

Calidad de vida en el paciente con psoriasis

Liliana García-Sánchez¹, Álvaro José Montiel-Jarquín^{2*}, Eduardo Vázquez-Cruz¹, Adriana May-Salazar³, Itzel Gutiérrez-Gabriel¹ y Jorge Loría-Castellanos⁴

¹Unidad de Medicina Familiar No. 6 Puebla, IMSS; ²Academia Nacional de Educación Médica, UMAE No. 275, Hospital de Traumatología y Ortopedia de Puebla, IMSS; ³Hospital General Regional No. 36, IMSS; ⁴División de Proyectos Especiales en Salud, IMSS. Puebla, Pue., México

Resumen

Introducción: La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel en la que un mecanismo autoinmunitario participa desencadenando una queratopoyesis acelerada. Su etiología es desconocida; se han mencionado factores ambientales, traumatismos e infecciones. El objetivo de este trabajo es correlacionar el índice de gravedad de la psoriasis con la calidad de vida en estos pacientes. **Metodología:** Estudio transversal con 72 pacientes con psoriasis, mayores de 18 años, que aceptaron participar en el estudio. Se les aplicó el Índice Dermatológico de Calidad de Vida (DLQI) y el Índice de Severidad de Psoriasis (PASI), y se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión, así como coeficiente de correlación de Spearman. **Resultados:** $n = 72$, 43% hombres, 57% mujeres, edad promedio 51.22 años [(15-77) + 14.05]; escolaridad: licenciatura 23.6%, ocupación labores del hogar 26.4%; tiempo de evolución de la enfermedad 12.25 años [(1-50) + 10.58]. Se presentó psoriasis en placas en el 95.83%. La gravedad de los pacientes fue leve en el 70.8% y el resultado de la afectación de la calidad de vida fue de efecto moderado en el 33.3%; la correlación entre la calidad de vida y el grado de afectación de psoriasis fue $r_s = -0.657$, con $p = 0.0001$. **Conclusión:** la calidad de vida en los pacientes con psoriasis y el grado de afectación de la misma tienen una correlación moderada inversamente proporcional.

PALABRAS CLAVE: Calidad de vida. Psoriasis. Índice de Severidad de la Psoriasis (PASI).

Abstract

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease, in which an autoimmune mechanism participates, triggering an accelerated keratopoiesis. Its etiology is unknown; environmental factors, trauma, and infections are involved. The aim of this paper is to present the correlation between the index of severity of psoriasis and quality of life in patients with psoriasis. **Methods:** This was a cross-sectional study in 72 patients with psoriasis, older than 15 years old, who agreed to participate in the study. We applied the Dermatology Life Quality Index and the Psoriasis Severity Index; descriptive statistics, measures of central tendency, dispersion, and correlation measures were used. **Results:** Patients ($n = 72$), were 43% male, 57% female, with a mean age 51.22 (15-77) \pm 14.05 years. Education: bachelor's degree 23.6%, housework occupation 26.4%, duration of the disease 12.25 (1-50) \pm 10.58 years. Psoriasis plaques occurred in 88.9%, the Psoriasis Severity Index was mild in 70.8%. The result of the impact on quality of life was moderate in effect in 33.3%, the difference between the degree of involvement of the disease and the impact on quality of life was $p = 0.104$, and correlation between the quality of life and degree of psoriasis was $p = 0.463$. **Conclusion:** Quality of life is independent of the degree of disease in patients with psoriasis. (Gac Med Mex. 2017;153:185-9)

Corresponding author: Álvaro José Montiel-Jarquín, dralmoja@hotmail.com

KEY WORDS: Quality of life. Psoriasis. Psoriasis area severity index.

Correspondencia:

*Álvaro José Montiel-Jarquín
UMAE No. 275
Diagonal Defensores de la República s/n esq. 6 Poniente
Col. Amor
C.P. 72140, Puebla, Pue., México
E-mail: dralmoja@hotmail.com

Fecha de recepción: 26-11-2015
Fecha de aceptación: 20-01-2016

Introducción

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica que cursa con hiperproliferación y diferenciación aberrante de los queratinocitos. En la piel normal la queratinización se cumple en 28 días, a diferencia en la psoriasis en la que en 4 días se presenta una hiperplasia que se manifiesta por placas gruesas con abundantes escamas¹.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria de la piel mediada por células T, que afecta a individuos con predisposición genética y en la que se produce una hiperplasia de la epidermis debida a la infiltración con células inmunitarias. En el cuadro inflamatorio de la psoriasis intervienen tanto elementos de la respuesta inmunitaria innata como de la respuesta adaptativa. Entre los primeros se encuentran las células dendríticas presentadoras de antígenos, los queratinocitos, los neutrófilos, los macrófagos y las células NK (*natural killer*); entre los segundos, los linfocitos T CD4+ y CD8+².

