



FACULTAD DE MEDICINA UABC

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

UMF 28, MEXICALI, BAJA CALIFORNIA

**Características clínico-epidemiológicas de
paciente con psoriasis del servicio de
Dermatología del HGZ No. 30, de junio del 2012 a
junio del 2014**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. DULCE SARAI IBARRA BADILLA

REGISTRO: R-2014-201-19

Mexicali, Baja California

2015

Características clínico-epidemiológicas de paciente con psoriasis del servicio de Dermatología del HGZ No. 30, de junio del 2012 a junio del 2014.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. DULCE SARAI IBARRA BADILLA
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

A U T O R I Z A C I O N E S:

DRA. ALMA LILIA IBARRA ROMERO
COORDINADORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UMF No. 28 IMSS, MEXICALI, BAJA CALIFORNIA
Alma.ibarra@imss.gob.mx Tel Trab: 01 686 555 5085

DRA. ROSA MARÍA VIZUET MARTÍNEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF NO. 28 IMSS, MEXICALI, BAJA CALIFORNIA
Rosa.vizuet@imss.gob.mx. Tel. Cel: 686 51 16988 Tel Trab: 01 686 555 5085

DRA. VIRIDIANA SOTO ZAVALA
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR UMF NO. 28 IMSS, MEXICALI; BAJA CALIFORNIA
Zavala000@hotmail.com. Tel. Cel: 775 75 60147 Tel Trab: 01 686 555 5085

DRA. ANA RODRÍGUEZ ARELLANO
ASESOR TEMÁTICO DE TESIS
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA HGZ NO. 30, MEXICALI, BAJA CALIFORNIA
dra_piel@yahoo.com. Tel. Cel: 686 21 30522. Tel Trab: 6865555150



Características clínico-epidemiológicas de paciente con psoriasis del servicio de Dermatología del HGZ No. 30, de junio del 2012 a junio del 2014.

Dra. Ana Rodríguez Arellano¹. Dra. Viridiana Soto Zavala². Dra. Rosa María Vizuet Martínez³.
Dra. Dulce Sarai Ibarra Badilla⁴.

1.Dermatóloga HGZ 30. 2. Especialista MF, UMF 28. 3. Especialista MF, UMF 28. 4.Residente de MF

RESUMEN

Antecedentes: La psoriasis es una enfermedad sistémica, autoinmune, que condiciona un microambiente inflamatorio. Se ha observado que estos pacientes tienen mayor prevalencia de síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular.

Objetivo: Conocer las características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis del servicio de Dermatología del HGZ No.30.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se identificaron los pacientes con diagnóstico de psoriasis del servicio de Dermatología del HGZ No. 30, del mes de junio del 2012 al mes de junio del 2014, se tomaron datos de los expedientes.

Resultados: Participaron del estudio 245 pacientes. De ellos, 48.5% correspondieron al sexo masculino y 51.4% al sexo femenino; 43.6% presentaban hipercolesterolemia y 61.2% hipertrigliceridemia; 76.7%, hipertensión arterial y 71.8%%, diabetes mellitus; la obesidad se presento en 67.3%. La forma clínica más importante fue la vulgar (85.7%%) de los casos y 16.3% de los pacientes tenían artritis psoriática. De acuerdo al PASI la enfermedad era predominantemente leve (80%) y se encontro diferecias en su distribución para las variables hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y artritis psoriática.

Conclusión. Los pacientes con psoriasis del HGZ No.30 tienen elevada frecuencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Se demuestra diferencia en la distribución, en cuanto a la severidad, para hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia y artritis psoriática.

Palabras clave. Psoriasis, características clínicas, características epidemiológicas.

ÍNDICE

1. Antecedentes.....	1
2. Marco teórico.....	4
3. Justificación.....	18
4. Planteamiento del problema.....	20
5. Objetivos.....	21
Objetivo general.....	21
Objetivos específicos.....	21
6. Metodología.....	22
Tipo de estudio.....	22
Población y muestra.....	22
Variables.....	23
Procedimientos de recolección de datos.....	24
Procesamiento y análisis de los datos.....	24
7. Aspectos éticos.....	25
8. Resultados.....	26

9. Discusión.....	32
10. Conclusiones.....	36
11. Recomendaciones.....	37
12. Cronograma.....	38
13. Referencias bibliográficas	39
14. Anexo.....	42
15. Operacionalización de las variables.....	43

1.ANTECEDENTES

La psoriasis, en la actualidad, se considera una enfermedad sistémica, autoinmune, que condiciona un microambiente inflamatorio en individuos con predisposición genética. La piel es el principal órgano de choque, lo que induce una queratinopoyesis acelerada que culmina en la expresión clínica característica¹.

Por su carácter sistémico, se ha observado que los pacientes con esta dermatosis tienen mayor prevalencia de comorbilidades, entre ellas el síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, cuya presencia predispone a los pacientes afectados a un mayor riesgo de desarrollo de eventos cardiovasculares, con todas las consecuencias que esto representa desde el punto de vista de la morbimortalidad¹.

La psoriasis es una enfermedad de distribución mundial cuya tasa de prevalencia es de 2-3% según el país; es menor hacia el Ecuador y aumenta hacia los polos. En Europa Central su prevalencia es de 1.5%, en América del norte, de 2% y en Sudamérica, de 0.97%¹.

En México la psoriasis tiene una prevalencia de 2.9 %, y la artritis psoriásica de 13.8 %, según la revisión del IPC (International psoriasis council) en el 2009².

Es más común en caucásicos, mujeres y hombres son afectados en igual proporción. La edad más frecuente de aparición de la enfermedad es a los 33 años con 75% de casos de inicio antes de los 46 años³.

La psoriasis puede asociarse a obesidad, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, perfil lipídico aberrante, síndrome metabólico y un elevado riesgo cardiovascular³.

La enfermedad cardiovascular (ECV) fue causa directa de muerte de más de 4 millones de personas en el mundo en el año 2000, de las que 1.9 millones sucedieron en la Unión Europea⁴.

La prevalencia del SM en adultos oscila del 20 al 40% dependiendo de la población estudiada. 14-15 en México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006), la prevalencia de SM en adultos de 20 años de edad y más es del 41.6%. De acuerdo a los criterios del ATP III modificados en 2005. La prevalencia es mayor en mujeres, aumenta con la edad y en población de la región centro-occidente del país, con predominio en áreas metropolitanas. Se sabe que los pacientes con psoriasis tienen el doble de riesgo para desarrollar síndrome metabólico que la población en general⁵.

En un estudio realizado en México en el 2014, sobre prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con psoriasis, evidenciaron que la prevalencia del SM fue significativamente mayor en los pacientes con psoriasis, con respecto a personas libres de la enfermedad: 47 y 20%, respectivamente ($p < 0.001$; OR: 1.738; IC 95%: 1.194-2.531), independientemente del tiempo de evolución, el grado de gravedad o la forma clínica de la enfermedad⁶.

En 2008, los costos atribuibles a la obesidad en nuestro país fueron de 42,000 millones de pesos, equivalentes a 13% del gasto total en salud (0.3% del PIB). De no tomar las medidas preventivas o de control costo-efectivas sobre la obesidad y sus comorbilidades, los costos directos podrán ascender para 2017 a 101,000 millones de pesos, 101% más respecto del costo estimado en 2008 y los costos indirectos podrían incrementar hasta 292% entre 2008 y 2017 (de 25,000 a 73,000 millones)⁷.

En cuanto a la mortalidad, se ha podido demostrar como ésta se incrementa en el 50% de los en casos cuando la psoriasis es grave, comparada con la del grupo control, y según el sexo, los hombres mueren 3.5 años más rápido o temprano y las mujeres 4.3 años, comparados con los pacientes que no padecen de psoriasis⁸.

La psoriasis tiene una distribución mundial y su desarrollo, evolución y pronóstico se ven influenciados por diversos factores de susceptibilidad genética y ambiental presentes en los individuos que la padecen, que al ser mejor comprendidos, permitirá cada vez más la posibilidad de realizar intervenciones tempranas, principalmente con una orientación preventiva, a partir de estrategias factibles basadas en herramientas disponibles⁸.

2. MARCO TEÓRICO

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano y cumple importantes funciones como barrera física e inmunológica, para lo cual cuenta con un sistema inmune propio constituido por las células de Langerhans, las células del infiltrado dérmico, los queratinocitos y las células endoteliales, entre otras. Debido a su función de barrera, la piel es el blanco de muchos agresores (infecciosos, climáticos, químicos, térmicos y mecánicos) por lo que, además de la función protectora, debe mantener un delicado equilibrio entre las respuestas inmunes efectora y reguladora para conservar la homeostasis¹.

