

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



TESIS:

TÍTULO: Características clínico-epidemiológicas de Psoriasis en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.

Para optar: El Título Profesional de Médico Cirujano

Autor: Bachiller Vargas Valerio Guisett Stefany

Asesor: Dr. Mercado Rey Miguel

Línea de investigación institucional: Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio: 17/11/2020

Fecha de culminación: 17/02/2022

Huancayo – Perú- 2022

DEDICATORIA

A Dios por estar conmigo guiándome en esta etapa de mi vida, a mis padres por su tolerancia, comprensión, apoyo incondicional y por guiar mis pasos para mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión por las facilidades brindadas para la recolección de datos.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
CONTENIDO	iv
CONTENIDO DE TABLAS	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
CAPITULO I.....	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	11
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	13
1.2.1. Problema General.....	13
1.2.2. Problemas Específicos	13
1.3. JUSTIFICACION.....	14
1.3.1. Social.....	14
1.3.2. Teórico	15
1.3.3. Metodológica.....	15
1.4. OBJETIVOS.....	15
1.4.1. Objetivo General	15
1.4.2. Objetivos Específicos.....	15

CAPITULO II	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Antecedentes (internacional, nacional y regional)	17
2.1.1. Psoriasis	20
2.1.2. Epidemiología.....	21
2.1.3. Patogenia.....	26
2.1.4. Susceptibilidad genética	27
2.1.5. Clasificación de psoriasis.....	28
2.1.6. Cuadro clínico.....	31
2.1.7. Diagnóstico	34
2.1.8. Índices de medición de severidad	38
2.1.9. Comorbilidad.....	38
2.1.10. Tratamiento.....	40
2.2. Marco conceptual (variables y dimensiones)	41
CAPITULO III.....	42
HIPOTESIS.....	42
3.1. Hipótesis General	42
3.2. Hipótesis específica.....	42
3.3. Variables (definición conceptual y operacional).....	42
CAPITULO IV.....	43
METODOLOGÍA	43

4.1. Método de Investigación	43
4.2. Tipo de Investigación	43
4.3. Nivel de Investigación	43
4.4. Diseño de la Investigación	43
4.5. Población y muestra	44
4.6. Aspectos éticos de la investigación.....	46
CAPITULO V	47
RESULTADOS.....	47
5.1 Descripción de resultados.....	47
DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES	61
RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
ANEXOS	68

CONTENIDO DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según grupo etario atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.	47
Tabla 2. Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según género atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.....	48
Tabla 3. Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según nivel de instrucción atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.	49
Tabla 4. Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según procedencia atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.	50
Tabla 5. Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según ocupación atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.	50
Tabla 6. Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según estaciones climatológicas del año en que se presentan en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.....	50
Tabla 7. Tipo de psoriasis manifestada en pacientes en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.	50

Tabla 8. Comorbilidad más frecuente en el estudio de pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.....	52
Tabla 9. Tratamiento administrado a los pacientes con psoriasis del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.....	53
Tabla 10. Número de consultas realizadas de los pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.....	54
Tabla 11. Requerimiento de hospitalización de pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.....	55

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con psoriasis en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019. **Método y material:** El estudio fue descriptivo, retrospectivo, transversal, observacional y tipo censal a través de las revisiones de 110 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de psoriasis mediante una ficha de recolección de datos. **Resultados:** Manifestaron psoriasis mayormente entre los 40-49 años (26,4%), sobre todo el género masculino (77,3%), con nivel de instrucción secundaria (60,0%), procedentes de zona urbana (94,5%), empleados (62,7%), con mayores casos diagnosticados en invierno (38,2%), en el perfil clínico se encontró predominio de psoriasis vulgar (94,5%), las comorbilidades más frecuentes fueron obesidad (24,5%), dislipidemia (8,2%) y diabetes (7,3%), el principal tratamiento fue el uso de corticoide tópico (93,6%), usualmente realizaron 2 consultas (42,7%) y ninguno requirió hospitalización. **Conclusiones:** La población estudiada con psoriasis, presenta las características epidemiológicas y clínicas semejante a otras investigaciones nacionales e internacionales, así mismo, se destaca mayor frecuencia de psoriasis vulgar diagnosticado durante el invierno, con comorbilidades como obesidad, dislipidemia y diabetes, con predominio de tratamiento tópico.

Palabras clave: Características clínico-epidemiológicas, psoriasis, estaciones del año.

ABSTRACT

Objective: To determine the clinical-epidemiological characteristics of patients with psoriasis at the Daniel Alcides Carrión Regional Teaching Clinical-Surgical Hospital in Huancayo 2015-2019. **Method and material:** The study was descriptive, retrospective, cross-sectional, observational and census type through reviews of 110 medical records of patients diagnosed with psoriasis using a data collection form. **Results:** Psoriasis manifested mainly between 40-49 years (26,4%), especially the male gender (77,3%), with a secondary education level (60,0%), from urban areas (94,5 %), employees (62,7%), with more cases diagnosed in winter (38,2%), in the clinical profile a predominance of psoriasis vulgaris was found (94,5%), the most frequent comorbidities were obesity (24,5%), dyslipidemia (8,2%) and diabetes (7,3%), the main treatment was the use of topical corticosteroids (93,6%), they usually had 2 consultations (42,7%) and none required hospitalization. **Conclusions:** The population studied with psoriasis, presents the epidemiological and clinical characteristics similar to other national and international investigations, likewise, there is a higher frequency of vulgar psoriasis diagnosed during the winter, with comorbidities such as obesity, dyslipidemia and diabetes, with predominance of treatment topical.

Key words: Clinical-epidemiological characteristics, psoriasis, seasons.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La psoriasis es definida como una patología crónica de la piel, para otros es considerado como un trastorno sistémico de origen inmune, que resulta de la comunicación compleja que sucede en el sistema inmunológico, los locus de susceptibilidad de psoriasis están asociados a multiples factores como ejemplo: esta enfermedad esta mediada por las celulas T de buena fe, del mismo modo esta impulsada por las células T patógenas que van a producir altos de niveles de IL-17 esto en respuesta a la IL-23 (1,2).

Esta enfermedad afecta a 125 millones de personas en el mundo, en proporciones se calcula que afecta entre el 1% al 3%, en EE. UU aproximadamente 7,5 millones de personas son afectadas, aparentemente se presenta con menor frecuencia en Asia y América del Sur (3), sin embargo, probablemente se deba a un subregistro, muchas de las personas que padecen la enfermedad buscan ayuda cuando el cuadro se exagera y es más severo, debido al limitado acceso a los

servicios especializados y desconocimiento de la patología. En Perú la prevalencia estimada es de 2,5% y en el 2015 la Sociedad Peruana de Dermatología informó que alrededor de 500 000 personas padecieron la enfermedad (4).

Desde la perspectiva económica, se considera que esta patología es responsable de la pérdida de cientos de miles de horas laborales. Además, la terapéutica en las formas moderadas a graves bordean un costo anual de la psoriasis cerca a \$ 250 por persona.

Así pues, esta patología cobra importancia porque tiene comorbilidad con otras que son de carácter crónico, letales y de salud mental, por ello tiene impacto en la calidad de vida.

Se ha observado diversas comorbilidades extravasando la afección de la piel, las principales enfermedades comórbidas son cardiometabólicas como la dislipidemia, diabetes, obesidad, cardíacas, trombosis coronaria e infarto de miocardio, enfermedad vascular venosa y arterial; entre otras como enfermedades renales, neoplasias, infecciones, articulares y trastornos del estado de ánimo. Se ha demostrado que la psoriasis grave se asocia con mortalidad y una carga de enfermedades comórbidas (1).

Se han realizado pocas investigaciones en el Perú, se ha identificado el desarrollado por Wong en Trujillo mencionando que un tercio de los pacientes con psoriasis moderada o grave señaló que la patología manifestaba un problema de consideración importante en su vida, como se observa esta patología requiere de un abordaje holístico (4).

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Todo en la ciencia requiere de revisiones frecuentes y por áreas geográficas, ambientales y sociales, ya que pueden causar variaciones en la patogenicidad. Por ello, el conocer las características clínico epidemiológicas de los pacientes con psoriasis atendidos en el hospital Carrión de Huancayo del 2015 al 2019, tiene vital importancia, teniendo en cuenta que el hospital es de la más alta categoría de la región Junín y centro, además cuenta con el servicio de dermatología.

La información recabada ayudará a los proveedores de salud (médicos generales y especialistas dermatólogos), abordar con claridad, idoneidad y de forma integral, teniendo en cuenta la epidemiología y la clínica de esta patología el cual redundará en la conducción de tratamientos integrales y adecuados.

Ante la situación problemática nos planteamos

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas que tienen los pacientes con psoriasis en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la distribución que tienen los pacientes con psoriasis según grupo etario, género, nivel de instrucción, lugar de procedencia, ocupación y estaciones climatológicas del año en el Hospital Regional

Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019?

- ¿Cuál es la frecuencia de las características clínicas de los pacientes con psoriasis en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019?

1.3.JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Social

El abordaje de la salud debe ser integral, debido a que en el contexto actual del Perú la salud de la sociedad tiene dos ejes problemáticos fundamentales una tiene que ver con las enfermedades infecciosas y la otra con las enfermedades crónicas degenerativas, si bien es cierto se vienen controlando las patologías infecciosas, por otro lado, las patologías crónicas degenerativas están incrementando generando deterioro de la salud de la población económicamente activa. Cuando dos o más patologías crónicas cohabitan agravan el cuadro como es el caso de psoriasis, el cual va causar deterioro de la salud física y mental de los que la padecen.

Debido a esto, es importante conocer sus características clínicas y epidemiológicas, porque existe la necesidad de determinar e identificar estas en los pacientes y conocer en nuestro medio cuáles están más asociadas a dicha patología.

Así mismo, el conocer acerca de las características de la patología y evaluar la cantidad de casos en un determinado tiempo va permitir al personal de salud y población tener mayor conocimiento e información de la misma, para la contribución en el diagnóstico y manejo oportuno.

Los datos obtenidos serán fuente fundamental para los dirigentes en salud en la toma de decisiones.

1.3.2. Teórico

Hay carencias en relación al conocimiento del perfil clínico y social de psoriasis en nuestro medio, porque en nuestro entorno no se han encontrado estudios al respecto y la patología requiere ser observada con mayor detalle. Los resultados de la investigación aportarán para perfeccionar y enriquecer los conceptos y enfoques teóricos de la patología.

