



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS
CENTRO DERMATOLÓGICO “DR. LADISLAO DE LA PASCUA”

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
DERMATOLOGIA

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y
ARTRITIS PSORIÁSICA DEL CENTRO DERMATOLÓGICO
PASCUA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
CLINICA

PRESENTADO POR: DRA. MARIBET GONZÁLEZ GONZÁLEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA



DIRECTORA: DRA. OBDULIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.

ASESORES DE TESIS: DR. FERMIN JURADO SANTA CRUZ.
DR. JULIO CESAR CASASOLA VARGAS.
DR. RUBEN BURGOS VARGAS.

MÉXICO

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A G R A D E C I M I E N T O S .

A Dios y a San Judas Tadeo, por la bendición de vivir, por darme fuerzas para seguir adelante en todas las adversidades y poder cumplir mis metas y propósitos.

A Cholita, por que sé que en donde quiera que te encuentres siempre me estás llenando de bendiciones.

A mi madre, por tu gran amor y comprensión que hicieron posible que llegara a ser quien soy.

A mi padre, GRACIAS.

A mis hermanas: Angeles, Gudulia, Alicia, Adriana y Martha, LAS AMO.

A Sergio y Armando, por permitirme ser parte de su familia.

A mis niños: Angel Rafael, Frida Ximena, Diego Sagel, Eduardo Daniel, Fernanda y la pequeña Daniela, que son la alegría de mi vida.

A mi tía Lupe y mi tío Francisco de los que he recibido todo el apoyo y cariño de padres.

A mis queridos maestros: Dra. Josefa Novales, Dra. Gisela Navarrete y Dr. Alberto Ramos, por su cariño y apoyo.

A mis amigas Gabriela Fernández e Ivonne Godoy.

Un reconocimiento especial a ti ***Gaby***, ya que sin tu confianza, apoyo y comprensión no existiría este trabajo.

A todos los médicos del Centro Dermatológico Pascua, mi más profundo respeto.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	4
1.1. CALIDAD DE VIDA.....	5
1.1.1 ENCUESTA DE SALUD SF-36.....	8
1.1.2 CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGIA.....	11
1.2. PSORIASIS.....	16
1.2.1. DEFINICIÓN.....	16
1.2.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	16
1.2.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	17
1.2.4. ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGIA.....	17
1.2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	18
1.2.6. HISTOPATOLOGÍA.....	20
1.2.7. TRATAMIENTO.....	20
1.3. ARTRITIS PSORIÁSICA.....	21
1.3.1. DEFINICIÓN.....	21
1.3.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	21
1.3.3. EPIDEMIOLOGÍA.....	22
1.3.4. ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGÍA.....	22
1.3.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	23
1.3.6. TRATAMIENTO.....	25
1.4. CALIDAD DE VIDA EN PSORIASIS.....	26
1.5. CALIDAD DE VIDA EN ARTRITIS PSORIÁSICA.....	36

2. PROTOCOLO DE ESTUDIO.....	40
2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	40
2.2. JUSTIFICACIÓN.....	41
2.3. OBJETIVO GENERAL.....	41
2.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	41
2.5. DISEÑO.....	42
2.6. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	42
2.7. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	42
2.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	42
2.9. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	43
2.10. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	43
2.11. ASPECTOS ETICOS.....	43
2.12. RECURSOS.....	43
2.13. MATERIAL Y MÉTODOS.....	43
2.14. PLAN DE ANÁLISIS.....	44
2.15. ANALISIS ESTADÍSTICO.....	44
2.16. RESULTADOS.....	44
2.17. DISCUSIÓN.....	47
2.18. COMENTARIOS.....	53

3. BIBLIOGRAFÍA.....	54
4. ANEXOS.....	69
ANEXO I. HOJA DE CONSENTIMIENTO.....	69
ANEXO II. ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36.....	70
ANEXO III. CRONOGRAMA.....	75
ANEXO IV. DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	76
ANEXO V. TABLAS.....	79
ANEXO VI. GRAFICAS.....	85
ANEXO VII. FOTOS.....	91

1. INTRODUCCIÓN.

La especificidad de las afecciones cutáneas es que atraen la mirada e inevitablemente alteran tanto la imagen que la persona tiene de sí misma como la que presenta a los otros. Según los casos, esta alteración de la imagen será fuente de curiosidad, de repulsión o también de incomodidad y de vergüenza.

En estas condiciones se puede comprender, por lo menos en parte, porque la intensidad de la repercusión socioprofesional y psicoafectiva de las dermatosis a menudo no es proporcional a la gravedad clínica de la enfermedad. Muchos estudios han demostrado que esta repercusión es importante.

Las personas que padecen algunas dermatosis presentan frecuentemente estados de ansiedad y depresión con ideas suicidas, así como una gran disminución de la autoestima, con sentimientos de vergüenza y actitudes para evadir situaciones ansiógenas, como estar en balnearios o las relaciones afectivas o sexuales.

La intensidad de la repercusión profesional y psicológica es mayor cuando la dermatosis se localiza en las partes visibles del cuerpo y en particular en la cara. Esta intensidad también aumenta en función de las experiencias objetivas de rechazo socioprofesional y afectivo que provoca la afección cutánea.

La imagen de sí parece verse afectada de manera especialmente grave cuando el paciente es un adolescente o un adulto joven. La adolescencia es un periodo difícil de maduración de la sexualidad, y también de la afectividad.

Por último, no hay que olvidar el papel de la propia dermatosis en la constitución de la personalidad de sujetos que tienen dificultades para reconocer sus emociones y para expresarlas verbalmente en afecto, las dermatosis, que a menudo son crónicas, pueden modificar la personalidad por las obligaciones terapéuticas, las presiones sociales y afectivas que implican, a veces desde la infancia. Aunado al carácter crónico y particularmente visible de una dermatosis, se debe añadir la influencia que tienen los factores psicológicos previos a la aparición de la enfermedad, en la repercusión socioprofesional y afectiva de esta última.

1.1 CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido, los pacientes con enfermedades crónicas requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud.

En 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Este término ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permite medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, son influidas por las experiencias personales y por las perspectivas de una persona. Considerando que las expectativas de salud, el soporte social, la autoestima y la habilidad para competir con limitaciones y discapacidad pueden afectar la calidad de vida, dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de ésta. En este sentido, la calidad de vida no debe evaluarse por el equipo de salud, ni extrapolarse de un paciente a otro. Se han observado diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia, y el equipo de salud, así como discrepancias en su evaluación. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio perceptivo de calidad de vida. ⁽¹⁾

La evaluación de encuestas que integran la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana, ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores de los servicios de salud. El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud promete el acercamiento en la relación médico-paciente, de tal forma que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicio de salud y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida.

La rigurosidad psicométrica de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida o lo que otros autores refieren como calidad de vida relacionada con la salud y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo. Aunque no existe consenso, la calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función, las interacciones sociales y de los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluyen cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad, e) insatisfacción.

Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales solo incluyen datos de mortalidad y morbilidad. En la actualidad, hay una explosión en la literatura médica respecto a la inclusión de las opiniones de los usuarios de servicios médicos para la evaluación de las percepciones del estado de salud. Esta tendencia también se presenta en la literatura mexicana. Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida. La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicio de salud.

1.1.1 ENCUESTA DE SALUD SF-36

Para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inicio el proyecto conocido como “Evaluación Internacional de la Calidad de Vida” (International Quality of Life Assesment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey).

Inicialmente, este instrumento se uso en el estudio de resultados médicos Medical Outcomes Study (MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA).

Posteriormente, el proyecto IQOLA incluyo 14 países industrializados, y en la actualidad hay más de 40 naciones participantes. Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México; así como entre la población México-norteamericana de EUA. Los investigadores de estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de la escala de la Encuesta SF-36 para su uso en poblaciones genéricas y específicas.

La SF-36 evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (mayores de 16 años). El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son:

Función física: Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal.

Rol físico: Capacidad de realizar actividades diarias como resultado de la salud física.

Dolor corporal: Sensación subjetiva de malestar y sufrimiento experimentado en distintas partes del cuerpo, incluyendo el dolor de cabeza, el dolor de espalda, el dolor muscular y articular.

Salud general: Impresión subjetiva del estado de salud actual o previo, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura.

Vitalidad: Cantidad de energía, fatiga o cansancio.

Función social: Participación en actividades y relaciones sociales. Funcionamiento en las actividades sociales habituales con la familia, los amigos y los vecinos.

Rol emocional: Problemas o no con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.

Salud mental: Sensación de paz, felicidad, calma, nerviosismo o depresión todo el tiempo.

En el siguiente cuadro se presenta una descripción de las escalas de salud y sus respectivas interpretaciones de acuerdo con resultados bajos o altos.

		SIGNIFICADO DE RESULTADOS	SIGNIFICADO DE RESULTADOS
CONCEPTOS	NUMERO DE PREGUNTAS	BAJO	ALTO
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitaciones debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor.
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará.	Evalúa la salud personal como excelente.
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo.	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales.	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales.
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo.	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo.
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año.	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año.

Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud.

La versión autorizada de la SF-36 para su uso en México siguió un procedimiento estandarizado de traducción/retraducción por expertos bilingües; asimismo, se hicieron análisis por grupos focales representativos y se llevo a cabo una evaluación formal de la calidad de cada traducción.

La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). ^{(2) (3) (4) (5)}

1.1.2 CALIDAD DE VIDA EN DERMATOLOGIA

A pesar de que la repercusión socioprofesional y afectiva de las dermatosis se investiga desde hace muchos años, es muy reciente la evaluación objetiva de la calidad de vida. La construcción de índices de calidad de vida en dermatología es obra sobre todo de la escuela de Cardiff y en particular de Finlay ⁽⁶⁾. Estos índices se utilizan en general durante los ensayos terapéuticos. Muchos autores insisten en la importancia de la evaluación de la calidad de vida y las modificaciones en función de un tratamiento. La medida de la calidad de vida en dermatología se efectúan sobre todo para hirsutismo, psoriasis, alopecia,

melasma, dermatitis atópica ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾, úlceras de pierna, onicomicosis ⁽⁹⁾, urticaria crónica ⁽¹⁰⁾, neurofibromatosis ⁽¹¹⁾, acné ⁽¹²⁾ y cáncer de piel ⁽¹³⁾. En la psoriasis, por ejemplo, Kent y Al-Abadie se proponen validar el índice de incapacidad de vida de la psoriasis (Psoriasis Disability Index). Este índice se establece en base a 15 preguntas que conciernen las dificultades en diversos aspectos de la vida: vestimenta, higiene, relaciones sexuales, trabajo, peluquería, uso de aparatos públicos, relaciones sociales en el deporte, ingesta de medicamentos y el hecho de beber o fumar mas.

Cada vez se elaboran mas escalas destinadas a apreciar la calidad de vida de los enfermos que sufren de afecciones cutáneas y la de su familia. Las investigaciones serias aportan actualmente resultados interesantes debido a que descubren nuevas perspectivas. Por ejemplo, un estudio de 1997, realizado en pacientes con psoriasis, mostró que el interés inducido por la enfermedad tiene un impacto mayor, que el aspecto clínico del padecimiento en la calidad de vida. Estos resultados conducen a proporcionar técnicas terapéuticas que tengan en cuenta la dimensión psicológica. Este estudio también subraya la importancia de la coherencia y de la estabilidad de la imagen de sí mismo que la persona construyó antes de la enfermedad cutánea, así como la calidad de las relaciones establecidas con los demás en la primera infancia.⁽¹⁴⁾

Contrariamente a lo que se pudiera pensar, las enfermedades cutáneas pueden ser tan incapacitantes como otras que ponen en riesgo la vida. En efecto, los resultados de un estudio reciente han revelado que los pacientes con psoriasis muestran una reducción de su autonomía física y una alteración de su

estado psicológico tan importante como las que se encuentran en los casos de enfermedades oncológicas, reumatológicas, en la hipertensión arterial, en las enfermedades cardíacas, en la diabetes o en la depresión.

La necesidad de disponer de medidas de calidad de vida para la evaluación clínica del paciente, de las intervenciones terapéuticas, así como la asignación de recursos en dermatología, que posibiliten además la investigación multicéntrica internacional, ha sido señalada por diversos autores.⁽¹⁵⁾

La investigación de calidad de vida relacionada con la salud en dermatología se ha realizado mediante instrumentos genéricos y específicos.⁽¹⁶⁾ ⁽¹⁷⁾ Los primeros, pueden ser aplicados a la población en general o utilizados para comparar enfermedades dermatológicas y no dermatológicas, destacan el *Sickness Impact Profile (SIP)*, el *Short-Form Health Survey Questionnaire (SF-36)*, el *Nottingham Health Profile (NHP)*, el *DUKE Health Profile* y el *Quality of Well Being Scale*. Disponiéndose en todos los casos de una adaptación transcultural y validación al español. Dentro de los instrumentos específicos cabe distinguir entre aquellos aplicables a una determinada enfermedad. Estos cuestionarios toman en consideración manifestaciones específicas y son más sensibles que los instrumentos genéricos. Un cierto número de cuestionarios específicos ha sido desarrollado en dermatología, particularmente para afecciones como psoriasis (*Psoriasis Disability Index, PDI*) y dermatitis atópica. Además de aquellos aptos para comparar un elevado número de enfermedades dermatológicas (específicos de dermatología), como el cuestionario *DLQI*.

Entre los principales instrumentos de calidad de vida utilizados en Dermatología tenemos:

Índice de Calidad de Vida Dermatológica., donde Finlay y Khan desarrollaron una escala simple para la medición del impacto de las dermatosis, que puede ser usado en forma cotidiana. contiene 10 preguntas las cuales miden la intensidad de la afección dermatológica de 0 a 3 y 2 preguntas para cuantificar la incomodidad dada por los síntomas y su intensidad; ya con adaptación transcultural al español.⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾

Cuestionario Específico de la Calidad de Vida Dermatológica. Incluye 43 preguntas y dos escalas SF-36. Explora las dimensiones de calidad de vida tradicional (física, emocional y social).⁽²¹⁾

Escala de Calidad de Vida Dermatológica. Comprende 17 preguntas las cuales evalúan el aspecto psicosocial, a su vez se clasifican en cuatro subescalas psicosociales (apuros o desconcierto, desesperación, irritabilidad y angustia) y cuatro subescalas de actividades (diarias, en verano, sociales y sexuales)⁽²²⁾

Perfil del Impacto de la Enfermedad. Comprende 136 preguntas agrupadas en doce dimensiones de calidad de vida (sueño y relajación, nutrición, trabajo, entretenimiento, higiene personal y cuidado diario, vida social, aspecto emocional y comunicación)

Índice de Gravedad de Enfermedades Dermatológicas. Mide en cinco escalas la gravedad de la enfermedad; es utilizada en psoriasis y dermatitis atópica.⁽²³⁾

Skindex. Consta de 29 preguntas. Puede distinguir la mejoría clínica.⁽²⁴⁾

El desarrollo de instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud específicos de dermatología es muy reciente, no existe hasta la fecha ningún cuestionario desarrollado, adaptado y validado en español. La adaptación transcultural de un cuestionario, incluso aunque responda al principio de imagen fiel, es condición necesaria pero no suficiente para garantizar la validez del mismo. La presente adaptación transcultural o validación lingüística debe ser entendida como el estadio inicial de un proceso mas amplio de validación del índice de calidad de vida dermatológico al español, destinado a confirmar la equivalencia completa del índice de calidad de vida con el original y garantizar su validez como instrumento de medida de la calidad de vida relacionado con la salud dermatológica en español. Ello requiere necesariamente la valoración posterior de las propiedades psicométricas de la valoración española: *fiabilidad* (reproductividad del resultado del índice en condiciones de estabilidad clínica), *validez* (capacidad para medir lo que el cuestionario pretende medir) y *sensibilidad al cambio* (sensibilidad del cuestionario para detectar cambios de calidad de vida relacionada con la salud en el tiempo tras una intervención o tratamiento de conocida eficacia), así como su *factibilidad* (facilidad para completar el cuestionario) .