La psoriasis afecta la calidad de vida de los pacientes que la sufren, lo cual se relaciona con la extensión de la afectación y la intensidad de las manifestaciones clínicas; es capaz de producir diferentes grados de afectación y discapacidad física³. Anteriormente se consideraba como una enfermedad limitada a la piel con pocas implicaciones en la salud general, pero en estudios epidemiológicos se ha demostrado que los pacientes con psoriasis tienen una incidencia aumentada de padecer otras condiciones crónicas inflamatorias, como artritis reumatoide, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad cardiovascular e ictus, depresión y ansiedad, por lo que ahora se considera como una enfermedad sistémica, que debe ser tratada con fármacos que controlen las lesiones cutáneas y prevengan el desarrollo de enfermedades asociadas⁴. La depresión y la ansiedad son muy frecuentes³.

En el enfoque clínico se mide la gravedad de la psoriasis en términos de la apariencia de las lesiones y de la superficie corporal afectada; sin embargo, el grado de compromiso clínico no se correlaciona indefectiblemente con el grado de impedimento físico percibido por el paciente. La psoriasis palmoplantar corresponde a una gravedad media, en la que la afectación de la funcionalidad corporal no corresponde⁵.

La psoriasis puede clasificarse en tres grandes grupos: psoriasis en placas, psoriasis eritrodérmica y psoriasis pustulosa⁶. Clínicamente se caracteriza por placas eritemato-descamativas bien delimitadas, localizadas en

los codos, las rodillas o la región glútea, que evolucionan por brotes; otras formas menos frecuentes son las psoriasis en gotas, eritrodérmica, pustulosa, invertida o ungueal. La gravedad de la enfermedad es variable: hay formas leves, moderadas y graves³.

El tratamiento de la psoriasis incluye agentes antiinflamatorios y antiproliferativos tópicos, fototerapia, inmunosupresores sistémicos y, más recientemente, agentes biológicos dirigidos contra estructuras moleculares que intervienen en la patogenia de la enfermedad².

La incomodidad social y la estigmatización son derivadas de la afectación estética de la psoriasis. En casos graves, los pacientes desarrollan fobias sociales⁷.

El DLQI es un instrumento ampliamente validado y muy utilizado en la práctica clínica para evaluar la calidad de vida en los pacientes con psoriasis, pero existen otros instrumentos, como el *Psoriasis Disability Index* (PDI), el *Psoriasis Life Stress Inventory* (PLSI), *The Salford Psoriasis Index* (SPI) y *The Psoriasis Index of Quality of Life* (PSORIQoL), que también son utilizados en estos pacientes^{8,9}. El objetivo de este trabajo es correlacionar la gravedad de la psoriasis con la calidad de vida en los pacientes con psoriasis.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal que incluyó 72 pacientes con psoriasis, mayores de 18 años, de ambos sexos, sin otras alteraciones dermatológicas, sin alteraciones auditivas o visuales, y sin enfermedades como artritis reumatoide, enfermedad inflamatoria intestinal, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, depresión y ansiedad. Todo participante autorizó su participación mediante el consentimiento informado.

Se les aplicaron el DLQI y el PASI. El DLQI es un cuestionario de 10 reactivos, en el que las preguntas 1 y 2 evalúan síntomas y sentimientos; la 3 y la 4, actividades diarias; la 5 y la 6, el ocio; la 7, el trabajo o la escuela; la 8 y la 9, las relaciones personales; y la pregunta 10, el tratamiento. Sus valores de respuesta son 3 = muchísimo, 2 = mucho, 1 = poco y 0 = nada; 0 = no relevante para cada reactivo. La suma máxima es 30 y la mínima 0, y la interpretación es la siguiente: puntuación de 0 a 1 = no hay efecto sobre la vida del paciente, 2 a 5 = pequeño efecto en la vida del paciente, 6 a 10 = efecto moderado sobre la vida del paciente, 11 a 20 = gran efecto sobre la vida del paciente, y 21 a 30 = efecto muy grave sobre la vida del paciente.