1.3.3. Metodológica

El estudio es de nivel descriptivo, retrospectivo, los métodos, procedimientos, técnicas e instrumento aplicados en la presente investigación podrán ser empleados para el desarrollo de otros trabajos de investigación, además contribuirá con material relevante para subsiguientes estudios.

1.4.OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Determinar las características clínico-epidemiológicas de los pacientes con psoriasis en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar la distribución de los pacientes con psoriasis según grupo etario, género, nivel de instrucción, lugar de procedencia, ocupación y

estaciones climatológicas del año en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.

- Describir la frecuencia de las características clínicas de los pacientes con psoriasis en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes (internacional, nacional y regional)

Mohd, A, Khan, I, Ngah, N. (2020) concluyeron que la edad media de inicio fue de $35,14 \pm 16,16$ años. La proporción de hombres a mujeres fue de 1.3: 1. El 23.1% de pacientes tenían antecedentes de familiares con psoriasis. La presentación clínica más común fue psoriasis en placas crónica (85,1%), seguida de psoriasis guttata (2,9%), psoriasis eritrodérmica (1,7%) y psoriasis pustulosa (1,0%). El 57,1% de los pacientes tenían afectación ungueal, mientras que se observó artropatía en el 13,7% de los pacientes. Las comorbilidades observadas incluyen obesidad (24,3%), hipertensión (25,6%), hiperlipidemia (18%), diabetes mellitus (17,2%), cardiopatía isquémica (5,4%) y enfermedad cerebrovascular (1,6%) (5).

Palmezano, J. et al (2018) describieron a la psoriasis como una patología que causa inflamación recurrente y que depende del estado inmunológico del paciente, así como su genética y condiciones sociodemográficas. Se evidencia una mayor presencia en miembros superiores e inferiores. La manifestación más frecuente se caracteriza por presentar placas elevadas con base eritematosa y superficie escamosa. Así, se ha reportado que con mayor recurrencia las personas utilizan el tratamiento con esteroides. (6).

Jung, S. et al (2018) concluyeron que (53,8%) presentaron consecuencias directas en la calidad de vida que depende de la salud (CVRS). La gravedad del deterioro en las mujeres fue el doble que la observada en los hombres; los pacientes con psoriasis en el cuello exhibieron un deterioro significativamente mayor. Con respecto al estado socioeconómico, los pacientes que ganaron > 40 millones de KRW (aproximadamente 34,000 USD; grupo de altos ingresos) mostraron menos deterioro (7).

Ortega, A. et al (2018) concluyeron que la prevalencia de psoriasis vulgar fue de 2.8% siendo la más frecuente. En relación con la edad, el promedio fue de 38.3 siendo las mujeres el porcentaje mayor. Del mismo modo describe a las pápulas y placas eritematosas descamativas como las que predominan en las zonas de las extremidades y tronco. La pústula esponjiforme de Kogoj tiene relación directa con la forma vulgar y pustulosa (8).

Ayarza, JR, Casadiego, EJ, Medina, DC. (2017) concluyeron que los cuadros de psoriasis tuvieron afectación por igual entre hombres y mujeres. En cuanto a la psoriasis vulgar tuvo una prevalencia del 88%. En cuanto a la administración del tratamiento tópico se dio en un 95% en pacientes y 33.5%

en tratamiento sistémico. Además, se comprobó la asociación entre psoriasis e hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus(9).

Cevallos, LK, Navarrete, PJ. (2019) evidenciaron que los miembros de 60 años a más, entre técnicos y oficiales militares, son los que presentan mayores casos, incrementándose entre aquellos en situación de retiro. Un 71.20% desarrolló la enfermedad entre 0 y 10 años. Presentaron, además, comorbilidades como la reducción de lipoproteínas, aumento de la glucosa plasmática e hipertrigliceridemia(10).

Wong, G. (2019) evidencia una predominancia de psoriasis entre personas de 60 y 69 años (46%). Además, presentó características como alta predominancia en placas (80%), presencia en extremidades (49%), tronco (28.3%) y cabeza (22.6%). Por último, la hipertensión arterial (30%) fue la comorbilidad con mayor frecuencia y el tratamiento tópico (73.6%) fue el de mayor predominio (4).

Manrique, D. (2015) encontró que la cantidad de varones era del 70%, entre los cuales la edad promedio fue de 56.9 años, un 90% era proveniente de Lima, estaban casados un 72% y el 58% reportó fototipo IV siendo el inicio de la enfermedad alrededor de los 41 años. Con mayor frecuencia se encuentra la forma vulgar con 89% seguido de la forma gutata. En tanto, la dislipidemia fue la comorbilidad más frecuente y un 20.4% presentó artritis psoriática y finalmente en cuanto al tratamiento el 97% usaron algún tópico (11).

Cabanillas, J. (2014) presentó resultados en donde 68% fueron varones y 32% mujeres entre 43 años en promedio. Asimismo, los que tenían parejas

estables 81% y los que eran solteros un 11%. En cuanto al precedente de psoriasis en la familia un 16% lo presentó y un 3% artritis psoriásica. Además, se identificaron factores de riesgo cardiovascular 37% dislipidemia, 19% diabetes mellitus y 22% hipertensión arterial. Además, el tipo vulgar fue la forma predominante y el tratamiento más utilizado fueron los corticoides tópicos y PUVA (12).

Ponce, M, Mendoza, R. (2012) concluyeron que un 75,5% de los estudiados corresponde al sexo masculino, un 9,1% tenían antecedentes familiares de psoriasis, un 77,3% tenían dislipidemia, un 20% presentaban hipertension arterial y finalmente un 17,3% tenían diabetes mellittus por otro lado la forma clínica descrita fue la vulgar y 9,1% de los pacientes tenían artritis psoriática. Por último, se observó una disminución de aquellos que fueron tratados con tópicos, metrotexato y se incrementaron en aquellos tratados con terapia biológica (13).

2.2 Bases teóricas o científicas

2.1.1. Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica poligénica, común y autodegenerativa de la piel que se reconoce cada vez más como un trastorno inflamatorio sistémico, caracterizado por la aparición de placas cutáneas eritematosas y descamativas (14,15).

2.1.2. Epidemiología

Afecta al 1-3% de la población mundial (16). Ello implica que la enfermedad está presente en diversas regiones y poblaciones, lo que representa una de sus características. Sin embargo, se ha evidenciado una presencia mayor en individuos de raza blanca. (17).

En países como Estados Unidos, la psoriasis está presente en aproximadamente 3 o 4 millones de personas. Mientras que en Asia el porcentaje es menor con valores similares a 0.3 y 1.2%. Además, se estima que existe un porcentaje de la población que no ha sido diagnosticada con la enfermedad, dichos grupos lo conformarían los estratos sociales bajos y de ínfimo nivel educativo. En el caso de América Latina se cree que el alto nivel de mestizaje contribuya con una prevalencia menor, sin embargo, no existe la certeza por la ausencia de estudios de prevalencia (18).

Se estima que el 23% de los pacientes con psoriasis padecen también artritis psoriática esto según la National Psoriasis Foundation de Estados Unidos (18).

La psoriasis es más prevalente en zonas urbanas comparado con las rurales y no relacionada a factores geográficos siendo mayor en las áreas de la industria pesada. En un estudio realizado en China con una población de 5.7 millones de habitantes la prevalencia de esta patología fue de 1.6% (17).

La prevalencia en adultos varía en un rango de 0,91% a 8,5% y en niños va desde 0% hasta 2,1% (14). Respecto a la situación geográfica es importante reconocer que esta patología puede aumentar a medida que la distancia también lo hace según el ecuador terrestre (15).

Factores como el clima y la exposición al sol son considerados causantes de esta enfermedad tal como lo sostienen ciertos autores. Sin embargo, esto parece no ocurrir con la latitud. Por otro lado, el indicador de psoriasis en la niñez y adolescencia manifiesta un 0.7 y 1.2%, su presencia se debe a una distribución bimodal que oscila entre los 20 a 50 años. Correspondiente a ello, la psoriasis se clasifica en tipo I: de manera precoz o previo a los 40 años, y tipo II: de forma tardía o posterior a los 40. Otra distinción es que la clasificación del primer grupo presenta mayor propensión a ser grave y por causales de antecedentes parentales (19).

Aunque es más frecuente en adultos puede aparecer en cualquier edad, (20) se identifican dos picos de aparición entre los 30 a 39 años y entre los 50 a 69 años, no hay predilección por el género (15).

La psoriasis según estudios realizados va en incremento con el transcurso de los años, (21) entre 1970 – 1974 se identificó 50,8 casos por 100000 pero entre 1995 – 1999 aumentó a 100,5 por 100000 (15).

Frecuentemente, durante la infancia se presenta la psoriasis denominada *guttata* (16), de lo contrario, otros afirman que es la forma

vulgar la de mayor propensión. Esto puede deberse a que, en el norte de la India, la forma vulgar fue la de mayor incidencia con un 60.6 %, y la psoriasis plantar se manifestó con un 12.8 % (15). Además, otro estudio señaló la mayor incidencia de la psoriasis vulgar con un 52.6 % y la psoriasis guttata se manifestó en un 25.5 % (12).

Por otro lado, se describieron formas leves de esta patología en un 77% y la diferencia fueron formas moderadas y graves. En pacientes VIH hay un oscilamiento de 1.3 a 2.5% (2). Del mismo modo en un grupo de pacientes, el 79.2 % evidenció cambios ungueales, además, el rango de 1 a 15 % correspondió a la forma artropática (12).

Cabe mencionar que, mayormente las afecciones cutáneas se presentan en una etapa previa a la artritis de tipo psoriásica. No obstante, esto no se comprueba en un rango del 10 al 15 % de determinados pacientes, pues estos manifestaron padecer artritis psoriásica desde el primer momento (12).

Según un estudio, se demostró que el 77 % de un grupo de pacientes con psoriasis lograban la mejoría por tiempo atmosférico caliente, pero con el tiempo atmosférico frío lo logró el 12 %, y un 78% manifestó mejoras por el sol. Así también, un 40% de estos padecimientos tiene un causal de estrés emocional de nivel grave y en un 42% no se produjo respuesta. En adición a ello, el 25% señaló la participación de las articulaciones, ante un 39% que indicó la desaparición de forma temporal de las lesiones (12).