Fisiopatogenia

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria que se puede clasificar desde el tipo inmunológico como Th1, Th17 y Th22, de acuerdo al perfil de citocinas que se producen en la piel y que están asociadas a estas vías inmunológicas, entre las que se encuentran el interferón γ (INF- γ), el factor de necrosis tumoral α (FNT- α), la interleucina (IL) 17 y la IL-22. Se ha podido determinar cómo en la artritis psoriásica hay aumento en la expresión de los receptores tipo Toll 2 (TLR-2) en las células dendríticas inmaduras, lo cual favorecería a una mayor expresión de citocinas del perfil Th1⁸.

Por otra parte, en los pacientes con psoriasis, las células dendríticas mieloides producen grandes cantidades de IL-23, lo cual se relaciona estrechamente con la estimulación de la producción de linfocitos T; un subgrupo de estas células dendríticas, denominadas células FNT- α /óxido nítrico sin tasa inducible (i-NOS) y encargadas de producir altos niveles de FNT- α , IL-20 y otras moléculas inflamatorias, son esenciales en lo que se ha denominado inmunidad innata y conducen todo el proceso inflamatorio en los queratinocitos. También se ha podido determinar la

participación de este tipo de citocinas en otras enfermedades inflamatorias, como la obesidad, la diabetes, la arteriosclerosis y el riesgo de infarto⁸.

Algunas citocinas, como el FNT-a y la IL-6, moléculas de adhesión, como la ICAM-1 (*IntercellularAdhesionMolecule 1*) y la E-selectina, y factores angiogénicos, como el factor de crecimiento endotelial (VEG-F), están elevados en la psoriasis, la obesidad y la enfermedad coronaria. Estas citocinas se han visto involucradas en procesos como la angiogénesis, señalización de la insulina, adipogénesis, metabolismo de lípidos y proliferación epidérmica y, durante los períodos de enfermedad, son producidas por la piel, el tejido adiposo y el tejido cardiovascular⁸.

Con respecto al VEG-F y su papel en la psoriasis, se ha descrito cómo sus receptores se expresan primariamente en las células endoteliales y su activación genera señales que promueven el crecimiento de estas células tanto en arterias, venas y linfáticos; además, aumenta su permeabilidad, lo que facilita la llegada de factores proinflamatorios a su sitio de acción. También se ha demostrado cómo sus receptores se expresan en queratinocitos, favoreciendo su proliferación y cambios en la homeostasis de la barrera epidérmica, con aumento del reclutamiento de leucocitos en la piel inflamada⁸.

Bases genéticas de la psoriasis

La búsqueda de las bases genéticas de la psoriasis se fundamentó en los trabajos de Lomholt en 1963, quien exploró la influencia del ambiente y la herencia en residentes de las islas Faroe (Dinamarca), y la afección de muchos familiares. Este autor describió una concordancia del 70% entre gemelos monocigóticos afectados por psoriasis¹.

El estudio del genoma humano ha revelado al menos 9 regiones candidatas a contener genes que determinan susceptibilidad para psoriasis (PSORS 1-9); entre ellas, PSORS-1, ubicada en el cromosoma 6 (6p21), es el principal determinante de psoriasis. A pesar del estudio de esta región, no se ha identificado el gen implicado; los primeros dos locus candidatos son el HLA-Cw6 ya descrito y el gen que codifica la corneodesmosina, que funciona como una proteína de adhesión de los queratinocitos, importante en su diferenciación terminal en la epidermis. La segunda región candidata a contener genes que determinan susceptibilidad para psoriasis es PSORS-2, ubicada en el cromosoma 17 (17q24-q25), cuyos dos genes candidatos son: SLC9A3R1 cuyo desbalance puede deteriorar la sinapsis inmunológica, con lo que se incrementa el tiempo de presentación antigénica y se da lugar a hiperactivación de LT; el segundo gen identificado es el NAT9, un miembro de la familia N-acetil transferasa, que altera los patrones de glicosilación de varias proteínas inmunorreguladoras, incluyendo los componentes de la sinapsis inmunológica¹.

Con base en los análisis de familias con más de dos miembros afectados por psoriasis, se han propuesto otras regiones candidatas a contener genes que determinan susceptibilidad para esta enfermedad; entre ellas, las ubicadas en los cromosomas 4q34 (PSORS-3), 1q21(PSORS-4), 3q21 (PSORS-5), 19p13 (PSORS-6), 1p (PSORS-7) y 4q31 (PSORS-9)¹.

Varios de los locus implicados son compartidos por otras enfermedades inflamatorias y autoinmunes, como diabetes mellitus tipo I, esclerosis múltiple, dermatitis atópica, enfermedad inflamatoria intestinal, asma y artritis reumatoide, lo que sugiere que hay mecanismos genéticos comunes en dichas enfermedades¹.

Presentación clínica

La psoriasis es una enfermedad eritematodescamativa con morfología, distribución, gravedad y curso variables. Las lesiones que la caracterizan son placas bien delimitadas de borde nítido y distribución simétrica, con escamas plateadas no cohesivas, sobre una base eritematosa, que producen prurito y sensación de quemadura y en las que se encuentran el signo de Auspitz (cuando se quitan las escamas hiperqueratósicas aparecen pequeñas gotas de sangre sobre la superficie de la lesión) y el fenómeno de Koebner (desarrollo de lesiones en sitios de microtrauma repetitivo)¹.

Dentro de los factores desencadenantes disparadores del episodio inicial y de las recurrencias de psoriasis se encuentran: el trauma físico, el estrés, algunos medicamentos, cirugías e infecciones¹.

Trauma físico: Uno de los signos semiológicos más importantes de la psoriasis es el fenómeno de Koebner, descrito en 1827, que consiste en el desarrollo de lesiones en sitios de microtrauma repetitivo. Debido a este fenómeno, las placas de psoriasis se presentan con mayor frecuencia en el cuero cabelludo, rodillas y codos¹.

Medicamentos: Se han asociado con recurrencias de psoriasis los siguientes medicamentos: beta-bloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antimaláricos y litio¹.

Infecciones: Se ha encontrado una asociación del 56 al 85% entre la infección respiratoria alta por *Streptococcus pyogenes* (estreptococo beta hemolítico del grupo A) y la psoriasis aguda en gotas. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1) puede desencadenar una psoriasis con dos patrones clínicos: localizado, en placas o en gotas extensas, y difuso, acompañado de queratodermia palmoplantar¹.

Otros factores: El estrés y el alcohol empeoran la psoriasis hasta en el 40% de los pacientes¹.

El tipo clínico más frecuente, que afecta al 80-90% de los pacientes, es la *psoriasis vulgaro psoriasis tipo-placa*. Los sitios más frecuentemente afectados por las placas son el cuero cabelludo, las superficies extensoras de los codos y las rodillas, la región sacra, y la región perianal. En niños es frecuente la distribución de las lesiones en las regiones facial, genital y anal. Las lesiones pueden durar meses e incluso años, y en sucesivos brotes se van extendiendo al tórax y las extremidades⁹.

Las placas psoriásicas estacionarias son frecuentes en la psoriasis crónica y son distintivas de la *psoriasis eruptiva aguda o psoriasis guttata*, la que se caracteriza por la presencia de placas pequeñas, similares y numerosas, localizadas preferentemente en el tronco. Frecuentemente esta es la forma de presentación inicial, después de una infección por estreptococo, aunque no todas evolucionan a psoriasis tipo-placa⁹.

La *eritrodermia* o psoriasis *eritrodérmica* es una variante rara de la psoriasis vulgar que afecta más del 90 % de la superficie corporal. Se puede acompañar de signos generales como fiebre, leucocitosis, desequilibrio electrolítico y déficit proteico⁹.

En la psoriasis *intertriginosa*, los focos inflamatorios escamosos aparecen en regiones intertriginosas como las axilas y las regiones inguinal, submamaria e interglútea. Estas lesiones pueden coexistir con la psoriasis vulgar o constituir la única manifestación de psoriasis⁹.

La *psoriasis pustulosa* se caracteriza por el desarrollo de pústulas, además de los otros signos psoriásicos. Este tipo clínico puede variar desde formas localizadas como la *pustulosis palmo-plantar* y la *acrodermatitis* continua o de *Hallopeau*, en la que las pústulas inflamatorias se

concentran en las falanges distales de los dedos de manos, pies o ambos, asociada con frecuencia con anomalías severas de las uñas; hasta la *psoriasis pustulosa generalizada* (*psoriasis de von Zumbusch*) que puede coexistir con la psoriasis eritrodérmica⁹.

Psoriasis de las uñas, en el 30% de los pacientes el proceso inflamatorio de la psoriasis afecta la matriz de la uña, el lecho ungueal o ambos. De este modo, causa cambios típicos en las uñas que incluyen puntos blanquecinos (leuconiquia) y depresiones puntuales, distrofia de la lámina de la uña, astillamiento, hemorragias y oscurecimiento del lecho ungueal⁹. Además, se ha visto que la frecuencia de onicomycosis en pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales es de 34%. Los dermatofitos predominan, en relación a frecuencia, sobre las levaduras¹⁰.

