

Diagnóstico tardío de psoriasis: motivos y consecuencias

José Carlos Quiroz-Vergara^{1,2}, Martha Alejandra Morales-Sánchez³, Gonzalo Castillo-Rojas², Yolanda López-Vidal^{1,2}, María Luisa Peralta-Pedrero³, Fermín Jurado-Santa Cruz³ y Samuel Ponce de León-Rosales¹

¹División de Investigación; ²Programa de Inmunología Molecular Microbiana; Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; ³Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Ciudad de México, México

Resumen

Introducción: La psoriasis es una enfermedad dermatológica autoinmune que puede acompañarse de manifestaciones articulares y cuya presentación clínica más frecuente es la variedad «en placas». En México, en el Centro Dermatológico Pascua, es la octava causa de consulta. El objetivo de este estudio fue determinar la ruta diagnóstica de los pacientes de un centro de referencia para enfermedades de la piel. **Método:** Estudio transversal analítico, que incluyó 100 pacientes, en el que se interrogó sobre el proceso diagnóstico, se aplicaron escalas clinimétricas y se evaluó antropométricamente. **Resultados:** Se encontró que el 70% de los pacientes habían tardado más de un mes para solicitar atención médica (mediana: 3 meses; rango intercuartil: 11 meses), habiendo consultado el 61% a un médico general, como médico de primer contacto, y siendo diagnosticado el 89% por un dermatólogo. El 88% de los pacientes presentaron sobrepeso u obesidad. Se encontró una asociación con la variable de contar con servicio médico institucional ($U = 695.5$; $p = 0.019$) como factor de retraso. **Conclusión:** Se requiere diseñar un sistema que permita acortar el proceso diagnóstico, no solo en la psoriasis, además de enfatizar la enseñanza dermatológica.

PALABRAS CLAVE: Psoriasis. Diagnóstico. Retraso. Obesidad. Educación médica.

Abstract

Background: Psoriasis is an autoimmune skin disease that may be associated with articular manifestations, and the most common clinical presentation is the variety “in plaques”. In Mexico, in the Centro Dermatológico Pascua, it is the eighth leading cause of consultation. The aim of this study was to determine the diagnostic process of patients in a reference center for diseases of the skin. **Methods:** Performing an analytical cross-sectional study that included 100 patients where the diagnostic process was questioned, clinimetric scales were applied and evaluated anthropometric. **Results:** It was found that 70% of patients had taken over a month to get medical care (median: 3 months; IQR: 11 months), having consulted in 61% to a general physician as a doctor of first contact and 89% being diagnosed by a dermatologist. Eighty-eight percent of the patients were overweight or obese. We found as a factor of delay, a partnership with the variable of having an Institutional Medical Service ($p = 0.019$; $U = 695.5$). **Conclusion:** it is necessary to design a system to shorten the diagnostic process, not only in psoriasis, in addition to emphasizing dermatological education.

KEY WORDS : Psoriasis. Diagnosis. Delay. Obesity. Medical education.

Correspondencia:

Samuel Ponce de León-Rosales
E-mail: sponce@unam.mx

Fecha de recepción: 23-02-2016
Fecha de aceptación: 26-04-2016

Gac Med Mex. 2017;153:335-43
Contents available at PubMed
www.anmm.org.mx

Introducción

La psoriasis es una enfermedad dermatológica autoinmune con manifestaciones articulares en alrededor del 14% de los casos^{1,2}. Clínicamente se caracteriza por lesiones eritemato-escamosas bien circunscritas, con predominio en zonas de extensión, cuya presentación clínica más frecuente (90%) es la variedad «en placas»^{3,4}. Tiene una prevalencia mundial de un 2-11.8%^{5,6}. En México, en el Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua (CDP), es la octava causa de consulta⁷.

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica^{8,9} que afecta principalmente entre los 20 y los 60 años de edad, y por igual a ambos sexos¹⁰. Por sí misma puede afectar la calidad de vida del paciente, con un deterioro que se asocia con la gravedad de la enfermedad^{11,12}. Por su fisiopatología, la psoriasis incrementa el riesgo de presentar comorbilidad, como síndrome metabólico, hipertensión arterial sistémica y diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2)^{9,13}, lo que la convierte en un problema de salud complejo que requiere una estrategia de atención integral, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento temprano. En un estudio previo realizado en el CDP, se detectó que el 43.5% (intervalo de confianza del 95%: 28-60%) de los pacientes presentaban síndrome metabólico al momento del diagnóstico de la psoriasis¹⁴.

El retraso en el diagnóstico y en el tratamiento de las enfermedades dermatológicas solo se ha investigado en el cáncer de piel, principalmente en el melanoma^{15,16}. En el caso de la psoriasis, Haroon, et al.¹⁷ calcularon que un retraso de 6 meses o más en el diagnóstico y el inicio del tratamiento de la artritis psoriásica se asocia con deterioro en la calidad de vida de los pacientes, en comparación con periodos menores. Sin embargo, no existen estudios que exploren el tiempo del retraso para el diagnóstico de las manifestaciones cutáneas de la psoriasis. Uno de los objetivos de este estudio fue determinar el tiempo requerido para el diagnóstico de la psoriasis y la ruta diagnóstica de los pacientes de un centro de referencia para enfermedades de la piel.