Un estudio realizado en Colombia por Gonzáles, C et al concluyeron que en una población de militares fue más frecuente en hombres (61.6%); la edad promedio en ellos fue de 54 años; del mismo modo de este grupo de estudio el 63.3% eran casados y el 14% eran solteros. De aquí, gran parte inició este padecimiento a partir de los 50 años. Asimismo, prevaleció la psoriasis vulgar en un 89%, un 7% la guttata y un 26.7% el compromiso ungueal. El 22,1% referían antecedentes familiares primando los tíos (10,5%), padres (4,7%) y hermanos (4,7%). Se asociaron a estrés el 25.6% y el conjunto de factores como la exposición al sol, infecciones y medicamentos se manifestó en un 57.7%. En ellos predominó alteraciones cardiovasculares con un 18.6% y metabólicas con 11.6% como comorbilidad. Finalmente, todos ellos recibieron tratamiento tópico y un 54% el tratamiento fue sistémico (22).

Otros estudios epidemiológicos reportaron que existe relación entre psoriasis y síndrome metabólico y sus componentes; del mismo modo se reportó también que existe vínculo entre la propensión de tener psoriasis y el sobrepeso, la hipertensión y diabetes además de que esta enfermedad se agrave (12).

En un estudio hecho en el Perú, evidenció que de tres pacientes con psoriasis unos presentan síndrome metabólico, mencionando también que es más frecuente en mujeres y se incrementa con la edad, todo ello en el hospital estudiado. Por otro lado, en el síndrome metabólico se caracterizó el perímetro del abdomen incrementado con

un 37.5%, seguido de hipertrigliceridemia con un 35.6%, hdl disminuido con un 32.2%, hipertensión arterial con un 33.7% y finalmente hiperglicemia con 18.3%. Del mismo modo, los pacientes con diagnóstico de psoriasis tuvieron el doble de probabilidad de presentar síndrome metabólico (23).

Se ha observado que, con respecto al síndrome metabólico y riesgo cardiovascular la inflamación sistémica empeora en la resistencia a la insulina elevando la glicemia; del mismo modo se ha descrito una interacción doble entre la obesidad y la psoriasis ya que los pacientes con diagnóstico de psoriasis presentan con mayor prevalencia el sobrepeso y la obesidad; de tal modo que los pacientes obesos presentan formas más graves de psoriasis debido a las citoquinas liberadas por el tejido adiposo que presentan un efecto proinflamatorio que va a retroalimentar esta relación (19).

Un estudio realizado en el Reino Unido prospectivo y de cohorte mostró que la psoriasis puede atribuir un riesgo independiente de infarto de miocardio en pacientes jóvenes con enfermedad grave (17).

Del mismo modo se describió que existe relación entre psoriasis, el estrés psíquico y factores psicosociales; la base de todo aquello se relaciona con la fisiopatología de la enfermedad (18).

En un estudio realizado en Cuba acerca de psoriasis vulgar, se encontró que el estado progresivo de la enfermedad puede deberse a que

el estudio se realizó en invierno que es una estación en la que se exacerba la patología y cuyo criterio es compartido con otros autores (24).

En los pacientes con psoriasis la etapa invernal resulta una de las más complicadas, ya que existen aspectos que influyen de manera considerable en la sequedad de la piel como: la presencia de calefacciones y el frío del exterior, resultando en la presencia de prurito, contribuyendo así a la exacerbación de esta patología (25).

Un estudio realizado en EE. UU muestra una marcada tendencia a la variación estacional en ciertas dermatosis en las que incluye a la psoriasis evidenciando una temporada alta de atención en estos pacientes durante el invierno (30.6%) (26).

2.1.3. Patogenia

La psoriasis es una patología mediada por células T, en la que se produce una hiperplasia de la epidermis a causa de la infiltración de las células inmunes, intervienen elementos de la respuesta inmune innata y adaptativa, encontraremos células dendríticas presentadoras de antígenos, neutrófilos, macrófagos, queratinocitos, las células NK, linfocitos CD4 y CD8 (27).

En la etapa inicial de la psoriasis se evidencia la activación de las células dendríticas tanto de la dermis como de la epidermis; éstas células producen cito citoquinas, el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), y IFN- γ que promueven el desarrollo de células T, T_H 1 y

T_H 1 7 secretando mediadores que ocasionan cambios vasculares y epidérmicos (27,28) .

El TH1 se eleva por la influencia del IFN- γ , IL-2 e IL-12, se ha podido demostrar que la producción de IL-12 polariza las células T en células T_H 1 (28).

Intervienen tres tipos de células dendríticas cuando se presenta la psoriasis las cuales son: las células de Langerhans, las dendríticas dérmicas y las dendríticas plasmacitoides, estas últimas son importantes de la defensa antiviral en el sistema inmune innato secretando IFN- γ (27).

2.1.4. Susceptibilidad genética

Se ha aceptado mecanismos de herencia multifactorial; la genética en el que se contempla los caracteres no mendelianos con afectación de los factores ambientales. Se identificó aproximadamente 9 segmentos cromosomales que están relacionados con la psoriasis y que han sido identificados también en 26 regiones (29,30).

Los genes que están vinculados con función de barrera de la piel, con la inmunidad innata y adaptativa se relacionan a los loci de susceptibilidad para el padecimiento de psoriasis (29).

El locus PSORS1 de la región del cromosoma 6p21 (brazo corto) interviene al 30 a 50% de la susceptibilidad genética de la psoriasis, el locus contiene genes de antígeno de histocompatibilidad (alelo HLA-

Cw6) que son moléculas que reconocen al autoantígeno y lo presentan a los linfocitos T; por otro lado, existen alelos relacionados con los locus PSORSI como HLA – B13, HLA – B57, HLA – Cw2, HLA – B27; que pueden influir en la determinación de la edad en la que aparece la enfermedad (31,29) :

- Tipo 1 (de inicio temprano) relacionado con los alelos: HLA-Cw6, HLA-B13 y HLA-B57 (29,27); el comienzo se produce antes de los 40 años y con antecedentes familiares (32).
- Tipo 2 (de inicio tardío) relacionado con los alelos: HLA-Cw2 y HLA-B27 (29,27); se inicia después de los 40 años y con menor prevalencia familiar (32).

También ha sido identificado el locus PSORS2 en algunos estudios que se realizaron en familias de Europa y Taiwan, éste locus se encuentra en el gen CARD 14, otros genes identificados, pero con baja frecuencia ERAPI, TYK2, PSORS4, RNF114, IFIHI, DDX58, EXOC2, IL28RA, DEFB4 y otros (29).

2.1.5. Clasificación de psoriasis

La psoriasis se clasifica según su extensión, localización o forma clínica, una misma persona puede tener varios tipos de psoriasis y en las diferentes etapas de la vida (15,21).

De acuerdo a la extensión: puede ser leve (las placas afectan menos del 5% de la superficie corporal); moderada (entre 5 a 10%) y grave cuando es mayor al 10% (15).

Según la forma clínica pueden existir (35):

Psoriasis vulgar, forma de mayor predominio, asociadas a dolor y prurito, se presentan como placas eritemato-escamosas, la descamación es gruesa blanca plateada, las lesiones son simétricas, en zonas de extensión, a nivel lumbosacro, cuero cabelludo, glúteos, también en genitales, bordeando el ombligo y retroauricular ; *psoriasis en gotas o guttata* , de remisión espontánea, se presentan como pequeñas pápulas eritemato -escamosas (2-5mm) que predominan en tronco y extremidades, son frecuentes en niños y jóvenes, por lo regular asociado a una infección tipo faringitis por estreptococos; *psoriasis invertida*, se da en personas obesas, las lesiones presentan pocas escamas o ausencia de las mismas, las placas son eritematosas brillantes, localizadas en grandes pliegues (frecuente en axilas e inframamario); *psoriasis eritrodérmica*, es una forma rara (1-2%), afecta a más del 80% de superficie corporal, con presencia de eritema y descamación generalizada, considerada una forma grave con elevada morbilidad, acompañado de fiebre, leucocitosis y alteraciones sistémicas; *psoriasis pustulosa*, forma poco común y grave , caracterizada por la presencia de pústulas estériles, de evolución aguda a crónica, se presenta de forma generalizada (von zumbusch), impétigo herpetiforme, anular o localizadas como palmoplantar y acrodermatitis continua (Hallopeau) ,

la afectación generalizada puede producir inestabilidad hemodinámica y alteraciones termorreguladoras; *psoriasis ungueal*, se presenta: hiperqueratosis, coloración de aspecto amarillento y onicolisis. Afecta la matriz ungueal con lesiones de aspecto puntillado, es un factor de riesgo para desarrollar artritis psoriásica.

La artritis psoriásica, aparece en 20 a 30 % de pacientes con psoriasis, generalmente se presenta años posteriores a la afección inicial (15).

Raras veces se puede evidenciar previo a las manifestaciones cutáneas o inclusive sin ellas; observando también afección en las articulaciones de pies y manos y de forma típica en articulaciones interfalángicas como la poliartritis o la artritis interfalángica distal (15).

Considerando la localización: la psoriasis se puede ubicar en cuello y cara afectando también la barbilla en caso de varones; del mismo modo se puede localizar en el cuero cabelludo en hasta 70% de los casos.

Por otro lado; es muy frecuente que la psoriasis aparezca en las extremidades como palmas y plantas, rodillas, codos y el 30 % de los casos afecta a los genitales. Se puede mencionar también que en otras localizaciones se encuentra detrás del pabellón auricular, tórax y afección de la lámina ungueal ocasionando onicolisis y decoloración de aspecto “mancha de aceite” (15).

2.1.6. Cuadro clínico

Clínica dermatológica psoriática: las lesiones se caracterizan por ser papulomatosas eritematosa y descamativa; en ocasiones puede ser también seca y bordes netos de diferente diámetro; cubiertas por abundantes lesiones de tipo escamoso con una coloración blanco plateado o grisáceo (5,10).

Las lesiones generalmente son simétricas pudiendo variar de una a varias (hasta 100) con una evolución lenta y progresiva y de curso crónico con presencia de escozor desencadenando malestar en el paciente (12).

Cabe indicar que estas lesiones se pueden ubicar en zonas como: (32)

- A nivel del cuero cabelludo la psoriasis se caracteriza por presentar lesiones eritemoescamosas de mayor grosor en forma de placas extendiéndose a la región cervical.
- También se pueden ubicar en las articulaciones interfalángicas distales y sacroilíacas.
- Existe asociación entre la lámina ungueal (uña) y artropatías en 50 a 80% de los casos aproximadamente; presentando “pitting” hoyuelos; onicodistrófias u onicólisis.
- A nivel dérmico afectan cualquier región anatómica.
- Se presentan también en la zona genital y raramente labial (32,27).