Artritis psoriásica: es una enfermedad inflamatoria de las articulaciones que aparece en el 20 % de los pacientes con psoriasis, generalmente muchos años después de la manifestación cutánea inicial. En raras ocasiones puede aparecer antes de las manifestaciones cutáneas e incluso sin ellas. Afecta a las articulaciones pequeñas de manos y pies, de forma típica las articulaciones interfalángicas (poliartritis, artritis distal interfalángica), aunque en ocasiones también afecta las grandes articulaciones (oligoartritis)⁹.

Diagnóstico

El diagnóstico de la psoriasis se realiza mediante características clínicas y estudio histopatológico⁹.

Desde el punto de vista histológico, la psoriasis se caracteriza por la presencia de hiperplasia de la epidermis; acumulación de células inflamatorias en la dermis, particularmente neutrófilos y linfocitos T; y dilatación y proliferación de los vasos sanguíneos de la dermis. El aumento de la

vascularización de la dermis se debe a factores angiogénicos, como el factor de crecimiento del endotelio vascular (FCEV), cuyos niveles se encuentran elevados en las placas psoriásicas. La interacción con el FCEV es modulada por el FNT α , una citocina proinflamatoria clave en la psoriasis. Otras alteraciones histológicas que se observan son el adelgazamiento de la epidermis suprapapilar con acantosis interpapilar y la papilomatosis dérmica⁹.

Psoriasis y comorbilidades

Se define como comorbilidad a la asociación no causal de distintos padecimientos o una entidad psicológica que requiere monitoreo clínico en una enfermedad bien definida¹¹.

El alcoholismo y la cirrosis hepática son más frecuentes en estos pacientes. La prevalencia de alcoholismo en los enfermos con psoriasis es de 18%, comparada con 2% en pacientes sin psoriasis. El tabaquismo se ha relacionado especialmente con la variedad pustulosa¹¹.

El tabaquismo ha sido identificado como un factor de riesgo para el desarrollo y severidad de la psoriasis. La nicotina puede modular la capacidad funcional de las células dendríticas y aumentar la secreción de citocinas proinflamatorias¹¹.

La psoriasis puede asociarse a obesidad, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, perfil lipídico aberrante, síndrome metabólico y un elevado riesgo cardiovascular. Diversas investigaciones sugieren que estas enfermedades comparten un vínculo causal y sinérgico que favorece el desarrollo de aterosclerosis y enfermedades autoinmunes como facetas de un trastorno sistémico inflamatorio que se expresa mediante el incremento de marcadores inflamatorios³.

Para el diagnóstico de Síndrome metabólico se puede utilizar la clasificación del ATP III modificada por la American Heart Association (Cuadro II). Se requieren tres de los cinco criterios siguientes: triglicéridos en sangre $>150\text{mg/dl}$ o medicación con el objetivo de su descenso; HDL <40 en hombres o <50 en mujeres o medicación con el objetivo de su ascenso; TA mayor 130/85 o medicación con el objetivo de su descenso, perímetro de cintura (>88 en mujeres, >102 en hombres), glucemia mayor a 100mg/dl o medicación con el objetivo de su descenso¹².

Para el diagnóstico de obesidad se puede utilizar el índice de masa corporal (IMC), índice de quetelet, es definido por la razón de peso/talla 2, según la OMS los individuos pueden ser clasificados: desnutrición: $<18.5\%$; normal: $18.5\text{-}24.9\%$; sobrepeso: $25\text{-}29.9\%$; obesidad: $> \text{ o } = 30\%$ ¹².

Se ha identificado un mayor riesgo de desarrollar algunas alteraciones metabólicas en los pacientes con psoriasis, dentro de las cuales destaca la obesidad. No sólo la obesidad se asocia a una mayor incidencia y severidad de la psoriasis, sino que también afecta de manera negativa su respuesta al tratamiento. Se identificó además que el riesgo de obesidad en los pacientes con psoriasis es directamente proporcional a la severidad de ésta¹³.

La psoriasis y la obesidad son patologías inflamatorias con un sustrato fisiopatológico común. La obesidad corresponde a una enfermedad inflamatoria crónica de bajo grado, caracterizada por una elevación de los niveles plasmáticos de citoquinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la interleuquina-6 (IL-6) y proteínas de fase aguda, tales como la proteína C reactiva (PCR). Esta condición es producida por los adipositos, ya que éstos se comunican con el resto del organismo mediante la secreción de las llamadas *adipokinas*,

moléculas con actividad proinflamatoria, trombótica y vasoactiva, dentro de las cuales destaca el TNF- α , inhibidor del activador del plasminógeno 1, IL-6 y leptina. También se observa una disminución de la adiponectina, citoquina con actividad antiinflamatoria. Por una parte, estas citoquinas actúan directamente en el hígado, estimulando la síntesis de proteínas inflamatorias. Por otra parte, las citoquinas incrementan la lipólisis, es decir, el tejido adiposo libera constantemente ácidos grasos libres hacia la circulación periférica, los cuales son capaces de aumentar el estrés oxidativo, y por lo tanto, el ambiente inflamatorio y la actividad vascular¹³.

Se ha observado que los síntomas de la psoriasis pueden mejorar considerablemente en pacientes que pierden peso, por lo que el manejo de la obesidad se plantea como una posible herramienta terapéutica para la psoriasis, o al menos, que permita una mayor respuesta a la terapia convencional¹³.

Las citoquinas proinflamatorias como IL-6 y TNF- α , además de contribuir a la inmunopatogénesis de la psoriasis, están relacionadas con la resistencia a la insulina que genera intolerancia a la glucosa y DM2, e intervienen en el metabolismo de los lípidos induciendo un perfil aterogénico con incremento del colesterol total, los triglicéridos y las lipoproteínas de baja densidad (LDL) y disminución de las de alta densidad (HDL). De otro lado, la psoriasis está asociada a hipertensión arterial debido al incremento de la enzima convertidora de angiotensina, la endotelina 1 y la renina, lo que altera la relación angiotensina/bradiquinina e induce constricción arterial¹.

La psoriasis es una enfermedad multifactorial que va más allá de los síntomas físicos, comprometiendo el bienestar psicoemocional de los pacientes. Su impacto físico y psicológico, que ha venido siendo estudiado durante décadas, afecta a todos los ámbitos de la vida del

paciente, incluyendo tanto las áreas íntimas de la persona, como son el bienestar emocional, las relaciones personales, la sexualidad y el ocio, como las de relación con el exterior, así como también en el área laboral, familiar, social y económica¹⁴.

Se ha documentado la asociación entre psoriasis y el estrés psíquico en el año previo al diagnóstico. Diferentes estudios sugieren que el estrés juega un papel importante en la patogénesis de la enfermedad, favoreciendo la exacerbación del padecimiento; se ha observado que un estrés mayor se asocia con el establecimiento de la enfermedad a edades más tempranas. En algunos estudios se ha comunicado que los pacientes con psoriasis también padecen depresión, ansiedad y dificultad para expresar emociones. Los pacientes severamente afectados tienen ideación suicida (7.2%) y depresión¹¹.

Hoy en día se estima que la psoriasis es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad arterial coronaria e infarto agudo de miocardio. En este sentido, se ha comprobado que los pacientes con psoriasis moderada y/o grave tienen un mayor riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular que la población general¹⁵.

En resumen, el aumento del riesgo cardiovascular en psoriasis puede ser consecuencia de: mayor prevalencia de tabaquismo y dislipidemia, perfil lipídico elevado (triglicéridos elevados, HDLc disminuido, LDLc elevado), disfunción endotelial, el uso de terapias inductoras de dislipidemia (por ejemplo: corticoesteroides, ciclosporina y acitretina) e inflamación persistente¹⁵.

Estimación de la severidad de la psoriasis

Para conocer el grado de severidad de la psoriasis se utiliza el score PASI, que mide grado de eritema, escama, engrosamiento, porcentaje corporal comprometido, evaluado con un score, leve: 0 a 20, moderado: 21 a 50, severo: 51 a 72¹².

Además de la severidad, es importante tener en cuenta el grado de actividad de la enfermedad. Se consideran signos de enfermedad altamente activa: la aparición de lesiones nuevas en intervalos cortos, la expansión de las lesiones existentes, o las recurrencias múltiples después del tratamiento⁹.

Las formas más graves de la enfermedad son la eritodérmica y la pustulosa generalizada¹⁶.