Métodos

Se realizó un estudio transversal, analítico, durante el periodo del 7 de septiembre al 4 de diciembre de 2015, en la División de Investigación en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de

México, en colaboración con el CDP. El estudio fue sometido y aprobado por los comités de ética e investigación de ambas instituciones, con los números de registro 079/15 y 103/2015, respectivamente. Se reclutaron pacientes con diagnóstico de psoriasis, con estatus de atención de «primera vez» y subsecuentes, que tuvieran lesiones clínicas al momento del estudio y que provinieran de cualquiera de los servicios de la unidad médica. Se interrogó sobre el proceso diagnóstico considerando las siguientes fechas: T0, fecha de aparición de las lesiones; T1, tiempo en meses transcurrido desde la aparición de las lesiones hasta solicitar atención médica; T2, tiempo entre la aparición de lesiones y la fecha de diagnóstico clínico o histológico de psoriasis; y T3, tiempo hasta el inicio del tratamiento específico para la enfermedad.

Adicionalmente se investigó el número de consultas y de médicos que el paciente visitó hasta recibir el diagnóstico de psoriasis. A todos se les aplicó un cuestionario de calidad de vida (DLQI, *Dermatology Life Quality Index*)¹⁸ y de tamizaje para artritis psoriásica (PASE, *Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation*)¹⁹, ambos validados y adaptados transculturalmente a nuestro idioma.

Se midieron las siguientes variables: presión arterial, índice de masa corporal (IMC), alteraciones ungueales mediante el NAPSI (*Nail Psoriasis Severity Index*)²⁰, extensión de la enfermedad mediante el PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*)²¹ y discapacidad asociada mediante el PDI (*Psoriasis Disability Index*)²². Para el cálculo del PASI se utilizó la calculadora electrónica disponible de forma gratuita en el sitio web *PASI Training*²³, y para el cálculo del IMC se recurrió a la aplicación digital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)²⁴; ambos recursos se utilizaron para estandarizar los cálculos.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS v22.0. Las variables cualitativas se describieron en proporciones. Para las variables cuantitativas se calcularon el promedio y la desviación estándar (DE) si presentaban una distribución normal; en caso contrario, se calcularon la mediana y el rango intercuartil (RIQ). Se realizó un análisis bivariado para comparar los tiempos en relación a las variables demográficas y de atención médica, mediante las pruebas U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis de acuerdo a su distribución.

Resultados

Se entrevistaron 104 pacientes con diagnóstico de psoriasis, de los cuales solo se incluyeron para el

análisis 100 pacientes, debido a que la información proporcionada por cuatro era contradictoria a lo contestado en diversos puntos del cuestionario y lo registrado en el expediente clínico institucional del paciente, por lo que fueron excluidos.

De los 100 pacientes, el 55% eran mujeres y el 45% hombres, con un promedio de edad de 46.5 años (DE: 15.26 años). El 56% residía en la Ciudad de México y el 31% en el Estado de México. En relación a sus antecedentes familiares, el 23% refirió tener parientes de primer y segundo grado con diagnóstico de psoriasis. Del total de individuos, el 14% fue entrevistado en su primera cita médica en el CDP y el 72% contaba con alguna forma de servicio médico institucional, definido como contar con derechohabencia de una institución de salud en México, tales como el IMSS, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMyM) y el Seguro Popular (Tabla 1).

Clínicamente, los fototipos IV (38%) y III (33%) fueron los más frecuentes; la variedad de psoriasis más prevalente fue la psoriasis «en placas», con el 89% (Fig. 1); el 61% presentaba afectación del cuero cabelludo; el 9% tenía alteraciones ungueales y solo dos pacientes tenían diagnóstico de artritis psoriásica al momento del interrogatorio.

Dentro de la comorbilidad, el 88% presentó alteraciones del peso corporal, el 18% padecía hipertensión arterial sistémica, el 14% presentaba otra dermatosis (liquen escleroso, dermatitis por contacto, dermatitis seborreica, entre otras), el 13% DM2 y el 5% otra enfermedad autoinmune, de las cuales la artritis reumatoide se presentó en dos casos (Tabla 2).

Destacó que solo el 12% presentó un IMC dentro de los valores normales, el 47% sobrepeso y el 41% correspondió a obesidad. Del grupo de obesidad, el 70.7% tenían obesidad de grado 1, el 21.9% obesidad de grado 2 y el 7.3% obesidad de grado 3 (Tabla 2).