Acerca de la psoriasis de tipo vulgar, es importante indicar que existe una variante rara: eritrodermia o psoriasis eritrodérmica, la cual

genera impactos negativos con un 90% aproximadamente de afectación de superficie corporal y acompañado de fiebre, leucocitosis, déficit protéico y desequilibrio de aspecto hidroelectrolítico (27).

En torno a la psoriasis guttata, es relevante señalar la presencia de lesiones atípicas del tamaño de la gota de agua (2-5 mm) de diámetro los cuales van a predominar en el tronco sin afectar palmas y plantas y en ocasiones se acompaña de prurito. Sus primeros indicios se dan con una erupción abrupta después de presentarse una infección aguda como la faringitis estreptocócica. Asimismo, este tipo de psoriasis es característico de los niños, adolescentes y adultos menores de 30 años, persiste por algunos meses y tiende a desaparecer espontáneamente. (12).

Referente a la psoriasis de tipo intertriginosa, se evidencian focos donde la inflamación presenta escamas, esto aparece en las axilas, ingles, surco intergluteo y región submamaria. Su coexistencia involucra a la psoriasis de tipo vulgar o una presencia de psoriasis por única vez (27).

En lo que concierne a psoriasis de tipo pustulosa, se evidencia pústulas, entre otros en el palmo plantar y acrodermatitis de forma continua o de Hallopeau, donde aparecen estas pústulas ubicándose en falanges distales de los pies, manos y uñas asociándose con anomalías de grado severo hasta la generalización de la psoriasis: Von Zumbusch junto a la psoriasis de tipo eritrodérmica (33,27).

Ahora bien, las lesiones que se caracterizan por su linealidad se clasifican en psoriasis de tipo lineal, pues se ubican en una extremidad o membrana presentándose espontáneamente o a raíz del fenómeno de Koebner (12).

En lo que respecta a la psoriasis ubicada en uñas, estas son frecuentemente evidenciadas por puntos de color blanco denominados leuconiquia. Además, se evidencia onicodistrofia de la uña, astillamiento y hemorragias que pueden oscurecer el lecho ungueal. Su presencia indica un 30% de los casos con inflamaciones de psoriasis (27).

En relación con la artritis psoriásica, es posible señalar que entre 5 a 30% de casos manifiestan psoriasis de tipo cutánea, sobre todo en aquellos que padecen de artritis seronegativa, pues es mucho más propenso en contraste con los que no la padecen. En adición a ello, el cambio de aspecto erosivo se presenta, y en las serológicas no sucede lo mismo(16); como en la mitad de los casos con HLA-27. Así, en gran parte de los análisis radiológicos, se percibe la misma situación que la artritis reumatoide.

Existen cinco patrones posibles diferentes de artritis (12)

1. Un 16% de los casos se aprecia a nivel de la articulación interfalángica distal hay una afección asimétrica asociado a una lesión ungueal.

2. En 5% existe asociación de artritis de tipo mutilante con destrucción ósea (osteólisis) de huesos de la falange y metacarpos.
3. El 15% se presenta como poliartritis que es simétrica con artritis reumatoidea a nivel de las manos de tipo en garra.
4. Un 70% presentan oligoartritis edematosa y con tenosinovitis articulares de una o varias articulaciones de manos.
5. Finalmente, un 5% presentan un cuadro de espondilitis anquilosante que puede presentarse aislada o estar asociada a una artritis periférica.

Con el fin de determinar el grado de severidad de las lesiones psoriásicas de manera sencilla, se utiliza toda la mano del paciente (palma) equivalente al 1% de su superficie corporal. Se estima como una lesión leve (menor al 3%), moderada (afectando del 3 al 8%) y grave (mayor del 10%).

2.1.7. Diagnóstico

El diagnóstico es meramente clínico y de soporte para determinar el tipo de lesión bajo las consideraciones de la histopatología (32).

Histopatología

Si existe una duda persistente respecto al diagnóstico de psoriasis, se recurre a la histopatología que expone variaciones según la forma del cuadro clínico y el periodo de instalación de la enfermedad.

A nivel epidérmico se observa: a) disminución del espesor suprapapilar, b) acantosis irregular con paraqueratosis, c) disminución o ausencia de la capa granulosa y d) pústulas de forma esponjiforme de Kogoj con microabsceso de Munro. En cuanto a las papilas dérmicas, se evidencian elongaciones edematosas con capilares tortuosas y dilatadas con infiltrados de la serie neutrofilica (32).

Con relación a la lesión dérmica, se emplea la cucharilla dermatológica para ejecutar el raspado, el cual nos revelará diversos signos particulares de la enfermedad (12).

- Signo de parafina, o de bujía o de cera: Se presenta de numerosas escamas que al rascarse la lesión se desprenden.
- Membrana epidérmica: continuar con el rascado ocasiona una película de aspecto transparente (denominada Duncan-Dulckley).
- Cuando se retiran estas escamas y la membrana, puede apreciarse puntos hemorrágicos (Auspitz o rocío sangrante) producido por el adelgazamiento de la papila dérmica. Tanto en la invertida como en la pustulosa no se da esta situación.
- Si la lesión alcanza un diámetro de 5cm, involuciona empezando desde el centro con forma a) anular, b) lobular y c) ondular. En la periferie de la lesión psoriásica, se presenta el anillo de Woronoff de color blanquecino e hipocrómico.

Correspondiente al fenómeno de Koebner, es posible indicar que se evidencia hasta en el 20 % de los casos, incluyendo traumatismos muy leves. Así también, su presencia se da en zonas de prurito,

cicatrices, quemaduras y áreas de erupción. Junto a ello, se ha manifestado en afecciones dérmicas como liquen plano y nítidos (12).

2.1.8. Índices de medición de severidad (35)

Son instrumentos de medición clínica que cuantifican diversos aspectos de la patología. Las escalas de mayor uso son:

Índice de severidad y área de psoriasis (PASI)

Permite medir el grado de compromiso y mejora de los pacientes que padecen psoriasis obteniendo una puntuación de 0 a 72. Valora el eritema, descamación e induración de las placas en una escala de 0 a 4 en relación del área topográfica afectada (cabeza y cuello, extremidades superiores e inferiores y tronco), asigna a cada área un porcentaje, las extremidades superiores 20%; extremidades inferiores 40%, el tronco 30% y la cabeza 10%. La extensión de las zonas lesionadas en cada sección se valora de 0 a 6, 0 indica ausencia.

Este Score permite precisar la gravedad así como para el seguimiento y control, un PASI mayor a 10 estima afectación moderada-severa, por lo cual es indicador de terapia sistémica.

Área de superficie corporal (BSA)

Se basa en el cálculo de la superficie corporal perjudicada. Se asigna un porcentaje a cada segmento, tronco anterior y posterior 18% respectivamente, miembros superiores 9% cada uno, miembros inferiores cada uno 18%, cabeza 9% y 1% a genitales e ingles. Asimismo, hace uso de la palma de la mano del paciente equivalente al

1% de la superficie corporal total. Una afección mayor al 10% es considerada moderada-severa.

DLQI (Índice de calidad de vida dermatológica)

La psoriasis influye en la calidad de vida de los que la padecen produciendo afectación social, psicológica y laboral. El DLQI es un cuestionario de 10 preguntas, con puntuaciones de 0 a 30. Mide el impacto de la enfermedad en la calidad de vida en la última semana. Valores mayores a 10 puntos se considera severa.

Diagnóstico diferencial (32)

- Psoriasis en placas: Se caracteriza por presentar a) dermatitis de tipo seborreica, b) parapsoriasis tipo placas, c) eccemas, d) linfoma T de tipo cutáneo, e) sífilides tipo psoriasiforme, f) pitiriasis rubra pilares y g) el síndrome de Bowen.
- Psoriasis en gotas: semejante a pitiriasis rosada de Gibert y en la sífilis de tipo secundaria
- Psoriasis tipo invertida: parecido a dermatitis de tipo seborreica y en los intertrigos.
- Psoriasis artropática: comparable con artropatías de aspecto seronegativa y en la artritis reumatoide.
- Psoriasis pustulosa: de forma localizada (dishidrosis pustulosa) y generaliza (pustulosis exantémica aguda farmacológica y en pénfigos producida por Ig A).

2.1.9. Comorbilidad

Enfermedad cardiometabólica

Se ha documentado que existe una asociación con mayor riesgo con infarto agudo de miocardio independientemente de los factores de riesgo cardiacos, así como el tabaco, diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia e índice de masa corporal (IMC). Por otro lado, también hay reportes de mayor efecto dosis-respuesta al tratamiento fototerápico, así como sistémico (2).

Obesidad

Existe interacción entre psoriasis y obesidad; puesto que se evidencia mayormente que los pacientes psoriáticos presentan sobrepeso y obesidad, además en este último se puede presentar formas graves de esta patología. Por otro lado, en pacientes que cursan con un índice de masa corporal mayor a 30, se evidencia tendencia de padecer psoriasis (19,9).

Enfermedad hipertensiva

Existe un aumento de la incidencia en pacientes hipertensos con psoriasis, asimismo, se ha analizado una estrecha relación entre el riesgo de presentar psoriasis e hipertensión arterial, diabetes y obesidad, especialmente con la posibilidad de riesgo de tener las formas severas de la patología. Por otro lado, se menciona que el paciente psoriático

parece presentar mayor dificultad en el control de la hipertensión en comparación del hipertenso no psoriático (12).

Comorbilidad psiquiátrica

Cabe resaltar que la enfermedad psoriásica va a influir en la calidad de vida y el 60% de los pacientes cursan con depresión, un 1/3 van a padecer ansiedad, un 10% cursan con trastornos de bipolaridad y un 10% con deseos de muerte (34,35).

Es así como el tratamiento de esta patología posee dos formas:
a) tratamiento tópico y b) tratamiento sistémico.

Tratamiento tópico: útil para psoriasis clasificada como leve y en aquellas de tipo severo o extenso, empleado como coadyuvante al tratamiento de carácter sistémico o en fototerapia. Es importante considerar la aceptabilidad y la practicidad de esta alternativa, así como el costo-beneficio (19).