Consideraciones generales del tratamiento

En numerosos estudios se ha demostrado que los pacientes con psoriasis no siempre reciben el tratamiento óptimo necesario para mejorar sus manifestaciones clínicas y prevenir el efecto que tienen las enfermedades concomitantes asociadas sobre su calidad de vida, lo cual aumenta la mortalidad¹⁶.

Es importante establecer en este grupo de pacientes una estrategia de prevención cardiovascular, inicialmente basada en recomendaciones generales de hábitos y estilos de vida como la realización de actividad física regular, dieta saludable con bajo contenido de lípidos, control del peso, de glicemia y de la presión arterial, así como la supresión del tabaco. Además, se debería iniciar un tratamiento con estatinas y/o antihipertensivos en aquellos pacientes con alto riesgo cardiovascular³.

La terapia tópica constituye la primera línea de tratamiento en la psoriasis leve. Aproximadamente, 70 % de los pacientes con psoriasis tienen una enfermedad leve a moderada y

la mayoría pueden ser tratados con medicamentos tópicos, los cuales proveen generalmente alta eficacia y seguridad. La terapia tópica también se puede usar como coadyuvante en otro tipo de terapias, como la fototerapia o la terapia sistémica. No se recomienda su uso como monoterapia en pacientes con compromiso grave¹⁷.

El objetivo ideal del tratamiento es la desaparición de las lesiones existentes y evitar, de forma prolongada, la aparición de nuevas lesiones, sin que se cause toxicidad alguna con los medicamentos utilizados. Para lograr esto, todos los tratamientos deben ser individualizados, según las expectativas y la respuesta de cada paciente¹⁷.

En la terapia tópica se utiliza la antralina que tiene actividad antiproliferativa sobre los queratinocitos, efecto antiinflamatorio sobre la placa psoriática e inhibición de las funciones oxidativas de los neutrófilos. La vitamina D3 y sus análogos los cuales inhiben la proliferación de los queratinocitos, inducen su diferenciación terminal, tienen propiedades antiinflamatorias al inhibir el factor nuclear B (NF-B) y reducen la presentación antigénica porque inhiben la maduración de las CPA. Los Glucocorticoides tópicos que tienen actividades antiinflamatoria, antimitótica, inmunomoduladora y vasoconstrictora¹.

Dentro de la terapia sistémica se encuentra el metotrexate (MTX) que inhibe la enzima dihidrofolato reductasa, lo que frena la síntesis de purinas y de ADN 2, con merma de la proliferación de linfocitos y queratinocitos, disminución de la secreción de citoquinas como IL-1, IFN-g y TNF-a e inhibición de la activación de los macrófagos. La Ciclosporina que disminuye la transcripción de citoquinas (IL-2 e IFN g), quimioquinas y factores de crecimiento, inhibe la presentación antigénica y la función de los mastocitos (de granulación y producción de citoquinas). Los Retinoides que inhiben la transcripción génica de los queratinocitos disminuyendo

así su proliferación y diferenciación. Mofetilmicofenolato que inhibe la inosinamonofosfatodehidrogenasa, enzima clave en la síntesis de novo de las purinas. También inhibe la proliferación de los linfocitos T y retrasa su reclutamiento, al disminuir el número de moléculas de adhesión producidas en respuesta al estímulo antigénico. Los glucocorticoides sistémicos: tienen efecto inhibitor sobre la transcripción genética de citoquinas (IL-1, IL-2, IL-6, IL-8, IFN-g, TNF-a y moléculas de adhesión), reducen la síntesis de leucotrienos, prostaglandinas y óxido nítrico. Por último Leflunomida que tiene propiedades antivirales, antitumorales e inmunosupresoras¹.

Está indicado el tratamiento sistémico (convencional o biológico) en pacientes con psoriasis moderada/grave, es decir, que cumplan alguna de las siguientes condiciones: a) no controlable con tratamiento tópico; b) con formas extensas (PASI \geq 10); c) empeoramiento rápido; d) compromiso de áreas visibles; e) limitación funcional (palmoplantar, genital); f) con percepción de gravedad subjetiva (DLQI > 10); o g) eritrodermia o psoriasis pustulosa extensa; h) asociada a artropatía psoriásica¹⁶.

El fracaso o fallo terapéutico primario se define por la incapacidad de alcanzar una respuesta PASI 50 (50% de mejoría con respecto al PASI basal) o «umbral de eficacia» durante la fase de inducción terapéutica¹⁶.

Dentro de los medicamentos sistémicos la acitretina (ACI), la cual pertenece al grupo de los retinoides, posee un mecanismo de acción diferente a los demás, lo que le confiere una posición única dentro de la estrategia terapéutica de la psoriasis; actúa modulando la proliferación de los queratinocitos epidérmicos, lo que genera en los tejidos hiperproliferativos, como la placa de

psoriasis, una acción antiproliferativa; en la lesión de psoriasis, ésto se traduce en una disminución del grosor de la descamación y del eritema de la placa¹⁸.

Los tratamientos biológicos están indicados (según las correspondientes fichas técnicas de la *European Medicines Agency* [EMA]) de forma general en el tratamiento de pacientes adultos con psoriasis en placas moderada/grave que no han respondido, tienen contraindicación o presentan intolerancia/ efectos adversos a otro tratamiento sistémico¹⁶. Los principales tratamiento biológicos utilizados en psoriasis son: etanercept, infliximab, adalimumab, ustekinumab¹⁶.

3. JUSTIFICACIÓN

La psoriasis hasta hace poco fué considerada como una enfermedad únicamente dermatológica; recientemente se ha ampliado el conocimiento de ésta, evidenciando también un compromiso sistémico.

Dentro de sus implicaciones, se ha encontrado una importante asociación entre psoriasis y aumento de riesgo cardiovascular y patologías cardiovasculares, y se sabe que las patologías cardiovasculares son la primera causa de muerte en nuestro país⁸.

Con esta investigación se pretende conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con psoriasis de nuestro medio, y de esta manera promover la identificación de la psoriasis como una patología sistémica, la cual requiere manejo multidisciplinario¹⁶.

Así como también, incrementar el interés en el personal de salud para la detección, prevención y tratamiento de los pacientes con psoriasis, y de esta manera disminuir el riesgo cardiovascular y manejo de comorbilidades, lo que tendría un gran impacto en disminución en las tasas de complicaciones en este grupo de pacientes, lo que a su vez, disminuiría los costos del sistema de salud⁶.

Un panorama como éste, motiva el que se realicen estudios dirigidos a mejorar y fortalecer la información disponible acerca de las características y del comportamiento de la psoriasis en la población mexicana, que permita tener la posibilidad de compararla con otras poblaciones similares o dispares.

No se cuentan con estudios estadísticos de esta patología en la región que nos permitan conocer las características de nuestros pacientes con psoriasis, por lo que esta investigación podría ser utilizada como base para estudios posteriores.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En numerosos estudios se ha demostrado que los pacientes con psoriasis no siempre reciben el tratamiento óptimo necesario para mejorar sus manifestaciones clínicas y prevenir el efecto que tienen las enfermedades concomitantes asociadas sobre su calidad de vida, lo cual aumenta la mortalidad¹⁶.

Se ha demostrado que la psoriasis compromete notoriamente la calidad de vida, con una morbilidad significativa similar a otras enfermedades como el cáncer o la hipertensión arterial, que conlleva una baja en el rendimiento y ausentismo laboral¹¹.

Se ha reportado una alta frecuencia de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en los pacientes con psoriasis; asimismo, se ha demostrado que la psoriasis constituye de por sí un factor de riesgo para infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica lo que determinaría una mortalidad en este grupo de pacientes mayor que en la población general¹⁵.

En México, se estima que mas de 2 millones de personas sufren psoriasis².

Hasta el momento no se conoce ningún estudio que exponga las características clínicas y epidemiológicas de la psoriasis en nuestro medio.

5.OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer las características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis del servicio de Dermatología del HGZ No. 30, de junio del 2012 a junio del 2014.

Objetivos Específicos:

- Identificar cual es la edad y el sexo más frecuente de presentación de psoriasis.
- Identificar la severidad, según la superficie corporal afectada de acuerdo al PASI, más frecuente.
- Determinar cuáles pacientes presentaban factores de riesgo cardiovascular, como son: dislipidemia, hipertensión arterial, DM2 y obesidad.
- Identificar cual factor de riesgo cardiovascular se presenta con mayor frecuencia.
- Determinar cuál tipo de presentación clínica de psoriasis es más frecuente.

6. METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo.

Población, lugar y tiempo de estudio

Población de estudio.

Pacientes con diagnóstico clínico de psoriasis realizado por dermatólogo y confirmado por estudio histopatológico, que acudieron a consulta de primera vez al servicio de dermatología del HGZ No. 30, en los meses de junio del 2012 a junio del 2014.

Tipo de muestra.

No Probabilístico.