En función de la ruta diagnóstica, se pudo observar que el 30% de los pacientes habían tardado un mes o menos para solicitar atención médica desde el momento de aparición de las lesiones; de ellos, el 40% acudió antes de 4 semanas. La mediana de T1 fue de 3 meses (RIQ: 11), con un periodo máximo de 120 meses en un caso (Fig. 2 A). En este rubro, cabe señalar que el 61% consultó a un médico general como médico de primer contacto para la atención, el 35% a un dermatólogo y el 14% realizó su primera consulta en el CDP.

Siguiendo el proceso diagnóstico (T2), solo el 42% fue diagnosticado en el mismo año de inicio de la



Figura 1. Psoriasis en placas. Lesión en el antebrazo de un paciente con psoriasis. Fotografía obtenida en el CDP.

enfermedad, el 20% después de un año y el 12% tras 2 años desde el inicio de la enfermedad (Fig. 2 B), siendo diagnosticados en un 89% por un dermatólogo, mientras que solo el 11% lo fue por el médico general. En el 59% de los casos no se recibió el diagnóstico de psoriasis hasta acudir al CDP y solo ocho requirieron estudio histopatológico.

En este sentido, el 46% de los individuos mencionó haber consultado solo a un médico para su diagnóstico, siendo el valor máximo 25 médicos, en uno de los casos, y calculándose una mediana de dos consultas (RIQ: 2) realizadas previamente al diagnóstico, con un valor máximo de 30 consultas en uno de los pacientes.

Finalmente, se observó que únicamente el 28% de los pacientes inició tratamiento específico «formal» para la psoriasis en el mismo año de inicio de la enfermedad (Fig. 2 C). La mediana de tiempo para el inicio del tratamiento fue de 2 meses (RIQ: 7).

En relación al costo del tratamiento, un subgrupo de pacientes (n = 34) reportó un gasto de \$ 291 MN por

Tabla 1. Características demográficas de la población estudiada

	Mujeres (n = 55)	Hombres (n = 45)
Edad media, años (\pm DE)	45.32 \pm 16.23	47.97 \pm 14.04
Estado civil		
Con pareja	28 (51%)	30 (66.7%)
Sin pareja	27 (49%)	15 (33.3%)
Escolaridad		
Ninguna*	2 (3.6%)	3 (6.7%)
Primaria	10 (18%)	11 (24.4%)
Secundaria	12 (21.8%)	16 (35.5%)
Bachillerato/Preparatoria	10 (18%)	5 (11.1%)
Carrera técnica	10 (18%)	1 (2.2%)
Licenciatura	11 (20%)	9 (20%)
Lugar de residencia		
Ciudad de México [†]	29 (52.7%)	27 (60%)
Estado de México	19 (34.5%)	12 (26.7%)
Otros Estados	7 (12.7%)	6 (13.3%)
Estatus de atención		
Primera vez	7 (12.7%)	7 (15.5%)
Subsecuente	48 (87.3%)	38 (84.4%)
Servicio médico institucional		
Con servicio	44/55 (80%)	28/45 (62.2%)
IMSS	18/44 (40.9%)	11/28 (39.2%)
ISSSTE	5/44 (11.3%)	5/28 (17.8%)
Seguro Popular	19/44 (43.2%)	12/28 (42.8%)
ISSEMyM	2/44 (4.5%)	0/28 (0%)

*El paciente sabe leer y escribir.

[†]Anteriormente Distrito Federal.

DE: desviación estándar; IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSEMyM: Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios; ISSSTE: Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

mes durante el último año para su tratamiento, con un gasto anual mínimo de \$ 800 MN y máximo de \$ 10,000 MN. El análisis del gasto realizado por los pacientes desglosado por gravedad (leve vs. moderada-grave) mostró lo siguiente: para los casos leves, una mediana de \$ 3,000 MN (RIQ: 1,500), y para los casos moderados-graves, una mediana de \$ 9,000 MN (RIQ: 2,000).

Respecto a la evaluación por escalas clinimétricas (Tabla 3), el 18% obtuvo un puntaje igual o mayor a 36 puntos en el PASE, motivo por el cual requirieron valoración por parte de un reumatólogo. El 90% de los pacientes presentaron un PASI menor de 10 puntos, con una mediana de 2.85 puntos (RIQ: 3.2), con un valor máximo de 17.4 puntos y un mínimo de 0, que

correspondieron a un paciente que acudió a revisión y otro que reingresó por cambios ungueales. Así, el 90% de los pacientes fueron clasificados como psoriasis leve y el 8% moderada-grave. El DLQI mostró que el 11% no presentaba repercusión en la calidad de vida, el 23% un efecto pequeño, el 31% un efecto moderado, el 24% un efecto grande y el 8% un efecto extremadamente grande, debido a la psoriasis. La mediana del DLQI fue de 7 puntos (RIQ: 10) y la del PDI fue de 5 puntos (RIQ: 13), con un valor máximo de 35 puntos.

Al detectarse solo nueve casos de alteraciones ungueales, el NAPSÍ obtuvo una mediana de 18 puntos (RIQ: 59), con un valor mínimo de 18 y un máximo de 88 puntos.