Respecto al tratamiento de aspecto sistémico, es el 25% que lo recibe y puede recomendarse para psoriasis en gravedad, por ejemplo, de tipo pustulosa, eritrodérmica y en artropatías; psoriasis de grado moderado que, ante el tratamiento tópico, no hubo reacción; y en pacientes con mayor complicación a nivel general (18,36).

2.1.10. Tratamiento

Gran parte de pacientes psoriásicos que manifiestan sintomatología en grado leve tienen indicación de un tratamiento vía tópica. Para psoriasis en grado moderado a grave se recomienda tratamiento vía sistémica, el cual puede ser de dos formas: biológicos o clásicos. Cabe señalar que la fototerapia ultravioleta es un coadyuvante terapéutico de mayor importancia (19).

En cuanto a la terapia vía tópica, se emplea como un complemento para psoriasis de tipo leve y también en las lesiones severas o extensas (18).

En la actualidad, es posible recurrir a los emolientes queratolíticos, análogos de vitamina D, ditranol, corticoides, retinoides breas, entre otras como tratamiento tópico. Junto a ello, la fotoquimioterapia, terapias sistémicas (metotrexate, ciclosporina A y acitretino), las terapias biológicas tales como bloqueador del factor de necrosis tumoral (infiximab, adalimumab y etanercept), e inhibidores de los linfocitos T (efalizumab) (12).

2.2.Marco conceptual (variables y dimensiones)

Epidemiología

Entendemos por Epidemiología a la rama disciplinaria encargada de analizar la distribución y frecuencia de los fenómenos respecto a la salud, así

como establecer los factores exactos poblacionales y aplicativos para el manejo de problemas (37).

Clínica

La clínica surge como una solución ante el requerimiento de las personas por conocer el origen de los síntomas que presenta, y así determinar un diagnóstico con el cual se busque sanar, mejorar o en algunos casos superar las enfermedades (38).

Psoriasis

La psoriasis es una patología crónica, de tipo inflamatoria, autodegenerativa de la dermis que va a ser reconocido como un trastorno sistémico, inflamatorio que se caracteriza por la presencia de placas dérmicas eritemato escamosa descamativas (14,15).

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis General

En este estudio no se aplica por ser un trabajo descriptivo.

3.2. Hipótesis específica

En este estudio no se aplica por ser un trabajo descriptivo.

3.3. Variables (definición conceptual y operacional) (39)

Variable de interés

➤ Psoriasis

La matriz de operacionalización de variables se encuentra en el anexo 2

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1.Método de Investigación (40)

Cuantitativo.

4.2.Tipo de Investigación (40)

Es una investigación de tipo básico, en el cual se analizan y recolectan datos para producir teorías y conocimiento, es transversal, retrospectivo, observacional.

4.3.Nivel de Investigación (40)

Descriptivo.

4.4.Diseño de la Investigación (41)

El diseño es descriptivo simple.

M → O

Dónde:

M: Muestra en la que se realizó el estudio.

O: Observación de la muestra en la que se realizó la investigación.

4.5.Población y muestra

Población: La población está constituida por todos los pacientes que acudieron por consultorios externos del Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión y presentaron diagnóstico de psoriasis durante el periodo de 2015 al 2019 y según el informe del sistema estadístico del hospital fue de 186, luego de seleccionarlas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se procede con el estudio de 110 historias clínicas.

Muestra: Tipo no probabilístico, por conveniencia, censal, requiriéndose todos los componentes de la población considerando entonces las 110 historias clínicas.

Criterios de inclusión:

Pacientes con diagnóstico clínico y/o histopatológico de psoriasis de cualquier forma clínica.

Pacientes de todos los grupos de edad.

Criterios de exclusión:

Se excluye del estudio a los pacientes con historias clínicas con datos incompletos, duplicados e ilegibles.

Método de recolección de datos (40)

Método retrospectivo, en el cual los datos son mediciones secundarias, es decir, el investigador realiza la revisión de fuentes secundarias y en este caso recopilamos esa información para nuestro estudio; además se realiza esta investigación posterior a ocurrir la enfermedad.

Se hizo uso de una ficha de recolección de datos que se estructuró en tres secciones: la primera en la cual se anotó el número de ficha, fecha y número de historia clínica; las demás partes se dividieron en características epidemiológicas (grupo etario, género, nivel de instrucción, lugar de procedencia, ocupación al momento del diagnóstico y estación del año en que se presentó la lesión psoriásica) y clínicas (forma clínica de presentación, comorbilidades, tipo de tratamiento, número de consultas, requerimiento de hospitalización).

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se usó la técnica de revisión documentaria, para ello se hizo uso de una ficha de recolección de datos de la cual obtenemos información indirectamente a través de textos de registro y son medios de información y en este caso es a través de las historias clínicas, por lo cual el investigador reúne esa información, recopila y clasifica según las dimensiones a estudiar.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se transcribió la información obtenida a una hoja de cálculo del programa Excel 2016. Se realizó el análisis estadístico correspondiente, los resultados fueron expresados en tablas estadísticas siendo interpretadas y descritas.

El análisis de datos se realizó mediante la estadística descriptiva, en la cual la descripción de los datos obtenidos acerca de las variables se describe mediante la distribución de frecuencias y porcentajes, el cual permite ordenar los datos de acuerdo a las exigencias de los objetivos.

4.6.Aspectos éticos de la investigación

En este trabajo se realizó el procedimiento institucional correspondiente pasando por el comité de ética de la Facultad de Medicina Humana de la UPLA, para obtener un dictamen favorable.

Para la obtención de los datos previamente se solicitó autorización al Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo entre el periodo de diciembre del 2020.

Confidencialidad:

Por ética se preservó los datos de los pacientes, no fueron revelados los datos personales y se mantuvo la seguridad en el manejo de la información.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 Descripción de resultados

Tabla 1: Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según grupo etario atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.

Grupo etario	fi	%
Menor de 20 años	7	6,4
De 21 a 29 años	15	13,6
De 30 a 39 años	15	13,6
De 40 a 49 años	29	26,4
De 50 a 59 años	18	16,4
De 60 a 69 años	19	17,3
Mayor de 70 años	7	6,4
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

En la presente tabla, se observó que el grupo etario con mayor número de pacientes corresponden a las edades de 40 a 49 años con 29 (26,4%), 19(17,3%) personas representan a las edades de 60 a 69 años, 18(16,4%) manifiestan edades de 50 a 59 años, entre las edades de 21 a 29 y de 30 a 39 años se encuentran 15(13,6%) personas y en los menores de 20 y mayores de 70 años encontramos 7(6,4%) pacientes para ambos grupos.

Tabla 2: Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según género atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.

Género	fi	%
Masculino	85	77,3
Femenino	25	22,7
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

Con respecto al género de los pacientes con psoriasis, se observó que predominó el género masculino siendo 85(77,3%) y en menor medida siendo 25(22,7%) representaron al género femenino.

Tabla 3: Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según nivel de instrucción atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.

Nivel de instrucción	fi	%
Secundaria	66	60,0
Primaria	32	29,1
Sin estudios	6	5,5
Superior técnico	4	3,6
Superior universitario	2	1,8
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

En la tabla 3, se observó que la mayoría representados por 66 (60,0%) personas cursan con secundaria, seguido de 32(29,1%) que lograron estudiar primaria, 6(5,5%) de los pacientes se encuentran sin estudios, mientras que, 4(3,6%) personas presentan superior técnico y solo 2(1,8%) estudiaron superior universitario.

Tabla 4: Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según procedencia atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.

Procedencia	fi	%
Urbano	104	94,5
Rural	6	5,5
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

Referente a la procedencia, se identificó que la mayoría de los pacientes siendo 104(94,5%) provenían de zonas urbanas y solamente 6(5,5%) de zonas rurales.

Tabla 5: Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según ocupación atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.

Ocupación	fi	%
Empleado	69	62,7
Desempleado	38	34,5
Estudiante	3	2,7
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

En la presente tabla se observó que 69(62,7%) personas se encontraban con empleo, 38(34,5%) eran desempleados y 3(2,7%) pacientes eran estudiantes.

Tabla 6: Características epidemiológicas de los pacientes con psoriasis según estaciones climatológicas del año en que se presentan en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015-2019.

Estación del año	fi	%
Invierno	42	38,2
Primavera	23	20,9
Verano	23	20,9
Otoño	22	20,0
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

La mayoría de pacientes del presente estudio acudieron en la estación de invierno siendo 42(38,2%), entre tanto acudieron en primavera y verano 23(20,9%) personas para cada grupo respectivamente y en menor cantidad se observó que 22(20,0%) de los pacientes acudieron en otoño.

Tabla 7: Tipo de psoriasis manifestada en pacientes en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.

Tipo de psoriasis	fi	%
Psoriasis vulgar	104	94,5
Psoriasis invertida	4	3,6
Psoriasis guttata	2	1,8
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

Se evidenció en la presente investigación que el tipo de psoriasis con mayor manifestación fue la psoriasis vulgar, observada en 104(94,5%) del total, mientras que la psoriasis invertida se observó en 4(3,6%) personas y en menor número de casos se presentó la psoriasis guttata con 2(1,8%) pacientes.

Tabla 8: Comorbilidad más frecuente en el estudio de pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.

Comorbilidad	fi	%
Obesidad	27	24,5
Dislipidemia	9	8,2
Diabetes	8	7,3
Hipertensión arterial	7	6,4
Otros	9	8,2
No presenta comorbilidad	50	45,5
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

Respecto a las comorbilidades asociadas a esta patología, en la presente investigación se evidenció que, la obesidad es la más representativa presentándose en 27(24,5) pacientes, así mismo se observó en 9(8,2%) personas la presencia de dislipidemia, mientras que 8(7,3%) de los pacientes eran diabéticos y 7(6,4%) presentaron hipertensión arterial.

Tabla 9: Tratamiento administrado a los pacientes con psoriasis del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.

Tratamiento	fi	%
Corticoide tópico	103	93,6
Combinados	5	4,5
Sistémico	2	1,8
Fototerapia	0	0,0
Biológicos	0	0,0
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

La mayoría de los pacientes con psoriasis que fueron atendidos recibieron tratamiento con corticoide tópico, siendo 103(93,6%) del total, seguido del uso de tratamientos combinados en 5(4,5%)pacientes, además de la terapia sistémica en 2(1,8%) personas y no se optó por fototerapia ni tratamiento biológico.

Tabla 10: Número de consultas realizadas de los pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.