El análisis comparado con los cuestionarios actualmente existentes de acuerdo con su: a) Diseño formal (multidimensionalidad, nivel de información, forma de administración y brevedad); b) Propiedades y desarrollos psicométricos (fiabilidad, validez, sensibilidad al cambio y experiencia en diferentes poblaciones); y c) Nivel de estandarización (versiones en otras lenguas), muestra

que el índice de calidad de vida en dermatología posee en estos momentos el mayor grado de adaptabilidad, escogiéndose para su posterior adaptación y validación.⁽²⁵⁾

1.2 PSORIASIS.

1.2.1 DEFINICIÓN.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria con características de autoinmunidad, mediada por células T. Es un padecimiento hiperproliferativo, crónico y recurrente de la piel que afecta también las articulaciones. Se caracteriza por placas eritematoescamosas que se localizan en cualquier área del cuerpo, pero principalmente afecta codos, rodillas, región sacra, piel cabelluda y uñas.

1.2.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Probablemente, la afección se conocía ya en la Antigüedad pero estaba mal identificada y se describía con diversas denominaciones: lepra (biblia), impétigo (Celso). Galeno parece ser el primero en haber utilizado el término “psoriasis” del Griego *psora* que significa prurito, para describir una erupción pruriginosa del escroto. Más tarde Hipócrates clasificó la psoriasis dentro de las erupciones escamosas. Sin embargo, fue Willan en 1805 y Hebra en 1841, quienes realizan una descripción exacta de la enfermedad. En 1963 Van Scout y Ekel demostraron el estado hiperproliferativo de los queratinocitos en la lesión.

1.2.3. EPIDEMIOLOGÍA.

Afecta a ambos sexos por igual y todos los grupos raciales, su prevalencia es más alta entre los caucásicos del Norte de Europa, alcanzando hasta el 3%; es poco frecuente entre las poblaciones orientales y negras. En Estados Unidos se estima una prevalencia del 0.5 a 1.5%. En México, la prevalencia estimada por el Dr. Saúl es del 2%. En el Centro Dermatológico Pascua para 1994 la prevalencia fue del 3.7% y la incidencia del 1.7%, en 1997 la prevalencia fue de 4.2% y 1.9% de incidencia.⁽²⁶⁾

1.2.4. ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGÍA.

Existen diversos factores exógenos y endógenos que pueden influir en su inicio, evolución y exacerbación, como el clima, fármacos, alcohol, tabaco, estrés, traumatismos e infecciones por *Streptococo beta-hemolítico*, *S. aureus*, *Candida albicans*, VIH, VHS y VPH.

Es multifactorial, se postulan varias teorías como la genética, regulación de queratinocitos, alteraciones inmunológicas y neurógenas.

El análisis de los haplotipos HLA específicos de población, ha mostrado que la susceptibilidad a la psoriasis se relaciona con los antígenos clase I y II del complejo principal de histocompatibilidad en el cromosoma 6. Henseler y Christophers en 1985 en base a los aspectos genéticos, clasificaron a la Psoriasis no pustulosa en dos variantes: la tipo I, que es la forma familiar, de inicio temprano y con Cw6, B13, B57 y DR7 fuertemente expresados y la tipo II que corresponde a la forma esporádica, de inicio tardío y aumento en la expresión del Cw2 y B27. En diversos estudios realizados de casos y controles

se han identificado asociaciones con múltiples antígenos clase I y II que incluyen: HLA-B13, B17, B39, B57, Cw6, Cw7, DR4, DR7, los cuáles probablemente reflejen desequilibrio de ligamiento a través de la región. La asociación más fuerte es con el antígeno de clase I HLA-Cw6, el cuál en algunas series se ha encontrado arriba del 80% en los pacientes enfermos, en comparación con 10% en la población general. Se ha estimado que Cw6 confiere un factor de riesgo relativo de 4 a 15 para la enfermedad en pacientes blancos. ⁽²⁷⁾

1.2.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

La psoriasis se puede clasificar por su forma clínica de acuerdo a la topografía y morfología de las lesiones, y por el grado de extensión utilizando el índice de actividad y gravedad de la psoriasis (Psoriasis Activity Severity Index PASI) en: leve (PASI menor de 2), moderada (PASI de 2 a 10) y severa (PASI mayor de 10) según la National Foundation of Psoriasis.

Formas clínicas:

Vulgar: Es la forma clínica más frecuente, se caracteriza por presentar placas eritematoescamosas bien definidas (**Foto 1**) y se localizan principalmente en codos, rodillas, región lumbosacra, piel cabelluda y región retroauricular. (**Foto 2 y 3**)

Gotas: Numerosas placas eritematoescamosas puntiformes que se presentan en tronco y tercio proximal de extremidades.

Palmo-plantar: Placas eritematosas con escama gruesa y fisuras dolorosas. Afecta zonas centrales de palmas y arco en los pies. (**Foto 4**)

Invertida: Presenta placas eritematofisuradas rojo brillante con superficie húmeda. Afecta axilas, región umbilical, inguinal, submamaria y pliegue interglúteo. **(Foto 5)**

Eritrodermia: Es la forma generalizada de la psoriasis y se acompaña de ataque al estado general.

Pustulosa generalizada o de Von Zumbusch: Pacientes con antecedentes de psoriasis vulgar y asociado con el uso de corticoides tópicos o sistémicos, litio, embarazo y vacunación; se acompaña de síntomas generales.

Pustulosa localizada: Con sus dos variedades: psoriasis palmoplantar de Barber, que predomina en mujeres, y la acrodermatitis de Hallopeau que afecta región periungueal. ⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾

Entre los principales síntomas que se presentan en los pacientes con psoriasis se encuentran: prurito, ardor y dolor el cuál se asocia a los portadores de artritis, molestias con el agua, en especial los que desarrollan el tipo palmo-plantar. La prevalencia de los síntomas es más alta en las mujeres y pueden incrementar con la gravedad de la psoriasis. ⁽³⁰⁾

Su evolución es crónica y por brotes, puede desaparecer espontáneamente o agravarse. Al remitir las lesiones sólo dejan manchas residuales. Entre las complicaciones se encuentran la dermatitis por contacto, impétigo secundario, candidosis, eritrodermia y artropatía.

1.2.6. HISTOPATOLOGIA

Se caracteriza por hiperqueratosis paraqueratósica, acantosis de los procesos interpapilares con engrosamiento de su parte inferior y adelgazamiento de la porción suprapapilar; granulosa disminuída o ausente, formación de microabscesos de Munro-Sabouraud con neutrófilos picnóticos y formación de pústula esponjiforme de Kogoj. En la dermis superficial hay vasodilatación e infiltrado inflamatorio moderado de mononucleares y linfocitos.⁽³¹⁾⁽³²⁾

1.2.7. TRATAMIENTO

Como medidas generales de tratamiento se recomienda una amplia explicación y psicoterapia de apoyo debido a las repercusiones psicosociales. En formas localizadas con afección menor del 25% de superficie corporal se recomienda la terapia tópica, con agentes queratolíticos como el ácido salicílico, y agentes reductores como el alquitrán de hulla y otros como la antralina, calcipotrieno, piritionato de zinc. En cuanto a la terapia sistémica se utiliza la sulfasalazina, etretinato, acitretin, isotretinoína, metotrexate, ciclosporina, PUVA, calcitriol, diaminodifenilsulfona, alopurinol, meclofenato de sodio. En países anglosajones es común el empleo de esteroides tópicos y sistémicos, aunque en general están contraindicados.

Para el médico y los investigadores, la meta de cualquier acción terapéutica es inducir cambios en el estado clínico del paciente y contar con métodos confiables para medir tales modificaciones, para ello existe la

clinimetría, que a través de diversos instrumentos permiten medirlos de forma objetiva y con alta sensibilidad. Existe una gran variedad de formas para valorar la extensión, severidad y efectividad de los tratamientos contra la psoriasis. El índice de severidad y área de psoriasis (PASI), propuesto por Frederikson y Petterson ha sido uno de los más utilizados, evalúa el grado de eritema, infiltración y descamación de las lesiones psoriásicas con relación al porcentaje del área topográfica comprometida, dando una puntuación de 0 a 72, siendo leve menor de 20, moderado de 21 a 50 y severo de 51 a 72. El PASI es un elemento importante que sirve para clasificar el grado de severidad de la psoriasis, los otros elementos son el impacto emocional y social que produce la enfermedad en el paciente y los tratamientos recibidos u hospitalizaciones que haya tenido, la suma de éstos nos dará el grado de severidad de la psoriasis. ⁽³³⁾ ⁽³⁴⁾

1.3. ARTRITIS PSORIÁSICA.

1.3.1. DEFINICIÓN.

La artritis psoriásica es una artropatía inflamatoria que ocurre durante el curso de la psoriasis y generalmente se caracteriza por tener factor reumatoide (FR) negativo.

1.3.2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

En 1818, Jean Louis Alibert observó la asociación entre psoriasis y una forma particular de artritis denominándolo “lepra escamosa”. Devergié en 1848 sugirió una patogénesis común entre la afección cutánea y articular. Pierre Bazin

en 1860, propone el término de “psoriasis artropática”. En 1888 Charles Bourdillon describe detalladamente la asociación de psoriasis con artritis y la afección de las articulaciones interfalángicas distales (IFD). Wrigth en 1959, introduce el término de “artritis psoriásica”. En 1964 la American Rheumatism Association (ARA) la reconoce como una entidad nosológica y en 1973 Moll y Wright identifican y relacionan los aspectos clínicos y proponen una clasificación que reconoce cinco subtipos. ⁽³⁵⁾

1.3.3. EPIDEMIOLOGÍA.

En la población general varía de 0.02-0.1% en los casos de psoriasis y se presenta en un 30 a 40% cuando hay manifestaciones cutáneas severas. Se presenta en una relación hombre: mujer de 1:1.04. La espondilitis psoriásica afecta de tres a cinco veces más a los hombres. La edad de inicio varía entre los 30 a 50 años. Entre los familiares de primer grado de los pacientes con artritis psoriásica el 20% es afectado por psoriasis, el 15% por artritis y el 5% por artritis psoriásica.

1.3.4. ETIOPATOGENIA Y FISIOPATOLOGÍA.

Entre los genes que pueden influir en el desarrollo de artritis psoriásica se encuentran el HLA-B38 y B39, HLA_DR4, HLA-B27, HLA-A9 y B5, HLA-A1, B38. En la actualidad aún se desconoce la etiopatogenia, pero se refieren varios factores que influyen en el desarrollo de ésta enfermedad, tales como: factores genéticos, inmunológicos, vasculares y mecánicos.

1.3.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Además de las manifestaciones clínicas propias de la psoriasis puede haber ataque al estado general con astenia, fiebre, pérdida de peso y rigidez articular, además de edema, dolor y limitación de los movimientos de las áreas afectadas, dentro de las cuáles se reportan la región del calcáneo, trocanter femoral, tuberosis isquiática, inserción del triceps. Los subtipos de artritis psoriásica se han descrito por el tipo de instalación de la artritis; la extensión de las lesiones cutáneas no se relacionan con el subtipo de artritis ni con la actividad articular o su estado funcional. ⁽³⁶⁾

Moll y Wright describieron 5 subtipos de artritis psoriásica incluyendo predominantemente interfalángica distal (IFD), artritis mutilante, poliartrosis simétrica, oligoartritis asimétrica y espondilitis asociada o no con artritis periférica. ⁽³⁷⁾ **(Foto 6)**

OLIGOARTRITIS ASIMETRICA: Representa el 70% de los casos, se caracteriza por su asimetría, se encuentran afectadas las articulaciones interfalángicas proximales, distales, metacarpofalángicas, cadera y rodillas. La apariencia clínica es de “dedos en salchicha” que es causada por tenosinovitis digital.

INTERFALÁNGICA DISTAL: Se presenta en un 5 a 10% de los casos, comúnmente se asocia con distrofia ungueal.

ARTRITIS MUTILANTE. Ocurre en un 5% de los casos, afecta a los jóvenes entre los 20 y 30 años, la artritis involucra principalmente a las articulaciones de los dedos de manos y pies, la artritis interfalángica distal conduce a osteólisis y

deformidades severas. En ocasiones se acompaña de fiebre y pérdida de peso. Frecuentemente presentan sacroileítis.

POLIARTRITIS SIMÉTRICA. Se presenta en un 15 a 25%, clínicamente similar a la artritis reumatoide y afecta articulaciones interfalángicas distales, es simétrica y con factor reumatoide negativo.

ESPONDILITIS: Ocurre en el 5% de los pacientes, la afección sacroiliaca es del 20 al 40% y de espondilitis del 40%, también puede afectar articulaciones periféricas y cervicales. ⁽³⁸⁾

El espectro clínico de la artritis psoriásica se ha extendido recientemente a nuevas entidades, tales como la pustulosis palmo-plantar con osteoartritis esternoclavicular y la onico-paquidermo-periostitis psoriásica. ⁽³⁹⁾

La artritis psoriásica no es un padecimiento benigno, comparado con otras espondiloartropatías de comienzo agudo, la artritis psoriásica presenta una baja probabilidad de remisión y se comporta más agresiva. Sólo algunos pacientes presentan remisión espontánea dentro de los dos primeros años. En las radiografías de manos y pies se observan erosiones en un cuarto de los pacientes en su primera valoración. Dentro de los primeros 5 años más del 40% tienen enfermedad erosiva, de mayor predominancia en manos que en pies, posteriormente se ven afectados la cadera, rodillas y tobillos. ^{(40) (41)}

El diagnóstico se realiza por el cuadro clínico complementado con rayos X. Entre los exámenes de laboratorio el Factor Reumatoide está presente sólo en

un 3%. Aumento de los índices de inflamación no específicos (VSG, PCR, alfa-2-betaglobulina), anemia normocítica normocrómica, hiperuricemia (10-20%), trombocitosis. Entre las enfermedades asociadas se encuentran la iritis, colitis ulcerosa, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, enfermedad de Reiter, Síndrome de Behcet que se relacionan con HLA-B27. Además puede asociarse a conjuntivitis, iritis, epiescleritis, queratoconjuntivitis seca, afección renal, prolapso de válvula mitral, regurgitación aórtica, miopatía, y ocasionalmente con síndrome de Sjögren, amiloidosis, nefropatía por IgA con neumonía intersticial, Pioderma gangrenoso, linfedema de extremidades superiores. Debe hacerse diagnóstico diferencial con artritis reumatoide, gota, artritis séptica, enfermedad de Reiter, espondilitis anquilosante y osteoartritis.