Tabla 2. Características clínicas de los pacientes con psoriasis

	Mujeres (n = 55)	Varones (n = 45)
Antecedente familiar de psoriasis	14 (25.4%)	9 (20%)
Fototipos prevalentes		
II	8 (14.5%)	4 (8.9%)
III	22 (40%)	11 (24.4%)
IV	19 (34.5%)	19 (44.2%)
VI	6 (10.9%)	11 (24.4%)
Presentación clínica		
En placas	48 (87.2%)	41 (91.1%)
Otros	7 (12.7%)	4 (8.9%)
Afectación del cuero cabelludo	32 (58.2%)	29 (64.4%)
Cambios ungueales	7 (12.7%)	2 (4.4%)
Artritis psoriásica	1 (1.8%)	1 (2.2%)
Gravedad de la enfermedad		
En remisión	0 (0%)	2 (4.4%)
Leve	51 (92.7%)	39 (86.7%)
Moderada-grave	4 (7.3%)	4 (8.9%)
Presencia de comorbilidad		
Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2	6 (10.9%)	7 (15.5%)
Hipertensión arterial sistémica	11 (20%)	7 (15.5%)
Otras dermatosis	11 (20%)	3 (6.7%)
Antropometría		
Normal	7 (12.7%)	5 (11.1%)
Sobrepeso	24 (43.6%)	23 (51.1%)
Obesidad	24 (43.6%)	17 (37.8%)
Grado 1	16/24 (66.7%)	13/17 (76.5%)
Grado 2	6/24 (25%)	3/17 (17.6%)
Grado 3	2/24 (8.3%)	1/17 (5.9%)

Sobre el retraso en los puntos del proceso diagnóstico (Tabla 4), se realizaron pruebas de estadística inferencial para determinar la asociación entre T1, T2 y T3 con las siguientes variables: edad, sexo, escolaridad, residencia y servicio médico institucional con el que contaban. De estos factores, solo se encontró relación con diferencia estadísticamente significativa con la variable de servicio médico institucional y T1, donde se obtuvo una mediana de 1.5 meses (RIQ: 5) en el grupo sin servicio médico institucional y de 4 meses (RIQ: 10) en el grupo con servicio médico institucional ($U = 695.5$; $p = 0.019$). En relación al momento del diagnóstico ($p = 0.082$) y el inicio de un tratamiento formal ($p = 0.215$), no hubo diferencias significativas. Cabe señalar que el retraso al momento

del diagnóstico del 50% del grupo con servicio médico institucional fue de 1 mes (RIQ: 17), en comparación con 0 meses (RIQ: 2) en el grupo sin servicio médico institucional.

Discusión

La psoriasis se ubica dentro de las 15 dermatosis más frecuentes²⁵, y por lo tanto su diagnóstico debe considerarse en pacientes cuya morfología de las lesiones sea sugerente de la enfermedad; conocimiento que debiera ser de dominio del médico general. En el CDP, en 2013, la psoriasis representó el noveno lugar en frecuencia²⁶, y para el año 2014 ocupó el octavo lugar como motivo de consulta⁷. En nuestro estudio, el