Número de consultas	fi	%
1	40	36,4
2	47	42,7
3	11	10,0
4	7	6,4
≥ 5	5	4,5
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

Con respecto al número de consultas, se observó que 47(42,7%) personas acudieron a 2 consultas, mientras que 40(36,4%) solamente acudieron a 1 consulta, seguido de 11(10,0%) pacientes que realizaron 3 consultas, así mismo 7(6,4%) realizaron 4 consultas y finalmente 5(4,5%) personas acudieron a 5 o más consultas.

Tabla 11: Requerimiento de hospitalización de pacientes con psoriasis atendidos en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.

Hospitalizaciones	fi	%
No	110	100,0
Si	0	0
Total	110	100,0

Fuente. Elaboración propia

n=110

Como se evidencia en la tabla, 110(100,0%) pacientes no necesitaron ser hospitalizados.

DISCUSIÓN

En los resultados de esta investigación se observó mayor predominio en el grupo etario de 40 a 49 años con 26,4%; similar al estudio de Cabanillas J. (2014) (12) con grupo etario más afectado entre 35 y 59 años (61%), coincidiendo con la literatura que la psoriasis se presenta entre el segundo y quinto decenios de vida. Agregando a lo anterior, Castro J., Casadiego E., Medina D. (2017) (3) mencionan que dicha patología se presenta entre la segunda y cuarta décadas de vida concordante con esta investigación.

Por el contrario, en el estudio desarrollado por Cevallos LK., Navarrete PJ. (2019) (10) quienes encontraron mayor frecuencia en mayores de 60 años (60,61%), así como en el estudio de Wong G. (2019) (4) presentando mayor número de casos en el grupo etario de 60 a 69 años (46%); por otra parte, Mohd A., Khan I., Nghah N. (2020) (5) concluyen que la edad promedio de diagnóstico fue de 35,14 +/- 16,16 años.

Los datos mencionados reflejan la diferencia respecto a la edad entre el estudio presentado y los antecedentes, el cual puede deberse a varios factores, como el área geográfica, la raza y la edad geriátrica, finalmente las diferentes literaturas muestran diversas edades de presentación de la patología esto tendría relación con la distribución bimodal de la patología de inicio temprano y tardío, siendo esta última en mayores de 40 años, por lo cual se explicaría porque no existe un único rango de edades en el que se produce la frecuencia más alta.

Por otro lado, se observó que 77,3% de los pacientes fueron del género masculino, similar al estudio de Mohd A., Khan I, Ngah N. (2020) (5) en la que la proporción de hombres a mujeres fue de 1.3: 1, así como los investigadores Ponce M., Mendoza R. (2012) (13) quienes concluyen que el 75,5% de la población estudiada corresponde al sexo masculino, aunque este último es probable que tenga relación por el lugar donde se realizó el estudio: en el Hospital de la Policía Nacional del Perú.

Contrariamente, Jung S. et al(2018) (7) mencionan mayor deterioro en mujeres en relación al varón (el doble), asimismo Ortega A. et al (2018) (8) refiere que hay mayor preponderancia en mujeres. Estos hallazgos podrían deberse a que las mujeres tienden a sentirse más avergonzadas por las lesiones psoriáticas que los hombres y son más susceptibles al estrés, motivo por el cual acuden a la consulta.

Con respecto al grado de instrucción, se observó que 60,0% de los pacientes estudiaron secundaria, para contrastar este resultado debo mencionar a Cevallos LK., Navarrete PJ. (2019) (10) quienes mencionan que la psoriasis es más frecuente en personal militar, técnicos y oficiales superiores, por tanto, cursan con educación secundaria e instrucción superior para ocupar dichos cargos; sin embargo, esta investigación se realizó en un hospital con atención para afiliados al SIS (seguro integral de salud) en el cual sobresale la atención de población pobre y clase media, por eso, generalmente se evidencia el grado de instrucción secundaria.

En esta investigación; además, predominó la procedencia urbana representado por 94,5%. Palmezano J. et al (2018) (6), refieren que la psoriasis tiene propensión sociodemográfica sobresaliendo la procedencia urbana en 82,2%, coincidiendo con los resultados encontrados en este trabajo.

Acerca de la ocupación de los pacientes se observó que 62,7% se encontraba empleado, similar a la investigación de Manrique D. (2015) (11) quien menciona que 54,9% presentaban empleos, así como Cabanillas J. (2014) (12) quien encontró 67,0% de población empleada.

En relación a la estación del año en que acuden los pacientes, se manifestó que el 38,1% se enferman en invierno; cabe mencionar que en un estudio realizado en Cuba por Trujillo I. et al (2002) (24) sobre psoriasis vulgar nos menciona que la estación de invierno exacerba esta patología y cuyo criterio es compartido con otros autores, como Pérez M. (2015) (25) quien menciona como factores responsables de la resequedad de la piel al frío externo, la presencia de calefacciones, entre otros concordando con esta investigación.

En este estudio, con respecto a las formas clínicas de presentación en la psoriasis, se observó que el 94,5% de los pacientes presentaron psoriasis vulgar, siendo este resultado similar a los que encontramos en el estudio de Mohd A., Khan I., Ngah N. (2020) (5) en el cual la presentación clínica más común fue psoriasis en placa con 85,1%; también; Ayarza JR., Casadiego EJ., Medina DC. (2017) (9), mencionan que el 88% presentó psoriasis vulgar, así como Ponce M., Mendoza R., (2012) (13) quienes encontraron más frecuente la psoriasis vulgar (91,8%).

Por otra parte, acerca de comorbilidad de los pacientes, en esta investigación se observó que predominó en 24,5% de los pacientes la obesidad, seguido del 8,2% con dislipidemia y 7,3% diabetes, similar al encontrado por Mohd A., Khan I., Ngah N. (2020) (5) mencionando que las comorbilidades observadas son obesidad (24,3%), hipertensión (25,6%), hiperlipidemia (18%) y diabetes mellitus (17,2%), del mismo modo, Ayarza JR., Casadiego EJ., Medina DC. (2017) (9) mencionan la

relación entre psoriasis con hipertensión arterial(13%), dislipidemia(7%) y diabetes mellitus (5%).

Asimismo, Cabanillas J. (2014) (12), menciona que un 37% de pacientes presentaron dislipidemia, 22% hipertensión arterial y 19% diabetes mellitus, así como Ponce M., Mendoza R., (2012) (13) refieren que 77,3% manifestaron dislipidemia, 20% hipertensión arterial y 17,3% diabetes mellitus. Por otra parte, Rojas, K., Ramos W. (2016) (23) asocian al síndrome metabólico con psoriasis, esto podría ser atinado, ya que las enfermedades cardiovasculares como hipertensión, dislipidemia y la diabetes están relacionados íntimamente

Todo lo mencionado se explicaría por Conde A., López E. (2018) (19) quienes mencionan que la inflamación sistémica agrava la resistencia a la insulina aumentando la glucemia, de igual manera describe que los pacientes con psoriasis presentan a repetición obesidad, presentando formas más graves. Esto, debido a la liberación de citoquinas del tejido adiposo produciendo un efecto inflamatorio. También, la modificación en los valores de óxido nítrico y factores vasodilatadores que juntamente a la resistencia de insulina alteran la función del endotelio vascular ocasionando la formación de placas ateroscleróticas.

Con respecto al tratamiento, en este estudio predominó la terapia tópica representado por el 93,6% de los pacientes, similar a las investigaciones de Palmezano J. et al (2018) (6) quienes hallaron que el tratamiento más utilizado fue la aplicación tópica con esteroides (43%), del mismo modo Wong G. (2019) (4) menciona la terapia tópica en el 73,6%, así como Manrique D. (2015) (11) refiere la corticoterapia tópica en un 97% y Cabanillas J. (2014) (12) encontró que el tratamiento más utilizado fueron los corticoides tópicos (84%). Agregando a lo

anterior, Conde, A. et al (2018) (19) mencionan que los corticoides tópicos son útiles, seguros, de uso fácil y eficaces en casos leves y moderados, además de tener efectos antiinflamatorio, inmunosupresor, antiproliferativo y antiangiogénico.

En relación a las consultas realizadas por los pacientes con psoriasis, se registró que el 42,7% realizaron dos consultas; por el cual debo mencionar que Palmezano J. et al (2018) (6) consideran que la psoriasis es una patología inflamatoria de condición crónica, con tendencia inmunológica, genética y sociodemográfica; entonces, al ser de carácter crónico los pacientes acudirán a más de dos consultas a lo largo de sus vidas, ya que esta enfermedad afecta la calidad de vida, más aún si existen enfermedades asociadas.

En esta investigación, se observó que el 100% no requirieron hospitalizaciones, esto debido a que probablemente se presentaron formas leves de la patología; sin embargo, debo mencionar que Marrón M. et al (2016) (34) refieren en su investigación que la psoriasis en sus formas severas, así como los que recibieron tratamiento biológico requirieron hospitalización. Por otro lado, Jung, S. et al (2018) (7) mencionaron que (53,8%) exhibieron un deterioro grave en lo que respecta a calidad de vida y la relación con la salud en pacientes con psoriasis, siendo dos veces mayor la gravedad del deterioro en mujeres y las localizaciones en el cuello exhibieron un deterioro mayor.

Por lo mencionado anteriormente, la psoriasis puede influir en diversos aspectos, incluidas las carreras, ingresos económicos, relaciones e intimidad física de los pacientes y el requerir de hospitalización puede deberse por comorbilidades presentes no controladas sobretodo de causa cardiovascular y las formas severas de la enfermedad.

CONCLUSIONES

1. Con los resultados obtenidos del presente estudio se puede concluir que las características clínico - epidemiológicas de los pacientes con psoriasis que predominaron fueron edades de 40 a 49 años, afinidad por el género masculino, grado de instrucción secundaria, se encontraban empleados, procedentes de zona urbana, se diagnosticaron durante el invierno, presentaron psoriasis vulgar, las comorbilidades más encontradas fueron obesidad, dislipidemia y diabetes mellitus, el tratamiento más usado fue corticoide tópico, realizaron de 1 a 2 consultas y no requirieron hospitalización.
2. Acerca de las características epidemiológicas se identificó la distribución de los pacientes con psoriasis según grupo etario predominando edades de 40 a 49 años con 26,4%, seguido de 60 a 69 años con 17,3%; con respecto a género predominó el masculino con 77,3% continuado del femenino con 22,7%, se observó el nivel de instrucción secundaria en 60,0%, seguido de primaria con 29,1%, la mayoría de pacientes;94,5%, provino de zonas urbanas , en relación a ocupación 62,7% se encontraban empleados; sobre las estaciones del año predominó invierno con 38.2% , luego primavera y verano con 20,9%.
3. Se describe la frecuencia de las características clínicas en donde prevaleció el tipo de psoriasis vulgar con 94,5% seguida de invertida con 3,6%; asimismo, se describieron las comorbilidades asociadas, siendo las más destacadas la obesidad con 24,5%, dislipidemia con 8,2% y diabetes con 7,3%, el tratamiento más usado fue corticoterapia tópica en el 93,6%, mayormente se realizaron 2 consultas en 42,7% y ninguno requirió hospitalización.

