET. 2012

Gráfico 5. Pacientes con Psoriasis según Municipio de procedencia, Edo. Carabobo



Fuente: Archivos Servicio de Dermatología CHET. 2012

Figura N° 1. Mapa del estado Carabobo. Venezuela

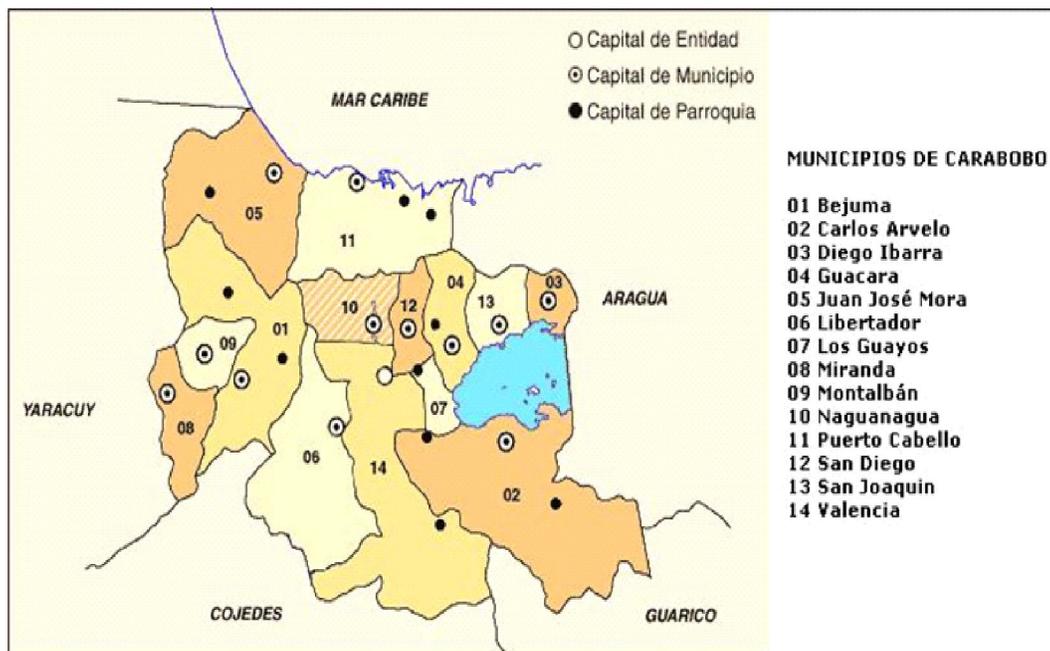
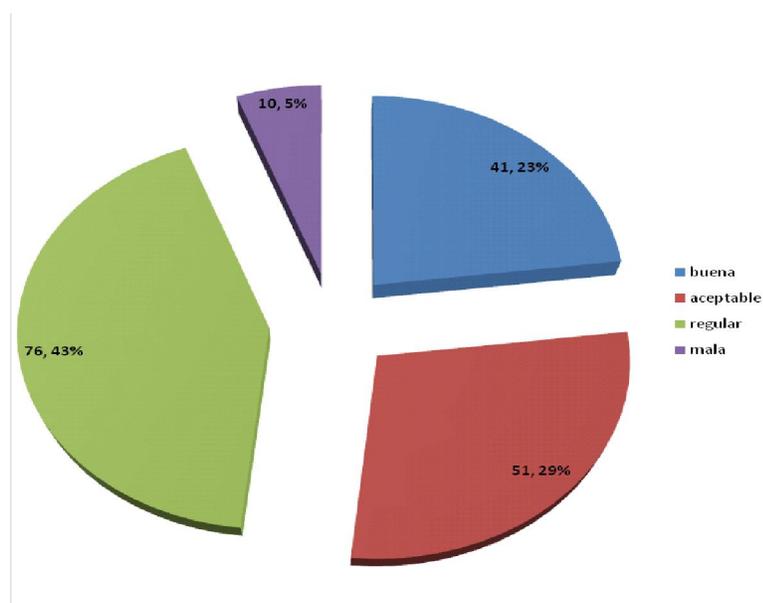


Gráfico 6. Pacientes con Psoriasis según calificación de la calidad de vida.



Fuente: Archivos Servicio de Dermatología CHET. 2012

La edad media de inicio en la primera presentación de la psoriasis puede tener un rango 15 a 20 años de edad, con un segundo pico que ocurre entre 55-60 años.⁹ En este estudio, el valor mínimo de edad fué de 4 años y el máximo de 86 años, con promedio de 44 años. La tendencia muestra que las edades de mayor frecuencia en atención, son pacientes que se encuentran entre la tercera y la quinta década de la vida.