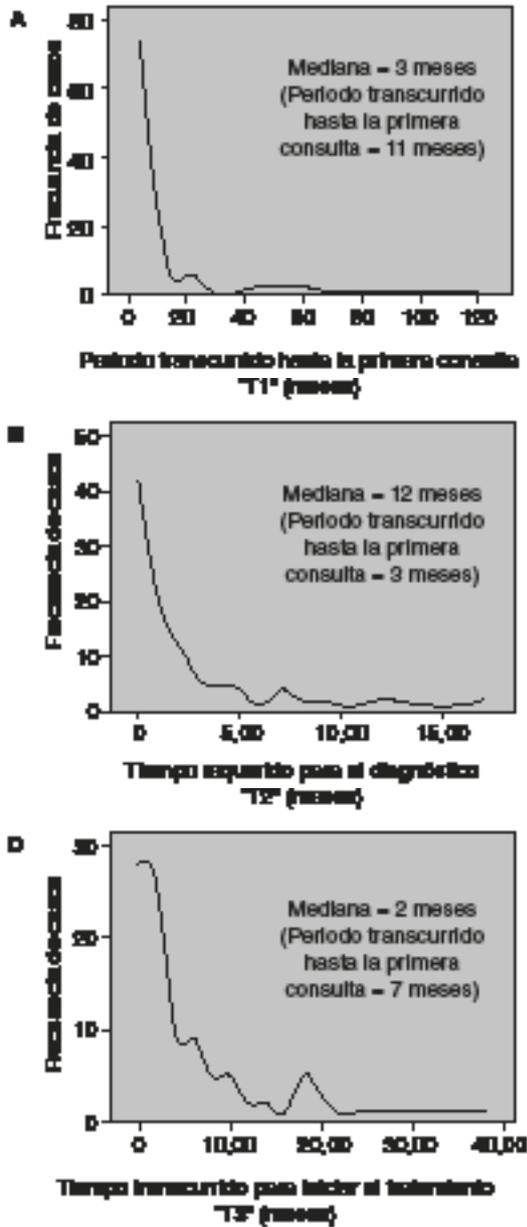


Figura 2. Distribución de los casos en los distintos puntos del proceso diagnóstico. **A:** distribución de la frecuencia de los casos de psoriasis según el tiempo en meses transcurrido hasta la primera consulta por los síntomas desde la fecha de inicio. **B:** distribución de la frecuencia de los casos de psoriasis según el tiempo en meses transcurrido hasta el momento del diagnóstico, obtenido de la diferencia entre la fecha de diagnóstico y la fecha de inicio de la enfermedad. El 42% fue diagnosticado en el mismo año de inicio de la enfermedad. **C:** distribución de la frecuencia de los casos de psoriasis según el tiempo transcurrido en meses desde el momento del diagnóstico hasta el inicio del tratamiento formal. El 28% inició el tratamiento en el mismo año de inicio de la enfermedad.

tiempo que tardaron la mitad de los pacientes en buscar atención médica fue de 3 meses; sin embargo, el tiempo para el diagnóstico en el 58% de los pacientes fue mayor de 1 año. Es importante señalar que en el

61% de los casos fue el médico general el primer médico consultado, pero en el 89% de los pacientes el diagnóstico no fue realizado hasta la consulta con un dermatólogo.

El retraso del paciente, definido como el tiempo para buscar atención médica, que se cuantificó en nuestra muestra, es inferior a lo reportado para otras enfermedades de la piel, como es el caso del melanoma. En los EE.UU., solo el 32% de los pacientes con melanoma buscan atención médica en un lapso inferior a 3 meses desde la aparición del tumor²⁷. Sin embargo, es superior a lo reportado para este mismo tumor en Australia, donde la mediana del tiempo de retraso del paciente es de 1 mes²⁸. La diferencia entre ambos países en relación al retraso en el diagnóstico del melanoma se debe a la incidencia de este, y por lo tanto a la eficiencia de los programas de prevención y diagnóstico temprano existentes en cada país.

Este lapso de tiempo, 3 meses, puede deberse a que la psoriasis, al ser una enfermedad que cursa con eritema y escama, es factible confundirla clínicamente con otras dermatosis, que pueden ir desde una simple dermatitis seborreica hasta un carcinoma epidermoide *in situ* (enfermedad de Bowen)^{3,29}, y que solo al observar la persistencia y la progresión de las lesiones el paciente sienta la necesidad de buscar atención médica.

Por otra parte, el retraso del médico, definido como el tiempo para llegar al diagnóstico a partir de la primera consulta, es largo, ya que más del 50% de los pacientes fueron diagnosticados después de 12 meses. Este lapso contrasta con el tiempo para el diagnóstico de melanoma, el cual oscila entre 1 semana y 1.4 meses²⁸. Sin embargo, es inferior al retraso en el diagnóstico de la artritis psoriásica, para el cual se ha reportado un promedio de 53 meses en países como Dinamarca³⁰. Desafortunadamente, no contamos con datos sobre el retraso en el diagnóstico de enfermedades cutáneas en México. Es importante señalar que, a diferencia de la artritis psoriásica, en la que se requieren estudios de laboratorio y gabinete para llegar al diagnóstico, en la psoriasis el reconocimiento clínico de las lesiones cutáneas y un interrogatorio dirigido son suficientes para establecer el diagnóstico e iniciar el tratamiento. De hecho, en nuestro estudio se documentó que existe un retraso de 2 meses entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en el 50% de los pacientes. Este hecho puede explicarse por el sistema de referencia de las instituciones públicas, en donde, si el médico de primer contacto no realiza el diagnóstico, el paciente será canalizado a un segundo nivel de

Tabla 3. Escalas clinimétricas

	Mujeres (n = 55)	Varones (n = 45)	Total
	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)
<i>Psoriasis Area and Severity Index</i>	2.7 puntos (3.2)	3.0 puntos (4.0)	2.85 puntos (3.2)
<i>Nail Psoriasis Severity Index</i> (n = 9)	40 puntos (60) (n = 7)	8 puntos (0) (n = 2)	18 puntos (59)
<i>Dermatology Life Quality Index</i> (n = 97)	8 puntos (8) (n = 54)	7 puntos (10) (n = 43)	7 puntos (10)
Sin efecto	4/54 (7.4%)	7/43 (16.3%)	11/97 (11.34%)
Efecto pequeño	12/54 (22.2%)	11/43 (25.6%)	23/97 (23.7%)
Efecto moderado	19/54 (35.2%)	12/43 (27.9%)	31/97 (32%)
Efecto muy grande	14/54 (25.9%)	10/43 (23.2%)	24/97 (24.7%)
Efecto extremadamente grande	5/54 (9.2%)	3/43 (6.9%)	8/97 (8.24%)
<i>Psoriasis Disability Index</i> (n = 68)	2.8 puntos (3.2) (n = 39)	2.8 puntos (3.2) (n = 29)	5 puntos (13)
<i>Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation</i> (n = 97)	31 puntos (16) (n = 53)	23 puntos (11) (n = 44)	26 puntos (14)
Repetir en 3 meses	41/53 (77.3%)	38/44 (86.3%)	79/97 (81.44%)
Considerar referencia a la unidad de reumatología	5/53 (9.4%)	2/44 (4.5%)	7/97 (7.21%)
Referir a la unidad de reumatología	7/53 (13.2%)	4/44 (9%)	11/97 (11.34%)

RIQ: rango intercuartil.