RECOMENDACIONES

1. Promover la creación de un registro de todos los pacientes con diagnóstico de psoriasis que acuden al servicio de dermatología. En el cual se consideren las características clínico-epidemiológicas, para establecer una base de datos asequible al personal médico encargado de estos pacientes y su empleo en futuras investigaciones.
2. Considerar las comorbilidades asociadas a la psoriasis, ya que al ser una enfermedad sistémica necesita de un manejo multidisciplinario por parte de las especialidades médicas involucradas, y así, poder instaurar acciones que conlleven a la elección del mejor tratamiento que incluya el abordaje en los estilos de vida para mejorar la calidad de vida del paciente.
3. Continuar con un control y seguimiento de la patología en los pacientes que acuden a la atención ambulatoria, especialmente los que asisten de manera continua y en invierno porque permitirá conocer cómo se desarrolla la enfermedad a través del tiempo.
4. Hacer estudios comparativos con otros establecimientos para fortalecer y generar nuevos conocimientos que serán de gran ayuda para estudios posteriores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Takeshita J, Grewal S, Mehta N, Ogdie A, Van Voorhees A, Gelfand J. Psoriasis and comorbid diseases epidemiology. *JAAD*. 2017 Marzo; 76(3): p. 377-390.
2. Hawkes J, Chan T, Krueger J. Psoriasis pathogenesis and the development of novel targeted immune therapies. *J ALLERGY CLIN IMMUNOL*. 2017 Setiembre; 140(3): p. 645-653.
3. Castro J, Casadiego E, Medina D. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá Colombia. *Dermatología Revista Mexicana*. 2017 Julio; 61(4): p. 283-291.
4. Wong G. Características clínico- epidemiológicas, comorbilidades y tratamiento de la psoriasis de inicio en la edad geriátrica. Tesis. Trujillo: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO, La Libertad ; 2019.
5. Mohd A, Khan I, Ngah N. Epidemiology and Clinical Features of Adult Patients with Psoriasis in Malaysia: 10-Year Review from the Malaysian Psoriasis Registry (2007–2016). *Hindawi Dermatology Research and Practice*. 2018; 2018(8).
6. Palmezano J, Ballesteros Z, Otálvaro A, Plazas L, Isaza J, Arenas C, et al. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE PACIENTES CON PSORIASIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN COLOMBIA. *Revista Medicina*. 2018; 40(1): p. 124-125.
7. Jung S, Lee S, Suh D, Shin H, Suh D. The association of socioeconomic and clinical characteristics with health-related quality of life in patients with psoriasis: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2018; 16(180).

8. Ortega A, Restrepo N, Rosero Y, Úsuga F, Correa L, Marín N, et al. Características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas de pacientes con psoriasis y factores asociados con las formas vulgar y pustulosa. *Dermatol Rev Mex.* 2018; 62(3): p. 193-205.
9. Ayarza JR, Casadiego EJ, Medina DC. Descripción de los pacientes con diagnóstico de psoriasis en un centro dermatológico de referencia de Bogotá, Colombia. *Dermatol Rev Mex.* 2017; 61(4): p. 283-291.
10. Cevallos LK, Navarrete P. Psoriasis y comorbilidades en personal militar, 2016 – Perú. *REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGIA.* 2019; 100(2): p. 133-141.
11. Manrique D. Características clinicoepidemiológicas de los pacientes con psoriasis y su relacion con la insulinoresistencia. *Rev Soc Perú Med Interna.* 2015; 28(3).
12. Cabanillas J. Características epidemiológicas y clínicas en pacientes psoriásicos que acuden al hospital Central de Aeronáutica : Lima, junio-noviembre 2011. Tesis de grado Especialista en Dermatología. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2014.
13. Ponce M, Mendoza R. Características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en un hospital nacional. *DERMATOLOGIA PERUANA.* 2012; 22(3): p. 144-150.
14. Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J. *Dermatology.* 3rd ed. J B, editor. Philladelphia: Elsevier Mosby; 2012.

15. Guerrero A. Psoriasis: causas, síntomas y tratamiento. Trabajo de fin de grado. Santander: Universidad de Cantabria, Facultad de Medicina; 2018. Report No.: <http://hdl.handle.net/10902/14355>.
16. Fernández J, Gómez , Buti M, Betriu A, Sanmartin V, Ortega M, et al. Características epidemiológicas de la psoriasis. Un estudio poblacional. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2018; 110(5): p. 385-392.
17. Arenas. Psoriasis. En: Atlas Dermatología Diagnóstico y Tratamiento. Tercera ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2005.
18. Suarez S. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS LOS PACIENTES CON PSORIASIS, HOSPITAL DE LA POLICÍA, AUGUSTO B. LEGUÍA, LIMA, ENERO – DICIEMBRE, AÑO 2016. Tesis Pregrado. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Lima; 2018.
19. Conde A, López E. Enfermedades eritematoescamosas: psoriasis. MEDICINE. 2018 Febrero; 12(48): p. 2831-2837.
20. High W, Tomasini C, Argenziano G, Zalaudek I. Basic principles of dermatology. 3rd ed. J B, editor. Boston: Elsevier Saunders; 2012.
21. Kim W, Jerome D, Yeung J. Diagnóstico y manejo de la psoriasis. Can Fam Médico. 2017 abr; 63(4): p. 278-285.
22. González C, Castro L, De La Cruz G, Arenas C, Beltrán A, Santos A. Caracterización epidemiológica de la psoriasis en el Hospital Militar Central. Rev Asoc Col Dermatol. 2009; 17(1): p. 11,17.
23. Rojas K, Ramos W. Prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con psoriasis atendidos en un hospital nacional de Lima-Perú. DERMATOL PERU. 2016; 26(2).

24. Trujillo I, Díaz M, Torres O, Torres F, Falcón L, Pérez M. Psoriasis vulgar. Estudio descriptivo de 200 pacientes. *Revista Cubana de Medicina*. 2002; 41(1): p. 5-12.
25. Pérez M. Llegó el invierno, consejos para afrontarlo. *Psoriasi*. 2015 Febrero; 3(80).
26. Hancox JG, Sheridan SC, Feldman SR, Fleischer AB Jr. Seasonal variation of dermatologic disease in the USA: a study. *International Journal of Dermatology*. 2004 Enero; 43(1): p. 6-11.
27. Alfonso M. Inmunopatogenia de la psoriasis. Impacto en las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad. *Revista Cubana de Hematología*. 2012; 28(4): p. 357-73.
28. Rosen J, Landriscina A, Adam B, Friedman J. Psoriasis-associated fatigue: pathogenesis, metrics, and treatment. *Cutis*. 2016; 97(2): p. 125-32.
29. Romero M, Pereyra J. La genética de la psoriasis. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2016; 44(3): p. 159-66.
30. Abbas K, Lichtman H, Pillai S. *Inmunología celular y molecular*. 7th ed. Abbas K, editor. Madrid: Elsevier Saunders; 2012.
31. Gupta R, Debbaneh M, Liao W. Genetic epidemiology of psoriasis. *Curr Dermatol Rep*. 2014; 3(1): p. 61-78.
32. Beatriz S. *DERMATOLOGÍA PAUTAS BÁSICAS PARA SU APRENDIZAJE*. Primera ed. Beatriz L, Mariela G, editors. La plata: Editorial de la Universidad de La Plata; 2017.
33. Mrowietz U, Reich K. Psoriasis-new insights into pathogenesis and treatment. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106(1-2): p. 11-8.

34. Flores R. Psoriasis y sus comorbilidades. In Semana de Congresos y Jornadas Nacionales; 2015; Buenos Aires. p. 20.
35. Guzmán K. Características epidemiológicas y clínicas de psoriasis tratada con biológicos, durante el periodo 2008-2017, en el servicio de dermatología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo, Arequipa-Perú. Tesis de Segunda Especialidad. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Arequipa; 2018.
36. Marrón M, Flores A, Pinedo S, García R, Ruiz A, Ferreiro M. Estudio clínico epidemiológico de pacientes con psoriasis del Hospital Universitario de Caracas. Período 2010 – 2014. Dermatología Venezolana. 2016; 54(2).
37. Pérez B, Rodríguez F, Villar F, López G, Imaz I, Damián J, et al. Instituto de Salud Carlos III. [En línea].; 2009 [citado 2020 Abril 30. Disponible en: https://www.isciii.es/QuienesSomos/CentrosPropios/ENS/Documents/2009-0843_Manual_epidemiologico_ultimo_23-01-10.pdf#search=M%C3%89TODO%20EPIDEMIOLOGICO%20GICO%2E.
38. Salom-Echeverría I. Propuesta para una ampliación del concepto de clínica. Acta méd. costarric. 2003; 45(2): p. 75-76.
39. Supo J. PDFCOOKIE. [Online].; 2014 [cited 2022 Mayo 3. Available from: <https://pdfcookie.com/documents/seminarios-de-investigacion-cientifica-g2wn0py5do25>.
40. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la Investigación. Sexta ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2014.
41. Espinoza Montes C. Metodología de la Investigación Tecnológica. 2nd ed. Montes CE, editor. Huancayo: Soluciones Gráficas S.A.C.; 2014.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019?	Determinar las características clínico-epidemiológicas de pacientes con psoriasis en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.	<p>Identificar la distribución de pacientes con psoriasis según, grupo etario, género, nivel de instrucción, lugar de procedencia, ocupación y estaciones climatológicas del año en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.</p> <p>Identificar las características clínicas de pacientes con psoriasis en el Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo 2015 – 2019.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Por el tipo de estudio, no se planteó.</p>	Variable de interés: Psoriasis	<p>Método de investigación: Cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación: Básico, transversal, retrospectivo, observacional.</p> <p>Nivel de investigación: Descriptivo.</p> <p>Diseño: Descriptivo simple.</p> <p>Población: Constituida por todos los pacientes que acudieron por consultorios externos del Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión y presentaron diagnóstico de psoriasis durante el periodo de 2015 al 2019.</p> <p>Muestra: Se requirió todos los componentes de la población considerando entonces la muestra no probabilística, tipo censal, por lo cual se trabajó con el total de las historias clínicas siendo 110.</p> <p>Técnica de procesamiento de datos: Análisis estadístico descriptivo con el uso de frecuencias y porcentajes.</p>	Revisión documentaria mediante una ficha de recolección de datos de historias clínicas.