1.3.6. TRATAMIENTO

El tratamiento de la artritis psoriásica se basa en la terapia de rehabilitación y el tratamiento farmacológico. ⁽⁴²⁾

El tratamiento farmacológico de la Artritis psoriásica moderada no erosiva o con evolución estable, son los antiinflamatorios no esteroideos. Los corticoides sistémicos deben evitarse ya que pueden causar recaídas o transformar a la forma pustulosa. Las drogas como el metotrexato o la sulfazalacina pueden ayudar al tratamiento de la artritis, pero no siempre las lesiones cutáneas y otros como la ciclosporina pueden ayudar a tratar las lesiones pero no al problema articular. ^{(43) (44)(45)}

Leflunomida, es un agente inhibidor de la síntesis de pirimidinas, se ha observado mejoría de la enfermedad articular y de las lesiones cutáneas.

Los bifosfonatos como el pamidronato se han utilizado en modelos animales, inhiben la inflamación y erosión articular. El mofetil-micofenolato utiliza en el tratamiento de psoriasis grave y en artritis psoriásica con escaso beneficio.⁽⁴⁶⁾

Agentes biológicos: Los agentes anti-FNT alfa (etanercept, infliximab y adalimumab) son efectivos en varios aspectos clínicos de la Artritis psoriásica como la enfermedad articular activa e inhiben el daño estructural y funcional y mejoran la calidad de vida. Otros agentes biológicos: Alefacept, Efalizumab y Abatacept.^{(47) (48)}

1.4. CALIDAD DE VIDA EN PSORIASIS

La psoriasis afecta a más de 7 millones de americanos con aproximadamente 260 mil nuevos casos por año, por lo que esta enfermedad ha tenido mayor impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.⁽⁴⁹⁾ Los que presentan más afección de área corporal tienen una calidad de vida más reducida, las mujeres y los pacientes jóvenes se encuentran más afectados.⁽⁵⁰⁾

Para entender como la psoriasis afecta en la calidad de vida de los individuos, la Fundación Nacional de la Psoriasis de los Estados Unidos trabaja con el objetivo de educar a la población acerca de la psoriasis y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En un estudio realizado por Krueger de la Universidad de California en San Francisco, EUA, incluyó a 40,350 pacientes con psoriasis, a quienes se les aplicó un cuestionario sobre la calidad de vida,

solamente el 43% lo respondieron y los resultados mostraron que los síntomas mas frecuentes fueron: ardor (94%), prurito (79%) y enrojecimiento (71%); 39% reportaron que la psoriasis abarcaba mas del 10% de superficie corporal. 6,194 pacientes presentaban psoriasis severa, de estos, 79% mencionaron que la psoriasis tenia un impacto negativo sobre su calidad de vida, 40% se sintieron frustrados con el tratamiento, el cual fue ineficaz.⁽⁵¹⁾

En cuanto al impacto físico, la severidad de la psoriasis se mide en base al porcentaje de superficie corporal afectada. Sin embargo, la severidad clínica no siempre se relaciona con el grado perjudicial reportado por los pacientes. Gupta y colaboradores, mencionan que el prurito es el síntoma más estresante para los pacientes con psoriasis y que el aumento en la intensidad del prurito se asocia cuando aumenta la intensidad de la depresión. Rapp y colaboradores, refieren que la sensación de ardor y el dolor articular fueron otros síntomas importantes.

Con respecto al impacto psicológico, la disminución en la calidad de vida relacionada con la psoriasis puede resultar en estrés significativo para los pacientes. La gente con psoriasis presenta un alto porcentaje de depresión y Gupta encontró que el 9.7% de los pacientes tenían deseos de morir y un 5.5% con ideas suicidas agudas. Un alto porcentaje de pacientes presentaron niveles de moderado a extremo de ansiedad, depresión y angustia. En un estudio, aproximadamente la mitad de los sujetos presentaban depresión y ansiedad por el simple hecho del diagnostico de su enfermedad. En otra investigación en la que se comparó a los pacientes con psoriasis con la población general, los

enfermos con psoriasis presentaban más problemas en su trabajo y en sus actividades diarias como resultado de sus conflictos emocionales, tales como ansiedad y depresión. El empeoramiento de la calidad de vida de estos pacientes ha sido asociada con el consumo de alcohol, tabaquismo y el uso de tranquilizantes, fármacos para dormir y antidepresivos.

De acuerdo al impacto social, los pacientes con psoriasis experimentan temor y vergüenza en sus relaciones sociales. En un estudio de 137 pacientes con psoriasis de moderada a severa, 26.3% de los sujetos comunicaron que durante el mes previo habían experimentado un episodio en el que la gente que los rodea los rechazaba, sobre todo cuando la psoriasis se presentaba en áreas visibles del cuerpo. El rechazo social que se manifestó como la privación del contacto humano, esta correlacionada con aumento de la morbilidad psicológica incluida la depresión. Fortune y colaboradores encontraron que el estrés inducido por los pacientes, secundario al rechazo es el mejor predictor de la disminución de calidad de vida. La psoriasis esta asociada con una disminución en el funcionamiento sexual en un alto porcentaje de pacientes. En un estudio de 120 enfermos, 40.8% de los sujetos estaban afectados sexualmente, con una disminución en la actividad sexual. Alrededor del 60% de estos pacientes atribuían su afectación a consecuencia de la psoriasis. Los síntomas físicos tales como dolor articular, ardor y prurito, asociados a depresión también afectaban negativamente en su función sexual.

Respecto al impacto económico, en los Estados Unidos, se estima que el costo de los pacientes con psoriasis en 1993, fue de 1.6 a 3.2 billones de dólares, lo que abarca los costos en el cuidado, el tiempo necesario para el cuidado de la psoriasis, la interferencia con su trabajo, y la disminución de la calidad de vida en el trabajo. Por lo cuál, el impacto negativo de la psoriasis sobre la calidad de vida en lo económico es mayor en aquellos con mayor severidad de la enfermedad y menor apoyo familiar.⁽⁵²⁾

Muchos estudios han demostrado que esta repercusión es importante, por ejemplo, un estudio llevado a cabo con 369 pacientes con psoriasis grave, se llegó a la conclusión de que entre los 150 enfermos que trabajaban, el 60% había tenido que interrumpir su trabajo por lo menos 26 días en el año que precedió al estudio y el 34% de los que no trabajaban atribuían a la psoriasis su inactividad profesional. Otro estudio, relativo a 104 enfermos de psoriasis demostró que el 50% de ellos pensaba que su enfermedad había inhibido sus relaciones socioafectivas y que el 11% no quería tener hijos por miedo al riesgo de transmisión hereditaria de la enfermedad.

En un estudio realizado por Oneill en 1996, la incapacidad causada por la psoriasis que incluyo a 546 pacientes a los que se les aplicó el cuestionario Psoriasis Disability Index, y el SF-36, solo 435 pacientes fueron elegidos, resultando que los pacientes con psoriasis tenían una baja percepción de su calidad de vida que los pacientes sanos control y que las clases bajas sufren una gran incapacidad por su enfermedad comparado con las clases sociales altas.⁽⁵³⁾

Renzi en el 2001, realizó un estudio que tenía como objetivo examinar los factores asociados con la satisfacción del paciente ambulatorio. De los cuales 396 pacientes fueron evaluados, concluyendo que la destreza interpersonal del médico tratante puede aumentar la satisfacción del paciente lo cual resulta en un efecto positivo sobre la adherencia al tratamiento y la mejoría. ⁽⁵⁴⁾

Ginsburg y colaboradores comunican que cuando los pacientes experimentan rechazo relacionado con la psoriasis pueden presentar estigmatización y sufrir en un futuro efectos adversos sobre su vida ocupacional y emocional. ^{(55) (56)}

Picardi en el 2000, refiere que los datos de morbilidad psiquiátrica en los pacientes ambulatorios debe ser reconocida precozmente. Utilizó el Cuestionario de Salud General que llega a ser de fácil comprensión para los pacientes y favorece la identificación de sus alteraciones psicológicas. ⁽⁵⁷⁾

En otro estudio realizado por Harlow, el impacto de las enfermedades de la piel sobre la calidad de vida de los pacientes vistos en un nivel de atención primaria, es equivalente a los vistos en nivel de atención secundaria, por lo que se concluye que se deben planear adecuadamente los métodos para la atención de estos pacientes. ⁽⁵⁸⁾

Gupta y colaboradores en 1995 describen que la psoriasis tiene un gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes entre los 18 y 45 años de edad y afecta la socialización en ambos sexos por igual. ⁽⁵⁹⁾ Gupta en 1997 incluyó 120 pacientes con psoriasis, el 40.8% se vieron afectados en su vida sexual y concluye que en adición a factores dermatológicos y algunos factores de

comorbilidad psicológica como la depresión y la dependencia al consumo de alcohol, pueden ser un determinante importante sobre la disminución de la actividad sexual. ^{(60)(61) (62)}

Vardi y colaboradores en el 2002 en un estudio que incluyó a 100 pacientes con psoriasis comparados con 100 pacientes que presentaban problemas de piel mixta, concluyen que los pacientes con psoriasis experimentan altos niveles de estigmatización comparado con los otros pacientes y que esta estigmatización va en relación con la severidad de la enfermedad. ⁽⁶³⁾⁽⁶⁴⁾

McKenna y colaboradores desarrollaron un nuevo instrumento diseñado específicamente para medir la calidad de vida en psoriasis, el Índice de Calidad de Vida en Psoriasis (PSORIQoL) que parece ser práctico, confiable y está validado. ⁽⁶⁵⁾

Fortune en 1997 publica que el estrés de los pacientes con psoriasis influyen sobre sus condiciones generales y juega un papel importante en la psicología de estos. ⁽⁶⁶⁾

Ramsay y colaboradores mencionan que la morbilidad emocional y social puede presentarse en algunos pacientes con psoriasis a pesar de tener acceso a tratamientos modernos y fáciles. ⁽⁶⁷⁾

En 1995 Finlay describe el efecto de la psoriasis grave en la calidad de vida de 369 pacientes, el porcentaje mayor consideró que era mejor padecer psoriasis que diabetes, bronquitis o asma y en menor porcentaje opinaron lo contrario. ⁽⁶⁸⁾

Finlay en 1987, refiere a la psoriasis como un índice de incapacidad funcional, por el estilo de vida en relación con la extensión del área afectada. ⁽⁶⁹⁾⁽⁷⁰⁾ y lo valida en 1990 por medio del Índice de incapacidad de psoriasis ⁽⁷¹⁾.

Poikolanen en 1994, menciona algunos posibles factores de riesgo para la presentación de psoriasis, incluyó 55 mujeres de 18 a 50 años de edad, antes de la presentación de la psoriasis los pacientes mencionaron que fumaban aproximadamente 8 cigarrillos diariamente. Por lo que concluyeron que la psoriasis se asocia con el hábito tabáquico. ⁽⁷²⁾

Adam y colaboradores en 2003, estudiaron a 317 pacientes con psoriasis de los cuáles el 39% (n=124) presentaron afección palmo-plantar y fueron comparados con aquellos que no la tenían, los pacientes con psoriasis palmo-plantar tuvieron mayor incapacidad física y no se encontró diferencia significativa en cuanto al aspecto psicosocial. ⁽⁷³⁾

Vensel y colaboradores realizaron un estudio el cual los pacientes hospitalizados presentan una mejoría de la calidad de vida a la semana de su ingreso. ⁽⁷⁴⁾

Sander y colaboradores comunican que la terapia combinada es universalmente superior, pero a un costo alto. ⁽⁷⁵⁾

Feldman refiere que los altos costos en el tratamientos de la psoriasis son mayores en los pacientes con enfermedad grave y que estos y otras implicaciones financieras se asocian a una disminución de la calidad de vida en estos enfermos. ⁽⁷⁶⁾

Zachariae en 2002 remarca que la calidad de vida se relaciona con la severidad de la enfermedad. ⁽⁷⁷⁾

McKenna publica nuevas medidas para valorar de la severidad de la psoriasis, tradicionalmente los investigadores han asesorado la severidad de la psoriasis en base a la superficie corporal afectada u otros datos clínicos. Estas medidas no son relevantes y no cuantifican la extensión en la cual la enfermedad afecta al paciente. Nuevos enfoques para el cuidado de la salud se han desarrollado, incluyendo la evaluación de resultados del cuidado médico. Enfatiza lo relacionado con la calidad de vida y la capacidad funcional más que las técnicas tradicionales como la clínica y los estudios de laboratorio. ⁽⁷⁸⁾

Feldman y colaboradores estructuraron un índice semejante al PASI, se conoce como SAPASI, es autoaplicable y mide la severidad de la psoriasis, la ventaja es que puede facilitar la medición. ⁽⁷⁹⁾

Mork documenta en un estudio realizado en el 2002, que el índice de calidad de vida dermatológico estuvo estrechamente asociado con la severidad de la enfermedad, edad y sexo en pacientes Noruegos con psoriasis ⁽⁸⁰⁾ y que en algunos mejoró con la terapia climática en las Islas Canarias, debido a factores psicológicos como la relajación mental, así como la estimulación mental debida al viaje. ⁽⁸¹⁾

Wahl y colabores en el 2000 publican que los pacientes con psoriasis presentan una pobre calidad de vida relacionada con la salud en comparación con la población en general, este estudio comparo a 283 pacientes con psoriasis, a los que se le aplico el cuestionario SF-36. ⁽⁸²⁾

Mazzoti y colaboradores validaron el índice dermatológico de calidad de vida en pacientes con psoriasis tomando en cuenta la escala autoaplicable de PASI. ⁽⁸³⁾

McKenna refiere que el impacto de la psoriasis sobre la calidad de vida esta íntimamente relacionada con la apariencia del individuo y la consecuente alteración psicosocial, en su estudio incluyo a 988 pacientes con psoriasis observando que el impacto disminuye conforme aumenta la edad del paciente. ⁽⁸⁴⁾

Stern comunica que el tratamiento con PUVA representa más riesgo y costo, sin embargo es altamente eficaz en el tratamiento de los pacientes y que además mejoran su calidad de vida. ⁽⁸⁵⁾

Snellman menciona que 373 pacientes tratados con helioterapia por 4 semanas, resultó muy efectivo aliviando los síntomas articulares, reduciendo la morbilidad y los requerimientos de tratamiento durante un periodo de 6 meses. ⁽⁸⁶⁾

Schiffner en el 2001 describe que los efectos farmacoeconomicos se basan en tres criterios: evaluación de los efectos terapéuticos, calidad de vida y los costos del tratamiento. ⁽⁸⁷⁾⁽⁸⁸⁾

Sampogna publica que la diferencia entre la severidad clínica y las mediciones de estrés en los pacientes con psoriasis aún necesitan de métodos de detección mas comprensibles en estos enfermos. ⁽⁸⁹⁾

Weis documenta que los individuos con psoriasis están significativamente afectados en su estado de salud, percepción de su salud general y

funcionamiento social en comparación con los individuos libres de enfermedad crónica. ⁽⁹⁰⁾

Jowett refiere que las dificultades para las relaciones interpersonales y funcionales limitan las oportunidades de los individuos afectados. 40% de las personas presentan problemas en su vida social debido al estrés que les ocasiona la enfermedad ⁽⁹¹⁾

Testa comunica que la calidad de vida repercute en la salud social, mental, funcional y física, con aumento de los costos financieros y humanos, por lo que deben realizarse nuevos programas para el apoyo a estos pacientes ⁽⁹²⁾.