Tamaño de muestra

Se tomó el total de la población, por ser ésta accesible; se tomaron los casos a los que se les haya realizado diagnóstico clínico de psoriasis por dermatólogo y confirmado por estudio histopatológico, que acudieron a partir del mes de junio del 2012 a junio del 2014.

Instrumentos

Expediente clínico.

Criterios de inclusión

Pacientes que acudan al servicio de Dermatología del HGZ No. 30 y se les realice diagnóstico de psoriasis en el periodo de junio del 2012 a junio del 2014.

Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes con enfermedades autoinmunes: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple.

Criterios de eliminación

Expediente incompleto.

Variables a recolectar.(Anexo 1)

- Edad
- Sexo
- Obesidad
- Glucemia plasmática elevada, o medicación
- Dislipidemia, o medicación
- Presión arterial elevada, o medicación
- Score PASI
- Tipos clínicos de psoriasis

Método o procedimiento para captar la información

Se identificaron los pacientes con diagnóstico de psoriasis del archivo de psoriasis que se encuentra en el departamento de dermatología del HGZ No. 30, del mes de junio del 2012 al mes de junio del 2014.

Se tomaron datos del archivo de psoriasis y se revisaron los expedientes de dichos pacientes, se seleccionaron sólo los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y se colectaron las variables, se vaciaron en la hoja de datos de Exell.

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva. Medidas de tendencia central para variables cuantitativas, promedio para las cualitativas. El análisis estadístico se realizó con el programa SAS 9.4.

7.ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos de materia de investigación y cuestiones éticas, se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki, de 1964, revisada en Escocia en 2000, Corea en el 2008 y Brasil en el 2013.

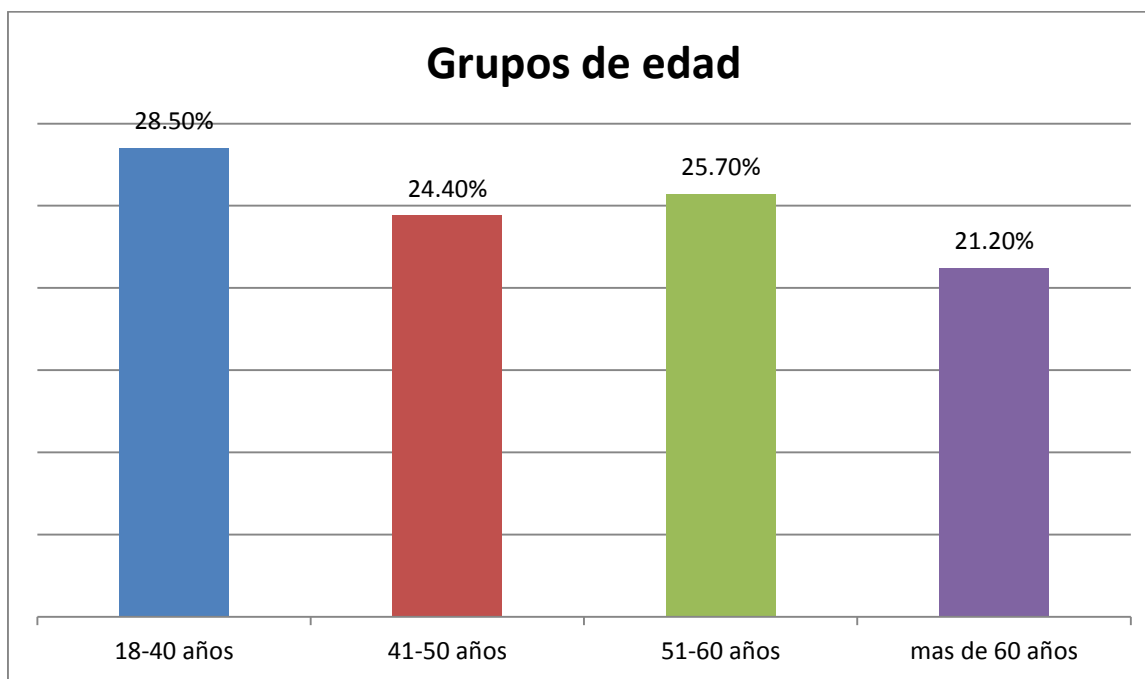
La presente investigación es acorde con los lineamientos materia de investigación y ética que se encuentran establecidos en el reglamento y la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, modificada en 2014.

Antes del inicio del estudio el protocolo será sometido al comité local de investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes, conforme a los requisitos legales locales, así como representación sindical para su visto bueno.

8.RESULTADOS

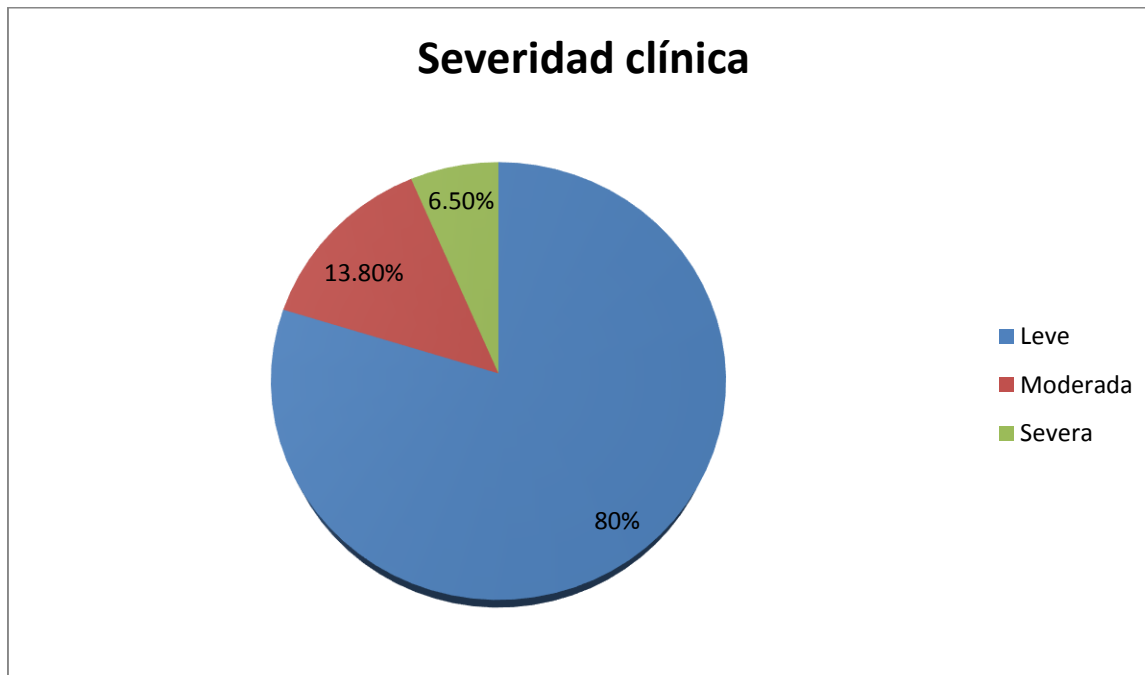
Se incluyeron un total de 245 pacientes, de los cuales 126 (51.4%) eran mujeres y 119 (48.5%) eran hombre, con edades comprendidas entre 19 y 80 años. En cuanto a los rangos de edad de los pacientes la distribución fue similar, en el rango de edad entre los 18 y 40 años tenia un porcentaje de 28.5% (70 pacientes), el rango de edad entre los 41 y los 50 años un 24.4% (60 pacientes), en rango de edad entre los 51 y 60 años un porcentaje de 25.7% (63 pacientes) y en menor porcentaje aquellos con una edad igual o mayor a 60 años, con un 21.2 % (52 pacientes), como se representa en la figura 1.

Figura 1. Distribución de los pacientes según los grupos etarios



El 80% (196 pacientes) tuvo una psoriasis leve al momento del examen, seguido de un 13.8% (34 pacientes) de pacientes con psoriasis moderada y un 6.1% (15 pacientes) con psoriasis severa, como se muestra en la figura 2.

Figura 2. Severidad clínica de la psoriasis según el PASI



Se encontró que el tipo de dislipidemia más frecuente era hipertrigliceridemia con 61.2% (150 pacientes) y el 43.6% presentaron aumento del colesterol total (107 pacientes). En relación con la glucemia, 71.8% (176 pacientes) presentó un antecedente de diabetes mellitus o alteración de sus niveles plasmáticos. El factor de riesgo cardiovascular que se presentó con mayor frecuencia fue cifras de presión arterial elevadas o antecedente de hipertensión arterial en 76.7% (188 pacientes), como se muestra en la figura 3.

Sólo un 7.7% (19 pacientes) de los pacientes tenía un índice de masa corporal dentro de la normalidad. El 24.4% (60 pacientes) tenía sobrepeso, el 67.3% (165 pacientes) obesidad y el 0.4% (1 paciente) desnutrición, como se muestra en la figura 4.