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEMS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
Psoriasis	La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica común y autodegenerativa en la piel que se reconoce cada vez más como un trastorno inflamatorio sistémico, caracterizado por la aparición de placas cutáneas	La Psoriasis se medirá en sus componentes: Características epidemiológicas Características clínicas	Características epidemiológicas	Cuantitativa	De razón	Grupo etario	Años	Ficha de recolección de datos.
				Cualitativa	Nominal	Género	Masculino Femenino	
					Ordinal	Nivel de instrucción	Sin estudios Primaria Secundaria Superior técnico Superior Universitario	
					Nominal	Lugar de procedencia	Rural Urbano	
Nominal	Ocupación	Empleado Desempleado						

	eritematosas y descamativas.						Estudiante
				Nominal	Estación climatológica del año	Primavera Verano Otoño Invierno	
			Características clínicas	Cualitativa	Nominal	Formas clínicas	Psoriasis vulgar Psoriasis eritrodérmica Psoriasis pustulosa Psoriasis guttata Psoriasis invertida Psoriasis ungueal Artritis psoriásica
					Nominal	Comorbilidades	Diabetes Obesidad Dislipidemia Hipertensión arterial Otros No presenta comorbilidad
					Nominal	Tratamiento	Sistémico Corticoide tópico Fototerapia Biológicos Combinados
				Cuantitativa	De razón	Número de consultas	
				Cualitativa	Nominal	Requerimiento de hospitalización	Si No

Anexo 3. Instrumento de investigación

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TESIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS DE PSORIASIS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO 2015 - 2019

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS

Número de ficha: _____

FECHA: / /

HISTORIA

CLÍNICA: _____

1. Edad del paciente en el que se diagnosticó psoriasis por primera vez _____
2. Género: _____
3. Nivel de instrucción
 - a) Sin estudios ()
 - b) Primaria ()
 - c) Secundaria ()
 - d) Superior técnico ()
 - e) Superior universitario ()
4. Lugar de procedencia
 - a) Rural ()
 - b) Urbano ()
5. Ocupación al momento del diagnóstico:
 - a) Empleado ()
 - b) Desempleado ()
 - c) Estudiante ()
6. Estación del año en se presentó la lesión psoriásica:
 - a) Primavera: del 21 de septiembre al 21 de diciembre.
 - b) Verano: del 21 de diciembre al 21 de marzo.
 - c) Otoño: del 21 de marzo al 21 de junio.
 - d) Invierno: del 21 de junio al 21 de septiembre.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

7. Forma clínica como se presenta

Nº	Forma clínica	Marca con (√)
1	Psoriasis vulgar o en placas	
2	Psoriasis eritrodérmica	
3	Psoriasis pustulosa	
4	Psoriasis guttata o en gota	
5	Psoriasis invertida	
6	Psoriasis ungueal	
7	Artritis psoriásica	

8. Comorbilidades

Nº	Comorbilidad que acompaña a la psoriasis	Marca con (√)
	Diabetes	
	Obesidad	
	Dislipidemia	
	Hipertensión arterial	
	Otros, especifique: <hr/> <hr/> <hr/>	
	No presenta comorbilidad	

9. Tipo de tratamiento:

Nº	TRATAMIENTO	Marca con (√)
1	Sistémico	
2	Corticoide tópico	
3	Fototerapia	
4	Biológicos	
5	Combinados	

10. Número de consultas que realizó a causa de psoriasis:

11. Requerimiento de hospitalización:

Si () No()

Anexo 4. Data de procesamiento de datos

Vargas Valerio Guisett S. (tablas y datos) - Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro Acrobat ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos

B9 29

TABLA DE FRECUENCIA POR GRUPO ETARIO			
	fi	hi	%
Menor de 20	7	0.06	6.4%
De 21 a 29	15	0.14	13.6%
De 30 a 39	15	0.14	13.6%
De 40 a 49	29	0.26	26.4%
De 50 a 59	18	0.16	16.4%
De 60 a 69	19	0.17	17.3%
Mayor de 70	7	0.06	6.4%
Total	110	1	100.0%

TABLA DE FRECUENCIA POR GÉNERO			
	fi	hi	%
Masculino	85	0.77	77.3%
Femenino	25	0.23	22.7%
Total	110	1	100.0%

Vargas Valerio Guisett S. (tablas y datos) - Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro Acrobat ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos

B9 29

TABLA DE FRECUENCIA POR NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
	fi	hi	%
Secundaria	66	0.60	60.0%
Primaria	32	0.29	29.1%
Sin estudios	6	0.05	5.5%
Superior técnico	4	0.04	3.6%
Superior universitario	2	0.02	1.8%
Total	110	1	100.0%

TABLA DE FRECUENCIA SEGÚN PROCEDENCIA			
	fi	hi	%
Urbano	104	0.95	94.5%
Rural	6	0.05	5.5%
Total	110	1	100.0%

Vargas Valerio Guisett S. (tablas y datos) - Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro Acrobat ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos

Normal Incorrecto

B9

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
46										
47	TABLA DE FRECUENCIA POR OCUPACIÓN									
48		fi	hi	%						
49										
50	Empleado	69	0.63	62.7%						
51	Desempleado	38	0.35	34.5%						
52	Estudiante	3	0.03	2.7%						
53	Total	110	1	100.0%						
54										
55										
56										
57	TABLA DE FRECUENCIA POR ESTACIÓN DEL AÑO									
58		fi	hi	%						
59										
60	Invierno	42	0.38	38.2%						
61	Primavera	23	0.21	20.9%						
62	Verano	23	0.21	20.9%						
63	Otoño	22	0.20	20.0%						
64	Total	110	1	100.0%						
65										

Vargas Valerio Guisett S. (tablas y datos) - Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro Acrobat ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos

Normal Incorrecto

B9

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
67										
68	TABLA DE FRECUENCIA POR TIPO DE PSORIASIS									
69		fi	hi	%						
70										
71	P. vulgar	104	0.95	94.5%						
72	P. invertida	4	0.04	3.6%						
73	P. guttata	2	0.02	1.8%						
74	Total	110	1	100.0%						
75										
76										
77										
78	TABLA DE FRECUENCIA POR COMORBILIDAD									
79		fi	hi	%						
80										
81	Obesidad	27	0.25	24.5%						
82	Dislipidemia	9	0.08	8.2%						
83	Diabetes	8	0.07	7.3%						
84	HTA	7	0.06	6.4%						
85	Otros	9	0.08	8.2%						
86	No presenta	50	0.45	45.5%						
87	Total	110	1	100.0%						
88										
89										
90										

Vargas Valerio Guisett S. (tablas y datos) - Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro Acrobat ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos

B9 29

TABLA DE FRECUENCIA SEGÚN TRATAMIENTO			
	fi	hi	%
Corticoides tópicos	103	0.94	93.6%
Combinados	5	0.05	4.5%
Sistémico	2	0.02	1.8%
Fototerapia	0	0.00	0.0%
Biológicos	0	0.00	0.0%
Total	110	1	100.0%

TABLA DE FRECUENCIA POR NÚMERO DE CONSULTAS			
	fi	hi	%
1	40	0.36	36.4%
2	47	0.43	42.7%
3	11	0.10	10.0%
4	7	0.06	6.4%
≥5	5	0.05	4.5%
Total	110	1	100.0%

Vargas Valerio Guisett S. (tablas y datos) - Excel (Error de activación de productos)

Archivo Inicio Insertar Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Nitro Pro Acrobat ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos

B9 29

TABLA DE FRECUENCIA POR REQUERIMIENTO DE HOSPITALIZACIONES			
	fi	hi	%
No	110	1.00	100.0%
Si	0	0.00	0.0%
Total	110	1	100.0%

Anexo 5. Autorización del Hospital



"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Huancayo, 14 de Diciembre 2020

CARTA N° 143 -2020-GRJ-DRSJ-HRDCQ "DAC" HYO-DG/OACDI

Señora(ita):

Guisett Stefany Vargas Valerio
Estudiante de la Carrera Profesional de Medicina Humana
Universidad Peruana Los Andes

Presente. -

ASUNTO : AUTORIZACION PARA EJECUCION DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

REF. : SOLICITUD S/N EXPEDIENTE N° 3063774 - 2020
INFORME N° 027-2020-GRJ-DRSJ-HRDCQ-DAC-HYO-CI

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y en atención a los documentos de la referencia comunico a usted; que se cuenta con el INFORME N° 027-2020-GRJ-DRSJ-HRDCQ-DAC-HYO-CI, del Comité de Investigación del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico "Daniel A. Carrion" Huancayo. Documento que aprueba la ejecución del Proyecto de Investigación Titulado: "CARACTERISTICAS CLINICO - EPIDEMIOLOGICAS DE PSORIASIS EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION DE HUANCAYO 2015 - 2019", y contando con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Capacitación, Docencia e Investigación, la Dirección General **AUTORIZA** el acceso a las Historias Clínicas; (solo para fines de la investigación) respetando la confidencialidad y reserva de los datos, de acuerdo a la **NORMA TECNICA SANITARIA N° 139-MINSA/2018/DGAIN** para el desarrollo del citado proyecto, por el periodo de un mes contados a partir de la fecha de recepción del documento, en coordinación con la Oficina de Estadística e Informática.

Al término de la investigación presentara el Informe Final de la Investigación realizada; a la Oficina de Apoyo a la Capacitación Docencia e Investigación.

Sin otro en particular.

Atentamente


M.C. Jorge Antonio López Peña
DIRECCIÓN GENERAL


GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO
DIRECCIÓN GENERAL

HRDCQ "DAC" - HYO	
REG. N°	4489429
EXP. N°	3063774

C.c.
Archivo
JALPRECG/ajp



Anexo 6. Fotos de aplicación de la ficha de recolección de datos