Tabla 4. Factores del proceso diagnóstico

	Mujeres (n = 55)	Varones (n = 45)	Total (n = 100)
	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)	Mediana (RIQ)
Periodo transcurrido hasta la primera consulta (T1)	2 meses (11)	4 meses (6)	3 meses (11)
Tiempo requerido para el diagnóstico (T2)	22 ≤ 1 año (52.4%)	20 ≤ 1 año (47.6%)	42 ≤ 1 año (42%)
Tiempo transcurrido para iniciar el tratamiento (T3)	19 ≤ 1 año (67.9%)	9 ≤ 1 año (32.1%)	28 ≤ 1 año (28%)
Médico de primer contacto			
Médico general	35/55 (63.6%)	26/45 (57.8%)	61 (61%)
Dermatólogo	19/55 (54.5%)	16/45 (35.5%)	35 (35%)
Otra especialidad	1/55 (1.8%)	3/45 (6.7%)	4 (4%)
Médico que realizó el diagnóstico			
Médico general	5/55 (9%)	6/45 (13.3%)	11 (11%)
Dermatólogo	50/55 (91%)	39/45 (86.7%)	89 (89%)

RIQ: rango intercuartil.

atención para recibir atención dermatológica, y porque en algunas instituciones de salud no esté disponible en las unidades de primer nivel el medicamento para el tratamiento de la psoriasis.

En relación al diagnóstico oportuno, Ojeda y Graells³¹, en España, en 2011, estudiaron la habilidad para el reconocimiento de lesiones de los médicos de familia en el cáncer queratinocítico, encontrando que su habilidad

es menor en comparación con los dermatólogos, lo cual es de esperar debido al entrenamiento clínico. Esto no debería ser un impedimento en la psoriasis, ya que una buena formación clínica de pregrado contribuiría a acortar los tiempos para el diagnóstico y el tratamiento. De hecho, el análisis estadístico evidenció que el 11% de los casos fueron diagnosticados por médicos generales, y esta cifra no es diferente al considerar los

tiempos de evolución de la enfermedad, pues solo cuatro de estos casos tenían una evolución ≥ 12 meses.

Es importante señalar que el 28% refirió no estar inscrito a algún tipo de servicio médico institucional, y en este grupo el retraso del paciente y del médico fueron menores en comparación con aquellos que contaban con servicio médico institucional, calculando una mediana de tiempo para solicitar atención médica (T1) de 4 meses (RIQ: 10) y para recibir el diagnóstico (T2) de 1 mes (RIQ: 3) en el grupo con servicio médico institucional. Por el contrario, en el grupo sin servicio médico institucional se observó una mediana para T1 de 1.5 meses (RIQ: 5) y para T2 de 0 meses (RIQ: 2). Esto debiera alertar sobre el modo de organización de las instituciones de salud, ya que el sistema de referencia y contrarreferencia institucional pudiera estar implicado en este retraso. Cabe señalar que, durante el estudio, del total de los pacientes que refirieron contar con servicio médico institucional, el 29% pertenecían al IMSS, el 10% al ISSSTE, el 31% al Seguro Popular y el 2% al ISSEMyM. Este resultado no es sorprendente, ya que en un estudio realizado en adultos mayores se observó que el 25% de los derechohabientes del IMSS y el 45% de los derechohabientes del ISSSTE que participaron en el estudio recurrían a un servicio médico privado, en lugar del correspondiente a su institución se origen³².

Es preocupante, como se reporta en los resultados, que solo el 12% de los sujetos presentaba un IMC menor de 24.9, y que al igual que en otros estudios^{33,34} observamos que los pacientes con psoriasis moderada-grave (PASI ≥ 10) presentaban en el 87.5% un IMC por arriba de lo normal, y de estos, tres pacientes presentaban obesidad (IMC ≥ 30). Cabe señalar que la ENSANUT 2012 reportó que el 9.2% de los adultos de México cuenta con el diagnóstico de DM2, de los cuales se desconoce quiénes padecen psoriasis³⁵. Como se sabe, la inmunopatogenia de la psoriasis eleva la resistencia a la insulina (p. ej., el efecto del factor de necrosis tumoral sobre los receptores de insulina) y, por ende, el riesgo cardiovascular¹⁰, por lo cual el restante 92% requerirá un manejo integral de la enfermedad cutánea y su comorbilidad.