Figura 3. Porcentaje de pacientes con psoriasis que presentaron dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

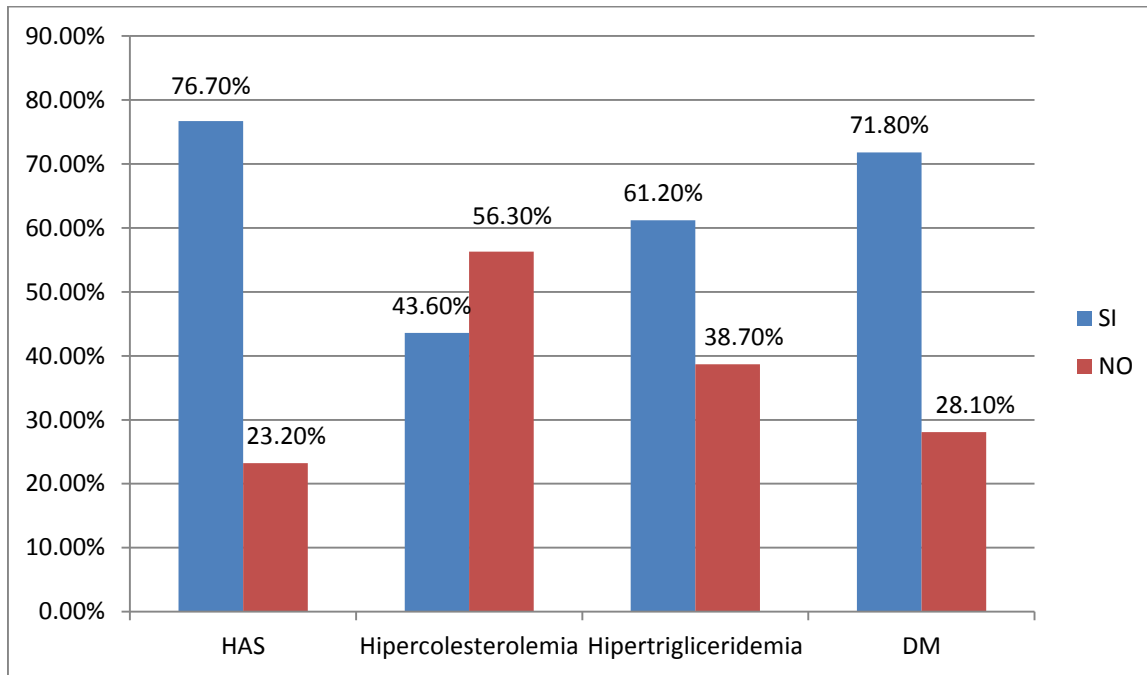
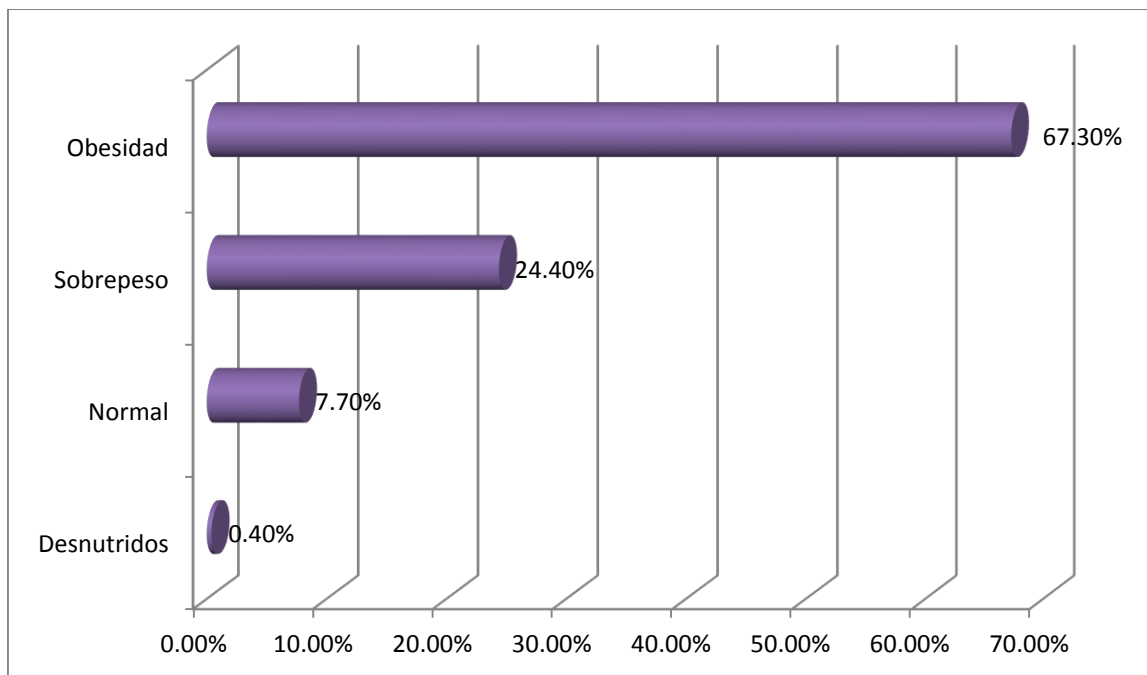


Figura 4. Estado nutricional con IMC en pacientes con psoriasis



En cuanto al tipo de psoriasis se encontro que el mas frecuente era el vulgar con un 85.7% (210 pacientes), seguido por el tipo inversa con 4% (10 pacientes). Se describe la distribución en la la figura 5.

Figura 5. Frecuencia de tipos de psoriasis

Tipo de psoriasis	Frecuencia	%
Eritrodermia	1	0.4%
Gotas	6	2.4%
Inversa	10	4.0%
Palmoplantar	9	3.6%
Pustular	5	2.0%
Ungueal	4	1.6%
Vulgar	210	85.7%

La artritis psoriásica estaba presente en un 16.3% de los pacientes (40 pacientes), con una edad media de presentación de 49.6 años, se observo un aumento en la severidad, presentandose moderada en un 27.5% y severa en un 12.5%, en comparación con los pacientes que no presentaron artritis psoriásica, de los cuales 11.1% era moderada y 4.88% era severa. Dentro del grupo de pacientes que presentaron artritis psoriásica el 7.5% tenían peso normal, el 67.5% obesidad y sobrepeso en 25% de los pacientes, lo que es muy similiar a los pacientes que no presentaron esta artropatia.

Se observa que la distribucion es diferente entre los grados de severidad clínica, desde el punto de vista estadístico calculada con chi-cuadrada, para las variables hipercolesterolemia (0.0080), hipertrigliceridemia (0.0296) y artritis psoriática (0.0025). Las diferencias encontradas entre los

grados de severidad (leve, moderado y severo) en relación a las variables grupo de edad, sexo, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad se muestran en la figura 6.

Figura 6. Diferencias en relación con índice de severidad de distintas variables

	Leve % Pacientes	Moderado % Pacientes	Severo % Pacientes	Chi- cuadrada
Grupo de edad				0.8464
18-40 años	84.2 % 59	12.8 % 9	2.8 % 2	
41-50 años	80.0 % 48	13.3 % 8	6.6 % 4	
51-50 años	79.3 % 50	12.7 % 8	7.9 % 5	
Mas 60 años	75.0 % 39	17.3 % 9	7.6 % 4	
Sexo				0.0674
Femenino	85.7 % 108	10.3 % 13	3.9 % 5	
Masculino	73.9 % 88	17.6 % 21	8.4 % 10	
Artritis psoriásica				0.0025
No	83.9 % 172	11.2 % 23	4.8 % 10	
Sí	60.0 % 24	27.5 % 11	12.5 % 5	
Hipertrigliceridemia				0.0296
No	88.4 % 84	7.3 % 7	4.2 % 4	
Sí	74.6 % 112	18.0 % 27	7.3 % 11	
Hipercolesterolemias				0.0080
No	86.9 % 120	9.4 % 13	3.6 % 5	
Sí	71.0 % 76	19.6 % 21	9.3 % 10	
Diabetes Mellitus				0.2255
No	82.6 % 57	8.7 % 6	8.7 % 6	

Sí	78.9 % 139	15.9 % 28	5.1 % 9	
Hipertensión Arterial				0.6858
No	82.4 % 47	10.5 % 6	7.0 % 4	
Sí	79.2 % 149	14.8 % 28	5.8 % 11	
IMC				0.2396
Desnutrición	100 % 1	0.0 % 0	0.0 % 0	
Normal	89.4 % 17	5.2 % 1	5.2 % 1	
Sobrepeso	90.0 % 54	8.3 % 5	1.6 % 1	
Obesidad	75.1 % 124	16.9 % 28	7.8 % 13	

IMC=Índice de masa corporal

9.DISCUSIÓN

La psoriasis es considerada como una entidad multifactorial que está influenciada por diversos aspectos genéticos y por factores ambientales que la disparan, la exacerbaban y que contribuyen a la modificación de su curso¹. En México la psoriasis tiene una prevalencia de 2.9 %, y la artritis psoriásica de 13.8 %, según la revisión del IPC (International psoriasis council) en el 2009²

Se ha reportado una alta frecuencia de factores de riesgo para enfermedades no transmisibles en los pacientes con psoriasis; asimismo, se ha demostrado que la psoriasis constituye de por sí un factor de riesgo para infarto agudo de miocardio, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica lo que determinaría una mortalidad en este grupo de pacientes mayor que en la población general^{3,4}.