Long menciona que los pacientes con psoriasis requieren de la atención médica y no solo de tratamiento y diagnóstico, así como una explicación detallada del origen de su enfermedad. ⁽⁹³⁾

Rapp y colaboradores refieren que los pacientes con psoriasis que aceptan y comprenden su enfermedad presentan una mejor calidad de vida que aquellos que la niegan o esconden ⁽⁹⁴⁾

Fleisher en 1994 documenta que los instrumentos de medición estructurados facilitan la predicción de la severidad de la psoriasis en la población afectada. ⁽⁹⁵⁾

Jenkinson publica que las mediciones específicas de una enfermedad son más sensibles a cambios que aquellas mediciones genéricas. ⁽⁹⁶⁾

Hurwitz describe que la atención de los pacientes con alteraciones dermatológicas disminuye conforme aumenta el número de pacientes, debido al empleo económico y de tiempo. ⁽⁹⁷⁾

Kirsner en 1997 comunica que la satisfacción del paciente actualmente es reconocida por medio de la atención a la salud y se correlaciona con la calidad de vida. ⁽⁹⁸⁾

Fueron sometidos 70 pacientes de la Fundación de psoriasis en Quito a la determinación de la calidad de vida aplicando el cuestionario SF-36 v2, además de cuantificarse la índice de severidad y área de psoriasis (PASI); se encontró que el 50% de los pacientes presentaron deterioro de la calidad de vida y demostraron que los hombres tienen mejor calidad de vida, al analizar la calidad de vida por edades no se observó ninguna diferencia significativa; pero si hay afectación en los pacientes que tienen más de 15 meses de evolución, y que a mayor edad hay deterioro de la esfera laboral. ⁽⁹⁹⁾

1.5. CALIDAD DE VIDA EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Una de las principales asociaciones a considerar en el impacto de la calidad de vida en pacientes con psoriasis es con la artritis, la cuál se presenta en entre el 7% y 42%, más alto que en la población general. Es importante tomar en cuenta que en los estudios realizados para calidad de vida en pacientes con psoriasis poco se reporta si se ha relacionado con la artritis psoriásica y queda en duda si es debida sólo a la psoriasis. ⁽¹⁰⁰⁾

Se ha demostrado que la calidad de vida en la artritis psoriásica se encuentra disminuida en comparación con la población general; específicamente se han reportado promedios significativamente bajos en la función física, dolor

corporal, rol físico y salud general; parámetros valorados por el cuestionario SF-36, el cuál ya se encuentra validado para ésta enfermedad. ⁽¹⁰¹⁾⁽¹⁰²⁾.

McKenna y colaboradores desarrollaron el cuestionario de Calidad de vida específico para artritis psoriásica (PsAQoL), debido al aumento en el interés de la valoración de la calidad de vida particularmente en las enfermedades crónicas incapacitantes, tomando como modelos la calidad de vida de enfermedades específicas como la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y lupus eritematoso sistémico. ⁽¹⁰³⁾

En un estudio comparativo de calidad de vida en pacientes con enfermedad intestinal inflamatoria, artritis psoriásica, Enfermedad de Crohn y colitis ulcerativa aplicando el SF-36, se comunica que el rol de la función física se encontró más bajo en pacientes con artritis psoriásica, mientras que el rol social se encuentra más afectado en los pacientes con Enfermedad de Crohn. ⁽¹⁰⁴⁾

Respecto a otras enfermedades reumatológicas comparables con la artritis psoriásica, tenemos a la artritis reumatoide en donde la calidad de vida relacionada con la salud está muy deteriorada, llegando a situarse por debajo de la apreciada por quienes padecen otras enfermedades consideradas graves, como el lupus eritematoso sistémico. Esto se atribuye al dolor articular, la frustración derivada de la pérdida de las habilidades manuales, la incapacidad laboral, las dificultades para el desempeño de las actividades diarias, los problemas de movilidad, las restricciones en la esfera de las relaciones sociales y la dependencia de otras personas. La depresión es una de las consecuencias

psicológicas más relevantes de esta constelación de circunstancias y requiere frecuentemente el empleo de psicofármacos. La pérdida de la capacidad laboral en la artritis reumatoide tiene una especial trascendencia, ya que cerca de la mitad de los casos se inician durante la edad laboral y transcurrido el tiempo, los enfermos se ven obligados a abandonar su trabajo, generando una gran repercusión socioeconómica. ⁽¹⁰⁵⁾

La incapacidad laboral puede ser predecible con la aplicación de cuestionarios de salud y por el dolor. ⁽¹⁰⁶⁾

Existen un gran número de cuestionarios para evaluar la calidad de vida en pacientes con artritis, como el Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) ⁽¹⁰⁷⁾ y el AIMS2 ⁽¹⁰⁸⁾. Otro es el de calidad de vida en artritis reumatoide que ya se encuentra validado en el idioma español. ⁽¹⁰⁹⁾ Además del cuestionario de valoración de la salud que se ha comparado con otras enfermedades reumáticas. ⁽¹¹⁰⁾⁽¹¹¹⁾

Los pacientes con artritis reumatoide presentan una disminución de la capacidad funcional y de la fuerza, además de invalidez, así como aumento de la mortalidad. ⁽¹¹²⁾

En Noruega se ha validado el cuestionario SF-36 aplicado a pacientes con artritis reumatoide. ⁽¹¹³⁾⁽¹¹⁴⁾

Se ha descrito que los pacientes con artritis reumatoide hospitalizados comparados con los ambulatorios presentan escalas más bajas de la calidad de vida medida por el cuestionario SF-36. ⁽¹¹⁵⁾

Se realizó un estudio comparativo de calidad de vida a 82 pacientes con lupus eritematoso sistémico y 82 con artritis reumatoide, en el cual se encontró que los pacientes con lupus eritematoso sistémico estaban afectados en todas las dimensiones del estado de salud en comparación al grupo control, pero menos afectados que los pacientes con artritis reumatoide considerando la función física. ⁽¹¹⁶⁾

2. PROTOCOLO DE ESTUDIO.

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La aplicación de los estudios de calidad de vida en dermatología son recientes y de interés particular, ya que las enfermedades de la piel tienen un fuerte impacto en las relaciones sociales, estado psicológico y actividades diarias. Se utilizan cuestionarios que tienen como finalidad identificar el estado de salud experimentado por el paciente y cubren varias dimensiones de la calidad de vida, pueden proveer más datos independientes que los obtenidos de los datos clínicos tradicionales. En estudios recientes se ha revelado que los enfermos con psoriasis muestran una reducción de la función física y una alteración de su estado psicológico tan importantes como las que se encuentran en los casos de cáncer, enfermedad reumatológica, en hipertensión arterial, en enfermedades cardíacas, diabetes o en depresión, lo que ocasiona un deterioro en su calidad de vida. En cuanto a la artritis psoriática se ha demostrado que la calidad de vida se encuentra disminuida en comparación con la población general; específicamente se han reportado promedios significativamente bajos en la función física, dolor corporal, rol físico y salud general; indicadores valorados por el cuestionario SF-36

2.2. JUSTIFICACIÓN.

Teniendo en cuenta que la psoriasis y la artritis psoriática son enfermedades crónicas en las cuales se ha observado un impacto negativo de la calidad de vida de los pacientes que la padecen y que además en los portadores de artritis psoriática se encuentra comprometida la actividad física por dolor; su calidad de vida es menor en comparación con la psoriasis.

2.3. OBJETIVO GENERAL.

Se comparó la calidad de vida de pacientes con Psoriasis y con artritis asociada a la psoriasis atendidos en el Centro Dermatológico Pascua, aplicando el cuestionario SF-36 (Short-Form-36). En el periodo comprendido de Marzo a Octubre del 2004.

2.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Comparar las características demográficas de los pacientes con Psoriasis y artritis psoriásica.
2. Comparar la calidad de vida:
 - a. Por tipo de Psoriasis.
 - b. De acuerdo al PASI.
 - c. De acuerdo a la evolución de la Psoriasis.
 - d. Por tipo de Artritis psoriásica.
 - e. De acuerdo a la evolución de la Artritis psoriásica.
 - f. De acuerdo a datos demográficos.
 - g. En relación al tabaquismo y alcoholismo.
 - h. De acuerdo al tipo de tratamiento.

2.5. DISEÑO.

Es un estudio descriptivo, transversal, analítico y comparativo que se realizó en el Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua” en un periodo comprendido de Marzo a Octubre del 2004.

2.6. TAMAÑO DE MUESTRA.

No se calculó tamaño de muestra ni muestreo ya que se deriva del protocolo de estudio de frecuencia de artritis psoriásica en el Centro Dermatológico Pascua.

2.7. POBLACIÓN DE ESTUDIO.

Los pacientes fueron atendidos del Centro Dermatológico “Ladislao de la Pascua” con diagnóstico clínico e histopatológico de Psoriasis que aceptaron participar en el estudio.

2.8. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

1. Pacientes mayores de 18 años y menores de 75 años.
2. Pacientes con diagnóstico clínico e histopatológico de Psoriasis.
3. Pacientes con psoriasis vulgar, pustulosa, en gotas, palmo-plantar o invertida.
4. Pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de artritis psoriásica.
5. Pacientes con lesiones clínicas activas.

2.9. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

1. Pacientes que no aceptaron ingresar al protocolo de estudio.
2. Pacientes con enfermedades crónicas descompensadas.

2.10. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

1. Enfermos que por histopatología no sean compatibles con psoriasis.

2.11. ASPECTOS ÉTICOS.

Se informó a los pacientes en qué consistía el protocolo de estudio, tanto verbalmente como por escrito, aceptando su participación en el mismo previo consentimiento informado.

2.12. RECURSOS.

Se llevó a cabo la aplicación del cuestionario SF-36 en los consultorios del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”.

2.13. MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio clínico descriptivo en pacientes con psoriasis que acudieron a la consulta del Centro Dermatológico Pascua de la Ciudad de México, de Marzo a Octubre del 2004. Todos los pacientes que ingresaron al estudio fueron sometidos a la determinación de su calidad de vida con la autoaplicación del cuestionario SF-36 previamente validado, bajo consentimiento informado. El nivel de severidad de psoriasis se cuantificó en base a la escala clínica PASI. El diagnóstico de artritis psoriásica fue hecho en el Servicio de Reumatología del

Hospital General de México por reumatólogos (Estudio de prevalencia de Artritis Psoriásica en pacientes adultos ambulatorios con Psoriasis).

2.14. PLAN DE ANALISIS.

Una vez que la información fue recolectada en el formulario específico, se procedió a la creación de una base de datos en el Software SPSS 12.0 y su posterior análisis. Los puntajes más aproximados al 100 son los que se califican con mejor calidad de vida, en cuanto a los que se acerquen más al cero son los que presentan una pobre calidad de vida.

2.15 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizó estadística descriptiva para las variables demográficas, para las comparaciones entre las variables se utilizó prueba de t para variables continuas, x cuadrada para variables cualitativas y ANOVA.

2.16. RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 206 pacientes consecutivos que acudieron a consulta de Marzo a Octubre del 2004 diagnosticados con psoriasis por clínica e histológicamente. El promedio de edad fue de 46 (\pm 13), el 62% fueron hombre, el 33% tenían 6 años de escolaridad, el 68% con actividades laborales y el 71% están casados.

DATOS CLINICOS DE LA PSORIASIS.

El tiempo de evolución de la psoriasis fue de 11 años (+12), el tipo de psoriasis más frecuente fue la vulgar (74.8%), el PASI promedio fue de 6.5 y el tratamiento mas frecuentemente utilizado fue el tópico (alquitrán de hulla/ácido salicílico) con 72.81%, el porcentaje de pacientes que presentaron artritis relacionada con la psoriasis fue del 14% (n=29). **Tabla 1.** El tipo de psoriasis que predominó fue la de tipo vulgar. **Tabla 2.** El patrón predominante de artritis psoriásica fue la del tipo oligoarticular y el puntaje mayor de PASI presentó en la dactilitis. **Tabla 3.**

CALIDAD DE VIDA

De acuerdo al tipo de psoriasis la calidad de vida no presentó significancia estadística, a excepción de la evaluación de la salud (p=0.030) en donde los pacientes con psoriasis mixta (vulgar y palmo-plantar) presentaron menor puntaje.

Tabla 4.

Los pacientes con una evolución de la psoriasis menor de 10 años presentaron mejor calidad de vida, mientras que los que presentaron una evolución de más de 30 años obtuvieron menor puntaje, tanto en la función física, función social, salud general y componente físico. **Tabla 5.**

Cuando el resultado de PASI se clasificó en mayor o menor de 10 no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, pero cuando se dividió en PASI menor de 2, de 2 a 10 y mayor de 10, los que presentaron mejor calidad de vida fueron los de menos de 2 puntos, mientras que los de más de 10 presentaron peor calidad de vida. **Gráfica 1.**

En los pacientes con artritis psoriásica los pacientes con menor puntaje del SF- 36 total, fueron los de afección poliarticular y con mayor puntaje el de predominio en IFD. **Gráficas 2.** La función física estuvo más afectada en el tipo poliarticular ($p=0.038$). **Gráfica 3.**

De acuerdo al sexo, las mujeres presentaron una pobre calidad de vida, la cuál fue estadísticamente significativa. **Gráfica 4.**

Por la edad, sólo el rol físico tuvo significancia estadística. **Gráfica 5.**

El grado mayor de escolaridad (licenciatura) demostró mayor puntaje con diferencias significativas en el componente físico, del dolor y de la vitalidad, mientras que los de educación básica presentaron peor calidad de vida. **Tabla 6.**

Los desempleados tuvieron una mejor calidad de vida en comparación a los jubilados y los que se dedicaban al hogar. **Tabla 7.**

COMPARACION DE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA.