La principal limitación de este estudio es el tamaño de muestra, ya que es pequeño en relación al número de pacientes registrados en nuestra institución; sin embargo, las características demográficas y de la enfermedad coinciden con lo reportado en la literatura, por lo que podemos señalar que la muestra fue clínicamente útil. También es necesario señalar que existe un sesgo de memoria, debido a que algunos pacientes fueron entrevistados hasta un año después de recibir

el diagnóstico, por lo que fue necesario estandarizar el proceso de recolección de datos y utilizar instrumentos validados.

Dentro de las ventajas de nuestro estudio se encuentran que está basado en un modelo de recolección de datos prolectivo en la mayor parte de los mismos, que la metodología se apejó a estudios similares de retraso en el diagnóstico, y que no existe un estudio previo que explore nuestro tema de investigación. Sin embargo, quedará pendiente realizar un estudio futuro con una muestra mayor y exploración de otras variables que pudieran estar relacionadas con el retraso en el diagnóstico y el tratamiento de la psoriasis, así como de otras afecciones dermatológicas.

Conclusiones

Durante la realización del estudio se observó que el diagnóstico de una patología frecuente puede ser un reto en ciertos casos, hasta el grado de retrasar años el inicio de un tratamiento específico «formal» que lleve a la remisión de la enfermedad.

El hecho de que el médico general solo pudiera diagnosticar la enfermedad en el 11% de los casos, a pesar de haber sido quien realizara el 80% de las consultas de primer contacto, hace reflexionar acerca de cómo se lleva a cabo la preparación en dermatología durante el pregrado y la necesidad de continuar con la educación médica sobre esta rama. Este suceso pudo haber ocurrido debido a una morfología muy explícita de las lesiones cutáneas, el tiempo de evolución u otros factores concomitantes de la patología que no hicieran pensar en otro diagnóstico.

Una de nuestras propuestas para incidir en este problema es generar en un futuro un algoritmo diagnóstico para el médico de primer contacto, en el que se expongan las características de la enfermedad y los posibles diagnósticos diferenciales.

Acerca de los datos sobre el gasto promedio en tratamiento en el último año, solo podemos mencionar que, en algunos casos, este gasto se pudo haber elevado debido a la gravedad de la enfermedad al momento de su llegada a nuestro centro, esto derivado al retraso en el diagnóstico y la implementación de un tratamiento específico.

En nuestra opinión, además de realizar el diagnóstico oportuno de la psoriasis, hacer uso de la clinimetría permite una evaluación objetiva del paciente al momento de su diagnóstico, como lo realizado en nuestro estudio, y además permite el monitoreo de la evolución una vez implementado el tratamiento.

Por último, mejorar los sistemas de atención y referencia/contrarreferencia de las instituciones de salud (observado en nuestro estudio como un factor de retraso) podría acortar los tiempos de la ruta diagnóstica y acelerar el tratamiento específico, no solo en la psoriasis, sino también en otras enfermedades.

Conflicto de intereses

Todos los autores refieren no presentar ningún tipo de conflicto de intereses, así como haber contribuido de forma equitativa en el diseño, la ejecución y el análisis de los resultados del estudio.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca del *Programa de Apoyos a Ayudante de Investigador Nacional Nivel III o Emérito*; al personal de informática del Centro Dermatológico “Dr. Ladislao de la Pascua”, a los médicos residentes de dermatología Ana Paula Orozco Anahuati y Valeria González por su participación en el reclutamiento de pacientes, y a las estudiantes de medicina Brenda Monserrat Mata Briseño y Diana Rodales Trejo por su apoyo en la captura de datos de nuestros instrumentos.