En este estudio descriptivo de 245 pacientes, 48.5% fue del género masculino y 51.4% del femenino, por lo que este porcentaje similar de afectación se ajusta con lo referido en la literatura, en la cual se muestra que en la psoriasis no existe predilección de género en la edad adulta³.

En relación con la edad, todos los grupos de edad fueron afectados de forma similar, encontrando mas alto el porcentaje en el grupo entre 18 y 40 años (28.5%), lo cual es diferente a lo obtenido por Ponce³ en un estudio de 110 pacientes en el cual el grupo de edad mas afectado era de 35 a 59 años.

Se encontro que el indice de severidad mas frecuente era leve en un 80%, seguida de moderada en 13.8% y severa en 6.5%, lo cual es similar a lo reportado por Espinoza⁶ 75%, 25% y 3%, respectivamente.

El presente trabajo de investigación demuestra que dentro de las características epidemiológicas, son frecuentes los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como la hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad en los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología del HGZ No. 30, los cuales alcanzaron 43.6%, 61.2%, 76.7%, 71.8% y 67.3%, respectivamente. Estos resultados son superiores a los reportados en nuestro país por Espinoza⁶ que encontró una frecuencia de hipertrigliceridemia (45%), hipertensión arterial (26%), diabetes mellitus (17.3%) en una serie de 209 pacientes atendidos en el servicio de dermatología del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez durante el periodo de febrero de 2010 a febrero de 2011. Lo anterior podría explicarse por las características de nuestra población, las cuales son diferentes a las de los pacientes de dicho estudio. Esto evidencia el mayor riesgo que tienen los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología del HGZ No. 30 de desarrollar eventos cardiovasculares sobre la base de tener alta frecuencia de factores de riesgo cardiovasculares.

Aunque no se conoce con exactitud la etiopatogenia, se considera que el mecanismo de inflamación sistémica es la piedra angular que vincula dichos procesos. Hay múltiples mecanismos biológicos que pueden ser de utilidad para explicar esta asociación epidemiológica; uno de ellos es la elevación crónica de ácidos grasos libres que alteran el funcionamiento normal de los adipocitos, produciendo de manera secundaria inhibición de la secreción de insulina. Asimismo, sabemos que las placas psoriásicas poseen un nivel elevado de citocinas inflamatorias, tales como el factor de necrosis tumoral (TNF- α) y la interleucina 6 (IL-6), que se han vinculado con hipertensión, dislipidemia, obesidad y resistencia a la insulina⁶.

Una limitante de este estudio es la imposibilidad de determinar la prevalencia de síndrome metabólico, ya que no contamos con la determinación laboratorial de colesterol HDL, y la

mayoría de los estudios que existen en México describen prevalencia de síndrome metabólico, sin embargo en este estudio se demuestra una alta frecuencia de la mayoría de los factores de riesgo cardiovascular que conforman el síndrome metabólico. En el estudio de Jurado⁵ se obtuvo una prevalencia del 43.5% de síndrome metabólico, en 39 pacientes del Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, México D.F.

El tipo de psoriasis que predominó en este estudio fue la vulgar en el 85.7% (210 pacientes), seguido por el tipo inversa con 4% (10 pacientes), el resto de los tipos clínicos se presentaron de manera similar, siendo el menos frecuente eritrodermia (0.4%), lo cual concuerda con lo reportado en la literatura nacional⁶.

La artritis psoriásica es una enfermedad articular inflamatoria crónica asociada a la psoriasis. Al igual que en la artritis reumatoide, la artritis psoriásica constituye el prototipo de enfermedad inflamatoria crónica asociada a una aterosclerosis acelerada y a una elevada incidencia de enfermedad cardiovascular. Diversos estudios han evidenciado una mortalidad mayor en los pacientes que desarrollaron artritis psoriásica en comparación con la población general, la cual es debida fundamentalmente a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular⁶. La artritis psoriásica estaba presente en un 16.3% de los pacientes, se observó una diferencia en la distribución significativa estadísticamente en relación a el grado de severidad, encontrándose aumentada al doble, moderada en 27.5% y severa en 12.5%, en comparación con los pacientes que no presentaron artritis psoriásica, con 11.1% y 4.88% respectivamente. En cuanto a la obesidad no se observó diferencia en la distribución entre los grados de severidad.

Para las variables grupo de edad, sexo, diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad no hay diferencia estadística en la distribución en relación al grado de severidad, en cambio para las variables hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y artritis psoriásica sí existe diferencia

estadística en la distribución, se observa un aumento en la frecuencia de grado de severidad moderado (27.5%) y severo (12.5%), no existen estudios en nuestro medio para poder comparar dichos datos.

Otra de las limitaciones de este estudio es la escasa disponibilidad de investigaciones previas en nuestro medio que permitan establecer comparaciones, tanto en pacientes con psoriasis como en la población general.

Aunque no es posible establecer asociaciones de causalidad entre las variables analizadas por tratarse de un estudio descriptivo, los resultados obtenidos coinciden en gran medida con otros reportados en la literatura médica y contribuyen a fortalecer la poca información disponible frente al conocimiento de la enfermedad particular en nuestro medio.

10.CONCLUSIONES

Este estudio demostró una alta frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con psoriasis del servicio de dermatología del HGZ No. 30, como son obesidad, dislipidemia, diabetes mellitus e hipertensión arterial en un alto porcentaje de ellos, presentes bajo todos los tipos de compromiso clínico (leve, moderado, severo), pero con mas alto porcentaje de pacientes con grado de severidad moderado y severo en dislipidemias y artritis psoriásica, lo cual los puede predisponer al desarrollo de eventos cardiovasculares. Esto sugiere que a los pacientes con psoriasis se les debería realizar una evaluación clínica y paraclínica meticulosas en búsqueda de estos factores de riesgo, con el objetivo de dirigir intervenciones tempranas que permitan impactar de manera positiva frente a su potencial de morbimortalidad, bajo un enfoque multidisciplinario. Estos resultados observados en el presente estudio se correlacionan con lo que la literatura refiere al respecto.

La severidad de la enfermedad fue leve en la mayoría de los pacientes.

Este estudio contribuye al conocimiento del comportamiento de la psoriasis y a la caracterización de algunas de sus variables sociodemográficas en una muestra de pacientes mexicanos. Además su población base se convierte en un referente y en un soporte estadístico para dirigir posibles proyectos que se sumen a los de otras instituciones de salud encaminadas al estudio y manejo efectivo de la enfermedad.

11.RECOMENDACIONES

Por los hallazgos obtenidos en este estudio que propone un cambio en la consideración de la psoriasis como una enfermedad exclusivamente cutánea o articular, y demuestra que la dermatosis es una enfermedad inflamatoria crónica con repercusión sistémica. El médico deberá ofrecer un tratamiento integral a este grupo de pacientes, esto es, tratar la sintomatología cutánea, identificar a aquellos pacientes que presentan un mayor riesgo cardiovascular e iniciar el tratamiento precoz de las enfermedades asociadas cuando sea necesario, asimismo incentivarlos a tener un estilo de vida saludable. La incorporación de los criterios de síndrome metabólico en la práctica clínica cotidiana ayudará a estratificar el riesgo cardiovascular de los pacientes y determinar que fármacos sistémicos para el tratamiento de la psoriasis son los más adecuados, sin incrementar el perfil cardiovascular.