En todos los componentes del SF36 se encontraron diferencias significativas entre los pacientes con Psoriasis y Artritis psoriásica. En la psoriasis la evolución de la salud fué la más afectado mientras que en la artritis psoriásica fué el rol físico. **Gráfica 6.**

En la **Tabla 8** se compara la calidad de vida de los pacientes con psoriasis y los portadores de Artritis psoriásica, de acuerdo a escolaridad, ocupación, estado civil, PASI, tabaquismo, alcoholismo y tipo de tratamiento.

2.17 DISCUSIÓN.

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo en la evaluación de la salud, y se define como la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien, su medición se basa en el uso de cuestionarios que pueden aplicarse principalmente a pacientes con enfermedades crónicas en los que pueden evaluarse el beneficio de tratamientos, así como el diagnóstico y la evolución de la enfermedad. La calidad de vida de una persona debe ser evaluada por el propio sujeto, ya que puede haber diferentes interpretaciones entre el paciente, la familia o el personal médico.

Estudios recientes han demostrado que la psoriasis y la artritis psoriásica son enfermedades en donde se ha observado un impacto negativo de la calidad de vida, tomando en cuenta que en nuestra población no existen estudios al respecto se decidió realizar un estudio comparativo de éstas entidades, aplicando el cuestionario SF-36 que es de fácil comprensión y se puede utilizar en todas las patologías crónicas que causan inhabilidad funcional y psicosocial.

De los 206 pacientes, predominó ligeramente el sexo masculino con un 61.7% (n=127) y el 38.3% (n=79) fueron de sexo femenino. La edad promedio en general fue de 46 años (\pm 13.2 años). El tiempo de evolución de la psoriasis fue de 7 años y el porcentaje de pacientes que presentaron artritis psoriásica fué del 14.1% (n=29) que corresponde a lo reportado previamente en la literatura (7 a 42%). ⁽¹⁰⁰⁾

Los pacientes con psoriasis presentaron un PASI promedio de 8.8 (0.60-70.2), y una evolución promedio de 9.9 años; mientras que los pacientes con artritis psoriásica tuvieron un PASI promedio de 9.8 (1.2-47) y evolución promedio de la psoriasis de 19.7 años, así como evolución promedio de 4.9 años de artritis psoriásica. Encontrando así que hay una relación entre la artritis psoriásica con una mayor superficie afectada, y con una evolución larga de psoriasis.

De acuerdo al patrón predominante de artritis psoriásica, 14 pacientes presentaron patrón oligoarticular, 2 de tipo poliarticular, 3 axial, uno con predominio en IFD y 6 dactilitis; predominando el patrón oligoarticular como se reporta en la literatura ⁽³⁸⁾. En relación con el PASI, el tipo oligoarticular presentó un PASI promedio de 9.6 (1.5-47), el tipo poliarticular de 1.9 (1.5-2.4), el axial de 8.7 (3.5-16), con predominio en IFD 1.5 (1.5-1-5), dactilitis 14.7 (1.2-30.4)

Debemos tomar en cuenta que los estudios realizados para la calidad de vida en pacientes con psoriasis no reportan si se relacionan con artritis psoriásica y ha quedado en duda si éste deterioro sea debido sólo a la psoriasis.

En nuestro análisis de la calidad de vida, se demuestra que los pacientes con menor puntaje en todos conceptos del cuestionario SF-36 con diferencia significativa, fueron los portadores de artritis psoriásica en comparación con los de psoriasis, quedando aclarado éste punto.

En la psoriasis el estado de salud general fue el más afectado mientras que la función física no tuvo afección significativa. El rol físico es el que se encuentra importantemente afectado en la artritis psoriásica. Husted y colaboradores reportaron que la función física, el dolor corporal, el rol físico y la salud general son significativamente bajos en los pacientes con artritis psoriásica. ⁽¹⁰¹⁾

De acuerdo al tipo de psoriasis sólo la evolución de la salud tuvo significancia estadística, en donde el tipo mixto (vulgar y palmo-plantar) fue el más afectado. Adam y colaboradores estudiaron a 317 pacientes con psoriasis de los cuáles el 39% presentaron afección palmo-plantar y reportaron mayor incapacidad física, en comparación con los que no la tenían. ⁽⁷³⁾

De acuerdo a la evolución de la psoriasis, los que presentaron diferencia significativa fueron la función física, función social, salud general, y el componente físico; los que presentaron menor puntaje fueron los del grupo de 30 a 40 años, mientras que los de menos de 10 años de evolución reportaron mayor puntaje. Se ha reportado que en pacientes con una evolución mayor de 15 meses afecta la calidad de vida. ⁽⁹⁹⁾

Por la extensión de las lesiones, se encontró que los que tenían PASI menor de 2 presentaban una mejor calidad de vida, mientras que los de PASI mayor de 10 fueron los más afectados, que concuerda con un estudio realizado por Delgado y colaboradores en 70 pacientes de la Fundación de Psoriasis de la ciudad de Quito, observó que la severidad de la enfermedad provoca problemas emocionales tales como ansiedad o depresión; con una mejor calidad de vida a los pacientes con PASI menor de 10, calidad de vida regular con PASI de 10-30 así como de 30-50. ⁽⁷⁷⁾⁽⁸⁰⁾⁽⁸¹⁾⁽⁹⁹⁾

En los pacientes con artritis psoriásica la función física fue la única con diferencia significativa; los pacientes con menor puntaje del SF- 36 total, fueron los de afección poliarticular (30.13) seguido en orden ascendente: dactilitis (47.99), oligoarticular (53.32), axial (56.42) y con mayor puntaje el de predominio en IFD (91.50).

En el tipo oligoarticular, el rol emocional y el físico fueron los más afectados. En el tipo poliarticular el rol físico fue el más afectado seguido de la salud general. El dolor y la salud general fueron los más afectados en los tipos IFD y axial. En la dactilitis el rol físico fué el más afectado.

De acuerdo al sexo, las mujeres presentaron menor puntaje en todos los conceptos del cuestionario SF-36 en comparación con los hombres; con diferencia significativa en todos sus parámetros. Tanto en hombres como en mujeres la salud física fue la más afectada, mientras que la menos afectada fue la función física. (80)(81)

Por la edad, el rol físico de la calidad de vida presentó diferencia significativa y el grupo más afectado fue el de 61 a 70 años, que pueda ser debido más a las limitaciones físicas propias de la edad.⁽⁴⁹⁾⁽⁵¹⁾ No corresponde con lo reportado por Gupta que refiere que se encuentra un mayor impacto en pacientes entre los 18 y 45 años y de éstos la más afectada fue la socialización. (59)(80)(81)(84)

Por el grado de escolaridad, los que presentaron diferencia significativa fueron la función física, rol físico, dolor corporal, salud mental y vitalidad; se reporta con mejor calidad de vida los que llegaron a la licenciatura (75.46) y con pobre calidad de vida los que estudiaron solamente la primaria (57.02). De acuerdo a la escolaridad en todos los niveles se encontró afectada la salud general y en menor grado la función física; sólo en los pacientes con primaria incompleta y completa se presentó afección en el rol físico. El hecho de que la calidad de vida sea mejor en los pacientes que estudiaron licenciatura puede ser debido más por el nivel socio-económico.⁽⁹⁹⁾ Por el estado civil, ninguno tuvo diferencia significativa.

De acuerdo a la ocupación los que presentaron el menor puntaje fueron los que se dedicaban al hogar, mientras que los desempleados obtuvieron un mayor puntaje. Los desempleados mayor afección de la salud general y menor en el rol emocional. Los jubilados presentan mayor afección del rol emocional. Los pacientes que se dedican al hogar, empleados y los que estudian y trabajan sólo presentan alteración en la salud general. Por lo que no se encuentra afectado el estado laboral.

Comparando la calidad de vida en pacientes con Psoriasis y Artritis psoriásica por ocupación, escolaridad, y estado civil, se encontró que presentaron pobre calidad de vida los portadores de Artritis Psoriásica, que puede justificarse por que se agrega el problema articular.

El puntaje del SF-36 total no tuvo diferencia significativa con el alcoholismo y el tabaquismo; sin embargo, se ha asociado el empeoramiento de la calidad de vida con el consumo de tabaco y alcohol que pueden ser secundarios a la psoriasis. ⁽⁴⁹⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵²⁾

2.18. COMENTARIOS

- La psoriasis y la artritis psoriásica presentan un impacto negativo de la calidad de vida.
- La artritis psoriásica presenta pobre calidad de vida en relación con la Psoriasis.
- En la artritis psoriásica el rol físico es el que se encuentra afectado en forma importante.
- Los pacientes con Psoriasis y Artritis psoriásica deben recibir cuidados prioritarios en los servicios de dermatología.
- Abrir una clínica de Psoriasis en el Centro Dermatológico Pascua, para su manejo integral.
- Formar un grupo de trabajo multidisciplinario con el apoyo de trabajo social, psicología, psiquiatría y en caso necesario de Reumatología.
- Apoyo y promoción de cursos y campañas para proporcionar información sobre la psoriasis y artritis psoriásica a los pacientes y a sus familiares.
- Ayudar a cada paciente, principalmente a aquellos con un índice bajo de calidad de vida.

3. BIBLIOGRAFÍA.

1. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Publica de México. 2002; 44 (4): 349-361.
2. Zúñiga M. A, Carrillo-Jiménez G, Fos P, Gandek B, Medina-Moreno M. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud Publica de México. 1999; 41 (2): 110-118.
3. Ware J. E. SF-36 Health Survey Update. Spine.2000; 25 (24): 3130-3139.
4. Ware J. Donald S. C. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I Conceptual Framework and Item Selection. Medical Care. 1992; 30 (6): 473-483.
5. McHorney C, Ware J, Raczek A. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and Clinical Test of Validity in Measuring Physical and Mental Health Constructs. Medical Care. 1993; 31 (3): 247-263.
6. Finlay Andrew. Quality of Life Assessments in Dermatology. Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery. 1998; 17 (4): 291-6.
7. Lundberg L, Johannesson M, silverdahl M, Hermansson C, Lindberg M. Quality of life, health-state utilities and willingness to pay in patients with psoriasis and atopic eczema.
8. Kiebert G, Sorensen S, Revicki D, Fagan S, Doyle J, Cohen J. Atopic dermatitis is associated with a decrement in health-related quality of life. International Journal of Dermatology. 2002; 41: 151-158.
9. Drake L, Patrick D, Fleckman P, André J, Baran R, Haneke E. The impact of onychomycosis on quality of life: Development of an international

- onychomycosis-specific questionnaire to measure patient quality of life. *J Am Acad Dermatol.* 1999; 41: 189-196.
10. O'Donnell B, Lawlor F, Simpson J, Morgan M, Greaves M. The impact of chronic urticaria on the quality of life. *British Journal of Dermatology.* 1997; 136: 197-201.
 11. Wolkenstein P, Zeller J, Revuz J, Ecosse E, Leplège A. Quality-of-Life Impairment in Neurofibromatosis Type 1. *Arch Dermatol.* 2001; 137: 1421-1425.
 12. Mallon E, Newton J, Klassen A, Stewart-Brown S, Ryan T, Finlay A. The quality of life in acne: a comparison with general medical conditions using generic questionnaires. *British Journal of Dermatology.* 1999; 140: 672-676.
 13. Rhee J, Matthews A, Neuburg M, Smith T, Burzynski M, Nattinger A. Skin Cancer and Quality of Life: Assessment With the Dermatology Life Quality index. *Dermatol Surg.* 2004; 30: 525-529.
 14. Morgan M, McCreedy R, Simpson J, Hay R. Dermatology quality of life scales- a measure of the impact of skin diseases. *Br J Dermatol.* 1997; 136: 202-6.
 15. Balkrishnan R, Janeen M, Feldman S, Rapp S. Measurement of health-related quality of life (HRQOL) associated with skin disease. *J Am Acad Dermatol.* 2004; S3-S4.
 16. Balkrishnan R, Manuel J, Feldman S, Rapp S. Measurement of health-related quality of life (HRQOL) associated with skin disease. *J Am Acad Dermatol.* 2004; July. Suppl. S3-S4.

17. Chren M, Lasek R, Quinn L, Mostow E, Zyzanski S. Skindex, a Quality-of-Life Measure for Patients with Skin Disease: Reliability, Validity, and Responsiveness. *J Invest Dermatol.* 1996; 107: 707-713.
18. Kurwa H. A, Finlay A. Y. Dermatology in-patient management greatly improves life quality. *British Journal of Dermatology.* 1995; 133: 575-578.
19. Zachariae R, Zachariae C, Ibsen H, Touborg M. J. Wulf H. C. Dermatology Life Quality Index: Data from Danish Inpatients and Outpatients. *Acta Derm Venereol.* 2000; 80; 272-276.
20. De Tiedra A, Mercadal J, Badía X, Mascaró J, Herdman M, Lozano R. Adaptación transcultural al español del cuestionario *Dermatology Life Quality Index (DLQI)*: El índice de Calidad de Vida en Dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 1998; 89: 692-700.
21. Anderson R, Rajagopalan R. Development and validation of a quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol.* 1997; 37: 41-50.
22. Morgan m, McCreedy R, Simpson J, Hay R. Dermatology quality of life scales – a measure of the impact of skin diseases. *British Journal of Dermatology.* 1997; 136: 202-206.
23. Faust H, Gonin R, Chuang T, Lewis C. Melfi C, Farmer E. Reliability Testing of the Dermatology Index of Disease Severity (DIDS). *Arch Dermatol.* 1997; 133: 1443-1448.
24. Chren M, Lasek R, Flocke S, Zyzanski S. Improved Discriminative and Evaluative Capability of a Refined version of Skindex, a Quality-of-Life Instrument for Patients With Skin Diseases. *Arch Dermatol.* 1997; 133: 1433-1440.