En cuanto al sexo, Icen *et al*, reportaron mayor prevalencia en el sexo masculino,¹¹ a diferencia de los estudios de Acosta *et al*, donde predominó el sexo femenino.¹⁰ En la presente investigación resaltó el sexo masculino (50,56%) en una razón 1:1 con respecto al femenino.

La presentación más frecuente de la psoriasis, es la vulgar o en placas, la bibliografía reporta 80 a 90% de los casos,^{4,12,13} seguida de la forma *P. guttata* 7%, eritrodérmica 2%, inversa y pustulosa con 1%.¹² En el Servicio de Dermatología la presentación clínica más frecuente es la *P. vulgar* 77% (138/178), seguido por *P. guttata* 10% (18/178) y *P. de cuero cabelludo* 8% (15/178), correspondiendo a los resultados de los estudios internacionales.

Según estudios de González *et al.*, la terapia tópica ha sido el tratamiento más utilizado, 54% tratamiento sistémico, 27% fototerapia, 10% Metotrexate y 2% terapia biológica.¹² En nuestro estudio se encontraron resultados similares, exceptuando el uso de Metotrexate y de las terapias biológicas que se reportaron en segundo y tercer lugar en el arsenal terapéutico para nuestros pacientes.

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) con 51% (91/178), seguido del estrato III (clase media-media) en 31% de los pacientes del servicio.

La atención tiene predominio en los pacientes del municipio Valencia, seguido por el municipio Libertador 16%, municipio Carlos Arvelo 8%, Los Guayos 6%, otros estados 5%, demostrando que la consulta de Psoriasis de la CHET es un centro de referencia para la región centro-occidental del país.

La psoriasis adoptada actualmente como una condición en lugar de una enfermedad, se encuentra aún dentro de las enfermedades que generan segregación social. Atendiendo a estas situaciones, tenemos pendiente el concepto de salud (según OMS): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". En este estudio, la salud se entiende como calidad de vida y en función de este nuevo conocimiento se pretende realizar estudios que mejoren la permanencia del ser humano dentro del eco hábitat.⁸ Vivas *et al.* en su estudio sobre calidad de vida encontraron 76,43% regular, aceptable 51,29%, buena 41,23% y mala sólo en 10% de los pacientes atendidos en el servicio.

Se concluye, que para iniciar protocolos de tratamientos ajustados a los determinantes sociales de la comunidad es importante comenzar por el conocimiento de la población de impacto para instaurar una terapéutica adecuada y con ello inducir cambios significativos en la calidad de vida de los pacientes con Psoriasis.

Este análisis pudo evidenciar que la mayoría de los pacientes con Psoriasis presenta un efecto moderado en su calidad de vida. Se sugiere realizar estudios en diferentes centros y niveles de atención para obtener información y soporte, que nos permita en un futuro consolidar una cohorte en la población venezolana que sirva para definir la calidad de vida de los pacientes afectados a esta condición.

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 12 de Diciembre de 2012).
- 2) Laws P, Young H. Update of the management of chronic psoriasis: new approaches and emerging treatment options. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2010 Apr 21; 3:25-37.
- 3) Wippel-Slupetzky K, Stingl G. Future perspectives in the treatment of psoriasis. *Curr Probl Dermatol*. 2009; 38:172-89.
- 4) González F, Páez E, Orta L, Lugo R, Facchin C et al. I Consenso Nacional de Psoriasis, 2009. *Dermatol Venez*. 2009; 47(3): 37-56.
- 5) Chouela E. Epidemiología y genética de la psoriasis. 2011. Disponible en: dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/viewFile/523/414 (revisada el 12 de Diciembre de 2012).
- 6) Schön M, Boehncke W. Psoriasis. *N Engl J Med* 2005; 352:1899-912.
- 7) Chandran V, Raychaudhuri S. Geoeidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. *J Autoimmun*. 2010 May;34(3):J314-21.
- 8) Vivas S, Lizama D, Nizar R, Rivas D, Figueredo F. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de psoriasis. Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria "Enrique Tejera", Valencia, Venezuela 2011. *Comunidad y Salud*. Ene-Jun 2012; 11(1): 29-34.
- 9) Langley R, Krueger G, Griffiths C. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(Suppl II):ii18-ii23.
- 10) 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, Vol 19. 20.2008.
- 11) Icen M, Crowson C, McEvoy M. Trends in incidence of adult-onset psoriasis over three decades: a population bases study. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Mar; 60(3): 394-401.
- 12) González C, Castro L, De La Cruz G, Arenas M, Beltrán A, Santos A. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. *Rev Asoc Col Dermatol*. Mar 2009; 17(1):11-17.
- 13) Mrowietz U, Reich K. Psoriasis-New Insights Into Pathogenesis and Treatment. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106(1-2): 11-9

Recibido: Noviembre, 2013 Aprobado: Enero, 2014
--