El PASI es una escala visual analógica que evalúa el índice de gravedad de la psoriasis, calificando el grado

Tabla 1. Afectación de la calidad de vida e índice de psoriasis

Grado de afectación de la enfermedad	Afectación de la calidad de vida						Total	
	Efecto en la vida del paciente	No hay efecto	Pequeño efecto	Efecto moderado	Gran efecto	Efecto muy grave		
Leve		13	16	18	4	0	51	Wilcoxon
Moderado		0	4	5	3	2	14	Z = -1.628
Grave		0	1	1	5	0	7	p = 0.104
Total		13	21	24	12	2	72	IC 95%: 0.059-0.219

IC 95%: intervalo de confianza del 95%.

de eritema, de descamación y de infiltración en cuatro sitios del cuerpo, que son la cabeza, las extremidades superiores, el tronco y las extremidades inferiores, con un puntaje de 0 a 4, respectivamente. La suma de los puntajes se multiplica por el puntaje que otorga el evaluador a cada área afectada: de 0 = 0%, 1 = 1-9% 2 = 10-29%, 3 = 30-49%, 4 = 50-69%, 5 = 70-89% y 6 = 90-100%. Posteriormente el resultado se multiplica por la constante que se otorga a cada área afectada: para la cabeza 0.1, para las extremidades superiores 0.2, para el tronco 0.3 y para las extremidades inferiores 0.4. Por último se suma y el resultado es el índice de gravedad. Se obtiene una puntuación única entre 0 = no psoriasis y 72 = psoriasis muy grave, con una interpretación del PASI > 12 = grave, 7-12 = moderado y < 7 = leve.

Una vez que se recabó la información necesaria, se recolectó en hojas de concentración de datos y finalmente se analizaron los resultados obtenidos. Se realizó análisis univariado de las variables de investigación y de las sociodemográficas, medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas, y medición de frecuencias (proporciones) para las variables categóricas. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para correlacionar la calidad de vida y el grado de afectación de la psoriasis en estos pacientes, en el programa SPSS v. 22.

Resultados

Fueron 72 pacientes, 31 (43%) mujeres y 41 (57%) hombres, con una edad media de 51.22 + 14.05 años (mínima 18, máxima 77). En el grado de escolaridad se encontró el nivel de licenciatura en 17 pacientes (23.6%). Referente a la ocupación, 19 (26.4%) se dedicaban a labores del hogar. El tiempo de evolución de

la enfermedad promedio fue de 12.25 + 10.58 años (mínimo 1, máximo 50). La psoriasis en placas se presentó en 69 pacientes (95.83%). El índice de gravedad de los pacientes con este diagnóstico mostró una afectación leve en 51 (70.8%) y solo 7 (9.8%) tuvieron afectación grave. En cuanto a la afectación en la calidad de vida del paciente, se obtuvo un efecto moderado en 24 (33.3%) y afectación importante en 2 (2.8%) (Tabla 1).

Los resultados del DLQI dieron un α de Cronbach global de 0.848. Para síntomas y sentimientos, el promedio fue de 1.22 y 0.97 para las preguntas 1 y 2, respectivamente; para actividades diarias, el promedio fue de 0.58 y 1.01 para las preguntas 3 y 4, respectivamente; para ocio, el promedio fue de 0.75 y 0.66 para las preguntas 5 y 6, respectivamente; para trabajo o escuela, el promedio fue de 0.13 y 0.34 para la pregunta 7; para relaciones personales, el promedio fue de 0.51 y 0.34 para las preguntas 8 y 9, respectivamente; y para tratamiento, el promedio fue de 0.43 para la pregunta 10 (Tabla 2).

La correlación entre la calidad de vida y el grado de afectación de la enfermedad fue de $r_s = 0.657$, con $p = 0.0001$ (consideramos estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$ (Tabla 3).