Bibliografía

1. Jiménez Gómez N, Ballester Martínez MA, Pérez Gala S, Gárate Ayastuy MT. Psoriasis. *Medicine*. 2014;11:2764-73.
2. Ibrahim G, Waxman R, Helliwell PS. The prevalence of psoriatic arthritis in people with psoriasis. *Arthritis Rheum*. 2009;61:1373-8.
3. Van de Kerkhof PCM, Nestlé FO. Psoriasis. En: Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J, editores. *Dermatology*. 3rd ed. United Kingdom: Saunders; 2012. p. 135-56.
4. Boehncke WH, Schön MPE. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386:983-94.
5. Parisi R, Symmons DPM, Griffiths CEM, et al. Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol*. 2013;133:377-85.
6. Farber EM, Nall L. Epidemiology: natural history and genetics. En: Roenigk Jr HH, Maibach HI, editores. *Psoriasis*. New York: Dekker; 1998. p. 107-57.
7. Registros del diagnóstico situacional del sistema de informática y estadística del Centro Dermatológico “Dr Ladislao de la Pascua”, reportados al Sistema Único Automatizado para la Vigilancia Epidemiológica (SUA-VE) y Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE). En línea: https://www.sinave.gob.mx/SUA-VE/Inicio_sesion.aspx (Fecha de consulta: 12/01/2016)
8. Kim J, Krueger JG. The immunopathogenesis of psoriasis. *Dermatologic Clinics*. 2015;33:13-23.
9. Davidovic BB, Sattar N, Prinz J, et al. Psoriasis and systemic inflammatory diseases: potential mechanistic links between skin disease and co-morbid conditions. *Investigative Dermatol*. 2010;130:1785-96.
10. Colombo D, Cassano N, Bellia G, et al. Gender medicine and psoriasis. *World J Dermatol*. 2014;3:36-44.
11. Daudéna E, Herrera E, Puig L, et al. Impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con psoriasis activa y estable. *Estudio PSO-LIFE*. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104:685-93.
12. Ferrández Forastera C, García-Díez A, Lizán Tudela L, et al. Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:325-9.
13. Ryan C, Kirby B. Psoriasis is a systemic disease with multiple cardiovascular and metabolic comorbidities. *Dermatol Clin*. 2015;33:41-55.
14. Jurado Santa Cruz F, Peralta CG, Morales Sánchez MA, et al. Psoriasis y síndrome metabólico. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*. 2013;22:50-5.
15. Blum A, Brand CU, Ellwanger U, et al. Awareness and early detection of cutaneous melanoma: an analysis of factors related to delay in treatment. *Br J Dermatol*. 1999;141:783-7.
16. Hajdarevic S, Hörsten A, Sundbom E, et al. Health-care delay in malignant melanoma: various pathways to diagnosis and treatment. *Dermatol Res Pract*. 2014;2014:294287.
17. Haroon M, Gallagher P, Fitz Gerald O. Diagnostic delay of more than 6 months contributes to poor radiographic and functional outcome in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1045-50.
18. Cardiff University. *Dermatology Life Quality Index*. April 1992. (Consultado el 4/12/2015.) Disponible en: <http://www.cardiff.ac.uk/dermatology/quality-of-life/dermatology-quality-of-life-index-dlqi/>
19. Husni ME, Meyer KH, Cohen DS, et al. The PASE questionnaire: pilot-testing a psoriatic arthritis screening and evaluation tool. *J Am Acad Dermatol*. 2007;57:581-7.
20. Rich PH, Scher RK. Nail psoriasis severity index: a useful tool for evaluation of nail psoriasis. *J Am Acad Dermatol*. 2003;49:206-12.
21. Langley RG, Ellis CN. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol*. 2004;51:563-9.
22. Cardiff University. *Psoriasis Disability Index*. 1985. (Consultado el 4/12/2015.) Disponible en: <http://www.cardiff.ac.uk/dermatology/quality-of-life/psoriasis-disability-index-pdi/>
23. PASI Training. (Consultado el 4/12/2015.) Disponible en: <http://www.pasitraining.com>
24. IMSS. *Calcula tu IMC*. (Consultado el 4/12/2015.) Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/calculaimc>
25. Secretaría de Salud. *Tratamiento farmacológico para pacientes adultos con psoriasis en placas*. Secretaría de Salud, 2013. México. (Consultado el 4/12/2015.) Disponible en: www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-696-FARMACOLOGICO_PSORIASIS_EN_PLACAS/IMSS-696-13-GER-TX_FX_PSORIASIS_EN_PLACAS.pdf
26. Cervantes-González AJ, Morales-Sánchez MA, Jurado-Santa Cruz F. Epidemiology of dermatologic disorders at a referral skin center in Mexico City. *J Am Acad Dermatol*. 2015;5(Supl 1):AB 97.
27. Swetter SM, Soon S, Harrington CR, et al. Effect of health care delivery models on melanoma thickness and stage in a university-based referral center. *Arch Dermatol*. 2007;143:30-6.
28. Baade PD, English DR, Youl PH, et al. The relationship between melanoma thickness and time to diagnosis in a large population-based study. *Arch Dermatol*. 2006;142:1422-7.
29. Rodríguez Morales JR, De Armas Ramírez EL. Enfermedad de Bowen. *Acta Médica del Centro*. 2013;7(3).
30. Sorensen J, Hetland ML. Diagnostic delay in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: results from the Danish nationwide DANBIO registry. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:e12.
31. Ojeda RM, Graells J. Estudio comparativo de la habilidad en el diagnóstico clínico del cáncer cutáneo entre el médico de familia y el dermatólogo en una misma área geográfica. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:48-52.
32. Borges Yáñez SA, Gómez Dantés H. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. *Salud Pública de México*. 1998;40:1-10.
33. Jacobi A, Langenbruch A, Purwits S, et al. Prevalence of obesity in patients with psoriasis: results of the National Study PsoHealth3. *Dermatology*. 2015;231:231-8.
34. Fleming P, Kraft J, Gulliver WP, et al. The relationship of obesity with the severity of psoriasis: a systematic review. *J Cutan Med Surg*. 2015;19:450-6.
35. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). 2012. (Consultado el 4/12/2015.) Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>