25. Anderson R, Rajagopalan R. Development and validation of quality of life instrument for cutaneous diseases. *J Am Acad Dermatol*. 1997; 37: 41-50.
26. Loyola Z. M, Jurado S. F. Genética de la psoriasis. *Dermatología Rev Mex*. 2001; 45 (3): 140-146.
27. Alarcón H, Cortéz B, Navarrete G. Psoriasis anular. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2000; 9 (1): 11-14.
28. Lievanos E. Z, Vega M. E. Psoriasis pustulosa generalizada. Reporte de un caso tratado con metotrexato. *Dermatología Rev Mex*. 2002; 46 (2): 78-80.
29. Castro M. K, Jurado S. F, Martínez E. V. Eritrodermia como primera manifestación de psoriasis. Comunicación de un caso, en una paciente joven manejada satisfactoriamente con metotrexato. *Rev Cent dermatol Pascua*. 1999; 8 (2): 96-100.
30. Sampogna F, Gisondi P, Melchi C, Amerio M, Girolomoni G, Abeni D. Prevalence of symptoms experienced by patients with different clinical types of psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 2004; 151: 594-599.
31. Elder David. *Lever histopatología de la Piel*. Octava Edición. Editorial Interédica Buenos Aires 1999. pp. 145-152.
32. Weedon David. *Piel Patología*. Primera Edición. Editorial Marbán. Madrid España 2002. pp 65-70.
33. Gutiérrez Y. Z. Evaluación del índice de severidad y área de psoriasis (PASI), en 157 pacientes del club de psoriasis del Servicio de Dermatología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, año 2001. *Dermatología Peruana*. 2003; 13 (3): 185-188.

34. Ramírez S. M, Flores T. H, Blancas G. F, León D. G. Gravedad de la enfermedad en psoriasis (PPSI vs PASI). Validación de un nuevo método clinimétrico. *Dermatología Rev Mex.* 2000; 44 (5): 216-220.
35. Verazaluce R. B, Morales B. E. Artritis psoriásica. Artículo de revisión. *Rev cent dermatol Pascua.* 1998; 7 (3): 155-163.
36. Jones S. M, Armas J. B, Cohen M. G, Novell C. R, Evison G, McHugh N. J. Psoriatic arthritis: Outcome of disease subsets and relationship of joint disease to nail and skin disease. *British Journal of Rheumatology.* 1994; 33: 834-839.
37. Scarpa R, Biondi O. C, Oriente P. The classification of psoriatic arthritis: What will happen in the future?. *J Am Acad Dermatol.* 1997; 35: 78-83.
38. Finzi A, Gibelli E. Psoriatic Arthritis. *Internacional Journal of Dermatology.* 1991; 30: 1-7.
39. Ruzicka T. Psoriatic Arthritis. *Arch Dermatol.* 1996; 132: 215-219.
40. Michet C. J. Update on psoriatic arthritis. *International Journal of Dermatology.* 2004; 43: 479-481.
41. Kato N, Kato S, Tsukinaga I, Ando M, Ohkawara A. Psoriatic Arthritis of the Hands in Seven Adults. *The Journal of Dermatology.* 1990; 17: 34-40.
42. Lafont R. A. Tratamiento de la artropatía psoriásica. *Piel.* 2001; 16: 189-192.
43. Pitzalis C, Pipitone N. Psoriatic arthritis. *J R Soc Med* 2000; 93: 412-415.
44. Clegg DO, Reda DJ, Mejias E, et al. Comparison of sulfasalazine and placebo in the treatment of psoriatic arthritis. A Department of veterans Affairs Cooperative Study. *Arthritis and Rheum* 1996; 39: 2013-20.

45. Abu- Shakra M, Gladman DD, Thorne JC, et al. Longterm methotrexate therapy in psoriatic arthritis: clinical and radiological outcome. *J Rheumatol* 1995; 22: 241-5.
46. Brockbank J y Gladman D. Diagnosis and Management of Psoriatic arthritis. *Drugs* 2002; 62: 2447-2457.
47. Gladman DD. Currents concepts in psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2002;14:361-366.
48. Mease PJ. Tumour necrosis factor (TNF) in psoriatic arthritis: pathophysiology and treatment with TNF inhibitors. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 298-304.
49. Halioua B, Beumont M, Lunel F. Quality of life in Dermatology. *International Journal of Dermatology*. 2000; 39: 801-6.
50. Gelfand J. M, Feldman S. R, Stern R. S, Thomas J, Rolstad T, Margolis D. Determinants of quality of life in patients with psoriasis: A study from the US population. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 51: 704-708.
51. Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern R, Rolstad T. The Impact of Psoriasis on Quality of Life. *Arch Dermatol*. 2001; 137: 280-284.
52. Choi J, Koo J. Quality of life issues in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2003; 49: S57-61.
53. O'Neill P, Kelly P. Postal questionnaire study of disability in the community associated with psoriasis. *BMJ*. 1996; 313: 919-921.
54. Renzi C, Abeni D, Picardi A, Agostini A, Melchi C, Pasquini P. Factors associated with patient satisfaction with care among dermatological outpatients. *British Journal of Dermatology*. 2001; 145: 617-623.

55. Ginsburg I, Link B. Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*. 1993; 32 (8): 587-591.
56. Ginsburg I, Link B. Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 1989; 20: 53-63.
57. Picardi A, Abeni D, Melchi C, Puddu P, Pasquini P. Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *Br J Dermatol*. 2000; 143: 983-991.
58. Harlow D, Poyner T, Finlay A, Dykes P. Impaired quality of life of adults with skin disease in primary care. *British Journal of Dermatology*. 2000; 143: 979-982.
59. Gupta M, Gupta A. Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *International Journal of Dermatology*. 1995; 34 (10): 700-703.
60. Gupta M, Gupta A. Psoriasis and sex: a study of moderately to severely affected patients. *International Journal of Dermatology*. 1997; 36: 259-262.
61. Gupta M, Gupta A, Watteel G. Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of stigma experience in dermatologic disorders. *Cutis*. 1998; 61: 339-342.
62. Gupta M, Gupta A. The psoriasis life Stress inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Derm Venereol (Stockh)*. 1995; 75: 240-243.
63. Vardy D, Besser A, Amir M, Gesthalter B, Biton A, Buskila D. Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*. 2002; 147: 736-742.

64. Richards H. L, Fortune D. G, Main C. J, Griffiths C. E. Stigmatization and psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 2003; 149: 209-211.
65. McKenna S. P, Cook S. A, Whalley D, Doward L. C, Richards H. L, Griffiths C. E. Development of the PSORIQoL. A psoriasis-specific measure of quality of life designed for use in clinical practice and trials. *British Journal of Dermatology*. 2003; 149: 323-331.
66. Fortune D, Main C, Sullivan T, Griffiths C. Quality of life in patients with psoriasis: the contribution of clinical variables and psoriasis-specific stress. *British Journal of Dermatology*. 1997; 137: 755-760.
67. Ramsay B, O'reagan M. A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 1988; 118: 195-201.
68. Finlay A. Y, Coles E. C. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*. 1995; 132: 236-244.
69. Finlay A. Y, Kelly S. E. Psoriasis-an index of disability. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1987; 12: 8-11.
70. Finlay A. Y. Psoriasis From the Patient's Point of View. *Arch Dermatol*. 2001; 137:352-353.
71. Finlay A. Y, Khan G. K, Luscombe D. K, Salek M. S. Validation of Sickness Impact Profile and Psoriasis Disability Index in psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 1990; 123: 751-756.
72. Poikolainen K, Reunala T, Karvonen J. Smoking, alcohol and life events related to psoriasis among women. *British Journal of Dermatology*. 1994; 130: 473-477.

73. Pettey A, Balkrishnan R, Rapp S, Fleisher A, Feldman S. Patients with palmoplantar psoriasis have more physical disability and discomfort than patients with other forms of psoriasis: Implications for clinical practice. *J Am Acad Dermatol.* 2003; 49: 271-275.
74. Vensel E, Hilley T, Trent J, Taylor J, Kisner R, Kerdel F. Sustained improvement of the quality of life of patients with psoriasis after hospitalization. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 43: 856-60.
75. Sander H, Morris L, Phillips C, Harrison P, Menter A. The annual cost of psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1993; 28: 422-425.
76. Feldman S, Fleisher A, Reboussin D, Rapp S, Bradham D, Exum L. The economic impact of psoriasis increases with psoriasis severity. *J Am Acad Dermatol.* 1997; 37: 564-569.
77. Zachariae R, Zachariae H, Blomqvist K, Davidsson S, Molin L, Mork C. Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology.* 2002; 146: 1006-1016.
78. McKenna K, Stern R. The outcomes movement and new measures of the severity of psoriasis. *J Am Acad Dermatol.* 1996; 34: 534-538.
79. Feldman S, Fleisher A, Reboussin D, Rapp S, Exum M, Clarck A. The Self-administered psoriasis area and severity index is valid and reliable. *J Invest Dermatol.* 1996; 106: 183-186.
80. Mork C, Wahl A, Moum T. The Norwegian version of the dermatology Life Quality Index: a study of validity and reliability in psoriatics. *Acta Derm Venereol.* 2002; 82: 347-351.

81. Mork C, Wahl A. Improved quality of life among patients with psoriasis after supervised climate therapy at the Canary Island. *J Am Acad Dermatol.* 2002; 47: 314-316.
82. Wahl A, Loge J, Wiklund I, Rokne B. The burden of psoriasis: a study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 43: 803-808.
83. Mazzotti E, Picardi A, Sampogna F, Sera F, Pasquini P, Abeni D. Sensitivity of the Dermatology Life Quality Index to clinical change in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology.* 2003; 149: 318-322.
84. McKenna K, Stern R. The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *J Am Acad Dermatol.* 1997; 36: 388-394.
85. Stern R, Beer J, Mills D. Lack of Consensus Among Experts on the Choice of UV therapy for psoriasis. *Arch Dermatol.* 1999; 135: 1187-1192.
86. Snellman E, Lauharanta J, Reunanen A, Jansen C, Jyrkinen T, Kallio M. Effect of heliotherapy on skin and joint symptoms in psoriasis: a 6-month follow-up study. *British Journal of Dermatology.* 1993; 128: 172-177.
87. Schiffner R, Schiffner J, Gerstenhauer M, Landthaler M, Stolz W. Differences in efficacy between intention-to-treat and per-protocol analyses for patients with psoriasis vulgaris and atopic dermatitis: clinical and pharmacoeconomic implications. *British Journal of Dermatology.* 2001; 144: 1154-1160.

88. Schiffner R, Schiffner-Rohe J, Gerstenhauer M, Hofst dter F, Landthaler M, Stolz W. Willingness to pay and time trade-off: sensitive to changes of quality of life in psoriasis patients?. *British Journal of Dermatology*. 2003; 148: 1153-1160.
89. Sampogna F, Sera F, Abeni D. Measures of clinical severity, quality of life, and psychological distress in patients with psoriasis: a cluster analysis. *J Invest Dermatol*. 2004; 122: 602-607.
90. Weiss S, Kimball A, Liewehr D, Blauvelt A, Turner M, Emanuel E. Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2002; 47: 512-518.
91. Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact of the skin conditions. *Soc Sci Med*. 1985; 20 (4): 425-429.
92. Testa M, Simonson D. Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*. 1996; 334 (13): 835-840.
93. Long C, Funnell C, Collard R, Finlay A. What do members of the national eczema society really want?. *Clinical and Experimental Dermatology*. 1993; 18: 516-522.
94. Rapp S. R, Cottrell C. A, Leary M. R. Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*. 2001; 145: 610-616.
95. Fleisher A, Rapp S, Reboussin D, Vanarthos J, Feldman S. Patients measurement of psoriasis disease severity with a structured instrument. *J Invest Dermatol*. 1994; 102: 967-969.

96. Jenkinson C, Gray A, Doll H, Lawrence K, Keoghane S, Layte R. Evaluation of index and profile measures of health status in a randomized controlled trial. *Medical Care*. 1997; 35: 1109-1118.
97. Hurwitz D, Kerdel F, Kirsner R. Hospitalization for skin disease improves quality of life. *Arch Dermatol*. 1997; 133: 797-798.
98. Kirsner R, Federman D. Quality of care from the patients' perspective. *Arch Dermatol*. 1997; 133: 1427-1431.
99. Delgado Q. M, Quincha B. M, Méndez S. M. Valoración de la calidad de vida, mediante la aplicación del test SF-36V2 en pacientes de la fundación de psoriasis de la Ciudad de Quito. *Dermatología Peruana*. 2003; 13 (3): 172-184.
100. Kay L, Myers A, Walker D. Effects of Inflammatory Arthritis on Quality of Life in Patients with Psoriasis. *Arch Dermatol*. 2003; 139: 1655.
101. Husted J, Gladman D, Farewell V, Cook R. Health-Related Quality of Life of Patients With Psoriatic Arthritis: A comparison With Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis care and Research*. 2001; 45: 151-158.
102. Husted J, Gladman D, Farewell V, Long J, Cook R. Validating the SF-36 Health Survey Questionnaire in Patients with Psoriatic Arthritis. *J Rheumatol*. 1997; 24: 511-517.
103. McKenna S. P, Doward L. C, Whalley D, Tennant A, Emery P, Veale S. J. Development of the PsAQoL: a quality of life instrument specific to psoriatic arthritis.
104. Smith G. D, Watson R, Roger D, McRorie E, Hurts N, Luman W. Impact of a nurse –led counselling service on quality of life in patients with

- inflammatory bowel disease. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38 (2): 152-150.
105. Gómez-Rodríguez N. Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide. *An Med Interna (Madrid)*. 2003; 20: 111-113.
106. Wolfe F, Hawley D. The Longterm Outcomes of Rheumatoid Arthritis: Work Disability: A Prospective 18 Year Study of 823 Patients. *The Journal of Rheumatology*. 1998; 25:21082117.
107. Meenan R. F, Gertman P. M, Mason J. H. Measuring Health Status in Arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. 1980; 23(2): 146-152.
108. Husted J, Gladman D, Farewell V, Long J. Validation of the Revised and Expanded Version of the Arthritis Impact Measurement Scales for Patients with Psoriatic Arthritis. *J Rheumatol*. 1996; 23: 1015-1019.
109. Layo D, L, Padilla G, Johnson D. An English and Spanish Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis. *Arthritis care and Research*. 2001; 45: 167-173.
110. Blackmore M. G, Gladman D, D. Husted J, Long J, Farewell V. Measuring Health Status in Psoriatic Arthritis: The Health Assessment Questionnaire and its Modification. *J Rheumatol*; 1995; 22: 886-893.
111. Hewlitt S, Smith A, kirwan J. Measuring the meaning of disability in rheumatoid arthritis: the Personal Impact Health Assessment Questionnaire (PI HAQ). *Ann Rheum Dis*. 2002; 61: 986-993.
112. Pinkus T, Callahan L. F, Sale W. G, Brooks A. L, Payne L. E, Vaughn W. K. Severe functional declines, work disability, and increased mortality in

seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis and Rheumatism*. 1984; 27(8): 864-872.