Discusión

La psoriasis es una enfermedad que afecta la calidad de vida de los pacientes, lo cual se relaciona con la extensión de la afectación y la intensidad de las manifestaciones clínicas^{1,10,11}. Se ha asociado a sentimientos dolorosos de incomodidad social y estigmatización, previsión de ser rechazados y en ocasiones interferencia en el trabajo, las relaciones y las

Tabla 2. Resultados del DLQI

Dominio	Número de pregunta	Media	Valor mínimo	Valor máximo	Valor total	α de Cronbach
Síntomas y sentimientos	1	1.22	0.00	3.00	87	0.447
	2	0.97	0.00	3.00	70	
Actividades diarias	3	0.58	0.00	3.00	42	0.656
	4	1.01	0.00	3.00	74	
Ocio	5	0.75	0.00	3.00	54	0.584
	6	0.66	0.00	3.00	44	
Trabajo o escuela	7	0.13	-	1.0	-	-
		0.34	0.00	2.00	25	
Relaciones personales	8	0.51	0.00	3.00	37	0.196
	9	0.34	0.00	3.00	25	
Tratamiento	10	0.43	0.00	3.00	31	-
Global		0.63	0.13	1.22		0.848

Tabla 3. Correlación entre la calidad de vida y el grado de afectación de la enfermedad

	Media	Mínima	Máxima	DE	
Afectación de la psoriasis	1.39	1.0	3.0	0.662	Pearson -0.657 $p = 0.0001$
Calidad de vida	1.56	0.00	4.0	1.05	

DE: desviación estándar.

actividades de la vida diaria⁷. Las enfermedades de la piel son indefectiblemente evaluables. Un ejemplo es la psoriasis, que ha liberado la segregación social y de relación desde tiempos ancestrales. Es importante y trascendente activar los métodos de evaluación o conocimiento de la calidad de vida a fin de optimizar el tratamiento de los pacientes¹².

Referente al sexo de los pacientes, se encontró que la psoriasis se presentó más en hombres (57%) que en mujeres (43%), lo cual coincide con los resultados de Cortés, et al.¹⁵, que en 59 pacientes con psoriasis reportan que el 55 % son hombres, y con el estudio de Lizama, et al.⁹, en el cual el 50.96% son hombres¹⁴. Sin embargo, otros autores mencionan que la psoriasis afecta a ambos sexos por igual^{1,7,15}.

La edad promedio de los pacientes fue de 51.22 años, lo que también concuerda con Cortés, et al.¹⁵, que reportan una edad promedio de 52 años para los pacientes con psoriasis, y difiere de Lizama, et al.⁹,

que encontraron una edad promedio menor de 35.70 años¹³⁻¹⁷, aunque otros autores mencionan que no hay predominio de edad para la presentación de la psoriasis, lo cual difiere de estos resultados^{1,9,16}.

En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, se encontró una media de 12.25 (1-50) años¹. Cortés, et al.¹⁵ encontraron que 25 de 59 pacientes se hallaban en el rango de edad entre 5 y 9 años. Coincidimos con este hallazgo, ya que la psoriasis es una presentación crónica con exacerbación y remisión. Algunos autores reportan que la edad de aparición de los síntomas es entre 15 y 34 años¹², con un promedio de aparición de los síntomas a los 27 años^{1,10}. En el estudio de Ordóñez, et al.¹⁰, la enfermedad varió de 17.6 a 28.9 años.

El tipo de psoriasis que predominó fue la psoriasis en placas (95.83%), coincidiendo con Cortés, et al.¹⁵ en que el tipo en placas o vulgar destaca (77.9%), seguido de la artritis psoriásica (5.1%), palmoplantar (3.4%) y por último en gotas (1.6%), a diferencia de este estudio, en

el que se encontró diversidad. Referente al PASI, predominó la puntuación leve (70.8%), seguida de la moderada (19.4%) y la grave (9.8%), lo cual coincide con el estudio de Acosta Medina¹⁰, en el que el PASI tuvo un resultado leve en el 89%, moderado en el 11% y no hubo pacientes con afectación grave. Los resultados obtenidos en este estudio revelan que en la afectación de la calidad de vida predominó el efecto moderado (33.3%), seguido de pequeño efecto en la vida del paciente (29.2%), sin efecto sobre la vida del paciente (18%) y gran efecto sobre la vida del paciente (16.7%). En el estudio de D. Acosta-Medina, la calidad de vida se afectó de forma mínima en el 79%. En relación a la afectación de la calidad de vida según el sexo, se observó que las mujeres resultaron más afectadas (58.2%)⁷. De esta manera, los hallazgos no coinciden. Es probable que la aplicación del cuestionario haya arrojado preguntas que en su momento los pacientes presentaban placas activas muy visibles, a pesar de un control médico adecuado.