12.CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MAR 2014	ABR 2014	MAY 2014	JUN 2014	JUL 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015
Elección de tema																	
Revisión de bibliografía																	
Planteamiento del problema																	
Formulación de objetivos																	
Justificación																	
Marco teórico																	
Criterios de Inclusión y exclusión																	
Operacionalización de variables y análisis estadístico																	
Presentación de protocolo																	
Registro de protocolo en SIRELSIS																	
Recolección de datos																	

ACTIVIDADES	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015												
Recolección de datos																	
Análisis estadístico																	
Presentación de resultados																	

13.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carolina Giraldo Sierra, Margarita María Velásquez Lopera. Psoriasis: revisión del tema con énfasis en la inmunopatogénesis. *Iatreia*, vol. 22, núm. 3, septiembre, 2009, pp. 272-283
2. Revisión del ICP sobre la psoriasis. Enfoque en América Latina. Diciembre de 2009 Vol. 5, No. 3
3. Mayra S. Ponce-Rodríguez, Rossana Mendoza. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. *Dermatol Perú* 2012; vol 22 (3).
4. E. Daudén, S. Castañeda, C. Suárez, J. García-Campayo, A.J. Blasco, M.D. Aguilar, C. Ferrándiz, L. Puig, J.L. Sánchez-Carazo, en representación del Grupo de Trabajo en Comorbilidades asociadas a la Psoriasis. Abordaje integral de la comorbilidad del paciente con psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103 (Supl 1):1-64.
5. Fermín Jurado Santa Cruz, Gabriela Peralta Cordero, Martha Morales Sánchez, Myrna Rodríguez Acar, María Luisa Peralta Pedrero. Psoriasis y síndrome metabólico. *Rev Cent Dermatol Pascua*, Vol. 22, Núm. 2, May-Ago 2013.
6. Claudia Jéssica Espinoza Hernández, Rosa María Lacy Niebla, María Elena Soto López, Nicole Stephanie KreschTronik y María Elisa Vega-Memije. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con psoriasis. *Gaceta Médica de México*. 2014; 150:311-6.
7. Emimael de Jesús Flores Avilés. La obesidad y sus alteraciones dermatológicas. *Medigraphic*, volumen 2 Número 2 Mayo-Agosto 2013. pp 55-61.

8. Ángela Londoño, César González, Luis Castro y Lluís Puig. Psoriasis y su relación con el síndrome metabólico. *Rev Colombiana de Reumatología*. 2013; 20(4): 228-236
9. Dra. María Elena Alfonso-Valdés. Inmunopatogenia de la psoriasis. Impacto en las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad. *Revista Cubana de Hematología*. 2012; 28(4):357-373.
10. Álvaro Rhony Orellana Arauco, María del Carmen Padilla Desgarennes, María Luisa Peralta Pedrero. Frecuencia de onicomycosis en pacientes con psoriasis y alteraciones ungueales. *Dermatol Rev Mex* 2012; 56(2):109-114.
11. César Alfonso Maldonado García, Miguel Ángel Cardona Hernández, Fermín Jurado Santa Cruz. Comorbilidades en psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua*. Vol. 22, Núm. 1, Ene-Abr 2013.
12. ECarbo Amoroso, V Leban, D Federico, ME Williner, MG Díaz, MV Guardati, JT Weidmann, MA Reyes y JL Iribas. Psoriasis y síndrome metabólico. *Rev. Argent. Dermatol*. v.91 n.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires Ene./Mar. 2010.
13. Drs. María Magdalena Farías, Marcela Concha R., Claudia de la Cruz F. Remisión de la psoriasis luego de bypass gástrico. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 64 - Nº 2, Abril 2012; pág. 189-193.
14. S. Ros, L. Puig y J.M. Carrascosa. Discapacidad acumulada en el transcurso vital: la cicatriz de la psoriasis en la vida del paciente. *Actas Dermosifiliogr*. 2014; 105(2):128-134.

15. M.A. González-Gay, C. González-Vela y C. González-Juanatey. Psoriasis: una enfermedad cutánea relacionada con riesgo cardiovascular elevado. *Actas Dermosifiliogr.* 2012; 103(7):595-598.
16. Puig, J.M. Carrascosa, G. Carretero, P. de la Cueva, R.F. Lafuente-Urrez, Belinchón, M. Sánchez-Regaña, M. García-Bustínduy, M. Ribera, M. Alsina, Ferrándiz, E. Fonseca, V. García-Patos, E. Herrera, J.L. López Estebaranz, E. Marrón, J.C. Moreno, J. Notario, R. Rivera, C. Rodríguez-Cerdeira, Romero, R. Ruiz-Villaverde, R. Taberner, D. Vidal y Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. Directrices españolas basadas en la evidencia para el tratamiento de la psoriasis con agentes biológicos, 2013. I. Consideraciones de eficacia y selección del tratamiento. *Actas Dermosifiliogr.* 2013; 104:694-709. - Vol. 104 Núm.08 DOI: 10.1016/j.ad.2013.04.003
17. César González Ardila. Ángela Londoño García. Luis Castro Gómez. Guías basadas en la evidencia para el manejo de la psoriasis en Colombia 2012; 978-958-57331-1-4.
18. G. Carretero, M. Ribera, I. Belinchón, J.M. Carrascosa, Ll. Puig, C. Ferrándiz, L. Dehesa, D. Vidal, F. Peral, E. Jorquera, A. González-Quesada, C. Muñoz, J. Notario, F. Vanaclocha, J.C. Moreno y Grupo de Psoriasis de la AEDV. Acitretina: guía de uso en psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104(7):598—61

14.ANEXOS

Anexo 1

Hoja de recolección de datos

Nombre de paciente						
NSS:						
Edad:		Sexo:				
Hipercolesterolemia o tratamiento	SI		NO			
Hipertrigliceridemia o tratamiento	SI		NO			
Glucosa elevada en ayunas o tratamiento	SI		NO			
Obesidad	SI		NO			
Hipertensión Arterial Sistémica o tratamiento	SI		NO			
Severidad-PASI						
Tipo de psoriasis						

15.OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Tipo de variable	Escala	Indicadores
Presión arterial elevada	Presión ejercida por la sangre al pasar por los vasos arteriales medida en mm Hg, tomada con un tensiómetro adecuadamente calibrado, con cifras mayores o iguales a 130 en la sistólica y/o mayores o iguales a 85 en la diastólica, o en tratamiento.	Cualitativa	Nominal	0: Presión sistólica menor a 130 y/o presión diastólica menor a 85 mmHg 1: Presión sistólica mayor o igual a 130 y/o presión diastólica mayor o igual a 85 mmHg o tratamiento para hipertensión arterial
Dislipidemia	Niveles plasmáticos en ayunas de por lo menos 12 horas con valores de triglicéridos mayores o iguales a 150 mg/dl o en tratamiento o colesterol total mayor o igual a 200 mg/dl o tratamiento	Cualitativa	Nominal	0: Triglicéridos en ayunas menores a 150 mg/dl o colesterol total menor a 200 mg/dl 1: Triglicéridos en ayunas mayores o iguales a 150 mg/dl o colesterol total mayor o igual a 200 mg/dl o tratamiento específico para esta anomalía

Variable	Concepto	Tipo de variable	Escala	Indicadores
Edad	Tiempo en años transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la fecha de la entrevista	Cuantitativa	Discreta	0: 18 a 40 años 1: 41-50 años 2: 51-60 años 3: Mayor de 60 años
Sexo	División de género humano en dos grupos: hombre y mujer.	Cualitativa	Nominal	0:Femenino 1:Masculino
Glucemia plasmática en ayunas elevada	Niveles sanguíneos de glucemia en ayunas de por lo menos 8 horas con valores mayores o iguales a 100 mg/dl o en tratamiento	Cualitativa	Nominal	0: Glucosa en ayunas menor a 100 mg/dl 1: Glucosa en ayunas mayor o igual a 100 mg/dl o diagnóstico previo de diabetes o tratamiento

Variable	Concepto	Tipo de variable	Escala	Indicadores
Índice de masa corporal	El índice de masa corporal (IMC), índice de quetelet, es definido por la razón de peso/talla 2, según la OMS los individuos pueden ser clasificados: desnutrición: <18,5%; normal: 18,5-24,9%; sobrepeso: 25-29,9%; obesidad: >30%.	Cuantitativa	Ordinal	0: Desnutrición (<18,5) 1: Normal (18,5-24,9%) 2: Sobrepeso (25-29,9%) 3: Obesidad (> o =30%)
Score PASI	Índice de severidad de Psoriasis que mide grado de eritema, escama, engrosamiento, porcentaje corporal comprometido, evaluado con un score; leve: 0 a 20, moderado: 21 a 50, severo: 51 a 72.	Cualitativa	Ordinal	0:leve (0 a 20) 1:moderado (21 a 50) 2:severo (51 a 72)
Tipos clínicos de Psoriasis	Según la presentación clínica de psoriasis se clasifica en: Psoriasis en placas o vulgar, eruptiva o en gotas, inversa o flexular, eritrodermia psoriática, pustular generalizada, palmoplantar, ungueal y mucosas	Cualitativa	Nominal	0: placas o vulgar 1:eruptiva o en gotas 2:inversa o flexular 3:eritrodermia psoriática 4:pustular generalizada 5:palmoplantar 6:ungueal 7:mucosas