113. Havard L. J, Kaassa S, Jensen H. M, Kvien T. K. Translation and Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in Patients with Rheumatoid Arthritis. I. Data Quality, Scaling Assumptions, Reliability, and Construct Validity. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51 (11): 1069-1076.
114. Kvien T. K, Kaasa S, Smedstad L. M. Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in Patients with Rheumatoid Arthritis. II: A Comparison of the SF-36 with Disease-Specific Measures. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51 (11): 1077-1086.
115. Wiles N. J, Scott D. G, Barret E. M, Merry P, Arie E, Gaffney K. Benchmarking: the five year outcome of rheumatoid arthritis assessed using a pain score, the Health Assessment Questionnaire, and the Short Form-36 (SF-36) in a community and a clinic based sample. *AnnRheum Dis*. 2001; 60:956-961.
116. Gilboe I, Kvien T. K, Husby G. Health Status in Systemic Lupus Erythematosus Compared to Rheumatoid Arthritis and Healthy Controls. *The Journal of Rheumatology*. 1999; 26: 1694-1700.

4. ANEXOS.

ANEXO I

Hoja de consentimiento informado

Por medio de la presenta hoja, nos permitimos invitarlo a participar en un estudio que tiene el propósito ver la frecuencia de alteraciones articulares (coyonturas) en personas con psoriasis. Esto se realiza a través responder algunas preguntas sobre su enfermedad y molestias articulares, un exámen clínico completo por dos especialistas , un dermatólogo (piel) y un reumatólogo (articulaciones), una muestra de sangre (10 mls) y en caso de que el reumatólogo lo considere necesario placas de rayos X.

Los procedimientos no representan riesgos importantes para usted , el único inconveniente serían las molestias al tomar la muestra de sangre. El beneficio es alto ya que usted contará con una evaluación completa por dos médicos especialistas y los estudios no tendrán ningún costo para usted. La aplicación de los cuestionarios y evaluación dermatológica será en el mismo día que usted tenga la consulta en el Centro Dermatológico . La consulta con el reumatólogo se realizará en el Hospital General de México en una cita especial.

La muestra de sangre, las placas de rayos X y la biopsia de piel se tratarán de realizar en un mismo día para comodidad de usted.

Su participación es absolutamente voluntaria y usted puede interrumpirla en cualquier momento, sin que se tenga algún inconveniente o perjuicio en su futuro tratamiento o en la calidad de la atención que usted recibe en el Centro Dermatológico Pascua. En caso de alguna duda en cualquier momento puede preguntar al Dr. Julio Casasola en Reumatología del Hospital General o a la Dra. Gabriela Fernández Arista en el Centro Dermatológico Pascua.

Los datos obtenidos en el presente estudio son absolutamente confidenciales y solo serán transmitidos en su momento a las autoridades sanitarias correspondientes. En caso de encontrar alguna enfermedad articular se le indicará el tratamiento a seguir y el costo del tratamiento deberá ser cubierto por usted.

Nombre del paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____ Fecha: _____.

Dirección :

Nombre del 1er testigo: _____

Firma: _____ Fecha: _____.

Nombre de 2º testigo: _____.

Firma: _____ Fecha: _____.

ANEXO II

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Sino está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:

(marque un solo número)

- Excelente.....1
- Muy buena.....2
- Buena.....3
- Regular.....4
- Mala.....5

2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?

(marque un solo número)

- Mucho mejor ahora que hace un año.....1
- Algo mejor ahora que hace un año.....2
- Más o menos igual ahora que hace un año.....3
- Algo peor ahora que hace un año.....4
- Mucho peor ahora que hace un año.....5

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?

(maque un solo número en cada línea)

<u>ACTIVIDADES</u>	Si, Me limita mucho	Si, Me limita un poco	No, No me limita en absoluto
a. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar Objetos pesados, participar en deportes intensos.	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar béisbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las compras del mercado.	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera.	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera.	1	2	3
f. Doblarse, arrodillarse o agacharse.	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro.	1	2	3
h. Caminar varias cuadras.	1	2	3
i. Caminar una cuadra.	1	2	3
j. Bañarse o vestirse.	1	2	3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

(marque un número en línea)

	SÍ	NO
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	1	2
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	1	2
c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tiempo de trabajo u otras actividades.	1	2
d. Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)	1	2

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?

(marque un número en cada línea)

	SI	NO
a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.	1	2
b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.	1	2
c. Ha dejado de hacer su trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

(marque un solo número)

- Nada.....1
- Un poco.....2
- Más o menos.....3
- Mucho.....4
- Demasiado.....5

7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?

(marque un solo número)

- Ningún dolor.....1
- Muy poco.....2
- Poco.....3
- Moderado.....4
- Severo.....5
- Muy severo.....6

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

(marque un solo número)

- Nada.....1
- Un poco.....2
- Más o menos.....3
- Mucho.....4
- Demasiado.....5

9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante las últimas cuatro semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas.....

(marque un número en cada línea)

	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. se ha sentido lleno de vida?	1	2	3	4	5	6
b. se ha sentido muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. se ha sentido tan decaído de ánimo que nada podía alentarle?	1	2	3	4	5	6
d. se ha sentido tranquilo y sosegado?	1	2	3	4	5	6
e. ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se ha sentido desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se ha sentido agotado?	1	2	3	4	5	6
h. se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

ENCUESTA DEL ESTADO DE SALUD SF-36

10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

(marque un solo número)

- Siempre.....1
- Casi siempre.....2
- Algunas veces.....3
- Casi nunca.....4
- Nunca.....5

11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

(marque un número en cada línea)

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.	1	2	3	4	5
b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5

ANEXO III.
CRONOGRAMA

Procedimientos	Fase de Selección	Seguimiento
Explicación oral	X	
Firma del consentimiento escrito	X	
Definición de Inclusión	X	
Criterios de Eliminación		X
Autoaplicación del Cuestionario SF-36	X	
Exámen Dermatológico	X	
Biopsia de piel	X	
Cuestionario SPA	X	
Valoración por Reumatología		X
Histopatología resultados		X
Análisis de datos		X
Fin de Protocolo		X
Tiempo	Marzo-Octubre 2004	Marzo-Octubre 2004

ANEXO IV.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Psoriasis.

Definición conceptual: Dermatitis crónica, asintomática, de causa desconocida; caracterizada por placas eritematoescamosas bien definidas que se localizan principalmente en codos, rodillas, región sacra y piel cabelluda, además de uñas.

Definición operacional: Se diagnosticará por medio de exploración clínica dermatológica y biopsia.

Escala: Nominal.

Artritis psoriásica.

Definición conceptual: Es una artropatía inflamatoria que ocurre durante el curso de la psoriasis y generalmente se caracteriza por tener factor reumatoide (FR) negativo.

Definición operacional: Una vez teniendo el diagnóstico clínico e histopatológico de psoriasis, se realizará un cuestionario y serán valorados por un reumatólogo.

Escala: Nominal.

Calidad de vida.

Definición conceptual: Sensación de bienestar, suma de sensaciones subjetivas del "sentirse bien"

Definición operacional: Autoaplicación del cuestionario SF-36, los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

Escala: Nominal.

Índice de actividad e intensidad de la Psoriasis.

Definición conceptual: Porcentaje de superficie de piel afectada por lesiones psoriásicas.

Definición operacional: Evaluar el grado de eritema, infiltrado y descamación de las lesiones psoriásicas con relación al porcentaje del área topográfica comprometida, dando una puntuación de 0 a 72.

Escala: Numérica.

Edad.

Definición conceptual: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.

Definición operacional: Se preguntará al paciente su edad en años durante el interrogatorio de la historia clínica.

Escala: Numérica.

Sexo.

Definición conceptual: Constitución orgánica que distingue macho y hembra.

Definición operacional: Se registra con base en el sexo de asignación social, según el interrogatorio de la historia clínica.

Escala: Nominal.

Origen.

Definición conceptual: Principio, causa, procedencia de algo.

Definición operacional: Se le preguntara al paciente su lugar de nacimiento durante el interrogatorio de la historia clínica.

Escala: Nominal.

Tiempo de evolución.

Definición conceptual: Lapso de tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad hasta la actualidad.

Definición operacional: Se le preguntara al paciente durante el interrogatorio de la historia clínica.

Escala: Numérica.

Ocupación.

Definición conceptual: Trabajo, oficio o actividad en que uno emplea el tiempo.

Definición operacional: Se le preguntará al paciente durante el interrogatorio de la historia clínica su ocupación al momento del estudio.

Escala: Nominal.

Escolaridad.

Definición conceptual: Número de años aprobados en el sistema educativo formal.

Definición operacional: Número de años aprobados.

Escala: Nominal.

ANEXO V

TABLAS

Tabla 1. Características demográficas.

	Total (n=206)	Psoriasis (n=177)	Artritis Psoriásica (n=29)	p
Edad, años X (DS)	46 (13)	45 (12)	49 (10)	NS
Genero, masculino, n (%)	126 (61.2)	111 (63)	16 (53)	NS
Años de estudio, X (DS)	9 (4)	9 (4)	9 (4.4)	NS
Tiempo de evolución de la psoriasis, X(DS)	11 (12)	9 (10)	19 (15)	0.000
Tipo vulgar, N (%)	154(74.8)	131 (85)	23 (80)	NS
PASI, Md (min-max)	6.5(0.4-NA)	6(0.6-70)	6 (1-47)	NS

Tabla 2. Variedad de Psoriasis y Artritis Psoriásica (APs)

Tipo de Psoriasis	Psoriasis (%)	Artritis Psoriásica (%)	Total (%)
Vulgar	131 (74)	23 (79.3)	154 (74.8)
Gotas	13 (7.3)	0	13 (6.3)
Palmo-plantar	12 (6.8)	3 (10.3)	15 (7.3)
Invertida	1 (0.6)	0	1 (0.5%)
Mixta: Vulgar y Palmo-plantar	6 (3.4)	2 (6.9)	8 (3.9%)
Mixta: Vulgar e Invertida.	14 (7.9)	1 (3.4)	15 (7.3)
Total	177 (86)	29 (14)	206 (100)

Tabla 3. Patrón predominante de Artritis psoriásica y PASI

Patrón predominante de Artritis Psoriásica	N (%)	PASI Md(min-max)
Oligoarticular	15 (51.7)	9.6 (1.5-47)
Poliarticular	2 (6.9)	1.9 (1.5-2.4)
Axial	4 (13.8)	8.7 (3.5-16)
Predominio en IFD	1 (3.4)	1.5 (1.5-1.5)
Dactilitis	7 (24.1)	14.7 (1.2-30.4)
Total	29 (100)	6 (1-47)

Tabla 4. Calidad de vida de acuerdo al tipo de Psoriasis

SF 36	Vulgar	Gotas	Palmo-plantar	Mixta: vulgar y palmo-plantar	Mixta: vulgar e invertida	P
Función física	80.81	75.76	78.33	75.62	83.66	.782
Rol físico	63.96	67.30	66.66	53.12	70.00	.892
Dolor corporal	72.38	69.23	74.00	64.68	75.50	.872
Función social	71.26	75.96	70.00	68.75	70.00	.950
Salud mental	64.15	67.69	54.93	52.00	58.40	.181
Rol emocional	62.09	61.53	66.66	33.33	71.11	.287
Vitalidad	62.24	60.00	58.66	51.25	62.33	.691
Salud general	53.50	52.30	55.66	51.25	52.66	.990
Evol. de la salud	52.59	46.15	65.00	34.37	43.33	.030
Componente físico	67.66	66.15	68.66	61.17	70.45	.907
Comp. mental	65.04	66.29	62.56	51.33	65.46	.526
SF36 Total	66.44	66.22	65.61	56.25	67.95	.738

Tabla 5. Calidad de vida y Evolución de la Psoriasis.

SF 36	0 A 10	11 A 20	21 A 30	31 A 40	40 A 50	P
Función física	83.43	78.48	75.00	65.38	72.85	.012
Rol físico	69.53	57.55	51.78	51.92	60.71	.169
Dolor corporal	75.91	65.98	66.07	67.30	64.64	.112
Función social	75.00	64.53	71.42	61.53	62.50	.033
Salud mental	64.12	59.34	64.00	61.53	60.00	.759
Rol emocional	65.88	56.58	56.41	46.15	61.90	.379
Vitalidad	63.08	55.58	61.78	63.07	62.85	.421
Salud general	57.10	45.58	51.07	45.00	55.00	.020
Evolución de la salud	52.73	49.41	48.21	51.92	53.57	.928
Componente físico	71.49	61.90	60.98	57.40	63.30	.022
Componente mental	67.02	59.01	64.64	58.07	61.81	.230
SF36 Total	69.26	60.45	63.57	57.74	62.55	.064

Tabla 6. Calidad de vida de acuerdo al grado de escolaridad.

SF 36	Analfabeta	Primaria completa	Primaria incompleta	Secundaria	Bachillerato	Licenciatura	P
Función física	83.57	69.48	74.10	84.20	82.01	90.34	.000
Rol físico	71.42	50.00	51.78	67.50	66.82	84.48	.004
Dolor corporal	80.71	60.89	70.00	75.25	71.29	84.05	.005
Función social	78.57	67.62	67.41	76.50	69.23	72.84	.353
Salud mental	70.28	54.66	60.00	66.40	62.46	69.10	.042
Rol emocional	66.66	52.13	54.76	63.33	64.70	73.56	.308
Vitalidad	60.00	53.20	57.14	67.30	60.48	68.44	.019
Salud general	55.71	48.20	48.03	57.00	52.40	60.86	.109
Evolución de la salud	50.00	53.84	54.46	51.00	48.07	54.31	.839
Componente físico	72.85	57.14	60.98	70.98	68.13	79.93	.000
Componente mental	68.88	56.90	59.82	68.38	64.50	70.98	.064
SF36 Total	70.86	57.02	60.40	69.68	66.58	75.46	.003

Tabla 7. Calidad de vida y Ocupación.