En relación a los apartados del DLQI, destacó el de síntomas y sentimientos (157 puntos), y el que menos sobresalió fue el de trabajo o escuela (27 puntos), similar a lo reportado por Mazzotti, et al.¹⁷, que en un estudio con 900 pacientes encuentran un predominio del apartado de síntomas y sentimientos (17%), siendo los apartados del cuestionario que más han afectado a este tipo de pacientes, por lo que este estudio coincide en que se debe trabajar en la autoestima del paciente y oportunamente dar un buen control en su tratamiento, con lo que evitaremos la insatisfacción corporal y en un futuro hasta la depresión^{15,17}.

Por todo lo anterior, se puede concluir que la gravedad de la enfermedad en pacientes con psoriasis y la afectación de su calidad de vida tienen una correlación

moderada inversamente proporcional y estadísticamente significativa.

Bibliografía

- García-Sánchez L. Calidad de vida en el paciente con psoriasis de la U.M.F. No. 6. Puebla, México; 2016. [Tesis de especialidad en Medicina Familiar, BUAP-IMSS].
- Alfonso-Valdés ME, Inmunopatogenia de la psoriasis. Impacto en las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la enfermedad. *Revista Cubana de Hematología*. 2012;28:357-73.
- Valdivia-Blondet L. Patogenia de la psoriasis. *Dermatol Per*. 2008;18:340-5.
- Maldonado-García CA, Cardona-Hernández MA, Jurado-Santa Cruz F. Comorbilidades en psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2013;(1):16-21.
- López-Lutz E, Cruz-Banegas A. Psoriasis, una enfermedad sistémica con un tratamiento limitado. *Rev Med Hondur*. 2013;81:122-4.
- Franco-Aguirre JQ, Cardona-Arias JA. Caracterización de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en personas con psoriasis: revisión sistemática 2003-2013. *Rev Colomb Reumatol*. 2014;21:35-41.
- López-Valcárcel M, Faura-Berruga C. Psoriasis anular. *Rev Clin Med Fam*. 2014;7:52-5.
- Batista-Romagos M, Pérez-Bruzón M. Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis. *Medisan*. 2009;13:1-8.
- Vivas-Toro SC, Lizama D, Nizar R, Rivas D, Figueredo F. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de psoriasis. Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Enrique Tejera. Valencia, Venezuela, 2011. *Comunidad y Salud*. 2014;12:29-34.
- Ordóñez J, Palacios A, Londoño A, Jiménez S. Medición de la calidad de vida por medio del Dermatology Life Quality Index en pacientes con psoriasis: una revisión sistemática. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2013;21:305-13.
- Batista-Romagos M, Pérez-Bruzón M. Elementos más importantes en la patogenia de la psoriasis. *Medisan*. 2009;13:1-8.
- Acosta-Medina D, Alfonso-Trujillo I, Toledo-García MC. Calidad de vida, actividad y severidad de la psoriasis en pacientes de un policlínico de La Habana-Cuba. Enero-julio 2008. *Dermatol Per*. 2009;19:44-7.
- Amaya-Guerra M, Barba F, Blancas-González F, et al. Consenso mexicano para el manejo de terapia biológica en psoriasis. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2004;3:172-84.
- Chouela EN. Epidemiología y genética de la psoriasis. *Dermatol Argent*. 2011;17:236-9.
- Cortés C, Castro AJR, Fierro E, Ojeda C. Calidad de vida de pacientes con psoriasis en un hospital de tercer nivel. Comunicación de 59 casos. *Dermatol Rev Mex*. 2010;54:125-32.
- Aguirrezabala JR, Aizpurua I, Albizuri M, et al. Actualización en el tratamiento de la psoriasis. *Inf Farmacoterapéutica de la Comarca*. 2011;19:1-9.
- Mazzotti E, Barbaranelli C, Picardi A, Abeni D, Pasquini P. Psychometric properties of the Dermatology Life Quality Index (DLQI) in 900 Italian patients with psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 2005;85:409-13.