SF 36	Desempleado	Jubilado	Hogar	Empleado	Estudia y trabaja	P
Función física	84.54	75.00	72.44	82.65	87.22	.024
Rol físico	84.09	43.75	57.44	65.57	77.77	.100
Dolor corporal	80.68	68.12	59.94	76.63	66.11	.001
Función social	77.27	62.50	65.42	74.23	59.72	.052
Salud mental	67.27	63.50	54.97	65.26	62.22	.063
Rol emocional	81.81	33.33	51.44	66.41	51.85	.016
Vitalidad	63.63	73.12	55.74	62.84	57.22	.168
Salud general	60.90	55.00	47.44	55.42	45.55	.124
Evolución de la salud	59.09	56.25	50.00	51.15	55.55	.792
Componente físico	77.55	60.46	59.32	70.07	69.16	.020
Componente mental	72.50	56.11	57.13	67.18	57.75	.036
SF36 Total	75.02	59.29	58.42	68.62	63.46	.020

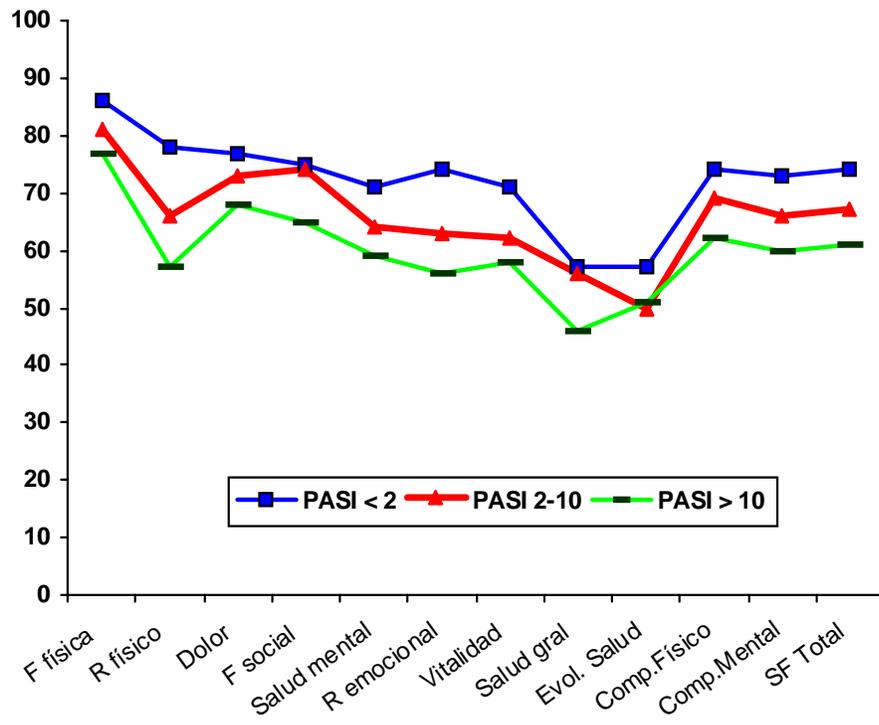
Tabla 8. Comparación de la Calidad de vida en pacientes con Psoriasis y Artritis psoriásica.

	MEJOR CALIDAD DE VIDA EN PSORIASIS	POBRE CALIDAD DE VIDA EN PSORIASIS	MEJOR CALIDAD DE VIDA EN ARTRITIS	POBRE CALIDAD DE VIDA EN ARTRITIS
Escolaridad	LICENCIATURA Función física. Rol físico. Dolor corporal. Vitalidad. Componente físico.	PRIMARIA Función física. Rol físico. Dolor corporal. Vitalidad. Componente física.	NS	NS
Ocupación	DESEMPLEADO Función física. Dolor corporal. Función social. Rol emocional. Salud general. Componente físico. Componente mental. EMPLEADO Salud mental.	JUBILADO Función física. Función social. Rol emocional HOGAR Dolor corporal. Salud mental. ESTUDIA Y TRABAJA Salud general. Componente mental.	NS	NS
Estado civil	NS	NS	NS	NS
PASI	PASI < 2 Salud general.	PASI >10 Salud general.	PASI < 2 Vitalidad. Evolución de la salud PASI 2-10 Dolor corporal.	PASI > 10 Dolor corporal. Vitalidad. Evolución de la salud.
Tabaquismo	NS	NS	NS	NS
Alcoholismo	NS	NS	NS	NS
Tratamiento	NS	NS	NS	NS

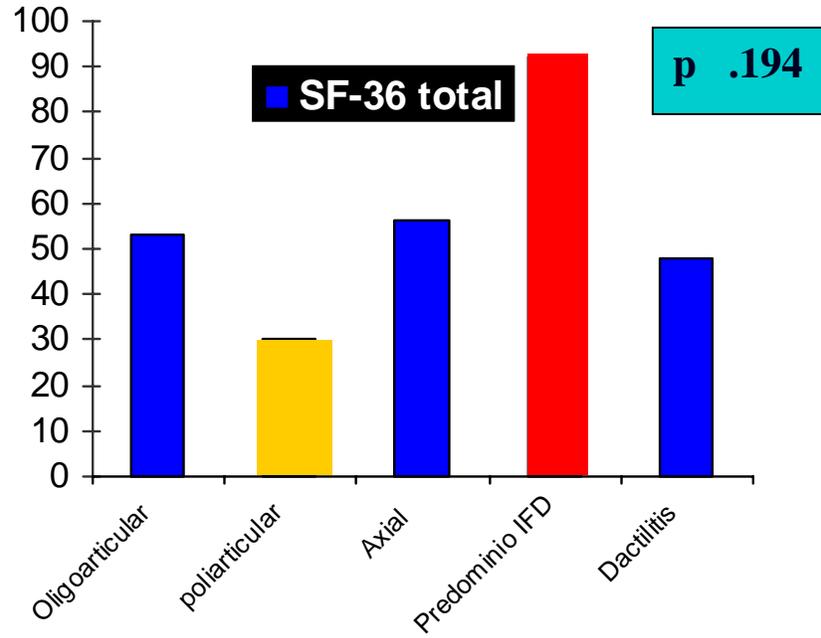
ANEXO VI

GRAFICAS

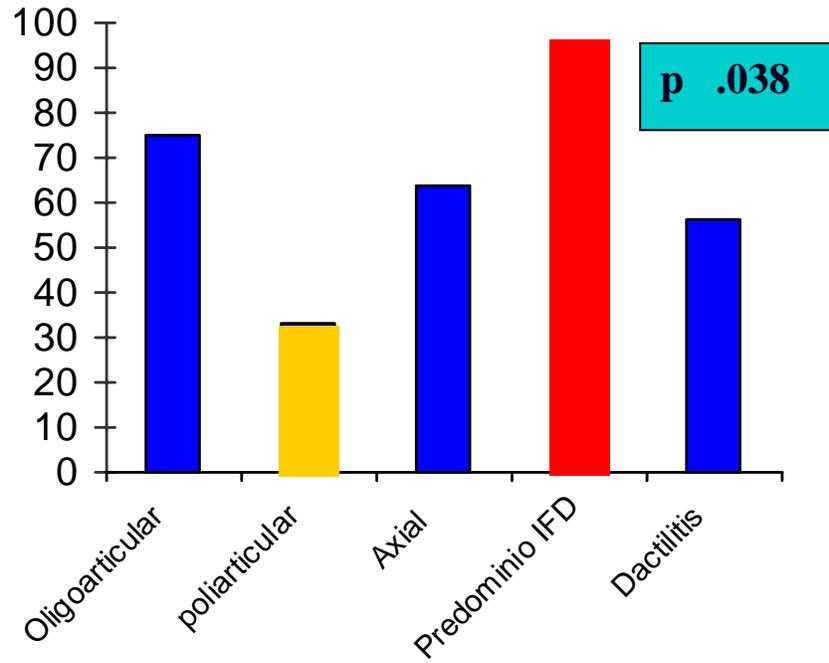
Gráfica 1. Calidad de vida de acuerdo al PASI



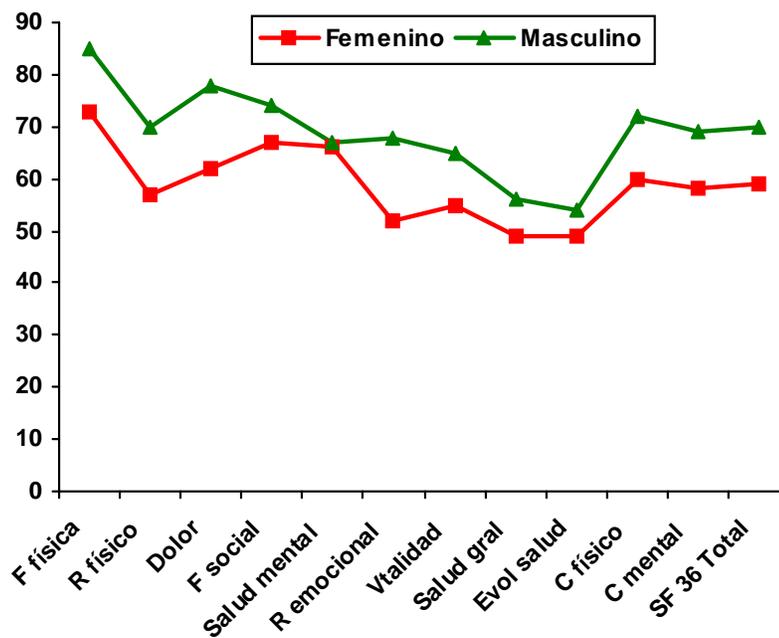
Gráfica 2. Calidad de vida y tipo de Artritis psoriásica



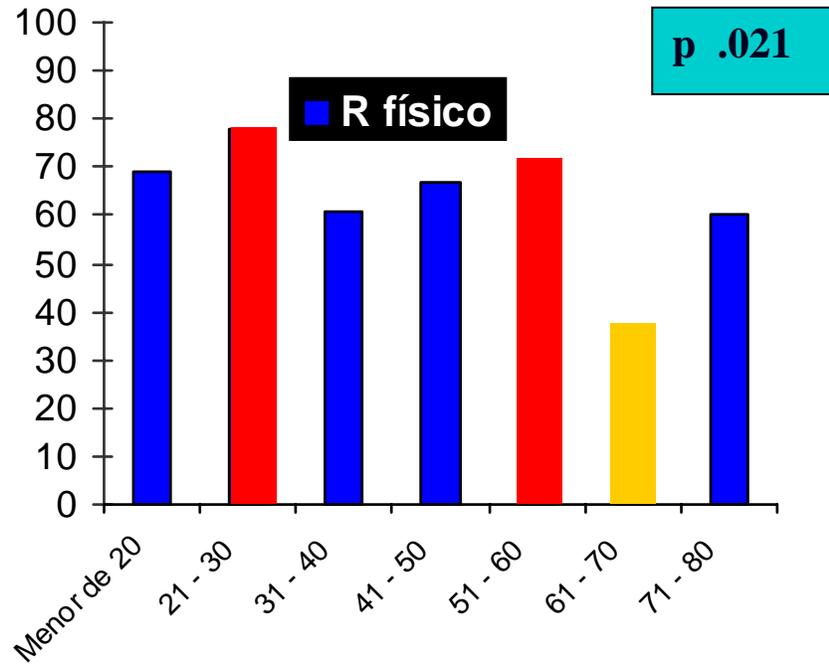
Gráfica 3. Calidad de vida y Función física en APs



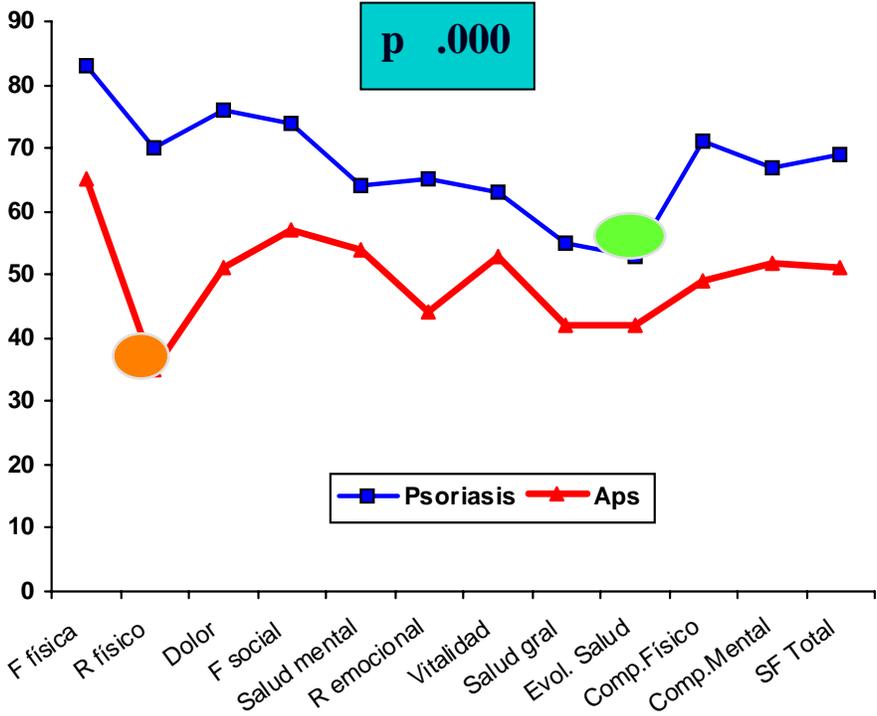
Gráfica 4. Calidad de vida y Género.



Gráfica 5. Calidad de vida y Edad.



Gráfica 6. Calidad de Vida en Psoriasis y Artritis psoriásica



ANEXO VII

FOTOS CLINICAS



Foto 1. Placa eritematoescamosa



Foto 2. Psoriasis vulgar.

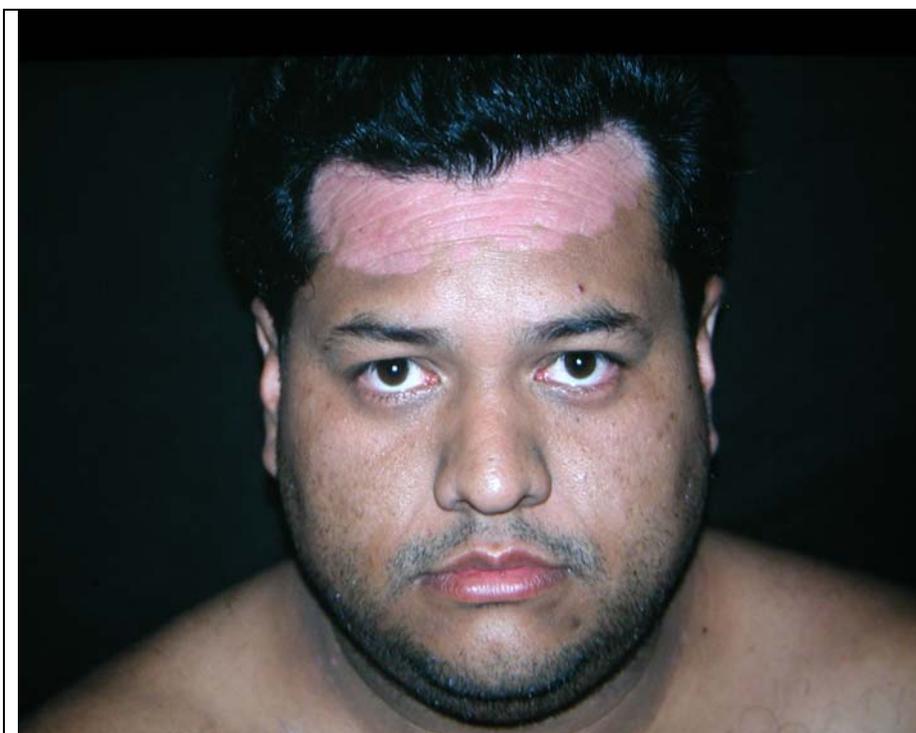


Foto 3.
Psoriasis piel
cabelluda.



Foto 4.
Psoriasis
palmo-plantar



Foto 5.
Psoriasis
invertida.



Foto 6. Artritis
psoriásica.